

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

για την εισαγωγή
στερεών τροφών

στον 1ο χρόνο της ζωής



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΗ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι συστάσεις βρίσκονται διαθέσιμες στον ιστότοπο του Υπουργείου Υγείας
www.moh.gov.gr άξονας «Υγεία» ενότητα «Δημόσια Υγεία»
υποενότητα «Μεταδοτικά και Μη Μεταδοτικά Νοσήματα»

ΣΥΓΓΡΑΦΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Οι «Συστάσεις για την εισαγωγή στερεών τροφών στον 1ο χρόνο της ζωής» διαμορφώθηκαν από την «Υποομάδα Εργασίας για την επικαιροποίηση των συστάσεων που αφορούν την εισαγωγή στερεών τροφών στα βρέφη» που συγκροτήθηκε με την Α1β/ΓΠοικ2355/10-1-2018 (ΑΔΑ: 6ΕΤΤ465ΦΥΟ-2Ε7) Απόφαση Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, έπειτα από κοινή πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής και της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού.

Η Υποομάδα Εργασίας αποτελούνταν από:

1. **Τσίγκος Κωνσταντίνος**, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Διατροφής και Μεταβολισμού στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής, Συντονιστής της Υποομάδας Εργασίας.
2. **Αντωνιάδου Ιωάννα**, Παιδίατρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού.
3. **Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη Θωμαΐς**, Παιδογαστρεντερολόγος, τ. Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής στη Σχολή Τεχνολογίας Τροφίμων Διατροφής - Τμήμα Διατροφής - Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής.
4. **Μαλλιάρου Μαρία-Αδμαντία**, Παιδίατρος, Δ/ντρια ΕΣΥ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν. Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», μέλος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού.
5. **Μέξη-Μπουρνά Παναγιούλα**, Παιδίατρος - Νεογνολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. ΑΤΤΙΚΟΝ, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού.
6. **Μπενέτου Βασιλική**, Παιδίατρος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής.
7. **Παναγιωτάκος Δημοσθένης**, Καθηγητής Βιοστατιστικής - Επιδημιολογίας της Διατροφής στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής.
8. **Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα**, Παιδίατρος Γαστρεντερολόγος, Δ/ντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γ.Ν. Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής.
9. **Σταύρου Θεοδώρα**, Παιδίατρος, Ιατρός Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού.
10. **Κοντελέ Ιωάννα**, Διαιτολόγος, υπάλληλος του Τμήματος Μη Μεταδοτικών Νοσημάτων και Διατροφής της Δ/νσης Δημόσιας Υγείας & Υγιεινής Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής, Γραμματέας της υποομάδας.

Τα μέλη της Υποομάδας Εργασίας επεξεργάστηκαν επί 4μήνου το κείμενο των συστάσεων λαμβάνοντας υπόψη την πλέον πρόσφατη επιστημονική βιβλιογραφία καθώς και τις συστάσεις διεθνών οργανισμών. Το τελικό πόρισμα της Υποομάδας Εργασίας κατατέθηκε για επεξεργασία και σχολιασμό στην Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής, εγκρίθηκε κατά την 9η Συνεδρίαση της στις 9 Ιουλίου 2018 και έγινε αποδεκτό από την Πολιτική Ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

Τα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής:

1. **Γιαννακούλια Μαρία**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Πρόεδρος της Επιτροπής.
2. **Γεωργόπουλος Νεοκλής**, Καθηγητής Παιδιατρικής-Μαιευτικής-Γυναικολογίας στο Πανεπιστήμιο Πατρών, Αναπληρωτής Πρόεδρος της Επιτροπής.
3. **Τσίγκος Κωνσταντίνος**, Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Διατροφής και Μεταβολισμού στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αναπληρωτής Πρόεδρος της Επιτροπής.
4. **Αργυρίου Αναγνώστης**, Βιολόγος - Ερευνητής, Αναπληρωτής Διευθυντής Ινστιτούτου Εφαρμοσμένων Βιοεπιστημών στο Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Τεχνολογικής Ανάπτυξης.
5. **Βασιλάκου Τώνια**, Καθηγήτρια Διατροφής Ειδικών Πληθυσμιακών Ομάδων και Δημόσιας Υγείας στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.
6. **Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη Θωμαΐς**, Παιδογαστρεντερολόγος, τ.Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής, Σχολή Τεχνολογίας Τροφίμων Διατροφής-Τμήμα Διατροφής-Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.
7. **Καψοκεφάλου Μαρία**, Καθηγήτρια Διατροφής του Ανθρώπου στο Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
8. **Κόκκινος Αλέξανδρος**, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-Παχυσαρκίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών.
9. **Κοντελέ Ιωάννα**, Διαιτολόγος, Υπάλληλος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας
10. **Κοντογιάννη Μερόπη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Διατροφής στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
11. **Μπενέτου Βασιλική**, Παιδιάτρος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας στο Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.
12. **Παναγιωτάκος Δημοσθένης**, Καθηγητής Βιοστατιστικής - Επιδημιολογίας της Διατροφής στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
13. **Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα**, Παιδιάτρος Γαστρεντερολόγος, Δ/τρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Μονάδας Γαστρεντερολογίας και Ηπατολογίας της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Γ.Ν. Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».
14. **Χασαπίδου Μαρία**, Καθηγήτρια Διατροφής στη Σχολή Τεχνολογίας Τροφίμων Διατροφής - Τμήμα Διατροφής - Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.
15. **Ψαλτοπούλου Θεοδώρα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΕΡΕΩΝ ΤΡΟΦΩΝ ΣΤΟΝ 1ο ΧΡΟΝΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού (2003) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) που είναι εν ισχύ, «**τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους, για να έχουν την ιδανική αύξηση, ανάπτυξη και υγεία.** Μετά την περίοδο αυτή, και προκειμένου να καλυφθούν οι αυξανόμενες διατροφικές τους ανάγκες, τα βρέφη θα πρέπει να λαμβάνουν ασφαλή και επαρκή συμπληρωματική τροφή, ενώ παράλληλα συνεχίζουν τον μητρικό θηλασμό έως τα δύο χρόνια της ζωής ή και περισσότερο».



