

Дата публікації документу 8.04.2024

Дата запланованого перегляду 8.04.2029

Автори: Лідія Бабич (1), Юлія Шубіна (2), Олександра Кашченко (3), Вікторія Олійник (4), Олена Волкова (5), Вікторія Дебела-Пшегалінська (6), Анастасія Фадєєва (7).

Рецензент: Ліна Барська, педіатр, к.м.н., IBCLC.

Позиційні документи УАМГВ носять рекомендаційний характер і не можуть бути юридично прирівняними до затверджених МОЗ України клінічних протоколів (Наказів). Водночас позиційні документи УАМГВ можуть бути використані за основу і в цілому при створенні локальних протоколів медичної допомоги в медичних закладах.

Наші документи можуть дозволити підвищити якість своєї роботи медичним працівникам України та допоможуть змінити погляди лікарів України на медицину грудного вигодовування.

Авторські права: Автори цього документу та УАМГВ будуть раді, якщо ви будете користуватися цим документом в своїй роботі. Водночас, відтворення документу в цілому чи частинами дозволяється виключно з вказанням джерела - з позиції дотримання авторських прав.

Вступ: Цей документ призначений для вивчення теми грудного вигодовування, лактаційної медицини та вигодовування дітей раннього віку. Обговорюються різноманітні аспекти введення прикорму, їх вплив на стан здоров'я дитини, організація грудного вигодовування на фоні розширення прикорму. Цей документ має на меті надати сучасні актуальні рекомендації, засновані на наукових джерелах.

Цільова аудиторія: Даний позиційний документ призначений для лікарів, лікарів-консультантів з грудного вигодовування та всіх медичних працівників, хто працює з вагітними жінками, породіллями, жінками в період лактації, новонародженими, немовлятами, дітьми молодшого віку та їх родинами. Цей документ буде корисний фахівцям в сфері організації охорони здоров'я, учасникам та організаторам освітніх процесів в медичній галузі. Консультанти з грудного вигодовування незалежно від наявності медичної освіти, доули, студенти медичних навчальних закладів отримають користь від даного документу для своєї професійної діяльності та подальшого навчання.

Даний позиційний документ буде корисний батькам маленьких дітей, чії родини хочуть глибоко та всебічно розуміти питання вигодовування.

Актуальність теми: Питання вигодовування є дуже важливою складовою догляду за дитиною. Вплив харчування на стан здоров'я неможливо переоцінити. Фахівці та родини з маленькими дітьми потребують сучасних джерел інформації, щоб керуватися в своїх діях науковими даними а не сталими практиками.

1 - педіатр, консультант з грудного вигодовування, IBCLC

2 - Юлія Шубіна, педіатр, дитячий гастроентеролог, консультант з грудного вигодовування, MDLC

3 - Олександра Кашченко, педіатр, консультант з питань грудного вигодовування, IBCLC

4 - Вікторія Олійник, педіатр, консультант з грудного вигодовування, MDLC, к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми ВНМУ ім. М. І. Пирогова

5 - Олена Волкова, педіатр, консультант з грудного вигодовування

6 - Вікторія Дебела-Пшегалінська, педіатр, консультант з грудного вигодовування

7 - Анастасія Фадєєва, педіатр, консультант з грудного вигодовування

Зміст

1. Визначення
2. Навіщо потрібен прикорм
3. Вік введення прикорму
4. Ознаки готовності до прикорму
5. Види прикорму (методики)
6. З чого починати прикорм - продукти
7. Чуйне годування
8. Продукти, від яких варто утриматися
9. Поєднання ГВ (вигодовування формулою) та прикорму
10. Вегетаріанське, веганське харчування
11. Саплементация
12. Напої
13. Введення алергенів
14. Прикорм під час надзвичайних ситуацій

1. Визначення

Прикорм - визначається як процес надання їжі на додаток до молока, коли лише грудного молока або формули ("суміші") вже недостатньо для задоволення харчових потреб. Зазвичай починається у віці близько 6 місяців і триває до 24 місяців. Це період розвитку, коли дітям важливо навчитися приймати здорову їжу та напої і встановити довгострокові моделі харчування (1).

2. Навіщо потрібен прикорм

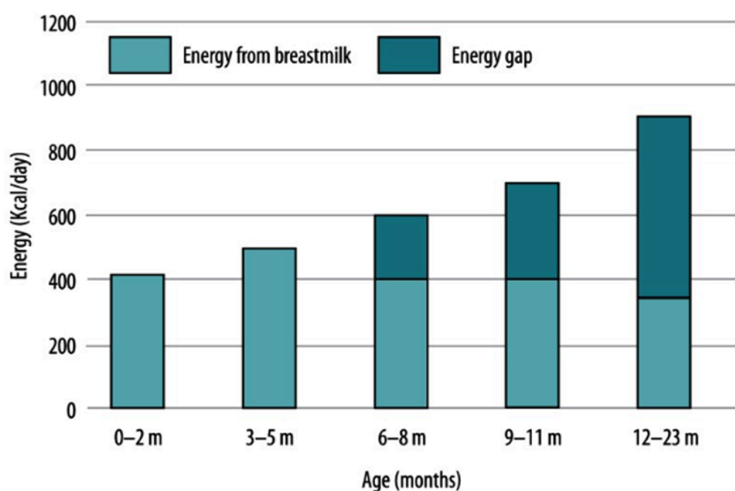
Споживання у достатній кількості грудного молока чи формули задовольняє потреби немовлят у поживних речовинах приблизно протягом перших шести місяців життя. Грудне молоко залишається основним компонентом раціону немовляти, оскільки продукти з сімейного раціону вводяться поступово з відповідною видозміною текстури та уникаючи в продуктах доданих цукру та жирів (2).

До 4-місячного віку більшість немовлят подвоюють свою вагу при народженні. До 6-місячного віку прикорм стає необхідним для підтримки росту, втамування голоду і задоволення потреб в енергії та поживних речовинах. Після 6-місячного віку об'єм грудного молока, який споживають немовлята, що перебувають виключно на грудному вигодовуванні, зазвичай стає недостатнім для задоволення потреб дитини в енергії, білках, залізі, цинку та деяких жиророзчинних вітамінах (3, 23).

Потреби в енергії для немовлят змінюються залежно від віку; приблизні потреби наведені нижче:

- від 0 до 2 місяців - 100-110 ккал/кг на добу
- від 3 до 5 місяців - від 85 до 95 ккал/кг на добу
- від 6 до 8 місяців - від 80 до 85 ккал/кг на добу
- від 9 до 11 місяців - 80 ккал/кг на добу

На малюнку показано енергетичні потреби немовлят і дітей молодшого віку до 2 років, а також те, скільки може бути забезпечено грудним молоком. Це показує, що грудне молоко покриває всі потреби до 6 місяців, але після 6 місяців є енергетичний дефіцит, який потрібно забезпечити прикормом. Енергія, необхідна крім грудного молока, становить близько 200 ккал на добу у немовлят 6-8 місяців, 300 ккал на добу у немовлят 9-11 місяців і 550 ккал на добу у дітей 12-23 місяців. Кількість їжі, необхідної для покриття різниці, збільшується в міру дорослішання дитини та зменшення споживання грудного молока (52)



Фактична потреба в енергії для немовляти варіюється залежно від індивідуальних особливостей, включаючи медичні потреби та наздоганяючий ріст. На споживання енергії впливають кількість прийомів їжі, кількість спожитих продуктів, енергетична щільність спожитих продуктів та розмір порцій (5).

	0-6 місяців	7-12 місяців
Вуглеводи	60 г/день*	95 г/день*
Жири	31 г/день*	30 г/день*
Білки	1,5 г/кг/день*	1,5 г/кг/день*
Кальцій	200 мг/день*	260 мг/день*
Залізо	0.27 мг/день*¶	11 мг/день*Δ
Цинк	2 мг/день*	3 мг/день Δ

* Ці значення відображають достатнє споживання (ДС); для розрахунку рекомендованої дієтичної норми (РДН) бракувало наукових даних.

¶ Запаси заліза у доношених немовлят, маса тіла яких при народженні відповідала гестаційному віку, задовольняють потребу в залізі до 4-6-місячного віку.

Δ Ці значення відображають РДН.

Викликає особливе занепокоєння рівень заліза у немовлят на грудному вигодовуванні, особливо у дітей < 3 кг при народженні, чиї матері мали дефіцит заліза під час вагітності, або які не отримали достатнього надходження заліза з плацентарною кров'ю через раннє перетискання пуповини. Дефіцит заліза у немовлят з групи ризику, котрі перебувають на грудному вигодовуванні, можна більш ефективно профілакувати шляхом саплементації залізом, ніж пропонуванням прикорму (1).

3. Вік введення прикорму

Прикорм має бути запропонований дитині у віці близько 6 місяців на фоні продовження грудного вигодовування чи вигодовування формулою (1,5).

Грудне молоко може задовольнити половину або більше потреби в енергії у немовляти віком від 6 до 12 місяців і одну третину потреби в енергії та інших поживних речовинах у немовляти віком від 12 до 24 місяців. Грудне молоко продовжує забезпечувати дитині поживні речовини кращої якості, ніж продукти прикорму, а також забезпечує захисні фактори. У віці від 6 до 24 місяців встановлюються більшість харчових звичок, уподобань і відраз, які значною мірою зумовлюють тип майбутнього харчування (6, 7).

Очікування, поки немовляті, що знаходиться на грудному вигодовуванні, виповниться принаймні 6 місяців, щоб ввести прикорм, може запобігти шлунково-кишковим інфекціям без негативного впливу на зростання (24). Існує думка, що раннє введення каші допомагає немовлятам спати всю ніч, але це питання недостатньо вивчене, і результати суперечливі (25).

Введення прикорму до 4 місяців може бути шкідливим і мати наступні небажані наслідки:

- введення твердої їжі до того, як немовля матиме оральні навички, щоб безпечно проковтнути її, може призвести до аспірації;
- недостатнє або надлишкове споживання енергії, нутрієнтів і збільшення ниркового навантаження розчинними речовинами;
- у деяких дослідженнях, але не в усіх, ранній початок вживання твердої їжі асоціюється з підвищеним ризиком ожиріння (26, 27);
- годування кашами немовлят із високим ризиком розвитку цукрового діабету 1 типу у віці до 3 місяців може підвищити ризик розвитку антитіл до острівцевих клітин;
- збільшення частоти гострих гастроентеритів та інфекцій верхніх дихальних шляхів;
- порушення біодоступності заліза та цинку з грудного молока;
- заміна молока іншими менш поживними продуктами (неадекватні замінники грудного молока) (3,7)

Пізнє введення прикорму у віці після 6 місяців може нести ризик недоотримання дитиною поживних речовин, заліза, може підвищувати ризик харчової алергії, зокрема на арахіс та коров'яче молоко. Відкладення введення прикорму може негативно вплинути на сприйняття дитиною нових смаків та текстур їжі (1).

Відтермінування прикорму може спричинити дефіцит цинку, білка, заліза та вітамінів групи В і D, що, в свою чергу, пригнічує ріст і подальші проблеми з харчуванням (8). До кінця першого року життя більшість здорових немовлят отримують приблизно половину своїх енергетичних потреб з прикорму (3).

Поширена думка про те, що прикорм до 12 місяців є "лише знайомством" дитини з продуктами прикорму - є помилковою, бо не передає суть різноманітних аспектів організації вигодовування дитини.

Існують певні дані, які свідчать про те, що може існувати критичне вікно для введення твердої їжі з грудками, і якщо не ввести її приблизно до 9-10-місячного віку існує підвищений ризик труднощів з годуванням і зниженням споживання важливих груп продуктів, наприклад фруктів та овочів, пізніше. Тому важливо, як з міркувань розвитку, так і з питань харчування, давати дитині їжу, яка відповідає віку, правильної консистенції та методом, який відповідає віку та розвитку немовляти (4).

Затримка введення прикорму у **передчасно народжених дітей** може вплинути на зростання та нервовий розвиток, а раннє введення - може підвищити ризик інфікування та госпіталізації. На основі обмежених наявних доказів рекомендується почекати до 6 місяців скоригованого віку. Не рекомендується вводити прикорм до 4-місячного скоригованого віку. Немає доказів впливу введення прикорму у 4- або 6-місячному скоригованому віці на вагу, зріст і окружність голови (7).

