

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
«Новокузнецкий Государственный институт усовершенствования
врачей Росздрава»

На правах рукописи

ЯКОВЛЕВ ЯКОВ ЯКОВЛЕВИЧ

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ
ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

14.00.09 – педиатрия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
доктор медицинских наук,
профессор Манеров Ф.К.

Новокузнецк – 2009

Содержание

Содержание.....	2
Список используемых сокращений и обозначений.....	4
Введение.....	5
Глава 1 Питание младенцев (обзор литературы)	10
1.1 Терминология.....	10
1.2 Современные данные по грудному вскармливанию.....	11
1.2.1 Общие положения.....	11
1.2.2 Состав грудного молока	12
1.2.3 Особенности метаболизма младенцев на ГВ.....	15
1.3 Эпидемиология ГВ.....	16
1.4 Успешное ГВ: основные позиции и проблемы	19
1.5 Прикормы	26
Глава 2 Материалы и методы.....	33
2.1 Общая характеристика групп	33
2.2 Статистическая обработка данных	35
Глава 3 Собственные данные	38
3.1 Характеристика опрошенных.....	38
3.1.1 Характеристика группы I.....	38
3.1.2 Характеристика группы II.....	44
3.1.3 Характеристика группы «Беременные»	50
3.1.4 Характеристика группы «Подростки»	53
3.2 Базовые знания респондентов по ГВ	55
3.2.1 Сравнение результатов в группах матерей.....	55
3.2.2 Сравнение результатов среди группы I и беременных.....	64

3.2.3 Сравнение результатов среди беременных и подростков.....	67
Глава 4 Предикторы успешного ГВ и их эффективность.....	69
4.1 Эффективность социально-демографических факторов	69
4.2 Эффективность теоретических факторов	72
4.3 Эффективность практических факторов	82
4.4 Эффективность источников информации и обучения.....	88
4.5 Влияние возраста введения ДПП на длительность ГВ	91
4.6 Перспективы поддержки ГВ в регионе.....	93
Глава 5 Обсуждение	98
Заключение.....	111
Выводы	113
Практические рекомендации.....	114
Список использованной литературы.....	116

Список используемых сокращений и обозначений

АС – адаптированная смесь

БДР – больница, доброжелательная к ребенку

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГВ – грудное вскармливание

ГМ – грудное молоко

ДПП – дополнительные пищевые продукты

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИВ – искусственное вскармливание

ИГВ – исключительно грудное вскармливание

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

ЮНИСЕФ – UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund, международный чрезвычайный фонд помощи детям Организации Объединённых Наций

Введение

Актуальность проблемы. «Золотым стандартом» в питании детей первого года жизни является грудное вскармливание – феномен общей биологической адаптации, программирования и стимуляции развития детей периода новорожденности и раннего возраста, где собственно питание является только одним из компонентов интегральной среды развития ребенка, формирующей ту совокупность влияний и взаимодействий, которая и составляет ранний опыт ребенка (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998).

В 1991 году Lucas A. предложил концепцию «программирования» питанием (импринтинга) – адаптивного феномена, при котором воздействие питания в определенные «критические периоды» или «критические окна» в раннем возрасте вызывает стойкие метаболические изменения, сохраняющиеся в дальнейшей жизни. Большинство исследователей считают, что период внутриутробного и раннего постнатального развития является критическим периодом для метаболического импринтинга [11, 35, 138].

Грудное вскармливание (ГВ) благоприятствует раннему установлению эмоциональной связи между матерью и грудным ребенком, выработке оптимальной поведенческой установки на родительскую заботу, возникновению более тонких чувств и взаимосвязи. Дети, получающие исключительно грудное вскармливание (ИГВ) на протяжении первых 6 месяцев жизни, начинают раньше ползать, сидеть и ходить к концу первого года жизни, по сравнению с детьми, получавшими ИГВ только на протяжении первых 4 месяцев. Установлено благотворное долговременное влияние ГВ на умственное развитие и познавательные способности. Показана положительная роль продолженного ГВ на профилактику ожирения, сахарного диабета среди детей и взрослых. В регионах с низким уровнем санитарии и гигиены ИГВ в течение первого полугодия позволяет снизить младенческую заболеваемость и смертность. Продолжение ГВ на втором году жизни также способствует снижению смертности детей. В

промышленно развитых странах наблюдается защитный эффект против заболеваний ЛОР органов, верхних и нижних дыхательных путей и инфекций других локусов, который сохраняется после прекращения ГВ. Предполагают защитную роль ГВ от аллергических заболеваний за счет содержания иммунологических факторов, формирования толерантности и отсрочки воздействия иной, чем грудное молоко (ГМ), пищи. Поэтому улучшение питания грудных детей и детей раннего возраста должно стать первоочередной задачей и рассматриваться в качестве неотъемлемой составной части социально-экономического развития. Однако в России распространенность ГВ, несмотря на ряд активно проводящихся в последние годы мероприятий, составляет в среднем у детей 3-месячного возраста лишь около 30% [7, 11, 15, 25, 33, 37, 38, 39, 41, 48, 60, 66, 74, 76, 77, 84, 88, 91, 93, 94, 98, 100, 101, 103, 105, 107, 110, 111, 115, 119, 121, 125, 126, 131, 133, 141, 142, 145, 151, 155, 156, 158, 159, 162, 163, 164, 172].

Успех ГВ зависит от многих причин, из которых можно выделить наиболее весомые. Женщины с более высоким уровнем образования, активно обучающиеся и интересующиеся вопросами ГВ, твердо настроены на кормление грудью; среди них выше процент детей, приложенных к груди в течение первого часа; выше процент детей на ИГВ до 4–6 месяцев; большая распространенность и продолжительность ГВ; реже отмечается гипогалактия по сравнению с незаинтересованными женщинами. Уровень образования также оказывает положительное влияние на время первого прикладывания, информированность матерей по вопросам питания ребенка, отношение к ГВ. Менее образованные женщины чаще используют долактационное кормление, у них меньше вероятность инициации лактации, короче период ИГВ и ГВ. Вместе с тем ряд авторов не установили взаимосвязь длительности ГВ с образованием среди женщин различных социальных слоев и этнических групп. Поэтому изучение факторов, оказывающих влияние на длительность ГВ, является актуальной задачей [2, 9, 16, 45, 56, 62, 68, 70, 72, 82, 85, 109, 111, 139, 140, 153].

Цель исследования.

Определить пути оптимизации питания детей первого года жизни на основе изучения предикторов успешного грудного вскармливания.

Задачи исследования.

1. Изучить фактические показатели грудного вскармливания и питания детей первого года жизни среди матерей юга Кузбасса.
2. Сравнить уровень информированности матерей, беременных и девочек-подростков в вопросах питания младенцев.
3. Установить наиболее значимые факторы, влияющие на длительность грудного вскармливания и сроки введения дополнительной пищи.
4. Определить основные направления для разработки методических и обучающих программ поддержки грудного вскармливания и оптимизации питания.

Научная новизна.

Впервые на юге Кузбасса проведен сравнительный анализ уровня знаний матерей, беременных и девочек по вопросам питания детей раннего возраста. Изучены показатели ГВ в регионе в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

Установлено влияние уровня образования в семье, теоретических знаний по ГВ, дородового обучения, практических факторов, сроков введения в питание дополнительной к ГМ пищи и допаивания на частоту и длительность лактации.

Практическая значимость.

Изучены фактические показатели ГВ в регионе. Полученные данные существенно не отличались от Российских и были ниже рекомендуемых статистических показателей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Для увеличения частоты и длительности ГВ в регионе необходимо повышение уровня образованности в вопросах ГВ не только населения, но и медицинского персонала. Обучающие программы должны быть основаны на современных рекомендациях ВОЗ и учитывать влияние многих факторов на показа-

тели ГВ. Наиболее эффективным является внедрение образовательных программ на уровне женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Фактические данные по ГВ в регионе значительно отличаются от рекомендуемых ВОЗ оптимальных показателей для достижения возможно высшего уровня здоровья.
2. Информированность женщин по ГВ в период беременности и после родов играет главную роль в поддержке лактации. Перспективным направлением подготовки к будущему материнству является работа с девочками-подростками.
3. Среди факторов, влияющих на показатели ГВ, выделяется ряд наиболее значимых: уровень образования женщин, сроки введения дополнительной пищи, допаивание, адекватная оценка лактации. Акцентирование внимания женщин на некоторых из них в обучающих программах позволяет оптимизировать создание «доминанты лактации».

Внедрение результатов диссертации.

Полученные результаты использованы при разработке и составлении «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», изданной в 2009 году, и внедрены в учебный процесс на кафедре педиатрии, неонатологии и клинической фармакологии ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава». На основе полученных данных с 2007 года для улучшения показателей ГВ в регионе внедряется Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательного отношения к ребенку» (БДР). В неё уже включены два родильных дома и женская консультация в г. Новокузнецке. В 2008 году подготовлены к аттестации три детские поликлиники. Материалы исследования послужили основой для разработки и опубликования областного методического пособия «Вскармливание здоровых детей первого года жизни» и создания ряда информационных материалов для населения.

Апробация работы.

Материалы диссертации докладывались в г. Красноярске в 2007 и 2008 годах на «Неделе грудного вскармливания»; г. Кемерове на областных конференциях в 2006, 2007 и 2008 годах; г. Новокузнецке в 2005, 2006, 2007 и 2008 годах на «Городском обществе педиатров», конференциях; заседании Ученого совета ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава» в 2008 году. Апробация диссертации прошла в 2009 году на заседании Ученого совета ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ".

Публикации. По теме диссертации опубликовано семь научных работ, из которых одна в издании, рекомендованном ВАК РФ, и одна является главами в «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации».

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 115 страницах машинописного текста, включает введение, обзор литературы, главы собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводы, практические рекомендации. Иллюстрирована 57 таблицами и тремя рисунками. Библиография включает 173 источника (65 на русском и 108 на английском языках).

Глава 1 Питание младенцев (обзор литературы)

1.1 Терминология

Терминология, принятая в России с 2001 года:

- естественное или грудное вскармливание – кормление ребенка материнским молоком;
- смешанное вскармливание – сочетание кормления грудным молоком (не менее 150–200 мл) и его искусственными заменителями;
- искусственное вскармливание – вскармливание ребенка заменителями женского молока.

ВОЗ предлагает следующие определения:

- исключительно грудное вскармливание – грудное вскармливание без введения дополнительной еды или питья, в том числе и воды (за исключением лекарств, витаминов или минеральных добавок; допускается также сцеженное грудное молоко);
- преимущественно грудное вскармливание – помимо грудного молока ребенку также дают небольшое количество воды или содержащее воду питье, как, например, чай;
- полное грудное вскармливание – исключительно грудное или преимущественно грудное вскармливание;
- частичное грудное вскармливание – кормление ребенка как грудью, так и искусственным питанием, либо молоком, либо кашей или другой едой;
- искусственное вскармливание – кормление ребенка искусственным питанием, исключая полностью грудное вскармливание;
- вскармливание из бутылочки – вскармливание ребенка из бутылочки, чтобы в ней ни было, в том числе сцеженное грудное молоко [24, 42, 56].

Грудное вскармливание означает получение ребенком грудного молока непосредственно из груди; этот термин следует отличать от кормления грудным молоком [111].

Среди статистических показателей, которые рекомендует использовать ВОЗ для оценки ГВ, выделяют следующие:

- частота любого ГВ – процент детей до года, которые какое-либо время получали ГМ;
- средняя длительность ГВ в месяцах;
- медиана длительности ГВ;
- частота исключительно грудного вскармливания (ИГВ) в 1, 2, 3, 4, 5, 6 месяцев – процент детей данного возраста, находящихся на ИГВ в последние 24 часа;
- частота ИГВ в возрасте до 4 месяцев – процент детей менее 4-месячного возраста, которые были на ИГВ в последние 24 часа;
- частота частичного ГВ – процент детей менее 4-месячного возраста, которые получали ГМ и допаивание в последние 24 часа;
- частота своевременного введения прикормов – процент детей в возрасте 6–9 месяцев, кто получал прикормы в дополнение к грудному молоку в последние 24 часа;
- частота продолженного грудного вскармливания в 1 и 2 года – процент детей в возрасте 12–15 и 20–23 месяцев соответственно, которые получали ГВ в последние 24 часа;
- частота бутылочного вскармливания – дети до 12 месяцев, которые получали питание и питье из бутылочки в последние 24 часа [127].

1.2 Современные данные по грудному вскармливанию

1.2.1 Общие положения

Питание детей первого года жизни является важнейшим фактором здоровья взрослого человека. Характер питания непосредственно влияет на рост и развитие всех систем организма. По данным ВОЗ 2002 года недостаточное или неполноценное питание является прямой или косвенной причиной около 6,5 миллионов случаев смертей в год среди детей в возрасте до пяти лет, из которых более 4,3 миллиона происходят на первом году жизни.

ГВ является единственной формой рационального питания младенца, основанное на принципах физиологической адекватности, мультикомпонентной сбалансированности и нутритивного предобеспечения. ГВ является одним из необходимых условий поддержания здоровья, обеспечения оптимальных темпов физического и нервно-психического развития, формирования поведения, устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов, а также является составной частью репродуктивного процесса с важными последствиями для здоровья матерей. Переход с гемотрофного на молочное питание в первые дни жизни представляет собой сложную цепь взаимосвязанных процессов, и введение в этот период искусственных смесей может расцениваться как метаболическая катастрофа, поскольку ГВ является основой всех обменных процессов новорожденного и стимулирует рост и развитие всех функциональных систем организма ребенка. ГВ обеспечивает ребенка в первые 6 месяцев всеми питательными веществами и энергией и значимой их частью во втором полугодии и позже [11, 14, 24, 25, 26, 33, 53, 56, 57, 85, 111].

1.2.2 Состав грудного молока

ГМ содержит белка от 14,4–38,0 г/л в молозиве до 7,3–20,0 г/л в зрелом молоке, что в 2–10 раз меньше его уровня в молоке животных. Этот уровень соответствует пищевым потребностям младенцев и полностью обеспечивает адекватный рост и развитие в первом полугодии. Высокая биодоступность белков ГМ обусловлена преобладанием сывороточных белков (55–80%) над казеинами (20–45%). Из сывороточных белков ГМ в наибольших количествах присутствуют α -лактальбумин (2,6 г/л); около 25–30% приходится на секреторный Ig A (1,0–1,42 г/л), лактоферрин (1,0–2,0 г/л) и лизоцим (0,4–0,5 г/л). Эти белки и другие макромолекулы проходят через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), не подвергаясь гидролизу, защищают ребенка от многих инфекций и почти полностью выводятся с калом [11, 24, 34, 33, 36, 53, 56, 58, 111, 113, 128].

Содержание жира в ГМ меняется в период лактации от 20–38,4 г/л в молозиве до 13,4–82,5 г/л в зрелом молоке. В течение суток отмечается колебание

уровня жиров в ГМ с максимальным значением в первой половине дня. Находящиеся на ГВ дети около 50% энергии получают за счет триглицеридов, составляющих до 98% жиров ГМ; остальная доля приходится на холестерол, фосфолипиды и свободные жирные кислоты. Преобладание ненасыщенных жирных кислот (55–57%) над насыщенными (43–45%) способствует лучшему усвоению жиров. Наибольшее значение имеют такие эссенциальные полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), как ω -3 (α -линоленовая) и ω -6 (линолевая) жирные кислоты, которые в организме млекопитающих не могут превращаться друг в друга. В ГМ содержатся длинноцепочечные ПНЖК – арахидоновая и докозагексаеновая, необходимые для нормального течения процессов миелинизации тканей головного мозга, формирования сетчатки глаза, модуляции разнообразных клеточных функций. Так же ПНЖК являются предшественниками ряда биологически активных веществ (простагландины, лейкотриены, тромбоксаны). В первые несколько месяцев жизни способности новорожденного превращать жирные кислоты в длинноцепочечные ПНЖК ограничены. Потребности организма ребенка обеспечиваются за счет эффективной передачи длинноцепочечных ПНЖК с ГМ от матери. Их содержание в ГМ зависит от рациона кормящей матери, жирового депо, печеночного метаболизма и конституциональных особенностей и может существенно различаться у женщин различных этнических групп. Так в ГМ европейских женщин доля докозагексаеновой кислоты от общего количества жирных кислот составляет 0,4%, в молоке женщин из Северной Америки и Австралии – 0,2% [11, 19, 33, 58, 111, 137, 171].

Гиперхолестеринемия характерна для детей на ГВ. В сыворотке крови ребенка уже с первых суток обнаруживается тенденция к росту уровня холестерина до высоких значений. Источником высокого содержания холестерина является трансплацентарный и эндогенный холестерин находящегося на ГВ ребенка. В ГМ отмечается высокая концентрация холестерина, что не имеет однозначного объяснения. Но, вероятно, высокий уровень холестерина в ГМ защищает от его повышенного уровня у взрослых за счет снижения синтеза эндогенного холестерина [11, 19, 33, 130; Knuman J. et al., 1982].

Углеводы ГМ на 90% представлены лактозой до 68 – 74 г/л, на долю которой приходится около 40% его калорийности. Под влиянием лактазы 90% лактозы гидролизуется и всасывается в тонкой кишке. Остальная часть переходит в толстую кишку, где в результате ферментации посредством бифидофлоры превращается в жирные кислоты с короткой цепью и молочную кислоту, которые, в свою очередь, всасываются и вносят свой вклад в потребление энергии, а также уменьшают показатель рН в толстой кишке, улучшают всасывание кальция, подавляют рост патогенной флоры и способствуют формированию нормального кишечного биоценоза [4, 11, 33, 53, 111].

В процессе переваривания ГМ большое значение имеют видоспецифичные ферменты нативного ГМ, способствующие гидролизу белков, жиров и углеводов. Протеолиз у детей первого года жизни происходит в основном в кишечнике. Важным для становления иммунологического статуса является способность к всасыванию части нерасщепленного белка ГМ. В расщеплении и всасывании жиров у детей грудного возраста участвуют сублингвальная, желудочная липазы и липаза нативного ГМ. Последняя содержится в ГМ вместе с жировым субстратом для усвоения и трансформируется в активную форму под влиянием желчных солей в двенадцатиперстной кишке, обеспечивая гидролиз 30–40% триглицеридов ГМ. Всасывание жиров ГМ достигает у новорожденного 80%, а к концу 1-го месяца приближается к 95% [11, 19, 26, 33, 111].

В ГМ присутствуют более 130 олигосахаридов, количество которых составляет примерно 15–50 г/л. Дети на ГВ поглощают в сутки несколько грамм олигосахаридов, из которых около 40% выводится с калом и 1–2% с мочой. Олигосахариды вместе с бифидофакторами ГМ обеспечивают защиту от вирусов и бактерий или их токсинов, содействуют росту нормальной флоры толстой кишки, которая положительно влияет на иммунный статус и формирует пищевую толерантность у детей [4, 11, 33, 37, 38, 61, 111].

С молоком матери поступают видоспецифичные биологически активные вещества, влияющие на физиологические процессы в ближайшее время после кормления и имеющие отдаленное пролонгированное действие на ребенка,

обеспечивая функции защитного характера, регуляцию развития, дифференцировки, адаптации и развития кишечника новорожденного. В ГМ обнаружены релизинг-факторы тиреотропина, гонадотропина, гормона роста; пролактин, окситоцин, тиреоид-стимулирующий гормон, тироксин, трийодтиронин; кортикостероиды, эстроген и его метаболиты; прогестерон и его метаболиты, инсулин, простагландины, бомбензин, нейротензин и др., роль которых в регуляции развития младенцев недостаточно изучена [11, 26, 53, 111].

Уровень жира, натрия, йода, селена и водорастворимых витаминов коррелирует с характером питания матери. Содержание энергии, белка, минеральных веществ (цинк, железо, кальций, медь) и жирорастворимых витаминов, за небольшими исключениями, не зависит от питания кормящей женщины. При этом состав молозива остается стабильным даже при неадекватном нутритивном статусе матери [11, 21, 58].

Общий объем выработки материнского молока и потребления его ребенком составляет в среднем 440–1200 мл, что зависит от частоты и эффективности сосания, длительности ГВ. Энергетическая плотность ГМ колеблется от 62 ккал/100 мл до 80 ккал/100 мл и в среднем принимается равной 67 ккал/100 мл [3, 34, 111, 171].

1.2.3 Особенности метаболизма младенцев на ГВ

Оценка потребностей в белке у грудных детей, сделанная ВОЗ в 1985 году, была на 7–19% выше, чем количество белка, потребляемое детьми на ИГВ. Это привело к разработке рекомендаций об использовании белка на уровне от 1,99 г/кг в первые месяцы до 0,78 г/кг к году. В рекомендациях советских и российских авторов потребность детей в белке значительно превышает международные нормы и составляет от 2,2 г/кг в первом полугодии до 2,9 г/кг массы тела ребенка во втором. Преимущественно «липидная» направленность метаболизма детей первого года жизни связана с высокими энерготратами. Поэтому вклад жиров превышает в первые 3 месяца жизни 50% от суммарной потребности детей в энергии. Рекомендуемая норма потребности в жире в течение пер-

вого года жизни снижается с 6,5 г/кг массы тела в первом полугодии до 5,5 г/кг массы тела ребенка во втором полугодии. Потребность в углеводах в течение первого года жизни практически не изменяется и составляет 13 г/кг массы тела ребенка. По данным Butte N. (2005) и других авторов потребность в энергии у младенцев ниже прежних рекомендаций ВОЗ 1985 г. и составляет от 99–106 ккал/кг в первый месяц после рождения до 90–91 ккал/кг в 3 месяца. Потребность детей на ГВ в энергии между 3-м и 6-м месяцами на килограмм массы тела снижается с 91 ккал/кг до 78–79 ккал/кг и остается на уровне 77–79 ккал/кг до 1 года. Российские авторы рекомендуют ориентироваться на более высокие потребности в энергии: 115–120 ккал/кг до 6-ти месячного возраста и 110 ккал/кг во 2-м полугодии жизни [26, 33, 34, 36, 53, 56, 92, 99, 111].

1.3 Эпидемиология ГВ

Из-за недостатка всеобъемлющих и сопоставимых данных и унифицированных международных определений какие-либо общие утверждения о распространенности ГВ в Европейском регионе ВОЗ делать трудно. В России, как и во многих европейских странах, отсутствуют стандартные определения в отношении ГВ и стандартная методика оценки уровней ГВ в соответствии с требованиями Глобального банка данных ВОЗ (The WHO Global Data Bank on Breastfeeding and Complementary Feeding), которые дают возможность оценить ГВ в условиях акушерского стационара и домашних условиях, используя несколько показателей. Это не позволяет в полной мере оценить ситуацию в регионе и сравнить с данными других стран [2, 111, 168].

В России оценивают долю детей, находившихся на ГВ от 3 до 6 месяцев, и долю детей, находившихся на ГВ от 6 месяцев до 1 года, к числу детей, достигших возраста 1 года. Эти показатели заменили в 2000 году показатели ГВ до 3 месяцев и 6 месяцев соответственно. Однако в исследованиях многих авторов продолжается оценка распространенности ГВ по месяцам [2].

Большинство российских авторов рассматривают ситуацию по ГВ, как неблагоприятную и требующую активных действий. По данным статистиче-

ских отчетов ЦНИИОИЗ Министерства здравоохранения России доля детей на ГВ в возрасте с 3 до 6 месяцев снизилась с 44,8% в 1996 году до 40,8% в 2008 году. Доля детей на ГВ в возрасте с 6 до 12 месяцев повысилась с 32,3% до 39,3% соответственно. В Кемеровской области доля детей на ГВ с 3 до 6 месяцев снизилась с 39,6% в 1999 году до 35,8% в 2003 году, при этом доля детей на ГВ с 6 до 12 месяцев возросла с 27,8% до 30,3% соответственно. По данным разных авторов доля детей на ГВ с 3 до 6 месяцев составляет 24–63,4% и с 6 до 12 месяцев 31–70,5%, причем в медучреждениях, внедривших Инициативу БДР, эти показатели выше. Некоторые авторы отмечают более низкие статистические показатели ГВ в своих исследованиях по сравнению с официальной статистикой. Данных по зарубежным странам нет, поскольку там эти статистические показатели не используются [3, 7, 29, 30, 33, 40, 41, 50, 64].

Более детально состояние лактации оценивают по распространенности ГВ в различные возрастные периоды. По данным исследователей распространенность ИГВ в России низкая и составляет в 1 месяц 13,1%, в 4 месяца 2–42%. В регионах, где внедрена Инициатива БДР, ИГВ в 6 месяцев достигает 70–90% (Абольян Л.В., 2005, 2006; Корсунский А.А., 2004). Длительность ГВ по России в среднем составляет 6,2 месяца (3,4–9 месяцев). Длительность ГВ в учреждениях БДР большая – 8–12,4 месяцев. Среди детей на ИГВ до 6 месяцев длительность ГВ достигает 11–13 месяцев [1, 2, 7, 8, 20, 22, 30, 33, 41, 111].

