

УДК: 616-053.3:613.953.1
DOI: 10.24061/2413-4260.X.1.35.2020.2

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСНУЮЧОЇ ПРАКТИКИ ГОДУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ: ОПИТУВАННЯ БАТЬКІВ

**Н.В. Котова, О.О. Старець,
Т.М. Хіменко, Ю.О. Геращенко,
Д.А. Коваленко**

Одеський національний медичний університет
(м. Одеса, Україна)

Резюме

Вступ. Здорове харчування немовлят необхідно для їх здорового зростання, психомоторного, когнітивного і соціального розвитку. Перші роки життя – важливий період, у якому формуються харчові уподобання людини і можуть швидко сформуватися і реалізуватися ризики ожиріння. На сьогодні надмірна вага та ожиріння є більшою небезпекою для здоров'я дітей, ніж недостатня вага та виснаження.

Мета дослідження. Оцінити існуючу практику годування дітей першого року життя за результатами опитування батьків (self-reported) з точки зору рекомендацій, що ґрунтуються на доказах, представлених в Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers (2017).

Матеріали та методи дослідження. Методом випадкової вибірки проведено анонімне анкетування батьків щодо фізичного і психомоторного розвитку, практики годування їх малюків, перенесених захворювань, вакцинації тощо. На форумах м. Одеси (Україна) батьків, хто має дітей другого–третього року життя, просили відповісти on-line на запитання в Google формі. Ми отримували індивідуальні результати опитування, автоматично сформовану сумарну таблицю Excel і діаграми on-line.

Результати дослідження. Отримано 168 заповнених анкет. Оцінка фізичного розвитку дітей за допомогою z-score у віці 1 рік виявила: масу тіла до віку вище +2σ у 22,6 %, вище +3σ у 1,8 %; довжину тіла до віку вище +3σ у 8,9 %; співвідношення маси тіла до довжини тіла вище +2σ у 8,9 %; вище +3σ у 3,0 % дітей. Розпочали грудне вигодовування – 88,1 %, годувалися грудьми до 6 місяців – 61,9 %, до 12 місяців – 54,8 % дітей. Серед дітей на грудному вигодовуванні 35,1 % з перших місяців життя отримувати воду. Вітамін D отримували 61,9 % дітей. Своєчасно в 4–6 місяців ввели дітям перший прикорм 91,6 % батьків. У віці 5–7 місяців дітям давали овочеві пюре 92,9 %, фруктові пюре – 77,4 %, м'ясо – 49,6 %, кашу – 38,1 %, ячний жовток – 28,0 % респондентів. У 9–12 місяців харчування немовлят було достатньо різноманітним. Встановлено, що батьки давали дітям наступні не рекомендовані до 1 року харчові продукти, напої та інгредієнти: цільне коров'яче молоко – 20,2 %, козяче молоко – 11,3 %, фруктові соки – 49,4 %, напої з додаванням цукру – 28,0 %, мед – 13,1 %; сіль – 58,0 %, цукор – 39,9 %; чай – 23,8 %. Годували дітей по годинах 19,1 % батьків; вмикали телевізор (відео), щоб нагодувати дитину 40,5 %, змушували дитину доїдати всю порцію 14,9 %; при цьому розцінювали апетит дитини, як задовільний 91,7 %. До 1 року дитині не давали м'ясо/рибу у вигляді парових котлет, тефтелей – 38,1 %, пальчикову їжу: овочі / фрукти шматочками – 29,1 %; іншу їжу шматочками – 20,2 % батьків. Повідомили про наявність у дитини побічних харчових реакцій / ознак харчової алергії 23,8 % батьків. Вторинному впливу тютюнового диму піддавалися 39,3 % дітей. Вакциновані за Календарем щеплень 45,8 %, вакциновані частково / з порушенням графіку, 38,7 %, не вакциновані до 1 року 15,5 %. Хворіли: на ГРЗ 1 раз – 30,4 %, 2 рази – 19,6 %, 3 рази і більше – 18,5 % дітей; на гострі кишкові інфекції одноразово – 20,2 % дітей. Мали хронічні захворювання 1,8 % дітей. Протягом першого року лікувалися в стаціонарі: 1 раз – 19,6 %, 2 рази і більше – 4,2 % дітей.

Висновки. У когорті дослідження у віці 1 рік 11,9 % дітей мають зайву вагу і ризик ожиріння у майбутньому за співвідношенням маса тіла / довжина тіла. Виявлено достатню поширеність і тривалість грудного вигодовування дітей, проте більше третини дітей отримували воду з перших місяців життя, тобто отримували не ексклюзивне, а переважно грудне вигодовування. Майже всі діти почали отримувати прикорм своєчасно та у віці 9–12 місяців годувалися достатньо різноманітно. Проте перші продукти додаткової їжі у більшості дітей не були збагачені залізом, а анемія була виявлена у 14,3 % дітей. Діти часто отримували не рекомендовані для немовлят харчові продукти, напої та інгредієнти: цільне молоко тварин, фруктові соки, солодкі напої, мед, чай, цукор, сіль. Збільшення частки вуглеводів, що легко засвоюються, ймовірно, було однією з причин зайвої ваги у дітей. Виявлені ознаки нереспонсивного (нечуйного) годування (годування по годинах, вмикання відео під час годування, змушування дитини доїдати всю порцію), що, ймовірно, сприяло перегодовуванню дітей і також могло стати причиною зайвої ваги. Майже третина немовлят у віці 1 року не набула навичок жування їжі шматочками і не отримувала пальчикову їжу.

Ключові слова: грудне вигодовування; прикорм (додаткове харчування); респонсивне (чуйне) годування; діти першого року життя.

Вступ

За даними ВООЗ, кількість людей у світі, що страждають на ожиріння, становить близько 2,1 мільярда (близько 30 % від загальної кількості

населення). Щорічно щонайменше 2,8 мільйона чоловік вмирає в результаті надмірної ваги або ожиріння [1].

