

6. ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ГОДА ДО 3 ЛЕТ

6.1. Нарушения пищевого поведения и их коррекция

Аппетит (от лат. *appetitus* — стремление, желание) — это эмоциональное побуждение к приему пищи с заранее предвкушаемым удовольствием от предстоящей еды. Еда с аппетитом, с удовольствием улучшает переваривание и усвоение пищи.

Рационально организованное кормление ребенка способствует нормальному становлению его аппетита, развитию вкусовых ощущений, активной заинтересованности в еде. Формирование пищевого поведения, изменения пищевого рациона, происходящие на каждом возрастном этапе, а также их патологическое искажение во многом зависят от внешних условий среды, в том числе воспитания.

Следует помнить, что закладываемые в раннем возрасте пищевые привычки, предпочтения, и стиль пищевого поведения с высокой долей вероятности сохраняются в более старшем и взрослом возрасте.

Если состояние здоровья ребенка на втором и третьем году жизни в целом удовлетворительное, и мать довольна его аппетитом, вопросы питания редко становятся причиной обращения к врачу. В этом случае формирование пищевого поведения ребенка происходит стихийно и определяется принятыми семейными традициями и установками матери к приему пищи.

Решающая роль в формировании аппетита принадлежит центральной нервной системе. Раздражителями являются вид, запах, вкус, температура пищи, способ приготовления, время и место приема пищи. Отношение к этим факторам вырабатывается у ребенка с раннего детства на основе традиций питания в семье. На втором году жизни дети охотно имитируют поведение за столом родителей и других родственников. Существуют как позитивные традиции «пищевого стереотипа» конкретной семьи, такие как культура поведения за столом, разнообразное и полноценное (но не избыточное) питание, привычка принимать пищу в определенные часы, так и негативные — обильное и беспорядочное питание, склонность к высококалорийной и вредной пище, пристрастие к сладкому, которые передаются ребенку.

Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста появляются в силу дискоординации физиологических и психологических процессов в организме, с помощью которых возникает и утоляется чувство голода и наступает ощущение насыщения. Трудно накормить детей эмоциональных, впечатлительных, которых любое незначительное событие способно отвлечь от еды.

Помимо этого аппетит и пищевые предпочтения определяются и состоянием ЖКТ. При некоторых болезнях ЖКТ избирательность в еде и отказ от продуктов и блюд связано с произвольным стремлением ребенка предохранить себя от неприятных болевых ощущений.

Возникшие нарушения пищевого поведения могут быть либо сглажены, либо многократно усилены отношением родителей к процессу кормления ребенка. Так, высокий уровень тревожности и эмоционального напряжения матери, излишняя фиксация на теме питания негативным образом влияют на пищевое поведение ребенка, закрепляя патологические привычки.

Родителям ребенка с «проблемным» аппетитом особенно важно придерживаться следующих рекомендаций:

- избегать перекусов: в случае необходимости ребенка можно перевести на дробный режим питания, который должен строго соблюдаться в течение дня;

- учитывать особенности нервной системы ребенка: необходимо заранее, до начала еды, дать возможность ему успокоиться, перейти к менее подвижным и эмоциональным занятиям, обеспечить спокойную обстановку во время приема пищи;
- соблюдать ритуалы при подготовке к приему пищи: например, полезна совместная сервировка стола с использованием красивых салфеток, яркой детской посуды, интересно оформленных блюд;
- соразмерять количество предлагаемой пищи с возрастом ребенка и его аппетитом;
- не поощрять ребенка лакомствами, в противном случае они обретут в его глазах большую значимость, чем основные продукты питания;
- не превращать пищу (или лишение определенных лакомств) в средство наказания;
- следить за вкусовым разнообразием пищи;
- при необходимости обеспечить адекватную замену продуктам и блюдам, от которых отказывается ребенок: в ситуации, когда ребенок не воспринимает тот или иной продукт, рекомендуется на время исключить его из питания, а затем предложить вновь. Иногда новое блюдо предлагают не менее 10–15 раз, пока малыш его не «распробует»;
- не акцентировать чрезмерно внимание на процессе питания ребенка и проблеме избирательного аппетита, не обсуждать при нем эти темы.