*Οι λειτουργοί της δημόσιας υγείας οφείλουν να **προστατεύουν, προάγουν και υποστηρίζουν το μητρικό θηλασμό στη χώρα μας**, όπου τα ποσοστά των βρεφών που θηλάζουν (και ιδιαίτερα αποκλειστικά) είναι χαμηλά. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής έχει πολλά οφέλη για το βρέφος και τη μητέρα του. Επιπρόσθετα, το μητρικό γάλα αποτελεί σημαντική πηγή ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για τα παιδιά ηλικίας 6-23 μηνών. Μπορεί να καλύψει το μισό ή και περισσότερο των ενεργειακών αναγκών του βρέφους ηλικίας 6-12 μηνών και το ένα τρίτο από τις ενεργειακές ανάγκες στην ηλικία 12-24 μηνών.*

Ως αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ορίζεται ο θηλασμός κατά τον οποίο το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα και καμία άλλη υγρή ή στερεή τροφή, με μόνη εξαίρεση διαλύματα επανυδάτωσης, σταγόνες ή σιρόπια (π.χ. βιταμίνες, ανόργανα στοιχεία, φάρμακα).

Ως συμπληρωματική διατροφή ορίζεται η διαδικασία που ξεκινά όταν το μητρικό γάλα δεν επαρκεί για να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες των βρεφών και επομένως άλλες τροφές και υγρά απαιτούνται σε συνδυασμό με το μητρικό γάλα.

Η μετάβαση από τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στη διατροφή που ακολουθεί η οικογένεια -συχνά αναφερόμενη ως συμπληρωματική διατροφή- τυπικά καλύπτει τη χρονική περίοδο από 6 μηνών έως 2 ετών, εντούτοις ο μητρικός θηλασμός μπορεί να συνεχίζεται και μετά την ηλικία των 2 ετών. Το διάστημα αυτό είναι κρίσιμο τόσο για τη σωματική και νοητική ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών, όσο και για τη θωράκισή τους απέναντι σε οξέα (π.χ. λοιμώξεις) και χρόνια νοσήματα, όπως η παχυσαρκία και τα καρδιομεταβολικά νοσήματα, αλλά και οι αλλεργίες και τα αυτοάνοσα νοσήματα. Για το λόγο αυτό ο Π.Ο.Υ. προτείνει τη δημιουργία εθνικών διατροφικών συστάσεων και την επαγρύπνηση για την ενημέρωση και την εφαρμογή τους (Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016). Εκτροπές στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών στην περίοδο αυτή συντελούν σε αυξημένα ποσοστά υποσιτισμού, αλλά και παχυσαρκίας, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα.

Η εισαγωγή στερεών τροφών συνιστάται να γίνεται στο 2ο εξάμηνο της ζωής, δηλαδή με τη συμπλήρωση των 6 μηνών ζωής, ενώ σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να γίνεται πριν τη συμπλήρωση των 4ων μηνών ζωής.

