

МЕТОДИЧНО УКАЗАНИЕ №
за работата на медицински специалисти относно храненето
на децата в кърмаческа възраст (0-12 месеца)

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

1. Настоящото методично указание има за цел да подпомогне дейностите на медицински специалисти - лекарите от лечебните заведения за първична и специализирана извънболнична и болнична помощ (педиатри, неонатолози, акушер-гинеколози, общо практикуващи лекари, специалисти по хранене и диететика), на акушерки, медицински сестри и фелдшери, свързани с опазване и укрепване на детското здраве чрез пълноценно и здравословно хранене на кърмачетата.

2. Тези дейности включват:

- Обучение и подготовка на бременната жена за хранене на детето в кърмаческа възраст.
- Обучение, наблюдение и подкрепа на жените в послеродовия период за инициране и поддържане на лактацията.
- Защита, насърчаване и подкрепа на кърменето на детето.
- Оценка на готовността на детето за захранване, ръководство и контрол на въвеждането на храни, допълващи кърмата/ млеката за кърмачета/.
- Оценка и контрол на храненето и хранителния статус на кърмачето в рамките на профилактичните прегледи.
- Осигуряване на специализирани консултации за хранене на кърмачето при заболявания, свързани с храненето.
- Оценка и контрол на храненето на кърмачето в условията на хоспитализация.

3. Препоръчва се болничните заведения, предоставящи грижи за бременни жени и техните новородени да имат програми, обучени специалисти и да работят за добро начало и подкрепа на кърменето, да предприемат действия за придобиване и поддържане статут на „Болница - приятел на бебето”, която създава оптимални условия за подкрепа на кърменето.

ДЕЙНОСТИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ПЪЛНОЦЕННО И ЗДРАВΟΣЛОВНО ХРАНЕНО НА ДЕЦАТА В КЪРМАЧЕСКА ВЪЗРАСТ

4. Медицинските специалисти, съгласно своята компетентност, извършват превантивна и лечебно-диагностична дейност, свързана с осигуряване на пълноценно и здравословно хранене на децата в кърмаческа възраст и при необходимост осъществяват консултации със специалисти, насочват за хоспитализация и за специализирани изследвания по реда на Наредбата за достъпа на здравноосигурените лица до лечебните заведения за извънболнична и болнична помощ.

5. Медицинските специалисти консултират и извършват подготовка на бременните жени за хранене на кърмачето, която включва:

а/ Подготовка за информиран избор на майката за вида на хранене на детето;

б/ Препоръчва „изключително кърмене” най-малко за 4 месеца (17 седмици), като промотира изключително или преобладаващо кърмене за около 6 месеца като желана цел;
в/ Запознава бременната жена с преимуществата на кърменето (Приложение № 1) и начина на кърмене;
г/ Запознава майката ако са налице противопоказания за кърмене (Приложение № 2)
д/ Запознава съпруга/ партньора на бременната жена с преимуществата на кърменето и препоръчва подкрепа за кърмене на детето.

6. В послеродовия период медицинските специалисти, съгласно нивото на тяхната компетентност, извършват преглед на майката, регулярно наблюдение и подкрепа за осъществяване кърмене на детето, които включват:

а/ преглед на млечните жлези и състоянието на мамилите, зърна и ареоли;
б/ подкрепа и контрол на техниката на кърменето;
в/ здравни съвети за пълноценно и здравословно хранене на кърмещата майка и за поддържане на лактацията (Приложение № 3).

7. При ежемесечните профилактични прегледи медицинският специалист оказва контрол върху храненето на детето, прави оценка на теглото и растежа на базата на антропометрични показатели (Приложение № 4, №5 и №6) и дава препоръки за хранене на децата в кърмаческа възраст в зависимост от индивидуалните им потребности, съгласно Физиологичните норми за хранене и здравното им състояние:

8. При кърмене медицинският специалист препоръчва:

а/ „изключително кърмене” най-малко за 4 месеца (17 седмици), като желаната цел е изключително или преобладаващо кърмене около 6 месеца (26 седмици);
б/ продължаващо кърмене до 1-2 годишна възраст;
в/ „кърмене при поискване”, т.е. детето само определя времето, интервалите и продължителността на хранене, но около 8-12 кърмения за 24 часа през първите 4-6 седмици и 6-8 пъти за 24 часа до 6 месеца (кърменето при поискване е задължителен елемент на изключителното кърмене за превенция на дехидратация на кърмачето);
г/ при временна невъзможност за кърмене по различни причини - изцеждане на млякото и продължаване на кърменето след този период;
д/ преминаване към частично кърмене/ хранене с млека за кърмачета само след като са изчерпани всички подходи за стимулиране на лактацията на майката при контрол на теглото на кърмачето.
е/ не препоръчва кърмене при противопоказания за кърмене (Приложение № 2);

9. При частично кърмене медицинският специалист препоръчва:

а/ допълване на кърменето с млека за кърмачета, като единствена алтернатива на кърмата до 1-годишна възраст;
б/ дохранване с млека за кърмачета след всяко кърмене, които да се предлагат с чашка, а не с биберон;
г/ хранене при поискване от детето, а при желание на майката за контролирано хранене препоръчва 6-8 приема за 24 часа

10. Хранене с млека за кърмачета медицинският специалист препоръчва:

а/ при наличие на контраиндикации за кърмене съгласно Приложение 2;
б/ медицински причини, които не позволяват изключително или частично кърмене;
в/ нежелание на майката да кърми, въпреки предоставените аргументи от лекаря за ползата от кърменето.

11. При хранене с млека за кърмачета медицинският специалист препоръчва:
а/ майките стриктно да спазват изискванията за приготвяне на млеката за кърмачета съгласно указанията на производителя и спазване на добрите хигиенни практики;
б/ хранене при поискване от детето, а при желание на майката за контролирано хранене препоръчва 6-8 приема за 24 часа.

