



Питание детей: от профилактики к здоровью

В ходе симпозиума эксперты обсудили особенности питания детей грудного возраста, благоприятное влияние на детский организм рационального введения прикорма. Особый акцент был сделан на использовании продуктов прикорма промышленного производства «ФрутоНяня» у детей раннего возраста.



Профессор, д.м.н.
С.В. Ахметова

Как отметила профессор школы общественного здоровья, биомедицины и фармации НАО «Медицинский университет Караганды», д.м.н. Светлана Владимировна АХМЕТОВА, надлежащее питание в грудном возрасте имеет решающее значение для здоровья человека в будущем. В связи с этим особый интерес представляют результаты пилотного исследования по оценке нутритивного статуса беременных, кормящих матерей и детей первых трех лет жизни. Целью исследования при поддержке АО «ПРОГРЕСС», проведенного в 2019 г. в Казахстане, стала оптимизация питания как одного из ключевых подходов к улучшению состояния здоровья населения. Применяемые методы исследования и этические вопросы соответствовали международным стандартам. Методом анкетирования проведен опрос не только среди беременных, кормящих матерей и родителей детей первых трех лет жизни, но также среди акушеров-гинекологов.

Как показали результаты опроса, практически во всех медицинских учреждениях (94%) функционируют школы подготовки к родам. Анализ частоты включения в обучающие

Состояние и перспективы вскармливания детей в Республике Казахстан

семинары для беременных вопросов о рациональном питании и вскармливании продемонстрировал, что схемы рационального питания беременных рассматриваются всеми врачами (100%), рационального питания кормящих матерей и вскармливания детей до года – большинством специалистов (70%), схемы введения прикорма – половиной из них (50%).

Какие вопросы чаще задают беременные/родильницы акушеру-гинекологу? В большинстве случаев они интересуются собственным рационом питания, преимуществами естественного и искусственного вскармливания.

Между тем, согласно данным опроса акушеров-гинекологов, рацион питания беременных/родильниц весьма далек от оптимального. В нем преобладают соленая и агрессивная пища, большое количество быстрых углеводов, газированные напитки и фастфуд, избыток мучных изделий, жирная и жареная пища. У многих отмечается нарушение режима питания, неконтролируемое потребление большого количества еды.

Полученные результаты соотносятся со статистическими данными потребления продуктов питания городским населением Республики Казахстан за 2016–2018 гг.: рацион среднестатистического жителя отличается избыточным количеством углеводов и жиров (более чем в два раза), умеренным дефицитом белков.

К распространенным явлениям можно отнести алиментарно-зависимые патологии у беременных. Большинство врачей отмечают, что беременные нередко страдают заболеваниями желудочно-кишечного

тракта (33%), эндокринной (24%), кроветворной и сердечно-сосудистой систем (16%).

Подавляющее большинство акушеров-гинекологов (75%) не дают беременным и кормящим матерям рекомендаций по питанию. Информацию о правильном питании женщины получают из телевизионных передач (28%), от других медицинских работников (23%), из интернета (20%).

Анализ обеспеченности среднесуточного рациона беременных/кормящих матерей основными пищевыми веществами и энергией показал двукратное превышение содержания сахара, что может быть чревато развитием инсулинорезистентности. Кроме того, выявлен избыток натрия, который может привести к развитию отека гладкой мускулатуры. Повышенные показатели магния и фосфора лишней раз подтверждают доминирование в рационе беременных/кормящих матерей соленой, жирной и жареной пищи.

Согласно официальной статистике, в Республике Казахстан 97% матерей детей первого года жизни придерживаются грудного вскармливания. Однако, по данным пилотного исследования, лишь 30% детей получают грудное молоко в течение 12 месяцев. Основные причины прекращения грудного вскармливания связаны с гипогалактией (53,2%), незначительной прибавкой веса (15,7%), отказом ребенка от груди (12,9%), выходом матери на работу (5,1%) и др. Опрос родителей о содержании бесед с медперсоналом первичного звена медико-санитарной помощи по вопросам рационального вскармливания детей первого года жизни



Сателлитный симпозиум АО «ПРОГРЕСС»

показал, что помимо информации о пользе грудного вскармливания в 70% случаев предоставляется информация о сроках и видах прикорма, но только в 15% случаев – о продуктах прикорма промышленного производства.

