

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Оренбургский государственный университет»

Кафедра нутрициологии и биоэлементологии  
Кафедра профилактической медицины

О. В. БАРАНОВА, С. Г. ГУБАЙДУЛИНА

# ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ  
К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

Рекомендовано к изданию Редакционно-издательским советом  
Государственного образовательного учреждения  
высшего профессионального образования  
«Оренбургский государственный университет»

Оренбург 2007

УДК 613.22 (07)  
ББК 28.707.3я7  
Б 24

Рецензент

доктор медицинских наук, профессор С.В. Нотова

**Баранова, О.В.**  
Б 24 **Особенности питания детей раннего возраста: методические указания к практическому занятию / О.В. Баранова, С. Г. Губайдулина. – Оренбург: ГОУ ОГУ, 2007. – 22 с.**

Методические указания предназначены для проведения практического занятия по дисциплинам «Физиологические основы здорового питания», «Политика здорового питания» на кафедре нутрициологии и биоэлементологии для студентов различных специальностей факультета информационных технологий, пищевого, гуманитарного, транспортного, физического факультетов ГОУ ОГУ.

ББК 28.707.3 я7

© Баранова О.В.,  
Губайдулина С.Г., 2007  
© ГОУ ОГУ, 2007

## Содержание

Введение.....	4
1 Цель и задачи практического занятия.....	5
2 Особенности питания детей раннего возраста.....	6
2.1 Современные тенденции состояния вскармливания и развития детей первого года жизни.....	6
2.2 Преимущества грудного вскармливания.....	7
2.3 Методика и организация грудного вскармливания.....	9
3 Искусственное вскармливание детей первого года жизни: современные представления и проблемы.....	12
3.1 Заменители грудного молока.....	13
3.2 Принципы введения прикорма у детей на первом году жизни.....	16
4 Вскармливание ребенка и пищевая аллергия.....	20
Список использованных источников.....	24

## Введение

Сегодня известные специалисты – нутрициологи во всем мире признают, что питание необыкновенно важно для нашего здоровья. Однако оно не может решить всех проблем современного человека. К таким проблемам следует причислять вредные привычки, стрессовые нагрузки, недостаточность в рационе витаминов, минеральных веществ, безграничный ассортимент пищевых продуктов иностранного производства, применение агрохимикатов и многие другие факторы, снижающие биологическую ценность пищи – вот основные поводы для сомнений.

От того, какую пищу в настоящее время потребляет человек, зависит его состояние здоровья. Особенно важно учитывать характер питания детского и подросткового населения. Недостаточное потребление жизненно-важных микронутриентов в настоящее время является массовым и постоянно действующим фактором, отрицательно влияющим на здоровье, рост, развитие и жизнеспособность всей нации. Тем не менее, проблема несбалансированного, неадекватного питания остается недостаточно изученной среди отдельных групп населения. Дефицит витаминов и эссенциальных микроэлементов в детском и юношеском возрасте отрицательно сказывается на показателях физического развития, успеваемости, сопротивляемости к различным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм неблагоприятных экологических условий, нервно-эмоционального напряжения и стресса, что в целом, препятствует формированию здорового поколения.

Результаты наблюдения (мониторинга) за состоянием питания населения предопределили создание «Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 г.», одобренной постановлением Правительства РФ №917 от 10.08.1998, в которой указаны основные направления мероприятий, направленные на улучшение состояния питания различных контингентов населения.

В связи с этим, вполне актуальным и необходимым является разработка и написание методических указаний, пособий, посвященных углубленному изучению состояния питания отдельных групп населения.

## 1 Цель и задачи практического занятия

### ***Цель занятия:***

- 1) научиться оценивать сущность естественного вскармливания, его преимущества перед другими видами вскармливания;
- 2) научиться расчёту питания и составлению диеты для здоровых детей первого года жизни;
- 3) научиться использовать различные формулы для расчёта суточного и разового объёма пищи;
- 4) научиться оценивать правильность сроков введения прикорма, его количества;
- 5) оценка и понимание принципов успешного грудного вскармливания.

### ***Студент должен знать:***

- 1) основные особенности питания детей раннего возраста;
- 2) преимущества грудного вскармливания;
- 3) современные представления об искусственном вскармливании ребенка первого года жизни;
- 4) развитие пищевой аллергии и ее профилактику.

***Студент должен уметь:*** владеть изученным материалом и принимать соответствующие меры по предупреждению нарушений в состоянии питания и здоровья будущего поколения.

***Практические навыки:*** составить меню для ребенка с учетом наличия у него аллергических реакций на конкретные пищевые продукты; подобрать индивидуальный рацион ребенка, находящегося на искусственном вскармливании с учетом введения прикорма.

## **2 Особенности питания детей раннего возраста**

### **2.1 Современные тенденции состояния вскармливания и развития детей первого года жизни**

Состояние здоровья детей и подростков является весьма актуальной проблемой, поскольку в последнее десятилетие отмечается тенденция к увеличению частоты и тяжести заболеваний в молодом возрасте. Детское и подростковое питание тесно сопряжено с процессами обмена веществ в организме и является одним из определяющих темпов роста ребенка, его гармоничного развития, способности к различным видам и формам обучения, устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды.

В педиатрической практике до 90-х годов 20 века общепринятой продолжительностью грудного вскармливания считалось 10 месяцев – 1 год. В конце 90-х годов 20 века взгляды на продолжительность грудного вскармливания меняются. Появляется термин «продолжительное грудное вскармливание», под которым подразумевается грудное вскармливание младенца на протяжении 2-го года его жизни, т.е. от 12 до 24 месяцев жизни, и, возможно, дольше. Согласно действующим в настоящее время рекомендациям ВОЗ, «Ребенка следовало бы кормить грудью на протяжении, по крайней мере, первых двух лет его жизни и далее, при учете того, что он получает при этом необходимые продукты прикорма в адекватных количествах». Американская академия педиатрии утверждает: «Грудное вскармливание необходимо продолжать, во всяком случае, не менее 12 месяцев, а далее столько, сколько пожелают мать и ребенок». По результатам консультативного совещания экспертов ВОЗ в 2001 г., практика грудного вскармливания до 6 месяцев жизни признана оптимальной. Далее рекомендуется обеспечить прикорм с продолжающимся грудным вскармливанием до 2 лет и более.

Однако следует особо подчеркнуть, что в представленных работах нет данных о влиянии грудного длительного вскармливания на взаимоотношения матери и ребенка. Еще Б. Спок в своих работах, относящихся к 60-м г.г. 20 века, рекомендовал отлучать ребенка от груди к году жизни, так как продолжающееся грудное вскармливание может делать ребенка неестественно зависимым от матери.

