

3. Knowledge to action?: evidence based health care in context / ed. by S. Dopson, L. Fitzgerald / New York: «Oxford University Press», 2005. — 223 p.
4. *Abholz, H.-H.* Das Konzept der Nationalen Versorgungs-Leitlinie (NVL) — was bedeutet dies für Hausärzte? / H.-H. Abholz, N. Donner-Banzhoff, W. Niebling // Zeitschrift fuer Allgemeinmedizin. — 2006. — B. 82. — P. 274-277.
5. *Sackett, D. L.* On the need for evidence-based medicine / D. L. Sackett, W. M. C. Rosenberg // Journal of Public Health Medicine. — 1995. — Vol. 17, № 3. — P. 330-334.
6. *Li, Y.* Evidence-Based Medicine in China / Y. Li, X. Sun, L. Wang // Value in health. — 2008. — Vol. 11 (Suppl.1). — P. 156-158.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health — How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence. ECDC Technical Report / ed. by J. Giesecke / Stockholm: ECDC, 2011. — 58 p.
8. *Оганов, Р. Г.* Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 464 с.
9. *Аксенов, В. А.* Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? / В. А. Аксенов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2007. — № 2. — С. 40-47.
10. *Mullen, E. J.* The Evidence For and Against Evidence-Based Practice / E. J. Mullen, D. L. Streiner // Brief Treatment and Crisis Intervention. — 2004. — Vol. 4, № 2. — P. 111-121.
11. *Власов, В. В.* Введение в доказательную медицину / В. В. Власов. — М.: Медиа Сфера, 2001. — 392 с.
12. *Гринхальх, Т.* Основы доказательной медицины / Т. Гринхальх; под ред. И. Н. Денисова, К. И. Сайткулова; пер. с англ. — 3-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 288 с.
13. *Скакун, М. П.* Основы доказательной медицины / М. П. Скакун. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. — 244 с.
14. *Sackett, D. L.* Clinical epidemiology: what, who and whither / D. L. Sackett // Journal of Clinical Epidemiology. — 2002. — Vol. 55. — P. 1161-1166.
15. *Paul, J. R.* President's address clinical epidemiology / J. R. Paul, D. L. Sackett // Journal of Clinical Investigation. — 1938. — Vol. 17 (55). — P. 539-541.
16. *Randal, J.* Randomized Controlled Trials Mark a Golden Anniversary / J. Randal // Journal of the National Cancer Institute. — 1999. — Vol. 91 (1). — P. 10-12.
17. *Флетчер, Р.* Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер; пер. с англ. под ред. С. Е. Башинского, С. Ю. Варшавского. — М.: Медиа Сфера, 2004. — 347 с.
18. *Гайдаев, Ю. А.* Державні цільові програми покращення здоров'я народу / Ю. О. Гайдаев, В. М. Корнацький. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2007. — 207 с.
19. *Москаленко, В. Ф.* Концептуальні підходи до формування сучасної профілактичної стратегії в охороні здоров'я: від профілактики медичної до профілактики соціальної / В. Ф. Москаленко. — Київ: Авіцена, 2009. — 240 с.
20. *Брико, Н. И.* Научно-практические и образовательные аспекты клинической эпидемиологии / Н. И. Брико // Вестник РАМН. — 2012. — № 9. — С. 65-69.
21. *Lang, T. A.* How to report statistics in medicine. Annotated Guidelines for Authors, Editors, and Reviewers / T. A. Lang, M. Secic. — 2nd ed. — Philadelphia, American College of physicians, 2006. — 490 p.
22. *Bastian, H.* Seventy-five Trials and Eleven Systematic Reviews a Day: How Will We Ever Keep Up? / H. Bastian, P. Glasziou, I. Chalmers // PLoS Med. — 2010. — Vol. 7 (9): e1000326. doi:10.1371/journal.pmed.1000326
23. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination // Can. Med. Assoc. J. — 1979. — Vol. 121. — P. 1194-1254.
24. *Fletcher, S. W.* Evidence-based screening: What kind of evidence is needed? / S. W. Fletcher // ACP J. Club. — 1998. — Vol. 128. — P. 12-14.
25. Evidence based medicine: what it is and what it isn't / D. L. Sackett [et al.] // Brit. Med. J. — 1996. — Vol. 312. — P. 71-72.
26. *Glasziou, P.* Evidence-based Medicine Workbook. Finding and applying the best evidence to improve patient care / P. Glasziou, C. Del Mar. — London: BMJ Books, 2003. — 132 p.
27. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM / D. L. Sackett [et al.]. — NY: Churchill Livingstone, 2000. — P. 1.
28. *Gray, J. A. M.* Evidence-based medicine for professionals. In: A. Edwards, G. Elwyn (eds.) «Evidence based patient choice: inevitable or impossible?» / J. A. M. Gray // J.A.M Gray. — NY: Oxford University Press, 2001. — P. 19-33.
29. *Gambrill, E.* Evidence-based practice and policy: Choice ahead / E. Gambrill // Research on Social Work Practice. — 2006. — Vol. 16. — P. 338-357.
30. From concept to implementation: challenges facing evidence-based social work / E. J. Mullen [et al.] // Evidence and Policy. — 2004. — Vol. 1, № 1. — P. 61-84.
31. Assessing the Impact of Economic Evidence on Policymakers in Health Care — A Systematic Review. Methods Research Report / L. W. Niessen [et al.] // AHRQ Publication № 12(13)-EHC133-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. — 47 p.
32. *Казаков, В. Н.* Размышления о медицине (философия естествознания). Кн. 1 / В. Н. Казаков. — Донецк: Ноулдидж, 2010. — 410 с.
33. *Кулиниченко, В. Л.* Современная медицина: трансформация парадигм теории и практики: философско-методологический анализ / В. Л. Кулиниченко. — Київ: Центр практичної філософії, 2001. — 237 с.

