

как анатомо-физиологически развивается ребенок в этом возрасте, как предупредить развитие аллергических болезней и пр. Отдельно было подчеркнуто, что продукты питания промышленного производства, используемые в качестве продуктов прикорма, безусловно, имеют много плюсов: унифицированная подготовка экологически чистого сырья для детей, корректная температурная обработка, возможность дотации микроэлементами и пр. способствуют созданию безопасных качественных продуктов, сбалансированных по своему составу.

«Введение прикорма — важный этап в жизни каждой семьи, имеющей детей раннего возраста. Не секрет, что пищевые привычки, заложенные в детстве, влияют на состояние здоровья и качество всей последующей жизни. В Казахстане особенно ярко прослеживаются национальные традиции питания, позволяющие сохранить культуру и семейные ценности. Именно поэтому крайне важно, чтобы рацион питания детей был, с одной стороны, сбалансирован и безопасен, с другой — отвечал запросам современных родителей, не нарушая при этом преемственности поколений. Учитывая наличие в Казахстане программы ВОЗ «Интегрированное ведение болезней детского возраста» и отсутствие, в отличие от Российской Федерации, национальной программы по питанию, медицинское сообщество Казахстана ведет активную работу в области разработки рекомендаций по питанию детей раннего возраста. Радостно, что теперь в Казахстане доступны продукты прикорма промышленного выпуска под брендом «ФрутоНяня», которые отвечают всем потребностям», — отметила профессор Школы общественного здоровья и биомедицины НАО Медицинский Университет Караганды Светлана Владимировна Плясовская.

В своем сообщении доктор медицинских наук профессор Ирина Анатольевна Беляева представила вниманию слушателей концепцию «Первых 1000 дней» как критического периода, вмешательства в котором могут существенно снизить риск импринтинга генетических и средовых факторов. Были представлены практические рекомендации по введению прикорма: введение продуктов в сроки 4–6 мес жизни; продолжение, по возможности, во время прикорма грудного вскармливания

до 1,5–2-летнего возраста; соблюдение адекватного суточного потребления калорий (70–75 ккал/кг/сут), умеренное потребление гиперкалорийных и высокобелковых продуктов; соблюдение соответствующих возрасту размеров порций; введение коровьего молока в рацион ребенка после 12-месячного возраста; продвижение диетического разнообразия и др. Также Ирина Анатольевна подробно остановилась на вопросе сроков введения прикорма, которые, как правило, рассматривают в связи с отдаленными метаболическими нарушениями у доношенных младенцев. Однако, как известно, фактором риска развития эндокринных заболеваний является недоношенность, поэтому для детей, родившихся преждевременно, особенно важны выбор оптимального времени введения и характеристики дополнительного питания с учетом индивидуальной зрелости. Сообщалось, что большинство недоношенных детей могут быть готовы к прикорму от 5 до 8 мес постнатального возраста — при условии, что ребенок достиг по крайней мере 3 мес (13 нед) скорректированного возраста. Было отмечено, что у детей на искусственном вскармливании прикорм ранее 4 мес повышает риск ожирения в 3 года в 6 раз. При этом основные требования к продуктам прикорма для профилактики формирования хронических болезней предусматривают: 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» детского питания под брендом «ФрутоНяня» (АО «ПРОГРЕСС», Россия).

Таким образом, в настоящее время на рынке присутствуют продукты прикорма промышленного производства, преимущество которых заключается в гарантии качества и безопасности сырья, используемого для производства продуктов прикорма, их химической и микробиологической безопасности, удобстве применения, разнообразии вкусов и высокой степени усвоения, что, в свою очередь, способствует профилактике развития хронических болезней и программированию здоровья в будущем.

Современный взгляд специалистов на проблему ожирения у детей

Одной из самых актуальных тем для обсуждения врачами не только в России, но и во всем мире на сегодняшний день является увеличение распространенности избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков. В рамках симпозиума «Современный взгляд специалистов на проблему ожирения у детей» этот вопрос был рассмотрен с точки зрения педиатров и эндокринологов.