Рациональное вскармливание детей первого года жизни предусматривает, в первую очередь, обеспечение детей грудным молоком. Материнское молоко является идеальной пищей для ребенка. Грудное вскармливание является единственной формой адекватного питания для ребенка сразу после рождения и в течение одного-полутора лет жизни.

Особое значение имеет правильное питание для детей раннего возраста, у которых практически отсутствуют запасы пищевых веществ, несовершенны процессы их усвоения, не сформированы в достаточной мере механизмы защи-

ты от вредных чужеродных веществ, которые могут попасть в организм ребенка.

В первый год жизни закладывается фундамент, в значительной мере определяющий уровень физического развития и состояния здоровья ребенка в последующие возрастные периоды. Основные процессы адаптации к внеутробной жизни заканчиваются, сформирован механизм грудного вскармливания, налаживается наиболее тесный контакт матери с ребенком, происходит очень интенсивное физическое, нервно-психическое, интеллектуальное развитие. *Здоровый ребенок — это умный ребенок.* Для первого года жизни характерны следующие особенности: быстрый темп развития, к моменту рождения у ребенка еще не закончено морфологическое и функциональное созревание ни одной из систем организма; неодновременность развития, по мере созревания функциональных систем и механизмов их саморегуляции; высокая пластичность организма ребенка на фоне продолжающегося развития и созревания, что позволяет соответствующими воздействиями быстро ликвидировать появившиеся отклонения в развитии и состоянии здоровья; чрезвычайно быстрый темп развития, максимальный темп физического развития приходится на 2—4-й месяцы жизни, он обеспечивается высоким уровнем обмена веществ с преобладанием анаболических процессов (синтеза белка), а относительная энергетическая потребность детей этого возраста в 3 и более раз превышает таковую у взрослого человека. За первый год длина тела увеличивается на 50 %, масса тела — втрое. В первые месяцы также заметно увеличивается подкожный жировой слой, который достигает максимума к 9 месяцам. У детей первого года жизни, особенно первых месяцев жизни, пищеварительная система еще незрела. Потребность в пище относительно больше, чем у детей старшего возраста. Поэтому, наилучшим способом питания детей с первых дней их жизни должно являться естественное (грудное) вскармливание.

#### **Виды вскармливания:**

- 1) естественное – такой вид вскармливания, при котором ребенок получает грудное материнское молоко путем прикладывания к груди;
- 2) дополненное или частично грудное – ребенок получает грудное материнское молоко и докорм смесями не более 1/5 от суточного рациона (от 100 до 120 мл в сутки);
- 3) смешанное – ребенок получает грудное материнское молоко и докорм смесями от 1/5 до 4/5 от суточного рациона (до 80 %);
- 4) искусственное – такой вид вскармливания, при котором ребенок не получает грудного молока. Питание осуществляется смесями из бутылочки.

## **2.2 Преимущества грудного вскармливания**

В первые дни лактации молочная железа отделяет молозиво, состав которого с каждым днем меняется. Лишь на 2-3 неделе оно приобретает постоянный состав и становится зрелым молоком. Кормление здорового новорожденного

ребенка надо начинать через 6 - 12 часов после рождения в зависимости от его индивидуальных особенностей, особенностей матери, времени рождения.

После первого кормления ребенка прикладывают к груди через каждые 3 – 3,5 часа с соблюдением ночного перерыва в 6 – 6,5 часов. Число кормлений - 6-7 раз в сутки, длительность каждого кормления в первое время - 20 мин, в дальнейшем - 15-20 мин, в зависимости от активности сосания ребенка, особенностей материнской груди и лактации. В течение первых трех дней дети высасывают от 5 до 30-35 мл за кормление, что составляет около 100-200 мл в сутки. С каждым следующим днем количество молока, всасываемого ребенком, увеличивается и к 8-9 дню достигает 450-500 мл в сутки.

Количество молока, необходимое новорожденному ежедневно в течение первых 7-8 дней жизни, можно ориентировочно рассчитать по формуле Финкельштейна

$$V = n \times 70(80), \quad (1)$$

где V- количество пищи в сутки, мл;

n – количество дней жизни ребенка, сут;

70- коэффициент, если масса тела при рождении ребенка составила менее 3200 г;

80- коэффициент, если масса тела при рождении ребенка составила более 3200 г.

После двух недель жизни ребенка для расчета необходимого количества потребляемого молока применяется объемный метод.

Суточный объем молока должен составлять, если ребенку:

- от 2 недель до 2 месяцев - 1/5 массы тела;

- от 2 до 4 месяцев - 1/6 массы тела;

- от 4 до 6 месяцев - 1/7 массы тела;

- старше 6 месяцев - 1/8 массы тела, но не более 1 литра в сутки.

Количество молока у молодых, особенно первородящих женщин в первые дни лактации, часто бывает недостаточным. Это может стать причиной некоторой задержки восстановления первоначального веса ребенка, что, как правило, не отражается отрицательно на дальнейшем его развитии. Однако если у новорожденного ребенка физиологическое снижение веса к 4-5 дню жизни превышает 8 % первоначального веса и не обнаруживается тенденция к восстановлению веса, а ребенок, не выдерживая интервалы между кормлениями, и проявляет явное беспокойство, то нередко применяется докармливание ребенка сцеженным молоком другой кормящей женщины - донора. Донорское молоко, подвергнутое термической обработке и сохраняемое после сцеживания в течение нескольких часов, теряет многие ценные биологические свойства женского молока. Молоко следует давать ложечкой или пипеткой. Дети, преждевременно приученные получать докорм из бутылочки через резиновую соску, почти всегда начинают мало сосать, что усиливает гипогалактию у матери. Таких детей приходится преждевременно переводить на смешанное вскармливание.

В данном случае, суточное количество молока, необходимое для вскармливания ребенка, рассчитывается, исходя из веса ребенка:



- от 2 до 6 недель - 1/5-1/6 веса тела;
- от 6 недель до 4 месяцев - 1/6 веса тела;
- старше 4 месяцев - 1/7-1/8 веса тела.

Более точным является калорийный расчет. В первой четверти первого года ребенок должен получать в сутки, в среднем, 120-130 ккал на 1 кг веса, во второй четверти - около 110 – 120 ккал на 1 кг веса, в третьей - около 100-110 ккал на 1 кг веса, к концу года - около 90-100 ккал на 1 кг веса.

Здоровый ребенок, живущий в благоприятных условиях, до 4,5 - 5 месяцев должен находиться на вскармливании одним материнским молоком, если его достаточно у матери.

Однако при вскармливании ребенка грудью могут возникнуть трудности, связанные с матерью:

- 1) неправильная форма сосков, что затрудняет их захватывание ребенком;
- 2) ссадины и трещины сосков, делающие акт сосания груди крайне болезненным;
- 3) мастит;
- 4) "тугая грудь";
- 5) гипогалактия;
- 6) тяжелые заболевания матери - психические болезни, эндокринные расстройства и др.;
- 7) неполноценный состав молока.

