

Е.В. Павловская

НИИ питания РАМН, Москва, Российская Федерация

Избирательный аппетит у детей

Контактная информация:

Павловская Елена Вячеславовна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУ «НИИ питания» РАМН

Адрес: Москва, Каширское ш., д. 21, тел.: (499) 794-36-52, e-mail: elena_pavlovsky@rambler.ru

Статья поступила: 12.11.2013 г., принята к печати: 23.12.2013 г.

В обзоре литературы суммированы современные данные, посвященные проблеме избирательного аппетита у детей. Избирательный аппетит — достаточно новое понятие, не имеющее точного количественного определения. Дети с избирательным аппетитом («капризными едоками» или «малоежками») обычно называют тех, которые употребляют однообразную пищу, отвергая как знакомые, так и незнакомые продукты. Распространенность избирательного аппетита среди детей зависит от используемых критериев оценки и колеблется от 8 до 60%. Эта особенность пищевого поведения имеет тенденцию к сохранению на протяжении всего детского возраста. В различных исследованиях у детей с избирательным аппетитом было установлено сниженное потребление практически всех макро- и микро-нутриентов. Хронический дефицит нутриентов у детей с избирательным аппетитом может стать причиной отставания в физическом развитии и нарушения когнитивных функций. Таким детям рекомендуется нутритивная поддержка для обеспечения возрастной потребности в нутриентах и нормализации процессов роста. Описываемая в статье питательная смесь выполняет функцию «пищевого страхования», обеспечивая достаточное и сбалансированное питание для ребенка с ограниченным рационом. Для решения проблемы необходима совместная работа педиатров, диетологов и психологов/психоневрологов.

Ключевые слова: дети, избирательный аппетит, нутритивный статус.

(Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (6): 10–18)

В настоящее время в большинстве развитых стран отмечается высокая доступность разнообразной пищи, необходимой для обеспечения населения всеми необходимыми питательными веществами. Несмотря на этот факт, многих родителей и педиатров беспокоит состав рациона и отсутствие разнообразия в диете детей. У ряда детей употребление таких натуральных продуктов, как мясо, рыба, фрукты и овощи, заменяют нездоровой пищей с высокой степенью обработки, привлекательный вкус которой объясняется высоким содержанием в ней сахара, жиров и соли [1, 2]. Опасность заключается не только в неполноценной диете, но и в формировании неправильного пищевого поведения, которое может сохраняться и во взрослом возрасте [3, 4]. Таким образом, западная система здравоохранения столкнулась с парадоксом дефицита необходимых нутриентов

у детей, имеющих нормальную или даже избыточную массу тела [5].

Врожденные пищевые предпочтения детей и развитие их вкусового восприятия образуют барьер к принятию некоторых видов пищи. В первые месяцы жизни рацион питания ребенка представлен жидкой пищей. Постепенное введение прикормов начинается после 4 мес, и к двухлетнему возрасту большинство детей едят ту же пищу, что и взрослые. Переход к рациону, состоящему из твердой пищи и напитков и не включающему грудное молоко и молочную смесь, сопровождается накоплением нового сенсорного опыта и требует развития навыка питаться самостоятельно.

По мере расширения рациона питания дети проявляют удовольствие и неудовольствие по отношению к различным видам пищи [5, 6]. Неприятие пищи приво-

E.V. Pavlovskaya

Scientific Research Institute of Nutrition of RAMS, Moscow, Russian Federation

Selective Appetite in Children

This literature review summarizes modern data on the issue of selective appetite in children. Selective appetite is a relatively new term, which does not have exact quantitative determinations. To this kind of children (with selective appetite) are usually referred those eating unvaried food and rejecting both known and unknown products. Prevalence of selective appetite in children depends on the used criteria for evaluation of this condition and varies from 8 to 60%. Such peculiarity of eating behavior tends to maintain during all childhood. According to different studies the decrease of intake of almost all macro- and micronutrients was established in children with selective appetite. Chronic nutrients deficiency in children with selective appetite can become a cause of physical development and cognitive dysfunctions. Nutritive support is recommended to such children in order to provide them with appropriate amounts of nutrients and normalize growth processes. Nutritive formula described in this article fulfills the function of «nutritive insurance», providing appropriate and balanced nutrition to children with limited diet. To resolve the problem of selective appetite the combined work of pediatricians, nutritionists and psychologists/psychoneurologists is required.

Key words: children, selective appetite, nutritive status.

(Voprosy sovremennoy pediatrii — Current Pediatrics. 2013; 12 (6): 10–18)

дит к исключению из рациона определенных продуктов или их групп, которые служат источником необходимых нутриентов [5, 7].

Для того чтобы помочь ребенку научиться выбирать здоровую пищу, требуется комплексный подход с учетом врожденных и приобретенных пищевых предпочтений, когнитивных способностей, культурных норм и стиля родительства [8]. Наиболее сильным психологическим барьером, не позволяющим детям питаться разнообразно, считают избирательный аппетит [9].

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Избирательный аппетит — достаточно новое понятие, не имеющее точного количественного определения. Дети с избирательным аппетитом («капризными едоками» или «малоежками») обычно называют тех, которые употребляют однообразную пищу, отвергая как знакомые, так и незнакомые продукты [10–13], хотя также определение может включать указание на неадекватное количество пищи [14].

Избирательный аппетит может проявляться по-разному. Чаще всего это отказ ребенка от конкретных категорий продуктов (по вкусу, консистенции, запаху, цвету, происхождению). Такие дети соглашаются есть лишь небольшое число продуктов, им требуется специальное приготовление пищи, они не любят пробовать новые продукты [15]. По определению родителей, капризные едоки «всегда едят не ту пищу, которую едят остальные члены семьи», или «всегда отказываются есть полезную пищу», или «часто совсем отказываются от еды» [16]. Также дети могут отказываться от любой пищи, не имеющей жидкой консистенции: обычно это происходит из-за слишком позднего введения прикорма [17, 18]. Если ребенку не нравится какая-либо пища, он может отказываться от целых групп продуктов, содержащих необходимые пищевые вещества [19], чаще всего отмечается отказ от овощей [5]. Родители детей с избирательным аппетитом при описании проблемы указывают на то, что дети имеют стойкие пищевые предпочтения и нелюбимые продукты, которые отвергают с гневом или раздражением. Также родители часто описывают конфликты с детьми по поводу еды, приготовление для ребенка отдельной пищи, критикуют ребенка во время еды [20].

