

УДК 613.221(477)

К.І. Таршина¹, О.В. Шарикадзе¹, С.О. Зубченко²

Особливості введення прикорму серед українських немовлят після 6-місячного віку

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Modern Pediatrics. Ukraine. (2024). 3(139): 46-53. doi: 10.15574/SP.2024.139.46

For citation: Tarshyna KI, Sharikadze OV, Zubchenko SO. (2024). Peculiarities of complementary feeding among Ukrainian infants after 6 months of age. Modern Pediatrics. Ukraine. 3(139): 46-53. doi: 10.15574/SP.2024.139.46.

Період введення прикорму дуже важливий для росту і розвитку дитини. Сьогодні поряд із традиційним введенням прикорму справжнім трендом є відлучення від грудей під керівництвом дитини — Baby-Led Weaning (BLW). Цей метод передбачає, що дитина долучається до сімейного столу і самостійно вирішує, що і скільки їй їсти. Метод BLW активно обговорюється в науковій літературі через низку переваг і недоліків.

Мета — дослідити та охарактеризувати особливості введення прикорму серед українських немовлят після 6-місячного віку.

Матеріали та методи. Розроблено анкету-опитувальник, яка містила три блоки запитань. Перехресне онлайн-опитування проведено серед 545 жінок, які мали дітей віком від 6–7 місяців до 2–3 років. Результати дослідження оцінено за t-критерієм Стьюдента, x-квадратом Пірсона або точним критерієм Фішера, які проводили за допомогою комп'ютерної програми «XLSTAT». Достовірними прийнято відмінності при $p < 0,05$.

Результати. Виявлено, що прикорм методом BLW використовували 40,6% матерів, змішаний вид прикорму — 22,3%, традиційне вигодовування з ложечки — 37,0% опитаних. Діти, які отримували BLW, народилися доношеними (95,9%) і більшою мірою шляхом самостійних пологів (70,9%). Серед груп із різними методами прикорму суттєвої різниці через прояви atopії не виявлено. Визначено, що самостійне рішення дитини щодо того, скільки їсти (64,7%) і що їсти (52,9%), було частіше в групі опитаних матерів, які використовували метод BLW порівняно з групами змішаного і традиційного вигодовування. Консистенція їжі на початку введення прикорму відповідала методу вигодовування. Серед небажаних явищ у групі на BLW частіше спостерігалось удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи (11,8%, $p = 0,043$) і меншою мірою зригування (28,4%, $p = 0,012$) порівняно з дітьми на традиційному прикормі.

Висновки. Отримані дані вказують на зростаючу популярність BLW серед українських матерів і хорошу обізнаність матерів у правильному використанні цього методу, а негативні явища спостерігалися не більше, ніж при подібних опитуваннях, описаних у науковій літературі.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: немовлята, грудне вигодовування, прикорм, Baby-Led Weaning.

Peculiarities of complementary feeding among Ukrainian infants after 6 months of age

K.I. Tarshyna¹, O.V. Sharikadze¹, S.O. Zubchenko²

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

²Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ukraine

Introduction. Introduction period of complementary feeding is very important for the growth and development of the child. Today, alongside the traditional introduction of complementary foods, baby-led weaning (BLW) has become a real trend. This method assumes that the child joins the family table and independently decides what and how much to eat. The BLW method is actively discussed in the scientific literature due to a number of advantages and disadvantages.

Aim — to investigate and characterize the peculiarities of the introduction of complementary foods among Ukrainian infants after 6 months of age.

Materials and methods. A questionnaire was developed, which contained 3 blocks of questions. A cross-sectional online survey was conducted among 545 women who had children aged 6–7 months to 2–3 years.

The results of the study were assessed using the t-Student criterion, Pearson's chi-square test, or Fisher's exact test, conducted with the help of the «XLSTAT» computer program. Differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results. It was revealed that 40.6% of mothers used BLW complementary food, 22.3% mixed type of complementary food, and 37.0% of respondents used traditional spoon feeding. Children who received BLW were born full-term (95.9%) and to a greater extent through spontaneous delivery (70.9%). Among the groups with different methods of complementary feeding, no significant difference was observed due to manifestations of atopy. It was determined that the child's independent decision of how much to eat (64.7%) and what to eat (52.9%) was more common in the group of interviewed mothers who used the BLW method compared to the groups using mixed and traditional feeding. The consistency of food at the beginning of complementary feeding corresponded to the method of feeding. Among the adverse events in the BLW group, shortness of breath from food entering the respiratory tract (11.8%, $p = 0.043$) and to a lesser extent vomiting (28.4%, $p = 0.012$) were observed more often compared to children on traditional complementary foods.

