

Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции

Е.В. Павловская, <https://orcid.org/0000-0002-4505-397X>, elena_pavlovsky@rambler.ru

Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи; 115446, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 21

Резюме

Нарушения пищевого поведения у детей раннего и дошкольного возрастов являются весьма актуальной проблемой в современной педиатрии в связи с высокой распространенностью и негативными последствиями для здоровья и развития детей из-за хронического дефицита нутриентов при отсутствии своевременного выявления и адекватной коррекции. Наиболее частые нарушения, затрудняющие процесс кормления, – избирательность в пище, снижение аппетита и страх перед приемом пищи. Коррекция нарушений пищевого поведения у детей раннего возраста – длительный процесс, в ходе которого целесообразна постановка краткосрочных целей для достижения благоприятного исхода в перспективе. В начальной фазе первоочередной задачей является выявление тревожных признаков (красных флагов), представляющих опасность для детей. Лечение должно быть комплексным и направленным в первую очередь на психологическую сторону проблемы с одновременной коррекцией питания при необходимости. В статье представлен современный подход к ведению пациентов с наиболее распространенными трудностями при кормлении в амбулаторной педиатрической практике. Данный подход предусматривает исключение тревожных признаков соматической и психоневрологической патологии, оценку развития оральной моторики, нутритивного статуса детей и выявление патологических типов кормления. В настоящее время выделяют четыре основных стиля кормления: внимательный (авторитетный), контролирующийся (авторитарный), потакающий и невнимательный. Терапевтическая тактика зависит от ведущего нарушения пищевого поведения. Рекомендации по коррекции аппетита зависят от ведущей причины его нарушения. Обеспечение ребенка необходимыми нутриентами путем назначения пищевого страхования при помощи включения в рацион изокалорийных продуктов, содержащих полноценный белок и микронутриенты, позволяет снизить тревожность родителей и избежать использования принудительных тактик кормления.

Ключевые слова: аппетит, дети, трудности при кормлении, избирательный аппетит, снижение аппетита, пищевое поведение

Для цитирования: Павловская Е.В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции. *Медицинский совет*. 2021;(17):32–39. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-17-2>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Feeding disorders in children: modern approaches to diagnosis and management

Elena V. Pavlovskaya, <https://orcid.org/0000-0002-4505-397X>, elena_pavlovsky@rambler.ru

Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety; 21, Kashirskoye Shosse, Moscow, 115446, Russia

Abstract

Feeding disorders in young and preschool-age children are a very important problem in modern pediatrics due to the high prevalence and negative consequences for the health and development of children due to chronic nutritional deficiency. Correction of feeding disorders in young children is a long-term process, during which it makes most sense to set short-term goals to reach a favourable outcome in the perspective.

In the initial phase, the primary goal is to identify warning signs (“red flags”) that pose a risk to children. The prevailing disorders that make feeding difficult are food selectivity, decreased appetite and fear of eating. Treatment should be complex and aimed, first of all, at the psychological side of the problem, with simultaneous correction of nutrition if necessary. The article presents a modern approach to the management of patients with the most common difficulties in feeding in outpatient pediatric practice. This approach provides for the exclusion of alarming signs of somatic and psychoneurological pathology, assessment of oral motor skills, the nutritional status of children and the identification of pathological types of feeding.

At present time, there are four main feeding styles: mindful (authoritative), supervising (authoritarian), indulging and uninvolved. Therapeutic tactics depend on the leading disorder of the eating behaviour. Recommendations for appetite correction depend on the underlying cause of its disorder. Providing the child with the necessary nutrients by prescribing “feeding insurance” through the inclusion of isocaloric food products containing native protein and micronutrients into the food ration, which enables the parents to reduce anxiety and avoid the use of forced feeding approaches.

Keywords: appetite, children, feeding difficulties, selective appetite, decreased appetite, eating behavior

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения аппетита и пищевого поведения у детей, затрудняющие процесс кормления, часто встречаются в рутинной педиатрической практике. Трудности при кормлении представляют собой широкий спектр нарушений: от мнимого снижения аппетита вследствие непонимания родителями особенностей развития детей до тяжелых соматических и психических заболеваний, требующих применения зондового питания. Недостаточная информированность педиатров о проблеме нарушений пищевого поведения в раннем и дошкольном возрастах препятствует своевременному выявлению и коррекции этих состояний. При отсутствии своевременного вмешательства трудности при кормлении детей могут приводить к макро- и микронутриентной недостаточности, задержке процессов роста и развития, затруднению формирования когнитивных и социальных навыков.

В последнее десятилетие в результате активного изучения нарушений приема пищи у детей были предложены различные концепции по диагностике и коррекции расстройств кормления [1, 2]. В связи с тем, что процесс кормления зависит от множества факторов, к его нарушению могут приводить разные причины. Несмотря на то что многие дети с нарушениями при кормлении требуют мультидисциплинарного вмешательства, комплексный подход не является необходимым для всех пациентов без исключения [3].

