

Государственное учреждение «Республиканский научно-  
практический центр «Мать и дитя»

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ С  
НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Методические рекомендации по медицинскому наблюдению,  
уходу и подходам к вскармливанию детей с перинатальной,  
наследственной и врожденной патологией.

Авторы.: Симченко А.В.

УДК 616-053.2/5-056.3:613.2  
ББК 51.29-18я2

Г61

Методические рекомендации утверждены Ученым Советом ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» 10.11.2025 г., протокол №11.

Рецензенты: доцент кафедры педиатрии №2 УО «Витебский государственный Ордена Дружбы народов медицинский университет», к.м.н., доцент Потапова В.Е.,  
заместитель директора по педиатрии ГУ «РНПЦ «Мать и дитя» д.м.н., профессор Улезко Е.А.

Симченко, А. В.

**Особенности нутритивной поддержки детей с нарушениями развития:**  
Г61 методические рекомендации / А. В. Симченко. – Минск : ГУ РНПЦ «Мать и дитя», 2025. – 39 с.

ISBN.

Методические рекомендации посвящены особенностям нутритивной поддержки детей с нарушениями развития, включая недоношенных детей, пациентов с генетическими, неврологическими, метаболическими заболеваниями, расстройствами питания и глотания. Представлены алгоритмы оценки нутритивного статуса и риска мальнутриции, подходы к организации перорального, зондового и парентерального питания, выбор специализированных смесей и густых текстур, принципы безопасного кормления при дисфагии, соматических и поведенческих нарушениях. Рекомендации ориентированы на врачей-педиатров, врачей-гастроэнтерологов, врачей-диетологов и междисциплинарные команды, обеспечивающие раннее выявление нутритивной недостаточности, профилактику осложнений и оптимизацию роста, развития и качества жизни детей с особыми потребностями.

Предназначено для специалистов организаций здравоохранения, оказывающих помощь матерям и детям; учреждений образования, обеспечивающих подготовку специалистов медицинского профиля.

УДК 616-053.2/5-056.3:613.2  
ББК 51.29-18я2

ISBN

© Симченко А.В. 2025  
© Оформление. ГУ РНПЦ «Мать и дитя», 2025

## Введение

Первые 1000 дней жизни — «критическое окно» формирования мозга. За это время нейроны создают до **1000 новых синаптических связей каждую секунду**, и на этот процесс уходит до 75 % всей поступающей с пищей энергии ([unicef.org](https://www.unicef.org)).

Несмотря на решающую роль адекватного питания, **нарушения кормления встречаются у 33-80 % детей с инвалидностью** и значительно повышают риск белково-энергетической недостаточности и отставания в развитии (Klein A, Uyehara M, Cunningham A, 2023).

По совместным оценкам ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2024 г. **150 млн** детей младше пяти лет имели низкорослость, а **42,8 млн** имели дефицит веса ([who.int](https://www.who.int)). Недостаточность питания и мальнутриция сегодня остаются ключевым барьером для реализации когнитивного потенциала ребёнка ([data.unicef.org](https://data.unicef.org)).

Для детей с неврологическими, соматическими и сенсорными нарушениями эта угроза усугубляется: частота поведенческих и физиологических трудностей при питании достигает 47 % и более (Verma B, Dey M, Sehgal R., 2024). Без своевременной нутритивной поддержки это ведёт к замедлению линейного роста, снижению иммунологической защиты и снижению качества жизни всей семьи.

Методические рекомендации, представленные далее, структурируют современный междисциплинарный подход к оценке и коррекции кормления у детей с нарушениями развития. Они опираются на международные стандарты (WHO, UNICEF, IDDSI) и отраслевые клинические протоколы, обеспечивая практический инструмент для педиатров, логопедов, специалистов по питанию, реабилитологов и других специалистов, которые ежедневно поддерживают самых уязвимых пациентов с перинатальной неврологической, врожденной и наследственной патологией.

**ВАЖНО!** В раннем детстве мозг человека переживает уникально интенсивный период роста и функционального созревания, что обуславливает чрезвычайно высокие метаболические и пластические затраты организма.

Изучение данных нейровизуализации, метаболических измерений и пост-морфологических исследований убедительно показывает, что **интервал от рождения до 7 лет является критическим «энергетико-пластическим окном»**. В этот период закладываются структурные и функциональные основы, определяющие когнитивный и поведенческий потенциал человека во взрослой жизни. Обеспечение адекватного питания, сенсорной стимуляции и социальных взаимодействий в эти годы является научно обоснованной стратегией максимизации последующего нейроразвития.