12. Препоръките за прием на вода зависят от вида на храненето на кърмачето.
а/. При изключително кърмене при здрави деца не се препоръчва даването на вода и други течности. Течности се дават при медицински показания по преценка на лекаря.
б/ При частично кърмене и /или хранене с млека за кърмачета по преценка на лекаря може да бъде препоръчвано даването на вода. Водата да не се подсладва и да не се предлага чай.

13. Медицинският специалист оценява и контролира адекватния и достатъчен прием на кърма/ млека за кърмачета на базата на:
а/ наддаване на тегло съгласно стандартите за растежна СЗО (2006 г.), Приложение 4;
б/ шест или повече мокри пелени за 24 часа; когато се приемат и други течности този показател е адекватен за прием на течности;??
в/ за избягване на прехранване е препоръчително хранене при поискване и да не се насилва бебето да изпие предварително определената доза мляко, ако не желае.

14. Медицинският специалист препоръчва захранване на кърмачето с подходящи по състав и технология на приготвяне допълващи храни (Приложение № 7), като съобразява следните принципи:
а/ индивидуален подход при всяко кърмаче, който съобразява готовността на детето за захранване с твърди храни, включваща 3 основни характеристики: детето може да седи и да държи главата си изправена; може да координира очите, ръцете и устата си, така че когато види храна, да я вземе в ръце и да я сложи само в устата си; може да преглъща храна (бебетата, които не са готови рефлексорно изтласкват храната от устата си обратно навън с езика си);
б/ начало на захранването - при напълно здраво дете;
в/ време на захранване около 6-ти месец, но не по-рано 17-та седмица (навършени 4 месеца, начало на 5-ти месец)) и не по-късно от 26-а седмица от раждането (навършени 6 месеца, начало на 7-ми месец);
г/ при деца на изключително и частично кърмене- продължаване на кърменето през целия период на въвеждане на храни, допълващи кърмата за оптимален растеж и развитие на детето.

15. При въвеждане на захранващи храни да се съобразяват следните изисквания:
а/ при кърмени и частично кърмени деца първата захранваща храна да е добър източник на желязо за намаляване на риска от железен дефицит - обогатена с желязо каша на зърнена основа или месо, което е натурален източник на хемово желязо с висока бионаличност и на цинк (пуешко, пилешко, заешко, телешко и други постни червени меса); месото може да се въведе като месно-зеленчуково пюре след въвеждане първоначално на зеленчуково пюре. Първите захранващи храни се предлагат приготвени с кърма/ млека за кърмачета;
б/ при некърмени деца, хранени само с млека за кърмачета, първата захранваща храна може по избор да е зеленчуково пюре, като в този случай храни, богати на желязо трябва

да се въведат не по-късно от 7-ми месец, тъй като потребностите от желязо след 6-я месец значително се увеличават;

в/ въвеждане на всяка нова група от храняващите храни за 4-5 дни до седмица;

г/ започване с 2-3 чаени лъжички от новата храняваща храна преди, по средата или след кърмене или хранене с мляко за кърмачета като количеството на храняващите храни постепенно се увеличава до 120-130 грама; броят на храненията със храняващи храни при навършени 4-5 месеца са 1-2, при навършени 6-8 месеца се увеличават до 2-3, при 9-11-месечните деца са 3-4 хранения дневно. След 6-месечна възраст в зависимост от апетита на детето между основните хранения може да бъдат предложени 1-2 допълнителни закуски с храни за хранене с пръсти и въвеждане на разнообразни допълващи храни като се съобразяват препоръките в Приложение № 5;

д/ ако се предлага плодов сок, се препоръчва въвеждането му след навършване на 8 месечна възраст (но не по-рано от навършени 6 месеца) – в малки количества (30-50 мл), разреден с вода 50:50 към едно от основните хранения на детето, а не между тях, с цел намаляване на риска от зъбен кариес (до навършване на 12 месеца децата не се нуждаят от плодов сок, по-подходящо е даването на плодове първоначално под формата на пюре, а в по-късна възраст меките плодове могат да се предлагат нарязани на парченца за хранене с пръсти).

16. Потенциално алергенните храни се въвеждат своевременно (Приложение 6).

Извършва се наблюдение за странични реакции към въведените храни, особено при тези с алергенен потенциал;

17. Към храняващите храни се прилагат следните ограничения:

а/ към храняващите храни не се добавя сол и захар (да се предпочита коригиране на вкуса с плодово пюре);

б/ до навършване на 12 месечна възраст не се дава прясно и квасено мляко като основна напитка, тъй като е бедно на желязо и създава риск от железен дефицит, поради повисокото съдържание на белтък и минерали, което натоварва бъбреците на кърмачето; квасено пълномаслено мляко може да се включва като компонент на ястия след навършване на 7 месеца, а малки количества прясно пълномаслено мляко като компонент на супи и ястия от 10-месечна възраст;

в/до навършване на 12 месечна възраст не се дава пчелен мед поради риск от ботулизъм;

г/ до навършване на 12 месечна възраст не се дава риба акула/ риба тон/ риба меч и морски продукти (миди, скариди и др.) поради възможност за натрупване на живак в тях.

18. Кърмачетата и малките деца не трябва да бъдат подлагани на веганска диета, тъй като тя създава сериозен риск от хранителни дефицити и тежки нарушения на физическото и когнитивно развитие на детето, особено във връзка с дефицит на витамин В12. Ако родителите избират веганска диета за хранене на кърмачето, трябва да им бъдат предоставени специфичните изисквания за хранене и суплементиране на детето, детето трябва да бъде под регулярен медицински контрол

19. Кърмачетата и малките деца, които са на вегетарианска диета, трябва да получават достатъчно количество (около 500-600 мл) кърма или мляко за кърмачета и млечни продукти.

