

**Жерносек В. Ф.,**

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой поликлинической педиатрии
Белорусской медицинской академии последипломного образования

Дюбкова Т. П.,

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения Белорусского государственного университета

Организация прикорма грудных детей

Прикорм – любая жидкая или твердая пища (кроме женского молока и его искусственных заменителей), дополняющая рацион пищевыми веществами, необходимыми для гармоничного роста и развития ребенка [7]. Необходимость расширения рациона питания ребенка возникает в возрасте 4–6 мес. К этому возрасту истощаются запасы минеральных веществ, значительно возрастает потребность в витаминах в связи с интенсивным ростом и ежемесячной прибавкой массы тела. Грудное молоко уже не в состоянии удовлетворить эти потребности, несмотря на сбалансированность питания кормящей матери. В связи с активной двигательной активностью ребенок нуждается не только в нутриентах, но и в поступлении дополнительного количества энергии [2].

Основные правила введения прикорма [1, 3, 8]

1. Вводить прикорм только здоровому ребенку. Не рекомендуется вводить в рацион новые блюда и продукты прикорма при острых заболеваниях либо изменениях условий жизни младенца (поездки, переезды, смена ухаживающих лиц), в период проведения профилактических прививок.

2. Предлагать вводимый продукт многократно. Согласно научным данным, для восприятия новых вкусовых ощущений продукт следует предлагать ребенку до 10–15 раз. При исключении прикорма из рациона после первой безуспешной попытки его введения утрачивается возможность доступа к новым продуктам и вкусовым ощущениям.

3. Давать прикорм перед кормлением грудью, начиная с 1–2 чайных ложек, и постепенно в течение 5–7 дней увеличивать объем до возрастной нормы. Максимальный объем блюд прикорма для ребенка первого года жизни составляет 180–200 г.

4. Вводить новый вид прикорма после полной адаптации к предыдущему, соблюдая интервал в 10–14 дней. Не рекомендуется одновременно вводить два

новых вида прикорма.

5. Использовать для первоначально вводимых прикормов гомогенные по консистенции блюда, не вызывающие у ребенка затруднений при глотании. Постепенно переходить к более густой, затем – к более плотной пище, приучая ребенка к жеванию и приему пищи с ложки. С возраста 9–10 месяцев рекомендуется давать прикормы, в составе которых имеются кусочки пищи.

6. Вводить новые блюда и продукты прикорма в утренние часы, чтобы проследить за ответной реакцией организма ребенка. Особое внимание следует обращать на поведение ребенка, характер стула, состояние кожных покровов.

7. Вводить на начальных этапах прикорма только из одного вида продуктов (монокомпонентные). После привыкания постепенно вводить прикормы, состоящие из нескольких продуктов (многокомпонентные), например, каши из смеси злаков, каши с кусочками овощей и фруктов.

8. Предлагать ребенку прикорм в теплом виде с ложечки. Желательно, чтобы ребенок сидел за специальным детским столом.

9. Прикладывать ребенка к груди после каждого кормления в период введения продуктов и блюд прикорма для сохранения лактации.

При введении прикорма следует придерживаться принципа максимальной индивидуализации питания, как и при назначении молочных смесей.

Сроки введения прикорма

При выборе сроков введения прикорма следует учитывать, что организм младенца первых 4 месяца жизни еще не приспособлен к усвоению пищи, значительно отличающейся по составу от грудного молока или детской молочной смеси. По достижении 4 мес. пищеварительный тракт ребенка претерпевает существенные изменения. Снижается проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, повышается активность многих пищеварительных ферментов, формируется местный иммунитет. Ребенок приобретает способность проглатывать полужидкую и более густую пищу, что связано с угасанием «рефлекса выталкивания ложки». Своевременное введение прикорма способствует формированию жевательного аппарата и адекватных вкусовых привычек [1, 2, 7].

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о сроках введения и виде первого прикорма. Негативные последствия может иметь как раннее, так и позднее введение прикорма детям первого года жизни (табл. 1).

