

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

На первый взгляд, питание младенца представляется феноменом простым, сводящимся к удовлетворению только биологической потребности, а нарушения питания традиционно сводятся лишь к перечню расстройств, описанных в руководствах по педиатрии, детской хирургии и инфекционным болезням. Вместе с тем, рядом исследователей последних десятилетий показано, что психологически обусловленные расстройства питания чаще являются причиной пониженного веса, чем недокорм или специфические инфекции, и отражают трудности во взаимоотношениях между ребенком, матерью и другими членами семьи.

Особенности пищевого поведения в онтогенезе

Пищевое поведение и связанные с ним поведенческие реакции являются сложноинтегрированным актом, появляющимся с момента рождения и объединяющим в единый приспособительный компонент целый ряд структур и функций организма, начиная от анатомо-физиологических звеньев и заканчивая высшими психическими. В процессе приема пищи у ребенка активируются различные органы чувств: обонятельный, вкусовой, тактильно-кинестетический. Помимо сосательных движений, у ребенка в момент кормления наблюдается также изменение ряда вегетативных показателей (дыхание, сердечная деятельность, артериальное давление, моторика желудка и т. д.), двигательной активности (движения пальцев рук) и изменение внутреннего гомеостаза. Основные структурные элементы пищеварительной системы закладываются уже на 3-4-м месяце внутриутробной жизни. До рождения формируются сосательная и глотательная функции. Уже на 4-м месяце внутриутробного развития наблюдают открывание рта и заглатывание околоплодной жидкости. Нормально развивающийся плод заглатывает в течение суток около 450 мл околоплодной жидкости. Ее белок является для будущего ребенка важным источником питания и фактором развития функциональной активности пищеварительной системы. В 5 мес плод начинает совершать спонтанные жевательные и сосательные движения. Предпочтение материнского запаха, лежащее в основе раннего пищевого поведения, формируется на протяжении всего внутриутробного периода. Обонятельная и вкусовая стимуляция, получаемая плодом из амниотической жидкости, оказывает влияние на избирательное формирование соответствующих сенсорных каналов. Их специфическая настроенность, в свою очередь, формирует постнатальные

обонятельновкусовые предпочтения, значимые как для поддержания жизненно важных нутритивных потребностей ребенка, так и для формирования ранних детско-родительских отношений. К моменту рождения пищевое поведение плода представлено достаточно совершенно развитыми сосательными и глотательными движениями. Закончено формирование обонятельно-вкусовых предпочтений. После рождения в пищеварительную систему включается также температурно-тактильная чувствительность. В период новорожденности в регуляции питания постепенно начинает принимать участие и зрительная система. Возникающая с первых часов жизни система детско-материнской привязанности также будет оказывать влияние на пищевое поведение младенца.

Основой пищевого поведения у новорожденного является сосание. В первые минуты и часы жизни сосательные движения возникают спонтанно, без контакта с грудью, и более похожи на жевание и облизывание, так как ребенок не может самостоятельно находить сосок. Однако у ребенка, уже прожившего сутки, в организации пищевого поведения возникают такие компоненты, как: 1) поиск матери; 2) поиск области расположения соска; 3) захват соска; 4) сосание. Во время приема пищи у новорожденного происходит синхронизация дыхания, изменение сердечной деятельности и артериального давления, появляются специфические движения пальцев рук. Новорожденный ребенок способен осуществлять сосание, дыхание и глотание одновременно, хотя у взрослых во время глотания дыхание останавливается. Это происходит за счет перераспределения работы дыхательных мышц, перехода со смешанного дыхания на грудное. Выключение из процесса дыхания брюшного компонента способствует прохождению пищи в желудок.

