

«Красные флаги» расстройств пищевого поведения у детей

Отношение ребёнка к потребляемой пище начинает формироваться сразу после его рождения, носит различный характер в каждый из возрастных периодов и зависит от множества факторов [1].

То, каким сформируется пищевое поведение, определит в дальнейшем физическое и психическое здоровье человека, его когнитивные способности и уровень социальной адаптации.

Именно поэтому большое значение имеют ранняя диагностика расстройств пищевого поведения (РПП) у детей, пристальное внимание педиатра к «красным флагам» в этой части и информирование родителей о способах профилактики РПП.

В МКБ-10 выделены «Расстройство приема пищи в младенческом и детском возрасте» (F98.2), основным проявлением которого является отказ ребёнка от пищи при отсутствии органического заболевания, «Трудности кормления и введения пищи» (R63.3), «Проблемы вскармливания новорождённого» (P92) и «Расстройства приема пищи» (F50), включающие в себя нервную анорексию, нервную булимию, психогенные переедание, потерю аппетита и рвоту, а также поедание несъедобного.

В 2013 г. в DSM-5 было включено «Избегающее ограничительное расстройство приема пищи» (Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID), к проявлениям которого относятся привередливость при приёме пищи, ограничение её потребления в связи со снижением аппетита и/или интереса к ней, а также из-за страха неприятных последствий приёма (боль, изжога, рвота) [2].

В 2019 г. выделено ещё одно понятие — «Расстройства кормления у детей (Pediatric Feeding Disorders, PFD), — объединяющее нарушения приёма пищи, не соответствующие возрасту, в основе которых лежат клинические, нутритивные и психосоциальные факторы, в том числе задержка в развитии и формировании навыков [3, 4].

Трудности при кормлении новорождённых и детей раннего возраста возникают в 25–50% случаев. Чаще всего они связаны с избирательным и/или сниженным аппетитом, страхом перед кормлением, реже — с руминациями (отрыгивание принятой пищи, её повторное жевание и проглатывание) и пикацизмом (употребление в пищу не предназначенных для этого веществ и предметов).

Несмотря на то, что только 10% этих расстройств имеют тяжёлое течение и требуют неотложной помощи, вопрос своевременной диагностики РПП у детей всё ещё стоит остро. Это связано с низкой информированностью педиатров о проблеме, использованием родителями патологических практик кормления, в том числе докорма во сне и программированием времени и объёма потребляемой пищи [3].

«Красные флаги», которые позволяют не пропустить РПП у детей раннего и дошкольного возраста на начальной стадии [4]:

- Сильное беспокойство при кормлении, невербальный отказ от еды.
- Избирательность в пище по запаху, форме, цвету, консистенции.
- Дисфагия, в том числе при кормлении твёрдой пищей.
- Аспирация.

- Избыточное слюнотечение, срыгивание или поперхивание.
- Страх боли в животе.
- Повышенный или пониженный мышечный тонус.



Вышеуказанные симптомы и синдромы не являются признаками транзиторного расстройства и имеют диагностическое значение в случае, если сохраняются более одного месяца.

Неоднократные рвота или диарея, отставание в росте, задержка развития, а также признаки дефицита нутриентов у ребёнка требуют безотлагательной коррекции, предусматривающей междисциплинарный подход с привлечением более узких специалистов (диетолога, психолога).

По мере взросления ребёнка при отсутствии адекватной терапии и на фоне развивающейся дисморфофобии и социокультурных триггеров могут манифестировать анорексия, булимия и компульсивное переедание. При этом РПП могут переходить из одной формы в другую и обратно, затрагивая не только девочек-подростков, но и детей более раннего возраста обоих полов. Эти формы расстройств приёма пищи сопряжены с высокой смертностью (15–20% в год по данным ВОЗ) из-за суицидов (0,2%), голодания, рвоты [5].

Диагностика расстройств приёма пищи у детей может быть затруднена из-за отсутствия доверительных отношений ребёнка и родителей, а также по причине частой диссимуляции (сознательного сокрытия) признаков расстройства. В таком случае большое значение приобретают косвенные признаки РПП, внимание к которым позволит своевременно выявить проблему и избежать задержки роста и развития, микро- и макронутриентной недостаточности, когнитивных нарушений [6].

«Красные флаги» анорексии, булимии и психогенного переедания:

- Резкое изменение темпа и объёма принимаемой пищи.
- Ограничение рациона, избирательность в пище по запаху, форме, цвету, консистенции.
- Игра с едой, попытки её спрятать.
- Избегание прилюдного приёма пищи.
- Частые походы в туалет сразу после еды.
- Крайняя озабоченность формой и размерами своего тела, искажённое представление о нём.
- Ношение одежды большего размера.
- Навязчивые физические упражнения.
- Злоупотребление слабительными и/или диуретиками.

- Раздражительность, беспокойство, общая слабость и рассеянность.



Кроме того, на амбулаторном этапе выявления РПП могут быть полезны опросники **HEADSS** и **SCOFF**.

При подозрении на РПП у ребёнка оправдана дотация необходимых нутриентов в виде питательных смесей [4] и витаминно-минеральных комплексов как мера профилактики микро- и макронутриентной недостаточности, развивающейся практически во всех случаях избирательного питания [6].

В качестве элемента пищевого страхования и дополнительного источника витаминов и минералов педиатр может предложить родителям ребёнка использовать БАД «Кидз (Kidz) Мультикомплекс» российского производителя ООО «ВТФ».

Продукт производится в виде железного батончика и содержит в своём составе 23 витамина и минерала, а также инулин, β -каротин, холин и лецитин.



«Кидз (Kidz) Мультикомплекс» может стать удобным и полезным перекусом, покрывая до 100% суточной потребности ребёнка в витаминах, микро- и макронутриентах.

В заключение важно заметить, что настороженность педиатров в отношении РПП у детей, внимание к «красным флагам», диалог с родителями и их корректное информирование, а также сотрудничество с другими специалистами позволит своевременно и точно поставить диагноз и избежать негативных последствий для физического и психического здоровья ребёнка в будущем.

Литература:

1. Комарова О. Н., Хавкин А. И. Психогенно обусловленные расстройства приема пищи у детей раннего возраста и способы их коррекции. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015. №2.
2. Захарова Л. И. Избегающее ограничительное расстройство, связанное с приемом пищи — новая диагностическая категория расстройства пищевого поведения в DSM-V (Аналитический обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2020. №4.
3. Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, Delaney AL, Feuling MB, Noel RJ, Gisel E, Kenzer A, Kessler DB, Kraus de Camargo O, Browne J, Phalen JA. Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2019 Jan;68(1):124-129.
4. Павловская Е. В. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции. МС. 2021. №17.
5. Балакирева Е. Е. Расстройства приема пищи (РПП) у детей и подростков. Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Научно-практическая конференция. Сборник материалов, Москва, 30 октября 2017 года. Под редакцией Г. П. Костюка. КДУ. 2018. С. 689–700.
6. Павловская Е. В. Нарушения приема пищи у детей раннего и дошкольного возраста. Фарматека. 2019. № 26 (10). С. 82–86.