Η σύσταση αυτή ισχύει τόσο για τα θηλάζοντα όσο και για τα μη θηλάζοντα βρέφη

ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Οι παρακάτω συστάσεις ισχύουν τόσο για τα θηλάζοντα, όσο και για τα μη θηλάζοντα βρέφη

Η νευροαναπτυξιακή ετοιμότητα του βρέφους είναι αναγκαία προϋπόθεση για την έναρξη των στερεών τροφών και αναγνωρίζεται με συγκεκριμένα νευροαναπτυξιακά ορόσημα, όπως όταν το βρέφος μπορεί να κάθεται με υποστήριξη, να στηρίζει καλά το κεφάλι του στην καθιστή θέση, να αναγνωρίζει το κουτάλι, να δείχνει ενδιαφέρον για



τις τροφές, να ανοίγει το στόμα όταν του προσφέρεται τροφή, να δέχεται το κουτάλι χωρίς να το σπρώχνει προς τα έξω και να καταπίνει την τροφή χωρίς να πνίγεται.

Συστήνεται αρχικά η **εισαγωγή μικρής ποσότητας συνδυασμού τροφών με σταδιακή αύξηση της ποικιλίας, ποσότητας και συχνότητας** κατανάλωσης των τροφών, ακολουθώντας τα σημάδια πείνας και κορεσμού του βρέφους.

Σύμφωνα με την μέχρι τώρα διαθέσιμη τεκμηρίωση **δεν χρειάζεται να καθυστερήσει η εισαγωγή των βασικών ομάδων τροφίμων καθώς και των κοινών αλλεργιογόνων τροφών**, έτσι ώστε σε σύντομο χρονικό διάστημα, εφόσον το βρέφος έχει αποδεχθεί τις τροφές, το διαιτολόγιο του να διαθέτει **μεγάλη ποικιλία τροφίμων**, συμπεριλαμβανομένων των προϊόντων αγελαδινού γάλακτος, αυγών, ψαριών, θαλασσινών καθώς και ίχνη ξηρών καρπών.

Η εισαγωγή τροφίμων με γλουτένη (π.χ. σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη) γίνεται χρονικά όπως και με τα υπόλοιπα τρόφιμα, αλλά σε μικρές ποσότητες καθ' όλο το 1ο έτος της ζωής.

Δεν υπάρχει καθορισμένη σειρά εισαγωγής των τροφίμων. Οι επιλεγόμενες τροφές ποικίλουν και καθορίζονται συχνά από τις διατροφικές συνήθειες, τις πολιτισμικές και θρησκευτικές παραδόσεις ενός πληθυσμού, καθώς και από τη διαθεσιμότητα των τροφίμων ενός τόπου. Ωστόσο, προτεινόμενες πρώτες τροφές για τη διατροφή του βρέφους, ιδιαίτερα του αποκλειστικά θηλάζοντος, είναι οι τροφές που αποτελούν πλούσιες πηγές σιδήρου, όπως τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης με υψηλή βιοδιαθεσιμότητα σιδήρου π.χ. κόκκινο και λευκό κρέας και ψάρι.

Η εισαγωγή ποικιλίας τροφίμων με διαφορετικές γεύσεις και αρώματα εξασφαλίζει την πρόσληψη όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και την ευκολότερη αποδοχή τροφίμων στη συνέχεια.

Είναι σημαντικό να ενημερώνονται οι γονείς ότι:

- ✓ Τα βρέφη έχουν έμφυτες προτιμήσεις για τις γλυκές και τις αλμυρές γεύσεις και απέχθεια για τις πικρές γεύσεις. Οι **προτιμήσεις για υγιεινές τροφές ωστόσο, μπορούν να καλλιεργηθούν**, καθώς η επαναλαμβανόμενη χορήγηση ποικιλίας λαχανικών κατά την εισαγωγή των στερεών τροφών έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει μακροπρόθεσμα την προτίμηση για τα λαχανικά που αποτελούν μια από τις βασικές ομάδες τροφίμων της παραδοσιακής Μεσογειακής Διατροφής.
- ✓ Ένα βρέφος μπορεί να χρειαστεί να λάβει μια νέα γεύση τουλάχιστον **8 έως 10 φορές** πριν από την τελική αποδοχή της, γι' αυτό και πρέπει να ενθαρρύνονται οι γονείς-φροντιστές να επιμένουν στην προσφορά μιας νέας τροφής συμπεριλαμβανομένων και των λαχανικών με πιο πικρή γεύση, καθώς τα τρόφιμα που αρχικά απορρίπτονται συχνά γίνονται στη συνέχεια αποδεκτά.

