



Питание детей первого года жизни: актуальные вопросы. Консилиум экспертов

Питание является одним из важнейших факторов, характеризующих степень адаптации ребенка к внешнему миру и определяющих возможности роста и развития детского организма. Вопросам питания детей первого года жизни был посвящен круглый стол-дискуссия, организованный компанией «ФРИСЛАНДКАМПИНА РУ» в рамках XIX Конгресса педиатров России (Москва, 12 февраля 2016 г.). В дискуссии приняли участие ведущие эксперты в области педиатрии, детской нутрициологии и педагогики: профессор, д.м.н. Татьяна Эдуардовна БОРОВИК, профессор, д.м.н. Вера Алексеевна СКВОРЦОВА, профессор, д.м.н. Тамара Владимировна БЕЛОУСОВА, д.п.н. Светлана Борисовна ЛАЗУРЕНКО, к.м.н. Наталья Георгиевна ЗВОНКОВА, к.м.н. Ольга Леонидовна ЛУКОЯНОВА. Они рассмотрели особенности вскармливания недоношенных детей, вопросы профилактики и диетотерапии пищевой аллергии, профилактики и коррекции дефицитных состояний, функциональных расстройств пищеварения, формирования правильного пищевого поведения.

Особенности вскармливания недоношенных детей

В течение последних десятилетий, благодаря развитию технологий выхаживания, наблюдается тенденция к увеличению выживаемости недоношенных новорожденных, в том числе глубоко-недоношенных. По данным ведущей кафедрой педиатрии с курсом неонатологии Новосибирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессора Т.В. Белоусовой, в Новосибирской области показатели выживаемости новорожденных с массой тела 500–744 г в 2015 г. составили 72%, с очень низкой массой тела (ОНМТ) – 95%. Современные технологии базового ухода за новорожденными с ОНМТ и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) предусматривают форсированное введение питательных веществ с целью коррекции дефицита питания сразу после рождения. Адекватное и сбалансированное питание ребенка в неонатальном возрасте позволяет обеспечить оптимальный рост и развитие в дальнейшем. «Агрессивная» тактика парентерального и энтерального питания,

на которую хорошо реагируют недоношенные с ОНМТ/ЭНМТ, способствует эффективному снижению частоты приобретенного дефицита питания и увеличению постнатального роста. Внедрение такой тактики стало возможно благодаря развитию высоких технологий интенсивной терапии новорожденных и совершенствованию состава питательных субстратов. Речь прежде всего идет о питательных субстратах, смесях с большим содержанием белка, поскольку скорость роста мозга и познавательная функция у недоношенных напрямую связаны с потреблением белка в течение неонатального периода.

Темпы роста ребенка влияют на его общую заболеваемость: по сравнению с ребенком первого месяца жизни с прибавкой массы тела 21 г/кг/сут у ребенка с прибавкой веса 12 г/кг/сут в пять раз выше риск заболеваемости некротическим энтероколитом, на 30% выше риск развития сепсиса. У большинства недоношенных с замедленным ростом после выписки

из стационара имеет место дефицит нутриентов.

Зависимые состояния проявляются в виде недостаточности питания, анемии, дефицита витаминов и минералов, задержки психомоторного развития, нарушения пищеварения, в том числе функционального (запоры, колики, метеоризм) характера.

Замедление роста после рождения отмечается в 60–100% случаев преждевременных родов в мире. По данным литературы, к 36 неделям постконцептуального возраста практически у 90% детей отмечаются низкие показатели массы и длины тела, которые у 40% пациентов сохраняются до полутора-двух лет.

Компонентный состав тела у недоношенных при выписке обычно нарушен из-за снижения тощей массы тела и увеличения общего и внутрибрюшного ожирения. Это обусловлено дисбалансом в потреблении белка/энергии в стационаре и ранним недостаточным питанием, особенно у детей с ЭНМТ. Оценка моторного развития при выписке из стационара свидетельствует о низком развитии у 29% недоношенных, недостатке пси-



Сателлитный симпозиум компании «ФРИСЛАНДКАМПИНА РУ»

хического развития – у 22%. Большинство этих проблем, по мнению специалистов, разрабатывающих стратегию питания детей, связано с недостаточным поступлением в организм белка.