В зарубежных исследованиях оптимальные сроки ИГВ указывают 30–70% матерей. Планируют ИГВ до 6 месяцев 46–65% матерей, при этом среди обученных женщин этот показатель достигает 78%. Фактическая частота ИГВ значительно отличается в различных исследованиях. Наиболее высокие значения ИГВ были в 3 исследованиях. Ludvigsson J.F (2003) и Agampodi S.B. (2007), где частота ИГВ достигала 75–85% в первые 3 недели, 40–45% в 1–2 месяца, 46–61,6% у детей до 4 месяцев и 15,5–25% в возрасте 6 месяцев. При этом Ludvigsson J.F. отмечает более длительное ИГВ у матерей, которые планировали кормить исключительно грудью 6 и более месяцев. В этих и еще одном исследовании Ludvigsson J.F. (2003) медиана ИГВ достигала 3-4 месяцев. В ис-

следования. Taveras E.M (2004) уровень ИГВ в 1 месяц составил 49%, в 3 месяца – 53%. По данным других авторов частота ИГВ была значительно ниже: к 2 неделям она составляла 26,6%, в 3 месяца – 31,5%, в 4 месяца – 1,5–5,9% и в 6 месяцев менее 1–11% [68, 75, 81, 86, 89, 109, 139, 140, 146, 149].

По данным ВОЗ в мире частота ИГВ в 4 месяца составляет в среднем 35%. Распространенность ИГВ в Швеции в 4 месяца достигает 40%. В Великобритании в 6 месяцев ИГВ 29%. Частота ИГВ в 4 месяца в Македонии достигает 8%; в США в 3 месяца – 38,7%, в 4 месяца – 29,3%, в 5 месяцев 19,3%, 6 месяцев 13,9%. Еще в одном исследовании в 3 недели частота ИГВ достигала 75–85%, в последующие 1–2 месяца частота ИГВ снижалась до 40%, в 6 месяцев – 20–25%. В исследовании. Ryan A.S et al. (2002) уровень ИГВ в США достигал 17,2% в возрасте 6 месяцев. В Финляндии в 6 месяцев ИГВ 58%, в 9 месяцев 18%, к году 4%. ИГВ в Африке до 4 месяцев 25–49%, до 6 месяцев 20–41%. В Азии ИГВ до 4 месяцев 40–63%, до 6 месяцев 38–44%. В Европе 29 и 22% соответственно. В развивающихся странах 45% до 4 месяцев и 34% до полугода. В наименее развитых странах 41 и 34% и во всем мире 45 и 36% соответственно. Al Tajir G.K. (2006) показал в своем исследовании в Арабских Эмиратах частоту ИГВ 76,5 % в 1 день после рождения, 48,4 % в 1 месяц и 13,3 % в 6 месяцев. [12, 34, 45, 68, 70, 72, 111, 139, 147, 157, 168].

По данным Лукушкиной Е.Ф. и др. (2002), лишь 20% женщин прикладывают первый раз ребенка в течение первого получаса после рождения. В среднем от 90% до 100% российских женщин начинают кормить ребенка в роддомах. В Европейских странах коэффициент начала ГВ составляет от 31% до 99%, в Латиноамериканских странах от 90% до 97%, в странах Азии от 88% до 98%, в странах Африки от 72% до 100%, в Канаде 72%, в США 70,1%, в Австралии 87% и Новой Зеландии 93,8%. На момент выписки из стационаров БДР в России 80–100% детей находятся на ГВ [1, 2, 29, 30, 51, 111, 136].

Распространенность ГВ по России составляет в 1 месяц 88,6–98,0%, в 3 месяца 30–93%, в 6 месяцев 28–72%, в 9 месяцев 40,6–46,0%, в год 7,6–67,0% [6, 7, 8, 34, 40, 41, 50, 62, 111]. Распространенность ГВ в США в 2005 году в 1

месяц составила 68,0%, в 3 месяца – 56,8%, в 6 месяцев – 43,1%, в 9 месяцев – 29,1%, в 1 год – 21,4%. Частота ГВ в течение какого-то времени 74,2%. Длительность ГВ в Европе в среднем составляет 5,9 месяца, в Африке – 21,2 месяца, в Северной и Южной Америке – 15,7 месяцев, в Юго-Восточной Азии – 26,1 месяца, в Западно-Тихоокеанском регионе – 17,3 мес., в Восточном Средиземноморье – 13,7 месяцев. В среднем во всем мире длительность ГВ составляет 15,7 месяцев [68, 89, 111, 152, 157, 166, 168].

1.4 Успешное ГВ: основные позиции и проблемы

Становление лактации начинается с первого прикладывания, которое должно происходить сразу или в течение 30 минут после рождения. Оно не выполняет значимой функции питания, но важно для возникновения импринтинга и долговременной связи с матерью, профилактики послеродовых осложнений и адаптации ребенка к новым условиям, формирования нормальной микрофлоры кишечника и адекватного иммунного ответа. Ludvigsson J.F (2003) показал, что короткий период ИГВ коррелировал с долактационным кормлением и отсутствием кормления молозивом [2, 11, 33, 43, 53, 56, 82, 139].

Для гормональной стимуляции рефлексов выработки и выделения ГМ и формирования привязанности необходим максимальный кожный контакт ребенка с матерью (skin-to-skin), который достигается при кормлении обнаженного ребенка обнаженной до пояса матерью. В роддомах России ранний кожный контакт матери с новорожденным осуществляется в 44,4–80% случаев, однако, как правило, его длительность менее 30 минут у 60–70%. По данным Абольян Л.В. (2006) совместное пребывание матери и ребенка в роддомах практикуется в 40,0–50,0% случаев [1, 7, 11, 24, 28, 31, 33, 43, 53, 56, 82, 128, 169].

Кормящей матери необходимо знать, что существует раннее (переднее) молоко, которое вырабатывается в начале кормления и содержит большее количество воды и лактозы, и позднее (заднее) молоко, которое вырабатывается через некоторое время после начала сосания и содержит большее количество жира и энергии. В течение одного кормления уровень жира в 4–5 раз выше в

«заднем» молоке, чем в «переднем». При этом количество жира, потребляемого младенцами, не зависит от частоты кормлений [11, 19, 24, 28, 31, 53, 58, 111, 128, 169, 171].

Постоянное сцеживание ГМ в настоящее время не рекомендуется, если лактация уже установилась, сохраняется кормление по требованию, нет нарушения оттока молока из молочной железы. Сцеживание необходимо только при наличии показаний. При этом предпочтительным является ручное сцеживание, методике которого женщину должен обучить медперсонал послеродового отделения [11, 24, 28, 31, 43, 53, 56, 128, 169].

Частота кормления за сутки зависит от активности сосательного рефлекса новорожденного и массы тела при рождении и может достигать 6–18 раз и больше. При этом частота кормления более 7 раз в сутки ассоциируется с увеличением длительности ГВ. Частота ночных кормлений в 64% случаев достигает 1–3 раз. Длительность кормления может составлять 20 минут и более. В настоящее время всеми авторами признается эффективность «свободного» вскармливания (вскармливания «по требованию») ребенка с первого дня жизни, под которым понимают свободный выбор ребенком частоты кормлений, их длительности, прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Кроме того, кормление по требованию нивелирует отрицательное влияние на лактацию позднего прикладывания. По данным российских авторов при свободном вскармливании объем лактации минимум в 1,5 раза выше, чем при кормлении по часам. В исследовании Фатеевой Е.М., Гмошинской М.В. (2003) объем секреции молока при свободном вскармливании составил 537 ± 100 мл против 301 ± 30 мл при кормлении по часам. Суточное содержание белка при свободном вскармливании в 1,6 раза, жира в 1,8 раза и витамина С в 1,3 раза больше, чем при кормлении по часам. Всё это позволяет 50% детей восстановить массу тела к 5 дню жизни. При кормлении по часам к 5 дню жизни восстановление массы тела происходит только у 7% детей. В исследовании Абольян Л.В. (2006) показано, что в роддомах еще сохраняются ограничения частоты и длительности ГВ в 43–50% случа-

ев. По данным Лукушкиной Е.Ф. и др. (2002) более половины женщин кормили грудью строго по часам, даже после выписки из родильного дома. Свободный режим вскармливания предусматривает сохранение ночных кормлений, поскольку именно ночью вырабатывается больше пролактина. Ночью здорового ребенка следует кормить столько, сколько он захочет, для чего возможен совместный сон, при условии, что мать здорова, не употребляет алкоголь и наркотические препараты. По данным McKenna J.J (1997) при совместном сне матери в три раза дольше кормили ребенка ночью, чем при раздельном сне. При этом было показано уменьшение риска синдрома внезапной смерти, при условии отсутствия у матери вредных привычек. От ночных кормлений ребенок должен отказаться сам. Установлены достоверные различия в частоте лактостаза при свободном вскармливании (9%) и вскармливании по часам (29%) [1, 2, 11, 24, 26, 28, 31, 43, 51, 53, 56, 62, 63, 82, 85, 128, 139, 144, 169, 171].

Частота раннего допаивания и докорма в России остается высокой. Это приводит к укорочению ИГВ и преждевременному прекращению лактации за счет вытеснения ГМ. В частности, по данным российских авторов (Абольян Л.В. и др., 2005, 2006; Васильева О.А. и др., 2002; Джумагазиев А.А. и др., 2004) ранее полугода смеси получают 22,9–70% детей, каши 20–51%, овощи 31–77%, мясные и рыбные продукты 24–34%, кефир 2,6–30%, цельное коровье молоко 26–30%. По данным Перевошиковой Е.П. (2000), большинство детей на различных видах вскармливания начинают получать коррекцию в питании с 1,5–3 месяцев, а прикорм с 4,5–5 месяцев. Допаивание в первые месяцы жизни используется у 10–100% детей, кормление по режиму у 21–74% детей, бутылочки и соски в родильном доме и на участке используются в 38–70% случаев. В работе Hörnell A. et al. (2001) показано отрицательное влияние введения молочных смесей на длительность лактации [1, 9, 22, 33, 50, 124].

Ertem I. et al. (2001) в своём исследовании отмечают наиболее частое прекращение ГВ в первые 2 месяца после рождения (77,4% матерей) у менее образованных женщин. К 4 месяцам лактацию прекратили 88,2% женщин. При этом не было найдено корреляции с недостатком знаний, источниками информации,

проблемами кормления, гипогалактией и социальным уровнем. Наиболее значимым для профилактики раннего прекращения было намерение женщины кормить грудью и возраст старше 20 лет. Vonuck K.A. et al. (2005) в рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) отмечают снижение на 10–15% частоты лактации в период с 2 до 6 недель. Это согласуется с данными других авторов (Васильева О.А., 2002; Джумагазиев А.А., 2004; Ahluwalia I.V., 2005; Al Tajir G.K., 2006), которые указывают на прекращение ГВ у 4–8% в первые 2 недели жизни, у 1,5–27% в возрасте 1–3 месяцев и до 35–49% к возрасту 4–6 месяцев. Среди матерей в возрасте старше 21–30 лет выше вероятность начать и продолжить ГВ и выше длительность ГВ. Отрицательно влияет на вероятность ГВ возраст меньше 20 лет [1, 2, 9, 22, 50, 70, 72, 81, 85, 86, 109, 139, 146, 149, 154; Перевощикова Е.П., 2000].

Основной причиной прекращения ГВ большинство матерей называют нехватку молока – от 38,1 до 83%. По данным исследований, в том числе РКИ, о недостатке молока сообщают 20–59,1% матерей (Абольян Л.В., 2005, 2006; Васильева О.А., 2002; Джумагазиев А.А., 2004; Фурцев В.И., 2003; Ahluwalia I.V., 2005; Labaree J., 2005). Однако только 2,4% матерей называют объективные признаки недостаточности молока (Джумагазиев А.А., 2004). Как правило, гипогалактия носит вторичный характер и связана с отсутствием адекватной поддержки в медучреждениях, низкой информированностью матерей об основных принципах успешного ГВ и отсутствие доминанты лактации. Истинная (или первичная) гипогалактия встречается не более, чем у 5% женщин. Часто вторичную гипогалактию в течение первого полугодия лактации путают с лактационными кризами – временным снижением выработки ГМ длительностью до недели, связанным с изменением гормонального фона и увеличением двигательной активности женщины, интенсивным ростом ребенка. В этой ситуации необходимо ориентироваться на объективные признаки недостаточной лактации – прибавку массы тела менее 500 грамма в месяц и частоту мочеиспусканий менее 6 раз в сутки. Еще одной из распространенных причин прекращения лактации женщины называют отказ ребенка от груди – 3,1–17,9% случаев. Дру-

гие причины встречаются реже. Marques N.M. et al. (2001) в своем исследовании указывают следующие причины введения докорма: считают, что ребенок голодает 53%, закончилось молоко – 34%, ребенок много кричит – 32%. При этом 59% женщин с легкостью ввели докорм своему ребенку. Причиной субъективной неадекватной оценки лактации является недостаточная осведомленность женщин физиологии ГВ, лактационных кризах, правилах кормления сцеженным молоком. Несмотря на то, что в ряде исследований выявлены высокие показатели информированности о ГВ до родов (90%), наличия знаний у женщин о выгодах ГВ (90,2–96%), необходимости раннего прикладывания (87%) и оптимальной длительности ИГВ (78%), в 25–70% случаев «подготовка беременных женщин к кормлению грудью в основном ограничивалась информацией о преимуществах ГВ и в меньшей степени касалась его техники» (Абольян Л.В., 2006). По данным Абольян Л.В. (2006) выявлена низкая информированность матерей о факторах успешного ГВ: о сроках первого прикладывания новорожденного знали 27,3%; кормлении по требованию – 8,7%, важности ночных кормлений – 3,1%, отказе от использования сосок и пустышек – 7,4%, ИГВ до 4–6 месяцев – 10,1%. Большинство акушерских стационаров не информировали матерей при выписке об имеющихся возможностях получения последующей помощи по вопросам ГВ в 60–64% случаев [1, 2, 3, 9, 11, 16, 24, 50, 53, 56, 64, 70, 75, 81, 86, 106, 109, 124, 128, 146].

Успех ГВ зависит от многих причин, из которых можно выделить наиболее весомые. Женщины с более высоким уровнем образования, активно обучающиеся и интересующиеся вопросами ГВ, лучше информированы об основах питания детей и чаще положительно относятся к ГВ. Они твердо настроены на кормление грудью; у них выше процент детей, приложенных к груди в течение первого часа; выше процент детей на ИГВ до 4–6 месяцев; большая распространенность и продолжительность ГВ; реже отмечалась гипогалактия по сравнению с незаинтересованными женщинами; в 3 раза реже заболевание матери и ребенка являются причиной отказа от ГВ. В условиях индифферентного отношения к ГВ в обществе и принятия искусственного вскармливания (ИВ) в каче-

стве полноценной замены ГВ, менее образованные женщины чаще используют долактационное кормление, у них меньше вероятность инициации лактации, короче период ИГВ и ГВ [2, 7, 9, 16, 45, 56, 62, 68, 70, 72, 82, 85, 87, 102, 108, 109, 111, 124, 139, 140].

Настрой и уверенность женщины в успешном ГВ положительно влияют на инициацию лактации, длительность ИГВ и ГВ, сроки введения докорма. Неуверенность в предстоящей лактации уменьшает частоту ГВ в 6–12 месяцев. Мнение беременной женщины о допустимости полной замены ГМ смесями приводит к раннему докорму и более частому допаиванию ребенка. Среди тех матерей, которые считали ГВ более легким, чем ИВ, чаще кормили ребенка грудью в возрасте 4–5 месяцев. Среди этих женщин более 90% планировали кормить своего ребенка грудью. Такие же данные приводят в своем исследовании. Aidam V.A. et al. (2005). Среди тех матерей, которые планировали до родов кормить своего ребенка, была выше вероятность ГВ в 1 месяц, большинство кормили грудью какое-то время, и в 6 месяцев более 60% детей были на ИГВ [70, 71, 81, 85, 86, 109, 114, 122, 139, 149].

Эффективными в создании доминанты лактации являются индивидуальные и групповые занятия с беременными и кормящими женщинами. Большинство исследований среди обеспеченных и малообеспеченных женщин, в том числе РКИ и системных обзоров, указывают на положительное влияние подготовки и обучения женщин на увеличение частоты инициации ГВ, средней длительности ИГВ и ГВ, частоты ГВ, уменьшение вторичной гипогалактии и раннего прекращения ГВ. В работе Kistin N. et al. (1990) была показана большая эффективность индивидуальных занятий. Graffy I.O. et al. (2004), de Oliveira D. et al. (2006) и Forster D.A. (2006) в своих исследованиях среди малообеспеченных и малообразованных слоев населения не отмечают влияния обучения основам ГВ матерей на показатели лактации. В систематическом обзоре Dyson L. et al. (2005) показал положительное влияние поддержки матерей с низкими доходами только на частоту иницирования лактации. Hoddinott P. и Pill R. (1999) в своём исследовании показали более высокую эффективность практического

наблюдения за ГВ, чем изучение по литературе. Средняя длительность ГВ не коррелировала с порядком рождения, социальными и культурными факторами в исследовании. В работе Wachs T.D. et al. (2005) показано большее влияние образования матери, чем её экономического статуса. Исследование Wagner C.L. et al. (2006) показало большую частоту кормления грудью у женщин образованных и имеющих опыт предыдущего ГВ. Различия в эффективности обучающих программ также связывают с принадлежностью женщин к определенным этническим группам. По данным Абольян Л.В. (2006) длительность ГВ связана со временем первого прикладывания к груди, наличием ночных кормлений, информированностью матерей, дородовым обучением, составом семьи и отношениями между супругами. Взаимосвязь между длительностью ГВ и образованием родителей, числом детей в семье, уровнем среднедушевого дохода, жилищными условиями и выходом матери на работу не установлена. Таким образом, оценки эффективности дородовой подготовки и послеродовой поддержки среди женщин с различным социальным и образовательным уровнями неоднозначны. Вероятно, среди населения, где сохраняются и передаются традиции кормления грудью и материнской поддержки показатели ГВ будут выше. В дополнение к этому уровень образования матерей может играть положительную роль [1, 9, 16, 62, 71, 73, 75, 80, 82, 85, 87, 90, 104, 106, 109, 114, 117, 122, 123, 126, 132, 134, 139, 140, 143, 153, 154, 160, 161, 165].

Основным источником информации матерей по вопросам ГВ являются медицинские работники 22,1–86,0%. Родственники, знакомые и рожавшие подруги названы источниками информации в 16,9–66,7% случаев, средства массовой информации и научно-популярная литература в 17,7–72,1%. По данным РКИ женщины лучше оценивают помощь консультанта по ГВ, чем медицинского работника. В других исследованиях показано, что женщины ждут информацию по ГВ от медицинских работников, и она предотвращает долактационное кормление и увеличивает длительность ГВ [1, 2, 50, 51, 78, 109, 140, 146, 153; Абольян Л.В. и др., 2004].

Ряд авторов рекомендует начинать подготовку к будущему материнству в подростковом возрасте. Среди девочек-подростков планируют в будущем кормить своего ребенка грудью 52–93%. Среди них больше девочек, которые проявляют интерес к ГВ и у которых выше уровень знаний по элементарным вопросам ГВ. При обучении беременных подростков показано положительное влияние знаний по ГВ на вероятность того, что во время беременности женщина будет планировать ГВ, и после родов юная мать будет кормить своего ребенка. Также в исследованиях показано увеличение частоты ГВ у матерей-подростков с 14,6–45% до 62–65,1% за счет обучения [79, 109, 135, 148, 170].

1.5 Прикормы

Дополнительное питание или прикорм – способ введения дополнительных специально приготовленных пищевых продуктов для удовлетворения растущих пищевых и физиологических потребностей ребенка второго полугодия жизни, оптимального роста и развития, постепенного перехода от ИГВ к пищевой автономности взрослого периода жизни. Российские авторы также предлагают определять как прикорм все продукты, кроме ГМ и его заменителей, независимо от консистенции пищи [11, 18, 33, 53, 56, 111, 114, 128].

Расширение рациона ребенка и дополнение материнского молока другими продуктами питания обусловлено необходимостью введения энергии и ряда пищевых веществ, необходимых для дальнейшего роста и развития ребенка, и необходимостью тренировки и развития пищеварительной системы, жевательного аппарата и стимуляции моторной активности кишечника детей. У детей старше 6 месяцев существует разрыв между общей потребностью в энергии и некоторых пищевых веществах и возможностью обеспечить эту потребность только ГМ. Для преодоления этого разрыва нужны специальные адаптированные семейные продукты, пока ребенок не станет достаточно зрелым, чтобы потреблять обычную домашнюю еду в возрасте примерно 1 года. Эти продукты называются дополнительными пищевыми продуктами (ДПП), так как они только дополняют ГМ, но не могут его замещать, и как самостоятельное питание

неадекватны для ребенка второго полугодия жизни. В настоящее время не рекомендуется использование термина «отнятие от груди» (weaning – англ.) и определения прикорма как «продукта для отъема от груди», поскольку введение прикорма не должно ни вытеснять ГМ, ни означать начало прекращения кормления грудью. Маленький ребенок постепенно привыкает к пище с семейного стола, хотя ГВ продолжает оставаться важным источником питания и защитных факторов для ребенка до двух лет. При введении пищи переходного периода ребенок также сталкивается с разнообразными структурами и консистенциями, а это способствует развитию жизненно важных двигательных навыков, таких, как жевание и глотание [18, 56, 97, 111, 128].

Введение прикорма должно быть своевременным, адекватным, безопасным и ориентироваться на пищевой интерес ребенка. Введение прикорма целесообразно после формирования почечной функции, созревания ферментативной системы и лимфоидной системы, которые происходят у большинства детей после 4–6 месяцев [14, 23, 97, 128].

В связи с высокой потребностью у детей раннего возраста им приходится поглощать значительно больше энергии, чем в другие возрастные периоды. Поэтому энергетическая плотность пищи для прикорма, её консистенция и частота кормлений являются ключевыми факторами потребления энергии ребенком старше 6 месяцев [56, 95, 97, 111, 128].

С учетом функциональной вместимости желудка 30 г/кг у ребенка в возрасте 6–23 месяцев ВОЗ рекомендует использовать прикорм густой консистенции с оптимальной энергетической плотностью не менее 1 ккал/г, с частотой кормления 2-3 раза с 6 до 8 месяцев и не менее трёх раз в день к возрасту 8 месяцев. При использовании продуктов прикорма с энергетической плотностью от 0,67 ккал/г до 1 ккал/г необходимо увеличение частоты кормлений. Прикормы с энергетической плотностью менее 0,67 ккал/г могут использоваться в ограниченных количествах и только для разнообразия питания ребенка. Пища для прикорма должна быть богатой энергией, белками и микронутриентами и

иметь консистенцию, которая позволяет ее легко потреблять [95, 96, 97, 111, 128].

Согласно рекомендациям ВОЗ пищу для прикорма можно разделить на следующие категории:

- пища переходного периода – это продукты для прикорма, специально предназначенные для удовлетворения специфических пищевых или физиологических потребностей грудного ребенка;

- пища с семейного стола, или домашняя пища – это продукты для прикорма, которые вводятся в рацион ребенка раннего возраста и приближаются по составу к тем продуктам, которые потребляют остальные члены семьи [23, 111].

Российские авторы в настоящее время не выделяют «обучающий» прикорм жидкой или полужидкой консистенции, который в предшествующие годы предлагалось вводить в возрасте не ранее 3 месяцев, но до начала введения основного прикорма. Необходимость его объяснялась более легким усвоением, поскольку не требовалось значительного напряжения со стороны ЖКТ, и в связи с необходимостью сенсорно-орального обучения без учета необходимости введения дополнительной энергии. «Обучающим» прикормом являлись фруктовое пюре и соки [56]. В настоящее время соки и фрукты российские авторы рекомендуют вводить в возрасте 4–6 месяцев как для детей на ИГВ, так и для детей на ИВ [33]. При этом Fomon S. (2001) отмечает, что увеличение использования соков в питании младенцев последние 20 лет является неудачным фактором для здоровья ребенка [11, 23, 25, 27, 49, 58].

С 2002 года ВОЗ рекомендует считать своевременным введение прикормов возраст 26 недель. Некоторым детям может понадобиться прикорм раньше 6 месяцев, если здоровый ребенок недостаточно прибавляет в массе тела или выглядит голодным после неограниченного кормления грудью, но вводить его до 4 месяцев не следует. Российские авторы считают, что вводить прикорм можно как в 6 месяцев, так и в строго индивидуальные сроки – в возрасте 4–6 месяцев, поскольку предложенные ВОЗ сроки носят только рекомендательный характер. С этим согласуются мнение ряда авторов (Garza C., Frongillo Jr., 1998;

Carruth B.R. et al., 2000), которые считают, что не может быть единственного оптимального возраста введения прикорма для всех детей на ГВ. Вероятно, существуют оптимальные возрастные периоды, которые определяются множеством факторов и индивидуальными потребностями в микронутриентах, энергии и показателями роста и заболеваемости. Логичным подходом к выбору этих сроков введения прикорма может оказаться сопоставление преимуществ и недостатков слишком раннего и запоздалого введения прикорма с учетом важной роли ГМ. Слишком раннее введение прикорма может вытеснить ГМ и тем самым привести к прекращению лактации, увеличению риска различных инфекционных и аллергических заболеваний. Среди детей, которым прикорм вводился с 3–4 месяцев, были достоверно выше непереносимость злакового прикорма, чаще срыгивания, больше детей с дисгармоничным развитием и проявлениями аллергии. Слишком позднее введение прикорма может привести к дефициту белка, энергии, микронутриентов, задержке формирования вкусовых ощущений и навыков жевания и глотания. По данным Dewey К. дети с массой тела при рождении более 3 кг не нуждаются в дополнительных источниках железа до 6 месяцев. Mehta К. et al. (1998) показали, что физическое развитие не отличалось у детей, получавших прикорм в 4 или 6 месяцев жизни. Это же подтверждено в мультицентровом исследовании ВОЗ в 2002 году, в котором было показано, что введение прикормов в 4 месяца не имеет биологического значения для детей, но в связи с укорочением лактации может повышать заболеваемость. В исследовании во Вьетнаме было показано, что введение прикорма в возрасте с 3 до 6 мес. снижает темп прибавок массы и длины тела, увеличивает частоту диареи, увеличивает риск дефицита микронутриентов и снижает лактацию. Таким образом, по мнению большинства исследователей, ИГВ на протяжении первых 6 месяцев жизни имеет ряд преимуществ для доношенных здоровых детей и их матерей, при этом возможен индивидуальный подход при введении прикорма в случае необходимости с 4 до 6 месяцев [3, 5, 7, 12, 14, 17, 18, 23, 24, 25, 33, 39, 45, 47, 53, 56, 57, 58, 67, 69, 83, 84, 105, 111, 116, 118, 120, 128, 135, 150, 167].

