

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ФГБУ НЦЗД РАМН,
академик РАН и РАМН, профессор

 А.А. Баранов

Организация профилактической и лечебной работы в домах ребенка

Методические рекомендации

(Издание второе, дополненное и переработанное)

Москва
ПедиатрЪ
2012



УДК 616-058.862-085(083.13)
ББК 51.1(2)4я81+57.33я81
О-64

Методические рекомендации «Организация профилактической и лечебной работы в домах ребенка» разработаны сотрудниками ФГБУ «Научного центра здоровья детей» РАМН.

Авторский коллектив:

академик РАН и РАМН, проф. А.А. Баранов, д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Л.С. Намазова-Баранова, д.м.н. А.Г. Ильин, д.м.н., проф. Т.Э. Боровик, д.м.н., проф. К.С. Ладодо, д.м.н. В.А. Скворцова, к.м.н. Т.Н. Степанова, к.м.н. Т.Н. Бушуева, проф. Г.В. Яцык, д.м.н. С.Н. Вахрамеева, д.м.н. С.Р. Конова, к.м.н. А.Г. Тимофеева, к.м.н. С.Г. Шмакова, к.м.н. М.Г. Галицкая, Л.И. Дмитриенко.

О-64 Организация профилактической и лечебной работы в домах ребенка: метод. рекомендации / [А.А. Баранов и др.]; Федеральное гос. бюджет. учреждение «Науч. центр здоровья детей» Российской акад. мед. наук. — (Изд. 2-е, доп. и перераб.). — М.: ПедиатрЪ, 2012. — 80 с. — Авт. указаны на обороте тит. л.

ISBN 978-5-904753-33-7

В методических рекомендациях освещены вопросы организации профилактической и лечебной работы при алиментарно-зависимых заболеваниях у детей, воспитывающихся в домах ребенка. Представлена комплексная схема профилактики гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в домах ребенка. Приведены схемы диетического и медикаментозного лечения анемии, рахита и гипотрофии. Даны алгоритмы назначения лечебного питания для детей с пищевой аллергией, синдромом мальабсорбции. Профилактические и лечебные технологии разработаны с учетом особенностей состояния здоровья детей, воспитывающихся в домах ребенка. В приложениях представлены нормы физиологической потребности в энергии, основных пищевых веществах, витаминах и минералах, химический состав современных детских продуктов питания профилактического и лечебного назначения.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, главных врачей и врачей домов ребенка, другого медицинского и вспомогательного персонала домов ребенка.

УДК 616-058.862-085(083.13)
ББК 51.1(2)4я81+57.33я81

ISBN 978-5-904753-33-7



9 785904 753337

© Коллектив авторов, 2012
© ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, 2012
© Издательство «ПедиатрЪ», 2012
© Союз педиатров России, 2012



ВВЕДЕНИЕ

На 1 января 2010 г. в Российской Федерации функционирует 227 домов ребенка на 20 888 мест, в которых воспитываются 17 483 ребенка, в том числе 11 707 детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Доля детей первого года жизни составляет 25,6%, а детей-инвалидов — 25,0%.

Результаты исследований последних лет показывают, что состояние здоровья детей в процессе воспитания в домах ребенка имеет тенденцию к ухудшению. За время пребывания детей в домах ребенка снижаются темпы их физического и нервно-психического развития, ухудшаются показатели соматического здоровья; нарушения здоровья характеризуются полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка.

Дети, поступающие в дома ребенка, уже при рождении имеют значительные отклонения в состоянии здоровья. Данные специальных исследований показали, что родились здоровыми не более 15% детей, воспитывающихся в домах ребенка. До 60% детей, поступающих в дома ребенка, имели при рождении низкую массу тела (менее 2500 г). Врожденные аномалии развития диагностируются в среднем у 15% детей.

Общая заболеваемость воспитанников домов ребенка в 2010 г. выросла на 18% и составила 5713,0 на 1000 детей (2009 г. — 4807,5).

В структуре заболеваемости, как и в предыдущие годы, ведущее место занимают болезни органов дыхания (которые представлены в основном острыми респираторными инфекциями и гриппом, а также их осложнениями), болезни нервной системы, врожденные аномалии и заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Удельный вес заболеваемости детей первого года жизни в 2010 г. составил 35,6% (в 2007 г. — 36,71%) общего числа заболеваний.

Общая заболеваемость воспитанников домов ребенка на 18% выше, чем у детей того же возраста, проживающих

в семьях. Заболеваемость детей первого года жизни составила 7914,0, что на 34% выше, чем среди домашних сверстников. Частота таких заболеваний, как расстройства питания, рахит, анемия, среди детей домов ребенка в 2–4 раза выше по сравнению с детьми из семей. Так, по данным профилактических осмотров, расстройства питания выявляются у 21,5% детей домов ребенка, рахит II–III ст. — у 9,5%, анемия — у 21,2%. Среди детей до 1 года в домах ребенка заболеваемость болезнями крови, в том числе и анемией, составила 455,8 на 1000 воспитанников, т.е. в 4,5 раза больше, чем у детей, воспитывающихся в семье — 100,7 на 1000.

Такая высокая частота алиментарно-зависимых состояний обусловлена несколькими факторами. Это, прежде всего, плохой акушерский анамнез, наличие множественной неврологической и соматической патологии, а также нарушения в организации питания.

Дети в домах ребенка значительно чаще, чем их сверстники, воспитывающиеся в семьях, отстают в развитии. Так, практически каждый второй ребенок (44,0%) отстает в физическом развитии, а 3/4 детей (70,0) — в психическом.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Как правило, дети первого года жизни, пребывающие в домах ребенка, — это дети-сироты или оставшиеся без попечения родителей. Часто они лишены грудного вскармливания с первых месяцев жизни, а иногда и с рождения.

Питание детей с отклонениями в состоянии здоровья, воспитывающихся в домах ребенка, должно основываться на физиологических потребностях в основных пищевых веществах и энергии и учитывать патогенетические процессы, происходящие в организме больного ребенка (приложение 1). Указанные физиологические потребности обеспечиваются соответствующим набором продуктов, утвержденным информационным письмом Минздрава России,

№ 15-3/1295-04 от 10.08.2006 «Рекомендуемые нормы питания (среднесуточные наборы продуктов) для детей, воспитывающихся в домах ребенка, в возрасте от 12 месяцев до 3 лет» (приложение 2).

В случае отсутствия отдельных продуктов питания разрешается производить замену в пределах средств, выделяемых государственным учреждениям для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в соответствии с таблицей замены продуктов по основным пищевым веществам (приложение 3).

Железодефицитная анемия (ЖДА) — это патологическое состояние, обусловленное снижением содержания гемоглобина в результате дефицита железа в организме вследствие его недостаточного поступления, повышенных потерь или нарушенного всасывания.

В зависимости от уровня снижения гемоглобина выделяют 3 степени тяжести ЖДА (табл. 1).

Наиболее чувствительны к дефициту железа дети в возрасте 6–24 месяцев, что обусловлено высокой скоростью роста, увеличением объема циркулирующей крови, особенно если рацион питания содержит недостаточное количество железа, а также истощением к этому возрасту запасов железа, аккумулированного внутриутробно.

Многочисленные исследования показали, что использование значительных количеств неадаптированных продуктов (коровьего молока и кефира) в питании детей в возрасте до 8 месяцев приводит к возникновению микродиapedезных желудочно-кишечных кровотечений, что является фактором риска развития ЖДА.

Таблица 1. Степени тяжести железодефицитной анемии

Степень тяжести	Уровень гемоглобина (г/л)
Легкая	< 110
Средней тяжести	< 90
Тяжелая	< 70

Доказано, что длительный дефицит железа и ЖДА у детей раннего возраста приводит к замедлению моторного развития и нарушению координации, задержке речевого развития, психологическим и поведенческим нарушениям (невнимание, слабость, неуверенность в себе и т. д.), снижению физической активности.

Истинная среднесуточная потребность в железе детей до 1 года составляет приблизительно 0,9–1,1 мг. Учитывая, что из пищи усваивается от 2 до 20% железа, его количество в суточном рационе должно как минимум в 5–10 раз превышать физиологическую потребность (табл. 2).

К развитию железодефицитных состояний и анемии предрасположены дети, находящиеся на раннем искусственном вскармливании с использованием частично адаптированных или неадаптированных молочных продуктов (цельное молоко, кефир), недоношенные, больные с синдромом мальабсорбции, часто болеющие, а также дети, проживающие в экологически неблагоприятных районах.

Таблица 2. Физиологическая потребность и рекомендуемые нормы потребления железа детьми раннего возраста*

Возраст детей	Физиологическая потребность (мг/сутки)	Рекомендуемые нормы потребления (мг/сутки)
0–3 месяца	0,96	4,0
4–6 месяцев	0,96	7,0
7–12 месяцев	0,96	10,0
1–2 года	0,61	10,0
2–3 года	0,61	10,0

Примечание:

* — Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации, МР 2.3.1.2432-08, утверждены Главным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко 18.12.2008.

Клинические симптомы железодефицитной анемии чрезвычайно разнообразны: бледность кожи и слизистых оболочек, трофические изменения кожи, ногтей, волос, слабость и быстрая утомляемость, извращение вкуса и обоняния, диспепсические расстройства, тахикардия, приглушенность тонов, анемический систолический шум.

В условиях дома ребенка с целью профилактики железодефицитных состояний и анемии при искусственном вскармливании детям первого полугодия жизни следует назначать «стартовые» адаптированные молочные смеси, содержание железа в которых составляет 0,7–0,8 мг в 100 мл готовой смеси («Беллакт 0–6», «Беллакт Оптимум 1», «Беллакт Иммунис 1», «Нутрилак 1», «Нутрилак Премиум 1», «Агуша Голд 1», «Нестожен 1», «Малютка 1», «Нутрилон 1», «Симилак 1», «Фрисолак 1 Голд», «Энфамил Премиум Липил 1» и др.). Помимо достаточного количества железа в молочных продуктах важным условием для его усвоения являются определенные соотношения с другими микроэлементами, особенно с медью и цинком. Оптимальными признано соотношение железа с цинком 2:1, железа с медью 20:1, а также с витамином С как 1:15.

В питании детей с 6 месяцев и старше целесообразно использовать последующие адаптированные молочные смеси с более высоким содержанием железа (1,1–1,2 мг на 100 мл готовой смеси): «Беллакт 6–12», «Беллакт Оптимум 2», «Беллакт Иммунис 2», «Малютка 2», «НАН 2», «Нестожен 2», «Нутрилак 2», «Нутрилак Премиум 2», «Сэмпер Беби 2», «Фрисолак 2 Голд», «Энфамил Премиум Липил 2» и др.

Такие детские молочные смеси, как «Беби», «Микамил Люкс», «Микамил Супер», «Нутрилак», «Нутрилак Премиум», «Фрисолак ночная формула», могут применяться с рождения до 1 года, содержание железа в данных продуктах составляет 1,0–1,2 г в 100 мл готовой смеси (приложение 4).

В соответствии с рекомендациями «Национальной программы оптимизации питания детей первого года жизни в Российской Федерации», утвержденной на XVI съезде педиатров России, не рекомендуется включать в раци-

он ребенка неадаптированные кисломолочные продукты (кефир, биокефир, йогурты) до 8 месяцев, а цельное коровье молоко в качестве самостоятельного блюда — до 12 месяцев. Установлено, что раннее введение в питание ребенка неадаптированных молочных продуктов приводит к повышенным потерям железа через кишечник (приложение 5).

Важной мерой профилактики железодефицитной анемии является соблюдение оптимальных для каждого ребенка сроков введения прикорма. Преимущество следует отдавать кашам промышленного производства, обогащенным железом, витаминами и минеральными веществами, а также овощным пюре с повышенным содержанием железа и обогащенным аскорбиновой кислотой. В приложении 6 представлены каши промышленного выпуска с высоким содержанием железа, которые могут использоваться не только с целью профилактики, но и для лечения железодефицитных состояний у детей, при уровне гемоглобина приближающегося к нижней границе возрастной нормы или несколько ниже ее.

При организации прикорма необходимо учитывать не только количественное содержание железа в продуктах, но и его качественную форму. Различают два основных вида железа: гемовое, которое содержится в мясных продуктах, и негемовое — преимущественно в продуктах растительного происхождения. Гемовое железо хорошо всасывается и усваивается организмом независимо от влияния других ингредиентов пищи, процент его усвоения составляет 17–22%, тогда как всасывание негемового железа значительно ниже — 3–5%, а на его усвоение оказывают влияние как активаторы (органические кислоты, мясо, рыба, углеводы, витамины), так и ингибиторы всасывания (фитаты, фосфорно-кальциевые соединения, пищевые волокна и др.). Общепринятая практика использования чая в питании детей раннего возраста может способствовать развитию недостаточности железа (табл. 3).

Степень усвоения негемового железа во многом зависит от состава рациона. Так, добавление 50 г мяса к овощному пюре или кашам увеличивает усвоение содержащегося в них

Таблица 3. Продукты и пищевые вещества, оказывающие влияние на всасывание негемового железа

Активаторы всасывания железа		Ингибиторы всасывания железа	
Органические кислоты (яблочная, лимонная, щавелевая кислоты) и др.	Свежие фруктовые соки и пюре, овощи	Фитаты	Зерна злаковых растений, кукуруза, соя
Молочная и другие кислоты, образующиеся в результате ферментации	Кефир, квашеная капуста	Полифенолы, танин	Шпинат, чай, кофе, какао, орехи, бобовые
Мясо, печень, рыба	Улучшают всасывание железа из овощей и фруктов при одновременном употреблении	Фосфорно-кальциевые соединения	Молоко, сыр
Углеводы	Фруктоза, глюкоза, сахароза, крахмал	Фосфопротеин, альбумин	Яйца
Витамины С, А, В ₂ , В ₆	Продукты, содержащие указанные витамины, витаминные препараты	Пищевые волокна	Крупы, свекла, морковь, яблоки, отруби

железа в 2 раза, добавление 50 г рыбы усиливает этот процесс в 1,5 раза. На всасывание железа из растительных продуктов положительно влияют также аскорбиновая, лимонная, глутаминовая кислоты и фруктоза. Многие фрукты и овощи, содержащие достаточное количество этих органических кислот и углеводов, можно использовать для улучшения усвоения железа из других продуктов.

Источником хорошо усвояемого гемового железа является мясное пюре, которое вводится в рацион здорового ребенка с 6-месячного возраста, а при железодефицитной анемии возможно его использование с 5,5 месяцев. Кроме

того, мясо содержит полноценный животный белок, количество которого в говядине, нежирной свинине, мясе кролика, кур, цыплят, индейки, конины доходит до 20–21%, а также магний, цинк, витамины А, В₁, В₂, В₆, В₁₂ (табл. 4).

Среди витаминов, улучшающих усвоение железа, особое значение имеет аскорбиновая кислота. Она восстанавливает трехвалентное железо в более биодоступную форму – двухвалентное, поддерживает в растворимой форме негемовое железо, устраняя таким образом ингибирующий эффект фитатов и танина. Результат воздействия витамина С очевиден лишь при одновременном поступлении его с железом. В табл. 4 представлено содержание железа в продуктах животного происхождения.