На харчування немовлят і дітей раннього віку впливають багато факторів. Харчові звички розвиваються протягом перших років постнатального життя як біологічні, когнітивні та екологічні процеси. Фактично, морфологічні, фізіологічні та функціональні адаптації дозволяють дитині керувати змінами у своєму раціоні, переходячи від молока до дедалі більшого розмаїття продуктів харчування. Немовлята і діти раннього віку вчаться отримувати задоволення від смаків і текстури їжі внаслідок багаторазового вживання різноманітної їжі в ранньому віці. Реакції опікуна на сигнали голоду та емоційний стан дитини, а також переконання і ставлення піклувальника до догляду за дитиною мають велике значення. Взаємовідносини з їжею залежать від особливостей сім'ї, знань про харчування, соціальних впливів, культурних звичаїв і харчових звичок (9).

4. Ознаки готовності до прикорму

Більшість доглядальників можуть легко і правильно визначити віхи розвитку, коли дитина готова до вживання напівтвердої чи твердої їжі. Навички, необхідні для немовляти, щоб безпечно приймати та ковтати пюре з ложечки, як правило, з'являються протягом 4-6 місяців (4). Ознаки, що дитина готова до прикорму:

- адекватний контроль тулуба (здатність лежачи на животі спиратися на випрямлені руки, здатність сидіти з підтримкою або самостійно);
- може добре контролювати голову та шию;
- здатність просувати язиком перетерту їжу до задньої частини глотки для ковтання;
- згасання рефлексу екструзії (його наявність робить годування з ложки важким і демотивуючим як для опікуна, так і для немовляти);
- підготовка до різноманітних консистенцій їжі шляхом вкладання рук до роту, піднесення до роту іграшок та дослідження варіантів переміщення об'єктів в ротовій порожнині;
- здатність вказувати на бажання їжі (відкриває рот і нахилиється вперед, емоційні ознаки зацікавленості) і насичення (відхиляється назад, відвертається, емоційно реагує);
- проявляє бажання брати участь у сімейних прийомах їжі і намагається схопити їжу, щоб покласти її в рот.

Потрібні додаткові навички, щоб їсти грудкувату їжу та споживати їжу руками (3).

Вага дитини не повинна визначати терміни початку прикорму. Рекомендації щодо ведення прикорму не повинні відрізнятися для здорових немовлят, немовлят з низькою вагою або немовлят із надмірним збільшенням ваги, хоча наукової інформації з цього приводу дуже мало або зовсім немає (7).

Наявність зубів не є обов'язковою умовою для початку прикорму та не є критерієм чи можна пропонувати дитині шматочки їжі..

Здатність самостійно сидати з положення лежачи не слід плутати зі здатністю тримати тіло в положенні сидячи самостійно або з невеликою підтримкою. Дітям, які самостійно не сідають з положення лежачи, не варто давати прикорм в позі лежачи на животі на підлозі та в відхиленій назад позі - це збільшує ризик вдавнення.

5. Які бувають види (методики) прикорму

Типи прикорму, що пропонуються маленьким дітям, залежать від культури, традицій та індивідуальних переваг. Практика годування та вподобання в харчуванні, встановлені в ранньому віці, зберігаються в подальші роки (23).

ВООЗ рекомендує збільшувати консистенцію їжі в міру зростання дитини та вказує, що у шестимісячному віці малюки можуть їсти пюревану чи перетерту їжу, а у вісім місяців – їжу, яку дитина може брати пальчиками. У віці 12 місяців діти можуть харчуватися так само, як і решта сім'ї. Важливо зазначити, що нервово-м'язовий розвиток частково залежить від наслідування. Тому значний вплив мають харчові звички сім'ї. Бажано, щоб під час введення прикорму дитина спостерігала за тим, як їсть вся родина, щоб дорослі їли з дитиною за одним столом. (10).

Цілі полягають у тому, щоб наприкінці першого року запровадити різноманітну їжу, смаки та консистенцію, а також забезпечити, щоб поєднання грудного вигодовування та прикорму відповідало харчовим потребам немовляти.

Перші запропоновані тверді продукти повинні бути дрібно протертими, містити лише один інгредієнт і не містити добавок (солі, цукру). Комбіноване харчування (наприклад, фруктово-зернові, м'ясо-овочеві) можна давати після того, як дитина добре перенесе окремі компоненти. Після того, як рідке пюре стане сприйнятливим і дитина зможе самостійно сидіти та намагатиметься захопити їжу руками, можна вводити більш густе пюре та м'яку перетерту їжу. Приблизно у віці восьми місяців немовлята зазвичай освоюють густе пюре та розвинули достатню гнучкість язика, щоб пережовувати та ковтати їжу з більшою консистенцією (подрібнену їжу, перетерту їжу з маленькими м'якими грудочками) у більших порціях (28).

У віці від 8 до 10 місяців немовлята починають удосконалювати навички, необхідні для самостійного споживання їжі пальцями. Ці навички включають здатність самостійно сидіти; координація очей і рук, необхідна для захоплення, маніпулювання та відпускання їжі; здатність «жувати» (навіть при відсутності зубів); і проковтнути. Коли дитині виповнюється 12 місяців, з'являється навичка тонкого пінцетного захвату, що покращує вміння їсти пальцями.

У віці від 9 до 12 місяців більшість немовлят можуть їсти самостійно, пити зі стандартної чашки двома руками та їсти їжу, приготовану для решти членів сім'ї з невеликими адаптаціями (наприклад, нарізати на шматочки). Тим не менш, поєднання самостійного та залежного годування необхідне для задоволення потреб дитини в енергії та поживних речовинах під час цієї фази вдосконалення навичок самостійного годування (23).

Перейти від пюре до грудкуватої текстури та розм'якшеної твердої їжі рекомендується до 10-місячного віку, щоб зменшити ризик неприйняття такої консистенції. Вважається, що це критичний проміжок часу, тому що діти, ознайомлені зі шматочками після 10 місяців, виявилися більш вибірковими на пізніх стадіях, можуть мати більші проблеми з харчуванням, а також менше споживати фруктів і овочів. Немовлята, які почали вживати їжу з грудкуватою текстурою після 9 місяців, істотно представляли більші проблеми з харчуванням у віці 7 років. Таким чином, для медичних працівників дуже важливо заохочувати перехід від пюре або протертих продуктів до їжі з грудкуватою консистенцією до 10-місячного віку, оскільки пропонування їжі з правильною текстурою має важливе значення для розвитку та харчування (10).

Як припускають дослідники, готовність та лояльність дитини до їжі з різними консистенціями залежить, зокрема, від стадії розвитку та попереднього досвіду контакту з текстурою/консистенцією: немовлята вчать їсти їжу, якщо вони стикаються з нею на відповідних стадіях розвитку. Доцільно привчати дитину споживати їжу з твердою текстурою поступово, що може зменшити ризик відрази, вдавнення або блювання.

Кількість зубів у дитини не є вирішальним фактором для зміни консистенції їжі на ранніх стадіях. Однак згодом дітям потрібно різати та подрібнювати більш складні продукти. Неврологічний розвиток і зрілість відіграють ключову роль у вдосконаленні консистенції їжі, яка повинна бути адаптована відповідно до потреб, продиктованих набутими навичками. Міжнародні рекомендації сходяться на тому, що текстури, запропоновані в прикорм, слід змінювати поступово. Рішення про те, коли змінити текстуру, залежить від дорослішання та розвитку дітей і стимулювання для отримання навичок (10).

Останнім часом з'явилися нові методики прикорму, які порушують описану вище схему. Поряд з рекомендаціями відкласти введення твердої їжі до 6 місяців, спостерігається зростаюча тенденція взагалі уникати початкової стадії «пюре» та переходити безпосередньо до їжі пальцями.

Baby-Led Weaning (BLW)

BLW (за визначенням авторки даного методу) - це фундаментальний підхід до немовлят та харчування, який вважає за необхідне оцінювати вміння дитини в контексті їжі та годування нею. Перші обговорення про метод BLW починаються у 2001 році (11, 57, 58).

Основними принципами методики, крім загальних правил прикорму, є наступне:

- Пропонувати ту ж саму їжу, яку вживає вся сім'я, під час спільних прийомів їжі.
- Дорослі обирають, що саме запропонувати з їжі, однак дитина сама визначається чи пробувати її запропоновану їжу та в якій кількості її вживати.
- Дитина має самостійно брати їжу до рук та направляти до рота, без допомоги дорослого.
- Метод не використовує "дитячу" їжу (домашнього чи комерційного виробництва).
- Процес споживання їжі має відбуватись виключно в вертикальному положенні у окремому стільці або на колінах у дорослого.
- Метою є представлення дитині якомога ширшого різноманіття їжі, яка оформлюється для дитини таким чином, щоб дитина могла взяти їжу в руку та з'їсти самостійно.
- Важливим є продовження грудного, змішаного вигодовування або годування формулою.
- Пропонувати воду з чашки.
- Загальним правилом є представлення дитині продуктів за принципом BLW саме з 6 місяців, так як навряд немовля меншого віку буде здатне до маніпуляцій з їжею руками у вертикальному положенні. Однак, за умови достатньої зрілості нервової системи та наявних ознак готовності до прикорму, спроби раніше 6 місяців дозволяються.
- Уникати додавання солі, цукру, дорослої їжі з додаванням солі та цукру, готових напівфабрикатів, тощо.
- Уникати продуктів маленького та круглого розміру для зменшення ризику вдавнення.
- Не залишати дитину наодинці з їжею.
- Чуттєво ставитись до ознак насичення та голоду з боку дитини.

- При наявності історії алергічних захворювань або захворювань травної системи в сім'ї дитини, потрібно обговорити перспективи даного методу зі спеціалістом (12, 13, 14, 15).

Існує декілька думок про даний метод у офіційних авторитетних організаціях.

Так, the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) обговорює даний метод в контексті способу годування (дитина годує сама себе, а не батьки ложкою) та принципами сумісних прийомів їжі з сім'єю. Однак, дана організація не дає однозначних висновків щодо користі чи небезпеки даного методу, вказуючи на необхідність подальших досліджень (16).

The National Health Service (NHS), британська Національна служба охорони здоров'я, також вважає необхідним обговорити даний метод без надання йому переваг чи недоліків (17).

Термін Baby-Led Weaning також згадується в підручнику з медицини грудного вигодовування, однак здебільшого в контексті лагідного та поступового завершення грудного вигодовування (18).

Існує також негативна позиція щодо методу BLW. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії не рекомендує даний метод своїм громадянам через сумнівний вплив на рівень заліза у малюків, темпи зростання та підвищений ризик вдавнення (19).

BLISS

В останні роки розповсюдженість отримує такий метод як BLISS (Baby-led Introduction to Solids. BLISS - це модифікований метод BLW, який детально описує батькам яких продуктів та варіантів подачі варто уникати з метою зниження ризику вдавнення у дитини, підкреслює важливість введення заліза та енергетично багатих продуктів (20).

Нові підходи, такі як BLW і BLISS, показали свою перевагу в регулюванні вигодовування немовлят, незалежності в годуванні та стимуляції неврологічного дозрівання. Однак рекомендовано оцінювати використання цих методів індивідуально, залежно від неврологічного дозрівання кожного немовляти, а також контролювати тип їжі та поживних речовин, які надаються (10). Існують дані щодо переваг саме BLISS перед BLW, так як цей метод додатково інформує батьків щодо важливості залізовмісних продуктів та правил безпечної подачі (4, 15).

Розвиток звичок здорового харчування потребує здорового середовища та здорових стосунків з годуванням. У здорових відносинах з годуванням немовля ініціює та керує взаємодією, а вихователь повинен:

- завчасно та належним чином реагувати на сигнали голоду та ситості;
- визнавати здібності немовляти та навички годування;
- збалансувати потребу немовляти в допомозі й заохочення до самостійного годування (3).

Більшість перерахованих організацій у своїх інформаційних бюлетенях для пацієнтів або професійних обговореннях допускають використання декількох методів прикорму одночасно та перехід на метод BLW після представлення дитині пюре. Однак, сама авторка теорії зауважує, що таке рішення може призвести до некоректного сприйняття процесу BLW в сім'ї, відсутності ефекту від даного методу, а також унеможлиблює проведення досліджень через відсутність групи пацієнтів виключно з використанням BLW (21).

Відповідно до слів авторки варто розрізняти представлення дитині їжі у вигляді "finger foods" (тобто шматочки, які зручно взяти в руку та робити спроби їсти самостійно) у відповідному віці та саме BLW/BLISS. Хоча етап "finger foods" є важливим та більше висвітленим у літературі, він відрізняється від BLW/BLISS тим, що дитина спочатку вчиться ковтати, а потім жувати. Ця особливість і спричиняє розвиток реакції поперхування (однак не вдавнення) здебільшого під час BLW/BLISS (3, 58).

