

РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ТА НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ RESULTS THESIS AND SCIENTIFIC-RESEARCH

УДК: 616-053.3:613.953.1
DOI: 10.24061/2413-4260.X.2.36.2020.3

ЯК ОПТИМІЗУВАТИ ПРАКТИКУ
ВИГОДОВУВАННЯ НЕМОВЛЯТ

*Н.В. Котова, О.О. Старець,
Т.М. Хіменко, Ю.О. Геращенко,
О.В. Федоренко*

Одеський національний медичний університет
(м. Одеса, Україна)

Резюме

Вступ. Ожиріння – одна з найважливіших неінфекційних епідемій XXI сторіччя. Швидке збільшення ваги на першому році життя розглядається як фактор ризику ожиріння в дитячому та підлітковому віці. Педіатри відіграють центральну роль у формуванні здорового харчування та боротьбі з епідемією дитячого ожиріння. Необхідно оптимізувати викладання питань харчування дітей на до дипломному і післядипломному етапах, в першу чергу, це стосується вигодовування малюків.

Мета дослідження: оптимізація практики вигодовування немовлят шляхом оновлення змісту безперервної медичної освіти лікарів для покращення їх навичок консультування батьків.

Матеріали і методи дослідження. Методом випадкової вибірки проведено добровільне, анонімне анкетування 40 лікарів, які надають первинну допомогу дітям, щодо їх рекомендацій стосовно вигодовування немовлят. За допомогою сервісу Google Forms лікарів просили відповісти на 20 запитань анкети on-line. Розпознана рекомендацій лікарів (self-reported) порівнювали як із сучасними рекомендаціями Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), так і з відповідями батьків (self-reported) про існуючу практику годування немовлят.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що під час прийому дитини першого року життя лікарі витрачають у середньому 15–20 хвилин на консультування з питань грудного вигодовування, введення прикорму або оцінки та корекції вигодовування у другому півріччі. Не зазнавали труднощів при консультуванні батьків тільки 27,5% лікарів. На думку лікарів, покращенню практики консультування батьків могло б сприяти наявність чітких алгоритмів консультування (42,5%) і друкованого матеріалу для батьків (55%). Основні рекомендації лікарів щодо грудного вигодовування, часу введення прикорму і загального переліку продуктів додаткового харчування є сучасними і достовірно впливають на практику годування малюків. При цьому засновані на доказах рекомендації, що представлені Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), стосовно продуктів прикорму, збагачених залізом, потенційних високо алергенних продуктів, не рекомендованих продуктів та респонсивного годування, виявилися для частини лікарів новими.

Висновки. Для оптимізації практики годування малюків необхідно вдосконалити підготовку педіатрів і сімейних лікарів на додипломному етапі та під час безперервної післядипломної освіти. В програмі додипломного навчання необхідно приділяти більшу увагу формуванню таких компетентностей, як ефективне спілкування лікарів з батьками, а елементи консультування щодо грудного вигодовування та респонсивного годування малюків можуть бути включені в перелік навичок об'єктивного структурованого клінічного іспиту. Безперервна післядипломна освіта лікарів передбачає постійне оновлення знань з урахуванням появи оновлених рекомендацій, що базуються на доказах. На теперішній час Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) можна пропонувати в якості прототипу національної настанови з питань вигодовування немовлят і малюків, а дані, що в ній містяться, поширювати.

Ключові слова: безперервне навчання лікарів; консультування з питань вигодовування малюків; профілактика ожиріння.

Вступ

Ожиріння – одна з найважливіших неінфекційних епідемій XXI сторіччя. Перші 2 роки життя – це вирішальний період у формуванні навичок здорового харчування, оскільки в цей період формуються харчові уподобання, тому в цей же період можуть з'явитися перші передумови розвитку надмірної ваги і ожиріння. В останні роки встановлено міцний і прямий зв'язок між швидким набором ваги у грудному віці та ожирінням в дитячому та підлітковому віці, що вказує на важливість виявлення факторів, які можуть призвести до надмірного споживання калорій і, таким чином, до прискореного зростання на першому році життя [1,2].

Зважаючи на важливу роль, яку відіграє практика годування немовлят і малюків у формуванні

ожиріння в майбутньому, експертна група національної програми досліджень здорового харчування США розглянула наукові докази, що з'явилися протягом останніх двох десятиліть стосовно ролі батьків у формуванні навичок здорового харчування у дітей раннього віку. У 2017 р. ця експертна група опублікувала «Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler», де представила рекомендації щодо здорового харчування дітей перших 2 років життя. У цій настанові, заснованій на доказах, основна увага приділяється питанням чим і як годувати немовлят та малюків в контексті їх швидкого зростання та стрімких змін потреб і можливостей дитячого організму. Хоча в цьому документі основна увага приділяється розробці рекомендацій для осіб, які доглядають за дитиною, і тому,

як запобігти надмірному набору ваги у немовлят та малюків, у ньому також враховуються медичні аспекти ведення дітей, що тісно пов'язані з харчуванням, такі як дефіцит заліза і вітамінів [3].

Ключові аспекти, що обговорюються в останові – це респонсивне або чуйне батьківство (responsive parenting) – стиль виховання дітей батьками, який має на меті сприяти саморегуляції пізнавального, соціального та емоційного розвитку дитини, та респонсивне або чуйне годування (responsive feeding), що передбачає взаєморозуміння і зв'язок між дитиною та батьками під час процесу годування. Суть такого підходу включає три етапи: 1) дитина за допомогою рухів, міміки чи голосу повідомляє батькам про голод та ситість; 2) особа, що доглядає за дитиною, розпізнає сигнали та вчасно реагує на них, емоційно підтримує дитину; 3) дитина відчуває передбачувану реакцію на її сигнали. Нереспонсивне годування характеризується відсутністю взаєморозуміння між особою, що доглядає, та дитиною і може включати суворий контроль батьків над ситуацією годування, або домінування дитини, яка контролює ситуацію, або ігнорування потреб дитини [3,4].

