Учреждение здравоохранения
«Минский городской центр медицинской реабилитации
детей с психоневрологическими заболеваниями»

О. Г. Авила
Е. Г. Неверо
А. Н. Яковлев

ИНКЛЮЗИВНОЕ ПИТАНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Пособие для специалистов

Минск
«Колорград»
2025

УДК 613.2-053.2-056.2/.3
ББК 57.32
А20

ISBN 978-985-35-0063-9

© УЗ «Минский городской центр медицинской реабилитации детей с психоневрологическими заболеваниями», 2025
© Оформление.
ООО «Колорград», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

Глава 1. Недостаточность питания и нарушение развития у детей раннего возраста. Актуальность и распространенность 4

Глава 2. Оценка нутритивного статуса ребенка. Специфика оценки физического развития у детей с инвалидностью 7

Глава 3. Расстройство пищевого поведения у детей раннего возраста 11

Глава 4. Современные подходы к коррекции нарушений пищевого поведения у детей 17

Глава 5. Алгоритм оценки аспектов питания и кормления ребенка 28

Глава 6. Итоговая оценка кормления ребенка и планирование поддержки 42

Приложение 1. Скрининговые формы по выявлению проблем в питании и кормлении у детей раннего возраста 46

Приложение 2. Оценка кормления ребенка при наблюдении /видеонаблюдении 62

Приложение 3. Ведение и анализ пищевого дневника 64

Приложение 4. Пример части протокола «Интервью о повседневных рутинах», касающейся рутины кормления 67

Литература 70

ГЛАВА 1
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА. АКТУАЛЬНОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Недостаточность питания – синонимы: белково-энергетическая недостаточность (БЭН), мальнутриция.

К нарушениям питания относятся различные виды недостаточного и избыточного питания. Из данных нарушений питания у детей из уязвимых групп наиболее часто встречается недостаточность питания.

Недостаточность питания у детей – это «дисбаланс между потребностью в пищевых веществах и их поступлением в организм, в результате которого развивается накопительный дефицит энергии, белка и микронутриентов, и как следствие, возникают нарушение роста, развития ребенка, а также неблагоприятный исход ряда заболеваний» (ASPEN).

Дети с тяжелыми хроническими заболеваниями, находящиеся под паллиативным наблюдением, являются группой риска развития БЭН. Дефицитные состояния у них, как правило, развиваются не в результате действия алиментарного фактора (первично), а вследствие тяжелых острых или хронических заболеваний (вторично), при которых нарушается поступление питательных веществ в результате снижения аппетита (анорексии), затруднений при приеме пищи (гастроэзофагеальный рефлюкс, дисфагия, бульбарные нарушения, пороки развития и др.) или нарушаются процессы абсорбции и ассимиляции макро- и микронутриентов, увеличиваются потери, развивается

гиперкатаболизм, повышается потребность в питательных веществах и энергии для поддержания функционирования органов и систем организма.

Недостаточность питания формирует дефицит не только основных нутриентов, но и многих эссенциальных веществ – витаминов, макро- и микронутриентов. В результате развиваются такие дефицитные состояния, как остеопения, анемия и др. При этом изменения, происходящие при трофической недостаточности во всех органах и системах организма, в том числе и в желудочно-кишечном тракте, усугубляют ситуацию. Так, возникает дистрофия и атрофия слизистой оболочки кишечника, что сопровождается нарушением внутриполостного и мембранного пищеварения, нарушается моторика желудочно-кишечного тракта, страдает местный иммунитет, возможна контаминация условно-патогенной кишечной микрофлоры из дистальных в проксимальные отделы кишечника. Все эти изменения ухудшают всасывание и усвоение пищи.

При многих заболеваниях в формирование нутритивной недостаточности включаются сразу несколько механизмов, что требует комплексного подхода при лечении.

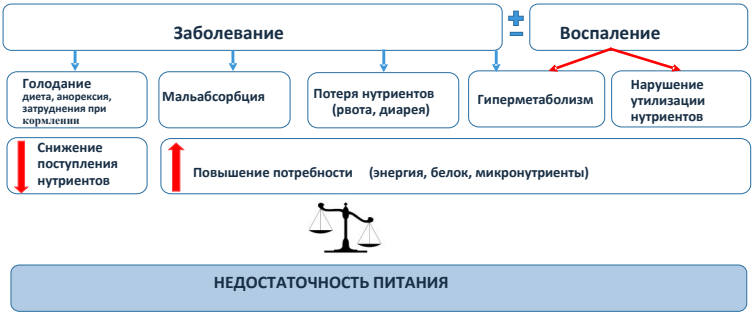


Рис. 1. Механизм развития недостаточности питания

Наиболее часто недостаточность питания развивается у детей с тяжелой неврологической патологией, онкологическими заболеваниями, с хронической сердечной недостаточностью, хронической патологией легких и почек, тяжелыми инфекциями, травмами, ожогами, синдромом мальабсорбции.

Нередко, с прогрессированием БЭН, идет регресс наработанных навыков, ребенок чаще и более тяжело болеет. При дефиците веса имеются сложности в дозировке специфической терапии. Недостаточность питания при любом заболевании повышает частоту развития осложнений, которые напрямую или опосредованно будут влиять на течение самого заболевания; снижает эффективность лечения, увеличивает частоту и длительность госпитализаций, затраты на лечение, ухудшает качество жизни пациента и его семьи, а также прогноз заболевания и продолжительность жизни.

ГЛАВА 2
ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА РЕБЕНКА. СПЕЦИФИКА ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

При проведении **оценки нутритивного статуса** используется комплексный подход.

Из **анамнеза** необходимо выяснить пищевые стереотипы семьи, режим дня ребенка, уточнить двигательную активность ребенка, аппетит, выявить нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) (тошнота, рвота, срыгивания, нарушения глотания, характер и частота стула и др.). Анализируется дневник фактического питания ребенка за 3–7 дней для определения фактически потребляемых количества энергии, макронутриентов, жидкости и оценки адекватности фактического питания возрастным потребностям. На основании анамнеза осуществляется анализ состояния фактического питания ребенка и его адекватность возрастным потребностям.

Для выявления проблем с кормлением важно **оценить следующие факторы:**

1. степень самостоятельности при кормлении (ест самостоятельно, нуждается в небольшой помощи, полностью нуждается в помощи);
2. способ приема пищи (бутылочка, ложка, зонд, гастростома) и положение ребенка при приеме пищи;
3. консистенция пищи (обычная еда, мягкая измельченная, пюреобразная и др.);

4. объем порции (соответствует ли физиологической норме);

5. продолжительность кормления (обычно ребенок съедает порцию в течение 20–30 минут).

При **физикальном обследовании** необходимо оценить:

– состояние кожи (наличие трофических нарушений, пролежней) и ее придатков (волосы, ногти),

– видимых слизистых оболочек,

– толщину и распределение подкожно-жировой клетчатки,

– тургор тканей,

– состояние мышечной системы,

– наличие микросимптомов дефицита витаминов, микроэлементов.

Антропометрический метод является ключевым для характеристики нутритивного статуса. Проводятся измерения следующих параметров производят расчеты:

– длина тела/рост (для пациентов с контрактурами конечностей – измерение длины голени, длины плеча с последующим вычислением роста по формулам),

– масса тела,

– окружность головы (для детей первых 2 лет жизни),

– расчет индекса массы тела (ИМТ, кг/м^2 – для оценки физического развития используется у детей старше 2-х лет),

– измерение окружности средней трети плеча (коррелирует с ИМТ),

– измерение толщины кожно-жировых складок (калиперометрия).

При оценке физического развития ребенка, его индивидуальные показатели сравнивают со средними данными

(стандартами), характерными для соответствующего возраста и пола в данной популяции.