В 2013 г. группой специалистов по изучению психического здоровья был принят консенсус по диагностическим критериям нарушения кормления у детей раннего возраста, которое было предложено назвать избегающим ограничительным расстройством приема пищи (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder – ARFID) [1]. ARFID определяют как нарушение приема пищи / кормления, которое проявляется избирательностью в пище, снижением аппетита или страхом/тревогой перед едой, вследствие чего дети не могут достичь нормального уровня потребления пищи. Это нарушение не связано с культурными/религиозными традициями питания, недостатком доступной пищи, нарушениями образа тела или сопутствующими соматическими или психическими заболеваниями [1, 4]. ARFID отличается от менее выраженных расстройств кормления присутствием как минимум одного из четырех критериев: потерей массы тела или задержки роста, явных признаков дефицита нутриентов, зависимости от пероральной нутритивной поддержки и выраженной психосоциальной дисфункции.

В 2019 г. в рамках мультидисциплинарного консенсуса определение расстройств кормления у детей (Pediatric

Feeding Disorders – PFD) было расширено включением проблем, обусловленных соматической патологией или задержкой в развитии. Данный консенсус определяет PFD как нарушение приема пищи через рот, не соответствующее возрасту и ассоциированное с клиническими, нутритивными, психосоциальными расстройствами или задержкой формирования навыков [2]. Авторы интерпретируют трудности при кормлении как патологические, если они сопровождаются нарушениями по меньшей мере в одной из четырех функциональных сфер (клинической, нутритивной, психосоциальной, сфере формирования навыков) и сохраняются более 3 мес. [2].

При разработке критериев ARFID внимание специалистов было акцентировано на пищевом поведении ребенка, в первую очередь на избирательности в пище, снижении аппетита и страхе перед едой, но роль клинических и психосоциальных факторов в возникновении трудностей при кормлении недооценивалась. Критерии PFD, напротив, не учитывают специфические типы пищевого поведения, но включают трудности при кормлении, ассоциированные с клиническими проблемами и задержкой развития.

Несмотря на имеющиеся различия в определении нарушений пищевого поведения у детей раннего возраста, обе группы авторов указывают на необходимость оценки детско-родительских взаимоотношений и использования мультидисциплинарного подхода к лечению [1, 2].

В 2019 г. K. Milano et al. разработали функциональный подход к наблюдению детей с нарушениями пищевого поведения различной степени тяжести в амбулаторных условиях с учетом критериев как ARFID, так и PFD [5]. Авторами предложена пошаговая стратегия, включающая своевременное выявление тревожных признаков, являющихся причиной трудностей при кормлении в конкретных случаях, и систематический подход к коррекции имеющихся нарушений. Вмешательства варьируются от определения краткосрочных целей, связанных с коррекцией кормления и пищевого поведения, при первом визите к педиатру до использования комплексных мультидисциплинарных программ при необходимости. Несмотря на то что трудности при кормлении отмечаются у 25–50% детей раннего возраста [4, 6], лишь 10% из них страдают от расстройств тяжелой степени, требующих интенсивного вмешательства [6, 7]. Использование пошагового подхода позволяет избежать как переоценки проблемы, так и недостаточного вмешательства.

Коррекция нарушений пищевого поведения у детей раннего возраста – длительный процесс, в ходе которого целесообразна постановка краткосрочных целей для

достижения благоприятного исхода в перспективе. В начальной фазе первоочередной задачей является выявление тревожных признаков (красных флагов), представляющих опасность для детей [2]. Кроме того, важное значение имеют скрининг развития оральной моторики ребенка, обеспечение адекватного потребления нутриентов и исключение патологических практик при кормлении ребенка родителями (рис.).

Тревожные признаки, важнейшими из которых являются аспирация, дисфагия, выраженная задержка роста или явный дефицит нутриентов, требуют немедленных действий, в т. ч. дополнительного обследования и междисциплинарных вмешательств [8]. При выявлении симптомов нарушения оральной моторики также необходимо направление ребенка к профильному специалисту [2, 9]. Соответствующие возрасту навыки самостоятельного питания, указанные на рисунке, включают способность есть пюреобразную пищу и снимать еду с ложки губами (4–7 мес.), умение есть пищу мягкими кусочками (8–15 мес.), пить из чашки и пережевывать пищу (8–18 мес.) [10, 11]. Оптимизация фактического питания должна предусматривать обеспече-

ние возрастных норм потребления энергии и нутриентов [12, 13]. Патологические практики кормления в виде различных форм принуждения детей к еде выявляются при расспросе родителей о том, как они реагируют на отказ ребенка от еды, или при наблюдении за процессом кормления [8]. Кроме того, при выборе терапевтической стратегии необходимо определить, какого стиля кормления придерживаются родители [14]. Родители не всегда адекватно воспринимают пищевое поведение детей, и проблемы с кормлением в 17% случаев остаются нераспознанными [15, 16]. Родители могут иметь нереалистичные ожидания в отношении процессов роста ребенка или способности употреблять определенную пищу в определенном возрасте, что приводит к жалобам на плохой аппетит и избирательность в пище. Следствием этого является тревожность родителей, которая приводит к использованию патологических практик кормления, вызывающих проблемы с питанием [8, 16]. Целевые рекомендации для родителей по кормлению детей могут предотвратить развитие подобных ситуаций. Таким образом, нормализация детско-родительских отношений – обя-

● **Рисунок.** Наблюдение детей с нарушениями пищевого поведения в амбулаторных условиях [5]

● **Figure.** Outpatient follow-up of children with feeding disorders [5]

1. Исключение тревожных признаков

- Дисфагия;
- Аспирация;
- Признаки боли при кормлении;
- Рвота или диарея;
- Задержка развития;
- Хронические кардиореспираторные симптомы;
- Отставание в росте;
- Признаки дефицита нутриентов;
- Насильственное кормление