Поступила 26.08.2013

УДК 613.221

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

А. А. Козловский

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлена обобщенная информация по вопросам рационального вскармливания детей первого года жизни. Отражены преимущества естественного вскармливания, современные подходы к последовательности и срокам назначения прикормов. Использование на практике предложенных рекомендаций по вскармливанию детей первого года жизни позволит вырастить здоровых детей и снизить у них частоту заболеваемости.

Ключевые слова: дети, естественное и искусственное вскармливание, молочные смеси, прикормы.

MODERN APPROACHES TO NUTRITION OF ONE-YEAR INFANTS

A. A. Kozlovsky

Gomel State Medical University

The article presents general information about the rational feeding of one-year infants. It covers the advantages of natural breeding, modern approaches to the consequence and terms of prescription of additional nutrition. The practical application of the offered recommendations for nutrition of one-year infants will make it possible to improve the children's health and decrease the incidence rate.

Key words: infants, natural and bottle feeding, milk substitutes, additional food.

По данным ВОЗ, состояние здоровья человека на 70 % определяется образом жизни и питанием и лишь на 15 % зависит от организации медицинской службы, еще 15 % приходится на генетические особенности [1]. С питанием теснейшим образом связаны все жизненно важные функции организма. Оно обеспечивает развитие и непрерывное обновление клеток и тканей, поступление энергии, необходимой для восстановления энергетических затрат организма в покое и при физической нагрузке. Обмен веществ, лежащий в основе жизнедеятельности организма, находится в прямой зависимости от характера питания.

Неправильное питание (как недостаточное, так и избыточное) одинаково плохо отражается на здоровье детей. Это может проявляться в ухудшении физического и умственного развития, в снижении сопротивляемости организма воздействию различных факторов внешней среды, понижении работоспособности, преждевременном старении и сокращении продолжительности жизни [2, 3].

