

Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра

А. А. Звягин, И. А. Бавыкина, К. Ю. Гусев, О. А. Панина

Расстройство аутистического спектра (РАС) является одним из наиболее распространенных заболеваний в психиатрии, по разным данным частота встречаемости аутизма в мире составляет 1:80–1:150 [1]. РАС представляет собой социально значимую медицинскую проблему [2, 3]. Среди наиболее частых характеристик аутизма выделяют нарушение коммуникативной функции, стереотипии, снижение навыков социального взаимодействия, снижение интереса к окружающим [4, 5]. Распространенность нарушений пищевого поведения при РАС превышает количество подобных нарушений в норме [6, 7]. Жалобы родителей на нарушение пищевого поведения у ребенка с аутизмом встречаются достаточно часто, в частности, на избирательный аппетит, который проявляется отказом от еды, ограниченным набором продуктов и употреблением одного продукта (блюда) [8–10]. Помимо избирательности в еде по критерию текстуры, цвета, температуры еды, обусловленной повышенной сенсорной чувствительностью, дети с РАС склонны к гастрономическим ритуалам (сервировка, место и время приема пищи, способ кулинарной обработки). Пищевые неophobia бывают первыми клиническими проявлениями РАС [11].

Теоретический анализ

При проведении клинико-катамнестического исследования нарушений пищевого поведения у детей с ранним аутизмом в возрасте от 0 до 10 лет установлено наличие клинико-психопатологических различий. Обнаружено, что при РАС преобладает младенческая нервная анорексия, которая нивелируется к 10 годам [12, 13].

Несмотря на недоказанную на сегодняшний день эффективность, зачастую детям с РАС в терапевтический комплекс включают безглютеновую (БГД) и безказеиновую диеты (БКД). Это, безусловно, наряду с расстройствами пищевого поведения, оказывают влияние на пищевые предпочтения, которые в свою очередь влияют на состав и свойства кишечной микробиоты, что, в конечном счете, может сказаться и на состоянии нутритивного статуса, физического развития, соматического здоровья [14].

В настоящее время проводится множество исследований, направленных на раскрытие причин и факторов, которые влияют на возникновение нарушений пищевого поведения [15–17]. Для выявления ранних признаков расстройств пищевого поведения у детей в исследованиях широко применяется опросник по вопросам детского питания CEBQ (Child Eating Behaviour Questionnaire, 2001), который рассматривается как один из наиболее полных инструментов оценки поведения детей в еде [18, 19]. Для детей с заболеваниями психической сферы опросник также удобен тем, что на вопросы о питании ребенка предлагается ответить родителям.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 54 ребенка с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 3 до 15 лет (41 мальчик, 13 девочек), проживающие на территории г. Воронежа и Воронежской области, и их родители. Дети разделены на две группы, в первую включены дети, соблюдающие строгую БГД не менее 6 месяцев (21 человек, средний возраст $6,3 \pm 2,5$ года), во вторую вошли дети, не приверженные к диетотерапии (33 человека, средний возраст $6,1 \pm 2,6$ года). Всем родителям этих детей был предложен опросник по вопросам детского питания (CEBQ). Согласно этому опроснику, родители по 35 вопросам давали характеристику стиля питания их детей. На каждый из вопросов давался ответ с использованием пятибалльной шкалы Лайкерта, где цифра 1 обозначает ответ «никогда», 2 — «редко», 3 — «иногда», 4 — «часто», 5 — «всегда». Стил питания оценивался нами по восьми шкалам: реакция на пищу — FR (5 показателей), наслаждение едой — EF (4 показателя), эмоциональное переедание — EOE (4 показателя), желание пить — DD (3 показателя), реакция на насыщение — SR (5 показателей), медлительность при еде — SE (4 показателя), а также эмоциональное недоедание — EUE (4 показателя) и пищевая избирательность — суелчивость, нервность — FF (6 показателей). Статистическая обработка осуществлялась с использованием корреляционного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке уровня удовольствия от еды в группе детей, соблюдающих длительную диетотерапию, установлено, что значение показателя находится в коридоре от 8 до 15 баллов, а среднее составляет $10,9 \pm 2,5$, тогда как в группе детей без диетотерапии значения колебались от 8 до 16, среднее равнялось $11,5 \pm 2,5$. Этот результат показывает, что, несмотря на ограничения в питании, дети наравне с другими получают одинаковое удовольствие от еды, однако с возрастом у детей, соблюдающих БГД, уровень получения удовольствия от еды медленно снижается ($r = -0,06$), а у детей второй группы повышается ($r = 0,07$). Это может быть связано с отсутствием возможности разнообразить рацион питания при БГД. Следует отметить, что корреляционные связи незначительные, только намечаются тенденции и при расширении выборки значения могут измениться.