Важную роль в обмене железа играет В₂ (рибофлавин), недостаточность которого может приводить к развитию анемии. При дефиците данного витамина формируется синдром избыточной потери железа с мочой, снижается его депонирование в печени, что может быть обусловлено блокадой мобилизации железа из кишечника.

Таблица 4. Содержание железа в продуктах животного происхождения

Продукт	Содержание железа (мг/100 г)
Мясо кролика	3,3
Говядина	2,9
Телятина	2,9
Баранина	2,0
Мясо курицы	2,2
Свинина	1,9
Мясо индейки	1,4
Скумбрия	1,7
Судак	1,5
Минтай	0,8
Треска	0,7

В настоящее время в нашей стране имеется широкий ассортимент продуктов прикорма промышленного производства, обогащенных железом и аскорбиновой кислотой. Использование этих продуктов дает возможность корректировать рацион ребенка, особенно в осенне-весенний период, когда овощи и фрукты бедны витаминами и минеральными веществами. К таким продуктам относятся фруктовые соки, фруктовые, фруктово-овощные, овощные пюре, различные молочные и безмолочные детские каши, каши с фруктами, овощами. В питании детей с железодефицитной анемией рекомендовано использование мясных консервов промышленного выпуска.

При лечении железодефицитных состояний необходимо восполнение дефицита железа не только правильно подобранным рационом, но и лекарственными железосодержащими препаратами. Наиболее эффективными являются препараты железа (III) — табл. 5.

Терапевтический эффект при пероральном приеме препаратов железа появляется постепенно. Вначале отмечается

Таблица 5. Препараты железа, применяемые у детей раннего возраста

Препарат	Количество активного железа в препарате	Рекомендуемая доза
Мальтофер (Fe III), капли	в 1 капле — 2,5 мг	Для профилактики: детям до 1 года по 5–10 мг/сутки, детям от 1 года до 12 лет — 10–15 мг/сут. С лечебной целью ЖДА: младенцам — 25–50 мг/сутки, детям от 1 года до 12 лет — 50–100 мг/сут
Феррум Лек (Fe III), сироп	в 1 мл — 10 мг	Недоношенные дети — 1,5–3 мг (1–2 капли)/кг/сут, дети до 1 года — 15–30 мг (10–20 капель)/кг/сут, дети от 1 года до 12 лет — по 45 мг (30 капель)/кг/сут. При лечении анемии макс. доза для детей составляет 3 мг/кг/сут

Таблица 5. Продолжение

Препарат	Количество активного железа в препарате	Рекомендуемая доза
Гемофер (Fe II), капли	в 1 капле — 1,6 мг	Недоношенные дети — 1,5–3 мг (1–2 капли)/кг/сут, дети до 1 года — 15–30 мг (10–20 капель)/кг/сут, дети от 1 года до 12 лет — по 45 мг (30 капель)/кг/сут. При лечении анемии макс. доза для детей составляет 3 мг/кг/сут
Актиферрин (Fe II), капли	в 1 капле — 0,53 мг	Для грудных детей по 10–15 капель 3 раза/сутки; для детей дошкольного возраста — по 25–35 капель 3 раза/сут

клиническое улучшение, и лишь спустя некоторое время происходит нормализация уровня гемоглобина. Повышение гемоглобина может быть постепенным, либо скачкообразным, чаще всего начало подъема уровня гемоглобина происходит на 3–4-й неделе от начала терапии. Устранение клинических проявлений заболевания отмечается через 1–3 месяца лечения. У недоношенных детей для полного восполнения запасов железа рекомендуется продолжать ферротерапию в поддерживающих дозах более длительно.

Рахит (D-дефицитный, классический) — многофакторное заболевание, которое характеризуется нарушениями фосфорно-кальциевого обмена и минерализации костной ткани. В настоящее время общепринятым является определение рахита как заболевания, обусловленного временным несоответствием между потребностями растущего организма в кальции и фосфоре и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка. При данном заболевании патологический процесс локализуется главным образом в эпиметафизах костей, остеопатические проявления рахита наиболее выражены у детей первых 2–3 лет жизни.

Ведущее значение в развитии рахита имеет недостаток ультрафиолетового облучения, приводящий к нарушению образования витамина D в коже, а также низкое его содержание в пище. Существенную роль играет дефицит витаминов B₁, B₅, B₆, C, A, E, участвующих в построении костной ткани, поэтому рахит расценивают как полигиповитаминоз. Его развитию способствует также недостаток в организме таких микроэлементов, как магний, кальций, цинк, железо, медь, кобальт.

Предрасполагающими факторами являются повышенная потребность в витамине D детей раннего возраста (особенно первого года жизни), связанная с их усиленным ростом и интенсивным формированием скелета; искусственное вскармливание неадаптированными смесями, желудочно-кишечные и инфекционные заболевания, недостаточное пребывание на свежем воздухе, длительное применение некоторых лекарственных средств (например, фенобарбитала), малая статическая нагрузка и др.

Развитие рахита у детей раннего возраста начинается с синдрома вегето-висцеральных дисфункций, затем присоединяются костные изменения. Клиническая симптоматика и лабораторные показатели в различные периоды рахита представлены в табл. 6.

Течение рахита может быть острым, подострым и рецидивирующим, что предопределяет различие в проведении лечебных мероприятий. Острый рахит наблюдается чаще в первом полугодии жизни. Подострый рахит отличается медленным, вялым развитием болезни, преобладанием симптомов остеодной гиперплазии, мышечной гипотонии, анемии. Рецидивирующий рахит проявляется повторными обострениями уже затихшего процесса, что может быть связано с частыми инфекционными заболеваниями, нерациональным питанием, недостаточным пребыванием на свежем воздухе и солнце.

Первые признаки рахита у доношенных детей обнаруживаются в возрасте 2–3 месяцев. У недоношенных детей признаки заболевания обнаруживают раньше, чем у доно-

Таблица 6. Клиническая симптоматика, данные лабораторных и инструментальных методов исследования в зависимости от степени тяжести рахита

Степень тяжести	Клиническая симптоматика	Биохимические показатели	Данные R-графии
I — легкая	Признаки остеомаляции: «податливость» краев большого родничка и швов черепа (краниотабес)	Кальций крови в норме, фосфор крови в норме или слегка снижен, щелочная фосфатаза (ЩФ) в крови может быть незначительно повышена	Обычно отсутствуют, но может определяться остеопения
II — средне-тяжелая	Признаки остеоидной гиперплазии: деформация черепа (лобные и теменные бугры), грудной клетки, (четки) конечностей (браслетки). Мышечная гипотония. Формирование варусной или вальгусной деформации нижних конечностей, когда дети начинают вставать.	Умеренная гипокальциемия, выраженная гипофосфатемия, значительное повышение уровня ЩФ в крови	Расширение и неровность метафизарной щели, бокаловидные деформации эпиметафизарных отделов костей, нечеткость ядер окостенения. Остеопения или остеопороз, грубый трабекулярный рисунок диафизарных отделов. «Рахитический» метафиз.
III — тяжелая	Выраженные признаки остеоидной гиперплазии: тяжелые деформации скелета. Мышечная гипотония. Позднее становление статических функций. Полиорганная дисфункция.	Выраженная гипокальциемия и гипофосфатемия, сохраняется значительное повышение активности ЩФ	Рахитический метафиз, переломы по типу «зеленой ветки», остеопороз

шенных, как правило, на 4–6-й неделе жизни. Это обусловлено высокой скоростью роста, сниженными запасами витамина D, кальция и фосфора, потребность в которых у этих

детей выше; более выраженной склонностью к ацидозу, нарушением всасывания в кишечнике жиров и витамина D, недостаточной зрелостью ферментных систем печени и почек.

Лечебные мероприятия при рахите направлены на восстановление фосфорно-кальциевого гомеостаза, устранение дефицита витамина D, нормализацию процессов перекисного окисления липидов, ликвидацию метаболического ацидоза.

Лечение рахита включает адекватную организацию питания и гигиенического режима ребенка, применение витамина D, УФ-облучение, лечебный массаж и гимнастику. Терапия должна быть строго индивидуальной и зависеть от степени тяжести и характера течения заболевания, возраста ребенка, сезона года и климатических условий.

Диетотерапия является важным фактором в общем комплексе лечения больных рахитом. Известно, что недостаточное поступление белка и жира тормозит усвоение организмом кальция. При искусственном вскармливании необходимо использовать адаптированные, обогащенные витаминами и микроэлементами детские молочные смеси, в которых соотношение кальций:фосфор составляет 1,5:1–2:1, а содержание витамина D не менее 400–500 МЕ в 1 литре (см. приложение 4).

Адекватное питание подразумевает своевременное введение прикорма с использованием продуктов промышленного производства — детские каши, овощное, фруктовое, мясное пюре, творог, кефир и т. д.

Коррекция дисбиотических нарушений в кишечнике также очень важна, поскольку усвоение витаминов и микроэлементов во многом осуществляется его микрофлорой. Для этого в питании детей, больных рахитом, целесообразно использовать адаптированные молочные смеси и детские каши, содержащие пре- и пробиотики.

Диета должна сочетаться с соблюдением гигиенических правил ухода за ребенком и режима дня, соответствующего возрасту малыша, с длительным пребыванием на свежем воздухе, применением закаливающих процедур: хвойных и соле-

вых ванн, обтираний, а также использованием витаминно-минеральных комплексов и др. (приложение 7).

Постнатальная профилактика рахита у детей связана с организацией правильного питания ребенка с первых дней жизни. Специфическую профилактику витамином D проводят, начиная с 3–4-недельного возраста во все сезоны года, исключая летний период. Неблагоприятные погодные условия, особенно в северных регионах, могут являться показанием к проведению специфической профилактики и в летние месяцы.

Особый контроль соблюдения профилактических мер предпринимают в отношении детей группы риска (недоношенные, часто болеющие, дети с синдромом мальабсорбции, дети, получающие неадекватное искусственное вскармливание и др.).

Противопоказанием к назначению профилактической дозы витамина D являются идиопатическая кальциурия, гипофосфатемия, органические перинатальные повреждения ЦНС с симптомами микроцефалии, краниостеноза. Дети с малыми размерами большого родничка или его ранним закрытием имеют лишь относительные противопоказания к D-витаминизации, специфическую профилактику рахита им начинают с 3–4 месяцев жизни.

Для профилактики и лечения рахита используют 2 вида витамина D: витамин D₂ (эргокальциферол) и витамин D₃ (холекальциферол). Преимущество принадлежит холекальциферолу (табл. 7).

Таблица 7. Препараты витамина D

Препарат	Действующее вещество	Форма выпуска и дозировка
Водный раствор витамина D ₃	Холекальциферол	Водный раствор 1 капля 500 МЕ
Масляный раствор витамина D ₃	Холекальциферол	Масляный раствор B 1 капле 500 МЕ
Масляный раствор витамина D ₂	Эргокальциферол	Масляный раствор 0,0625% (1 капля 625 МЕ) 0,125% (1 капля 1250 МЕ)

В соответствии с Методическими рекомендациями МЗ СССР, 1990 г. «Профилактика и лечение рахита у детей раннего возраста», действующими до настоящего времени, лечебная доза витамина D составляет 2000–5000 МЕ в сутки. При подборе индивидуальной дозы витамина D учитываются особенности клинической картины рахита, степень его тяжести и динамика заболевания. Дозы витамина D, используемые для профилактики и лечения рахита у доношенных и недоношенных детей, представлены в табл. 8 и 9.

Суточную дозу витамина D делят на два приема. После окончания лечебного курса переходят на прием поддерживающих доз — 400–500 МЕ/сут.

При вскармливании недоношенных детей следует длительно использовать специализированные продукты для недоношенных и маловесных детей (в объеме 1/3–1/4 рациона), содержащих повышенное количество кальция, фосфора и других микронутриентов, необходимых для профилактики и лечения рахита (приложение 8).

Таблица 8. Рекомендуемые дозы витамина D

Доза витамина D	Суточная доза витамина D	Продолжительность курса
Лечебная	2000–5000 МЕ	30–45 дней
Поддерживающая	400–500 МЕ	Ежедневно до 1,5–2-летнего возраста
Противорецидивный курс	2000–5000 МЕ	3–4 недели (1–2 курса)

Таблица 9. Профилактика витамин-D-дефицитного рахита у недоношенных детей

Недоношенность 1-й степени	С 21-го дня жизни витамин D назначают по 400–1000 МЕ ежедневно в течение 1,5–2 лет жизни
Недоношенность 2, 3, 4-й степени	Витамин D назначают по 1000–2000 МЕ — ежедневно в течение года, затем по 400–1000 МЕ ежедневно до 1,5–2 лет жизни

Таблица 10. Препараты кальция

Препарат	Состав	Дозы
Кальция карбонат осажденный	Карбонат кальция	Дети < 6 мес: 360 мг/сут Дети 6–12 мес: 540 мг/сут Дети 1–10 лет: 800 мг/сут
Упсавит кальций (растворимые таблетки)	Карбонат кальция	Дети < 6 мес: 360 мг/сут Дети 6–12 мес: 540 мг/сут Дети 1–10 лет: 800 мг/сут
Кальций-Сандоз форте (сироп)	Кальция карбонат + кальция лактоглоуконат	Дети < 6 мес: 360 мг/сут Дети 6–12 мес: 540 мг/сут Дети 1–10 лет: 800 мг/сут
Кальция глицерофосфат	Кальциевая соль 1,2,3-пропантриол моно (дигидрофосфата)	Дети до 1 года: 500 мг/сут Дети 2–4 лет: 1000 мг/сут
Кальция лактат	Кальциевая соль молочной кислоты	Дети < 1 года: 400–500 мг/кг/сут в 4–6 приемов Дети > 1 года: 500 мг/кг/сут в 3–4 приема
Кальция глюконат	Кальциевая соль глюконовой кислоты	Дети < 6 мес: 360 мг/сут Дети 6–12 мес: 540 мг/сут Дети 1–10 лет: 800 мг/сут

Следует избегать передозировки препарата, проявлениями которой могут являться сочетание анорексии, рвоты, полиурии. При появлении этих признаков следует временно отменить прием витамина D и сделать пробу Сулковича.

При лечении рахита необходимо использовать продукты, богатые кальцием, и назначать препараты кальция в дозе от 250–300 мг в первом полугодии жизни до 500–600 мг — во втором (табл. 10).

Гипотрофия — хроническое расстройство питания, характеризующееся дефицитом массы тела по отношению к росту и возрасту. Это состояние наблюдается преимущественно у детей раннего возраста в связи с высокими темпами роста и активностью обменных процессов, требующих достаточного поступления пищевых веществ.

Выделяют 3 основные группы причин, приводящих к развитию гипотрофии у детей:

- недостаточное поступление пищевых веществ (дефицитное питание или затруднения при приеме пищи);
- нарушение переваривания и усвоения пищи (синдром мальабсорбции);
- неадекватное обеспечение повышенных потребностей в нутриентах (недоношенные дети, врожденные пороки сердца, хроническая патология легких, тяжелые инфекции, сопровождающиеся катаболическим стрессом и др.).