Если вкусовые пристрастия ребенка четко определились, нет оснований категорически настаивать на продукте, от которого он упорно отказывается. В этом случае необходимо отвергаемый продукт заменить на другой, близкий по пищевой ценности, и желательнее из той же пищевой группы (один вид мяса — на другой, один молочный продукт — на другой и т.д.). Например, 100 г говядины могут восполнить отсутствие такого же количества куриного мяса, 120 г трески, 130 г 18% творога. Альтернативой кефиру может стать йогурт, биолакт, сыр или творог. Яйцо по белковому компоненту заменяет 70 г детского творога или 35 г творога 18% жирности, 30 г говядины или трески, стакан молока. В случае негативного отношения к творогу следует увеличить в рационе количество мяса или рыбы.

У детей с нарушенным аппетитом необходимо учитывать их индивидуальные потребности и возможности широких колебаний аппетита.

Значительные отклонения в процессе питания ребенка с избирательным аппетитом влекут за собой нежелательные физические (биологические) и социальные (психологические) последствия. Дефицит пищевых веществ — как макро-, так и микроустройств, может привести к снижению массо-ростовых показателей, эмоционального и мышечного тонуса, а также когнитивных функций.

Своевременное выявление первых искажений пищевого поведения позволит оказать комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие на психическое здоровье детей раннего возраста, сохранить их физическую полноценность, функциональные резервы и защитные силы.

Объективные выводы о недостаточности питания могут быть сделаны врачом-педиатром только после анализа рациона (дневника фактического питания) ребенка, собранного в течение нескольких дней, а также оценки его соматического и нутритивного статуса. В беседах

с матерью или родственниками ребенка педиатр должен обязательно освещать вопросы рационального питания малыша, динамики его физического и психомоторного развития, правил соблюдения режима дня и питания, а также негативного влияния патологических пищевых привычек родителей. В ряде случаев по рекомендации врача для коррекции рациона возможно использование специализированных изокалорических, а в некоторых ситуациях гиперкалорических лечебных продуктов (приложение 5, табл. 6).

Общими направлениями психолого-педагогической помощи семье ребенка с нарушениями пищевого поведения являются:

- расширение представлений матери о психологических возрастных особенностях ребенка;
- беседы о негативном влиянии повышенного внимания к процессу кормления, недопустимости выражения негативных эмоций по поводу пищевого поведения ребенка и уважении его пищевых предпочтений, о создании комфортной и эмоционально приятной обстановки во время кормления;
- психотерапевтическая помощь матери с целью повышения ее самооценки.

Психолого-педагогический процесс может осуществляться в следующих организационных формах: персональное и интерактивное консультирование семьи, наблюдение, демонстрация, практическое обучение родителей педагогическим технологиям, просветительские лекции, беседы, психотерапевтические техники, тренинги, а также индивидуальные занятия с ребенком в присутствии родственников, организация совместной игровой, продуктивной и творческой деятельности.

6.2. Профилактика и диетотерапия избыточной массы тела и ожирения

Ожирение относится к числу самых распространенных хронических заболеваний в мире и достигает масштабов неинфекционной эпидемии. По данным Всемирной организации здравоохранения, на начало 2000-х гг. избыточная масса тела или ожирение зарегистрированы у 1,7 млрд человек, т.е. приблизительно у 30% жителей планеты. К 2010 г. более 40 млн детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес, из них 30 млн — в развивающихся странах [WHO, 2009].

Практически во всем мире количество детей, больных ожирением, удваивается каждые три десятилетия независимо от уровня экономического развития стран.

Параллельно с процессом роста числа детей с ожирением повышается частота метаболического синдрома и отдельных его компонентов (артериальная гипертензия, дислипидемия, инсулинорезистентность, диабет 2-го типа, сосудистые нарушения). На каждую единицу увеличения ИМТ у детей с ожирением возрастает риск развития метаболического синдрома. По некоторым данным, у детей с ожирением в возрасте 2–3 лет уже имеются признаки хронического воспаления жировой ткани и повышен риск развития раннего атеросклероза.

Рост заболеваемости ожирением в настоящее время, безусловно, связан с объективными причинами. Изменился характер физических нагрузок и характер питания как взрослых, так и детей.

В рационе современного человека стало меньше пищевых продуктов в их натуральном виде, а больше кулинарно-обработанных, требующих для приготовления значительного количества масел. Свой негативный вклад

в развитие заболевания вносят популяризация «быстрой еды» (фастфуд), высококалорийных напитков, практика проведения детских праздников в ресторанах быстрого питания и компьютеризация досуга.

Несмотря на утверждение, что основной причиной ожирения является дисбаланс между расходом и потреблением энергии, в последние годы появилось много новых интересных данных, свидетельствующих о ранних истоках ожирения, которые закладываются, возможно, в период внутриутробного развития, грудного и раннего возраста. В частности, появился ряд исследований, связывающих характер питания в период беременности с увеличением риска развития ожирения у потомства. Причем в этом вопросе важную роль играет как избыточное, так и недостаточное питание.