В недавнем исследовании L. O. Leal и соавт. сделана попытка объективизировать понятие избирательного аппетита. Избирательный аппетит определялся при употреблении менее 65% от рекомендованной нормы продуктов в 4 из 6 основных групп (мясо, включая рыбу и яйца; овощи; фрукты; молочные продукты; крахмалосодержащие углеводы; бобовые) [21].

В исследовании D.Y.T. Goh и соавт. (2012) изучали основные особенности пищевого поведения детей с избирательным аппетитом. Оно характеризовалось медленным темпом еды или длительным удерживанием пищи во рту, употреблением сладкой или жирной пищи вместо «здоровой», нежеланием пробовать новую еду, перекусами вместо полноценных приемов пищи. Кроме того, имели место следующие затруднения при кормлении: отказ от пищи определенной консистенции, употребление очень небольшого количества пищи за один раз и страх перед определенными продуктами, связанный с негативным опытом в прошлом [22].

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Данные о распространенности избирательного аппетита среди детей зависят от используемых критериев оценки и колеблются от 8 до 60% [14–16, 18, 19, 21–25]. В связи с тем, что проблему начали активно изучать лишь в последние годы, исследователи используют разные методы для идентификации детей с данной особенностью поведения: опросник детского питания (Child Feeding Questionnaire) [7, 11, 26]; мнение родителей о том, является ли их ребенок «капризным едоком» [19]; специальные опросники, разработанные для конкретного исследования [12]. Различия в оценке избирательного аппетита затрудняют интерпретацию результатов исследований, посвященных данной проблеме.

Определяемая частота избирательного аппетита зависит от типа вопросов, задаваемых родителям, осознания родителями данной проблемы и их беспокойства по этому поводу. Так, в исследовании, проведенном в Европе, для выявления избирательности в пище родителям задавали вопрос: «Можете ли Вы сказать, что у Вашего *n*-летнего ребенка избирательный аппетит?» В результате данная особенность была зарегистрирована более чем у половины 4–5-летних детей. Еще одной причиной значительных расхождений в оценке частоты избирательного аппетита является разный возраст обследуемых [20]. При этом в исследовании Leal и соавт., где были использованы объективные критерии оценки, избирательный аппетит обнаружили у 18,4% детей [21].

ЕСТЕСТВЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ

С раннего возраста ребенок может дать понять взрослому, какая пища ему нравится, а какая — нет. В грудном возрасте для этого используется язык движений, когда ребенок пытается отстраниться от предлагаемой пищи или отодвигает тарелку от себя; или же, при настойчивых попытках накормить ребенка, неудовольствие может проявляться в форме крика/плача. По мере взросления ребенок учится выражать эмоции при помощи слов. Интересно, что, по мнению родителей, частота негативизма в отношении еды возрастает по мере взросления ребенка (с 25% среди детей в возрасте 7–8 мес до 35% в 12–14 мес и 50% в 19–24 мес) [19]. Можно предположить, что с развитием способности ребенка выражать словами свое неудовольствие родители более склонны осознавать, что ребенок отвергает ту или иную пищу.

Характер течения избирательного аппетита остается неясным. До недавнего времени считали, что в раннем возрасте частота пищевой избирательности остается стабильной [16]. Однако в более поздних исследованиях было показано, что проблема имеет сходную распространенность и характеристики у детей раннего и более старшего возраста [15]. По данным последних исследований, частота избирательности в пище значительно увеличивается в возрасте от 1,5 до 4 лет [27], а в группах 3–5 и 6–10 лет данная проблема более широко распространена (29,9 и 25,0%, соответственно), чем среди детей в возрасте 1–2 лет (20,3%; $p = 0,022$) [22].

Распространенность, длительность и характеристику избирательного аппетита изучали в рамках проспективного исследования Mascola и соавт. (2010), включавшего 120 детей и их родителей, наблюдавшихся с возраста 2 до 11 лет. Во всех возрастных периодах частота избирательного аппетита среди детей составляла 13–22%;

при этом в различные возрастные периоды 39% обследованных детей имели данную особенность пищевого поведения. Частота впервые выявленной пищевой избирательности с возрастом детей снижалась, а распространенность увеличивалась, указывая на хронический характер проблемы. У 40% детей избирательность в пище сохранялась более 2 лет. Дети с длительной пищевой избирательностью отличались от тех, у кого период избирательного аппетита был кратковременным: они менее охотно принимали новую пищу, четко обозначали любимые и нелюбимые блюда, что повышало частоту конфликтов с родителями по поводу детского меню. Авторы этой работы полагают, что избирательный аппетит является относительно стабильной особенностью индивидуально-го пищевого поведения [20].

В исследовании D.Y.T. Goh и A. Jacob (2012) изучение продолжительности избирательного аппетита подтвердило хронический характер данной проблемы в детском возрасте. Средняя длительность периода пищевой избирательности среди детей 2-го года жизни составила 0,6 года, у трехлетних детей — 1,1, у шестилетних — 3, у десятилетних — 4,8 [22].

Таким образом, существующие данные указывают на тенденцию к сохранению избирательного аппетита на протяжении всего детского возраста.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО АППЕТИТА

Избирательный аппетит в большинстве случаев обнаруживают у соматически здоровых детей, и он является индивидуальной особенностью пищевого поведения [23].

Наличие избирательности в пище у родителей повышает риск возникновения данной проблемы у ребенка. Показано, что среди детей, родители которых имеют избирательный аппетит, частота избирательности в пище составляла 36,5%, а в условиях нормального аппетита родителей частота проблемы у их детей оказалась равной 19,5% ($p = 0,03$) [22].

Частота избирательного аппетита не зависит от пола, этнической принадлежности детей и уровня дохода семьи [15, 18, 19, 21, 23].

Юный возраст матери и ее негативные эмоции, а также высокий уровень эмоциональности ребенка повышают риск появления избирательного аппетита, а наличие братьев и сестер снижает его [16, 27]. На способность ребенка к принятию новой пищи влияют положительный пример родителей, братьев и сестер [28, 29], число раз, в которые предлагается новая пища [30, 31], способность воспринимать вкус новой пищи [32], словесное одобрение [33], отношение матери к новой пище [34]. Показано, что у детей с выраженной пищевой избирательностью максимальное число попыток матери предложить новую пищу ребенку не превышало 3–5 раз [19].