Можно ли при таком положении дел рассчитывать на более позитивный результат? Безусловно, можно. Согласно данным австрийского ученого Анны Бергер, опубликованным в 2013 г., у 69–71% детей с гестационным возрастом при рождении 23–24 недели наблюдается нормальное психическое развитие на первом году жизни, если они в течение этого периода находились под постоянным междисциплинарным врачебным контролем и получали оптимальное питание.

Чтобы оптимизировать питание недоношенных, неонатологи и педиатры должны ориентироваться на определенные массо-ростовые показатели.

Старший научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребенка Научного центра здоровья детей (НЦЗД), к.м.н. О.Л. Лукоянова в своем выступлении сделала акцент на основных критериях оценки физического развития недоношенных. Она привела определение терминов, которыми должен владеть участковый педиатр.

Под гестационным возрастом (ГВ) понимают количество полных недель от момента зачатия до родов, под постнатальным возрастом (паспортным, хронологическим, фактическим) – возраст ребенка с момента рождения, под постконцептуальным – сумму гестационного и постнатального возрастов, под скорректированным (скорригированным) – разницу между постнатальным возрастом и сроком (недели), на который ребенок недоношен.

Для оценки физического развития недоношенных с момента рождения до десяти недель постнатального возраста (50 недель постконцептуального возраста) применяется высокоточная шкала Фентона. Развитие недоношенных

старше десяти недель постнатального возраста оценивают по стандартным шкалам Всемирной организации здравоохранения или центильным таблицам.

Чтобы рассчитать скорректированный возраст (СВ), необходимо из суммы постнатального возраста (ПНВ) и гестационного возраста вычесть 40 недель (нормальная продолжительность беременности): $СВ = (ПНВ + ГВ) - 40$ недель.

Скорректированный возраст можно также рассчитать по формуле: $СВ = ПНВ - \text{срок недоношенности (40 недель - ГВ)}$.

О.Л. Лукоянова на конкретных примерах проиллюстрировала, как оценивать физическое развитие недоношенных с учетом скорректированного возраста.

Девочка, семь месяцев, родилась на сроке 27 недель. Масса тела – 5 кг, длина – 60 см. Постнатальный возраст – семь месяцев (30 недель), гестационный – 27 недель, срок недоношенности – 13 недель (40 - 27), или три месяца. Скорректированный возраст – 17 недель (30 + 27 - 40), или четыре месяца (7 - 3). Таким образом, скорректированный возраст семимесячной девочки равен четырём месяцам.

При оценке антропометрических показателей с использованием центильной таблицы физического развития девочек от нуля до 17 лет показатели роста и веса пациентки соотносят с учетом скорректированного четырехмесячного возраста. Рост девочки соответствует скорректированному возрасту (25%), имеет место небольшой дефицит массы тела относительно скорректированного возраста (3%) и дефицит массы тела относительно роста.

Рекомендации специалиста: на фоне дальнейшего введения продуктов прикорма ребенок нуждается в специализированном питании для недоношенных.

Как долго нужно учитывать скорректированный возраст?

По словам О.Л. Лукояновой, скорректированный возраст учитывается:

- до 3–6 месяцев – для детей, рожденных на 33–36-й неделе гестации;
- до 6–12 месяцев – для рожденных на 30–32-й неделе;
- до полутора лет – для рожденных на 27–29-й неделе;
- до двух лет – для рожденных до 27-й недели.

Темпы догоняющего роста служат важным критерием эффективности назначенного специализированного питания, и они должны быть «быстрее в самом начале пути». Например, у ребенка, родившегося на 30-й неделе гестации со сроком недоношенности минус десять недель, отставание должно сократиться примерно на пять недель в первые четыре месяца жизни. К году ребенок должен догнать своих ровесников по физическому развитию.