Первые 24 месяца жизни ребенка, так же как и внутриутробный период, являются «критическим окном» для развития избыточной массы тела или ожирения. Характер питания после рождения может снизить риск реализации заложенных внутриутробно проблем или, наоборот, увеличить их.

Питание детей после 1 года жизни в значительной степени контролируется педиатрами, и в основном обусловлено характером питания в семье. В то же время для детей раннего возраста рацион питания и двигательная активность остаются чрезвычайно важными факторами, определяющими их дальнейшее развитие.

Накапливаются доказательства, подтверждающие гипотезу о негативном влиянии повышенного содержания белка в рационах питания детей грудного возраста, что приводит к увеличению продукции инсулина и инсулинового фактора роста-1, обладающих адипогенным действием и увеличивающих риск развития ожирения. По данным С. Норре и соавт. (2004), таким действием обладает только молочный белок, что подтверждает актуальность рекомендации по снижению квоты неадаптированных молочных продуктов с их частичной заменой на специализированные продукты в рационе детей старше года.

Таким образом, согласно современным научным данным, избыточная масса тела и ожирение у детей могут быть связаны с характером питания матери во время беременности, состоянием ее здоровья (наличием у самой матери ожирения/избыточного веса, диабета), избыточной скоростью роста детей грудного возраста и повышенным уровнем потребления белка.

Основу терапии избыточной массы тела и ожирения составляет комплекс мероприятий, включающих коррекцию пищевого поведения, диетотерапию и адекватную физическую нагрузку. Необходимым элементом успешного лечения является мотивационное обучение с привлечением родителей и членов семьи.

В питании детей второго-третьего года жизни с избыточной массой тела и ожирением не используются ограничительные, в том числе гипокалорийные, диеты или разгрузочные дни. Основное внимание уделяется организации рационального питания.

В рационе питания детей с избыточной массой тела следует включать каши из цельнозерновых круп, а также овощи и фрукты с низким содержанием сахаров, богатые пищевыми волокнами. Предпочтение отдается огурцам, капусте (белокочанная, цветная, брокколи, брюссельская, кольраби), кабачкам, помидорам, тыква, репе, спарже, листовой зелени, несладким фруктам и ягодам. Количество картофеля, содержащего большой процент крахмала, следует ограничивать до 1/3–1/4 общего объема овощного блюда. Целесообразно использовать хлеб с добавлением цельных зерен.

Важно заменить привычно используемые сладкие напитки (соки, компоты, кисели) на детскую воду, дегазированные столовые минеральные воды, травяные чаи.

Для снижения аппетита из рациона исключают продукты с выраженным сокогонным эффектом (бульоны и обжаренные блюда, содержащие экстрактивные вещества, вкусовые приправы; кислые и соленые продукты и др.).

Профилактика ожирения у детей старше 1 года жизни

- формирование правильных пищевых предпочтений и привычек: сбалансировать рацион с точки зрения оптимального соотношения белков, углеводов и жиров;
- контроль массо-ростовых показателей;
- следует избегать практики принудительного кормления;
- не использовать «вкусные» продукты в качестве награды;
- исключить питание ребенка в предприятиях фаст-фуда;
- ограничить просмотр телевизионных программ, рекламирующих высококалорийные продукты;
- не использовать в качестве перекусов сладкие (в том числе соки) и высококалорийные продукты;
- обеспечить достаточную двигательную активность.

6.3. Организация питания детей со склонностью к запорам

Серьезной проблемой детского возраста являются запоры, которыми страдают от 10 до 25% детского населения.

У детей раннего возраста чаще всего имеют место функциональные запоры, обусловленные различными погрешностями в питании: изменением качества и/или количества пищи, режима питания, недостаточным приемом жидкости (алиментарные запоры), а также нарушением перво-рефлекторной регуляции (дискинетические, гиподинамические, медикаментозные, водно-электролитные запоры). Задержка стула может наблюдаться также при органических поражениях кишечника и воспалительных заболеваниях, что требует специального лечения.