Установлено, что в грудном возрасте у детей, имевших впоследствии избирательный аппетит, отмечались менее активное сосание и более медленный темп потребления молока, чем у детей с нормальным аппетитом [35].

Также обнаружено, что родители детей с избирательным аппетитом, особенно мальчиков, чаще используют еду в качестве вознаграждения, чем родители детей с нормальным аппетитом [20]. Кроме того, к снижению аппетита у детей раннего возраста приводит повышенное потребление молока и молочных напитков [18].

Избирательный аппетит в раннем детстве может быть связан с пищевыми расстройствами в последующей жизни [36]. В исследовании, включавшем 800 семей, продемонстрировали, что избирательность в пище является фактором риска развития нервной анорексии в подростковом возрасте [37]. В исследовании, включавшем 426 детей в возрасте 8–12 лет, избирательный аппетит ассоциировался с повышением риска нарушений поведения [15].

ПОТРЕБЛЕНИЕ НУТРИЕНТОВ

Уровень потребления основных нутриентов детьми с пищевой избирательностью отличается от такового у детей с хорошим аппетитом. В различных исследованиях у детей с избирательным аппетитом было выявлено сниженное потребление практически всех макро- и микронутриентов. Так, показано, что дети с нарушениями питания потребляли значительно меньше углеводов, белка, цинка и витамина B₆ по сравнению с контрольной группой [17]. По данным Galloway, «капризные едоки» употребляли меньше продуктов, содержащих витамины E и C, фолаты и пищевые волокна, в связи с недостаточным количеством в рационе фруктов и овощей [11]. Снижение потребления энергии, углеводов, жиров и белка обнаружено у детей с пищевой избирательностью и проблемами при кормлении [17, 38].

По данным Carruth (2004), в различные возрастные периоды дети с избирательным аппетитом получали значительно меньше энергии, жиров, углеводов, витамина C, тиамина, рибофлавина, витамина B₁₂, витамина B₆, ниацина, витамина E, железа, фолатов, кальция, магния и цинка по сравнению с детьми с нормальным аппетитом. Дети с пищевой избирательностью чаще питались сладкими зерновыми хлопьями, картофелем фри, бананами, реже — картофельным пюре. Молоко и молочные продукты употребляли 100% детей обеих групп [19].

По результатам кросс-секционного исследования Leal и соавт. (2012), включавшего 1101 ребенка в возрасте 3–6 лет, потребление нутриентов у детей с избирательным аппетитом оказалось значительно ниже, чем у детей группы сравнения; в частности, это касалось энергетической ценности рациона и большинства исследуемых нутриентов, за исключением витаминов D и B₁₂, различия по которым были статистически недостоверны. Суточное потребление энергии у детей с нормальным аппетитом увеличивалось с возрастом, а при избирательном аппетите оставалось неизменным. При сравнении потребления нутриентов с рекомендованной нормой для детей в возрасте 4–8 лет пищевая избирательность сопровождалась недостаточным потреблением фолиевой кислоты (94%), витаминов E (92%) и D (21%) [21].

В отличие от пищевой неафобии, дети с избирательным аппетитом не компенсируют дефицит ряда продуктов в рационе питания за счет повышенного потребления жиров [11]. Показано, что такие дети употребляют больше пищи, содержащей сахар [19].

ВЛИЯНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО АППЕТИТА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Хронический дефицит большинства необходимых нутриентов у детей с избирательным аппетитом может стать причиной ряда серьезных нарушений здоровья и развития:

- отставания в физическом развитии: по мере взросления таких детей частота дефицита роста и массы тела может достигать 50–80% [21];

- снижения способности, в отдаленной перспективе, к получению знаний: дети испытывают затруднения при выполнении заданий, требующих внимания, запоминания, зрительного восприятия, понимания слов; существует связь между недостаточным питанием и плохой успеваемостью в школе [21];
- формирования хронической стрессовой ситуации в семье; беспокойство родителей может приводить к насильственному кормлению ребенка, ребенок и родители во время приема пищи находятся в состоянии постоянного конфликта [23].

Влияние на физическое развитие

Хотя отдаленный эффект пищевой избирательности мало изучен, клинически подтверждено, что дети с избирательным аппетитом имеют меньшую массу тела по сравнению с детьми, обладающими нормальным аппетитом. Наличие избирательного аппетита у детей в возрасте 2,5–4,5 лет повышало вероятность дефицита массы тела в 4,5 года в 2,4 раза по сравнению с детьми, никогда не проявлявшими избирательность в пище [16]. Кроме того, показано, что дети с данным нарушением пищевого поведения медленнее прибавляли в массе тела на 2-м году жизни, и в росте — на 3-м [17]. По данным Wright и соавт., у 11% детей с избирательным аппетитом снижена масса тела (< 5-го перцентиля) по сравнению с 3,5% у детей, не имеющих проблем с питанием [18]. Другие авторы считают, что дети с избирательным аппетитом отличаются более низким индексом массы тела по сравнению с контрольной группой, хотя и не обладают дефицитом массы тела [37]. В целом избирательный аппетит может приводить к замедлению прибавки в массе тела и является фактором риска ее дефицита.

Влияние на когнитивное развитие

К потенциальным отдаленным осложнениям избирательного пищевого поведения относят снижение когнитивных функций. Имеющиеся данные связывают недостаточность питания с нарушением когнитивных функций. Так, Каг и соавт. показали, что дети с неполноценным питанием испытывают трудности при выполнении тестов для оценки внимания, памяти, зрительного восприятия, понимания речи и других важных когнитивных процессов [39]. У детей, проживающих в развитых странах, обнаружена связь избирательного аппетита с плохой успеваемостью в школе [40–42]. Показано, что индекс психического развития у детей раннего возраста с избирательным аппетитом достоверно ниже, чем у детей с нормальным аппетитом [41].