По мнению профессора С.В. Ахметовой, низкая информированность о продуктах промышленного производства для детей первых лет жизни объясняется принятием в стране программы интегрированного ведения болезней детского возраста и организации в поликлиниках специальных ресурсных центров для родителей по рациональному питанию детей раннего возраста, в которых проводится обучение по приготовлению блюд в домашних условиях.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, прикорм – это любые более плотные, чем грудное молоко или молочная смесь, пищевые продукты домашнего либо промышленного приготовления, дополняющие грудное молоко или молочную смесь у здорового ребенка после шести месяцев жизни и способствующие постепенному переводу ребенка на питание с общего стола. В 100% случаев врачи рекомендуют начинать первый прикорм в шесть месяцев. Между тем, согласно опро-

су матерей, фактический возраст введения первого прикорма в среднем составляет около 3,2 месяца, второго прикорма – четыре месяца, третьего – пять месяцев.

В большинстве случаев врачи рекомендуют начинать первый прикорм с овощного пюре (55,45%) либо с молочной каши (30,69%) или фруктового пюре (28,71%). Матери предпочитают в качестве первого прикорма вводить молоко, кефир, фруктовый сок, фруктовое пюре, и лишь 25% респондентов в качестве первого прикорма используют кашу. Среди продуктов второго прикорма лидируют овощное пюре, каша, творог и фруктовое пюре. В приоритете манная каша (80% случаев).

Итоговая оценка показала, что фруктовый сок и фруктовое пюре вводятся в рацион детей в возрасте 4,5 месяца, молоко, творог, каша и овощное пюре – в шесть месяцев, желток, кефир и айран – в семь месяцев, печенье – в восемь месяцев.

Более 73% врачей рекомендуют в качестве прикорма продукты домашнего приготовления, и только 17% опрошенных специалистов предпочитают отдавать продуктам промышленного производства.

Следует отметить, что продукты прикорма, приготовленные в до-

машних условиях, имеют ряд недостатков. Качество таких продуктов не всегда гарантировано, содержание в них полезных веществ, витаминов и макроэлементов обычно снижено.

Продукты прикорма промышленного производства для детей имеют несомненные преимущества. Речь идет о гарантии химической и микробиологической безопасности, гарантированном химическом составе и степени измельчения, соответствующим возрастным особенностям пищеварения, удобстве применения, разнообразии вкусов, высокой степени усвоения, высоким качеством и безопасности сырья.

В данном аспекте хорошо зарекомендовало себя российское АО «ПРОГРЕСС», выпускающее широкий ассортимент продуктов прикорма под торговой маркой «ФрутоНяня». Продукты прикорма «ФрутоНяня» характеризуются высоким качеством, безопасностью и хорошей переносимостью. «Более того, АО „ПРОГРЕСС“ – единственная компания, которая производит халяльную продукцию, соответствующую исламским нормам, что крайне актуально для нашей страны», – резюмировала профессор С.В. Ахметова.

Современные тренды в питании детей раннего возраста

По словам руководителя лаборатории возрастной нутрициологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», к.м.н. Екатерины Анатольевны ПЫРЬЕВОЙ, глобальной целью организации питания у детей раннего возраста является профилактика неинфекционных заболеваний (ожирение, сахарный диабет, аллергопатология и др.). Ее реализация возможна при поддержке грудного вскармливания, формировании правильного пищевого поведения, профилактике алиментарно-дефицитных состояний, контроле за поступлением критически значимых нутриентов. В настоящее время вопросы введения прикорма и следования норма-

тивам пищевых веществ в рационе питания детей первых лет жизни остаются дискуссионными. Прежде всего это касается нормы потребления белка, указанной в основных нормативных документах разных стран. В России, например, такие нормы несколько выше, чем в Европе, США, Японии и других странах. Е.А. Пырьева отметила корректность отечественных норм потребности в белке у детей первых лет жизни, установленных на основании утвержденных национальных рекомендаций по детскому питанию. Результаты проведенных в нашей стране исследований свидетельствуют о том, что уровень потребляемого белка детьми первых



К.м.н.
Е.А. Пырьева

лет жизни соответствует установленным в 2008 г. нормам физиологической потребности в белке. В то же время данные европейского исследования по оценке потребления белка детьми первых двух лет жизни



XXII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

показали, что у детей после 12 месяцев жизни его потребление в 3,5 раза превышает рекомендуемые нормы¹. Эти данные подтверждены результатами исследований, проведенных в разных европейских странах.

