

Praktické informace pro rodiče dětí s poruchou příjmu potravy (PPP)

Tento text je zaměřen na PPP u **kojenců a batolat** (AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER - **ARFID**), nikoliv na poruchy příjmu potravy u dospívajících (např. mentální anorexie, bulimie apod.)

Jaké jsou přirozené chuťové preference dětí ?

Na základě současných poznatků se zdá, že chuťové preference, které jsou částečně vrozené nebo jsou získané v prvních dvou letech života, pravděpodobně ovlivňují výběr stravy, chuťové preference, chování při jídle, růst i tělesnou hmotnost později v dospělosti. Z tohoto hlediska je třeba věnovat stravování dětí v tomto časném období vývoje pozornost – nejenom z pohledu nutričních potřeb, ale také z pohledu **složení jídelníčku a správných stravovacích návyků**. Dítě má vrozenou preferenci pro některé druhy chuti (sladká, slaná, umami), zatímco náklonnosti k některým jiným druhům chuti (hořká, kyselá) se musí postupně učit. Tyto vrozené preference mohou být změněny následnou zkušeností dítěte s jednotlivými druhy stravy. Zkušenost malého dítěte je závislá na způsobu, jakým jej rodič krmí, proto je orientace rodiče v této problematice pro dítě důležitá.

Co je PPP ?

Poruchou příjmu potravy (PPP) kojenců a batolat se rozumí situace, kdy:

- u dítěte **do 6 let** věku je příjem stravy tak nízký, že po dobu **delší než 1 měsíc** není schopno udržet nebo zvýšit svou **tělesnou hmotnost**, přičemž tento problém není plně vysvětlitelný jiným onemocněním (např. onemocněním některého orgánu nebo mentální retardací)
- do této skupiny se také zařazují děti, u nichž neadekvátní příjem stravy vede k rozvoji **nutričních deficitů**, nebo které jsou **závislé na krmení sondou či výživových doplňcích**
- některé děti mají **porušené psychosociální vazby** – např. nedokáží jíst ve skupině

Naopak **za PPP nepovažujeme** situace, kdy dítě **chce jíst**, ale nemá dostatek zdrojů stravy (chudoba, nedostatečná péče o dítě, náboženské důvody, některé typy alternativního stravování apod.).

Jak častá je PPP ?

Podle některých studií uvádí přibližně 50 % matek v rozvinutých zemích, že alespoň u jednoho z jejich dětí se vyskytla určitá forma PPP. Z toho lze usuzovat, že PPP (včetně mírných forem) v našich zemích může být přechodně přítomna až u **20-30 %** dětí. PPP se může vyskytovat **i u dobře živých, dokonce i u obézních** dětí. Často vzniká v **obdobích „přechodu“** z jednoho druhu stravy na jiný (z kojení na krmení lahvičkou či hrnkem; při zavádění příkrmů; v období, kdy se dítě začíná částečně krmit samo). Může se však vyskytnout i u velmi malých kojenců-prakticky od narození.

Jaké jsou druhy PPP ?

Závažnost PPP se mezi jednotlivými pacienty může významně lišit - od nejmírnějších forem-např. děti s neofobií (odmítáním nového), ujídáním po malých kouscích („picky eater“, „uždibovač“) až po závažné a komplexní formy PPP – např. u dětí s autismem.

V zásadě lze odlišit **tři základní kategorie** dětí:

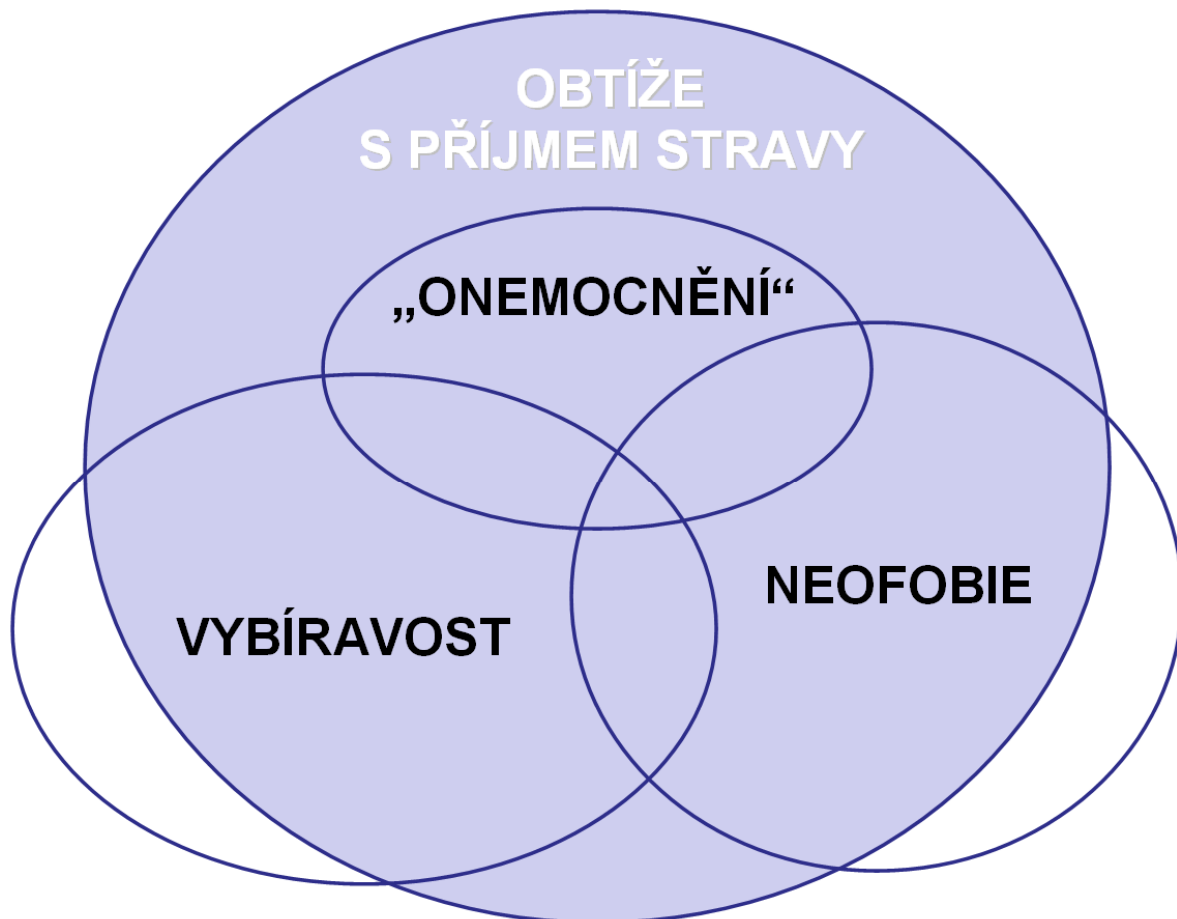
- 1) děti, které mají sníženou chuť k jídlu (jedí málo)
- 2) děti, které jsou vybíravé (jedí omezené množství druhů potravin)
- 3) děti, které mají strach z jídla (nebo strach z krmení)

Porucha se může vyskytnout na úrovni **dítěte** nebo **rodiče**, často se jedná o kombinaci obou faktorů.

U jednoho dítěte se může vyskytnout i **více druhů** PPP.

Ne každou obtíž s krmením dítěte lze považovat za onemocnění – viz. obrázek 1.

Obr 1. Vztah mezi mírnými formami PPP a „onemocněním“-PPP



Kerzner B et al. Pediatrics, 135 (2), 2015, 344-353.

Co může být příčinou PPP ?

PPP se může u dítěte rozvinout z mnoha důvodů:

- Může se jednat o důsledek **organického onemocnění** – gastroenterologického, endokrinologického, neurologického, genetického, metabolického či jiného (např. komplikace doprovázející těžkou nedonošenost; dlouhodobý pobyt v nemocnici s nepřirozeným způsobem výživy-nasogastrická sonda (zavedená do žaludku), gastrostomie, centrální žilní katetr, pobyt na jednotce intenzivní péče apod.; prodělané infekční onemocnění-např. akutní gastroenteritida s břišním dyskomfortem v době, kdy jsou zaváděny příkrmy; nežádoucí účinky léků, psychomotorické opoždění s poruchou polykání apod).
- Některé děti získají strach z krmení na základě jedné nebo opakovaných **stresujících událostí při krmení** (bolest, dávení, zavedení sondy, nesplnění jednoho z milníků přirozeného zavádění stravy apod.).
- Může se však také jednat o **osobnostní rys dítěte** (samostatně nebo v kombinaci s osobností rodiče).
- Může se jednat o **dojem rodiče**, že dítě nedostatečně jí, ale reálná situace (sledování porcí a prospívání dítěte) tomu neodpovídá (tzv. "pseudoproblém").
- V některých případech může zůstat příčina **neobjasněna**.

Je PPP vždy závažná ?

Již výše bylo řečeno, že PPP se může vyskytnout u 20-30 % dětí, avšak o závažný problém, který vyžaduje specializovanou péči, se jedná jen u malé skupiny dětí (cca **1-5 %**). Naopak, **většinou jsou obtíže dítěte mírné** (mírně snížený příjem stravy, obava z nového, odmítání jen některých potravin), **nebo jsou pouze vnímány rodičem vážněji**, než jaké ve skutečnosti jsou. V některých případech může dokonce neoprávněná obava rodiče spustit **začarovaný kruh**, kdy v důsledku této obavy začne rodič krmit dítě neobvyklým způsobem, což může vést k rozvoji nebo zhoršení PPP. Tím se zvyšuje úzkost a obava rodiče a celá situace se ještě více zhoršuje.

O tom, zda je PPP závažná, musí rozhodnout ošetřující lékař, který zhodnotí diagnózu dítěte a pátrá po varovných známkách - viz. níže.

Jak se PPP diagnostikuje ?

Diagnózu PPP musí stanovit **ošetřující lékař**. Může jím být např. praktický lékař pro děti a dorost nebo v závažnějších případech dětský gastroenterolog, případně ve spolupráci s psychologem či dalšími specialisty.

K určení diagnózy se používá buď prostý **rozhovor s rodičem a vyšetření dítěte**, nebo je možné použít některé **dotazníky** či diagnostická kritéria (např. Montrealská škála, Chatoor kritéria, DSM V, kritéria Wolfsonové - viz. níže apod.). Některá specializovaná centra používají hodnocení **videozáznamu krmení** specialistou na interakce.

Kritéria Wolfsonové (jejich splnění svědčí spíše pro psychogenní příčinu obtíží):

1. Odmítání stravy déle než **1 měsíc**
2. Nepřítomnost jednoznačného **organického onemocnění**, které by vysvětlilo odmítání stravy, nebo nedostatečná odpověď na léčbu organického onemocnění
3. Věk začátku obtíží < **2 roky**, věk v době diagnózy < **6 let** (organická příčina obtíží se obvykle projeví dříve (0,5 - 1,5 roku))
4. Přítomnost alespoň jednoho z následujících:
 - a. **Nadavování** nebo odvracení hlavičky při přiblížení stravy k ústům nebo vystrkování stravy jazykem po vložení sousta do úst
 - b. **Nevhodný vzorec krmení:**
 - Noční krmení* - krmení dítěte, **když usíná nebo je v polospánku**, neboť krmení v bdělém stavu je obtížné
 - Opakované nabízení* - trvalá (často neúspěšná) snaha o krmení dítěte i přes jeho odpor; nutné **opakované nabízení** stravy dítěti s cílem donutit jej vzít si další porci
 - Nucené krmení* - nucené krmení dítěte i **proti vůli dítěte**, často doprovázené prosbami, aby otevřelo ústa
 - Mechanistické krmení* - krmení přesně ve **stanovený čas nebo přesně stanoveným množstvím** stravy; nucení dítěte dojíst předem stanovené množství stravy (např. kojeneckého mléka) bez ohledu na potřeby dítěte; chování se k dítěti během krmení jako k **neživému objektu**
 - Rušivé vjemy* - během všech jídel jsou přítomny **rušivé vjemy (rozptýlení)**; dítě nejí, pokud není rozptýleno; samo o sobě nejví o jídlo zájem