Conclusions. The data we obtained indicate the growing popularity of BLW among Ukrainian mothers and good awareness of mothers in the correct use of this method, and negative phenomena were observed no more than in similar surveys described in the scientific literature. The research was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent of the child and child's parents was obtained for the research.

No conflict of interests was declared by the authors.

Keywords: babies, breastfeeding, supplementary food, Baby-Led Weaning.

Вступ

Безсумнівно, що найкращим видом вигодовування немовляти в перші 6 місяців життя є винятково грудне вигодовування. Грудне молоко належить до важливих факторів адаптації новонародженої дитини до нових умов життя, у т.ч. є важливим фактором імунного захисту, оскільки містить значну кількість імунокомпетентних клітин (макрофаги, нейтрофіли, лімфоцити, із переважанням Т-лімфоцитів тощо), імуноглобулінів (переважно IgA), інтерлейкінів, інтерферонів тощо [14,20]. Це не лише захист дитини до нових умов довкілля, але й формування імунної толерантності, у т.ч. до харчових алергенів. Зазвичай при здоровому розвитку дитини після 6-місячного віку починається перехідний період від винятково грудного вигодовування (або штучного адаптованою сумішшю) до звичайної їжі — період введення прикорму. Прикорм і грудне вигодовування — це паралельні процеси з поступовим розширенням харчового раціону. Період відлучення від грудей є критичним періодом для здоров'я дитини. Опубліковано багато даних, що саме в цей період різко зростає частота інфекцій, діареї та недоїдання серед дитячої популяції віком від 6 до 18 місяців [8]. Тому актуальним залишається адекватна адаптація дитини до традиційної здорової їжі.

Останнім часом поряд із традиційним введенням прикорму справжнім трендом є відлучення від грудей під керівництвом дитини або «автоматичне відлучення» — Baby-Led Weaning (BLW). Немовлят, починаючи з 6 місяців, садять за сімейний стіл, обличчям до їжі, яку вони хапають і підносять до рота: вони вирішують, яку їжу вони хочуть їсти та в якій кількості. За характеристикою французьких нутриціологів, BLW подовжує термін грудного вигодовування, сприяє ранньому введенню шматочків їжі та вживанню необроблених продуктів, формує повагу до апетиту дитини, вибору «домашнього» меню та поліпшенню родинних стосунків [2].

Проте ствердження про інші переваги BLW, зокрема, легше досягнення дієтичного прикорму, оптимальна маса тіла і зріст дитини із запобіганням набору надмірної ваги не мають достатніх наукових доказів [19]. Навпаки, є низка досліджень, у яких зазначено, що на прикормі методом BLW дитина не отримує достат-

ньо енергії, спостерігається дефіцит важливих макро- і мікронутрієнтів або надлишок білка, насичених жирів, солі або цукру [15]. Окрім цього, дискусійними залишається питання щодо ризиків удавлення серед дітей від потрапляння частинок їжі в дихальні шляхи, зригування, проносів та інших патологічних синдромів [4,10].

Усе перелічене вище спонукає до подальшого вивчення локальних особливостей введення прикорму і передусім BLW, а за потреби — можливих його корекцій в окремих дитячих популяціях.

Мета роботи — на основі розробленого опитувальника (анкети) дослідити та охарактеризувати особливості введення прикорму серед українських немовлят після 6-місячного віку.

Матеріали та методи дослідження

За даними наукових джерел [7,16,17] щодо методики BLW, відповідних рекомендацій ESPGHAN розроблено авторську анкету. Анкету для дослідження розроблено у два етапи. Першим етапом проведено літературний пошук для з'ясування того, чи існують анкети щодо застосування прикорму методом BLW. Надалі сформульовано проблему, визначено мету, об'єкт і завдання анкети. Другим етапом сформульовано запитання анкети щодо застосування BLW прикорму та проведення пілотного дослідження.

Для отримання більш правдивих і точних відповідей на початку анкети розміщено детальну інформацію щодо прикорму методом BLW та інструкцію щодо її заповнення.

Анкета містила три блоки запитань: I — відомості про матір і батька; II — відомості про дитину; III — особливості вигодовування дитини.