Для этого используются **перцентильные таблицы** (графики), таблицы сигмальных отклонений (Z-скор, SD). Кроме того, можно использовать компьютерные программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – Антро (для детей младше 5 лет) и Антро плюс (для детей в возрасте 5–18 лет).

Параметрический **метод Z-скор** позволяет с точностью определять значения и отслеживать динамику всех антропометрических показателей, находящихся ниже 3-го и выше 97-го перцентиля.

Физическое развитие необходимо оценивать в динамике, для этого показатели наносятся на графики – **соматограммы** (рост к возрасту, масса к возрасту, масса к росту, ИМТ к возрасту). При внесении антропометрических данных в компьютерную программу ВОЗ (Антро и Антро плюс), графики строятся автоматически. О развитии нарушения питания свидетельствуют недостаточные прибавки роста и массы тела на протяжении более 1 месяца у детей младше 2-х лет; потеря или отсутствие прибавки массы тела продолжительностью более 3-х месяцев у детей старше 2-х лет.

Антропометрические показатели детей с определенными синдромами (например, ахондроплазия, синдромы Дауна, Прадера – Вилли, Сильвера – Рассела, Нунан, детский церебральный паралич (ДЦП) необходимо оценивать дополнительно по специализированным таблицам – соматограммам, отражающим развитие детей с указанной патологией, с целью установления влияния заболевания на физическое развитие ребенка. С целью учета состояния моторных функций используется шкала глобальных моторных функций – **Gross Motor Function Classification.**

При **лабораторном** обследовании определяют: уровень гемоглобина, количество лимфоцитов (абсолютное число), общий белок, альбумин, короткоживущие белки (трансферрин, преальбумин и др.), холестерин, триглицериды, глюкозу, креатинин, азот мочевины, электролиты; а также анализируют копрограмму – с целью первичной диагностики мальабсорбции.

Расширенное обследование необходимо для выявления причины нарушения нутритивного статуса.

Выделяют две основные формы недостаточности питания (БЭН):

острую (длительность до 3-х месяцев), проявляющуюся преимущественно потерей массы тела и ее дефицитом по отношению к долженствующей массе тела по росту, и хроническую (более 3-х месяцев), при которой при длительном дефицитном питании наблюдается не только снижение массы тела, но и задержка роста с отставанием в сравнении с возрастными показателями.

ГЛАВА 3
РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Расстройство пищевого поведения (далее – РПП) – это психофизиологическое нарушение правильного отношения к приему пищи, проявляется в виде переедания или отказа от еды. РПП может развиваться и в детском возрасте, с младенчества или у подростков. Заболевание представляет собой серьезную проблему, так как приводит к физическим и психологическим осложнениям, долгое время протекает скрыто.

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.

Согласно PFD (Pediatric Feeding Disorders) расстройство кормления у детей определяется как нарушение приема

пищи через рот, не соответствующее возрасту и ассоциированное с клиническими, нутритивными, психосоциальными расстройствами или задержкой формирования навыков. При этом трудности при кормлении интерпретируются 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.

Расстройство кормления включает трудности при кормлении, ассоциированные с клиническими проблемами и задержкой развития, что указывает на необходимость оценки детско-родительских взаимоотношений и использования мультидисциплинарного подхода к лечению.

Пошаговая стратегия оказания помощи включает 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, лишь 10 % из них страдают от расстройств тяжелой степени, требующих интенсивного вмешательства. 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. Кроме того, важное значение имеют скрининг развития оральной моторики ребенка, обеспечение адекватного потребления нутриентов и исключение патологических практик при кормлении ребенка родителями.

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.

При выявлении симптомов нарушения оральной моторики также необходимо направление ребенка к профильному специалисту. Соответствующие возрасту навыки самостоятельного питания 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.). Оптимизация фактического питания должна предусматривать обеспечение возрастных норм потребления энергии и нутриентов.

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. Кроме того, при выборе терапевтической стратегии необходимо определить, какого стиля кормления придерживаются родители. Родители не всегда адекватно воспринимают пищевое поведение детей, и проблемы с кормлением в 17 % случаев остаются нераспознанными.

ПРОЯВЛЕНИЯ РПП В МЛАДЕНЧЕСТВЕ

Расстройство пищевого поведения у детей до года связано преимущественно с генетическими нарушениями. Заболевание проявляется практически с первых дней жизни, для младенцев характерны следующие симптомы:

- отказ от материнской груди или бутылочки с молоком;
- частое срыгивание;
- рвота;
- отказ от прикорма.

У малышей постарше возникают другие проявления РПП:

- ребенок не может определить, что он голоден или что уже наелся;
- малыш постоянно что-то жует;
- ребенок не может долго пережевывать еду, глотает целые куски;
- у ребенка возникает рвота при поедании твердой пищи;
- малыш долго сидит над тарелкой, играет с едой.

Симптомы РПП у ребенка многообразны и неспецифичны, зависят от типа заболевания и степени тяжести, возраста пациента. Сложность диагностики РПП, особенно у детей раннего возраста, в том, что заболевание маскируется под другие патологии.

Расстройство пищевого поведения представляет опасность для физического и психического здоровья ребенка любого возраста.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Терапия у младенцев представляет наибольшие трудности, поскольку психологическая коррекция в таком возрасте просто невозможна. На первый план выходит

восстановление физического здоровья грудного ребенка. Для этого доктора назначают внутривенное или зондовое питание, медикаментозную поддержку организма.

Большое внимание следует уделять профилактике дальнейшего ухудшения РПП, формированию здоровых пищевых привычек:

ребенка нужно воспитывать в спокойной эмоциональной обстановке;

ребенок должен получать достаточное количество любви и ласки от родителей;

в семье должен быть сформирован культ здоровой еды, правильного поведения за столом.

У детей старше 3–5 лет можно применять различные психологические методики для коррекции пищевого поведения:

- когнитивно-поведенческая терапия;
- диалектическая терапия;
- групповая терапия с привлечением родителей и других членов семьи.

В некоторых случаях показана медикаментозная коррекция психологического состояния с помощью антидепрессантов, анксиолитиков. Одновременно необходимо лечить физические нарушения здоровья, этим занимаются педиатры и узкие специалисты: гастроэнтерологи, эндокринологи, неврологи, гинекологи.

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. Целевые рекомендации для родителей по кормлению детей могут предотвратить развитие подобных ситуаций. Таким образом, нормализация детско-родительских отношений – обязательное условие формирования правильного пищевого поведения ребенка.

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

ГЛАВА 4
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

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. 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.

Трудности при кормлении характеризуются 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.

Функциональный подход к ведению детей с нарушениями пищевого поведения различной степени тяжести основан на пошаговой стратегии своевременного выявления тревожных признаков, являющихся причиной трудностей при кормлении в конкретных случаях, и систематической коррекции имеющихся нарушений. Несмотря на то, что трудности при кормлении отмечаются

у 25–50 % детей раннего возраста, лишь 10 % из них страдают от расстройств тяжелой степени, требующих интенсивного вмешательства. 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.

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

Тревожные признаки, важнейшими из которых являются аспирация, дисфагия, выраженная задержка роста или явный дефицит нутриентов, требуют немедленных действий, в том числе, дополнительного обследования и междисциплинарных вмешательств.

При выявлении симптомов нарушения оральной моторики также необходимо направление ребенка к профильному специалисту. Соответствующие возрасту навыки самостоятельного питания 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.).

Оптимизация фактического питания должна предусматривать обеспечение возрастных норм потребления энергии и нутриентов.

При расспросе родителей о том, как они реагируют на отказ ребенка от еды, или при наблюдении за процессом кормления выявляются **патологические практики кормления** в виде различных форм принуждения детей к еде. Родители не всегда адекватно воспринимают пищевое поведение детей, и проблемы с кормлением в 17 % случаев остаются нераспознанными.

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.

Целевые рекомендации для родителей по кормлению детей могут предотвратить развитие подобных ситуаций.