Между тем антропометрические данные не могут быть единственным критерием оценки нутритивного статуса, поскольку не отражают компонентного состава тела человека. Как отметила главный научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребенка НЦЗД, д.м.н., профессор В.А. Скворцова, преждевременные роды прерывают внутриутробное развитие ребенка в момент наивысшей скорости роста. Поэтому проблема оптимального получения нутриентов недоношенными крайне актуальна.

Современные данные служат неоспоримым основанием для использования материнского молока в системе выхаживания таких детей. Однако в грудном молоке содержание ряда питательных веществ намного ниже необходимого уровня. Как следствие – недостаточная прибавка массы тела, снижение уровня мочевины, кальция и фосфора, субоптимальный статус по микроэлементам, недостаточная минерализация костной ткани, рахит (40% детей).

В.А. Скворцова обратила внимание аудитории на недостаточность использования только материнского молока и кратковременного

недоедание



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

недоношенность

применения специализированной смеси для обеспечения недоношенных необходимыми питательными веществами. Так, результаты обследования троих детей, поступивших в НЦЗД, показали уровень белка, мочевины и кальция ниже границы нормы, отставание в весе и росте. После выписки из стационара рекомендуется индивидуальный подход к питанию ребенка. Но зачастую многие врачи переводят глубоко недоношенных, независимо от массы тела при рождении, на стандартные смеси. Их использование приводит к снижению минерализации костных тканей и увеличению веса тела, в значительной степени за счет жировой ткани, а не тощей массы.

Если основным источником питания ребенка при выписке из стационара было материнское молоко, то грудное вскармливание необходимо поддерживать в качестве предпочтительного метода питания и после выписки. Но без дополнительного обогащения грудное молоко не соответствует повышенной потребности недоношенных, поэтому обогатители грудного молока следует использовать достаточно долго.

Для недоношенных, находящихся на смешанном или искусственном вскармливании, предусмотрено три вида специализированных смесей. Первый представлен смесями с максимальным содержанием белка – 2,6–2,8 г/100 мл и предназначен для детей с ОНМТ и ЭНМТ – менее 1500 г. Не следует назначать смесь с максимальным содержанием белка детям, родившимся с более высокой массой тела (более 1800 г), поскольку избыток белка чреват отдаленными негативными последствиями. Второй вид представлен смесями, содержащими белок в количестве 2,2 г/100 мл. Такие смеси необходимо давать детям, которые родились с массой тела более 1,5 кг. Третий вид – смеси с уровнем белка 1,9–2,0 г/100 мл, предусмотренные для недоношенных после выписки (postdischarge). Как долго обогащать рацион недоношенных?

В.А. Скворцова предложила следовать схеме, разработанной сотрудниками отделения питания здорового и больного ребенка НЦЗД:

- ребенок, родившийся на 22–28-й неделе гестации с ЭНМТ, должен получать обогащенное питание до 52 недель постконцептуального возраста, или в течение 5,5–7 месяцев;
- ребенок, родившийся после 32-й недели с массой тела около 1700 г, должен получать обогащенное питание до 40 недель постконцептуального возраста, или до достижения массы тела 2,5–3 кг.

Для вскармливания ребенка с ЭНМТ рекомендуются смеси с максимальным содержанием белка. Ребенка, достигшего массы тела 1500 г, переводят на смеси с уровнем белка 2,2 г/100 мл. При достижении ребенком массы тела 2000–2500 г можно постепенно вводить стандартные смеси. Если ребенок родился после 32-й недели гестации с массой тела более 1700 г, обогащенное питание в виде смеси с уровнем белка 2,2 г/100 мл он получает на протяжении восьми недель, после чего его переводят на стандартные смеси.

Подавляющее большинство недоношенных имеют вегетативно-висцеральные нарушения. Именно поэтому, по мнению профессора Т.В. Белоусовой, питание подбирают исключительно персонализированным способом. В подтверждение тому она привела случай из клинической практики.

