

О.Н. Комарова, А.И. Хавкин

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Причины отказа от приема пищи у детей раннего возраста: дифференциально-диагностический поиск и способы коррекции

Contacts:

Komarova Oksana Nikolaevna, MD, dietarian of the Department of Gastroenterology and Endoscopic Research Techniques of Research Clinical Pediatric Institute of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

Address: 2, Taldomskaya Street, Moscow, RF, 125412, **Tel.:** (495) 487-46-81, **e-mail:** komarovadoc@yandex.ru

Article received: 20.05.2014, **Accepted for publication:** 25.06.2014

Отказ от приема пищи наблюдается у детей на разных этапах их развития, начиная с периода новорожденности. Это состояние может быть обусловлено несколькими причинами. Во-первых, сопутствующими заболеваниями, среди которых патология желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром мальабсорбции), неврологическая (повреждение при ишемии или кровоизлиянии ствола мозга и верхнешейных отделов спинного мозга, нервно-мышечные заболевания) и логопедическая патология (анкилоглоссия), болезни обмена (органические ацидурии) и пищевая непереносимость. Во-вторых, нарушение пищевого поведения может быть связано с органической патологией, например пороками развития пищевода и желудка (ахалазией кардии, коротким пищеводом, пилоростенозом), врожденной патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени. В-третьих, отказ от приема пищи может иметь место на фоне полного здоровья без видимых объективных причин и, как правило, сопряжено с неправильным кормлением. Именно поэтому основополагающим для достижения клинического эффекта является установление возможных причин расстройства питания. Однако независимо от причины всем пациентам с отказом от пищи помимо лечения основного заболевания показана комплексная поведенческая и диетологическая коррекция, которая рассматривается в настоящей статье.

Ключевые слова: отказ от пищи, расстройство питания, нарушение пищевого поведения, дети первого года жизни.

(Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (3): 69–72)

Отказ от приема пищи пациентами раннего возраста — серьезная проблема как для родителей, так и для врача. При этом расстройство питания наблюдается у детей на разных этапах развития, начиная с периода новорожденности, и это состояние не зависит от вида вскармливания. С одной стороны, отказ от питания может быть обусловлен органической патологией, с другой — может развиваться вне связи с сопутствующими заболеваниями, а также на фоне полного здоровья без видимых причин и нередко сопряжено с неправильным кормлением. По данным литературы,

трудности при вскармливании имеют место в среднем у 80% детей-инвалидов и 25% детей с нормальным развитием [1, 2].

Затруднению сосания и глотания может способствовать анкилоглоссия (короткая уздечка языка), врожденные расщелины губы и неба. При анкилоглоссии ребенок не может правильно захватывать рот грудью или соску и неоднократно теряет их в процессе кормления. Во время сосания появляются характерные звуки «цоканья» языком. При этом отмечаются беспокойное поведение и быстрая утомляемость. В связи с этим ребенок

O.N. Komarova, A.I. Khavkin

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

Reasons of Aversion to Food at Children of Early Age: Differential and Diagnostic Search and Correction Ways

Aversion to food is observed at children at different stages of their development since the neonatal period. This state can be caused by several reasons. First, by coexisting diseases among which there are pathology of a gastrointestinal path (gastroesophageal reflux disease, malabsorption syndrome), neurologic (damage at ischemia or hemorrhage of a brain axis and cervical cord, neuromuscular diseases) and logopedic pathology (ankyloglossia), metabolic diseases (organic aciduria) and food intolerance. Secondly, disorder of eating behaviour can be connected with organic pathology, for example with gullet and stomach developmental malformations (esophageal achalasi, short gullet, pylorostenosis), congenital pathology of cardiovascular system, respiratory organs, liver. Thirdly, aversion to food can take place against complete health without visible objective reasons and, as a rule, is interfaced to the wrong feeding. For this reason the determination of possible reasons of eating disorder is fundamental for the achievement of clinical effect. However, besides treatment of the main disease the complex behavioural and nutritional correction which is considered in this article is justified for all patients with aversion to food.