Η κατανάλωση τροφίμων με **πρόσθετη ζάχαρη** και **αλάτι** συνιστάται να αποφεύγεται κατά τον 1ο χρόνο της ζωής, λόγω της μεταβολικής επιβάρυνσης από τα συστατικά αυτά, αλλά και για λόγους διαμόρφωσης υγιών γευστικών επιλογών. Αντίθετα, **πρέπει να ενθαρρύνεται η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε υγιεινές επιλογές τροφίμων, όπως τα φρέσκα λαχανικά και τα φρούτα, μέχρι το βρέφος να τις αποδεχτεί, και μόνον τότε θα μπορούσε να δοκιμάσει τροφές και ροφήματα με γλυκιά γεύση.**



Τα **φρούτα** θα πρέπει να χορηγούνται σε κομμάτια ή αλεσμένα (ανάλογα με την ηλικία του βρέφους) και όχι ως χυμοί (φρέσκοι ή τυποποιημένοι), οι οποίοι πρέπει να αποφεύγονται κατά το 1^ο έτος της ζωής.

Συστήνεται η κατανάλωση σπιτικών βρεφικών τροφών, που προετοιμάζονται σωστά, με φρέσκα και υγιεινά υλικά. Τα λαχανικά και τα φρούτα συστήνεται να είναι εποχιακά και τοπικά παραγόμενα. Η χρήση των βρεφικών τροφών εμπορίου γίνεται **αποκλειστικά μετά τον 6^ο μήνα**, συνιστάται δε να είναι περιστασιακή (π.χ. σε ταξίδια) και

στην περίπτωση που δεν μπορεί να εξασφαλιστεί επαρκές και ποιοτικό φαγητό στο σπίτι προετοιμασμένο με ασφαλή τρόπο.

Παράλληλα με την εισαγωγή των στερεών τροφών **θα πρέπει να ξεκινήσει η προσφορά νερού**, το οποίο δεν χρειάζεται να βράζεται εφόσον προέρχεται από ασφαλές δίκτυο ύδρευσης. Από την ηλικία των 6 μηνών οι γονείς ενθαρρύνονται να δίνουν το νερό με ποτηράκι.

Τα **βρέφη που θηλάζουν ενθαρρύνονται να συνεχίζουν κανονικά τον κατ' απαίτηση μητρικό θηλασμό (on demand)** και στο 2^ο εξάμηνο της ζωής ταυτόχρονα με την επαρκή πρόσληψη στερεών τροφών.

Τα βρέφη που δεν θηλάζουν, μετά την συμπλήρωση του 6^{ου} μήνα μπορούν να καλύψουν τις απαιτήσεις σε γάλα με 2 γεύματα τροποποιημένου γάλακτος 2^{ης} βρεφικής ηλικίας την ημέρα, ενώ θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια να μην αντικαθιστούν άλλα γεύματα στερεών τροφών με γάλα.

Η υφή των τροφίμων συνιστάται σταδιακά να προσαρμόζεται στις αναπτυξιακές δυνατότητες του βρέφους που μεγαλώνει:

- ✓ Οι αλεσμένες τροφές σταδιακά αντικαθίστανται από φιλοκοκμμένες και εν συνεχεία από μικρά κομμάτια που το βρέφος θα μπορεί να πιάσει και με τα χέρια του και να καταναλώσει μόνο του.
- ✓ **Μέχρι τον 10^ο μήνα ζωής, συνιστάται να έχει σταματήσει η πολτοποίηση των τροφών.** Η παράταση της πολτοποίησης μετά την ηλικία αυτή έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων μάσησης και κατάποσης των στερεών τροφών μετά τον 1ο χρόνο ζωής, γεγονός που θα δυσκολέψει σημαντικά τη μετάβαση του παιδιού στο φαγητό της υπόλοιπης οικογένειας.

Είναι σημαντικό οι γονείς-φροντιστές να ενθαρρύνονται **να υιοθετήσουν έναν διαδραστικό τρόπο σίτισης (responsive feeding)**. Με τον τρόπο αυτό οι γονείς-φροντιστές μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται στα σημάδια πείνας και κορεσμού του βρέφους, να έχουν διαρκή βλεμματική επαφή καθώς και θετική υποστηρικτική λεκτική επικοινωνία προσφέροντας το φαγητό αργά, με υπομονή και χωρίς την άσκηση λεκτικής ή σωματικής πίεσης. Ο χρόνος του φαγητού είναι

ευκαιρία για την εκδήλωση συναισθημάτων τρυφερότητας και αγάπης, εντούτοις η σίτιση για ανακούφιση ή ως δείγμα ανταμοιβής θα πρέπει να αποθαρρύνεται. Επιπλέον, τονίζεται ότι τα βρέφη πρέπει να σιτίζονται σε καθιστή αναπαυτική θέση, σε ασφαλές περιβάλλον και με τα κατάλληλα σκεύη για την ηλικία τους και πάντα υπό την επίβλεψη ενήλικα. Η ώρα του φαγητού θα πρέπει να είναι ευχάριστη, να επιτρέπεται στο βρέφος να πειραματίζεται με τις νέες τροφές, να παίζει με αυτές και να τρώει μόνο του ανάλογα με τις αναπτυξιακές του δυνατότητες. Η προσοχή του βρέφους δεν θα πρέπει να αποσπάται από άλλα ερεθίσματα (π.χ. τηλεόραση). Ενθαρρύνεται επίσης το βρέφος να σιτίζεται όσο συχνότερα γίνεται μαζί με την υπόλοιπη οικογένεια.