Для нормального развития пищевого поведения младенца большое значение имеют такие стимулы, как запах и тепло матери, а также вкус материнского молока. Подобная закономерность имеет филогенетическую природу и отмечается у многих видов млекопитающих. У щенков первых часов жизни, например, наблюдается стойкое предпочтение запаха шерсти матери другим обонятельным стимулам. У крысят и котят, ранние формы поведения которых изучены достаточно хорошо, этап пищевого поведения, включающий в себя поиск матери, определяется температурной рецепцией. Процесс поиска соска, в свою очередь, зависит от получаемых обонятельных стимулов матери. Поведение котят, лишенных в эксперименте обоняния, отличается существенными особенностями. При принципиальной сохранности основных пищеварительных процессов (актов сосания и глотания) они все же не прибавляют в массе тела и прозревают на 3-4 дня позже котят с нормальным обонянием. У них резко снижается двигательная активность. Если же котята лишились обоняния сразу после рождения, до

первого кормления, они были не способны захватить сосок и без искусственного вскармливания вскоре погибали. Поиск соска у новорожденных животных во многом осуществляется под влиянием вкуса и запаха околоплодной жидкости, наносимой матерью на поверхность живота после родов. Высказано предположение, что околоплодная жидкость и слюна, наносимая на поверхность живота в течение всего периода лактации, близки по составу. У человека состав слюны матери, амниотической жидкости и молозива также сходен. После рождения дети безошибочно распознают запах своей матери и предпочитают его всем другим.

Классификация и клиническая картина нарушений пищевого поведения

Различают четыре основные формы расстройств пищевого поведения, преимущественно связанные с нарушениями детско-материнских отношений:

- 1) регургитационное и «жевательное» расстройство («жвачка», мерицизм);
- 2) младенческая нервная анорексия (инфантильная анорексия);
- 3) постоянное поедание несъедобных веществ (PICA-синдром);
- 4) пищевое недоразвитие.

1. Регургитационное и «жевательное» расстройство («жвачка», мерицизм)

Это относительно редкое нарушение, одинаково часто встречаемое у мальчиков и девочек. Основными диагностическими критериями являются: а) повторяющееся отрыгивание, пережевывание и повторное проглатывание пищи при отсутствии патологии желудочно-кишечного тракта; б) потеря массы тела. Первые проявления наблюдаются, как правило, в возрасте 3-12 мес, могут продолжаться 2 года, а по некоторым данным — до 6 лет. К причинным факторам расстройства относят как избыточность, так и недостаточность материнской привязанности. В первом случае «жвачка» рассматривается как усвоенная модель поведения, усиливающаяся под влиянием родительского внимания, а во втором — как средство привлечения того же внимания в условиях его дефицита. В отдельных случаях «жвачка» является, по-видимому, замещающей формой поведения, приносящей ребенку удовлетворение. Имеется нейрохимическая гипотеза «жвачки». В соответствии с ней, одним из основных условий поддержания в организме ребенка необходимого уровня эндогенных опиатов (эндорфи-нов) является устойчивая детскоматеринская привязанность. При слабой привязанности

или полной материнской депривации у младенца наблюдается эндорфиновая недостаточность. Пережевывание пищи стимулирует продукцию эндорфинов. Некоторые дети выплевывают большую часть пережеванной пищи, в результате чего их вес прогрессивно снижается. Наиболее высокий риск истощения наблюдается у пассивных детей. Вместе с тем, докармливание не всегда эффективно, так как приводит к повторной регургитации. Помимо депривационных механизмов, в происхождении мерицизма играют роль также негрубые пороки развития желудочно-кишечного тракта и неврологическая патология. Подобная этиологическая неоднородность пищевых расстройств имела место и в следующем клиническом примере.

Больной М.К., 2 мес. Жалобы. Мальчик был доставлен в детскую больницу с жалобами на рвоту и плохую прибавку в массе тела. Анамнез заболевания. Сразу после рождения у ребенка периодически возникали рвота и частый стул. С течением времени рвота не прекращалась, а даже учащалась, появляясь во время, после и между кормлениями. У ребенка нарастили беспокойство, нарушения сна, он перестал прибавлять в массе тела. Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, отец по профессии моряк речного флота, мать — домохозяйка. Мать находится на учете в ПНД (психоневрологическом диспансере). Мать хотела, чтобы родился мальчик, отец был равнодушен к полу будущего ребенка. Беременность «случайная», желанная. История развития младенца. Беременность протекала с токсикозом на всем протяжении, угрозой прерывания на 7-8-й неделе гестации. Роды на 41-й неделе, самостоятельные, с легким обвитием пуповины вокруг шеи. Ребенок закричал сразу, к груди приложили на вторые сутки, сосал неактивно. Наблюдение за поведением ребенка при психометрическом тестировании по методике О. В. Баженовой позволило отметить, что при зрительном контакте ребенок улыбается в ответ на улыбку, после перехода на строгий тон речи перестает улыбаться, напрягается. Прослушивание ритмизированной речи не вызывает вокализаций. При проследивании невидимой траектории в ситуации исчезновения предмета из поля зрения ребенка он начинает рассматривать другие части пространства. Когда, заинтересовав лежащего на спине ребенка разговором со взрослым, покрывают его голову платком, у него появляется диффузная активность в руках, однако снять платок ему не удается. Комплекс оживления имеет место, но содержит в себе только два компонента (двигательную активность и улыбки). В ситуации «формального общения» младенец вяло, но все же инициирует контакт, очень быстро истощаясь.

