

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

---

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ, К.М.Н. , ВРАЧ-  
ПЕДИАТР ВЫСШЕЙ КАТЕГОРИИ ДОБРЫНИНА О.Д.

# ПИТАНИЕ – ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

---

- Сбалансированное питание — одна из главных составляющих здоровья **в любом возрасте** — приобретает особое значение у детей.
- Чем младше ребенок, тем более значимо влияние питания на его настоящее и последующее развитие и здоровье.
- Первые 1000 дней жизни — критический период, когда питание и другие внешние факторы, имеющие эпигенетическое влияние, определяют пути реализации генетической программы, программируют будущее здоровье.

# ПИТАНИЕ, КАК ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ

---

- Питание на первом году жизни «программирует» метаболизм таким образом, что те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний, таких как аллергические болезни, ожирение, метаболический синдром, остеопороз и некоторые другие. Следует отметить, что все эти заболевания называют в настоящее время «эпидемией» цивилизации, что подтверждается ростом частоты случаев, тяжестью течения и многочисленными неблагоприятными последствиями

# ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПИТАНИЯ

---

- метаболического программирования - дети, родившиеся недоношенными или с внутриутробной гипотрофией, имеющие на первом году жизни высокую скорость роста - с высокой степенью достоверности имеют риск ранней артериальной гипертензии, инсулин-резистентности в возрасте 20–30 лет.
- Определена взаимосвязь рисков с искусственным вскармливанием, при котором потребление белка и калорий выше, чем при естественном. Однако какие возрастные периоды формируют метаболические нарушения (первые 6 мес, первые 12 мес или первые 24 мес?) пока точно установить не удалось.

# ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПИТАНИЯ

---

Избыточная прибавка массы тела у детей первого года жизни сопровождается:

- высоким накоплением жира
- снижении белковой составляющей массы тела
- нарушением чувствительности клеток к инсулину
- уменьшением плотности костной ткани

Все это является предпосылкой к развитию ожирения и остеопороза во взрослой жизни

---

*Грудное вскармливание позволяет предупредить развитие  
ожирения и метаболического синдрома в дальнейшей  
жизни*

# РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:

---

- С первого дня жизни снижает риск развития аллергии не только на первом году жизни, но и в дальнейшем
- Все нутриенты женского молока легко усваиваются, поскольку их состав и соотношение соответствуют функциональным возможностям желудочно-кишечного тракта грудного ребенка, а также благодаря наличию в женском молоке ферментов (амилазы, липазы, фосфатазы, протеаз и др.) и транспортных белков
- Грудное молоко является источником гормонов и различных факторов роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка

# РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:

---

- Повышение защитных функций детского организма за счет присутствия антител, иммунных комплексов, активных лейкоцитов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина и других биологически активных веществ
- Олигосахариды, а также низкие уровни белка и фосфора в женском молоке способствуют росту здоровой кишечной микрофлоры. Бифидо- и лактобактерии, определяющие становление иммунитета, обнаружены непосредственно в женском молоке



- 
- Естественное вскармливание оказывает благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его психический статус. Единение матери и ребенка в процессе кормления грудью оказывает глубокое взаимное эмоциональное воздействие. Отмечено, что дети, которые вскармливались материнским молоком, отличаются гармоничным физическим развитием, они более спокойны, уравновешенны, приветливы и доброжелательны по сравнению с детьми, находившимися на искусственном вскармливании, а впоследствии сами становятся внимательными и заботливыми родителями

# ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ГВ НА РАЗВИТИЕ ЦНС

---

- По некоторым данным, у детей, получавших грудное вскармливание, выше коэффициент интеллектуального развития, что, возможно, отчасти связано и с наличием в грудном молоке длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ДПНЖК), необходимых для развития клеток головного мозга и сетчатки.
- В крови детей, находящихся на грудном вскармливании, количество ДПНЖК достоверно выше, по сравнению с детьми, получающими искусственное вскармливание

# СОСТАВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА (БЕЛОК)

---

- Белок женского молока состоит в основном из сывороточных протеинов (70–80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и казеина (20–30%).
- Белковые фракции женского молока подразделяются на метаболизируемые (пищевые) – 70–75% и неметаболизируемые белки (иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим и др.), которые составляют 25–30%,
- В женском молоке в отличие от коровьего присутствует большое количество альфа-лактальбумина (25–35%), который богат эссенциальными и условно эссенциальными аминокислотами (триптофан, цистеин). Альфалактальбумин способствует росту бифидобактерий, усвоению кальция и цинка из желудочно-кишечного тракта ребенка.
- В составе женского молока присутствуют нуклеотиды, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Нуклеотиды являются исходными компонентами для построения рибонуклеиновой и дезоксирибонуклеиновой кислот, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов.

# СОСТАВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА (ЖИРЫ)

---

- Основными компонентами жира женского молока являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы.
- Высокое содержание незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), концентрация которых в женском молоке в 12–15 раз больше, чем в коровьем. ПНЖК — предшественники арахидоновой, эйкозапентаеновой и докозагексаеновой жирных кислот, являющихся важным компонентом клеточных мембран; из них образуются различные классы простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов; они необходимы также для миелинизации нервных волокон и формирования сетчатки глаз. Длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты — арахидоновая и докозагексаеновая содержатся в женском молоке в небольшом количестве (0,1–0,8 и 0,2–0,9% общего содержания жирных кислот, соответственно), но существенно более высоком, чем в коровьем молоке.
- Жиры материнского молока перевариваются легче, чем коровьего, так как они в большей степени эмульгированы; кроме того в грудном молоке содержится фермент липаза, участвующая в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости.
- Содержание холестерина в женском молоке относительно высоко и колеблется от 9 до 41 мг%, стабилизируясь к 15 суткам лактации на уровне 16–20 мг%. У детей на естественном вскармливании отмечается более высокий уровень холестерина, чем при использовании детских молочных смесей. Холестерин необходим для формирования клеточных мембран, тканей нервной системы и ряда биологически активных веществ, включая витамин D.

# СОСТАВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА (УГЛЕВОДЫ)

---

- Углеводы женского молока представлены в основном дисахаридом - лактозой (80–90%), олигосахаридами (15%).
- В отличие от -лактозы коровьего молока, -лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируется до молочной кислоты, способствуя росту бифидо- и лактобактерий. Лактоза способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.).
- Олигосахариды — углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, которые не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизменном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно патогенной флоры. Кроме того, олигосахариды женского молока имеют рецепторы для бактерий, вирусов (ротавирусов), токсинов и антител, блокируя тем самым их связывание с мембраной энтероцита.
- Все эти функции олиго- и дисахаридов ГМ - основа пребиотических эффектов женского молока, предотвращающая развитие кишечных инфекций у детей грудного возраста.

# В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДАЖЕ ПРИ ДОСТАТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЛОКА МАТЬ НЕ МОЖЕТ НАКОРМИТЬ РЕБЕНКА ГРУДЬЮ:

---

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;
- • при попытке матери дать грудь ребенок кричит и сопротивляется;
- • после непродолжительного сосания отрывается от груди, давясь от плача;
- • ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой.

Причины могут быть разными, среди которых наиболее распространенными являются:

- нарушения организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);
- избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;
- прорезывание зубов;
- заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, частичная лактазная недостаточность, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, острая респираторно-вирусная инфекция, отит, молочница, стоматит и др.).

# ЛАКТАЦИОННЫЕ КРИЗЫ

---

- В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых лактационных кризов, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины.
- Отсутствие информации о них и незнание методов коррекции — наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания

***информирование кормящей женщины о лактационных кризах и методах их профилактики – задача врача педиатра***

# ЛАКТАЦИОННЫЕ КРИЗЫ

---

- В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3–6-й неделях, 3, 4, 7, 8-м месяцах лактации.
- Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3–4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей.
- Необходим покой и отдых матери; разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; теплые напитки особенно с использованием лактогонных трав или препаратов за 15–20 мин до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия



# МЕРОПРИЯТИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ВТОРИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ (ЛАКТАЦИОННЫХ КРИЗАХ):

---

- • более частые прикладывания к груди;
- • урегулирование режима и питания матери (включая оптимальный питьевой режим за счет дополнительного использования не менее 1 литра жидкости в виде чая, компотов, воды, соков);
- • воздействие на психологический настрой матери;
- ориентация всех членов семьи (отца, бабушек, дедушек) на поддержку грудного вскармливания;
- • контрастный душ на область молочных желез, мягкое растирание груди махровым полотенцем;
- • использование специальных напитков, обладающих лактогонным действием.