Враховуючи, що в Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) представлені сучасні науково обґрунтовані рекомендації щодо харчування дітей перших 2 років, у попередньому дослідженні ми з'ясували, чи відповідає існуюча практика вигодовування немовлят нашого регіону цим рекомендаціям. У даному дослідженні ми провели опитування батьків (self-reported) щодо практики годування дітей першого року життя. Було виявлено, що у віці 1 рік за співвідношенням маса тіла / довжина тіла мають зайву вагу і ризик ожиріння у майбутньому 11,9 % дітей, що значно перевищує популяційний ризик при нормальному розподілі показника. Більшість дітей протягом першого півріччя отримувала переважно грудне вигодовування, а не ексклюзивне. Більшість дітей своєчасно отримали перший прикорм в 6 місяців, але часто цей прикорм не був збагачений залізом, і, як результат, у значній кількості дітей виявлялася анемія. У віці 9–12 місяців діти годувалися достатньо різноманітно, але багато з них отримували не рекомендовані продукти / напої та інгредієнти та в них була збільшена частка вуглеводів, тобто діти отримували надлишкові калорії. При цьому також були виявлені ознаки нереспонсивного годування, що, ймовірно, було причиною перегодовування дітей і затримки в них формування навичок жування і дрібної моторики «очі–рука». Особливе занепокоєння викликав той факт, що, хоча всі діти знаходилися під наглядом лікарів, на запитання, від кого отримували основну інформацію про вигодовування дитини на першому році життя, тільки 43,5% батьків відповіли – від свого лікаря, решта – від друзів – 19,6 % або з мережі Інтернет – 36,9 %. Тобто проведене дослідження виявило наступну проблему: в нашому регіоні існує неоптимальна практика вигодовування малюків, вона є фактором ризику розвитку в майбутньому у дітей надмірної ваги та ожиріння, а процес консультування батьків лікарями з цього приводу потребує оптимізації [5]. Віддаленні наслідки нерационального харчування в перші роки життя та недотримання здоро-

вого способу життя в родині, в загалом, є актуальними для нашого регіону і проявляють себе вже у ранньому шкільному та підлітковому віці. Так, під час обстеження підлітків Одеського регіону, ми в 24 % випадків виявили надмірну вагу[6].

В останові Guidelines for Infants and Young Toddler вказується, що педіатри відіграють центральну роль у формуванні здорового харчування та боротьбі з епідемією дитячого ожиріння [3]. Дослідження в розвинутих країнах показали, що існує розрив між прагненням до якісного консультування з питань харчування та фактичною практикою лікарів, при цьому лікарі вважають, що їх знання щодо харчування, як заходу профілактики ожиріння, є недостатніми, вони не відчувають належної підготовки для надання якісної консультативної допомоги [7, 8]. Також вказується, що педіатри мають суттєве обмеження в часі для консультування з питань харчування, враховуючи великий обсяг інформації, яку їм потрібно надати батькам при кожному профілактичному візиті дитини [9]. Усе наведене вище робить актуальним завданням для вищих медичних навчальних закладів оптимізувати викладання питань харчування дітей на до дипломному і післядипломному етапах, у першу чергу, це стосується вигодовування малюків.

Мета дослідження: оптимізація практики вигодовування немовлят шляхом оновлення змісту безперервної медичної освіти лікарів для покращення їх навичок консультування батьків.

Матеріали і методи дослідження

Для того, щоб виявити, які аспекти викладання питань харчування немовлят необхідно оптимізувати, нами проведено анкетування лікарів-педіатрів закладів первинної медичної допомоги дітям. За допомогою сервісу Google Forms був розроблений опитувальник, що містив 20 запитань стосовно рекомендацій і практики консультування батьків з питань вигодовування немовлят. Електронне посилання на опитувальник було розіслано в медико-профілактичні заклади м. Одеси, що здійснюють нагляд за здоровими дітьми. Випадковість вибірки в когорті дослідження та об'єктивність відповідей респондентів була гарантована тим, що лікарі відповідали на опитувальник on-line добровільно (за власним бажанням), анонімно та за відсутності прямого впливу інтерв'юера. Протягом 2-х тижнів від лікарів-педіатрів отримано 40 заповнених анкет. Сервіс Google Forms надавав можливість швидко отримувати, як індивідуальні відповіді респондентів, так і автоматично формувати підсумкові дані опитування у форматі Excel-таблиць, які можна було аналізувати з використанням інструментів статистики. Результати опитування лікарів (self-reported) порівнювали, як із сучасними рекомендаціями Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), так і з відповідями батьків (self-reported) про існуючу практику годування немовлят. За допомогою online калькулятора Simple Interactive Statistica Analysis (SISA) ми розраховували розповсюдженість рекомендацій лікарів і практики їх виконання батьками; порівняння показників розповсюдженості з 95% довірчими

інтервалами (ДІ) дозволили виявити статистично значущу різницю між відповідями респондентів в когорті лікарів і когорті батьків. Такий підхід надавав можливість з'ясувати, які знання лікарів потребують вдосконалення, наскільки лікарі впливають на батьківську практику годування малюків, та які аспекти консультативної роботи потребують вдосконалення.

Результати дослідження та їх обговорення

Материнське молоко є ідеальною їжею для малюків, а його адекватне споживання відповідає харчовим потребам немовлят у перші 6 місяців життя. Після 6 місяців додаткові продукти харчування доповнюють раціон енергією, залізом, вітамінами та іншими мікроелементами, а також готують немовлят до більш різноманітного раціону харчування. Тому сучасна рекомендація щодо грудного вигодовування немовлят – ексклюзивне грудне вигодовування до 6 місяців, потім продовжувати грудне вигодовування до 1 року і довше за бажанням (Grade 1A) [10].