Метаболические потребности мозга колоссальны. В пиковые моменты (с рождения до 3 лет) головной мозг требует до 60-70 % от расхода энергии в состоянии покоя – показатель, который существенно превышает долю мозга во взрослом возрасте (20 %) (C.W. Kuzawa, C. Blair, 2019). Кроме того, ведущие ученые в области нейрофизиологии, опираясь на расчёты потребления макро- и микронутриентов у грудных детей, оценивают вклад мозга в общие энергетические траты ещё выше – до 75 % (foodforthebrain.org). Такая «энергетическая гипер-фиксация» связывается с интенсивным формированием новых синапсов и миелинизацией аксонов.

В первые годы жизни нейроны ребёнка образуют более 1 млн новых синаптических соединений в секунду; этот темп является рекордным для всего онтогенеза (developingchild.harvard.edu). К 1-2 годам плотность синапсов в коре на 50-60 % превышает показатель у взрослого; далее начинается медленное «отсевание» лишних контактов (Huttenlocher P.R.).

За первые три года мозг достигает до 80 % от взрослого объёма; к пяти годам – порядка 90 % (firstthingsfirst.org).

Масса серого и белого вещества растёт неравномерно: максимальные темпы наблюдаются в первый год жизни, затем скорость прироста постепенно снижается (Gilmore JH, Knickmeyer RC, Gao W, 2018).

После пика синаптогенеза начинается продолжительная фаза «упорядочивания» сетей. По данным морфометрических исследований, плотность синапсов в лобной коре между 7 и 15 годами уменьшается примерно на 40 % (Ahmed Eltokhi, Isabel E. Janmaat, 2020). Следовательно, к семи годам функциональная пластичность (способность к созданию новых соединений) уже примерно в половину ниже, чем в первый год жизни, хотя остаётся существенно выше взрослой нормы (Huttenlocher P.R.).

## Раздел 1. Определение, специалисты, зона ответственности

Недостаточность питания — это дисбаланс между требуемым и потребляемым количеством нутриентов, приводящий к кумулятивному дефициту энергии, белка или микронутриентов, который может негативно влиять на рост, развитие и другие важные функции и параметры детского организма.

В англоязычной литературе термин «malnutrition».

Квашиоркор, алиментарный маразм, маразматический квашиоркор наиболее характерны для бедных и развивающихся стран и являются следствием алиментарного голода.

Белково-энергетическая недостаточность –алиментарно-зависимое заболевание, индуцируемое длительным или значительным недостатком питания (преимущественно белковым и/или энергетическим) и проявляющееся дефицитом массы тела и/или замедлением линейного роста, задержкой физического развития и комплексным нарушением гомеостаза в виде изменения основных метаболических процессов, водно-электролитного дисбаланса, изменения состава тела, нарушения нервной регуляции, эндокринного дисбаланса, угнетения иммунной системы, дисфункции желудочно-кишечного тракта и других органов и систем (*Клинический протокол «Организация лечебного питания при белково-энергетической недостаточности» Постановление МЗ РБ от 20.12.2017г. №109*).

БЭН в клинической практике ориентируются на индекс массы тела < -2 z-score или снижение веса > 10 % за 3 месяца (who.int).

Причины:

1. Недостаточное поступление нутриентов (ВПР, патология ЦНС, психические нарушения и др.);
2. Нарушение пищеварения и всасывания (целиакия, б-нь Крона, НЯК;
3. Потеря нутриентов из ЖКТ/организма (ожоговая болезнь);
4. Гиперкатаболизм (сепсис, ОПН).

### Междисциплинарная команда и зоны ответственности

Специалист	Зона ответственности
Врач-педиатр / врач общей практики	Координирует диагностику и лечение основного заболевания, направляет к узким специалистам, проводит профилактические мероприятия, контролирует выполнение протокола питания.
Врач-гастроэнтеролог	Оценивает моторно-эвакуаторную функцию ЖКТ, ГЭРБ, назначает лекарственные препараты, определяет показания к зондовому/стомированному-питанию.