Возможны затруднения и со стороны ребенка:

- 1) дефекты и заболевания полости рта и носа;
- 2) срыгивания;
- 3) непереносимость женского молока;
- 4) тяжелые заболевания ребенка (внутричерепная родовая травма, пневмония, сепсис и др.).

### **2.3 Методика и организация грудного вскармливания**

Огромное значение имеет раннее прикладывание ребенка к груди в первые 30 мин после родов, т.е. еще в родильном зале. При этом малыш получает всего несколько капель молозива, но это способствует быстрому становлению лактации у матери. Необходим тесный контакт между матерью и ребенком сразу после рождения в палате совместного пребывания. Это обеспечивает эмоциональную близость матери и ребенка. Женщина должна четко представлять важность естественного вскармливания, как для ребенка, так и для собственного здоровья. Необходим хороший моральный климат в семье, способствующий лактации, в то время как постоянные ссоры и скандалы могут быстро привести к полному исчезновению молока.

Необходимо подготовить грудь к кормлению. От формы и реакции сосков во многом зависит успех кормления. Поэтому, начиная с последних трех месяцев беременности, женщина должна дважды в день делать массаж грудных желез продолжительностью 2-3 мин.

Выполняют три приема:

- одновременно двумя руками поглаживают обе железы по ходу лимфатических сосудов, т.е. сверху в направлении от грудины к плечу, снизу - к подмышечным впадинам;
- одновременно делают круговые поглаживания обеих молочных желез, не касаясь сосков и околососковых кружков;
- завершающий прием проводят сначала на одной молочной железе, а затем на другой: железу поддерживают одной рукой, а вторую руку накладывают сверху, не касаясь околососкового кружка, после чего железу 3-4 раза аккуратно сжимают обеими руками по направлению грудной клетки.

Чтобы подготовить соски к непосредственному кормлению, необходимо после ежедневного душа растирать их махровым полотенцем. Установлено, что в результате систематического массажа молочных желез грудное молоко появляется значительно раньше и в большем количестве, а трещины сосков возникают во много раз реже.

После ночного голодания ребенок высасывает молока больше, в последующие кормления – несколько меньше. Таким образом, объем пищи в разные кормления могут быть различными, соответственно различными будут и интервалы между кормлениями. Поэтому рекомендуется в последнее время свободное вскармливание грудных детей. Такое кормление по требованию ребенка способствует раннему становлению лактации. По мере становления лактации ранняя фаза с очень частыми кормлениями без всяких дополнительных усилий со стороны матери перерастает в более регулярный режим, и сам ребенок будет требовать кормления не чаще 7-8 раз в сутки с интервалом 3 часа. Но и в этих условиях не надо строго соблюдать указанные часы кормления; следует лишь ориентироваться на них, допуская отклонения в ту или иную сторону. Необходимо помнить правило: чем чаще ребенка прикладывают к груди, тем больше образуется молока.

К первому месяцу жизни ребенка длительность кормления должна составлять от 15 до 20 мин. Обычно, спустя это время малыш будет сыт и доволен. Держать ребенка у груди дольше 20 мин не рекомендуется, так как это может привести к раздражению кожи в области сосков и появлению болезненных трещин.

Кормление грудью должно непременно проходить в спокойной, неторопливой обстановке. Настроение матери непосредственно влияет на поступление грудного молока, поэтому необходимо расслабиться и успокоиться перед началом кормления. Беспокойство и внутренняя скованность сдерживает выход грудного молока и неблагоприятно сказывается на процессе кормления и на состоянии малыша. После кормления необходимо сцеживать остатки молока (особенно в первые 2-3 недели), т.к. в молоке содержится ингибитор, подавляющий выработку молока. Между кормлениями не рекомендуют давать ребенку

никакой жидкости (воду, глюкозу и др.), т.к. это уменьшает аппетит ребенка, и он хуже будет сосать грудь.

**Техника естественного вскармливания:**

- 1) тщательно вымыть руки детским мылом;
- 2) грудь также помыть детским мылом, затем обмыть теплой кипяченой водой;
- 3) просушить грудь мягким полотенцем, не растирая области соска и ореолы;
- 4) сцедить небольшое количество молока, при значительном нагрубании молочной железы количество сцеженного молока возрастает;
- 5) взяв ребенка на руки, занять удобное положение сидя, с упором ноги на небольшую скамеечку, высотой 20-30 см, или лежа на боку. При любом положении кормления следует поддерживать спину ребенка, а не его голову. Голова ребенка при этом не должна быть запрокинута или согнута вперед;
- 6) помочь ребенку взять в ротик весь околососковый кружок, сжимая его между большим и указательным пальцами;
- 7) следить, чтобы во время кормления носик ребенка оставался открытым, и он мог спокойно дышать;
- 8) при активном сосании через 8-10 мин от начала кормления необходимо сделать перерыв и 1-2 мин подержать ребенка в вертикальном положении, чтобы дать ему отдышаться и отрыгнуть воздух;
- 9) отнимают ребенка от груди только в момент прекращения активных сосательных движений и сжатия соска. Если этот момент не наступает, то ребенку в уголок рта по ходу соска мать вводит мизинец и под его защитой освобождает грудь. После окончания кормления на 5-10 мин ребенка вновь переводят в вертикальное положение не зависимо от того, прерывалось ли оно до этого или нет;
- 10) после кормления ребенка кладут на бок. Это предупреждает возможность заброса пищи из желудка в пищевод и, следовательно, возможность аспирации (попадание пищи в дыхательные пути);
- 11) при засыпании ребенка у груди или вялом сосании его можно теревить поддерживающей рукой, поглаживать пальцем кожу в окружности рта, или сцеживать в рот небольшие порции молока;
- 12) после кормления остатки молока, если они есть, необходимо сцедить из груди;
- 13) обмыть и обсушить грудь полотняной тканью.

Обычно малышу дают одну грудь и лишь на следующее кормление прикладывают к другой. Лишь при недостаточном количестве молока у матери при опорожнении одной груди ребенка прикладывают ко второй.

**Гипогалактия.** Одна из наиболее частых причин перевода ребенка на смешанное и искусственное вскармливание является гипогалактия у матери. Гипогалактия – это дефицит грудного молока при сниженной секреторной функции молочных желез. Выделяют раннюю (до 10 дня после родов) и позднюю формы (после 11 дня) гипогалактии.

Выделяют четыре степени гипогалактии:

- I степень - дефицит молока (по отношению к потребностям ребенка) до 25 %;

- II степень - дефицит молока до 50 %;

- III степень – дефицит молока до 75 %;

IV степень – дефицит молока более 75%.