20. Медицинският специалист полага специални грижи и извършва контрол относно храненето на преждевременно родените деца (преди 37 гестационна седмица) и новородените с ниско тегло (по-малко от 2500g) като препоръчва и съдейства за:

а/ изключително кърмене при поискване на детето, не по-малко от 8 -10 кърмения за 24 часа през първите 4-6 седмици и най-малко 6-8 кърмения до 4 месеца коригирана възраст;

б/при деца на ентéralно хранене (родени преди навършване на 35 гестационна седмица или с незрели функции за сукане) като първи избор на хранене е кърма от майката, втори избор - кърма от донор, трети избор — млека за недоносени новородени с ниско тегло;

в/ при деца на ентéralно хранене създаване на условия за поддържане на лактацията на майката и осигуряване на достатъчно кърма чрез подходящи техники за изцеждане, спазване на добри хигиенни практики при изцеждане и съхранение на кърмата;

г/ при деца на ентéralно хранене да се осурява прием на 180-200 ml/kg тегло/24 часа кърма или специални млека за родени с ниско тегло деца, които удовлетворяват повишените енергийни потребности от средно 110-135 kcal/kg/24 часа и по-високите белтъчни потребности от 3.5-4 g/ден;

д/ в болнични условия при хранене на недоносени деца, родени преди 32 гестационна седмица и при деца с тегло по-малко от 1500 g да се добавят обогатители на кърма, при недоносени деца с тегло над 1500 g да се добавят обогатители на кърма, когато е необходимо, под контрол на неонатолог или педиатър;

е/ при кърмачета, хранени с млека за недоносени, преминаване към хранене с млека за доносени кърмачета да става при тегло над 3 kg и при достигане на 3 месеца коригирана възраст.

е/ да се спазва приблизителен брой на хранения при частично кърмене и хранене с млека за кърмачета:

0-1 месеца коригирана възраст - 8-12 броя
 1-2 месеца коригирана възраст - 8-12 броя
 2-3 месеца коригирана възраст - 6-8 броя
 3-4 месеца коригирана възраст - 6-8 броя
 4-12 месеца коригирана възраст - 4-6 броя

ж/ въвеждане на захранващи храни около 6 месеца коригирана възраст, но не по рано от навършени 4 месеца и не по-късно от 7-ми месец коригирана възраст (17-26 седмици) в зависимост от индивидуалното развитие и уменията за хранене на детето;

з/подходящи първи захранващи храни са богатите на желязо поради ниските резерви от желязо при недоносените деца и риска от желязо-дефицитна анемия, като принципите на въвеждане са същите, посочени при доносени деца (т. 15)

и) контролира адекватния прием на кърма/млека за кърмачета за недоносени на базата на:

- наддаване на тегло (не по-малко от 10-15 g/kg тегло на ден)
- броя на мокрите пелени за 24 часа (шест или повече мокри пелени), този показател е валиден за прием на течности, ако детето приема и други течности, освен кърма/ мляко за кърмачета.

21. Лекарят препоръчва при доносени деца допълнителен прием на витамин D като хранителна добавка от 10-ия до 20-ия ден в количество 1000 IU/ден, след 20-ия ден - в количество 400 IU/ден до края на 1-та година за предотвратяване дефицита на витамин D, включително рахит. При новородените с ниско и изключително ниско тегло лекарят определя дозата и началото на приема на вит. D в зависимост от начина на хранене, гестационната възраст при раждането и темпа на наддаване на тегло на детето.

22. Медицинският специалист изпраща за консултация с лекар специалист при следните състояния:

а/ повръщане, независимо дали е свързано или не с храненето, независимо от тегловния прираст;

б/ диария - повече от 5 дефекации дневно, независимо от консистенция и примеси;

в/ упорит запек – повече от 2 седмици;
г/ обриви - по лицето, крайниците и тялото, независимо от характера им;
д/ детето не наддава на тегло, въпреки адекватното хранене.

Дефиниции:

„Изключително кърмене” – хранене само с кърма, без прием на други храни или напитки, включително вода, с изключение на сиропи, съдържащи витамини/ минерали, лекарства на капки или рехидратиращи разтвори, които се приемат при необходимост.

„Частично кърмене” – хранене с кърма и дохранване с млека за кърмачета от раждане до началото на периода на захранване на кърмачето.

„Хранене с млека за кърмачета“ - хранене само с млека за кърмачета от раждане до началото на периода на захранване на кърмачето.

„Млека за кърмачета” – млека, произведени изцяло на базата на белтък от краве или козе мляко, отговарящи на международните стандарти за качество, вкл. белтъчни хидролизати, които сами са достатъчни да задоволят специфичните хранителни потребности на кърмачета до 6-месечна възраст до въвеждането на подходящи допълващи храни.

„Преходни млека” - млека за кърмачета над 6-месечна възраст.

„Захранване” – процес, започващ, когато майчиното мляко не е достатъчно единствено да посрещне хранителните потребности на кърмачето и е необходим допълнителен прием на храни и напитки съвместно с кърмата.

„Захранващи храни” - храни или напитки, различни от кърмата или от млеката за кърмачета, които се дават на като допълнение към тях с цел посрещане на растящите хранителни потребности на кърмачето.

Методичното указание подлежи на ревизия в срок от 3 години след неговото публикуване.

МИНИСТЪР:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Преимущества на кърмата и кърменето за детето

- Оптимален хранителен състав на кърмата за растежа и развитието на детето;
- Кърмата е лесна за усвояване от незрялата храносмилателна система на бебето;
- Благоприятно повлиява развитието на храносмилателната система, централната нервна система и когнитивното развитие;
- Съдържанието на желязо в кърмата се усвоява в оптимална степен (49%) тъй като е свързано с белтък (лактоферин); свързаното в лактоферин желязо в кърмата има допълнителни предимства, защото не може да бъде използвано от попадналите в организма на кърмачето патогенни бактерии за техния растеж и репродукция (за разлика от желязото, добавяно в свободна форма в млеката за кърмачета);
- Майчиното мляко повлиява положително чревната микрофлора на кърмачето, която е свързана с имунната регулация, метаболитните отговори и адипогенезата и оказва дълготраен ефект върху имунната и метаболитна хомеостаза на детето.