<b>Врач-диетолог, специалист по питанию</b>	Рассчитывает питание по калоражу и нутриентам в соответствии с потребностями, составляет план выхода из БЭН, подбирает смеси/питательные модули, мониторирует антропометрические и биохимические показатели нутритивного статуса.
<b>Врач-невролог, логопед-дефектолог</b>	Проводит клиническую и инструментальную оценку глотания, обучает позиционированию языка/челюсти, рекомендует уровень IDDSI, разрабатывает программу упражнений (логопед).
<b>Эрготерапевт</b>	Обеспечивает постуральную стабильность, подбор ортезов/сидений, тренирует сенсорную толерантность к текстурам, навыки самостоятельного питания.
<b>Медсестра по питанию / диетсестра</b>	Владеет техникой постановки/смены зондов и G-трубок, учит родителей уходу, ведёт журнал осложнений, контролирует асептику приготовления смесей.
<b>Психолог</b>	Проводит поведенческий анализ, снижает пищевую избирательность, поддерживает семью, обучает стратегиям подкрепления.
<b>Социальный работник</b>	Помогает с оформлением льгот, ТССР, координирует визиты домой.
<b>Вспомогательные члены команды (по показаниям)</b>	Врач-физиотерапевт, врач-стоматолог, клинический фармаколог, генетик – в зависимости от клинической задачи.

## Раздел 2. Значимость оптимального питания в процессах нейрогенеза. Нутритивная поддержка как важный аспект абилитации.



### Физиологические аспекты питания.

Головной мозг потребляет около 20% всей энергии, получаемой с пищей. Клетки головного мозга, как и все остальные клетки организма, состоят из белков, жиров и углеводов.

Роль белков в жизнедеятельности организма ребенка исключительно велика и многообразна. Так как ребенок практически не имеет резервных запасов белка, ему требуется постоянное поступление белка с пищей, в первую очередь белка животного происхождения, в состав которого входят незаменимые (не образующиеся в организме) аминокислоты.

Жиры входят в состав клеток и клеточных мембран. Очень важно поступление с пищей незаменимых полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для нормального развития головного мозга и органов зрения, становления иммунитета.

Для полноценной работы головного мозга требуется много глюкозы. Глюкоза – единственный источник энергии для наших нервных клеток – нейронов, они очень чувствительны к ее содержанию в крови, поэтому ее недостаточное поступление моментально отражается на работе мозга. Поэтому в питании должны присутствовать качественные источники медленных углеводов.

С разнообразной пищей ребенок получает не только белки, жиры и углеводы, но и витамины и минеральные вещества, которые также необходимы для активной работы мозга.

Нутритивная поддержка – равноправное направление абилитации. В отсутствии своевременного выявления дефицита массо-ростовых показателей и коррекции питания **снижается нейрокогнитивный потенциал**, закрепляя инвалидизирующие ограничения; **увеличиваются**

**медицинские риски** (рецидивирующие инфекции, аспирация, остеопороз); снижается **эффективность** всех остальных реабилитационных вмешательств.

Алгоритм работы мультидисциплинарной команды должен начинаться с обязательного скрининга питания, расчёта потребности в питании и оценки фактического потребления и быстрого запуска персонализированной нутритивной программы, интегрированной в общий план реабилитации ребёнка.

**Нутритивный статус – фундамент нейропластичности.** Периоды «первых» и «следующих» 1000 дней жизни выделены как критические для формирования высших психических функций. Подчеркивается, недостаток энергии, белка или микроэлементов в эти окна сопряжён с устойчивыми когнитивными потерями и усугубляет инвалидизирующие проявления заболеваний (Draper CE, Yousafzai AK, McCoy DC, 2024).

Соматическое истощение снижает толерантность к физическим нагрузкам, затрудняет развитие орофациальных мышц, усиливает утомляемость на занятиях и отрицательно влияет на пластичность ЦНС. Справедливо обратное утверждение: адекватное обеспечение белком ( $\geq 1,5$ - $2$  г/кг/сут) и энергией ускоряет приобретение моторных и речевых навыков, повышая отдачу от физической реабилитации и сенсорной интеграции (Ofstedal S, McCormack S, Stevenson R, 2025).

Исследования НЕН у детей с церебральным параличом показали прирост ИМТ и снижение частоты аспирационных пневмоний, что ведёт к меньшему числу госпитализаций и стрессу семьи. Одновременно улучшается сон, социальная активность родителей и их психоэмоциональное состояние (Dipasquale, V., Ventimiglia, M., Gramaglia, S. M. C., 2019).