В соответствии с Конвенцией о правах ребенка, каждый ребенок как грудного, так и другого возраста имеет право на надлежащее питание. Недостаточность питания является причиной 35 % болезней среди детей в возрасте до 5 лет. В мире 30 % детей (186 млн) в возрасте до 5 лет отстают в росте и 18 % (115 млн) имеют низкое соотношение веса к росту в основном вследствие ненадлежащего кормления или повторных инфекций, в то время как у 43 млн отмечается избыточный вес [4].

Ребенок первого года жизни испытывает особую потребность в полноценном пищевом рационе в связи с интенсивным ростом и психомоторным развитием, формированием всех органов и систем. В то же время функциональные возможности ЖКТ по усвоению отдельных пищевых ингредиентов в этом возрасте ограничены. Поэтому основой здорового питания детей первого года жизни является материнское молоко. Однако в мире только около 35 % детей в возрасте до 6 месяцев находятся на исключительно грудном вскармливании. В последующем далеко не все дети получают надлежащий питательный и безопасный прикорм; во многих странах лишь 1/3 детей в возрасте 6–23 месяцев, находящихся на грудном вскармливании, получает прикорм, соответствующий возрастным критериям диетического разнообразия и частоте кормления [5]. В Республике Беларусь в силу ряда причин социального, экономического и медицинского характера определенный процент детей также лишен возможности получать грудное молоко [6, 7]. С учетом этого в нашей стране по-прежнему остается актуальной проблема рационального искусственного питания детей раннего возраста.

Основным рациональным видом вскармливания детей на первом году жизни является естественное. *Естественное вскармливание* — это вид вскармливания, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери.

Естественное вскармливание имеет ряд преимуществ перед другими видами вскармливания детей на первом году жизни:

- грудное молоко имеет оптимальный состав по количеству и качеству белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ, который необходим для обеспечения интенсивного роста ребенка при незрелой системе органов пищеварения;

- с грудным молоком ребенку передаются уникальные факторы защиты от бактериальных и вирусных инфекций;

- материнское молоко предупреждает возникновение аллергии у ребенка, так как обладает низким сенсибилизирующим действием, способствует формированию иммунологической толерантности к антигенам пищевых продуктов, употребляемых матерью;

- широкий комплекс гормонов и других биологически активных веществ, поступающих к ребенку с женским молоком, осуществляет управление ростом, развитием и тканевой дифференцировкой;

- обеспечивается правильное анатомическое формирование зубочелюстной системы ребенка, мозгового отдела черепа, аппарата звуковоспроизведения вследствие возникновения в ходе сосания ребенком груди матери усилий и напряжений, наиболее адекватно регулирующих эти процессы;

- формируется тесная психоэмоциональная связь ребенка с кормящей матерью в процессе длительного и тесного физического, эмоционального контакта в ходе кормления грудью;

- молоко матери всегда имеет оптимальную температуру, доступно и готово к употреблению;

- грудное молоко обеспечивает преобладание в биоценозе кишечника бактерий, благоприятно влияющих на становление микрофлоры кишечника;

- раннее прикладывание ребенка к груди вызывает сокращение матки у женщины, останавливает кровотечение, уменьшает боль;

- регулярное кормление ребенка грудным молоком задерживает созревание яйцеклетки, препятствует возникновению новой беременности;

- материнское молоко значительно дешевле заменителей.

Таким образом, материнское молоко, отвечающее всем потребностям ребенка первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии и защищающее его от многих заболе-

ваний, является наиболее ценным и незаменимым продуктом питания в этом возрасте.

Грудное вскармливание оказывает благотворное влияние на здоровье человека не только в раннем возрасте, но и во всей последующей жизни. По данным ВОЗ, взрослые, получавшие в детстве материнское молоко, реже заболевают сахарным диабетом I типа, атеросклерозом, раком, болезнями крови [8].