Согласно ранее разработанным отечественным рекомендациям первый прикорм (фруктовый сок) вводится с 3–4 мес. жизни. Но в соответствии с резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения № 54.2 от 18 мая 2002 г.

Таблица 1 Неблагоприятные последствия несвоевременного введения прикорма [4, 5]	
Раннее введение прикорма	Позднее введение прикорма
Срыгивания	Задержка роста
Диарея	Задержка созревания структуры и функций органов желудочно-кишечного тракта
Пищевая непереносимость, в том числе аллергия	Задержка формирования жевательного аппарата
Запоры	Запоры
Манифестация целиакии	Отказ от твердой пищи
Увеличение риска развития ожирения, сахарного диабета*	Анемия, дефицит цинка, меди и других микроэлементов

* Нет достаточной доказательной базы данных.

и № 59.13 от 4 мая 2006 г. детям, находящимся на исключительно грудном вскармливании, рекомендуется вводить прикорм не ранее 6 мес. жизни. Первый прикорм должен содержать все основные микронутриенты, белок и энергию, дефицит которых формируется к 6 мес. жизни. Согласно последним рекомендациям Комитета по питанию ESPGHAN [7], первый прикорм должен быть введен не ранее 17 и не позднее 26 недель жизни ребенка. В комментарии к документу отмечена необходимость учета национальных особенностей и традиций питания в различных странах и регионах. Принимая во внимание рекомендации, изложенные в «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» Союза педиатров России [2], первый прикорм следует вводить в возрасте 4–6 мес. жизни. Подходы к вскармливанию детей первого года жизни, принятые в нашей стране, безусловно, нуждаются в переработке в соответствии с международными рекомендациями и с учетом новейших научных данных в области детской нутрициологии. Однако незыблемым при организации питания детей первого года жизни остается принцип индивидуального подхода к каждому ребенку.

При вскармливании современными адаптированными смесями, содержащими комплекс витаминов и минеральных веществ, нет необходимости вводить прикорм в более ранние сроки, чем при вскармливании грудным молоком. Следовательно, сроки введения прикорма детям, находящимся на исключительно

грудном и искусственном (или смешанном) вскармливании адаптированными молочными смесями, одинаковые.

Первый прикорм – каша промышленного производства, обогащенная железом, кальцием, цинком, йодом. Каши могут быть молочными или безмолочными. Предпочтительны инстантные каши, которые нуждаются только в разведении и готовы к употреблению без варки. Безмолочные каши могут быть разведены грудным молоком или смесью, которую получает ребенок. Каша является энергоемким прикормом, содержащим в достаточном количестве нутриенты, дефицит которых формируется к 4–6-месячному возрасту. Она вводится в рацион не ранее 4 мес. и не позднее 6 мес. жизни.

Второй прикорм – овощное пюре. Вводится через 2 недели после каши.

Третий прикорм – мясо. Вводится через 2 нед. после введения овощного пюре, но не ранее 6 мес. Мясо животных или птицы добавляют к основному прикорму и дают ежедневно. С 8–9 мес. вводят рыбу один-два раза в неделю в качестве альтернативы мясу животных и птицы или дополнительно к нему.

Последовательность введения трех основных прикормов может меняться. При дефиците массы тела, учащенном стуле предпочтение в качестве первого прикорма отдается каше, при избыточной массе тела, запорах – овощному пюре. Если сначала вводится овощное пюре, вслед за ним рекомендуется вводить в рацион мясо. Каша в этом случае вводится третьим прикормом. Детям с уровнем гемоглобина ниже 115 г/л мясо вводится

в рацион в качестве второго прикорма через 10–14 дней после каши, затем вводится овощное пюре.

С возраста 7 мес. в рацион питания вводят *желток* сваренного вкрутую куриного яйца.