### **Питание и рутинно-ориентированный подход.**

Современные нейробиологические и поведенческие исследования подтверждают, что кормление ребёнка – это значимо больше, чем поступление калорий. Оно объединяет метаболические, сенсомоторные, когнитивные и социально-коммуникативные задачи, формируя целостный «пищевой опыт», критичный для раннего развития (Kalhoff H, Kersting M, 2024). Приём пищи в раннем возрасте – это полисистемное событие, где нутриенты, сенсорная насыщенность и социальная коммуникация работают синергично. Адекватная организация пищевой среды (разнообразие текстур, вовлечение ребёнка в активное само-кормление и семейные разговоры за столом) не только удовлетворяет биологические потребности, но и формирует нейромоторные и лингвистические основы, необходимые для последующего успешного речевого и когнитивного развития.

**Питание – составляющая развития социализации и коммуникации.**

Совместные приёмы пищи создают устойчивый контекст для диадического и группового общения, увеличивая объём обращённой к ребёнку речи, частоту вокализаций и спектр невербальных сигналов. Наблюдательное исследование 58 семей показало, что доля самостоятельного («infant-led») кормления прямо коррелирует с количеством слов, произносимых взрослыми, и числом детских вокализаций (Farrow C, Blissett J, Islam S, 2025).

Систематические обзоры семейных трапез демонстрируют, что регулярные общие ужины связаны с более высоким языковым развитием у дошкольников (Chantal L. Verhage, Marleen Gillebaart, 2018). Логопеды и клиницисты подчёркивают: питание обеспечивает ребёнку уникальный ритм «вызов-ответ» (turn-taking), тем самым тренируя базовые механизмы диалоговой речи (American Speech-Language-Hearing Association, [asha.org](https://asha.org)).

### **Орофациальная моторика: общая база для еды и речи**

Глотание и жевание координируются более чем 30 парами мышц и с участием не менее шести черепных нервов; суммарно привлекается до 70 отдельных мышечных структур, значительная часть которых активна и при артикуляции звуков (Kush Panara; Edris Ramezanpour Ahangar; Devang Padalia, 2023).

Электромиографические данные подтверждают перекрытие паттернов активации в субментальной области и круговой мышце рта во время стандартных речевых и глотательных заданий у типично развивающихся детей (Hahn Arkenberg RE, Mitchell SS, 2023). Таким образом, становление пищевых навыков служит «тренажёром» для будущих речевых моторных программ.

### **Сенсорная составляющая еды как драйвер нейропластичности**

Богатая палитра вкусов, температур и консистенций усиливает афферентный приток в тригеминально-глоссофарингеальные пути, что облегчает формирование тонких оральных движений, латерализация языка, диссоциация челюсти и губ (American Speech-Language-Hearing Association, [asha.org](https://asha.org)).

Нейропедиатрические обзоры подчёркивают: ограниченность сенсорных стимулов (например, преобладание пюре однообразной текстуры) задерживает переход от рефлекторного сосания к волевому пережёвыванию, а это, в свою очередь, связано с более поздним появлением чётких согласных в речи (Kalhoff H, Kersting M., 2024).

Клинические руководства по дисфагии рекомендуют именно модификацию сенсорных характеристик пищи (вкус, температура, форма частиц), а не изолированные «артикуляционные упражнения», как более эффективную стратегию стимуляции оро-моторных паттернов (American Speech-Language-Hearing Association, [asha.org](https://asha.org)).

### **Раздел 3. Первичная оценка нутритивного статуса при работе с детьми с нарушениями.**

Структурированная первичная оценка (анамнез → антропометрия → функция глотания → расчет питания) позволяет уже на первой консультации определить степень риска, расставить приоритеты вмешательств и сформировать персонализированный план нутритивной поддержки.

#### **Алгоритм первичной оценки**

##### **Сбор анамнеза и ведение дневника питания (ключевые вопросы)**

- Безопасно ли текущее кормление (рвота, удушье, аспирация)?
- Адекватны ли объём, калорийность и распределение нутриентов?
  - Эффективно ли кормление: сколько времени уходит на приём пищи, есть ли остатки?
  - Соответствует ли метод (бутылка, ложка, зонд) и консистенция возрасту и уровню навыков?
  - Является ли процесс положительным опытом для ребёнка и семьи?

#### **Безопасность. Функциональная оценка кормления и признаки аспирации**

##### **«Красные флаги» аспирации**

Основные признаки: удушье, рвота, кашель, отказ от кормления, хрипящий или грубый голос во время / после кормления, шумное дыхание, хриплый голос, обильное слюноотделение, апноэ, физиологическая нестабильность (беспокойство).