Ο διαδραστικός τρόπος σίτισης βοηθάει στην ανάπτυξη της ικανότητας αυτορρύθμισης της λήψης τροφής και, επομένως, και της προσλαμβανόμενης ενέργειας από το βρέφος, ενώ η μη τήρηση των συστάσεων αυτών έχει συσχετιστεί με αρνητικές συμπεριφορές ως προς το φαγητό, μη ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες και αυξημένο κίνδυνο υπερβολικής πρόσληψης τροφής και ανάπτυξης παχυσαρκίας.

Με το τέλος του 1ου χρόνου της ζωής το παιδί μεταβαίνει στη διατροφή της υπόλοιπης οικογένειας. Είναι σημαντικό οι γονείς να υιοθετούν την παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, εκδοχή της οποίας είναι η ελληνική, για όλη την οικογένεια.

Είναι σημαντικό να δίνονται οδηγίες στους γονείς-φροντιστές για τη τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά τον χειρισμό των τροφίμων (προετοιμασία, μαγείρεμα, συντήρηση) (βλέπε Εθνικό διατροφικό οδηγό για Ενήλικες).

Επί **χορτοφαγικής διατροφής ή άλλων ιδιαίτερων διατροφικών συνηθειών** της οικογένειας, και ιδίως των πιο αυστηρών και περιοριστικών εξ' αυτών (π.χ. vegan), το βρέφος θα πρέπει να λαμβάνει τα κα-



τάλληλα διατροφικά συμπληρώματα ώστε να εξασφαλιστεί ότι λαμβάνει επαρκή ποσότητα βιταμίνης B12, βιταμίνης D, σιδήρου, ψευδάργυρου, φυλλικού οξέος, ω-3 λιπαρών οξέων, πρωτεϊνών και ασβεστίου, ενώ παράλληλα να έχει τακτική παιδιατρική και διαιτολογική παρακολούθηση. Η ενημέρωση

είναι απαραίτητη ώστε οι γονείς να κατανοήσουν ότι οι δίαιτες αυτές δεν είναι διατροφικά επαρκείς και έχουν συγκεκριμένες ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά απαραίτητα για την ανάπτυξη του βρέφους και ως εκ τούτου οι συνέπειες της αποτυχίας να ακολουθήσουν τις συστάσεις για τη διατροφική επάρκεια της διαίτας του βρέφους είναι σοβαρές.

ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ ΤΟΝ 1ο ΧΡΟΝΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Φρέσκο, μη τροποποιημένο γάλα εμπορίου.

Αλάτι και τρόφιμα που το περιέχουν.

Ζάχαρη και τρόφιμα που την περιέχουν. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των γονέων-φροντιστών για τη μεγάλη συχνότητα τυποποιημένων/ βιομηχανοποιημένων τροφίμων στην αγορά που προωθούνται ως κατάλληλα για κατανάλωση από τα βρέφη, ενώ περιέχουν ζάχαρη, αλάτι ή trans λιπαρά οξέα (όπως ενδεικτικά, επιδόρπια γιαουρτιού, κρέμες, μπισκότα, γλυκίσματα κ.α.). Η εκπαίδευση για την ανάγνωση της διατροφικής σήμανσης των τυποποιημένων τροφίμων είναι σημαντική

Μέλι (μπορεί να περιέχει σπόρους του βακτηρίου *Clostridium Botulinum*, που αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της αλλαντίασης).

Χυμοί φρούτων (τυποποιημένοι ή φρέσκοι), **φρουτοποτά και αναψυκτικά**, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας τους σε πρόσθετα σάκχαρα.

Τσάι και άλλα αφεψήματα.

Ολόκληροι ξηροί καρποί ή ολόκληρα στρογγυλά φρούτα λόγω του κινδύνου πνιγμονής.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ, ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ, ΛΙΠΙΔΙΩΝ, ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΜΙΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΕΞΑΜΗΝΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Ο Π.Ο.Υ. αλλά και η Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA), συστήνουν μέση ημερήσια πρόσληψη ενέργειας ~600kcal (1 kcal = 1 θερμίδα) στους 6 μήνες, έως ~800 kcal στους 12 μήνες, ή αντίστοιχα 76-81 kcal/kg βάρους σώματος (ΒΣ)/ημέρα για τα κορίτσια 7-12 μηνών και 76-82 kcal/kg ΒΣ/ημέρα για τα αγόρια αντίστοιχης ηλικίας.

ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι μέσες ημερήσιες ανάγκες σε πρωτεΐνες κυμαίνονται από ~1,3 g/kg ΒΣ στους 6 μήνες σε ~1,14 g/kg ΒΣ στους 12 μήνες σύμφωνα με την EFSA (2017) και την Κοινή Έκθεση Εμπειρογνομώνων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Διεθνούς Οργάνωσης Τροφίμων και Γεωργίας και του Πανεπιστημίου των Ηνωμένων Εθνών (Report of a Joint WHO/FAO/UNU Expert Consultation, 2007). Στην ανωτέρω Έκθεση ωστόσο, σημειώνεται ότι, λίγο μεγαλύτερη ποσότητα πρωτεϊνών από την προτεινόμενη δεν αποτελεί πρόβλημα για την υγεία. Η ESPGHAN (Συστάσεις 2017) συστήνει η μέση ημερήσια πρόσληψη από πρωτεΐνες να μην ξεπερνά σε ποσοστό το 15% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης, διότι διαφορετικά αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης υπερβαρότητας και παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Η ποιότητα των πρωτεϊνών έχει σημαντικό ρόλο στη διατροφή του βρέφους.

ΛΙΠΙΔΙΑ

Το συνιστώμενο ποσοστό ενεργειακής πρόσληψης από τα λιπίδια κατά τον 2^ο εξάμηνο της ζωής κυμαίνεται από 35-40%. Τα προσλαμβανόμενα λιπίδια από τις στερεές τροφές πρέπει να **περιορίζουν τα κορεσμένα λιπαρά οξέα** (π.χ. λίπη ζωικής προέλευσης) σε ποσοστό <10% και να περιλαμβάνουν κυρίως τα **μονοακόρεστα (πχ ελαιόλαδο)** και τα **ω3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου**, με κύριο το δοκοσαεξα-

νοϊκό οξύ (100mg/ημέρα) και με βασικές πηγές τα μικρά λιπαρά ψάρια. Η πρόσληψη trans λιπαρών οξέων πρέπει να μειωθεί στο ελάχιστο δυνατό.

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Το συνιστώμενο ποσοστό ενεργειακής πρόσληψης από τους υδατάνθρακες κατά τον 1^ο χρόνο της ζωής είναι 45-60%. Συνιστάται η **μη χορήγηση σακχαρούχων ροφημάτων και μικρογευμάτων (σνακ) κατά τον 1^ο χρόνο της ζωής και η αποφυγή χορήγησης χυμών φρούτων ως ρόφημα**. Τα φρούτα συνιστάται να χορηγούνται σε ολόκληρη ή αλεσμένη μορφή (ανάλογα με την ηλικία του βρέφους) και μικρή μόνο ποσότητα χυμού φρούτων (π.χ. πορτοκάλι, λεμόνι) μπορεί να προστίθεται σε κάποιο γεύμα, με κύριο στόχο την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας του σιδήρου.

ΜΙΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Η **EFSA στην Αναφορά της το Δεκέμβριο 2017** συστήνει για το 2^ο εξάμηνο της ζωής μέση ημερήσια πρόσληψη **σιδήρου τα 11mg, ασβεστίου τα 280mg, βιταμίνης D τις 400 IU, βιταμίνης C τα 20mg και ψευδαργύρου τα 2,9mg**.

ΝΕΡΟ

Σύμφωνα με τις **πρόσφατες συστάσεις της EFSA (2017)** ημερήσια ποσότητα **800-1000 ml συνολικών υγρών** (νερού, γάλακτος, άλλων υγρών και τροφών που περιέχουν νερό) θεωρείται επαρκής για τα βρέφη κατά το 2ο εξάμηνο της ζωής.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΒΡΕΦΗ

Οι ανάγκες σε βιταμίνη D υπολογίζονται σε 400 IU ημερησίως για όλα τα βρέφη κατά το πρώτο έτος της ζωής. Το βρέφος που θηλάζει αποκλειστικά πρέπει να λαμβάνει εντός των πρώτων ημερών της ζωής του **400 IU βιταμίνης D / ημέρα** για όλο το πρώτο εξάμηνο αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Κατά το 2^ο εξάμηνο της ζωής, η ανάγκη χορήγησης βιταμίνης D και η δόση της εξατομικεύεται.

Όσον αφορά τη χορήγηση σιδήρου, με βάση την τρέχουσα επιστημονική τεκμηρίωση, τα τελειόμηνα, υγιή νεογνά, **με φυσιολογικό για την ηλικία κύησης βάρος γέννησης**, τα οποία θηλάζουν αποκλειστικά, **έχουν συνήθως επαρκείς αποθήκες σιδήρου** για το πρώτο εξάμηνο της ζωής και δεν απαιτείται συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου.