*Признаки гипогалактии:*

- 1) ребенок не прибавляет в массе;
- 2) не выдерживает перерывы между кормлениями;
- 3) симптом «сухих пеленок».

При гипогалактии I, II степени проводится лечение в течение 5-7 дней, при отсутствии результатов вводится докорм. При III, IV степени докорм вводится сразу, наряду с лечением гипогалактии.

*Борьба с гипогалактией:*

- 1) мощный стимул лактации – это частое прикладывание ребенка к груди до 20 раз в сутки;
- 2) прикладывание к обеим молочным железам;
- 3) увеличение питьевого режима кормящей женщины до 2-2,5 литра в сутки;
- 4) горячий душ на молочные железы после сцеживания остатков молока;
- 5) горячее питье за 40 минут до кормления и после кормления;
- 6) легкий массаж молочных желез;
- 7) витаминные комплексы – «Матерна» и др;
- 8) фитотерапия – чай «Лактовит».

Все методы и приемы лечения гипогалактии применяются при назначении и под контролем врача.

### **3 Искусственное вскармливание детей первого года жизни: современные представления и проблемы**

Положение о том, что материнское молоко является идеальной пищей для младенцев, не вызывает в настоящее время сомнений ни у врачей, ни у населения. Тем не менее, распространенность естественного вскармливания находится в настоящее время на недопустимо низком уровне (не более 30% от общего числа детей первого года жизни уже в 3-месячном возрасте). В связи с этим, большая часть российских младенцев лишена материнского молока и вынужденно находится на искусственном вскармливании. Исходя из этого, перед практическими врачами - педиатрами и перед специалистами, работающими в области педиатрии и детского питания, стоят две основные задачи: во-первых, уделять максимальное внимание поддержке грудного вскармливания и обеспечению полноценной лактации у матерей; во-вторых, добиваться максимальной эффективности искусственного вскармливания, обеспечивающей адекватный рост и развитие, и устойчивость детей к действию неблагоприятных внешних факторов.

### 3.1 Замена грудного молока

Благодаря интенсивным научным исследованиям и огромным достижениям мировой индустрии детского питания возможности и подходы к искусственному вскармливанию детей в настоящее время существенно отличаются от тех подходов, что имели место еще несколько десятилетий назад. Это связано, в первую очередь, со значительным прогрессом в создании заменителей женского молока и их максимальном приближении (адаптации) к его составу и свойствам. Во-вторых, это объясняется наличием в настоящее время чрезвычайно широкого ассортимента различных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска. Рассмотрим основной вопрос организации искусственного вскармливания - проблему заменителей женского молока. Необходимо при этом сразу же подчеркнуть условность этого термина, т.к. "заменить" женское молоко невозможно - его свойства уникальны. Тем не менее, при отсутствии у матерей молока врач вынужден искать ему "замену", и речь, следовательно, может идти лишь о том, чтобы эта "замена" в наибольшей степени соответствовала физиологическим потребностям младенца. Именно поэтому были проведены многочисленные исследования, направленные на адаптацию состава и свойств коровьего молока - как наиболее близкого материнскому молоку "чужеродного" продукта - к составу и свойствам женского молока. Современная классификация заменителей женского молока разработана профессором Конь И.Я. (НИИ питания РАМН, 1999) и представлена на рисунке 1.

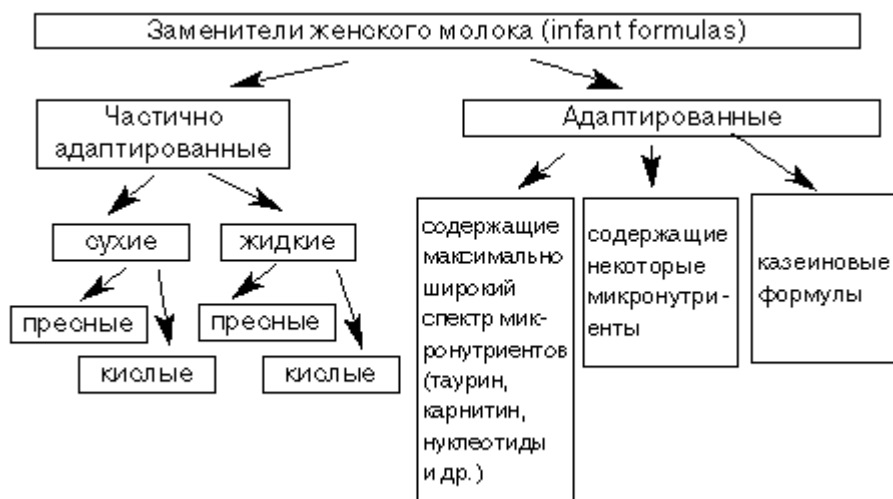


Рисунок 1 - Замена грудного молока

Как видно из схемы, заменители женского молока делятся, прежде всего, по степени их приближения к составу женского молока на две большие группы: адаптированные и частично адаптированные.

**Адаптированные** "заменители" в наибольшей степени приближены к женскому молоку по всем его компонентам. В заменителях этого класса оптимизирован также состав жирового компонента - молочный жир полностью или частично заменяют на смесь растительных масел (подсолнечного, кукурузного,

соевого, рапсового, кокосового, пальмового и др.), которые подбирают так, чтобы обеспечить максимальное приближение жирнокислотного состава молочных смесей к жирнокислотному составу женского молока. Основным углеводом в большинстве заменителей женского молока служит лактоза, которая обладает рядом свойств, имеющих важное физиологическое значение для младенцев. Она способствует всасыванию кальция, обладает бифидогенным действием (т.е. способностью поддерживать рост бифидобактерий), снижает рН в толстом кишечнике. Важнейшим звеном адаптации коровьего молока к женскому является оптимизация минерального состава смесей. Она заключается, с одной стороны, в снижении в смесях по сравнению с коровьим молоком общего количества солей, а также содержания кальция, калия, натрия, которые значительно выше в коровьем, чем в женском молоке, и, наоборот, во введении в смеси ряда микроэлементов, уровень которых ниже в коровьем, чем в женском молоке.

Высокое содержание минеральных солей в коровьем молоке, кефире и других неадаптированных цельномолочных продуктах приводит при потреблении их детьми первых месяцев жизни к значительной нагрузке на почки, нарушениям в водно-электролитном балансе, усилению выведения жиров в виде кальциевых солей и др. Это является одной из причин, в силу которых неадаптированные молочные продукты не рекомендуются в нашей стране детям первых 6-8 месяцев жизни, а в США - и на протяжении всего первого года. С другой стороны, как было отмечено, оптимизация минерального состава молока предусматривает дополнительное внесение в смесь ряда необходимых микроэлементов, и, прежде всего железа, цинка, меди, йода, фтора, содержание которых в коровьем молоке ниже, чем в женском. Наряду с микроэлементами в смесь вносят необходимые количества водо- и жирорастворимых витаминов (включая витамин К), причем с учетом более низкой усвояемости витаминов из коровьего молока, чем из женского, их содержание должно быть несколько выше, чем физиологические потребности в этих нутриентах.