Оценка родителей: 1) отец — психически здоров, у матери пограничная психическая патология; 2) самооценка родителей: у отца низкая, у матери до последнего времени была завышена: она считала, что у ее ребенка все в порядке и ему не нужна никакая помощь; 3) способность к адаптации, скорее

всего, низкая, так как родители ничего не предпринимали, чтобы исправить положение; 4) позиция в уходе за ребенком авторитарная; 5) готовность оказывать помощь — низкая.

Из специфических особенностей родителей необходимо отметить то, что они, особенно мать, маловосприимчивы к потребностям своего ребенка, что подтверждается неспособностью матери дифференцировать типы крика-плача. Она считает, что из всех вариантов крика-плача имеет место один, «общий» крик, по характеру капризный. При педиатрическом осмотре отмечено, что масса тела уменьшена по сравнению с нормой на 20 %. Рвота была столь тяжелой, что даже в отделении больницы ребенок продолжал терять в весе. У ребенка диагностирована постнатальная гипотрофия II степени. Внимательное наблюдение показало, что младенец инициировал рвоту, пытаясь далее проглотить регургитированную пищу. Так как рвота и понос продолжались, было использовано кормление через кишечный зонд. В результате терапии стала редуцироваться гипервозбудимость, астения и уменьшилось жевание. Рвота, однако, продолжалась. После повторного рентгенологического и фиброгастроскопического исследований был установлен диагноз: грыжа диафрагмального отверстия пищевода. Проведена операция.

После хирургического вмешательства мальчик стал принимать пищу через рот без последующей рвоты. Была разработана схема постепенного подключения матери к лечебному процессу, которая привела к ликвидации патологического пищевого поведения. В течение последующих двух недель ребенок стал прибавлять в массе с преодолением задержки психомоторного развития. С точки зрения психоаналитического подхода, регургитация и мерицизм являются внешним проявлением психического расстройства и означают «выход» внутреннего напряжения, возникающего в результате нарушений взаимопонимания матери и ребенка. Младенец начинает повторно пережевывать пищу, если не может иными способами обратить на себя внимание. Матери детей, страдающих «жвачкой», чаще всего являются незрелыми, зависимыми, эмоционально отвергают своих детей. Сторонники бихевиорального подхода полагают, что мерицизм — это усвоенная модель поведения; он усугубляется под влиянием родительского внимания. В рамках интегративного подхода механизмы происхождения «жевательного» расстройства связываются с влиянием многочисленных факторов: 1) соматоневрологических (пороки развития желудочно-кишечного тракта, неврологические и инфекционные заболевания, перинатальная патология и др.); 2) депривационных (избыток или недостаток внимания со стороны матери); 3) индивидуальных особенностей психического реагирования ребенка (усвоенная модель поведения, купирование эндорфиновой недостаточности и т. д.).

2. Младенческая нервная анорексия (инфантильная анорексия)

