

Цель: определить особенности формирования пищевого поведения и изменения в структуре питания детей раннего возраста.

Материалы и методы. Изучение проведено опросно-анкетным методом. Разработана анкета для опроса родителей, включающая данные по особенностям формирования пищевого поведения в первые годы жизни. Было проанкетировано 243 родителя. Дети были распределены по возрасту: из них 58 детей в возрасте 3–6 лет — I группа, 61 ребёнок 7–10 лет — II группа и 124 ребёнка 11–18 лет — III группа.

Результаты. Перевод детей на общий стол осуществлялся в I группе в возрасте $23,0 \pm 10,5$ мес, во II и III группах — 26 ± 10 и 27 ± 13 мес соответственно. Средние сроки введения «недетских продуктов» в I, II, III группах составлял для майонеза — 39 ± 14 , $50 \pm 15,9$ и 29 ± 26 мес, копчёностей — $33 \pm 12,4$, $30 \pm 19,7$ и $52 \pm 25,2$ мес, солений — $28 \pm 14,1$, $40 \pm 22,4$ и $64 \pm 26,6$ мес, фаст-фуда — $45 \pm 13,4$, $52 \pm 21,4$ и $49 \pm 21,5$ мес, шоколада — 29 ± 14 , $38 \pm 15,4$ и $32 \pm 14,4$ мес, выпечки — $21 \pm 11,9$, $25 \pm 15,6$ и $39 \pm 32,6$ мес, газированных напитков — $40 \pm 12,4$, $53 \pm 17,2$ и $50 \pm 18,8$ мес, тортов, пирожных — $32 \pm 13,7$, $41 \pm 15,5$ и $32 \pm 28,0$ мес, соответственно. Средний срок введения в рацион добавленного сахара и соли составил $20 \pm 10,6$ мес в I группе, 20 ± 12 и 23 ± 14 мес — во II группе, в $15 \pm 11,2$ и $16 \pm 10,6$ мес — в III группе.

Выводы. Анализ формирования пищевого поведения выявил, что перевод детей на общий стол стал осуществляться раньше — в среднем на 3 мес. Отмечена также тенденция к более раннему введению в рацион детей таких продуктов, как копчёности, солёные, шоколад, выпечка. Необходимо отметить, что присутствие в рационе детей раннего возраста высокожировых кондитерских изделий, сладких газированных напитков и остальных «недетских продуктов» указывает на необходимость внедрения программ по обучению родителей принципам здорового питания.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Горбачева Д.Н., Борисова О.В.

Самарский областной клинический центр СПИД, Самара

Актуальность. Специфика лечения ВИЧ-инфекции заключается в пожизненном приёме препаратов. Добиться 100% приверженности практически невозможно. В связи с этим в практике не редкость «срывы» в терапии. Принято считать, что для эффективного лечения необходимо принимать не менее 95% от назначенных препаратов. Приём от 70–95% от назначенных препаратов способствует развитию резистентности и ведёт к неэффективности терапии.

Цель: определить уровень приверженности к АРВТ среди детей.

Материалы и методы. Обследовано 108 детей с ВИЧ-инфекцией (3 группы), получающих лечение на базе ГБУЗ СОКЦ СПИД: I группа — с эффективной АРВТ ($n = 44$), II группа не-приверженных лечению ($n = 27$), III группа с доказанной резистентностью к АРВТ ($n = 37$).

Результаты. Медиана времени наблюдения составила 112 мес (ИКР 63,5; 152), Медиана времени нахождения на лечении — 73,5 мес (ИКР 55; 105). Мы проанализировали уровень приверженности для 3 исследуемых групп. В I группе приверженность составила 95,6% (ИКР 92,9; 97,9), во II группе — 79,9% (ИКР 71,5; 85,5), в III группе — 81,7% (ИКР 71,3; 86,3). Из 108 обследованных детей 65 (60,2%) имели приверженность на субоптимальных значениях (70,0–95,0%), из них 16 человек в I группе. ПЦР РНК ВИЧ через 6 мес после начала АРВТ достигла неопределяемого уровня у детей с высоким уровнем приверженности (>95%)

в 50% случаев. Стоит заметить, что в группе с субоптимальной приверженностью (70–95%) через 6 мес после начала АРВТ вирусная супрессия также была достигнута, но в 25% случаев.

Выводы. Выявлена обратная зависимость уровня ПЦР РНК ВИЧ от приверженности. Соблюдение приверженности на уровне 70–95% позволяет примерно трети пациентов достигнуть вирусной супрессии к 2–3 годам приёма терапии. Однако, учитывая периодические пропуски препаратов, эти дети находятся в зоне риска по развитию резистентности. Соответственно, необходим постоянный контроль терапии как со стороны врача СПИД-центра, так и со стороны участкового педиатра.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРАВИЛЬНОГО ВЫБОРА БЛЮД ШКОЛЬНОГО РАЦИОНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Горелова Ж.Ю., Соловьева Ю.В., Макарова С.Г.,
Тимофеева А.Г., Ясаков Д.С.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. В связи с развитием информационных технологий в школах появляются новые формы организации питания, включающие способы заказа меню в условиях свободного выбора учащегося с учётом его пищевых предпочтений и с использованием современных электронных устройств (гаджетов, электронной карты учащегося, часов-браслетов) что требует дополнительных исследований.

Цель: определить пищевые предпочтения школьников и провести гигиеническую оценку «альтернативного» рациона в условиях свободного выбора блюд школьного питания с использованием информационных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы данные по 500 школьникам 11–18 лет. Использованы гигиенические, расчётные методы по меню-раскладкам, анкетирование.

Результаты. Анализ выбора блюд школьного питания выявил реальные предпочтения школьников. Предложенный для заказа рацион, используемый как альтернативное двухразовое 10-дневное меню по индивидуальному предзаказу (с использованием электронного приложения) содержит: 67,7% белков, 85,3% жиров, 59,2% углеводов, калорийность — 68,4% от суточной потребности. Соотношение основных веществ (белков: жиров: углеводов) близко к оптимальному значению и соответствует 1: 1,2 : 3,7. В части формирования рациона: представленный примерный 10-дневный рацион для детей старше 11 лет предусматривает двухразовое питание в школе (завтрак, обед) с учётом 3–4-разового суточного питания, составлен с использованием всех видов продуктов из рекомендуемого среднесуточного набора, объёмы порций блюд соответствуют нормам СанПиН. При использовании системы предзаказа возможны различные варианты и комбинации блюд из числа предложенных, которые обеспечивают физиологическую потребность в макро-, микронутриентах и энергии.

Выводы. Гигиеническая оценка пищевой и энергетической ценности альтернативного меню обосновывает возможность его использования по индивидуальному предзаказу школьников с использованием электронного приложения. Современная система выбора рациона повышает полноту потребления предложенных блюд до 89–90%, способствует формированию правильных пищевых привычек, а для повышения грамотности школьников в вопросах здорового питания предусмотрено использование компьютерных образовательных программ.