Батьки відіграють важливу роль у процесі пропонування прикорму, приймаючи рішення щодо часу та наповнення раціону, способу годування немовляти, встановлюючи правила та очікування, а також будуючи приклад для наслідування. Ймовірно, що спосіб, у який їжу дають немовляти, і взаємодія між батьками та немовлям під час прикорму можуть впливати на харчові та дієтичні переваги та регулювання апетиту (4).

Підсумки щодо вибору методу прикорму:

1. Важливо пам'ятати про недостатню кількість досліджень в підтримку або критику методу BLW.
2. Не існує гайдлайну з встановленими принципами та правилами BLW у Північній Америці, а такі організації як ESPGHAN та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) не включили рекомендації на підтримку даного методу до своїх інформаційних матеріалів.
3. Потрібно надавати інформаційну підтримку батькам, які цікавляться методом BLW та спостерігати за темпами зростання таких немовлят (22).
4. Діти можуть мати особливості розвитку, індивідуальний ступінь готовності до самостійного харчування - це дуже важливо виявляти та враховувати при виборі методу введення прикорму. Первинне рішення необхідно переглянути та змінити, якщо виникають складнощі з годуванням дитини.
5. Методи введення прикорму можна комбінувати між собою, дотримуючись принципів безпечної подачі та чуйного годування.

6. 3 чого починати прикорм - продукти

- Спочатку слід пропонувати їжу з одного інгредієнта (3,32). Тривалість періоду вживання моно-продуктів чітко не регламентована. Комітет Американської академії педіатрії з питань харчування рекомендує спочатку пропонувати дитячі каші та м'ясні пюре, оскільки вони містять залізо та цинк (3,29, 30, 31). М'ясні пюре містять

гемове залізо, яке є більш біодоступним, ніж негемове, і підвищують всмоктування негемового заліза. Після того, як ці продукти будуть включені в раціон, варто додавати протерті або пюреподібні фрукти та овочі.

- Шонайменше одне годування на день повинно містити продукти, багаті на вітамін С, для покращення засвоєння заліза.

- Вживання жирів та холестерину у немовлят не обмежується. Мається на увазі, що не потрібно спеціально обирати знежирені продукти для дитячого харчування;

- Додавання цукру і солі не рекомендується (23, 40, 42). Додавання цукру та солі не покращує сприйняття їжі немовлям. Уникнення додаткового вживання цукру та солі в дитинстві може допомогти встановити нижчий поріг сприйняття солодкого та солоного смаку в подальшому житті (42, 43, 23).

- Надмірне споживання висококалорійного прикорму може спричинити надмірне збільшення маси тіла в дитячому віці, що може мати довгострокові наслідки (23, 44, 45).

Різноманітність харчування:

ВООЗ та ЮНІСЕФ визначили вісім ключових груп продуктів харчування для дітей, які включають

- 1) грудне молоко;
- 2) м'ясні продукти (м'ясо, риба, птиця, печінка/органи);
- 3) молочні продукти (молоко, йогурти, сир);
- 4) яйця;
- 5) бобові та горіхи;
- 6) фрукти та овочі, багаті на вітамін А;
- 7) інші фрукти та овочі;
- 8) зернові, коренеплоди та крохмалисті овочі.

Мінімальне різноманіття раціону (МРР) - це споживанням п'яти з восьми груп продуктів (1)

Прикорм слід пропонувати, продовжуючи годування грудним молоком або формулою для забезпечення повного спектру поживних речовин, необхідних для росту, розвитку та здоров'я дитини. По мірі пропонування твердої їжі споживання материнського молока або формули повинно продовжуватися на рівні приблизно 830-1000 мл на день.

Різні комбінації продуктів, що споживаються одночасно, також можуть утворювати синергію, яка полегшує засвоєння важливих поживних речовин. Наприклад, продукти, багаті на вітамін С полегшує засвоєння негемового заліза. Споживання різноманітної їжі важливе не лише для задоволення потреб у харчуванні; діти, які отримують різноманітний раціон, знайомляться із різними смаками та текстурами їжі.

Раціон для дітей у віці 6-23 місяців повинен бути різноманітним.

Продукти тваринного походження, фрукти та овочі, а також горіхи, бобові та насіння повинні бути ключовими компонентами споживання енергії через їх загальну вищу щільності поживних речовин порівняно із зерновими культурами.

Продукти тваринного походження, в тому числі м'ясо, рибу або яйця, фрукти та овочі слід споживати щодня.

При вживанні зернових слід віддавати перевагу цільозерновим продуктам, а оброблені зерна звести до мінімуму.

Слід подбати про те, щоб бобові, горіхи і насіння давалися в такій формі, яка не створює ризику задихи (1).

Крупи - однозернові каші для немовлят є гарним вибором для першого прикорму, оскільки вони забезпечують додаткову енергію та залізо. Дитячі каші можна приготувати, додавши жіноче молоко, дитячу суміш або воду. Каші варто пропонувати з ложки, не варто годувати кашами із пляшки, виключенням є індивідуальні медичні рекомендації. Годування з ложки покращує оральну моторику, що може вплинути на розвиток мовлення (33).

Овочі та фрукти

Від початку прикорм можна пропонувати дитині фрукти та овочі принаймні один раз на день. Різноманітність є ключовим фактором; доказів того, що овочі слід пропонувати частіше або рідше, ніж фрукти, недостатньо.

Фрукти та овочі є важливими джерелами вітамінів, калію, фолатів та харчових волокон (34,35,36, 37, 38). Сприйнятність нової їжі зростає при повторному знайомстві з нею; може знадобитися до 15 разів, перш ніж нова їжа буде сприйнята дитиною. Грудне вигодовування може полегшити сприйняття твердої їжі завдяки різноманітності смаків, що передаються з молоком матері.

Немає даних щодо обмеження введення у прикорм "не сезонних" чи "екзотичних" овочів та фруктів.

Яйця

Один грам яйця містить найбільше, порівняно з іншими продуктами, холіну, критично важливої поживної речовини для розвитку мозку. Вони також забезпечують велику частку потреби в білку, селені, вітаміні В12, калію та рибофлавіні.

Жирна риба та інші морепродукти є хорошими джерелами поліненасичених жирних кислот, важливих для розвитку мозку.

Як і інші групи продуктів харчування, **бобові, горіхи та насіння** багаті білком, корисними жирами, клітковиною, мінералами, такими як магній, калій, кальцій, негемове залізом, цинком, вітамінами групи В, такими як В1, В2 та В3, а також вітаміном Е, містять важливі макроелементи, що забезпечують енергією, білками, незамінними жирами та клітковиною.

М'ясо є особливо хорошим джерелом білку, заліза, цинку та вітаміну В12, поживних речовин, для дітей, які часто мають ризик дефіциту серед багатьох груп населення, в тому числі в країнах з високим рівнем доходу. Біодоступність цих поживних речовин також вища - засвоєння гемового заліза з продуктів тваринного походження вдвічі вище, ніж негемового заліза з рослинних продуктів (1).

Асортимент продуктів, які слід запропонувати немовляті на початку прийому прикорму, можна проаналізувати двома способами: за певними поживними речовинами для віку (залізо, цинк, незамінні амінокислоти, довголанцюгові жирні кислоти) або за допомогою типу або групи харчових продуктів. Незалежно від того, яку їжу запропонувати, на початку прикорму важливо вводити продукти з достатніми поживними речовинами для потреб дитини. **Наукових доказів користі введення прикорму в певній послідовності немає** (10).

Як пропонувати прикорм

Дитина повинна мати власну тарілку. Залежно від культури можна годувати дитину ложкою або просто чистою рукою. Посуд повинен відповідати віку дитини. Багато спільнот використовують маленьку ложечку, коли дитина починає отримувати прикорм. Пізніше можна використовувати більшу ложку або виделку (98).

Комерційні продукти слід подавати з глибокої тарілки, а не з банки. Годування з ложки покращує ротову моторику, що може впливати на розвиток мовлення (3).

Садити дитину варто на дитячий стільчик з опорою для ніг або інше безпечне місце, можна тримати дитину на руках. Уникайте годування дитини прикормом, коли дитина сидить, відхидившись назад (в позі "шезлонга") - це збільшує ризик вдавлення. (99).

Порції, кількість прийомів їжі на день (115)

Вік	Текстура	Частота	Розмір порцій, які можна пропонувати дитині
6-8 місяців	Почніть з густого пюре, добре розім'ятої їжі. Далі продовжуйте пропонувати розім'яту їжу родини.	2-3 рази на день + годування грудьми. Залежно від апетиту дитини можна пропонувати 1-2 перекуси.	Почніть з 2-3 столових ложок та поступово збільшуйте порцію на одне годування до ½ або 250 мл чашки
9-11 місяців	Дрібно нарізані або протері продукти. Їжа, яку дитина може брати руками.	3-4 рази на день + годування грудьми. Залежно від апетиту дитини можна пропонувати 1-2 перекуси.	½ або 250 мл чашки
12-23 місяці	Їжа родини, за необхідності нарізана або подрібнена.	3-4 рази на день + годування грудьми. Залежно від апетиту дитини можна пропонувати 1-2 перекуси.	½ або 250 мл чашки

Дуже важливо застосовувати принципи чуйного годування, обираючи розмір порцій та частоту годувань (розділ 7).

7. Чуйне годування

Чуйне годування передбачає взаємні практики виховання між опікуном і дитиною, які заохочують дитину розвивати переваги щодо здорової їжі та напоїв і їсти самостійно (111).

Рандомізовані контрольовані дослідження продемонстрували, що втілення принципів чуйного годування може покращити харчову поведінку, збільшувати споживання більш здорової їжі, зменшити споживання ультраобробленої їжі та підсолоджених напоїв, а також покращити показники ваги (111, 112). Виконання рекомендацій щодо чуйного годування вимагає стабільності в сім'ї та постійного доступу до здорової їжі (113).

Коли діти вчаться їсти, вони часто їдять повільно і безладно. Їх можна легко відволікти. Дитина може скорчити гримасу, виплюнути їжу та пограти з їжею. Це тому, що дитина вчиться їсти.

Дитині потрібно навчитися їсти, пробувати нові смаки та текстури їжі.

Дитині потрібно навчитися жувати, переміщати їжу ротом і ковтати їжу.

Дитина повинна навчитися правильно брати їжу в рот, користуватися ложкою і пити з чашки.

Тому дуже важливо також поговорити з вихователями та надати пропозиції щодо того, як заохотити дитину навчитися їсти пропоновану їжу. Це може допомогти сім'ям їсти щасливіше (114).

Допомагайте дітям їсти, уважно реагуючи на їхні підказки чи сигнали. Приблизно в 6 місяців у дитини розвивається готовність до прикорму. Діти повинні навчитися їсти. Харчування твердою їжею є новою навичкою. Щоб навчити дітей їсти, потрібно багато терпіння. Дитині потрібна допомога та час, щоб розвинути цю нову навичку, навчитися їсти, спробувати нові смаки та консистенцію їжі.

Спочатку маленькі діти можуть виштовхувати їжу з рота. Це тому, що вони не вмюють переміщати його в задню частину рота, щоб проковтнути. Дорослі можуть подумати, що це виштовхування їжі означає, що дитина не хоче їсти. Насправді, дітям потрібен час, щоб навчитися їсти, так само як їм потрібен час, щоб навчитися ходити та навчитися іншим навичкам.

Здатність дитини брати шматок твердої їжі, тримати ложку чи чашку зростає з віком і досвідом.

Дітям до 2 років потрібна допомога з годуванням. Однак ця допомога повинна бути адаптована, щоб дитина мала можливість харчуватися самостійно, наскільки вона може. Дитина може їсти більше, якщо їй дозволять брати їжу руками за допомогою нещодавно засвоєних навичок приблизно з 9–10-місячного віку.

Дитині може бути принаймні 15 місяців, перш ніж вона зможе з'їсти достатню кількість їжі шляхом самостійного годування. У цьому віці діти ще вчаться користуватися посудом і потребують допомоги.

Сім'ї, як правило, годують своїх маленьких дітей одним із трьох різних способів:

- Високий контроль годування з боку дорослих, які вирішують, коли та скільки дитина їсть. Це може включати примусове годування.
 - Інший стиль годування полягає в тому, що дітей залишають самим собі. Дорослі вірять, що дитина буде їсти, якщо буде голодна. Дорослі також можуть вважати, що коли дитина перестає їсти, вона вже наїлася.
 - Третій стиль – годування у відповідь на підказки або сигнали дитини, використовуючи заохочення та похвалу.
- Найпростіший спосіб побачити різницю в цих трьох стилях годування — це продемонструвати їх (114).