К диагностическим критериям относят, во-первых, активный или пассивный отказ от пищи, во-вторых, избирательность в еде и, в-третьих, недоедание. Отказы от пищи часто начинаются вскоре после рождения. Ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает незначительное количество молока. При активном отказе младенец внимательно следит за приближением рожка или ложки, что нередко приводит к опрокидыванию посуды с едой, выплевыванию пищи («пищевые войны»). При пассивном — дети отказываются принимать участие в процессе кормления, показывая полное безразличие к приему пищи и не выражая интереса к бутылочке или ложке. Жевание и проглатывание замедлены, пища задерживается в ротовой полости больше 45 мин. Избирательность в еде выражается в специфических предпочтениях определенных продуктов, например яиц или творога. Некоторые дети отвергают пищу, имеющую зеленый или красный цвет. К инфантильной анорексии относят продолжительные расстройства, длиющиеся свыше 3 мес, так как более кратковременное снижение аппетита может быть связано с введением новых продуктов, семейными переменами (рождение брата или сестры), изменениями в режиме дня и уходе за ребенком, помещением в стационар. Наиболее часто от недоедания страдают дети, находящиеся на грудном вскармливании, так как матери не всегда следят за количеством высасываемого ребенком молока. Нередко такие дети ведут себя тихо и спокойно, сонливы, и матери не испытывают затруднений при уходе за ними. При изучении причин нервной анорексии младенцев выявлен ряд специфических черт поведения их матерей.

При наблюдении за процессом кормления 72 детей через односторонний экран выявлено, что ряд матерей не различают подаваемых ребенком знаков «голода» и не могут адекватно на них ответить. Было, в частности, замечено, что матери детей, страдающих инфантильной анорексией, в 75,6 % случаев неадекватно реагируют на «пищевые» крики, вокализуемые их детьми. Такие матери не могут справиться с кормлением детей. В их отношении к младенцам отчетливо преобладают агрессивные тенденции — раздражительность, недовольство и негодование. Некоторые матери, напротив, не замечают признаков насыщения и продолжают насиливо кормить, что вызывает сопротивление ребенка. Точно также не знают о пищевых потребностях своих детей психически больные матери. Проблемы с кормлением чаще возникают в семьях, где старшие дети страдали пищевой аллергией, и мать после рождения находилась в состоянии тревожного ожидания заболевания ребенка. Однако участие отца в уходе за ребенком и его кормлении снижает у матери тревогу. Выделены этапы детско-материнских отношений при инфантильной анорексии. По мере развития

младенческой анорексии в системе мать-дитя отношения изменяются от диадической реципрокности к диадическому конфликту и, далее, к борьбе за контроль приема пищи, которая заканчивается «сделкой» и материнским «невмешательством». Иными словами, мать или справляется с отказом ребенка от пищи, или патологический стереотип пищевого поведения у него закрепляется. О распространенности ранней детской анорексии говорят следующие данные. При обследовании 359 детей в возрасте от 6 до 36 мес на значительные затруднения при кормлении в возрасте 6 мес указывали 6 % матерей, о пищевых прихотях — 12 %. В возрасте 12 мес эти соотношения не изменяются, а в возрасте 18 мес возрастают до 24 % и 15 % соответственно. В 36 мес ранняя детская анорексия отмечается уже у 34 % всех детей, а пищевые прихоти — у 23 %.

Различают три основных варианта младенческой нервной анорексии.

Первый вариант младенческой нервной анорексии — дистимический — проявляется выраженной эмоциональной лабильностью во время кормления с преобладанием дистимии. Наблюдается раздражительность, плаксивость, немотивированное беспокойство во время еды. Как правило, матери не могут понять, с чем связано такое поведение младенца, объясняя это тем, что ребенок хочет спать, что рядом не оказалось соски, что ему не нравится приготовленная пища. Стержневым симптомом у этих детей являются преходящие эпизоды сниженного настроения во время кормления, а неадекватное поведение матери способствует их закреплению.

Второй вариант младенческой нервной анорексии — регургитационный — проявляется немотивированным срыгиванием или во время акта кормления, или сразу после него. Важными диагностическими критериями являются: значительный объем регургитированной пищи, отсутствие вторичного заглатывания и пережевывания (как в случае мерицизма), отсутствие связи с введением в рацион новых продуктов. С изменением рациона могут быть связаны кратковременные эпизоды регургитации, однако к инфантильной анорексии относят расстройства, наблюдающиеся достаточно длительное время — 2-3 мес и более. Для диагностики регургитационного расстройства также категорически должны быть исключены другие заболевания, способные вызвать длительные рвоты и срыгивания. Это патология желудочно-кишечного тракта и гипертензионно-гидроцефальный синдром. При регургитационном варианте инфантильной анорексии срыгивание большого объема пищи является для ребенка обычным явлением. Часто младенец весьма охотно берет бутылочку и сосет молоко. Но за несколько минут до окончания кормления срыгивает большую часть проглоченного.