Лечение больных гипотрофией должно быть комплексным, с учетом этиологического фактора, степени тяжести, а также продолжительности заболевания и его патогенетических особенностей. Алгоритм лечения гипотрофии зависит от степени дефицита массы тела (табл. 11).

Назначение питания ребенку, страдающему гипотрофией, должно проводиться под контролем расчетов химического состава (белков, жиров, углеводов) и энергетической ценности рациона.

При гипотрофии I степени достаточно наладить общий режим, уход за ребенком, устранить дефекты вскармливания. Предпочтение при назначении питания следует отдавать адаптированным молочным смесям, обогащенным пребиотиками, благоприятно влияющими на процессы пищеварения и нормализацию состава микрофлоры кишечника; нуклеотидами, которые улучшают всасывание пищевых веществ и стимулируют иммунную систему ребенка, а также кис-

Таблица 11. Степени гипотрофии

Степень гипотрофии	Процент дефицита массы тела
I степень	15–20%
II степень	20–30%
III степень	30% и более

ломолочным продуктам (см. приложение 5). При этом расчеты и коррекция питания проводятся на должствующую массу тела, которая складывается из массы тела при рождении и нормальных ее прибавок за прожитый период. Для повышения пищевой и биологической ценности рациона возможно назначение блюд и продуктов прикорма (каши, овощное и мясное пюре, творог) на 2 недели раньше, чем здоровым детям (табл. 12).

При гипотрофии II степени диетическая коррекция условно подразделяется на три периода: адаптационный период (определение толерантности к пище), репарационный период (промежуточный) и период усиленного питания.

В адаптационный период, который продолжается 2–5 дней, расчет питания проводится на фактическую массу тела в соответствии с физиологическими потребностями ребенка в основных пищевых веществах и энергии. Число кормлений увеличивается на 1–2 в сутки с соответствующим снижением объема каждого кормления, дополнительно вводится жидкость (5% глюкоза или смеси для оральной регидратации). В этот период наряду с адаптированными молочными смесями целесообразно использовать смеси на основе гидролизата белка, которые легко перевариваются и усваиваются организмом ребенка (приложение 9).

При нормальной переносимости назначенного питания постепенно (в течение 5–7 дней) увеличивают объем кормлений до физиологической нормы. Возможно использование смесей с более высоким содержанием белка — специализированные молочные смеси для недоношенных и маловесных детей (см. приложение 8). При достаточных темпах прибавки массы тела и отсутствии диспепсических явлений расчет питания может проводиться на должствующую массу тела сначала углеводного и белкового, и лишь в последнюю очередь — жирового компонентов рациона.

В период репарации возможно введение прикорма, начиная с каш промышленного производства с последующим добавлением мяса, творога, желтка. В этот период следует назначать ферментные препараты, поливитаминные ком-

Таблица 12. Диетическое лечение гипотрофии

Периоды	Длительность периода	Число кормлений (n)	Калорийность ккал/кг/день	Белки г/кг/день	Углеводы г/кг/день	Жиры г/кг/день
Гипотрофия I степени						
Репарационный	7–10 дней и более	По возрасту $n = 5-6$ (7)	Расчеты в соответствии с возрастом и должноствующим весом 0–3 мес 115 4–6 мес 115 7–12 мес 110	2,2 2,6 2,9	13 13 13	6,5 6,0 5,5
Гипотрофия II степени						
Адаптационный	2–5 дня	$n + 1, n + 2$	Расчеты в соответствии с возрастом и фактической массой тела			
Репарационный	1–4 недели	$n + 1, n + 2,$ затем $n = 5-6$ (7)	В соответствии с возрастом и должноствующим весом На фактический вес В соответствии с возрастом и должноствующим весом			
Усиленного питания	6–8 недель	По возрасту $n = 5-6$ (7)	Расчеты в соответствии с возрастом и должноствующим весом 130–145 ккал/ кг/день	5 г/кг/день	14–16 г/кг/ день	6,5 г/кг/день
Гипотрофия III степени						
Адаптационный	10–14 дней	1–2 день $n = 10$ 3–5 день $n = 7$ 6–7 дней и $> n = 5-6$	120 ккал/кг/ день	1–2 г/кг/день	Расчеты в соответствии с возрастом и фактическим весом	
Репарационный	2–4 недели	По возрасту $n = 5-6$ (7)	В соответствии с возрастом и должноствующим весом			На фактический вес
Усиленного питания	6–8 недель	По возрасту $n = 5-6$ (7)	130–145 ккал/ кг/день	5 г/кг/день	14–16 г/кг/ день	6,5 г/кг/день

Таблица 13. Препараты, положительно влияющие на обменные процессы

Препарат	Доза	Курс лечения
Элькар, 20% раствор	до 1 года: 4–10 капель 3 раза 1–3 года: 14 капель 2–3 раза	1 месяц
Глицин	до 3 года: 1/2 таблетки 2–3 раза, затем 1/2 таблетки 1 раз	7–14 дней 7–10 дней
Корилип	до 1 года: 1/2 свечи 1 раз 1–3 года: 1 свеча 1 раз	1 месяц
Янтарная кислота	2 мг/кг/сутки	1,5 месяца по схеме: 3 дня — прием 4 дня — перерыв
Липоевая кислота	50 мг/сутки	1 месяц

плексы и средства, положительно влияющие на обменные процессы (табл. 13).

В период усиленного питания необходимо повысить белковую и энергетическую ценность рациона на 15–20% за счет дополнительного введения натуральных продуктов с высокой биологической ценностью (мясо, творог, яйца), а также специализированные смеси для энтерального питания «Инфатрини», «Клинутрен Юниор», «Нутрини» и др. (приложение 10).

На протяжении всего лечения детей с гипотрофией необходим систематический учет фактического питания с расчетом химического состава суточного рациона по основным пищевым нутриентам и энергетической ценности.

При гипотрофии III степени резко нарушаются все виды обмена, состояние ребенка, как правило, бывает очень тяжелым, поэтому такие дети требуют проведения интенсивной терапии, а также использования не только энтерального, но и парентерального питания, что требует стационарного лечения.

Пищевая аллергия встречается у 10–15% детей первых лет жизни. Аллергические реакции, связанные с приемом

пищевых продуктов, могут проявляться множеством симптомов, обусловленных вовлечением в патологический процесс различных органов и систем. Для детей раннего возраста наиболее характерными являются кожные проявления аллергии (атопический дерматит, упорные опрелости и потница, отек Квинке, крапивница), а также различные гастроинтестинальные нарушения — обильные срыгивания и рвота, колики, изменение характера стула — диарея или запоры. К более редким проявлениям пищевой аллергии относятся расстройства со стороны органов дыхания (ринит, приступы затрудненного дыхания, апное) и тяжелые общие анафилактические реакции.

Одними из первых аллергенов, вызывающих у детей развитие пищевой гиперчувствительности, являются белки коровьего молока, куриного яйца, сои, глютен, гаптены овощей и фруктов, имеющих оранжевую и красную окраску (табл. 14).

Диетотерапия — основа комплексного лечения детей, страдающих пищевой аллергией. В период клинических проявлений заболевания диета должна быть максимально строгой и предусматривать, с одной стороны, элиминацию продуктов, обладающих высокой сенсибилизирующей активностью, исключение или ограничение причинно-значимых

Таблица 14. Наиболее распространенные пищевые аллергены

Аллергены	
Животного происхождения	Растительного происхождения
Коровье молоко	Бобовые: арахис, соя, горошек, бобы, чечевица
Козье молоко	Орехи
Куриное яйцо	Зерновые: пшеница, рожь, ячмень, кукуруза
Рыба и морепродукты	Фрукты и овощи красной и оранжевой окраски: авокадо, дыня, виноград, клубника, земляника, персик, хурма, гранаты, цитрусовые, свекла, морковь

и перекрестно реагирующих аллергенов, с другой — обязательную адекватную замену элиминированных продуктов натуральными или специализированными смесями и продуктами. В стадии ремиссии рацион ребенка постепенно расширяют за счет ранее исключенных продуктов и блюд. Вместе с тем, независимо от периода болезни, диета должна обеспечивать физиологические потребности детей в основных пищевых веществах, энергии, витаминах, минеральных веществах и, несмотря на строгий характер кулинарной обработки, сохранять высокую пищевую и биологическую ценность, иметь приятные органолептические свойства.

Назначение диетического лечения детям первого года жизни

Лечебное питание детям первого года жизни назначается по индивидуальному плану, исходя из клинических проявлений пищевой аллергии, возраста ребенка, особенностей нутритивного статуса, функционального состояния органов пищеварения.

Базовая лечебная смесь подбирается с учетом тяжести клинических проявлений и спектра выявленной сенсibilизации к пищевым аллергенам (рис. 1).

При аллергии к белкам коровьего молока (БКМ) наиболее целесообразным считается назначение смесей на основе высокогидролизованного молочного белка как продуктов, практически лишенных антигенных свойств, — «Альфаре», «Нутрамиген», «Нутрилак Пептиды СЦТ», «Нутрилон Пепти Аллергия», «Нутрилон Пепти Гастро», «Фрисопеп», «Фрисопеп АС» (см. приложение 9).

При нетяжелых клинических проявлениях аллергии, отсутствии четких указаний на их связь с употреблением молочных продуктов и отсутствии специфических IgE-антител к белкам коровьего молока в питании больных могут быть использованы смеси на основе умеренно гидролизованного белка («Беллакт ГА 1 и 2», «НАН ГА 1 и 2», «Нутрилак гипоаллер-

Рис. 1. Назначение базового питания для детей первого года жизни с аллергией к белкам коровьего молока



генный 1 и 2», «Нутрилон ГА 1 и 2», «Хумана ГА 1 и 2», «Фрисолак ГА 1, 2», «Микамилк Люкс ГА» и др.) – см. приложение 9.

Необходимо помнить, что продукты, созданные на основе гидролизатов белка, имеют горьковатый вкус и специфический запах; в начале введения данных смесей возможен несколько разжиженный и учащенный стул, зеленоватого или темно-коричневого цвета, что не должно являться причиной для их отмены.

При аллергии к белкам коровьего молока нередко развивается вторичная лактазная недостаточность, что связано с повреждением энтероцитов на фоне аллергического воспаления кишки. В таких случаях целесообразно назначать смесь на основе гидролизата белка, не содержащую лактозу (рис. 2).

Продолжительность применения смесей на основе гидролизатов белка определяется сроками достижения клинико-лабораторной ремиссии и может составлять 3 месяца и более.

Рис. 2. Алгоритм выбора лечебной смеси на основе гидролизата белка

Смеси на основе изолята соевого белка не содержат молочного белка, поэтому их можно использовать при аллергии к протеинам коровьего молока (приложение 11). Поскольку данные смеси содержат нативный белок и потенциально аллергенны, применение их у детей с пищевой аллергией ограничено. Данные смеси не следует назначать в остром периоде клинических проявлений, при наличии сенсibilизации к сое, детям младше 5–6 месяцев, при наличии гастроинтестинальных проявлений аллергии. Выполнение перечисленных правил позволит избежать развития сенсibilизации к соевому белку и появления аллергических реакций.

Кисломолочные и пробиотические продукты используют в питании детей с аллергией к БКМ только на втором этапе диетотерапии — в период расширения безмолочного рациона. Применение продуктов, содержащих пробиотики («НАН кисломолочный 1 и 2», «Нутрилак кисломолочный», «Нутрилон кисломолочный», «Микамилк Премиум», безмолочные каши функционального назначения «Помогайка»), позволяет целенаправленно воздействовать на состав микробиоценоза кишечника и состояние иммунологической защиты организма, что приобретает большое значение при наличии частых инфекций или инфекционных осложнений аллергического заболевания.

Особенности введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией

При назначении прикорма больным с пищевой аллергией необходимо учитывать остроту, тяжесть и форму аллергического заболевания, возраст ребенка, его нутритивный статус, выявленные причинно-значимые пищевые аллергены, сопутствующие заболевания. Необходимо строго индивидуально подбирать продукты и блюда прикорма, начинать прикорм с монокомпонентных продуктов и блюд промышленного производства, использовать продукты с низкой аллергизирующей активностью, соблюдать национальные традиции в питании.

Сроки назначения продуктов и блюд прикорма больным, страдающим пищевой аллергией, несколько отличаются от таковых у здоровых детей (табл. 15).

В питании используются безмолочные, безглютеновые каши (гречневая, кукурузная, рисовая), предпочтение отдают кашам промышленного выпуска. Каши разводят водой или специализированной смесью, которую получает ребенок (на основе гидролизата молочного белка или изолята соевого белка). К каше добавляют топленое сливочное масло или растительные масла (подсолнечное, кукурузное, оливковое).

Таблица 15. Сроки введения прикорма детям первого года жизни с пищевой аллергией

Продукты	Возраст (мес)*
Пюре овощное	5 (безмолочное)
Масло растительное	5
Каша	5,5 (безмолочная, на гидролизате или соевой смеси)
Масло сливочное	5,5 (топленое)
Пюре мясное	6
Фруктовые пюре	5,5–6
Фруктовый сок	6
Творог	–
Желток	–
Кефир	Не ранее 8 (при отсутствии сенсibilизации)
Сухари, печенье	7 (несдобные)
Хлеб пшеничный	9 (батоны из муки II сорта, пшенично-ржаной)
Рыба	–

Примечание:

* — необходим строгий учет индивидуальной переносимости продуктов, вводимых в рацион ребенка.

В состав овощного пюре включают кабачки, патиссоны, цветную, белокочанную, брюссельскую капусту и другие виды светлоокрашенных овощей, предпочтительно в виде консервов для детского питания. К овощному пюре добавляют растительное масло.

В рационах больных с пищевой аллергией в качестве мясного пюре используют гипоаллергенные монокомпонентные детские мясные консервы из индейки, свинины, конины, мяса кролика.

Возможно использование второго овощного или овоще-крупяного блюда (кабачки с рисом, цветная капуста с гречей (в соотношении 1:1) в сочетании с мясным пюре (табл. 16).

Таблица 16. Пример назначения гипоаллергенной безмолочной диеты ребенку второго полугодия жизни с пищевой аллергией

Часы кормления	Состав рациона	Количество (мл, г)
I кормление	— смесь на основе гидролизата белка	180–200
II кормление	— безмолочная каша промышленного производства с добавлением гидролизата белка	170
	— топленое (растительное) масло	3
	— фруктовое пюре (яблоко, груша, слива)	20–40
III кормление	— овощное пюре (брокколи + кабачок)	160
	— растительное масло	3
	— мясное пюре	20–50
	— фруктовое пюре	20
IV кормление	— овоще-крупяное блюдо (цветная капуста + рис; кабачок + греча 1:1)	160
	— растительное масло	3
	— мясное пюре	20–30
	— фруктовое пюре	20–40
V кормление	— смесь на основе гидролизата белка	180–200

Примечание:

кормление 5 раз по 180–200 г через 4 часа с ночным перерывом 8 часов.

Из фруктов предпочтение отдают светлоокрашенным сортам яблок, груш, белой и красной смородине, желтой и красной черешне, желтым сливам или детским сокам и пюре из них. Отваривание и запекание фруктов несколько уменьшает их аллергенность.

Яйца, рыба, творог не включают в рационы детей с пищевой аллергией.