У пациента с задержкой роста, особыми потребностями наблюдаются срыгивания и запоры. Из анамнеза известно, что ребенок родился с ЭНМТ на 28-й неделе гестации с асфиксией, 85 первых дней жизни провел в реанимации. На момент выписки – 40 недель постконцептуального возраста, масса тела – 2600 г, средняя прибавка – 18 г/сут, длина тела – 49 см, прирост окружности головы – 6 см. По таблице Фентона параметры физического развития низкие – в пределах 5-го перцентиля.

У ребенка целый спектр заболеваний: тяжелая бронхолегочная дисплазия, транзиторный гипокортицизм, синдром холестаза, перинатальное поражение центральной нервной системы. Отмечаются функциональные расстройства пищеварения: срыгивания (4 балла), запоры. Как врачу-педиатру персонализировать питание такого пациента? По мнению профессора Т.В. Белоусовой, сначала необходимо рассчитать объем питания (калорийный метод) в сутки по ПРЕ-формуле, предусматривающей содержание белка 2,2 г/100 мл и калорийность 80 ккал/100 мл: $2600 \text{ г} \times 130 : 80 = 415 \text{ мл}$. Исходя из потребности ребенка в белке (3 г/кг/сут) и калоража (130 ккал/кг/сут) при использовании выбранной ПРЕ-смеси в полном объеме ребенок получит на 1,5 г белка в сутки больше необходимой нормы. Поэтому надо заменить 75 мл ПРЕ-формулы на стандартную формулу. Для данного недоношенного ребенка с задержкой роста, особыми потребностями, множественными патологиями и пищеварительными дисфункциями нужно использовать специализированную сывороточно-предоминантную формулу, созданную на основе базовой с включением дополнительных компонентов. «Мы взяли за основу специализированную сывороточную формулу, содержащую камедь, обогащенную нуклеотидами, пребиотиками, длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами и другими компонентами. Ее выпускает один из мировых лидеров по производству детского питания – компания ФРИСЛАНДКАМПИНА», – уточнила профессор Т.В. Белоусова. В итоге для недоношенного с задержкой роста, особыми потребностями и пищеварительными дисфункциями (срыгивания, запоры) был разработан такой алгоритм питания: основная формула ПРЕ-смесь – 340 мл/сут по 50 мл семь раз в сутки плюс дополнительно на каждое кормление 10 мл камедьсодержащей сывороточной смеси.



Сателлитный симпозиум компании «ФРИСЛАНДКАМПИНА РУ»

Выбор лечебных смесей при пищевой аллергии

Пищевая аллергия является одной из актуальных проблем детского возраста. Это обусловлено не только трудностями диагностики. Важно правильно подобрать лечебную смесь для детей раннего возраста, страдающих пищевой аллергией. Решить эти вопросы помогают разработанные в последние годы российские и международные согласительные документы по ведению детей с пищевой аллергией. На это обратила внимание участница круглого стола заведующая отделением питания здорового и больного ребенка НИЦЗД, д.м.н., профессор Т.Э. Боровик.

Пищевая аллергия – это патологическая реакция, которая обусловлена приемом пищевого продукта и в основе которой лежат иммунные механизмы. Они могут быть как IgE-опосредованными, так и не IgE-опосредованными. Пищевой аллергией страдают около 11–26 млн человек европейской популяции, 10–12 млн жителей США, из них 3 млн детей. В настоящее время отмечается нарастание второй волны эпидемии аллергии, представленной пищевой аллергией.

Пищевая аллергия – многоликое заболевание, характеризующееся полиморфизмом. Ее наиболее заметными проявлениями у детей раннего возраста считаются изменения на коже различного характера. Практически всегда аллергические реакции на пищу сопровождаются реакциями со стороны желудочно-кишечного тракта – обильным срыгиванием, рвотой, коликами, запором или жидким стулом, иногда с примесью слизи и крови. Нередко в клинической практике наблюдаются респираторные симптомы пищевой аллергии. Они могут быть IgE-опосредованными (острый бронхоспазм, бронхиальная астма, аллергический ринит) и не IgE-опосредованными (легочный гемосидероз).

