

**МОНИТОРИНГ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА  
С ОСТРОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**А.А. Ахметханова, Р.Р. Урумбаева, Ю.В. Борякин**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведено исследование 100 детей грудного и раннего возраста, жителей различных регионов Кыргызской Республики, получавших стационарное лечение в Национальном Центре охраны материнства и детства по поводу острой бронхолегочной патологии. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, удельный вес которых нарастает с возрастом. Выявлены наиболее значимые ошибки в организации питания детей 0-6 месяцев, 6-12 месяцев, 1-2 лет. При сопоставлении групп часто и относительно редко болеющих детей установлен наибольший удельный вес ошибок в организации питания детей в первой группе.

**Ключевые слова:** дети, питание, вскармливание, физическое развитие, нарушения питания.

**КАТУУ КАРМАГАН ӨПКӨ-БРОНХ ПАТОЛОГИЯСЫНАН ЖАБЫРКАГАН ЭМЧЕКТЕГИ  
ЖАНА НАРИСТЕ КУРАГЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ТАМАКТАНУУСУНУН МОНИТОРИНГИ**

**А.А. Ахметханова, Р.Р. Урумбаева, Ю.В. Борякин**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда, Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунан келип катуу кармаган өпкө-бронх патологиясына байланыштуу стационардык дарылоодон өткөн, эмчектеги жана наристе курактагы 100 балага изилдөө жүргүзүлдү. Айкын болгондой, изилдөөгө алынган топтордун көпчүлүгүндө тамактык макамдын бузулгандыгы жана алардын саны жаш курагына жараша өсүшү байкалууда. 0-6 айлык, 6-12 айлык, 1-2 жашар балдардын тамактануусун уюштурууда олуттуу катачылыктар такталган. Көп ооруган жана аз ооруган балдардын топторун салыштырганда, биринчи топтогу балдардын тамактануусун уюштурууда көп каталар кетирилгендиги такталган.

**Негизги сөздөр:** балдар, тамактануу, тамактандыруу, физикалык өрчүү, тамактануунун бузулушу.

**FOOD MONITORING OF THE BREAST AND EARLY AGE CHILDREN WITH  
THE ACUTE BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY**

**A.A. Akhmethanova, R. R. Urumbaeva, J.V. Boriakin**

Kyrgyz state medical academy n.a. I.K. Akhunbaev,  
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Research of 100 breast and early age children, the inhabitants of the Kirghiz Republic various regions receiving hospitalization in The National Center of welfare of motherhood and childhood concerning acute bronchopulmonary pathology is carried out. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of the nutrition status disorders with relative density increase with the years. The most significant mistakes in the food organization of children of 0-6 months, 6-12 months, 1-2 years are revealed. By comparison of groups of often and rather seldom ill children, the greatest relative density of mistakes in the food organization of children in the first group is established.

**Keywords:** children, food, feeding, physical development, food disorders.

Питание детей грудного и раннего возраста является основой для их здорового роста и развития. Тем не менее, нарушения нутритивного статуса у детей с каждым годом диагностируются все чаще и имеют тенденцию к увеличению [1].

По оценкам ВОЗ, недостаточность питания ежегодно приводит к 3,1 миллиона смерти детей, или к 45% всех случаев смерти детей [2]. В Кыргызской Республике остается высокой распространенность острых и хронических нарушений питания – в некоторых областях распространенность

низкорослости среди детей до 5 лет достигает 22-27,3%, в то же время отмечаются и частые случаи избыточного веса как следствия чрезмерного употребления жирной и углеводистой пищи – 5-12,4% [3]. В 2002 году ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали Глобальную стратегию по кормлению младенцев и детей младшего возраста, направленную на поддержку исключительно грудного вскармливания младенцев до 6-ти месяцев, предоставление безопасного и соответствующего прикорма детям старше 6-ти месяцев и сбалансированного питания для детей с одного года до двух лет и старше [4]. Основные положения данной стратегии внедрены в практическое здравоохранение Кыргызской Республики, включая консультирование и оказание поддержки по организации питания здорового ребенка и при различных заболеваниях.