##### **Тонкие признаки аспирации:**

слезящиеся глаза, раздувание крыльев носа, изменение цвета кожных покровов, внезапные изменения состояния или мышечного тонуса, повышенные потребности в кислороде, частые респираторные заболевания, медленный набор веса, малый объем съеданной через рот пищи / длительное время кормления, усталость при кормлении, утомление после < 50 % порции.

##### **Адекватность питания?**

##### **Дневник питания за 3-7 дней**

- фиксируется время, место, позу, состав и массу каждого предложения пищи / жидкости;

➤ отмечается фактическое количество съеденного, сигналы сытости-голода, нежелательные реакции;

➤ заполняется блок «сопутствующие факторы» – усталость, медикаменты, болезни, смена обстановки.

Ведение дневника питания позволяют увидеть несоответствие между ожиданиями родителей и реальными возможностями ребёнка, а также объективно оценить макро- и микронутриентный баланс. Специалист по питанию использует данные дневника для расчёта потребности в калораже и нутриентах и подбора стратегий (обогащение, сиппинг, энтеральные смеси).



## Антропометрия и расчёт z-индексов

### Рост

При невозможности стоять используется косвенные методы:

длина голени → Рост =  $(3,26 \times \text{ДГ}) + 30,8$  см;

высота колена → Рост =  $(2,69 \times \text{ВК}) + 24,2$  см;

длина плеча → Рост =  $(4,35 \times \text{ДП}) + 21,8$  см.

Отмечаются сложности: контрактуры, сколиоз, спастика, невозможность удерживать голову.

*Распространенные сложности при измерении детей с ограниченными возможностями:*

- неспособность стоять самостоятельно;
- «отсутствие контроля» головы и тела;
- слабость мышц;
- множественные контрактуры;
- сколиоз;
- использование дополнительных приспособлений и оборудования;
- произвольные движения;
- неспособность выполнять указания

## Масса тела

«Метод двух взвешиваний».

Взвесить взрослого, сопровождающего ребенка, и зафиксировать полученный результат. Повторно взвесить взрослого с ребенком на руках и зафиксировать результат. Определить разницу между полученными данными.

**Кожно-жировая складка (TSF) и окружность плеча (МУАС)** для оценки композиции тела, особенно при выраженной гипотрофии или отёках.

## z-индексы

Учитываются *weight-for-age* и *height-for-age* через WHO Anthro/Anthro Plus;

для ДЦП, синдрома Дауна, ахондроплазии применяются специальные кривые (GMFCS-специфичные графики).

**Ахондроплазия:** <https://www.beyondachondroplasia.org/en/health/health-guide/growth-monitoring>

**Детский церебральный паралич:**  
<http://www.lifeexpectancy.org/articles/NewGrowthCharts.shtml> (графики роста по уровням системы классификации общих двигательных функций (GMFCS))

**Синдром Дауна:** <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome/growth-charts.html>

**Интерпретация:**  $z < -2$  риск БЭН, требуется углублённая оценка; снижение  $z > 0,67$  за 3 мес – вероятный дефицит энергии/белка.

**Наблюдение за процедурой кормления:** оценка позы, симметрии, тонуса, ритма дыхания-глотание, утомляемости, длительности (норма – не более 30 мин).

### ОЦЕНКА ФАКТОРОВ

- степень самостоятельности при кормлении (ест самостоятельно, нуждается в небольшой помощи, полностью нуждается в помощи);
- способ приема пищи (бутылочка, ложка, зонд, гастростома);
- консистенция (обычная еда, мягкая измельченная, пюреобразная и др.);
- объем порции (соответствует ли физиологическим нормам);
- продолжительность кормления (обычно ребенок съедает порцию в течение 20-30 минут).

## Раздел 4. Скрининг соматических, сенсорно-поведенческих и семейных факторов

1. **Медицинские** – хронические инфекции, ГЭРБ, запоры, клинические последствия лекарств, болезненные процедуры.

2. **Нейромоторные и сенсорные** – уровень GMFCS, наличие атаксии/спастики, гипер- или гипочувствительность ротовой полости, опыт интубации или зондового питания.

3. **Пищевое поведение и рутины**  
режим сна, частота и продолжительность приёмов пищи, «экранный зависимость», реакции на новые продукты; гибкость родителей, готовность следовать рекомендациям («одна цель в неделю»).

4. **Социальная среда** – доступность адаптивной посуды, возможности обученных помощников, экономические ресурсы для специализированных смесей.