2. Исключение признаков нарушения развития оральной моторики

- Избыточное слюнотечение;
- Нарушение постурального контроля;
- Повышенный или сниженный мышечный тонус;
- Избыточное срыгивание или поперхивание;
- Проблемы введения густой пищи;
- Задержка развития навыков приема пищи;
- Затруднение перемещения пищи или жидкости во рту

3. Оптимизация потребления нутриентов

- Дотация энергии при задержке роста;
- Обогащение рациона нутриентами при однообразном питании;
- Дотация конкретных нутриентов при выявлении их дефицита

4. Рекомендации по кормлению детей для исключения патологических типов кормления

- Избегать отвлечения во время еды;
- Поддерживать нейтральный эмоциональный фон при кормлении ребенка;
- Ограничить время приема пищи;
- Предусмотреть 4–6 приемов пищи в сутки, в промежутках давать только воду;
- Предлагать пищу, подходящую возрасту;
- Систематически предлагать новую пищу (по 8–15 раз);
- Поощрять самостоятельность при приеме пищи;
- Игнорировать беспорядок во время еды

зательное условие формирования правильного поведения ребенка.

Если трудности при кормлении не уменьшаются в течение 2–4 нед. после первичного обследования и соблюдения рекомендаций по коррекции пищевого поведения, необходимо дальнейшее обследование пациентов с участием педиатра, психолога, психотерапевта и, по показаниям, профильных специалистов [5].

Большинство проблем с кормлением у детей раннего возраста ассоциированы с тремя преобладающими вариантами нарушений пищевого поведения: избирательным аппетитом, сниженным аппетитом и страхом перед кормлением [1, 17]. Менее распространенные нарушения пищевого поведения – руминация и пикацизм – также могут нарушать процесс кормления [4]. У некоторых детей выявляют более одного вида нарушений пищевого поведения, в таких случаях нужно оценивать клиническое значение каждого из них.

ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ АППЕТИТ

Дети с избирательным аппетитом отвергают определенные виды пищи, как знакомые, так и незнакомые, чаще они отвергают больше видов пищи, чем соглашаются есть [18]. Так, они могут отказываться от фруктов, овощей и мяса, в результате чего рацион становится однообразным и содержит недостаточно пищевых волокон [18, 19]. Для таких детей характерно повышение сенсорной чувствительности к вкусу, текстуре и запаху пищи [20, 21], что может сопровождаться гиперчувствительностью к свету, звукам, прикосновениям [17]. Избирательность в еде и неофобия (отказ от новой пищи) взаимосвязаны, но имеют важные различия. Оба этих вида пищевого поведения часто являются транзиторными и рассматриваются как этап нормального развития, при этом избирательный аппетит представляет собой более выраженную форму ограничения в пище [22, 23]. В зависимости от используемых диагностических критериев распространенность избирательного аппетита варьируется от 5 до 59% в общей детской популяции, данное нарушение выявляется примерно у 2/3 детей, родители которых предъявляют жалобы на трудности при кормлении [15, 18]. Избирательность в пище начинается в возрасте до 2 лет, когда в рацион вводится твердая пища, и достигает максимума в возрасте около 6 лет. У большинства детей избирательный аппетит нивелируется в школьном возрасте, но в 22% случаев он может сохраняться [24, 25]. Частота и степень выраженности избирательности в пище выше у детей с нарушениями нервно-психического развития, в т. ч. с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями, связанными с дисфункцией сенсорных процессов; у таких детей избирательный аппетит может сохраняться длительное время [26, 27].

Целью вмешательства при избирательном аппетите является обеспечение детей необходимыми нутриентами в соответствии с физиологической потребностью, а также увеличение разнообразия рациона. Большинство

детей с избирательным аппетитом имеют нормальные массо-ростовые показатели [28, 29], но могут испытывать дефицит микронутриентов, чаще всего витаминов D и E, кальция, железа и цинка [29–31]. У детей с высокой степенью избирательности рекомендуется определение сыровоточного уровня 25(OH)D, цинка, железа и ферритина [32]. Процессы роста нарушаются примерно у 5% детей с избирательным аппетитом [32]. Показано, что такие дети получают с пищей на 25% меньше энергии по сравнению с возрастной потребностью [5].

У детей с легкой или умеренной избирательностью в пище или с пищевой неофобией методы улучшения восприятия пищи включают более частое предложение новых продуктов, мягкое поощрение со стороны родителей, создание условий для того, чтобы дети могли трогать еду и играть с ней [33–36]. Если избирательность в пище резко выражена, особенно если она сопровождается другими видами сенсорной гиперчувствительности, требуется помощь психолога [37]. Сенсорная интеграция, или десенситизация, заключается в постепенном введении новых текстур и видов пищи [37]. При поведенческой терапии используются различные техники для восстановления приемлемости пищи и нивелирования дезадаптивного отказа от еды [37, 38]. Две наиболее полезные поведенческие техники – постепенная замена любимого продукта нелюбимой пищей со сходными характеристиками и постепенное изменение объема или консистенции предлагаемой пищи [37, 39].