Сроки назначения элиминационной гипоаллергенной безмолочной диеты индивидуальны. Минимальная длительность безмолочного питания у детей с аллергией к белкам коровьего молока составляет 3–6 месяцев, в отдельных случаях может продолжаться до одного года и более.

Важно помнить, что необоснованно длительное применение элиминационной гипоаллергенной диеты может приводить к белково-энергетической и микронутриентной недостаточности и, как следствие, к нарушению физического развития ребенка и неадекватному социально-психологическому развитию. Именно поэтому жестко ограничительная диета должна рассматриваться как «стартовая», далее в зависимости от результатов обследования, выявленного спектра причинно-значимых аллергенов формируется индивидуальная гипоаллергенная диета.

Расширение диеты осуществляется осторожно и постепенно под контролем общего состояния ребенка, клинико-иммунологических показателей, с обязательной регистрацией возникших аллергических реакций в пищевом дневнике.

В период ремиссии возможно введение смесей на основе гидролизованного белка, затем кисломолочных продуктов, овощей и злаков с низкой алергизирующей активностью.

Особенности диетотерапии пищевой аллергии у детей старше одного года

Организация питания детей старше одного года с пищевой аллергией заключается в уменьшении антигенного воздействия пищи на организм ребенка и создании условий для нормализации функционального состояния органов пищеварения за счет назначения гипоаллергенной диеты (табл. 17).

Для детей, имеющих тяжелые проявления пищевой аллергии, аллергии к белкам коровьего молока, вместо молочных продуктов следует использовать смесь на основе белка с высокой степенью гидролиза «Пептамен Юниор» (см. приложение 9).

При приготовлении пищи необходимо соблюдать щадящую кулинарную обработку. Блюда готовятся на пару, отвариваются, запекаются. Пища дается преимущественно в неизмельченном виде. Температура блюд — от 20 до 60°С.

Таблица 17. Примерный рацион неспецифической гипоаллергенной диеты для детей старше одного года*

Завтрак:

- каши на воде или 1/2 молока с добавлением сливочного масла; или овощное пюре с 5 г растительного масла, котлеты мясные паровые, отварное мясо, детские мясные консервы;
- сыр неострый;
- чай сладкий с сахаром или фруктозой;
- хлеб пшеничный подсушенный.

Обед:

- **Первые блюда** — суп вегетарианский из сборных овощей, щи вегетарианские, суп рисовый.
- **Вторые блюда** — мясное пюре, отварное мясо, котлеты или фрикадельки мясные паровые, бефстроганов из отварного мяса.
- **Гарнир** — отварные или тушеные картофель, кабачки, тыква с добавлением 5 г растительного масла; или рис, греча отварные с добавлением 5 г сливочного масла.
- **Третьи блюда** — компот из свежих яблок и груш, печеные фрукты, натуральные соки, разбавленные на 1/3 кипяченой водой.
- Хлеб пшенично-ржаной, подсушенный.

Полдник: творог, печенье, фруктовое пюре.

Ужин:

- каши на воде или 1/2 молока с добавлением сливочного масла; или овощное пюре (с добавлением 5 г растительного масла);
- мясное пюре, котлеты и фрикадельки мясные паровые;
- чай сладкий с сахаром или фруктозой;
- хлеб пшеничный подсушенный.

Перед сном — кефир, печенье детское.

Примечание:

при составлении рациона учитывается индивидуальная переносимость продуктов.

Лактазная недостаточность — заболевание, проявляющееся водянистой осмотической, или бродильной, диареей, обусловленное нарушением расщепления и всасывания молочного сахара (лактозы). Лактоза, или молочный сахар, является основным углеводом любого вида молока, ее расщепление происходит в пристеночном слое тонкой кишки под действием фермента лактазы.

В зависимости от степени снижения активности фермента выделяют гиполактазию (частичная лактазная недостаточность) и алактазию (полное отсутствие активности фермента).

Непереносимость лактозы часто возникает при инфекционных (вирусных и тяжелых бактериальных кишечных инфекциях), паразитарных (лямблиоз), аллергических (непереносимость белков коровьего молока) и атрофических (белково-калорийная недостаточность питания) процессах в тонкой кишке.

При сниженной активности данного фермента появляются беспокойство ребенка при кормлении (колики), метеоризм; частый жидкий, водянистый, пенистый с кислым запахом стул (до 10–15 раз в сутки); боли в животе; формируются дисбиотические изменения в составе кишечной микрофлоры.

Диагноз лактазной недостаточности устанавливается на основании характерной клинической картины, а также диетодиагностики — уменьшении диспепсических симптомов при переводе на безлактозную диету, и подтверждается определением экскреции лактозы с калом.

Основным методом лечения лактазной недостаточности является диетотерапия с учетом толерантности к лактозе, что предусматривает частичную или полную элиминацию лактозосодержащих продуктов с заменой их на низко- или безлактозные, и назначается в зависимости от возраста ребенка и характера сопутствующей патологии. Продукты, элиминируемые и разрешаемые при лактазной недостаточности, представлены в табл. 18.

Диетическая коррекция лактазной недостаточности заключается в постепенной (в течение 3–5 дней) замене детской молочной смеси на специализированную низколактозную или безлактозную смесь, которая вводится в каждое кормление, начиная с 10 мл, объем ее ежедневно увеличивают на 20–30 мл в кормление. Необходимое количество лечебной смеси определяется клинической симптоматикой: в случае, если удается добиться устранения диареи

Таблица 18. Продукты, исключаемые и разрешаемые при лактазной недостаточности

Исключаются	Разрешаются
— детские молочные смеси;	— безлактозные
— молоко коровье, козье;	молочные смеси;
— сливки;	— низколактозные
— кефир свежий (однодневный), ряженка;	молочные смеси;
— йогурт, простокваша, ацидофилин;	— соевые смеси;
— сметана;	— низколактозное молоко;
— творог детский;	— кефир трехсуточный;
— творог 9% жирности;	— творог, отмытый
— творожные сырки;	от сыворотки;
— масло сливочное	— масло растительное

и колик комбинацией низколактозной (безлактозной) смеси со стандартной детской молочной смесью, последнюю полностью отменять не следует. В случае использования двух смесей распределять их в течение суток необходимо равномерно (например, в каждое кормление 40 мл безлактозной смеси и 80 мл стандартной детской молочной смеси).

В питании детей первого года жизни используют безлактозные молочные смеси — «НАН безлактозный+», «Нутрилак безлактозный», «Нутрилон безлактозный», «Бабушкино лукошко без лактозы», «Энфамил 0-Лак» и низколактозные молочные смеси «Беллакт низколактозный», «Хумана ЛП» и Хумана ЛП + СЦТ» (приложение 12).

В рационах детей старше 8 месяцев может использоваться 3-суточный кефир (в объеме не более 200 мл в день), в котором содержание лактозы снижается до 1,1–1,3 г на 100 мл.

Специализированные смеси на основе изолята соевого белка не содержат лактозы и могут применяться при лактазной недостаточности; однако их более целесообразно использовать при лактазной недостаточности, сочетающейся с непереносимостью белков коровьего молока, у детей второго полугодия жизни.

Особенности введения прикорма детям с лактазной недостаточностью

Первым прикормом (с 4–4,5 мес) целесообразно назначать безмолочную кашу (рисовую, кукурузную, гречневую), которая при искусственном вскармливании может разводиться безлактозной смесью, которую получает ребенок. При склонности к запорам, возникающим на фоне лечения, вначале вводится пюре из овощей с негрубой растительной клетчаткой (цветная капуста, кабачок, тыква, морковь) с добавлением растительного масла, а затем каша. Далее возможно введение фруктового пюре. Мясное пюре назначают с 5,5–6 мес. Фруктовые соки (разбавленные водой 1:1) вводят в питание таких детей позднее, как правило, во втором полугодии жизни. С 6 месяцев возможно использование молочных продуктов, где содержание лактозы незначительно — творога (отмытого от сыворотки), сливочного масла, с 8 месяцев — трехсуточного кефира или детских йогуртов.

Примерный суточный рацион для ребенка 2-го полугодия жизни с гиполактазией приводится в табл. 19.

Таблица 19. Примерный суточный рацион ребенка второго полугодия жизни с гиполактазией, находящегося на искусственном вскармливании

Часы кормления	Состав рациона	Количество (мл, г)
I кормление	«Нутрилак безлактозный Плюс»	180–200
II кормление	Безмолочная каша на смеси «Нутрилак безлактозный Плюс»;	150–180
	масло сливочное или растительное;	3,0
	желток;	1/2 шт.
	фруктовое пюре (яблоко, груша, банан)	30–50
III кормление	Овощное пюре;	160
	растительное масло;	3,0
	мясное пюре;	20–70
	фруктовый сок	20–80

Таблица 19. Продолжение

Часы кормления	Состав рациона	Количество (мл, г)
IV кормление	«Нутрилак безлактозный Плюс»; творог, отмытый от сыворотки; фруктовое пюре; сухари (печенье)	120–150 30–50 30–50 5–10
V кормление	«Нутрилак безлактозный Плюс»	180–200

Параллельно с диетотерапией проводится лечение, направленное на коррекцию дисбактериоза кишечника и другое симптоматическое лечение. Назначение пробиотиков (препаратов, содержащих бифидо- и лактобактерии) в комплексе с диетотерапией дает хороший лечебный эффект.

При достижении ремиссии заболевания, как правило, через 1–3 месяца от начала лечения, активность лактазы в слизистой тонкой кишки восстанавливается, что позволяет постепенно расширять диету за счет введения лактосодержащих молочных продуктов, под контролем клинических симптомов (диарея, метеоризм).

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА

Развитие детей раннего возраста характеризуется быстрыми темпами. Для этого периода характерны высокая скорость роста, дальнейшее развитие речи, познавательных функций, внимания; продолжают формироваться костно-мышечная, эндокринная и нервная системы, появляются новые навыки — удержание тела в вертикальном положении, ходьба, ориентация в пространстве, активизация и совершенствование движения.

Значительные изменения претерпевает и пищеварительная система:

- происходит активизация соко- и ферментовыделительной деятельности желудочно-кишечного тракта, желче-

- образования и желчевыделения, что позволяет расширить ассортимент продуктов и блюд, различных по составу и консистенции, сделать рацион более разнообразным;
- продолжается формирование жевательного аппарата: к этому возрасту у ребенка имеется уже 20 зубов, в том числе коренные, что позволяет использовать более густую и плотную пищу;
- увеличивается объем желудка с 250 мл в возрасте 1 года до 300–400 мл к 3 годам;
- развиваются и совершенствуются вкусовые ощущения.

В этом возрасте детям прививаются гигиенические навыки питания, вырабатывается ритм питания, меняется кулинарная обработка продуктов.

Основным условием правильного питания является удовлетворение возрастных потребностей детей раннего возраста в основных пищевых веществах и энергии. По-прежнему остаются высокими потребности детей этой возрастной группы в витаминах и минеральных веществах (см. приложение 1).

Рацион питания ребенка 1–3 лет должен быть представлен широким ассортиментом продуктов и изготавливаемых из них блюд. В его питании ежедневно должны присутствовать мясо животных, молочные продукты, овощи, фрукты, хлеб, крупы, растительное и сливочные масла и др. Ряд таких продуктов, как яйца, рыба, бобовые, сухофрукты, используют в питании несколько раз в неделю. Творог можно давать ежедневно в небольшом количестве (по 50 г) или по 100 г через день.

Детям до 1,5 лет показана протертая и мелкоизмельченная пища, протертые супы, каши, салаты, пюре. Овощи и фрукты для салатов натирают на мелкой терке. Мясо и рыбу готовят в виде суфле, тефтелей, паровых котлет. Рекомендуется отваривание, запекание, приготовление на пару.

У детей старше 1,5 лет рацион постепенно расширяется. Полужидкие и пюреобразные блюда вытесняются более плотной пищей, требующей жевания. Каши хорошо разваривают и не протирают. В питании детей можно использовать различные крупяные и овощные запеканки, а овощи

в вареном и тушеном виде нарезать мелкими кусочками. Салаты готовят из мелко нашинкованных и мелко нарезанных сырых и вареных овощей, заправленных растительным маслом. В рацион вводят паровые котлеты, биточки или мелко нарезанные кусочки рагу из мяса или птицы (курица, индейка). Рыбу, предварительно освобожденную от костей, дают в отварном виде или делают котлеты. Свежие фрукты следует очищать от кожицы и косточек и нарезать кусочками.

Суточное количество пищи для детей в возрасте до 2 лет в среднем должно составлять от 1000 до 1200 г (питье в данный объем не включается), в возрасте 2–3 лет объем пищи увеличивается до 1300–1500 г в сутки.

Детям раннего возраста рекомендуется режим с 5-разовым приемом пищи, из которых 4 основных кормления и 5-е кормление перед сном, преимущественно в виде кисломолочных напитков.

При построении режима питания ребенка очень важно следить за правильным распределением продуктов в течение суток, а также энергетической ценностью рациона: завтрак — 25%, обед — 30–35%, полдник — 15–20%, ужин — 20%.

Очень важно, чтобы часы приема пищи оставались постоянными, к этому времени происходит выработка пищеварительных соков, что повышает аппетит и способствует лучшему перевариванию пищи. Отклонения от установленного времени не должны превышать 15–30 минут. В промежутках между кормлениями ребенку не следует давать какое-либо питание, в том числе фрукты, соки, молочные продукты, особенно различные сладости, так как это приводит к перееданию или снижению аппетита, способствует развитию кариеса.

До последнего времени по сложившейся традиции ребенок в возрасте одного года постепенно переводился на так называемый общий, или «семейный», стол, что нередко приводило к разбалансированности питания и развитию дефицитных состояний. В связи с этим в современной детской нутрициологии появилось новое научное направление — разработка

специальных продуктов для детей от 1 года до 3 лет. Их отличают высокие требования к качеству изготовления, начиная от выбора сырья, технологиям производства, которые соответствуют особенностям и возможностям организма ребенка первых лет жизни. Все детские продукты дополнительно обогащены витаминами и/или минеральными веществами с учетом потребностей у детей данного возраста. Для обогащения продуктов используются витаминно-минеральные премиксы промышленного производства («Валетек», «Колосок» и др.). Такие продукты могут вводиться в рацион ребенка дополнительно и заменять полностью или частично традиционно используемые продукты.

На сегодняшний день на российском потребительском рынке представлен достаточно широкий ассортимент продуктов промышленного выпуска для детского питания:

- специализированные молочные напитки — третьи формулы;
- детские молочные продукты (творог, кефир, йогурт);
- сухие инстантные (быстрого приготовления) каши, макаронные изделия, печенье;
- соки, компоты, морсы.

Продукты на молочной основе

Состав коровьего молока, несмотря на свою питательную ценность, не соответствует в полной мере физиолого-биохимическим особенностям ребенка 1–3 лет жизни. Молоко характеризуется высоким содержанием белка и ряда минеральных веществ при низком количестве микронутриентов, в том числе незаменимых факторов питания.

Новым направлением в детской диетологии является создание специализированных продуктов на молочной основе, ориентированных на коррекцию питания детей 1–3 лет, так называемых *третьих формул*. Прежде всего в таких продуктах снижено содержание белка (примерно на 25%) с целью уменьшения белковой нагрузки на ренальную систему ребенка.

