

Picky eaters aneb nadměrně vybíravé děti ve stravování

MUDr. Nabil El-Lababidi

Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie a výživy, KDDL VFN a 1. LF UK, Praha

Nadměrná vybíravost ve stravování u dětí je problémem, se kterým se běžně potýkají praktičtí lékaři pro děti a dorost. Incidence této problematiky u předškoláků je dle různých zdrojů 14–50 %. Ve většině případů je růst těchto dětí přiměřený a jejich stravovací vybíravost odpovídá věku. Etiologie patologické nadměrné vybíravosti v jídle není zcela objasněná. Vliv faktorů životního prostředí a genetiky jsou jisté. Při přístupu k dítěti s podezřením na nadměrnou vybíravost v jídle je nutné pátrat po varovných anamnestických údajích a fyzikálních nálezech, které by mohly svědčit pro organickou příčinu obtíží. Důležité je adekvátní kvantitativní a kvalitativní vyhodnocení jídelníčku. V některých případech je ke zvážení podání potravinových doplňků a/nebo preparátů enterální výživy. Výsledky studií zabývajících se růstem, skladbou jídelníčku a vývojem nadměrně vybíravých dětí nejsou jednoznačné. Tyto rozpory jsou způsobené absencí jednotné definice problematiky, užitím různých dotazníků v různých studiích, spoléháním se na rodiče v získávání údajů a použitím různých velikostí porcí.

Klíčová slova: picky eaters, vybíravost v jídle, jídelníček, neprospívání, nutriční intervence

Picky Eaters, or children who are too fussy in their food

Picky eating in children is a common problem encountered by paediatric general practitioners. Depending on the reference source, picky eating has an incidence between 14–50% in preschool children. Most of these children are thriving, and their food fussiness is reflective of their age. The aetiology of picky eating is not fully understood. Environmental and genetic factors play a clear role. Targeted search for red flags in the child's history and in his physical examination can reveal suspicion of an underlying organic cause. Adequate evaluation of the child's quantitative and qualitative dietary intake is vital. In some cases, administration of food supplements or enteral nutrition should be considered. Study results regarding the growth, dietary intake and development of picky eaters are conflicting. This is due to the absence of a clear definition of picky eating, usage of various questionnaires in different studies, reliance on data acquired solely from the parents and usage of different portion sizes.

Key words: picky eaters, food fussiness, dietary intake, failure-to-thrive, nutritional intervention

Úvod

Pojem „picky eaters“ (PE) nemá jednoznačně přijatý český ekvivalent. PE lze volně přeložit jako děti, které jsou nadměrně vybíravé ve svém stravování. PE nemají jednotnou definici v literatuře (1). Jedná se o pojem zahrnující široké spektrum charakteristik, které jsou udávány osobou pečující o dítě nebo výzkumníkem (2). Většina definic se shoduje v následujících vlastnostech těchto dětí: silné preference některých druhů jídel (1–4), omezený výběr přijatých potravin (1, 2, 4–6) a potravinových skupin (1–4), ingesce malého množství stravy (1, 2), preference tekutin před jídlem (4, 7) nebo odmítání nových druhů pokrmů, tzv. neofobie (1–6).

Incidence PE není jasná. Hlavními problémy při hodnocení výskytu PE jsou absence jednoznačné definice pojmu, použití různých dotazníků v různých studiích a v neposlední řadě, že veškeré údaje pocházejí od rodičů, jejichž vnímání problematiky může být zkreslené

(6). Všeobecně se uvádí incidence PE u předškolních dětí u 14–50 % (6–8). Jiná studie uvádí výskyt až u 60 % malých dětí (9). Nizozemská studie udává, že výskyt PE v 18 měsících věku je 26,5 %, ve 3 letech 27,6 % a v 6 letech 13,2 % (10). Prevalence v jiných studiích je až 50 % u dětí ve věku 19–24 měsíců (8) a 30 % ve věku 2–11 let (11).

Je vybíravost v jídle vždy patologická?