При функциональных запорах назначается *диета*, цель которой — восстановление моторно-эвакуаторной функции толстой кишки. Ограничивают тугоплавкие животные жиры, крепкие бульоны, пряности, овощи с высоким содержанием эфирных масел (лук, чеснок), продукты и блюда, которые усиливают процессы брожения и гниения в кишечнике и способствуют развитию метеоризма (бобовые, репу, редис, сырую белокочанную капусту, орехи), жилистое мясо, вязкие блюда, замедляющие прохождение пищевого комка по кишечнику (кисели, протертые каши, слизистые супы); сладкие газированные напитки, вызывающие рефлекторный спазм кишечника, а также продукты, бедные пищевыми волокнами — манную и рисовую крупы, макаронные и кондитерские изделия (сухари, сунтики, печенье), сладости, осветленные фруктовые и овощные соки и пр.

В рационе широко используют продукты и блюда, богатые растительными волокнами — овощи и фрукты (кроме ранее перечисленных) преимущественно в сыром виде, салаты из свежих овощей с зеленью и растительным маслом, отварную свеклу с растительным маслом, соки с мякотью, сухофрукты (чернослив, курага, инжир), хлеб из муки грубого помола или с отрубями, подсушенный. Целесообразно использовать детские продукты, обогащенные пребиотическими волокнами.

В кулинарной обработке предпочтение отдается измельченной, а не протертой пище. Температура блюд колеблется от 20 до 60°C. Напошак рекомендуются слабогазированные минеральные воды.

Важно следить за питьевым режимом малыша, предлагать воду между приемами пищи.

Пример рациона представлен в Приложении 2.

6.4. Вегетарианство

На сегодняшний день все больше последователей находят альтернативные системы питания, среди которых наиболее распространено вегетарианство.

Вегетарианство (от лат. *vegetarius* — растительный) — это система питания, подразумевающая исключение (или ограничение) в рационе продуктов животного происхождения. Белок мясных продуктов в рационах вегетарианцев заменяется белком растительного происхождения (в первую очередь речь идет о бобовых).

В вегетарианстве выделяют несколько направлений. Строгое (или истинное) вегетарианство предполагает питание только растительной пищей с полным исключением всех животных продуктов — молочных, мяса, птицы, яиц, рыбы. Наиболее жесткие вегетарианцы — веганы — употребляют в пищу только сырые растительные продукты, исключая из рациона любые продукты животного происхождения — отказываясь даже от меда как результата жизнедеятельности пчел. Рацион строгого вегетарианца состоит из злаков, бобовых, орехов, овощей, фруктов, ягод, зелени.

В вегетарианстве существуют и менее строгие направления — лактовегетарианство (используют молочные продукты) и оволактовегетарианство (употребляют молочные продукты и яйца).

Причины обращения к вегетарианству различны: религиозные, философские убеждения, стремление следовать тенденциям здорового питания, учитывая предположение о способности вегетарианского рациона противостоять болезням цивилизации (атеросклерозу, гипертонической болезни, ожирению и др.). Как правило, вегетарианство — не просто система питания, а жизненная философия.

Чаще всего стереотип питания в семье — главная причина для подражания, и в семье вегетарианцев вряд ли появится мясоед. Следует помнить, что негативное отношение к мясным продуктам может привести к анемии и патологическим изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта.

К неблагоприятным последствиям приводит не употребление, а злоупотребление продуктами животного происхождения. Некоторое ограничение продуктов животного происхождения может быть полезным для людей зрелого и пожилого возраста. Но полное их исключение из рациона питания не оправданно, особенно у детей раннего возраста. Продукты животного происхождения — источник основных факторов роста (высококачественного белка, цинка, витаминов группы В и др.) и холестерина — главной составляющей всех клеточных мембран, необходимого также для синтеза стероидных гормонов (в том числе половых). Именно из мяса легче всего усваивается железо, дефицит которого чаще всего встречается у детей раннего возраста.

Исследования, посвященные изучению состояния здоровья вегетарианцев, выявили проблемы с обеспеченностью витамином В₁₂ (источником которого служат исключительно продукты животного происхождения), витамином В₁, а также цинком и железом, биодоступность которых из продуктов растительного происхождения крайне низка. Среди вегетарианцев закономерно выше частота анемии (как за счет недостатка железа, так и витамина В₁₂), а у детей, кроме того, — рахита и задержки роста. Риск развития этих состояний частично устраняется у лакто- и особенно оволактовегетарианцев.

Специалисты не рекомендуют придерживаться вегетарианства детям, беременным и кормящим женщинам, а также в случае определенных проблем со здоровьем. Однако доводы врачей, как правило, семьями вегетарианцев не воспринимаются, и задача специалиста оказать грамотную квалифицированную помощь в составлении рациона питания, соблюдая разумность и достаточность. Вегетарианский рацион для ребенка обязательно должен содержать достаточное количество белка и дополняться приемом витаминно-минеральных комплексов или отдельных витаминных и минеральных добавок с учетом возраста и особенностей фактического питания.