Значения уровня эмоционального переедания у детей первой группы находятся в пределах 4–18 баллов, среднее значение составляет $8,6 \pm 3,4$. У детей второй группы также значения распределены в интервале от 4 до 18 баллов, однако среднее значение ниже и достигает $7,4 \pm 2,8$. Эмоциональное переедание с возрастом у детей, соблюдающих диету, снижается ($r = -0,21$) (рис. 1), вероятно, из-за снижения уровня получения удовольствия от еды, а без диеты — возрастает ($r = 0,09$) (рис. 2), тогда как удовольствие от еды также повышается в данной группе.

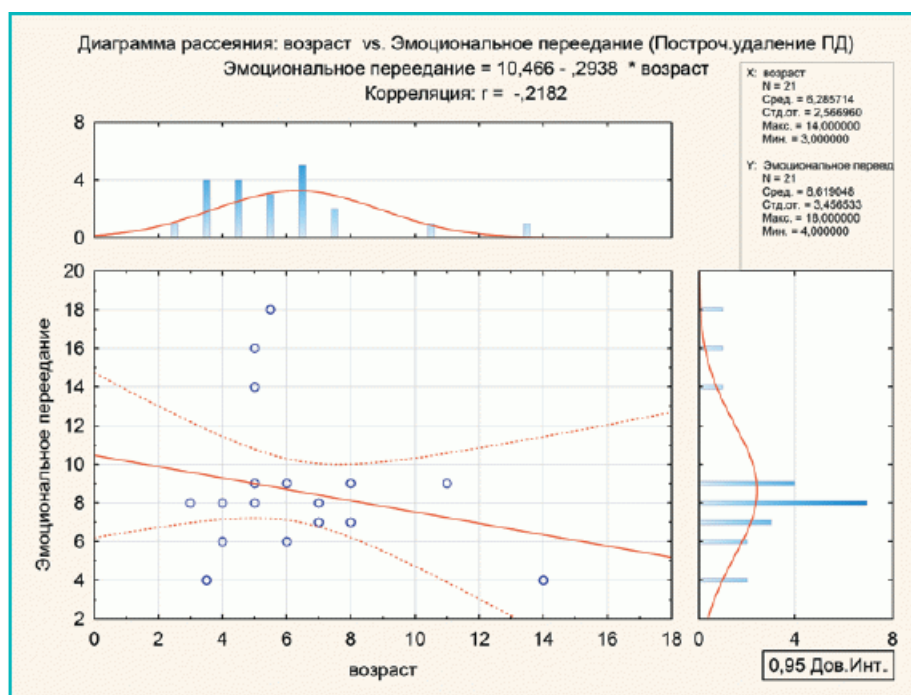


Рис. 1. Зависимость показателя эмоционального переедания и возраста у детей, приверженных к соблюдению диеты