Častým zdrojem omylů při hodnocení vybíravosti dětí při příjmu stravy je nesprávné vyhodnocení situace rodiči. Rodiče mohou mít nereálná očekávání ohledně růstu dětí. Zatímco dítě v prvním roce života ztrojnásobí svou hmotnost a vyroste o 50 % své porodní délky, ve druhém roce vyroste „jen“ 12 cm a přibere 2–3 kg (12). Od druhého roku života do začátku puberty vyroste dítě o 6–8 cm ročně a přibere 2–3 kg/rok (12). Při fyziologickém poklesu růstového tempa klesá i chuť dítěte k jídlu

(4, 12). Rodiče mohou tento fyziologický pokles chuti vnímat jako nadměrnou vybíravost v jídle. U batolat se rozvíjí autonomie, která se projevuje i tím, že chtějí aktivně participovat na svém krmení a v určování velikosti porcí (4). Malé děti jsou fyziologicky neofobní a u některých je nutná opakovaná expozice (až 10×), než dítě přijme nový druh potravy (4). Nutnost, opakované expozice je částí rodičů mylně interpretováno jako přílišná vybíravost (4).

Etiologie zvýšené vybíravosti v jídle

U dětí, které jsou skutečnými PE, je etiologie jejich vybíravosti komplexní a není dosud plně objasněná. Faktory životního prostředí ovlivňují chuť k jídlu a preference ve stravování (3). Chutě z aromatických komponent, které jsou odvozené ze stravy matky přecházejí do amniotické tekutiny a mateřského mléka (MM) (3). Tyto chutě silně ovlivňují budoucí chuťové preference a snadnost

přijímání nových druhů potravin v dalším životě dítěte (13–15). Chuť MM je obrazem jídla přijatého kojící matkou (16, 17). Bohatá, variabilní dieta kojící matky poskytuje více chuťových vjemů plně kojenému dítěti (18). Kojené děti jsou ve většině případů méně vybíravé při zavádění nových pokrmů (18). Děti, které byly plně kojené po dobu 6 měsíců, mají o 78 % menší pravděpodobnost rozvoje vyžadování konkrétního způsobu přípravy pokrmů, o 81 % menší riziko odmítání stravy a o 75 % méně vyjádřenou neofobii než děti, které jsou uměle živěné (19).

Genetika ovlivňuje neofobii u dětí (3). Děti od narození preferují sladkou chuť a zpočátku se vyhýbají kyselým a hořkým chuťovým vjemům (3). Kyselá a hořká chuť jsou asociované s potenciální toxicitou a vrozené vyhýbání se jim je evolučním ochranným mechanismem (3). Tyto vrozené preference mohou v některých případech tvořit bariéru v příjmu některých nových druhů potravin (3). Studie na 5390 párů dvojčat ve věku 8–11 let prokázala, že neofobie je vysoce dědičná (20). V některých případech je obtížné zavádění nových druhů potravin na genetickém podkladě a není způsobeno čistě rodičovským přístupem k dítěti (20).

Porovnání dětí s patologickou vybíravostí v jídle s ostatními dětmi

Existují četné studie, které porovnávají příjem potravinových skupin, makronutrientů a mikronutrientů a růst mezi PE a jejich vrstevníky. Výsledky těchto studií jsou nejednoznačné a často si odporují. Studií, které se zabývají vývojem PE, jejich fyzickou aktivitou a všeobecným zdravím je málo, a jejich výsledky nelze generalizovat. Hodnocení výsledků studií je často problematické z důvodů absence jednoznačné definice PE, použití různých velikostí porcí a různých dotazníkových šetření. Velká část recentních studií pochází z Asie. Evropské a severoamerické studie jsou staršího data. S ohledem na jinou skladbu asijské kuchyně a stravovacích návyků není jasné, mohou-li se zevšeobecňovat výsledky těchto studií na evropskou populaci.

Porovnání příjmu potravinových skupin

Většina analýz příjmu zeleniny, ovoce (21), masa, jeho náhražek (5, 8, 11, 22, 23, 24) a ryb (11, 23, 24) prokázala jejich signifikantně nižší příjem u PE.

Nebyl prokázán jednoznačný rozdíl v příjmu obilovin, jejich produktů (5, 8, 9, 25, 26) a mléka (5, 8, 9, 11, 22, 23, 25, 26) mezi PE a dětmi bez této zvýšené vybíravosti.