Lékař kromě rozhovoru s rodičem provede také vyšetření dítěte, měření a vážení, případně podrobnější antropometrii a event. také nechá zhodnotit zápis jídelníčku dítěte. Pátrá také po varovných známkách:

- Porucha polykání
- Vdechování stravy během nebo po krmení
- Znamky bolesti při krmení
- Zvracení, průjem
- Opoždění v psychomotorickém vývoji
- Chronické srdeční nebo dechové obtíže
- Porucha růstu (neprospívání)
- Fixace na určité druhy potravin (extrémní dietní omezení)
- Nucené, násilné krmení
- Přerušování krmení po konkrétní události
- Nadavování

Pokud je některá z varovných známek přítomna, rozhodne lékař, zda je třeba doplnit nějaká podrobnější vyšetření.

Jak mám prakticky postupovat ?

Pokud máte podezření, že Vaše dítě trpí PPP, obraťte se na Vašeho praktického lékaře pro děti a dorost a situaci s ním zkonzultujte. U mírnějších forem obvykle postačí zhodnotit prospívání dítěte a upravit stravovací režim. Obtížnější formy je někdy nutné řešit ve specializované ambulanci.

Jak se PPP léčí ?

Léčba PPP závisí na závažnosti poruchy a na vyvolávající příčině. Níže jsou uvedeny **obecné rady**, které je možno doporučit u většiny případů.

1. Vyhnout se rušivým elementům při jídle (TV, smartphony, tablety apod.)
2. Během jídla udržet příjemnou a neutrální atmosféru
3. Krmit tak, abychom podpořili chuť k jídlu
4. Omezit dobu jídla (20-30 min)
5. 4-6 jídel (včetně svačin) denně, mezitím podávat pouze vodu
6. Nabízet jídlo přiměřené věku
7. Systematicky zavádět nové potraviny (zkoušet nenásilně až 8-15x!)
8. Snažit se, aby se dítě krmilo samo
9. Tolerovat chaos přiměřený věku

Ve složitějších případech je nutné přesně identifikovat příčinu a postupovat u dítěte individuálně (viz. níže). Způsob léčby určí Váš ošetřující lékař.

1. SNÍŽENÁ CHUŤ K JÍDLU

Pseudoprobém

- Normální růst
- Často famil. malý vzrůst
- Snížená růstová rychlost na konci 1R

Přesvědčit rodiče, že dítě roste normálně a aby akceptovali vnímání hladu a sytosti dítětem
Vysvětlit obecná doporučení pro krmení

Energické, aktivní dítě

- Neorganické neprospívání
- Anorexie kojenců
- Často vzniká v přechodných obdobích

Vyřešit konflikt mezi rodičem a dítětem
Krmení dle plánu (max. 5 jídel / den)
Reagovat pozitivně na správné chování během krmení
Výživové doplňky, DEV

Apatické, bez zájmu

- Neaktivní, chabě komunikuje
- Nenavazuje oční kontakt, málo mluví
- Často malnutrice a deprese

Psychologická péče
Nutriční péče
Časné intervenční programy (Hospitalizace)

Organické onemocnění

- GE, kardio, pneumo, neuro, metabol.
- (alergie, celiakie, (Eo) esofagitida, zácpa, poruchy motility, (GERD)...))

Léčba organického onemocnění
Komplexní péče
(NG sonda, PEG, PEG-J, i.v. výživa)

2. SELEKTIVITA

Pseudoprobém - Neofobie (zvláště nahořklá zelenina)	Opakovaně nabízet (8-15 x), nenásilně Podávat v omáčkách, zlepšit chuť Dát jídlu přitažlivé jméno a vzhled
Mírná selektivita - „uzobávači“ - Většinou normální nutriční i energetický příjem, normální růst	Opakované nabízení nepomáhá Hlavním problémem je rodinný konflikt při krmení, který může vést k úzkosti, depresi či agresivitě
Vysoká selektivita = skutečné ONEMOCNĚNÍ (autismus...) - Senzorická averze; NADAVOVÁNÍ! - Jí méně než 10-15 jídel +/- nesnáší hluk, jasné světlo, dotyk některých textur	Behaviorální terapie - „Food chaining“ - „Fading“ - „Shaping“ Orální motorická terapie Autismus často resistantní k léčbě
Organické onemocnění - Chromozomální, mitochondriální, neurologické, (orálně-motorické) – AKCEPTUJÍ objekty v ústech !	Léčba organického onemocnění Komplexní řešení specialistou