- Кърменето намалява риска от стомашно-чревни инфекции, случаите на диария и некротизиращ ентероколит;
- Намалява значително риска от възпаление на средното ухо,
- Намалява случаите на респираторни инфекции, включително на тежки инфекции на долните дихателни пътища;
- Продължителният непосредствен контакт с майката при кърмене се отразява положително върху психомоторното развитие на бебето;
- Кърменето се свързва с по-висока интелигентност на детето, както в детството, така и в зряла възраст;
- Благоприятства оформяне на правилно съзъбие;
- Намалява риска от затлъстяване и диабет тип 2 в детска и по-късна възраст;
- Намалява риска от синдрома на внезапна смърт в кърмаческа възраст.

Забележка: Медицинските специалисти трябва да обърнат специално внимание на майките да поддържат добра орална хигиена на детето при по-продължително кърмене. (повече от 12 месеца) поради риска от кариес на временните зъби на детето. Прекомерно дългото кърмене (повече 3-4 години) създава психологически проблеми при детето и не е препоръчително.

Ползи за майката при кърмене:

- Създава силна емоционална връзка между майката и бебето;
- По-нисък риск за следродилна депресия;
- Бърза инволюция на матката след раждане и по-малка кръвозагуба в послеродовия период;
- Изключителното кърмене намалява риска от ранна нежелана бременност;
- Намалява риска от железен дефицит, свързан с липсата на менструация;
- Продължителното кърмене намалява риска от рак на гърдата и яйчниците;
- Намалява риска от диабет тип 2, рак на гърдата в пременопаузата и рак на яйчниците;
- Спестява време на майката и финансови разходи за семейството.
- Спестява разходи на здравната система от предотвратими с кърменето заболявания.
- Спестява разходи на социалната система – намаляване на отсъствията от работа на родителите поради заболяване на детето.

Предимства на кърменето/ храненето с млека за кърмачета при поискване на детето:

Храненето при поискване на детето, без да се ограничава честотата и продължителността на хранене е препоръчително, независимо от начина на хранене, особено при изключително кърмене. Основание за това са слените причини.

- храненето при поискване дава възможност да се установи индивидуален модел на хранене на бебето, който е най- добър за него и майката;
- бебето се храни, когато е гладно и може да бъде добре нахранено в различно време при всяко хранене в зависимост от неговите потребности;
- при изключително/ частично кърмене осигурява регулярно стимулиране на гърдите на майката, което поддържа лактацията и адекватната секреция на кърма;
- При кърменето процесът на хранене е по-бавен и има възможност за включване на механизмите на ситост.

- При хранене с биберон храненето е значително по-бързо и има опасност от прехранване и прекомерно наддаване на тегло, поради което е необходим известен контрол върху количеството и броя на храненията.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

1. Противопоказания за кърмене

От страна на детето:

- Галактоземия (необходими са специални млека за кърмачета, несъдържащи галактоза)
- Фенилкетонурия (необходими са специални млека за кърмачета, несъдържащи фенилаланин) - кърмене е възможно в някои случаи при внимателно наблюдение на детето;
- Болест на кленовия сироп;
- Тежки аномалии на небцето - кърмене е възможно в много случаи. Майката трябва да се стимулира и подкрепя в изцеждане на кърма с цел поддържане на лактацията, а поставяне на детето на гърдата кожа до кожа в подходящо положение за предотвратяване на аспирацията е изключително важно за психомоторното му развитие. Кърмата повишава локалният имунитет на лигавиците на тези отворени пространства. Необходимо е обучение на медицинските специалисти и майките на тези деца.

От страна на майката:

- ХИВ инфекция, даже при анти ретровирусна терапия;
- Активна нелекувана туберкулоза;
- Херпесни лезии на двете гърди, ако има херпесна лезия само на едната гърда може да се кърми от другата гърда;
- Тежки заболявания, които не дават възможност на майката да се грижи за детето (например сепсис) – временно спиране на кърменето и възобновяване след възстановяване на майката при подходящи мерки за поддържане на лактацията;
- При абсцес на двете млечни жлези кърменето се спира временно, като лактацията се поддържа чрез изцеждане, кърменето се възстановява след приключване на лечението; при абсцес само на едната гърда, кърменето може да продължи от другата.

2. Кърмене при прием на лекарства от майката

- Повечето лекарства се екскретират минимално с кърмата и техният прием е съвместим с кърменето. При нужда от лечение на кърмачката трябва да се преценява всеки медикамент индивидуално.
- При необходимост от терапия на майката с антиметаболити, хемотерапевтични средства и радиоактивни изотопи, кърменето трябва да се спре поне временно, като по възможност лактацията се поддържа чрез изцеждане и се възстановява след приключване на лечението.
- Веществата с наркотично действие може да имат вреден ефект върху кърмачето и да нарушат възможността на майката да се грижи за кърмачето. Майката трябва да

се информира за важността на кърменето и за здравните рискове при прием на наркотици. Ако майката не може да спре да взима наркотици по време на кърменето или избира да взима наркотици, препоръчително е да се посъветва да спре кърменето.

- Лекарствени средства и хранителни добавки, включващи растителни или билкови продукти/ екстракти може да съдържат фармакологично активни съединения и може да се приемат само след консултация с лекар.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Препоръки за поддържане на лактацията:

1. Начало на кърмене през първия час след раждането (ако състоянието на майката и детето позволяват). Ако контактът с бебето не е възможен, в такъв срок е добре да започне изцеждане на гърдите на всеки 2-3 часа денем и нощем, независимо, че те изглеждат „празни“.
2. Правилно поставяне на детето на гърдата и засукване.
3. Кърмене толкова често и продължително, колкото иска детето; през първите 6 месеца се препоръчва не по-малко от 8 пъти за 24 часа..
4. При всяко кърмене да се предлагат и двете гърди, като първата гърда се изсуква докрай преди да бъде предложена втората гърда, поради значително по-високото съдържание на мазнини в крайното мляко, което осигурява всички есенциални мастни киселини.
5. Леко масажирание на ареолите на гърдите преди кърмене;
6. При силно напрегнати гърди, изцеждане на малко количество кърма преди кърмене за по-добро засукване и по-добър трансфер на мляко;
7. Достатъчно сън и почивка на кърмачката и психоемоционален комфорт.
8. Пълноценно и здравословно хранене, прием на достатъчно течности (8-10 чаши дневно), ограничаване консумацията на кофеин съдържащи напитки, да не се консумират алкохолни напитки; потенциално алергенните храни не се избягват или ограничават:
9. Кърмещите жени не трябва да пушат- тютюнопушенето може да намали екскрецията на кърма, да промени вкуса на кърмата и да наруши съня на кърмачето, което повлиява негативно върху кърменето. Ако майката не може да спре да пуши, да се опита да намали броя на изпушените дневно цигари и да не пуши непосредствено преди кърмене. В никакъв случай не трябва да се пуши в помещенията, където кърмачето пребивава- вторичното пушене увеличава риска от синдрома на внезапната смърт на кърмачето, астма, бронхит, пневмония и възпаление на средното ухо на детето.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