СНИЖЕННЫЙ АППЕТИТ

Дети со сниженным аппетитом редко проявляют интерес к еде, быстро насыщаются [40] и обычно употребляют недостаточное количество пищи для поддержания нормального роста и развития [8, 38]. Низкий аппетит встречается реже, чем избирательность в пище и составляет около 25% от нарушений пищевого поведения, наблюдаемых на амбулаторном приеме [15]. Аппетит у детей может снижаться в результате нескольких основных причин. Во-первых, это нарушение физиологической регуляции аппетита [39] вследствие различных заболеваний, сопровождающихся воспалением, гормональной дисрегуляцией и метаболическими нарушениями. Во-вторых, низкий аппетит может быть ассоциирован с невниманием к ребенку или недостатком пищи, наблюдающийся в отдельных социальных группах и географических регионах. Хроническое недоедание приводит к снижению аппетита, в результате чего дети становятся апатичными, пассивными и замкнутыми [8]. В-третьих, у некоторых детей наблюдается первичное нарушение регуляции аппетита. I. Chatoor et al. [41] определяют такое пищевое поведение как младенческую анорексию, хотя оно может встречаться и в более старшем возрасте. Дети с данным состоянием общительны, часто гиперактивны, не проявляют интереса к еде и находятся в постоянном конфликте с родителями из-за проблем с приемом пищи. Несмотря на то что у таких детей встречается

снижение массо-ростовых показателей, среди них реже выявляют выраженные нарушения физического развития, дефицит потребления энергии и когнитивные нарушения [8, 41]. В-четвертых, снижение аппетита может быть обусловлено ятрогенными причинами – у детей на зондовом питании или при терапии препаратами, снижающими аппетит [42]. Выявление причины снижения аппетита необходимо для назначения его адекватной коррекции.

Целью вмешательства при сниженном аппетите является восстановление физиологического цикла «голод – насыщение», обеспечение потребления нутриентов, необходимых для нормального роста и развития, и купирование причины нарушения аппетита. Большинству детей со снижением аппетита необходима дотация энергии и нутриентов [8, 11, 17]. Потребность в энергии зависит от множества факторов, но на старте терапии рекомендуется повышать энергетическую ценность рациона на 100–300 ккал в сутки. Для этого могут использоваться продукты с высокой энергетической плотностью или гиперкалорийные жидкие смеси (около 150 ккал на 100 мл смеси). Специализированные продукты должны не заменять приемы пищи, а дополнять их [12, 43]. Нужно учитывать, что дети с низким аппетитом более толерантны к небольшим порциям пищи.

Тактика поведенческой терапии зависит от причины снижения аппетита. У здоровых детей с низким аппетитом с целью восстановления физиологического цикла «голод – насыщение» нужно отрегулировать режим питания с минимальным перерывом между приемами пищи 3 часа, в течение которых разрешается только вода [6, 16]. Объяснение ребенку признаков голода и насыщения помогает формированию саморегуляции в питании [44]. Рекомендуется постепенное увеличение размера порций [37]. Нужно с осторожностью относиться к использованию вознаграждений за достаточный объем съеденной пищи, поскольку вначале они могут повышать интерес к еде, но затрудняют формирование естественной регуляции аппетита [45].

СТРАХ ПРИЕМА ПИЩИ

Дети со страхом перед кормлением отказываются есть из-за опасения возникновения боли или неприятных ощущений, а не вследствие отсутствия аппетита. Типичным примером такого состояния является отказ есть определенную пищу вследствие связанного с ней травматичного опыта, например, эпизода аспирации, рвоты, диареи или гастроинтестинального дискомфорта [4, 17]. Важной характеристикой этого состояния является чрезмерная эмоциональная реакция, сопровождающая отказ от пищи, включающая плач и отталкивание тарелки, попытки избежать проглатывания этой пищи: длительное жевание, удерживание пищи за щекой, поиск способа выплюнуть пищу [46]. У детей раннего возраста или с нарушениями речи это расстройство проявляется иначе: они кричат, отказываются от бутылочки, груди или ложки и обычно отвергают жидкую пищу [4, 17]. Клинические ситуации,

которые приводят к боли или дискомфорту при кормлении, а также неприятные медицинские вмешательства (установка назогастрального зонда, медицинские манипуляции в области рта) могут привести к страху приема пищи у детей любого возраста [6]. Страх кормления – наиболее редкое нарушение пищевого поведения, которое встречается менее чем у 1% детей с трудностями при кормлении на амбулаторном приеме.

Основной механизм, позволяющий детям преодолеть страх перед едой, заключается в снижении уровня тревожности. Изменение окружающей обстановки во время кормления, использование другой посуды и столовых приборов, а также назначение анксиолитических препаратов являются основными способами снижения тревожности ребенка [38, 46]. Например, у детей раннего возраста кормление в другой комнате, на другом стульчике и из другой посуды позволяет избежать негативных ассоциаций с предшествующим травмирующим опытом [15]. Также может быть полезна игровая и поведенческая терапия, направленная на постепенное увеличение контакта с пищей путем поощрений и вознаграждений [38, 47, 48]. У старших детей рекомендуется консультация психолога с обсуждением травмирующей проблемы и реального риска, связанного с приемом пищи [8, 17]. Наибольшую опасность страх приема пищи представляет у детей раннего возраста в связи с отказом от груди или бутылочки, которые служат единственным способом кормления. Таких детей рекомендуют кормить в период, предшествующий засыпанию, когда при сохранении защитных рефлексов дети менее активно сопротивляются кормлению. Несмотря на то что кормление при засыпании может казаться эффективной стратегией, оно не должно быть продолжительным и противопоказано детям с нарушениями развития. Другими полезными подходами к кормлению при отказе от груди или бутылочки могут быть кормление из чашки или безотлагательное введение продуктов прикорма при условии готовности ребенка (в возрасте около 4 мес.).