Таким образом, **нормализация детско-родительских отношений** – обязательное условие формирования правильного пищевого поведения ребенка.

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.

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.

Оптимизация потребления нутриентов:

- дотация энергии при задержке роста;
- обогащение рациона нутриентами при однообразном питании;
- дотация конкретных нутриентов при выявлении их дефицита.

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.

Если трудности при кормлении не уменьшаются в течение 2–4 недель после первичного обследования

и соблюдения рекомендаций по коррекции пищевого поведения, необходимо дальнейшее обследование пациентов с участием педиатра, психолога, психотерапевта и, по показаниям, профильных специалистов.

Большинство проблем с кормлением у детей раннего возраста ассоциированы с тремя преобладающими вариантами нарушения пищевого поведения: избирательным аппетитом, сниженным аппетитом и страхом перед кормлением.

Менее распространенные нарушения пищевого поведения – руминация и пикацизм – также могут нарушать процесс кормления. 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, как знакомые, так и незнакомые, чаще они отвергают больше видов пищи, чем соглашаются есть. Так, они могут отказываться от фруктов, овощей и мяса, в результате чего рацион становится однообразным и содержит недостаточно пищевых волокон. Для таких детей характерно повышение сенсорной чувствительности к вкусу, текстуре и запаху пищи, что может сопровождаться гиперчувствительностью к свету, звукам, прикосновениям. Данное нарушение выявляется примерно у 2/3 детей, родители которых предъявляют жалобы на трудности при кормлении. 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. Частота и степень выраженности избирательности в пище выше у детей с нарушениями нервно-психического развития, у таких детей избирательный аппетит может сохраняться длительное время. 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, но могут испытывать дефицит микронутриентов, чаще всего витаминов D и E, кальция, железа и цинка.

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. Если избирательность в пище резко выражена, особенно если она сопровождается другими видами сенсорной гиперчувствительности, требуется помощь психолога.

Две наиболее полезные поведенческие техники – постепенная замена любимого продукта нелюбимой пищей со сходными характеристиками и постепенное изменение объема или консистенции предлагаемой пищи.

СНИЖЕННЫЙ АППЕТИТ

Дети со сниженным аппетитом редко проявляют интерес к еде, быстро насыщаются и обычно употребляют недостаточное количество пищи для поддержания нормального роста и развития. Низкий аппетит встречается реже, чем избирательность в пище и составляет около 25 % от нарушений пищевого поведения.

Аппетит у детей может снижаться в результате нескольких основных причин: вследствие различных заболеваний, в связи с хроническим недоеданием, как первичное нарушение регуляции аппетита, а также может быть обусловлено ятрогенными причинами – у детей на зондовом питании или при терапии препаратами, снижающими аппетит. 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. 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. 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. Объяснение ребенку признаков голода и насыщения помогает формированию саморегуляции в питании. Рекомендуется постепенное увеличение размера порций. 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.

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. 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.

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. 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.

Страх кормления – наиболее редкое нарушение пищевого поведения, которое встречается менее чем у 1 % детей с трудностями при кормлении. 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. Например, у детей раннего возраста кормление в другой комнате, на другом стульчике и из другой посуды позволяет избежать негативных ассоциаций с предшествующим травмирующим опытом. Также может быть полезна игровая и поведенческая терапия, направленная на постепенное увеличение контакта с пищей путем поощрений и вознаграждений.

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.

Из них положительное влияние оказывает лишь один – внимательный. Остальные три приводят к неблагоприятным последствиям и во многом обусловливают трудности при кормлении ребенка. 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.

Если у родителей вызывает тревогу вес ребенка или его питание, они обычно 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.

При контролирующем стиле кормления ведущим подходом является психологическое давление на ребенка, а при потакающем стиле – вседозволенность. 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.

Если родители проявляют чрезмерную тревожность, педиатру нужно снизить их чувство ответственности за прибавку в весе и фактическое питание ребенка. 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. Использование адекватных рекомендаций по детскому питанию также позволяет снизить уровень тревожности.

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.

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, 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.

ГЛАВА 5
АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ АСПЕКТОВ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА

С целью выявления и дифференцирования нарушений питания, адекватности вскармливания особенностям конкретного ребенка, оценки роли родителей в организации процесса еды и других вопросов, связанных с питанием и развитием ребенка, могут быть использованы различные методы анкетирования, опроса родителей (родителя).

Показаниями для проведения оценки питания и кормления ребенка является наличие отставания в развитии ребенка или риска развития при выявлении определенных нарушений в используемом питании и процессе вскармливания.

Оценка питания и кормления ребенка проводится врачом педиатром территориальной поликлиники, специалистами центра раннего вмешательства и включает в себя ряд последовательных этапов.

Проведение оценки питания и кормления:

1. Направление ребенка в Центр раннего вмешательства по месту жительства.

2. Проведение скринингов нарушений питания и кормления в ходе первичного междисциплинарного приема ребенка и его семьи в Центре раннего вмешательства/детском реабилитационном центре с использованием универсальных скрининговых форм

(Приложение 1. «Скрининговые формы по выявлению проблем в питании и кормлении у детей раннего возраста и рекомендации по проведению скрининга»).

3. При выявлении проблем у ребенка в ходе проведения скрининга – организация дополнительной углубленного обследования, которое может включать следующие действия:

3.1. медицинское обследование ребенка в амбулаторном и/или стационарном учреждении здравоохранения по месту жительства;

3.2. дополнительные исследования в центре раннего вмешательства:

– Оценка процесса кормления ребенка при наблюдении/по выполненному родителями видео (Приложение 2);

– Анализ пищевого дневника (Приложение 3);

– Интервью с родителями (Приложение 4).

3.3. анкетирование родителей с использованием сенсорного профиля и др.

Оценка питания и кормления ребенка осуществляется на основании тщательного анализа ответов на следующие пять вопросов:

1. Является ли используемый метод кормления безопасным для ребенка?

2. Соответствует ли питание ребенка возрасту и состоянию его здоровья по объему, составу и качеству?

3. Эффективно ли питание в отношении усвоения питательных веществ?

4. Является ли кормление подходящим с точки зрения возраста и развития ребенка?

5. Является ли кормление положительным опытом для ребенка и родителей?

Вопросы, включенные в оценку, отражают приоритетный порядок выявления и решения проблем кормления. Оценка должна проводиться специалистом, имеющим опыт работы в вопросах детского питания, с учетом особенностей пациента.

Алгоритм оценки различных аспектов питания и кормления детей

Ответы на вопрос 1:

«Является ли используемый метод кормления безопасным для ребенка?» Имеются ли признаки того, что ребенок не переносит используемый в настоящее время способ кормления?

Да	Нет
Переход к вопросу 2: «Достаточно ли ребенку еды»? (адекватно ли кормление?)	Следует задокументировать результаты оценки, обозначив: • Необходимость обращения за помощью к соответствующему специалисту; • Наличие тонких или явных признаков нарушений глотания* и изменений в состоянии здоровья (медицинском заключении)**; Отметку о направлении ребенка на дообследование/лечение к другим специалистам / в другие организации здравоохранения: – Необходимость рентгеноскопического исследования; – Рассмотреть вопрос о направлении к врачу педиатру, хирургу, логопеду, др.

	Определить, какие ключевые проблемы следует решить, чтобы обеспечить безопасность кормления.
	Переход к вопросу 2: «Достаточно ли ребенку еды / Адекватно ли кормление по объему»?