В липидном компоненте смесей предусмотрено оптимальное соотношение линолевой и α -линоленовой жирных кислот (7–10/1) для обеспечения оптимального синтеза длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (арахидоновой, докозагексаеновой, эйкозапентаеновой), обладающих иммуномодулирующими и противовоспалительными свойствами. Самостоятельное и очень важное значение имеет введение в состав третьих формул докозагексаеновой кислоты, активно участвующей в дальнейшем формировании мозга.

Углеводный компонент продуктов представлен лактозой или сочетанием ее с декстринмальтозой или фруктозой.

Особое значение имеет введение в их состав сбалансированного количества витаминов и минеральных веществ. Важным для детей этого возраста является наличие в продуктах пребиотиков (инулин и фруктоолигосахариды) и пробиотиков (лактобациллы и бифидобактерии).

Таким образом, сухие молочные смеси (третьи формулы) по составу отвечают возрастным особенностям и потребностям организма ребенка первых лет жизни. В них сохранены все достоинства натурального молока (см. приложение 13).

Детские кисломолочные продукты

Учитывая благоприятное действие кисломолочных продуктов на состояние здоровья человека, в питание детей старше 1 года продолжают использоваться кефир, йогурты и творог, которые вырабатываются из высококачественного молочного сырья и имеют гарантированно низкую кислотность, соответствующую функциональным особенностям пищеварительной системы ребенка. Детские кисломолочные продукты не содержат искусственных консервантов, красителей и ароматизаторов. В их состав вводятся только натуральные фруктовые наполнители (фрукты, ягоды, злаки).

Кефир (кефир детский, биокефир, бифидокефир) готовится из молока путем сквашивания кефирными гриб-

ками по традиционной технологии. Часть детского кефира обогащена бифидобактериями или лактобациллами (LGG), что придает им пробиотические свойства.

Питьевые йогурты готовят по специальным технологиям в закрытом автоматизированном цикле. Для приготовления йогуртов используются специальные штаммы кисломолочных бактерий — болгарская палочка и термофильный стрептококк, так называемая йогуртная закваска. Содержание в закваске двух штаммов микроорганизмов повышает ее ферментативную активность, что придает продукту выраженные функциональные свойства, оказывающие положительное влияние на организм.

Йогурты могут быть натуральными, т. е. не содержать дополнительных добавок (классический), и йогурты с добавлением фруктов, ягод и печенья. В качестве фруктово-ягодных наполнителей используются груша, банан, абрикос, персик, яблоко, шиповник, черника, малина.

В последнее время в йогурты добавляют пробиотики — бифидобактерии или лактобациллы LGG. В отдельные йогурты добавляют пребиотики в виде фруктоолигосахаридов или галактоолигосахаридов.

Йогурты, как правило, обогащаются витаминами (А, Е, D₃, В₁, В₂, В₆, В₁₂, фолиевая кислота, РР) и минеральными веществами (кальций, цинк, медь, марганец).

Детские йогурты не содержат сахарозу, консерванты, красители, ароматизаторы.

Творог в питании детей старше 1 года остается важным продуктом, т. к. содержит легкоусвояемый белок, кальций, витамин В₂ и др. Детский творог готовится по специальной технологии (методом ультрафильтрации), позволяющей сохранить полезные свойства исходного сырья. В него могут быть добавлены фруктово-ягодные наполнители (черника, груша, чернослив, лесные ягоды). В отдельные виды творога введены пробиотики (в частности лактобациллы LGG). Творог может быть различной жирности (от 3,9 до 10%), что дает возможность выбрать его для детей с различным нутритивным статусом.

Продукты на зерновой основе

К продуктам на зерновой основе прежде всего относятся каши. *Кашки* занимают важное место в питании детей всех возрастных групп, как продукт высокой биологической ценности, являющийся источником растительного белка, пищевых волокон и энергии.

В настоящее время промышленность выпускает широкий ассортимент каш, изготовляемых из специально отобранного сырья, имеющих стабильный состав, гарантированное качество, а также различную степень измельчения зерна, что дает возможность использовать их в зависимости от возраста ребенка.

Кашки различают по содержанию основных круп. Кашки делятся на безмолочные, молочные и безглютеновые. Как правило, промышленностью изготовляются инстантные каши (не требующие варки). Последнее время на рынке появились каши, готовые к употреблению, требующие только подогрева перед употреблением.

Как молочные, так и безмолочные каши могут быть приготовлены из одной, двух, трех и более круп с добавлением или без добавления фруктов, ягод, овощей, орехов, меда, шоколада и др.

В питании детей 1–3 лет целесообразно использовать каши, крупяные хлопья и мюсли, обогащенные различными фруктово-ягодными добавками.

Все каши, как правило, обогащены основными витаминами (А, Е, D, группа В, фолиевая и пантотеновая кислоты), а также минеральными веществами (кальций, железо, цинк). Количество входящих в состав продукта витаминов и минеральных веществ составляет обычно не менее 20 и не более 50% суточной возрастной потребности ребенка.

Консистенция безмолочных и молочных каш, предназначенных для детей старше 1 года, более плотная и содержит мелкие хлопья круп, что дает возможность активизировать акт жевания и стимулировать деятельность пищеварительных желез.

Детское печенье по своему составу близко к кашам. Детям старше 1 года печенье можно давать без предварительного растворения, что важно для развития навыков жевания. Печенье имеет нежный вкус, аромат, приятные вкусовые качества. В некоторые виды печенья добавляется яблочное или банановое пюре, мед. В состав печенья вводятся наиболее важные витамины и минеральные вещества.

Продукты на овощной основе

Для производства овощных консервов для детского питания отбираются зрелые и высококачественные овощи, ассортимент которых достаточно широк (морковь, картофель, кабачки, цветная и белокочанная капуста, брокколи, кольраби, свекла, тыква, зеленый горошек).

Для детей в возрасте 1–3 лет в состав консервов могут входить бобовые, томаты, томатная паста. Для улучшения вкусовых качеств добавляется зелень (укроп, петрушка, лук, пастернак, сельдерей, сладкий перец).

Овощное пюре служит источником калия, органических кислот, растительных волокон, включая пектины. Во многие овощные консервы добавляется растительное масло. Овощные пюре, как правило, готовят без соли, а если она используется, то добавляют йодированную.

Продукты на мясной основе

При изготовлении мясных консервов используются различные виды мяса — говядина, телятина, свинина, мясо ягненка, кролика, кур, индейки. Последнее время в консервах используется также конина и оленина.

При изготовлении мясо-растительных и растительно-мясных консервов помимо мяса используются овощи (капуста, морковь, кабачки, тыква, свекла, зеленый горошек

и др.) и крупы (гречневая, овсяная, ячневая, кукурузная и манная).

Для улучшения вкусовых качеств в отдельные виды мясных консервов добавляют экстракт сельдерея, базилика, чабрец, укроп, петрушку, сладкий белый перец и др. Допустимое содержание соли не более 0,4 г в 100 граммах продукта.

Мясные консервы служат источником животного белка, жира, витаминов В₁₂, железа. В мясо-растительных и растительно-мясных консервах в связи с введением в их состав овощей и круп содержатся пищевые волокна, углеводы, витамины, минеральные вещества.

В питании детей от 1 года до 3 лет используются крупноизмельченные мясные консервы, а также консервы с мелкими кусочками. Отдельные производители выпускают для детей этого возраста готовые блюда — тефтели, сосиски, рагу, гуляш, как в сочетании с крупами или овощами, так и без них.

Рыбо-растительные и растительно-рыбные консервы

Рыбо-растительные консервы содержат не менее 20% рыбы в общей массе продукта, а растительно-рыбные — не менее 8%.

В качестве рыбной основы используются океанические виды рыб — хек, треска, пикша, лосось, семга, камбала, а из речных — судак, форель, толстолобик, карп. В состав консервов могут включаться овощи (картофель, морковь, фасоль, томаты, лук) и крупы (рис, кукуруза, манка, а также макаронные изделия). В них добавляются растительные масла.

Рыба является источником легкоусвояемого, высококачественного белка, а также жира, витаминов В₂, В₁₂, РР и минеральных веществ: цинка, железа, магния, а морская рыба — источником йода и фтора. Жиры рыбы отличаются высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, в том числе омега-3.

Флодоовощные соки

Для приготовления соков используют различные фрукты и ягоды (яблоки, груши, сливы, вишни, абрикос, персик, бруснику, чернику, черную смородину, клюкву, манго, папайю), а также овощи (морковь, свеклу, тыкву).

Соки могут быть с мякотью, содержащей значительное количество растительных волокон (в том числе клетчатку, пектин и др.), и без мякоти (осветленные).

Пищевая ценность соков определяется наличием в них природных сахаров (глюкоза, фруктоза, сахароза), которые быстро всасываются и окисляются в организме и служат легкоусвояемым источником энергии.

Другим важным компонентом соков являются органические кислоты (яблочная, лимонная и др.), стимулирующие процессы пищеварения.

Многие соки обогащают витамином С в дозе от 15 до 50 мг в 100 мл.

Фруктовые пюре

Фруктовые пюре по составу и пищевой ценности сходны с соками, особенно с мякотью. Их часто обогащают витамином С и железом, а в некоторые добавляют сахар. Для повышения пищевой ценности фруктовых пюре в отдельные виды вводят творог, сливки, йогурты, сухое молоко. Такие пюре получили название фруктово-молочных.

Значительный ассортимент продуктов для детей старше 1 года позволяет обеспечить вкусовое разнообразие, оптимизировать их питание и обеспечить гармоничные процессы роста и развития.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ И ГРИППА

В структуре заболеваемости ведущее место у детей, воспитывающихся в домах ребенка, занимает патология органов дыхания. Однако для воспитанников домов ребенка является характерным, с одной стороны, подъем заболеваемости в осенне-зимний период за счет частых острых респираторных инфекций, а с другой стороны, преобладание тяжелого течения заболеваний, частое развитие осложнений в виде бронхитов и пневмоний. Это объясняется:

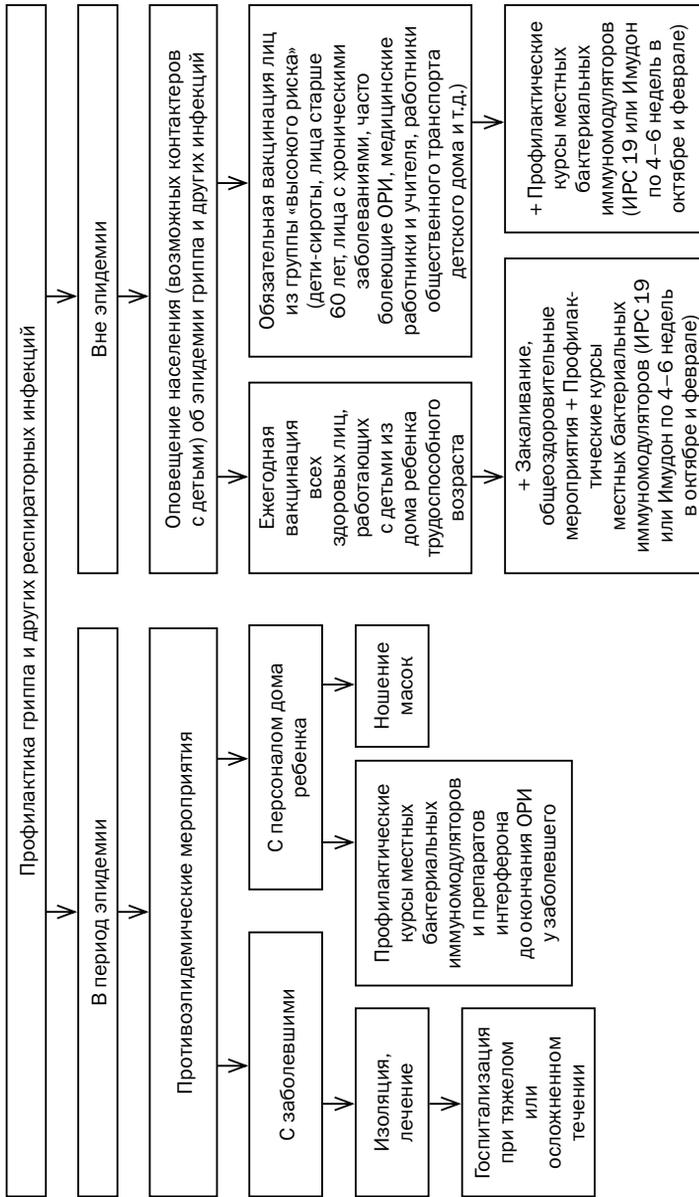
- тяжелым преморбидным фоном;
- незрелостью иммунной системы детей раннего возраста, особенно детей, родившихся преждевременно или с задержкой внутриутробного развития, удельный вес которых особенно высок среди социальных сирот;
- отсутствием соответствующих мероприятий по специфической иммунопрофилактике.

Как известно, выделяют следующие виды профилактики острых респираторных инфекций:

- экспозиционная: ношение масок, частое мытье рук (так как респираторные инфекции передаются не только воздушно-капельным, но и контактным путем);
- диспозиционная: закаливающие процедуры, препараты интерферона (смазывание слизистой носа и свечи);
- иммунопрофилактика:
 - специфическая (вакцинация против гриппа, кори, коклюша, *Haemophilus influenzae* тип b, пневмококковой инфекции);
 - неспецифическая — бактериальные вакцины (с целью переключения иммунного ответа с Th2 на Th1, усиления продукции IgA, эндогенного интерферона).

Весь комплекс профилактических мероприятий по поводу острых респираторных инфекций в доме ребенка может быть представлен в виде следующего алгоритма (рис. 3).

Рис. 3. Алгоритм профилактики гриппа и других респираторных инфекций



ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ В ДОМАХ РЕБЕНКА

Особой группой риска по развитию инфекционных заболеваний являются воспитанники учреждений закрытого типа. Основными причинами масштабного распространения инфекционных заболеваний в детских коллективах является тесное и продолжительное общение детей между собой, что способствует быстрой передаче инфекции. К тому же высокая распространенность среди таких детей сопутствующей хронической патологии, усугубляющей тяжесть течения инфекции и предрасполагающей к присоединению осложнений. Профилактика инфекций в этих учреждениях должна осуществляться не эпизодически, а путем планомерного выполнения мероприятий, предупреждающих занесение инфекции в коллектив и распространение ее, а также мер, повышающих общую и специфическую сопротивляемость детского организма. Наиболее эффективным и экономически рентабельным средством в предупреждении инфекционной заболеваемости признана вакцинопрофилактика. Важно понимать, что только при 90–95% охвате профилактическими прививками вакцинация приведет к снижению заболеваемости до спорадического уровня.

Вакцинация детей в закрытых коллективах осуществляется в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 673 от 30.10.2007 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РФ № 229 от 27.06.2001 «О Национальном календаре профилактических прививок» и обеспечивает защиту от 10 инфекций, управляемых средствами вакцинопрофилактики. Необходимо подчеркнуть отличительную особенность иммунизации воспитанников детских домов и интернатов против полиомиелита. С целью предупреждения вакциноассоциированного полиомиелита применяется только инактивированная полиовакцина.