За даними опитування, 100% лікарів дотримуються цієї рекомендації, проте годують грудьми дітей до 6 місяців 61,9% (95% ДІ 54,6–69,2), а до 12 місяців – 54,8% (95% ДІ 47,3–62,3) матерів, що є не ідеальними, але достатньо високими показниками, які можна порівняти з показниками в розвинутих країнах. Наприклад, розповсюдженість грудного вигодовування до 6 місяців співпадає з цільовим показником національної програми "Здорові люди 2020" у США – 60,6%, і перевищує їх показник грудного вигодовування до 12 місяців – 34,1% [11].

Згідно міжнародних рекомендацій, дитині слід пропонувати просту питну воду з чашки, коли вона почне їсти тверду їжу [3]. У нашому попередньому дослідженні було виявлено, що частина дітей на грудному вигодовуванні отримувала воду занадто рано: у віці 1–2 місяців 17,4 % (95% ДІ 11,7–23,1%), всього до 5–6 місяців – 35,1% (95% ДІ 27,9–42,3%) дітей. При цьому це статистично співпадає з рекомендаціями лікарів: з перших місяців життя рекомендують воду 17,5% (95% ДІ 5,72–29,3%), всього до 5–6 місяців – 45% (95% ДІ 29,6–60,4%). Тобто в межах безперервної післядипломної освіти необхідно звертати увагу лікарів, чим відрізняються ексклюзивне і переважно грудне вигодовування.

За рекомендаціями Американської академії педіатрії (ААП), для уникнення дефіциту слід давати 400 МО вітаміну D3 з першого тижня життя: 1) всім дітям на грудному вигодовуванні та 2) дітям, які отримують за добу менше 1 л адаптованої суміші, збагаченої вітаміном D (Grade 1B). Рекомендовано продовжувати давати дитині вітамін D до тих пір, поки вона не буде відлучена від грудей та буде отримувати 1 літр на день збагаченої вітаміном D суміші або після 12 місяців [12].

За даними наших респондентів-лікарів, вони рекомендують всім дітям розпочати прийом вітаміну D в перший місяць життя, проте тривалість профілактичного прийому до 12 місяців рекомендують тільки 32,5% (95% ДІ 18,0–47,0%), решта вважають достатнім сезонний прийом вітаміну D. За даними батьків, отримували вітамін D на першому році життя 61,9% (95% ДІ 54,6–61,2%);

тривалість прийому ми не досліджували. Тобто знання лікарів щодо тривалості профілактичного прийому вітаміну D потребують вдосконалення, як і навички консультування батьків з цього приводу. При цьому слід зазначити, що прихильність (комплаєнтність) до тривалого прийому вітамінів – це складна проблема. Так, за даними кількох досліджень, щодо дотримання національних рекомендацій з профілактичного прийому вітаміну D дітьми, рівень прихильності коливався у межах від 74% в Канаді до 59 % в Норвегії [13, 14].

Грунтуючись на фізіологічних потребах організму в поживних речовинах та психомоторному дозріванні, додаткові продукти харчування оптимально вводити дитині у віці від чотирьох до шести місяців [10]. Вік не є єдиним показником для введення прикорму, у дитини повинні бути ознаки готовності до прийому твердої їжі, а саме: добре тримає голову, сидить з підтримкою або без неї; проявляє інтерес до їжі дорослих; відкриває рот, коли підносять ложку з їжею, та відвертається від ложки з їжею, коли не голодний; закриває рот з ложкою в роті, тримає їжу в роті, потім ковтає, не виштовхує ложку і не випльовує їжу. Введення прикорму до 4-місячного віку не має доведених переваг і, навпаки, пов'язане з ризиком аспірації (відсутні оральні рухові навички ковтання), недостатнім або надмірним споживанням енергії та поживних речовин, збільшенням навантаження на нирки, а також з ризиком розвитку ожиріння та цукрового діабету I типу у майбутньому [15, 16]. Потенційна шкода від затримки введення прикорму в 6 місяців – це дефіцит заліза у дітей на грудному вигодовуванні, якщо їм не дають добавки заліза, затримка росту, затримка розвитку оральної рухової функції, ризик розвитку atopічних захворювань (астма, алергічний риніт, екзема, харчова алергія) та ін. [3, 10, 17, 18].

За результатами опитування, 100% лікарів рекомендують вводити перший прикорм у віці 5–6 місяців за наявності у дитини ознак готовності їсти густу їжу. За даними опитування батьків, 91,6% (95% ДІ 87,4–95,8%) дітей у віці 4–6 місяців отримали перший прикорм, тобто цей показник хоча і високий, був достовірно нижчим, ніж рекомендації лікарів.