Использование в рационе грудных детей цельного коровьего или козьего молока в качестве самостоятельного продукта питания приводит, как правило, к развитию анемии, так как оно содержит незначительное количество железа. В связи с этим цельное молоко сельскохозяйственных животных не рекомендуется использовать в питании детей первого года жизни в качестве самостоятельного продукта [7]. Но оно может входить в состав других блюд и использоваться для приготовления каш. *Кефир, детский йогурт* рекомендуется вводить в рацион не ранее 8 мес. жизни, при этом их объем не должен превышать 200 мл в сутки. В случае если у кормящей матери вырабатывается достаточное количество грудного молока, указанные продукты можно рекомендовать в более позднем возрасте.

Дискуссионным остается вопрос о введении в рацион питания ребенка грудного возраста творога. Большинство ведущих нутрициологов не считают обоснованным использование творога в питании гармонично развивающихся детей, не имеющих признаков белковой недостаточности. Творог показан только при наличии дефицита белка в рационе, но не ранее 6 мес.

В возрасте 7 мес ребенку дают *печенье или сухарик из белого хлеба.*

С 8 мес. рекомендуется кусочек *нездобного пшеничного (белого) хлеба.*

Фруктовые пюре и соки рекомендуются после введения основных энергоемких прикормов (каша, овощное пюре, мясо). Согласно современной точке зрения, их нецелесообразно вводить раньше. Эта позиция существенно отличается от ранее существовавших представлений о необходимости раннего введения в рацион питания грудного ребенка фруктовых соков. Свежевыжатые соки превосходят консервированные по вкусовым качествам, но последние имеют гарантированное качество, исключая возможность микробного, радионуклидного и химического загрязнения.

Таблица 2 Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни [2]

Наименование продуктов и блюд (г, мл)	Возраст (месяцы)			
	4–6	7	8	9–12
Овощное пюре	10–150	170	180	200
Молочная каша	10–150	150	180	200
Фруктовое пюре	5–60	70	80	90–100
Фруктовый сок	5–60	70	80	90–100
Творог*	10–40	40	40	50
Желток, шт.	–	0,25	0,5	0,5
Рыбное пюре	–	–	5–30	30–60
Кефир и другие неадаптированные кисломолочные напитки	–	–	200	200
Сухари, печенье	–	3–5	5	10–15
Хлеб пшеничный	–	–	5	10
Растительное масло	1–3	5	5	6
Сливочное масло	1–4	4	5	6

* Не ранее 6 месяцев.

Примерная схема введения прикорма детям первого года жизни представлена в табл. 2.

В питании ребенка могут быть использованы продукты и блюда, приготовленные как в домашних, так и в промышленных условиях. Последние обладают рядом преимуществ и соответствуют высоким мировым стандартам качества. Для их приготовления используется только экологически чистое сырье, технология отвечает строгим гигиеническим стандартам. Продукты промышленного приготовления имеют гарантированный химический состав и соответствующую возрастным особенностям младенца степень измельчения, обогащены витаминами и минеральными элементами. Благодаря современным технологиям в последние годы разработан и широко используется в питании детей такой сбалансированный вид прикорма, как сухие инстантные молочные и безмолочные каши. Они не требуют варки и после разведения водой или молоком готовы к употреблению. Это обеспечивает сохранность витаминно-минерального компонента, что чрезвычайно важно для растущего организма ребенка.

Каши и продукты прикорма на зерновой основе. Первая каша, которую рекомендуется вводить в рацион младенцев, – монокомпонентная безглютеновая

гречневая или рисовая каша. Кашей заменяют обычно одно кормление, как правило, второе по счету после утреннего кормления грудным молоком или молочной смесью. Согласно современным представлениям, каши, содержащие глютен, предпочтительно вводить не ранее 4 мес. и не позднее 7 мес. жизни, что уменьшает риск глютеневой энтеропатии и других ассоциированных с глютеном заболеваний [1].

В настоящее время предпочтение отдается сухим инстантным кашам промышленного производства. Они обогащены минералами и витаминами, дефицит которых формируется у ребенка к 4–6 месяцам жизни. В отличие от инстантных каш, при термической обработке обычной крупы происходит потеря витаминов и минералов. В процессе варки ухудшается также биодоступность некоторых пищевых ингредиентов.