СТИЛЬ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ

Определяющее значение в формировании пищевого поведения имеет стиль кормления ребенка. В настоящее время выделяют четыре основных стиля кормления: внимательный (авторитетный), контролирующий (авторитарный), потакающий и невнимательный [8]. Из них положительное влияние оказывает лишь один – внимательный. Остальные три приводят к неблагоприятным последствиям и во многом обуславливают трудности при кормлении ребенка [49].

Внимательный стиль кормления предусматривает уважение как к отказу, так и к согласию ребенка есть определенную пищу, обучение навыкам самостоятельного питания, установку разумных ограничений, родительскую ролевую модель питания и предложение ребенку здоровой пищи, соответствующей его возрасту [14]. Если у родителей вызывает тревогу вес ребенка или его питание, они обыч-

но придерживаются контролирующего или потакающего стиля кормления, для которых характерны запреты и вознаграждения, связанные с едой, а также использование патологических типов кормления, направленных на принуждение к еде [16, 50–52]. При контролирующем стиле кормления ведущим подходом является психологическое давление на ребенка, а при потакающем стиле – вседозволенность [14]. Данные практики, не учитывающие как потребности, так и желания ребенка, часто оказываются эффективными вначале, но в отдаленной перспективе приводят к усилению избирательности и снижению потребления пищи, что усугубляет имеющиеся проблемы с питанием [53, 54]. Принуждение к кормлению придает приему пищи негативный эмоциональный фон в результате конфликта родителей и ребенка [50]. Конфликты во время еды могут быть ассоциированы с развитием поведенческих и психосоциальных дисфункций, приводящих к формированию расстройств пищевого поведения [55–57]. Показано, что для подростков, имевших избирательный аппетит в первые годы жизни, не характерны нарушения нутритивного статуса, но у них наблюдаются значительные психологические проблемы, выраженность которых зависит от конфликтов, связанных с едой [56].


Если родители проявляют чрезмерную тревожность, педиатру нужно снизить их чувство ответственности за прибавку в весе и фактическое питание ребенка [47]. Для этого проводятся мониторинг состояния здоровья ребенка, обогащение рациона необходимыми нутриентами и смещение фокуса родительской ответственности с количества съеденной пищи на контроль вопросов, связанных с тем, когда и где кормить ребенка и какую пищу ему предлагать [58]. Использование адекватных рекомендаций по детскому питанию также позволяет снизить уровень тревожности. Например, контролирующим родителям следует поощрять увеличивать разнообразие детского рациона, учить ребенка есть самостоятельно и служить ролевой моделью для него, а потакающим родителям нужно рекомендовать придерживаться режима питания, избегать приготовления специальной пищи для ребенка и ограничивать употребление сока и молока между приемами пищи. Наиболее активное вмешательство необходимо при выявлении невнимательного стиля кормления, где требуется не только рекомендовать соблюдение режима питания и использование пищи, соответствующей возрасту ребенка, но и рассмотреть вариант о привлечении другого лица для кормления ребенка до того момента, пока родители не смогут следовать рекомендациям самостоятельно.

С целью снижения тревожности родителей целесообразно использовать тактику пищевого страхования при помощи включения в рацион изокалорийных продуктов, содержащих полноценный белок и микронутриенты.

Примером такого продукта является PediaSure Малоежка (Abbott Nutrition). Этот специализированный продукт с обширной доказательной базой может использоваться в качестве пищевого страхования для снижения стресса в семье. Так, согласно опубликованным данным испанского исследования Р.А. Bodas et al. [59], уровень семейного стресса, связанного с приемом пищи, значимо снизился на 15% (с 66 до 51%, $p < 0,0001$) наряду со значимым улучшением антропометрических показателей всего за 12 нед. приема PediaSure Малоежка у детей с избирательным аппетитом. Также в клинических исследованиях были продемонстрированы улучшение показателей веса, роста, физической активности, аппетита, расширение рациона и снижение инфекционной заболеваемости таких детей [60–62].

Клинические исследования убедительно показывают, что применение PediaSure Малоежка эффективно в качестве дополнительного источника нутриентов у детей с избирательным/сниженным аппетитом. Он восполняет повышенную потребность в питательных веществах, устраняет дефицит энергетических ресурсов, улучшает микрофлору кишечника, способствует повышению иммунной защиты, учитывает все необходимые потребности растущего организма. В 200 мл специализированного продукта (жидкая форма) содержится 6 г белка, 7,7 г жиров, 26,3 г углеводов, 14 витаминов и 15 микроэлементов, L-карнитин, пищевые волокна и пребиотик ФОС 1,4 г, а в сухой форме – и пробиотик *L. acidophilus*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, нарушения пищевого поведения представляют собой комплексную проблему, развитие которой обусловлено дисфункцией ряда органов и систем, что определяет важность привлечения для терапии мультидисциплинарной команды специалистов с участием педиатра, диетолога и психолога. На первом этапе наблюдения детей с трудностями при кормлении в условиях амбулаторного педиатрического приема необходимо исключить тревожные признаки, свидетельствующие о наличии тяжелой соматической и психоневрологической патологии, определить ведущий тип нарушения пищевого поведения (избирательный аппетит, сниженный аппетит или страх кормления), а также стиль кормления, который практикуют родители ребенка. Рекомендации по коррекции аппетита зависят от ведущей причины его нарушения. Обеспечение ребенка необходимыми нутриентами путем назначения пищевого страхования позволяет снизить тревожность родителей и избежать использования принудительных тактик кормления. 