Вибірка респондентів серед матерів була повністю випадковою. Дослідження виконано у 2023–2024 рр. (осінній період 2023 р. — зимовий період 2024 р.) відповідно до принципів сьомого перегляду Гельсінської декларації прав людини (2013), Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та відповідно до законів України.

Критерії залучення до дослідження: жіноча стать, наявність дитини віком від 6–7 місяців до 2–3 років. **Критерії вилучення:** неправильно заповнена анкета, у т.ч. відсутність відповідей на запитання, вік дитини до 6 місяців і від 3 років.

Усього розглянуто 545 анкет, а після розгляду критеріїв залучення і вилучення опрацьовано остаточної інформацію від 502 жінок.

Перехресне онлайн-опитування матерів дітей зазначеного віку поширено на форумах і дискусійних групах, присвячених матерям, у Facebook, анкетування також виконано на місцевому рівні під час консультативних прийомів педіатрів, сімейних лікарів, дитячих алергологів. В умовах повномасштабної війни і значної кількості тимчасово переселених матерів із дітьми в межах країни та за кордоном було складно охопити всю територію України та отримати інформацію стосовно географічної популярності прикорму методом BLW у різних областях країни.

Слід зазначити, що в Україні немає офіційних рекомендацій стосовно прикорму методом BLW, а Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною від 20.03.2008 № 149 у розділі 3 «Раціональне вигодовування та харчування дитини віком до 3 років» містить лише традиційні рекомендації. Тому в наведеному дослідженні враховано певний ризик помилок, оскільки учасники опитування самостійно в різний спосіб знайомилися з введенням BLW або користувалися локальними інструкціями дитячих лікарів.

Результати кількісних вимірювань статистично оцінено за t-критерієм Стьюдента. Дискретні дані між групами дослідження порівняно за допомогою x-квадрата Пірсона або точного критерія Фішера. Дані наведено у вигляді середнього арифметичного (M) за результатами кожного дослідження \pm стандартне відхилення (SD). Достовірними визнано відмінності при $p < 0,05$ (95,5%). Однофакторний дисперсійний аналіз отриманих результатів, що базується на F-розподілі Фішера, виконано за допомогою комп'ютерної програми «XLSTAT».

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз анкетних даних свідчить, що серед 502 респондентів найбільше сучасних матерів були прихильниками прикорму методом BLW — 40,6%. Окрім цього, 22,3% матерів були обізнані та позитивно ставилися до прикорму методом BLW, однак через певні застереження застосовували змішаний вид прикорму. Решта 37,0% опитаних використовували традиційне вигодовування з ложечки.

Відтак, залежно від виду прикорму, усіх респондентів поділено на три групи: I група — респонденти, які застосовували прикорм методом BLW (204 осіб); II група — респонденти, які використовували традиційне вигодовування

з ложки їжею у вигляді пюре (186 осіб); III група — респонденти, які використовували змішаний тип вигодовування (112 осіб).

Аналіз другого блоку питань стосовно відомостей про дитину описано в таблиці 1. За даними наведеної таблиці, середня маса тіла дітей при народженні була подібною в трьох групах і становила 3384 ± 501 г (від 2364 г до 4604 г), аналогічно як і середній зріст — $53,6 \pm 4,17$ см (від 47 см до 59 см). Майже усі діти народилися доношеними (95,9%) і більшою мірою шляхом самостійних пологів (70,9%), хоча більшість дітей, народжених за плановим кесаревим розтином, була серед I групи дітей, а за екстремним кесаревим розтином — серед III групи. Дані сімейного анамнезу свідчили, що загалом різниці між групами дослідження в ускладненості за atopією не спостерігалось, однак частіше алергічні хвороби відзначалися серед матерів у II групі (19,4%), серед батьків — у I групі (23,0%), натомість серед обох батьків — у III групі дослідження (11,6%). Серед груп дітей суттєвої різниці через прояви atopії (сухість шкіри, еритематозно-сквамозний висип, тріщини за вухами, свербіж тощо) також не виявлено, однак частіше (9,82%) відзначалися atopічні прояви в дітей, які отримували змішаний вид прикорму. Власне в дітей III групи був частіше (50,9%) ускладнений сімейний atopічний діагноз.

Дані особливостей вигодовування дитини наведено в таблиці 2. За результатами аналізу, більшість (87,2%) дітей серед трьох груп дослідження перебували винятково на грудному вигодовуванні. Тривалість грудного вигодовування була вірогідно меншою в II групі дітей порівняно з I ($p = 0,0004$) і III групами дітей ($p = 0,0001$) і вік введення прикорму в II групі дослідження був меншим.

