

ПИЩЕВОЙ СТАТУС И РАЦИОНЫ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ В ВОЗРАСТЕ ОТ 2 МЕСЯЦЕВ ДО 4 ЛЕТ

Кончина Н.А.¹, Пушкарева А.Е.^{1,2}, Егоренков А.А.¹

Научные руководители: проф. О.И. Симонова^{1,2},
проф. Т.Э. Боровик^{1,2}

¹Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; муковисцидоз; кистозный фиброз; нутритивный статус; пищевой статус; диетотерапия; нутритивная поддержка

Актуальность. Несмотря на появление новых методов лечения муковисцидоза (МВ), значимой составляющей его комплексного лечения является диетотерапия. Для больных МВ крайне важны адекватные показатели физического развития, особенно в первые годы жизни. **Цель:** определить изменения пищевого статуса у больных МВ детей.

Материалы и методы. Обследовано 14 больных МВ в возрасте от 2 мес до 4 лет. Проведено анкетирование по вопросам питания среди родителей больных МВ. Для оценки физического развития были проведены измерения Z-scores ИМТ/возраст (BAZ), рост/возраст (HAZ), вес/возраст (WAZ) с помощью программы WHO Anthro, 2009 г. (для детей младше 5 лет).

Результаты. Медиана возраста больных МВ составила 34 мес (2 года 10 мес) [Q1; Q3 — 16 мес; 43 мес]. Медиана BAZ детей с МВ — 0,30 [–1,43; 0,81], HAZ — –1,23 [–2,26; –0,52], WAZ — –0,83 [–1,25; 0,15]. Белково-энергетическая недостаточность выявлена у 3 (21,4%) больных МВ, задержка роста — у 5 (35,7%). На грудном вскармливании (ГВ) находились большинство (85%) больных МВ, средняя продолжительность ГВ составила 3,8 (1–10) мес. В дальнейшем все больные МВ дети получали смешанное или искусственное вскармливание. Прикорм в срок 4–5 мес был введен 6 (46,1%) детям, 5–6 мес — 1 (7,6%) ребенку, 6–8 мес — 4 (30,8%) детям, после 8 мес — 2 (15,5%). Только у 2 детей поздний срок введения прикорма был обусловлен медицинскими причинами, в остальных случаях родители затруднялись назвать конкретную причину либо остерегались введения новых продуктов в рацион ребенка из-за возможного развития аллергических реакций. При адекватной ферментативной поддержке у 8 (57%) детей сохранялись признаки стеатореи.

Выводы. Оценка пищевого статуса и рациона больных МВ детей — важный компонент их комплексного обследования. Необходимо своевременно выявлять нарушения питания (недостаток или избыток) и корректировать диету. Для поддержания адекватного питания у больных МВ детей следует вводить прикорм в установленные сроки на 1-м году жизни, а при необходимости — назначать нутритивную поддержку, что способствует улучшению течения и прогноза заболевания.

* * *