Первое блюдо прикорма для ребенка на ИГВ в возрасте 6 месяцев должно быть максимально обеспечено эссенциальными микроэлементами, поскольку в соответствии с рекомендуемыми потребностями с ними ребенку необходимо получить 95% необходимого ему железа, 82% цинка, 72% фосфора. При отсутствии дополнительного поступления железа из продуктов прикорма вероятно развитие железодефицитного состояния. Важно, чтобы в рацион включались богатые железом продукты, специальные продукты для прикорма, обогащенные железом. Мясо не только является источником высоко усвояемого гемового железа и цинка, но и усиливает всасывание негемового железа из других продуктов. Введение мяса необходимо с 5,5–7 месяцев, мясорастительное пюре можно вводить с 6 месяцев, так как оно легче переносится ребенком из-за меньшего содержания в нем мяса. С 7–9 месяцев рекомендуется введение сначала рыбного пюре, а затем смеси мяса или рыбы с овощами. Шведские педиатры рекомендуют вводить рыбные блюда с 5 месяцев при отсутствии аллергической предрасположенности в семейном анамнезе [17, 23, 25, 33, 34, 39, 53, 56, 57, 60, 111].

Согласно рекомендациям в большинстве стран зерновые продукты, содержащие клейковину, не следует вводить ранее 6 месяцев. Овощи и каши, содержащие крахмал, относительно эффективно перевариваются и всасываются, поэтому рекомендуется с возрастом увеличивать их потребление [111].

Российские авторы в качестве первого прикорма рекомендуют назначать как овощное пюре, так и кашу в возрасте 4–6 месяцев. Через 3–4 недели необходимо ввести следующий прикорм. Каши из нескольких злаков в сочетании с фруктовыми наполнителями лучше вводить ближе к году [5, 23, 33, 56, 58, 65].

Введение творога российские авторы рекомендуют в возрасте 5,5–6 месяцев и желтка с 7–12 месяцев. При этом последние годы встает вопрос о целесообразности раннего назначения творога. В 7–8 месяцев вводят хлеб или печенье, которое обычно добавляют в творог и смешивают с фруктовым пюре [5, 23, 33, 56, 57].

Российские авторы рекомендуют вводить кефир и его аналоги не ранее 8 месяцев в объеме до 200 мл. Однако следует отдавать предпочтение кисло-молочным адаптированным смесям (АС). Педиатры в Швеции и Великобритании не рекомендуют давать цельное коровье молоко до 10–12 месяцев. Это связано с возникновением диapedезных кровотечений через кишечник, способствующих железодефицитной анемии, и избыточной белковой нагрузкой. Не рекомендуется использование молока с низким содержанием жира примерно до двух лет [23, 33, 44, 56, 60, 111].

Большинство авторов в настоящее время рекомендуют использовать прикормы промышленного производства, как более безопасные, качественные, экологически чистые и сбалансированные продукты. При отсутствии возможности покупать промышленные прикормы необходимо использовать свежеприготовленные прикормы домашнего приготовления достаточной энергетической и пищевой плотности [14, 27, 33, 39, 45, 49, 54, 55, 56, 57, 65, 167].

В прикорм не следует добавлять сахар и соль, поскольку это является пищевым стереотипом взрослого человека. Ребенок должен получать прикорм только из чашки или с ложки, при этом он может до 8–15 раз отказываться от новой пищи. Новая пища вводится постепенно, начиная с монокомпонентных блюд. С введением новых продуктов и блюд у ребенка формируется модель пищевого поведения, которая принята в семье [23, 24, 111].

Постепенный переход ребенка к домашней пище происходит за 1,5–2 года, когда материнское молоко полностью заменяется густой пищей. Это обеспечивает оптимальную метаболическую адаптацию ребенка. Сроки введения прикормов обусловлены функциональной зрелостью ЖКТ, угасанием рефлекса выталкивания, готовностью ребенка к жеванию и перемещению пищевого комка в полости рта, достаточно устойчивым вертикальным положением и наличием эмоционального отношения к пище [11, 18, 24, 56, 57, 128].

Реальные сроки введения прикормов отличаются от рекомендуемых, как в России, так и за рубежом, несмотря на многие исследования и рекомендации. В России до 4 месяцев вводят иную, чем ГМ, пищу в 3,3–60% случаев. Средний

срок введения овощей – 4,1–5,8 месяцев, каш – 4,1–5,6 месяцев, мяса – 7,6 месяцев. Допаивание используют 78,1% матерей в среднем с 1,9 месяцев. Более 50% матерей вводят творог до 4 месяцев, 60% коровье молоко и кисломолочные продукты ранее 4 месяцев (Васильева О.А., 2002). Ранее 5 месяцев вводят мясо и рыбу в 7,1 и 5,9% случаев соответственно. В Великобритании первый прикорм вводят 5–18% матерей в 2 месяца, 70–83% к 3 месяцам и 90% к 4 месяцам. В Шотландии медиана возраста введения прикорма составляет 11 недель, и до 4 месячного возраст 93% детей получают ДПП. При этом 82% вводят первыми каши, 5% фрукты и овощи. В исследованиях Carruth B.R. et al. (2000) и Heinig M.J. et al. (2006) в США сроки введения прикормов составили от 4 до 7 месяцев. По данным ВОЗ в среднем 51% детей в мире получают прикорм в возрасте с 6 до 9 месяцев. В странах Африки этот показатель составил от 60 до 69%, в странах Азии – от 44 до 45%, в Южной и Северной Америках – 45% и в странах Европы 45% [7, 8, 9, 39, 67, 78, 111, 168, 173].

Глава 2 Материалы и методы

2.1 Общая характеристика групп

В работе представлены результаты исследования, проведенного на кафедре педиатрии, неонатологии и клинической фармакологии Новокузнецкого Института Усовершенствования врачей (заведующий кафедрой, д.м.н., проф. Манеров Ф.К.).

Критериями включения в исследование являлись: согласие респондентов ответить на предложенную анкету; предконцепционный возраст для девочек-подростков; для женщин детородного возраста – беременность в 3 триместре, первые 2-3 дня после родов или наличие одного и более ребенка, вскармливаемых какое-то время ГМ. Из исследования исключались женщины, у которых ребенок не вскармливался ГМ по медицинским показаниям (тяжелые формы перинатальной энцефалопатии, врожденные пороки развития, нарушения обмена веществ).

В исследование включены 1724 анкеты респондентов, отвечающих критериям включения. Ретроспективное трансверзальное исследование проводилось в период с 2002 по 2007 года. Полученные данные прошли предварительную оценку для исключения из обработки ошибочных, заполненных посторонним человеком, неинформативных и не подлежащие технической обработке анкет.

Содержание анкет утверждено на методическом заседании Новокузнецкого ГИУВа. В анкеты были включены вопросы о паспортных данных респондентов, элементарных знаниях по ГВ, вопросы введения прикормов и ухода за ребенком, уточнялись источники информации по ГВ. Разработанная анкета включала в себя от 30 до 75 вопросов в зависимости от группы опрашиваемых и отвечала стандартным требованиям к данному виду методов исследования: время заполнения в пределах 15–30 минут, включала понятные большинству вопросы по данной тематике, сложность вопросов чередовалась, вопросы были

составлены с учетом заинтересованности респондента. Были включены открытые, закрытые, полужакрытые, прямые, косвенные и личные вопросы.

При составлении анкет использовались работы российских авторов и документы ВОЗ/ЮНИСЕФ (методические рекомендации по питанию детей раннего возраста, руководства для подготовки консультантов по ГВ, методическая литература для медицинского персонала, официальные бюллетени и резолюции) [10, 11, 14, 21, 24, 28, 31, 32, 45, 46, 47, 48, 49, 53, 59, 95, 96, 97, 111, 112, 128, 129, 166, 169].

Для каждой группы опрошенных анкета адаптировалась в зависимости от предполагаемого уровня знаний теоретических и практических вопросов по ГВ. Для девочек анкеты были адаптированы с учетом знаний только на уровне бытовой информированности в семье.

В заголовке анкеты приводились рекомендации по заполнению, особенностям ответов, информация о конфиденциальности. В случае затруднения ответов на вопросы предоставлялась возможность пропустить ответ. Из паспортных данных в анкету были включены дата заполнения, дата рождения респондента, адрес проживания. Для матерей дополнительно предложены вопросы о дате рождения ребенка, его поле, акушерский анамнез. Основная часть анкеты включала вопросы о ГВ и его поддержке, которые должны получать женщины в период беременности и после родов. Вопросы носили теоретический и практический характер. Для подростков этот раздел анкет представлял собой оценку уровня знаний, полученных из общения в семье или из средств массовой информации. Заключительные вопросы предлагались для анализа источников информации по питанию детей раннего возраста, вопросы о необходимости дополнительного информирования по ГВ.

Для поддержания интереса у респондентов и текущего контроля искренности ответов предлагались вопросы, которые косвенным образом позволяли повысить достоверность полученной информации. Часть вопросов дублировалась с той же целью.

Анкеты были представлены в бумажном и электронном варианте. Бумажный вариант анкет использовался для очного опроса подростков, беременных и матерей, который проводился в дошкольных учреждениях, школах, педагогическом училище, родильных домах № 1, 2, 3, 5, детской больнице № 4 г. Новокузнецка. Респонденты проживали в городах юга Кузбасса. В исследование включены 1327 человек. Из них в группу I вошли 444 матери (33,5%) с детьми в возрасте 6,2 (3,3; 8,0) лет ($6,0 \pm 3,3$ лет), в группу «Беременные» 432 женщины (32,6%) в третьем триместре беременности или в первые 2–3 суток после родов и в группу «Подростки» 451 девочка (33,9%) в возрасте 15,5 (14,7; 16,3) лет ($15,5 \pm 1,0$ лет).

Электронный вариант размещался в Интернете на сайте и рассылался электронной почтой по запросу респондентов, посещающих Интернет-форумы и эхо-конференции Фидонет, посвященные вопросам здоровья детей, где предварительно была размещена информация об опросе. Виртуальный опрос проводился среди 397 русскоговорящих женщин, проживающих в городах России, ближнем и дальнем зарубежье. Они вошли в группу II (группа сравнения).

Для оценки адекватности питания детей первого года использовались показатель длительности ГВ и возраст введения ДПП. Поскольку они в полной мере связаны со всеми остальными статистическими показателями (частотой ГВ по возрастам, своевременностью введения прикормов и долей ГВ по возрастам) и доступны для оценки, нами определены факторы, влияющие на них.

Методика расчета показателей частоты ИГВ и ГВ в соответствующих возрастных группах отличалась от рекомендуемой ВОЗ [127]. Это было связано с технической стороной ретроспективного исследования – показатели не могли оцениваться в течение последних суток перед опросом. Однако это позволило провести сравнительный анализ между группами.

2.2 Статистическая обработка данных

Работа представляет собой ретроспективное трансверзальное исследование. После отбора анкет, подлежащих анализу, полученные данные были вне-

сены в разработанные нами базы данных MS Access 2000–2003 (Microsoft© Corporation, 1992–2003). Техническая обработка и подготовка материала проводилась пакетом MS Office 2000–2003 (Microsoft© Corporation, 1992–2003). Статистическая обработка данных проводилась программой «STATISTICA 6.0–7.0» (StatSoft Inc., 1984–2004).

Большинство распределений количественных данных в исследовании отличались от нормального, что проверялось критерием Шапиро-Уилкса. Для описания этих данных использовались число объектов исследования (n), медиана (Me) и интерквартильный размах (Lower Quartile (LQ) = 25-й и Upper Quartile (UQ) = 75-й процентиля). Данные приведены в виде $Me (LQ; UQ)$. Дополнительно приводились показатели выборочного среднего значения (\bar{X}) и выборочного стандартного отклонения (s), так как число наблюдений в каждой группе было более 100, что допускает использование центральной предельной теоремы. Данные приведены в виде $\bar{X} \pm s$. Качественные данные описывались показателями абсолютной и относительной частоты и распространенностью признака. Сравнение количественных признаков в двух независимых группах с отличным от нормального распределением проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Качественные признаки в двух независимых группах сравнивались с помощью критерия χ^2 Пирсона для таблиц 2x2. Если абсолютные частоты в клетках таблице частот были меньше 10, использовалась поправка Йетса на непрерывность. При ожидаемых значениях частот равных или меньших 5 использовался двусторонний точный критерий Фишера. Сравнение количественных признаков в трех и более независимых группах с отличным от нормального распределением проводилось с помощью критерия Краскела-Уоллиса. При получении статистически значимых различий между ними проводилось попарное сравнение каждого показателя с помощью U-критерия Манна-Уитни с использованием поправки Бонферрони (p_0/n – где p_0 – исходно заданный уровень статистической значимости 0,05, n – количество парных сравнений). Цензурированные признаки оценивались и сравнивались функцией выживания с помощью процедуры Каплан-Майера. Определялась медиана време-

ни и квантили прекращения лактации. Сравнение двух выборок с цензурированными признаками проводилось с помощью критерия Вилкоксона–Гехана. Для оценки корреляции признаков использовался непараметрический корреляционный анализ Спирмена с указанием значения степени корреляции (r_s). Степень корреляционной связи оценивалась как слабая при значениях $r_s \leq 0,25$, умеренная при $0,25 < r_s < 0,75$ и сильная при $r_s \geq 0,75$ [52]. В корреляционном анализе исключались выбросы, которые определялись графически по диаграммам рассеивания. Расчет вероятности справедливости нулевой гипотезы при сравнении коэффициентов корреляции (r_s) проводился с помощью двустороннего теста. Рассчитывался уровень статистической значимости (α) для всех процедур статистического анализа и критическим был принят уровень 0,05. Значение вероятности справедливости нулевой гипотезы (P) было не менее 95%. Критический уровень χ^2 для таблиц 2x2 составлял 3,841 [13].

Глава 3 Собственные данные

3.1 Характеристика опрошенных

3.1.1 Характеристика группы I

Опрошено 444 женщины. Из них у 3,4% матерей дети первого года жизни. Возраст детей при опросе составил 6,2 (3,3; 8,0) года ($6,0 \pm 3,3$ лет). Мальчиков и девочек было 48,6 и 51,4% соответственно. При рождении ребенка возраст матерей составил 24,3 (21,4; 28,0) года ($25,2 \pm 5,1$ года) и отцов 26,9 (23,1; 30,9) лет ($27,5 \pm 5,5$ лет).

Высшее образование имели 43,3% женщин, среднее образование было у 55,1% и начальное у 1,6%. Среди отцов соответственно 41,1, 56,7 и 2,2%. Не уточнили в анкетах образование отца 28 и своё образование 3 женщины. Оба или один из родителей имели высшее образование в 55,8% семьях.

От первой беременности рождены 45,7% детей. Первым ребенком в семье были 64,8% детей. Родились в срок 89,3% детей, переносными 6,1% и недоношенными 4,6%. Не уточнили срок гестации 34 женщины.

Ребенок был желанным у 98,9% женщин и 97,7% были намерены кормить своего ребенка грудью. Указали, что кормили ребенка какое-то время грудью 98,2% женщин. Из 19 недоношенных детей 18 получали ГМ какое-то время.

До родов обучались правилам кормления ребенка 39,9% женщин. Из них у медицинских работников – 63,8%, у своих родителей – 14,1%, самостоятельно – 8,5%, с помощью литературы – 2,3% и посещали курсы 5,1%. Не уточнили характер обучения 6,2% матерей.

Большинство матерей знали о положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка (87,3%), пользе молозива (79,8%), отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию (77,1%). Знали, что коровье молоко отличается от женского, 95,5% матерей, но об отрицательном влиянии коровьего молока для грудного ребенка знали только 50,8% матерей. Считали допустимыми в рационе младенца кефир 88,5% женщин. Знали, что докорм отличается от прикорма, 67,7% матерей.

Ответили, что нужно ребенка приложить к груди сразу или в течение первого часа после родов, 88,5% женщин. Остальные 11,5% матерей считали необходимым приложить первый раз ребенка к груди в период от 2 до 48 часов. Собственный ребенок был приложен к груди сразу или в течение первого часа после родов только у 37,7% матерей.

Теоретически положительно относились к свободному вскармливанию с частотой кормления не реже 8–10 раз в сутки 52,6% матерей. Кормили таким образом своего ребенка 54,1% матерей ($\chi^2=0,15$, $P=0,701$ по сравнению с теорией). Отрицательно относились к свободному вскармливанию 15,3% матерей.

Считали, что знают, как стимулировать лактацию, 87,2% женщин и необходимым условием этого 83,0% называли сцеживание. Регулярно сцеживались 74,1% женщин. Для увеличения лактации пили много жидкости сразу после родов 64,0% женщин, не делали этого 22,2%, не придавали этому особого значения 12,2% и затруднились ответить 1,6%.

На первом году жизни ребенка отмечали уменьшение ГМ 52,4% матерей, из которых 196 считали, что их ребенок из-за этого голодает в возрасте 2,0 (1,0; 3,0) месяцев ($2,5 \pm 1,7$ месяца). Среди них в качестве одного продукта докорма или в сочетании с другими 34,5% матерей использовали молочные АС и 34,0% кефир. Проводили стимуляцию лактации только 13,3% матерей. Перевели на ИВ при дефиците ГМ на фоне докорма 19,6% женщин, из которых только 8 назвали динамику массы тела, как объективный признак гипогалактии, и никто не назвал частоту мочеиспусканий. Среди всех женщин эти объективные признаки гипогалактии назвали только 12,3 и 0,9% женщин соответственно. Причем, ни одна не назвала эти два признака вместе. Также женщины указали еще 32 вероятных или недостоверных признака гипогалактии. Наиболее часто упоминались плач (56,0%), различные нарушения сна (17,4%) и беспокойство (15,8%). Остальные признаки указывались с частотой менее 5,1%.

Среди всех матерей группы I достаточную частоту мочеиспусканий у ребенка (не реже 6–8 раз в день) указали 60,3% матерей. Среднемесячные прибавки в массе тела ребенка женщины указали либо в виде среднего значения –

600,0 (500,0; 900,0) г ($636,2 \pm 281,7$ г), либо в ежемесячных минимальных – 500,0 (300; 600) г ($492,0 \pm 233,4$ г) или максимальных – 800,0 (500,0; 1000,0) г ($745,0 \pm 317,3$ г) прибавках.

Теоретически допустимой длительностью ИГВ женщины считают возраст 6,0 (4,0; 7,0) месяцев ($6,2 \pm 3,4$ месяца). Но говорить о значимой частоте ИГВ в группе I фактически сложно, поскольку не допаивали своего ребенка в период лактации только 33 (7,5%) матери, и длительность ИГВ среди них составила 4,0 (3,0; 6,0) месяца ($4,2 \pm 2,6$ месяца) и ГВ 12,0 (6,0; 22,0) месяцев ($13,6 \pm 9,8$ месяца). Возможный возраст отлучения ребенка от груди 12,0 (12,0; 12,0) месяцев ($13,2 \pm 5,9$ месяца) назвали 58,6% матерей. Фактическая длительность ГВ у 63,5% ответивших матерей составила 6,0 (3,0; 14,0) месяцев ($9,3 \pm 8,0$ месяца). В оптимальном возрасте 6–9 месяцев ввели прикормы своим детям только 10,3% матерей. Частота ГВ у детей в группе I была 98,6% в 1 месяц с уменьшением до 57,8% к 6 месячному возрасту. Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев составила 23,4%, в возрасте 6–12 месяцев 57,8% (таблица 1).

Таблица 1 Показатели ГВ в группе I

Показатель	Результат
ГВ было какое-либо время	98,2%
Длительность ИГВ	$4,2 \pm 2,6$ месяца
Длительность ГВ	$9,3 \pm 8,0$ месяца
Медиана длительности ИГВ	4,0 (3,0; 6,0) месяца
Медиана длительности ГВ	6,0 (3,0; 14,0) месяцев
Частота ИГВ в 1 месяц	6,6%
Частота ИГВ в 2 месяца	6,2%
Частота ИГВ в 3 месяца	5,7%
Частота ИГВ в 4 месяца	4,3%
Частота ИГВ в 5 месяцев	3,4%
Частота ИГВ в 6 месяцев	2,5%
Частота ГВ в 1 месяц	98,6%
Частота ГВ в 2 месяца	89,0%

Продолжение таблицы 1

Показатель	Результат
Частота ГВ в 3 месяца	81,2%
Частота ГВ в 4 месяца	67,7%
Частота ГВ в 5 месяцев	61,7%
Частота ГВ в 6 месяцев	57,8%
Частота продолжающегося ГВ в 1 год	35,1%
Частота продолжающегося ГВ в 2 года	8,5%
Введение прикормов в 6–9 месяцев	10,3%
Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев	23,4%
Доля детей на ГВ в возрасте 6–12 месяцев	57,8%

Чаще всего прекращение ГВ отмечалось в первые 3 месяца, в 6, 12, 18 и 24 месяца (рисунок 1). Медиана времени прекращения лактации составила 6,0 (3,0; 14,0) месяцев.

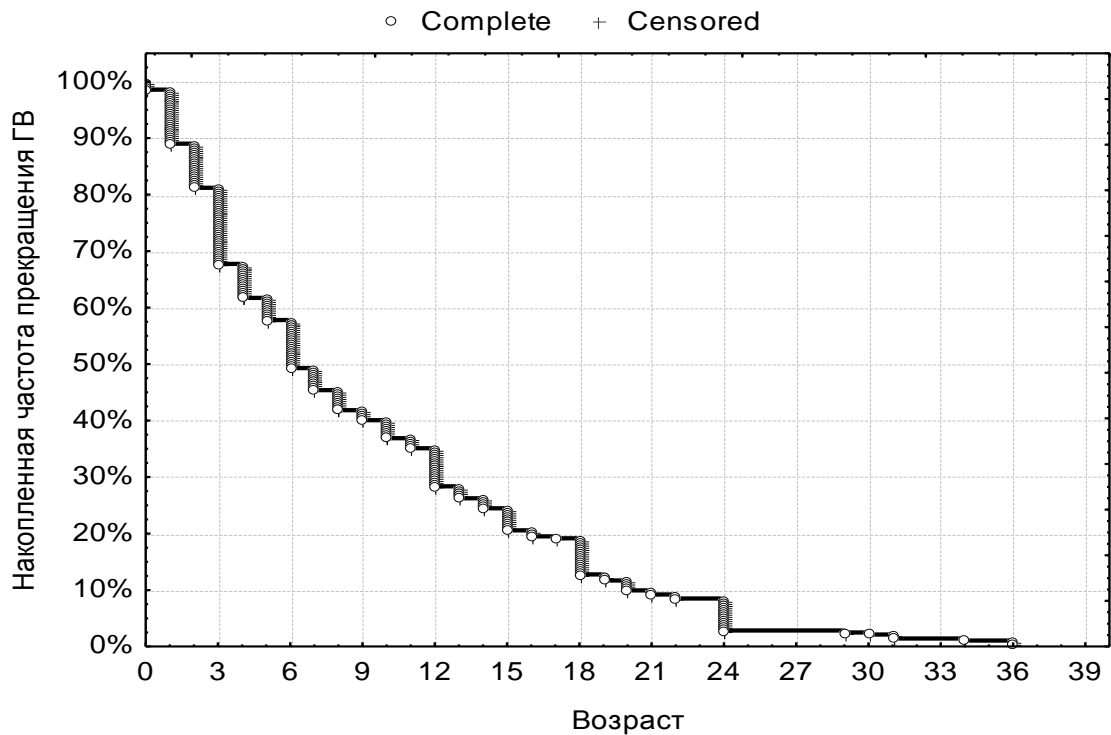


Рисунок 1 Динамика прекращения лактации среди матерей группы I

Сроки введения различных ДПП указали от 159 до 416 ответивших женщин. До 6 месяцев ввели прикормы 89,1% матерей. В оптимальном возрасте 6–9 месяцев ввели прикормы своим детям 10,3% женщин. Возраст введения ДПП составил 3,0 (1,0; 4,0) месяца ($2,8 \pm 1,9$ месяца). Прикорм вводился в возрасте 3,0 (2,0; 5,0) месяцев ($3,7 \pm 2,0$ месяца) и первыми были соки и фрукты. С возраста 3,0 (1,0; 4,0) месяца ($2,9 \pm 2,2$ месяца) АС в качестве докорма или в качестве основного питания использовали 49,8% опрошенных (таблица 2).