** **Тревожные признаки изменений в состоянии здоровья:**

Следует принимать во внимание основной диагноз, принимаемые лекарственные препараты, текущие симптомы и как это может повлиять на кормление, в том числе:

– наличие в анамнезе аспираций, частых длительных респираторных инфекций,

– результаты предыдущего рентгенографического исследования (при наличии);

– уровень активности ребенка и его неврологический статус;

– состояние сердечно-сосудистой системы;

– респираторные паттерны (потребность в кислороде, шумное дыхание, цвет кожи, приступы апноэ или десатурация, изменения состояния во время и после кормления);

– патологические изменения мышечного тонуса;

– нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта;

– наличие анатомических аномалий, например, расщелины твердого/мягкого неба и т. д.

Признаки возможной аспирации (возможные «красные флажки»):

Явные признаки: удушье, рвота, кашель, отказ от кормления, хрипящий или грубый голос во время/после кормления, слюнотечение, явления апноэ/десатурации при кормлении, шумное дыхание, физиологическая нестабильность.

Тонкие признаки: слезящиеся глаза, раздувание крыльев носа, изменение цвета кожных покровов, внезапные изменения состояния или мышечного тонуса, постоянная потребность в дополнительном кислороде или повышенные потребности в кислороде, частые респираторные заболевания, плохое увеличение веса, малый объем съедаемой через рот пищи/длительное время кормления, усталость при кормлении.

Ответы на вопрос 2:

«Соответствует ли питание ребенка возрасту и состоянию его здоровья по объему, составу и качеству?» Иными словами, соответствует ли потребление жидкости и питания росту, возрасту и состоянию здоровья ребенка?

Да	Нет
Переход к вопросу 3: «Эффективно ли кормление?»	Следует задокументировать результаты оценки, обозначив: • Направление к врачу с опытом назначения и коррекции питания у детей; • Выводы и заключения о том, необходимо ли обратиться к: педиатру, врачу-специалисту (гастроэнтерологу, пульмонологу и т. д.), логопеду, психологу, физическому терапевту, консультанту по грудному вскармливанию и др.)

	Определить, какие ключевые проблемы следует решить, чтобы обеспечить адекватность (достаточность) кормления.
	Переход к вопросу 3: «Эффективно ли кормление?»

! Следует обращать внимание на следующие факторы:

- Являются ли линейные и весовые измерения ребенка оптимальными для его роста, возраста и клинического фона?
- Имеются ли факторы, которые могут потребовать дополнительных пищевых затрат, например, чрезмерные потери пищевых веществ и жидкости в случаях, когда у ребенка имеется рвота, частые дефекации (понос), обильное выделение мочи; наличие синдрома мальабсорбции; пищевой аллергии; учащенное дыхание; судороги; нежелательное взаимодействие лекарственных препаратов и питательных веществ; сердечная недостаточность
- Каков уровень потребления жидкости ребенком по сравнению с потребностями?
- Является ли выделение мочи и стула адекватным, неадекватным, чрезмерным, например, понос, запор, сухие подгузники?
- Находятся ли биохимические параметры в пределах нормы, например, выявлена анемия?
- Является ли потребление пищи адекватным – энергия, жидкость, белок, жиры, углеводы, железо, кальций и др.?

- Обеспечиваются ли потребности ребенка в жидкости и пищевых компонентах при нынешнем способе кормления (оральном, энтеральном, парентеральном)?
- Имеются ли ограничения, связанные с наличием диеты (прописанные или инициированные родителями)?
- Есть ли различия между тем, насколько адекватным питание для ребенка воспринимают родители и Вы в соответствии с Вашим профессиональным мнением?

ВАЖНО – Гидратация:

Если есть серьезные опасения относительно состояния гидратации, родителям следует немедленно обратиться к врачу. Признаки или симптомы обезвоживания могут включать снижение выделения мочи, сухость слизистых оболочек, нарушение дыхания, снижение тургора кожи и «запавшие глаза».

Ответы на вопрос 3:

«Эффективно ли питание в отношении усвоения питательных веществ?» Как определить, насколько эффективно вскармливание? То есть, обеспечивает ли питание соответствующие возрасту рост и развитие ребенка, то есть его потребности в питательных веществах и энергии в устойчивые и достижимые сроки?

Да	Нет
Переход к вопросу 4: «Является ли кормление подходящим с точки зрения развития»	Следует задокументировать результаты оценки, обозначив: • Выводы и заключения о том, необходимо ли обратиться за помощью к соответствующему специалисту (врачу-педиатру, психологу, логопеду, физическому терапевту, консультанту по кормлению грудью)?
	Определить, какие ключевые проблемы следует решить, чтобы обеспечить эффективность кормления.
	Переход к вопросу 4: «Является ли кормление подходящим с точки зрения развития?»

! Следует обращать внимание на следующие факторы:

- Особенности повседневных рутин, включая режим сна и другие рутины.
- Время, время и продолжительность приема пищи.
- Количество предлагаемой пищи и ее соотношение к съеденной – есть ли несоответствие между ожиданиями родителей и способностями детей и/или требованиями к приему пищи для ребенка в данном возрасте.
- Влияние лекарств на режим питания (время, частота, активность).
- Имеется ли какое-нибудь сопутствующее заболевание, которое мешает ребенку питаться долженствующим образом?

- Имеется ли у ребенка какой-либо неприятный сенсорный/другой приобретенный опыт, связанный с кормлением, например, боль?
- Какие используются методы энтерального питания, где и как вводится питание (болюсно, непрерывно)?
- Как происходит кормление в других условиях, не только дома.

Ответы на вопрос 4:

«Является ли кормление подходящим с точки зрения возраста и развития ребенка?» Способствует ли питание и кормление развитию ребенка?»

Учитываются ли возраст и способности ребенка во время кормления?

Да	Нет
Переход к вопросу 4: «Является ли кормление подходящим с точки зрения развития»	Следует задокументировать результаты оценки, обозначив: • Выводы и заключения о том, необходимо ли обратиться за помощью к соответствующему специалисту (врачу-педиатру, психологу, врачу паллиативной помощи, физическому терапевту, консультанту по кормлению грудью)?
	Определить, какие ключевые проблемы следует решить, чтобы обеспечить эффективность кормления.
	Переход к вопросу 5: «Является ли кормление позитивным опытом для родителей и ребенка?»

❗ Следует обращать внимание на следующие факторы:

- Выглядит ли кормление, подходящим с точки зрения развития ребенка?
- Какие имеются навыки крупной и тонкой моторики: каков мышечный тонус, поза?
- Особенности развития коммуникации и когнитивных навыков.
- Какие у ребенка паттерны сна?
- Поведение ребенка в целом и во время еды.
- Гибкость родителей, способность их реагировать на своего ребенка по-разному, когда ребенок боится, устал или выглядит расстроенным.
- Какова практика кормления в соответствии с культурными особенностями семьи?
- Способность ребенка к самостоятельному приему пищи и жидкости.
- Ассортимент продуктов (включая различные текстуры продуктов) и жидкостей: предлагаемых и употребляемых в пищу – есть ли несоответствие между навыками и предлагаемыми продуктами / напитками?
- Среда при кормлении – позиционирование в том месте, где ребенок принимает еду (перорально / через зонд), например, стульчик, высокий стульчик, коляска и др.
- Время, которое занимает кормление.
- Возможность потрогать / исследовать еду.

Ответы на вопрос 5:

«Является ли кормление положительным опытом для ребенка и родителей?». При ответе на этот вопрос, следует определить:

– Существуют ли проблемы в отношениях между ребенком и родителями, которые влияют на опыт приема пищи?

– Существуют ли более широкие проблемы взаимоотношений между ребенком и родителями, которые проявляются во время общения, не связанного с приемом пищи?

– Возможно ли вы определить причину, почему кормление сложно осуществлять?

Да	Нет
Оценка завершена	Следует задокументировать результаты оценки, обозначив: • Выводы и заключения о том, необходимо ли обратиться за помощью к соответствующему специалисту (врачу-педиатру, логопеду, психологу, врачу паллиативной помощи, физическому терапевту, консультанту по кормлению грудью)? • Выводы и заключения о том, необходимо ли обратиться к психологу (психиатру), особенно если есть признаки того, что родитель может испытывать беспокойство или депрессию (см. красные флажки).
	Определить, какие ключевые проблемы следует решить, чтобы обеспечить позитивный опыт кормления.