Помимо указанных микронутриентов, во многие смеси вносят условно эссенциальную аминокислоту - таурин, необходимую детям первых недель и месяцев жизни для формирования органа зрения и головного мозга. В последние годы к числу микронутриентов, обнаруженных в женском молоке и имеющих важное физиологическое значение, были отнесены нуклеотиды, которые являются, по-видимому, важными регуляторами иммунного статуса детей. В связи с этим, некоторые компании уже разработали молочные смеси, обогащенные этими соединениями. В России были зарегистрированы 2 адаптированные молочные смеси, обогащенные нуклеотидами - SMA Golden (Wyeth Nutritional Intern) и Симилак (Эббот Лэбораториз, США). Обе смеси прошли клиническую апробацию в лаборатории детского питания НИИ питания РАМН и подтвердили свою эффективность в питании здоровых детей первого года жизни.

К числу адаптированных смесей относятся такие известные сухие молочные смеси, как Нутрилон (Нутриция, Нидерланды), Нан (Нестле, Швейцария), Хумана-1 (Хумана, Германия), ХиПП-1 (ХиПП, Австрия), SMA (Вайт Нутришнл Интерн., США), Галия-1 (Данон, Франция), Семпер Беби-1 (Семпер, Швеция), Фризолак (Фризланд, Нидерланды) и др. Очень близки к ним по составу

смеси Бона и Туттели (Нестле, Финляндия) и Пилтти (Валио, Финляндия), "Симилак" (Эббот Лэбораториз, США) и Нестожен (Нестле, Голландия).

Следует особо подчеркнуть, что адаптированные смеси, причем как сухие, так и готовые к употреблению жидкие, производятся в настоящее время и в России. К числу жидких смесей относятся смеси АГУ-1 (пресная и кисломолочная), выпускаемые в Москве на Лианозовском заводе детского питания и являющиеся в настоящее время основой рационов московских детей первого года жизни. Обе смеси практически идентичны по своему составу, который максимально приближен к составу женского молока, в том числе и по содержанию микронутриентов, включая таурин. Необходимо отметить, что в соответствии с современными представлениями готовые к употреблению смеси имеют бесспорные преимущества перед сухими смесями не только потому, что их значительно легче использовать матерям (избегая процедуры восстановления сухих смесей) и при этом невозможно допустить ошибки в разведении сухих смесей. Наряду с жидкими смесями в России в самое последнее время на заводе в Вологде начат выпуск сухих адаптированных молочных смесей "Винни" (совместное российско-германское предприятие "Вологда-Крюгер").

**Частично адаптированные молочные смеси.** Этот термин уже сам по себе указывает на особенности данной группы продуктов - в отличие от адаптированных смесей, их состав лишь частично приближен к составу женского молока: в них снижено общее содержание белков, но поскольку основой смесей служит казеин, усвояемость которого ниже, чем белков молочной сыворотки, то это снижение не столь значительно, как в адаптированных смесях. В состав продуктов введены растительные масла, но степень оптимизации жирнокислотного состава ниже, чем в адаптированных смесях. Частично адаптированные смеси обогащают не лактозой, а сахарозой, которая лишена многих важных свойств лактозы (в частности, ее бифидогенных свойств и способности стимулировать всасывание кальция); в них вносятся лишь часть микронутриентов, присутствующих в адаптированных смесях. Тем не менее, частично адаптированные смеси также могут использоваться в питании детей первого года жизни, в особенности с учетом сложной социально-экономической обстановки в стране и более низкой стоимости этих смесей. К числу частично адаптированных смесей, выпускаемых в России и хорошо известных отечественным педиатрам, относятся сухие смеси "Малютка" и "Малыш", выпускаемые ОАО "Истра/Нутриция" на заводе в г. Истра (Московская область).

Определенный вклад в удовлетворение потребностей детей первого года жизни в специализированных продуктах детского питания вносят **молочные кухни**, в особенности в сельской местности. К сожалению, неудовлетворительная техническая оснащенность многих действующих кухонь не позволяет им выпускать современные адаптированные смеси, и их ассортимент во многих случаях включает только детское молоко, кефир и творог. В связи с этим, следует еще раз подчеркнуть, что неадаптированные молочные продукты (молоко, кефир и др.) не соответствуют физиологическим особенностям детей первого года жизни, и не должны включаться в их рационы до 6-8 месяцев жизни даже в очень сложных социально-экономических условиях. В самом крайнем случае

при невозможности использования в питании младенцев современных адаптированных или частично адаптированных смесей лучше вернуться к прежней практике, т.е. разведении молока и кефира, оказывающих менее неблагоприятное действие на организм младенцев, чем цельные молочные продукты. В этом случае, безусловно, необходимо дополнительное включение в рацион поливитаминов и более раннее введение прикорма. В ближайшее время будет найдена возможность поставок на молочные кухни сухих адаптированных или частично адаптированных смесей (в крупной фасовке), которые будут восстанавливаться на кухнях и распределяться среди детей первого года жизни.

**Практические рекомендации по выбору заменителя женского молока для ребенка.** При выборе смеси, наиболее адекватной для вскармливания конкретного ребенка, следует учитывать:

- возраст ребенка - в первые 2-3 недели жизни ребенку предпочтительнее назначать пресные смеси, а затем сочетать пресные и кисломолочные смеси. При этом наиболее целесообразным является равное их соотношение в рационе;

- степень адаптированности смеси - чем меньше возраст ребенка, тем больше он нуждается в максимально адаптированных смесях; ребенку до 5-6 месяцев ни в коем случае не следует назначать "последующие смеси", кефир и другие неадаптированные кисломолочные смеси, цельное коровье молоко;

- индивидуальную переносимость смеси.

Однако, в практике нередки случаи, когда ребенок дает выраженные аллергические реакции на одну из современных максимально адаптированных смесей, но хорошо переносит другую смесь того же поколения. Это указывает на необходимость максимальной индивидуализации питания детей и отказе от каких-либо готовых шаблонов и стандартов при назначении ребенку молочных смесей. Критерием здесь могут служить только результаты внимательного наблюдения за ребенком в динамике и оценка переносимости им конкретного продукта, безусловно, при условии ясных представлений врача об его ингредиентном и химическом составе.