Рекомендації по організації чуйного годування:

- важливо, щоб батьки (опікуни) розпізнавали сигнали голоду та ситості та реагували на них емоційно підтримуючим і передбачуваним способом. Ці сигнали змінюються в міру розвитку дитини, та відрізняють голод від інших проблем, які можуть змусити немовля чи маленьку дитину метушитися чи плакати;
- не варто використовувати їжу, щоб заспокоїти дитину, коли вона не голодна;
- своєчасне введення прикорм з урахуванням готовності дитини до розвитку.
- смакові уподобання: дитині варто пропонувати різноманітну дієту з повторним впливом здорової їжі/напоїв і уникати ультраоброблених продуктів та підсолоджених напоїв;
- консистенція їжі має поступово змінюватися в міру розвитку дитини;
- розміри порцій: варто пропонувати дитині їжу та напої у власній тарілці чи мисці дитини та з іншим столовим приладдям (наприклад, ложкою), що відповідає етапу розвитку та харчовим потребам дитини;
- стилі годування: батьки (опікуни) мають бути терплячими і не тиснути на дитину, щоб вона з'їла або доїла, або обмежувати споживання їжі (наприклад, щоб запобігти збільшенню ваги дитини);
- сприятливе середовище для годування: батьки (опікуни) підтримують дитину люблячими та стимулюючими словами;
- важливо їсти всією сім'єю: немовля або дитина може активно спостерігати за членами сім'ї, які готують і споживають здорову їжу/напої в чистому та приємному середовищі;
- уникайте відволікань під час годування, не рекомендовано використовувати екрани або мобільні телефони під час годування;
- важливий структурований розпорядок дня для їжі, сну, ігор і купання (115).

8. продукти, від яких варто утриматися

Сіль не покращує сприйняття їжі немовлям і може надавати додаткове навантаження для нирок дитини. Зменшення споживання солі в дитинстві може допомогти встановити нижчий поріг для сприйняття солоного смаку у старшому віці. Для приготування дитячої їжі в домашніх умовах не слід використовувати консерви, які містять велику кількість солі. Дієтична допустима норма споживання натрію становить 110 мг/день для немовлят від 0 до 6 місяців і 370 мг/день для немовлят від 7 до 12 місяців. Рекомендується вводити в раціон йодовану сіль з другого року життя (46, 1, 47, 48).

Цукор та інші підсолоджувачі не покращують сприйняття їжі немовлям. Уникання споживання цукру в дитинстві може допомогти встановити нижчий поріг для сприйняття солодкого смаку у старшому віці (3, 47).

ВООЗ рекомендує зниження кількості цукру у раціоні протягом всього життя та зокрема - зниження його споживання до рівня менше 10% від загальної вжитої енергії, а також, коли можливо, подальше зниження до менш, ніж 5%. Безцукрові підсолоджувачі не слід використовувати як засіб контролю ваги або зниження ризику неінфекційних хвороб (1).

Мед не рекомендований до 12 місяців через потенційний ризик впливу шкідливого бактеріального токсину (отруєння ботулізмом) (46, 47);

Більшість батьків годують своїх дітей нездоровою їжею через їхню високу прихильність до її смаку або більшу доступність такої їжі. Уникайте ультра обробленої, рафінованої їжі та напівфабрикатів, трансжирів (1, 49)

Чай з фенхелем і олію фенхелю не рекомендується вживати дітям до 4 років (29).

Кашкоподібні / в'язкі рис, вівсянка, жито - більш енергетично щільні в основному за рахунок вмісту вуглеводів та крохмалю. Крім того, не містять необхідних поживних речовин, важливих для розвитку та росту. Не слід вживати їх щодня, оскільки залежно від способу приготування це може схилити дітей до ожиріння (як приготовано на молоці з цукром: за рахунок високої енергетичної щільності) або до недоїдання (за умови приготування на воді: через брак білків, ліпідів та мікроелементів). Оскільки рецепти неоднорідні, дійсний харчовий внесок невідомий.

Бульйони / рідкі супи / борщ. Їх поживні переваги – поширений міф. Існує помилкова думка, що найважливіші поживні речовини залишаються у рідині після варіння, однак там не міститься заліза чи вітамінів, як прийнято вважати. Рідкі перші страви не є обов'язковими в складі здорового раціону харчування.

Швейцарський сир – не рекомендований для вживання дітьми до 1 року через високі калорійність та вміст солі. Порція вагою у 90г становить 12% від загальної добової потреби в енергії однорічної дитини. Ймовірно, барвник, що міститься в цих сирах, пов'язаний з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (100, 101).

Цілі горіхи слід виключити до 5 років. Пропонуйте дітям горіхи лише в безпечній подачі: у вигляді пасти або борошна дітям до 18-24 місяців, у вигляді дрібних крихт — після 2 років.

Потенційний вміст лістерій, сальмонел в продуктах: сирий тваринний білок (не пастеризовані молоко та молочні продукти, сири з пліснявою та м'які розсільні сири, яйця з сирим та м'яким жовтком, м'ясо з кров'ю, солені рибу та ікру) сирі крупи, борошно, тісто, пророщене зерно без термічної обробки не пропонуйте дітям до 5 років через ризик виникнення кишкових інфекцій, лістеріозу, сальмонельозу. Свіжий паштет з м'яса, риби або овочів можуть містити лістерії (47, 50).

Слід уникати залишків їжі або їжі, яка була приготована та залишена довго стояти. Такі продукти можуть містити небезпечні рівні шкідливих бактерій, оскільки ці мікроорганізми швидко розмножуються на теплій їжі. Краще готувати / пропонувати свіжоприготовану їжу. Не можна давати малюкам м'ясні продукти, в яких ще міститься кров; всі м'ясні продукти повинні бути добре проварені.

Небезпека задухи (117): До 4 років не бажано давати тверді круглі гладенькі продукти - їжа, що несе небезпеку задухи (наприклад, горіхи можна у вигляді пасти чи подрібнені додані до страв, наприклад до випічки), виноград, шматочки яблука, сира морква, родзинки, попкорн, насіння, тверді льодяники, цукерки). Смородину, лошину, агрус та подібні ягоди слід розім'яти, виноград та вишню — розрізати на чотири частини дітям до 18-24 місяців та на дві частини старшим малюкам.

Яблука, моркву, тверду грушу та селеру варто давати термічно обробленими або у вигляді пюре або натертими на крупній тертці до 12-18 місяців, у вигляді тонких слайсів або тонкої соломки— до 24 місяців, паличок розміром з мізинець — до 4 років.

Попкорн не пропонуйте до 2 років. Крупи, зварені al dente, насіння, мюслі або гранолу з твердими частинками пропонуйте дітям приблизно після 1,5 років (46,48, 117)

Слід уникати риби з високим вмістом ртуті: королівська скумбрія, марлін, помаранчева шерсть, акула, риба-меч, великоокий тунець (46).

Демонізоване, але адекватне харчування

Занепокоєння щодо потенційних алергічних наслідків є поширеною причиною для обмеження певних продуктів у раціоні немовлят і дітей раннього віку. Однак немає контрольованих досліджень, які показують, що обмежувальні дієти мають ефект запобігання алергії. Таким чином, маленькі діти можуть споживати різноманітну їжу з шестимісячного віку, включаючи коров'яче молоко, яйця, арахіс, рибу та молюсків (51).

Цитрусові. Жодних наукових доказів, які б підтверджували затримку вживання цитрусових до 1ого року немає. Цитрусові можна вводити з 6 місяця життя. Споживання цитрусових у поєднанні з іншими продуктами харчування має важливе значення для покращення засвоєння негемового заліза.

Свинина, як й інші сорти червоного м'яса, рекомендована для вживання з півроку. Вона була клеймована з 70-х. Перед вживанням варто ретельно проварити.

«Холодна» та «гаряча» їжа, за повір'ями, може бути корисною або шкодити здоров'ю в залежності від віку і стану дитини. Це невірні переконання. Їжа має бути безпечної температури, щоб не спричинити опік шкіри чи слизових оболонок.

Яйце. Вживати його доцільно з богу місяця життя повністю, не відокремлюючи жовток від білка. Запізніле введення пов'язане з підвищеним ризиком алергії (10).

9. Поєднання грудного вигодовування / формули та прикорму

Від 6 до 12 місяців грудне молоко та/або формула все ще є основним джерелом харчування для дитини, але тверда їжа поступово почне складати більшу частину раціону (47).

Діти на грудному вигодовуванні більш сприйнятливі до нової їжі, тому що смак молока змінюється відповідно до харчування матері. За вживання дитиною формули необхідно контролювати споживання білка, що надходить у раціон з формулою та з прикормом, оскільки дані показують, що надлишок білка може спричинити ожиріння у немовлят (47, 10). Добова необхідна кількість білку: 0-12 міс – 1,5г/кг, 12-24 міс – 13г/добу (118).

Грудне вигодовування може полегшити прийняття твердої їжі в результаті різноманітності смаків, що передаються через жіноче молоко (3). Варто продовжувати часте грудне вигодовування на вимогу до 2 років або довше (53).

Грудне вигодовування повинно бути на вимогу, так часто, як того хоче дитина - це твердження втілюється на практиці з врахуванням потреб дитини в енергії та поживних речовинах, які змінюються з віком. Грудне молоко може забезпечити половину або більше енергетичних потреб дитини у віці від 6 до 12 місяців і одну третину енергетичних потреб та інших високоякісних поживних речовин у віці від 12 до 24 місяців (52). Недавній систематичний огляд повідомив, що в середньому діти на грудному вигодовуванні 6–8 місяців, 9–11 місяців та 12–23 місяці отримують 77%, 63% і 44% енергії з грудного молока відповідно (ВООЗ).

Є дані, що не має значення, грудне вигодовування чи прикорм дати в першу чергу під час будь-якого прийому їжі (52). В деяких джерелах є рекомендація до 8-9-місячного віку пропонувати дитині грудне молоко перед прикормом, а після досягнення цього віку - грудне молоко після прикорму (102).

10. Вегетаріанське харчування

Вегетаріанські дієти відрізняються залежно від ступеня уникання продуктів тваринного походження. Різновиди дієт: Напіввегетаріанство – час від часу до раціону додається м'ясо, зокрема біле м'ясо, а також риба.

Пескетаріанство – риба та молюски включені в раціон, але не м'ясо чи птиця.

Лакто-ововегетаріанство – яйця, молоко та молочні продукти включені, але не вживається м'ясо.

Лактовегетаріанство – в раціон включені молоко та молочні продукти, але не вживаються яйця та м'ясо.

Макробіотична дієта – акцент на цільнозернових продуктах, особливо на коричневому рисі, також в раціон включені овочі, фрукти, бобові та морські водорості. Біле м'ясо або білу рибу можна включати в раціон один або два рази на тиждень

Веганство – усі продукти тваринного походження, яйця, молоко та молочні продукти, виключаються з раціону. Деякі вегани також уникають меду і можуть утриматися від вживання та використання продуктів і речей тваринного походження, таких як шкіра або вовна (54).

Сироїдіння це споживання овочів, бобових, фруктів, злаків, насіння, молока та яєць, які в основному споживаються сирими (55).

Сім'ї обирають вегетаріанську/веганську дієту з багатьох мотивів: 47,6% сімей вважають, що рослинні білки корисніші за тваринні білки, 31,7% є вегетаріанцями з екологічних причин. Решту випадків можна віднести до релігійних, філософських та економічних причин (55)

Матері-вегетаріанки / вегани довше годують грудьми, ймовірно, тому що сприймають грудне молоко як більш натуральне та безпечне для своїх дітей (55).

Частина сімей не сприймає свого педіатра як авторитетного порадника в питаннях альтернативних режимів харчування, це може піддавати немовлят впливу ризику серйозного дефіциту харчування (55)

Вегетаріанські та веганські дієти протягом періоду введення прикорму не підтверджені як безпечні, бо найбільші ризики недостатнього споживання поживних речовин із вегетаріанської дієти виникають у періоди росту. А саме введення прикорму в друге півріччя життя це період стрімкого росту і розвитку дитини (54).

Наявні дані свідчать, що є високі ризики критичного дефіциту мікроелементів і затримки росту, які можуть призвести до суттєвих негативних впливів у нейропсихологічному та фізичному розвитку порівняно зі здоровим різноманітним раціоном.