Кроме этого, детей целесообразно защитить от гемофильной инфекции типа b (с 3 месяцев), пневмококковой (с 2 месяцев) и менингококковой (с 2 лет) инфекций, гепатита А и ветряной оспы (с 12 месяцев).

1. Вакцинация против гемофильной инфекции типа b.

Гемофильная инфекция тип b (Ніb-инфекция) широко распространена в детских коллективах. Клинические проявления этой инфекции разнообразны: чаще это менингит, сепсис, эпиглоттит и пневмония. В зависимости от возраста от 15 до 64% всех гнойных менингитов у детей обусловлено Ніb-инфекцией. Особая группа детей, подверженная риску возникновения Ніb-инфекции, а также более тяжелому ее течению — это дети с хронической патологией, находящиеся в учреждениях закрытого типа. Именно им в первую очередь необходима защита от Ніb-инфекции, т. е. активная иммунизация. В настоящее время в России зарегистрированы две вакцины: «Акт-Хиб» (Санофи Пастер, Франция), «Хиберикс» (ГлаксоСмитКляйн, Бельгия). Прививки проводят, начиная с трехмесячного возраста (совмещая вакцинацию с введением вакцин против дифтерии, коклюша и столбняка — АКДС или АаКДС-вакцинами, а также полиомиелита — ИПВ), трехкратно с интервалом 1,5 месяца; ревакцинация проводится через 12 месяцев после третьей прививки. При начале вакцинации в 6–12 месяцев жизни достаточно двух инъекций с интервалом 1–2 месяца и ревакцинации через 12 месяцев после второй дозы. После 1 года вакцинируют однократно.

2. Вакцинация против менингококковой инфекции.

Менингококковая инфекция характеризуется разнообразными клиническими проявлениями: от назофарингита до генерализованных форм — гнойного менингита, менингоэнцефалита и менингококкцемии с развитием тромбгеморрагического синдрома. В ряде случаев, у детей с тяжелой соматической патологией, наблюдаются молниеносные формы, заканчивающиеся летальным исходом в течение 24–48 часов с момента подъема температуры. В РФ зарегистрированы только полисахаридные менингококковые вакцины: вакцина менингококковая группы А полисахаридная сухая (Микроген, Россия); «Менцевакс АСWУ» (ГлаксоСмитКляйн, Бельгия); полисахаридная менин-

гококковая вакцина А + С (Санофи Пастер, Франция). Вакцинируют детей с 2-летнего возраста, однократно, с ревакцинацией каждые 3–5 лет.

3. Вакцинация против гепатита А. Гепатит А — вирусная кишечная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи. Вспышки гепатита А чаще носят пищевой или водный характер. Часто регистрируются вспышки в закрытых коллективах. Решающее значение в борьбе с гепатитом А имеет использование целого комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, а также активная иммунизация. В России применяются: отечественная вакцина «ГЕП-А-ин-ВАК», «Аваксим» (Авентис Пастер, Франция), «Вакта» (Мерк Шарп Доум, США), «Хаврикс», а также дивакцина «Твинрикс» против гепатита А и В (ГлаксоСмитКлайн, Бельгия). Вакцину вводят двукратно, начиная с 1-го года жизни, с интервалом между дозами 6–60 месяцев. Вакцинация также необходима для купирования вспышек гепатита А в коллективах.

4. Вакцинация против ветряной оспы. Ветряная оспа может протекать тяжело даже у здоровых детей, а у детей с различными нарушениями в состоянии здоровья она приводит к осложнениям в виде пневмонии, энцефалита, вплоть до летального исхода. Учитывая масштабность вспышек ветряной оспы (что особенно актуально в закрытых коллективах), отсутствие специфического лечения, очевидна необходимость проведения вакцинации. В РФ зарегистрированы две вакцины, представляющие собой живой аттенуированный вирус *Varicella Zoster* штамма ОКА: «Варилрикс» (ГлаксоСмитКляйн, Бельгия) и «Окавакс» (Санофи Пастер, Франция). Прививать детей рекомендуется с 12 месяцев жизни, совмещая вакцинацию против ветряной оспы с прививкой против кори, краснухи и паротита. Вакцинация до 13 лет проводится однократно. Иммунизация также показана для экстренной профилактики ветряной оспы контактных детей, не привитых и не болевших; целесообразно ее проводить в течение первых 96 часов.

5. Вакцинация против пневмококковой инфекции.

Пневмококк относится к условно патогенной флоре верхних дыхательных путей. Развитие заболевания происходит при снижении иммунной активности организма (что часто бывает у детей из закрытых коллективов). Пневмококковая инфекция является одной из наиболее частых причин острого среднего отита, пневмонии, менингита и сепсиса. Учитывая значимость пневмококковой инфекции, а также высокий уровень инвалидности и длительный период реабилитации после тяжелых форм заболеваний, можно рекомендовать вакцинацию против этой инфекции всех детей раннего возраста, особенно в закрытых коллективах. В РФ зарегистрированы две вакцины: «Пневмо-23» (Санofi Пастер, Франция) и «Превенар» (Пфайзер, США). Полисахаридная вакцина «Пневмо-23» применяется у детей только с 2-летнего возраста однократно, с ревакцинацией через 3–5 лет. Предпочтительнее использовать конъюгированную вакцину «Превенар», т. к. она разрешена уже с 2 месяцев жизни. Схема зависит от возраста начала иммунизации. Детям от 2 до 6 месяцев проводится трехкратная вакцинация с интервалом 1–2 месяца, с ревакцинацией в возрасте 15–18 месяцев. Детям 6–12 месяцев вводят две дозы вакцины также с интервалом 1–2 месяца и однократной ревакцинацией на втором году жизни. Детям 12–23 месяцев вводят только две дозы вакцины с интервалом 2 месяца, без ревакцинации. Детям от 2 до 5 лет достаточно однократного введения вакцины.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Среднесуточные нормы физиологических потребностей детей раннего возраста*

В пищевых веществах и энергии

Возраст	Энергетическая ценность, ккал	Белки, г		Жиры, г (в том числе растит.)	Углеводы, г
		всего	животные, %		
0–3 мес**	115	2,2	100	6,5 (0,7)	13
4–6 мес**	115	2,6	100	6,0 (0,7)	13
7–12 мес**	110	2,9	100	5,5 (0,7)	13
1–2 года	1200	36	70	40	174
2–3 года	1400	42	70	47	203

В минеральных веществах

Возраст	Ca, мг	P, мг	Mg, мг	Fe, мг	Zn, мг	I, мг	Cu, мг	Se, мг	F, мкг
0–3 мес	400	300	55	4	3	0,06	0,5	0,01	1,0
4–6 мес	500	400	60	7	3	0,06	0,5	0,012	1,0
7–12 мес	600	500	70	10	4	0,06	0,3	0,012	1,2
1–2 года	800	700	80	10	5	0,07	0,5	0,015	1,4
2–3 года	800	700	80	10	5	0,07	0,5	0,015	1,4

Примечание.

* — нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации, Методические рекомендации (МР 2.3.1.2432-08), утверждены Главным санитарным врачом РФ Г.Г. Онищенко 18.12.2008; ** — потребность детей первого года жизни в энергии, белках, жирах и углеводах в расчете на 1 кг массы тела.

В витаминах

Возраст	С, мг	А, мкг	Е, мг	Д, мкг	В₁, мг	В₂, мг	В₆, мг	РР, мг	фол., мкг	В₁₂, мкг
0–3 мес	30	400	3	10	0,3	0,4	0,4	5	50	0,3
4–6 мес	35	400	3	10	0,4	0,5	0,5	6	50	0,4
7–12 мес	40	400	4	10	0,5	0,6	0,6	4	60	0,5
1–2 года	45	450	4	10	0,8	0,9	0,9	8	100	0,7
2–3 года	45	450	4	10	0,8	0,9	0,9	8	100	0,7

Приложение 2

**Рекомендуемые нормы питания
(среднесуточные наборы продуктов) для детей,
воспитывающихся в домах ребенка,
в возрасте от 12 месяцев до 3 лет
(информационное письмо Минздравсоцразвития РФ,
№ 15-3/1295-04 от 10.08.2006)**

Наименование продуктов питания	Нормы питания в день на одного воспитанника (брутто, граммы)	
	от 12 до 18 месяцев	от 18 месяцев до 3 лет
Хлеб пшеничный	20	30
Хлеб ржаной	60	70
Мука пшеничная	16	16
Мука картофельная	3	3
Крупы, бобовые, макаронные изделия	40	45
Картофель	100	200
Овощи разные и зелень	100	250
Фрукты (плоды) свежие*	250	250
Фрукты (плоды) сухие, в т.ч. шиповник	10	15
Сок фруктовый	100	200
Сахар	35	40

Наименование продуктов питания	Нормы питания в день на одного воспитанника (брутто, граммы)	
	от 12 до 18 месяцев	от 18 месяцев до 3 лет
Кондитерские изделия	20	25
Кофейный напиток злаковый	1	1
Какао порошок	–	0,7
Чай	0,3	0,3
Мясо 1-й категории**	90	100
Куры 1-й кат. п/п	25	25
Рыба (филе)	25	27
Молоко и другие кисломолочные продукты (м.д.ж. 2,5–3,2%)	600	600
Творог (м.д.ж. 5–9%***		
Творог детский	25	25
Сметана (м.д.ж. не > 15%)	5	8
Сыр	5	10
Масло сливочное	25	30
Масло растительное	5	7
Яйцо диетическое (шт.)	0,5	0,75
Дрожжи хлебопекарные	–	0,3
Соль пищевая йодированная	3	3
Примерный химический состав набора <1>		
Белки (граммы)	64,5	73
Жиры (граммы)	97,7	81,2
Углеводы (граммы)	208,4	241
Энергетическая ценность (килокалории)	1701,2	1986

Примечание.

* – фрукты можно частично заменять фруктовым пюре для детского питания;

** – мясо может быть частично заменено на мясное пюре для детского питания;

*** – для изготовления блюд из творога.

<1> Химический состав набора может несколько меняться в зависимости от сортности используемых продуктов (мяса, сметаны, хлеба и т. д.).

1. Питание детей в возрасте до одного года индивидуальное в соответствии с нормой, рекомендованной каждому месяцу жизни ребенка; возможно питание с 9 до 12 месяцев в соответствии с рекомендуемым набором продуктов, приведенным в таблице 2.
2. Разрешается производить замену отдельных продуктов питания в пределах средств, выделяемых государственными учреждениями для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на эти цели в соответствии с таблицей замены продуктов по основным пищевым веществам.

Рекомендуемые нормы питания для детей от 9 до 12 месяцев*

Продукты промышленного производства	Количество
Заменитель женского молока или последующая формула	400
Молоко детское, мл	200
Кефир детский, мл	200
Каша сухая, г	40
Растворимое печенье, г	20
Творог детский, г	50
Сок фруктовый, мл	100
Пюре фруктовое, г	80
Пюре овощное, г	150
Пюре мясное, г	50
Пюре мясо-растительное, г	100
Пюре рыбо-растительное, г	50
Примерный химический состав	
Белки, г	40,2
Жиры, г	47
Углеводы, г	121
Энергетическая ценность, ккал	1085

Приложение 3
Таблица замены продуктов по основным пищевым веществам

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав, г			Добавить к суточному рациону или исключить
		белки	жиры	углеводы	
Замена хлеба по белку и углеводам					
Хлеб пшеничный из муки 1 сорта	100	7,5	2,9	51,4	
Хлеб ржаной простой формовой	125	7,6	1,5	50,0	
Мука пшеничная 1 сорта	70	7,4	0,9	49,3	
Макароны, вермишель 1 сорта	70	7,5	0,9	48,7	
Крупа манная	70	7,7	0,5	52,9	
Замена картофеля по углеводам					
Картофель	100	2,0	0,4	16,3	
Свекла	190	2,9	0,2	16,6	
Морковь	240	3,1	0,2	17,0	
Капуста белокочанная	370	6,7	0,4	17,4	
Макароны, вермишель 1 сорта	25	2,7	0,3	17,6	
Крупа манная	25	2,6	0,2	17,6	
Хлеб пшеничный из муки 1 сорта	35	2,6	1,0	18,0	
Хлеб ржаной простой формовой	45	2,7	0,5	17,9	

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав, г			Добавить к суточному рациону или исключить
		белки	жиры	углеводы	
Замена свежих яблок по углеводам					
Яблоки свежие	100	0,4	0,4	9,8	
Яблоки сушеные	15	0,3	–	8,8	
Курага (без косточек)	18	0,9	–	9,2	
Чернослив	15	0,3	–	8,6	
Фруктовое пюре	100	–	–	10,8	
Замена молока по белку					
Молоко	100	2,8	3,2	4,7	
Творог полужирный	16	2,9	1,4	0,5	
Творог жирный	20	3,0	3,6	0,6	
Сыр	13	3,0	3,8	–	
Говядина 1 категории	15	2,8	2,4	–	
Говядина 2 категории	15	3,0	1,5	–	
Рыба (филе трески)	20	3,2	0,1	–	
«Нутриэн Юниор», сухая смесь	20	3,0	3,2	12,8	

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав, г			Добавить к суточному рациону или исключить
		белки	жиры	углеводы	
Замена мяса по белку					
Говядина 1 категории	100	18,6	14,0	–	
Говядина 2 категории	90	18,0	7,5	–	масло + 6 г
Мясное пюре говядина	100	14,0	10,0	–	масло + 4 г
Мясное пюре свинина	100	15,0	12,0	–	масло + 2 г
Мясное пюре курица	100	16,0	4,0	1,8	масло + 10 г
Мясное пюре индейка	100	16,0	4,0	–	масло + 10 г
Творог полужирный	110	18,3	9,9	1,4	масло + 4 г
Творог жирный	130	18,3	23,4	1,7	масло – 9 г
Рыба (филе трески)	120	19,2	0,7	–	масло + 13 г
Яйцо	145	18,4	16,7	1,0	
Замена рыбы по белку					
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	1,3	
Говядина 1 категории	85	15,8	11,9	–	масло – 11 г
Говядина 2 категории	80	16,0	6,6	–	масло – 6 г
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	масло – 8 г

Наименование продуктов	Количество (нетто, г)	Химический состав, г			Добавить к суточному рациону или исключить
		белки	жиры	углеводы	
Творог жирный	115	16,1	20,7	3,3	масло – 20 г
Яйцо	125	15,9	14,4	0,9	масло – 13 г
Замена творога по белку					
Творог полужирный	100	16,7	9,0	1,3	
Говядина 1 категории	90	16,7	12,6	–	масло – 3 г
Говядина 2 категории	85	17,0	7,5	–	–
Рыба (филе трески)	100	16,0	0,6	–	масло + 9 г
Яйцо	130	16,5	15,0	0,9	масло – 5 г
Замена яйца по белку					
Яйцо, 1 штука	40	5,1	4,6	0,3	
Творог полужирный	30	5,0	2,7	0,4	
Творог жирный	35	4,9	6,3	1,0	
Сыр	20	5,4	5,5	–	
Говядина 1 категории	30	5,6	4,2	–	
Говядина 2 категории	25	5,0	2,1	–	
Рыба (филе трески)	35	5,6	0,7	–	
«Нутриэн Юниор», сухая смесь	34	5,1	5,7	21,8	