Стандарти за растеж на децата от 0 до 12 месеца

Стандартите за растеж на децата до 5 годишна възраст на СЗО (2006 г.) се препоръчват за оценка на хранителния статус, растежа и развитието на децата във всички страни и света, независимо от вида на храненето.

Стандарти за дължина за съответната възраст (cm) от раждането до 12 месеца

Възраст* (месеци)	Много нисък ръст (<cm)	Нисък ръст (<cm)	Ръст в норма (cm от - до)	Много висок ръст (cm>)
	Z скор< -3	Z скор< -2	Z скор -2÷3	Z скор>3
Мъжки пол				
0	44.2	46.1	46.1- 55.6	55.6
1	48.9	50.8	50.8-60.6	60.6
2	52.4	54.4	54.4-64.4	64.4
3	55.3	57.3	57.3-67.6	67.6
4	57.6	59.7	59.7-70.1	70.1
5	59.6	61.7	61.7-72.2	72.2
6	61.2	63.3	63.3-74.0	74.0
7	62.7	64.8	64.8-75.7	75.7
8	64.0	66.2	66.2-77.2	77.2
9	65.2	67.5	67.5-78.7	78.7
10	66.4	68.7	68.7-80.1	80.1
11	67.6	69.9	69.9-81.5	81.5
12	68.6	71.0	71.0-82.9	82.9
Женски пол				
0	43.6	45.4	45.4-54.7	54.7
1	47.8	49.8	49.8-59.5	59.5
2	51.0	53.0	53.0-63.2	63.2
3	53.5	55.6	55.6-66.1	66.1
4	55.6	57.8	57.8-68.6	68.6
5	57.4	59.6	59.6-70.7	70.7
6	58.9	61.2	61.2-72.5	72.5
7	60.3	62.7	62.7-74.2	74.2
8	61.7	64.0	64.0-75.8	75.8
9	62.9	65.3	65.3-77.4	77.4
10	64.1	66.5	66.5-78.9	78.9
11	65.2	67.7	67.7-80.3	80.3

12	66.3	68.9	68.9-81.7	81.7
----	------	------	-----------	------

*Възрастта е дадена при раждане и навършени месеци

Бележка: Нисък ръст на детето за съответната възраст и пол означава, че детето е с изоставане в растежа, но не е задължително с ниско тегло. Нисък ръст на детето за съответната възраст и пол се дължи често на хронично недохранване и носи дългосрочен риск за развитието на детето. Нисък ръст/ много висок ръст може да са генетично *детерминирани*, да се дължат на ендокринни нарушения, а ниският ръст и на хронични заболявания.

Стандарти за тегло (kg) за съответната възраст и пол от раждането до 12 месеца

Възраст* (месеци)	Тежка степен на поднормено тегло (<kg)	Поднормено тегло (<kg)	Тегло в норма (kg от - до)	Наднормено тегло (kg>)
	Z скор < -3	Z скор < -2	Z скор -2÷1	Z скор >1
Мъжки пол				
0	2.1	2.5	2.5 - 3.9	Прилага се показател тегло-за- дължина или ИТМ-за-възраст
1	2.9	3.4	3.4 - 5.1	
2	3.8	4.3	4.3 - 6.3	
3	4.4	5.0	5.0 - 7.2	
4	4.9	5.6	5.6 - 7.8	
5	5.3	6.0	6.0 - 8.4	
6	5.7	6.4	6.4 - 8.8	
7	5.9	6.7	6.7 - 9.2	
8	6.2	6.9	6.9 - 9.6	
9	6.4	7.1	7.1 - 9.9	
10	6.6	7.4	7.4 - 10.2	
11	6.8	7.6	7.6 - 10.5	
12	6.9	7.7	7.7 - 10.8	
Женски пол				
0	2.0	2.4	2.4 - 3.7	Прилага се показател тегло- за- дължина или ИТМ-за-възраст
1	2.7	3.2	3.2 - 4.8	
2	3.4	3.9	3.9 - 5.8	
3	4.0	4.5	4.5 - 6.6	
4	4.4	5.0	5.0 - 7.3	
5	4.8	5.4	5.4 - 7.8	
6	5.1	5.7	5.7 - 8.2	
7	5.3	6.0	6.0 - 8.6	
8	5.6	6.3	6.3 - 9.0	
9	5.8	6.5	6.5 - 9.3	
10	5.9	6.7	6.7 - 9.6	
11	6.1	6.9	6.9 - 9.9	
12	6.3	7.0	7.0 - 10.1	

*Възрастта е дадена при раждане и навършени месеци

Бележка: Ниско тегло на детето за съответната възраст и пол означава, че детето е или слабо за възрастта си или е с нисък ръст. Ниското тегло за възраст е израз на комбинация от остро и хронично недохранване.