Для получения информации следует:

– Подробно изучать процесс кормления, проводя интервью с родителями. При беседе с ними предпочтительно использовать открытые вопросы.

– Широко использовать методы наблюдения за поведением ребенка и родителей во время еды, использовать домашнее видео и наблюдения, чтобы помочь собрать информацию об «обычной еде».

! Должна быть собрана следующая информация о том:

- Где кормят ребенка.
- Что происходит вокруг во время еды.
- Как ребенок сидит или в какой другой позе находится во время еды.
- Кто присутствует и ест вместе с ребенком.
- Каково общение во время еды.
- Какова реакция ребенка на подсказки, связанные с едой и на подачу еды (блюд).
- Демонстрирует ли ребенок признаки голода, проявляет ли он интерес к еде, проявляет ли он заинтересованность, активно участвует?
- Имеется ли возможность самостоятельного приема пищи ребенком, может ли он играть с едой, изучать ее?
- Какова продолжительность приема пищи?
- Каково общее представление о ребенке, например, он суетлив, раздражителен, расслаблен, сонлив, истощен, сыт в начале кормления и др.?
- Не демонстрирует ли ребенок признаки боли или дискомфорта во время кормления
- Как поведение ребенка меняется по ходу кормления?

- Каков опыт родителей и их представление во время еды: родитель заявляет или демонстрирует чувство стресса, расслабленности, заинтересованности, потрясения, безнадежности, изнеможения, связанные с приемом пищи временем кормления? Сложные чувства ограничены приемом пищи или более широким опытом?
- Имеются ли проблемы во взаимодействии между ребенком и родителями во время еды: имеются доказательства принуждения, чрезмерного побуждения, принудительного кормления, чрезмерного использования отвлечения от непродовольственных предметов, сокрытия пищи, «поддельной» еды, несоответствия между ожиданиями и уровнем навыков и способностей, неуместных с точки зрения развития уровней помощи. Кто и когда инициирует взаимодействие? Проблемное взаимодействие ограничивается приемом пищи или указывает на более широкую сложность отношения сложны и в других областях взаимодействия?
- Имеются ли различия в питании, поведении, ситуации, количестве съеденного при еде с другими опекунами, в дневном уходе, когда присутствуют другие дети?
- Если ребенок кормится через зонд или гастростому, то как он реагирует на кормление: до, во время и после?
- Чувствует ли взрослый, который преимущественно кормит ребенка поддержку / критику / обвинение в своих ключевых отношениях, например, со стороны партнера, родителей, друзей?
- Способен ли родитель поддерживать независимость ребенка и его исследования окружающего мира, в частности – еды, реагировать сигналы ребенка последовательно и тактично.

ИНДИКАТОРЫ ТОГО, ЧТО РОДИТЕЛЬ МОЖЕТ БЫТЬ ДЛЯ РЕБЕНКА ИСТОЧНИКОМ НЕГАТИВНОГО ОПЫТА, СВЯЗАННОГО С ТРЕВОГОЙ ИЛИ ДЕПРЕССИЕЙ:

Высокая тревожность:

- чрезмерный поиск нескольких профессиональных мнений,
- повторение одних и тех же вопросов, непропорциональное внимание к одному аспекту кормления (например, вес),
- переоценка затрат и высокой вероятности плохого результата,
- сообщения о чувстве беспокойства, тревоги и беспокойства,
- тревожные родители могут столкнуться с сомнением в знаниях и опыте клинициста.

Депрессия у родителя (включая послеродовую депрессию):

выраженный аффект, плаксивость, сообщения о грусти / пустоте / безнадежности / чрезмерной вине, трудностях с концентрацией внимания / в принятии решений / в решении проблем, трудностях в общении с ребенком.*

**Примечание: вышеуказанные условия являются наиболее распространенными. Однако у родителей могут присутствовать другие серьезные проблемы с психическим здоровьем, например, биполярное расстройство, психоз, расстройства пищевого поведения, симулированная болезнь или преувеличение симптомов имеющейся болезни у родителя.*

Любое наблюдение из вышеперечисленных должно быть основанием для направления родителя к врачу, психологу и / или социальному работнику.

ГЛАВА 6
ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА И ПЛАНИРОВАНИЕ ПОДДЕРЖКИ

Предлагаемая итоговая форма оценки кормления и планирования поддержки может использоваться клиницистами для регистрации результатов оценки ответов на 5 представленных выше вопросов и изменений в планировании и проведении вмешательства. На основании проведенной оценки могут последовательно формулироваться цели вмешательства.

Результаты итоговой оценки могут быть также полезными при переоценке кормления детей на протяжении всего периода наблюдения за ребенком, для оценки эффективности оказываемой ребенку помощи.

Итоговая оценка кормления ребенка и планирования поддержки

Ребенок (Ф. И., дата рождения, возраст) _____

_____

Родители

(Ф. И. О.)_____

Специалист(-ы), проводившие оценку_____

Дата оценки _____

1. Является ли текущая форма кормления безопасной для ребенка?

❑ **Да**	❑ **Нет. Какие ключевые проблемы определены и которые необходимо решить?** ❑ Развитие навыков кормления ❑ Содействие безопасному глотанию ❑ Энтеральное кормление ❑ Переход от зондового к кормлению через рот ❑ Гигиена полости рта и здоровье зубов ❑ Размещение и расположение
Оценка при наблюдении	

2. Адекватно ли кормление?

❑ **Да**	❑ **Нет. Какие ключевые проблемы определены и которые необходимо решить?** ❑ Развитие навыков кормления ❑ Содействие безопасному глотанию ❑ Разработка диеты для улучшения орального питания

	❑ Энтеральное кормление ❑ Переход от зондового к оральному кормлению ❑ Гигиена полости рта и здоровье зубов ❑ Размещение и расположение ❑ Окружение, условия кормления и рутины ❑ Сенсорная обработка
Оценка при наблюдении	

3. Эффективно ли кормление?

❑ **Да**	❑ **Нет. Какие ключевые проблемы определены и которые необходимо решить?** ❑ Развитие навыков кормления ❑ Содействие безопасному глотанию ❑ Разработка диеты для улучшения орального питания ❑ Энтеральное кормление ❑ Переход от зондового к оральному кормлению ❑ Гигиена полости рта и здоровье зубов ❑ Размещение и расположение ❑ Окружение, условия кормления и рутины ❑ Сенсорная обработка
Оценка при наблюдении	

4. Является ли кормление подходящим с точки зрения развития?

❑ **Да**	❑ **Нет. Какие ключевые проблемы определены и которые необходимо решить?** ❑ Развитие навыков кормления ❑Содействие безопасному глотанию ❑ Разработка диеты для улучшения орального питания ❑ Энтеральное кормление ❑Переход от зондового к оральному кормлению

	❑ Гигиена полости рта и здоровье зубов ❑Размещение и расположение ❑ Окружение, условия кормления и рутины ❑ Сенсорная обработка
Оценка при наблюдении	

5. Является ли кормление положительным опытом для ребенка и родителей?

❑Да	❑ **Нет. Какие ключевые проблемы определены и которые необходимо решить?** ❑ Развитие навыков кормления ❑ Содействие безопасному глотанию ❑ Разработка диеты для улучшения орального питания ❑ Энтеральное кормление ❑ Переход от зондового к оральному кормлению ❑ Гигиена полости рта и здоровье зубов ❑ Размещение и расположение ❑ Окружение, условия кормления и рутины ❑ Сенсорная обработка
Оценка при наблюдении	

Рекомендуемые направления работы:

Цели и стратегии:

Цель: Стратегии:

ПРИЛОЖЕНИЕ 1
СКРИНИНГОВЫЕ ФОРМЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ПРОБЛЕМ В ПИТАНИИ И КОРМЛЕНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Данные скрининговые формы были разработаны специалистами Фонда SPOON: к использованию предлагаются формы по оценке питания и кормления детей 3-х возрастных групп:

- от рождения до 6 месяцев;
- от 6 до 12 месяцев;
- старше 12 месяцев.