Приложение 4

Химический состав и энергетическая ценность адаптированных молочных смесей для вскармливания детей первого года жизни (в 100 мл готовой смеси)

Название продукта	Энерго-ценность, ккал	Стартовые смеси			Са:Р		
		белки, г	жиры, г	Химический состав углеводы, г железо, мг вит. D мкг			
Агуша-1 стерилизованная	66	1,4	3,5	7,2	0,5	1,0	1,6:1
Агуша GOLD 1 1.2.3.4	67	1,4	3,6	7,2	0,8	1,1	1,5:1
Агуша ORIGINAL 1	67	1,5	3,6	7,1	0,5	1,0	1,5:1
Беби Премиум 1 1.2	66	1,5	3,6	7,1	0,5	1,0	1,7:1
Беллакт Оптимум 1 1.2.3	66	1,4	3,4	7,2	0,8	1,0	1,8:1
Беллакт Иммунис 1 1.2.3.4	65	1,4	3,4	7,2	0,8	1,0	1,8:1
Беллакт 0-6 1	65	1,4	3,4	7,3	0,8	1,0	1,8:1
Малютка 1 с пищевыми волокнами и нуклеотидами 1.2	68	1,4	3,5	7,7	0,7	1,0	1,6:1
НАН 1 1.3.4	67	1,2	3,6	7,5	0,7	0,9	1,3:1
НАН 1 жидкий 1.3	67	1,2	3,6	7,5	0,7	0,9	1,3:1
Нестожен 1 2	67	1,4	3,5	7,5	0,7	1,0	1,7:1

Название продукта	Энерго-ценность, ккал	Химический состав				Са:Р		
		белки, г	жиры, г	углеводы, г	железо, мг		вит. D мкг	
Нутрилак 1	68	1,4	3,6	7,5	0,7	1,1	1,5:1	
Нутрилак Премиум 1 1.2.3	66	1,4	3,6	7,0	0,7	1,2	1,5:1	
Нутрилон 1 2.3	66	1,3	3,5	7,3	0,5	1,2	2,0:1	
Нутрилон Комфорт 1	66	1,5	3,5	7,1	0,5	1,2	1,8:1	
Сэмпер Бифидус 1 3	66	1,3	3,5	7,6	0,4	1,3	1,5:1	
Симилак 1 1.2.3	68	1,4	3,6	7,1	0,9	0,8	1,9:1	
Тёма 1	65	1,4	3,1	7,8	0,6	1,1	1,8:1	
Фрисолак 1 GOLD 1.2.3	67	1,4	3,5	7,5	0,8	1,2	1,7:1	
Фрисолак 1 1	67	1,4	3,5	7,5	0,78	1,2	1,6:1	
Хумана 1	65	1,4	3,1	7,8	0,6	1,1	1,7:1	
Энфамил Премиум LIPIL 1 1.2.3	68	1,4	3,7	7,1	0,8	1,0	1,5:1	
Последующие смеси								
Агуша-2 стерилизованная	70	1,8	3,4	8,0	1,0	1,0	1,5:1	
Агуша GOLD 2 1.2.3.4	63	1,6	2,9	7,7	0,9	1,4	1,5:1	
Агуша ORIGINAL 2	67	2,0	3,1	7,9	0,9	1,1	1,5:1	
Беби Премиум 2 1.2	67	1,8	3,1	7,9	0,9	1,1	1,5:1	
Беллакт Оптимум 2 1.2.3	66	1,5	3,5	7,0	1,4	1,0	1,8:1	

Название продукта	Энерго-ценность, ккал	Химический состав				Са:Р	
		белки, г	жиры, г	углеводы, г	железо, мг		вит. D мкг
Беллакт Иммунис 2 1.2.3.4	66	1,5	3,5	7,0	1,4	1,0	1,8:1
Беллакт 6-12 1	66	1,5	3,5	7,2	1,4	1,0	1,85:1
Малютка 2 с пищевыми волокнами и нуклеотидами 1.2	68	1,5	3,6	7,3	1,12	1,2	1,3:1
НАН 2 3	67	1,5	3,0	8,4	1,1	1,2	1,2:1
НАН 2 жидкий 3.4	67	1,5	3,0	8,4	1,1	1,2	1,2:1
Нестожен 2 2	67	1,4	3,5	7,5	1,1	1,2	1,7:1
Нутрилак 2	70	1,6	3,7	7,8	1,2	1,1	1,3:1
Нутрилак Премиум 2 1.2.3	67	1,6	3,4	7,6	1,2	1,2	1,8:1
Нутрилон 2 2.3	68	1,5	3,5	7,6	1,0	1,2	1,7:1
Нутрилон Комфорт 2	66	1,6	3,2	8,2	1,0	1,4	1,8:1
Сэмпер Бифидус 2 3	70	1,8	3,5	7,7	1,1	1,3	1,4:1
Симилак 2 1.2.3	67	1,5	3,6	7,1	0,9	1,0	1,9:1
Тема 2	67	1,45	3,3	7,9	0,8	1,1	1,8:1
Фрисолак 2 GOLD 1.2.3	70	1,7	2,9	9,0	1,1	1,2	1,7:1
Фрисолак 2 1	70	1,7	2,9	9,0	1,1	1,2	1,7:1
Хумана 2	67	1,5	3,3	7,9	0,6	1,1	1,6:1

Название продукта	Энерго- ценность, ккал	Химический состав			Са:Р		
		белки, г	жиры, г	углеводы, г		железо, мг	вит. D мкг
Хумана Фольгемильх 2 2	69	1,5	3,0	9,0	0,8	1,1	1,4:1
Энфамил Premium LIPIL 2 1.2.3	69	1,8	3,2	8,3	1,2	1,0	1,6:1
Смеси от 0 до 12 месяцев							
Беби	67	1,5	3,6	7,1	0,5	1,0	1,7:1
Беллакт 0–12 1	66	1,5	3,6	7,0	0,8	1,0	1,8:1
Беллакт 0–12 Плюс 1.2.3	65	1,4	3,4	7,3	0,8	1,0	1,8:1
Микамилк Люкс 1	70	1,5	3,6	7,7	0,8	1,0	1,5:1
Микамилк Супер 1.2.3	69	1,5	3,6	7,9	0,8	1,0	1,5:1
Микамилк Премиум 1.2.3.4	69	1,5	3,6	7,9	0,8	0,8	1,5:1
Нутрилак	67	1,5	3,4	7,4	0,8	1,0	1,7:1
Нутрилак Премиум 1.2.3	65	1,5	3,4	6,9	0,8	1,2	1,9:1
Нутрилак Иммуно Бифи 1.2.3.4	65	1,5	3,4	6,9	0,8	1,2	1,9:1
Фрисолак Ночная формула 1.2.3	66	1,4	3,5	7,2	0,8	1,2	1,7:1

Примечание.
Смесь содержит: 1 — нуклеотиды; 2 — пребиотики (олигосахариды); 3 — длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты; 4 — пробиотики.

Приложение 5

**Химический состав и энергетическая ценность
кисломолочных продуктов и смесей
(на 100 мл готовой смеси)**

Название продукта	Белки, г	Жиры, г	Угле-воды, г	Энергетическая ценность, ккал
Адаптированные продукты				
Агуша-1 кисломолочная ^{1, 3}	1,4	3,5	7,2	66
Агуша-2 кисломолочная ^{1, 3}	1,8	3,4	8,0	70
Беллакт кисломолочный ^{1 1, 2, 3}	1,4	3,4	7,25	65
Беллакт кисломолочный ^{2 1, 2, 3}	1,5	3,5	7,03	66
НАН кисломолочный ¹	1,34	3,2	8,5	67
НАН кисломолочный ²	1,51	3,2	8,0	67
Нутрилак кисломолочный ^{1, 2, 3}	1,5	3,4	7,3	66
Нутрилон кисломолочный	1,4	3,1	8,1	65
Неадаптированные продукты				
Агуша биокефир	2,7	3,2	4,0	56
Агуша детский кефир	2,7	3,2	4,1	56
Агуша йогурт Натуральный	3,2	3,1	3,7	57
Агуша йогурт Персик	2,8	2,7	10,2	81
Тёма детский кефир	3,2	2,8	4,1	56
Тёма йогурт питьевой с шиповником и малиной	2,8	2,8	9,8	76
Тёма йогурт питьевой с черносливом	2,8	2,8	9,8	76
<i>Примечание.</i>				
Смесь содержит: ¹ — нуклеотиды; ² — длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты; ³ — пробиотики.				

Приложение 6

Содержание железа в детских кашах промышленного производства (мг в 1 порции)

Название продукта	Страна, фирма-производитель	Содержание железа
Безмолочные каши		
«Беби» Абрикос-яблоко	Словения, Дрога Колинска	1,1
«Беллакт» Гречневая	Беларусь, Беллакт	2,38
«Винни» Рисово-гречневая с яблоком и с пребиотиками	Россия, Нутритек	1,7
«Semper» Пшеничная с фруктами безмолочная каша	Швеция, Hero Gida San	2,6
«Фрисо» Гречневая каша	Голландия, ФризлендКампина	4,0
«Хайнц» Низкоаллергенная гречневая кашка	Россия, Хайнц-Георгиевск	2,2
«Хайнц» Гречневая кашка с яблоком	Россия, Хайнц-Георгиевск	3,1
«Хайнц» Овсяная кашка со сливой	Россия, Хайнц-Георгиевск	4,0
«Хумана» Каша рисово-кукурузная с яблоком	Германия, Humana GmbH	2,4
Молочные каши		
«Агуша» Гречневая с молоком	Россия, Вимм-Билль-Данн	2,5
«Беби Премиум» Гречка	Словения, Дрога Колинска	1,1
«Винни» Гречневая с пребиотиками	Россия, Нутритек	2,6
Малютка® Каша овсяная молочная	Россия, Детское питание «Истра-Нутриция»	2,8

Название продукта	Страна, фирма-производитель	Содержание железа
Малютка® Каша пшеничная молочная с бананом	Россия, Детское питание «Истра-Нутриция»	2,4
Каша Селиа Ваниль	Франция, Celia — Laiterie de Craon	3,5
«Semper» Рисовая молочная каша (БИО)	Швеция, Hero Gida San	5,0
«Фрисо» Гречневая каша с детской молочной смесью	Голландия, ФризлендКампина	4,0
«Фрисо» Пшеничная каша с фруктами с детской молочной смесью	Голландия, ФризлендКампина	4,2
«Фрисо» Рисовая каша с детской молочной смесью	Голландия, ФризлендКампина	3,6
«ФрутоНяня» Каша из пшеницы с молоком, яблоком и земляникой	Россия, ОАО ПРОГРЕСС	2,4
«Хайнц» Овсяная кашка с молоком	Россия, Хайнц-Георгиевск	3,5
«Хайнц» Лакомая кашка гречневая грушка, абрикос, смородинка	Россия, Хайнц-Георгиевск	4,0
«Хайнц» Многозерновая кашка фруктово-йогуртная банан, клубника	Россия, Хайнц-Георгиевск	4,5
«Хумана» Каша гречневая молочная	Германия, Humana GmbH	2,1
«Хумана» Каша бисквитно-пшеничная молочная	Германия, Humana GmbH	3,1

Приложение 7

Витаминно-минеральные комплексы, применяемые у детей до 4-летнего возраста

Препарат	Состав	Форма выпуска	Доза
Биовиталь гель	Витаминно-минеральный комплекс, содержащий витамины А, D ₃ , Е, С, В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, кальций, натрий, марганец и соевый лецитин	Тюбик 175 мл	Для грудных детей по 1/2 чайной ложки 1–2 раз в день; при лечении стоматита — аппликация на слизистые оболочки
Алвитил	Поливитаминный комплекс, содержащий витамины А, D ₃ , Е, С, В ₁ , В ₂ , В ₁₂ , РР	Сироп во флаконе 150 мл	От 2,5 до 6 лет 1/2–1 чайная ложка в день
Веторон	Раствор бета-каротина, витамина Е, витамина С	Флаконы по 20 мл	Детям после года по 1 капле на год жизни, однократно утром
Мульти-табс Беби	Витамины А, D и С	Капли для приема, флаконы по 30 мл	С 2 мес до 1 года по 1 мл в сутки во время еды
Мульти-табс Малыш	Витаминно-минеральный комплекс, содержащий витамины А, D, Е, С, В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , никотинамид, фолиевую и пантотеновую кислоты, железо, цинк, марганец, хром, селен, йод	Жевательные таблетки с малиново-клубничным вкусом	От 1 до 4 лет по 1 таблетке в день, во время или после еды

Препарат	Состав	Форма выпуска	Доза
Пангексавит	Витамин А (500 ЕД), В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₅ , никотинамид	Выпускается в таблетках	До 1 года по 1/2 таблетки в день, от 1 года до 3 лет по 1/2 таблетки 2 раза в день
Пиковит	Витамины А, D ₃ , В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , С, никотинамид, пантотенол, кальций и фосфор	Выпускается в виде сиропа и пастилок	С 1 года до 3 лет по 2 чайные ложки в день или по 2 пастилки, с 4 до 6 лет по 3 чайные ложки в день или по 4 пастилки в день
Центрум детский	Витаминно-минеральный комплекс	Жевательные таблетки	От 2 до 4 лет по 1/2 таблетки в день во время или после еды
Центрум детский + Са	Витаминно-минеральный комплекс, содержит 160 мг кальция	Жевательные таблетки	От 2 до 4 лет по 1/2 таблетки в день во время или после еды
Юникап Ю	Витамины А, D ₃ , С, В ₁ , В ₂ , В ₁₂ , В ₆ , В _с , никотинамид	Жевательные таблетки	От 2 до 4 лет по 1 таблетке в день во время или после еды
Кальцинова	Витамины А, D ₃ , С, В ₁ , кальций, фосфор	Выпускается в таблетках	С 2 лет по 1 таблетке в день во время или после еды

Приложение 8

**Химический состав и энергетическая ценность
специализированных смесей для недоношенных
детей (на 100 мл готовой смеси)**

Состав	Пре НАН	Нутрилак Пре	Пре Нутрилон	Хумана 0-ГА	Фрисо Пре	Беллакт ПРЕ
Белки, г:	2,0	2,2	2,5	2,2	2,2	2,2
Сывороточные белки : казеин	70:30	68:32	60:40	100:1	60:40	65:35
Таурин, мг	5,6	5,5	5,5	4,5	5,9	6,0
Нуклеотиды	–	3,5	–	–	+	+
Жиры, г:	3,6	4,2	4,4	4,2	4,3	4,0
Среднецепочечные триглицериды, г	1,3	1,24	–	1,0	0,43	1,4
Линолевая, г	0,5	0,7	0,7	0,7	0,5	0,56
Линоленовая, г	0,06	0,07	0,08	0,06	0,07	0,079
Длинноцепочечные ПНЖК	+	+	+	+	+	+
Углеводы, г:	7,5	7,7	7,6	8,2	8,2	7,0
Лактоза, г	4,9	5,0	4,0	5,6	5,9	4,0
Сироп глюкозы, г	–	–	4,0	–	0,9	–
Декстрин-мальтоза, г	2,6	2,7	–	2,6	1,4	2,2
Пребиотики	–	0,3	0,8	–	0,08	0,8
Энергетическая ценность, ккал	70	77	80	75	80	72

Приложение 9

**Химический состав и энергетическая ценность
смесей на основе гидролизатов белка
(на 100 мл готовой смеси)**

Название	Фирма-производитель, страна	Ингредиенты, г			Энергетическая ценность, ккал
		белки	жиры	углеводы	
Лечебные смеси на основе высокогидролизованных молочных белков					
Алфаре ^{1, 3}	Нестле, Швейцария	2,1	6,0	6,7	70
Нутрамиген 1 LIPIL ^{2, 4}	Мид Джонсон, США	1,9	3,4	7,5	68
Нутрамиген 2 LIPIL ^{2, 4}	Мид Джонсон, США	2,0	3,0	9,0	69
Прегестимил LIPIL ^{2, 3, 4}	Мид Джонсон, США	1,9	3,8	6,9	68
Нутрилак Пептиды СЦТ ^{1, 3, 5}	Нутритек, Россия	1,9	3,5	6,9	67
Нутрилон Пепти Аллергия ^{1, 3, 4}	Нутриция, Голландия	1,6	3,5	7,1	66
Нутрилон Пепти Гастро ^{1, 4}	Нутриция, Голландия	1,8	3,5	6,8	66
Фрисопеп ^{1, 5}	Фризленд Кампина, Голландия	1,6	3,5	7,0	66
Фрисопеп АС ^{2, 5}	Фризленд Кампина, Голландия	1,6	3,5	7,2	66
Пептамен Юниор ^{1, 3}	Нестле, Швейцария	3,0	3,8	13,8	100
<i>Примечание.</i>					
Смеси содержат: ¹ — гидролизат сывороточных белков; ² — гидролизат казеина; ³ — среднецепочечные триглицериды в составе жирового компонента; ⁴ — длинноцепочечные триглицериды в составе жирового компонента; ⁵ — нуклеотиды.					