Первое прикладывание к груди следует осуществлять сразу же после рождения ребенка в первые 30 мин после родов. Это обеспечивает более быстрое включение механизмов секреции молока и более устойчивую лактацию. Сосание ребенком груди способствует энергичному выбросу окситоцина, что улучшает сокращение матки и уменьшает опасность кровопотери у матери. Попадание в полость рта и пищеварительный тракт ребенка даже небольшого количества молозива, содержащего высокую концентрацию IgA, предохраняет его ЖКТ от интенсивного бактериального обсеменения. Раннее прикладывание ребенка к груди способствует лучшей прибавке в весе, такие дети реже болеют рахитом, острыми респираторными вирусными инфекциями, железодефицитной анемией [8, 9].

В течение многих лет в нашей стране основным требованием к вскармливанию детей было кормление строго по часам. Однако в последние годы эти рекомендации пересмотрены, и в настоящее время признается большая эффективность «свободного» вскармливания (вскармливания «по требованию ребенка»), под кото-

рым понимают прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы [10]. При свободном вскармливании дети сами устанавливают интервалы между кормлениями. Частота кормления зависит от активности сосательного рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Новорожденный ребенок может «требовать» от 8 до 12 и более прикладываний к груди за сутки до становления лактации. Длительность кормления может составлять 20 минут и более. К концу первого месяца жизни частота кормления, как правило, снижается до 7–8 раз и уменьшается длительность кормления. Ночные кормления при свободном вскармливании новорожденных детей не исключаются; от ночных кормлений ребенок должен отказаться сам. Свободное грудное вскармливание способствует становлению оптимальной лактации и установлению тесного психо-эмоционального контакта между матерью и ребенком, что очень важно для правильного эмоционального и нервно-психического развития младенца.

Тем не менее многие педиатры считают, что свободное вскармливание необходимо только на период становления лактации у матери, т. е. до 1–1,5 месяцев. В последующем целесообразно перестраивать ребенка на режим кормления по часам [2, 3, 11].

Режимы кормления детей первого года жизни представлены в таблице 1.

Объем питания детей различного возраста ориентировочно можно определить по формулам (таблица 2).

Таблица 1 — Режимы кормления детей первого года жизни

Возраст (мес)	Число кормлений	Интервалы между кормлениями (час)	Время кормления	Ночной перерыв (час)	Бодрствование (час)
0–1,5	Не менее 10	—	Кормление «по требованию»		1,0–1,5
1,5–2	7	3,0	6.00–9.00–12.00–15.00–18.00–21.00–24.00	6,0	1,0–1,5
3–5	6	3,5	6.00–9.30–13.00–16.30–20.00–23.30	6,5	1,5–2,0
6–9	5	4,0	6.00–10.00–14.00–18.00–22.00	8,0	2,0–2,5
10–12	5	4,0	6.00–10.00–14.00–18.00–22.00	8,0	2,5–3,5

Таблица 2 — Формулы и методы для расчета питания детей первого года жизни

Формула	Расчет питания
Формула Финкельштейна (от рождения до 10 дней)	$V_{\text{сут.}} = 70 \times n$ (при массе тела < 3500 г) или $V_{\text{сут.}} = 80 \times n$ (при массе тела > 3500 г), где n — число дней ребенку
Формула Зайцевой (от рождения до 10 дней)	$V_{\text{сут.}} = 2\% \text{ от массы тела при рождении} \times n$, где n — число дней ребенку
Формула Филатова (от рождения до 10 дней)	$V_{1 \text{ корм.}} = 10 \times n$, где n — число дней ребенку
Формула Шкарина (от рождения до 10 дней)	До 2-х мес.: $V_{\text{сут.}} = 800 - 50 \times (8-n)$, где n — число недель ребенку. Старше 2-х мес.: $V_{\text{сут.}} = 800 + 50 \times (n-2)$, где n — число месяцев ребенку
Объемно-весовой метод (суточный объем)	10 дней – 2 мес. — 1/5 от массы тела; 2 мес. – 4 мес. — 1/6 от массы тела; 4 мес. – 6 мес. — 1/7 от массы тела; 6 мес. – 8 мес. — 1/8 от массы тела; 9 мес. – 12 мес. — 1/9 от массы тела