Не следует забывать и об альтернативе молочным продуктам — смесях на основе изолята соевого белка, в которые дополнительно вводятся аминокислоты метионин и триптофан, что позволяет повысить их биологическую ценность до уровня молочных белков (казеина). Подобные смеси целесообразно использовать у детей, особенно у младенцев раннего возраста.

6.5. Диетопрофилактика дефицитных состояний у детей в возрасте от 1 года до 3 лет

6.5.1. Профилактика железодефицитных состояний

Железодефицитные состояния у детей являются одной из самых частых патологий. Дети первых двух лет жизни входят в группу высокого риска по развитию дефицита железа вследствие своих физиологических особенностей и высокой потребности в данном элементе. Существующий длительный дефицит железа приводит к нарушению процессов образования гемоглобина и апемии. В России, по данным различных источников, желе-

Табл. 16. Содержание железа в продуктах животного происхождения²

Продукты	Суммарное содержание железа, мг/100 г
Язык говяжий	4,1
Мясо кролика	3,3
Мясо индейки	1,4
Мясо курицы	1,6
Говядина	2,7
Конина	3,1

зодефицитная анемия регистрируется у 6–40% детского населения (Румянцев А.Г и соавт., 2015 г.).

Количество железа, поступающее в течение суток с пищей, составляет около 10–12 мг, при этом лишь 1/10 его часть (1–1,2 мг) абсорбируется в тонкой кишке здорового человека.

Источником легкоусвояемого гемового железа являются гемоглобин и миоглобин в составе продуктов животного происхождения (мясо животных и птицы). Гемовое железо всасывается на 25% (табл. 16).

Из печени железо усваивается значительно хуже, поскольку представлено ферритином и гемосидерином. В продуктах растительного происхождения (овощи, фрукты, злаки), а также в молоке и рыбе железо содержится в негемовой форме (табл. 17).

Биодоступность негемового железа низкая и зависит от ингибиторов и стимуляторов абсорбции железа в кишечнике, содержащихся в продуктах питания (табл. 18). Известно, что присутствующий в час танин способен снижать всасывание железа на 62%.

Уменьшению содержания ингибиторов всасывания железа из продуктов растительного происхождения спо-

Табл. 17. Содержание железа в растительных продуктах (мг/100 г)³

Продукты	Содержание железа	Продукты	Содержание железа
Морская капуста	16	Зелень петрушка /укроп	1,9/1,6
Шиповник свежий	1,3	Капуста белокочанная	0,6
Гречка ядрица	6,7	Капуста цветная	1,4
Геркулес	3,6	Капуста брюссельская	1,3
Толокно	3,0	Свекла	1,4
Пшено крупа	2,7	Курага	3,2
Кукуруза крупа	2,7	Инжир свежий	3,2
Орехи грецкие, миндаль	2,3–4,2	Чернослив	3,0
Хлеб бородинский	3,9	Хурма	2,5
Хлеб формовой	3,9	Груша свежая	2,3
Хлеб рижский	3,1	Яблоко свежее	2,2
Хлеб пшеничный	1,2	Алыча	1,9
Чечевица, зерно	11,8	Облепиха	1,4
Соя, зерно	9,7	Смородина черная	1,3
Горох, зерно	6,8	Земляника	1,2
Шпинат	3,5	Малина	1,2
Щавель	2,0	Гранат	1,2

² Скурихин И.М., Тутельян В.А. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания. Издательство: ДеЛи принт. 2008.

³ Там же.

Табл. 18. Факторы, влияющие на всасывание негемового железа в кишечнике

Активаторы всасывания	Ингибиторы всасывания
Аскорбиновая кислота	Соевый протеин
Мясо (белок)	Фитаты
Мясо птицы (белок)	Кальций
Рыба (белок)	Пищевые волокна (образуется соединение инозитола с фосфатами, снижающее абсорбцию железа)
Молочная кислота	Полифенолы, содержащиеся в бобах, орехах, чае, кофе и некоторых овощах

Табл. 19. Содержание витамина D в некоторых продуктах

Продукт	Содержание вит. D, мкг (МЕ)/100 г	Удовлетворение суточной потребности за счет 100 г продукта, %
Грудное молоко	0,06–0,18 (2,5–7,5)	0,6–1,8
Коровье молоко	0,1 (4)	1
Яичный желток	0,5 (20) / желток	5
Лосось свежий	5–12,5 (200–500)	50–120
Печень говяжья	1,2 (48)	12
Детские молочные смеси (третьи формулы)	1,1–1,7 (44–68)	11–17

сопутствует кулинарная обработка пищи (измельчение и нагревание).