Больной В.И., 2 мес 1 нед. Жалобы. Мать обратилась по поводу частых срыгиваний у ребенка. Анамнез болезни. Срыгивания начались вскоре после рождения, особенно при употреблении жидкой пищи, на протяжении 1-го месяца жизни ребенок вообще не прибавил в массе тела, на втором — значительно меньше нормы. Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, второй ребенок в семье. Мать по профессии оператор ЭВМ, отец — электрик. Оба родителя хотели иметь сына. Беременность желанная, запланированная. История развития младенца. Беременность протекала с токсикозом первой половины, снижением уровня гемоглобина в крови. Роды на 39-й неделе гестации, быстрые, с медикаментозной стимуляцией. Ребенок родился с однократным обвитием пуповины вокруг шеи, закричал сразу, к груди приложили через 12 ч, сосал активно. В месячном возрасте был осмотрен невропатологом, отмечен тремор подбородка, верхних конечностей, диагностирована перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Был назначен курс медикаментозного лечения, который, однако, родители не проводили. Оценка родителей: 1) отец и мать — психически здоровы; 2) самооценка родителей достаточно адекватная; 3) способность к адаптации удовлетворительная, мать пытается справляться с трудностями; 4) позиция в уходе за ребенком авторитарная; 5) готовность оказывать помощь — относительно низкая. Из специфических особенностей родителей необходимо отметить, что мать не понимает своего ребенка, что подтверждается неспособностью квалифицировать типы крика-плача. При опросе мать чрезвычайно затруднялась в квалификации крика-плача, заявив, что криков «хочу есть» и «хочу спать» нет вообще, а желание есть или спать ребенка можно определить только по двигательному беспокойству. Во время осмотра отмечается тремор подбородка и верхних конечностей, что свидетельствует о наличии гипервозбудимости. Мальчик хорошо различает оттенки в эмоциональном тоне речи — при переходе на строгий тон речи он перестает улыбаться, напрягается в ответной реакции. Реакция прослеживания невидимой траектории и реакция имитации гласных удовлетворительная. Комплекс оживления содержит все три компонента. Младенец достаточно хорошо дифференцирует ситуацию «формального общения» и инициирует в этой ситуации контакт. Зрительные фиксационные пробы в соответствии с возрастом. При повторном обследовании в 8,5 мес ребенок продолжал срыгивать, а мать сообщила, что крик обрел знаковую функцию после 4 мес: «хочу есть» — капризный и жалобный, а «хочу спать» — злой. Нельзя исключить, что синдром гипервозбудимости провоцировал срыгивания, а мать своим неадекватным поведением, вместо того чтобы компенсировать, стимулировала патологическое пищевое поведение у своего

ребенка. Неудивительно, что в 8,5 мес ребенок продолжал срыгивать, хотя к этому времени произошла полная редукция гипервозбудимости.

Третий вариант младенческой нервной анорексии — вариант активного или пассивного отказа от пищи. При активном отказе ребенок поворачивает голову в сторону, отказывается открывать рот, сосать и глотать. Пассивный отказ сопровождается отвращением к возрастному рациону — мясным продуктам, кашам, овощам и фруктам. У ребенка отмечаются необычные пищевые предпочтения, он требует лимонов, грейпфрутов и т. д. Младенцы, перешедшие на смешанные виды пищи, требуют продуктов, предназначенных для детей более младшего возраста, употребление которых избавляет их от необходимости жевать. При описываемом варианте младенческой анорексии отказы от пищи могут начаться вскоре после рождения. В период новорожденности ребенок не просыпается для кормления, отказывается сосать или высасывает слишком малое количество молока. После 3 мес младенец может активно сжимать губы в ответ на приближение бутылочки или ложки. При «пищевых войнах» дети следят за приближением ложки или рожка и опрокидывают посуду с едой на пол. Если матери удается запихнуть ребенку пищу в рот, то он обычно ее выплевывает.