В каждой из форм предлагаемых серым цветом выделены ответы, которые находятся в пределах ожидаемого диапазона для данного возрастного периода.

Если во время скрининга специалист выбирает ответ, который не выделен (это означает, что он находится за пределами нормального диапазона или не соответствует возрасту ребенка), это означает, что ему предлагается задать дополнительные вопросы и провести дальнейшую оценку, в том числе дополнительную оценку кормления.

Также, специалист, который проводит оценку должен полагаться на свой собственный опыт, знание ситуации и истории ребенка.

Данные формы помогают обеспечить систематический способ проверки важных аспектов кормления на первичном приеме в центре раннего вмешательства / центре медицинской реабилитации.

ФОРМА ПО ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ

Возраст: 0–6 месяцев

Имя ребенка / код[1]:		Пол: ❑ мужской ❑ женский ❑ неизвестно
Дата рождения *(день/месяц/год)*:	Дата рождения: ❑ Фактическая ❑ Предполагаемая	Возраст *(❑ месяцах)*:
Нуждается ли ребенок в особом медицинском уходе? ❑ Нет ❑ Да → Диагноз:		
Дата проведения скрининга *(день/месяц/год)*:		
Ф. И. О. лица, проводившего скрининг:		

Оценка роста *(Запишите далее, а затем заполните соответствующие таблицы роста)*			
Дата проведения оценки роста *(день/месяц/год)*:			
Вес (кг)	❑ Длина (см) ❑ Рост (см)	Окружность середины плеча (см)	Окружность головы (см)

[1] В случае, если требуется обеспечить сохранение персональной информации.

Прием пищи: Скрининг *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы)*	
Вас что-то беспокоит по поводу кормления ребенка?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок испытывает какие-либо трудности при кормлении?	❑ Да ❑ Нет ❑ Не знаю
Кто обычно кормит ребенка?	
Каким способом происходит кормление ребенка?	❑ Грудь ❑ Бутылочка ❑ Ложка/вилка ❑ Чашка ❑ Пальцы
Что обычно дают ребенку во время приема пищи?	ЖИДКАЯ ПИЩА: ❑ Грудное молоко ❑ Молочная смесь ❑ Прочие негустые жидкости ТВЕРДАЯ ПИЩА: ❑ Пюре ❑ Протертая пища ❑ Мягкая пища и пища, которая помещается в рот целиком ❑ Обычная пища
Сколько раз в сутки ест ребенок?	

Как долго обычно продолжается прием пищи?	❑ < 10 минут ❑ 10–30 минут ❑ > 30 минут
Во время кормления ребенок, в основном, находится в спокойном и бодром состоянии?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок часто кашляет или давится?	❑ Да ❑ Нет
Только для малышей на искусственном вскармливании	
Получается ли у ребенка пить из бутылочки?	❑ Да ❑ Нет
Сколько приготовленной молочной смеси обычно в каждой бутылочке?	❑ 60 мл ❑ 90 мл ❑ 120 мл ❑ 150 мл ❑ 180 мл ❑ 210 мл ❑ 240 мл
Какая пищевая ценность у молочной смеси (калорий на миллилитр)?	❑ 67 ккал/100 мл ❑ 73 ккал/100 мл ❑ 80 ккал/100 мл ❑ 100 ккал/100 мл ❑ Не знаю
Какое количество смеси из бутылочки обычно съедает ребенок?	❑ Все ❑ 3/4 ❑ 1/2 ❑ 1/4 ❑ < 1/4

Применяемые подходы к кормлению *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы)*				
	Всегда	Иногда	Никогда	Не применимо
Как часто во время кормления вы держите ребенка, поддерживая его голову и тело?	❑	❑	❑	❑
Как часто вы разговариваете с ребенком или поете ему во время кормления?	❑	❑	❑	❑
Примечания				
Как часто вы следуете сигналам малыша и прекращаете или приостанавливаете кормление?	❑	❑	❑	❑
Только для малышей на искусственном вскармливании				
Во время кормления из бутылочки как часто вы используете соски в неповрежденном состоянии?	❑	❑	❑	❑

Во время кормления из бутылочки как часто вы даете малышу передышку, чтобы он мог отрыгнуть?	❑	❑	❑	❑

ФОРМА ПО ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ

Возраст: 6–12 месяцев

Имя ребенка / код[2]:		Пол: ❑ мужской ❑ женский ❑ неизвестно
Дата рождения *(день/месяц/год):*	Дата рождения: ❑ Фактическая ❑ Предполагаемая	Возраст *(❑ месяцах)*:
Нуждается ли ребенок в особом медицинском уходе? ❑ Нет ❑ Да → Диагноз:		
Дата проведения скрининга *(день/месяц/год)*:		
Ф. И. О. лица, проводившего скрининг:		

[2] В случае, если требуется обеспечить сохранение персональной информации.

Оценка роста *(Запишите далее, а затем заполните соответствующие таблицы роста)*			
Дата проведения оценки роста *(день/месяц/год)*:			
Вес (кг)	❑ Длина (см) ❑ Рост (см)	Окружность середины плеча (см)	Окружность головы (см)

Прием пищи: Скрининг *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы)*	
Вас что-то беспокоит по поводу кормления ребенка?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок испытывает какие-либо трудности при кормлении?	❑ Да ❑ Нет ❑ Не знаю
Кто обычно кормит ребенка?	
Каким способом происходит кормление ребенка?	❑ Грудь ❑ Бутылочка ❑ Ложка/вилка ❑ Чашка ❑ Пальцы
Что обычно дают ребенку во время приема пищи?	ЖИДКАЯ ПИЩА: ❑ Грудное молоко ❑ Молочная смесь ❑ Прочие негустые жидкости

	ТВЕРДАЯ ПИЩА: ❑ Пюре ❑ Протертая пища ❑ Мягкая пища и пища, которая помещается в рот целиком ❑ Обычная пища
Является ли предлагаемая ребенку пища соответствующей его возрасту и этапу развития?	❑ Да ❑ Нет
Сколько раз в сутки ест ребенок?	
Как долго обычно продолжается прием пищи?	❑ < 10 минут ❑ 10–30 минут ❑ > 30 минут
Во время еды ребенок находится в вертикальном положении?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок часто кашляет или давится?	❑ Да ❑ Нет
Какой объем помощи обычно необходим ребенку в том, чтобы донести еду или питье до рта?	❑ Полная помощь ❑ Небольшая помощь ❑ Помощь не требуется
Предлагали ли ребенку возможность самостоятельно держать ложку или трогать еду руками?	❑ Да ❑ Нет

Получается ли у ребенка есть ложкой?	❑ Да ❑ Нет
Получается ли у ребенка пить из чашки? *(Задавайте этот вопрос, только если возраст ребенка составляет более 9 месяцев)*	❑ Да ❑ Нет
Только для малышей на искусственном вскармливании	
Сколько приготовленной молочной смеси обычно в каждой бутылочке? ❑ 60 мл ❑90 мл ❑ 120 мл ❑ 150 мл ❑ 180 мл ❑ 210 мл ❑ 240 мл	
Какая пищевая ценность у молочной смеси (калорий на миллилитр)? ❑ 67 ккал/100 мл ❑ 73 ккал/100 мл ❑ 80 ккал/100 мл ❑ 100 ккал/100 мл ❑ Не знаю	
Какое количество смеси из бутылочки обычно съедает ребенок? ❑ Все ❑ 3/4 ❑ 1/2 ❑ 1/4 ❑ Менее 1/4	