Раніше ожиріння було поширеним лише у країнах

з високим рівнем доходу, нині воно характерне і для країн з низьким і середнім рівнем доходу. Хоча Україна не належить до числа країн, у яких значні проблеми зі здоров'ям асоціюються з ожирінням, за оцінками, більше 50 % населення має надлишкову вагу, а 24,1 % - ожиріння. У 2016 р. у світі 340 мільйонів дітей і підлітків у віці від 5 до 19 років мали надмірну вагу або ожиріння; за останні 40 років поширеність цієї патології зросла з 4 до 18 %. На сьогодні надмірна вага та ожиріння є більшою небезпекою для здоров'я дітей, ніж недостатня вага та виснаження [1, 2].

У 2017 р. національна програма США Healthy Eating Research опублікувала Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers, у якому представлені результати багатьох досліджень з питань чим і як годувати немовлят та малюків перших 2 років життя в контексті швидкого зростання дитини та відповідального (чуйного) батьківства. За даними, наведеними у цій настанові, протягом останніх кількох років з'явилися переконливі докази, що перші 1000 днів – період від запліднення до другого дня народження дитини – є критичними для запобігання ожиріння у дітей. Ці дослідження привели Конгрес США до прийняття закону, що вимагає включення рекомендацій щодо харчування цих вікових груп населення у наступне видання «Dietary Guidelines for Americans (DGA») на 2020–2025 роки [3].

Хоча в ході виконання проекту USDA/DHHS Birth to 24 Months and Pregnancy Project (P/V-24), результати якого увійшли до вище зазначеної настанови, основна увага приділялась розробці настанов для вихователів щодо запобігання надмірному набору ваги у немовлят та малюків, рекомендації також враховували медичні аспекти ведення дітей, що тісно пов'язані з практиками годування, такі як дефіцит заліза, вітамінів та здоров'я порожнини рота. Крім того, в настанові розглянуті інші форми поведінки, що впливають на голод і ситість дитини, такі як фізичні навантаження, використання засобів масової інформації та сон [3].

Основна ідея настанови полягає в тому, що здорове харчування немовлят і малюків необхідно для їх здорового зростання, психомоторного, когнітивного і соціального розвитку. З цієї причини дуже важливо, щоб вихователі знали чим і як годувати маленьких дітей, а також створювали правильне середовище для своїх дітей, щоб навчити їх їсти здорову їжу у необхідній для зростання і розвитку кількості. Вихователі повинні усвідомлювати, що перші 2 роки життя – важливий період, у якому формуються харчові уподобання людини і можуть швидко сформуватися і реалізуватися ризики ожиріння. Дослідженнями встановлено міцний прямий зв'язок між швидким набором ваги в грудному і ранньому віці та пізнішим дитячим ожирінням, що свідчить про необхідність виявлення факторів, що можуть призвести до надмірного споживання калорій і, таким чином, до прискореного зростання в ранньому віці [4-6].

Мета дослідження – оцінити існуючу практику годування дітей першого року життя за результатами опитування батьків (self-reported) з точки зору рекомендацій, що ґрунтуються на

доказах, представлених в Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers (2017).

Матеріали і методи дослідження

В рамках роботи «Школи здорової дитини», що функціонує на базі Педіатричної клініки Одеського національного медичного університету, для оцінки існуючої практики годування немовлят і покращення якості консультування батьків з питань їх вигодовування нами розроблено опитувальник за допомогою online ресурсу «Google форми» [7]. Опитувальник містив запитання, які дозволяли проаналізувати відповідність існуючої практики годування немовлят сучасним рекомендаціям, що базуються на доказах, і наведені в Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers (2017). Таким чином, опитувальник під назвою «Анкета для батьків дітей другого третього року життя» включав 77 запитань щодо фізичного і психомоторного розвитку дитини на першому році життя, грудного вигодовування, введеного прикорму, перенесених захворювань тощо. Анкетування проводилося методом випадкової вибірки. Ми поширювали анкету в соціальних мережах на форумах батьків м. Одеси (Україна), де просили їх анонімно, відверто і об'єктивно заповнити анкету on-line. Кожну Google форму можна було аналізувати індивідуально. Зведену статистику відповідей Google форма автоматично надавала, як у вигляді діаграм, так і в Excel таблиці.

Матеріал статті підготовлено з урахуванням діючих етичних норм і стандартів щодо проведення клінічних досліджень.

У роботі використані загальноприйняті методи статистичної обробки даних медико-біологічних досліджень. Цифровий матеріал представлений в абсолютних величинах та у процентному співвідношенні.

Результати дослідження та їх обговорення

Всього протягом 3 тижнів отримано 168 заповнених анкет. На момент анкетування вік дітей респондентів був: 13–19 місяців – 29,8 %; 19–24 місяців – 19 %; 25–30 місяців – 26,8 %; 31–36 місяців – 24,4 %. Стать дітей: хлопчики – 53 %, дівчата – 47 %.

Аналіз антропометричних показників новонароджених продемонстрував нормальний розподіл вибірки за масою тіла: до 2,5 кг – 7,7 % (з яких до 2 кг – 1,2 %); 2,5–2,99 кг – 9,5 %; 3,0–3,99 кг – 69,0 %; 4,0–4,49 кг – 11,3 %; більше 4,5 кг – 2,4 %. Довжина тіла при народженні: 44–46 см – 1,8 %; 47–53 см – 67,3 %; 54–56 см – 21,4 %, більше 56 см (вище +3σ для доношених дітей) – 9,5 %.