Влияние на психологический климат семьи

Недостаточное потребление пищи ребенком часто вызывает чувство тревоги и страха у родителей, которые могут пытаться накормить ребенка насильно. Дети и родители оказываются в ситуации постоянного конфликта [23]. Если родители оказывают психологическое давление на ребенка, принуждая его пробовать новую пищу, явления избирательности в питании и пищевой неохоты могут усиливаться [43–45].

По данным исследования D.Y.T. Goh и A. Jacob (2012), при наличии избирательности детей в пище родители чаще оказывали давление на детей, заставляя есть какую-либо пищу, повышая голос во время еды и не позволяя закончить

трапезу, не доев порцию. Также родители часто заставляли детей есть, несмотря на отсутствие у них желания, и определяли, какую пищу и в каком количестве будет есть ребенок. В качестве методов контроля ситуации родители использовали модификацию консистенции пищи, отвлечение внимания ребенка с помощью телевизора и повышение привлекательности пищи путем помещения ее в разноцветную детскую посуду. Некоторые родители поручали кормление ребенка няне или, при отказе от еды, давали ему молоко из бутылочки; 29,2% родителей консультировались с врачом по вопросу детского питания [22].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В большинстве случаев избирательный аппетит развивается у соматически здоровых детей. Однако на первом этапе диагностики необходимо исключить ряд органических заболеваний, которые могут стать причиной пищевой избирательности. Критериями, требующими дальнейшего диагностического поиска в данном направлении, являются: дисфагия/одинофагия, боли в животе во время или после еды, хронический кашель/рецидивирующие пневмонии, частая рвота и диарея, пищевая аллергия, отставание в развитии или наличие врожденных аномалий развития, аутизм [24].

Нарушение питания, сопровождающееся недостаточным аппетитом, — это комплексная проблема, которая включает в себя, помимо избирательного аппетита, такие состояния, как пищевая неохотность, сенсорное неприятие пищи и младенческая анорексия. Не все из них являются патологическими, и у ребенка со сниженным аппетитом в разные периоды жизни могут обнаруживаться признаки нескольких из перечисленных нарушений питания. Коррекция данных состояний требует различной тактики, поэтому необходимо дифференцировать их в максимально ранние сроки от момента выявления.

Пищевая неохотность считается врожденной адаптивной особенностью личности [46]. Она определяется как неприятие такой пищи, которая является новой или неизвестной ребенку, тогда как избирательный аппетит — это отказ от знакомой и от незнакомой пищи, который приводит к однообразию рациона. Пищевая неохотность может быть частью поведенческого профиля ребенка с избирательным аппетитом [47], тогда как избирательный аппетит не входит в понятие пищевой неохотности. Некоторые авторы считают, что это разные поведенческие реакции, и их выраженность определяется различными факторами [7, 48, 49], другие полагают, что эти особенности пищевого поведения тесно взаимосвязаны [50, 51].

Избирательный аппетит — более широкое понятие, чем пищевая неохотность, т. к. дети могут отвергать не только определенные продукты, но и пищу определенной текстуры [12]. В отличие от пищевой неохотности для ребенка с избирательным аппетитом имеют значение запах пищи и тактильные ощущения, при этом дети отвергают еду после того, как попробуют ее [6].

Очевидно, что большинство людей с возрастом теряют предубеждение к горькому вкусу и учатся получать удовольствие от употребления овощей и напитков, имеющих чаще всего горьковатый привкус [52], что приводит к расширению рациона питания. Это относится ко многим разновидностям овощей и фруктов, от цитрусовых до представителей семейства крестоцветных, и, вероятно, отражает формирование вкусовой восприимчивости

при повторном предложении продукта [53]. Обнаружение и исследование механизмов, способствующих исчезновению неприятия данных вкусов, необходимо для повышения качества питания детей. Знакомство с новыми продуктами необходимо производить по возможности как можно раньше, поскольку раннее детство — критический период, определяющий уровень потребления овощей и фруктов во взрослом возрасте.

Пищевая неофобия является следствием эволюционного механизма выживания, которое позволяет детям избегать отравления ядовитыми растениями в возрасте, когда они приобретали некоторую самостоятельность и лишались непрерывного присмотра старших. Для того чтобы случайно не съесть потенциально опасное растение, дети инстинктивно избегали любой пищи, имеющей горький вкус [54]. Данный механизм трансформировался в отвержение горькой и предпочтение сладкой пищи, которое сохраняется у многих взрослых и ассоциируется с удовольствием от пищи [52]. Пищевая неофобия сопровождается отказом пробовать новые, неизвестные ребенку продукты. У ребенка формируются собственные представления о том, как должна выглядеть и пахнуть «правильная» пища и продукты, которые не соответствуют этим требованиям, отвергаются.

Если внешний вид пищи устраивает ребенка, он соглашается ее попробовать. Полученные вкусовые ощущения ассоциируются с внешним видом пищи. Неоднократное успешное знакомство с продуктом приводит к повышению лояльности ребенка к этому виду пищи. Может потребоваться до 15 попыток предложить продукт для включения его в привычный рацион ребенка [55], хотя исследований в этом направлении пока недостаточно. Большое влияние на принятие новой пищи оказывает возраст: детям первого года жизни достаточно попробовать продукт 1 раз, чтобы согласиться в следующий раз съесть его в 2 раза больше [56]. У детей с выраженной пищевой неохобией новая пища способна вызывать страх, связанный с неудачным опытом с предыдущими продуктами и подкрепляемый негативными эмоциями взрослого, который кормит ребенка.

Пищевая неохобия возникает одинаково часто у лиц обоего пола. Частота ее с возрастом снижается. Некоторыми авторами показано, что частота данного состояния минимальна в период введения прикорма, достигает пика у детей 2–6 лет, а затем постепенно начинает снижаться [57–59]. Снижение частоты пищевой неохобии у детей школьного возраста, подростков и взрослых носит адаптивный характер и позволяет употреблять разнообразную пищу, обеспечивая физиологические потребности [60].

На выраженность пищевой неохобии влияет наличие той же поведенческой особенности у родителей [50, 61, 62], социально-экономический статус [63–65] и образовательный уровень родителей [66]. Недавнее исследование, проведенное в Финляндии и Великобритании, показало, что около 2/3 случаев пищевой неохобии генетически детерминированы [67].