Porovnání příjmu energie, makronutrientů a vlákniny

Výsledky studií hodnotících celkový energetický příjem jsou rozporuplné (5). Zatímco 6 studií uvádí významně nižší energetický příjem u PE (5, 8, 9, 11, 22, 27), 9 studií toto nepotvrdilo (5, 23–28). Podobně rozporuplné jsou výsledky příjmu makronutrientů. V 5 studiích (5, 11, 22, 23, 27) se uvádí signifikantně nižší příjem bílkovin u PE, 5 dalších studií toto neprokázalo (5, 9, 25, 26). Většina studií uvádí, že není signifikantní rozdíl v příjmu sacharidů (5, 9, 24–27) a tuků (5) mezi oběma skupinami. Příjem vlákniny je nižší u PE než u dětí bez zvýšené vybíravosti v jídle (5).

Porovnání příjmu mikronutrientů

Studie se shodují v nižším příjmu železa, zinku, vitaminů A, C, E, B1, B2 a B3 u PE (5, 24, 25, 27). Jak PE, tak děti bez zvýšené vybíravosti v jídle mají nízké hladiny železa, zinku a vitaminu D (5).

Porovnání růstu a hmotnosti

Výsledky porovnávacích studií, které se zabývaly růstem a hmotností dětí jsou nejednoznačné. Zatímco část studií prokázala, že PE mají signifikantně nižší BMI (Body Mass Index) (5, 23, 24, 26, 28, 29), nižší procento a celkové množství tukové tkáně (26, 29), větší pravděpodobnost hubenosti (8, 23) a malého vzrůstu (28), jiné studie toto nepotvrdily (2, 5, 25).

Porovnání vývoje

Porovnání vlivu nadměrné vybíravosti v jídle na vývoj dítěte je málo studovaným tématem (1). Německá studie (30) provedená na 426 dětech ve věku 8–12 let prokázala, že PE mají vyšší

pravděpodobnost výskytu problematického chování (uzavření se do sebe, somatizace obtíží a rozvoj anxiózní a/nebo depresivní symptomatologie) než děti bez zvýšené vybíravosti ($P = 0,001$). Tchajwanská studie prokázala pozitivní korelaci mezi vybíravostí v jídle a horším psychomotorickým vývojem (1). PE mají častěji strach z neznámého prostředí (1).

Porovnání fyzické aktivity a celkového zdravotního stavu

Výzkum vztahu fyzické aktivity a dietních zvyklostí u adolescentů prokázal pozitivní korelaci mezi fyzickou aktivitou a příjmem ovoce a zeleniny (31). Vliv vybíravosti ve stravě a fyzickou aktivitou a celkovým zdravím u předškoláků je málo studovaným tématem, kterým se zabývala studie provedená Chaoem (1). Tato studie dospěla k závěru, že PE mají nižší výkonost ve fyzických aktivitách, a to zejména v chůzi do schodů ($P = 0,038$) (1). Stejná studie prokázala vyšší riziko rozvoje zácpy ($P = 0,044$) a akutních infekčních onemocnění u PE ($P < 0,001$) (1).

Přístup k dítěti s podezřením na nadměrnou vybíravost ve stravování

Stejně jako při jiných zdravotních potížích se vyšetření PE zakládá na podrobné anamnéze vč. vyhodnocení nutričního příjmu a fyzikálním vyšetření (4). V anamnéze se pátrá po tzv. červených praporecích, které svědčí pro organickou příčinu obtíží. Jedná se zejména o údaje o dysfagii a odynofagii, poruchách koordinace polykání a sání (opakované epizody kašle a dušnosti v souvislosti s příjmem stravy, opakované aspirační pneumonie), krmení přerušované pláčem dítěte, zvracení a/nebo průjmem, alergické projevy např. atopický ekzém, neprospívání a poruchy vývoje dítěte (nedonošenost, vrozené vývojové vady, autismus) (3, 4). Ve fyzikálním vyšetření se pátrá po klinických známkách organického onemocnění nebo malnutrice (4). K rychlé orientaci zdravotníka v problematice příjmu stravy a vybíravosti v jídle v batolecím věku slouží jednoduchý dotazník NutriCHEQ, který vyplňují rodiče. Dotazník je bezplatně k dispozici na <https://www.1000dni.cz/nutricheq/>.