Антропометричні показники у віці 12 міс оцінювалися за допомогою z-score, згідно норм зростання ВООЗ (2006 р.), затверджених наказом МОЗ України від 20.03.2008 № 149 за допомогою програми WHO Anthro. Маса тіла до віку у 12 міс була: у нормальних межах від -2σ до +2σ – 72,6 %; нижче -2σ – 0,6 %; нижче -3σ – 2,4 %; вище +2σ – 22,6 %; вище +3σ у 1,8%. Довжина тіла до віку у 12 міс була: у межах від -2σ до +2σ – 57,1 %; нижче -2σ – 3,6 %; нижче -3σ – 0,6%; вище +2σ – 29,8 %; вище +3σ – 8,9 %. Співвідношення маси тіла до довжини тіла у 12 міс було: у межах від -2σ до +2σ у 85,7 %; нижче -2σ – 2,4 %; вище +2σ – 8,9 %; вище +3σ –

3,0 % дітей. При оптимальному годуванні очікувана популяційна поширеність співвідношення маса тіла / довжина тіла вище +2σ повинна дорівнювати 5 % і вище +3σ – 2,3 %.

Аналіз психомоторного розвитку показав, що переважна більшість дітей почали утримувати голову до 3 міс (97,6%), сидіти без підтримки у віці 5–7 міс (85,1 %), повзати в 9 міс (94,6%), стояти без підтримки в 11 міс (83,9 %), ходити без підтримки в 12 місяців (60,7 %), що відповідає нормальному розподілу досягнення головних навичок розвитку у дітей за даними ВООЗ [8].

Кількість зубів у віці 1 рік варіювала у широких межах: 1–2 у 11,3 %; 3–4 у 14,3 %; 5–6 у 14,9 %; 7–8 у 32,7 %; 9–10 у 11,3 %; більше 10 зубів у 15,5 %.

У нашому дослідженні ми враховували дані Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers (2017), який дає рекомендації незалежно від рівня економічного розвитку країни.

Материнське молоко є оптимальним джерелом поживних речовин практично для всіх немовлят. Ексклюзивне грудне вигодовування рекомендується приблизно протягом перших 6 місяців життя (Grade 1A) з подальшим продовженням годування грудьми і введенням в другому півріччі відповідних додаткових «твердих» продуктів харчування (прикорму). ВООЗ рекомендує продовжувати годувати дітей грудьми щонайменше до 2 років. Переважно грудне або частково грудне вигодовування вважаються субоптимальними, а відсутність грудного вигодовування підвищує ризик захворюваності та смертності немовлят та дітей [9, 10]. Кілька великих проспективних когортних досліджень та мета-аналіз повідомляють, що грудне вигодовування та/або його тривалість пов'язані зі значно меншим ризиком виникнення надмірної ваги та ожиріння, як в дитинстві, так і в більш старшому віці [11, 12]. У США цільові показники національної програми «Здорові люди 2020» щодо грудного вигодовування наступні: 81,9% починають грудне вигодовування; годують грудьми в 6 місяців 60,6 % та у віці 1 року 34,1 %. Оптимальними умовами початку грудного вигодовування є контакт «шкіра-до-шкіри» матері та дитини і раннє прикладання новонародженого до грудей протягом першої години після народження [13].

Згідно з результатами нашого опитування, приклали дитину до грудей в пологовій залі 70,8 % матерів, при цьому з розпочали грудне вигодовування 88,1 %, а 11,9 % дітей з народження знаходилися на штучному вигодовуванні. Годували грудьми до 6 місяців 61,9 %, до 12 місяців – 54,8 % матерів. Годували дитину за вимогою 80,4 % матерів, по годинах – 19,6 %. Такі результати опитування вказують на достатню успішність програми підтримки грудного вигодовування в Україні. Проте із 144 дітей, які годувалися грудьми, у віці до 5–6 міс 35,1 % (у віці 1–2 місяців 17,4 %) почали отримувати воду, тому ці діти отримували не ексклюзивне, а переважно грудне вигодовування. Ми не запитували батьків, де народилася дитина та де вона спостерігалася.

Для немовлят, які годуються грудьми, рекомендується призначення вітаміну D (400 МО на добу), починаючи з першого тижня життя (Grade 1B) [9,10]. У нашому дослідженні лише 61,9 % дітей

отримували вітамін D, при цьому ознаки рахіту виявлялися у 2,4% дітей. Це – факт, отриманий зі слів батьків (self-reported), причину якого ми не досліджували. Така недостатня комплаєнтність батьків до існуючих медичних рекомендацій потребує окремого вивчення та аналізу причин, можливо, і покращення консультативної роботи на первинному рівні допомоги. Це є перспективою наступних досліджень.

Як відзначено у зазначеній настанові, одним із завдань годування дитини протягом першого року є надання їй поживних речовин, що збалансовані за її потребами в енергії, білках, жирах, вуглеводах, вітамінах і мінералах для оптимального зростання та розвитку. Крім того, важливим завданням є набуття дитиною оромоторних навичок та смакових переваг. Індивідуальний динамічний розвиток харчування немовля залежить від його системного і неврологічного дозрівання. На цей процес також впливають індивідуальні риси та темперамент дитини, міжособистісні стосунки в сім'ї, особливості навколишнього середовища та культури. Практика годування протягом перших двох років життя формує звички і харчову поведінку у подальшому житті, тому важливо привчати дитину з першого року життя до здорової їжі та правильного харчування [14-16].

Енергетичні потреби здорових немовлят віком від 0 до 12 місяців, що оцінювалися та приймалися спільною консультативною радою експертів Energy in Human Nutrition FAO / WHO / UNU в 2001 р., виявилися на 10–20 % нижче, ніж у були встановлені цією організацією в 1985 р. [17]. Середня потреба в енергії у здорових дітей приблизно дорівнює: 110 ккал / кг на добу у віці 1 місяць; 95 ккал / кг на добу у віці 3 місяців; 80 ккал / кг на добу у віці між 6 та 12 місяцями. Збільшення маси тіла дітей при задовільненні їх енергетичних потреб дорівнює: 15–30 г на добу протягом перших 6-ти місяців; 6–15 г на добу між 6 та 12 місяцями.