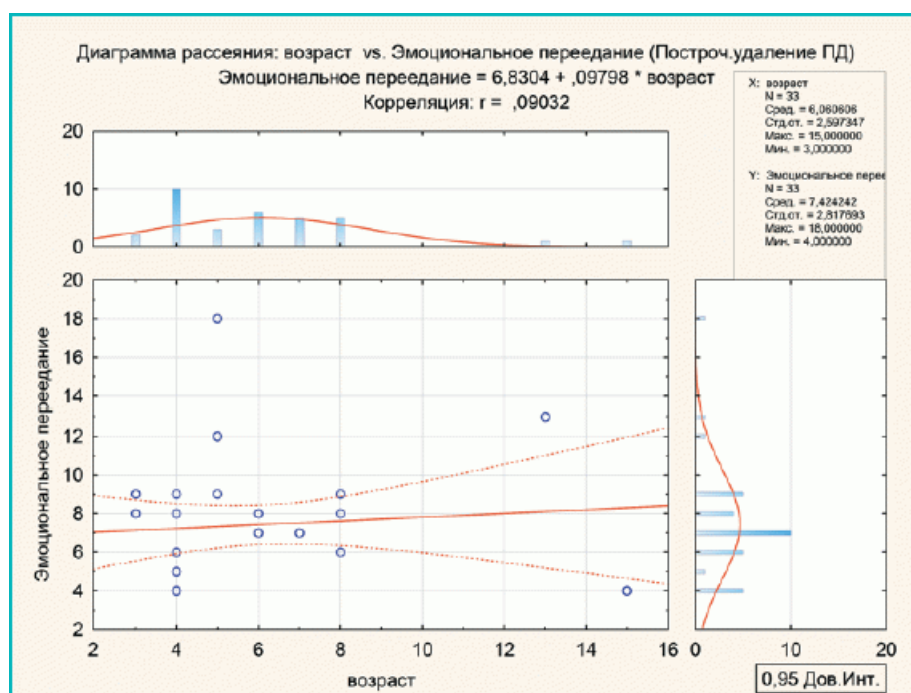


Рис. 2. Зависимость показателя эмоционального переедания и возраста у детей, не соблюдающих диету

Реакция на насыщение у детей, приверженных к соблюдению диетотерапии, колеблется от 6 до 18 баллов, при этом среднее значение было $13,4 \pm 3$, а у детей, не соблюдающих диету, значения оказались в пределах 7–22 баллов, а среднее значение показателя выше, чем у детей первой группы, и составляет $15,5 \pm 3$. При анализе взаимосвязи возраста пациентов и реакции на насыщение достоверно установлено, что с возрастом снижается данный показатель, при этом у детей, не соблюдающих диетотерапию, ослабление реакции происходит быстрее, коэффициент корреляции для первой группы составляет $-0,22$, а для второй группы $-0,42$.

Медлительность при еде с возрастом снижается в обеих группах, но у детей, соблюдающих терапию, сокращается медленнее ($r = -0,42$), чем у детей без диеты ($r = -0,57$). При этом абсолютные значения у пациентов первой группы

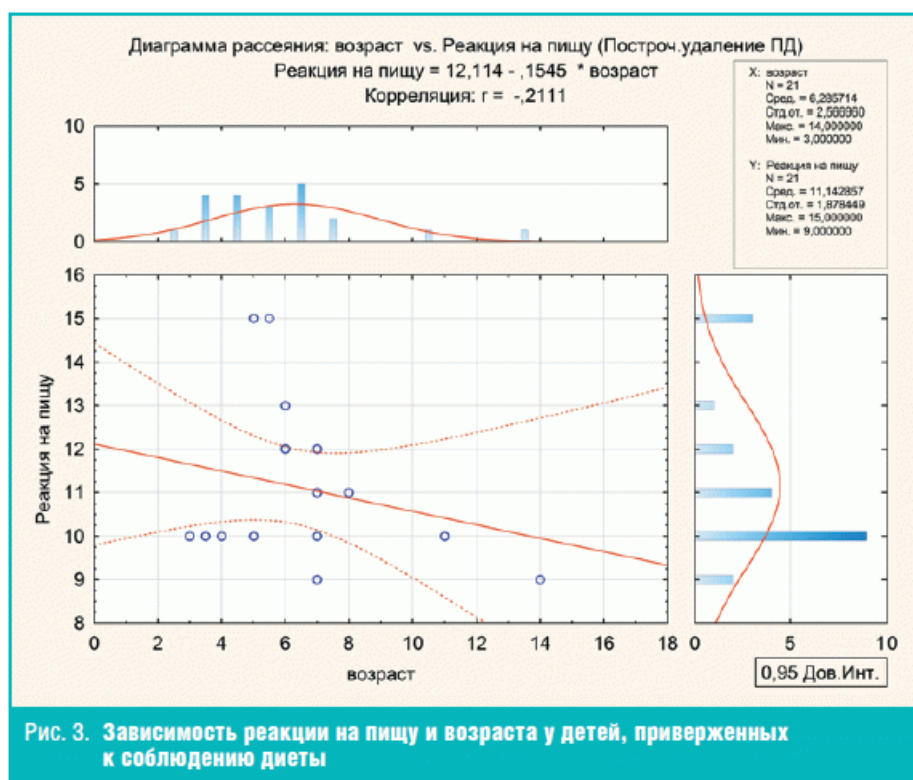
колебались в интервале 8–14 баллов, а среднее составило $10,2 \pm 1,5$, а у исследуемых из второй группы от 6 до 16 баллов, при средней величине $10,5 \pm 2,2$. Повышение темпа приема пищи может быть связано с нарастанием с возрастом навыков приема пищи, формированием пищевых пристрастий, общим повышением уровня нервно-психического развития у детей с РАС [15].