**Цель работы.** Изучить нутритивный статус и особенности питания детей грудного и раннего возраста, госпитализированных по поводу острой бронхолегочной патологии, с определением погрешностей кормления и их коррекции.

**Материалы и методы исследования**

Исследование осуществлено на базе клинических отделений Национального Центра охраны материнства и детства путем опроса матерей больных детей по разработанной на основе рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ анкете по оценке питания детей раннего и грудного возраста.

Определение физического развития проводилась по таблицам стандартных отклонений (СО) по оценке уровня физического развития и состояния питания (приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №585 от 09.10.2015 г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения»). Развитие расценивалось как нормальное при соответствии всех трех индексов («Вес-возраст»,

«Вес-рост», «Рост-возраст») отклонениям в пределах  $-1CO \pm 2CO$ , острое нарушение питания определялось при отставании от нормативов показателей веса от роста, хроническое нарушение питания – при одновременном отставании от нормативов показателей веса и роста, в отдельную группу были вынесены дети с отставанием от нормативов показателей роста, в группу риска – с индексом «Вес-возраст» в пределах  $-1CO = 2CO$ , в группу детей с избыточным весом – с индексом «Вес-возраст» более  $+2CO$ .

Под наблюдением в находились 100 детей грудного и раннего возраста (69 детей первого года жизни, 31 ребенка второго года жизни), получавших лечение по поводу острой бронхолегочной патологии.

При всех случаях консультирования кормящим матерям даны рекомендации по коррекции выявленных нарушений питания.

**Результаты и обсуждение**

Под наблюдением находились дети из всех регионов Кыргызской Республики: Чуйской области (39 детей), Иссык-Кульской (22), Нарынской (15), Джалал-Абадской (9), Таласской (7), Ошской (5), Баткенской (3).

Большинство наблюдавшихся детей имели нормальную массу при рождении (76), малый вес (до 2500 г) отмечался у 11 детей, крупный (более 4000 г) у 13 детей.

Из отягощений акушерского анамнеза наиболее часто регистрировались анемия (45), вирусные инфекции (44), гестозы беременности (14). Без отягощений беременность протекала у 24 матерей.

Следует отметить высокий удельный вес часто болеющих детей (4 и более случаев ОРВИ в течение года) – 41 из 100 обследованных детей.

При оценке физического развития выявлены случаи как отставания по массе и росту, так и избыточной массы.

Таблица 1

Физическое развитие детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

Физическое развитие	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	24	68,6	22	64,8	14	45,2	60	60,0
Острое нарушение питания	-	-	3	8,8	2	6,5	5	5,0
Хроническое нарушение питания	1	2,9	1	2,9	3	9,7	5	5,0
Отставание по росту	2	5,7	3	8,8	5	16,1	10	10,0
Группа риска	5	14,2	2	5,9	6	19,3	13	13,0
Избыточная масса	3	8,6	3	8,8	1	3,2	7	7,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

При оценке показателей физического развития отмечено, что большая часть обследованных детей (60%) может быть отнесена к группе нормального развития, но с возрастом число таких детей уменьшается (с 68,6% в группе детей первого полугодия жизни до 45,2% у детей второго года жизни). Число детей с острым и хроническим нарушениями питания с возрастом увеличивается (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни). Следует отметить также и довольно высокий процент детей, имевших избыточную массу тела

как следствие алиментарных нарушений. По литературным данным, более 20% детей на втором-третьем году имеют избыточную массу тела [5]. В наших исследованиях превышение индекса «Вес-возраст» более +2СО зарегистрировано в среднем у 7,0% обследованных детей, достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).

При анкетировании кормящих матерей выявлены наиболее частые погрешности питания детей, отраженные в нижеприведенной таблице.