Грунтуючись на фізіологічних потребах дитячого організму та стані психомоторного розвитку, страви прикорму оптимально вводити у віці від 4 до 6 місяців. Проте вік дитини не завжди є хорошим предиктором готовності дитини їсти тверду їжу, тому що не враховує індивідуальні особливості та потреби немовляти. До 4-місячного віку більшість немовлят функціонально не готові отримувати прикорм, а після 6-місячного віку всім недостатньо материнського молока або молочної суміші, їм необхідні додаткові продукти харчування для підтримки зростання, задоволення голоду та доповнення потреб в енергії та поживних речовинах [16,18]. Тобто вводити прикорм слід за наявності ознак готовності малюка отримувати тверду їжу не раніше 4 місяців, при цьому всім дітям старше 6 місяців необхідно ввести прикорм.

Аналіз відповідей респондентів показав, що у віці 4–6 місяців більшість дітей почала проявляти інтерес до дорослої їжі (один з критеріїв готовності до введення прикорму), у цьому ж віці 91,6 % батьків ввели дитині страви прикорму.

Комітет Американської академії педіатрії з питань харчування пропонує вводити дітям на грудному вигодовуванні перш за все каші, збагачені залізом, та пюре з м'яса (Grade 2C), оскільки ці

продукти забезпечують дитину залізом і цинком, що є найнеобхіднішими поживними речовинами в цьому віці. Починати слід з невеликої кількості нової їжі, збільшуючи порції поступово, зберігаючи в той же час грудне вигодовування на вимогу. Не існує наукових доказів про подальший порядок введення нових продуктів прикорму. Однак, чим раніше вводяться овочі, тим більш легко дитина їх прийме. При введенні овочів рекомендується спочатку їх змішувати з грудним молоком, сумішшю. Коров'яче молоко, молоко інших тварин і рослинне молоко не слід використовувати як основний молочний продукт до 12-місячного віку (крім медичних показань); невеликі об'єми коров'ячого молока можуть бути додані до додаткової їжі. Спочатку слід вводити моноінгредієнтні продукти. Комбіновані продукти (наприклад, фрукти та злаки, м'ясо та овочі тощо) можна давати після того, як дитина добре засвоює окремі компоненти. До віку 7–8 місяців доцільно ознайомити дитину з різноманітною їжею з багатьох харчових груп (каші, овочі, фрукти, м'ясо, молочні продукти). У віці 9–12 місяців рекомендується досягти диверсифікації (різноманіття) харчування, коли в раціон дитини введено не менше 4 з 7 перерахованих груп харчових продуктів: 1) зернові / коренеплоди / бульбоплоди; 2) бобові / стручкові / горіхи (у вигляді пасти / масла); 3) молочні 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. Пропонувати овочі слід частіше, ніж фрукти. Одне годування в день має містити продукти, багаті на вітамін С (помідори, броколі, цитрусові). Дитині не слід обмежувати вживання жирів, проте надмірне надходження калорій за рахунок вуглеводів, що легко засвоюються, небажано. Фруктовий сік не рекомендується давати немовлятам до 12 місяців, якщо сік не є необхідним за медичними показаннями (Grade 2C). У віці від 6 до 12 місяців рекомендується давати пюре або протерті цільні фрукти, а не фруктовий сік. Рідке споживання фруктів та овочів у грудному віці пов'язане з їх рідким споживанням у 6-річному віці. Також не рекомендується давати немовлятам солодкі фруктові напої. Не рекомендується додавати цукор та сіль у їжу немовлят, їх додавання не сприяє прийняттю їжі. Уникнення цукру та солі в грудному віці може допомогти встановити нижчий поріг для солодких і солоних смаків в подальшому житті. Вважається, яку їжу дитина їсть приблизно у віці 9 місяців, те ж саме вона буде любити їсти в шкільному віці [3, 18-20].

Аналіз відповідей респондентів на запитання, які харчові продукти отримували їх діти у віці 5–7 місяців показав наступне: овочеve пюре – 92,9 %; фруктове пюре – 77,4 %; м'ясо – 49,6 %; молочна каша – 38,1 %; яєчний жовток – 28 %. У віці 9–12 місяців діти отримували наступні продукти харчування по групах: 1) зернові / коренеплоди / бульбоплоди: овочеві пюре та каші – 100 %; хліб – 72,6 %; печиво з білої муки – 67,9 %; цільнозернове печиво – 63,7 %; 2) бобові / стручкові / горіхи: пюре з бобових – 27,4 %; перетерте насіння / горіхи (паста, масло) – 11,3 %; 3) молочні продукти: кефір / йогурт – 85,1 %, м'який сир – 69,6 %; 4) м'ясо – 82,7 %; риба 43,5 %; 5) яєчний жовток – 88,7 %;

цільне яйце – 59,5 %; 6-7) овочі та фрукти (окремі види не вивчалися) – 100 %. Слід зазначити, діти рідко отримували бобові та горіхи, ймовірно, тому, що це є традиційним для нашого регіону. Додавали в страви прикорму грудне молоко – 16,5 %, молочну суміш – 24,4 %; рослинну олію – 86,3 %; вершкове масло – 75 % респондентів.

При аналізі відповідей було виявлено, що батьки давали дітям харчові продукти та напої, що не рекомендовані на першому році життя: цільне коров'яче молоко – 20,2 %; козяче молоко – 11,3 %; фруктові соки – 49,4 %; напої з додаванням цукру (компот, нектар тощо) – 28 %. Додавали у страви сіль – 58,0 %, цукор – 39,9 % респондентів. Дітям давали пити чай (чорний, зелений, трав'яний) – 23,8 %. Заборонений до 2-річного віку мед через ризик ботулізму давали (у тому числі, змащували соску) 13,1 % респондентів.

Між 6 і 12 місяцями малюки їдять приблизно 5–6 разів протягом дня. Кількість годувань грудьми (молочною сумішшю) поступово зменшується з 4–6 разів (120–180 мл на 1 годування) в 4–6 місяців до 3–4 разів (210–240 мл на 1 годування) в 11–12 місяців, а кількість порцій твердої їжі збільшується з 2–3 в 6–8 місяців до 4 в 10–12 місяців [19].