Стандарти за Индекс на телесна маса (ИТМ)* за съответната възраст и пол при деца от раждането до 12 месеца

Възраст* (месеци)	Много ниско тегло (<ИТМ)	Ниско тегло (<ИТМ)	Нормално тегло (ИТМ от – до)	Риск за свръхтегло	Наднормено тегло (ИТМ>)	Затлъстяване (ИТМ>)
	Z скор<-3	Z скор<-2	Z скор -2÷1	Z скор 1÷2	Z скор>2	Z скор>3
Мъжки пол						
0	10.2	11.1	11.1 – 14.8	14.8 – 16.3	16.3	18.1
1	11.3	12.4	12.4 – 16.3	16.3– 17.8	17.8	19.4
2	12.5	13.7	13.7 – 17.8	17.8 – 19.4	19.4	21.1
3	13.1	14.3	14.3 – 18.4	18.4– 20.0	20.0	21.8
4	13.4	14.5	14.5 – 18.7	18.7 – 20.3	20.3	22.1
5	13.5	14.7	14.7 – 18.8	18.8 – 20.5	20.5	22.3
6	13.6	14.7	14.7 – 18.8	18.8– 20.5	20.5	22.3
7	13.7	14.8	14.8 – 18.8	18.8– 20.5	20.5	22.3
8	13.6	14.7	14.7 – 18.7	18.7– 20,4	20.4	22.2
9	13.6	14.7	14.7 – 18.6	18.6– 20.3	20.3	22.1
10	13.5	14.6	14.6 – 18.5	18.5 – 20.1	20.1	22.0
11	13.4	14.5	14.5 – 18.4	18.4– 20.0	20.0	21.8
12	13.4	14.4	14.4 – 18.2	18.2– 19.8	19.8	21.6
Женски пол						
0	10.1	11.1	11.1 – 14.6	14.6 – 16.1	16.1	17.7
1	10.8	12.0	12.0 – 16.0	16.0– 17.5	17.5	19.1
2	11.8	13.0	13.0 – 17.3	17.3– 19.0	19.0	20.7
3	12.4	13.6	13,6 – 17.9	17.9– 19.7	19.7	21.5
4	12.7	13.9	13.9 – 18.3	18.3– 20.0	20.0	22.0
5	12.9	14.1	14.1 – 18.4	18.4– 20.2	20.2	22.2
6	13.0	14.1	14.1 – 18.5	18.5– 20.3	20.3	22.3
7	13.0	14.2	14.2 – 18.5	18.5– 20.3	20.3	22.3
8	13.0	14.1	14.1 – 18.4	18.4– 20.2	20.2	22.2
9	12.9	14.1	14.1 – 18.3	18.3– 20.1	20.1	22.1
10	12.9	14.0	14.0 – 18.2	18.2– 19.9	19.9	21.9
11	12.8	13.9	13.9 – 18.0	18.0– 19.8	19.8	21.8
12	12.7	13.8	13.8 – 17.9	17.9– 19.6	19.6	21.6

*ИТМ = тегло (kg): ръст (cm)²

**Възрастта е дадена при раждане и навършени месеци

Бележка: Ниско тегло за ръста на детето при съответната възраст и пол означава, че детето е слабо за ръста си, но не е задължително с нисък ръст. Ниското тегло за ръста се дължи на остро недохранване (включително при болестни състояния като остра диария и др.) и се свързва с непосредствен здравен риск. В зависимост от критерия ниското тегло се дефинира като умерено ниско и много ниско тегло за ръста, но и при двете степени има необходимост от спешни медицински мерки. Наднорменото тегло включва две степени - свръхтегло и затлъстяване, например децата от мъжки пол навършили 6 месеца с ИТМ над 20.5 са с наднормено тегло, като тези, които имат ИТМ от 22.51 до 22.3 са със свръхтегло, ас ИТМ над 22.3 са със затлъстяване. ИТМ за съответната възраст и пол е най-точният и препоръчан показател за определяне на наднормено тегло.

Стандарти за тегло (kg) за дължина(cm) при момчета от раждането до 12 месеца

Ръст / дължина (cm)	Тегло (kg) за ръст (cm)					
	Много ниско тегло < kg	Ниско тегло < kg	Нормално тегло kg от - до	Риск за свръхтегло kg от - до	Наднормен о тегло kg >	Затлъстяване kg >
	Z скор < -3	Z скор < -2	Z скор -2÷1	Z скор 1÷2	Z скор >2	Z скор >3
45.0	1.9	2.0	2.0 – 2.7	2.7– 3.0	3.0	3.3
46.0	2.0	2.2	2.2 – 2.9	2.9 – 3.1	3.1	3.5
47.0	2.1	2.3	2.3 – 3.0	3.0 – 3.3	3.3	3.7
48.0	2.3	2.5	2.5 – 3.2	3.2 – 3.6	3.6	3.9
49.0	2.4	2.6	2.6 – 3.4	3.4 – 3.8	3.8	4.2
50.0	2.6	2.8	2.8 – 3.6	3.6– 4.0	4.0	4.4
51.0	2.7	3.0	3.0 – 3.9	3.9 – 4.2	4.2	4.7
52.0	2.9	3.2	3.2 – 4.1	4.1 – 4.5	4.5	5.0
53.0	3.1	3.4	3.4 – 4.4	4.4 – 4.8	4.8	5.3
54.0	3.3	3.6	3.6 – 4.7	4.7– 5.1	5.1	5.6
55.0	3.6	3.8	3.8 – 5.0	5.0 – 5.4	5.4	6.0
56.0	3.8	4.1	4.1 – 5.3	5.3 – 5.8	5.8	6.3
57.0	4.0	4.3	4.3 – 5.6	5.6 – 6.1	6.1	6.7
58.0	4.3	4.6	4.6 – 5.9	5.9– 6.4	6.4	7.1
59.0	4.5	4.8	4.8 – 6.2	6.2 – 6.8	6.8	7.4
60.0	4.7	5.1	5.1 – 6.5	6.5 – 7.1	7.1	7.8
61.0	4.9	5.3	5.3 – 6.8	6.8 – 7.4	7.4	8.1
62.0	5.1	5.6	5.6 – 7.1	7.1– 7.7	7.7	8.5
63.0	5.3	5.8	5.8 – 7.4	7.4– 8.0	8.0	8.8
64.0	5.5	6.0	6.0 – 7.6	7.6 – 8.3	8.3	9.1
65.0	5.7	6.2	6.2 – 7.9	7.9 – 8.6	8.6	9.4
66.0	5.9	6.4	6.4 – 8.2	8.2– 8.9	8.9	9.7
67.0	6.1	6.6	6.6 – 8.4	6.6 – 8.4	9.2	10.0
68.0	6.3	6.8	6.8 – 8.7	8.7– 9.4	9.4	10.3
69.0	6.5	7.0	7.0 – 8.9	8.9– 9.7	9.7	10.6
70.0	6.6	7.2	7.2 – 9.2	9.2 – 10.0	10.0	10.9
71.0	6.8	7.4	7.4 – 9.4	9.4 – 10.2	10.2	11.2
72.0	7.0	7.6	7.6 – 9.6	9.6 – 10.5	10.5	11.5
73.0	7.2	7.7	7.7 – 9.9	9.9 – 10.8	10.8	11.8
74.0	7.3	7.9	7.9 – 10.1	10.1– 11.0	11.0	12.1
75.0	7.5	8.1	8.1 – 10.3	10.3– 11.3	11.3	12.3