Немає даних про захисний ефект вегетаріанської або веганської дієти проти інфекційних захворювань у дітей віком від 6 місяців до 2-3 років (56).

При альтернативних режимах вигодовування дітей перших двох років життя повідомлялося про регресію психомоторного розвитку з переломами кісток внаслідок аліментарного рахіту, про випадки госпіталізації через важку недостатність вітаміну В12, глибоку гіпокальціємію з судомами, важку анемію, респіраторний дистрес з метаболічним алкалозом, затримку росту та смерть (55)

Оскільки вегетаріанська дієта має менший асортимент продуктів, ніж загальний раціон, а веганська дієта є ще більш обмежувальною, новонароджені, чиї матері є вегетаріанками/веганками, і немовлята, які отримують альтернативні методи прикорму, ймовірно, страждатимуть від клінічної або субклінічної недостатності харчування (55).

На сьогоднішній день немає послідовних висновків, які б підтверджували як безпеку, так і практичну можливість введення альтернативного варіанту прикорму. Не було знайдено рандомізованих контрольованих випробувань чи спостережень, тому надійність доказів з окремих статей недостатня. Це вказує на необхідність майбутніх досліджень з приводу цього питання (55).

Альтернативні варіанти прикорму (вегетаріанські та веганські) однозначно протипоказані для передчасно народжених дітей (55).

Слід уникати введення веганського прикорму, оскільки були продемонстровані серйозні наслідки (уповільнений ріст, рахіт, незворотні когнітивні порушення, церебральна атрофія, а також смерть) (55, 56).

Введення немовляті вегетаріанського чи навіть веганського прикорму, якщо батьки все-таки вирішили це робити, є особливо складним завданням, і його слід проводити лише під керівництвом експерта, щоб забезпечити адекватне споживання поживних речовин, зокрема загальної енергії та білка, вітаміну В12, вітаміну D, заліза, цинку, фолату, кальцію і забезпечити адекватну енергетичну щільність раціону (54, 10)

Якщо дієту неможливо скоригувати, щоб забезпечити необхідну кількість поживних речовин, слід рекомендувати добавки дитині, а також мамі, котра годує грудьми (54, 10).

Отже, введення вегетаріанського прикорму не слід заохочувати і, навпаки, варто наводити переконливі докази того, що це може бути досить небезпечним в даному віковому періоді. В разі категоричної позиції батьків, необхідно залучати експертів для ретельного моніторингу за станом здоров'я дитини, її розвитком та попередження наслідків неадекватного споживання поживних речовин (54).

11. Саплементация під час прикорму.

Питання додаткових мікронутрієнтів є важливим в будь-який період дитинства. Період прикорму не є виключенням та може викликати додаткові питання з боку сімей, тому є важливим для спеціалістів мати відповіді на питання щодо необхідності саплементации під час прикорму.

Вітамін Д.

Додаткова саплементация вітаміном Д показана як дітям, які вигодовуються виключно грудним молоком, так і деяким дітям, які вигодовуються формулою або знаходяться на змішаному годуванні (об'єм формули менше ніж 800-1000 мл в залежності від стандартів виробника щодо вітаміну Д), починаючи з перших днів від народження (59).

Ранній початок саплементации вітаміном Д обумовлений тим, що запаси організму фізіологічно зменшуються в віці 6-8 тижнів життя немовляти (60).

Під час введення та продовження прикорму добова потреба у вітаміні Д лишається 400 МО до 1 року та 600 МО після 1 року (61).

Варто зазначити, що під час знайомства з дорослою їжею та при повному переході на дорослий раціон існують рекомендації щодо отримання добової дози вітаміну Д безпосередньо з їжі. Деякі продукти прикорму є природним джерелом вітаміну Д (яйця, риба), а деякі проходять процедуру фортифікації (молоко тваринного та рослинного походження, йогурти, соки, каші швидкого приготування). Нефортифіковані продукти не можуть забезпечувати дитині рекомендовану добову норму споживання вітаміну Д (62).

Практика прийому матер'ю високих доз вітаміну Д (6400 МО) для забезпечення ним дитини на грудному вигодовуванні не є кінцево затвердженою для періоду виключно грудного вигодовування та не може бути рекомендованою під час прикорму через зменшення кількості споживання грудного молока (63).

Залізо

Залізо є дуже важливим мікроелементом для організму. В різні періоди життя може бути потрібне додаткове забезпечення ззовні. Так, потреба для немовлят, народжених в термін складає 1 мг/кг на добу, а для дітей передчасно народжених або народжених з низькою масою тіла - 2-4 мг/кг на добу, максимальна доза для обох груп складає 15 мг/кг на добу.

Додаткової саплементации потребують діти на грудному або змішаному вигодовуванні (при вживанні грудного молока більше ніж половини від загального обсягу їжі).

Немовлятам, народженим в термін, рекомендується розпочинати додатковий прийом заліза між 4 та 6 місяцями (1 мг/кг на добу) до моменту, поки потреба в залізі не буде задовольнятися прикормом або формулою.

Немовлята, народжені передчасно, мають розпочинати прийом заліза вже з 2 тижня життя (2 мг/кг на добу) та продовжувати весь перший рік життя незалежно від кількості прикорму.

Діти, які вигодовуються фортифікованою залізом (6-12 мг/літр) формулою в об'ємі більш ніж половина від загальних нутритивних потреб - не потребують саплементации залізом. Не рекомендується використовувати формули з низьким вмістом даного мікроелементу (64).

З початком прикорму слід пропонувати продукти, багаті залізом та вітаміном С. Бажано метою є досягнення 2 порції на день продуктів з високим вмістом заліза до 1 року, 3 порції таких продуктів після 1 року, та 1 перекуса продуктами з високим вмістом вітаміну С (цитрусові, полуниця, томати, темно-зелені овочі, тощо) (65).

Приклади порцій продуктів з високим вмістом заліза (107):

Продукти	Кількість заліза в порції (мг)	Процент від денної потреби
Фортифікована каша $\frac{3}{4}$ -1 чашка	18 мг	100%
Біла квасоля консервована - 1 чашка	8 мг	44%
Яловича печінка 85 гр	5 мг	28%
Сочевиця 0,5 чашки	3 мг	17%
Шпинат - 1/2 чашки	3 мг	17%

Більш детальне пояснення з приводу порцій продуктів та вміста заліза можна віднайти за посиланням (108).

Приклади порцій продуктів з високим вмістом вітаміну С (109):

Продукти	Кількість заліза в порції (мг)	Процент від денної потреби
Червоний болгарський перець сирий - 0,5 чашки	95 мг	106%
Сік апельсина - 3/4 чашки	93 мг	103%
Апельсин - 1 середній	70 мг	78%
Сік грейпфрута - 3/4 чашки	70 мг	78%
Ківі - 1 середній	64	71%

Важливо розрізняти гемове та негемове залізо, тому що вони мають різний рівень засвоєння. Гемове залізо в м'ясних продуктах більш біодоступне (25%) ніж негемове (10%). Продукти з гемовим залізом тваринного походження: червоне м'ясо, морепродукти, м'ясо птиці, яйця. Однак, негемове залізо саме в грудному молоці має достатньо високий рівень біодоступності - 50%, на відміну від формул. Також варто уникати та обмежити вживання цільного коров'ячого та козячого молока (не більше ніж 500-600 мл на день) (66, 67).

Вітамін В12

Добова потреба в вітаміні В12 складає 0,4 мкг від народження до 6 місяців та 0,5 мкг з 7 до 12 місяців (68).

Саплементация вітаміном В12 показана не всім дітям. Така потреба виникає в сім'ях, де притримуються принципів веганства (а саме з виключенням яєць та молочних продуктів в раціоні жінки). В такому випадку для дітей на виключно грудному вигодовуванні показаний додатковий прийом у вищезазначених дозуваннях відповідно до віку в разі, якщо мати не приймає вітамін В12 додатково (69).

Діти, які вигодовуються комерційною формулою не потребують прийому вітаміну В12, так як такі формули містять в своєму складі даний вітамін (70).

З сім'ям варто проводити роз'яснювальну роботу щодо безпеки використання формул домашнього виробництва через ризики для здоров'я дитини. Такі формули не будуть задовольняти необхідну кількість вітамінів та мікронутрієнтів (71).

Під час введення прикорму сім'ї, особливо з принципами веганства, мають отримати рекомендації щодо продуктів, які багаті вітаміном В12, для того, щоб в подальшому раціон відповідав потребам організму. Так, для дітей, у яких в раціоні планується риба, молочні продукти, або яйця, саме ці продукти можуть стати джерелом вітаміну В12. В разі бажання батьків годувати дитину відповідно до власних принципів веганства, такими продуктами можуть стати фортифіковані каші, молоко рослинного походження, харчові дріжджі або використання препаратів вітаміну В12 у формі, яка є зручною для дитини (54, 72).

Фтор

Додаткове забезпечення організму фтором має відбуватись за показами, в залежності від умов навколишнього середовища (стан води), наявності інших джерел фтору в житті дитини (зубна паста з фтором, процедура фторування зубів), а також рівня ризику щодо розвитку карієсу (103).

Рекомендовані дози саплементации фторидом натрію (2.2 мг фториду натрію = 1 мг іонів фтору) 1 ppm (англ. parts per million) = 1 мг/л. (104)

	Концентрація фтору в питній воді		
	<0.3 ppm	0.3-0.6 ppm	>0.6 ppm
0-6 місяців	Немає потреби	Немає потреби	Немає потреби
6 місяців-3 роки	0.25 мг/добу	Немає потреби	Немає потреби

Відповідно до ДСанПіН 2.2.4.-005-98 від 1998 року (105), в Україні проводиться фторування води централізованих систем господарсько-питного водопостачання незалежно від форм власності та підпорядкування. Однак, дані рекомендації не розповсюджуються на бутильовану воду та централізовані системи водопостачання. Більш того, в Україні виділяють чотири основних геохімічних регіони за вмістом фтору у питній воді:

- Фтор відсутній чи його кількість дуже низька — Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, Львівська, Волинська, Рівненська області.
- Знижений вміст фтору — Київська, Житомирська, Хмельницька, Вінницька, Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька області та Автономна Республіка Крим.
- Нормальний вміст фтору — Чернігівська, Черкаська, Луганська, Сумська, Харківська області.
- Підвищений вміст фтору — Полтавська, Кіровоградська, Дніпропетровська, Донецька області (106).

Враховуючи варіативну ситуацію з фтором, раціональним рішенням буде уточнити вміст фтору в тій воді, яка вживає кожна окрема сім'я.

При встановленні такої необхідності саплементацию фтором необхідно починати з 6 місяців життя. Можливими

групами дітей, які потребують такої процедури є діти на виключно грудному вигодовуванні та діти, які отримують суміш, готову до вживання. Немовлята, які годуються формулою, зазвичай не потребують додаткового прийому через отримання фтору з питної води, яка використовується для приготування формули (3).

Цинк

В перший рік життя потреба у цинку складає 2-3 мг/д (54). Додаткова саплементція цинком не рекомендується дітям без додаткових показань. З початком прикорму важливо пропонувати продукти, які багаті даним мікроелементом (м'ясні продукти, печінка, бобові, молочні продукти, фортифіковані каші) (69).

Більш детально необхідно аналізувати раціон дітей, чий сім'ї притримуються вегетаріанських/веганських поглядів. Слід надавати перевагу наступним продуктам під час прикорму та не починати саплементцію без додаткового оцінювання раціону: молочні продукти, морепродукти, каші, горіхи, бобові, тощо (73, 74, 75).

Омега-3 жирні кислоти. Дієтичні потреби в омега-3 жирних кислотах у немовлят, дітей не встановлені. Однак непрямі дані свідчать про те, що вони мають певну користь для здоров'я (69).

Жиророзчинні вітаміни та поліненасичені жирні кислоти не мають бути рекомендовані для рутинної саплементції (69).

12. Напої

Вода є найкращим напоєм для дітей. Починаючи з 6 місяців можна заохочувати дитину пити воду (125-250 мл на день) (47).

Використання відкритої чашки є безпечною та легкою навичкою, яку можна засвоїти в дитинстві. Після шестимісячного віку напої можна давати у відкритій чашці (без носика). З 6-місячного віку слід заохочувати дитину пити з відкритої чашки. Це також буде профілактикою карієсу, який навпаки більш ймовірний з використанням пляшки (від якої варто остаточно відмовитись вже у 12 місяців). Спочатку дітям може знадобитись підтримка для контролю чашки. Заохочуйте тримати її двома руками й самостійно підносити до рота (96). У віці від 9 до 12 місяців більшість немовлят вміють пити зі стандартної чашки, тримаючи її двома руками (3).