На запитання, скільки разів на день дитина отримувала страви прикорму, батьки відповіли наступним чином: у 6 місяців 1 раз – 59,5 %, 2 рази – 25,6 %; у 9 місяців 2 рази – 28,0 %, 3 рази 50,6 %, 4 рази – 14,9 %; в 12 місяців 3 рази – 23,2 %, 4 рази – 47 %, 5 разів – 28,6%.

Перегодовування у грудному віці спричинює надмірне збільшення ваги, що може мати тривалі негативні наслідки [21-23]. Респонсивне («чуйне») годування – це ключовий аспект відповідального (чуйного) батьківства, що передбачає взаємодію між дитиною та вихователем під час процесу годування, що ґрунтується на наступних трьох кроках: 1) дитина сигналізує рухами, мімікою та звуками про голод і ситість (існують чіткі ознаки, як голоду так і ситості дитини); 2) вихователь розпізнає сигнали та швидко і адекватно реагує на них з любов'ю і терпінням, емоційно підтримує дитину; 3) дитина відчуває передбачувану реакцію на її сигнали [3, 24]. Немовлятам слід дозволяти припиняти годування, якщо вони вказують, що наситилися (наприклад, якщо вона відкинулася назад або відвернулася). Недоцільно змушувати немовля доїдати всю порцію їжі або годувати якнайбільше перед сном, сподіваючись, що дитина буде спати протягом ночі. Відповідальне батьківство передбачає харчування з позитивним зворотним зв'язком з боку дитини.

У нашому дослідженні батьки точно вимірювали об'єм кожної порції страви прикорму у 24,4 % випадків, приблизно вимірювали об'єм порції чашкою / дитячою мисочкою – 44 % або ложкою – 31,5 %; 40,5% батьків вмикали телевізор (відео), щоб нагодувати дитину, а 14,9 % змушували дитину доїдати всю порцію. При цьому 91,7 % батьків розцінювали апетит дитини як задовільний.

Складність страв та більш щільна текстура прикорму динамічно змінюється паралельно розвитку немовляти і розвитку харчування [18]. Однокомпонентні пюре слід вводити по черзі з інтервалом у три-п'ять днів, щоб виявити харчову непереносимість [25]. Перші пропонувані тверді

продукти повинні бути тонко протертими. Після того, як ніжне пюре добре переноситься, а немовля може самостійно сидіти і намагаться схопити їжу своїми руками, можна ввести густіші м'які пюре і мелену їжу (до 8-місячного віку). У віці 8–10 місяців немовлята починають вдосконалювати навички самостійності, починають їсти пальчикову їжу, що вкрай необхідно для формування координації «очі–рука», маніпулювання руками, здатність «жувати» (навіть за відсутності зубів) і ковтати. Дитину слід заохочувати годуватися самостійно, а всі необхідні навички повинні сформуватися у дитини до 1 року. При цьому потрібно уникати їжі, яку дитина може аспирувати, такої як сосиски, горіхи (особливо арахіс), виноград, родзинки, шматочки сиру та моркви, попкорн та круглі цукерки [26].

Згідно відповідей респондентів їх діти могли: їсти м'ясо/рибу у вигляді парових котлет чи тефтелей в 9 місяців – 25,0 %, у 12 місяців – 61,9 %, після 1 року – 38,1 %; їсти овочі / фрукти шматочками у віці 9 місяців – 29,8 %, у 12 місяців – 70,9 %, після 1 року – 29,1 %; їсти іншу їжу шматочками в 9 місяців могли 43,5 %, у 12 місяців 79,8 % дітей, після 1 року – 20,2 %. Тобто майже третина немовлят у віці 1 рік не вміла жувати їжу і їсти пальчикову їжу.

Мінімальні щоденні потреби у залізі змінюються залежно від терміну гестації та ваги при народженні і дорівнюють у доношених немовлят – 1 мг/кг на добу, а у недоношених та дітей з малою масою тіла – 2–4 мг/кг на добу [27]. У доношеної дитини на грудному вигодовуванні після 4-місячного віку виникає потреба в додатковому надходженні заліза, тому що його не може забезпечити материнське молоко. Додаток заліза 1 мг/кг на день можуть дати деякі страви прикорму – такі, як пюре з м'яса або збагачені залізом дитячі каші промислового виробництва. Батьків слід заохочувати уважно читати етикетки продуктів, щоб перевірити розмір порції та вміст в ній заліза, що міститься в кожному продукті. До тих пір, поки потреби в залізі не будуть задоволені їжею, дитині доцільно призначати препарати заліза. Немовлята, які отримують збагачену залізом дитячу суміш (12 мг/л елементарного заліза), не потребують додаткової добавки заліза. У недоношених дітей та у дітей, народжених з малою масою тіла, запаси заліза виснажуються у віці від 2–3 місяців. Ці немовлята повинні отримувати не менше 2 мг /кг заліза на день протягом першого року життя. За даними наших респондентів анемія була виявлена у 14,3 % їх дітей, препарати заліза отримували 10,1% дітей.

За даними багатьох досліджень, приблизно третина батьків повідомляє про побічні харчові реакції у своїх немовлят і малюків, хоча підтверджена харчова алергія зустрічається значно рідше. Основну частину побічних харчових реакцій складають неімунологічні реакції. Харчова сенсibiлізація та / або алергія виникає приблизно у 5–10% дітей молодшого віку з піком в 1 рік. Високо алергенні продукти (наприклад, яйця, риба, арахіс/арахісове масло, горіхи) можуть бути введені немовлятам у віці від 4 до 6 місяців, навіть якщо є сімейні фактори ризику. Затримка введення цих продуктів раніше пропонувалася як спосіб запобігання atopії у дітей високого ризику (за наявності родича першого ступеня із зафіксованим алергічним захворюванням). Однак на сьогодні Комітет з питань

харчування та Американської академії педіатрії вказує, що не існує переконливих доказів того, що ця практика має суттєвий захисний ефект, та рекомендує раннє введення високо алергенної твердої їжі всім немовлятам, у тому числі, з високим ризиком (Grade 1B) [18,28]. Серед респондентів 23,8 % батьків повідомили про наявність у дитини несприятливих побічних реакцій на їжу / ознак харчової алергії, а 33,3% – про наявність atopічного дерматиту (сухість шкіри і висипання).