***При этом детские молочные смеси в питание ребенка без рекомендаций врача не вводятся***

- 
- Важнейшая роль в пропаганде грудного вскармливания отводится врачам и медицинским сестрам, которые должны активно поощрять семейную и социальную поддержку грудного вскармливания, обеспечивать родителей полной информацией о его всестороннем положительном влиянии на организм ребенка и преимуществах перед детскими смесями. Для осуществления деятельности по успешному становлению и поддержанию практики естественного вскармливания, все медицинские работники, имеющие отношение к родовспоможению и медицинскому наблюдению за детьми грудного возраста, должны уметь оказывать практическую помощь матери по грудному вскармливанию.
  - 10 правил ВОЗ!

# ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К КОРМЛЕНИЮ ГРУДЬЮ

---

- эклампсия, сильные кровотечения во время родов и послеродовом периоде,
- открытая форма туберкулеза,
- состояние выраженной декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени,
- гипертиреоз,
- острые психические заболевания,
- особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), герпетические высыпания на соске молочной железы (до их излечения),
- ВИЧ-инфицирование

# ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГВ

---

- При таких заболеваниях кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, цитомегаловирусная инфекция, простой герпес, острые кишечные и острые респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, кормление грудью при соблюдении правил общей гигиены не противопоказано.
- Наличие гепатита В и С у женщин - кормление осуществлять через специальные силиконовые накладки.
- При остром гепатите А у матери кормление грудью запрещается до выздоровления

# МАСТИТ И ГВ

---

- При маститах грудное вскармливание продолжается.
- Однако оно временно прекращается при обнаружении массивного роста в грудном молоке золотистого стафилококка в количестве 250 КОЕ и более в 1 мл и единичных колоний представителей семейства *Enterobacteriaceae* или вида *Pseudomonas aeruginosa*

# ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ И ГВ

- Прекращают кормление грудью в тех случаях, когда мать принимает цитостатики в терапевтических дозах, иммуносупрессивные препараты, антикоагулянты типа ьфениндиона, радиоизотопные контрастные вещества для лечения или обследования, препараты лития
- большинство противовирусных препаратов (кроме ацикловира)
- зидовудина, занамивира, лимовудина, осельтамивира — с осторожностью), противогельминтные препараты, а также некоторые антибиотики: макролиды (klarитромицин, mideкамицин, рокситромицин, спирамицин), тетрациклины, хинолоны и фторхинолоны, гликопептиды, нитроимидазолы, хлорамфеникол, ко-тримоксазол.
- Однако препараты, альтернативные перечисленным антибиотикам, не противопоказаны для кормления грудью.

# ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ И КРАТНОСТЬ КОРМЛЕНИЙ

---

- Грудное вскармливание осуществляется по требованию ребенка
- Грудное вскармливание целесообразно продолжать до 1–1,5 лет, причем частота прикладываний ребенка к груди после 1 года уменьшается до 1–3 раз в сутки.

# ПРИКОРМ

---

- *Под прикормом подразумеваются все продукты, кроме женского молока и детских молочных смесей, дополняющие рацион пищевыми веществами, необходимыми для обеспечения дальнейшего роста и развития ребенка*



# ОБОСНОВАНИЕ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА

---

- Расширение рациона питания диктуется необходимостью дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком или детской молочной смесью становится недостаточным.
- Ребенок начинает испытывать потребность в широком комплексе минеральных веществ (железо, цинк, кальций и др.) и витаминов, других нутриентах (белке, жирах, углеводах, пищевых волокнах и др.), а также поступлении дополнительного количества энергии

# ЗНАКОМСТВО С НОВЫМИ ПРОДУКТАМИ, ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ

---

- Родители должны знакомить ребенка с более сложной консистенцией пищи и способствовать развитию таких важных физиологических навыков, как жевание и глотание.
- При недостатке педагогических знаний или отсутствии достаточной уверенности в своей воспитательной позиции, родители идут на поводу детских капризов и требований, тем самым задерживают психическое развитие малыша

# ВКУСОВЫЕ ПРИВЫЧКИ

---

- Продукты прикорма являются важным и наиболее мощным фактором формирования вкусовых привычек, они призваны познакомить ребенка с разнообразными вкусовыми ощущениями
- Вкусовые предпочтения могут зависеть от генетических факторов, особенностей питания матери во время беременности и кормления грудью, а также от семейных и национальных традиций

# ВКУСОВЫЕ ПРИВЫЧКИ

---

- Различают горький, соленый, кислый, сладкий вкусы. Дети позитивно реагируют на сладкий вкус, негативно — на горький и кислый, нейтрально — на соленый, при этом явное предпочтение отдают сладкому.
- В соответствии с рекомендациями ESPHGAN (2017) продукты прикорма промышленного выпуска не должны содержать добавленные соль и сахар, они также не используются при приготовлении блюд в домашних условиях.

## ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

---

- Разнообразиие продуктов прикорма формирует правильное «пищевое поведение» ребенка. На аппетит оказывают влияние такие факторы, как внешний вид, запах, вкус и консистенция пищи



# СПОКОЙСТВИЕ, ТОЛЬКО СПОКОЙСТВИЕ

---

- Важно предлагать ребенку новые продукты разнообразного вкуса и состава. Установлено, что для «принятия» нового продукта иногда требуется до 10–15 попыток
- Родители должны понимать, что первоначальный отказ от незнакомого блюда — обычное явление. Продукт нужно предлагать повторно, и часто за первоначальным отказом следует успешное последующее знакомство
- От того, насколько мать будет спокойна, последовательна и рациональна во время кормления ребенка, зависит его поведение и возможность формирования правильного рациона питания, а значит физическое и психическое здоровье малыша

# СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМОВ

---

- Комитет по питанию ESPGHAN в рекомендациях от 2017 г. подтвердил, что независимо от характера вскармливания прикорм должен быть введен в интервале от 17 до 26 нед жизни ( с 4 до 6 мес)

# ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ РЕБЕНКА К ПРИЕМУ НОВОЙ ПИЩИ

---

- Физиологическая и психологическая готовность и потребность к расширению пищевого рациона у здорового ребенка возникает ближе ко второму полугодию жизни — в возрасте от 4 до 6 месяцев.
- Минимальный возраст, при котором возможно назначение первых продуктов прикорма,— 4 мес. Ранее этого срока ребенок еще не готов к усвоению иной пищи, чем женское молоко или детская молочная смесь.



# ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ГОТОВНОСТЬ РЕБЕНКА К ПРИЕМУ НОВОЙ ПИЩИ

---

- К 4-месячному возрасту гастроинтестинальный тракт ребенка становится более зрелым: уменьшается изначально повышенная проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, созревает ряд пищеварительных ферментов, формируется достаточный уровень местного иммунитета, это снижает риск развития аллергических реакций
- К этому возрасту ребенок способен проглатывать полужидкую и более густую пищу
- Угасает «рефлекс выталкивания ложки».

# ПОЧЕМУ НЕ ПОЗЖЕ 6 МЕСЯЦЕВ?

---

- Введение прикорма после 6 мес может вызвать выраженный дефицит микронутриентов (железа, цинка и др.) и приводить к задержке формирования навыков жевания густой пищи
- Необходимость быстрого назначения разнообразных продуктов приводит к повышенной антигенной нагрузке

- 
- В соответствии с первым вариантом Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2009), введение прикорма детям как на грудном, так и на искусственном вскармливании рекомендовано начинать в возрасте 4–6 мес
  - Современные исследования подтверждают необходимость назначать прикорм в данном временном интервале, названном «критическим окном», с целью формирования пищевой толерантности и профилактики микронутриентной недостаточности

# ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ ИНДИВИДУАЛЬНО

---

- Сроки введения прикорма устанавливаются индивидуально, с учетом особенностей развития пищеварительной системы и функционирования центральной нервной системы, т. е. готовности ребенка к восприятию новой пищи. Здоровому ребенку предпочтительно ввести прикорм в возрасте 5 мес.

Выбор первого блюда прикорма индивидуально:

- При склонности к паратрофии, задержке стула – овощные блюда
- При склонности к недостаточным прибавкам массы тела, неустойчивому стулу - каши

# ПЕРВЫЙ ПРИКОРМ:

---

- Овощной прикорм рекомендуется начинать с монокомпонентных пюре
- Зерновой — с безмолочных каш из одного вида крупы, разводя их грудным молоком или детской молочной/лечебной смесью, которую получает ребенок.
- К овощному пюре добавляется растительное масло, к каше — сливочное.
- В 6 мес ребенок может получать несколько видов овощей и каш.

# ВСЕ О ФРУКТОВОМ ПЮРЕ

---

- Фруктовое пюре можно ввести ребенку в первом полугодии жизни: при запорах, когда введение овощного пюре с растительным маслом не оказало желаемого эффекта, а также детям с недостаточностью питания и сниженным аппетитом, добавляя в каши для улучшения их вкусовых качеств
- При этом фруктовое пюре не должно быть первым продуктом прикорма
- Оптимальным же является его назначение во втором полугодии жизни ребенка, после введения мясного пюре

Мясное пюре. Рыбное пюре. Желток.