Коли дитині виповниться 12 місяців, можна почати пропонувати звичайне незбиране коров'яче молоко зі зниженим вмістом жиру або збагачені несолодкі соєві напої (47).

Дітям молодше 24 місяців не можна давати їжу та напої з додаванням цукру.

Підсолоджені напої (газована вода, безалкогольні напої, ароматизоване молоко, спортивні напої, ароматизована вода з цукром і соки) містять доданий цукор (76, 77). Вони підвищують ризик збільшення ваги, карієсу, хвороб серця, діабету та жирової дистрофії печінки. Дітям віком до 2 років слід уникати напоїв з кофеїном, таких як безалкогольні напої, чай, кава та спортивні напої. Для маленьких дітей немає встановленої безпечної межі кофеїну (76).

Кофеїн підвищує ризик поганого сну, дратівливості, головного болю та труднощів зосередження у маленьких дітей (79, 80).

Коров'яче молоко у віці до 12 місяців не рекомендоване як напій. Оскільки може спровокувати кишкову кровотечу, підвищує ризик дефіциту заліза та не має потрібної кількості поживних речовин, необхідних дитині. У ньому також забагато білків і мінералів, що може збільшити навантаження на нирки (76, 77).

Комітет з питань харчування ESPGHAN пропонує додавати невеликі об'єми коров'ячого молока до прикорму як компонент рецептів при приготуванні страв (3).

Однак існують обставини, коли введення коров'ячого молока до 1-річного віку може бути доцільним.

Для немовлят, яких не можливо годувати грудьми або формулою (наприклад, через проблеми з ціною, доступністю або безпекою), доцільно переходити на коров'яче молоко (або молоко інших тварин) після 8 або 9 місяців. Ця опція особливо важлива в умовах обмежених ресурсів, де вартість і санітарія часто є перешкодою для годування формулою. Дійсно, рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я від 2023 року передбачають таку можливість уже у віці 6 місяців, визнаючи докази з низьким рівнем достовірності. Якщо коров'яче молоко вводиться до 1-річного віку, особливо важливо забезпечити достатнє споживання заліза через багатий залізом прикорм (каші та/або м'ясо для немовлят, або добавки, що містять залізо).

Для немовлят, які можуть продовжувати годувати грудьми або дитячими сумішами, доцільно вводити невелику кількість додаткового тваринного молока по чашці у віці 9 або 10 місяців. Ця стратегія може бути зручною для сім'ї та може допомогти немовляті підготуватися до переходу на напої з тваринного молока після досягнення однорічного віку (110).

Фруктовий сік (включаючи 100-відсотковий фруктовий сік) зазвичай не слід пропонувати немовлятам молодше 12 місяців. Немовлятам віком від 6 до 12 місяців краще вживати пюре з фруктів або цільні фрукти, ніж 100-відсотковий фруктовий сік, якщо сік не є необхідним з медичної точки зору.

За медичними показаннями (наприклад, для лікування закреп, для покращення засвоєння заліза у немовлят із залізодефіцитом), немовлята можуть споживати 100-відсотковий фруктовий сік, а не «фруктові напої», які містять додані підсолоджувачі та ароматизатори, і пропонувати їх з чашки, коли це відповідає віку. Сік повинен бути пастеризованим; непастеризований фруктовий сік може містити патогени (наприклад, *Escherichia coli* O157:H7), які можуть викликати сильну діарею.

Фруктовий сік не приносить харчової користі для немовлят і може мати несприятливі наслідки, такі як недоїдання, переїдання, діарея, метеоризм, здуття живота та карієс. Хоча збагачені кальцієм соки забезпечують біодоступне джерело кальцію, їм бракує інших поживних речовин, присутніх у жіночому молоці та дитячих сумішах (наприклад, магній, білок) (3). Сік після 12 місяців не потрібен, але можна давати 120 мл або менше 100% соку на день.

Корисним буде рекомендувати батькам перевіряти етикетки з харчовою цінністю, щоб переконатися, що це 100% сік. Сокові напої, фруктові напої та напої з фруктовим смаком мають доданий цукор, тому їх слід уникати. Цілі фрукти є більш здоровим варіантом для дитини, ніж фруктові соки (77).

Ароматизоване молоко. Шоколадне, полуничне та інше ароматизоване молоко містить доданий цукор. Дітям до 2 років слід уникати додавання цукру. Дітям віком 2-5 років також слід уникати ароматизованого молока, щоб звести до мінімуму споживання доданого цукру. Діти можуть надавати перевагу ароматизованому молоку, що зменшує їх прихильність до звичайного молока.

«Молоко» на рослинній основі. Деяким дітям алергія або непереносимість молока може ускладнити вживання коров'ячого молока. Але більшість видів рослинного молока не еквівалентні за поживними властивостями коров'ячому молоку та можуть мати брак важливих поживних речовин, таких як білок, вітамін D і кальцій. За винятком соєвого молока, рослинне молоко не рекомендується пити дітям замість звичайного молока. Соєве молоко за поживністю еквівалентно коров'ячому молоку і є прийнятною альтернативою.

Напої зі стевією або штучними підсолоджувачами. Ризик стевії або штучних підсолоджувачів для здоров'я дітей недостатньо вивчений. З цієї причини краще уникати солодких напоїв, навіть якщо вони безкалорійні. Коли діти віддають перевагу солодким напоям, це може призвести до того, що вони не люблять або відмовляються від звичайної води.

«Дитяче молоко». Молоко для дітей молодшого віку, яке компанії, що займаються формулами, часто продають як «наступний етап» або «перехідний» для відлучення від грудного молока чи формули - не потрібне. Для більшості дітей таке молоко не дає харчових переваг перед добре збалансованою дієтою, яка включає грудне молоко та/або коров'яче молоко.

Те, що батьки пропонують дитині пити в перші 5 років, може сформувати смакові уподобання на все життя.

На щастя, найкращі напої дійсно прості: вода та звичайне молоко після 12 місяців.

Звичайна вода забезпечує гідратацію. Молоко містить кальцій, вітамін D, протеїн, вітамін A і цинк — усе це необхідно для здорового росту та розвитку (3).

13. Введення алергенів

При введенні прикорму необхідно пам'ятати, що деякі продукти є тригерами значних гострих алергічних реакцій (80).

Існує 14 алергенів, визнаних найпоширенішими причинами харчової алергії та непереносимості в Європі (81, 82, 83):

1. **молоко**
2. **яйця**
3. **арахіс**
4. **соєві боби**
5. **риба** (наприклад, окунь, камбала, тріска)
6. **ракоподібні** (наприклад, краби, омари, креветки)
7. **деревні горіхи** (наприклад, мигдаль, волоські горіхи, пекан, кешью, фісташковий горіх)
8. **молюски** та продукти з них (наприклад, молюски, устриці, гребінці, равлики та кальмари)
9. **зернові культури**, що містять глютен пшениця, жито, ячмінь, овес та продукти з них
10. **кунжут**
11. **селера** та продукти з неї
12. **гірчиця** та продукти з неї
13. **діоксид сірки** та сульфіти
14. **люпин** і продукти з нього

Стратегії профілактики алергії змінилися від відмови від харчових продуктів до раннього введення високоалергенних продуктів (84).

У 2021 році було опубліковано спільне узгоджене керівництво щодо профілактики харчової алергії за погодженням між Американською академією алергії, астми та імунології (AAAAI), Американським коледжем алергії, астми та імунології (ACAAI) і Канадським товариством алергології та Клінічної імунології (CSACI). Так в даному керівництві рекомендовано раннє введення продуктів, що містять арахіс і яйця, в раціон усіх немовлят незалежно від ризику алергії, починаючи приблизно з 6 місяців, але не раніше 4 місяців.

Пропонується не відкладати введення інших потенційно алергенних продуктів, включаючи продукти з коров'ячого молока, сою, пшеницю, горіхи, кунжут, рибу та молюски, після того, як інші продукти прикорму, включаючи арахіс і яйця, були введені. Єдиним винятком є цільне коров'яче молоко, якого слід уникати всім немовлятам віком до 1 року з причин, не пов'язаних з алергією. Інші продукти коров'ячого молока, такі як випічка, сир і йогурт, не обмежені до досягнення 1-річного віку. Крім того, зазначається, що може бути потенційна шкода, пов'язана із затримкою введення цих продуктів (80, 85).

Після введення алергену необхідно дотримуватись систематичного вживання цих продуктів для підтримки толерантності (86).

Для деяких харчових продуктів, таких як арахіс, більшість реакцій відбувається у відповідь на початковий прийом.

Тому батькам/опікунам **рекомендується вводити високоалергенні продукти наступним чином:**

- По-перше, дитина повинна бути не молодше 4 місяців і продемонструвати готовність до споживання прикорму.
- Крім того, дитина повинна сприймати кілька типових початкових прикормів (таких як каші, фрукти та овочі).
- Якщо ці два критерії дотримані, то дитині можна спочатку спробувати одну з цих страв вдома (а не в дитячому садку чи в ресторані).

●Якщо явної реакції немає, їжу можна вводити поступово збільшуючи кількість (80, 85). Як правило, 1 новий продукт можна вводити кожні 3 дні. Потенційні алергени потрібно давати разом з іншими продуктами, які були введені попередньо (88).

Згідно Консенсусу щодо профілактики харчової алергії існує підвищений ризик харчової алергії у немовлят, якщо вони відповідають наступним критеріям: легка або помірна екзема; сімейна історія atopії в одного або обох батьків; або одна відома харчова алергія. Але слід пам'ятати, що навіть у немовлят без факторів ризику може розвинути харчова алергія (80, 85).

Рішення про проведення обстеження (шкірних прик-тестів або тестування IgE в сироватці крові) перед введенням потенційно алергенних продуктів має прийматися за бажанням батьків/опікунів, але не є обов'язковим. Однак, якщо тестування було проведено та виявилось позитивним, слід провести провокаційну пробу перорального прийому їжі під наглядом лікаря через більшу ймовірність хибно позитивного тесту за відсутності попереднього прийому та анамнезу клінічної алергічної реакції (80).

Для немовлят із ризиком харчової алергії клініцистам рекомендується обговорити цей ризик із сім'ями разом із перевагами раннього введення їжі. Що стосується тестування на харчову алергію, клініцистам рекомендується обговорити надмірне використання та неправильне тлумачення цих тестів перед їх використанням. Клініцисти також повинні обговорити з сім'ями, що тестування специфічного харчового імуноглобуліну E (IgE) не є діагностичним у немовлят, які ніколи не вживали потенційно алергенну їжу (85).

Клінічні прояви IgE-опосередкованих реакцій (88)

Дерматологічні - свербіж, почервоніння, кропив'янка / ангіоневротичний набряк, потовиділення.

Очі - ін'єкція кон'юнктиви, сльозотеча, періорбітальний набряк, свербіж.

Дихальні шляхи - ніс/ротоглотка (чхання, ринорея, закладеність носа, свербіж у роті, металевий присмак), верхні дихальні шляхи (хрипота, стридор, відчуття задухи, набряк гортані), нижні дихальні шляхи (задишка, тахіпное, хрипи, кашель, ціаноз).

Серцево-судинна система - порушення провідності, тахікардія, брадикардія (якщо виражена), аритмії, артеріальна гіпотензія, зупинка серця.

Шлунково-кишковий тракт - нудота/блювання, спазми в животі, здуття живота, діарея.

Неврологічні - страх, синкопе, запаморочення, судоми.

Більшість симптомів, пов'язаних з їжею, виникають протягом двох годин після прийому; часто вони починаються протягом декількох хвилин (89).

Використання гідролізованої формули на першому році життя не має захисної профілактичної користі від харчової алергії чи харчової сенсibilізації.

Виключення матері звичайних алергенів під час вагітності та/або лактації як засіб запобігання харчової алергії не рекомендується. Незважаючи на те, що виключно грудне вигодовування універсально рекомендовано для всіх матерів, не існує конкретного зв'язку між виключно грудним вигодовуванням і первинною профілактикою будь-якої специфічної харчової алергії (90).

Після введення прикорму в раціон немовляти у віці 6 місяців дитина має харчуватися різноманітною їжею - як один з засобів профілактики харчової алергії. Хоча жодних доказів рандомізованих контрольованих досліджень, які б підтверджували цю слабку рекомендацію, немає, комітет із настанов вказує на спостережні дослідження, які свідчать про те, що різноманітний вибір дієти може бути корисним для профілактики харчової алергії у немовлят (85).