76.0	7.6	8.3	8.3 – 10.6	10.6– 11.5	11.5	12.6
77.0	7.8	8.4	8.4 – 10.8	10.8– 11.7	11.7	12.8
78.0	7.9	8.6	8.6 – 11.0	11.0 – 12.0	12.0	13.1
79.0	8.1	8.7	8.7 – 11.2	11.2– 12.2	12.2	13.3
80.0	8.2	8.9	8.9 – 11.4	11.4– 12.4	12.4	13.6
81.0	8.4	9.1	9.1 - 11.6	11.6- 12.6	12.6	13.8
82.0	8.5	9.2	9.2 – 11.8	11.8– 12.8	12.8	14.0
83.0	8.7	9.4	9.4 – 12.0	12.0– 13.1	13.1	14.3
84.0	8.9	9.6	9.6 – 12.2	12.2– 13.3	13.3	14.6
85.0	9.1	9.8	9.8 – 12.5	12.5– 13.6	13.6	14.9

Стандарти за тегло (kg) за дължина(cm) при момичета от раждането до 12 месеца

Ръст / дължина (cm)	Много ниско тегло	Ниско тегло	Нормално тегло	Риск за свръхтегло	Наднормено тегло	Затлъстяване
	< kg Z скор < -3	< kg Z скор < -2	kg от - до Z скор -2÷1	kg от - до Z скор 1÷2	kg > Z скор >2	kg > Z скор >3
45.0	1.9	2.1	2.1 – 2.7	2.7 – 3.0	3.0	3.3
46.0	2.0	2.2	2.2 – 2.9	2.9 – 3.2	3.2	3.5
47.0	2.2	2.4	2.4 – 3.1	3.1 – 3.4	3.4	3.7
48.0	2.3	2.5	2.5 – 3.3	3.3 – 3.6	3.6	4.0
49.0	2.4	2.6	2.6 – 3.5	3.5 – 3.8	3.8	4.2
50.0	2.6	2.8	2.8 – 3.7	3.7 – 4.0	4.0	4.5
51.0	2.8	3.0	3.0 – 3.9	3.9 – 4.3	4.3	4.8
52.0	2.9	3.2	3.2 – 4.2	4.2 – 4.6	4.6	5.1
53.0	3.1	3.4	3.4 – 4.4	4.4 – 4.9	4.9	5.4
54.0	3.3	3.6	3.6 – 4.7	4.7 – 5.2	5.2	5.7
55.0	3.5	3.8	3.8 – 5.0	5.0 – 5.5	5.5	6.1
56.0	3.7	4.0	4.0 – 5.3	5.3 – 5.8	5.8	6.4
57.0	3.9	4.3	4.3 – 5.6	5.6 – 6.1	6.1	6.8
58.0	4.1	4.5	4.5 – 5.9	5.9 – 6.5	6.5	7.1
59.0	4.3	4.7	4.7 – 6.2	6.2 – 6.8	6.8	7.5
60.0	4.5	4.9	4.9 – 6.4	6.4 – 7.1	7.1	7.8
61.0	4.7	5.1	5.1 – 6.7	6.7 – 7.4	7.4	8.2
62.0	4.9	5.3	5.3 – 7.0	7.0 – 7.7	7.7	8.5
63.0	5.1	5.5	5.5 – 7.3	7.3 – 8.0	8.0	8.8
64.0	5.3	5.7	5.7 – 7.5	7.5 – 8.3	8.3	9.1
65.0	5.5	5.9	5.9 – 7.8	7.8 – 8.6	8.6	9.5
66.0	5.6	6.1	6.1 – 8.0	8.0 – 8.8	8.8	9.8
67.0	5.8	6.3	6.3 – 8.3	8.3 – 9.1	9.1	10.0
68.0	6.0	6.5	6.5 – 8.5	8.5 – 9.4	9.4	10.3
69.0	6.1	6.7	6.7 – 8.7	8.7 – 9.6	9.6	10.6
70.0	6.3	6.9	6.9 – 9.0	9.0 – 9.9	9.9	10.9
71.0	6.5	7.0	7.0 – 9.2	9.2 – 10.1	10.1	11.1
72.0	6.6	7.2	7.2 – 9.4	9.4 – 10.3	10.3	11.4
73.0	6.8	7.4	7.4 – 9.6	9.6 – 10.6	10.6	11.7
74.0	6.9	7.5	7.5 – 9.8	9.8 – 10.8	10.8	11.9
75.0	7.1	7.7	7.7 – 10.0	10.0 – 11.0	11.0	12.2

76.0	7.2	7.8	7.8 – 10.2	10.2 – 11.2	11.2	12.4
77.0	7.4	8.0	8.0 – 10.4	10.4 – 11.5	11.5	12.6
78.0	7.5	8.2	8.2 – 10.6	10.6 – 11.7	11.7	12.9
79.0	7.7	8.3	8.3 – 10.8	10.8 – 11.9	11.9	13.1
80.0	7.8	8.5	8.5 – 11.0	11.0 – 12.1	12.1	13.4
81.0	8.0	8.7	8.7 – 11.3	11.3 – 12.4	12.4	13.7
82.0	8.1	8.8	8.8 – 11.5	11.5 – 12.6	12.6	13.9
83.0	8.3	9.0	9.0 – 11.8	11.8 – 12.9	12.9	14.2
84.0	8.5	9.2	9.2 – 12.0	12.0 – 13.2	13.2	14.5
85.0	8.7	9.4	9.4 – 12.3	12.3 – 13.5	13.5	14.9