Закономірно, що самостійне рішення дитини стосовно того, скільки їсти, було вірогідно частішим у I групі опитаних матерів (64,7%) порівняно з II (25,8%, $p = 0,028$) і III (53,6%, $p = 0,168$) групами респондентів. Подібно як у III групі самостійне рішення дитини, скільки їсти, було частішим ($p = 0,001$), ніж у II групі. Стосовно самостійного рішення дитини, що їсти, то воно було також вищим у I (52,9%, $p = 0,001$) і III групах (42,8%, $p = 0,001$) порівняно з II групою (9,14%).

Слід зазначити, консистенція їжі на початку введення прикорму відповідала запровадженому методу вигодовування (табл. 3). Дітям, які

Таблиця 1

Відомості про дітей

Показник	I група (n=204)	II група (n=186)	III група (n=112)	p1-p2	p2-p3	p1-p3
Маса тіла дитини при народженні, г	3411±447	3442±557	3356±551	0,536	0,197	0,394
Зріст дитини при народженні, см	54,1±3,28	53,8±4,05	53,4±3,52	0,402	0,621	0,359
Доношеність, абс. (%)	198 (97,1)	177 (95,2)	107 (95,5)	0,330	0,882	0,479
Пологи, абс. (%):						
– самостійні	145 (71,1)	131 (70,4)	80 (71,4)	0,202	0,738	0,081
– плановий кесарів розтин	29 (14,2)	18 (9,7)	8 (7,2)			
– екстрений кесарів розтин	30 (14,7)	37 (19,9)	24 (21,4)			
Алергічні хвороби в батьків, абс. (%):				0,117	0,405	0,301
– загалом	97 (47,5)	76 (40,8)	57 (50,9)			
– мати	33 (16,1)	36 (19,4)	19 (17,0)			
– батько	47 (23,0)	29 (15,6)	25 (22,3)			
– обоє	17 (8,3)	11 (5,9)	13 (11,6)			
Прояви атопії в дитини, абс. (%)	16 (7,8)	11 (5,9)	11 (9,8)	0,453	0,742	0,211

Таблиця 2

Особливості вигодовування дітей

Показник	I група (n=204)	II група (n=186)	III група (n=112)	p1-p2	p2-p3	p1-p3
Вид годування, абс. (%):				0,273	0,158	0,505
– грудне	178 (87,3)	155 (83,3)	102 (91,0)			
– змішане	11 (5,4)	18 (9,7)	5 (4,5)			
– штучне (суміш)	15 (7,3)	13 (7,0)	5 (4,5)			
Тривалість виключно грудного вигодовування, міс	6,00 (6,00;6,00)	6,00 (5,50;6,00)	6,00 (6,00;6,00)	0,0004	0,0001	0,120
Вік введення прикорму, міс	6,00 (6,00;6,00)	6,00 (5,70;6,00)	6,00 (6,00;6,00)	0,0005	0,0003	0,076
Самостійне рішення дитини щодо того, скільки їсти, абс. (%)	132 (64,7)	48 (25,8)	60 (53,6)	0,028	0,001	0,168
Самостійне рішення дитини, що їсти, абс. (%)	108 (52,9)	17 (9,1)	48 (42,8)	0,001	0,001	0,209

були на BLW і змішаному виді прикорму, матері значно частіше нарізали їжу шматочками у формі безпечної подачі для дитини, а не просто подавали дорослу їжу із сімейного столу.

Як показав аналіз негативних явищ залежно від методу прикорму, зригування вірогідно рідше ($p=0,012$) виявлялося серед дітей I групи порівняно з дітьми II групи і, навпаки, удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи було частішим у дітей I групи (табл. 4). Для дітей III групи частішими за інші групи негативними явищами були блювання та проноси. Щодо проявів закрепів, то вони спостерігалися майже з однаковою частотою серед дітей усіх аналізованих груп.

Отже, більшість опитаних українських матерів дотримуються сучасних принципів введення прикорму для своїх дітей, а метод BLW набирає популярності в Україні. Слід зауважи-

ти, що серед 545 попередньо опитаних жінок 39 (7,15%) осіб уперше чули про прикорм методом BLW і не могли загалом визначитися, який метод прикорму використовують (як зазначено вище, дані цих анкет не враховувалися в аналізі).