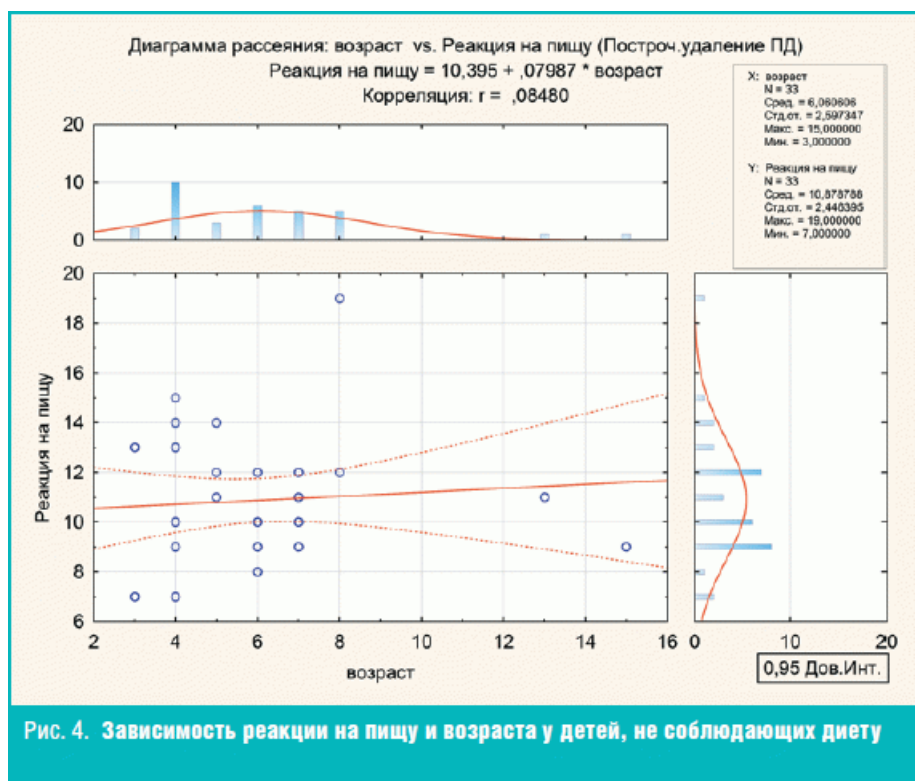
При оценке уровня желания пить у детей, длительно соблюдающих БГД, установлено, что средняя величина данного показателя составила $7,0 \pm 1,3$, а значения располагаются в коридоре от 5 до 11 баллов. Тогда как в группе детей без ограничений в питании средний показатель был $6,66 \pm 2,1$, а значения колебались более широко, нежели в первой группе, в интервале от 4 до 13 баллов. При этом с возрастом желание пить возрастает в обеих группах, но у детей с диетой растет быстрее ($r = 0,30$), чем у детей без диеты ($r = 0,23$).

Пищевая избирательность у детей, соблюдающих БГД, находится в пределах 1–18 баллов, средний показатель достигает $14,4 \pm 1,80$, а у исследуемых без пищевых ограничений от 10 до 22 баллов при среднем значении $15,45 \pm 2,55$. С возрастом пищевая избирательность у пациентов, приверженных к диете, снижается быстрее ($r = -0,39$), чем у детей, не соблюдающих БГД ($r = -0,28$), что, вероятно, связано с привыканием к ограниченному рациону питания в течение длительного времени. Дети с РАС имеют высокую избирательность в еде в дошкольном возрасте, которая связана с чувствительностью к насыщению и медленным темпом приема пищи, также детям часто используют стратегию поощрения при приеме пищи [16]. Поэтому прослеживаемая тенденция снижения показателя с возрастом положительно скажется на питании пациентов с РАС.