Поступила / Received 15.05.2021

Поступила после рецензирования / Revised 17.06.2021

Принята в печать / Accepted 20.07.2021

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. Washington, D.C. : American Psychiatric Association; 2013. 947 p. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Goday P.S., Huh S.Y., Silverman A., Lukens C.T., Dodrill P., Cohen S.S. et al. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019;68(1):124–129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>.
3. Silverman A.H. Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(2):160–165. <https://doi.org/10.1177/0884533610361609>.
4. Bryant-Waugh R., Markham L., Kreipe R.E., Walsh B.T. Feeding and Eating Disorders in Childhood. *Int J Eat Disord*. 2010;43(2):98–111. <https://doi.org/10.1002/eat.20795>.
5. Milano K., Chatoor I., Kerzner B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21(10):51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0>.
6. Aldridge V.K., Dovey T.M., Martin C.I., Meyer C. Identifying Clinically Relevant Feeding Problems and Disorders. *J Child Health Care*. 2010;14(3):261–270. <https://doi.org/10.1177/1367493510370456>.
7. Kerwin M.E. Pediatric Feeding Problems: A Behavior Analytic Approach to Assessment and Treatment. *Behav Anal Today*. 2003;4(2):162–175. <http://doi.org/10.1037/h0100114>.
8. Kerzner B., Milano K., MacLean W.C., Berall G., Stuart S., Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344–345. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>.
9. Kleinert J.O. Pediatric Feeding Disorders and Severe Developmental Disabilities. *Semin Speech Lang*. 2017;38(2):116–125. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1599109>.
10. Carruth B.R., Ziegler P.J., Gordon A., Hendricks K. Developmental Milestones and Self-Feeding Behaviors in Infants and Toddlers. *J Am Diet Assoc*. 2004;104(Suppl. 1):S51–S56. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2003.10.019>.
11. Morris S.E., Klein M.D. *Pre-Feeding Skills: A Comprehensive Resource for Mealtime Development*. 2nd ed. Austin, TX: PRO-ED; 2000. 821 p.
12. Hojsak I., Bronsky J., Campoy C., Domellöf M., Embleton N., Fidler Mis N. et al. Young Child Formula: A Position Paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(1):177–185. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001821>.
13. Golden M.H. Evolution of Nutritional Management of Acute Malnutrition. *Indian Pediatr*. 2010;47(8):667–678. <https://doi.org/10.1007/s13312-010-0103-5>.
14. Hughes S.O., Power T.G., Fisher J.O., Mueller S., Nicklas T.A. Revisiting a Neglected Construct: Parenting Styles in a Childfeeding Context. *Appetite*. 2005;44(1):83–92. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.08.007>.
15. Benjasuwantep B., Chaitirayanon S., Eiamudomkan M. Feeding Problems in Healthy Young Children: Prevalence, Related Factors and Feeding Practices. *Pediatr Rep*. 2013;5(2):38. <https://doi.org/10.4081/pr.2013.e10>.
16. Byrne R., Jansen E., Daniels L. Perceived Fussy Eating in Australian Children at 14 Months of Age and Subsequent Use of Maternal Feeding Practices at 2 Years. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):123. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0582-z>.
17. Chatoor I. Feeding Disorders in Infants and Toddlers: Diagnosis and Treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2002;11(2):163–183. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(01\)00002-5](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(01)00002-5).
18. Taylor C.M., Wernimont S.M., Northstone K., Emmett P.M. Picky/Fussy Eating in Children: Review of Definitions, Assessment, Prevalence and Dietary Intakes. *Appetite*. 2015;95:349–359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>.
19. Gibson E.L., Cooke L. Understanding Food Fussiness and Its Implications for Food Choice, Health, Weight and Interventions in Young Children: the Impact of professor Jane Wardle. *Curr Obes Rep*. 2017;6(1):46–56. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0248-9>.
20. Farrow C.V., Coulthard H. Relationships between Sensory Sensitivity, Anxiety and Selective Eating in Children. *Appetite*. 2012;58(3):842–846. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.017>.
21. Nederkoorn C., Jansen A., Havermans R.C. Feel Your Food. The Influence of Tactile Sensitivity on Picky Eating in Children. *Appetite*. 2015;84:7–10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.014>.
22. Dovey T.M., Staples P.A., Gibson E.L., Halford J.C. Food Neophobia and 'Picky/Fussy' Eating in Children: A Review. *Appetite*. 2008;50(2–3):181–193. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>.
23. Elkins A., Zickgraf H.F. Picky Eating and Food Neophobia: Resemblance and Agreement in Parent/Young Adult Dyads. *Appetite*. 2018;126:36–42. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.021>.
24. Cardona Cano S., Tiemeier H., Van Hoeken D., Tharner A., Jaddoe V.W., Hofman A. et al. Trajectories of Picky Eating during Childhood: A General Population Study. *Int J Eat Disord*. 2015;48(6): 570–579. <https://doi.org/10.1002/eat.22384>.
25. Van Tine M.L., McNicholas F., Safer D.L., Agras W.S. Follow-Up of Selective Eaters from Childhood to Adulthood. *Eat Behav*. 2017;26:61–65. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.01.003>.