У нашому дослідженні ми намагалися більш повно оцінити фактори, що впливають на стан здоров'я немовлят. Встановлено, що в когорті дослідження вторинного впливу тютюнового диму піддавалися 39,3 % дітей. Вакциновані за календарем щеплень 45,8 %, вакциновані з частково / з порушенням графіку 38,7 %, не вакциновані до 1 року 15,5 % дітей. Не хворіли на ГРЗ протягом першого року 31 % дітей; хворіли на ГРЗ: 1 раз – 30,4%, 2 рази – 19,6 %, 3 рази і більше – 18,5 % дітей. Не хворіли на гострі кишкові інфекції у віці до 1 року 78,6 %, хворіли на гострі кишкові інфекції 1 раз 20,2 % дітей. Мали хронічні захворювання 1,8 % дітей. Не лікувалися в стаціонарі на першому році життя 76,2 %, були госпіталізовані 1 раз – 19,6 %, 2 рази і більше – 4,2 % дітей.

На запитання, від кого отримували основну інформацію про вигодовування дитини на першому році життя, респонденти відповіли наступним чином: від свого лікаря – 43,5%, від членів сім'ї або друзів – 19,6 %, з мережі Інтернет – 36,9 %.

Висновки

1. У когорті дослідження, за даними опитування (self-reported), у віці 1 року виявлено суттєве збільшення маси тіла до віку у 24,4 % дітей і довжини тіла до віку – у 8,9 %; за співвідношенням маса тіла / довжина тіла мають зайву вагу і ризик ожиріння у майбутньому 11,9 % дітей.

2. Виявлено достатню поширеність і тривалість грудного вигодовування дітей, проте більше третини дітей отримували воду з перших місяців життя, тобто отримували не ексклюзивне, а переважно грудне вигодовування.

3. Майже всі діти почали отримувати додаткову їжу своєчасно та у віці 9–12 місяців годувалися достатньо різноманітно. Проте перші продукти прикорму у більшості дітей не були збагачені залізом, а анемія була виявлена у 14,3 % дітей. Діти часто отримували не рекомендовані для немовлят харчові продукти та інгредієнти: цільне молоко тваринного походження, фруктові соки, солодкі напої, чай, мед, цукор, сіль. Збільшення в раціоні частки вуглеводів, що легко засвоюються, могло бути однією з причин зайвої ваги у дітей.

4. Виявлені ознаки нереспонсивного (нечуйного) годування (годування по годинах, вмикання відео під час годування, змушування дитини додати всю порцію), що, ймовірно, сприяло перегодовуванню дітей і також могло бути причиною зайвої ваги. Майже третина немовлят у віці 1 року набула навичок жування їжі шматочками і не отримували пальчикову їжу.

Перспективи подальших досліджень

Виходячи з отриманих даних високий науково-практичний інтерес представляє оцінка практики

годування немовлят, народжених передчасно, та вивчення факторів ризику і проявів побічних харчових реакцій / харчової алергії у малюків. Крім того дослідження виявило недостатню ефективність консультативної допомоги батькам з боку медичних працівників, що вимагає удосконалення додипломної і післядипломної підготовки лікарів

щодо навичок і змісту консультування з питань вигодовування немовлят.

Конфлікт інтересів. Автори не зазначили будь-якого конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Самофінансування.

Література

1. Ogden CL, Carroll MD, Lawman HG, Fryar CD, Kruszon-Moran D, Kit BK, et al. Trends in obesity prevalence among children and adolescents in the united states, 1988-1994 through 2013-2014. *JAMA*. 2016;315(21):2292-9. doi: 10.1001/jama.2016.6361.
2. Obesity and overweight. WHO [Internet]. 2018[cited 2019 Des 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach. *Healthy Eating Research: Building evidence to prevent childhood obesity*. 2017. 68p. Available from: https://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_report_021416-1.pdf
4. 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
5. Perez-Escamilla R, Bermudez O. Early life nutrition disparities: where the problem begins? *Adv Nutr*. 2012;3(1):71-2. doi: 10.3945/an.111.001453
6. Perez-Escamilla R, Kac G. Childhood obesity prevention: a life-course framework. *Int J Obes Suppl*. 2013;3(1):S3-S5. doi: 10.1038/ijosup.2013.2
7. Google forms Available at : <https://www.google.com/forms/about/>
8. WHO Motor Development Study: Windows of achievement for six gross motor development milestones. *Acta Paediatr*. 2006;450:86-95.
9. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
10. Breastfeeding. WHO [Internet]. 2019[cited 2019 Des 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):30-7. doi: 10.1111/apa.13133
12. Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child*. 2012;97(12):1019-26. doi: 10.1136/archdischild-2012-302263
13. Healthy People maternal, infant and child health 2020 goals <http://healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=26> (Accessed on February 14, 2011).
14. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am*. 1991;38(6):1439-53. doi: 10.1016/s0031-3955(16)38229-3
15. Stang JJ. Improving the eating patterns of infants and toddlers. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(1 S1):S7-9. doi: 10.1016/j.jada.2005.10.028
16. Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler P, Reidy K. Do food-related experiences in the first 2 years of life predict dietary variety in school-aged children? *J Nutr Educ Behav*. 2002;34(6):310-5. doi:10.1016/s1499-4046(06)60113-9
17. Human Energy Requirements. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. Rome, Italy, 17-24 October 2001[Internet]. 2004[citad 2018 Mar 20]. 96p. Chapter 3: Energy requirements of infants from birth to 12 months. Available from: <http://www.fao.org/3/y5686e/y5686e05.htm>
18. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton 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
19. Krebs NF, Westcott JE, Butler N, Robinson C, Bell M, et al. Meat as a first complementary food for breastfed infants: feasibility and impact on zinc intake and status. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42(2):207-14. doi:10.1097/01.mpg.0000189346.25172.fd
20. Grimm KA, Kim SA, Yaroch AL, Scanlon KS. Fruit and vegetable intake during infancy and early childhood. *Pediatrics*. 2014;134(S1):S63-9. doi:10.1542/peds.2014-0646K
21. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, et al. Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *BMJ*. 2005;331:929. doi:10.1136/bmj.38586.411273.E0
22. Monteiro PO, Victora CG. Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. *Obes Rev*. 2005;6(2):143-54. doi:10.1111/j.1467-789X.2005.00183.x
23. Ong KK, Loos RJF. Rapid infancy weight gain and subsequent obesity: systematic reviews and hopeful suggestions. *Acta Paediatr*. 2006;95(8):904-8. doi:10.1080/08035250600719754
24. Bentley ME, Wasser HM, Creed-Kanashiro HM. Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. *J Nutr*. 2011;141(3):502-7. doi:10.3945/jn.110.130005
25. Kleinman RE, Greer FR, editors. *Pediatric Nutrition*, 7th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics[Internet]; 2014[cited 2019 Dec 2]. Complementary feeding; p.123-34. Available from: <https://reader.aappublications.org/pediatric-nutrition-7th-edition/13>
26. 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
27. 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
28. McBride D, Keil T, Grabenhenrich L, Dubakiene R, Fiocchi A, et al. The EuroPrevall birth cohort study on food allergy: baseline characteristics of 12,000 newborns and their families from nine European countries. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012;23(3):230-9. doi:10.1111/j.1399-3038.2011.01254.x

ИЗУЧЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ПРАКТИКИ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: ОПРОС РОДИТЕЛЕЙ

*Н.В. Котова, Е.А. Старец, Т.Н. Хименко,
Ю.А. Герашченко, Д.А. Коваленко*

Одесский национальный медицинский
университет
(г. Одесса, Украина)

Резюме

Введение. Здоровое питание младенцев необходимо для их здорового роста, психомоторного, когнитивного и социального развития. Первые годы жизни – важный период, когда формируются пищевые предпочтения человека и могут быстро сформироваться и реализоваться риски ожирения. На сегодня избыточный вес и ожирение является большей опасностью для здоровья детей, чем недостаточный вес и истощение.

Цель исследования. Оценить существующую практику кормления детей первого года жизни по данным опроса родителей (self-reported) с точки зрения современных рекомендаций, основанных на доказательствах, представленных в Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers (2017).

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки проведено анонимное анкетирование родителей относительно физического и психомоторного развития, практики кормления их детей, перенесенных ими заболеваний, вакцинации и т.д.. На форумах г. Одессы (Украина) родителей, имеющих детей второго-третьего года жизни, просили ответить on-line на вопросы в Google форме. Мы получили индивидуальные результаты опроса, автоматически сформированную суммарную таблицу Excel и диаграммы on-line.

Результаты исследования. Получено 168 заполненных анкет. Оценка физического развития детей с помощью z-score в возрасте 1 года следующая: масса тела к возрасту выше $+2\sigma$ – 22,6 %, выше $+3\sigma$ – 1,8 % детей; длина тела к возрасту выше $+3\sigma$ – 8,9 %; соотношение массы тела к длине тела выше $+2\sigma$ – 8,9 %; выше $+3\sigma$ – 3,0 % детей. Начали грудное вскармливание – 88,1 %, кормились грудью до 6 месяцев – 61,9 %, до 12 месяцев – 54,8 % детей. Среди детей на грудном вскармливании 35,1 % с первых месяцев жизни начали получать воду. Витамин D получали 61,9 % детей. Своевременно, в 4-6 месяцев ввели детям первый прикорм 91,6 % родителей. В возрасте 5-7 месяцев детям давали овощные пюре – 92,9 %, фруктовые пюре – 77,4 %, мясо – 49,6 %, кашу – 38,1 %, яичный желток – 28 % респондентов. В 9-12 месяцев питание младенцев было достаточно разнообразным. Выявлено, что родители давали детям следующие не рекомендованные до 1 года пищевые продукты, напитки или ингредиенты: цельное коровье молоко – 20,2 %, козье молоко – 11,3 %, фруктовые соки – 49,4 %, напитки с добавлением сахара – 28,0 %, мед – 13,1 %; соль – 58,0 %, сахар – 39,9 %; чай – 23,8 %. Кормили детей по часам 19,1 % родителей; включали телевизор (видео), чтобы накормить ребенка – 40,5 %, заставляли ребенка доедать всю порцию – 14,9 %; при этом расценивали аппетит ребенка, как удовлетворительный 91,7 % родителей.

SURVEY OF EXISTING INFANT FEEDING PRACTICES: INTERVIEWING THE PARENTS

*N.V. Kotova, O.O. Starets, T.M. Khimenko,
Y.O. Herashchenko, D.A. Kovalenko*

Odessa National Medical
University
(Odessa, Ukraine)

Summary

Introduction. Healthy feeding is essential for infants' healthy growth, psychomotor, cognitive and social development. First years of life are an important period when a person's dietary habits are formed and the risks of obesity can be quickly formed and realized. Today, overweight and obesity are more dangerous for children's health than underweight and malnutrition.

The aim of the study was to evaluate the existing infant feeding practices using parental survey data (self-reported) in the context of modern evidence-based recommendations.

Materials and methods. Anonymous survey of parents based on random sampling method was conducted as for physical and psychomotor development of their infants, feeding practices, history of diseases, vaccination etc. Parents who had children of the second or third year of life were asked to answer the questions online filling in the Google form on the forums of Odessa (Ukraine). By the end of the survey we received individual results, an automatically generated Excel pivot table and online charts.