Таблица 2

Погрешности организации питания детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

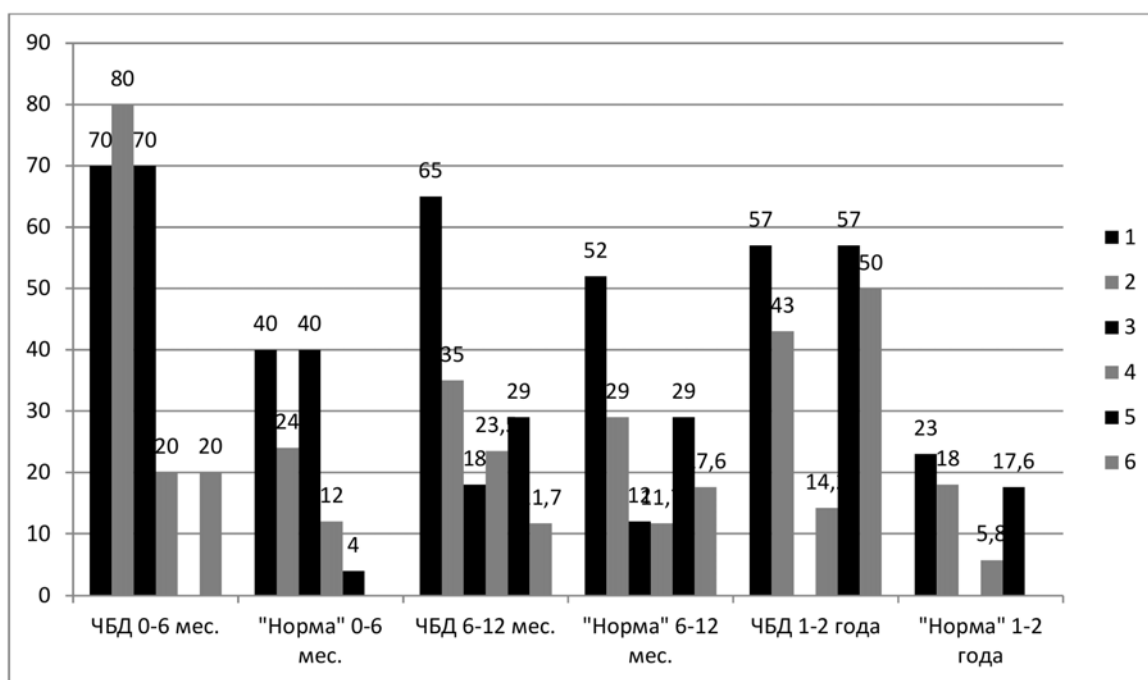
Погрешности организации питания	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нарушение техники грудного вскармливания	14	40,0	11	32,3	9	29,0	34	34,0
Использование дополнительных жидкостей до возраста 6 месяцев	17	48,6	5	14,7	-	-	22	22,0
Использование бутылочек, пустышек	17	48,6	20	59,0	12	38,0	49	49,0
Раннее введение прикорма	5	14,3	6	17,6	3	9,6	14	14,0
Позднее введение прикорма	-	-	1	2,9	2	6,5	3	3,0
Использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев	1	2,8	6	7,6	-	-	7	7,0
Использование кисломолочных продуктов до возраста 12 месяцев	-	-	6	17,6	-	-	6	6,0
Несоблюдение правил приготовления пищи	-	-	5	14,7	7	22,6	12	12,0
Однообразное питание	-	-	6	17,6	5	17,1	11	11,0
Качественный недокорм	1	2,8	10	29,4	11	35,5	22	22,0
Недостаток в рационе фруктов и овощей	-	-	2	5,9	3	9,6	5	5,0
Злоупотребление аллергизирующих продуктов кормящей матерью	-	-	3	8,8	4	13,0	7	7,0
Социальные отягощения	2	5,7	5,0	14,7	9	29,0	16	16,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

Как следует из результатов исследования, наиболее частой ошибкой вскармливания (в среднем 49,0% случаев) послужило использование бутылочек и пустышек, увеличивающих риск инфицирования детей грудного и раннего возраста, особенно в период 6-12 месяцев (59,0% случаев).

Второй по частоте погрешностью оказалось нарушение техники грудного вскармливания (редкие кормления, неправильное положение ребенка у груди матери, ошибки прикладывания к груди, отсутствие сцеживания после кормления),

в среднем достигающее частоты 34,0% случаев с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни (40,0%).