В своем докладе академик РАН профессор Л.С. Намазова-Баранова отметила, что, к сожалению, на сегодняшний день распространенность детско-го ожирения достигает тревожных значений во многих

странах и представляет собой неотложную и серьезную проблему. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2016 г. в мире около 41 млн детей в возрасте до 5 лет и около 340 млн детей и подростков

в возрасте от 5 до 19 лет имели избыточную массу тела или ожирение. Лейла Сеймуровна подчеркнула, что проблема избыточной массы тела и ожирения еще больше усугубилась в 2020 г., когда многие школьники были переведены на дистанционное обучение по причине «локдауна» в связи с пандемией COVID-19.

Основной причиной ожирения и избыточной массы тела является энергетический дисбаланс, при котором калорийность рациона превышает энергетические потребности организма. В данный момент во всем мире отмечаются следующие тенденции: рост потребления высококалорийных продуктов, содержащих большое количество жира, и снижение физической активности в связи с сидячим образом жизни. Эти тенденции характерны как для взрослых, так и для детей.

Суть проблемы детского ожирения ясна: дети, страдающие ожирением, скорее всего, останутся таковыми и после взросления, из-за чего возникает повышенный риск развития у них неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, сахарный диабет 2-го типа, некоторые онкологические и другие. Даже сегодня у детей и подростков с ожирением диагностируются некоторые из этих так называемых «болезней взрослых».

Отдельно было отмечено, что избыточная масса тела является одной из самых частых причин травли (буллинга) детей в школе: исследования показывают, что у детей школьного возраста, страдающих ожирением, вероятность подвергнуться буллингу на 63% выше, чем у остальных детей. Кроме того, уровень буллинга среди российских школьников один из самых высоких в мире.

Особое внимание было уделено важности грудного вскармливания для здорового роста и развития детей. Исключительно грудное вскармливание от матерей с нормальной массой тела является важным способом профилактики ожирения у детей. Докладчик подчеркнула, что профилактика детского ожирения должна проводиться еще на стадии планирования беременности: исследования показывают, что дети на грудном вскармливании от матерей с избыточной массой тела / ожирением набирают 1 кг лишнего веса между 0 и 12 мес. Поэтому так важно начать работу по управлению весом еще до беременности.

Остановить распространение эпидемии ожирения с помощью какой-либо одной меры невозможно. Борьба с детским и подростковым ожирением требует учета действия окружающей среды и трех ключевых этапов жизни: периода до зачатия и внутриутробного развития; грудного и раннего детского возраста; дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста. Кроме того, важно лечить детей, уже страдающих ожирением, для их оптимального благополучия и благополучия их детей.

В своем докладе врач-гастроэнтеролог к.м.н. Е.В. Кайтукова и врач-нефролог А.Ю. Рачкова рассказали о региональных особенностях проблемы ожирения у детей в Российской Федерации. В 2017 г. было проведено рандомизированное исследование по оценке распространенности ожирения, избыточной и недостаточной массы тела среди учащихся образовательных организаций в возрасте 11 и 15 лет ($n = 2534$). Исследование было выполнено в 9 различных регионах страны. При оценке индекса массы тела (ИМТ) по SDS у мальчиков 11 лет в регионах России ожирение было зафиксировано в 18,6% случаев, избыток массы тела — в 15,4%; среди мальчиков 15 лет ожирение было выявлено в 10% случаев, избыточная масса — в 11,5%. Среди девочек 11 и 15 лет ожирение установлено в 9,2 и 3,6%, избыточная масса — в 14,3 и 10,5% случаев соот-

ветственно. Таким образом, в Российской Федерации отмечается высокая доля мальчиков с ожирением преимущественно за счет 11-летних; девочек с ожирением в возрасте 11 лет больше, чем в возрасте 15 лет. Рост числа детей с ожирением приводит к повышению частоты встречаемости метаболического синдрома и, соответственно, отдельных его компонентов (артериальной гипертензии, дислипидемии, инсулинорезистентности, сахарного диабета 2-го типа, сосудистых нарушений): на каждую единицу увеличения ИМТ у детей с ожирением возрастает риск развития метаболического синдрома.