Исследование потребления детьми в возрасте 10–48 месяцев ($n = 1526$) пищевых веществ и энергии в Нидерландах показало превышение рекомендуемых норм потребления белка в 2,5–3,8 раза².

Результаты аналогичного финского исследования с участием 739 детей в возрасте 12 месяцев продемонстрировали превышение рекомендуемой нормы потребления белка в 2,5–3,2 раза³. В Италии также выявлены более высокие по сравнению с нормой уровни потребления белка у детей первого года жизни и в возрасте от года до четырех лет⁴.

В масштабном национальном перекрестном исследовании состояния и питания гражданского населения США (NHANES), организованном с целью разработки рекомендаций по питанию для различных групп населения, уровень потребления белка значительно превышал рекомендуемые нормы⁵. В исследовании FITS уровень потребления белка у детей в возрасте 12–24 месяцев был в 3,5 раза выше нормы⁶.

Белок – критический фактор пищевого программирования. Согласно американским практическим рекомендациям по питанию детей 6–11 месяцев жизни (2017 г.) и европейским практическим рекомендациям по назначению прикорма (2018 г.), введение высокобелковых продуктов прикорма разрешается после шести месяцев жизни.

Высокое потребление углеводов (свободных сахаридов) считается одним из факторов риска избыточного веса/ожирения, кариеса и других нежелательных явлений. Поэтому основной целью рационального питания является уменьшение потребления свободных сахаров до уровня менее 10% потребления энергии у детей старше двух лет и взрослых. Прежде всего рекомендуется избегать добавления сахара в продукты питания, предназначенные для детей первого года жизни. Следует учитывать, что к свободным сахарам относятся все моносахариды/дисахариды, добавленные к пищевым продуктам, а также естественно присутствующие в меде, сиропе, фруктовом соке.

В настоящее время наблюдается тенденция к использованию в детском питании вместо сахара природных подсластителей, имитирующих сладкий вкус, но не влияющих на энергетическую ценность рациона. Поскольку сторонников такого направления становится все больше, ведущие европейские и американские организации, занимающиеся вопросами детского питания, изучив возможность использования подсластителей с целью придания сладкого вкуса детской продукции, вынесли вердикт. Эксперты европейского комитета по питанию ESPGHAN (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) (2017 г.) предостерегают беременных и кормящих матерей от использования продуктов, содержащих дополнительные компоненты. На фоне их применения не исключены риск переедания, развитие хронических

заболеваний, обусловленных нарушением метаболизма глюкозы, снижение способности к обучению, негативное влияние на микробиоту, риск воспалительных заболеваний кишечника, повышение приверженности сладкому вкусу.

В опубликованных в 2019 г. рекомендациях Американской академии педиатрии и Американской диабетической ассоциации сказано, что не следует употреблять сладкие напитки с добавлением сахара и подсластителей, даже если они низкокалорийные.

Влияние низкокалорийных подсластителей недостаточно изучено. В связи с этим Американская академия педиатрии возражает против рутинного использования подсластителей при изготовлении продуктов для питания детей. Американская кардиологическая ассоциация также советует избегать употребления добавленных сахаров в пищевом рационе детей в возрасте до двух лет. Вместе с тем в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уточняется, что сокращение потребления добавленного сахара до 5% потребляемой энергии может быть сопряжено с дополнительными рисками для здоровья и негативными последствиями. Определенные изменения коснулись и национальной программы вскармливания детей первого года жизни, которые нашли отражение в обновленных рекомендациях по питанию детей в РФ (2019 г.). В чем их отличие от рекомендаций 2011 г.? Прежде всего в том, что в качестве первого прикорма в четырехмесячном возрасте можно использовать только

¹ *Damianidi L., Gruszfeld D., Verduci E. et al.* Protein intakes and their nutritional sources during the first 2 years of life: secondary data evaluation from the European Childhood Obesity Project // *Eur. J. Clin. Nutr.* 2016. Vol. 70. № 11. P. 1291–1297.