### Является ли кормление подходящим с точки зрения развития?

Лояльность, гибкость родителей в процессах обучения при кормлении?

Какова практика кормления в соответствии с культурными особенностями семьи?

Ассортимент продуктов (включая различные текстуры)?

Среда при кормлении -

позиционирование в том месте, где ребенок принимает еду, стульчик.

Время, которое занимает кормление

Возможность потрогать и исследовать еду.



Каков возраст развития ребенка?  
Учитываются ли возраст и способности ребенка во время кормления? Способность ребенка к самостоятельному приему пищи?

Выглядит ли кормление подходящим с точки зрения развития ребенка?  
Какие имеются навыки крупной и тонкой моторики: каков мышечный тонус, поза?

Особенности развития коммуникации и когнитивных навыков?  
Какие у ребенка паттерны сна? Поведение ребенка в целом и во время еды?

### Эффективность кормления (оценить следующие критерии)

Оценка рутины – включая схемы сна и другие подходящие для развития виды деятельности;

Время и продолжительность приема пищи;

Количество предлагаемой пищи и ее соотношение к съеденной (есть ли несоответствие между ожиданиями родителей и способностями детей и / или требованиями к приему пищи для ребенка в данном возрасте);

Влияние лекарств на режим питания (время, частота, активность);

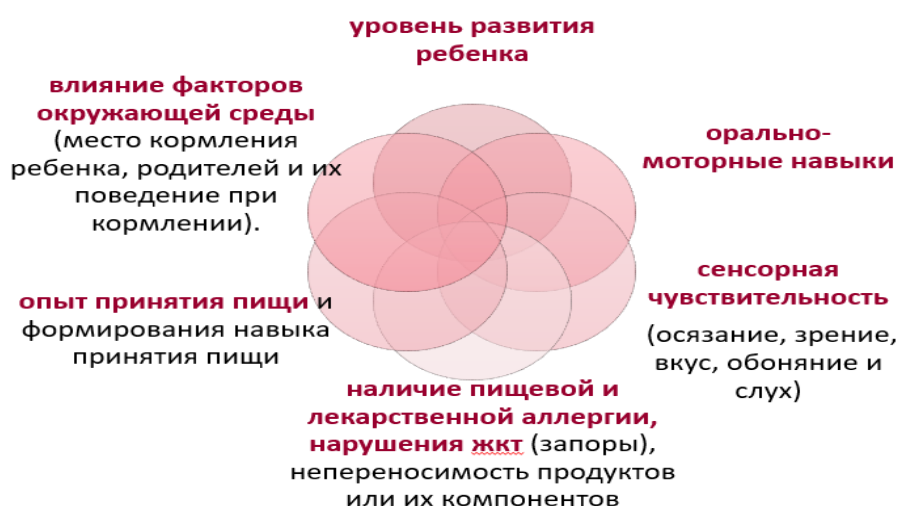
Имеется ли какое-нибудь рецидивирующее заболевание, которое мешает ребенку питаться должным образом?

Имеется ли у ребенка какой-либо сенсорный / другой приобретенный опыт, связанный с кормлением, например, боль?

Какие используются методы энтерального питания, где и как вводится питание (болюсно, непрерывно)?

Кормление в других условиях, не только дома.