Эмоциональное недоедание в группе детей, приверженных к диетотерапии, колеблется от 4 до 15 баллов ($13,12 \pm 2,6$). С возрастом показатель эмоционального недоедания снижается ($r = -0,49$) в первой группе детей несколько быстрее, чем во второй ($r = -0,41$), при этом во второй группе значения находятся в коридоре 4–18 баллов, а среднее составляет $12,84 \pm 3,13$.

При анализе реакции на пищу пациентов, использующих диетотерапию, установлено, что результаты опроса располагаются в интервале 9–15 баллов, среднее значение $11,14 \pm 1,87$. В группе детей, не придерживающихся БГД, интервал составил 7–19 баллов при среднем показателе $10,87 \pm 2,44$. Реакция на пищу с возрастом в первой группе снижается ($r = -0,21$) (рис. 3), а без диеты — возрастает ($r = 0,08$) (рис. 4).





Выводы

Эмоциональное переедание у детей, соблюдающих диету, с возрастом снижается ($r = -0,21$), а уровень получения удовольствия от еды снижается ($r = -0,06$), а без диеты — возрастает ($r = 0,09$), тогда как удовольствие от еды также повышается в данной группе ($r = 0,07$).

С возрастом снижается реакция на насыщение вне зависимости от приверженности к БГД, но у несоблюдающих диетотерапию ослабление реакции происходит быстрее ($r = -0,22$ и $r = -0,42$). Медлительность при еде с возрастом снижается в обеих группах, но у детей, соблюдающих терапию, сокращается медленнее ($r = -0,42$), чем у детей без диеты ($r = -0,57$).

С возрастом желание пить возрастает в обеих группах, но у детей с диетой растет быстрее ($r = 0,30$), чем у детей без диеты ($r = 0,23$), а пищевая избирательность у пациентов, приверженных к диете, снижается быстрее ($r = -0,39$), чем у детей, не соблюдающих БГД ($r = -0,28$).

С возрастом показатель эмоционального недоедания снижается ($r = -0,49$) в первой группе детей несколько быстрее, чем во второй ($r = -0,41$), а реакция на пищу с возрастом в первой группе снижается ($r = -0,21$), а без диеты — возрастает ($r = 0,08$).

Заключение

Ранняя диагностика и терапевтическая коррекция расстройств аутистического спектра улучшает прогноз течения заболевания, социальной и психологической адаптации. Питание является важной составляющей роста и развития организма в период детства, поэтому правильная его организация способствует улучшению состояния здоровья, сокращению заболеваемости. Введение БГД в терапевтический комплекс при аутизме должно иметь индивидуальный и строго обоснованный подход, что будет способствовать повышению качества жизни пациентов с РАС.

Литература

1. Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Сильванович А. П., Демидова И. А., Юров И. Ю. Современные представления о молекулярной генетике и геномике аутизма // *Фундаментальные исследования*. 2013. № 4. Часть 2. С. 356–367.
2. Клевитов С. И., Тереньтьева О. С. Сущность, специфика появления аутизма и проблемы социализации аутистов в современном обществе // *Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки*. 2014. № 6 (134). С. 133–138.
3. Нейсон Б. О ключевых проблемах аутизма. Сенсорные аспекты аутизма // *Аутизм и нарушения развития*. 2016. Т. 14. № 3 (52). С. 42–48.
4. Бавыкина И. А., Петрова И. В., Долгих Н. В., Звягин А. А., Строкатова А. А. Оценка адаптивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2018. № 72. С. 106–110.