Средовые влияния на восприимчивость ребенка к пище появляются уже в раннем возрасте. К примеру, доказано, что дети, которые находятся на грудном вскармливании, охотно пробуют и едят пищу, которая входит в рацион матери, и вкус которой присутствует в грудном молоке [68, 69].

Влияние родителей может изменять степень выраженности и длительность проявлений пищевой неохобии. Правильный подход родителей к кормлению ребенка (не давящий, не угрожающий, не авторитарный) способен помочь ему научиться выбирать полезные продукты и блюда, даже если самим родителям такая еда не нравится. Однако это требует больших затрат времени и энергии со стороны родителей, т. к. для принятия ребенком полезной пищи нужно предлагать ее очень много раз [55].

Социальные факторы, влияющие на питание, определяются возрастом ребенка. Birch (1980) показал, что наиболее восприимчивы к чужому мнению дети раннего возраста (до 3 лет) по сравнению с детьми старше 4 лет [70]. По достижении подросткового возраста на первый план выходит значение мнения ровесников, благодаря которому подросток может начать есть полезную пищу [71]. Употребление новой для ребенка пищи другими людьми в его присутствии помогает бороться с пищевой неохобией [70, 72].

В недавней работе V. Finistrella и соавт. (2012) исследовали взаимосвязь пищевой неохобии и избирательного аппетита у 127 дошкольников и их матерей. Как у матерей, так и у детей обнаружена ассоциация пищевой неохобии и избирательного аппетита. Пищевая неохобия и избирательность в пище матери и ребенка имели достоверную умеренную взаимосвязь. Интересно, что дети с избыточной массой тела и ожирением имели более высокий уровень пищевой неохобии, чем дети с нормальной массой тела [73].

Сенсорное неприятие пищи — это неприятие вкуса, текстуры, температуры или запаха определенной пищи, которое проявляется гримасами ребенка, выплевыванием пищи, рвотными движениями и/или рвотой. Пища, вызывающая отвращение, отвергается и впоследствии так же, как и другая похожая на нее пища. Иногда в результате этого могут исключаться из рациона целые группы продуктов, особенно фрукты, овощи или мясо. Такие дети проявляют повышенную чувствительность к продуктам прикорма, особенно к блюдам, содержащим кусочки. Повторное предложение ребенку неприятной пищи усиливает стресс во время еды и повышает сопротивление ребенка попыткам его накормить. Такие дети могут сутками отказываться от еды. Во время еды ребенок может испытывать страх перед определенной пищей. Родителям следует свести к минимуму конфликты во время еды и обратиться за помощью к психологу. Дети с сенсорным неприятием пищи имеют высокий риск недостаточного поступления нутриентов, поэтому данной группе детей рекомендуется нутритивная поддержка с использованием специальных продуктов для обеспечения нормального роста и развития.

Диагностические критерии сенсорного неприятия пищи (Chatoor, 2009)

- Ребенок упорно отказывается есть некоторые продукты определенного вкуса, консистенции, температуры или запаха на протяжении как минимум 1 мес.
- Отказ начинается с развития реакции неприятия нового типа пищи, который обладает непривычным вкусом или консистенцией.
- Неприятие пищи проявляется гримасой отвращения, выплевыванием пищи, рвотными движениями или рвотой. В дальнейшем этот продукт отвергается,

а также отвергается пища похожего вида, цвета или запаха. Ребенок может отказываться от целых групп продуктов.

- Ребенок отказывается пробовать новую пищу, но привычные продукты и блюда ест без возражений.
- При отсутствии нутритивной поддержки у ребенка развивается недостаточность питания, которая, однако, может не проявляться замедлением роста и снижением массы тела.
- Отказу от пищи не предшествует травма или болезненное вмешательство в полости рта.
- Отказ от пищи не связан с пищевой аллергией или другим заболеванием [74].

В одном из исследований было высказано предположение, что дети с избирательным аппетитом обладают повышенной тактильной чувствительностью и связанной с этим защитной реакцией, направленной на избегание чужих прикосновений [12]. Такие дети обладают повышенной чувствительностью слизистой оболочки полости рта к консистенции пищи и отвергают пищу «неподходящих» свойств. Такая реакция носит индивидуальный характер: одни дети отказываются от слишком мягкой пищи, другие — от твердой или хрустящей [75]. Знание этой особенности позволяет родителям предлагать ребенку пищу именно той консистенции, которую он согласен есть.

Младенческая анорексия отличается от избирательного аппетита и определяется как «непостоянный отказ ребенка от еды» или «плохой аппетит у ребенка». В этом случае ребенок может проявлять интерес к еде в один из дней и отказываться на другой день, а также легко отвлекаться от еды. Младенческая анорексия через несколько недель или месяцев приводит к дефициту нутриентов и развитию хронических нарушений пищевого статуса, замедлению роста и/или дефициту массы тела. Для коррекции этого состояния требуется активное участие родителей, которые должны научить ребенка различать чувство голода и сытости и питаться в соответствии с этими потребностями. Режим питания должен строиться с учетом чувства голода и сытости ребенка. Необходимо предлагать небольшие порции пищи и обеспечивать достаточную продолжительность приема пищи (но не более 20–30 мин) до достижения насыщения. Во время еды рекомендуется исключать любые отвлекающие факторы, разговоры, игру с едой, похвалу или критику со стороны взрослого. Не следует использовать пищу в качестве вознаграждения. Дополнительное питание, обогащенное энергией, витаминами и минералами, позволяет поддержать нутритивный статус ребенка и уменьшить беспокойство родителей до того периода, пока ребенок не начнет есть больше. Рекомендуется давать дополнительные смеси во время основных приемов пищи для того, чтобы не снижать аппетит.

Диагностические критерии младенческой анорексии (Chatoor, 2009)

- Ребенок грудного или раннего возраста отказывается употреблять адекватное количество пищи в течение как минимум 1 мес. Отказ от пищи часто начинается, когда ребенок учится пользоваться ложкой или есть самостоятельно (6 мес — 3 года).
- Ребенок редко выражает чувство голода, не проявляет интереса к еде/процессу приема пищи и предпочитает играть/разговаривать/гулять, а не есть.

- У ребенка отмечается значительный дефицит роста в результате острого или хронического нарушения питания (или масса тела ребенка снижается на 2 перцентили в течение 2–5 мес) [76].