² *Goldbohm R.A., Rubingh C.M., Lanting C.I., Joosten K.F.M.* Food consumption and nutrient intake by children aged 10 to 48 months attending day care in the Netherlands // *Nutrients.* 2016. Vol. 8. № 7. P. 428.

³ *Hauta-alus H.H., Korkalo L., Holmlund-Suila E.M. et al.* Food and nutrient intake and nutrient sources in 1-year-old infants in Finland: a cross-sectional analysis // *Nutrients.* 2017. Vol. 9. № 12. P. 1309.

⁴ *Verduci E., Banderali G., Montanari C. et al.* Childhood dietary intake in Italy: the epidemiological 'MY FOOD DIARY' Survey // *Nutrients.* 2019. Vol. 11. № 5. pii: E1129.

⁵ *Ahluwalia N., Herrick K.A., Rossen L.M. et al.* Usual nutrient intakes of US infants and toddlers generally meet or exceed Dietary Reference Intakes: findings from NHANES 2009–2012 // *Am. J. Clin. Nutr.* 2016. Vol. 104. № 4. P. 1167–1174.

⁶ *Bailey R.L., Catellier D.J., Jun S. et al.* Total usual nutrient intakes of US children (under 48 months): Findings from the Feeding Infants and Toddlers Study (FITS) 2016 // *J. Nutr.* 2018. Vol. 148. Suppl. 3. P. 1557S–1566S.



Сателлитный симпозиум АО «ПРОГРЕСС»

овощное пюре или кашу. Знакомство с фруктовым соком как продуктом, богатым простыми углеводами, и творогом, являющимся источником молочного белка, отодвигается до восьми месяцев.

В последние годы в рационе питания детей первых трех лет жизни прочно закрепились специализированные продукты промышленного производства. Продукция гарантированного качества и безопасности, соответствующая принципам здорового питания и возрастным особенностям ребенка, позволяет соблюдать рекомендации по питанию, включая контроль за поступлением критически значимых нутриентов, осуществлять профилактику дефицитных состояний за счет обогащения. Это очень важно, поскольку в нашей стране только 18,4% детей обеспечены всеми витаминами, а сочетанный недостаток трех-четырёх витаминов отмечается у 44,9% детей. Безусловно, благоприятной современной тенденцией в производстве продуктов детского питания считаются снижение количества добавленных сахаров, соли, оптимизация жирового компонента (применение инновационных технологий и разрешенных компонентов для создания привлекательной органолептики), расширение ассортимента для обеспечения вкусового разнообразия, формирование здорового перекуса, интерес к органической продукции.

Бесспорным лидером на российском рынке производства продуктов детского питания признано АО «ПРОГРЕСС». Компания продолжает активно расширять линейку «ФрутоНяня» за счет новых видов сырья (чиа, киноа) и новых вкусовых сочетаний (фруктово-зерновое пюре «Мюсли и фрукты», пюре из яблок с натуральным экстрактом ванили и корицы «Шарлотка»).

Ассортимент продуктов прикорма на мясной и овощной основе торговой марки «ФрутоНяня» расширился за счет детских паштетов из говядины и индейки, супов-пюре из тыквы, картофеля, кабачков, брокколи, моркови.

По мнению Е.А. Пыревой, постоянно расширяющийся ассортимент вкусных и безопасных продуктов прикорма для детей первых лет жизни линейки «ФрутоНяня» помогает организовать рациональное и в то же время разнообразное питание.

Между тем около 73% родителей при выборе продукта для прикорма отдают предпочтение более сладким блюдам, которые дети едят с большим удовольствием из-за врожденного пристрастия к сладкому.

Под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ было проведено исследование продукции детского питания промышленного производства на соответствие принципам безопасности и приверженности здоровому питанию. Оценке подлежали

7955 продуктов из 516 европейских магазинов (Австрия, Болгария, Венгрия, Италия). Согласно полученным результатам, до 60% всех исследованных детских продуктов не отвечали требованиям к организации здорового питания по содержанию соли, сахара и консистенции. Не выполнялись и требования к маркировке и продвижению.

Россия – одна из немногих стран, предъявляющая высокие требования к качеству и безопасности продукции детского питания. Однако те или иные европейские маркетинговые решения способны сделать продукт непопулярным и у отечественного потребителя. Пример тому – обоснованная агрессивная политика в отношении пальмового масла. Точку в этом дискуссионном вопросе поставили эксперты ESPGHAN в 2019 г.⁷ Они пришли к выводу, что пальмовое масло может использоваться в производстве продукции детского питания при условии его соответствия жестким требованиям к качеству и безопасности.

