

## МЛАДЕНЧЕСКАЯ ПИЩЕВАЯ АВЕРСИЯ

Макарова Е.Д., Петрова С.Ю.

Научный руководитель: А.А. Романова

Самарский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Самара, Россия

**Ключевые слова:** дети; пищевая аверсия; диагностика; клиника

**Актуальность.** Младенческая пищевая аверсия (МПА), проявляющаяся стойким неорганическим отказом от приёма пищи, возникает в возрасте 4 мес (после угасания сосательного рефлекса). До 30% нарушений пищевого поведения в младенческом возрасте имеют в своей основе аверсивные механизмы. **Цель:** определить особенности верификации диагноза и подбора тактики лечения пациента с МПА.

**Описание клинического случая.** Полихромная двойня в возрасте 7 мес. Дети поступили под наблюдение с жалобами родителей на низкие весовые прибавки при сохранном росте: у девочки масса 6,9 кг; у мальчика 6,0 кг, рост 65 см, отказ от пищи и отсутствие пищевого интереса. Отмечалась резкая негативная реакция при кормлении жидкими текстурами, а также выраженное уменьшение объёма потребления пищи при переходе на плотный прикорм. При анализе пищевого поведения выявлены характерные маркёры аверсии: активное сопротивление кормлению с ложки при сохранённом интересе к пище при самостоятельном захвате, рвотные позывы при виде ложки, плач при попытке накормить через сопротивление. В общем анализе крови выявлена железодефицитная анемия лёгкой степени (Hb 102 г/л у мальчика и 104 г/л у девочки), в связи с чем была назначена терапия препаратами железа. Биохимические показатели крови оставались в пределах нормы, маркеры воспаления не были повышены. Уровень антител к тканевой транскламиназе IgA составил 0,1 ЕД/мл при уровне общего IgA 1,7 г/л. При осмотре ротовой полости и глотки патологии не выявлено. У детей отсутствовали симптомы тревоги, указывающие на органическую патологию ЖКТ, и очаговая неврологическая симптоматика. На основании клинической картины установлен диагноз: младенческая пищевая аверсия. Была назначена комплексная терапия, включавшая поведенческую коррекцию по принципу пищевого светофора, коррекция техники кормления, упражнения с логопедическими тренажёрами, работу с тревожностью лиц, осуществляющих уход за детьми. На фоне лечения достигнута положительная динамика: к концу наблюдения вес девочки составил 7,0 кг, мальчика — 6,2 кг. Отмечено восстановление пищевого интереса, уменьшение сопротивления при кормлении, формирование навыков самостоятельного приёма пищи.

**Заключение.** Ключевыми диагностическими критериями пищевой аверсии являются избирательность пищевого поведения в зависимости от способа кормления и сохранение пищевого интереса вне ситуаций принуждения.

\*\*\*