Key words: aversion to food, eating disorder, children of the first life year.

(Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2014; 13 (3): 69–72)

потребляет меньший объем пищи, что может привести к развитию гипотрофии.

Снижение аппетита и отказ от кормления отмечают при врожденной патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени; расстройство питания может быть ассоциировано со слабостью и быстрой утомляемостью ребенка во время кормления. Усталость и связанное с ней потребление пищи меньшего объема характерны для недоношенных детей, коррелируют со сроком гестации и сопутствующей патологией.

Затруднения в процессе глотания, рвота при одномоментном приеме большого количества пищи и отказ от пищи — основные симптомы дисфагии. Дисфагия у детей может быть связана с врожденными пороками пищевода, например ахалазией кардии — врожденным нарушением функции кардиальной части желудка вследствие отсутствия ганглиозных клеток в интрамуральном сплетении. В основе заболевания лежит отсутствие рефлекторного расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время глотания. В клинической картине с первых дней жизни отмечаются рвота и срыгивания непереваренной пищей без признаков желудочного содержимого непосредственно во время кормления [3].

Дисфагия с обильной рвотой и отказом от приема пищи наблюдается при коротком пищеводе — врожденном пороке развития, при котором дистальный отдел пищевода выстлан оболочкой, свойственной слизистой оболочке желудка. При таком состоянии отмечают выраженность клинической симптоматики, быстрое ее прогрессирование и раннее развитие осложнений в виде сужения пищевода [3].

Дисфагия может сопутствовать кашлю, удушью, неврологической и логопедической патологии.

Следует отметить, что нарушение функционирования желудочно-кишечного тракта с периода новорожденности может быть обусловлено повреждением (при ишемии или кровоизлиянии) ствола мозга и верхнешейных отделов спинного мозга (например, при натяжении и травмировании позвоночных артерий в родах при манипуляции с головкой). В клинической картине преобладают псевдобульбарные нарушения: нарушение сосания, поперхивания, вытекание молока через нос, гнусавый оттенок плача, обильное слюнотечение. Также возможно нарушение иннервации пищевода, желудка, нижнего пищеводного сфинктера (дискинезии пищевода, недостаточность нижнего пищеводного сфинктера, пилородуоденоспазм, кардиоспазм), что способствует обильным срыгиваниям [4].

Среди других неврологических причин дисфагий в раннем возрасте рассматривают нервно-мышечные заболевания (врожденные структурные миопатии, спинальные мышечные атрофии). Общими признаками врожденных структурных миопатий считают ранний дебют (с рождения или с первых месяцев жизни), генерализованную мышечную гипотонию, снижение или отсутствие сухожильных рефлексов, атрофию мышц и структурные аномалии скелета. Спинальная мышечная атрофия — это результат прогрессирующего повреждения клеток переднего рога спинного мозга. Спинальная мышечная атрофия первого типа (Верднига–Гоффмана) дебютирует у новорожденных с проявления мышечной гипотонии [5].

Стойкое снижение аппетита наблюдается при дефиците железа (анемии), цинка, а также при гиповитаминозе. При потере или отсутствии прибавки массы тела у пациента с клинически диагностированной полинутриентной и поливитаминой недостаточностью необходимо исключить синдром мальабсорбции.

Среди других причин гастроэнтерологической направленности особого внимания заслуживает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

У детей раннего возраста отказ от груди или смеси во время кормления, прерывание кормления плачем могут указывать на боль при глотании (одинофагия), которая может быть причиной воспаления кандидозного или герпетического характера полости рта, глотки, пищевода. Боль подобного характера — это симптом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, осложненной эзофагитом. Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни сопутствуют также обильные срыгивания, рвота, поперхивания, необъяснимый плач, нарушение сна, кашель.