Комітет ААП з питань харчування пропонує для дітей на грудному вигодовуванні в якості першого прикорму вводити кашу, збагачену залізом, та пюре з м'яса (Grade 2C), оскільки вони забезпечують дитину залізом і цинком, які є найнеобхіднішими у даному віці. При цьому вказується, що гемове залізо в м'ясі є більш біодоступним, ніж негемове залізо, і посилює всмоктування негемового заліза. Ця рекомендація ґрунтується на тому, що дефіцит заліза у ранньому віці призводить до несприятливих наслідків у подальшому житті, у тому числі, таких як затримка когнітивного розвитку, збільшення ризику захворювань тощо. Згідно рекомендацій ААП, діти, народжені доношеними, на грудному вигодовуванні потребують у 4-місячному віці добавки елементарного заліза 1 мг/кг щодня (максимум 15 мг), а дітям на штучному вигодовуванні необхідно вживати суміш, що містить заліза не менше 6 мг на літр. Продовжувати прийом заліза дітям на грудному вигодовуванні необ-

хідно до тих пір, поки вони не будуть отримувати достатню кількість додаткової їжі, збагаченої залізом, наприклад, дві або більше порції (1 порція = 1–2 столові ложки) збагаченої залізом дитячої каші щодня. У популяціях з низькою розповсюдженістю залізодефіциту не має доказів того, що у віці 6 місяців і старше рутинна добавка заліза корисна для здорових дітей. У другому півріччі дітям рекомендуються загальні дієтичні підходи, що допоможуть задовольнити передбачувані потреби у залізі – страви прикорму, багаті на залізо. Крім того в цьому віці принаймні одне годування дитини на день повинно містити продукти, багаті на вітамін С (наприклад, цитрусові, цибуля, полуниця, помідори та темно-зелені овочі), щоб сприяти засвоєнню заліза [17–20]. У популяціях з високою розповсюдженістю дефіциту заліза у немовлят доведено, що універсальне додавання заліза дає важливі клінічні переваги, а саме: покращення темпів росту і психомоторного розвитку дітей [21].

У нашому дослідженні лікарі відповіли, що рекомендують для першого прикорму: овочеве пюре – 95% (95% ДІ 88,3–1,02%), або кашу – 60% (95% ДІ 44,8–75,1%), з них 45% – кашу промислового виробництва, або м'ясне пюре – 27,5% (95% ДІ 13,7–41,3%). За даними батьків, діти отримали у якості першого прикорму: овочеве пюре – 68,5% (95% ДІ 61,5–75,5%), кашу – 26,2% (95% ДІ 19,6–32,9%), м'ясне пюре – 14,2% (95% ДІ 8,92–19,5%), що пропорційно співпадає з рекомендаціями лікарів. До 8-місячного віку ввести м'ясне пюре рекомендують 57,5% (95% ДІ 42,7–73,8%) лікарів, а фактично отримали м'ясне пюре достовірно менше – 15,5% (95% ДІ 10,0–30,0%) дітей. Розподіл відповідей лікарів вказує, що вони не розглядають перший прикорм як захід запобігання дефіциту заліза, а при консультуванні батьків недостатньо наполегливо рекомендують вводити дітям продукти, багаті на залізо. Тому, як результат відсутності багатих на залізо продуктів в раціоні, у 14,3% (95% ДІ 9,0–19,6%) дітей когорта була виявлена анемія, а препарати заліза отримали лише 10,1% (95% ДІ 5,5–14,7%) дітей. У нашій країні існують рекомендації щодо профілактичного призначення препаратів заліза дітям, народженим недоношеними, виконання цих рекомендацій ми обговорювали в попередніх дослідженнях [22, 23]. Рекомендацій щодо профілактичного призначення заліза здоровим немовлятам на грудному вигодовуванні, народженим доношеними, не існує, тому 100% лікарів обґрунтовано відповіли, що призначають препарати заліза таким дітям тільки за клінічними показаннями. Таким чином, необхідно удосконалювати знання лікарів і популяції загалом щодо ролі страв прикорму у профілактиці залізодефіциту у малюків.

Згідно Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), немає науково обґрунтованих рекомендацій про порядок введення продуктів після введення першого прикорму. Проте доцільно як можна раніше ввести протерті овочі та фрукти, при цьому овочі слід ввести раніше фруктів, при такому порядку введення, вони легше сприймаються дітьми. Включаючи нові продукти в раціон немовлят, на початковому етапі їх доцільно змішувати з грудним молоком або сумішшю. Страви прикорму слід пропонувати спочатку в невеликих кількостях

(1 чайна ложка) наприкінці годування грудьми чи сумішшю, поступово збільшувати об'єм приблизно до половини склянки на день у віці від 6 до 8 місяців. Низка досліджень показала, що в стравах прикорму домашнього приготування (каші, овочеві пюре) вміст поживних речовин був більш змінним, ніж у продуктах комерційного виробництва [24, 25]. Крім того, приготовлені в домашніх умовах шпинат, буряк, зелена квасоля, кабачки та морква не можна давати дітям молодше чотирьох місяців, тому що ці продукти можуть містити достатню кількість нітратів, щоб викликати метгемоглобінемію [26]. До віку 7–8 місяців дитини доцільно досягти різноманіття (диверсифікації) харчування і отримати різні продукти, не менш 4 із 7 перерахованих харчових груп: 1) зернові / коренеплоди / бульбоплоди; 2) бобові / стручкові / горіхи (у вигляді пасти / масла); 3) кисломолочні продукти (йогурт, сир тощо); 4) м'ясо, риба, птиця, печінка тощо; 5) яйця; 6) овочі та фрукти, багаті на вітамін А (жовті, оранжеві); 7) інші овочі та фрукти [3].