Для более полного удовлетворения потребности ребенка в железе необходимо рациональное питание с обязательным присутствием достаточного количества мяса и птицы, содержащих гемовое железо, а также комбинации различных продуктов питания с учетом наличия в них ингибиторов или активаторов кишечной ферроабсорбции.

Дополнительным источником железа для детей второго-третьего года жизни являются специализированные молочные смеси (третьи и четвертые формулы). Расчеты показали, что потребление 300 мл третьей формулы в день удовлетворяет суточную потребность в железе на 29,4%.

6.5.2. Профилактика недостаточности витамина D

В течение последних 20 лет активно проводятся исследования по изучению витамина D и его положительных эффектов для здоровья человека. Классическая роль витамина D заключается в обеспечении кальциевого гомеостаза и костного метаболизма. Кроме того, его дефицит повышает риск развития некоторых серьезных заболеваний — онкологических, сахарного диабета, артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, аутоиммунных и воспалительных заболеваний, дисфункции иммунной системы.

Исследования, проведенные в Европе и США, показали, что недостаточность витамина D отмечается у 30–50%

населения. Проведенное в 2013–2014 гг. многоцентровое исследование по оценке обеспеченности детского населения младшей возрастной группы витамином D в Российской Федерации выявило низкую обеспеченность витамином D детей в возрасте 1–3 лет: недостаточность витамина D отмечалась у 26,2% детей 2-го и 24,7% детей 3-го года жизни, а его дефицит — у 28,7 и 13,2%, соответственно.

В условиях оптимальной инсоляции более 90% потребности в витамине D человек удовлетворяет за счет эндогенного синтеза в коже (в результате адекватного воздействия солнечного света); остальное количество должно компенсироваться за счет продуктов питания. Однако продукты, естественно богатые витамином D (рыба, яичный желток и др.), а также детские молочные смеси в рационах детей с 1 года до 3 лет используются недостаточно (табл. 19).

Молоко — важный и привычный ежедневный продукт питания для каждого ребенка, однако в России отсутствует регламентированное обогащение коровьего молока витамином D. Это дополнительный довод для использования детских молочных смесей (третьи формулы), которые содержат 1,1–1,7 мкг (44–68 МЕ) витамина D. Расчеты показали, что потребление 300 мл «третьей формулы» в день удовлетворяет суточную потребность в витамине D₃ на 33%.

Комплексное использование натуральных и обогащенных продуктов питания, поливитаминных комплексов, содержащих витамин D, или препаратов витамина D, а также достаточная инсоляция помогут поддержать его концентрацию в сыворотке крови на оптимальном уровне.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Примерное трехдневное меню для здоровых детей

Привв пищи	Меню	Объем
Для детей 12–18 месяцев жизни		
1-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	180 мл 30 г 100 мл
Обед	Суп-пюре овощной Мясное суфле Детская вермишель Компот	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Творог Фруктовое пюре	120 мл 50 г 100 г
Ужин	Овощное рагу Куриная котлета паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
2-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Сок	180 мл 30 мл 100 мл
Обед	Суп картофельный с цветной капустой Мясные тефтели Рис отварной Морс ягодный	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	180 мл 20 г 100 г
Ужин	Картофельное пюре Котлета из индейки паровая Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
3-й день*		
Завтрак	Омлет Хлеб пшеничный/масло сливочное Какао на молоке	80 г 30/5 г 120 мл
Обед	Суп рисовый с морковью Рыбное суфле Овощное рагу Кисель	120 мл 50 г 80 г 100 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье детское Фруктовое пюре	120 мл 15 г 100 г
Ужин	Гречка-продел отварная с маслом Мясная котлета паровая Огурец свежий с растительным маслом Компот	120 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь или грудное молоко	200 мл
Для детей 18–36 месяцев жизни		
1-й день*		
Завтрак	Каша молочная Фрукты Фруктовый чай	200 мл 40 г 100 мл
Обед	Салат овощной с зеленью и растительным маслом Суп овощной Мясное суфле Картофель отварной со сливочным маслом Компот	50 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Крекеры Фрукты	200 мл 20 г 100 г