Подводя итоги, Е.В. Кайтукова подчеркнула, что необходимо осуществлять мультидисциплинарный комплексный подход к диагностике избыточной массы тела и ожирения, а мероприятия по наблюдению за состоянием пациента должны быть персонализированы с учетом региональных и гендерных особенностей. Нужно помнить, что избыточная масса тела и ожирение, а также связанные с ними неинфекционные болезни в значительной мере предотвратимы, профилактика является самым целесообразным способом сдерживания эпидемии ожирения среди детей.

Основной целью лечения ожирения у детей и подростков в краткосрочном периоде является удержание значения SDS ИМТ (в течение 6–12 мес наблюдения), в долгосрочном периоде — уменьшение величины SDS ИМТ, достижение «избыточной массы тела» и «нормальной массы тела», правильное физическое и соматическое развитие ребенка, развитие самостоятельности и мотивации к самоконтролю пищевого поведения, профилактика ассоциированных с ожирением коморбидных состояний.

В ходе симпозиума врач-эндокринолог к.м.н. О.В. Васюкова рассказала об инновационных технологиях в терапии ожирения у подростков. Докладчик подчеркнула важность совместной работы педиатров и эндокринологов с целью диагностики и лечения этого заболевания, ведь сложность проблемы ожирения заключается в том, что его очень легко диагностировать, но крайне сложно вылечить. Разработка эффективных методов лечения ожирения с целью профилактики множества ассоциированных заболеваний относится к числу приоритетных задач современных биомедицинских разработок. Так, в 2016 г. в Российской Федерации для терапии ожирения зарегистрирован аналог глюкагоноподобного пептида-1 лираглутид 3 мг (Саксенда), в этом году Министерство здравоохранения Российской Федерации одобрило применение препарата у детей с ожирением старше 12 лет. Механизм действия препарата на массу тела основан на активации рецепторов глюкагоноподобного пептида-1, являющегося физиологическим регулятором аппетита.

В ходе доклада особое внимание было уделено результатам рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого многоцентрового международного исследования SCALE TEENS, целью которого была оценка эффективности и безопасности подкожного введения лираглутида 3,0 мг в качестве дополнения к изменению образа жизни для контроля веса у подростков (12–17 лет) с ожирением. В исследовании принимали участие 251 пациент из 5 стран (США, Российская Федерация, Бельгия, Швеция и Мексика). Участники получали плацебо или лираглутид, доза которого увеличивалась еженедельно с 0,6 мг до максимально переносимой дозы или 3,0 мг. Скорость увеличения дозы была основана на переносимости по оценке исследователя, а в случае непереносимости доза могла быть снижена до предыдущего уровня. В ходе исследования 82%

пациентов получили терапевтическую дозу 3 мг. В итоге через 56 нед лечения в сочетании с изменением образа жизни лираглутид (3,0 мг или в максимально переносимой дозе) привел к снижению показателя стандартного отклонения (SDS) ИМТ на 0,22, что было достоверно больше по сравнению с плацебо, также наблюдалось более значимое снижение ИМТ и массы тела при применении лираглутида по сравнению с плацебо. В группе лираглутида в основном отмечались нетяжелые нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота и др.), но с течением времени неблагоприятные явления наблюдались существенно

реже. Новых сигналов в отношении безопасности обнаружено не было.

Таким образом, учитывая высокую эффективность, надежный профиль безопасности и хорошую переносимость, подтвержденные в ходе рандомизированных клинических исследований, препарат Саксенда (лираглутид 3,0 мг) может успешно применяться для фармакотерапии подростков с ожирением. Целесообразность назначения препарата для лечения ожирения и профилактики ассоциированных заболеваний закреплена в соответствующих рекомендациях, разработанных ведущими экспертами США, стран Евросоюза.