Με τη συμπλήρωση του 6^{ου} μήνα πρέπει να προστίθενται στη διατροφή τους στερεές τροφές, πλούσιες σε σίδηρο υψηλής βιοδιαθεσιμότητας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, **η καθυστερημένη απολίνωση ομφαλιού λώρου (>1 min και <3 min)**, βελτιώνει τις αποθήκες σιδήρου των βρεφών χωρίς να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στο νεογνό. Σε σύγκριση με τις διαιτητικές παρεμβάσεις, αυτή η πρακτική είναι εύκολη στην εφαρμογή σε επίπεδο πληθυσμού.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

Σύμφωνα με την εγκύκλιο Αρ. Πρωτ. Δ1β/ΓΠ 9031/31-1-2018, το Υπουργείο Υγείας, αναγνωρίζοντας την **αξία της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της παιδικής παχυσαρκίας**, καθώς και την ανάγκη εφαρμογής των ενδεδειγμένων εργαλείων αξιολόγησης που συστήνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, συνιστά σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που καλούνται να αξιολογήσουν την ανάπτυξη των βρεφών, νηπίων, παιδιών και εφήβων (όπως παιδίατρος, γενικούς γιατρούς, παθολόγους, επισκέπτες υγείας, μαίες-τες, διαιτολόγους κλπ), τη χρήση των **Πρότυπων Διαγραμμάτων Αύξησης και Διαγραμμάτων Αναφοράς του Π.Ο.Υ.** και της Διεθνούς Ομάδας Δράσης για την Παχυσαρκία, τα οποία περιλαμβάνονται στο νέο Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού (έκδοση 2017) και είναι διαθέσιμα στον παρακάτω σύνδεσμο: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/c388-egkyklio/5280-xrshsh-kampylwn-anaptykshs-neoy-bibliarioy-ygeias-toy-paidioy>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι. Μητρικός Θηλασμός: Οδηγός για επαγγελματίες υγείας. (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).
2. Γάκη, Ε. και συν. Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού. (2009).
3. Ηλιοδρομίτη, Ζ. και συν. Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα. (2018).
4. Agostoni, C. *et al.* Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 46, 99-110 (2008).
5. Alvisi, P. *et al.* Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Ital J Pediatr* 41, 36 (2015).
6. American Academy of Pediatrics. Starting Solid Foods. <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Starting-Solid-Foods.aspx>.
7. American Dietetic Association. Feeding Vegetarian and Vegan Infants and Toddlers. <https://www.eatright.org/food/nutrition/vegetarian-and-special-diets/feeding-vegetarian-and-vegan-infants-and-toddlers>.
8. Amit, M. Vegetarian diets in children and adolescents. *Paediatr Child Health* 15, 303-314 (2010).
9. Australian Society of Clinical Immunology and Allergy. ASCIA Information on how to introduce solid foods to babies for allergy prevention. <https://www.allergy.org.au/patients/allergy-prevention/ascia-how-to-introduce-solid-foods-to-babies>.
10. Brown, A. *et al.* Baby-Led Weaning: The Evidence to Date. *Curr Nutr Rep* 6, 148-156 (2017).
11. Bühner, C. *et al.* Nutrition of healthy infants. Recommendations of the Nutrition Committee of the German Pediatric Society. *Monatsschr Kinderheilkd* 162, 527-538 (2014).
12. California Department of Public Health. California Infant Feeding Guide. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CFH/DMAH/NUPA/Pages/California-Infant-Feeding-Guide.aspx> (2016).
13. Canadian Paediatric Society. Nutrition for Healthy Term Infants: Recommendations from Six to 24 Months. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infant-feeding/nutrition-healthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html> (2014).
14. De Cosmi, V. *et al.* Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients* 9, (2017).
15. Dewey, K. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. (2003).
16. EFSA. Scientific Opinion on establishing Food-Based Dietary Guidelines. *EFSA Journal* 8, 1460 (2010).
17. EFSA. Dietary Reference Values for nutrients Summary report. *EFSA Supporting Publications* 14, e15121E (2017).
18. European Network for Public Health Nutrition. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union. (2006).
19. Fangupo, L. J. *et al.* A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics* 138, (2016).
20. FAO/WHO/UNU. *Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation.* (2007).
21. Fewtrell, M. *et al.* Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 64, 119-132 (2017).
22. Fidler Mis, N. *et al.* Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 65, 681-696 (2017).