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

У детей с нарушениями питания высока вероятность дефицита массы тела и роста к трехлетнему возрасту. Таким детям рекомендуется нутритивная поддержка для обеспечения возрастной потребности в нутриентах и нормализации процессов роста [17].

Родители ребенка с избирательным аппетитом во многих случаях считают оптимальным решением проблемы увеличение количества той пищи, которую ребенок соглашается есть. Часто этой пищей оказывается молоко или мучные и сладкие изделия, богатые углеводами. Однако такой подход не обеспечивает ребенка необходимыми нутриентами и лишь усиливает пищевой дефицит. Оптимальным является назначение дополнительного питания, которое восполнит недостающие вещества. К примеру, питательную смесь ПедиаШур 1.0 можно использовать у детей с избирательным аппетитом, которые предпочитают напитки твердой пище, для восстановления нормального нутритивного статуса [18]. Данная смесь выполняет функцию «пищевого страхования», обеспечивая достаточное и сбалансированное питание для ребенка с ограниченным рационом. Одна порция (200 мл) может восполнить часть суточной потребности в энергии и белке: в 1–2 года — на 17%, в 2–3 года — на 15%, в 3–7 лет — на 11%, в 7–10 лет — на 10%.

Для детей, отстающих в физическом развитии, характерно наступление компенсаторного периода ускорения роста для быстрого достижения нормальных возрастных показателей. В это время требуется особая пищевая поддержка. Доказано, что ПедиаШур 1.0 способствует нормальному росту в период компенсаторного ускорения роста у детей с избирательным аппетитом. Установлено, что дети с избирательным аппетитом, получавшие указанную смесь (40 мл/кг в сут в дополнение к обычному рациону питания), в течение 2 мес прибавили в весе в 2 раза больше, чем дети на обычном питании, а в росте — на 55% за 90 сут. Также продукт привел к снижению числа респираторных инфекций [77]. Таким образом, клинически подтверждена роль дополнительного питания в поддержании быстрого роста у детей с избирательным аппетитом.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ

Понятие избирательного аппетита часто зависит от оценки родителей, которые могут как преувеличивать проблему, так и недооценивать ее. Именно поэтому для объективной оценки фактического питания рекомендуется анализировать дневник питания, фиксирующий вид и количество съеденной пищи за 3–4 сут. Если проблема окажется реальной, ребенку потребуются длительная пищевая поддержка, которая позволит избежать негативных последствий ограничительной диеты [21].

Не рекомендуется принуждать ребенка есть новую пищу, которую он отвергает [7]. Стресс во время еды не способствует принятию детьми новой или отвергнутой ранее пищи [78, 79]. Напротив, позитивный подход родителей к кормлению ребенка позволяет преодолеть неприятие пищи. Привлекательность пищи можно повысить,

если подавать ее в выгодном свете, получая удовольствие от приготовления пищи вместе с ребенком [80].

Для того чтобы питание оставалось полноценным, необходима коррекция детского рациона. Отказ от овощей может быть компенсирован увеличением доли фруктов, каш, цельнозернового хлеба. Можно заменять одни сорта мяса, рыбы или овощей другими, использовать новые, менее привычные, способы приготовления пищи. Принятие детьми новой пищи зависит от примера, который подают другие члены семьи; того, сколько раз предлагается новая пища, а также способности к распознаванию нового вкуса, словесного одобрения родителей и отношения к данному продукту самой матери. При знакомстве с новым вкусом пищу нужно предлагать ребенку от 8 до 15 раз [19]. Кроме того, известно, что детям с избирательным аппетитом свойственно отказываться от «смешанных» блюд, состоящих из нескольких компонентов [19]. Метод «маскировки» нелюбимых продуктов среди более привычных неэффективен для детей с избирательным аппетитом в отличие от детей с пищевой неафобией.

Таким образом, проблема избирательного аппетита представляется весьма актуальной в связи с высокой распространенностью, тенденцией к длительному течению и высоким риском нарушения физического

и психического развития детей. Для ее решения необходима совместная работа педиатров, диетологов и психологов/психоневрологов. Лечение должно быть комплексным, направленным в первую очередь на психологическую сторону проблемы, с одновременной медикаментозной коррекцией (при необходимости) [23]. Для обеспечения сбалансированной диеты нужна коррекция питания и дефицита нутриентов. Дети с длительным сохранением избирательности в пище требуют особого внимания со стороны врачей [20].