Ve väčšine prípadů je anamnéza z nemá a fyzikálný nález chudý. V takových situáciách je nutno vyhodnotiť event. behaviorálne faktory a/nebo faktory z prostredia dieťaťa a tým venovať náležitú pozornosť (4). V niektorých prípadoch je nutný multidisciplinárny prístup s účasťou praktického lekára, gastroenterologa, klinického logopeda a nutričného terapeuta (4). Prínosné je vyhodnocenie 3–7denného jídelníčku ke stanoveniu kvantitatívneho a kvalitatívneho príjmu (32). Správne vyhodnocený jídelníček môže odhaliť podozrenie na organickú príčinu obtíží (33). Pri organickej príčine vzniká vybiťavosť v jidle náhle a vzťahuje sa na všetky potravinové skupiny (33). Pri zistení neprosprávania v dôsledku nadmernej vybiťavosti v jidle je prvým krokom snaha o úpravu složeného jídelníčku. Pri selhání tejto možnosti by malo byť zvažované prídanie preparátů enterálnej výživy k podpore rústu (1, 31). Trímiesičný enterálny výživový PE vo veku 3–5 let vedľa k významnému zlepšeniu hmotnosti a výšky v porovnaní s PE, ktorí túto intervenciu nemali (31). U PE s nutričnou intervenciou došlo k poklesu incidence respiračných infekcií (31). Zdá sa, že dlhodobé podávanie enterálnej výživy podporuje rozmanitosť pokrmů a zaisťuje dostatečný príjem živín bez negatívneho dopadu na príjem bežnej rodinnej stravy (34). Randomizovaná kontrolovaná čínska štúdia na deťoch vo veku 30–60 mesíců prokázala, že skupina deťů s enterálnou výživou významne zlepšila rastové parametre v porovnaní so skupinou, ktorá mala len nutričnú poradenstvu (35). Na českém trhu sú k dispozícii izokalorické preparáty enterálnej výživy pre novorodencov a kojencov do jedného roka veku alebo hmotnosti 8 kg s intaktnou, parciálne alebo extenzívne hydrolyzovanou bielkovinou kravského mlieka. Pre batoláta a predškolské deti sú k dispozícii hyperkalorické preparáty tekuté alebo pudinkové konzistencie, s energetickým obsahom 1,5 kcal/ml. Nové je i tekutý preparát s obsahom 2,4 kcal/ml.

Doporučení pro rodiče nadměrně vybíravých dětí ve stravování

Pri prístupu k PE je doporučeno rozdelenie rolí a zodpovedností me-

zi rodičov a deťmi (32). Rodičia rozhodujú o príprave pokrmů, jejích skladbe, čase a prostredí, v ktorom sa stravuje (32). Dôležitý je správny odhad veľkosti porcie dieťaťa. Existujú voľne dostupná národná a medzinárodná doporučení ohľadne adekvátnej veľkosti porcií v rôznych vekových kategóriách. Dieťa je na druhej strane zodpovedné za reguláciu veľkosti porcie stravy (32).

Mezi princípy krmenia dieťaťa, ktoré by mali rodičia praktikovať a rešpektovať patrí (4, 32, 36):

- Krmenie k podpore chuti k jedlu: svačiny by mali byť malé a mali by sa podávať v pravidelných dobách a časových intervaloch, aspoň 2–3 hod. po hlavných jedlách. Tým sa umožní, aby dieťa vyhladovalo do doby ďalšieho hlavného jedla. Mlieko, výživné nápoje, ovocné šťavy, polievky a voda by sa mali podávať na konci hlavného jedla alebo svačiny. Zmienené složky jídelníčku môžu zaplniť žalúdek a dieťa tak odmieta stravu.
- Neodlákavať pozornosť dieťaťa od krmenia. Dieťa by malo byť posadené k jedlu a svačine ke stolu. Úroveň žalúdka dieťaťa by mala byť na úrovni stolu. Během krmenia by nemala byť zapnutá televízia a dieťa by si nemelo hrať s hračkou, tabletom alebo inými elektronickými zariadeniami.
- Rodiny by sa mali stravovať spoločne. Tým sa umožní zdravá interakcia medzi členmi rodiny a dieťa sa naučí správnejmu štýlu stravovania a jídelným návykům od rodičov a starších súrodenců.
- Umožniť samostatné krmenie dle veku dieťaťa s toleranciou vzniklého neporiadku príměřeného veku.
- Systematicky zavádzať nové pokrmy. K obľúbeným pokrmům dieťaťa prídavať malé porcie nové stravy. Pokud dieťa odmieta nové pokrmy, nabídnout len jedno sousto a nenutit dieťa k požití väčšieho množství. Nový pokrm by sa mal zaviesť znova až za niekoľko dní alebo týždňů.
- Príjem jedla by mal začať do 15 minút od usednutia ke stolu a nemelo by trvať dľa než 20–30 minút. Po skončení krmenia by sa mali zvyšky jedla odstrániť ze stolu a ďalšie krmenie nabídnout až v bežnom čase stravovania.