Выпускаются молочные и безмолочные инстантные каши промышленного производства из одного, двух, а также трех и более видов круп или муки.

Период введения прикорма сопровождается риском нарушения биоценоза кишечника грудного ребенка. Для сохранения полезной микрофлоры в необходимом количестве используют продукты, в состав которых входят пробиотики и/или пребиотики. Эти продукты получили на-

звание функциональных. Продукт питания относится к категории функциональных, если он способен улучшать состояние здоровья и снижать риск развития заболеваний, сохраняя при этом свою ценность как источника необходимых пищевых веществ. В последние годы многие отечественные и зарубежные производители детского питания выпускают детские каши, обладающие свойствами функциональных продуктов питания.

После введения в рацион монокомпонентной каши переходят к поликомпонентным кашам, состоящим из нескольких видов круп или муки. Эти каши могут содержать различные наполнители (фруктовые, овощные) и добавки (мед, орехи, какао, шоколад, ванилин), повышающие пищевую ценность и улучшающие вкусовые качества продукта. Следует учитывать, что согласно принятым в нашей стране санитарным нормам и правилам каши и продукты, содержащие мед и какао, рекомендуются с возраста не ранее 12 месяцев.

Включение в продукт про- и пребиотиков придает ему уникальные свойства синбиотика. Синбиотический эффект позволяет поддерживать жизнедеятельность собственной микрофлоры кишечника, улучшить ее состав, обеспечить здоровое пищеварение.

Для детского питания рекомендуется также *растворимое печенье*, близкое по свойствам к кашам. Оно хорошо растворяется в воде и молоке, напоминая по консистенции кашу.

Для детей 8–11 мес. выпускаются специализированные *каши типа мюсли*, содержащие орехи, сухофрукты, хлопья из круп. Это позволяет ребенку научиться жевать.

Овощное пюре. По степени измельчения овощные пюре подразделяют на гомогенизированные (с 4,5 мес. жизни) и протертые (старше 9 мес.). Сначала вводят в рацион монокомпонентные пюре: из кабачков, цветной капусты, картофеля, моркови. Это позволяет проанализировать реакцию ребенка на введение нового продукта и оценить его индивидуальную переносимость. Затем вводят поликомпонентные пюре с расширением ассортимента овощей за счет тыквы, капусты, в последующем – томатов и свеклы. С 7 мес. добавляют зеленый го-

рошек, с 8 мес. в состав может входить лук и чеснок, с 9 мес. – специи (белый перец, лавровый лист) и пряные овощи (сельдерей, укроп). Вторым прикормом в виде овощного пюре заменяют еще одно кормление грудью (чаще третье по счету при 5-разовом кормлении).

Мясные продукты. Мясные консервы для детского питания по составу их компонентов можно разделить чисто мясные, мясо-растительные и консервы на растительной основе с добавлением мяса. Чисто мясные консервы представляют из себя измельченное в различной степени мясо (говядина, свинина, телятина, мясо ягненка, курицы, индейки, кролика и др.), к которому могут быть добавлены соответствующий мясной бульон или питьевая вода, сливочное или растительное масло, формообразователи (крахмал, крупа, мука), пряности, соль. В нашей стране и в России выпускаются мясные пюре трех степеней измельчения:

- гомогенизированные, или тонкоизмельченные. Размер частиц в основной массе продукта – 0,3 мм, предназначены для детей старше 6 мес.;
- пюреобразные. Размер частиц в основной массе продукта – до 1,5 мм. Рекомендуются для детей старше 8 мес.;
- крупноизмельченные. Размер частиц в основной массе продукта – до 3,0 мм. Предназначены для детей старше 9–10 мес.

В пюреобразных и крупноизмельченных консервах содержатся специи (укроп, петрушка, сельдерей, лук, чеснок, кориандр, гвоздика, лавровый лист). Мясные консервы могут служить источником животного белка (5–15 г/100г), а также жира (3–12 г/100г), витамина В₁₂ и железа.

Значительными преимуществами обладают мясные консервы с минимальным содержанием различных компонентов, что обеспечивает их лучшую переносимость.