Окончание таблицы 2

Формула	Расчет питания
Калорийный метод (количество калорий на 1 кг массы тела ребенка в сутки)	1 четверть года — 125–120 ккал/кг массы тела в сутки;
	2 четверть года — 120–115 ккал/кг массы тела в сутки;
	3 четверть года — 115–110 ккал/кг массы тела в сутки;
	4 четверть года — 110–105 ккал/кг массы тела в сутки
На первом году жизни суточный объем питания не должен превышать 1000 мл	

Перевод ребенка на смешанное или искусственное вскармливание должен быть строго обоснован и должен осуществляться врачом-педиатром. Основанием для введения в рацион ребенка первого года жизни детских молочных смесей могут быть абсолютные или относительные противопоказания для проведения грудного вскармливания: ВИЧ-инфекция, состояние декомпенсации при хронических заболеваниях внутренних органов у матери, наследственные энзимопатии, врожденные пороки развития у ребенка, глубокая недоношенность, гипогалактия, необходимость приема матерью лекарственных препаратов, проникающих в грудное молоко и др. [12, 13].

Ранний перевод ребенка на смешанное и искусственное вскармливание является стрессом для незрелого пищеварительного тракта младенца и может привести к появлению диспепсических расстройств (срыгивание, рвота, жидкий, «непереваренный» стул или запоры) [1, 4]. Ни одна современная смесь не может полноценно заменить материнское молоко. К выбору смеси педиатр должен подойти, как к выбору лекарства: строго индивидуально и при наличии строгих показаний к переводу на смешанное или искусственное вскармливание.

В зависимости от количества женского молока и времени перевода на смешанное вскармливание докорм назначается только после кормления грудью или в виде отдельных самостоятельных кормлений. При впервые установленной гипогалактии, вне зависимости от ее степени, ребенка нужно прикладывать к груди каждое кормление. В случае гипогалактии III–IV степени (дефицит грудного молока более 50%), существующей больше 1 месяца, важно сохранить 3–4 кормления грудью с докормом и самостоятельные кормления женским молоком, включая ночное (при необходимости). Даже при небольшом количестве женского молока кормление грудью должно продолжаться как можно дольше.

При невозможности грудного или смешанного вскармливания малыш переводится на искусственное вскармливание. Абсолютным показанием для перевода ребенка на искусственное вскармливание является агалактия у матери [1].

Основу рационального искусственного вскармливания должны составлять современные адаптированные молочные смеси промышленного

производства. Смеси, предназначенные для вскармливания детей первых месяцев жизни, должны быть максимально приближены по составу к женскому молоку и включать такие эссенциальные для детей этого возраста пищевые вещества, как таурин, карнитин, играющие важную роль в развитии центральной нервной системы, зрительной функции, бронхолегочной системы.

Для искусственного и смешанного вскармливания применяют смеси на основе коровьего, козьего молока, соевого молока, белковых гидролизатов, а также продукты лечебного питания (для недоношенных детей, детей с гипотрофией, анемией, синдромом мальабсорбции и др.) [14].

При выборе смеси для вскармливания конкретного ребенка, в случае отсутствия грудного молока, следует учитывать:

- возраст ребенка — ребенку назначается начальная или последующая смесь в зависимости от возраста ребенка;
- наличие врожденного заболевания и необходимость в специализированном питании (например, при фенилкетонурии);
- аллергологический анамнез — при отягощенной наследственности первым продуктом выбора должна быть гипоаллергенная смесь;
- наличие или отсутствие проблем с пищеварением (срыгивания, колики, запоры);
- содержание в смеси дополнительных компонентов;
- социально-экономические условия семьи — дети первого года жизни не должны получать неадаптированные молочные продукты; дети из социально-незащищенных семей должны получать бесплатное питание.

Критериями правильного выбора смеси является хорошая толерантность ребенка к данному продукту: ребенок с удовольствием ест смесь, дает адекватные прибавки в массе и росте тела, у него отсутствуют диспептические расстройства (срыгивание, рвота, жидкий стул или запоры), проявления атопического дерматита, дефицитные состояния (железодефицитная анемия, дистрофия типа гипо- или паратрофии и др.).