- Podávané pokrmy musí odpovídať veku dieťaťa so zohľadnením jeho orálne-motorického vývoje a použitím príboru odpoviadajúceho veku. Z psychologického hľadiska je lepšie začať malou porciou a postupne prídavať na talír než podať ihneď neprieměřene veľkou porciu.
- Chovanie rodičov během krmenia by malo byť neutrálne. Rodičia by sa nemali nechať uniesť krmením dieťaťa a nemali by sa na dieťa zlobiť alebo ho trestať pri odmiataní stravy.
- Vitamínové a minerálne doplnky by sa nemali podávať paušálne všem PE. Tyto preparáty by mali byť vyhradené deťom s prokázaným deficitom konkrétnych vitamínů a/nebo minerálů (4). Podobne by sa nemali podávať stimulatory chuti k jedlu dobre prosperujúcim deťom (4).

Závěr a shrnutí do praxe

Problematika PE je častá v praxi praktických lékařů pro děti a dorost a je zdrojem nervozity a frustrace rodičů (4). Většina těchto dětí roste přiměřeně a vyjadřuje vybiťavosť odpoviadajúce veku (4). Pri vyšetření dieťaťa s podozrením na nadmernou vybiťavosť v jidle je dôležité cilené pátranie po varovných anamnestických údajoch a fyzikálnych nálezoch s náležitým rozšírením diagnostického postupu pri jejích nálezoch a nasadením adekvátnej terapie (4). U veľkej časti deťů stačí edukácia rodičov ohľadne správneho prístupu ke krmeniu dieťaťa a zdravého skladby jídelníčku (4). V indikovaných prípadoch je vhodné zvažovať prídanie nutričnej podpory a potravinových doplnků do jídelníčku dieťaťa k zaisťovaniu zdravého rústu.

Tato článek vznikl za podpory grantu Ministerstva zdravotnictví ČR RVO VFN 64165/2012.

Literatura

1. Chao H-C. Association of Picky Eating with Growth, Nutritional Status, Development, Physical Activity, and Health in Preschool children. *Front Pediatr* 2018; 6: 22.
2. Jacobi C, Schmitz G, Agras WS. Is picky eating an eating disorder? *Int J Eat Disord* 2008; 41(7): 626–634.
3. Lam J. Picky eating in children. *Front Pediatr*. 2015; 3: 41.
4. Ong C, Phuh KY, Salazar E et al. Managing the 'picky eater' dilemma. *Singapore Med J* 2014; 55(4): 184–190.
5. Samuel TM, Musa-Veloso K, Ho M et al. A Narrative Review of Childhood Picky Eating and Its Relationship to Food Inta-