Завершая выступление, Е.А. Пырева отметила, что перспективы совершенствования детского питания связаны с повышением его качества и безопасности, обеспечением преемственности в сфере его производства, контролем за маркетингом, повышением мотивации населения к приверженности здоровому питанию.

Питание детей раннего возраста – профилактика взрослых болезней

Руководитель неонатологической службы Морозовской детской городской клинической больницы, д.м.н., профессор Ирина Анатольевна БЕЛЯЕВА сфокусировала свое выступление на питании в первые 1000 дней жизни – от момента зачатия до двух лет. Для нашей страны, в которой смертность превышает рождаемость, крайне актуальна программа «Первые 1000 дней».

75% всех причин смерти взрослого населения РФ приходится на хронические неинфекционные заболевания. По данным Российской академии наук, 70% женщин и 60% мужчин имеют лишний вес и страдают связанными с ним заболеваниями – атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, гипертонией, сахарным диабетом. К сожалению, тенденция к снижению среди населения частоты метаболических рас-



Профессор, д.м.н.
И.А. Беляева

⁷ Bronsky J, Campoy C, Embleton N. et al. Palm oil and beta-palmitate in infant formula: a position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2019. Vol. 68. № 5. P. 742–760.



XXII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

стройств не прослеживается: только за 2015–2016 гг. первичная заболеваемость по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета увеличилась на 4,5%. Справедливости ради следует отметить, что эпидемия ожирения отмечается во всем мире. В промышленно развитых странах 25% детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет имеют увеличенные показатели веса. В целом частота избыточного веса или ожирения у детей и подростков достигает 12–15%.

В последнее время к основным составляющим метаболического синдрома, таким как абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к глюкозе с развитием сахарного диабета, артериальная гипертензия и атерогенная дислипидемия, добавились гиперурикемия, дисфункция фибринолиза, гиперандрогения, микроальбуминурия и жировой гепатоз. При этом у одного пациента могут регистрироваться сразу два-три компонента метаболического синдрома, а у каждого третьего подростка с ожирением отмечается либо артериальная гипертензия, либо сахарный диабет 2-го типа.

Последнее время клиническая манифестация метаболических нарушений отчетливо сдвигается на детский возраст. По оценкам, у 60–80% детей в возрасте 5–10 лет с избыточной массой тела имеют место эпизоды артериальной гипертензии, транзиторной гиперлипидемии и транзиторной гиперинсулинемии⁸.

Как известно, индивидуальный фенотип предрасположенности к метаболическим заболеваниям формируется под воздействием не только факторов наследственности, но и факторов окружающей среды. Подавляющее большинство мультифакториальных заболеваний с генетической предрасположенностью реализуется в постнатальном онтогенезе только при наличии предра-

сполагающих внешних факторов, среди которых фактор питания наиболее значимый. При этом особое значение он приобретает в так называемые критические периоды развития индивида («онтогенетические окна») – периоды наибольшей пластичности метаболических процессов и возможности «метаболического импринтинга» – запечатление направленности метаболических сдвигов. «Критические окна» предполагают воздействие на ребенка внутриутробно, а также в раннем постнатальном периоде. С учетом их открытия и была сформулирована концепция «Первые 1000 дней» (от зачатия до достижения двухлетнего возраста) – этапа онтогенеза или профилактического окна, вмешательства в котором за счет коррекции эпигенетических влияний способны существенно снизить риск импринтинга генетических и средовых факторов.

Условно период первых 1000 дней жизни можно разделить на три этапа: 1) пренатальный (0–270 дней); 2) грудное/искусственное вскармливание (270 дней – шесть месяцев); 3) комплементарное питание и осознанности питания в раннем детстве (шесть месяцев – два года).

Каждый из трех этапов сопряжен с факторами риска развития метаболических нарушений у ребенка. На пренатальном этапе преимущественную взаимосвязь с метаболическими процессами плода имеет нутритивный статус беременной. Установлено влияние веса матери во время беременности на состав кишечной микробиоты младенца⁹.