### **3.2 Принципы введения прикорма у детей на первом году жизни**

По мере роста ребенка неизбежно требуется вводить в его рацион другие продукты питания, обозначаемые в нашей стране термином "продукты прикорма", а за рубежом - термином "beicost".

Необходимость расширения питания ребенка и дополнения материнского молока (или его заменителей) другими продуктами (прикормом) обусловлена следующими основными факторами:

- необходимость дополнительного введения в организм растущего ребенка энергии и ряда пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком (или его заменителями), начиная с определенного этапа развития младенцев (обычно с 4-6 месяцев), становится недостаточным;

- целесообразность тренировки и развития пищеварительной системы детей;



- целесообразность стимуляции моторной активности кишечника.

К числу нутриентов, лимитирующих пищевую ценность женского молока для детей старше 4 - 6 месяцев, относятся, в первую очередь, белок, некоторые витамины (С, В<sub>12</sub>, фолиевая кислота) и особенно минеральные вещества (в первую очередь, железо, а также кальций, цинк и др.). Вместе с тем, важно, чтобы в рацион ребенка постоянно включались различные виды углеводов и пищевых жиров, отличные от тех, что присутствуют в женском молоке, и, в частности, сахара, крахмал, растительные масла и др. Исходя из этого, можно указать основные группы продуктов, которые могут служить поставщиками данных нутриентов в организм ребенка. К ним относятся злаковые (носитель углеводов, растительного белка, витаминов В<sub>1</sub>, Е, селена, магния, в известной мере, железа); овощи и фрукты (поставщики витамина С, фолиевой кислоты, калия, железа, растительных волокон); мясо (источник белка, жира, железа, витамина В<sub>12</sub> и др.).

**Проблема сроков введения прикорма в питание детей.** Эта проблема до настоящего времени остается предметом дискуссии, в особенности в нашей стране. Прикорм нецелесообразно вводить ребенку ранее 3 - 4 месяцев жизни, так как до этого возраста он физиологически не подготовлен к ассимиляции иной пищи, кроме женского молока или его заменителей. В то же время при введении первого прикорма позднее 6 - 7 месяцев у ребенка могут возникнуть проблемы с адаптацией к пище более плотной консистенции, чем молоко. Поэтому, по мнению большинства исследователей, первый прикорм следует вводить в период с 4 до 6 месяцев жизни. Однако по сложившейся в России практике до введения "основного" прикорма дети начинают получать фруктовые соки.

В таблице 1 приведена примерная схема введения прикорма при естественном вскармливании детей первого года жизни.

Таблица 1 - Примерная схема введения прикорма при естественном вскармливании детей первого года жизни (Конь И.Я. с соавт., 1999)

Наименование блюд и продуктов (г, мл)	0-3 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9-12 мес.
Фруктовый сок	-	5-30	40-50	50-60	60	70	80	90-100
Фруктовое пюре*	-	5-30	40-50	50-60	60	70	80	90-100
Овощное пюре	-	-	10-100	150	150	170	180	200
Молочная каша	-	-	-	50-100	150	150	180	200
Творог	-	-	-	10-30	40	40	40	50
Желток, шт	-	-	-	-	0,25	0,5	0,5	0,5

Продолжение таблицы 1

Наименование блюд и продуктов (г, мл)	0-3 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9-12 мес.
Мясное пюре	-	-	-	-	-	5-30	50	60-70
Рыбное пюре	-	-	-	-	-	-	5-30	30-60
Кефир и кисломолочные продукты	-	-	-	-	-	200	200	400-500
Цельное молоко	-	-	100**	200**	200*	200*	200*	200
Сухари, печенье	-	-	-	-	3-5	5	5	10-15
Хлеб пшеничный	-	-	-	-	-	5	5	10
Растительное масло**	-	-	1-3	3	3	5	5	6
Сливочное масло**	-	-	-	1-4	4	4	5	6

\* Фруктовое пюре вводится через 2 недели после введения сока.

\*\* Для приготовления прикорма (овощное пюре, каши и др.)

**Соки** могут быть изготовлены из одного вида фруктов и овощей (соки из яблок, груш, абрикосов, персиков и др.), из двух видов (яблок и груш, яблок и моркови, яблок и бананов, яблок и тыквы, тыквы и апельсинов и др.), и из нескольких видов плодов и ягод (яблок, бананов и черной смородины; яблок, манго и ананасов; малины, яблок и черники и др.). В последние годы широкое распространение получили соки из тропических и экзотических плодов (манго, гуавы, ананасов и др.). Достаточно часто выпускаются смешанные соки из овощей и фруктов - яблочно-морковный, морковно - апельсиновый и др. Подобные смешанные соки из нескольких фруктов или овощей и фруктов обладают более высокой пищевой ценностью, чем соки из одного вида плодов или овощей, поскольку они взаимно обогащены пищевыми веществами, например,  $\beta$ -каротином моркови и витамином С апельсина (в морковно - апельсиновом соке). В то

ж время при приеме таких соков выше вероятность возникновения аллергических реакций; причем неизвестно, на какой из ингредиентов данного сока. В связи с этим соки, содержащие цитрусовые (лимон, мандарин и особенно апельсин) и клубнику и способные вызывать у детей аллергические реакции, не следует вводить в рацион раньше 6 месяцев.

**Фруктовые пюре**, так же как и соки, могут включать один, два или несколько видов фруктов. Пюре могут быть различной степени измельчения - гомогенизированные, мелкоизмельченные и крупноизмельченные (для детей от 4 до 6 месяцев, от 6 до 9 месяцев, старше 9 месяцев соответственно). Принципы, определяющие последовательность введения фруктовых пюре в рацион, остаются такими же, что и у соков, т. е. вначале следует вводить пюре из одного вида фруктов (яблочное, грушевое, персиковое, сливовое), далее - из двух, а затем из нескольких видов фруктов или фруктов и овощей. Наряду с чисто фруктовыми и фруктово-овощными (чаще всего с морковью и тыквой) пюре, в последние годы многие компании вырабатывают целую гамму комбинированных пюре: фруктово-зерновых - из фруктов с добавкой муки, и фруктово-молочных - из фруктов с добавкой йогурта, сливок, творога. Как правило, их обогащают витамином С. Такие пюре обладают более высокой энергетической и пищевой ценностью, чем фруктовые пюре, поскольку они сочетают в себе два вида прикорма - фруктовый и злаковый. В то же время они требуют для своего усвоения большего напряжения пищеварительных процессов и большей зрелости ферментных систем, чем чисто фруктовые пюре. Поэтому их можно рекомендовать детям от 6 до 7 месяцев в качестве дополнения к злаковому прикорму (каше).

Вслед за фруктовым пюре в питание детей в возрасте 4,5 - 5 месяцев рекомендуется вводить следующий вид прикорма, который в отличие от фруктовых соков и пюре характеризуется более густой консистенцией (полужидкой) и более высокой энергетической ценностью, так что постепенно этот вид прикорма заменяет целое кормление.