3. Постоянное поедание несъедобных веществ (PICA-синдром)

Характерной особенностью расстройства является постоянное, более одного раза в месяц, поедание несъедобных веществ. Важным диагностическим критерием является отсутствие других психических расстройств, которые могли бы вызвать такое поведение (ранний детский аутизм, детская шизофрения). Оба пола страдают расстройством одинаково часто. Начало заболевания отмечается, как правило, в возрасте от 1 до 2 лет, а у ряда детей со второго полугодия жизни. С возрастом обычно отмечается положительная динамика. Младенцы чаще всего поедают краску, гипс, тесемки, волосы, ворс с одежды. Дети раннего возраста могут употреблять в пищу испражнения животных, собственные фекалии, песок, насекомых, листья, гальку, сигареты, окурки. При этом не наблюдается отвращения к пище. Большинство здоровых детей время от времени берут в рот эти предметы, но практически никогда их не проглатывают. Дети, поедающие несъедобные вещества, часто страдают задержкой психического развития или, что реже, пониженным зрением. Большинство из них воспитываются в социально неблагополучных семьях, где за ними следят в основном братья и сестры. Поедание несъедобных веществ в этом случае является следствием недостаточной заботы о ребенке и контроля за его поведением со стороны родителей. Дети не могут самостоятельно разобраться, что можно и чего нельзя употреблять в пищу. Данная разновидность нарушений пищевого поведения является следствием педагогической запущенности, в частности, несформированности у ребенка представлений о приемлемых формах поведения. В других случаях

дети поедают несъедобные вещества тайком от взрослых. Как правило, они воспитываются в конфликтных семьях. Нет данных, свидетельствующих о том, что поедание несъедобного является попыткой удовлетворить недостаток в питании. Употребление в пищу фекалий часто отмечается у детей второго полугодия жизни. Оно обычно сопровождается игровыми манипуляциями с фекалиями. Ребенок перекладывает испражнения из руки в руку, разминает большим и указательным пальцами, размазывает по простыне и ногам. При приближении взрослых младенцы пытаются вовлечь их в игровые манипуляции с фекалиями, запихивают взрослым фекалии в рот. При этом у ребенка преобладает радостное настроение. У двух третей матерей, детей которых страдают поеданием фекалий, отмечается клинически выраженные признаки депрессивного расстройства. Их отношение к ребенку характеризуется непоследовательностью и изменчивостью. Элементы сверхконтроля и гиперопеки в воспитании чередуются с явным неприятием и отвержением. Большинство проглатываемых детьми веществ безвредны, но некоторые из них при попадании в организм ребенка могут вызвать ряд осложнений. Это древесная стружка, покрытая бытовыми инсектицидами, чешуйки краски, содержащие свинец. Свинцовое отравление может также возникнуть при поедании окрашенной штукатурки.

Симптомы свинцового отравления достаточно неспецифичны. К ним относятся: гиперактивность, агрессивность, импульсивность, сниженный интерес к игре, вялость, раздражительность, задержка или регресс психического развития, потеря недавно приобретенных двигательных навыков, «неуклюжесть», истощаемость внимания, повышенная отвлекаемость, острые спазмирующие боли в животе, рвота, запоры, анорексия, головные боли, лихорадка. Осложнениями при употреблении несъедобных веществ также являются кишечная непроходимость, вызванная клоком проглоченных волос, токсоплазменная инфекция, возникающая при поедании фекалий.

Приведем пример. Больная Н.М., 7 мес 3 нед. Жалобы. Мать обратилась за помощью к хирургу, так как при проведении гигиенических процедур обнаружила в нижней части живота ребенка округлое уплотнение. Анамнез болезни. С 6-месячного возраста, после того как ребенка стали высаживать на коврик в одной из комнат для игры, мать систематически стала обнаруживать в фекалиях ворс от ковра и волосы в больших количествах. После 7 мес мать заметила, что и подгузники практически постоянно вымазаны в кале, а ребенок стал беспокойным, крикливым, у него нарушился ночной сон. Ребенок из удовлетворительных материально-бытовых условий, второй в семье. Мать по профессии физик, отец — инженер. Отец хотел девочку, матери, с ее слов, «было все равно», кто появится на свет. Беременность желанная, запланированная. История развития младенца.