Основным аллергеном, вызывающим развитие пищевой аллергии

у детей первого года жизни, является белок коровьего молока (БКМ). Практически любой белковый компонент молока способен вызвать сенсибилизацию. Причем все известные аллергены молока не утрачивают биологическую активность после его кипячения, пастеризации, ультравысокой температурной обработки или сушки.

Выбирая смесь для детей с аллергией к БКМ, следует учитывать вид вскармливания. Грудное вскармливание наиболее благоприятно для ребенка. Развитие аллергии к БКМ у детей, находящихся на естественном вскармливании, связывают с чрезмерным употреблением матерью во время беременности и в период лактации цельного коровьего молока и его производных. Поэтому при подозрении на наличие аллергии к БКМ у ребенка, находящегося на естественном вскармливании, проводят диетодиагностику. При выявлении аллергии к БКМ из рациона кормящей матери исключаются коровье молоко и его производные, а при множественной аллергии у ребенка ей назначается индивидуальная гипоаллергенная диета.

В случае искусственного или смешанного вскармливания у больных пищевой аллергией могут быть использованы только смеси на основе высокогидролизованного белка и свободных аминокислот. Лечебные смеси на основе высокогидролизованного белка являются продуктом первого выбора. По показаниям лечение можно начинать либо с продуктов, созданных на основе глубокого гидролизата казеина, либо с продуктов, созданных на основе высокогидролизованных сывороточных белков.

Аминокислотные смеси применяются при неэффективности гидролизатов, а также могут являться продуктом первого выбора при анафилаксии в анамнезе, не IgE-ассоциированных формах и гастроинтестинальных проявлениях

пищевой аллергии. Необходимо помнить, что гидролизаты белков могут вызывать ранние (до 12 часов после приема продукта) и отсроченные (после 12 часов) клинические реакции, аминокислотные смеси – только отсроченные.

Всем детям с симптомами аллергии к БКМ рекомендуется назначать лечебную смесь с полной заменой переносимой смеси. Продукт вводят в небольшом количестве (15–30 мл), затем увеличивают объем до необходимого в течение трех – пяти дней. Важный момент: введение лечебных продуктов следует строго контролировать в течение нескольких дней, чтобы зафиксировать их переносимость.

В НИЦЗД было проведено сравнительное исследование, посвященное оценке клинических свойств смеси, созданной на основе глубокого гидролизата казеина, и смеси на основе гидролизата сывороточных белков со сниженным содержанием лактозы, и разработана схема применения лечебных и профилактических смесей на различных этапах диетотерапии пищевой аллергии. Лечебная смесь на основе глубокого гидролизата казеина используется при тяжелых и среднетяжелых проявлениях пищевой аллергии, смесь на основе высокого гидролизата сывороточных белков – при среднетяжелых и легких проявлениях. При наличии положительного эффекта, на этапе расширения рациона, осуществляется перевод с гидролизата сывороточных белков на гипоаллергенную смесь (ГА-смесь).

Как долго проводить диетотерапию лечебными смесями?

При IgE-опосредованной аллергии лечебное питание назначается на срок не менее шести месяцев. В случае тяжелых проявлений аллергии с немедленной IgE-опосредованной реакцией диетотерапия проводится до 12–18-месячного возраста.

Согласно современным отечественным и международным подходам, смеси на основе соевого белка не относятся к продуктам первого выбора и не рекомендованы для лечения

недиагностируемая



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

детей в возрасте до шести месяцев с аллергией к БКМ, тем не менее могут быть использованы при отказе ребенка от гидролизата и в случае экономических показаний.