Высокий индекс массы тела матери (ИМТ ≥ 25 кг/м²) связан с высокой концентрацией бактериоидов, кластридий, стафилококков и более низкой концентрацией бифидобактерий в микробиоте их детей. Подобные нарушения могут стать факторами риска развития ожирения и других неинфекционных заболеваний.

Первым профилактическим шагом должно стать изменение пищевого поведения матери и отца: до планируемого зачатия и/или во время беременности рекомендуется сбалансированная диета с адекватным потреблением белков и жиров и предпочтительным содержанием в рационе фруктов и овощей.

Женщинам с избыточным весом или ожирением, планирующим беременность, целесообразно снизить вес до зачатия. Это позволит уменьшить собственный ИМТ и риск избыточного веса у детей в возрасте 13–24 месяцев. Наряду с пренатальными факторами способ родоразрешения играет принципиально важную роль в формировании последующих метаболических нарушений у ребенка и связан со здоровьем ребенка в будущем. Кесарево сечение ассоциируется с 45%-ным увеличением риска ожирения даже после корректировки других факторов риска.

Безусловно, роль кишечной микробиоты в формировании здорового организма переоценить сложно, а ее нарушение становится серьезным фактором развития будущих патологических процессов. Уже при рождении у детей, у которых впоследствии сформируется атопия, отмечаются сниженное содержание бифидобактерий и повышенный удельный вес условно патогенных бактерий. Не случайно прицельное воздействие на микробиоту (нутритивные стратегии, индивидуальный подбор пробиотиков) считается перспективным направлением профилактики атопии. В постнатальном онтогенезе решающее программирующее значение имеют темпы и качество постнатального роста. Быстрая прибавка веса в течение первого года жизни приводит к четырехкратному увеличению риска избыточного веса или ожирения в возрасте трех лет. Метаанализ десяти когортных исследований показал, что увеличение даже на одно стандартное отклоне-

⁸ Павловская Е.В., Багаева М.Э., Сурков А.Г. и др. Ожирение у детей: критерии диагностики и клинические проявления // Вопросы детской диетологии. 2012. Т. 10. № 3. С. 18–22.

⁹ Collado M.C., Isolauri E., Laitinen K., Salminen S. Effect of mother's weight on infant's microbiota acquisition, composition, and activity during early infancy: a prospective follow-up study initiated in early pregnancy // Am. J. Clin. Nutr. 2010. Vol. 92. № 5. P. 1023–1030.



Сателлитный симпозиум АО «ПРОГРЕСС»

ние каждого прироста веса от рождения до одного года увеличивает в два раза риск избыточного веса или ожирения в детском возрасте и на 23% – в зрелом возрасте¹⁰.

Особую группу риска составляют недоношенные. Прирост массы к длине в период от рождения до достижения возраста доношенности и в течение первых трех месяцев после срока доношенности положительно коррелирует с процентным содержанием жира и окружностью талии в 21 год, а также с уровнем общего холестерина и липопротеинов низкой плотности. Соответственно недоношенные с быстрым темпом увеличения массы тела в этом критическом периоде имеют высокий процент жировых отложений, окружности талии и инсулиновый ответ в 21 год. Подтверждение тому – результаты российского исследования нутритивного статуса недоношенных методом воздушной плетизмографии¹¹. У недоношенных по достижении возраста доношенности процент жира в составе ткани значительно выше, чем у доношенных детей.

Таким образом, контроль за увеличением веса в течение первого года жизни может быть средством профилактики ожирения.

Второй профилактический шаг предполагает контроль во время беременности, при рождении и в раннем возрасте за изменением состава тела, что крайне важно для мониторинга роста ребенка. Особое внимание должно уделяться детям как с низким, так и с высоким весом при рождении, имеющим ускоренный рост в младенчестве и высокий ИМТ в детском воз-

расте, что сопровождается высоким риском ожирения в зрелом возрасте. В качестве третьего профилактического шага рассматривают грудное вскармливание – главную составляющую парадигмы «Первые 1000 дней». Доказан профилактический эффект грудного вскармливания в снижении риска сердечно-сосудистых заболеваний, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ожирения, сахарного диабета 2-го типа. Каждый месяц грудного вскармливания на первом году жизни обеспечивает снижение риска отсроченного ожирения или избыточного веса на 4%¹². Как показали результаты собственных исследований, недоношенные, находившиеся на грудном вскармливании, имели в составе тканей тела меньше жира, чем недоношенные, получавшие молочную смесь¹¹. Грудное вскармливание обеспечивает сбалансированное поступление белка и калорий. Дети на грудном вскармливании быстрее адаптируются к растительному прикорму, что сокращает калорийную нагрузку впоследствии.