Таблица 2 Сроки введения ДПП в группе I

Продукты прикорма	Число ответивших		Возраст введения		LQ; UQ месяцев
	n	%	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me, месяцев	
Соки и/или фрукты	416	93,7%	$3,7 \pm 2,0$	3,0	2,0; 5,0
Каши	397	89,4%	$5,0 \pm 1,9$	5,0	4,0; 6,0
Овощи	376	84,7%	$5,0 \pm 1,9$	5,0	4,0; 6,0
Мясо	357	80,4%	$6,9 \pm 1,9$	7,0	6,0; 8,0
Желток	308	69,4%	$5,6 \pm 2,3$	6,0	4,0; 6,0
Творог	332	74,8%	$5,7 \pm 2,3$	6,0	4,0; 6,0
Кефир	316	71,2%	$4,5 \pm 2,6$	4,0	3,0; 6,0
Коровье молоко	159	35,8%	$5,7 \pm 2,9$	6,0	3,0; 8,0
АС	221	49,8%	$2,9 \pm 2,2$	3,0	1,0; 4,0
Иная, чем ГМ, пища	439	98,9%	$2,8 \pm 1,9$	3,0	1,0; 4,0

В первом полугодии жизни 89,1% детей получали ДПП, из которой наиболее часто использовались АС (84,2%) и соки и фрукты (78,6%). Причем большинство детей получили эти продукты еще до 4 месяцев (67,9 и 53,1% соответственно). Большая часть детей (77,6%) получила своевременно в 6–9 месяцев только мясо (таблица 3).

Таблица 3 Частота введения ДПП на первом году жизни в группе I

Продукты прикорма	До 4 мес., %	До 6 мес., %	В 6–9 мес., %	После 9 мес., %
Соки и/или фрукты	53,1	78,6	19,5	1,9
Каши	17,4	62,7	34,5	2,8
Овощи	18,4	62,0	34,3	3,7
Мясо	2,5	14,3	77,6	8,1
Желток	18,5	45,8	47,1	7,1
Творог	15,7	46,1	47,0	6,9
Кефир	41,5	63,9	29,7	6,3
Коровье молоко	25,8	46,5	41,5	11,9
АС	67,9	84,2	14,5	1,4
Иная, чем ГМ, пища	70,6	89,1	10,3	0,7

Оптимальным для питания грудного ребенка женщины назвали от 1 до 5 продуктов. Считают оптимальным в питании младенца ГМ 86,7% матерей, АС – 14,2%, кефир – 15,5% и коровье молоко – 4,5%.

Медицинские работники, как источники информации по кормлению ребенка, указаны в 66,4%, родственники – в 49,5%, друзья и знакомые в – 8,8%, Интернет – в 4,3% и литература – в 59,2% ответов. Самостоятельно изучали этот вопрос 11,3% матерей и другие варианты отметили 7,7% женщин.

По вопросам питания ребенка придерживались рекомендаций медицинских работников 71,4% матерей, советов своих родственников – 51,8%, рекомендаций из литературы – 43,2%, мнения друзей и знакомых – 8,3%. Пользовались собственными знаниями 15,5% матерей. Другие источники отметили 7,4% матерей. В целом доверяют в вопросах питания своим родственникам 44,1% матерей, медицинским работникам – 62,2%, друзьям и знакомым – 5,4%, и литературе – 40,5% матерей. Считают, что нужно больше информации по кормлению грудных детей 78,0% матерей. Из них 308 уточнили, от кого должна исходить эта информация. Большинство ждут информации по ГВ от медицинских

работников (82,8%), из средств массовой информации и литературы – 14,9% и специалистов по ГВ – 11,4%.

3.1.2 Характеристика группы II

Всего опрошено 397 женщин. Из них у 16,4% матерей дети первого года жизни. Возраст детей при опросе составил 1,6 (1,1; 2,8) года ($2,3 \pm 2,1$ года). Мальчиков было 50,1%, девочек – 49,9%. На момент рождения ребенка возраст матерей составил 26,0 (24,0; 28,5) лет ($26,5 \pm 3,7$ лет) и возраст отцов 27,5 (25,2; 31,9) лет ($28,9 \pm 5,6$ лет).

Высшее образование было у 90,9% женщин, среднее образование – у 8,6% и начальное – у 0,5% матерей. Среди отцов соответственно 84,7, 14,8 и 0,5%. Не уточнили в анкетах образование отца 4 и своё образование 2 женщины. Оба или один из родителей имели высшее образование в 96,2% семей.

От первой беременности рождены 62,9% детей. Первым ребенком в семье были 81,2% детей. Рождены в срок 78,2% детей. Родились переношенными 17,3% и недоношенными – 4,6% детей. Не уточнили срок гестации ребенка 3 женщины.

Ребенок был желанным у 97,7% женщин и 98,2% были намерены кормить своего ребенка грудью. Указали, что кормили какое-то время грудью, 97,5% женщин. Все 18 недоношенных вскармливались ГМ.

До родов обучались правилам кормления ребенка 33,5% женщин. Из них большинство (55,6%) обучались на различных курсах, у медицинских работников – 15,8%, через Интернет – 6,8%, у консультантов по ГВ – 6,0% и своих родителей – 3,8%. Другие варианты ответов предложили от 1,5% до 4,5% матерей.

О положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка знали 89,3% матерей, пользе молозива – 99,0%, отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на ГВ – 95,7%. Знали, что коровье молоко отличается от женского, 99,0% матерей. Об отрицательном его влиянии для грудного ребенка были информированы 84,5% матерей. Считали допустимыми в рационе младенца кефир только 27,5% женщин. Знали, что докорм отличается от прикорма 94,1% матерей.

Ответили, что нужно ребенка приложить к груди сразу или в течение первого часа после родов, 96,9% женщин. Собственный ребенок был приложен к груди сразу или в течение первого часа после родов у 60,7% матерей.

Теоретически положительно относились к свободному вскармливанию с частотой кормления не реже 8–10 раз в сутки 87,6% матерей. Кормили таким образом своего ребенка 93,7% матерей ($\chi^2=7,04$, $P=0,008$ по сравнению с теорией). Отрицательно относились к свободному вскармливанию только 11 матерей.

Считали, что знают, как стимулировать лактацию, 91,4% женщин и необходимым условием этого назвали сцеживание 19,8%. Регулярно сцеживались 15,8% женщин. Для увеличения лактации пили много жидкости сразу после родов 35,8% женщин, столько же не делали этого, 18,5% не придавали этому особого значения и 9,9% затруднились ответить.

На первом году жизни ребенка отмечали уменьшение ГМ 45,6% матерей, из которых 162 считали, что их ребенок из-за этого голодает в возрасте 2,0 (1,0; 3,0) месяцев ($2,4 \pm 1,8$ месяца). Среди них 26,7% матерей в качестве одного продукта докорма или в сочетании с другими использовали молочные АС и 2,5% кефир. Проводили стимуляцию лактации 49,6% матерей. Перевели на ИВ при дефиците ГМ на фоне докорма 2,5% женщин, из которых по одной назвала динамику массы тела и частоту мочеиспусканий, как объективные признаки гипогалактии. Среди всех женщин эти объективные признаки гипогалактии назвали 46,7 и 42,8% женщин соответственно. Два объективных признака вместе отметили 24,6% матерей. Также женщины указали 40 вероятных или недостоверных признаков гипогалактии. Наиболее часто упоминались: плач (26,3%), беспокойство (15,2%), частое сосание (10,1%) и различные нарушения сна (10,4%). Остальные встречались с частотой менее 8,0%.

Среди всех женщин группы II указали достаточную частоту мочеиспусканий у ребенка (не реже 6–8 раз в сутки) 93,9% матерей. Ежемесячные прибавки в массе тела ребенка женщины указали либо в виде среднего значения – 500,0 (500,0; 700,0) г ($593,1 \pm 192,8$ г), либо в ежемесячных минимальных – 500,0

(100,0; 1000,0) г ($469,6 \pm 158,0$ г) и максимальных – 800,0 (200,0; 2000,0) г ($807 \pm 283,3$ г) прибавках.

Теоретически допустимой длительностью ИГВ женщины считали возраст 6,0 (6,0; 6,0) месяцев ($6,5 \pm 2,1$ месяцев). При этом сами указали, что кормили исключительно ГМ своих детей 5,0 (4,0; 6,0) месяцев ($4,9 \pm 2,1$ месяца). Не допаивали своего ребенка водой 61,8% матерей. Среди них длительность ИГВ составила 6,0 (4,0; 6,0) месяцев ($5,1 \pm 1,9$ месяца) и ГВ 15,0 (10,0; 22,0) месяцев ($17,0 \pm 10,5$ месяцев). Примерный срок возможного отлучения от груди 12,0 (12,0; 18,0) месяцев ($15,6 \pm 6,8$ месяца) назвали 60,2% женщин. Длительность ГВ в группе II составила 13,0 (7,0; 19,0) месяцев ($14,6 \pm 10,2$ месяца). В оптимальном возрасте 6–9 месяцев ввели прикормы своим детям 42,0% матерей. Частота ГВ у детей была 98,9% в 1 месяц с уменьшением до 84,0% к 6 месячному возрасту. Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев 9,6%, в возрасте 6–12 месяцев 84,0% (таблица 4).

Таблица 4 Показатели ГВ в группе II

Показатель	Результат
ГВ было какое-либо время	97,5%
Длительность ИГВ	$5,1 \pm 1,9$ месяца
Длительность ГВ	$14,6 \pm 10,2$ месяца
Медиана длительности ИГВ	6,0 (4,0; 6,0) месяцев
Медиана длительности ГВ	13,0 (7,0; 19,0) месяцев
Частота ИГВ в 1 месяц	58,5%
Частота ИГВ в 2 месяца	56,2%
Частота ИГВ в 3 месяца	55,4%
Частота ИГВ в 4 месяца	51,9%
Частота ИГВ в 5 месяцев	44,8%
Частота ИГВ в 6 месяцев	33,9%
Частота ГВ в 1 месяц	98,9%
Частота ГВ в 2 месяца	95,5%
Частота ГВ в 3 месяца	93,5%

Продолжение таблицы 4

Показатель	Результат
Частота ГВ в 4 месяца	89,0%
Частота ГВ в 5 месяцев	87,1%
Частота ГВ в 6 месяцев	84,0%
Частота продолжающегося ГВ в 1 год	61,5%
Частота продолжающегося ГВ в 2 года	17,7%
Введение прикормов в 6–9 месяцев	42,0%
Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев	9,6%
Доля детей на ГВ в возрасте 6–12 месяцев	84,0%

Чаще всего прекращение ГВ отмечалось в 3, 6, 12, 15 и 24 месяца (рисунок 2). Медиана времени прекращения лактации составила 17,0 (10,0; 26,0) месяцев.

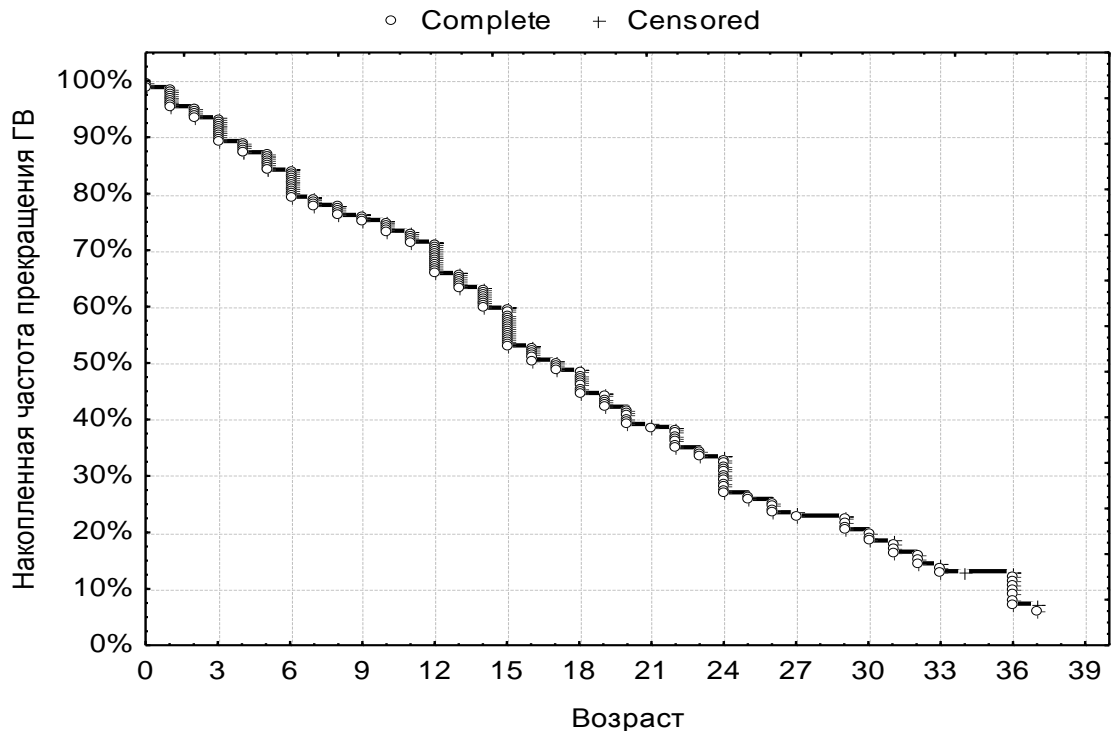


Рисунок 2 Динамика прекращения лактации среди матерей группы II

Сроки введения различных ДПП указали от 79 до 381 ответивших женщин. До 6 месяцев ввели прикормы 57,2% матерей. В оптимальном возрасте 6–

9 месяцев ввели прикормы своим детям 42,0% женщин. Возраст введения ДПП составил 5,0 (3,0; 6,0) месяцев ($4,5 \pm 2,2$ месяца). Прикорм вводился в возрасте 6,0 (4,0; 7,0) месяцев ($5,7 \pm 2,1$ месяцев) и первыми были соки и фрукты. АС в качестве докорма или в качестве основного питания использовали 36,3% опрошенных (таблица 5) с возраста 3,0 (1,0; 5,0) месяца ($3,3 \pm 3,1$ месяцев).

Таблица 5 Сроки введения ДПП в группе II

Продукты прикорма	Число ответивших		Возраст введения		LQ; UQ месяцев
	n	%	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me, месяцев	
Соки и/или фрукты	378	95,2%	$5,7 \pm 2,1$	6,0	4,0; 7,0
Каши	377	95,0%	$6,4 \pm 1,5$	6,0	6,0; 7,0
Овощи	381	96,0%	$6,1 \pm 1,3$	6,0	5,0; 7,0
Мясо	346	87,2%	$8,4 \pm 1,6$	8,0	7,0; 9,0
Желток	282	71,0%	$8,6 \pm 2,3$	8,0	7,0; 10,0
Творог	309	77,8%	$8,1 \pm 2,1$	8,0	6,0; 10,0
Кефир	253	63,7%	$8,4 \pm 2,6$	8,0	6,0; 11,0
Коровье молоко	79	19,9%	$8,8 \pm 2,4$	9,0	7,0; 11,0
АС	144	36,3%	$3,3 \pm 3,1$	3,0	1,0; 5,0
Иная, чем ГМ, пища	395	99,5%	$4,5 \pm 2,1$	5,0	3,0; 6,0

В первом полугодии жизни 57,2% детей получали ДПП, из которой наиболее часто использовались АС (76,4%) и соки и фрукты (42,9%). Из этих детей АС 60,4% получили в первые 1–4 месяца в качестве докорма, в то время как 31,0% соки и фрукты в период с 4 до 6 месяцев. Большинство детей своевременно в возрасте 6–9 месяцев получили основные продукты прикорма: каши – 73,2%, овощи – 70,9% и мясо – 76,0%. Коровье молоко и кефир (таблица 6) половина матерей ввели в возрасте 6–9 месяцев и более трети после 9 месяцев.

Таблица 6 Частота введения ДПП на первом году жизни в группе II

Продукты прикорма	До 4 мес., %	До 6 мес., %	В 6–9 мес., %	После 9 мес., %
Соки и/или фрукты	11,9	42,9	52,6	4,5
Каша	0,8	23,1	73,2	3,7
Овощи	1,3	27,8	70,9	1,3
Мясо	0	1,2	76,0	22,8
Желток	1,4	8,2	57,8	34,0
Творог	0,6	7,4	66,0	26,5
Кефир	2,4	11,9	50,6	37,5
Коровье молоко	1,3	6,3	49,4	44,3
АС	60,4	76,4	17,4	6,3
Иная, чем ГМ, пища	28,6	57,2	42,0	0,8

В качестве оптимального питания для грудного ребенка матери назвали от 1 до 5 различных продуктов. Считают оптимальным в питании младенца ГМ 90,2% матерей, АС – 17,9%, кефир – 3,3%, коровье молоко – 0,8% и другие продукты – 3,0% матерей.

Как источники информации по кормлению ребенка медицинские работники отмечены в 47,1%, родственники матерей – в 23,9%, друзья и знакомые – в 29,7% случаях, литература – в 82,6%, Интернет – в 37,5%. Самостоятельно изучали этот вопрос 17,4% матерей. Другие варианты отметили 24,2% женщин.

По вопросам питания ребенка прислушивались к советам своих родственников 28,5% женщин, медицинских работников – 52,9%, к рекомендациям из литературы – 71,0%, к друзьям и знакомым – 30,0%. Прислушивались только к себе 26,7%. Другие источники отметили 43,6%. В вопросах питания доверяли литературе и медицинским работникам 68,8 и 41,8% женщин соответственно, друзьям и знакомым – 22,2%, своим родственникам – 19,4% и надеялись только на собственные знания 15,6%.

Считают, что нужно больше информации по кормлению грудных детей 91,3% матерей. Из них 346 уточнили, от кого должна исходить эта информация.

От медицинских работников ждут информации о ГВ 71,4% матерей. От специалистов по ГВ и информированных людей 20,2%, из средств массовой информации и литературы – 13,9%.

3.1.3 Характеристика группы «Беременные»

Всего были опрошены 432 женщины. Первая беременность была у 45,8% женщин, вторая беременность – у 25,8%, третья и более беременность – у 28,4% опрошенных. Возраст беременных на момент опроса составил 24,7 (21,5; 28,8) лет ($25,3 \pm 5,3$ года), а возраст отцов – 26,8 (23,7; 31,7) лет ($28,2 \pm 6,0$ лет). Большинство опрошенных беременных (65,7%) имели среднее образование. Высшее образование было у 31,0% женщин и только начальное у 3,2%. Среди мужей соответственно 68,4, 28,2 и 3,4%. В 42,4% семей один или оба родителя были с высшим образованием.

Ребенок был желанным у 97,9% женщин. Желание кормить грудью имели 98,4% и планировали кормить своего ребенка грудью 99,3% беременных. У 31,5% опрошенных женщин были еще дети. Обучали правилам кормления ребенка 41,7% беременных. Из них 44,4% обучались у медицинских работников, у своих родителей и родственников – 14,4%, посещали различные курсы – 9,4%, самостоятельно обучались – 8,9% женщин. Существенно реже упоминались инструкторы по ГВ, литература и знакомые – в 1,7, 1,7 и 1,1% соответственно. Обучались, но не уточнили где, 18,3% матерей.

Большинство беременных знали о положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка (84,9%), пользе молозива (84,1%), отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию (67,6%). Знали, что коровье молоко отличается от женского, 94,3% беременных. Об отрицательном влиянии коровьего молока для грудного ребенка знали меньше половины (47,5%) женщин. Считали, что знают, как стимулировать лактацию, 64,7% женщин. Планировали приложить своего ребенка сразу или в течение первого часа после родов 75,9% женщин. Положительно относились к свободному вскармливанию 53,0% и планировали кормить своего ребенка по требованию (не реже 8–10 раз в сутки)

65,6% беременных. В тоже время 92,0% женщин считали необходимым сцеживания, 90,1% планировали регулярно сцеживаться и 64,2% считали необходимой обильную гидратацию после родов для повышения лактации.

Опрошенные указали теоретическую возможную длительность ИГВ 4,0 (3,0; 6,0) месяца ($5,1 \pm 2,8$ месяцев). Своего ребенка планировали кормить исключительно грудью в течение 5,0 (3,0; 6,0) месяцев ($5,5 \pm 3,3$ месяцев), что не отличалось от теоретической длительности ($P=0,426$). Вводить ДПП беременные предполагали в 4,0 (3,0; 6,0) месяца ($4,6 \pm 2,0$ месяцев), что статистически меньше планируемой длительности ИГВ ($P=0,034$). Возможный возраст отлучения от груди женщины назвали 12,0 (12,0; 12,0) месяцев ($11,9 \pm 5,0$ месяцев).

Опрошенные женщины назвали различные признаки гипогалактии. Наиболее часто называли недостоверные и вероятные признаки дефицита молока. Чаще всего были отмечены плач ребенка, нарушение сна и беспокойство соответственно в 51,2, 17,1 и 12,7% ответов. Кроме этого опрошенные назвали еще 47 различных недостоверных и вероятных признаков, которые встретились в 0,3–6,3% ответов. Оценку лактации по динамике массы тела ребенка назвали 33,1% и редкие мочеиспускания 3,0% женщин. Одновременно 2 объективных признака указали только 3 женщины, при этом они не знали нормальных значений нарастания массы тела у ребенка. Достаточную частоту мочеиспусканий у ребенка (не реже 6–8 раз в сутки) указали 60,0% всех опрошенных женщин. Среднемесячные прибавки в массе тела ребенка женщины указали либо в виде среднего значения – 600,0 (500,0; 1000,0) г ($636,0 \pm 259,6$ г), либо в ежемесячных минимальных – 500 (300,0; 600,0) г ($497,3 \pm 175,9$ г) и максимальных – 700,0 (500,0; 800,0) г ($701,4 \pm 245,8$ г) прибавках.

При недостатке молока предполагали докармливать своего ребенка смесью 55,8% и перевести на ИВ 18,3% беременных. Предполагали ввести в качестве докорма кефир 19,4% и отметили другие способы 5,3% опрошенных. Только 13,4% женщин при недостатке молока будут проводить стимуляцию лактации.

Введение ДПП опрошенные планировали в возрасте 4,0 (3,0; 6,0) месяцев (4,6±2,0 месяца). Наиболее рано, в возрасте 3,0 (2,0; 5,0) месяцев (3,7±2,4 месяца), беременные предполагали вводить кефир. В возрасте 4,0 (3,0; 6,0) месяцев (4,5±2,2 месяца) считали возможным введение соков и фруктов. Введение кашевого и овощного прикормов беременные предполагали соответственно в 5,0 (3,0; 6,0) месяцев (4,8±1,8 месяца) и 5,0 (4,0; 6,0) месяцев (5,4±2,2 месяца). Возраст введения других продуктов составил в среднем от 6,0 до 7,0 месяцев (таблица 7).

Таблица 7 Предполагаемые сроки введения ДПП среди беременных

Продукты прикорма	Число ответивших		Возраст введения		LQ; UQ месяцев
	n	%	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me, месяцев	
Соки и/или фрукты	354	81,9%	4,5±2,2	4,0	3,0; 6,0
Каша	307	71,1%	4,8±1,8	5,0	3,0; 6,0
Овощи	287	66,4%	5,4±2,2	5,0	4,0; 6,0
Мясо	276	63,9%	7,1±2,3	7,0	6,0; 8,0
Желток	228	52,8%	5,6±2,2	6,0	4,0; 6,0
Творог	243	56,3%	5,7±2,2	6,0	4,0; 6,0
Кефир	245	56,7%	3,7±2,4	3,0	2,0; 5,0
Коровье молоко	194	44,9%	6,8±4,1	6,0	3,0; 12,0
Иная, чем ГМ, пища	341	78,9%	4,6±2,0	4,0	3,0; 6,0

Большинство женщин (91,7%) оптимальным питанием для грудного ребенка назвали ГМ. Наряду с ГМ в качестве оптимального питания опрошенные отметили в 7,6% случаев АС, в 10,5% – кефир и коровье молоко – 2,5%. Другие продукты указаны в 0,9% ответов.

Медицинские работники, как источники информации по кормлению ребенка, отмечены в 62,0% ответов, родственники беременных – в 53,2%, друзья и знакомые – в 12,5%, литература – в 25,9%, Интернет – в 3,0%. Самостоятельно изучали этот вопрос 7,2% матерей и другие варианты отметили 6,0% женщин.

По вопросам питания ребенка беременные прислушивались к советам медицинских работников в 62,0% и родственников в 53,2% случаев. Следовали рекомендациям литературы 25,9% женщин, знакомых и друзей – 12,5% и изучали самостоятельно – 7,2%. К другим рекомендациям беременные прислушивались в 5,8% случаев. Наибольшим доверием в вопросах ГВ пользовались медицинские работники (57,6%) и родственники (45,8%). Другим источникам информации доверяли менее 10% ответивших женщин. Необходимость дополнительной информации о росте, развитии и питании грудных детей отметили 84,3% беременных. При этом 60,4% ожидали этой информации от медицинских работников, 11,8% – от специалистов по ГВ или «опытных людей» и 12,3% – из литературы. Другие источники информации предлагали использовать менее чем в 5,0% ответов.

3.1.4 Характеристика группы «Подростки»

Нами был проведен опрос 451 девочки-подростка 9–11 классов и учащихся педагогического училища как будущих матерей. Возраст опрошенных составил 15,5 (14,7; 16,3) лет ($15,5 \pm 1,0$ лет). У 33,3% есть младшие братья и/или сестры.