Профессор Т.Э. Боровик отметила, что продукты на основе немодифицированных (негидролизированных) белков, в частности, козьего или овечьего молока, не применяются для лечения аллергии к БКМ вследствие высокого риска развития тяжелых перекрестных реакций. Смеси на основе частично гидролизованного белка (ГА-смеси) рекомендованы в целях профилактики аллергии у детей из группы высокого риска по ее развитию.

В продолжение темы старший научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребенка НЦЗД, к.м.н. Н.Г. Звонкова предложила участникам круглого стола на основании нескольких примеров из рутинной клинической практики провести своеобразную работу над ошибками.

Пример 1. Ребенок в возрасте шести месяцев с эритематозно-сквамозными высыпаниями на коже. Анамнез отягощен пищевой аллергией у матери. До двухмесячного возраста ребенок находился исключительно на грудном вскармливании, но из-за отсутствия грудного молока был переведен на детскую молочную смесь. С первых дней вскармливания смесью отмечались гиперемия и сухость кожи щек, распространение высыпаний на спину и ноги. Участковый педиатр порекомендовал заменить продукт молочной смесью другого производителя. Состояние ребенка ухудшилось, появилось мокнутие, в связи с чем он был госпитализирован. В клинике ему назначили смесь на основе глубокого гидролизата молочного белка, которую ребенок получал в течение месяца с выраженным клиническим эффектом. В дальнейшем ребенка, согласно рекомендациям, перевели на ГА-смесь, на фоне применения которой состояние оставалось удовлетворительным. В возрасте трех с половиной месяцев в рацион ребенка был введен прикорм, который

переносился хорошо. Но в шесть месяцев при расширении продуктов прикорма у ребенка началось обострение пищевой аллергии. Какие основные ошибки были допущены при ведении данного пациента?

Во-первых, учитывая отягощенный аллергологический анамнез, при переводе пациента на искусственное вскармливание следовало назначить не молочную, а ГА-смесь. Во-вторых, при подозрении на аллергию к БКМ ребенок должен был в целях диетодиагностики получать лечебную смесь на основе высокого гидролизата молочного белка. В-третьих, пациент всего месяц получал смесь на основе глубокого гидролизата молочного белка, хотя, согласно рекомендациям по лечению аллергии к БКМ, диетотерапия подобной смесью проводится в течение шести месяцев. И наконец, в-четвертых, первый прикорм был введен в возрасте трех с половиной месяцев. Между тем современные рекомендации, включенные в Национальную программу оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации, регламентируют срок введения прикорма в интервале от четырех до шести месяцев, а детям с пищевой аллергией – не ранее пяти месяцев. Таким образом, обострение заболевания у данного пациента обусловлено усилением сенсибилизации к БКМ из-за ранней отмены лечебной смеси и раннего введения прикорма.

Пример 2. Двухмесячный ребенок с гиперемией, сухостью кожи щек, голеней. Имеют место частый жидкий стул со слизью, колики, метеоризм. Аллергологический анамнез отягощен: у отца ребенка поллиноз, у родного брата – проявления атопического дерматита на первом году жизни. Пациент с рождения находился на искусственном вскармливании детской молочной смесью. Гастроинтестинальные расстройства (метеоризм, колики, разжиженный стул) отмечались с двух недель жизни, кожные проявления – с одного месяца. Ребенку назначили безлактозную смесь,

что привело к резкому ухудшению состояния – усилились кожные и гастроинтестинальные проявления. Какие ошибки были допущены в данном случае?

Во-первых, детям из группы риска при переводе на смешанное/искусственное вскармливание следует назначать только ГА-смесь. Во-вторых, проявления гастроинтестинальной формы аллергии к БКМ у ребенка ошибочно были расценены как лактазная недостаточность. При аллергии к БКМ безлактозная смесь неэффективна и лишь усиливает сенсибилизацию и проявления аллергии. В данной ситуации ребенку показана лечебная смесь на основе высокогидролизованного молочного белка без лактозы.

Пример 3. Ребенок в возрасте четырех с половиной месяцев. Аллергологический анамнез отягощен: у матери пищевая аллергия, аллергический ринит. Ребенок находился исключительно на грудном вскармливании, но мать стала ощущать недостаток грудного молока. Что предпринять – ввести докорм или начать введение прикорма?