---

- Мясное пюре — источник легкоусвояемого гемового железа — важно ввести ребенку в возрасте 6 мес и постепенно увеличивать количество продукта в соответствии с возрастными рекомендациями
- С 7 мес в питание добавляется желток, содержащий белки и жиры, в том числе холестерин, длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты, а также холин и лецитин, жирорастворимые витамины А, D, E и др
- с 8 мес — пюре из рыбы, которое следует давать 2 раза/нед вместо мясного блюда

- 
- Соки, учитывая их незначительную пищевую ценность, целесообразно назначать лишь после введения всех основных видов прикорма.
  - Использование соков, особенно между приемами пищи, повышает риск развития кариеса. Большой объем соков (выше рекомендуемой нормы) может служить фактором риска избыточной массы тела в дальнейшем.
  - $V \text{ сока, мл} = n * 10$



# КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ

---

- Неадаптированные кисломолочные напитки (кефир, йогурт, биолакт) назначаются ребенку не ранее достижения 8-месячного возраста в объеме не более 200 мл.
- С 8 мес жизни в рацион вводится детский творог в количестве не более 50 г/сут. По показаниям (недостаточность питания) творог может быть назначен с 6-месячного возраста.
- Цельное коровье молоко не может использоваться в качестве основного питания, что согласуется с рекомендациями ESPHGAN (2017)

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст, мес				
	4–5	6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	150	150	150	150
Каша	10–150	150	150	180	200
Мясное пюре промышленного производства*/отварное мясо	-	5–30/3–15	40–50/20–30	60–70/30–35	80–100/40–50
Фруктовое пюре**	5–50	60	70	80	90–100
Желток	-	-	1/4	1/2	1/2
Творог***	-	-	-	10–40	50
Рыбное пюре	-	-	-	5–30	30–60
Фруктовый сок	-	-	-	5–60	80–100
Кефир и другие детские неадаптированные кисломолочные напитки	-	-	-	200	200
Печенье детское	-	3	5	5	5
Хлеб пшеничный, сухари	-	-	-	5	10
Растительное масло****	1–3	5	5	6	6
Сливочное масло*****	1–3	4	4	5	5

*Примечание.* \* — без добавления растительного сырья (овощей и круп), \*\* — не в качестве первого прикорма; \*\*\* — по показаниям с 6 мес; \*\*\*\* — добавляется к овощному пюре, \*\*\*\*\* — добавляется к каше.

# И ЕЩЕ РАЗ О СРОКАХ

---

- Согласно резолюциям Всемирной ассамблеи здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г. и № 59.13 от 4 мая 2006 г., детям, находящимся на исключительно грудном вскармливании, рекомендуется продолжать его до 6 мес, и, следовательно, вводить прикорм с этого возраста.
- По мнению отечественных ученых, которое совпадает с представлениями экспертов ESPGHAN, исключительно грудное вскармливание до достижения 6 мес не всегда обеспечивает достаточный уровень поступления микронутриентов, особенно железа.
- С целью профилактики железодефицитных состояний оптимальным временем введения прикорма у здоровых детей следует признать возраст 5 мес. При нарушениях нутритивного статуса (недостаточность питания или избыточная масса тела) прикорм может вводиться и в более ранние сроки.

# ПРАВИЛА ПРИ ВВЕДЕНИИ ПРИКОРМА:

---

- введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5–7 дней) увеличивают до объема, рекомендованного в данном возрасте, при этом внимательно наблюдают за переносимостью;
- новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;
- каши, овощные и фруктовые пюре следует вводить, начиная с монокомпонентных продуктов, постепенно добавляя другие продукты данной группы;
- прикорм дают с ложечки до кормления грудью или детской молочной смесью;
- новые продукты не вводят во время острых инфекционных заболеваний, до и после проведения профилактических прививок (в течение 3–5 дней);
- в возрасте 9–10 мес гомогенизированные и пюреобразные продукты следует постепенно заменить на мелкоизмельченные.