Мясо-растительные консервы и консервы на растительной основе с добавлением мяса представляют собой готовые блюда прикорма, в составе которых имеются растительные компоненты и мясо. Мясо составляет не менее 30% в мясо-растительных консервах и не более 10–15% в консервах на растительной основе с мясом. Как отечественные,

так и зарубежные мясные, мясо-растительные и растительно-мясные консервы дифференцированы по возрасту ребенка и подразделяются на консервы для трех этапов (или стадий) развития:

- для детей до 6 мес. (I стадия);
- для детей от 6 до 9 мес. (II стадия);
- для детей старше 9 мес. (III стадия).

Консервы III стадии часто содержат мясо и овощи в виде мелких кусочков.

Сначала в рацион вводятся монокомпонентные пюре из говядины, телятины, курицы или индейки. Мясные пюре сочетают с овощными и дают ежедневно.

С 8 мес. в рацион питания можно включать субпродукты.

С 8–9 мес. вводят рыбу один-два раза в неделю вместо мяса. В последние годы выпускаются в основном растительно-рыбные консервы. Это готовые блюда прикорма, которые содержат 10–20% рыбы в сочетании с растительными компонентами. Растительно-рыбные консервы могут иметь различную степень измельчения: пюреобразные (размер частиц до 1,5 мм) для детей 8–9 мес. и крупноизмельченные для детей 11–12 мес. Количество продукта к 11–12 мес. жизни составляет 100–150 г. Детям в возрасте 9–10 мес. Растительно-рыбные консервы следует давать вместо мясного блюда. К концу года их можно назначать дополнительно к мясным блюдам, например, в обед – мясное блюдо, на ужин – растительно-рыбные консервы.

Фруктово-ягодные соки. Фруктовые соки промышленного изготовления подразделяются на моносоки, изготовленные из одного вида сырья, и купажированные соки, выработанные из двух и более видов фруктов и/или ягод. Выпускаются осветленные соки и соки с мякотью. Соки с добавлением сахара называются нектарами. Содержание фруктовой и/или ягодной части в них должно быть не менее 50%. Нектары могут быть также изготовлены из одного или нескольких видов фруктов и/или ягод и выпускаются с мякотью или осветленными. Сначала в рацион питания ребенка первого года жизни вводят монокомпонентные осветленные соки. Первый сок может быть яблочным, грушевым или сливовым. Затем

в рацион питания включают многокомпонентные фруктовые мякотные соки. Соки цитрусовых и экзотических фруктов вводятся в питание в последнюю очередь, так как они обладают высоким аллергизирующим потенциалом.

Фруктово-ягодные и фруктово-овощные пюре. Производят пюре различной степени измельчения: гомогенизированные и протертые. Наряду с фруктово-ягодными и фруктово-овощными пюре предприятия пищевой промышленности выпускают достаточный ассортимент комбинированных фруктово-зерновых и фруктово-молочных пюре. Фруктово-зерновые пюре включают плоды, различные виды муки или хлопья. Фруктово-молочные пюре производят на основе различных фруктов с добавлением йогурта, сливок, молока или творога, а также небольших количества крахмала или муки как формообразователей. Фруктово-зерновые пюре сочетают в себе свойства двух прикормов – зернового и фруктового. Они требуют большего напряжения ферментных систем, чем чисто фруктовые. Вводят фруктовые пюре после сока.

При организации питания детям первого года жизни следует принимать во внимание рекомендуемый срок введения в рацион продуктов и блюд прикорма. Термин «рекомендуемый срок» означает возраст, начиная с которого применение данного продукта питания является безопасным для здорового ребенка. Однако основополагающий принцип рационального питания детей грудного возраста – максимальная индивидуализация и учет особенностей состояния здоровья. Так, срок введения первого прикорма детям, находящимся исключительно на грудном вскармливании, может существенно отличаться от рекомендуемых сроков, указанных на продуктах детского питания. Начало и вид прикорма детей группы риска по развитию аллергии определяется в индивидуальном порядке и может также отличаться от общепринятых стандартов.