Согласно рекомендациям Н.Г. Звонковой, прежде всего надо оценить состояние ребенка, его нутритивный статус, прибавку в весе за последний месяц. Кроме того, важно оценить проявления аллергии – как кожные, так и гастроинтестинальные, а также определить ориентировочное количество получаемого ребенком грудного молока. При недостатке молока необходимо протестировать лактацию. Но при его дефиците более 200 мл надлежит ввести докорм ГА-смесью либо начать введение продуктов прикорма. Выбор продуктов прикорма зависит от нутритивного статуса ребенка. При сниженном нутритивном статусе рекомендуется злаковый прикорм в виде безмолочной, безглютеновой каши, разведенной на ГА-смеси. При нормальном нутритивном статусе или избыточном питании выбор прикорма целесообразно остановить на монокомпонентном овощном пюре.

Фрисо – всегда найдется подходящий выбор!



Фрисомом 1,2 с пребиотиками – Комплексное решение проблем пищеварения!

*Фрисо постоянно совершенствует состав своих продуктов, основываясь на последних научных данных и действующих международных рекомендациях. Безупречное качество ингредиентов и стабильность состава являются гарантией хорошей переносимости продуктов Фрисо.**

Смеси Фрисомом 1 и 2 с пребиотиками содержат ключевые нутриенты, важные для развития мозга и формирования иммунной системы ребенка:

- Докозагексаеновую (DHA) и арахидоновую (ARA) жирные кислоты;
- Нуклеотиды;
- Пребиотики – галактоолигосахариды.

Благодаря содержанию натуральной камеди рожкового дерева смеси

Фрисомом 1 и 2 с пребиотиками эффективно способствуют:

- устранению срыгиваний;
- стимуляции моторной функции кишечника;
- формированию здоровой кишечной микрофлоры.

• **FrieslandCampina** – ведущий мировой производитель высококачественных ингредиентов для детского питания и фармацевтической промышленности.

Важное замечание*

Лучшим питанием для ребенка является грудное молоко! Всемирная Организация Здравоохранения* рекомендует кормить малыша исключительно грудным молоком в первые 6 месяцев жизни и поддерживать грудное вскармливание в дальнейшем. Компания ФРИСЛАНДКАМПИНА РУ полностью поддерживает эти рекомендации. Необходимо информировать беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания, способах повышения и поддержания лактации, обратить их внимание на то, что при подготовке к грудному вскармливанию, а также в период кормления грудью, маме нужно употреблять здоровую и сбалансированную пищу. Следует предупредить мам о том, что необоснованный переход на частичное питание смесью из бутылочки может негативно повлиять на грудное вскармливание, так как обратный переход к кормлению малыша грудью будет затруднен. При полном переходе на искусственное вскармливание необходимо информировать маму о финансовых последствиях такого решения: если ребенок полностью находится на искусственном вскармливании, то в неделю для его кормления потребуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Если принято решение об искусственном вскармливании, необходимо проконсультировать женщину о методах правильного приготовления смеси (с использованием инструкции, указанной на упаковке продукта).

*См «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока», Всемирная организация Здравоохранения, Женева, 1981 г.

Горячая линия Friso:

8-800-333-25-08

www.friso.com.ru

ООО «ФРИСЛАНДКАМПИНА»

115230, Москва, Варшавское шоссе, 42, стр.3, тел. (495) 775-25-08

Познаем мир вместе  Friso

Информация только для медицинских работников



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

Профилактика и коррекция дефицитных состояний у детей

К сожалению, железодефицитная анемия – состояние, которое часто встречается у детей первого года жизни.

В.А. Скворцова отметила, что дефицит железа обычно возникает у детей в возрасте от шести до 12 месяцев, причем в большей степени у детей в возрасте 12 месяцев, находящихся на грудном вскармливании. Доказано, что дети на искусственном вскармливании, в рационе которых к концу первого года жизни преобладают смеси, а не коровье молоко, значительно реже страдают железодефицитной анемией.