За даними опитування, у віці до 7 місяців рекомендують ввести овочеве пюре – 100% (67,5% домашнього приготування) та фруктове пюре – 60% (95% ДІ 44,8–75,2%) лікарів; отримали овочеве пюре – 68% (95% ДІ 61,0–75,1%) та фруктове пюре – 50,6% (95% ДІ 43,0–58,2%) дітей. Лікарі вказали, що рекомендують у другому півріччі ввести всі перелічені вище групи продуктів, крім пюре з бобових та пасти з горіхів; при цьому рибне пюре, яєчний жовток, кисломолочні продукти у більшості випадків вони рекомендують у 8–9 місяців. За даними батьків, фактично отримали до 10 місяців м'ясне пюре – 82,7%, яєчний жовток – 67,3%, рибне пюре – 41,1%, пюре з бобових 14,3% дітей. На першому році життя не отримали: м'ясне пюре – 6,5%, яєчний жовток – 11,3%, рибне пюре – 19,6%, пюре з бобових – 73,8% дітей. Ці данні вказують про занадто пізні введення дітям важливих для їх зростання і розвитку продуктів, що є джерелами білків і мікроелементів, а також про недостатній вплив рекомендацій лікарів на батьків з цього приводу. Крім того, лікарям слід ширше інформувати батьків, що, за рекомендаціями ААП, потенційні харчові алергени (наприклад, яйця, риба, арахіс / арахісове масло, горіхи) можуть бути введені немовлятам у віці від 4–6 місяців, за умов усунення небезпеки аспірації. На сьогодні не знайдено переконливих доказів, що затримка введення високоалергенних продуктів запобігає розвитку харчової алергії та atopічних захворювань у дітей [27, 28].

Згідно Guidelines for Infants and Young Toddler, до 1 року немовлятам не рекомендовано давати / додавати наступні продукти / напої: коров'яче та козяче молоко, як продукт харчування, тому що вони містять забагато білку і кальцію, а також тому, що вони, як і чай, гальмують всмоктування заліза / вітамінів і підвищують ризик розвитку анемії; фруктові соки, солодкі напої, цукор, як джерело надлишкового надходження легко засвоєваних вуглеводів / калорій, крім того фруктовий сік не надає корисних речовин і може сприяти недоїданню або переїданню, розвитку діареї, метеоризму, здуття живота та карієсу зубів; мед, тому що може містити збудник ботулізму; сіль і цукор,

тому що вони формують у дитини звичку надавати перевагу цим смакам у подальшому житті, тобто не сприяють формуванню здорового харчування [3].

В когорті дослідження лікарі не рекомендують до 1 року: коров'яче молоко – 80% (95 ДІ 67,6–94,4%), козяче молоко – 82,5% (95 ДІ 71,0–94,3%), чай – 37,5% (95 ДІ 22,5–52,5%), фруктові соки – 12,5 % (95 ДІ 2,3–22,8%), компот – 20% (95 ДІ 7,6–32,4%), мед – 90% (95 ДІ 80,7–99,3%), додавати в страви сіль – 67,5% (95 ДІ 53,0–82,0%) та цукор – 75% (95 ДІ 61,6–88,5%). За даними батьків, діти не отримували до 1 року: коров'яче молоко – 79,8% (95 ДІ 73,7–85,9%), козяче молоко – 88,7% (95 ДІ 83,9–93,5%), чай – 23,8 % (95 ДІ 17,4–30,2%), фруктові соки – 49,4% (95 ДІ 41,8–57,0%), компот – 72% (95 ДІ 65,2–78,8%), мед – 86,9% (95 ДІ 81,8–92,0%), сіль – 42,0% (95 ДІ 34,5–49,5%) та цукор – 60,1% (95 ДІ 52,7–67,5%). Тобто не виявлено достовірної різниці в рекомендаціях лікарів та їх виконанні батьками щодо цільного молока тварин і меду; знання і навички консультування лікарів щодо інших не рекомендованих малюкам продуктів потребують вдосконалення, тому що існуюча практика годування дітей є неоптимальною.

Складність та текстура прикорму вдосконалюються паралельно розвитку навичок годування немовляти. Перші продукти прикорму повинні бути тонко протертими, містити лише один інгредієнт і даватися з ложки, а не з пляшечки. Комбіновану їжу (наприклад, фруктово-круп'яні, м'ясо-овочеві страви) можна давати після того, як дитина переносить окремі компоненти. Після того, як досягнуто толерантність до ніжного пюре, і немовля може самостійно сидіти та намагається схопити їжу своїми руками, можна ввести густішу їжу. Приблизно у 8-місячному віці немовлята зазвичай мають достатню гнучкість язика, щоб пережовувати та ковтати їжу з більш щільною текстурою (мелена їжа, пюре з невеликими м'якими грудками). Поступова зміна текстури прикорму на більш густу і щільну має важливе значення для здобуття нормальних навичок жування та ковтання. До 8-10-місячного віку немовлята починають вдосконалювати навички, необхідні для самостійного годування. Вони вміють сидіти без підтримки, з'являється координація «очі–рука», необхідна для маніпулювання їжею, здатність «жувати» (навіть за відсутності зубів) і ковтати щільну їжу. Важливо, щоб у віці до 1 року у дитини сформувалася навичка їсти «пальчикові» продукти: дрібно нарізану м'яку їжу (наприклад, шматочки м'яких фруктів, овочів, добре зварене м'ясо, варені макаронні вироби тощо) та продукти, які легко розчиняються (наприклад, дитяче печиво, сухарики тощо) [3, 17, 29, 30]. При цьому потрібно уникати їжі, яку дитина може аспирувати: сосиски, горіхи (особливо арахіс), виноград, родзинки, сир, морква, попкорн та круглі цукерки [19]. Своєчасний розвиток у дитини навичок самостійного годування у поєднанні з респонсивним годуванням з боку батьків (з врахуванням сигналів голоду і насичення у дитини), є важливішими умовами запобігання надмірної ваги та ожиріння у майбутньому, тому що формують у дитини здорову звичку не переїдати [3, 19].