Рвота является симптомом многих заболеваний. В дифференциально-диагностическом ряду необходимо исключить пороки развития органов желудочно-кишечного тракта, а также болезни обмена. Из пороков развития наиболее часто встречающимся является пилоростеноз. В клинической картине отказ от еды чередуется с жадным сосанием из-за возникающего чувства голода в результате рвоты. Рвота обильная, фонтаном, нарастающая по частоте, свежим и створоженным молоком без примесей желчи, характерен симптом «хлопка». С развитием расширения желудка рвота становится реже, количество рвотных масс обычно превышает объем съеденного молока, в них содержится слизь, могут иметь вид кофейной гущи с неприятным запахом. Стул редкий, «голодный». Появляется олигурия, нарастает экзикоз, гипохлоремия, гипохлоремический метаболический алкалоз. Прибавка массы тела замедляется или отсутствует. Вследствие голода и боли наблюдается монотонный, ноющий с раздражением крик ребенка. При пилоростенозе можно наблюдать перистальтику желудка, принимающую вид песочных часов: перистальтика усиливается после еды и при легком поколачивании подложечной области, пальпируется опухолевидный привратник.

Среди болезней обмена аминокислот органическим ацидуриям часто сопутствуют рвота, отказ от еды, нарушение стула и, как результат, обезвоживание. Органические ацидурии (например, метилмалоновая, пропионовая) — это группа наследственных заболеваний, обусловленных нарушением обмена органических кислот и их накоплением в биологических жидкостях. Указанные формы патологии характеризуются вялостью, сонливостью, нарушениями дыхания. Возможны судороги. Для течения ацидурий характерны светлый период и дебют клинических проявлений после смены режима питания, голодания или жировой нагрузки, приступообразное течение. Из лабораторных признаков диагностики помогают наличие анемии, тромбоцитопении, лейкопении, гипогликемии, метаболического ацидоза, повышение активности трансаминаз. В специализированных лабораториях возможно исследование содержания органических кислот в моче.

Расстройство питания вплоть до стойкого отказа возможно в результате травматического или связанного с ним воздействия (например, постановка назогастрального зонда), эпизода удушья, тяжелой рвоты или аспирации. В такой ситуации ребенок нередко отказывается от приема пищи из одной посуды, но соглашается на прием пищи из другой или только из бутылочки; он может принимать пищу из посуды, которая не нравится только в сонном состоянии. Если прием пищи сопровождается травмирующими переживаниями, кормление становится главным источником беспокойства для ребенка. Следовательно, отказ ребенка от кормления уменьшает беспокойство.

Как правило, все перечисленные выше состояния сопровождаются задержкой темпов физического развития, и прежде всего массы тела.

Не связанной с травмами или заболеваниями причиной отказа от питания является детская анорексия [6]. Симптомы этого состояния чаще возникают во время перехода от жидкого питания в твердому, а также к самостоятельному питанию. Заподозрить наличие детской анорексии возможно при следующей симптоматике: ребенок не сообщает о том, что голоден, у него отсутствует интерес именно к пище, однако во все остальное время, кроме кормления, он интересуется окружающей обстановкой и взаимодействует с лицами, которые за ним ухаживают. Отказ от приема нормальной пищи отмечается в течение как минимум 1 мес.

В целом, если нарушение питания связано с хронической патологией, отказ от питания ребенка имеет общие черты. Обычно ребенок охотно начинает принимать пищу, однако во время кормления возникают нарушения и отказ от еды. Безусловно, лечение выявленного заболевания может уменьшить выраженность подобных симптомов, но не способно устранить проблему полностью. Необходимо также осуществлять коррекцию пищевого поведения ребенка, поскольку причина отказа от пищи может иметь давнюю историю, и в клинической картине доминирует поведенческий компонент [7].

При отсутствии органических причин расстройств питания нарушение пищевого поведения может оказаться единственной причиной отказа от приема пищи. В основе формирования таких расстройств питания лежит конфликт, возникающий во время кормления между родителями и ребенком. Родители (или лица, ухаживающие за ребенком), исполняя свой родительский долг, принуждают к приему пищи или кормят насильно, тогда как ребенок отказывается от кормления [1].