## Оценка пищевого поведения

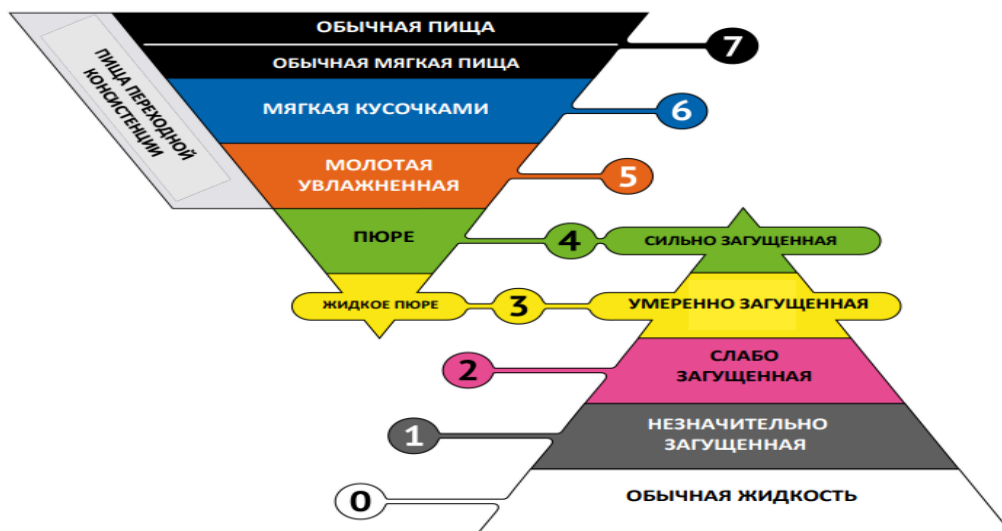


**Инструментальный скрининг (при наличии симптомов аспирации):** подбор уровня IDDSI по тесту “шприц 10 мл”; позиционирование и загустители пищи.

*Справочно. Международная инициатива по классификации и стандартизации диет по дисфагии*  
[https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI\\_Framework\\_Descriptors\\_V2\\_Final\\_Russian\\_Feb\\_2021.pdf](https://iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_Framework_Descriptors_V2_Final_Russian_Feb_2021.pdf)

*Ранжирование пищи и жидкости по сложности проглатывания. Определяя, с какой консистенцией справляется ребенок сейчас мы понимаем какие виды блюд ему доступны и какие виды блюд требуют совершенствования навыков.*

## ПИЦЦА



## Раздел 5. Практические подходы к организации питания у детей раннего возраста с нарушениями развития

Важно! Онтогенез формирования навыка

0-4 месяцев	Ребенок сосет грудное молоко матери из груди или смесь из бутылки
4-6 месяцев	Ребенок готов пробовать новую еду однородной консистенции из ложки, пьет из бутылочки, придерживая ее двумя руками, может держать в руках детское печенье и нести его в рот
6-10 месяцев	Время прорезывания зубов и одновременно знакомство с новыми вкусами, желание пробовать новые текстуры (кусочки); ребенок умеет сидеть, брать еду и нести ее в рот; ребенку нравится рассматривать еду, кусать кусочки от целого и помещать в рот (именно в это время игры с едой, еда руками, исследование еды); пьет из поильника и из трубочки
10-12 месяцев	Формируются предпочтения в еде, осторожность при знакомстве с новыми продуктами; уверенно ест руками и пьет из чашки; пробует управлять ложкой, откусывает и пережевывает мягкие кусочки
Второй год жизни	Ест пищу разной консистенции, упражняется пользоваться ложкой и безопасной детской вилкой
Третий год жизни	Уверенно сидит за общим столом и ест большинство блюд из рациона семьи

### Ключевые позиции для оптимизации навыка кормления

1. Поддерживать контакт с ребенком.
2. Кормить ребенка в положении сидя.
3. Формировать и развивать навыки самостоятельного приема пищи.
4. Необходимо подобрать:
  - оптимальное положение взрослого;
  - оптимальное для ребенка место для кормления;
  - оптимальную по размеру, материалу, глубине чашечки и размеру ручки ложку;
  - удобную тарелку или миску;
  - индивидуальную для каждого ребенка скорость кормления и четкий ритм;
  - предоставлять ребенку возможность жевать;
  - обеспечивать соответствующее потребностям ребенка количество жидкости;
  - очищать ротовую полость ребенка после еды.

### **Поддержание контакта с ребенком.**

Внимательно следить за коммуникативными сигналами, которые подает ребенок: отказ, просьба, предпочтения.

Необходимо предупреждать ребенка о вкусе еды, приближении ложки, комментировать эмоции ребенка, а также события, происходящие вокруг, особенно громкие посторонние звуки, если ребенок на них отвлекается.

При этом взрослый не должен превращать диалог с ребенком о насущном процессе в монолог о посторонних вещах.

### **Наблюдение за чувством голода.**

У детей, сильно ограниченных в движениях, – причмокивание губами, открывание и закрывание рта, вокализации;

Усиление стереотипных движений, которые ребенок использует вне еды: раскачивание, сосание пальца, жевание игрушек;

Движение ребенка к месту кормления, игра с ложками, салфетками;

Пристальное внимание к тому, как едят другие люди или к месту хранения продуктов;

Ребенок использует жест «кушать» – показывает на рот или живот; или показывает соответствующую карточку (для детей с альтернативной коммуникацией).

### **Кормление в физиологичном положении – сидя.**

Во время еды положение ребенка должно быть максимально вертикальным и стабильным, выровненным по средней линии.