Опрошенные девочки использовали различные источники информации по питанию детей первого года жизни. В качестве источника информации медицинские работники по объективным причинам были отмечены в 4,7% ответов. Родственники девочек указаны в 58,5% ответах, причем в 43,9% случаев это была мать опрошенных. Литература являлась источником информации в 20,6%, друзья и знакомые – в 11,8%, Интернет – в 2,4%. «Другие источники» информации по ГВ отметили 26,2% опрошенных.

Знали, как их самих кормили до 1 года, 60,5% девочек. При этом только 25,9% родителей рассказывали об этом. Утверждали, что обладают какими-либо знаниями по кормлению грудных детей, и слышали о правилах ГВ 77,4% и 51,7% опрошенных соответственно. Приложить к груди ребенка сразу или в течение первого часа после рождения из 209 ответивших девочек-подростков

считали необходимым 61,7%. ГМ как оптимальное для младенца и самое дешевое питание выбрали соответственно 92,2 и 80,5% ответивших. В тоже время АС, жидкие кисломолочные продукты и коровье молоко отметили в качестве оптимального питания всего 4,9, 0,9 и 2,0% соответственно. Знали о влиянии ГВ на здоровье ребенка 76,5% человек. Однако только 37,3% считали, что ГВ полезно для женщины. Об отличии ГМ от коровьего молока и смесей знали 91,1% девочек. При этом о вреде коровьего молока для младенца были информированы только 31,9%. Об отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию знали 26,4% опрошенных. Знали, что такое молозиво, 18,4%. О влиянии питания женщины до беременности на рост и развитие ребенка знали 85,1% девочек. Считали, что питание матери влияет на состав ГМ, 88,2% ответивших. О психологической связи матери и ребенка знали 95,1% девочек. Среди материнских факторов, влияющих на ребенка, были отмечены голос (69,6%), тепло (57,2%), прикосновение (47,7%), запах (36,1%) и взгляд (26,2%).

Девочки считали, что ребенка кормить грудью необходимо в течение 12,0 (10,0; 12,0) месяцев (12,1±6,1 месяцев). Кормить ребенка исключительно ГМ теоретически возможно в течение 7,0 (5,0; 12,0) месяцев (8,0±3,8 месяцев). Вводить прикормы подростки считали необходимым в возрасте 6,0 (4,0; 12,0) месяцев (7,3±3,7 месяцев), что статистически не отличалось от предполагаемой длительности ИГВ ($P=0,06$).

Оптимальный возраст матери для рождения ребенка девочки считали 20 (20,0; 22,0) лет (20,9±2,1 лет). Планируют кормить своего ребенка в будущем 76,1% опрошенных. Считали, что будущих матерей необходимо обучать правилам кормления детей, 79,6% ответивших, и 64,7% были согласны, что информировать о ГВ необходимо уже в старших классах.

3.2 Базовые знания респондентов по ГВ

3.2.1 Сравнение результатов в группах матерей

В группе I 80,0% детей рождены в период с 1994 по 2003 год, в группе II в период с 2001 по 2006 год. Соотношение мальчиков/девочек в обеих группах не отличалось (48,6%/51,4% в группе I и 50,1%/49,9% в группе II, $\chi^2=0,18$, $P=0,669$). В группе I реже встречались дети от первой беременности 45,7% против 62,9% в группе II ($\chi^2=24,49$, $P<0,001$) и от первых родов 64,8% детей против 81,2% соответственно ($\chi^2=28,22$, $P<0,001$). Число недоношенных детей не различалось в группах (4,6 и 4,6% в группе I и II, $\chi^2=0,02$, $P=0,901$).

На момент рождения ребенка родители группы I были моложе родителей группы II (матери 24,3 (21,4; 28,0) и 26,0 (24,0; 28,5) лет, $P<0,001$; отцы 26,9 (23,1; 30,9) и 27,5 (25,2; 31,9) лет соответственно, $P<0,001$). В группе I уровень образования был ниже, чем в группе II, как среди матерей (высшее образование имели 43,3 и 90,9% соответственно, $\chi^2=147,23$, $P<0,001$), так и среди отцов (высшее образование имели 41,1 и 84,7% соответственно, $\chi^2=163,76$, $P<0,001$). В целом в группе I реже, чем в группе II, встречались семьи, где хотя бы один из родителей имел высшее образование (55,8 и 96,2% соответственно, $\chi^2=179,31$, $P<0,001$).

Желанным ребенок был в обеих группах с одинаковой частотой (98,9% в группе I и 97,7% в группе II, $\chi^2=1,00$, $P=0,317$). У большинства матерей в группе I и группе II было желание кормить ребенка грудью (97,7 и 98,2% соответственно, $\chi^2=0,07$, $P=0,786$) и большая часть кормила своего ребенка какое-то время грудью (97,7 и 98,2% соответственно, $\chi^2=0,21$, $P=0,646$).

Доля обученных до родов основам ГВ в обеих группах не различалась (39,9% в группе I и 33,5% в группе II, $\chi^2=3,65$, $P=0,056$). В группе I в отличие от группы II женщины чаще обучались у медицинских работников (63,8 и 15,8% соответственно, $\chi^2=69,50$, $P<0,001$) и у родителей (14,1 и 3,8% соответственно, $\chi^2=8,19$, $P=0,002$). Различные курсы в группе I женщины посещали значительно реже, чем в группе II (5,1 и 55,6% соответственно, $\chi^2=96,43$, $P<0,001$).

Среди теоретических знаний не отличались в группах только наличие знаний о методах стимуляции лактации (87,2% в группе I и 91,4% в группе II, $\chi^2=3,34$; $P=0,068$) и положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка (87,3 и 89,3% соответственно, $\chi^2=0,67$; $P=0,413$).

На большинство теоретических вопросов матери группы I ответили хуже, чем в группе II. В частности: знали о пользе молозива для ребенка (79,8 и 99,0% соответственно, $\chi^2=75,63$, $P<0,001$), отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию (77,1 и 95,7% соответственно, $\chi^2=57,32$, $P<0,001$), отличии коровьего молока от грудного (95,5 и 99,0% соответственно, $\chi^2=7,99$, $P=0,005$), вреде коровьего молока для младенца (50,8 и 84,5% соответственно, $\chi^2=99,68$, $P<0,001$), нерациональности использования кефира у детей первого года жизни (11,5 и 72,5% соответственно, $\chi^2=308,98$, $P<0,001$), отличии докорма от прикорма (67,7 и 94,1% соответственно, $\chi^2=88,24$, $P<0,001$), времени первого прикладывания (88,5 и 96,9% соответственно, $\chi^2=18,69$, $P<0,001$), положительном отношении к свободному вскармливанию (52,6 и 87,6%, $\chi^2=116,93$, $P<0,001$) и отсутствии необходимости в регулярном сцеживании (17,0 и 80,2%, $\chi^2=332,96$, $P<0,001$). Так же в группе I был назван более короткий возможный период лактации ($13,2\pm 5,9$ и $15,6\pm 6,8$ месяцев соответственно, $P<0,001$). При этом медиана возможной длительности ГВ в группах составила 12,0 (12,0; 12,0) и 12,0 (12,0; 18,0) месяцев соответственно.

В качестве оптимального питания для младенцев в равной степени упоминались ГМ (86,7% в группе I и 90,2% в группе II, $\chi^2=2,12$; $P=0,146$) и АС (14,2 и 17,9% соответственно, $\chi^2=2,14$; $P=0,144$). В группе I в качестве оптимального питания чаще отмечались кефир (15,5 и 3,3% соответственно, $\chi^2=34,46$; $P<0,001$) и коровье молоко (4,5 и 0,8% соответственно, $\chi^2=9,71$; $P=0,002$).

В группе I реже встречались раннее первое прикладывание к груди (37,7% в группе I и 60,7% в группе II, $\chi^2=41,14$, $P<0,001$), оптимальная частота кормлений (54,1 и 93,7% соответственно, $\chi^2=130,11$, $P<0,001$), обоснованные сцеживания (25,9 и 84,2% соответственно, $\chi^2=284,52$ $P<0,001$). Матери группы I

чаще группы II использовали в роддоме избыточную гидратацию для повышения лактации (64,0 и 35,8% соответственно, $\chi^2=66,47$ $P<0,001$).

В группе I несколько чаще матери предъявляли жалобы на недостаток молока (52,4% в группе I и 45,6% в группе II, $\chi^2=3,86$, $P=0,049$). Считали, что их ребенок голодает из-за гипогалактии, с одинаковой частотой (45,6 и 41,2% соответственно, $\chi^2=1,59$, $P=0,208$). Возраст детей в этот период не отличался и составил 2,0 (1,0; 3,0) месяца в обеих группах ($P=0,469$). При этом частоту мочеиспусканий (0,9% в группе I и 42,8% в группе II соответственно, $\chi^2=91,31$, $P<0,001$) и среднюю прибавку массы тела (12,3 и 46,7% соответственно, $\chi^2=161,01$, $P<0,001$) в качестве объективных признаков гипогалактии в группе I назвали значительно меньше женщин, чем в группе II. Вместе эти признаки в группе I никто не назвал (0 и 24,6% соответственно, $\chi^2=86,57$, $P<0,001$). Кроме двух объективных признаков матери называли от 32 в группе I до 40 в группе II недостоверных признаков гипогалактии. В группе I реже называлась нормальная частота мочеиспусканий (60,3% в группе I и 93,9% в группе II, $\chi^2=127,4$, $P<0,001$). Теоретическая средняя прибавка массы тела у здорового младенца, которую называли матери, в обеих группах не отличалась (600,0 (500,0; 900,0) г в группе I и 500,0 (500,0; 700,0) г в группе II, $P=0,350$).

При гипогалактии в группе I чаще вводилась смесь (34,5% в группе I и 26,7% в группе II, $\chi^2=5,92$, $P=0,015$) и дети переводились затем полностью на ИВ (19,6 и 2,5% соответственно, $\chi^2=58,23$, $P<0,001$). Также чаще в группе I в качестве докорма вводились кефир (34,0 и 2,5% соответственно, $\chi^2=132,24$, $P<0,001$). При этом в группе I женщины значительно реже стимулировали лактацию по сравнению с группой II (13,3 и 49,6% соответственно, $\chi^2=130,68$, $P<0,001$).

Матери группы I назвали более короткий возможный период ИГВ у ребенка по сравнению с группой II ($6,2\pm 3,4$ и $6,5\pm 2,1$ месяцев соответственно, $P<0,001$). Медианы этих показателей составили 6,0 (4,0; 7,0) и 6,0 (6,0; 6,0) месяцев соответственно. Фактические показатели частоты и длительности ИГВ в группе I были также значительно ниже. Это связано с более частым допаивани-

ем (92,5% в группе I и 38,2% в группе II, $\chi^2=275,32$, $P<0,001$) и более ранним введением ДПП в группе I (3,0 (1,0; 4,0) и 5,0 (3,0; 6,0) месяцев соответственно, $P<0,001$). Длительность ИГВ среди 33 детей в группе I составила 4,0 (3,0; 6,0) против 6,0 (4,0; 6,0) месяцев среди 242 детей в группе II ($P=0,020$). Частота ИГВ снизилась с 6,6% в группе I и 58,5% в группе II ($P<0,001$) в возрасте 1 месяца до 2,5 и 33,9% соответственно ($P<0,001$) в полгода. В целом длительность лактации в группе I была меньше, чем в группе II (6,0 (3,0; 14,0) и 13,0 (7,0; 19,0) месяцев соответственно, $P<0,001$). В обеих группах не отличались «частота кормления грудью какое-либо время» (из всех опрошенных в группе I 98,2% и в группе II 97,5%, $P=0,484$), но начиная с 1 месяца (98,6 и 98,9% соответственно, $\chi^2=75,69$, $P<0,001$) этот показатель снижался к 6 месяцам до 57,8% в группе I и только до 84,0% в группе II ($P<0,001$). К возрасту 12 месяцев частота ГВ составила соответственно 35,1 и 61,9% ($P<0,001$). Таким образом, в течение 1 года частота ГВ в группе I снизилась в 2,8 раза, а в группе II только в 1,4 раза (таблица 8).

Таблица 8 Показатели ГВ в группах I и II (рекомендованные ВОЗ)

Показатель	Группа I	Группа II	P
ГВ было какое-либо время*	98,2%	97,5%	0,484
Длительность ИГВ	4,2±2,6 месяца	5,1±1,9 месяца	0,020
Длительность ГВ	9,3±8,0 месяца	14,6±10,2 месяца	<0,001
Медиана длительности ИГВ	4,0 (3,0; 6,0) месяца	6,0 (4,0; 6,0) месяцев	0,020
Медиана длительности ГВ	6,0 (3,0; 14,0) месяцев	13,0 (7,0; 19,0) месяцев	<0,001
Частота ИГВ в 1 месяц	6,6%	58,5%	<0,001
Частота ИГВ в 2 месяца	6,2%	56,2%	<0,001
Частота ИГВ в 3 месяца	5,7%	55,4%	<0,001
Частота ИГВ в 4 месяца	4,3%	51,9%	<0,001
Частота ИГВ в 5 месяцев	3,4%	44,8%	<0,001
Частота ИГВ в 6 месяцев	2,5%	33,9%	<0,001
Частота ГВ в 1 месяц	98,6%	98,9%	0,733
Частота ГВ в 2 месяца	89,0%	95,5%	0,002

Продолжение таблицы 8

Показатель	Группа I	Группа II	P
Частота ГВ в 3 месяца	81,2%	93,5%	<0,001
Частота ГВ в 4 месяца	67,7%	89,0%	<0,001
Частота ГВ в 5 месяцев	61,7%	87,1%	<0,001
Частота ГВ в 6 месяцев	57,8%	84,0%	<0,001
Частота продолжающегося ГВ 1 год	35,1%	61,5%	<0,001
Частота продолжающегося ГВ 2 года	8,5%	17,7%	0,001

* Показатель рассчитан на всех опрошенных.

Динамика прекращения лактации (рисунок 3) в группе I значительно отличалась от этого показателя в группе II. Медиана прекращения лактации составила 6,0 (3,0; 14,0) против 17,0 (10,0; 26,0) месяцев соответственно ($P < 0,001$).

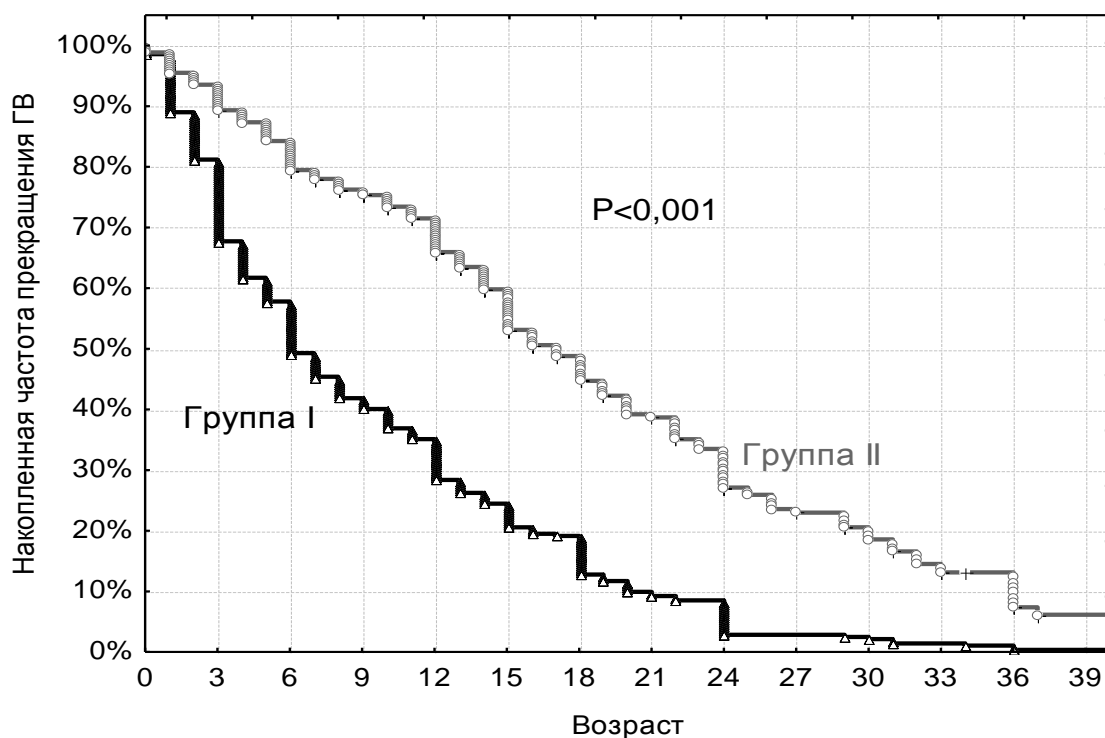


Рисунок 3 Динамика прекращения ГВ среди матерей в группах I и II

Статистические показатели, используемые в России, также значительно отличались в группах. Доля детей, прекративших ГВ до 3 месяцев в группе I была в 2,3 раза больше, чем в группе II (18,79 и 6,46% соответственно, $P < 0,001$). Также

доля детей, получивших ГМ только в период с 3 до 6 месяцев, была в 1,9 раза больше в группе I (23,40 и 9,55% соответственно, $P < 0,001$). Поэтому доля детей на ГВ возрасте с 6 до 12 месяцев в группе I в 1,8 раза меньше, чем в группе II (57,80 и 83,99% соответственно, $P < 0,001$). Эти данные вполне согласуются с показателями ГВ, оцененными согласно рекомендациям ВОЗ, по которым также в первом полугодии отмечается значимое падение частоты ГВ в группе I (таблица 9).

Таблица 9 Показатели ГВ в группах I и II (рекомендованные в России)

Показатель	Группа I	Группа II	P
Доля детей на ГВ в возрасте 0–3 месяцев*	18,79%	6,46%	<0,001
Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев	23,40%	9,55%	<0,001
Доля детей на ГВ в возрасте 6–12 месяцев	57,80%	83,99%	<0,001
* Этот показатель не отражается в официальных статистических документах.			

Прикормы в группе I вводились раньше (3,0 (2,0; 5,0) месяцев в группе I и 6,0 (4,0; 7,0) месяцев в группе II, $P < 0,001$) и первыми были соки и/или фрукты. Так же в группе I отмечалось недопустимо раннее введение кефира (4,0 (3,0; 6,0) и 8,0 (6,0; 11,0) месяцев соответственно, $P < 0,001$) и молочных продуктов (6,0 (3,0; 8,0) и 9,0 (7,0; 11,0) месяцев соответственно, $P < 0,001$). Возраст введения АС в качестве докорма не отличался в обеих группах (3,0 (1,0; 4,0) и 3,0 (1,0; 5,0) месяца соответственно, $P = 0,875$). В целом возраст введение иной, чем ГМ, пищи в группе I составил 3,0 (1,0; 4,0) против 5,0 (3,0; 6,0) месяцев в группе II ($P < 0,001$) (таблица 10)

Таблица 10 Возраст введения ДПП в группах I и II

Пищевые продукты	Группа I		Группа II		P
	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	
Соки и/или фрукты	3,7±2,0	3,0 (2,0; 5,0)	5,7±2,1	6,0 (4,0; 7,0)	<0,001
Каша	5,0±1,9	5,0 (4,0; 6,0)	6,4±1,5	6,0 (6,0; 7,0)	<0,001
Овощи	5,0±1,9	5,0 (4,0; 6,0)	6,1±1,3	6,0 (5,0; 7,0)	<0,001
Мясо	6,9±1,9	7,0 (6,0; 8,0)	8,4±1,6	8,0 (7,0; 9,0)	<0,001

Продолжение таблицы 10

Пищевые продукты	Группа I		Группа II		P
	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	
Желток	5,6±2,3	6,0 (4,0; 6,0)	8,6±2,3	8,0 (7,0; 10,0)	<0,001
Творог	5,7±2,3	6,0 (4,0; 6,0)	8,1±2,1	8,0 (6,0; 10,0)	<0,001
Кефир	4,5±2,6	4,0 (3,0; 6,0)	8,4±2,6	8,0 (6,0; 11,0)	<0,001
Коровье молоко	5,7±2,9	6,0 (3,0; 8,0)	8,8±2,4	9,0 (7,0; 11,0)	<0,001
АС	2,9±2,2	3,0 (1,0; 4,0)	3,3±3,1	3,0 (1,0; 5,0)	0,875
Иная, чем ГМ, пища	2,8±1,9	3,0 (1,0; 4,0)	4,5±2,2	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001

Оценивая частоту раннего (до 4 месяцев жизни) и допустимого (с 4 до 6 месяцев жизни) введения ДПП, было выявлено отсутствие отличий только в частоте введения АС в возрасте до 4 месяцев (67,9% в группе I и 60,4% в группе II, $\chi^2=1,81$, P=0,147) и 6 месяцев (84,2 и 76,4% соответственно, $\chi^2=2,95$, P=0,075). Все остальные ДПП в группе I вводились значительно чаще в первом полугодии жизни и, что особенно настораживает, в первые четыре месяца жизни (таблица 11 и 12).

Таблица 11 Частота введения ДПП в группах I и II до 6 месяцев

Пищевые продукты	Группа I, %	Группа II, %	χ^2	P
Соки и/или фрукты	78,6	42,9	105,48	<0,001
Каша	62,7	23,1	122,10	<0,001
Овощи	62,0	27,8	87,86	<0,001
Мясо	14,3	1,2	40,20	<0,001
Желток	45,8	8,2	101,96	<0,001
Творог	46,1	7,4	118,04	<0,001
Кефир	63,9	11,9	155,58	<0,001
Коровье молоко	46,5	6,3	36,69	<0,001
АС	84,2	76,4	2,95	0,075
Иная, чем ГМ, пища	89,1	57,2	107,93	<0,001

Таблица 12 Частота введения ДПП в группах I и II до 4 месяцев

Пищевые продукты	Группа I, %	Группа II, %	χ^2	P
Соки и/или фрукты	53,1	11,9	147,54	<0,001
Каша	17,4	0,8	61,09	<0,001
Овощи	18,4	1,3	60,37	<0,001
Мясо	2,5	0	6,95	0,008
Желток	18,5	1,4	44,55	<0,001
Творог	15,7	0,6	44,85	<0,001
Кефир	41,5	2,4	115,28	<0,001
Коровье молоко	25,8	1,3	20,18	<0,001
АС	67,9	60,4	1,81	0,147
Иная, чем ГМ, пища	70,6	28,6	145,11	<0,001

Своевременное введение ДПП в возрасте с 6 до 9 месяцев в группе I было реже, поскольку большинство детей к полугоду уже их получали. Только мясо (77,6% в группе I и 76,0% в группе II, $P=0,620$), коровье молоко (41,6 и 49,4% соответственно, $P=0,270$) и молочную смесь (14,5 и 17,4% соответственно, $P=0,465$) в группах получали одинаково (таблица 13).

Таблица 13 Частота введение ДПП в группах I и II с 6 до 9 месяцев

Пищевые продукты	Группа I, %	Группа II, %	χ^2	P
Соки и/или фрукты	19,5	52,6	95,47	<0,001
Каша	34,5	73,2	116,37	<0,001
Овощи	34,3	70,9	101,46	<0,001
Мясо	77,6	76,0	0,25	0,620
Желток	47,1	57,8	6,78	0,009
Творог	47,0	66,0	23,54	<0,001
Кефир	29,7	50,6	25,66	<0,001
Коровье молоко	41,6	49,4	1,02	0,270
АС	14,5	17,4	0,35	0,465
Иная, чем ГМ, пища	10,3	42,0	111,08	<0,001

Основными источниками информации по ГВ в группе I были родственники (49,5%) и медицинские работники (66,4%) в отличие от группы II, где частота соответственно была 23,9 и 47,1% ($\chi^2=58,73$, $P<0,001$ и $\chi^2=32,04$, $P<0,001$ соответственно). В группе I реже встречались такие источники информации по ГВ, как знакомые (8,8% в группе I и 29,7% в группе II, $\chi^2=60,52$, $P<0,001$), литература (59,2 и 82,6% соответственно, $\chi^2=54,87$, $P<0,001$) и Интернет (4,3 и 37,5% соответственно, $\chi^2=144,97$, $P<0,001$) (таблица 14).

Таблица 14 Источники информации по ГВ в группах I и II

Источник информации	Группа I, %	Группа II, %	χ^2	P
Родственники	49,5	23,9	58,73	<0,001
Медики	66,4	47,1	32,04	<0,001
Знакомые	8,8	29,7	60,52	<0,001
Литература	59,2	82,6	54,87	<0,001
Интернет	4,3	37,5	144,97	<0,001
Самостоятельно	11,3	17,4	6,46	0,011

В группе I чаще доверяем в вопросах питания младенца пользовались родственники (44,1% в группе I и 19,4% в группе II, $\chi^2=57,43$, $P<0,001$) и медицинские работники (62,2 и 41,8% соответственно, $\chi^2=33,99$, $P<0,001$). В меньшей степени в группе I доверяли таким источникам информации, как знакомые (5,4 и 22,2% соответственно, $\chi^2=49,56$, $P<0,001$) и литература (40,5 и 68,8% соответственно, $\chi^2=66,06$, $P<0,001$) (таблица 15).