Применяемые подходы к кормлению *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы)*				
	Всегда	Иногда	Никогда	Не применимо
Как часто во время кормления вы держите ребенка, поддерживая его голову и тело?	❑	❑	❑	❑

Как часто вы разговариваете с ребенком или поете ему во время кормления?	❑	❑	❑	❑
Как часто вы следуете сигналам малыша и прекращаете или приостанавливаете кормление?	❑	❑	❑	❑
При использовании ложки для кормления ребенка как часто это маленькая ложечка?	❑	❑	❑	❑
Во время кормления ребенка как часто вы сидите таким образом, чтобы ваши глаза находились на уровне глаз ребенка?	❑	❑	❑	❑
Как часто ребенок принимает пищу совместно с другими?	❑	❑	❑	❑

Только для малышей на искусственном вскармливании				
Во время кормления из бутылочки как часто вы используете соски в неповрежденном состоянии?	❑	❑	❑	❑

Примечания

ФОРМА ПО ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ

Возраст: 12+ месяцев

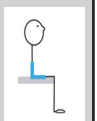
Имя ребенка / код[3]:		Пол: ❑ мужской ❑ женский ❑ неизвестно
Дата рождения *(день/месяц/год)*:	Дата рождения: ❑ Фактическая ❑ Предполагаемая	Возраст *(❑ месяцах)*:
Нуждается ли ребенок в особом медицинском уходе? ❑ Нет ❑ Да → Диагноз:		
Дата проведения скрининга *(день/месяц/год)*:		
Ф. И. О. лица, проводившего скрининг:		

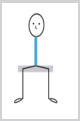
Оценка роста *(Запишите далее, а затем заполните соответствующие таблицы роста)*			
Дата проведения оценки роста *(день/месяц/год)*:			
Вес (кг)	❑ Длина (см) ❑ Рост (см)	Окружность середины плеча (см)	Окружность головы (см)

[3] В случае, если требуется обеспечить сохранение персональной информации.

Прием пищи: Скрининг *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы.)*	
Вас что-то беспокоит по поводу кормления ребенка?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок испытывает какие-либо трудности при кормлении?	❑ Да ❑ Нет ❑ Не знаю
Кто обычно кормит ребенка?	
Каким способом происходит кормление ребенка?	❑ Грудь ❑ Бутылочка ❑ Ложка/вилка ❑ Чашка ❑ Пальцы
Что обычно дают ребенку во время приема пищи?	ЖИДКАЯ ПИЩА: ❑ Грудное молоко ❑ Молочная смесь ❑ Прочие негустые жидкости ТВЕРДАЯ ПИЩА: ❑ Пюре ❑ Протертая пища ❑ Мягкая пища и пища, которая помещается в рот целиком ❑ Обычная пища
Является ли предлагаемая ребенку пища соответствующей его возрасту и этапу развития?	❑ Да ❑ Нет
Сколько раз в сутки ест ребенок?	

Как долго обычно продолжается прием пищи?	❑ < 10 минут ❑ 10–30 минут ❑ > 30 минут
Во время еды ребенок находится в вертикальном положении?	❑ Да ❑ Нет
Ребенок часто кашляет или давится?	❑ Да ❑ Нет
Какой объем помощи обычно необходим ребенку в том, чтобы донести еду или питье до рта?	❑ Полная помощь ❑ Небольшая помощь ❑ Помощь не требуется
Получается ли у ребенка есть ложкой?	❑Да ❑ Нет
Получается ли у ребенка пить из чашки?	❑ Да ❑ Нет
Получается ли у ребенка кушать самостоятельно?	❑ Да ❑ Нет

Наблюдение за приемом пищи *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы.)*				
Понаблюдайте за тем, как ухаживающее за ребенком лицо кормит его с использованием ложки, вилки, пальцев или чашки.				
Как располагаются **бедра** ребенка? *Обведите наиболее подходящее изображение.*				

Как располагается **торс** ребенка? *Обведите наиболее подходящее изображение.*				
Как располагается **голова** ребенка? *Обведите наиболее подходящее изображение.*				
Вы наблюдаете какие-либо трудности с кормлением? ❑ Да ❑ *Выберите все подходящие ответы из списка.* ❑ Нет	❑ У ребенка изо рта выпадает твердая пища/выливается жидкая пища ❑ Ребенок не может сомкнуть губы на ложке или чашке ❑ Еда прилипает к центральной части языка ❑ Язык выталкивает пищу изо рта ❑ Пища остается на языке после глотания ❑ Ребенок не жует или не глотает пищу ❑ Еда прилипает в верхней части полости рта ❑ Ребенок не умеет перемещать пищу из стороны в сторону при помощи языка ❑ Ребенок откидывает голову назад, чтобы проглотить пищу ❑ Прочее:			

Применяемые подходы к кормлению *(Выделенные цветом ответы обозначают нормальные пределы.)*				
	Всегда	**Иногда**	**Никогда**	**Не применимо**
Во время кормления ребенка как часто вы ждете, чтобы ребенок показал свою готовность, прежде чем давать ему следующий кусочек еды?	❑	❑	❑	❑
При использовании ложки для кормления ребенка как часто это маленькая ложечка?	❑	❑	❑	❑
Как часто вы разговариваете с ребенком или поете ему во время приема пищи?	❑	❑	❑	❑
Во время кормления ребенка как часто вы сидите таким образом, чтобы ваши глаза находились на уровне глаз ребенка?	❑	❑	❑	❑
Как часто ребенок принимает пищу совместно с другими?	❑	❑	❑	❑

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ РЕБЕНКА ПРИ НАБЛЮДЕНИИ / ВИДЕОНАБЛЮДЕНИИ

Полезную информацию о процессе кормления можно получить, наблюдая за ним в естественной для ребенка среде. Непосредственное наблюдение за ходом рутины кормления проводится в домашних условиях, когда специалист посещает ребенка и семью, или же – через использование видеозаписей или видеотрансляции.

При наблюдении за кормлением ребенка имеется возможность оценить:

1. Наличие у ребенка проблем в развитии, которые мешают ему принимать пищу в соответствии с возрастом.
2. Стратегии поведения взрослых, которые помогают или мешают процессу кормления.
3. Предметы и средства, которые используются при кормлении.

Для фиксации наблюдения используется Протокол хода рутины.

Инструкция по заполнению Протокола хода рутины:

Следует наблюдать ходом естественной жизненной ситуации, поступательно, по шагам записывать действия, которые совершают все участники: Что делает взрослый, затем что делает ребенок и т. д.

В последнем столбце необходимо поставить отметку + или –, оценив, насколько совершаемое действие является типичным для обычного хода аналогичной естественной жизненной ситуации у большинства других семей.

После окончания наблюдения специалист оформляет заключение, в котором отмечает, какие навыки ребенка нуждаются в развитии для того, чтобы улучшить ход рутины, какие действия ухаживающих взрослых необходимо с ними обсудить, чтобы оптимизировать рутину, а также – что в окружающей ребенка среде можно изменить, какие предметы и средства технической помощи необходимы для оптимального хода рутины.

ПРОТОКОЛ ХОДА РУТИНЫ

Шаги	Совершенное действие	Является типичным/не типичным для рутины

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. Навыки ребенка, нуждающиеся в развитии:

_____

2. Действия взрослых, нуждающиеся в обсуждении со специалистом и выборе новых стратегий для более оптимального хода рутины:_____

3. Предметы и средства технической помощи, которые необходимы для оптимального хода рутины:

_____

ПРИЛОЖЕНИЕ 3
ВЕДЕНИЕ И АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА

Ведение дневника питания ребенка с ограниченными возможностями может быть полезным инструментом для выявления его пищевых предпочтений, особенностей поведения в процессе еды, трудностей с кормлением, как для членов семьи ребенка, так и для специалистов.