Преодоление мифов и легенд в педиатрии

В современном мире непросто является выбор врачом лекарственного препарата для назначения пациенту. Во-первых, имеет огромное значение быстро растущая антибиотикорезистентность, во-вторых, население все чаще обращает внимание на рецепты народной медицины вследствие высокой стоимости медикаментозных препаратов, что порождает многочисленные заблуждения относительно действия лекарственных средств. Однако медицина нашего времени должна быть основана на принципах доказательности, то есть опираться на научные данные, факты и результаты рандомизированных клинических исследований.

Первой в качестве эксперта выступила академик РАН профессор Л.С. Намазова-Баранова, которая отметила, что антибиотикорезистентность является проблемой населения всего мира вследствие нерациональной антибиотикотерапии, способствующей естественной способности микроорганизмов проявлять устойчивость к антибактериальным препаратам, в то время как разработка новых антибактериальных веществ затруднена и ведется очень медленно. Таким образом, мы живем в эру, когда обычная инфекция или незначительная травма могут стать для человека фатальными. Л.С. Намазова-Баранова привела в пример несколько до сих пор существующих мифов, в которых убеждены многие из врачей, в отношении применения антибиотиков в случаях, когда их назначение не требуется: при остром (или обструктивном) бронхите в отсутствие повышенных маркеров воспаления, при выявлении носительства в носоглотке того или иного микроорганизма (в отсутствие соответствующей клиники), при наличии наложений на миндалинах (хотя 80% острых тонзиллитов имеют вирусное происхождение). В то же время была отмечена необходимость соблюдения настороженности в отношении бактериальных инфекций и использования новых (на самом деле старых) инструментов дифференциальной диагностики бактериальных и вирусных инфекций — СРБ и прокальцитонинового теста. Еще в 2001 г. была опубликована «Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию устойчивости к противомикробным препаратам» (обновлена в 2017 г.), призывающая клиницистов следовать протоколам лечения и назначать антибиотики строго по показаниям. Л.С. Намазова-Баранова призвала врачей избегать неразумного и нерационального использования антибактериальных препаратов и обратить внимание на натуральные лекарственные средства, обладающие

комплексным противовоспалительным и противоинфекционным действием, как на альтернативный способ лечения. Однако фитопрепарат фитопрепарату — рознь, ведь натуральное сырье трудно стандартизировать, так как содержание какого-либо вещества в растениях зависит от климатических условий, состава почвы, экологической обстановки. Решение этой проблемы в наше время возможно с помощью фитониринга — инновационной концепции, разрабатываемой и используемой компанией «Бионорика». Стандартизация растительного сырья начинается с тщательного отбора посевного фонда и заканчивается анализом каждой готовой лекарственной формы.

Далее симпозиум продолжил д.м.н. профессор С.В. Рязанцев. Темой его выступления была проблема назальной обструкции, которая может служить предиктором изменений в органах и системах человека, нарушать рост и развитие ребенка, в том числе приводить к нарушению речи у детей. С.В. Рязанцев указал, что наиболее частая причина назальной обструкции — воспаление, а в детском коллективе чаще всего встречаются острые риниты и риносинуситы. Далее лектор определил основные задачи комплексной терапии острого риносинусита, среди которых важное место занимают восстановление нарушенного дренажа и вентиляции синусов за счет устранения воспаления и отека, а также уменьшение вязкости секрета и улучшение мукоцилиарного клиренса для обеспечения адекватного оттока. С.В. Рязанцев отметил, что системная антибактериальная терапия должна применяться только в случае бактериального поражения пазух, в то время как терапия только деконгестантами явно недостаточна. Он рекомендовал Синупрет — растительный препарат комплексного действия: противовоспалительного, секретолитического и секретомоторного. Флавоноиды в составе Синупрета