Очевидно, что неполноценное питание многих детей остается вне поля зрения педиатров и приводит к увеличению распространенности недостаточного питания и проблем со здоровьем в период взросления. Своевременное выявление и коррекция различных нарушений аппетита позволяют повысить качество детского питания. Исследований, посвященных данной проблеме, к настоящему времени явно недостаточно. Необходимы дальнейшие исследования, результаты которых помогут точнее определить причины подобного пищевого поведения и разработать подходы, позволяющие разнообразить рацион питания детей. К сожалению, распространенный в настоящее время в обществе гедонистический подход к питанию с предпочтением продуктов высокой энергетической плотности затрудняет решение данной задачи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Dennison B.A., Rockwell H.L., Baker S.L. Fruit and vegetable intake in young children. *J. Am. Coll. Nutr.* 1998; 17: 371–378.
- Fisher J.O., Birch L.L. Fat preferences and fat consumption of 3 to 5-year-old children are related to parental adiposity. *J. Am. Diet. Assoc.* 1995; 95: 759–764.
- Cullen K.W., Rittenberry L., Olvera N., Baranowsky T. Environmental influences on children's diets: Results from focus groups with African-, Euro- and Mexican-American children and their parents. *Health Edu. Res.* 2000; 15: 581–590.
- Kelder S.H., Perry C.L., Klepp K.I., Lytle L. Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity and food choice behaviors. *Am. J. Public Health.* 1994; 84: 1121–1126.
- Carruth B.R., Skinner J.D., Houck K., Moran J., Coletta F., Ott D. The phenomenon of «picky/fussy» eater»: A behavioral marker in eating patterns of toddlers. *J. Am. Coll. Nutr.* 1998; 17: 180–186.
- Skinner J.D., Carruth B.R., Houck K., Moran J., III, Reed A., Coletta F., Ott D. Mealtime communication patterns of infants from 2–24 months of age. *J. Nutr. Educ.* 1998; 30: 8–16.
- Birch L.L., Johnston S.L., Fisher J.A. Children's eating: The development of food-acceptance patterns. *Young Children.* 1995; 50: 71–78.
- Dovey T.M., Staples P.A., Gibson E.L., Halford J.C.G. Food neophobia and «picky/fussy» eating in children: A review. *Appetite.* 2008; 50: 181–193.
- Galloway A.T., Lee Y., Birch L.L. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in children. *J. Am. Diet. Assoc.* 2003; 103: 692–698.
- Birch L.L., Johnson S.L., Andresen G., Peters J.C., Shulte M.C. The variability of young children's energy intake. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324: 232–235.
- Galloway A.T., Fiorito L.M., Lee Y., Birch L.L. Parental pressure, dietary patterns and weight status among girls who are «picky/fussy» eaters». *J. Am. Diet. Assoc.* 2005; 105: 541–548.
- Smith A.M., Roux S., Naidoo N.T.R., Venter D.J.L. Food choices of tactile defensive children. *Nutrition.* 2005; 21: 14–19.
- Story M., Brown J.E. Sounding board: Do young children instinctively know what to eat? The studies of Clara Davis revised. *N. Engl. J. Med.* 1987; 316: 103–106.
- Rydell A.M., Dahl M., Sundelin C. Characteristics of school children who are choosy eaters. *J. Gen. Psychol.* 1995; 156: 217–229.
- Jacobi C., Schmitz G., Agras W.S. Is picky eating an eating disorder? *Int. J. Eat. Disord.* 2008; 41 (7): 626–634.
- Dubois L., Farmer A., Girard M., Peterson K., Tatone-Tokuda F. Problem eating behaviors related to social factors and body weight in preschool children: A longitudinal study. *Int. J. Behav. Nutr. Physic. Activity.* 2007; 4: 9.
- Lindberg L., Ostberg M., Isacson I.M., Danaeus M. Feeding disorders related to nutrition. *Acta Paediatrica.* 2006; 95: 425–429.
- Wright C.M., Parkinson K.N., Shipton D., Drewett R.F. How do toddler eating problems relate to their eating behavior, food preferences, and growth? *Pediatrics.* 2007; 120: 1069–1075.
- Carruth B., Ziegler P.J., Gordon A., Barr S.I. Prevalence of picky eaters among Infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J. Am. Diet. Assoc.* 2004; 104: 57–64.
- Mascola A.J., Bryson S.W., Agras W.S. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat. Behav.* 2010; 11: 253–257.
- Leal L.O., Salto R.R.P., Cardona L.T., Williams J.A., Marriage B.J., Debeza R.R. et al. Dietary habits and nutrient intakes of a cohort of healthy children in Spain. *Open Nutr. J.* 2012; 6: 123–130.
- Goh D.Y.T., Jacob A. Perception of picky eating among children in Singapore and its impact on caregivers: a questionnaire survey. *Asia Pacific Family Med.* 2012; 11 (1): 5.
- Manikam and Perman. Pediatric feeding disorders. *J. Clin. Gastroenterol.* 2000; 30 (1): 34–46.
- Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin. Pediatr. (Phila).* 2009; 48: 960–965.
- McDermott B.M., Mamun A.A., Najman J.M., Williams G.M., O'Callaghan M.J., Bor W. Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2008; 29: 197–205.
- Birch L.L., Fisher J.O., Grimm-Thomas K., Markey C.N., Sawyer R., Johnson S.L. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite.* 2001; 36: 201–210.
- Hafstad G.S., Abebe D.S., Torgersen L., von Soest T. Picky eating in preschool children: The predictive role of the child's temperament and mother's negative affectivity. *Eat Behav.* 2013; 14 (3): 274–277.