Є розбіжності в рекомендаціях з різних джерел. Так ВООЗ рекомендує виключно грудне вигодовування до 6 місяців (насамперед для забезпечення адекватного харчування всіх немовлят у країнах, що розвиваються, а також у розвинених регіонах), тоді як консенсус первинної профілактики алергічних захворювань за погодженням між Американською академією алергії, астми та імунології (AAAAI), Американським коледжем алергії, астми та імунології (ACAAI) і Канадським товариством алергології та Клінічної імунології (CSACI) пропонує введення звичайних харчових алергенів приблизно з 6 місяців, але не раніше 4 місяців. Таким чином, рекомендації, надані цими організаціями, щодо профілактики харчової алергії, ймовірно, нададуть поради, відмінні від загальних рекомендацій щодо годування немовлят, що може викликати деяку плутанину у медичних працівників і батьків (91). Саме тому ми маємо обрати оптимальний шлях з огляду на всю стратегію вигодовування. А не лише з точки зору введення якогось компоненту.

14. Прикорм під час надзвичайних ситуацій

Надзвичайна ситуація (НС) - обставини на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності (92).

Важливо розуміти, що під час НС загальні правила прикорму не повинні змінюватись, однак можуть виникати складнощі щодо безпеки їжі та можливості її забезпечення в цілому. Наступні правила мінімізують ризики введення/продовження прикорму під час НС.

- Слід починати та продовжувати прикорм відповідно до існуючих рекомендацій.
- Особлива увага має приділятися терміну придатності, призначенню продукту, ознакам пошкодження упаковки для їжі тривалого зберігання.
- Перед забезпеченням сімей продуктами прикорму оцініть поточні потреби за опитувальником щодо

- наявності алергій, інших реакцій, особливих запитів дітей в годуванні. (приклад опитувальника (93)
- Потрібно впевнитись, що у сімей існує доступ до води та мила для миття рук. В разі відсутності такої можливості - забезпечити антисептики з вмістом як мінімум 60% спирту.
- Притримуйтесь рекомендацій місцевих державних органів щодо приготування їжі під час НС.
- Надавайте перевагу одноразовим предметам для годування. В разі використання багаторазових предметів необхідно впевнитися, що вони задовільно очищаються після кожного прийому їжі водою та миючим засобом, а також висушуються.
- Їжа має відповідати віку дитини. Під час НС важливо знижувати ризик вдавнення, тому є доцільним пропонувати саме пюре під час початку прикорму з поступовим переходом на інші текстури їжі (119, 120).
- Залишки їжі потрібно утилізувати (93, 94).

Під час НС важливим є надавати перевагу певним продуктам, які багаті поживними речовинами, а також фортифіковані корисними мікронутрієнтами. Наприклад, банани, апельсини, дині, варена морква, горох, цільнозерновий хліб, фортифіковані каші, м'які, невеликі шматочки яловичини, баранини, курки, риба, пастеризовані йогурти або сири, тощо. Продовжуйте уникати доданого цукру та солі (93).

Комерційні продукти прикорму мають відповідати встановленим стандартам безпеки міжнародного та локального рівня. Під час НС важливо не приймати та не надсилати продукти прикорму в якості донації через можливі порушення безпеки та надмірної промоції певних фірм харчування. В разі виникнення ситуації донації продуктів прикорму необхідно зважити всі переваги та недоліки разом з уповноваженими органами (94).

Підтримка грудного вигодовування, як явища та матерів-годувальниць, під час надзвичайних ситуацій є надзвичайно важливою. Варто уникати будь-якого розповсюдження формул серед жінок, які годують грудьми, а також інформувати про важливість та шляхи збереження грудного вигодовування та про можливість донорства грудного молока та релактації.

Використані джерела:

- 1- <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864> Рекомендації ВООЗ щодо прикорму немовлят і дітей віком від 6 до 23 місяців 16 жовтня 2023р.
- 2- AAP Policy statement June 2022 [Breastfeeding and the Use of Human Milk](https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057988/188347/Policy-Statement-Breastfeeding-and-the-Use-of?autologincheck=redirected) <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057988/188347/Policy-Statement-Breastfeeding-and-the-Use-of?autologincheck=redirected>
- 3 - Teresa K Duryea; UpToDate; Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy; Apr 22, 2022. <https://www.uptodate.com/contents/introducing-solid-foods-and-vitamin-and-mineral-supplementation-during-infancy#H7>
- 4 - Fewtrell M, Bronsky J., Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 64(1):p 119-132. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. January 2017 https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2008/01000/complementary_feeding_a_commentary_by_the_espghan.21.aspx
- 5 - Optimal Timing of Introduction of Complementary Feeding: A Systematic Review and Meta-Analysis Jai K. Das , Zahra A. Padhani and other, <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nutrition-and-food-safety/complementary-feeding/cf-guidelines/systematic-review-age-of-introduction-of-complementary-foods.pdf>
- 6 - УАМГВ, Позиційний документ No1: Актуальність грудного вигодовування, переваги, можливі перешкоди, шляхи сприяння поширеності. https://drive.google.com/file/d/1HjU9G54HOxhaeVeENqX_1IWCVP1ty6Ao/view
- 7 - R. Vázquez-Frias and oth. The Revista de Gastroenterología de México (Mexican Journal of Gastroenterology) Vol. 88. Issue 1. pages 57-70. Consensus on complementary feeding from the Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: COCO 2023. January - March 2023 <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-consensus-on-complementary-feeding-from-articulo-S2255534X23000075>
- 8 - Alice A. Kuo; Moira Inkelas; Wendelin M. Slusser; Molly Maidenberg; Neal Halfon Matern Child Health J. 2011;15(8):1185-1194. [Introduction of Solid Food to Young Infants](https://doi.org/10.1093/mchp/15.8.1185)
- 9 - Cristiana Berti, Piotr Socha Nutrients. 2023 Mar; 15(5): 1184. Published online 2023 Feb 27 [Infant and Young Child Feeding Practices and Health](https://doi.org/10.3390/nu15051184)
- 10 - Enrique Romero-Velarde and others. Boletín Médico del Hospital Infantil de México (English Edition) Vol. 73. Núm. 5. Guidelines for complementary feeding in healthy infants. pages 338-356 (September - October 2016) <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-201-articulo-guidelines-for-complementary-feeding-in-S2444340917000401>
- 11 - <http://www.rapleyweaning.com/biography.php>
- 12 - Практика доглядальників щодо прикорму, ризику надмірної ваги/ожиріння та інших неінфекційних захворювань: систематичний огляд і мета-аналіз <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/13/2646>
- 13 - http://www.rapleyweaning.com/assets/blw_guidelines.pdf
- 14 - http://www.rapleyweaning.com/assets/How_early_is_too_early.pdf

- 15 - Енца Д'Аурія, Марчелло Бергамін Італійський журнал педіатрії 44, Номер статті: 49(2018) BLW систематичний огляд літератури <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-018-0487-8>
- 16 - https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2017/01000/complementary_feeding_a_position_paper_by_the.21.aspx
- 17 - <https://www.nhs.uk/conditions/baby/weaning-and-feeding/babys-first-solid-foods/> The National Health Service (NHS)
- 18 - Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care Suzanne Hetzel Campbell; Judith Lauwers; Rebecca Mannel; Becky Spencer ©2019, с 266, розділ 16.
- 19 - <https://www.tewhatuora.govt.nz/our-health-system/preventative-healthwellness/nutrition/baby-led-weaning-ministry-position-statement>
- 20 - <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-018-0487-8>
- 21 - http://www.rapleyweaning.com/assets/Defining_BLW_v2.pdf
- 22 - Practical tips for pediatricians: Baby-led weaning Paediatr Child Health. 2020 Mar; 25(2): 77–78. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7069838/>
- 23 - Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027215/>
- 24 - Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; :CD003517. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895934/>
- 25 - Perkin MR, Bahnson HT, Logan K, et al. Association of Early Introduction of Solids With Infant Sleep: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2018; 172:e180739. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987321/>
- 26 - (D'Hollander CJ, Keown-Stoneman CDG, Birken CS, et al. Timing of Introduction to Solid Food, Growth, and Nutrition Risk in Later Childhood. *J Pediatr* 2022; 240:102. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34481809/>)
- 27 - (Pearce J, Taylor MA, Langley-Evans SC. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond)* 2013; 37:1295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23736360/>)
- 28 - American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Complementary feeding. In: *Pediatric Nutrition*, 8th ed, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2019. p.163.
- 29 - Gizem Yonar, Ayçıl Özturan Şirin Trends in Pediatrics 2022 Complementary Feeding Recommendations for A Healthy Future Generation <https://jag.journalagent.com/tip/pdfs/TIP-08108-REVIEW-YONAR.pdf>
- 30 - Meat as a first complementary food for breastfed infants: feasibility and impact on zinc intake and status. Krebs NF, Westcott JE, Butler N, Robinson C, Bell M, Hambidge KM *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42(2):207. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16456417/>
- 31 - Feeding Infants and Toddlers Study: characteristics and usual nutrient intake of Hispanic and non-Hispanic infants and toddlers. Briefel R, Ziegler P, Novak T, Ponza M *J Am Diet Assoc*. 2006;106(1 Suppl 1):S84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16376633/>
- 32 - American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Complementary feeding. In: *Pediatric Nutrition*, 8th ed, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2019. p.163.
- 33 - Paula Ziegler, Charlotte Hanson Feeding Infants and Toddlers Study: meal and snack intakes of Hispanic and non-Hispanic infants and toddlers *J Am Diet Assoc*. 2006 Jan;106(1 Suppl 1):S107-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16376635/>
- 34 - Grimm KA, Kim SA, Yaroch AL, Scanlon KS *Pediatrics*. 2014 Sep;134 Suppl 1:S63-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25183758/>
- 35 - Maier-Nöth A, Schaal B, Leathwood P, Issanchou S *PLoS One*. 2016;11(3):e0151356. Epub 2016 Mar 11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26968029/>
- 36 - Cooke LJ, Wardle J, Gibson EL, Sapochnik M, Sheiham A, Lawson M *Public Health Nutr*. 2004 Apr;7(2):295-302. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15003137/>
- 37 - Jones LR, Steer CD, Rogers IS, Emmett PM *Public Health Nutr*. 2010 Jul;13(7):1122-30. Epub 2010 Mar 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20196909/>
- 38 - De Bourdeaudhuij I, te Velde S, Brug J, Eur *J Clin Nutr*. 2008 Jul;62(7):834-41. Epub 2007 May 16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17522608/>
- 39 - Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human Energy Requirements. Chapter 3: Energy requirements of infants from birth to 12 months. Available at: www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e05.htm (Accessed on March 20, 2018).
- 40 - Recommendations for feeding normal infants. Fomon SJ, Filer LJ Jr, Anderson TA, Ziegler EE *Pediatrics*. 1979;63(1):52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/571596/>
- 41 - Sugar in Infants, Children and Adolescents: A Position Paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, Hojsak I, Hulst J, Indrio F, Lapillonne A, Mihatsch W, Molgaard C, Vora R, Fewtrell M, ESPGHAN Committee on Nutrition: *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017;65(6):681 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28922262/>