26. Mari-Bauset S., Zazpe I., Mari-Sanchis A., Llopis-González A., Morales-Suárez-Varela M. Food Selectivity in Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review. *J Child Neuro*. 2014;29(11):1554–1561. <https://doi.org/10.1177/0883073813498821>.
27. Field D., Garland M., Williams K. Correlates of Specific Childhood Feeding Problems. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(4):299–304. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2003.00151.x>.
28. Brown C.L., Vander Schaaf E.B., Cohen G.M., Irby M.B., Skelton J.A. Association of Picky Eating and Food Neophobia with Weight: A Systematic Review. *Child Obes*. 2016;12(4):247–262. <https://doi.org/10.1089/chi.2015.0189>.
29. Sharp W.G., Postorino V., McCracken C.E., Berry R.C., Criado K.K., Burrell T.L. et al. Dietary Intake, Nutrient Status, and Growth Parameters in Children with Autism Spectrum Disorder and Severe Food Selectivity: An Electronic Medical Record Review. *J Acad Nutr Diet*. 2018;118(10):1943–1950. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.005>.
30. Taylor C.M., Northstone K., Wernimont S.M., Emmett P.M. Macro and Micronutrient Intakes in Picky Eaters: A Cause for Concern? *Am J Clin Nutr*. 2016;104(6):1647–1656. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.137356>.
31. Xue Y., Zhao A., Cai L., Yang B., Szetó I.M., Ma D. et al. Growth and Development in Chinese Pre-Schoolers with Picky Eating Behaviour: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*. 2015;10(4):e0123664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123664>.
32. Tharner A., Jansen P.W., Kieffe-de Jong J.C., Moll H.A., van der Ende J., Jaddoe V.W. et al. Toward an Operative Diagnosis of Fussy/Picky Eating: A Latent Profile Approach in a Population-Based Cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11(1):14–25. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-14>.
33. Fildes A., van Jaarsveld C.H., Wardle J., Cooke L. Parent-Administered Exposure to Increase Children's Vegetable Acceptance: A Randomized Controlled Trial. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(6):881–888. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.07.040>.
34. Coulthard H., Sealy A. Play with Your Food! Sensory Play Is Associated with Tasting of Fruits and Vegetables in Preschool Children. *Appetite*. 2017;113:84–90. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.02.003>.
35. Ventura A.K., Birch L.L. Does Parenting Affect Children's Eating and Weight Status? *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2008;5(1):15–27. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-5-15>.
36. Edelson L.R., Mokdad C., Martin N. Prompts to Eat Novel and Familiar Fruits and Vegetables in Families with 1–3 Year-Old Children: Relationships with Food Acceptance and Intake. *Appetite*. 2016;99:138–148. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.01.015>.
37. Marshall J., Hill R.J., Ware R.S., Ziviani J., Dodrill P. Multidisciplinary Intervention for Childhood Feeding Difficulties. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015;60(5):680–687. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000669>.
38. Silverman A.H. Behavioral Management of Feeding Disorders of Childhood. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl 5):33–42. <https://doi.org/10.1159/000381375>.
39. Druce M., Bloom S.R. The Regulation of Appetite. *Arch Dis Child*. 2006;91(2):183–187. <https://doi.org/10.1136/adc.2005.073759>.
40. Van Jaarsveld C.H., Boniface D., Llewellyn C.H., Wardle J. Appetite and Growth: A Longitudinal Sibling Analysis. *JAMA Pediatr*. 2014;168(4):345–350. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4951>.
41. Chatoor I., Surles J., Ganiban J., Bekker L., Paez L.M., Kerzner B. Failure to Thrive and Cognitive Development in Toddlers with Infantile Anorexia. *Pediatrics*. 2004;113(5):e440–e447. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e440>.
42. Wright C.M., Smith K.H., Morrison J. Withdrawing Feeds from Children on Long Term Enteral Feeding: Factors Associated with Success and Failure. *Arch Dis Child*. 2011;96(5):433–439. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.179861>.
43. Wright C.M., Chillingworth A. The Impact of Stopping High-Energy Oral Nutritional Supplements on Eating Behaviour and Weight Gain. *Arch Dis Child*. 2015;100(11):1024–1027. <https://doi.org/10.1136/archdis-child-2014-307564>.
44. Johnson S.L. Improving Preschoolers' Self-Regulation of Energy Intake. *Pediatr*. 2000;106(6):1429–1435. <https://doi.org/10.1542/peds.106.6.1429>.
45. Roberts L., Marx J.M., Musher-Eizenman D.R. Using Food as a Reward: An Examination of Parental Reward Practices. *Appetite*. 2018;120:318–326. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.024>.
46. Okada A., Tsukamoto C., Hosogi M., Yamanaka E., Watanabe K., Ootyou K. et al. A Study of Psycho-Pathology and Treatment of Children with Phagophobia. *Acta Med Okayama*. 2007;61(5):261–269. <https://doi.org/10.18926/AMO/32896>.
47. Segal I., Tirosh A., Sinai T., Alony S., Levi A., Korenfeld L. et al. Role Reversal Method for Treatment of Food Refusal Associated with Infantile Feeding