Період введення прикорму дуже важливий для росту і розвитку дитини, а також є своєрідним етапом у переході дитини від винятково грудного вигодовування до харчування із загального столу. Сучасні принципи прикорму дітей ґрунтуються на рекомендаціях Європейської асоціації дитячих гастроентерологів, гепатологів і нутриціологів (ESPGHAN), оновлених рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я від 16.10.2023 (Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age). У цих рекомендаціях зазначено, що дитина має самостійно вирі-

Таблиця 3

Консистенція їжі на початку прикорму, абс. (%)

Консистенція їжі на початку прикорму	I група (n=204)	II група (n=186)	III група (n=112)	p1-p2	p2-p3	p1-p3
Пюре (гомогенізоване)	0 (0,0)	138 (74,2)	25 (22,3)	0,0001	0,0003	0,007
Подрібнена грудочками їжа; їжа, розім'ята виделкою	31 (14,7)	48 (25,8)	21 (18,8)			
Їжа, нарізана шматочками у формі безпечної подачі для дитини	201 (98,5)	0 (0,0)	62 (55,4)			
Їжа із сімейного столу	3 (1,5)	0 (0,0)	4 (3,5)			

Таблиця 4

Розподіл негативних явищ залежно від методу прикорму, абс. (%)

Негативні явища при введенні прикорму	I група (n=204)	II група (n=186)	III група (n=112)	p1-p2	p2-p3	p1-p3
Зригування	58 (28,4)	76 (40,9)	37 (33,0)	0,012	0,177	0,424
Блювання	24 (11,8)	13 (6,9)	14 (12,5)	0,107	0,108	0,847
Удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи	24 (11,8)	11 (5,9)	9 (8,1)	0,043	0,478	0,299
Проноси	32 (15,7)	18 (9,6)	19 (16,9)	0,070	0,065	0,796
Закрепи	53 (25,9)	44 (23,6)	29 (25,8)	0,557	0,663	0,946

шувати, чи їсти їй запропоновану їжу і в якій кількості [11].

Відтак на сьогодні введення прикорму методом BLW є справжнім трендом серед сімей як у високорозвинутих країнах, так і в країнах нижчого соціально-економічного рівня [2,6]. Дослідження переваг і недоліків прикорму методом BLW тривають. На думку багатьох дослідників, певні настанови з боку батьків, зокрема, спонукання до конкретної їжі чи заборона іншої, викликають у дитини захисну поведінку і часто є причиною проблем із годуванням [3].

І, навпаки, за даними M.S. Gomez та співавт., матері, які використовували прикорм методом BLW, відчували задоволення як для них особисто, так і для дитини від самостійного харчування [13].

Іншими словами, залежно від методу прикорму, що пропонується дитині, формується модель поведінки дитини в майбутньому, і прикорм методом BLW при цьому має переваги. Окрім цього, дані огляду сучасних наукових досліджень щодо застосування BLW свідчать, що такий метод прикорму суттєво пов'язаний із насиченням дитини та адекватним набором ваги, а виявлені недоліки (удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи і недостатнє споживання низки поживних мікроелементів) не мають статистичних відмінностей порівняно з дітьми на традиційному вигодовуванні [13].

Проте більшість авторів стверджують про необхідність подальших поздовжніх рандомізованих контрольованих досліджень, щоб гарантувати безпечність прикорму методом BLW на практиці.

За результатами наведеного нами дослідження, використання прикорму методом BLW набуває популярності в Україні. Цей вид прикорму використовується сучасними матерями вчасно після 6-місячного періоду виключно грудного вигодовування (або сумішами), не залежить від особливостей пологів і конституційних показників дитини після народження, проявів atopії або ускладненого сімейного анамнезу. Матері, які дотримувалися традиційного прикорму з ложечки, мали дещо коротший термін винятково грудного вигодовування (або сумішами), що очевидно було однією з основних причин вибору такого методу.

Загалом, за отриманими даними, самостійне рішення дитини, скільки їсти, було частішим (64,7%) серед опитаних матерів, які використовували метод BLW, подібно як і самостійне рішення дитини, що їсти (52,9%). Відповідно на традиційному вигодовуванні ці показники були меншими, а саме: самостійне рішення дитини, скільки їсти – 25,8%, що їсти – 9,14%.