Признаками адекватности питания ребенка первого года жизни независимо от вида вскармливания являются [2, 5]: гармоничное физическое развитие; соответствующее возрасту нервно-психическое развитие; высокая резистентность; нормальные поведенческие реакции;

соответствующее возрасту функциональное состояние органов и систем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П.* Вскармливание здоровых детей первого года жизни: учеб.-метод. пособие. – Минск, 2008. – 48 с.
2. Национальная программа оптимизации вскарм-

мливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М., 2010. – 68 с.

3. *Неверо Е.Г.* Современная тактика вскармливания детей первого года жизни. – Минск, 2005. – 36 с.
4. Питание здорового и больного ребенка / Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коля, Б.С. Каганова. – М., 2007. – 324 с.
5. Принципы организации питания детей первых двух лет жизни: учеб.-метод. пособие / Под ред. В.А. Тутельяна. – М., 2007. – 20 с.
6. Рекомендации по питанию и уходу за малышом

первого года жизни / Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, Г.В. Яцык и др. – М., 2006. – 63 с.

7. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on nutrition // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutrition. – 2008. – Vol. 46. – P. 99–110.
8. Michaelsen K.F, Weaver L., Branca F, Robertson A. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста: метод. рекомендации ВОЗ. – Копенгаген, 2001. – 369 с.

Поступила 24.12.2010 г.

Календарь конференций и симпозиумов по медицине в Республике Беларусь, 2011 г.*

апрель-май	Минск	Симпозиум «Хирургическое лечение коронарного атеросклероза»
май	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Современные лечебно-диагностические технологии в ведении пациентов с хроническими осложнениями сахарного диабета»
май	Могилев	Республиканская научно-практическая конференция: «Безопасность в анестезиологии и интенсивной терапии»
май	Гомель	Республиканская научно-практическая конференция «Современные методы неинвазивной диагностики ишемической болезни сердца»
май	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Болезни костно-мышечной системы – мультидисциплинарная проблема современной медицины»
май	Брест	Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы медицинской экспертизы и реабилитации»
май	Витебск	VI Международная научно-практическая конференция по артериальной гипертензии
май	Витебск	Международная научно-практическая конференция «Аллергия и инфекция в педиатрии»
май	Гомель	Республиканская научная конференция для молодых неврологов и нейрохирургов «Достижения неврологии и нейрохирургии»
май	Гродно	Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Новые технологии в решении проблемы патологии голоса, слуха и речи», посвященная 50-летию кафедры оториноларингологии УО «ГрГМУ»
17 мая	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Современные достижения медицины – олимпийскому спорту»
май	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Современные возможности профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний»
26–27 мая	Минск	Международная научно-практическая конференция, посвященная Всемирному дню здоровья пищеварительной системы «Слизистая оболочка органов пищеварения: эндоскопические, патоморфологические и клинические параллели в распознавании патологических изменений»
26–27 мая	Минск	Международный научно-практический симпозиум «Гармонизация требований к фармаконадзору в государствах – участниках СНГ»
июнь	Гродно	Объединенный Симпозиум врачей педиатров, акушер-гинекологов и детских хирургов
июнь	Минск	Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы терапии боли»
июнь	Минск	Международная научно-практическая конференция «Совершенствование навыков дотестового консультирования семейных пар с целью профилактики перинатального инфицирования»
10–11 июня	Минск	VII международные Свято-Пантелеимоновские образовательные чтения «Духовно-нравственный закон: здоровье человека – здоровье народа»
июнь	Минск	Расширенный Пленум РОО «Белорусское респираторное общество»: «Результаты интенсификации научной и практической работы по улучшению эпидемической ситуации по туберкулезу в Беларуси в свете Государственной программы «Туберкулез»
июнь	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Современные проблемы лечения бронхиальной астмы и ХОБЛ»
июнь	Минск	Республиканская научно-практическая конференция «Новые возможности профилактики и лечения инфекционных болезней у детей»

* Начало на с. 25. Продолжение на с. 42. Полный перечень на сайте www.mednovosti.by