- Disorders. *J Pediatr Gast Nutr.* 2014;58(6):739–742. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000309>.
48. Chiatto F., Coletta R., Aversano A., Warburton T., Forsythe L., Morabito A. Messy Play Therapy in the Treatment of Food Aversion in a Patient with Intestinal Failure: Our Experience. *J Parenter Enter Nutr.* 2019;43(3):412–418. <https://doi.org/10.1002/jpen.1433>.
 49. Павловская Е.В. Стиль кормления детей и его влияние на формирование пищевого поведения. *Вопросы диетологии.* 2019;9(4):37–41. <https://doi.org/10.20953/2224-5448-2019-4-37-41>. Pavlovskaya E.V. Child-Feeding Style and Its Influence on the Formation of Eating Behaviour. *Voprosy diyetologii = Nutrition.* 2019;9(4):37–41. (In Russ.) <https://doi.org/10.20953/2224-5448-2019-4-37-41>.
 50. Harris H.A., Ria-Searle B., Jansen E., Thorpe K. What's the Fuss about? Parent Presentations of Fussy Eating to a Parenting Support Helpline. *Public Health Nutr.* 2018;21(8):1520–1528. <https://doi.org/10.1017/S1368980017004049>.
 51. Powell F.C., Farrow C.V., Meyer C. Food Avoidance in Children. The Influence of Maternal Feeding Practices and Behaviours. *Appetite.* 2011;57(3):683–692. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.011>.
 52. Johnson S.L., Goodell L.S., Williams K., Power T.G., Hughes S.O. Getting my Child to Eat the Right Amount. Mothers' Considerations when Deciding how Much Food to Offer Their Child at a Meal. *Appetite.* 2015;88:24–32. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.12.004>.
 53. Finnane J.M., Jansen E., Mallan K.M., Daniels L.A. Mealtime Structure and Responsive Feeding Practices Are Associated with Less Food Fussiness and More Food Enjoyment in Children. *J Nutr Educ Behav.* 2017;49(1):11–18. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.007>.
 54. Hendy H.M., Williams K.E., Riegel K., Paul C. Parent Mealtime Actions that Mediate Associations between Children's Fussy-Eating and Their Weight and Diet. *Appetite.* 2010;54(1):191–195. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.10.006>.
 55. Micali N., Simonoff E., Elberling H., Rask C.U., Olsen E.M., Skovgaard A.M. Eating Patterns in a Population-Based Sample of Children Aged 5 to 7 Years: Association with Psychopathology and Parentally Perceived Impairment. *J Dev Behav Pediatr.* 2011;32(8):572–580. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31822bc7b7>.
 56. Jacobi C., Schmitz G., Agras W.S. Is Picky Eating an Eating Disorder? *Int J Eat Disord.* 2008;41(7):626–634. <https://doi.org/10.1002/eat.20545>.
 57. Lucarelli L., Sechi C., Cimino S., Chatoor I. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Longitudinal Study of Malnutrition and Psychopathological Risk Factors from 2 to 11 Years of Age. *Front Psychol.* 2018;9:1608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01608>.
 58. Satter E.M. The Feeding Relationship. *J Am Diet Assoc.* 1986;86(3):352–356. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3950279/>.
 59. Williams J.A., Bodas P.A., Rueda V.E., Gonzalez E.M., Vieco G.A., Aguirre K. Growth and Mealtime Stress Levels in Spanish Children Receiving Oral Nutritional Supplementation (ONS). *3rd International Conference on Nutrition & Growth, Vienna, Austria, March 17–19, 2016.* Available at: <http://2017.nutrition-growth.kenes.com/Documents/AbstractBook.pdf>.
 60. Ghosh A.K., Kishore B., Shaikh I., Satyavrat V., Kumar A., Shah T. et al. Effect of Oral Nutritional Supplementation on Growth and Recurrent Upper Respiratory Tract Infections in Picky Eating Children at Nutritional Risk: A Randomized, Controlled Trial. *J Int Med Res.* 2018;46(6):2186–2201. <https://doi.org/10.1177/0300060518757355>.
 61. Huynh D.T.T., Estorninos E., Capeding R.Z., Oliver J.S., Low Y.L., Rosales F.J. Longitudinal Growth and Health Outcomes in Nutritionally At-Risk Children Who Received Long-Term Nutritional Intervention. *J Hum Nutr Diet.* 2015;28(6):623–635. <https://doi.org/10.1111/jhn.12306>.
 62. Huynh D.T.T., Estorninos E., Capeding M.R., Oliver J.S., Low Y.L., Rosales F.J. Impact of Long-Term Use of Oral Nutritional Supplement on Nutritional Adequacy, Dietary Diversity, Food Intake and Growth of Filipino Preschool Children. *J Nut Sci.* 2016;5:e20. <https://doi.org/10.1017/jns.2016.6>.

Информация об авторе:

Павловская Елена Вячеславовна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетотерапии, Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи; 115446, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 21; elena_pavlovsky@rambler.ru

Information about the author:

Elena V. Pavlovskaya, Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher, Department of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Diet Therapy, Federal Research Centre of Nutrition, Biotechnology and Food Safety; 21, Kashirskoye Shosse, Moscow, 115446, Russia; elena_pavlovsky@rambler.ru