Отримані нами результати дещо відрізняються від подібного опитування 646 польських матерів дітей віком від 6 місяців до 36 місяців, проведеному у квітні 2022 року групою A. Białek–Dratwa та співавт. Виявлено, що частка польських матерів, які застосовували прикорм методом BLW і погоджувалися, щоб їхня дитина самостійно вирішувала, скільки їсти, була більшою, ніж у нашому дослідженні – 93,22%, а серед тих, хто годував дитину традиційно з ложки, – 84,88%. Також серед польських матерів відрізнялися дані щодо самостійного вибору дитини, що їсти: 65,62% –

у групі дітей, які отримували прикорм методом BLW, і 22,09% — у групі дітей з традиційним методом прикорму з ложки. Однак у польському дослідженні серед трьох груп порівняння виокремлена група матерів, які не знайомі з методом BLW, і виглядає не повністю зрозумілим, який метод введення прикорму використовували матері цієї групи [1].

В Україні немає відповідних рекомендацій щодо застосування прикорму методом BLW, при цьому дані опитування, зокрема, щодо правильності консистенції їжі на початку введення прикорму і розуміння жінками, що таке «самостійно дитина їсть ручками», а що таке «змішаний вид прикорму», демонструють хорошу обізнаність сучасних українських матерів в інноваційних підходах до годування немовлят. Зокрема, за отриманими нами результатами, нарізану шматочками їжу у формі безпечної подачі для дитини пропонували немовлятам більшість матерів (98,0%), які обрали BLW, і лише 1,50% пропонували дорослу їжу із сімейного столу. Більшість (55,4%) матерів, які використовували змішаний метод прикорму (можна вважати частковий BLW), також пропонували немовлятам нарізану шматочками їжу у формі безпечної подачі і дещо частіше (18,8%) порівняно з матерями, які застосовували прикорм методом BLW (14,7%), їжу подрібнювали на грудочки або розминали виделкою. Це ще раз свідчить, що українські матері достатньо володіють методикою BLW, однак не нівелює потреби в створенні національних рекомендацій, як, для прикладу, у Польщі [18], США [12], Новій Зеландії [6] та інших країнах.

Кожен із цих національних документів має певні особливості. Зокрема, Американська академія педіатрії у своїх настановах рекомендує уникати продуктів, які є круглими та маленькими, мають гладку або тверду поверхню і поперечний переріз, подібний до форми дихальних шляхів дитини [12].

Це надзвичайно важливо, оскільки на момент початку прикорму (тобто приблизно у віці 6 місяців) дитина ще не досягнула повноцінного розвитку оральних моторних навичок (жування і ковтання), необхідних для безпечного ковтання цільної їжі [6]. Слід зазначити, що у віці 6 місяців не всі діти готові до початку годування твердою їжею, тому слід розглядати рекомендації щодо введення твердої їжі на індивідуальному (персоніфікованому) рівні [5].

Враховуючи негативні явища, які констатували батьки та медичні працівники щодо методу BLW, група спеціалістів із Нової Зеландії створила модифіковану версію цього методу, яку вони назвали «Знайомство з твердою їжею під керівництвом дитини» — BLISS (Baby-Led Introduction to SolidS). Рекомендації BLISS подібні до BLW, однак із деякими додатковими порадами. Вони включають підготовку їжі у формі великих шматків, які немовля може тримати самостійно; під час кожного вживання їжі обов'язково один із продуктів має бути з підвищеним вмістом заліза, а сама їжа — висококалорійною. Акцентується увага, що готова їжа повинна мати консистенцію, яка зменшує ризик удавлення та аспірації. Дорослі завжди повинні пробувати їжу перед тим, як запропонувати її дитині, попередньо перевіряти їжу, щоб вона не затверділа в ротовій порожнині; уникати круглих або монетоподібних продуктів. А також уважно стежити, щоб немовля сиділо, випрямлялося та обов'язково перебувало під наглядом дорослих. Як показали апробаційні дослідження BLISS, метод «відлучення під керівництвом дитини» дає змогу збільшити кількість і різноманітність насичених залізом продуктів і зменшити споживання продуктів із високим ризиком удавлення [7].

Цікаві дані отримано канадськими дослідниками, якими оцінено негативні явища в разі застосування BLW. За результатами дослідження, отримані оцінки з боку матерів (65 осіб опитаних) і медичних працівників (35 осіб) різнилися. Показано, що медичні працівники значно частіше за матерів, які застосували BLW, розглядають удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи, недостатню енергію та споживання заліза як недоліки такого виду прикорму [9].