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

Препоръки за включване на допълващи храни при кърмачета

Възраст на детето (навършени месеци)	Вид и консистенция на храната	Брой хранителни приеми / ден	Средно количество допълващи храни на прием
4/6 – 8	<p>Мека каша на зърнена основа, обогатена с желязо (без глутен /с глутен)*</p> <p>Зеленчуково пюре</p> <p>Месно-зеленчуково пюре</p> <p>Пюре от картофи</p> <p>Пюре от плодове</p> <p>Плодово-зеленчуково пюре</p> <p>Рибно-зеленчуково пюре</p> <p>Яйчен жълтък – 1/4 – 1/2брой</p> <p>Бобови храни (грах, леща, лющен боб, нахут)</p> <p>Попара със сирене и масло</p> <p>Макаронени продукти</p> <p>Пълномаслено кисело краве мляко (3.6% и повече мазнини) като компонент на храните</p> <p>Меки храни за хранене с пръсти (меки плодове, варени зеленчуци, нарязани на подходящи парченца)- към 7-8-ми месец</p>	<p>2-3 пъти на ден</p> <p>захранващи храни + кърмене / мляко за кърмачета при поискване +</p> <p>в зависимост от апетита на детето могат да бъдат предложени 1-2 закуски между основните хранения</p> <p>с меки храни за консумиране с пръсти</p>	<p>При въвеждане на нова храна - постепенно нарастване на количеството с 2-3 чаени лъжички, като се увеличава броя на приеми към основните хранения**.</p> <p>Количество на 1 прием до 120 – 150 грама. (или общо количество за 24 часа 200-500 грама)</p>

9 – 11	<p>Смачкани и накълцани храни (вкл. зърнени храни, зеленчуци, месо, риба, бобови, плодове, млечни продукти) – увеличаване разнообразието на храни, тяхното комбиниране</p> <p>Яйчен жълтък –$\frac{1}{2}$- 1 брой</p> <p>Храни за консумиране с пръсти (парченца плод, зеленчук, хляб, сирене)</p> <p>Прясно пълномаслено мляко като компонент на ястия, след навършване на 10 месеца</p> <p>Плодов сок (разреден с вода 50:50)</p>	<p>3-4 пъти на ден</p> <p>захранващи храни + кърмене / млека за кърмачета при поискване</p> <p>+ 1-2 закуски</p> <p>между основните хранения с храни за консумиране с пръсти</p>	<p>Количество на 1 прием до 120 – 200 г (300-600 грама за 24 часа)</p>
--------	--	--	--

*При първа захранваща храна обогатена с желязо зърнена каша се започва с каша без глутен, след това се въвежда глутен съдържаща каша.

** Не е необходимо пълно заместване на едно хранене с 1 вид захранваща храна. Ако началото на захранването на детето е след навършване на 4-5 месеца, броят на храненията, при които се включват захранващи храни са 1-2. При начало на захранването на детето при навършени 6 месеца е препоръчително твърдите храни да се предлагат в 2 хранения с постепенно увеличаване на въведените разнообразни храни до достигане на общо количество от 120-130 грама при всяко от двете хранения. Постепенно с възрастта до 12-ия месец броят на храненията, в които се включват твърдите храни се увеличава до 3- 4.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Препоръки за въвеждане на захранващи храни с алергенен потенциал

Общи препоръки

- Приемът на специфични храни от майката по време на бременността и лактацията не трябва да се ограничава, освен ако майката няма алергия към някои храни. Няма доказателства, че избягването на мляко, яйца, риба или други потенциални алергени през периода на бременността и кърменето ще допринесе за превенция на алергии, докато рискът от недохранване на майката и потенциалните вреди за фетуса и кърмачето могат да бъдат значителни.
- Не е доказано със сигурност дали изключителното кърмене през първите 6 месеца води до превенция на алергии. Общата продължителност на кърменето (поне 6 месеца, препоръчително през целия период на захранване) може да има по-силен протективен ефект.
- При майките, които не могат да кърмят или са избрали да не кърмят, да се препоръча да използват частично хидролизирано мляко за кърмачета на основа краве мляко.
- Да не се отлага въвеждането на която и да е специфична храна след 6-месечна възраст. По-късното захранване с риба, яйца и други храни с алергенен потенциал не предотвратява, а може да увеличи риска от развитие на хранителни алергии.
- Съвременните проучвания върху имунологичните отговори показват, че регулярният прием на ново въведените храни (напр. няколко пъти седмично) е

важно за поддържане на толеранса. Препоръчително е те да се въвеждат постепенно и в малки количества.

Въвеждане на глютен

- Кърменето на детето в периода на въвеждане на глютен-съдържащи храни не намалява риска от целиакия, но кърменето през първите 6 месеца от живота и през целия период на хранване трябва да се промотира във връзка с добре установените ползи за здравето на детето и майката.
- При децата, които не са с висок риск за целиакия (нямат баща, майка, брат или сестра с диагностицирано заболяване) глютен може да бъде въведен през целия период на хранване (6-12 навършени месеца), а при децата, хранени по-рано и след навършване на 4-месечна възраст, тъй като времето на въвеждане не оказва влияние върху риска от целиакия.
- Няма данни за влияние на вида на глютен съдържащите храни (каша, хляб, макаронени изделия и др.) върху риска от целиакия. Не е установено влиянието на начина на приготвяне то на глютен-съдържащи храни върху риска от заболяването.
- Понастоящем не са установени оптималните количества на глутена при неговото въвеждане, но се препоръчва да се започне с малки количества и да се избягва даването на големи количества глютен-съдържащи храни през първите седмици от неговото въвеждане и през целия кърмачески период.