- kes, Nutritional Status, and Growth. *Nutrients* 2018; 10(12): pii E 1992.
6. Boquin MM, Moskowitz HR, Donovan SM et al. Defining perceptions of picky eating obtained through focus groups and conjoint analysis. *J Sens Stud* 2014; 29: 126–138.
 7. Walton K, Kuczynski L, Haycraft E et al. Time to re-think picky eating? A relational approach to understanding picky eating. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2017; 14(1): 62.
 8. Dubois L, Farmer A, Girard M et al. Problem eating behaviours related to social factors and body weight in preschool children: a longitudinal study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007; 4: 9.
 9. Carruth BR, Ziegler PJ, Gordon A et al. Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: s57–64.
 10. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18(1): 17–30.
 11. Cardona Cano S, Tiemeier H, Van Hoeken D et al. Trajectories of picky eating during childhood: A general populations study. *Int J Eat Disord* 2014; 48(6): 570–579.
 12. Needlman RD. Growth and development. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000 pp. 23–50.
 13. Beauchamp GK, Mennella JA. Flavor perception in human infants: development and functional significance. *Digestion* 2011; 83 (Suppl 1): 1–6.
 14. Forestell CA, Mennella JA. Early determinations of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics* 2007; 120: 1247–1254.
 15. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavour learning by human infants. *Pediatrics* 2001; 107(6): E88.
 16. Mennella JA, Beauchamp GK. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursing's behaviour. *Pediatrics* 1991; 88: 737–744.
 17. Mennella JA, Beauchamp GK. Smoking and the flavour of breast milk. *N Engl J Med* 1998; 339: 1559–1560.
 18. Sullivan SA, Birch LL. Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics* 1994; 93: 271–217.
 19. Shim JE, Kim J, Mathai RA. Associations of infant feeding practices and picky eating behaviors of preschool children. *J Am Diet Assoc* 2011; 111(9): 1363–1368.
 20. Cooke LJ, Hamworth CM, Wardle J. Genetics and environmental influences on children's food neophobia. *Am J Clin Nutr* 2007; 86(2): 428–433.
 21. Oliveira A, Jones L, de Lauzon-Guillain B et al. Early problematic eating behaviours are associated with lower fruit and vegetable intake and less dietary variety at 4–5 years of age. A prospective analysis of three European birth cohorts. *Br J Nutr* 2015; 114: 763–771.
 22. Dubois L, Farmer AP, Girard M et al. Preschool children's eating behaviours are related to dietary adequacy and body weight. *Eur J Clin Nutr* 2007; 67: 846–855.
 23. Tharner A, Jansen PW, Kieft-de Jong JC, Moll HA et al. Toward an operative diagnosis of fussy/picky eating: A latent profile approach in a population-based cohort. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2014; 11: 14.
 24. Taylor CM, Northstone K, Wernimont SM et al. Macro- and micronutrient intakes in picky eaters: A cause for concern? *Am J Clin Nutr* 2016; 104: 1647–1656.
 25. Li Z, van der Horst, Edelson-Fries LR et al. Perceptions of food intake and weight status among parents of picky eating infants and toddlers in China: A cross-sectional study. *Appetite* 2017; 108: 456–463.
 26. Galloway AT, Fiorito L, Lee Y et al. Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are „picky eaters“. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 541–548.
 27. Xue Y, Zhao A, Cai L et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite* 2015; 91: 248–255.
 28. Antoniou EE, Roefs A, Kremers SP et al. Picky eating and child weight status development: A longitudinal study. *Altern Use Live Vertebrates Biomed Res Test* 2016; 29: 298–307.
 29. De Barse LM, Tiemier H, Leermakers ET et al. Longitudinal association between preschool fussy eating and body composition at 6 years of age: The Generation R Study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015; 12: 153.
 30. Jacobi C, Agras WS, Bryson S et al. Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating on childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42(1): 76–84.
 31. Al-Hazza HM, Abahussain NA, Al-Sobayel HI et al. Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 8: 140.
 32. Satter E. Feeding dynamics: helping children to eat well. *J Pediatr Health Care* 1995; 9: 178–184.
 33. Leung AKC, Marchand V, Sauve S et al. The 'picky eater': The toddler or preschooler who does not eat. *Paediatr Child Health* 2012; 17(8): 455–457.
 34. Huynh DT, Estorninos E, Capeding MR et al. Impact of long-term use of oral nutritional supplement on nutritional adequacy, dietary diversity, food intake and growth of Filipino preschool children. *J Nutr Sci* 2016; 13(5): e20.
 35. Sheng X, Tong M, Zhao D et al. randomized controlled trial to compare growth parameters and nutrient adequacy in children with picky eating behaviors who received nutritional counselling with or without an oral nutritional supplement. *Nutr Metab Insights* 2014; 1(7): 85–94.
 36. Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clin Pediatr* 2009; 48: 960–965.

Článok je prevzatý z:
Pediatr. praxi 2020; 21(3): 147–151

MUDr. Nabil El-Lababidi

Centrum detskej gastroenterológie, hepatológie a výživy, KDDL VFN a 1. LF UK
Ke Karlovu 2, 128 08 Praha 2
nabil.el-lababidi@vfn.cz