Це свідчить, що оцінка матерів у багатьох випадках є суб'єктивною, а введення сучасного методу BLW потребує, з одного боку, періодичного контролю за станом здоров'я дитини медичним працівником, а з іншого — чіткої обізнаності батьків щодо методики BLW і наявності національних рекомендацій з урахуванням регіональних харчових особливостей і звичок.

У нашому дослідженні негативні явища виявлено в усіх групах дослідження незалежно від методу прикорму. Однак саме удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи було статистично частішим (11,8%, $p=0,043$) серед дітей, які отримували прикорм методом BLW,

порівняно з традиційним видом годування, а зригування, навпаки, частіше (40,9%, $p=0,012$) спостерігалось в дітей, які отримували традиційний прикорм. Щодо удавлення, яка потребувала медичного втручання, нами не отримано жодного повідомлення. Щодо інших негативних явищ, то статистичної різниці між групами не виявлено. Слід зазначити, що загалом закрепи (від 23,6% до 25,9%) частіше були поширеними за проноси (від 9,68% до 16,9%), що, очевидно, пов'язано з особливостями несформованої кишкової мікробіоти в дітей. Ми звернули увагу також на те, що проноси в дітей на змішаному прикормі відзначалися в 1,74 раза частіше, ніж на традиційному.

Порівняно з польським дослідженням блювотний рефлекс частіше спостерігався в дітей, яких годували за методом BLW (34,90%), подібно як і блювотні позиви (51,9%). Цікаво, що, на відміну від отриманих нами даних, зригування або випльовування їжі також частіше відзначалося серед дітей, яких годували за методом BLW. Навпаки, удавлення від потрапляння їжі в дихальні шляхи, за даними польських матерів, виявлялося у 5,42% дітей, яких годували з ложки, і у 6,94% дітей, яких годували за методом BLW. Про удавлення, що потребує медичного втручання, заявили 0,31% матерів дітей, яких годували з ложечки, і 0,45% матерів дітей на прикормі методом BLW [1].

За даними A. Brown, при опитуванні 1151 матерів із немовлятами віком 4–12 місяців, які отримували різні види прикорму (чистий BLW, вільний BLW, традиційне вигодовування), у 13,6% ($n=155$) немовлят спостерігалися епізоди зригування без суттєвого зв'язку між методами введення прикорму. Натомість серед

дітей, яким застосовували традиційний підхід до відлучення від грудей, відзначалося значно більше епізодів удавлення їжею з рук ($P=0,014$) і пюре грудками ($P=0,002$), ніж серед дітей при чистому або вільному BLW. Висновком дослідження є те, що застосування методу BLW не пов'язане з підвищеним ризиком удавлення, і найбільша частота удавлення їжею з рук спостерігається в тих дітей, кому їсти руками дають рідше [4].

Висновки

У більшості сучасних рекомендацій акцентується увага на зниженні ризиків щодо негативних явищ у разі застосування BLW. Отримані нами дані вказують на зростаючу популярність BLW серед українських матерів і хорошу обізнаність матерів у правильному використанні цього методу, а негативні явища спостерігаються не частіше, ніж при подібних опитуваннях, описаних у науковій літературі. Слабкими сторонами наведеного нами дослідження є те, що частина українських жінок, які брали в ньому участь, у час війни вивозили дітей або народжували в різних країнах Європи і отримували рекомендації щодо «відлучення від грудей», у т.ч. про метод BLW, від дитячих лікарів закордоном. Однак цей факт не виключає потреби у створенні національних рекомендацій з адаптацією їх до локальних харчових звичок і харчової поведінки.

Перспективи подальших досліджень. Наше дослідження продовжується і має на меті дослідити антропометричні, фізичні дані дітей на BLW, показники низки мікроелементів тощо.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