Беременность протекала с токсикозом во второй половине, угрозой прерывания на 24-26-й неделе. Со слов матери, имели место серьезные стрессовые ситуации в первой и второй половинах беременности. Роды на 40-й неделе, самостоятельные, обнаружен узел на пуповине. Ребенок закричал сразу, по шкале Апгар был оценен в 8 баллов. К груди приложили в первые сутки, была сонливой, грудь взяла вяло. Наблюдение за поведением ребенка при психометрическом тестировании по методике О. В. Баженовой позволило отметить, что девочка легко снимает наброшенный платок. Поиск наполовину и полностью спрятанного предмета затруднений не вызывает. Вместе с тем, демонстрирует низкий объем внимания: при удерживании двух игрушек тут же роняет одну из них. Удовлетворительна реакция прослеживания невидимой траектории. При реагировании на неудачу младенец не теряет интереса к ситуации, и его поведение окрашено эмоционально положительными реакциями. В ситуации «формальное общение» ребенок демонстрирует достаточно адекватное реагирование. Зрительная фиксация в ситуации выбора без отличий от возрастного реагирования. Оценка родителей: 1) отец и мать — психически здоровы; 2) самооценка родителей достаточно адекватная; 3) способность к адаптации не слишком высокая, так как родители медленно отреагировали на возникшие у ребенка трудности; 4) тип воспитания демократический, вплоть до вседозволенности; 5) готовность оказывать помощь — низкая. Из специфических способностей родителей необходимо отметить, что мать не вполне понимает своего ребенка, что подтверждается неадекватной квалификацией крика-плача. Она считает, что алиментарный крик-плач сердитый, а при сомнолентном — ребенок «канючит». При проведении пальцевого исследования прямой кишки хирургом в приемном покое ДГБ № 22 выявлен, а затем и извлечен плотный комок волос размерами 1,5 на 2 см. В результате проведенной манипуляции каломазание прекратилось. В приведенном примере имело место пренатальное стрессирование, которое, как известно, значительно влияет на развитие ребенка. Между девочкой и матерью не складываются полноценные отношения, мать не вполне адекватно представляет себе, чего хочет ребенок. Кроме того, родителями допущена серьезная ошибка в уходе за дочерью, когда они слишком рано предоставили ей возможность играть с чем попало. Существенную роль играет в данном случае также низкий объем внимания у ребенка. Поедание несъедобного у детей раннего возраста практически всегда является преходящим расстройством и, при проведении адекватной терапии, пищевое поведение нормализуется. Прогноз во многом зависит от условий воспитания ребенка. Он менее благоприятен, если ребенок воспитывается в ситуации безнадзорности и вседозволенности. В редких случаях поедание несъедобного как форма нарушений пищевого поведения сохраняется в подростковом возрасте.

4. Пищевое недоразвитие

Принято считать, что это расстройство выявляют в возрасте 3-12 мес у 1 % госпитализированных в соматический стационар младенцев. По другим данным большого популяционного исследования 2610 детей, проживающих с родителями, данная патология была выявлена в 3,3 % случаев. Тщательное соматоневрологическое обследование детей, страдающих пищевым недоразвитием, как правило, не выявляет тяжелых случаев патологии, только в 0,8 % случаев педиатрический диагноз имеет достаточное обоснование. Вместе с тем, постоянное недоедание сопровождается задержкой психического и физического развития, что дает основание отнести это заболевание к более широкой группе расстройств, проявляющихся прогрессирующим нарушением развития в связи с недостатком ухода за ребенком. Подобная ситуация возникает в основном в неполных семьях, занимающих низкое социальное положение. Матери детей часто страдают различными психическими заболеваниями. В отечественной педиатрической литературе пищевому недоразвитию по клиническим описаниям наиболее соответствует диагноз «гипотрофия». Гипотрофия определяется как хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела. По мнению большинства авторов, лечение данного варианта гипотрофии должно включать психотерапевтические воздействия. Наряду с контролем за массой тела, ростом и суточной потребностью в калориях необходимо проводить работу по преодолению конфликта в отношениях между матерью и ребенком. При своевременном вмешательстве прогноз, как правило, благоприятный. В нашей стране гипотрофии встречаются достаточно редко — у 0,5-1 % детей раннего возраста, что связано с традиционным внимательным отношением педиатров к этому заболеванию и развитой системой педиатрического обслуживания населения.