Безусловно, важным «критическим окном» программирования здоровья ребенка является период введения прикорма. К факторам программирования относятся возраст введения прикорма, тип и количество продуктов прикорма, их состав. Прикорм – предиктор установления пищевого поведения на всю жизнь, формирующий пищевые привычки, вкусовые предпочтения, что очень важно для здоровья и полноценного развития в дальнейшем.

Раннее введение прикорма (до четырех месяцев) чревато увеличением индек-

са массы тела на втором году жизни. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, ранний прикорм повышает риск ожирения в возрасте трех лет в шесть раз¹³. Задержка введения прикорма (более шести месяцев) не влияет на метаболизм, но увеличивает риск анемии¹⁴. Поэтому, согласно рекомендациям ESPGHAN, прикорм вводится не ранее 17 недель (четыре-пять месяцев) и не позднее 26 недель (шесть месяцев), желателно на фоне продолжающегося грудного вскармливания¹⁵.

Для недоношенных строгие рекомендации по срокам введения прикорма отсутствуют. Но, по мнению специалистов, большинство недоношенных готовы к прикорму в возрасте от пяти до восьми месяцев постнатального возраста при условии, что они достигли по крайней мере трех месяцев (13 недель) скорректированного возраста¹⁶.

В период, когда ребенок «учится есть», важно формировать у него правильные вкусовые предпочтения. Младенцам надо предлагать разнообразную диету, включающую продукты разного вкуса и консистенции, включая горькие зеленые овощи. Увеличение потребления фруктов и овощей способно впоследствии снизить риск сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний¹⁵. В то же время потребление добавленных сахаров, то есть сахаров, добавляемых в пищу и напитки в процессе обработки и приготовления, или свободных сахаров, особенно в жидкостях, ассоциируется с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых¹⁷.

¹⁰ Druet C., Stettler N., Sharp S. et al. Prediction of childhood obesity by infancy weight gain: an individual-level meta-analysis // Paediatr. Perinat. Epidemiol. 2012. Vol. 26. № 1. P. 19–26.

¹¹ Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А. и др. Оценка нутритивного статуса недоношенных детей методом воздушной плетизмографии: первое российское проспективное наблюдение // Вестник Российской академии медицинских наук. 2013. Т. 68. № 4. С. 10–16.

¹² Harder T., Bergmann R., Kallischnigg G., Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis // Am. J. Epidemiol. 2005. Vol. 162. № 5. P. 397–403.

¹³ Huh S.Y., Rifas-Shiman S.L., Taveras E.M. et al. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children // Pediatrics. 2011. Vol. 127. № 3. P. e544–551.

¹⁴ Qasem W., Fenton T., Friel J. Age of introduction of first complementary feeding for infants: a systematic review // BMC Pediatr. 2015. Vol. 15. ID 107.

¹⁵ Fewtrell M., Bronsky J., Campoy C. 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. 2017. Vol. 64. № 1. P. 119–132.

¹⁶ Palmer D.J., Makrides M. Introducing solid foods to preterm infants in developed countries // Ann. Nutr. Metab. 2012. Vol. 60. Suppl. 2. P. 31–38.

¹⁷ Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva, Switzerland, 2015 // apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1.



XXII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии»

В американском исследовании NHANES (2009–2014 гг.) уровень потребления свободного сахара превышал рекомендуемый на 10% от общего потребления даже в течение первого года жизни. Причем потребление быстро нарастало с младенчества до двух лет¹⁸.

Во французском когортном исследовании ELFE введение прикорма ранее четырех месяцев ассоциировалось с более высоким потреблением добавленного сахара и соли. В целом от начала введения прикорма до десяти месяцев жизни 35% детей получали добавки сахара и 30% детей – добавки соли¹⁹.

ВОЗ рекомендует запретить добавление сахаров и других подсластителей во все продукты промышленного производства для детского питания. С этим согласно Европейское общество гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, которое призывает не добавлять сахар или соль в продукты прикорма и фруктовые соки, избегать использования подслащенных сахаром напитков. Аналогичная позиция представлена в Национальной программе вскармливания детей в Российской Федерации.