Правильное питание ребенка первого года жизни играет исключительно важную роль в сохранении его здоровья не только в детском возрасте, но и в последующие годы, поэтому необходимо обеспечивать растущий организм всеми питательными веществами в достаточ-

ном объеме. В определенном возрасте только грудного молока или молочной смеси уже недостаточно, малышу с каждым днем необходимо все большее количество пищевых веществ и витаминов, так как накопленные внутриутробно запасы истощаются. Таким образом, возникает необходимость введения прикорма — новой пищи, более калорийной и концентрированной, постепенно и последовательно заменяющей кормление грудью.

Под прикормом в настоящее время понимают все виды продуктов, кроме женского молока, его заменителей и последующих смесей, которые входят в рацион питания ребенка первого года жизни.

Сроки введения прикорма при естественном и искусственном вскармливании (при использовании современных адаптированных смесей) одинаковы [15].

По отечественным рекомендациям введение прикорма можно начинать с 4–6 месяцев, ВОЗ рекомендует вводить прикорм с 6 месяцев, а по рекомендации комитета по питанию ESPGHAN (2007) прикорм должен быть введен не ранее 17 недель и не позднее 26 недель жизни. Но все же период введения прикорма и его выбор индивидуальны и должны определяться педиатром конкретно для каждого ребенка с учетом особенностей его развития и состояния здоровья [1, 4, 15].

К этому возрасту у ребенка появляются эмоции и интерес к разным новым пищевым продуктам, рефлекс выталкивания ложки угасает, малыш уже может глотать комочки пищи, а пищеварительная система созревает до такой степени, что может воспринимать не только грудное молоко, но и более плотные пищевые продукты. Своевременное введение прикорма способствует формированию жевательного аппарата и адекватных вкусовых привычек, тренировке и развитию пищеварительной системы детей и стимуляции моторной активности кишечника.

Более раннее введение прикорма (ранее 4 месяцев) приводит к увеличению частоты появления аллергических реакций и разных нарушений со стороны пищеварительного тракта (диспепсия, дисбактериоз кишечника). При более позднем введении прикорма (старше 8–9 месяцев) могут развиваться различные дефицитные состояния (железодефицитная анемия, гиповитаминоз), а также задерживается формирование навыков жевания.

По официальным рекомендациям ВОЗ, продукты прикорма промышленного производства «должны использоваться в питании детей, если у матери есть средства и возможности для их приобретения» (WHO. World Health Assembly 2002. Document 55. Global strategy for infant and young child feeding: Geneva. WHO) [1, 4].

Использование высококачественных и разнообразных ингредиентов, безопасных для здо-

ровья малыша, современные технологии производства и обогащения наделяют продукты прикорма промышленного производства преимуществами перед прикормом домашнего приготовления.

В течение продолжительного времени первым продуктом, который рекомендовали вводить в питание детей, был фруктовый сок. Однако соки не отвечают требованиям, предъявляемым к первому прикорму. Поэтому фруктовый сок рекомендуется вводить после трех энергоемких прикормов.

В соответствии с современными подходами, первой вводится *каша*, так как именно она обеспечивает 20–30 % ежедневных потребностей ребенка в энергии и нутриентах. Высокая энергетическая ценность каши при небольшом объеме порции делает ее особо значимой в начальном периоде введения прикорма, так как позволяет уменьшить число кормлений в день и облегчает формирование режима питания. Каша является одним из основных источников пищевых волокон, углеводов, растительных белков и жиров. Она также обеспечивает ребенка такими минеральными веществами, как железо и селен, и витаминами B₁, B₂, PP и др. [16].

