

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ

А.В. Суржик, к. м. н., С.С. Комиссарова, ООО «Нутриция»

Всемирная организация здравоохранения определяет питание как один из основных факторов, влияющих на формирование здоровья [1].

К сожалению, распространенность алиментарно-зависимых заболеваний во всей популяции в России и среди детского населения остается очень высокой, что не может не беспокоить специалистов в области детского здоровья. В частности, распространенность железодефицитной анемии, по различным данным, составляет от 23 до 43% среди детей раннего возраста [2]. Это означает, что предполагаемая распространенность латентного дефицита железа может достигать 70–80%.

К сожалению, вопросам питания детей второго-третьего года жизни уделяется сегодня недостаточно внимания. По результатам общероссийского опроса, проведенного компанией Synovate Comcon, только 50% врачей обсуждают эти вопросы с родителями.

Существуют определенные предпосылки к большому распространению несбалансированности в питании среди детей второго и третьего годов жизни.

Второй и третий годы жизни, наряду с первыми 12 месяцами, являются важнейшим периодом закладки основ здоровья, формирования правильного пищевого поведения [3, 4]. Физиологические и психологические особенности детей этого возраста определяют высокий риск возникновения дефицита ряда нутриентов. Объем желудка ребенка 12–36 месяцев в несколько раз меньше, чем у взрослого, а потребность в минеральных веществах и витаминах в пересчете на килограмм массы тела остается значительно выше потребности взрослого человека. В этом возрасте часто наблюдаются отказы от еды, избирательность в питании.

Перечисленные психофизиологические особенности, а также недостаточное внимание к вопросам питания как со стороны врачей, так и родителей, быстрый перевод детей на «общий стол» негативно сказываются на структуре питания детей, приводя к несбалансированности рациона, закладке неправильных пищевых привычек и, как следствие, к нарушению здоровья [5] (табл. 1).

Таблица 1

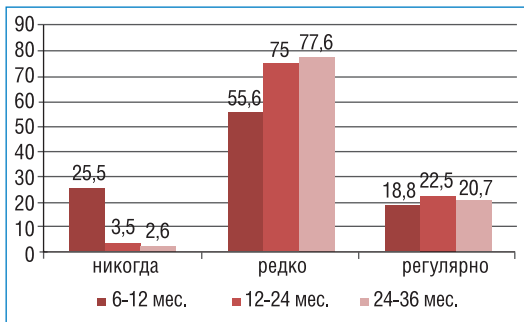
Особенности питания детей старше года

Особенности питания детей старше года
Формирование пищевого поведения
Высокий риск дефицитов нутриентов
Высокие потребности в микронутриентах вследствие быстрого роста
Психофизиологические особенности (избирательный аппетит, отказ от еды, определенные вкусовые предпочтения)
Быстрый перевод на «общий стол»

Исследования последних лет, проведенные в различных странах, показали высокую распространенность нарушений качественного и/или количественного состава питания, с высокой вероятностью увеличивающих риск отклонений в развитии и возникновения тех или иных заболеваний [6, 7]. Наиболее часто отмечались низкое потребление овощей и фруктов, раннее введение в рацион цельного коровьего молока, использование продуктов фастфуда – картофеля фри, гамбургеров и т. п. Все это приводило к неоправданному увеличе-

Рисунок 1

Частота включения мяса в рацион питания детей раннего возраста



нию калорийности рациона, дефициту потребления железа, кальция, витаминов D и A [8–10].

Неутешительная картина была выявлена и в исследованиях, проведенных в России в 1990-е годы [11].

По данным НИИ питания РАМН, структура питания населения за последние годы существенно изменилась, что естественным образом привело к изменению структуры питания детей раннего возраста. Именно поэтому разработка программ по оптимизации питания должна основываться на данных актуальных популяционных исследований.