1. Białek–Dratwa A, Kowalski O, Szczepańska E. (2022). Traditional complementary feeding or BLW (Baby Led Weaning) method? – A cross-sectional study of Polish infants during complementary feeding. *Sec. Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.99224>.
2. Bocqueta A, Brancatoc S, Turckd D, Chalumeau M, Darmaung D, De Lucah A et al. (2022). 'Baby-led weaning' – progress in infant feeding or risky trend? *Archives de Pédiatrie*. 7(29): 516–525. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2022.08.012>.
3. Brown A. (2016). Differences in eating behaviour, well-being and personality between mothers following baby-led vs. traditional weaning styles. *Matern Child Nutr*. 12: 826–837. doi: 10.1111/mcn.12172.
4. Brown A. (2018). No difference in self-reported frequency of choking between infants introduced to solid foods using a baby-led weaning or traditional spoon-feeding approach. *J Hum Nutr Diet*. 31(4): 496–504. <https://doi.org/10.1111/jhn.12528>.
5. Brown A, Lee MD. (2015). Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatr Obes*. 10(1): 57–66.
6. Cameron SL, Heath A–LM, Taylor RW. (2012). How feasible is baby-led weaning as an approach to infant feeding? a review of the evidence. *Nutrients*. 4(11): 1575–1609.
7. Cameron SL, Taylor RW, Heath ALM. (2015). Development and pilot testing of Baby–Led Introduction to SolidS – a version of Baby-Led Weaning modified to address concerns about iron

- deficiency, growth faltering and choking. *BMC Pediatr.* 15(1): 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0422-8>.
8. Daelmans B, Martins J, Saaderh R. (2003). Conclusions of the global consultation on complementary feeding. *Food and Nutrition Bulletin.* 24: 126–129.
9. D'Andrea E, Jenkins K, Mathews M, Roebbothan B. (2016, Jun). Baby-led Weaning: A Preliminary Investigation *Can J Diet Pract Res.* 77(2): 72–77. doi: 10.3148/cjdpr-2015-045.
10. Fangupo LJ, Heath AM, Williams SM et al. (2016). A Baby-Led Approach to Eating Solids and Risk of Choking. *Pediatrics.* 138(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0772>.
11. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N et al. (2017). Complementary feeding: a position paper by the European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 64: 119–132. doi: 10.1097/MPG.0000000000001454.
12. Gardner GH, Dowd MD, Baum C, Durbin D. (2010). Policy Statement-Prevention of Choking Among Children *Pediatrics.* 125(3): 601–607. doi: 10.1542/peds.2009-2862.
13. Gomez MS, Toneto Novaes AP, Paulino da Silva J, Guerra LM, Rosana de Fátima Possobon. (2020). Baby-led weaning, an overview of the new approach to food introduction: integrative literature review. *Rev Paul Pediatr.* 13: 38:e2018084. doi: 10.1590/1984-0462/2020/38/2018084.
14. Kramer MS, Kakuma R. (2004). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review *Adv Exp Med Biol.* 554: 63–77. doi: 10.1007/978-1-4757-4242-8_7.
15. Mclean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. (2008). Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System. *Public Health Nutr.* 12(4): 444–454. <https://doi.org/10.1017/s1368980008002401>.
16. Rapley G. (2015). Baby-led weaning: The theory and evidence behind the approach. *J Health Vis.* 3(3): 144–151. <https://doi.org/10.12968/johv.2015.3.3.144>.
17. Rowan H, Harris C. (2012). Baby-led weaning and the family diet. A pilot study. *Appetite.* 58(3): 1046–1049. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.033>.
18. Szajewska H, Socha P, Horvath A. (2021). Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci. *Standardy Medyczne.* 18: 805–822. doi: 10.17444/SMP2021.18.02.
19. Townsend E, Pitchford NJ. (2012). Baby knows best? The impact of weaning style on food preferences and body mass index in early childhood in a case-controlled sample. *BMJ.* 2(1): e000298. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000298>.
20. World Health Organization. (2003). Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization: UNICEF. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>.

Відомості про авторів:

Таршина Катерина Ігорівна — аспірант каф. педіатрії, дитячих інфекційних захворювань, алергології та імунології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика.

Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. +38 (044) 205-49-67. <https://orcid.org/0009-0007-8267-9000>.

Шарикадзе Олена Вікторівна — д.мед.н., проф., директор Інституту післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку НУОЗ України ім. П.Л. Шупика, проф. каф. педіатрії, дитячих інфекційних захворювань, алергології та імунології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. +38 (044) 205-49-67. <https://orcid.org/0000-0001-7656-2307>.

Зубченко Світлана Олександрівна — д.мед.н., проф. каф. клінічної імунології та алергології ЛНМУ ім. Д. Галицького. Адреса: м. Львів, вул. Пекарська, 69б; тел. +38 (032) 275-61-42. <https://orcid.org/0000-0003-4471-4884>.

Стаття надійшла до редакції 10.02.2024 р., прийнята до друку 09.04.2024 р.