Название	Фирма-производитель, страна	Ингредиенты, г			Энергетическая ценность, ккал
		белки	жиры	углеводы	
Гипоаллергенные смеси на основе частично (умеренно) гидролизованного молочного белка					
Беллакт ГА	Беллакт, Беларусь	1,9	3,4	7,1	67
Микамилк Люкс ГА ³	Москва Златоглавая, Россия	1,5	3,4	7,5	67
НАН ГА 1 ^{1, 2}	Нестле, Швейцария	1,5	3,4	7,6	67
НАН ГА 2 ^{1, 2}	Нестле, Швейцария	1,85	3,0	8,1	67
Нутрилак ГА 1 ^{1, 3}	Нутритек Россия	1,5	3,4	7,1	65
Нутрилак ГА 2 ^{1, 3}	Нутритек Россия	1,6	3,4	7,5	67
Нутрилон ГА 1 ^{1, 3}	Нутриция, Голландия	1,6	3,5	7,3	67
Нутрилон ГА 2 ³	Нутриция, Голландия	1,8	3,5	7,9	70
Фрисолак ГА 1 ^{1, 3}	Фризленд Кампина, Голландия	1,6	3,5	7,0	66
Фрисолак ГА 2 ^{1, 3}	Фризленд Кампина, Голландия	1,8	2,9	9,1	70
Хумана ГА 1 ¹	Хумана, Германия	1,5	3,1	7,7	65
Хумана ГА 2 ³	Хумана, Германия	1,6	3,2	7,9	67
Хумана ГА 3 ³	Хумана, Германия	1,6	3,3	8,2	69
ХиПП ГА 1	ХиПП, Австрия	1,8	4,0	7,4	73
ХиПП ГА 2	ХиПП, Австрия	2,2	4,4	7,4	78
<i>Примечание.</i>					
Смеси содержат: ¹ – длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты; ² – бифидобактерии; ³ – олигосахариды.					

Приложение 10

Химический состав и энергетическая ценность смесей для энтерального питания детей раннего возраста (в 100 мл готовой смеси)

Название продукта	Энергетическая ценность, ккал	Ингредиенты				
		белки, г	жиры, г	углеводы, г	железо, мг	витамины, минеральные вещества
До 1 года						
Инфатрини	100	2,6	5,4	10,3	1,0	++
Старше 1 года						
Клинугрен Юниор	100	3,0	3,9	13,3	1,0	++
Нутрини	100	2,5	4,4	12,5	1,0	++
Нутрини с пищевыми волокнами	100	2,5	4,4	12,5	1,0	++
Нутрини Энергия	150	4,1	6,7	18,5	1,5	++
ПедиаШур	150	4,2	7,5	16,4	1,5	++

Приложение 11

Химический состав и энергетическая ценность смесей на основе изолята соевого белка (на 100 мл готовой смеси)

Название смеси	Фирма-производитель, страна	Ингредиенты, г			Энергетическая ценность, ккал
		белки	жиры	углеводы	
Беллакт Соя	Беллакт, Беларусь	1,7	3,4	7,0	65
Нутрилак Соя	Нутритек, Россия	1,8	3,6	6,8	67
Нутрилон Соя	Нутриция, Голландия	1,8	3,6	6,7	67
Фрисосой	Фризленд Кампина, Голландия	1,7	3,5	7,2	67
Хумана СЛ	Хумана, Германия	2,0	3,6	7,9	72
Энфамил Соя	Мид Джонсон, США	2,0	3,6	6,5	67

Приложение 12

**Химический состав и энергетическая ценность
низколактозных и безлактозных молочных смесей
(на 100 мл смеси)**

Название смеси	Фирма-производитель, страна	Ингредиенты, г				Энергетическая ценность, ккал
		белки	жиры	углеводы		
				всего	лактоза	
Безлактозные смеси						
Бабушкино лукошко без лактозы	NUTRIBIO, Франция	1,7	3,4	7,6	0	67
НАН Безлактозный	Нестле, Швейцария	1,4	3,3	7,8	0	67
Нутрилак Безлактозный+	Нутритек, Россия	1,4	3,5	7,4	0	66
Нутрилон Безлактозный	Нутриция, Голландия	1,3	3,5	7,3	0	66
Селиа LF	CELIA – LAITERIE DE CRAON, Франция	1,6	3,1	7,9	0	66
Энфамил 0-Лас	Мид Джонсон, США	1,4	3,7	7,2	< 0,1	68
Низколактозные смеси						
Беллакт НЛ	Беллакт, Беларусь	1,5	3,0	7,8	1,0	64
Хумана ЛП	Хумана, Германия	1,9	2,1	8,8	1,5	62
Хумана ЛП + СЦТ	Хумана, Германия	1,9	2,0	8,9	0,5	61

Приложение 13

**Химический состав и энергетическая ценность
молочных продуктов для детей от 1 года до 3 лет
(на 100 мл готовой смеси)**

Название продукта	Энергетическая ценность, ккал	Ингредиенты				Витамины, минеральные вещества
		белки, г	жиры, г	углеводы, г	железо, мг	
Смеси для детей старше 1 года						
Беллакт Оптимум 3	60	2,0	2,6	7,0	0,8	++
Малютка 3	82	2,0	3,9	7,7	1,3	++
НАН 3	67	2,0	3,0	8,1	1,2	++
Нестожен 3	67	2,0	3,1	7,7	1,1	++
Нутрилак Премиум 3	71	2,7	2,6	9,2	1,3	++
Селиа Эксперт 3	62	2,1	2,4	7,8	0,9	++
Нутрилон 3	70	2,3	3,4	7,6	1,1	++
Фрисолак 3	73	2,7	2,5	9,8	1,2	++
Friso 3 Junior	74	2,7	2,5	10,3	1,2	++
Хумана 3	69	1,5	3,0	9,0	0,8	++
Хумана Фольгемилх 3 с пребиотиками	69	1,5	3,0	9,0	0,8	++
Энфамил Премиум 3	66	2,0	2,7	8,4	1,3	++

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стуков Е. А., Козлов В. К. и соавт. Актуальность носительства гемофильной палочки и эффективность вакцинопрофилактики гемофильной инфекции у детей. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2007; 24: 23–27.
2. Баранов А.А., Боровик Т.Э., Рославцева Е. А. и др. Диетотерапия синдрома мальабсорбции у детей раннего возраста (пособие для врачей). *Справочник педиатра*. 2007. С. 35–74.
3. Детское питание. Руководство для врачей / под ред. В. А. Тутельяна и И. Я. Коля. *Москва: МИА*. 2009. 952 с.
4. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации в 1998–1999 гг. (статистические и аналитические материалы). *ФЦГСЭН МЗ РФ*, 2000. — С. 1–24.
5. Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации в 2003–2004 гг. (статистические и аналитические материалы). *ФЦГСЭН МЗ РФ*, 2005. URL: http://www.fcgsen.ru/21/documents/310305_Sbornik_zabol_RF_2003-2004_.html
6. Специализированные продукты питания для детей с различной патологией / под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, В.А. Скворцовой. *Москва*. 2010. 231 с.
7. Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей / под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. *Москва: МИА*. 2010. 608 с.
8. Коденцова В. М., Вржесинская О. А. Использование пищевых продуктов, обогащенных железом и витаминами для коррекции железодефицитных состояний. *Вопросы питания*. 2002; 1 (4): 39–43.
9. Коровина Н. А., Захарова И. Н., Дмитриева Ю. А. Рахит: профилактика и лечение. *Consilium Medicum, Педиатрия*. 2008. С. 3.
10. Лечебное питание детей с пищевой аллергией. Пособие для врачей (3-е издание, переработанное и дополненное) / под ред. Т.Э. Боровик. *Москва*. 2005. 38 с.
11. Национальная программа оптимизации питания детей первого года жизни. Утверждена на XVI Съезде педиатров России. *Москва*. 2010. 68 с.
12. Новые технологии питания детей, больных целиакией и лактазной недостаточностью. *Москва*. 2008. 87 с.
13. Организация лечебного питания детей в стационаре. Пособие для врачей / под ред. А. А. Баранова, К. С. Ладодо. *Москва: «ЭВИТА-Проф»*. 2001. 237 с.
14. Рациональное вскармливание недоношенных детей. Методические указания. *Москва: Союз педиатров России*. 2010. 72 с.
15. Скворцова В. А., Боровик Т. Э., Ладодо К. С. и др. Современные каши промышленного производства в питании детей раннего возраста. *Вопросы современной педиатрии*. 2004; 3 (1): 61–64.
16. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни. Методические указания № 225. *Минздрав РФ, Москва*. 1999. 50 с.
17. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания: Справочник / под ред. И. М. Скурихина, В. А. Тутельяна. *Делти принт, Москва*. 2008. 276 с.
18. Сорвачева Т. Н., Пырьева Е. А., Грибакин С. Г. Питание детей от 1 года до 3 лет. Современные подходы. Учебное пособие. *Москва*. 2008, 42 с.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Организация профилактики и лечения алиментарно-зависимых заболеваний	4
Питание детей старше 1 года	35
Организация профилактики острых респираторных инфекций и гриппа	45
Вакцинация детей в домах ребенка	47
Приложения	51

КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ



«Профилактическая педиатрия» + CD

Под редакцией: А.А. Баранова.
Переплет, 692 с., 2012 г.

Представлены новейшие данные по основным разделам профилактической педиатрии: по формированию и охране здоровья нерожденного ребенка (плода) и новорожденного, здоровья подрастающего поколения; по созданию оптимальных условий для формирования здоровья, физических и интеллектуальных возможностей детей; по организации медицинского обслуживания детей, оценке физического, нервно-психического развития, диспансерному наблюдению здоровых детей, организации грудного вскармливания, ухода; по организации оздоровления часто болеющих детей и лечебно-профилактической помощи в дошкольных образовательных учреждениях и школах. Книга предназначена для педиатров, неонатологов, сотрудников образовательных и научных учреждений, организаторов здравоохранения, врачей общей практики, студентов, интернов и ординаторов.

Цена без учета доставки: 1000 руб. Наложным платежом: 1300 руб.
По предоплате: 1200 руб.



Лечебное питание детей первого года жизни

Под общей редакцией: А.А. Баранова, В.А. Тутельяна,
Т.Э. Боровик. Обложка, 160 с., 2010 г.

Результаты научных исследований, проведенных в последние годы, показывают, что питание ребенка оказывает влияние не только на его рост, развитие и состояние здоровья. Стало очевидным, что питание на первом году жизни «программирует» метаболизм. Таким образом, те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний, таких как аллергические болезни, ожирение, метаболический синдром, остеопороз и некоторые другие.

В 2009 году на XVI Съезде педиатров России утверждена «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации». Целью Программы является улучшение состояния здоровья и повышение качества жизни детского населения Российской Федерации за счет обеспечения здоровых и больных детей адекватным питанием.

Учитывая большой интерес практических врачей-педиатров, проявленный к основным разделам Национальной программы, коллективом авторов были подготовлены настоящие «Клинические рекомендации». В них приводятся современные взгляды на роль питания в профилактике и лечении наиболее распространенных заболеваний детей первого года жизни.

Цена без учета доставки: 325 руб. Наложным платежом: 423 руб. По предоплате: 390 руб.

Полную информацию о книгах Вы можете найти на сайтах: www.spr-journal.ru www.pediatr-russia.ru

Для приобретения книг необходимо:

- Заполнить бланк заказа
 - Отправить заполненный бланк заказа удобным для Вас способом:
 - по факсу: (499) 132-72-04
 - по электронной почте: sales@nczd.ru
 - по почте: 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2/62, издательство Союза педиатров России
- Также можно сделать заказ по телефону: (499) 132-72-04

Бланк заказа

Убедительная просьба заполнять бланк заказа печатными буквами.

Плательщик:	<input type="checkbox"/>	юридическое лицо	<input type="checkbox"/>	физическое лицо	<input type="checkbox"/>			
Выберите способ оплаты:	<input type="checkbox"/>	наложенный платеж	<input type="checkbox"/>	предоплата	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	наличными (курьером по Москве)	<input type="checkbox"/>
ФИО/Полное название организации _____								
ФИО и должность руководителя для оформления договора (заполняется юр. лицами) _____								
ИНН/КПП (заполняется юр. лицами) _____								
Почтовый адрес для доставки с индексом _____								
Телефон с кодом города _____ факс _____								
Адрес электронной почты _____								
Заказ (наименование книг и количество): _____								

Полную информацию о книгах Вы можете найти на сайте: www.spr-journal.ru www.pediatr-russia.ru

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Производственно-практическое издание

Организация профилактической и лечебной работы в домах ребенка

Выпускающий редактор	У.Г. Пугачева
Верстка	Е.А. Труханова
Корректор	М.Н. Шошина

Подписано в печать 07.03.2012.
Формат 84x108/32. Усл. печ. л. 4,2.
Тираж 500 экз. Заказ 120074.

Издательство «Педиатр»
119991, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 2/62.
Тел./факс: (499) 132-72-04.

Отпечатано ООО «М-Студио»
119146, Москва, 2-я Фрунзенская ул., д. 8, стр. 1.
Тел.: (495) 660-83-60.