За даними опитування, більшість лікарів рекомендують змінювати текстуру прикорму на більш

щільну та давати дітям «пальчикову» їжу до 1 року: парові тефтели / котлети – 67,5% (95% ДІ 53,0–82,0%); овочі / фрукти шматочками – 65% (95% ДІ 50,2–79,8%), хліб / печиво – 80% (95% ДІ 67,6–92,4%). Дані батьків з цього приводу статистично не відрізнялися від рекомендацій лікарів – діти отримували до 1 року: парові тефтели / котлети – 61,9% (95% ДІ 54,6–69,5%); овочі / фрукти шматочками – 70,9 % (95% ДІ 64,0–77,8%), хліб / печиво – 79,8% (95% ДІ 73,7–85,9%). Хоча всі лікарі відповіли, що рекомендують батькам при годуванні дитини керуватися ознаками голоду та насичення, у відповідях, як лікарів, так і батьків були виявлені ознаки нереспонсивного годування. Так лікарі рекомендують: точно вимірювати об'єм порції – 45% (95% ДІ 29,6–60,4%), намагатися, щоб дитина з'їдала всю порцію – 25% (95% ДІ 11,6–38,4%); фактично виконують рекомендації достовірно менша частина батьків: точно вимірюють об'єм порції – 24,4% (95% ДІ 18,9–31,4%), намагаються, щоб дитина з'їдала всю порцію – 14,9% (95% ДІ %). Таким чином, знання лікарів та їх навички консультування щодо респонсивного годування також є неоптимальними, їх необхідно вдосконалювати.

Опитування лікарів показало, що фахівці витрачають на консультування: з питань грудного вигодовування – до 15 хвилин 52,5%, решта – 20–30 хвилин і більше; з питань введення прикорму та оцінки і корекції вигодовування у другому півріччі – до 15 хвилин 50%, решта – 20–30 хвилин і більше. Тобто консультативна робота з батьками дійсно вимагає багато часу. Не зазнавали труднощів при консультуванні батьків тільки 27,5% лікарів. На запитання, що могло б допомогти при консультуванні батьків, лікарі відповіли таким чином: збільшення часу для консультування – 17,5%; наявність чітких алгоритмів консультування – 42,5%; оволодіння практичними навичками ефективного консультування – 10%; наявність роздрукованого матеріалу для батьків – 55%.

Висновки

Для оптимізації практики годування малюків необхідно вдосконалити підготовку як педіатрів, так і сімейних лікарів на до дипломного етапі та під час безперервної післядипломної освіти. В програмі до дипломного навчання необхідно приділяти більшу увагу формуванню таких компетентностей, як ефективне спілкування лікарів з батьками, а елементи консультування щодо грудного вигодовування та респонсивного годування малюків можуть бути включені в перелік навичок об'єктивного структурованого клінічного іспиту. Безперервна післядипломна освіта лікарів передбачає постійне оновлення знань у міру появи оновлених рекомендацій, що базуються на доказах. На теперішній час Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) можна пропонувати в якості прототипу національної настанови з питань вигодовування немовлят і малюків, а дані, що в ній містяться поширювати.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть спрямовані на вивчення факторів, що впливають на прихильність

до виконання рекомендацій лікарів (комплаєнтність) з питань харчування дітей. Виходячи з отриманих даних високий практичний інтерес представляє розробка алгоритмів консультування батьків щодо вигодовування немовлят на різних етапах ведення дитини протягом першого року життя і під-

готовка друкованої продукції для батьків.

Конфлікт інтересів. Автори не мають конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Відсутні.