Больная Р. Н., 12 мес. Анамнез болезни. Поступила в Детскую городскую больницу с чесоткой, гастроэнтеритом и гипотрофиией II степени. При поступлении девочка имела сниженную массу тела, отставание в росте и задержку психомоторного развития. История семьи. Ребенок из плохих материально-бытовых условий, отец злоупотребляет алкоголем, оба родителя нигде не работают. Проживают в отдельной 2-комнатной квартире, в семье еще двое детей. И матери, и отцу «было все равно», кто родится. Беременность случайная, но, со слов матери, желанная. История развития младенца. Беременность протекала с небольшим токсикозом в первой половине. Роды на 39-й неделе с медикаментозной стимуляцией и безводным промежутком в течение 13 ч. Обнаружена «короткая пуповина», ребенок закричал сразу, по шкале Апгар оценен в 7/8 баллов. К груди приложили на вторые сутки, сосал активно. До 3-месячного возраста девочка получала кормление грудью, к педиатру не обращались до настоящего времени, так

как, со слов матери, ребенок «развивался нормально». Попытка оценить психическое развитие ребенка в возрастном промежутке 8—12 мес закончилась неудачей. Младенец оценивался по показателям возрастного промежутка 5-8 мес: девочке удается достаточно легко снять наброшенный платок. Поиск наполовину спрятанного предмета вызывает затруднения, однако, после того как ребенок внимательно оглядывается по сторонам в поиске игрушки, ему удается достать этот предмет. Поиск полностью спрятанного предмета не удается. Девочка способна удерживать две игрушки, но при попытке вложить третью (по возрасту) она тут же роняет одну или обе игрушки. Рассматривание картинки удовлетворительно. В ситуации «формального общения» и реагировании на неудачу ребенок ведет себя как 6-7-месячный младенец, то есть не выражает протеста, улыбается и вокализирует незнакомому взрослому, пока общение не прерывается немотивированным плачем и раздражением. Зрительная фиксация в ситуации выбора показала инфантилизацию предпочтения и отсутствие привязанности к матери. Проба определения типа привязанности по М. Эйнсворт не проводилась, так как у ребенка имела место значительная задержка психомоторного развития. Оценка родителей: 1) отец страдает алкоголизмом, у матери пограничная умственная отсталость; 2) самооценка у матери резко снижена; 3) способность к адаптации практически отсутствует, так как родители вообще не предпринимают никаких усилий, чтобы помочь ребенку; 4) тип воспитания демократический, с тенденцией к безнадзорности; 5) готовность оказывать помощь — низкая. Способность матери ориентироваться в потребностях ребенка практически отсутствует. При наблюдении на отделении выяснилось, что у ребенка отсутствует какой-либо режим кормления и сна. Мать не приходила к дочери первые несколько дней и далее посещала своего ребенка крайне нерегулярно. При общении с дочерью на отделении мать демонстрировала неспособность обеспечить за дочерью надлежащий уход. Терапия этого случая началась с определения суточного объема питания для младенца. По одной из общепринятых формул был определен полный суточный объем питания для фактической массы тела ребенка. Далее был определен объем пищи, который можно назначить на каждый день (67 % от полного суточного объема), число кормлений было увеличено на два в сутки. Кроме того, ребенку была назначена медикаментозная поддержка (пепсин, бифидумбактерин, глутаминовая кислота и т. д.). Строгий режим детского отделения благотворно воздействовал на индивидуальные особенности сна и кормления. При кормлении делался упор на самостоятельность приема пищи ребенком. Комплексное лечение привело к тому, что девочка начала прибавлять в массе тела. Психотерапевтическое воздействие на мать включало работу для повышения ее самооценки. Мать присутствовала при обсуждении плана лечения дочери, ей терпеливо объяснялась сущность вмешательства. На

каждую манипуляцию мать давала формальное разрешение. В процессе терапии у нее снизилась тревога, она стала более открытой, появился искренний интерес к ребенку и понимание его нужд. Благодаря такому положительному сотрудничеству, мать начала принимать участие в судьбе своей дочери и почувствовала, что ее разумные действия способствуют приросту массы тела у дочери и улучшению ее развития. Таким образом, диагноз пищевого недоразвития включает в себя неадекватное по количеству и качеству питание, снижение массы тела и замедление роста ребенка по причине неправильного ухода за ним. Ближайшие взрослые не могут понять потребностей ребенка и не способны их адекватно удовлетворить.