Зачастую диетотерапия позволяет стабилизировать уровень гемоглобина крови у ребенка раннего возраста. В подтверждение сказанного В.А. Скворцова привела случай из собственной клинической практики.

Девочка в возрасте одного года и трех месяцев, страдает желе-

зодефицитной анемией с десятимесячного возраста. На фоне лечения препаратами железа уровень гемоглобина восстановился до 127 г/л, но через полтора месяца снизился до 101 г/л. Подобная тенденция наблюдалась и после второго курса терапии препаратами железа, когда уровень гемоглобина увеличился до 130 г/л, а спустя месяц снизился до 110 г/л. Педиатр направил пациентку на консультацию к гастроэнтерологу.

Назначенные гастроэнтерологом ультразвуковое исследование органов пищеварения и копрологическое исследование не показали каких-либо отклонений от нормы. Листные инвазии также были исключены. После этого гастроэнтеролог направил ребенка на прием к диетологу.

Диетолог провел оценку фактического питания. Оказалось, что ребенок получал грудное молоко почти до года, но во вто-

ром полугодии жизни ребенку стало не хватать грудного молока и мать начала готовить каши на цельном или половинном коровьем молоке. Количество молока в детском суточном рационе составляло около 200 мл. Девочка ежедневно употребляла до 400 мл кефира и йогурта, вместо положенных 50 г творога съедала 100 г, а количество мяса было недостаточным, всего 30–50 г в день.

Пациентке была назначена диетотерапия. Из рациона на три месяца исключили коровье молоко, ввели в рацион третью формулу, посоветовали матери чередовать детские растворимые каши, обогащенные железом, и каши собственного приготовления, ограничили объем ежедневно потребляемых кисломолочных напитков до 200 мл, творога – до 50 г, количество мяса увеличили до 70–100 г/сут. По словам В.А. Скворцовой, на фоне такого рациона питания снижение гемоглобина у ребенка больше не наблюдалось.

Формирование правильного пищевого поведения

Заведующая лабораторией специальной психологии и коррекционного обучения НИЦЗД, д.п.н. С.Б. Лазуренко отметила, что проблема формирования правильного пищевого поведения у ребенка имеет не только физиологический, но и психологический компонент. Не последнюю роль играют вкусовые привычки, приобретенные в семье. Между тем стереотипы

питания и режима кормления бывают далеки от совершенства и не всегда совпадают с потребностями ребенка, как доношенного, так и недоношенного, как здорового, так и больного. Подобное несоответствие – первая причина того, что ребенок просыпается по ночам. Влияние матери на формирование вкусовых привычек у ребенка раннего возраста, причем не только

положительных, но и отрицательных, огромно. Скорректировать это влияние, направив его на выработку позитивных вкусовых предпочтений у малыша, способен участковый педиатр. «Многое зависит от врача-педиатра, который может убедить мать в том, что выбор смеси и режим кормления, а также стиль воспитания должны подходить ее ребенку, а не интуитивно подбираться исходя из ее предпочтений», – подчеркнула С.Б. Лазуренко.

Заключение

Участники дискуссии пришли к единодушному выводу, что питание играет ключевую роль в обеспечении здоровья, нормального физического и нервно-психического развития ребенка первого года жизни. Нутритивная поддержка недоношенных, диетотерапия у детей

с пищевой аллергией, функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта, железодефицитной анемией и другими дефицитными состояниями предусматривает использование специализированных детских смесей. И в этом неонатологам и педиатрам помогает международная ком-

пания FrieslandCampina, выпускающая широкую линейку детского питания Friso для здоровых детей первого года жизни и раннего возраста, а также специализированные и лечебные продукты.

Организуя правильное питание ребенка раннего возраста, можно не только обеспечить его оптимальное физическое и эмоциональное развитие, но и сформировать правильные вкусовые привычки. ♦