Література

1. Nader PR, Huang TT, Gahagan S, Kumanyika S, Hammond RA, Christoffel KK. Next steps in obesity prevention: altering early life systems to support healthy parents, infants, and toddlers. *Child Obes.* 2012;8(3):195-204. doi: 10.1089/chi.2012.0004.
2. Perez-Escamilla R, Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *Int J Obes Suppl.* 2013;3(Suppl 1):S3-S5. doi: 10.1038/ijosup.2013.2
3. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers. A Responsive Parenting Approach. *Nutrition Lifecycle.* 2017;52(5):223-31.
4. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Obesity in the Early Childhood Years: State of the Science and Implementation of Promising Solutions: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2016. 114p. doi: <https://doi.org/10.17226/23445>
5. Котов НВ, Старець ОО, Хіменко ТМ, Геращенко ЮЛ, Коваленко ДА. Дослідження існуючої практики годування дітей першого року життя: опитування батьків. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2020;10(1):14-21. doi: 10.24061/2413-4260.X.1.35.2020.2
6. Starets O, Khimenko T, Kaur N, Bharadwaj O. The Comparative Analysis of Obesity Risk Factors among Indian and Ukrainian Adolescents. *Diabetes Complications*[Internet]. 2018[cited 2020 Feb 11];2(3):1-3. Available from: <http://www.scivisionpub.com/pdfs/the-comparative-analysis-of-obesity-risk-factors-among-indian-and-ukrainian-adolescents-478.pdf>
7. Lin HC, Kahana D, Vos MB, Black D, Port Z, Shulman R, et al. Assessment of Nutrition Education Among Pediatric Gastroenterologists: A Survey of NASPGHAN Members. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56(2):137-44. doi:10.1097/MPG.0b013e3182638ce8.
8. Chung M, van Buul VJ, Wilms E, Nellessen N, Brouns FJPH. Nutrition education in European medical schools: results of an international survey. *Eur J Clin Nutr.* 2014;68(7):844-6. doi: 10.1038/ejcn.2014.75.
9. Daniels SR, Hassink SG. The Role of the Pediatrician in Primary Prevention of Obesity. *Pediatrics*[Internet]. 2015[cited 2019 Dec 27];136(1):e275-92. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/136/1/e275.long>. doi: 10.1542/peds.2015-1558.
10. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Section on breastfeeding. *Pediatrics*[Internet]. 2012[cited 2020 Feb 6];129(3):e827-e41. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.long> doi: 10.1542/peds.2011-3552
11. Healthy People 2020: Maternal, Infant, and Child Health. Healthy Start EPIC Center[Internet]. [cited 2020 Feb 1]. Available from: <https://www.healthystartepic.org/resources/mch-organizations/healthy-people-2020-maternal-infant-and-child-health/>
12. Wagner CL, Greer FR. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics.* 2008;122(5):1142-52. doi: 10.1542/peds.2008-1862.
13. Gallo S, Jean-Philippe S, Rodd C, Weiler HA. Vitamin D supplementation of Canadian infants: practices of Montreal mothers. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2010;35(3):303-9. doi: 10.1139/H10-021.
14. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr.* 2003;92(2):152-61. doi: 10.1111/j.1651-2227.2003.tb00519.x.
15. Hall RT, Carroll RE. Infant feeding. *Pediatr Rev.* 2000;21(6):191-9. doi: 10.1542/pir.21-6-191.
16. Ong KK, Emmett PM, Noble S, Ness A, Dunger DB. Dietary energy intake at the age of 4 months predicts postnatal weight gain and childhood body mass index. *Pediatrics.* 2006;117(3):e503-8. doi: 10.1542/peds.2005-1668.
17. Northstone K, Emmett P, Nethersole F. The effect of age of introduction to lumpy solids on foods eaten and reported feeding difficulties at 6 and 15 months. *J Hum Nutr Diet.* 2001;14(1):43-54. doi: 10.1046/j.1365-277x.2001.00264.x.
18. Nwaru BI, Takkinen HM, Niemelä O, Kaila M, Erkkola M, Ahonen S, et al. Timing of infant feeding in relation to childhood asthma and allergic diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131(1):78-86. doi: 10.1016/j.jaci.2012.10.028.
19. Kleinman RE, Greer FR, editors. *Pediatric Nutrition* [Internet]. 7th ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village; 2014[cited 2019 Dec 23]. Chapter 6, Complementary feeding; p. 123. Available from: <https://reader.aappublications.org/pediatric-nutrition-7th-edition/151>
20. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0–3 Years of Age). *Pediatrics.* 2010;126(5):1040-50. doi: 10.1542/peds.2010-2576.
21. Abdelrazik N, Al-Haggag M, Al-Marsafawy H, Abdel-Hadi H, Al-Baz R, Mostafa AH. Impact of long-term oral iron supplementation in breast-fed infants. *Indian J Pediatr.* 2007; 74(8):739-45. doi: 10.1007/s12098-007-0130-y.
22. Старець ОО, Хіменко ТМ. Вивчення шляхів корекції харчування та дефіциту мінералів і вітамінів у недоношених дітей першого року життя. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2019;9(4):75-81. doi: 10.24061/2413-4260.IX.4.34.2019.5
23. Котова НВ, Старець ОО, Хіменко ТМ. Роль макро- і мікроелементів у зростанні та розвитку на першому році життя дітей, народжених передчасно. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина.* 2016;6(4):61-5. doi: 10.24061/2413-4260.VI.4.22.2016.9
24. van den Boom S, Kimber AC, Morgan JB. Nutritional composition of home-prepared baby meals in Madrid. Comparison with commercial products in Spain and home-made meals in England. *Acta Paediatr.* 1997;86(1):57-62. doi:10.1111/j.1651-2227.1997.tb08833.x
25. Melø R, Gellein K, Evje L, Syversen T. Minerals and trace elements in commercial infant food. *Food Chem Toxicol.* 2008;46(10):3339-42. doi: 10.1016/j.fct.2008.08.007.

26. Greer FR, Shannon M. Infant methemoglobinemia: the role of dietary nitrate in food and water. *Pediatrics*. 2005;116(3):784-6. doi:10.1542/peds.2005-1497.
27. de Silva D, Geromi M, Halken S, Host A, Panesar SS, Muraro A, et al. Primary prevention of food allergy in children and adults: systematic review. *Allergy*. 2014;69(5):581-9. doi: 10.1111/all.12334.
28. Lodge CJ, Allen KJ, Lowe AJ, Dharmage SC. Overview of evidence in prevention and aetiology of food allergy: a review of systematic reviews. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10(11):5781-806. doi: 10.3390/ijerph10115781.
29. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64(1):119-32. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454
30. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, editors. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* [Internet]. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Villag; 2008[cited 2019 Dec 20]. Promoting healthy nutrition; p.121. Available from: <https://pediatriccare.solutions.aap.org/chapter.aspx?sectionid=154098060&bookid=2041>

КАК ОПТИМИЗИРОВАТЬ ПРАКТИКУ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Н.В. Котова, Е.А. Старец, Т.Н. Хименко,
Ю.А. Геращенко, О.В. Федоренко*

Одесский национальный медицинский
университет (г. Одесса, Украина)

Резюме

Введение. Ожирение - одна из важнейших неинфекционных эпидемий XXI века. Быстрое увеличение веса на первом году жизни рассматривается как фактор риска ожирения в детском и подростковом возрасте. Педиатры играют центральную роль в формировании здорового питания и борьбе с эпидемией детского ожирения. Необходимо оптимизировать преподавание вопросов питания детей на до дипломном и последипломном этапах, в первую очередь, это касается вскармливания детей.