Вместе с тем симптоматически отказ ребенка от пищи при наличии органических и неорганических причин имеет безусловное сходство и подвергается коррекции идентично.

На основании опыта коллег из клиники Wolfson (Израиль), в частности А. Levin и соавт., была разработана классификация видов отказа от пищи — критерии Wolfson:

- стойкий отказ от пищи более 1 мес;
- отсутствие других очевидных заболеваний, способных вызвать отказ от приема пищи;
- возраст манифестации — младше 2 лет, возраст на момент постановки диагноза — младше 6 лет;
- наличие как минимум одного признака: неправильные типы питания или рвотные движения [7, 8].

Выделены неправильные типы кормления, которые приводят к нарушению пищевого поведения ребенка. Одно из них — ночное кормление, когда, пытаясь восполнить недостающий объем питания, мать начинает кормить ребенка во время сна. Как правило, во время сна дети на грудном вскармливании или получающие смесь через бутылочку охотно съедают все предложенное. В результате они насыщаются и отказываются принимать пищу днем.

Другой причиной отказа ребенка от кормления является запрограммированное расписание, т.е. кормление по времени с употреблением заданного необходимого количества еды. Это стандартная врачебная рекомендация, которую родители старательно выполняют. Вместе с тем в данной ситуации родителями не учитываются возникающие индивидуальные потребности ребенка, который сам регулирует свои потребности, определяя частоту и количество необходимой ему пищи.

Когда родители пытаются накормить ребенка запрограммированным объемом, а он ест неохотно, такое кормление растягивается во времени. Продолжительное (более 30 мин) кормление также способствует существенному сокращению интервала до следующего кормления, а следовательно, ребенок еще не успевает проголодаться. Обычно дополнением к «неохотному» потреблению пищи являются развлечения во время еды. Это не только не разрешает, а, напротив, усугубляет проблему, способствуя в результате стойкому отказу ребенка от еды.

Часто в результате неправильного кормления возникают рвотные позывы в начале кормления, когда соска бутылочки или ложечка касаются губ ребенка, или пища попадает в рот, но еще не проглочена. Вариантом отказа от еды неорганического характера может быть рвота, возникающая уже при виде пищи.

Основным методом коррекции данного состояния считают прекращение «патологического кормления». По рекомендациям специалистов клиники Wolfson [7], родители должны уважать отказ ребенка от еды или отсутствие у него интереса к пище, поскольку это единственно возможная манипуляция взрослыми на данном возрастном промежутке. Если ребенок раньше времени прекращает прием пищи, в т.ч. и при кормлении из бутылочки, нужно предложить ему пищу через несколько минут. При повторном отказе следует завершить кормление и следующий прием пищи проводить не ранее чем через 3 ч, а лучше, когда ребенок проголодается. Естественное чувство голода ребенка должно быть единственной мотивацией для приема пищи. Частые приемы пищи и перекусы подавляют нормальное чувство голода, поэтому необходимо внимательнее относиться к желанию и потребностям ребенка.

На начальных этапах коррекции «патологического кормления» у большинства детей происходит уменьшение потребления прежнего объема пищи. Это сопряжено с сильными переживаниями и тревогой со стороны родителей. Для достижения положительных результатов нужно проводить целенаправленную работу с родителями для снижения степени их тревожности. Родителям в такой ситуации зачастую необходима психологическая и психотерапевтическая помощь.

Часто отказы от еды сопутствуют этапу введения прикорма с ложки. При отказе от ложки нужно продолжать кормление из бутылочки еще на протяжении 1 мес, подбирая соответствующие жидкие продукты прикорма. Аналогичны рекомендации для детей, которые отказываются от пищи определенной консистенции (чаще более плотной или пищи кусочками): вернуться к пище той консистенции, которую ребенок ел охотно, а далее пытаться вновь ввести блюда в рацион. На переходном этапе от пюре к пище кусочками помогает применение комбинированных по консистенции продуктов — пюре с наличием кусочков. В настоящее время на рынке детского питания представлены фруктовые пюре с кусочками фруктов торговой марки Semper, разработанные специально для питания детей 8–12 мес жизни.