Существенный вес имеют также использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев как фактор, способствующий гипогалактии матери (48,6% в данной возрастной группе), и качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни).



- 1 – Использование бутылочек, пустышек
- 2 – Нарушения техники грудного вскармливания
- 3 – Использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев
- 4 – Раннее введение прикорма
- 5 – Качественный недокорм
- 6 – Неблагоприятные социальные факторы

Рис. 1. Погрешности организации питания часто болеющих детей грудного и раннего возраста сравнительно с «условно нормальными» детьми (%).

В наших наблюдениях выявлены нарушения правил введения прикорма – раннее (до возраста 6 месяцев) в 14,0% случаев, позднее (после возраста 6 месяцев) – в 3,0% случаев. Относительно часто встречается несоблюдение правил приготовления пищи – в среднем в 12,0% случаев (с ростом до 22,6% в группе детей второго года жизни).

В группах детей старше 6 месяцев имеет место такие погрешности, как однообразное питание (использование в качестве основного рациона маннх каш, мучных изделий) – 11,0% (с повышением до 17,6% в группе детей второго полугодия жизни), недостаточное потребление овощей и фруктов – 5,0% (с повышением в группе детей второго года жизни до 9,6%).

Обращают на себя внимание и погрешности, служащие алергизации детей грудного и раннего возраста – использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев (7,0% случаев), злоупотребление алергизирующими продуктами кормящей матерью (7,0% случаев).

Имеют значение и неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (выезд на заработки, отсутствие надлежащего медицинского наблюдения, матери-одиночки), удельный вес которых в среднем достигает 16,0% (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).

При анализе нарушений питания часто болеющих детей сравнительно с «условно нормальными» детьми, переносящими острые респираторные инфекции менее 4 раз в год (рисунок 1) выявлено, что практически во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены именно среди часто болеющих детей. Наиболее разительные отличия определяются в возрастной группе первого полугодия жизни, где нарушения техники вскармливания выявлены у 80,0% часто болеющих детей сравнительно с «нормальными» детьми (24,0%), использование бутылочек и пустышек (70,0 и 40,0% соответственно), использование дополнительных жидкостей (70,0 и 40,0% соответственно), раннее введение прикорма (20,0 и 12,0% соответственно), неблагоприятные социальные факторы (20,0 и 4,0% соответственно).

Данный факт позволяет отнести погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста к группе преморбидных отягощений и рассматривать их устранение как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

**Выводы:**

1. Нутритивный статус детей с погрешностями в организации питания ухудшается с возрастом с увеличением числа случаев как с дефицитом веса и роста (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни), так и числа случаев избыточной, массы достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).

2. Наиболее частыми ошибками вскармливания (в среднем 49,0% случаев) служат использование бутылочек и пустышек (особенно в возрастном периоде 6-12 месяцев – 59,0% случаев), нарушение техники грудного вскармливания (с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни – 40,0%), использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев (48,6% в данной возрастной группе), качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (до 29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни), неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).

3. Во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены среди часто болеющих детей, достигая наибольшего веса в возрастной группе первого полугодия жизни.

4. Погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста могут быть отнесены к группе преморбидных отягощений, их устранение может рассматриваться как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

**Литература**

1. Информационный бюллетень ВОЗ № 342. - Январь 2016.
2. Питание детей раннего возраста. Интегрированный курс. Руководство для участников / [К.А. Узакбаев и др.]. - Бишкек: Салам, 2008.
3. Питание детей раннего возраста. Мульти-индикаторный кластерный обзор (МИКО). - ЮНИСЕФ, 2006.
4. Мазур, Л.И. Роль питания и нутрициологии в развитии ребенка. Диагностика и коррекция нутритивных нарушений / Л.И. Мазур, Е.А. Балашова // *Premedit Приволжье*, 2016. - №5 (145). - С. 28-32.
5. Нарушения питания у детей раннего возраста и их коррекция / [В.А. Скворцова и др.] // *Вопросы современной педиатрии* - 2011. - Том 10, №4. - С. 119-225.