Доказано, что раннее (до 17 недели) введение глютенa, содержащегося в некоторых крупах, может способствовать развитию глютенной энтеропатии. Поэтому сначала вводят безглютеновые каши (гречневую, рисовую, кукурузную), затем глютенсодержащие (пшеничную, овсяную, манную). Детям со склонностью к запорам рекомендуются каши с повышенным содержанием пищевых волокон (гречневая, кукурузная), детям с неустойчивым стулом — каши с минимальным содержанием пищевых волокон (рисовая).

В питании детей первого года жизни хорошо зарекомендовали себя молочные и безмолочные каши промышленного приготовления, технология производства которых позволяет дополнительно обогащать их витаминами и минеральными веществами, необходимыми для растущего организма. Для промышленного производства каш используются молоко и крупы высшего качества.

Современные каши для детей первого года жизни промышленного производства являются быстрорастворимыми (инстантными). Их не надо варить, а для разведения используют грудное молоко или смесь, которую получает ребенок. Молочные каши разводят теплой кипяченой водой [2, 16].

Так, например, компания «Nestle» в настоящее время предлагает для прикорма 31 вид каш: безмолочные низкоаллергенные, безмолочные, молочные, содержащие фрукты; функциональные каши из серии «Помогайка», содержащие пребиотики и бифидобактерии; каши «Шагайка», содержащие кусочки фруктов и ягод.

В качестве второго прикорма рекомендуется вводить овощное пюре.

Овощное пюре должно быть гомогенным по консистенции до 6–7 месяцев, пюреобразным — до 9 месяцев, крупноизмельченным — для детей старше 9 месяцев.

Начинать введение овощного пюре надо с одного вида овощей (цветная капуста, капуста брокколи, кабачок, тыква). Постепенно монокомпонентные овощные пюре заменяют многокомпонентными, состоящими из нескольких овощей (пюре из кабачков и картофеля, пюре из капусты брокколи и кабачков, пюре из цветной капусты и кабачков, зеленого горошка, моркови).

Компания «Nestle» выпускает под маркой «Gerber» большой ассортимент овощных пюре (как монокомпонентных, так и состоящих из нескольких овощей), приготовленных без крахмала, сахара, соли.

Третий прикорм — это мясо. Мясо животных или птицы добавляют к основному прикорму ежедневно.

Мясной прикорм необходимо вводить в рацион малыша после того, как в его рацион ввели овощное пюре. Поэтому если для первого прикорма (в силу определенных причин) выбрано овощное пюре, то вторым прикормом должно быть мясное пюре, а третьим — каша. Если же первой ввели кашу, то овощное пюре будет вторым прикормом, а мясо — третьим.

Если нет аллергии к белкам коровьего молока, то можно вводить говядину, телятину. Если же у ребенка есть риск возникновения аллергических реакций, то лучше начинать с мяса кролика, индейки. Позже дают нежирную свинину, конину, смешанные консервы из нескольких видов мяса.

Компания «Nestle» под маркой «Gerber» предлагает для первого введения мяса следующие монокомпонентные мясные пюре, не содержащие соли: «Индейка», «Кролик», «Цыпленок».

Мясное пюре начинают давать с 6 месяцев по 5–30 г. С 8–9 месяцев рекомендуются фрикадельки (30–50 г), с 11–12 месяцев — паровая котлета (50–70 г).

Фруктовые и овощные соки рекомендуются после введения трех энергоемких прикормов (каша, овощи, мясо) в количестве до 100 мл в сутки. Сначала вводят монокомпонентные соки, затем — многокомпонентные фруктовые или фруктово-овощные соки.

С 8–9 месяцев 1–2 раза в неделю ребенку можно давать рыбное пюре (хек, треска, пикша, тунец, судак), заменяя им мясо. Рыбное пюре следует вводить осторожно в связи с возможностью развития аллергических реакций.

Цельное молоко как продукт питания не рекомендуется детям до 1 года, но может входить в состав других блюд.

Желток — источник легкоусвояемого белка, лецитина, жирорастворимых витаминов — назначается с 7 месяцев (раннее его введение часто при-

водит к возникновению аллергических реакций) с 1/4 части, в 8 месяцев его количество увеличивается до 1/3, к 1 году можно давать половину желтка. Яйцо необходимо варить не менее 10 минут.