Основные требования к продуктам прикорма для профилактики формирования хронических болезней у детей группы риска предусматривают:

- ✓ отсутствие пищевых аллергенов с высоким сенсибилизирующим потенциалом («большая восьмерка» пищевых антигенов);
- ✓ соответствие консистенции, гомогенности возрастным физиологическим особенностям ребенка;
- ✓ производство из натурального, экологически чистого сырья;
- ✓ отсутствие ГМО, красителей, ароматизаторов, консервантов, загустителей и сахара.

Перечисленным требованиям соответствуют продукты первого прикорма «Первый выбор» линейки

«ФрутоНяня». Гипоаллергенные продукты «Первый выбор» включают в себя однокомпонентные овощные пюре (брокколи, цветная капуста, кабачки), фруктовое пюре (яблочное и грушевое), мясное пюре (индейка и кролик), сухие безмолочные каши (рисовая и гречневая), сок (яблочный и грушевый) и детскую воду «ФрутоНяня».

Благодаря продуктам торговой марки «ФрутоНяня» первый прикорм становится безопасным. Изготовленное по новой рецептуре фруктовое пюре для детей более старшего возраста не содержит добавленных сахаров, что крайне важно для здорового питания ребенка.

Сегодня АО «ПРОГРЕСС» выпускает фруктовое пюре ORGANIC. Для изготовления органической продукции используется сырье высокого качества. Речь идет о бережном отношении к почве (не обрабатывается химикатами ни до, ни во время посадки), использовании только натуральных удобрений и открытого грунта, ручной сборке и сортировке спелых плодов. Сертификаты на органическую продукцию делают возможным ее применение в детской популяции.

Заключение

Правильно организованное питание детей раннего возраста позволяет предупредить развитие ряда неинфекционных заболеваний впоследствии. В качестве прикорма рекомендуются продукты промышленного производства, характеризующиеся оптимальным содержанием полезных веществ, микробиологической безопасностью и высоким качеством. Таким критериям отвечают продукты питания для детей первых лет жизни торговой марки «ФрутоНяня».

Введение прикорма начинают с однокомпонентных гипоаллерген-

ные продукты торговой марки «ФрутоНяня» отвечают единым санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям к продукции, подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору, а также техническому регламенту Таможенного союза.

Безопасность и переносимость продуктов прикорма «ФрутоНяня» оценивали в ряде клинических исследований с участием детей первого года жизни, в том числе детей с легкими начальными кожными проявлениями аллергии, у которых не было противопоказаний к введению изучаемых продуктов. Показано, что продукты прикорма «ФрутоНяня» обеспечивают адекватное физическое развитие (нормальная прибавка массы и длины тела) при хорошей переносимости и усвояемости, а также низкой иммуногенности (отсутствие специфических IgE в сыворотке крови).

Подводя итог, профессор И.А. Беляева подчеркнула, что оптимальные сроки введения и рациональное использование блюд прикорма – важный программирующий фактор снижения риска хронических метаболических заболеваний у детей и подростков.

ных овощных пюре «ФрутоНяня» из брокколи, цветной капусты, кабачков либо с гипоаллергенной безмолочной кашей – рисовой или гречневой. По достижении ребенком шестимесячного возраста рацион питания расширяют за счет продуктов «Первого выбора».

Широкий ассортимент вкусных и безопасных продуктов прикорма «ФрутоНяня» соответствует принципам здорового питания и возрастным особенностям ребенка, позволяет соблюдать рекомендации по питанию и делает пищевой рацион разнообразным. ✨

¹⁸ Wang Y., Guglielmo D., Welsh J.A. et al. Consumption of sugars, saturated fat, and sodium among US children from infancy through preschool age, NHANES 2009–2014 // Am. J. Clin. Nutr. 2018. Vol. 108. № 4. P. 868–877.

¹⁹ Bournez M., Ksiazek E., Charles M.A. et al. Frequency of use of added sugar, salt, and fat in infant foods up to 10 months in the nationwide ELFE cohort study: associated infant feeding and caregiving practices // Nutrients. 2019. Vol. 11. № 4. pii: E733.