В зависимости от состояния здоровья и развития ребенка в качестве этого прикорма может использоваться либо **овощное пюре**, либо **молочная каша**. В качестве первого овощного прикорма можно рекомендовать пюре из моркови, картофеля, сладкого картофеля (батат), кабачков. Затем в питание детей можно включать пюре из моркови и картофеля; моркови и цветной капусты; моркови и тыквы и т.п. Томаты, которые принадлежат к числу овощей, особенно часто вызывающих аллергию у детей, можно вводить в питание не ранее 6 месяцев, томатную пасту, содержащую также соль - с 6-7 месяцев; бобовые, в составе которых высок уровень растительных волокон и особых видов сахаров, способных вызвать раздражение слизистой кишечника и усиление газообразования в кишечнике - с 7-8 месяцев; лук и чеснок, содержащие эфирные масла, раздражающие слизистую желудка, кишечника, почек - с 8-9 месяцев; специи - с 9 месяцев и старше. С точки зрения здоровья детей, предпочтительнее консервы без соли, так как привычка потреблять соленые продукты с детства может служить в последующем причиной возникновения гипертонической болезни и других заболеваний. Они, безусловно, непривычны для взрослых людей, которые уже

привыкли к соленому вкусу большинства продуктов, но не для малышей первых месяцев жизни, у которых еще не сформировались стойкие вкусовые привычки и которые еще не знают, что пища должна быть соленой.

В качестве **злакового прикорма** наиболее удобными являются сухие инстантные каши, для приготовления которых нужно только смешать сухой порошок с теплой кипяченой водой и перемешать. Достоинством этих продуктов является, так же как и консервов детского питания, их гарантированный химический состав, безопасность и обогащение основными витаминами, а также, кальцием и железом. Важно подчеркнуть, что в качестве первого злакового прикорма следует использовать безглютеновые злаки - рис, а также гречневую и кукурузную муку, поскольку к настоящему времени доказано, что глютенсодержащие злаки могут индуцировать у детей первых месяцев жизни развитие глютенной энтеропатии. Поэтому крайне важно добиваться изменения существующей в нашей стране традиции начинать прикорм с введения манной каши, содержащей глютен.

С учетом современных представлений о сроках введения в питание малышей в России **молока и кисломолочных продуктов** эти консервы можно вводить в питание с 6-7 месяцев жизни. В еще более старшем возрасте, примерно с 7-8 месяцев, целесообразно вводить десерты - сложные комбинированные продукты, включающие не только фрукты, но и злаки (рис, манную крупу), загустители (крахмал, гумми) и камеди, сахар, ароматизаторы.

**Мясные консервы** детского питания существенно различаются по компонентному составу, консистенции, степени измельчения и другим свойствам. Их можно разделить по составу компонентов на чисто мясные и мясорастительные консервы. Особенностью отечественных консервов является использование наряду с традиционно употребляемыми видами мяса конины, а также субпродуктов - печени, языка, мозгов, а также более высокое содержание мяса (от 57 до 62 %). В отечественных мясных консервах в отличие от импортных не используются загустители, что обеспечивает большее приближение вкуса этих консервов к вкусу натурального мясного пюре. Большинство видов мясных консервов обогащены железом в дозах, обеспечивающих от 4 до 6 % от дневной потребности в этом элементе. Основное место среди мясных консервов детского питания, выпускаемых за рубежом, занимают не чисто мясные, а мясорастительные консервы, представляющие собой продукт прикорма на смешанной основе, в состав которых входят различные овощи, крупы и другие наполнители.

#### **4 Вскармливание ребенка и пищевая аллергия**

Введение прикорма связано с риском возникновения аллергической реакции ребенка на новый продукт. Во избежание развития пищевой аллергии необходимо соблюдать простые правила составления рациона. Пищевая аллергия - довольно часто встречающееся у детей заболевание. Оно может выражаться в появлении кожных высыпаний (шелушащиеся пятна, мокнущие или сухие, а

также себорейная корка на голове), срыгивании, метеоризма, колик, разжиженного стула или запоров, а также нарушениях дыхания (астматический бронхит, бронхиальная астма) или сразу нескольких проявлениях. В группу риска по развитию аллергии входят дети, у которых кто-либо из родителей или брат/сестра страдают аллергией. Если аллергия отмечалась у одного из родителей, то риск ее развития у ребенка достигает от 20 до 40 %, если у обоих, то вероятность у ребенка возрастает до 60-80 %. Лучшая профилактика пищевой аллергии - длительное грудное вскармливание. При этом кормящей маме нужно соблюдать строгую гипоаллергенную диету. Прикорм детям группы риска вводится в более поздние сроки, чем их здоровым сверстникам - с 5-6 месяцев жизни.

У детей первого года жизни одним из первых аллергенов, вызывающих пищевую аллергию, является **коровье молоко**. Коровье молоко содержит 15-20 антигенов, из которых наиболее аллергенными являются  $\beta$ -лактоглобулин,  $\alpha$ -лактоальбумин, бычий сывороточный альбумин. Возникновению аллергии на коровье молоко способствует ранний перевод на смешанное и искусственное вскармливание с использованием различных молочных смесей, необоснованно раннее введение молочных каш. У детей, находящихся на естественном вскармливании, аллергия к белкам коровьего молока имеет место в 10-15 % случаев, это связано с чрезмерным употреблением матерью во время беременности и лактационного периода молока и молочных продуктов.

На втором месте находится другой продукт - куриное **яйцо**, а также яйца других птиц. Ряд вакцин содержит небольшое количество яичного белка, поэтому они могут вызвать аллергические реакции. Аллергенные свойства желтка выражены в меньшей степени. Часто непереносимость белков куриного яйца сочетается с непереносимостью куриного мяса и бульона.

В последние годы участились аллергические реакции на **злаковые продукты**, в первую очередь на пшеницу и рожь, реже - на рис, гречку, овес. Возможна индивидуальная непереносимость вышеперечисленных злаков, причем злаки могут быть причиной, как истинной аллергии, так и нарушения всасывания в кишечнике (глутенсодержащие злаки).

**Рыба** является также частой причиной развития пищевой аллергии. Аллергены рыбы практически не разрушаются при кулинарной обработке, поэтому не переносятся как вареная, так и жареная рыба. Аллергия к морской рыбе встречается чаще, чем к речной, хотя большинство детей реагируют на все виды рыб. Аллергические реакции наблюдаются и на пищевые добавки (красители, консерванты, ароматизаторы, вкусовые добавки и др.) Среди красителей следует выделить **тартразин**, придающий желтую окраску и содержащийся в таких продуктах как фруктовые соки, лимонады, йогурт, жевательные конфеты, соусы, супы быстрого приготовления, кондитерские изделия, а также в жевательных резинках. В таблице 2 приведены продукты с различным аллергизирующим потенциалом.