28. Skinner J.D., Carruth B.R., Moran J., III, Houck K., Schmidhammer J., Reed A., Coletta F., Cotter R., Ott D. Toddlers' food preferences: Concordance with family members' preferences. *J. Nutr. Educ.* 1998; 30: 17–22.
29. Longbottom P.J., Wrieden W.L., Pine C.M. Is there a relationship between the food intakes of Scottish 5-and-a-half to eight-and-a-half year olds and those of their mothers? *J. Human Nutr. Diet.* 2002; 15: 271–279.
30. Sullivan S.A., Birch L.L. Pass the sugar, pass the salt: Experience dictates preference. *Dev. Psychol.* 1990; 26: 546–551.
31. Birch L.L., McPhee L., Shoba B.C., Pirok E., Steinberg L. What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite.* 1987; 9: 171–178.
32. Stallberg-White C., Pliner P. The effect of flavor principles on willingness to taste novel foods. *Appetite.* 1999; 33: 209–221.
33. Birch L.L., Marlin D.W., Rotter J. Eating as the «means» activity in a contingency: Effects on young children's food preference. *Child Dev.* 1984; 55: 423–439.
34. James A., Tenney N. Seeing mum drinking a «light» product: Is social learning a stronger determinant of taste preference acquisition than caloric conditioning? *Eur. J. Clin. Nutr.* 2001; 55: 418–422.
35. Jacobi C., Agras W.S., Bryson S., Hammer L.D. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J. Am. Acad. Child & Adolesc. Psychiatry.* 2003; 42: 76–84.
36. Chatoor I., Ammaniti M. Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. In: Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: a Research Agenda for DSM–V. W.E. Narrow, M.B. First, P.J. Sirovatka, D.A. Regier (eds.). *Arlington: American Psychiatric Association.* 2007. 227–242 p.
37. Marchi M., Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *J. Am. Acad. of Child & Adolesc. Psychiatry.* 1990; 29: 112–117.
38. Dubois L., Farmer A.P., Girard M., Peterson K. Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2007; 61: 846–855.
39. Kar B.R., Rao S.L., Chandramouli B.A. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. *Behav. Brain Funct.* 2008; 4: 1–12.
40. Florence M.D., Asbridge M., Veugelers P.J. Diet quality and academic performance. *J. Sch. Health.* 2008; 78: 209–215.
41. Chatoor I., Surlis J., Ganiban J., Beker L., Paez L.M., Kerzner B. Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics.* 2004; 113: 440–447.
42. Feinstein L., Sabates R., Sorhaindo A., Rogers I., Herrick D., Northstone K., Emmett P. Dietary patterns related to attainment in school: The importance of early eating patterns. *J. Epidemiol. Commun. Health.* 2008; 62: 734–739.
43. Fisher J.O., Mitchell D.C., Smiciklas-Wright H., Birch L.L. Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J. Am. Diet. Associat.* 2002; 102: 58–64.
44. Galloway A.T., Fiorito L.M., Francis L.A., Birch L.L. «Finish your soup»: Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite.* 2006; 46: 318–323.
45. Wardle J., Carnell S., Cooke L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: How are they related? *J. Am. Diet. Associat.* 2005; 105: 227–232.
46. Milton K. Diet and primate evolution. *Sci. Am.* 1993; 269: 70–77.
47. Pelchat M.L. Picky eater profile: What is normal? *Pediatric Basics.* 1996; 75: 8–12.
48. Potts H.W.W., Wardle J. The list heuristic for studying personality correlates of food choice behavior: A review and results from two samples. *Appetite.* 1998; 30: 79–92.
49. Raudenbush B., van der Klaauw N.J., Frank R.A. The contribution of psychological and sensory factors to food preference patterns as measured by the Food Attitudes Survey (FAS). *Appetite.* 1995; 25: 1–15.
50. Pelcat M.L., Pliner P. Antecedents and correlates of feeding problems in young children. *J. Nutr. Edu.* 1986; 18: 23–29.
51. Pliner P., Hobden K. Development of a scale to measure the trait food neophobia. *Appetite.* 1992; 19:105–120.
52. Stein L.J., Nagai H., Nakagawa M., Beauchamp G.K. Effects of repeated exposure and health-related information on hedonic evaluation and acceptance of a bitter beverage. *Appetite.* 2003; 40: 119–129.
53. Rolls B.A. Changing the preference for fat in foods. *Nutr. Rev.* 1994; 52: 21–23.
54. McBurney D.H., Gent J.F. On the nature of taste qualities. *Psychol. Bulletin.* 1979; 86: 151–167.
55. Wardle J., Cooke L.G., Gibson E.L., Sapochnik M., Sheiham A., Lawson M. Increasing children's acceptance of vegetables: A randomized trial of parent-led exposure. *Appetite.* 2003; 40: 155–162.
56. Birch L.L., Fisher J.O. Development of eating behaviors among children & adolescents. *Pediatrics.* 1998; 101: 539–549.
57. Addressi E., Galloway A.T., Visalberghi E., Birch L.L. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2–5-year-old children. *Appetite.* 2005; 45: 264–271.
58. Cashdan E. A sensitive period for learning about food. *Hum. Nature.* 1994; 5: 279–291.
59. Cooke L.J., Wardle J., Gibson E.L. Relationship between parental report of food neophobia and everyday food consumption in 2–6-year-old children. *Appetite.* 2003; 41: 205–206.
60. Raynor H.A., Epstein L.H. Dietary variety energy regulation and obesity. *Psychol. Bulletin.* 2007; 127 (3): 325–341.
61. Carruth B.R., Skinner J.D. Revisiting the 'picky/fussy' eater phenomenon: Neophobic behaviors of young children. *J. Am. Coll. Nutr.* 2000; 19: 771–780.
62. Pliner P. Development of measures of food neophobia in children. *Appetite.* 1994; 23: 147–163.
63. Flight I., Leppard P., Cox D.N. Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. *Appetite.* 2003; 41: 51–59.
64. Giskes K., Turrell G., Patterson C., Newman B. Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutr.* 2002; 5 (5): 663–669.
65. Lien N., Jacobs D.R., Klepp K-I. Exploring predictors of eating behavior among adolescents by gender and socio-economic status. *Public Health Nutr.* 2002; 5 (5): 671–681.
66. Vereecken C.A., Keukelier E., Maes L. Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite.* 2004; 43: 93–103.
67. Knaapila A., Tuorila H., Silventoinen K., Keskitalo K., Kallela M., Wessman M. et al. Food neophobia shows heritable variation in humans. *Physiol. Behav.* 2007; 91 (5): 573–578.
68. Mennella J.A., Beauchamp G.K. Experience with flavor in mother's milk modifies the infant's acceptance of flavored cereals. *Development. Psychobiol.* 1999; 35: 197–203.
69. Sullivan S.A., Birch L.L. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics.* 1994; 93: 271–277.
70. Birch L.L. Effects of peer model's food choices and eating behaviors on preschooler's food preferences. *Child Development.* 1980; 51: 489–496.
71. Shepard R., Dennison C.M. Influences on adolescent food choice. *Proceed. Nutr. Society.* 1996; 55: 345–357.
72. Harper L.V., Sanders K.M. The effect of adults' eating on young children acceptance of unfamiliar foods. *J. Exp. Child Psychol.* 1975; 20: 206–214.
73. Finistrella V., Manco M., Ferrara A., Rustico C., Presaghi F., Morino G. Cross-sectional exploration of maternal reports of food neophobia and pickiness in preschooler-mother dyads. *J. Am. Coll. Nutr.* 2012; 31 (3): 152–159.
74. Chatoor I. «Sensory Food Aversions» «Sensory Food Aversions» diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. *Danvers, MA: Zero to Three.* 2009. 63–84 p.
75. Wilbarger P. Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological disorders. *SAISI Port Elizabeth, South Africa.* 2000.
76. Chatoor I. «Infantile Anorexia» «Infantile Anorexia» diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children. *Danvers, MA: Zero to Three.* 2009. 27–62 p.
77. Alarcon P.A., Lin L.H., Noche M., Jr., Hernandez V.C., Cimafranca L., Lam W., Comer G.M. Effect of oral supplementation on catch-up growth in picky eaters. *Clin. Pediatr.* 2003; 42: 209–217.
78. Fisher J.O., Birch L.L. Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection, and intake. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999; 69: 1264–1272.
79. Francis L.A., Hofer S.M., Birch L.L. Predictors of maternal child-feeding style: Maternal and child characteristics. *Appetite.* 2001; 37: 231–243.
80. Martins Y., Pliner P. Human food choices: An examination of the factors underlying acceptance/rejection of novel and familiar animal and nonanimal foods. *Appetite.* 2005; 45: 214–224.