Таблица 15 Доверие к информация по ГВ в группах I и II

Доверяют	Группа I, %	Группа II, %	χ^2	P
Родственники	44,1	19,4	58,55	<0,001
Медики	62,2	41,8	34,81	<0,001
Знакомые	5,4	22,2	51,01	<0,001
Литература	40,5	68,8	67,19	<0,001
Самостоятельно	9,7	15,6	6,22	0,013

В дополнительной информации по ГВ в группе I нуждались в меньшей степени, чем в группе II (78,0 и 91,3% соответственно, $\chi^2=27,58$, $P<0,001$). При этом её ожидали от медицинских работников (82,8 и 71,4% соответственно, $\chi^2=11,88$, $P=0,001$), из СМИ и литературы (14,9 и 13,9% соответственно, $\chi^2=0,08$, $P=0,783$) и от специалистов, информированных в вопросах ГВ, (11,4 и 20,2% соответственно, $\chi^2=8,86$, $P=0,003$).

3.2.2 Сравнение результатов среди группы I и беременных

Возраст беременных и матерей из группы I не различался (24,3 (21,4; 28,0) года и 24,7 (21,5; 28,8) лет соответственно, $P=0,785$), также как и возраст их мужей (26,9 (23,1; 30,9) лет и 26,8 (23,7; 31,7) лет соответственно, $P=0,183$). В группе I чаще, чем среди беременных, встречалось высшее образование у женщины (43,3 и 28,2% соответственно, $\chi^2=14,11$, $P<0,001$) и у кого-либо из родителей в семье (55,8 и 42,4% соответственно, $\chi^2=15,73$, $P<0,001$). Высшее образование было у 28,2% мужей в группе I против 41,1% в группе «Беременных» ($\chi^2=15,30$, $P<0,001$).

С одинаковой частотой в группах встречались первая беременность (45,7% в группе I и 45,8% среди беременных, $\chi^2=0$, $P=0,984$), первые роды (64,8 и 68,5% соответственно, $\chi^2=1,38$, $P=0,241$) и женщины планировали кормить ребенка грудью (97,7 и 99,3% соответственно, $\chi^2=3,63$, $P=0,057$). В обеих группах ребенок был желанный (98,2 и 97,9% соответственно, $\chi^2=1,22$, $P=0,270$).

Доля обученных женщин правилам ГВ не отличалась (39,9% в группе I и 41,7% среди беременных, $\chi^2=0,29$, $P=0,587$). Женщины группы I чаще беременных до родов обучались правилам ГВ у медицинских работников (63,8 и 44,4% соответственно, $\chi^2=12,75$, $P=0,003$). В обеих группах женщины использовали с одинаковой частотой рекомендации по ГВ от родственников (14,1 и 14,4% соответственно, $\chi^2=0$, $P=1,0$) и на курсах (5,1 и 9,4% соответственно, $\chi^2=1,91$, $P=0,153$).

Из теоретических знаний по ГВ ответы в группах не отличалась по следующим позициям: польза молозива (79,8% в группе I и 84,1% среди беремен-

ных, $\chi^2=2,63$, $P=0,105$), отличие женского молока от коровьего (95,5 и 94,3% соответственно, $\chi^2=0,60$, $P=0,438$) и его вред для младенца (50,8 и 47,5% соответственно, $\chi^2=0,93$, $P=0,336$), влияние ГВ на здоровье ребенка (87,3 и 84,9% соответственно, $\chi^2=1,04$, $P=0,308$) и положительное отношение к свободному вскармливанию (52,6 и 53,0% соответственно, $\chi^2=0,01$, $P=0,909$). Среди беременных с той же частотой встречалось мнение о необходимости обильной гидратации после родов для стимуляции лактации, как и в группе I женщины пили много жидкости с этой целью (64,2 и 64,0% соответственно, $\chi^2=0$, $P=0,963$).

Большинство беременных считали необходимым регулярные сцеживания (92,0% беременных и 83,0% матерей группы I, $\chi^2=15,96$, $P<0,001$).

Женщины в группе I чаще беременных считали, что размеры и форма молочных желез не влияют на лактацию (77,1 и 67,6% соответственно, $\chi^2=9,90$, $P=0,002$), знали, как стимулировать лактацию (87,2 и 64,7% соответственно, $\chi^2=59,20$, $P<0,001$) и были информированы о необходимости раннего первого прикладывания (88,5 и 75,9% соответственно, $\chi^2=19,95$, $P<0,001$).

Возраст возможного прекращения лактации в группе I не отличался от названного беременными теоретического возраста отлучения (12,0 (12,0; 12,0) и 12,0 (12,0; 12,0) месяцев соответственно, $P=0,050$). Женщины в группе I назвали более длительный, чем беременные, возможный период ИГВ (6,0 (4,0; 7,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$).

Женщины в группе I с той же частотой, что и беременные, называли частоту мочеиспусканий (0,9 и 3,0% соответственно, $\chi^2=3,70$, $P=0,054$), как объективный признак гипогалактии. В качестве второго объективного признака беременные чаще матерей называли прибавку массы тела (12,3 и 33,1% соответственно, $\chi^2=42,72$, $P<0,001$). Беременные чаще матерей предлагали вводить молочную смесь (55,8 и 34,5% соответственно, $\chi^2=40,24$, $P<0,001$) и реже кефир (19,4 и 34,0% соответственно, $\chi^2=23,26$, $P<0,001$) в качестве докорма при недостатке молока. При этом с одинаковой частотой в группах предлагали перевод на ИВ (19,6 и 18,3% соответственно, $\chi^2=0,24$, $P=0,622$) и стимуляцию лактации (13,3 и 13,4% соответственно, $\chi^2=0$, $P=0,952$) в случае недостатка молока.

В качестве оптимального питания младенцев женщины в группе I реже беременных называли ГМ (86,7 и 91,7% соответственно, $\chi^2=5,56$, $P=0,018$) и чаще кефир (15,5 и 10,5% соответственно, $\chi^2=5,59$, $P=0,018$) и АС (14,2 и 7,6% соответственно, $\chi^2=9,63$, $P=0,002$).

Возраст введения ДПП в группе I был значительно меньше, чем предполагаемый беременными (3,0 (1,0; 4,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$). Возраст введения основных продуктов прикорма в группе I и предполагаемый возраст начала прикормов среди беременных (таблица 16) не различались (соответственно для каши – 5,0 (4,0; 6,0) и 5,0 (3,0; 6,0) месяцев, $P=0,448$; овощей – 5,0 (4,0; 6,0) и 5,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,052$; мяса – 7,0 (6,0; 8,0) и 7,0 (6,0; 8,0) месяцев, $P=0,495$; желтка – 6,0 (4,0; 6,0) и 6,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,864$; творога – 6,0 (4,0; 6,0) и 6,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,951$). Введение соков/фруктов (3,0 (2,0; 5,0) месяца в группе I и 4,0 (3,0; 6,0) месяца среди беременных, $P<0,001$) и коровьего молока (6,0 (3,0; 8,0) и 6,0 (3,0; 12,0) месяцев соответственно, $P=0,021$) беременные планировали в более позднем возрасте, а кефир раньше (4,0 (3,0; 6,0) и 3,0 (2,0; 5,0) месяцев соответственно, $P<0,001$).

Таблица 16 Возраст введения ДПП в группе I и предполагаемый среди беременных

Пищевые продукты	Группа I		Беременные		P
	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	$\bar{X} \pm s$, месяцев	Me (LQ; UQ), месяцев	
Соки и/или фрукты	3,7±2,0	3,0 (2,0; 5,0)	4,5±2,2	4,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Каша	5,0±1,9	5,0 (4,0; 6,0)	4,8±1,8	5,0 (3,0; 6,0)	0,448
Овощи	5,0±1,9	5,0 (4,0; 6,0)	5,4±2,2	5,0 (4,0; 6,0)	0,052
Мясо	6,9±1,9	7,0 (6,0; 8,0)	7,1±2,3	7,0 (6,0; 8,0)	0,495
Желток	5,6±2,3	6,0 (4,0; 6,0)	5,6±2,2	6,0 (4,0; 6,0)	0,864
Творог	5,7±2,3	6,0 (4,0; 6,0)	5,7±2,2	6,0 (4,0; 6,0)	0,951
Кефир	4,5±2,6	4,0 (3,0; 6,0)	3,7±2,4	3,0 (2,0; 5,0)	<0,001
Коровье молоко	5,7±2,9	6,0 (3,0; 8,0)	6,8±4,1	6,0 (3,0; 12,0)	0,021
Иная, чем ГМ, пища	2,8±1,9	3,0 (1,0; 4,0)	4,6±2,0	4,0 (3,0; 6,0)	<0,001

В группе I и среди беременных с одинаковой частотой в качестве источников информации по ГВ отмечены медицинские работники (66,4 и 62,0% соответственно, $\chi^2=1,85$, $P=0,174$), родственники (49,5 и 53,2% соответственно, $\chi^2=1,19$, $P=0,275$), знакомые (8,8 и 12,5% соответственно, $\chi^2=3,19$, $P=0,074$). Матери в группе I чаще беременных самообразовывались (11,3 и 7,2% соответственно, $\chi^2=3,88$, $P=0,049$) и пользовались литературой (59,2 и 25,9% соответственно, $\chi^2=98,22$, $P<0,001$) в качестве источника информации. Доверяли информации по ГВ при этом в одинаковой степени в обеих группах родным (44,1 и 45,8% соответственно, $\chi^2=0,25$, $P=0,615$) и медицинским работникам (62,2 и 57,6% соответственно, $\chi^2=1,87$, $P=0,172$).

Беременные в большей степени считают нужной дополнительную информацию по ГВ (78,0% в группе I и 84,3% среди беременных, $\chi^2=5,44$, $P=0,020$), которую ждут от медицинских работников (82,8 и 60,4% соответственно, $\chi^2=446,64$, $P<0,001$), специалистов по ГВ (11,4 и 11,8% соответственно, $\chi^2=0,03$, $P=0,853$) и из литературы (14,9 и 12,3% соответственно, $\chi^2=62,08$, $P<0,001$).

3.2.3 Сравнение результатов среди беременных и подростков

Девочки были значительно младше беременных женщин (15,5 (14,7; 16,3) и 24,7 (21,5; 28,8) лет соответственно, $P<0,001$). Девочки реже беременных отвечали верно на большинство вопросов об элементарных позициях успешного ГВ: пользе молозива (18,4 и 84,1% соответственно, $\chi^2=375,75$, $P<0,001$), положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка (76,5 и 84,9% соответственно, $\chi^2=9,77$, $P=0,002$), вреде цельного коровьего молока для младенцев (31,9 и 47,5% соответственно, $\chi^2=22,20$, $P<0,001$), отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на ГВ (26,4 и 67,6% соответственно, $\chi^2=149,66$, $P<0,001$), времени первого прикладывания (61,7 и 75,9% соответственно, $\chi^2=13,07$, $P=0,003$). Знали, что ГМ отличается от коровьего молока и молочных смесей, в обеих группах с одинаковой частотой (91,1% школьницы и 94,3% беременные,

$\chi^2=3,32$, $P=0,069$). Беременные планировали кормить своего будущего ребенка чаще школьниц (99,3 и 76,1% соответственно, $\chi^2=107,55$, $P<0,001$).

С одинаковой частотой оптимальным питанием для младенца девочки и беременные назвали ГМ (92,2 и 91,7% соответственно, $\chi^2=0,04$, $P=0,841$), АС (4,9 и 7,6% соответственно, $\chi^2=2,88$, $P=0,090$) и коровье молоко (2,0 и 2,5% соответственно, $\chi^2=0,30$, $P=0,582$). Школьницы значительно реже беременных называли, как оптимальное питание младенца, кефир (0,9 и 10,5% соответственно, $\chi^2=37,11$, $P<0,001$).

Возможная длительность ГВ не отличалась в группах (12,0 (10,0; 12,0) месяцев у школьниц и 12,0 (12,0; 12,0) месяцев у беременных, $P=0,755$). При этом школьницы считали возможным вводить прикорм позже, чем женщины (6,0 (4,0; 12,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$).

Девочки реже беременных называли медицинских работников как источник информации по ГВ (4,7 и 62,0% соответственно, $\chi^2=329,97$, $P<0,001$). С одинаковой частотой были отмечены литература (20,6 и 25,9% соответственно, $\chi^2=3,48$, $P=0,062$), Интернет (2,4 и 3,0% соответственно, $\chi^2=0,27$, $P=0,602$), родственники (58,5 и 53,2% соответственно, $\chi^2=2,51$, $P=0,113$) и знакомые (11,8 и 12,5% соответственно, $\chi^2=0,12$, $P=0,733$).

Глава 4 Предикторы успешного ГВ и их эффективность

На длительность ГВ и возраст введения ДПП влияют многие факторы. Для определения наиболее значимых нами была проведена оценка влияния социально-демографических, теоретических, практических факторов, сроков введения ДПП, обучения и источников информации по питанию младенцев на показатели ГВ и анализ корреляций.

4.1 Эффективность социально-демографических факторов

Социально-демографические факторы имели слабые (r_s не более 0,20) корреляционные связи с длительностью ГВ и возрастом введения ДПП и не различались между группами (таблицы 17 и 18). Наличие высшего образования в семье у одного из родителей было положительно связано с длительностью ГВ ($r_s=0,18$, $P=0,002$ и $r_s=0,15$, $P=0,007$ соответственно) и возрастом введения ДПП ($r_s=0,13$, $P=0,007$ и $r_s=0,13$, $P=0,011$ соответственно) в обеих группах. В группе II эти показатели ГВ также были положительно связаны с возрастом родителей. Наличие в семье более одного ребенка и повторные беременности не увеличивали степень корреляции.

Таблица 17 Корреляция длительности ГВ с социально-демографическими факторами

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Высшее образование матери	273	0,11	0,069	351	0,12	0,029	0,901
Высшее образование отца	257	0,20	0,001	349	0,12	0,029	0,321
Высшее образование в семье	273	0,18	0,002	352	0,15	0,006	0,704
Возраст матери	269	0,12	0,051	331	0,12	0,036	1,0
Возраст отца	252	0,14	0,029	330	0,10	0,078	0,625
Число беременностей	262	0,03	0,605	337	0,01	0,853	0,809
Число родов	270	0,12	0,056	350	0,07	0,177	0,533

Таблица 18 Корреляция возраста введения ДПП с социально-демографическими факторами

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r _s	P	n	r _s	P	
Высшее образование матери	433	0,11	0,020	390	0,14	0,007	0,664
Высшее образование отца	408	0,08	0,120	388	0,07	0,199	0,888
Высшее образование в семье	433	0,13	0,007	391	0,13	0,011	1,0
Возраст матери	429	—0,01	0,788	379	0,11	0,033	0,089
Возраст отца	400	0,04	0,461	363	0,17	0,001	0,071
Число беременностей	415	—0,06	0,193	372	0,04	0,457	0,163
Число родов	426	0,01	0,819	389	0,06	0,246s	0,477

В группе I у более образованных семей длительность ГВ была больше (8,0 (4,0; 15,0) месяцев с высшим и 4,0 (2,5; 12,0) месяца с другим образованием, P=0,001) и ДПП вводились позже (3,0 (2,0; 4,0) и 2,0 (1,0; 3,0) месяца соответственно, P=0,008). В группе II получены подобные результаты для длительности ГВ (13,0 (8,0; 19,0) и 5,0 (2,0; 12,0) месяцев соответственно, P=0,006) и возраста введения ДПП (5,0 (3,0; 6,0) и 2,0 (1,0; 6,0) месяца соответственно, P=0,047). В образованных семьях в группе II были больше, чем в группе I, длительность ГВ (13,0 (8,0; 19,0) и 8,0 (4,0; 15,0) месяцев соответственно, P<0,001) и возраст введения ДПП (5,0 (3,0; 6,0) и 3,0 (2,0; 4,0) месяца соответственно, P<0,001). В менее образованных семьях различий не найдено (таблицы 19 и 20).

Таблица 19 Образования в семье и длительность ГВ

Образование в семье	Группа I		Группа II		P ₁ *
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Высшее	163	8,0 (4,0; 15,0)	342	13,0 (8,0; 19,0)	<0,001
Другое	116	4,0 (2,5; 12,0)	13	5,0 (2,0; 12,0)	0,802
P ₂ **	0,001		0,006		

* P₁ Различия между группой I и группой II.
** P₂ Внутригрупповые различия.

Таблица 20 Образование в семье и сроки введения ДПП

Образование в семье	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Высшее	244	3,0 (2,0; 4,0)	379	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Другое	192	2,0 (1,0; 3,0)	15	2,0 (1,0; 6,0)	0,493
P ₂ ^{**}	0,008		0,047		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

В группе I первых детей в семье кормили грудью меньше, чем вторых и более (6,0 (3,0; 12,0) и 8,0 (3,0; 18,0) месяцев соответственно, P=0,049). В группе II этого не было, что связано с высокой длительной ГВ у женщин с первым (13,0 (7,0; 18,0) месяцев) и последующими детьми (15,0 (9,0; 22,0) месяцев). Возраст введения ДПП не зависел от количества детей (P=0,979 для группы I и P=0,199 для группы II) в обеих группах (таблицы 21 и 22).

Таблица 21 Число детей в семье и длительность ГВ

Какой ребенок в семье?	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Первый	189	6,0 (3,0; 12,0)	290	13,0 (7,0; 18,0)	<0,001
Второй и более	91	8,0 (3,0; 18,0)	63	15,0 (9,0; 22,0)	0,001
P ₂ ^{**}	0,049		0,155		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Таблица 22 Число детей в семье и сроки введения ДПП

Какой ребенок в семье?	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Первый	282	3,0 (1,0; 4,0)	318	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Второй и более	153	3,0 (2,0; 4,0)	74	5,5 (3,0; 6,0)	<0,001
P ₂ ^{**}	0,979		0,199		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

У матерей до 20 лет длительность лактации (4,0 (3,0; 13,0) в группе I и 8,5 (6,0; 15,0) месяцев в группе II, $P=0,282$) и возраст введения ДПП (2,0 (2,0; 4,0) и 3,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P=0,206$) не различались между группами. В каждом последующем возрастном периоде эти показатели были значительно выше в группе II (таблицы 23 и 24). Однако, ни длительность лактации, ни сроки введения ДПП статистически не различались по возрастам в каждой группе.

Таблица 23 Возраст матерей и длительность ГВ

Возрастная группа	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
До 20 лет	40	4,0 (3,0; 13,0)	6	8,5 (6,0; 15,0)	0,282
От 20 до 25 лет	121	6,0 (3,0; 13,0)	119	12,0 (6,0; 18,0)	<0,001
От 25 до 30 лет	72	6,5 (3,0; 13,0)	167	13,0 (7,0; 18,0)	<0,001
От 30 лет	49	10,0 (3,0; 18,0)	61	16,0 (12,0; 22,0)	0,001
P_2^{**}	0,290		0,055		

* P_1 Различия между группой I и группой II.
** P_2 Внутригрупповые различия.

Таблица 24 Возраст матерей и сроки введения ДПП

Возрастная группа	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
До 20 лет	52	2,0 (2,0; 4,0)	7	3,0 (3,0; 6,0)	0,206
От 20 до 25 лет	196	3,0 (1,0; 4,0)	132	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
От 25 до 30 лет	109	3,0 (1,0; 4,0)	186	5,0 (4,0; 6,0)	<0,001
От 30 лет	82	2,0 (1,0; 3,0)	67	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
P_2^{**}	0,570		0,083		

* P_1 Различия между группой I и группой II.
** P_2 Внутригрупповые различия.

4.2 Эффективность теоретических факторов

Большинство корреляционных связей длительности ГВ с теоретическими знаниями не отличались между группами (таблица 25). Желанность ребенка не была связана ($P=0,805$) с длительностью лактации в группах ($r_s=0,07$, $P=0,259$ в

группе I и $r_s=0,05$, $P=0,339$ в группе II). Связи длительности ГВ с желанием женщины кормить ребенка грудью были значимы ($r_s=0,17$, $P=0,004$ в группе I и $r_s=0,13$, $P=0,017$ в группе II) и не различались ($P=0,641$). В группе I корреляция длительности ГВ со знанием женщиной о влиянии ГВ на здоровье ребенка ($r_s=0,32$, $P<0,001$) была выше ($P=0,019$), чем в группе II ($r_s=0,14$, $P=0,010$).

Знания об отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию, пользе молозива, времени первого прикладывания и пользе свободного вскармливания, в группе I не коррелировали с длительностью ГВ и не отличались от этих же показателей в группе II ($P=0,001$, $P=0,011$, $P=0,040$ и $P=0,015$ соответственно). Знания о том, как стимулировать лактацию, и отсутствии необходимости в регулярных сцеживаниях в равной мере коррелировали с длительностью ГВ в обеих группах ($P=0,158$ и $P=0,231$ соответственно). Знания об отличии докорма от прикорма не были связаны с длительностью лактации в обеих группах. Знания об отличии коровьего молока от женского были связаны с длительностью ГВ в группе II ($r_s=0,15$, $P=0,005$), но не отличались в группе I ($P=0,134$). Информированность о вреде коровьего молока и отсутствии необходимости кефира для младенца были статистически связаны с длительностью ГВ в равной мере в обеих группах ($P=0,441$ и $P=0,375$ соответственно). Предполагаемая длительность ИГВ и ГВ были связаны с длительностью ГВ в группе I ($r_s=0,16$, $P=0,049$ и $r_s=0,18$, $P=0,020$ соответственно), но не отличались от этих связей в группе II. Сумма правильных ответов на теоретические вопросы с длительностью ГВ была в равной мере связана и значима в обеих группах.

Таблица 25 Корреляция длительности ГВ с теоретическими знаниями

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Влияние ГВ на здоровье ребенка	275	0,32	<0,001	351	0,14	0,010	0,019
Размеры груди не влияют на ГВ	275	0,06	0,313	349	0,17	0,001	0,169
Молозиво полезно	270	0,08	0,185	352	0,14	0,011	0,455
Время первого прикладывания	237	—0,04	0,566	342	—0,11	0,040	0,408

Продолжение таблицы 25

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r _s	P	n	r _s	P	
Польза свободного ГВ	259	0,07	0,271	350	0,13	0,015	0,462
Как стимулировать лактацию	270	0,15	0,014	351	0,26	<0,001	0,158
Не нужно сцеживаться	272	0,23	<0,001	350	0,32	<0,001	0,231
Отличие докорма от прикорма	253	0,01	0,925	350	0,03	0,540	0,810
Коровье молоко отличается от ГМ	276	0,03	0,610	352	0,15	0,005	0,134
Вред коровьего молока	270	0,25	<0,001	344	0,19	<0,001	0,441
Не нужен кефир младенцу	262	0,17	0,006	346	0,24	<0,001	0,375
Сумма правильных ответов	249	0,30	<0,001	345	0,35	<0,001	0,504
Ребенок желанный	273	0,07	0,259	352	0,05	0,339	0,805
Желание кормить	275	0,17	0,004	352	0,13	0,017	0,641
Длительность ИГВ в теории	149	0,16	0,049	320	0,21	<0,001	0,605
Длительность ГВ в теории	161	0,18	0,020	204	0,12	0,077	0,564

Возраст введения ДПП в группе I коррелировал со знаниями о том, как стимулировать лактацию, влиянии ГВ на здоровье ребенка и отсутствии необходимости в регулярном сцеживании ($r_s=0,14$, $P=0,003$, $r_s=0,12$, $P=0,012$ и $r_s=0,20$, $P<0,001$ соответственно). Так же в группе I предполагаемая длительность ИГВ и ГВ были положительно связаны со сроками введения ДПП ($r_s=0,19$, $P=0,003$ и $r_s=0,13$, $P=0,043$ соответственно) и не отличались от этих же показателей в группе II ($r_s=0,24$, $P<0,001$ и $r_s=0,24$, $P<0,001$ соответственно). Все остальные корреляционные связи в группе I не имели значения (таблица 26). В обеих группах только корреляции возраста введения ДПП со знаниями о необходимости раннего прикладывания и отличии докорма от прикорма были незначимыми. Все остальные теоретические факторы в разной степени (r_s от 0,11 до 0,32 и от $P<0,001$ до $P=0,038$) положительно коррелировали с возрастом введения ДПП. Связь суммы правильных ответов на все теоретические вопросы с

возрастом введения ДПП оказалась большей ($P=0,005$) в группе II ($r_s=0,15$, $P=0,003$ в группе I и $r_s=0,34$, $P<0,001$ в группе II).

Таблица 26 Корреляция возраста введения ДПП с теоретическими знаниями

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Влияние ГВ на здоровье ребенка	432	0,12	0,012	389	0,11	0,038	0,885
Размеры груди не влияют на ГВ	434	0,03	0,470	388	0,11	0,034	0,252
Молозиво полезно	428	0,08	0,079	391	0,11	0,036	0,667
Время первого прикладывания	367	—0,01	0,916	380	—0,08	0,144	0,340
Польза свободного ГВ	411	0,01	0,866	389	0,12	0,021	0,120
Как стимулировать лактацию	429	0,14	0,003	389	0,22	<0,001	0,239
Не нужно сцеживаться	432	0,20	<0,001	390	0,32	<0,001	0,066
Отличие докорма от прикорма	406	0,02	0,638	388	—0,09	0,091	0,122
Коровье молоко отличается от ГМ	436	0,01	0,764	391	0,12	0,020	0,114
Вред коровьего молока	425	0,07	0,163	356	0,21	<0,001	0,048
Не нужен кефир	410	0,09	0,067	381	0,26	<0,001	0,014
Сумма правильных ответов	398	0,15	0,003	377	0,34	<0,001	0,005
Ребенок желанный	430	0,06	0,224	392	0,11	0,026	0,473
Желание кормить грудью	432	0,09	0,064	391	0,13	0,008	0,563
Длительность ИГВ в теории	233	0,19	0,003	355	0,24	<0,001	0,537
Длительность ГВ в теории	259	0,13	0,043	225	0,24	<0,001	0,214

Таким образом, теоретические факторы чаще были связаны с показателями ГВ в группе II. Однако сумма правильных ответов на все теоретические вопросы оказалась равнозначно ($P=0,504$) связана с длительностью лактации в обеих группах ($r_s=0,30$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,35$, $P<0,001$ в группе II) и большей ($P=0,005$) с возрастом введения ДПП в группе II ($r_s=0,15$, $P=0,003$ в группе I и $r_s=0,34$, $P<0,001$ в группе II).