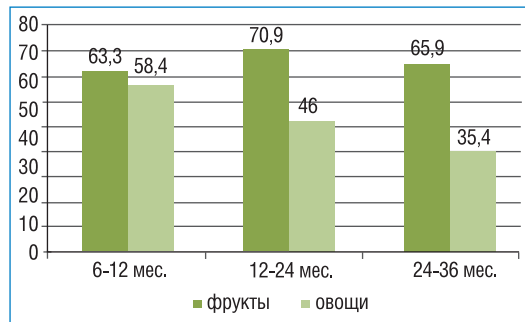
С целью изучения характера и особенностей питания детей 12–36 месяцев жизни в различных регионах Российской Федерации и разработки системы диетологических мероприятий по его оптимизации было проведено эпидемиологическое исследование. Руководство исследованием осуществлялось специалистами Научного центра здоровья детей РАМН и Российской медицинской академии последиplomного образования при поддержке ООО «Нутриция».

В ходе исследования был применен метод воспроизведения трехдневного рациона питания (два будних и один выходной день). В ходе заполнения дневников учитывалась вся пища, съеденная ребенком. Дополнительно проводился физикальный осмотр, измерялись антропометрические параметры, проводился сбор анамнеза.

Исследование проводилось на базе городских поликлиник 20 городов Российской Федерации и охватывало 7 федеральных округов. Общая

Рисунок 2

Число детей, ежедневно получающих фрукты и овощи (кроме картофеля)



выборка составила 2015 пациентов в возрасте от 6 до 36 месяцев, которые пропорционально были распределены в три возрастные группы: 6–12 месяцев, 12–24 месяца, 24–36 месяцев.

Пищевая ценность рациона рассчитана с использованием программы Dietplan 6 (Forestfield Software Ltd, UK). Программа позволяет рассчитать суточное потребление всех основных нутриентов с учетом различных факторов (возраста, пола, веса, физической активности и пр.) и содержит референсные значения потребления нутриентов и калорийности пищи, рекомендованные Committee of Medical Aspects of Food Policy (1991). Программа адаптирована с учетом российских принятых норм и стандартов [12–16].

В ходе исследования выявлены следующие особенности структуры питания детей раннего возраста.

У достаточно высокого процента детей отмечено избыточное потребление соли (натрия) и сахара. Так, 70,7% детей второго года жизни и 80% детей третьего года жизни получали подсоленную пищу. 70,3% мам детей второго года и 83,2% мам детей третьего года добавляют сахар в питание.

Не все дети получают регулярно мясные продукты: не менее 5 раз в неделю получают мясо только 22,5% детей второго года жизни и 20,7% детей третьего года жизни (рис. 1). Ежедневно 70,9% детей второго года и 65,9% детей третьего года жизни получают фрукты (рис. 2). Еще хуже обстоит дело с потреблением овощей: ежедневно получают овощи (за

Таблица 2

Процент детей, получающих «недетские» продукты

Продукты	Возраст детей		
	6–12 мес.	12–24 мес.	24–36 мес.
Чипсы	–	6	24
Картофель фри	–	4	13
Кетчуп	–	4	18
Майонез	–	8	28
Сосиски	5	22	50 (2–3 раза в неделю)
Полуфабрикаты (пицца, пельмени)	–	28	58
Шоколад	–	40	80
Газированные напитки	–	4	13
Поп-корн	–	4	14

исключением картофеля) 46% детей второго года и 35,4% детей третьего года жизни.

К позитивным моментам следует отнести отсутствие на первом году жизни в рационе обследованных детей таких продуктов, как фастфуд, чипсы, сосиски и т. п. Однако процент детей, получающих такие продукты на втором и третьем годах жизни, не может не волновать врачей (табл. 2). Сосиски в питании присутствовали у 22% детей второго года и более чем у 50% детей третьего года жизни.

Указанные нарушения в структуре питания являлись причиной несбалансированности

рациона – избыточного потребления жиров, в первую очередь насыщенных, дефицита потребления важных макро- и микроэлементов: железа, кальция, йода, цинка, витаминов. Список эссенциальных нутриентов в детском возрасте значительно шире, чем у взрослых. Дефицит их в рационе влияет как на физический статус, так и на интеллектуальное развитие и когнитивную деятельность человека в дальнейшей жизни.

При этом использование специализированных детских продуктов, таких как детские молочные смеси для детей старше 1 года, крайне незначительное – всего 28,5% детей 1–2 лет употребляют специальные смеси для детей старше года. При этом, по данным, полученным в результате исследования, четко показана разница между рационом ребенка, получающим неадаптированные продукты и специальные продукты для детского питания промышленного производства (рис. 3).