Не существует строгих форм ведения пищевого дневника, в зависимости от существующих и предполагаемых проблем и нужд ребенка, в пищевой дневник могут быть добавлены новые пункты (графы) или удалены из него.

Пищевой дневник ведется родителями, анализ записей могут проводить специалисты или сами родители при поддержке специалистов.

При создании и ведении дневника питания для получения адекватной и полной информации, следует следовать определенным правилам:

1. Записи следует вести ежедневно, регулярно, отмечая каждый прием пищи, включая перекусы.
2. Необходимо включать не только всю еду, но и питье.
3. Надлежит обращать внимание на такие аспекты, как:
   - время приема пищи, включая все перекусы,
   - размер порции,
   - консистенция и текстура пищи,
   - температура пищи,
   - техники кормления, используемые типы столовых приборов, положение ребенка во время кормления, использование специального оборудования,

– самочувствие, поведение и настроение ребенка во время и после еды,

– в некоторых ситуациях важно также регистрировать состав блюд, способ их приготовления,

– прием лекарственных препаратов и т. п.

Дневники обычно ведутся в письменном виде, однако в настоящее время доступны для скачивания, заполнения и анализа электронные, в том числе и мобильные приложения с пищевыми дневниками.

ПРИМЕР ПИЩЕВОГО ДНЕВНИКА

Время приема пищи	Продолжительность приема пищи	Чувство голода у ребенка[4]	Что ребенок ел и пил	Объем съеденной /выпитой пищи / жидкости (г / мл)	Консистенция и текстура пищи	Способ принятия пищи (бутылка, ложка, руками, зонд, др.)	Место принятия пищи и положение ребенка	Самочувствие во время еды (поперхивание, кашель, вялый, сонный, проявлял интерес)	Самочувствие после еды (сонный, активный, отрыжка, рвотные позывы)	Что-то еще важное

[4] 0 – не голоден,
1 – легкий голод,
2 – умеренный голод,
3 – сильный голод,
4 – сверхголод (более 6 часов без еды)

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРИМЕР ЧАСТИ ПРОТОКОЛА «ИНТЕРВЬЮ О ПОВСЕДНЕВНЫХ РУТИНАХ», КАСАЮЩЕЙСЯ РУТИНЫ КОРМЛЕНИЯ

Интервью проводит 2 человека: один специалист проводит интервью, второй – ассистент заполняет форму, суммируя информацию.

Заполнение формы:

1. Информация, полученная в ходе интервью вносится в Протокол интервью о рутине кормления.

2. Примерный список вопросов для интервью может включать следующие вопросы, касающиеся подготовки к еде, кормления / приема пищи / питья:

- Как вы справляетесь с подготовкой к ужину/завтраку/обеду? Что обычно происходит в течение этого времени?
- Что ваш ребенок делает, пока вы готовите еду?
- Как и во что он может играть независимо в то время, когда вы находитесь в кухне?
- Кто в течение этого времени еще находится дома?
- Это напряженное время для вас или все в порядке?
- Как ребенок дает вам понять, что он хочет есть?
- Как происходит процесс кормления / приема пищи?
- Помогает ли вам кто-нибудь кормить ребенка? Кто?
- Как часто ребенок ест?
- Где обычно ваш ребенок ест?
- Как ребенок дает вам понять, что он наелся?
- Что обычно делают в это время другие члены семьи?

- Ребенку нравится время приема пищи? Как вы это определили?

3. При заполнении протокола следует кратко описать протекание рутины, а также – вовлеченность / участие в ней ребенка, что ребенок может делать сам, как он общается во время рутины.

Если интервьюер не получил информации по разделам – напишите «Нет информации».

4. Когда рутина обсуждена полностью, спросите, насколько родитель удовлетворен тем, как она происходит. Попросите его оценить удовлетворенность по шкале от 1 до 5 баллов. Обведите соответствующую оценку.

5. В конце интервью обведите все области, навыки из которых необходимы для выполнения рутины.

Протокол интервью о рутине кормления

Имя, фамилия ребенка	
Дата рождения, возраст	
Кто участвует в интервью	
Интервьюер	
Дата интервью	

Название рутины				
Описание рутины				
Вовлеченность ребенка				
Что делает самостоятельно				
Как ребенок общается во время рутины				
Удовлетворенность рутиной (обведите одну цифру):				
1	2	3	4	5
Не удовлетворены				Удовлетворены полностью
Какие области развития играют решающую роль в выполнении рутины (обведите все, что считаете нужным)				
Научение и применение знаний	Выполнение задач	Коммуникативное	Моторика: крупная мелкая	Социальное взаимодействие

ЛИТЕРАТУРА

1. Детское питание: Руководство для врачей / под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – С. 452–465.

2. Мартинчик, А. Н. Общая нутрициология : учебное пособие / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, О. О. Янушевич. – М. : МЕДпресс-информ, 2005.

3. Методические рекомендации по нутритивной поддержке детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи / под ред. Е. В. Поливиченко [и др]. – М. : Издательство Сеченовского Университета, 2021. – 88 с.

4. Парентеральное и энтеральное питание. Национальное руководство / под ред. М. Ш. Хубутия, Т. С. Поповой, А. И. Салтанова. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2015.

5. Неврология глотания. Дисфагия, диагностика и лечение / М. Е. Грохер (ред.), Н. Х. Басс и Р. М. Моррелл. – Баттерворт-Хайнеманн, Бостон, Массачусетс, 1992. – С. 1–29.

6. Расстройство пищевого поведения у детей: консенсусное определение и концептуальная основа / П. С. Годай [и др]. – JPGN 2019;68(1):124–129.

7. Расстройства пищевого поведения у детей: общенациональное исследование распространенности / К. Ковачич [и др]. – DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.07.047.

8. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и коррекции [Электронный ресурс] / Е. В. Павловская. URL: https://orcid.org/0000-0002-4505-397X.

9. Пырьева, Е. А. Нутритивная поддержка в лечении детей с неврологической патологией / Е. А. Пырьева, Т. Н. Сорвачева, А. Н. Сафронова // Вопросы детской диетологии. – 2016. – Т. 14. – № 1. – С. 47–53.

10. Руководство по клиническому питанию / под ред. В. М. Луфта, С. Ф. Багненко, Ю. А. Щербука. – 2-е изд., доп. – СПб. : Арт Экспресс, 2013. – 460 с.

11. Becker P. J., Nieman Carney L. et al. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics / American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). J Acad Nutr Diet. 2014 Dec;114(12):1988-2000.

12. Mehta N. M., Corkins M. R., Lyman B., et al. Defining pediatric malnutrition: A paradigm shift towards etiology-related definitions. / J. Parenter Enteral Nutr. 2013 Jul;37(4): 460-481.

13. Pediatric Nutrition in Practice / edited by B. Koletzko. – Basel : Karger 3-ed, 2022. – 457 p.

Производственно-практическое издание

Авила Ольга Григорьевна
Неверо Елена Георгиевна
Яковлев Александр Николаевич

Инклюзивное питание для детей с нарушением развития. Теоретические аспекты

Пособие для специалистов

Издается в авторской редакции

Ответственный за выпуск *Е. С. Патей*

Подписано в печать 01.08.2025. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Печать цифровая. Усл. печ. л. 5,4.
Тираж 60 экз. Заказ 25749.

Издатель и полиграфическое исполнение:
общество с ограниченной ответственностью «Колорград».
Свидетельство о государственной регистрации
издателя, изготовителя, распространителя печатных
изданий № 1/471 от 28.07.2015.
Пер. Велосипедный, 5-904, 220033, Минск.

+375 17 361 91 40
post@segment.by
segment.by

Для авторов и ученых

Наш сайт

Интернет-магазин