Творог в рацион питания гармонично развивающихся детей первого года жизни не вводят, так как он показан только при наличии дефицита белка в рационе ребенка.

С 6–7 мес ребенку можно предложить *печенье или сухарик* (5 г), с 7–8 мес — кусочек *пшеничного хлеба* (5 г).

Детям, находящимся на грудном вскармливании, после введения прикорма сохраняют три кормления грудью до достижения возраста 12 месяцев и 1–2 кормления грудью до достижения ими возраста 18–24 мес [1, 4, 7].

Таким образом, существующий среди врачей-педиатров стереотип вскармливания детей на первом году жизни устарел и должен быть изменен в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Современные подходы к последовательности и срокам назначения прикормов будут способствовать гармоничному развитию ребенка и снижению заболеваемости.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. — М., 2010. — 68 с.
2. Кильдиярова, Р. Р. Питание здорового ребенка / Р. Р. Кильдиярова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 224 с.
3. Рациональное питание ребенка первого года жизни. Заболевания желудочно-кишечного тракта, билиарной системы и органов дыхания у детей / Т. Г. Маланичева [и др.]. — Казань: Медицина, 2011. — Ч. 1. — 240 с.
4. Руководство по детскому питанию / под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Конь. — М.: Мед. информ. агентство, 2004. — 662 с.
5. Алферов, В. П. Питание детей первого года жизни / В. П. Алферов, Ф. П. Романюк, Л. Н. Пройда. — СПб., 2005. — 48 с.
6. Жерносек, В. Ф. Вскармливание здоровых детей первого года жизни / В. Ф. Жерносек, Т. П. Дюбкова. — Минск: Зорны верасень, 2008. — 48 с.
7. Мачулина, Л. Н. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей первого года жизни / Л. Н. Мачулина. — Минск, 2011. — 40 с.
8. Иммунологические факторы грудного молока женщин в динамике лактации / Е. И. Кондратьева [и др.] // Вопросы детской диетологии. — 2010. — Т. 8, № 4. — С. 5–9.
9. Капранова, Е. И. Материнское молоко — «золотой стандарт» пищи маленького ребенка / Е. И. Капранова. — М.: ММА им. Сеченова, 2002. — 30 с.
10. Пырьева, Е. А. Вскармливание детей первого года жизни: новые возможности / Е. А. Пырьева // Вопросы современной педиатрии. — 2012. — Т. 11, № 3. — С. 83–86.
11. Галактионова, М. Ю. Влияние грудного вскармливания на формирование здоровья детей первого года жизни / М. Ю. Галактионова, В. И. Фурцев, Е. В. Будникова // Вопросы детской диетологии. — 2010. — Т. 8, № 4. — С. 10–13.
12. Верещагина, Т. Г. Питание детей первого года жизни / Т. Г. Верещагина, И. Г. Михеева, О. Б. Курасова. — М.: РГМУ, 2009. — Ч. 1. — 92 с.
13. Воронцов, И. М. Естественное вскармливание детей / И. М. Воронцов, Е. М. Фатеева, Л. Б. Хазельсон. — СПб.: Сотис, 1993. — 198 с.
14. Изучение эффективности использования в питании детей первого года жизни гипоаллергенной молочной смеси / А. В. Дмитриев [и др.] // Вопросы детской диетологии. — 2010. — Т. 8, № 4. — С. 58–63.
15. Сафронова, А. И. Прикорм в питании детей первого года жизни / А. И. Сафронова, И. Я. Конь // Вопросы детской диетологии. — 2011. — Т. 9, № 5. — С. 39–42.
16. Бородулина, Т. В. Эффективность использования инстантных каш в рационе детей дома ребенка / Т. В. Бородулина, Н. Е. Санникова, О. К. Нетребенко // Вопросы детской диетологии. — 2011. — Т. 9, № 5. — С. 43–46.

Поступила 30.08.2013