Проведенный анализ влияния 5 наиболее значимых теоретических факторов на длительность ГВ и возраст введения ДПП показал различную их важность, как между группами, так и внутри каждой группы.

У знающих о положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка женщин по сравнению с неинформированными длительность ГВ была больше в обеих группах (8,0 (3,0; 15,0) против 3,0 (2,0; 4,0) месяцев в группе I, $P < 0,001$ и 14,0 (8,0; 19,0) против 11,0 (4,0; 14,0) месяцев в группе II, $P = 0,008$). Зная о пользе ГМ, матери вводили позже ДПП в обеих группах (соответственно 3,0 (2,0; 4,0) против 2,0 (1,0; 3,0) месяцев в группе I, $P = 0,011$ и 5,0 (3,0; 6,0) против 4,0 (2,0; 6,0) месяцев в группе II, $P = 0,036$). В группе II длительность ГВ и возраст введения ДПП были больше ($P < 0,001$) соответствующих показателей в группе I как у информированных, так и неинформированных женщин (таблицы 27 и 28).

Таблица 27 Влияние знаний о пользе ГМ на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Знают о влиянии ГВ на здоровье ребенка	244	8,0 (3,0; 15,0)	319	14,0 (8,0; 19,0)	$< 0,001$
Не знают о влиянии ГВ на здоровье ребенка	37	3,0 (2,0; 4,0)	35	11,0 (4,0; 14,0)	$< 0,001$
P_2^{**}	$< 0,001$		0,008		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 28 Влияние знаний о пользе ГМ на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Знают о влиянии ГВ на здоровье ребенка	379	3,0 (2,0; 4,0)	350	5,0 (3,0; 6,0)	$< 0,001$
Не знают о влиянии ГВ на здоровье ребенка	56	2,0 (1,0; 3,0)	42	4,0 (2,0; 6,0)	$< 0,001$
P_2^{**}	0,011		0,036		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Информированность женщин о времени первого прикладывания не оказала никакого влияния на показатели ГВ в группе I (таблицы 29 и 30). Среди неинформированных по этой позиции женщин в обеих группах длительность ГВ и возраст введения ДПП статистически не различались. Среди тех матерей, которые знали о необходимости раннего прикладывания, более длительная лактация была в группе II (13,0 (7,0; 19,0) месяцев в группе II и 7,0 (3,0; 15,0) месяцев в группе I, $P < 0,001$). Причем по сравнению с неинформированными женщинами в группе II этот показатель был также выше (13,0 (7,0; 19,0) и 8,0 (5,0; 10,0) месяцев соответственно, $P = 0,009$). На возраст введения ДПП в группе II этот фактор не оказывал значимого влияния.

Таблица 29 Влияние знаний о раннем прикладывании на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Нужно приложить сразу после рождения	215	7,0 (3,0; 15,0)	336	13,0 (7,0; 19,0)	<0,001
Нужно приложить позже 1 часа	28	5,5 (2,5; 15,0)	9	8,0 (5,0; 10,0)	0,571
P_2^{**}	0,310		0,009		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 30 Влияние знаний о раннем прикладывании на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Нужно приложить сразу после рождения	327	3,0 (1,0; 4,0)	371	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Нужно приложить позже 1 часа	43	3,0 (1,0; 4,0)	12	3,5 (1,5; 5,5)	0,289
P_2^{**}	0,553		0,089		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Знание об отсутствии необходимости регулярных сцеживаний оказывало положительное влияние на показатели ГВ в обеих группах (таблицы 31 и 32). У неинформированных женщин в обеих группах была в равной мере меньше длительность лактации (6,0 (3,0; 12,0) месяцев в группе I и 6,5 (3,0; 12,0) месяцев в группе II, $P=0,540$) и ДПП вводились раньше 4 месяцев (2,0 (1,0; 3,0) и 3,0 (1,0; 5,0) месяца соответственно, $P=0,076$). У информированных по этому вопросу матерей была значимо выше ($P<0,001$ в обеих группах) длительность лактации (12,0 (5,0; 19,0) и 14,0 (9,0; 21,0) месяцев соответственно) и позже ($P<0,001$ в обеих группах) вводились ДПП (4,0 (2,0; 5,0) и 5,0 (4,0; 6,0) месяцев соответственно).

Таблица 31 Влияние знаний о сцеживании на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Не нужно регулярно сцеживаться	54	12,0 (5,0; 19,0)	287	14,0 (9,0; 21,0)	0,045
Необходимы регулярные сцеживания	224	6,0 (3,0; 12,0)	66	6,5 (3,0; 12,0)	0,540
P_2^{**}	<0,001		<0,001		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 32 Влияние знаний о сцеживании на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Не нужно регулярно сцеживаться	75	4,0 (2,0; 5,0)	315	5,0 (4,0; 6,0)	<0,001
Необходимы регулярные сцеживания	360	2,0 (1,0; 3,0)	78	3,0 (1,0; 5,0)	0,076
P_2^{**}	<0,001		<0,001		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Знание женщинами необходимости свободного вскармливания в группе I не оказало влияние на длительность лактации и возраст введения ДПП (табли-

цы 33 и 34). В группе II это фактор значимо увеличивал длительность лактации (с 10,0 (3,0; 16,0) месяцев у неинформированных до 13,5 (8,0; 19,0) месяцев у женщин, положительно относившихся к свободному вскармливанию, $P=0,012$) и возраст введения ДПП (4,0 (2,0; 6,0) и 5,0 (3,0; 6,0) месяцев соответственно, $P=0,020$). Информированные женщины в группе II дольше кормили своих детей и позже вводили ДПП, по сравнению с группой I ($P<0,001$ для обоих показателей).

Таблица 33 Влияние знаний о режиме вскармливания на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Свободное вскармливание полезно	138	7,0 (3,0; 15,0)	310	13,5 (8,0; 19,0)	<0,001
Свободное вскармливание не нужно	126	6,0 (3,0; 12,0)	43	10,0 (3,0; 16,0)	0,090
P_2^{**}	0,349		0,012		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 34 Влияние знаний о режиме вскармливания на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Свободное вскармливание полезно	220	3,0 (1,0; 4,0)	343	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Свободное вскармливание не нужно	193	3,0 (1,0; 4,0)	49	4,0 (2,0; 6,0)	0,006
P_2^{**}	0,878		0,020		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Знания о способах стимуляции лактации положительно влияли на показатели ГВ в обеих группах. Среди неинформированных по данному вопросу женщин длительность лактации и возраст введения ДПП не отличались в обеих группах ($P=0,634$ и $P=0,246$ соответственно). У матерей, которые знали, как

стимулировать лактацию, ГВ было статистически более длительным (3,0 (2,0; 12,0) против 7,0 (3,0; 15,0) месяцев в группе I, $P=0,025$ и 4,5 (2,0; 11,5) против 14,0 (8,0; 20,0) месяцев в группе II, $P<0,001$). Также они вводили позже ДПП (таблицы 35 и 36).

Таблица 35 Влияние знаний о стимуляции лактации на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Знали, как стимулировать лактацию	244	7,0 (3,0; 15,0)	322	14,0 (8,0; 20,0)	$<0,001$
Не знали, как стимулировать лактацию	32	3,0 (2,0; 12,0)	32	4,5 (2,0; 11,5)	0,634
P_2^{**}	0,025		$<0,001$		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 36 Влияние знаний о стимуляции лактации на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Знали, как стимулировать лактацию	377	3,0 (2,0; 4,0)	358	5,0 (3,0; 6,0)	$<0,001$
Не знали, как стимулировать лактацию	55	2,0 (1,0; 3,0)	34	2,5 (1,0; 4,0)	0,246
P_2^{**}	0,007		$<0,001$		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Корреляционные связи между длительностью ГВ и знаниями об оптимальном питании младенца в группах не различались (таблица 37). Положительная связь длительности ГВ с этими факторами выявлена в равной мере ($P=0,615$) только при информировании матерей о ГМ, как оптимальном питании младенца ($r_s=0,15$, $P=0,015$ для группы I и $r_s=0,11$, $P=0,045$ для группы II). При оценке смеси, кефира и коровьего молока как оптимального питания, выявлены отрицательные корреляционные связи этих факторов с длительностью

ГВ. Причем наиболее значимым они были в группе II ($r_s =$ минус 0,20, $P < 0,001$, $r_s =$ минус 0,13, $P = 0,012$ и $r_s =$ минус 0,12, $P = 0,030$ соответственно). Связь знаний об оптимальном питании младенца с возрастом введения ДПП была равнозначной в обеих группах (таблица 38). Также мнение о смесях, кефире и коровьем молоке как оптимальном питании младенца, отрицательно коррелировало с возрастом введения ДПП в обеих группах.

Таблица 37 Корреляция длительности ГВ со знанием оптимального питания

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Смесь	276	—0,09	0,156	353	—0,20	<0,001	0,164
Кефир	276	—0,07	0,217	353	—0,13	0,012	0,453
Коровье молоко	276	—0,10	0,083	353	—0,12	0,030	0,802
Грудное молоко	276	0,15	0,015	353	0,11	0,045	0,615

Таблица 38 Корреляция возраста введения ДПП со знанием оптимального питания

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Смесь	436	—0,13	0,005	392	—0,20	<0,001	0,303
Кефир	436	—0,09	0,049	392	—0,14	0,007	0,468
Коровье молоко	436	—0,02	0,647	392	—0,12	0,022	0,150
Грудное молоко	436	0,10	0,047	392	0,13	0,013	0,664

Таким образом, большинство теоретических факторов оказывало положительное влияние в группе II на длительность ГВ и возраст введения ДПП. Слабые корреляционные связи теоретических знаний с показателями ГВ чаще были значимыми в группе II, но статистически не различались с показателями в группе I. Это, прежде всего, связано с более высокой информированностью матерей в группе II по всему спектру теоретических вопросов. В частности, знали

о времени первого прикладывания 88,5% в группе I и 96,9% в группе II ($\chi^2=18,69$, $P<0,001$), положительно относились к свободному вскармливанию соответственно 52,6 и 87,6% ($\chi^2=116,93$, $P<0,001$) и были информированы об отсутствии необходимости в регулярном сцеживании в группе I только 17,0% против 80,2% в группе II ($\chi^2=332,96$, $P<0,001$).

4.3 Эффективность практических факторов

Сила корреляционных связей длительности лактации и сроков введения ДПП с рядом практических факторов достигала умеренного уровня в обеих группах (таблицы 39 и 40). Время первого прикладывания не было связано с длительностью лактации и не различалось в обеих группах ($P=0,826$). Связь этого фактора с возрастом введения ДПП была большей ($P=0,015$) в группе II (r_s = минус 0,02, $P=0,739$ в группе I и r_s = минус 0,17, $P=0,003$ в группе II). Адекватная частота прикладываний к груди в группе I в значимой степени была связана как с длительностью лактации ($r_s=0,18$, $P=0,013$ в группе I и $r_s=0,11$, $P=0,064$ в группе II), так и с возрастом введения ДПП ($r_s=0,18$, $P=0,001$ в группе I и $r_s=0,09$, $P=0,090$ в группе II). Однако между группами различий не было ($P=0,447$ для длительности лактации и $P=0,252$ для сроков введения ДПП). Длительность ГВ в большей степени коррелировала в группе II с отсутствием регулярных сцеживаний ($r_s=0,08$, $P=0,210$ в группе I и $r_s=0,29$, $P<0,001$ в группе II, $P=0,007$) и отсутствием допаивания ($r_s=0,10$, $P=0,118$ в группе I и $r_s=0,35$, $P<0,001$ в группе II, $P=0,001$). Связь этих факторов с возрастом введения ДПП в группе II также была большей по сравнению с группой I ($P=0,007$ для сцеживания и $P<0,001$ для допаивания). В группе I были более высокие, чем в группе II, связи длительности лактации с отсутствием жалоб матери на недостаток ГМ ($r_s=0,49$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,20$, $P<0,001$ в группе II, $P<0,001$) и жалоб на то, что ребенок голодает из-за этого ($r_s=0,48$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,22$, $P<0,001$ в группе II, $P=0,024$). Степень корреляции этих факторов с возрастом введения ДПП в обеих группах была умеренной, но не различалась между группами ($P=0,872$ и $P=0,635$ соответственно). Также в группе I значительно

выше была прямая корреляционная связь возраста, когда матери считали, что ребенок голодает из-за гипогалактии, с длительностью лактации ($r_s=0,50$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,21$, $P=0,014$ в группе II, $P=0,015$) и сроками введения ДПП ($r_s=0,67$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,28$, $P<0,001$ в группе II, $P<0,001$). Но объективная оценка лактации в группе I не была связана ни с длительностью лактации, ни с возрастом введения ДПП. В группе II женщины также не связывали эти показатели с оценкой массы тела. Связи оценки диуреза с длительностью лактации ($r_s=0,28$, $P<0,001$) и сроками введения ДПП ($r_s=0,25$, $P<0,001$) были значимо выше, чем в группе I ($P=0,033$ и $P=0,005$ соответственно). Корреляция длительности лактации с возрастом введения ДПП была значимой в равной мере в обеих группах ($r_s=0,48$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,51$, $P<0,001$ в группе II, $P=0,626$).

Таблица 39 Корреляция длительности ГВ с практическими факторами

Показатель	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Раннее прикладывание	213	—0,02	0,769	285	—0,04	0,552	0,826
Частота прикладываний	189	0,18	0,013	293	0,11	0,064	0,447
Не сцеживались	274	0,08	0,210	350	0,29	<0,001	0,007
Не давали воду	271	0,10	0,118	349	0,35	<0,001	0,001
Не было мало молока	273	0,49	<0,001	353	0,20	<0,001	<0,001
Не голодал из-за гипогалактии	269	0,48	<0,001	349	0,22	<0,001	<0,001
Возраст, когда ребенок голодает	90	0,50	<0,001	137	0,21	0,014	0,015
Масса тела, как оценка лактации	200	0,04	0,594	295	0,10	0,086	0,513
Диурез, как оценка лактации	200	0,09	0,199	295	0,28	<0,001	0,033
Возраст введения ДПП	271	0,48	<0,001	348	0,51	<0,001	0,626

Таблица 40 Корреляция возраста введения ДПП с практическими факторами

Показатель	Группа I			Группа II			P
	n	r _s	P	n	r _s	P	
Раннее прикладывание	340	—0,02	0,739	316	—0,17	0,003	0,015
Частота прикладываний	303	0,18	0,001	328	0,09	0,090	0,252
Не сцеживались	433	0,14	0,004	388	0,32	<0,001	0,007
Не давали воду	431	0,16	0,001	388	0,41	<0,001	<0,001
Не было мало молока	429	0,33	<0,001	392	0,34	<0,001	0,872
Не голодал из-за гипогалактии	422	0,31	<0,001	388	0,34	<0,001	0,635
Возраст, когда ребенок голодает	147	0,67	<0,001	151	0,28	<0,001	<0,001
Масса тела, как оценка лактации	310	0,001	0,987	331	—0,01	0,822	0,890
Диурез, как оценка лактации	310	0,03	0,657	331	0,25	<0,001	0,005

Среди реализованных практических факторов в обеих группах на длительность лактации не влияло время первого прикладывания, что соответствует отсутствию корреляций между этими показателями (таблица 41). Также в соответствии с корреляционными связями раннее прикладывание положительно влияло на сроки введения ДПП только в группе II (таблица 42). Однако в целом в группе II, независимо от времени прикладывания, длительность лактации была значимо выше и ДПП вводились позже ($P < 0,001$).

Таблица 41 Влияние первого прикладывания на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Сразу	103	8,0 (3,0; 14,0)	189	14,0 (9,0; 19,0)	<0,001
Позже	158	6,0 (3,0; 15,0)	146	12,0 (6,0; 18,0)	<0,001
P ₂ ^{**}	0,153		0,150		

* P₁ Различия между группой I и группой II.
 ** P₂ Внутригрупповые различия.

Таблица 42 Влияние первого прикладывания на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Сразу	144	3,0 (2,0; 4,0)	210	5,0 (4,0; 6,0)	<0,001
Позже	257	3,0 (1,0; 4,0)	159	4,0 (2,0; 6,0)	<0,001
P ₂ ^{**}	0,190		<0,001		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Оптимальная частота прикладываний к груди положительно влияла в группе I на длительность лактации (12,0 (4,0; 18,0) месяца при свободном вскармливании и 6,0 (3,0; 13,0) месяца при частоте менее 8 раз в сутки, P=0,007) и сроки введения ДПП (3,0 (2,0; 5,0) и 2,0 (1,0; 3,0) месяца соответственно, P=0,002). В группе II такого влияния не было, так как 93,7% матерей в этой группе кормили с оптимальной частотой против 54,1% в группе I (P<0,001). Длительность ГВ и сроки введения ДПП у матерей при редких прикладываниях к груди в обеих группах не отличались (таблицы 43 и 44).

Таблица 43 Влияние частоты прикладывания на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Достаточно	107	12,0 (4,0; 18,0)	276	13,0 (8,0; 19,0)	0,018
Редко	86	6,0 (3,0; 13,0)	18	10,0 (5,0; 16,0)	0,264
P ₂ ^{**}	0,007		0,090		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Таблица 44 Влияние частоты прикладывания на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Достаточно	162	3,0 (2,0; 5,0)	307	5,0 (3,0; 6,0)	<0,001
Редко	140	2,0 (1,0; 3,0)	20	3,5 (1,0; 6,0)	0,225
P ₂ ^{**}	0,002		0,060		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Отсутствие необоснованных сцеживаний у 15,8% матерей в группе I не влияло на длительность ГВ (P=0,212) и увеличивало возраст введения ДПП. В группе II 74,1% матерей не сцеживались регулярно. Они кормили дольше и вводили ДПП позже, чем те, кто сцеживался (таблицы 45 и 46).

Таблица 45 Влияние необоснованных сцеживаний на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Не сцеживались	85	7,0 (3,0; 15,0)	302	14,0 (9,0; 20,0)	<0,001
Сцеживались	195	6,0 (3,0; 13,0)	51	6,0 (4,0; 12,0)	0,600
P ₂ ^{**}	0,212		<0,001		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Таблица 46 Влияние необоснованных сцеживаний на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P ₁ [*]
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Не сцеживались	110	3,0 (2,0; 5,0)	327	5,0 (4,0; 6,0)	<0,001
Сцеживались	323	2,0 (1,0; 4,0)	61	3,0 (1,0; 4,0)	0,465
P ₂ ^{**}	0,005		<0,001		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Допаивание ребенка в первые месяцы жизни оказало отрицательное влияние на длительность ГВ и возраст введения ДПП в обеих группах (таблицы 47 и 48). У матерей, которые не допаивали детей, длительность ГВ была более 12 месяцев и не различалась в обеих группах ($P=0,411$).

Таблица 47 Влияние допаивания на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Допаивали	258	6,0 (3,0; 14,0)	131	9,0 (4,0; 15,0)	0,027
Не допаивали	19	13,0 (6,0; 24,0)	221	15,0 (10,0; 22,0)	0,411
P_2^{**}	0,004		<0,001		

* P_1 Различия между группой I и группой II.
** P_2 Внутригрупповые различия.

Таблица 48 Влияние допаивания на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Допаивали	399	3,0 (1,0; 4,0)	147	3,0 (1,0; 5,0)	0,002
Не допаивали	32	4,0 (2,5; 6,0)	241	6,0 (4,0; 6,0)	0,008
P_2^{**}	0,001		<0,001		

* P_1 Различия между группой I и группой II.
** P_2 Внутригрупповые различия.

Таким образом, своевременное раннее прикладывание, отсутствие необоснованных сцеживаний и допаивания в группе I не были связаны с длительностью лактации. В основном выявлены положительные связи длительности ГВ с адекватной оценкой достаточности лактации. Причем связь этих факторов с возрастом введения ДПП также была положительной. В группе II большинство факторов были связаны как с длительностью ГВ, так и возрастом введения ДПП. Связь возраста введения ДПП с длительностью лактации в обеих группах была максимальной. В группе I положительно влияли на лактацию исключение допаивания и частота кормлений не менее 8 раз в сутки. Исключение необосно-

ванных сцеживаний позволило в группе I отодвинуть сроки введения ДПП за счет адекватной лактации.

4.4 Эффективность источников информации и обучения

Никакой корреляции длительности ГВ и сроков введения ДПП с различными источниками информации по питанию младенцев в группе I не было выявлено (таблицы 49 и 50). В группе II выявлены в основном слабые отрицательные корреляционные связи. Только самостоятельный поиск информации по ГВ в группе II положительно коррелировал с длительностью лактации и возрастом введения ДПП ($r_s=0,14$, $P=0,010$ и $r_s=0,15$, $P=0,003$).

Таблица 49 Корреляция длительности ГВ с источниками информации

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Родные	276	—0,05	0,364	356	—0,15	0,004	0,210
Медики	276	—0,002	0,969	353	—0,26	<0,001	0,001
Знакомые	276	0,01	0,883	353	—0,01	0,851	0,805
Книги	276	0,04	0,474	353	—0,13	0,019	0,035
Интернет	276	0,07	0,240	353	0,04	0,427	0,710
«Я сама»	276	0,04	0,550	353	0,14	0,010	0,212

Таблица 50 Корреляция возраста введения ДПП с источниками информации

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Родные	436	—0,04	0,423	392	—0,18	<0,001	0,043
Медики	436	0,02	0,692	392	—0,19	<0,001	0,002
Знакомые	436	—0,01	0,868	392	0,02	0,737	0,668
Книги	436	—0,02	0,673	392	—0,07	0,179	0,473
Интернет	436	0,04	0,465	392	—0,003	0,946	0,538
Я сама	436	—0,01	0,868	392	0,15	0,003	0,021

В группе I корреляционные связи обучения с длительностью лактации и возрастом введения ДПП либо отсутствовали (таблицы 51 и 52), либо имели отрицательный характер. Причем положительная связь длительности ГВ была с обучением на курсах ($r_s = 0,20$, $P = 0,040$), а отрицательная связь возраста введения ДПП с обучением у медицинских работников ($r_s = \text{минус } 0,15$, $P = 0,042$). В группе II обучение основам ГВ было положительно связано с длительностью лактации ($r_s = 0,15$, $P = 0,006$) и возрастом введения ДПП ($r_s = 0,20$, $P < 0,001$). При этом в группе II эти показатели отрицательно коррелировали с обучением у медицинских работников ($r_s = \text{минус } 0,22$, $P = 0,014$ и $r_s = \text{минус } 0,23$, $P = 0,009$ соответственно).

Таблица 51 Корреляция длительности ГВ с обучением

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Обучение основам ГВ	276	-0,02	0,756	357	0,15	0,006	0,034
- у медиков	107	0,08	0,395	119	-0,22	0,014	0,025
- на курсах	107	0,20	0,040	119	-0,03	0,765	0,086
- у родителей	107	-0,004	0,967	119	-0,10	0,303	0,476

Таблица 52 Корреляция возраста введения ДПП с обучением

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Обучение основам ГВ	436	0,01	0,863	392	0,20	<0,001	0,006
- у медиков	176	-0,15	0,042	131	-0,23	0,009	0,477
- на курсах	176	-0,14	0,062	131	-0,09	0,297	0,664
- у родителей	176	0,12	0,121	131	-0,10	0,233	0,059

Длительность лактации в группе II была статистически выше, чем в группе I, как у необученных (12,0 (6,0; 18,0) и 7,0 (3,0; 14,0) месяца соответственно, $P < 0,001$), так и у обученных женщин (15,0 (11,0; 22,0) и 6,0 (3,0; 15,0) месяцев соответственно, $P < 0,001$). В группе II обучение положительно влияло на дли-

тельность лактации (15,0 (11,0; 22,0) месяцев у обученных и 12,0 (6,0; 18,0) месяцев без обучения, $P=0,004$) в отличие от группы I, где такого влияния нет (таблицы 53 и 54). В группе II возраст введения ДПП статистически больше, чем в группе I, как у обученных (6,0 (4,0; 6,0) и 3,0 (2,0; 4,0) месяца соответственно, $P < 0,001$), так и необученных (5,0 (2,0; 6,0) и 3,0 (1,0; 4,0) месяца соответственно, $P < 0,001$).