Прием пищи	Меню	Объем
Ужин	Овощное рагу с рисом Куриная котлета Травяной чай	150 г 70 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
2-й день*		
Завтрак	Запеканка творожная Фрукты Кисель	100 г 70 г 120 мл
Обед	Морковь тертая со сметаной Борщ вегетарианский Мясные тефтели Рис отварной со сливочным маслом Сок	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Печенье Фрукты	200 мл 20 г 100 г
Ужин	Вермишель Куриная котлета Салат с помидором и растительным маслом Травяной чай	150 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл
3-й день*		
Завтрак	Омлет с сыром Хлеб пшеничный/масло сливочное Фрукты Какао на молоке	100 г 30/5 г 100 г 100 мл
Обед	Помидоры с растительным маслом Суп рисовый с морковью Отварная рыба Овощное рагу Морс	40 г 120 мл 60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток Пирог с яблоком Фрукты	200 мл 50 г 100 г
Ужин	Гречка отварная с маслом Мясная котлета Огурец свежий с растительным маслом Фруктовый чай	120 г 70 г 30 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь	200 мл

* — хлеб пшеничный 60 г, хлеб ржаной — 30 г в сутки.

Приложение 2

Примерное меню для детей 1-3 лет со склонностью к запорам

Прием пищи	Меню*	Объем
Завтрак	Каша молочная овсяная Яблоко Компот из кураги	180–200 мл 30–50 г 100–140 мл
Обед	Салат овощной с зеленью и растительным маслом Суп овощной с брокколи Мясная котлета Гречка отварная Компот из сухофруктов	-/40 г 120 мл 50–60 г 80 г 80 мл
Полдник	Кисломолочный напиток** Фрукты (сливы)	180–200 мл 100 г
Ужин	Овощное рагу Куриное суфле Отварная свекла/Винегрет Травяной чай	100 г 70 г 50/80 г 100 мл
Перед сном	Детская молочная смесь**	200 мл

* — хлеб цельнозерновой или с отрубями 90 г в сутки, ** — рекомендуется использовать специализированные продукты, содержащие пищевые волокна/пребиотики.

Приложение 3

Приблизительный размер порций для детей второго и третьего года жизни

Группа продуктов	Продукт	1 порция	Вес, г
Хлеб, каша, макаронные изделия, картофель	Хлеб • ржаной • пшеничный	1/2 ломтика 1 ломтик	20 20
	Булочки	1 (небольшая)	30–60
	Крекер	3–4 шт.	10
	Блины	1 шт.	50
	Оладьи	2 шт.	50
	Картофельное пюре	3–4 ст. ложки	120
	Вареный /печеный картофель	1/2 средней картофелины	80
	Макароны (готовые)	-	100
	Каша рассыпчатая: рис, греча (гарнир)	3–4 ст. ложки	90
	Каша вязкая	-	150
Фрукты	Яблоко	1/2 среднего размера	40–50
	Груша	1/2 среднего размера	40–50
	Мандарин	1 шт.	40–50
	Апельсин	1/2 шт.	40–50
	Бананы	1/2 шт.	40–50
	Курага	3–4 шт.	40
	Изюм	6–10 шт.	10–15
	Фруктовый салат	1/2 чашки	100
	Фруктовое пюре	1/2 чашки	100
	Ягоды, в т.ч. виноград	3–5 шт.	40–50
	Киви	1 шт.	60
	Абрикос, слива	1 шт.	40
	Персик — нектарин	1/2 шт.	50
Овощи	Свекла	2 ст. ложки	50
	Брокколи/цветная капуста	3–4 соцветия	50
	Брюссельская капуста	2–3 качана	50
	Капуста белокочанная	1/2 чашки	50
	Морковь	1/2 (средней)	50
	Огурец/сладкий перец	1/2 шт.	50
	Овощной салат	1/2 чашки	50
	Помидор	1/2 шт.	50
	Овощное рагу	1/2 чашки	50
	Овощной суп	-	90–120
Молочные продукты	Творог (через день)	-	70–80
	Сырники	1 шт.	50–70
	Йогурт (густой)	-	125
	Кисломолочный напиток	-	150–180
	Молочная смесь	-	200–220
	Сыр (не острый)	1 ломтик 1 ч. ложку тертого	20 10
Мясо, рыба, яйца	Омлет из 1 яйца	-	60
	Яйцо вареное	-	40
	Котлеты (куриные/мясные)	1 небольшая котлета	60–80
	Мясное пюре	-	60–80
	Мясо отварное/тушеное	1/2–1 ломтик	30–40
	Курица/индейка/кролик	1–2 ломтика	40–60
	Рыба	-	30–50
Сладкие блюда	Джем*	1 ч. ложка	6–10
	Сладкое печенье**	1–2 шт.	10
	Кекс**	1/2–1 шт.	20–25
	Фруктовый пирог (шарлотка, штрудель)*	1/2–1 ломтик	20–25
	Баранки, сушки	1 шт.	10
	Пастила, зефир	1/2–1 шт.	10
	Добавленный сахар*	1 ч. ложка на порцию	5