Следует отметить, что обогащенные витаминами и минералами продукты – это достаточно простой способ коррекции рациона по витаминно-минеральному составу. Так, 300 мл молочной смеси позволяет удовлетворить 33% суточной потребности в железе, 45% суточной потребности в витамине D, 36,3% – в кальции, 39% – в цинке и т. д., к тому же содержит необходимые для нормального пищеварения пребиотики и нуклеотиды (табл. 3).

Рисунок 3

Сравнение сбалансированности рационов при использовании неадаптированных и адаптированных продуктов в питании ребенка

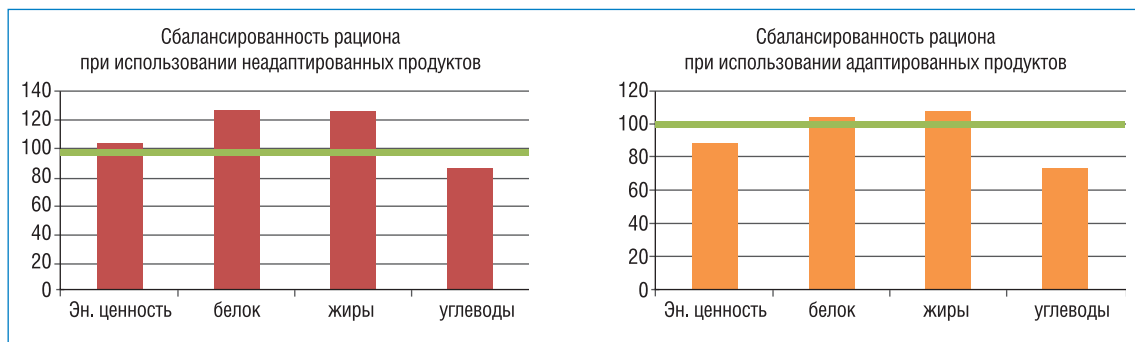



Таблица 3

Содержание нутриентов в детском молочке Малютка 3

Микроэлементы	Размерность	Содержание в 100 мл	% покрытия от РСНП при потреблении 300 мл
Пребиотики (ГОС/ФОС)	г	0,8	не нормируется
Минеральные вещества:			
Кальций	мг	97	36,3
Фосфор	мг	55	23,7
Ca/P		1,8	1,8–2 оптимально
Натрий	мг	5	15
Магний	мг	8,3	24,9
Медь	мкг	8,4	25,2
Железо	мг	11	33
Хлориды	мг	9,3	27,9
Цинк	мг	13	39
Йод	мкг	22,9	68,7
Селен	мкг	12,7	38,1
Витамины:			
Ретинол А	мкг-ЭКВ	15,3	45,9
Витамин D	мкг	15	45
Витамин К	мкг	17,7	53,1
Тиамин В ₁	мкг	7,9	23,7
Рибофлавин В ₂	мкг	12,8	38,4
Ниацин РР	мг	6	18
Пантотеновая кислота	мг	17	51
Пиридоксин В ₆	мкг	5,4	16,2
Фолиевая кислота (Вс)	мкг	13	39
Цианкобаламин В ₁₂	мкг	25,7	77,1
Биотин	мкг	19	57
Аскорбиновая кислота (С)	мг	21,6	64,8
Инозит	мг	8,2	24,6
Холин	мг	12,3	45
L-карнитин	мг	1,3	не нормируется
Нуклеотиды	мг	3,0	не нормируется

В заключение хотелось бы отметить, что только 29% мам в той или иной степени были обеспокоены питанием их детей. Остальные считают, что их ребенок питается правильно. Это свидетельствует о низком уровне знаний о правильном питании у населения и диктует необходимость формирования образовательных программ для родителей с целью популяризации основ правильного питания. Эффективность образовательных

программ для родителей может быть очень высокой, так как, согласно проведенным исследованиям, дети второго и третьего года жизни наиболее восприимчивы к семейным стандартам поведения и питания, они значительно более подвержены и отзывчивы к влиянию мамы в сравнении с детьми школьного возраста [7]. 

Список литературы находится в редакции.