Цель исследования: оптимизация практики вскармливания младенцев путем обновления содержания непрерывного медицинского образования врачей для улучшения их навыков консультирования родителей.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки проведено добровольное, анонимное анкетирование 40 врачей, оказывающих первичную помощь, касающиеся их рекомендаций по вскармливанию младенцев. С помощью сервиса Google Forms врачей просили ответить на 20 вопросов анкеты on-line. Распространенность рекомендаций врачей (self-reported) сравнивали, как с современными рекомендациями Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), так и с ответами родителей (self-reported), отражающими существующую практику кормления младенцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что во время приема ребенка первого года жизни врачи тратят в среднем 15-20 минут на консультирование по вопросам грудного вскармливания, введения прикорма или оценки и коррекции вскармливания во втором полугодии. Не испытывали трудностей при консультировании родителей только 27,5% врачей. По мнению врачей, улучшению практики консультирования родителей могло бы способствовать наличие четких алгоритмов консультирования (42,5%) и печатного материала для родителей (55%). Основные рекомендации врачей по грудному вскармливанию, времени введения прикорма и общего перечня продуктов дополнительного питания являются современными и достоверно влияют на практику кормления детей. При этом, основанные на доказательствах рекомендации, представленные Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017), в отношении продуктов прикорма, обогащенных железом, потенциальных высокоаллергенных продуктов, не рекомендуемых продуктов и респонсивного кормления, оказались для части врачей новыми.

Выводы. Для оптимизации практики кормления младенцев, необходимо усовершенствовать подготовку педиатров и семейных врачей на додипломном этапе и

HOW TO OPTIMIZE INFANT FEEDING PRACTICES

*N. Kotova, O. Starets, T. Khimenko,
Y. Herashchenko, O. Fedorenko*

Odessa National Medical University
(Odessa, Ukraine)

Summary

Introduction. Obesity is one of the most important non-communicable epidemics of the 21st century. Rapid weight gain during first year of life is considered as a risk factor for childhood and adolescence obesity. Pediatricians play a central role in shaping healthy diets and combating the childhood obesity epidemic. It is necessary to optimize the teaching of child nutrition in the undergraduate and postgraduate studies, first and foremost, this concerns breastfeeding.

Purpose of the study: optimization of infant feeding practices by updating the content of continuing medical education for physicians to improve their parental counseling skills.

Materials and methods of research. A voluntary, anonymous survey of 40 primary care physicians on their infant feeding recommendations was conducted by random sampling. With the help of Google Forms, doctors were asked to answer 20 online survey questions. The prevalence of self-reported physician recommendations has been compared with current Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) and parental self-reported responses, which reflects existing infant feeding practices.

Results of the study and their discussion. It has been found that physicians spend an average of 15-20 minutes on counseling about breastfeeding, complementary foods or assessment and correction of feeding in the second part of the first year of life. Only 27.5% of doctors did not have difficulties in counseling parents. According to doctors, enhancement of counseling algorithms (42.5%) and printed material for parents (55%) could help to improve parental counseling practices. The main recommendations of doctors on breastfeeding, the timing of complementary feeding and the general list of supplementary foods are modern and have a significant impact on the practice of breastfeeding. In doing so, evidence-based recommendations provided by Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) regarding iron-rich foods, potential high-allergenic foods, non-recommended foods, and responsive feeding have proven to be new to some physicians.

Conclusion. In order to optimize the practice of breastfeeding, it is necessary to improve the training of pediatricians and family doctors during undergraduate studies and continuing postgraduate education. In the undergraduate program, greater emphasis should be placed on developing such competencies as effective communication of physicians with parents, and the elements of breastfeeding counseling and responsive breastfeeding may be included in the list of objective structured clinical exam skills. Continuing postgraduate physician education

во время непрерывного последилопного образования. В программе додиплоного обучения необходимо уделять большее внимание формированию таких компетенций, как эффективное общение врачей с родителями, а элементы консультирования по грудному вскармливанию и респонсивному кормлению младенцев могут быть включены в перечень навыков объективного структурированного клинического экзамена. Непрерывное последилопное образование врачей предусматривает постоянное обновление знаний по мере появления обновленных рекомендаций, основанных на доказательствах. В настоящее время Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) можно предлагать в качестве прототипа национального постановления по вскармливанию новорожденных и младенцев, а данные, которые в ней содержатся распространять.

Ключевые слова: непрерывное обучение врачей; консультирование по вопросам вскармливания младенцев; профилактика ожирения

provides for continuous updating of knowledge as updated evidence-based recommendations emerge. The Feeding Guidelines for Infants and Young Toddler (2017) can now be offered as a prototype for national infant and toddler feeding guidelines, and the information contained therein is being disseminated.

Key words: Continuing Medical Education; Infant Feeding Counseling; Obesity Prevention.

Контактна інформація:

Котова Наталія Володимирівна – д.мед.н., професор, професорка кафедри пропедевтики педіатрії Одеського національного медичного університету МОЗ України (м. Одеса, Україна).

Контактна адреса: Валіховський пров., 2, м. Одеса, 65082, Україна.

Контактний телефон: +38 (067) 7482670.

e-mail: nvkotova@yahoo.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6023-5168>

ResearcherID: S-4471-2016

Контактная информация:

Котова Наталья Владимировна - д.мед.н., профессор, профессор кафедры пропедевтики педиатрии Одесского национального медицинского университета МЗ Украины (г. Одесса, Украина).

Контактный адрес: Валиховский пер., 2, г. Одесса, 65082, Украина.

Контактный телефон: +38 (067) 7482670.

e-mail: nvkotova@yahoo.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6023-5168>

ResearcherID: S-4471-2016

Contact Information:

Natalia Kotova – MD, Professor, Professor of the Department of Pediatrics Propaedeutic, Odessa National Medical University (Odessa, Ukraine).

Contact Address: Valikhovskiy lane, 2, Odessa, 65082, Ukraine.

Phone: +38 (067) 7482670.

e-mail: nvkotova@yahoo.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6023-5168>

ResearcherID: S-4471-2016

© Н.В. Котова, О.О. Старець, Т.М. Хіменко, Ю.О. Геращенко, О.В. Федоренко, 2020

© N. Kotova, O. Starets, T. Khimenko, Y. Herashchenko, O. Fedorenko, 2020

Надійшло до редакції 29.02.2020 р.
Підписано до друку 25.05.2020 р.