* — продукты должны ограничиваться по частоте использования — не чаще 1 раза в день;

** — продукты должны ограничиваться — не чаще 1 раза в неделю.

Приложение 4

Как накормить малоежку. Советы родителям

Что делать	Причины
Есть вместе с ребенком при каждой возможности	Ребенок учится копировать поведение своих родителей и других детей
Придерживаться ежедневного режима приема пищи: 3 раза основной прием и 2–3 дополнительных в течение дня в соответствии с режимом сна	Ребенок не захочет принимать пищу, если он слишком голодный или устал
Предлагайте малышу 2 варианта блюд: вначале привлекательное основное блюдо, за которым следует любимый продукт	Это делает прием пищи более интересным и разнообразным, обеспечивая ребенка необходимым количеством калорий и полезных веществ
Хвалите ребенка, если он поел хорошо, но соблюдайте меру: слишком хвалить за факт приема пищи не стоит. Лучше похвалите его за какое-то другое позитивное действие	Детям нравится, когда их хвалят
Давайте положительные отзывы о еде	Родители и няня являются значимой ролевой моделью для ребенка. Если вы похвалили пищу, ребенок скорее будет расположен попробовать ее
Давайте ребенку маленькие порции. Если ребенок съел все, похвалите его и предложите еще	Ребенок может быть обескуражен слишком большой порцией и потерять аппетит
Чаще предлагайте ребенку пищу, которую он может есть самостоятельно	Дети очень любят сами контролировать процесс приема пищи
Кормите ребенка в тихой и спокойной обстановке, уберите игрушки, которые могут отвлечь внимание ребенка, выключите телевизор	Одновременно ребенок способен концентрироваться только на каком-нибудь одном явлении или процессе. Различные отвлекающие факторы не дадут малышу сосредоточиться на еде
Кормите ребенка не более 20–30 минут, после этого закончите кормление и не давайте ребенку пищи до следующего планового ее приема	Слишком длительное кормление может привести к еще большему снижению аппетита. Лучше подождать следующего приема пищи или перекуса и предложить ребенку новую порцию
Учитесь распознавать сигналы и признаки того, что ребенок сыт: уберите еду, которую он не съел без негативных комментариев	Ребенок показывает, что он сыт, если: <ul style="list-style-type: none"> • он говорит «Нет» • держит рот закрытым, если вы предлагаете ему еду • отворачивает свое лицо от предложенной еды • отталкивает ложку, чашку или тарелку с едой • держит пищу во рту и отказывается жевать ее • периодически выплевывает пищу • плачет, кричит или визжит • зажимает рот или пытается срыгнуть

35

Что не следует делать	Причины
Кормить в спешке	Многие дети едят медленно, и если их подгонять, это может испортить им аппетит
Заставлять ребенка съесть все, что лежит у него в тарелке, или настоятельно просить ребенка съесть еще, если он уже показал вам, что сыт	Дети должны есть в соответствии со своим аппетитом; родители должны уважать желание ребенка
Убрать пищу, от которой ребенок отказался, и предложить ему что-то более привлекательное в этой же тарелке	Дети будут использовать это в своих интересах, постоянно отказываясь от пищи. В долгосрочной перспективе лучше предлагать еду с общего стола и разрешать ребенку выбирать блюда. Но всегда пытайтесь предлагать ребенку блюдо, которое он скорее всего съест
Предлагать сладости в виде поощрения	Вы сделаете сладкие блюда более предпочтительными для малыша
Предлагать большое количество молока, фруктовых соков менее чем за 1 ч до еды	Большое количество выпитого калорийного напитка может испортить ребенку аппетит. Лучше предложить выпить немного воды
Предлагать перекус непосредственно перед основным приемом пищи	Перекус притупит чувство голода ребенка
Предполагать, что если ребенок отказался от какого-то блюда, он больше никогда не будет его есть	Лучше предложить данное блюдо через какое-то время, т.к. вкус ребенка постоянно меняется. Некоторым детям необходимо предлагать новое блюдо более 10 раз, прежде чем они согласятся попробовать его