- 42 - Dietary experience and sweet taste preference in human infants. Beauchamp GK, Moran M *Appetite*. 1982;3(2):139. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7137993/>
- 43 - Sweetness of diet and food consumption by infants. Fomon SJ, Ziegler EE, Nelson SE, Edwards BB *Proc Soc Exp Biol Med*. 1983;173(2):190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6866998/>
- 44 - Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. Baird J, Fisher D, Lucas P, Kleijnen J, Roberts H, Law C *BMJ*. 2005;331(7522):929. Epub 2005 Oct 14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16227306/>
- 45 - Rapid growth in infancy and childhood and obesity in later life--a systematic review. Monteiro PO, Victora CG *Obes Rev*. 2005;6(2):143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15836465/>
- 46 - https://www.uptodate.com/contents/starting-solid-foods-during-infancy-beyond-the-basics?topicRef=1170&source=see_link
- 47 - <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/foods-and-drinks/foods-and-drinks-to-limit.html>
- 48 - Queensland Government 2019 Introducing complementary foods: feeding from around 6 months
<https://www.qld.gov.au/health/condition/child-health/diet-and-eating/introducing-complementary-foods-feeding-from-a-round-6-months>
- 49 - Satish K Tiwari Members: Avinash L Sangle and others Indian Academy of Pediatrics (IAP) 2020-2021 Complementary Feeding: Feeding of an Infant Beyond 6 Months Age
<https://iapindia.org/pdf/Ch-040-IAP-Parental-Guideline-Complementary-Feeding.pdf>
- 50 - British nutrition foundation 2023 Introducing solid foods to your baby
<https://www.nutrition.org.uk/life-stages/baby/introducing-solid-foods-to-your-baby/>
- 51 - Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. 2009 Complementary feeding
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/#:~:text=Practise%20exclusive%20breastfeeding%20from%20birth,days>
- 52 - Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals. 2009 Complementary feeding
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/#:~:text=Practise%20exclusive%20breastfeeding%20from%20birth,days%20while%20continuing%20to%20breastfeed.>
- 53 - Нірупама Шівакумар Енциклопедія харчування людини (четверте видання) 2023 Прикорм
<https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/complementary-feeding>
- 54 - <https://www.uptodate.com/contents/vegetarian-diets-for-children>
- 55 - Maria Elisabetta Baldassarre, Raffaella Panza *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul; 17(13): 4835. Vegetarian and Vegan Weaning of the Infant: How Common and How Evidence-Based? A Population-Based Survey and Narrative Review
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370013/>
- 56 - Giovanni Simeone, Marcello Bergamini *Nutrients*. 2022 Aug 31;14(17):3591 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36079848/>
- 57 - <http://www.rapleyweaning.com/Q&A%20and%20useful%20info.php>
- 58 - http://www.rapleyweaning.com/assets/Defining_BLW_v2.pdf
- 59 - https://www.uptodate.com/contents/vitamin-d-insufficiency-and-deficiency-in-children-and-adolescents?sectionName=Prevention%20in%20the%20perinatal%20period%20and%20in%20infants&search=solid%20food%20introduction&topicRef=2855&anchor=H318472841&source=see_link#H318472841
- 60 - Teodoro Durá-Travé, Fidel Gallinas-Victoriano *International Journal of Molecular Sciences* 2023 Aug; 24(15): 11881. Published online 2023 Jul 25 Pregnancy, Breastfeeding, and Vitamin D <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10418507/>
- 61 - <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/>
- 62 - <https://www.cdc.gov/nutrition/InfantandToddlerNutrition/vitamins-minerals/vitamin-d.html>
- 63 - Dina M. DiMaggio, Amanda Cox, Anthony F. Porto; Updates in Infant Nutrition. *Pediatr Rev* October 2017; 38 (10): 449–462. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0239>
- 64 - https://www.uptodate.com/contents/introducing-solid-foods-and-vitamin-and-mineral-supplementation-during-infancy?search=solid%20ood%20introduction&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26

- 65 - https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than-12-years-screening-prevention-clinical-manifestations-and-diagnosis?sectionName=PREVENTION%20OF%20IRON%20DEFICIENCY&search=solid%20food%20introduction&topicRef=2855&anchor=H5&source=see_link#H6
- 66 - Magnus Domellöf 1, Christian Braegger J *Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 Jan;58(1):119-29. Iron requirements of infants and toddlers <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24135983/>
- 67 - <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/vitamins-minerals/iron.html>
- 68 - https://www.uptodate.com/contents/cyanocobalamin-vitamin-b12-pediatric-drug-information?search=solid%20food%20introduction&topicRef=5353&source=see_link#F155123
- 69 - https://www.dietaryguidelines.gov/sites/default/files/2020-12/Dietary_Guidelines_for_Americans_2020-2025.pdf
- 70 - https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252Fstandards%252FCXS%2B72-1981%252FCXS_072e.pdf
- 71 - American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Water-soluble vitamins. In: *Pediatric Nutrition*, 8th ed, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2019. p.655.
- 72 - Haddad EH, Tanzman JS *Am J Clin Nutr.* 2003;78(3 Suppl):626S. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12936957/>
- 73 - Nutritional importance of animal source foods. Murphy SP, Allen LH *J.Nutr.*2003;133(11,Suppl,2):3932S. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14672292/>
- 74 - Developing and implementing food-based dietary guidance for fat in the diets of children. Anderson GH, Zlotkin SH, *Am J Clin Nutr.* 2000;72(5 Suppl):1404S. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11063485/>
- 75 - Is iron and zinc nutrition a concern for vegetarian infants and young children in industrialized countries? Gibson RS, Heath AL, Szymlek-Gay EA, *Am J.Clin.Nutr.*2014;100 Suppl 1:459S. Epub 2014 May 28. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24871479/>
- 76 - <https://www.cdc.gov/nutrition/InfantandToddlerNutrition/foods-and-drinks/index.html>
- 77 - <https://www.aap.org/en/patient-care/healthy-active-living-for-families/infant-food-and-feeding/>
- 78 - <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/HealthyBeverageQuickReferenceGuideDownload.pdf>
- 79 - <https://www.healthychildren.org/English/healthy-living/nutrition/Pages/recommended-drinks-for-young-children-ages-0-5.aspx>
- 80 - https://www.uptodate.com/contents/introducing-highly-allergenic-foods-to-infants-and-children?search=complementary%20food%20&topicRef=2855&source=see_link
- 81 - <https://www.fda.gov/food/buy-store-serve-safe-food/food-allergies-what-you-need-know>
- 82 - <https://www.nhs.uk/conditions/food-allergy/>
- 83 - Institute of Agriculture and Natural Resources FOOD ALLERGY RESEARCH AND RESOURCE PROGRAM UNIVERSITY of NEBRASKA-LINCOLN Web Page Updated 4 January, 2023 <https://farrp.unl.edu/ref-sit-eu>
- 84 - Butler C, Reed MS, Schoenmann CL, Ousley L. *The Journal for Nurse Practitioners* Volume 19, Issue 7, July–August 2023, 104668 Early Introduction of Allergenic Foods in Infants and Children <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415523001708>
- 85 - Fleischer DM, Chan ES, D et al. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2021 Jan;9(1):22-43.e4. A Consensus Approach to the Primary Prevention of Food Allergy Through Nutrition: Guidance from the American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology; American College of Allergy, Asthma, and Immunology; and the Canadian Society for Allergy and Clinical Immunology <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33250376/>
- 86 - Carina Venter, Peter K. Smith, and David M. Fleischer. *Asia Pac Allergy*, v.13(1); 2023 Mar Published online 2023 Apr 28 Food allergy prevention: Where are we in 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10166243/>
- 87 - <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/foods-and-drinks/when-to-introduce-solid-foods.html>
- 88 - https://www.uptodate.com/contents/history-and-physical-examination-in-the-patient-with-possible-food-allergy?sectionName=Common%20culprit%20foods&search=formula%20in%20Pediatric&topicRef=107525&anchor=H9&source=see_link#H9
- 89 - <https://acaai.org/allergies/allergic-conditions/food/>

- 90 - Українська Академія медицини грудного вигодовування, Поziційний документ No2: Харчування жінки в період лактації. Вплив харчування на склад грудного молока, стан матері та дитини.
<https://drive.google.com/file/d/1WGRhkTsumriJXdfGWGtEpK6QyhRLEfFA/view>
- 91 - Butler C, Reed MS, Schoenmann CL, Ousley L. The Journal for Nurse Practitioners Volume 19, Issue 7, July–August 2023, 104668 Early Introduction of Allergenic Foods in Infants and Children
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415523001708>
- 92 - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
- 93 - <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/needs-assessment.html>)
- 94 - <https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>
- 95 - Healthy Eating Guidelines for New Zealand Babies and Toddlers (0–2 years old) 2023 рік
<https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/60283/healthy-eating-guidelines-for-new-zealand-babies-and-toddlers-nov-21-v2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 96 - British nutrition foundation 2023 Introducing solid foods to your baby
<https://www.nutrition.org.uk/life-stages/baby/introducing-solid-foods-to-your-baby/>
- 97 - Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Appendix E-1. Dietary Reference Intakes: Recommended Intakes for Individuals. In: Pediatric Nutrition Handbook, 8th ed, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2019. p.1531
- 98 - Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals, 2009 Complementary feeding
[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/#:~:text=Practise%20exclusive%20breastfeeding%20from%20birth,days\)%20while%20continuing%20to%20breastfeed.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148957/#:~:text=Practise%20exclusive%20breastfeeding%20from%20birth,days)%20while%20continuing%20to%20breastfeed.)
- 99 - <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/foods-and-drinks/choking-hazards.html>
- 100 - B. Bateman, JO Warner, E. Hutchinson, T. Dean, P. Rowlandson, C. Gant та ін. Вплив подвійного сліпого, плацебо-контрольованого, штучного харчового барвника та бензоатного консерванту на гіперактивність у загальній популяції дітей дошкільного віку. Arch Dis Child., 89 (2004), стор. 506-511 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15155391/>
- 101 - Mark D. Miller, Craig Steinmaus Environmental Health volume 21, Article number: 45 (2022) Potential impacts of synthetic food dyes on activity and attention in children: a review of the human and animal evidence
<https://ehjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12940-022-00849-9>
- 102 - <https://researchspace.auckland.ac.nz/bitstream/handle/2292/60283/healthy-eating-guidelines-for-new-zealand-babies-and-toddlers-nov-21-v2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 103 - https://www.uptodate.com/contents/preventive-dental-care-and-counseling-for-infants-and-young-children?sectionName=FLUORIDE&search=solid%20food%20introduction&topicRef=2855&anchor=H13&source=see_link#H13
- 104 - Clark MB, Slayton RL; Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. Pediatrics. 2014 Sep;134(3):626-33. doi: 10.1542/peds.2014-1699. PMID: 25157014.
- 105 - <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0005282-98#Text>
- 106 - <https://moz.gov.ua/article/health/chi-potriben-nam-ftor-i-zvidki-jogo-vzjati>
- 107 - <https://ods.od.nih.gov/factsheets/iron-HealthProfessional/>
- 108 - <https://ods.od.nih.gov/pubs/usdandb/Iron-Content.pdf>
- 109 - <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminC-HealthProfessional/>
- 110 - World Health Organization: WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age (2023). Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596427/pdf/Bookshelf_NBK596427.pdf (Accessed on January 18, 2024)
- 111 - Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S, Lott M. Рекомендації щодо годування немовлят і маленьких дітей: чуйний підхід до виховання. Нутр сьогодні. 2017 рік; 52 (5):223–31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8178105/>
- 112 - Перес-Ескамилла Р., Сегура-Перес С., Лотт М.; RWJF HER (Дослідження здорового харчування Фонду Роберта Вуда Джонсона) Експертна група з найкращих практик сприяння здоровому харчуванню, моделям годування та статусу ваги для немовлят і дітей від народження до 24 місяців. Рекомендації щодо годування немовлят і дітей раннього віку: підхід до виховання, що відповідає вимогам. Методичні рекомендації для медичних працівників. Дарем (Північна Кароліна): дослідження здорового харчування; 2017 рік
<https://healthyeatingresearch.org/wp-content/uploads/2017/02/her-feeding-guidelines-report-021416-1.pdf>.

113 - Helen Skouteris 1 2, Heidi J Bergmeier 1, Scott D Berns Reframing the early childhood obesity prevention narrative through an equitable nurturing approach *Matern Child Nutr.*2021 Jan;17(1):e13094. doi: 10.1111/mcn.13094. Epub 2020 Oct 17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33067918/>

114 - Rafael Pérez-Escamilla, Elizabeth Yakes Jimenez, and Kathryn G Dewey *Curr Dev Nutr.* 2021 Jun; 5(6): nzab076. Published online 2021 Apr 30 Responsive Feeding Recommendations: Harmonizing Integration into Dietary Guidelines for Infants and Young Children <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8178105/>

115 - World Health Organization. (2021). *Infant and young child feeding counselling: an integrated course: director's guide*, 2nd ed. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/343572>.

116 - М. Тан, Н. Ф. Кребс. Високе споживання білка з м'яса як прикорму прискорює ріст, але не ожиріння у немовлят на грудному вигодовуванні: рандомізоване дослідження. *Am J Clin Nut.*, 100 (2014), стор. 1322-1328

117 - <https://www.cdc.gov/nutrition/InfantandToddlerNutrition/foods-and-drinks/choking-hazards.html>

118 - <https://www.uptodate.com/contents/dietary-recommendations-for-toddlers-and-preschool-and-school-age-children#H16>

119 - <https://www.cdc.gov/nutrition/emergencies-infant-feeding/solid-foods.html>

120 - <https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>