Кроме того, у детей с расстройством питания нередко вырабатываются адаптивные способы подавления голода и оральной активности: ребенок пьет много воды, длительно сосет пустышку, что может заменить ему кормление, в связи с чем следует ограничить потребление жидкости и применение пустышки.

Применение описанных выше рекомендаций у пациентов с расстройством питания эффективно в 85% случаев, неэффективность у остальных 15% определяется несогласием родителей (в таких случаях требуется серьезная работа с психологом) [7].

Помимо поведенческих методов коррекции, ребенку с отказами от пищи (с целью профилактики недостаточности питательных веществ) рекомендован индивидуальный подбор питания. Когда ребенок отказывается от пищи, потребляя малый суточный объем, необходимо усилить питание: для ребенка на естественном вскармливании следует ввести докорм смесью; для ребенка на искусственном вскармливании — повысить концентрацию используемой смеси, тем самым увеличивая ее калорийность и повышая содержание основных пищевых веществ — белков, жиров, углеводов. Например, стандартное разведение смеси — 1 мерная ложка на 60 мл воды, тогда как можно применить 1 мерную ложку на 50 мл воды. В настоящее время широко применяют нормо-/гиперкалорические продукты для энтерального питания или преформулы, содержащие больше белка по сравнению с первыми и вторыми формулами, а также имеющие в своем составе жирные кислоты со средней длиной цепи, которые способны всасываться в систему воротной вены без предварительного расщепле-

ния липазой в кишечнике. Другим вариантом является использование белковых, углеводных, жировых модулей. Например, для дополнительного энергетического обеспечения можно обогатить рацион питания полимерами глюкозы и/или среднецепочечными триглицеридами.

Таким образом, существуют различные методы коррекции питания. Качественный и количественный состав пищи необходимо рассчитывать строго индивидуально, в зависимости от возраста, степени недостаточности питания, сопутствующей патологии.

Пациенты с расстройством питания должны быть проконсультированы и в дальнейшем наблюдаться сразу несколькими специалистами — педиатром-гастроэнтерологом (для исключения желудочно-кишечных заболеваний), диетологом (с целью коррекции питания), психологом (для определения механизмов отказа от пищи со стороны как родителей, так и ребенка) и логопедом (в случаях дисфагии). Комплексный подход способствует достижению максимального клинического эффекта.

REFERENCES

1. Chatoor I. Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers, and Young Children. *Washington, DC: Zero to Three*. 2009. 256 с.
2. Lindberg L., Bohlin G., Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int. J. Eating Dis.* 1991; 10: 395–405.
3. *Gastroenterologiya detskogo vozrasta. Pod red. S.V. Bel'mera, A.I. Khavkina, P.L. Shcherbakova* [Gastroenterology in Children. Edited by S.V. Bel'mer, A.I. Khavkin, P.L. Shcherbakov]. Moscow, Medpraktika-M, 2010. 475 p.
4. Berdnikova E.K., Keshishyan E.S. *RMZh — Russian medical journal*. 2006; 14 (19): 1397–1400.
5. Kharlamov D.A. *Praktika pediatria — Pediatrician's practice*. 2010; 1: 21–25.
6. Chatoor I. Child feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child. Adolesc. Psychiatr. Clin. North Am.* 2002; 11 (2): 163–183.
7. Levy Y., Levy A., Zangen T., Kornfeld L., Dalal I., Samuel E., Boaz M., Ben David N., Dunitz M., Levine A. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal and poor feeding. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2009; 48 (3): 355–362.
8. Levine A., Bachar L., Tsangen Z., Mizrahi A., Levy A., Dalal I., Kornfeld L., Levy Y., Zadik Z., Turner D., Boaz M. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2011; 52 (5): 563–568.