Results. There were 168 completed questionnaires in total. Assessment of children's physical growth at the age of 1 year by using a z-score revealed: body weight for age is above $+2\sigma$ in 22.6% and $+3\sigma$ in 1.8% of children; body length for age $+3\sigma$ in 8.9%; body weight for body length ratio above $+2\sigma$ in 8.9% and above $+3\sigma$ in 3.0% of children. It was found out that 88.1% women initiated breastfeeding; 61.9% of them continued breastfeeding up to 6 months and 54.8% up to 12 months. 35.1% of breastfed children received water from the first months of life. 61.9% of children received vitamin D. 91.6% of parents started giving their children first supplementary food at the age of 4-6 months. At the age of 5-7 months, 92.9% of children were given vegetable puree, 77.4%, – fruit puree, 49.6% – meat, 38.1% – porridge, 28% – egg yolk. Infants' menu was quite diversified at 9-12 months. It was revealed that some parents gave their children the following foods, drinks or ingredients which were not recommended for infants under 1 year: whole cow's milk - 20.2%, goat's milk - 11.3%, fruit juices - 49.4%, sugary drinks - 28.0%, honey - 13.1%; salt - 58.0%, sugar - 39.9%; tea - 23.8%. Parents fed their children by the hour in 19.1% of cases, turned on the TV (video) to feed the child in 40.5% of cases and forced the child to eat up the entire portion in 14.9% of cases; while the appetite of the child was regarded as satisfactory by 91.7% of parents. By the age of 1 year 38.1% of children were not given meatballs or fish, 29.1% – pieces of vegetables or fruits; 20.2% – other food in pieces. 23.8% of parents reported about adverse food reactions / signs of food allergy in their children. 39.3% of children were exposed to secondhand tobacco smoke. 45.8% of children were vaccinated according

До 1 года ребенку не давали мясо/рыбу в виде паровых котлет, тефтелей – 38,1 %, пальчиковую пищу: овощи / фрукты кусочками – 29,1 %; другую пищу кусочками – 20,2 % родителей. Сообщили о наличии у ребенка побочных пищевых реакций / признаков пищевой аллергии 23,8 % родителей. Воздействию вторичного табачного дыма подвергались 39,3 % детей. Вакцинированы по Календарю прививок 45,8 %, вакцинированы частично / с нарушением графика – 38,7 %, не вакцинированы до 1 года – 15,5 %. Болели ОРЗ 1 раз – 30,4 %, 2 раза – 19,6 %, 3 раза и более – 18,5 % детей; болели острыми кишечными инфекциями 1 раз 20,2 % детей. Имели хронические заболевания 1,8 % детей. В течение первого года лечились в стационаре: 1 раз – 19,6 %, 2 раза и более – 4,2 % детей.

Выводы. В когорте исследования в возрасте 1 год 11,9 % детей имеют лишний вес и риск ожирения в будущем по соотношению масса тела / длина тела. Выявлено достаточную распространенность и продолжительность грудного вскармливания детей, однако более трети детей получали воду с первых месяцев жизни, то есть получали не эксклюзивное, а преимущественно грудное вскармливание. Почти все дети начали получать прикорм своевременно и в возрасте 9–12 месяцев питались достаточно разнообразно. Однако первые продукты дополнительной пищи у большинства детей не были обогащены железом, а анемия была обнаружена у 14,3 % детей. Дети часто получали не рекомендованные младенцам пищевые продукты, напитки и ингредиенты: цельное молоко животного происхождения, фруктовые соки, сладкие напитки, мед, чай, сахар, соль. Увеличение доли легко усваиваемых углеводов, вероятно, было одной из причин избыточного веса у детей. Обнаружены признаки нереспонсивного (нечуткого) кормления (кормление по часам, включения видео во время кормления, принуждение ребенка доедать всю порцию), что, вероятно, способствовало перекармливанию детей и также могло стать причиной лишнего веса. Почти треть младенцев в возрасте 1 год не приобрела навыков жевания пищи кусочками и не получала пальчиковую пищу.

Ключевые слова: грудное вскармливание; прикорм (дополнительное питание); респонсивное (чуткое) кормление; дети первого года жизни.

to immunization schedule, 38.7% of them were vaccinated partially or with a disruption of schedule, 15.5% of infants were not vaccinated until 1 year. During their life 30.4% of children had the acute respiratory diseases 1 time, 19.6% – 2 times, 18.5% – 3 times or more; 20.2% of children once suffered from acute intestinal infections; 1.8% of them had chronic diseases. During the first year of life 19.6% of children were hospitalized once and 4.2% of them twice or more.

Conclusions. According to the weight / length ratio 11.9% of one-year-old children have overweight and a risk obesity in future. Sufficient prevalence and duration of breastfeeding was revealed, however, more than one third of children received water from the first months of life, which means breastfeeding was predominant but not exclusive. Supplementary feeding was introduced mostly in time, so infants' menu was quite diversified by the age of 9-12 months. However, the first supplementary food products were not loaded with iron for most children, which caused anemia in 14.3% of them. Children often received foods, drinks, and ingredients that were not recommended for babies: whole animal milk, fruit juices, sugary drinks, honey, tea, sugar, salt. The increase of easily digestible carbohydrates was probably one of the overweight causes in children. Signs of non-responsive (inconspicuous) feeding were found (feeding by the hour, turning on the video during feeding, forcing the child to eat up the entire portion), which probably contributed to children's overfeeding and could also cause excess weight. Almost one third of one-year-old infants neither acquired the skills of chewing food in pieces nor received finger food.

Keywords: Breastfeeding; Supplementary Feeding; Responsive Feeding; Infants.

Контактна інформація:

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

Контактна адреса:
Валиховський 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

© Н.В. Котова, О.О. Старець, Т.М. Хіменко, Ю.О. Герашченко,
Д.А. Коваленко, 2020

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

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

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

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

Надійшло до редакції 24.12.2019 р.
Підписано до друку 19.02.2020 р.