3. STRACH Z KRMENÍ

Pseudoprobém - Křik, neklid (např. koliky...) - Většinou mají normální příjem energie	Snížení úzkosti Ujištění
Kojenec - Nadšeně se začne kojít, ale po chvíli se od bradavky v bolesti odvrátí - Ve spánku jí normálně	Identifikovat a řešit příčinu bolesti Krmit při usínání k zajištění dostatečné výživy Někdy pomůže časnější přechod na hrníček nebo příkrmy
Starší dítě = „funkční dysfagie“ - Nadavuje, zvrací a poté přestává jíst nejčastěji tuhou stravu - Někdy důsledkem násilného krmení	Ujištění, odměna Anxiolytická medikace Kognitivně-behaviorální terapie (Psychiatr) Nutriční podpora (Endoskopie, kontrastní RTG)
Organické onemocnění - NG sonda, esofagitida, porucha motility	Léčit dle příčiny Desenzitizace (Behaviorální terapie, medikace)

Jaký vliv může mít na PPP osobnost rodičů ?

Jak již bylo řečeno výše, hraje rodič v celém procesu učení stravování zásadní roli. Často právě rodič a jeho nevhodný způsob nabízení stravy nebo jeho neadekvátní reakce na odmítnutí stravy dítětem je příčinou vzniku nebo zhoršování PPP. Rizikové jsou rodiče nevypočitatelní, působící rušivě, přepečliví, depresivní, nebo rodiče s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie apod.). **Rodič – pokud reaguje neadekvátně - je tedy potenciálním rizikovým faktorem vzniku nebo zhoršování PPP.**

Rodiče lze podle přístupu k dítěti rozdělit do 4 kategorií, z nichž pouze rodiče v 1.kategorii mají z hlediska rozvoje nebo zhoršování PPP nerizikový přístup. Rodič by se tedy měl ve vztahu ke krmení dítěte snažit co nejvíce přiblížit tzv. **RESPONSIVNÍMU** typu.

• RESPONSIVNÍ

- Rozdělují zodpovědnost
 - Rodič určuje KDE, KDY a CO se bude jíst
 - Dítě určuje, JAK MOC se bude jíst
 - Vede dítě místo toho, aby jej ovládal
 - Nastavuje hranice, mluví pozitivně, odpovídá na signály dítěte, odměňuje za dosažené milníky
- Vede k tomu, že dítě jí více ovoce, zeleniny a mléčných produktů, méně „nezdravého jídla“

• KONTROLUJÍCÍ (MANIPULATIVNÍ)

- Přibližně 50 % matek a ještě více otců
 - Ignoruje signály hladu dítěte
 - Nutí, trestá, dává nevhodnou odměnu
- Neefektivní krmení, vede k riziku podváhy či nadváhy

• BENEVOLENTNÍ, HYPERPROTEKTIVNÍ

- Má pocit, že je vždy nutné vyplnit jakékoliv přání dítěte
 - Přípravuje mnoho rozličných jídel
 - Ignoruje signály hladu dítěte
 - Nenastavuje žádné hranice
- Vede k nevhodnému složení stravy, riziku nadváhy

• IGNORUJÍCÍ (ZANEDBÁVAJÍCÍ)

- Ignoruje (nejen) signály hladu dítěte
 - Během krmení nenavazuje oční kontakt, je netečný
- Může vést k neprospívání

Shrnutí na závěr

PPP u dětí (zejména kojenců a batolat) jsou poměrně časté, ale u většiny z nich se jedná o mírnou formu obtíží. Důležité je zhodnotit prospívání dítěte a určit typ a závažnost poruchy, od čehož se odvíjí léčba. Většina případů se vyřeší respektováním všeobecných racionálních rad pro krmení, trpělivostí rodičů a jejich správným rodičovským přístupem. U některých dětí (zejména tam, kde jsou obtíže důsledkem organického onemocnění nebo závažné psychické poruchy), je třeba specializovaná multidisciplinární péče.