23. Fleischer, D. M., Spergel, J. M., Assa'ad, A. H. & Pongracic, J. A. Primary prevention of allergic disease through nutritional interventions. *J Allergy Clin Immunol Pract* 1, 29-36 (2013).
24. Food Safety Authority of Ireland. Best Practice for Infant Feeding in Ireland. (2011).
25. Garcia, A. L. *et al.* Types of fruits and vegetables used in commercial baby foods and their contribution to sugar content. *Matern Child Nutr* 12, 838-847 (2016).
26. Harris, G. & Coulthard, H. Early Eating Behaviours and Food Acceptance Revisited: Breastfeeding and Introduction of Complementary Foods as Predictive of Food Acceptance. *Curr Obes Rep* 5, 113-120 (2016).
27. Hörnell, A. *et al.* Protein intake from 0 to 18 years of age and its relation to health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. *Food Nutr Res* 57, (2013).
28. Kleinman, R. E., American Academy of Pediatrics & Committee on Nutrition. *Pediatric nutrition handbook*. (American Academy of Pediatrics, 2009).
29. Kramer, M. S. & Kakuma, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* CD003517 (2012) doi:10.1002/14651858.CD003517.pub2.
30. Maslin, K. & Venter, C. Nutritional aspects of commercially prepared infant foods in developed countries: a narrative review. *Nutrition Research Reviews* 30, 138-148 (2017).
31. Michaelsen, K. F. & Greer, F. R. Protein needs early in life and long-term health. *Am. J. Clin. Nutr.* 99, 718S-225 (2014).
32. Michaelsen, K. F. *et al.* Emerging issues in complementary feeding: Global aspects. *Matern Child Nutr* 13 Suppl 2, (2017).
33. *Feeding and nutrition of infants and young children: guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries*. (WHO, Regional Office for Europe, 2000).
34. Morison, B. J. *et al.* How different are baby-led weaning and conventional complementary feeding? A cross-sectional study of infants aged 6-8 months. *BMJ Open* 6, e010665 (2016).
35. National Health and Medical Research Council. Australian Dietary Guidelines. (2013).
36. National Health System, UK. Complementary Feeding. <https://www.nhs.uk/start4life/weaning/>.
37. Northstone, K. *et al.* Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet* 14, 43-54 (2001).
38. Prell, C. & Koletzko, B. Breastfeeding and Complementary Feeding. *Dtsch Arztebl Int* 113, 435-444 (2016).
39. Schwartz, C. *et al.* Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite* 57, 796-807 (2011).
40. Skinner, J. D. *et al.* Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc* 102, 1638-1647 (2002).
41. Smith, H. A. & Becker, G. E. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev* CD006462 (2016) doi:10.1002/14651858.CD006462.pub4.
42. Smithers, L. G. *et al.* Dietary patterns at 6, 15 and 24 months of age are associated with IQ at 8 years of age. *Eur. J. Epidemiol.* 27, 525-535 (2012).
43. Swedish National Food Agency. Good food for infants. (2012).
44. Szajewska, H. *et al.* Gluten Introduction and the Risk of Coeliac Disease: A Position Paper by the ESPGHANutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 62, 507-513 (2016).
45. Taylor, R. W. *et al.* Effect of a Baby-Led Approach to Complementary Feeding on Infant Growth and Overweight: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 171, 838-846 (2017).

46. USDA-FNS. Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). <https://www.fns.usda.gov/wic>.
47. *Global strategy for infant and young child feeding*. (WHO, 2003).
48. WHO. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. *J Paediatr Child Health* 40, 348-349 (2004).
49. WHO. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA*. (World Health Organization (WHO), 2008).
50. WHO. *Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. (World Health Organization, 2009).
51. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). (2014).
52. WHO. *Guideline: Sugars intake for adults and children*. (World Health Organization, 2015).
53. WHO. WHO and UNICEF issue new guidance to promote breastfeeding in health facilities globally. <https://www.who.int/news-room/detail/11-04-2018-who-and-unicef-issue-new-guidance-to-promote-breastfeeding-in-health-facilities-globally>.
54. WHO, Commission on Ending Childhood Obesity & World Health Organization. *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. (2016).
55. WHO, FAO. Preparation and use of food-based dietary guidelines - Report of a joint FAO/WHO consultation. <http://www.fao.org/3/X0243E/x0243e00.htm> (1996).
56. Wong, G. W. K. Preventing Food Allergy in Infancy—Early Consumption or Avoidance? *N. Engl. J. Med.* 374, 1783-1784 (2016).
57. Office de la Naissance and de l' Enfance, Bruxelles, Belgium, 2014. Office de la naissance et de l'enfance <https://www.one.be/public/cest-quoi-lone/about-us/>.

Οι παραπάνω συστάσεις αποτελούν γενικές διατροφικές οδηγίες για τα υγιή τελειόμηνα βρέφη, ωστόσο ο παιδίατρος θα κρίνει αν πρέπει να προσαρμόσει κάποιες από αυτές κατά την εφαρμογή τους με βάση τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες του εκάστοτε βρέφους.

Πηγές εικόνων: www.pixabay.com
<https://creativecommons.org/>