Таблица 2 - Продукты с различным аллергизирующим потенциалом  
( В.А. Ревякина, Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо)

Степень аллергенности		
Высокая	Средняя	Низкая

<p>Яйца, рыба, морепродукты, икра, пшеница, рожь, морковь, помидоры, перец, клубника, земляника, малина, цитрусовые, киви, ананас, гранаты, манго, хурма, дыня, кофе натуральный, какао, шоколад, грибы, орехи, мед.</p>	<p>Цельное молоко, сливочное масло, говядина, куриное мясо, гречка, овес, рис, горох, бобы, соя, картофель, свекла, персики, абрикосы, клюква, брусника, бананы, темно-красная вишня, черника, черная смородина, шиповник.</p>	<p>Кисломолочные продукты, конина, мясо кролика, индейки, постная свинина, тощая баранина, рафинированное растительное масло, пшено, перловка, кукуруза, цветная и белокочанная капуста, кабачки, патиссоны, огурцы, зеленые сорта яблок и груш, белая и красная смородина, петрушка, укроп.</p>
--	--	--

У детей первых лет жизни пищевая аллергия является ведущей. С возрастом она становится менее значимой, и у детей старшего возраста на фоне пищевой аллергии формируется бытовая, пыльцевая, грибковая аллергия.

Риск развития аллергии высокий при условии, **если оба родителя** имеют симптомы аллергии (от 50 до 80 %). Но и в том случае, если у обоих родителей отсутствуют признаки аллергии, имеется риск развития аллергических реакций у ребенка (15 %), умеренный риск развития аллергии наблюдается у детей, если один из родителей имеет симптомы аллергии (от 20 до 40 %).

*Продукты прикорма для детей первого года жизни с пищевой аллергией:*

- педиатры рекомендуют начинать прикорм с однокомпонентных пюре или каш, чтобы иметь возможность отследить реакцию организма малыша;

- если у ребенка часто разжиженный или неустойчивый стул, и он плохо прибавляет в весе, в качестве первого прикорма давайте ему каши. Детям с избыточной массой тела и запорами первым дают овощное пюре;

- детям с пищевой аллергией на первом году достаточно 1 вида каш, 1 вида мяса, 1-2 видов овощей и фруктов;

- говядина имеет антигенное сродство с белками коровьего молока и может также вызвать аллергию. Лучше давать мясо поросенка или индейки. Среди мясных пюре выбирайте те, что не содержат бульон, пряности, соль;

- цельное коровье молоко вводите после 1 года жизни, цельные яйца - после 2 лет, рыбу и орехи - после 3 лет.

*Введение прикорма детям с пищевой аллергией:*

- вводите новый продукт, только когда малыш здоров, начиная с ½ ч. л. и постепенно увеличивая его объем. В случае плохой переносимости временно исключите продукт и попытайтесь дать его вновь через несколько дней;

- каждый новый продукт давайте 5-7 дней подряд перед тем, как вводить другой, чтобы отследить реакцию организма малыша;

- пополняйте детский рацион только однокомпонентными продуктами - реакцию на тот или иной ингредиент сложно отследить при употреблении многокомпонентных продуктов;

- прикорм давайте с ложечки в утренние и дневные часы, чтобы в течение дня отследить реакцию на продукт.

*Это полезно знать!*

*Читайте этикетки. Если на фронтальной стороне баночки с пюре изображена, например, груша - это не значит, что в его состав не входят соль, сахар, крахмал, масла, вкусовые добавки, пищевые красители, консерванты. Об их содержании сообщается на оборотной стороне упаковки. Если вы не знаете, на что периодически "реагирует" организм вашего ребенка, ведите пищевой дневник, в который записывайте все, что в течение дня ест ваш малыш. Это поможет определить опасный продукт.*

**Самые распространенные пищевые аллергены:** цельное коровье молоко, яйца, рыба, орехи, соя, пшеница, цитрусовые, мед, шоколад, клубника, помидоры.

Пищевая аллергия наиболее распространена у детей до 2 лет. У большинства из них нежелательные реакции на аллергенные продукты уменьшаются по мере укрепления иммунитета. Однако аллергия на орехи, рыбу и морепродукты может сохраниться на всю жизнь. Давайте ребенку эту пищу не ранее указанных выше сроков.

В качестве основных направлений профилактики в настоящее время рассматриваются:

- продолжительное естественное вскармливание (не менее 6 месяцев) при условии соблюдения гипоаллергенной диеты матерью или при необходимости применения гипоаллергенных смесей;
- адекватные сроки назначения прикорма, в частности несколько более поздние, чем для здоровых детей;
- применение специализированных гипоаллергенных продуктов прикорма, в частности монокомпонентных безглютеновых и безмолочных каш, монокомпонентных мясных, овощных и фруктовых пюре.

## Список использованных источников

- 1 Вскармливание детей первого года жизни: учеб. пособие / О.К. Ботвиньев [и др.]. - М.: Высш. шк., 1994. – 250 с.
- 2 **Гмошинская, М.В.** Обоснование оптимальной длительности лактации / М.В. Гмошинская // Вопросы детской диетологии. - 2005. - № 4. - Т.3. – С. 16-19.
- 3 Кормление детей первого года жизни: физиологические основы / под ред. Джеймса Акре // Бюллетень ВОЗ. - Т.7. - 1989. - С.29-31.
- 4 **Ладодо, К.С.** Продукты и блюда в детском питании / К.С. Ладодо, Л.В. Дружинина // Вопросы детской диетологии. - 1991. – С. 108-115.
- 5 Руководство по детскому питанию / под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Кона. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 662 с.
- 6 **Сорвачева, Т.Н.** Питание детей первого года жизни и заболеваемость в раннем, дошкольном и школьном возрасте / Т.Н. Сорвачева // V конгресс педиатров России «Здоровый ребенок». – М., 1999. - С. 202.
- 7 **Спок, Б.** Ребенок и уход за ним: [пер. с англ.] / Б. Спок. - Алма-Ата: Казахстан, 1998. - 512 с.
- 8 **Шовкун, В.А.** Питание детей от рождения до года / В.А. Шовкун, Н.Н. Усейнова. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов-н-Д: Издательский центр «МарТ», 2005. – 150 с.
- 9 **Щеплягина, Л.А.** Новые возможности профилактики нарушений здоровья детей в йоддефицитном регионе / Л.А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. - 1999. - №4. - С.11-15.
- 10 The World Health Organisation's infant feeding recommendations / WHO Wkly Epidemiology Rec. 1995. – P. 117-220.