5. Либлинг М. М. Проблема выбора методов коррекционной помощи при аутизме и расстройствах аутистического спектра // Дефектология. 2015. № 3. С. 3–7.
6. Захарченко В. М., Новикова В. П., Успенский Ю. П., Обуховская А. С., Медведева Т. В. Нарушение пищевого поведения у детей школьного возраста // Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2008. Т. 3. № 1. С. 136–137.
7. Захарченко В. М., Новикова В. П., Успенский Ю. П., Обуховская А. С., Медведева Т. В. Пищевое поведение у детей школьного возраста и влияющие на него факторы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. 2009. № 4. С. 268–273.
8. Bandini L., Anderson S., Curtin C., Cermak S., Evans E., Scampini R., Maslin M., Must A. Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Children // The Journal of Pediatrics. 2010; 157 (2). P. 259–264.
9. Volkert V., Vaz P. Recent studies on feeding problems in children with autism // J. of Applied Behavior Analysis. 2010; 43 (1). P. 155–159.
10. Звягин А. А., Бавыкина И. А., Бавыкин Д. В. Гастроэнтерологическая симптоматика у детей с расстройствами аутистического спектра // Вопросы детской диетологии. 2018. Т. 16. № 2. С. 52–55.
11. Альбицкая Ж. В., Касимова Л. Н. Возрастные особенности нарушений пищевого поведения у детей с ранним детским аутизмом и детской формой шизофрении // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. № 5–6. С. 5–10.
12. Новикова В. П., Косенкова Т. В. Пищевая непереносимость у детей. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики и диетотерапии. Сб. науч. тр. / Под ред. Новиковой В. П., Косенковой Т. В. СПб: ООО «ИнформМед», 2016. 283 с.
13. Кильдиярова Р. Р., Бельмер С. В., Хавкин А. И., Денисов М. Ю., Русова Т. В., Лобанов Ю. Ф., Григорьев К. И., Новикова В. П., Мельникова И. Ю., Кондратьева Е. И., Гурова М. М., Строзенко Л. А. Реабилитация детей с патологией органов пищеварения // Актуальные вопросы комплексной реабилитации детей: от теории к практике сб. науч. тр. Межрегиональной научно-практической конференции: посвящается 110-летнему юбилею ГБУЗ «Детский санаторий — Реабилитационный центр «Детские Дюны». 2016. С. 292–337.
14. Полякова С. И., Коровина Н. Ю., Чаплин А. В., Ефимов Б. А., Мамедова К., Шумилов П. В., Савилова А. М., Ребриков Д. В. Пищевая непереносимость и кишечная микробиота у детей с расстройствами аутистического спектра // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2018. Т. 97. № 2. С. 187–193.
15. Бельмер С. В., Хавкин А. И., Новикова В. П., Балакирева Е. Е., Гречаный С. В., Гурова М. М., Комарова О. Н., Комиссарова М. Ю., Кочергина Т. А., Кошавцев А. Г., Николаева Н. О., Седов В. М., Токаревич К. К., Троицкая Л. А., Тюрин А. Г., Хорошнина Л. П., Щербакова М. Ю. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. М.: Издательский дом «Медпрактика-М», 2015. 296 с.
16. Новикова В. П., Воронцова Л. В., Комиссарова М. Ю. Нарушения пищевого поведения при ожирении и избыточном весе в молодом возрасте. СПб: Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины», 2015. 36 с.
17. Новикова В. П., Гурьева В. А., Алешина Е. И. Пищевое поведение подростков с метаболическим синдромом // Вопросы детской диетологии. 2011. Т. 9. № 2. С. 59–60.
18. Звягин А. А., Бавыкина И. А. Эффективность безглютеновой диеты в терапии расстройств аутистического спектра у детей // Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского. 2017. Т. 96. № 6. С. 197–200.
19. Ерофеева Ю. И. Формирование и генерализация навыка самостоятельного приема пищи у ребенка с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2014. № 3 (44). С. 18–21.

И. А. Бавыкина¹, кандидат медицинских наук

А. А. Звягин, доктор медицинских наук, профессор

К. Ю. Гусев, кандидат технических наук

О. А. Панина, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н. Н. Бурденко МЗ РФ, Воронеж

¹ Контактная информация: i-bavikina@yandex.ru

Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра/ И. А. Бавыкина, А. А. Звягин, К. Ю. Гусев, О. А. Панина

Для цитирования: Лечащий врач № 3/2019; Номера страниц в выпуске: 72-75

Теги: аутизм, избирательный аппетит, стиль питания, эмоциональное переживание.