- 
- ***Важно вводить прикорм на фоне продолжающегося грудного вскармливания. Для сохранения лактации в период введения продуктов прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди***



# ПОЧЕМУ ВЫБИРАЕМ БЛЮДА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРИГОТОВЛЕНИЯ?

---

- В питании ребенка целесообразно использовать продукты и блюда прикорма промышленного выпуска, которые изготавливают из высококачественного сырья, соответствуют строгим гигиеническим требованиям к показателям безопасности, имеют гарантированный химический состав, в том числе витаминный, независимо от сезона, и необходимую степень измельчения. Кроме того, современные продукты прикорма промышленного производства обогащаются биологически активными компонентами, такими как витамины, минеральные вещества, пре- и пробиотики, длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты ( $\omega$ -3) и др., что придает им функциональные свойства.

# ВВОДИМ ВОДУ

---

- Продукты прикорма в отличие от грудного молока и адаптированных смесей содержат в среднем лишь 30% воды
- Поэтому детям, получающим прикорм, следует предлагать воду (специализированную детскую или кипяченую) небольшими порциями между кормлениями в объеме 150–200 мл в сутки.

# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Овощное пюре — источник пищевых волокон, включая пектины, органических кислот, минеральных веществ и витаминов. Отдельные виды овощей (морковь, тыква, шпинат и др.) богаты каротином — предшественником витамина А.
- Вначале овощное пюре должно состоять из одного вида овощей, обладающих нежной клетчаткой, например кабачков, цветной капусты или брокколи. Далее целесообразно использовать комбинацию из 3–4 овощей.





# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Зерновой прикорм — один из основных источников углеводов, растительных белков и жиров, пищевых волокон, а также минеральных веществ (в том числе железа) и витаминов, которыми обогащен продукт.
- Детские каши, небогатые витаминно-минеральным комплексом, нецелесообразно использовать в питании здоровых детей на фоне грудного вскармливания, учитывая повышенный риск формирования дефицита микронутриентов.
- В отдельные продукты введены пре- и пробиотики, докозагексаеновая кислота. Прикорм на основе злаков следует начинать с безглютеновой каши (рисовой, гречневой или кукурузной), в дальнейшем вводятся глютеносодержащие продукты и из смеси нескольких круп.
- Каши могут быть молочными или безмолочными.



# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Мясо — источник полноценного животного белка. Его содержание в детских мясных консервах (пюре из говядины, свинины, мяса кролика, кур, цыплят, индейки, конины, ягненка) составляет 8–10%. Мясо содержит хорошо усвояемое гемовое железо, магний, цинк, а также витамины В1, В2, В6 и В12. Важно учитывать содержание в продукте мясного сырья. Выделяют мясные консервы (мясное сырье 40–65%), мясорастительные (10–20%) и на растительной основе с мясом (менее 10%). Также выпускаются фрикадельки из различных видов мяса и птицы



# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Фруктовые пюре содержат природные сахара (глюкозу, фруктозу, сахарозу), органические кислоты (яблочную, лимонную и др.), отдельные минеральные вещества и витамины. В пюре промышленного производства могут быть добавлены витамин С, лимонная кислота. Первыми рекомендуется назначать яблочное или грушевое пюре, традиционные для россиян
- Соки для детского питания сходны по составу с фруктовыми пюре, производятся осветленными или с мякотью и не содержат добавленного сахара



# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Творог является важным источником кальция, а также молочного белка и жира, фосфора и других микронутриентов. Кисломолочные продукты детского питания (кефир, биокефир, биолакт, йогурты и др.) производятся на основе цельного коровьего молока с использованием специализированных заквасок. В некоторые продукты добавлены пре- и пробиотики, отдельные витамины и минеральные вещества.

# ХАРАКТЕРИСТИКА БЛЮД ПРИКОРМА

---

- Рыба является источником легкоусвояемого белка и жира. Содержит большое количество полиненасыщенных жирных кислот, в том числе класса  $\omega$ -3, а также витаминов B2, B12, минеральных веществ. Рыбу вводят с осторожностью, учитывая индивидуальную переносимость. На отечественном потребительском рынке присутствуют детские рыборастворительные консервы из трески, лососевых пород, судака, дорады и др

# ВОДА

---

- Для питья и приготовления смесей и блюд прикорма следует использовать специальную бутилированную воду для детского питания. Она безопасна в микробиологическом отношении, не содержит вредных примесей, обладает хорошими органолептическими свойствами, не требует кипячения (при условии ее использования в течение суток после вскрытия упаковки), имеет низкую минерализацию.

---

***Правильная организация прикорма – забота  
врача-педиатра и родителей***