Взрослый помогает ребенку контролировать положение тела, пока он не сможет взять этот контроль на себя. Дополнительные движения ногами, руками, головой, выравнивание корпуса требуют от ребенка больших усилий, а следовательно, отвлекают от приема пищи.

Кормление ребенка в положении сидя снижает риск аспирации.

*Возможны следующие варианты размещения ребенка для приема пищи: за детским столом на детском стуле; в инвалидном кресле (коляске); на руках у взрослого, если это соответствует биологическому возрасту ребенка; полусидя в кровати, если ребенку невозможно подобрать никакое другое положение или ребенок болен.*

Положение ребенка в процессе кормления.

- таз плотно прижат к спинке коляски, кресла или стула;
- ноги стоят на подножке или на полу в обуви;
- корпус ребенка не должен излишне наклоняться вперед, вправо, влево или назад. Нормально, если ребенок чуть наклоняется вперед во время еды – такое положение удобно для глотания и управления ложкой;
- локти лежат на столе или другой опоре;
- голова чуть наклонена вперед, но не запрокинута назад, так как это затрудняет глотание. Когда голова ребенка запрокидывается назад, ребенок чаще давится.



### **Этапы обучения ребенка самостоятельному приему пищи:**

1. Ребенок хорошо ориентируется в процессе приема пищи (готовится к еде, двигается по направлению к ложке), его психологическое состояние во время еды стабильно.

2. Ребенок хорошо контролирует действия артикуляционного аппарата: открывает рот, снимает пищу верхней губой с ложки, закрывает рот, глотает.

3. Ручная моторика ребенка хорошо развита: ребенок удерживает ложку в руке, зачерпывает пищу, доносит до рта.

4. Взрослый помогает ребенку контролировать его действия, постепенно передавая ему ответственность до тех пор, пока подопечный не возьмет этот контроль на себя.



Важно!

Оптимальное положение взрослого (удобное, напротив или сбоку от ребенка);

оптимальное для ребенка место для кормления (за общим столом, вместе с другими детьми (возможность копировать действия других) или отдельно (если ребенок отвлекается);

оптимальная консистенция и температура пищи

*Для детей, испытывающих трудности в глотании, и детей с пониженной чувствительностью температура пищи должна быть немного теплее или холоднее температуры в помещении, чтобы ребенок мог почувствовать еду во рту и сосредоточиться на последующих действиях.*

*Если ребенок испытывает трудности в глотании, пища должна быть однородной: наиболее удобная консистенция для глотания – густое пюре, так как его можно почувствовать в ротовой полости, и оно не растекается*



**От пассивного кормления (ребенка полностью кормит взрослый) к активному использованию ложки (для ребенка с нарушениями развития промежуточной ступенью будет являться пассивно-активная форма приема пищи, когда взрослый сопровождает действия ребенка «рука в руке»).**

удержание  
ложки

Зачерпывание

поднесение  
ложки ко рту

занесение  
ложки в рот

возвращение  
ложки в  
тарелку

**Кормить ребенка «рука в руке» имеет смысл и в том случае, если его навыки контроля рта несовершенны. Такое сопровождение способствует формированию базовой для развития ребенка координации «рука – рот».**

## **Алгоритм кормления ложкой для детей с тяжелыми множественными нарушениями:**

Предупредите ребенка о начале кормления, покажите ложку.

Дайте осмотреть и понюхать еду, которой предстоит кормить.

Зачерпните еду ложкой в объеме одного глотка.

Поднесите ложку ко рту по средней линии (сохраняйте симметричность позы).

Дождитесь, пока ребенок откроет рот, можно коснуться ложкой губ (если ребенок не открывает рот – очевидно он не готов).

Занесите ложку в рот, положите ложку на язык (это действие сигнализирует к закрытию рта), при необходимости помогите ребенку закрыть рот, положив ладонь на подбородок.

Достаньте ложку изо рта строго по горизонтали, чтобы ребенок понял, что надо снимать еду с ложки.

Дождитесь глотка и дайте немного времени.



*Всегда делайте паузу, чтобы поправить позу ребенка, если стабильность и симметричность потеряна (сполз вниз, запрокинул голову, наклонился в бок);*

*Сигналы сытости и общего утомления можно спутать. Процесс кормления требует высокой концентрации и включенности. Делайте паузы, чтобы восстановить силы.*

*Нельзя кормить ребенка насильно. Это приводит к нарушению пищевого поведения, разрушению доверия в паре, срыгиваниям и рвоте.*