Таблица 53 Влияние обучения на длительность ГВ

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Обучены	111	6,0 (3,0; 15,0)	121	15,0 (11,0; 22,0)	<0,001
Необучены	171	7,0 (3,0; 14,0)	235	12,0 (6,0; 18,0)	<0,001
P_2^{**}	0,964		0,004		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таблица 54 Влияние обучения на возраст введения ДПП

Показатель	Группа I		Группа II		P_1^*
	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев	
Обучены	177	3,0 (2,0; 4,0)	133	6,0 (4,0; 6,0)	<0,001
Необучены	262	3,0 (1,0; 4,0)	262	5,0 (2,0; 6,0)	<0,001
P_2^{**}	0,894		<0,001		
* P_1 Различия между группой I и группой II. ** P_2 Внутригрупповые различия.					

Таким образом, как таковой процесс обучения основам ГВ имел положительное влияние только в группе II за счет более качественной информации, которая изучается заинтересованными женщинами при самостоятельном поиске источников. Наличие отрицательных связей в группе II длительности ГВ и возраста введения ДПП с информацией от медицинских работников и родственников может быть связано с отсутствием у последних современной информации по ГВ и достаточно низкому уровню доверия со стороны женщин (доверяют не

более 2/3 ответивших женщин). Уровень доверия к литературным источникам примерно такой же, но в этом случае достоверность информации большинства СМИ вызывает сомнения.

4.5 Влияние возраста введения ДПП на длительность ГВ

Возраст введения фактически всех ДПП умеренно положительно коррелировал с длительностью ГВ в обеих группах (таблица 55). В группе I наибольшая корреляция длительности ГВ выявлена с возрастом введения коровьего молока ($r_s=0,55$, $P<0,001$), молочной смеси ($r_s=0,52$, $P<0,001$), кефира ($r_s=0,45$, $P<0,001$) и каши ($r_s=0,40$, $P<0,001$). В группе II – с возрастом введения смеси ($r_s=0,42$, $P<0,001$) и творога ($r_s=0,41$, $P<0,001$).

Таблица 55 Корреляция длительности ГВ с возрастом введения ДПП

Факторы	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Соки и/или фрукты	249	0,23	<0,001	337	0,38	<0,001	0,049
Каши	237	0,40	<0,001	336	0,37	<0,001	0,680
Овощи	220	0,22	0,001	340	0,35	<0,001	0,104
Мясо	203	0,18	0,009	311	0,33	<0,001	0,077
Желток	170	0,13	0,087	251	0,34	<0,001	0,026
Творог	188	0,22	0,003	277	0,41	<0,001	0,026
Кефир	188	0,45	<0,001	224	0,37	<0,001	0,335
Коровье молоко	94	0,55	<0,001	65	0,12	0,327	0,003
Смесь	132	0,52	<0,001	127	0,42	<0,001	0,307

Оценка влияния сроков введения ДПП до 4 месяцев (4,0 (2,0; 11,0) месяца в группе I и 6,0 (3,0; 12,0) месяцев в группе II, $P=0,099$), в 4–5 месяцев (10,0 (6,0; 16,0) и 13,0 (10,0; 17,5) месяцев соответственно, $P=0,032$) и после 6 месяцев (14,0 (10,0; 19,0) и 16,0 (12,0; 24,0) месяцев соответственно, $P=0,161$) показала увеличение длительности ГВ при введении в рацион ДПП в более старшем возрасте (таблица 56).

Таблица 56 Длительность ГВ и возраст введения ДПП

Возраст введения ДПП	Группа I		Группа II		P ₁ *
	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	n	Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев	
< 4 месяцев	186	4,0 (2,0; 11,0)	102	6,0 (3,0; 12,0)	0,099
4–5 месяцев	55	10,0 (6,0; 16,0)	96	13,0 (10,0; 17,5)	0,032
С 6 месяцев	37	14,0 (10,0; 19,0)	154	16,0 (12,0; 24,0)	0,161
P ₂ **	<0,001		<0,001		
* P ₁ Различия между группой I и группой II. ** P ₂ Внутригрупповые различия.					

Факт введения докормов детям в обеих группах был отрицательно связан с длительностью ГВ (таблица 57). Длительность лактации отрицательно коррелировала с использованием в качестве докорма молочной смеси в обеих группах ($r_s =$ минус 0,17, $P=0,005$ в группе I и $r_s =$ минус 0,41, $P<0,001$) и кефира в группе II ($r_s =$ минус 0,11, $P=0,044$). В противоположность этому стимуляция всеми способами лактации без введения докорма положительно коррелировала с длительностью ГВ ($r_s=0,25$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,24$, $P<0,001$ в группе II) в обеих группах ($P=0,895$).

Таблица 57 Корреляция длительности ГВ с введением докорма

Показатель	Группа I			Группа II			P
	n	r_s	P	n	r_s	P	
Смесь	276	—0,17	0,005	353	—0,41	<0,001	0,001
Кефир	276	—0,09	0,133	353	—0,11	0,044	0,803
Стимуляция лактации	276	0,25	<0,001	353	0,24	<0,001	0,895

Таким образом, одной из весомых в обеих группах является корреляция длительности лактации с возрастом введения ДПП ($r_s=0,48$, $P<0,001$ в группе I и $r_s=0,51$, $P<0,001$ в группе II). Возраст введения продуктов прикорма достоверно положительно коррелировали с длительностью ГВ, в то же время введение докорма уменьшало этот показатель в обеих группах. Всевозможные методы сти-

муляции лактации и введение ДПП в возрасте 6 месяцев позволяют увеличить лактационный период.

4.6 Перспективы поддержки ГВ в регионе

В группе «Беременные» только уровень образования родителей был ниже, чем у матерей в группе I (у кого-либо из родителей в семье 42,4 и 55,8% соответственно, $\chi^2=15,73$, $P<0,001$). Все остальные социально-демографические факторы не различались. Поскольку в группе I наличие высшего образования в семье статистически значимо влияло на оцениваемые показатели ГВ, в перспективе среди женщин в группе «Беременные» следует ожидать меньшую длительность лактации и более ранний возраст введения ДПП. Наличие второго и более ребенка в обеих группах встречалось с одинаковой частотой (68,5% среди беременных и 64,8% в группе I, $\chi^2=1,38$, $P=0,241$). Опыт кормления предыдущих детей будет положительно влиять на длительность лактации. Возраст женщины на момент рождения ребенка не влияет на показатели ГВ.

Корреляции дородового обучения с длительностью лактации и сроками введения ДПП среди матерей в группе I отсутствовали. Обучение не влияло ни на длительность ГВ, ни на сроки введения ДПП. Кроме того, подготовка у медицинских работников была отрицательно связана со сроком введения ДПП, а корреляции с длительностью ГВ вообще не было. Уровень дородового обучения «Беременных» и матерей в группе I не различался (41,7% среди беременных и 39,9% в группе I, $\chi^2=0,29$, $P=0,587$). Этот факт показывает отсутствие каких-либо положительных изменений в системе дородовой подготовки будущих матерей в нашем регионе за последние 8-10 лет. Также на это указывает сохранение на прежнем низком уровне среди «Беременных» частоты обучения на курсах по ГВ в сравнении с группой I (9,4 и 5,1% соответственно, $\chi^2=1,91$, $P=0,153$) и снижение участия медицинских работников в подготовке женщин (44,4 и 63,8% соответственно, $\chi^2=12,75$, $P=0,003$). Значение родственников в поддержке будущих матерей осталось на прежнем уровне (14,4 и 14,1% соответственно, $\chi^2=0$, $P=1,0$).

Среди теоретических факторов «Беременные» в той же степени, что и матери группы I, были информированы о пользе молозива (84,1% среди беременных и 79,8% в группе I, $\chi^2=2,63$, $P=0,105$), отличии женского молока от коровьего (94,3 и 95,5% соответственно, $\chi^2=0,60$, $P=0,438$) и его вреде для младенца (47,5 и 50,8% соответственно, $\chi^2=0,93$, $P=0,336$), влиянии ГВ на здоровье ребенка (84,9 и 87,3% соответственно, $\chi^2=1,04$, $P=0,308$), необходимости свободного вскармливания (53,0 и 52,6% соответственно, $\chi^2=0,01$, $P=0,909$). Из них знание о влиянии ГВ на здоровье ребенка было положительно связано с показателями ГВ и увеличивало длительность ГВ и возраст введения ДПП. Опрошенные в группе «Подростки» в меньшей степени, чем «Беременные», были информированы о пользе молозива (18,4 и 84,1% соответственно, $\chi^2=375,75$, $P<0,001$), положительном влиянии ГВ на здоровье ребенка (76,5 и 84,9% соответственно, $\chi^2=9,77$, $P=0,002$) и вреде цельного коровьего молока для младенцев (31,9 и 47,5% соответственно, $\chi^2=22,20$, $P<0,001$), что указывает на отсутствие бытовой информированности по данным вопросам у населения. По теоретическим вопросам, связанные с опытом кормления детей, девочки вполне объяснимо отвечали значительно хуже «Беременных» и матерей в группе I: знали об отсутствии влияния размеров и формы молочной железы на лактацию (26,4, 67,6 и 77,1% соответственно), времени первого прикладывания (61,7, 75,9 и 88,5% соответственно). Знания об отличии коровьего молока от женского были высокими и не различались (91,1% школьницы, 94,3% беременные и 95,5% матери в группе I), поскольку являются общепринятыми.

Матери в группе I чаще, чем «Беременные», положительно отвечали на те теоретические вопросы, которые непосредственно связаны с опытом кормления их детей. В частности: знали об отсутствии влияния размера и формы молочных желез на лактацию (77,1% среди матерей и 67,6% среди беременных, $\chi^2=9,90$, $P=0,002$), как стимулировать лактацию (87,2 и 64,7% соответственно, $\chi^2=59,20$, $P<0,001$) и необходимости раннего первого прикладывания (88,5 и 75,9% соответственно, $\chi^2=19,95$, $P<0,001$). При этом «Беременные» чаще счита-

ли необходимым регулярное сцеживание (92,0% беременных и 83,0% матерей группы I, $\chi^2=15,96$, $P<0,001$), что отрицательно влияет на показатели ГВ.

Матери группы I и «Беременных» указали одинаковый возможный период ГВ (12,0 (12,0; 12,0) и 12,0 (12,0; 12,0) месяцев соответственно, $P=0,050$), но более длительный возможный период ИГВ (6,0 (4,0; 7,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$). Для «Беременных» это предполагает меньший настрой на кормление исключительно грудным молоком, поскольку теоретические длительности ИГВ положительно коррелировала с показателями лактации. «Подростки» назвали такую же возможную длительность лактации, что и «Беременные» (12,0 (10,0; 12,0) месяцев у школьниц и 12,0 (12,0; 12,0) месяцев у беременных, $P=0,755$), что отражает отсутствие акцентирования внимания у женщин при дородовой подготовке на рекомендуемую ВОЗ длительность ГВ. Девочки позже матерей в группе I и беременных предлагали вводить ДПП (6,0 (4,0; 12,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$).

Информированность матерей в группе I об объективных методах оценки лактации была недостаточной. Среди беременных также отмечается отсутствие знаний о частоте мочеиспусканий (0,9% в группе I и 3,0% среди беременных, $\chi^2=3,70$, $P=0,054$), как объективном признаке гипогалактии. Каждая третья беременная женщина назвала прибавку массы тела в качестве объективной оценки лактации, что выше, чем у матерей в группе I (12,3% в группе I и 33,1% среди беременных, $\chi^2=42,72$, $P<0,001$). Поскольку в группе I объективная оценка лактации была в наибольшей степени связана с показателями ГВ, в работе с беременными этому следует уделять особое внимание.

Низкой среди «Беременных» была информированность о необходимости стимуляции лактации при гипогалактии (13,3% среди беременных и 13,4% в группе I, $\chi^2=0$, $P=0,952$). При этом «Беременные» чаще матерей группы I предполагали вводить в качестве докорма смесь (55,8 и 34,5% соответственно, $\chi^2=40,24$, $P<0,001$). Каждая пятая женщина в группах I и «Беременные» предполагала перевести ребенка на смесь при гипогалактии (19,6 и 18,3% соответственно, $\chi^2=0,24$, $P=0,622$).

«Беременные» достаточно хорошо знают, что оптимальным питанием для младенца является ГМ (86,7% в группе I и 91,7% среди беременных, $\chi^2=5,56$, $P=0,018$) и в меньшей степени АС (14,2 и 7,6% соответственно, $\chi^2=9,63$, $P=0,002$). Девочки также часто, как «Беременные», считали ГМ оптимальным питанием ребенка (92,2 и 91,7% соответственно, $P=0,841$) и с меньшей частотой называли смесь (4,9 и 7,6% соответственно, $\chi^2=2,88$, $P=0,090$).

Положительным является то, что «Беременные» называли больший возраст возможного введения ДПП, чем матери в группе I (4,0 (3,0; 6,0) месяца среди беременных и 3,0 (1,0; 4,0) месяца в группе I, $P<0,001$). В то же время, при оценке сроков введения отдельных продуктов «Беременные» и матери в группе I назвали одни и те же сроки. Соответственно возраст введения каши указали 5,0 (3,0; 6,0) и 5,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,448$; овощей – 5,0 (4,0; 6,0) и 5,0 (4,0; 6,0), $P=0,052$; мяса – 7,0 (6,0; 8,0) и 7,0 (6,0; 8,0) месяцев, $P=0,495$; желтка – 6,0 (4,0; 6,0) и 6,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,864$; творога – 6,0 (4,0; 6,0) и 6,0 (4,0; 6,0) месяцев, $P=0,951$. В более позднем возрасте «Беременные» предлагали вводить соки/фрукты (4,0 (3,0; 6,0) месяца среди беременных и 3,0 (2,0; 5,0) месяца в группе I, $P<0,001$), коровье молоко (6,0 (3,0; 12,0) и 6,0 (3,0; 8,0) месяцев соответственно, $P=0,021$) и раньше, чем матери группы I, использование кефира в качестве питания (3,0 (2,0; 5,0) и 4,0 (3,0; 6,0) месяца соответственно, $P<0,001$). Необходимо отметить при этом, что возраст введения соков/фруктов, коровьего молока и кефира опрошенные женщины называют недопустимо ранний.

В нашем регионе источники информации по ГВ за последние 8–10 лет существенно не изменились. Как у матерей в группе I, так и у «Беременных», основными источниками информации являлись медицинские работники (66,4 и 62,0% соответственно, $\chi^2=1,85$, $P=0,174$), родственники (49,5 и 53,2% соответственно, $\chi^2=1,19$, $P=0,275$), знакомые (8,8 и 12,5% соответственно, $\chi^2=3,19$, $P=0,074$). «Беременные» в меньшей степени самообразовывались (11,3 и 7,2% соответственно, $\chi^2=3,88$, $P=0,049$) и использовали литературу по питанию детей (59,2 и 25,9% соответственно, $\chi^2=98,22$, $P<0,001$) в качестве источника инфор-

мации. При этом в одинаковой степени в обеих группах доверяли информации по ГВ, исходящую от медицинских работников (62,2 и 57,6% соответственно, $\chi^2=1,87$, $P=0,172$) и родных (44,1 и 45,8% соответственно, $\chi^2=0,25$, $P=0,615$). Для девочек медицинские работники по объективным причинам фактически не являлись источниками информации (4,7%). У «Беременных» частота использования литературы в качестве источника информации по питанию младенца была такой же низкой, как и у школьниц (20,6 и 25,9% соответственно, $\chi^2=3,48$, $P=0,062$).

«Беременные» в большей степени считали нужной дополнительную информацию по ГВ (78,0% в группе I и 84,3% среди беременных, $\chi^2=5,44$, $P=0,020$), которую ожидали от медицинских работников (82,8 и 60,4% соответственно, $\chi^2=446,64$, $P<0,001$), специалистов по ГВ (11,4 и 11,8% соответственно, $\chi^2=0,03$, $P=0,853$) и из литературы (14,9 и 12,3% соответственно, $\chi^2=62,08$, $P<0,001$). Среди девочек 79,6% считали необходимым обучение правилам кормления детей и 64,7% были согласны получать эту информацию в старших классах. Большинство девочек (76,1%) планируют кормить своего ребенка в будущем. «Беременные» планировали кормить своего будущего ребенка чаще школьниц (99,3 и 76,1% соответственно, $\chi^2=107,55$, $P<0,001$).

Таким образом, менее образованные женщины в группе «Беременные» получили такую же дородовую подготовку по ГВ, как и матери в группе I. Учитывая это и недостаточный уровень бытовой осведомленности населения, планировать более высокие показатели ГВ в ближайшие несколько лет в регионе проблематично. Этому способствуют отсутствие эффективной дородовой подготовки женщин по принципиальным теоретическим вопросам ГВ. Однако перспективным является усиление роли медицинских работников в процессе подготовки женщин к лактации и просвещению населения, поскольку в нашем регионе сохраняется высокий уровень доверия к первым. Кроме того, у будущих матерей до и во время беременности есть потребность в обучающей информации.

Глава 5 Обсуждение

Создание «доминанты лактации» начинается задолго до рождения ребенка. К периоду беременности женщины уже имеют общие представления, которые складываются из общепринятых взглядов на кормление ребенка среди населения. В период беременности целенаправленная подготовка к ГВ позволяет адекватно реализовать эту возможность матери в первый год жизни ребенка.

В представленной работе проведен анализ фактических показателей ГВ, уровня информированности женщин по вопросам питания младенцев в регионе и определено влияние ряда предикторов на длительность ГВ и сроки введения ДПП. Для этого был проведен опрос 1724 респондентов. Опрошенные были разделены на четыре группы.

В группу I вошли 444 матери, в группу «Беременные» 432 женщины в третьем триместре беременности или в первые 2-3 дня после родов и в группу «Подростки» 451 девочка-подросток. Все опрошенные из этих групп проживали в городах юга Кузбасса. В группу II вошли 397 русскоговорящих матерей, проживающих в городах России, ближнем и дальнем зарубежье, которые были опрошены виртуально через Интернет и Фидонет. В группе I 80,0% детей рождены в период с 1994 по 2003 год, в группе II в период с 2001 по 2006 год

Первые три группы целенаправленно сформированы для оценки фактических показателей ГВ в регионе, уровня подготовки беременных женщин к предстоящей лактации и уровня бытовой осведомленности девочек о предстоящем материнстве. Большинство детей в группе I рождены на 8–10 лет раньше (с 1994 по 2003 год), чем планируются роды среди беременных (с 2002 по 2007 год). Девочки в перспективе могут стать матерями через 5 лет, поскольку оптимальный для рождения ребенка они назвали 20 (20,0; 22,0) лет. Эти группы представляют собой три поколения настоящих и будущих матерей, проживающих в равных социально-экономических условиях и получающих информацию по питанию младенцев из одних и тех же источников. Группа II представляет

собой виртуально сформированную модель, в которой женщины имели заведомо более высокие образовательный уровень, показатели ГВ и были лучше информированы в вопросах питания младенцев, по сравнению с опрошенными женщинами и девочками юга Кузбасса. Кроме того, в группе II матери были заинтересованы в ГВ и целенаправленно находили информацию по этому вопросу. В этой группе большая часть детей рождена в период с 2001 по 2006 год.

В настоящее время не определены единые международные стандарты описывающие состояние ГВ во многих странах. В России наряду с частью рекомендуемых ВОЗ показателей используются определение доли детей на ГВ и частоты ГВ в возрастных периодах [2, 127]. Поэтому в нашем исследовании показатели лактации представлены с различных позиций. Однако для определения предикторов ГВ и оценки ситуации в регионе нами были использованы наиболее доступные и не вызывающие сомнений индикаторы – длительность лактации и возраст введения ДПП. Остальные использовались только для сравнения между группами.

С 2000 года в России используются показатели доли детей, находившихся на ГВ от 3 до 6 месяцев, и доли детей, находившихся на ГВ от 6 месяцев до 1 года, к числу детей, достигших возраста 1 года. Наряду с этими показателям в работах Российских авторов используются и другие. По нашим данным в группе I доля детей, находившихся на ГВ от 3 до 6 месяцев, составила 23,40% и от 6 до 12 месяцев – 57,80%. Эти показатели лучше результатов по России, которые в 2008 году составили 40,8 и 39,3% соответственно [33]. Так же они выше соответствующих показателей по всей Кемеровской области, где доля детей на ГВ в 2003 году составила соответственно 35,8 и 30,3%. Российские авторы в своих исследованиях отмечают данные сопоставимые с полученными нами результатами: доля детей на ГВ с 3 до 6 месяцев составляет 24–63,4% и с 6 до 12 месяцев 31–70,5%. Наиболее высокие показатели получены нами в группе II – 9,55 и 83,99% соответственно [2, 3, 7, 29, 30, 33, 40, 41, 50, 64].

Рекомендуемые ВОЗ показатели позволили более детально оценить результаты нашего исследования. По нашим данным распространенность ИГВ в

регионе крайне низкая и составляет в возрасте 1 месяц 6,6% с уменьшением к 6 месяцам до 2,5%. Это ниже показателей, которые приводят российские авторы: в 1 месяц 13,1% и в 4 месяца 2–42%. Тем более, они не сопоставимы с показателями в регионах, где активно внедряется Инициатива БДР. Там частота ИГВ достигает 70–90% (Абольян Л.В., 2005, 2006, Корсунский А.А., 2004). Все показатели ГВ в группе II превышают данные по России. В частности, частота ИГВ в 1 месяц составила 58,5% и в 6 месяцев – 33,9%, что в конечном итоге способствует достижению длительности лактации 13,0 (7,0; 19,0) месяцев (14,6±10,2 месяца). Эти показатели в группе II сопоставимы с данными зарубежных авторов. Так в исследованиях. Ludvigsson J.F (2003), Agampodi S.B. (2007), Taveras E.M. (2004) частота ИГВ достигала 75–85% в первые 3 недели, 40–49% в 1–2 месяца, 46–61,6% у детей до 4 месяцев и 15,5–25% в возрасте 6 месяцев. Ряд других зарубежных авторов указывают на более низкие показатели: к 2 неделям частота ИГВ составляла 26,6%, в 3 месяца – 31,5%, в 4 месяца – 1,5–5,9% и в 6 месяцев менее 1–11%. Среди детей на ИГВ до 6 месяцев длительность лактации достигает 11–13 месяцев. Длительность ГВ в учреждениях БДР достигает 8–12,4 месяцев. Длительность ГВ в нашем регионе составила 9,3±8,0 месяца (6,0 (3,0; 14,0) месяцев), что больше длительности по России – 6,2 месяца (в среднем от 3,4 до 9 месяцев). При этом в во всем мире женщины кормят грудью в среднем 15,7 месяца (от 5,9 месяца в Европе до 26,1 месяца в странах Юго-Восточной Азии) [1, 2, 7, 8, 20, 22, 30, 41, 68, 75, 81, 86, 89, 109, 111, 139, 140, 146, 149, 166, 168].

Распространенность ГВ в регионе составила 98,6% в 1 месяц с уменьшением до 57,8% к 6 месяцам и до 35,1% к 1 году. Этот показатель существенно не отличался от общероссийского (в 1 месяц – 88,6–98,0%, в 6 месяцев – 28–72% и в год 7,6–67,0%) и был выше данных 2005 года в США (в 1 месяц – 68,0%, в 3 месяца – 56,8%, в 6 месяцев – 43,1%, в 9 месяцев – 29,1%, в 1 год – 21,4%). В группе II распространенность ГВ была наиболее высокой и составила в 1 месяц 98,9%, в 6 месяцев – 84,0% и в 1 год – 61,5% [6, 7, 8, 34, 40, 41, 50, 62, 68, 89, 111, 152, 157, 166, 168].

В регионе более 70% детей получают ДПП ранее 4 месячного возраста, что превышает показатели по России, составляющие 3,3–60%. Также частота введения ДПП до 6 месяцев (89,1%) выше результатов в исследованиях. Абольян Л.В и др. (2005, 2006), Васильевой О.А. и др. (2002) и Джумагазиев А.А. и др. (2004), которые отмечают введение различных ДПП ранее полугодя с частотой от 2,6 до 77%. Своевременное введения ДПП в возрасте 6–9 месяцев в регионе отмечается только у 10,3%, что значительно отличается от фактических показателей во всем мире и рекомендуемых ВОЗ. В частности, в среднем 51% детей во всем мире начинают получать ДПП в возрасте 6–9 месяцев (от 44–45% в странах Американского континента, Азии и Европе до 60–69% в странах Африки). Уровень допаивания детей на ГВ в регионе не отличается от российских данных (10–100%). В группе II только 28,6% детей получали ДПП до 4 месяцев и в возрасте 6–9 месяцев – 42,0% [1, 7, 8, 9, 22, 39, 50, 67, 78, 111, 168, 173].

Оценивая показатели ГВ в нашем регионе, мы получили неоднозначные данные. С одной стороны, доля ГВ и длительность были выше, а распространенность ГВ сопоставима с соответствующими показателями по России. С другой стороны, частота ИГВ в различные возрастные периоды была крайне низкой по сравнению с российскими и международными данными, что связано с ранним введением матерями ДПП и частым допаиванием ребенка. При этом положительные корреляционные связи между длительностью лактации и возрастом введения ДПП были значимы практически для всех продуктов. Особенно высокими эти связи были для жидких молочных продуктов (кефир $r_s=0,45$, коровье молоко $r_s=0,55$ и смесь $r_s=0,52$, для всех $P<0,001$). Факт введения в рацион ребенка молочной смеси отрицательно коррелировал с длительностью лактации ($r_s=$ минус 0,17, $P<0,001$). Эти связи так же были отражены в более длительной лактации у матерей, которые ввели ДПП после 6 месяцев по сравнению с введением до 4 и 4–5 месячного возраста ($P<0,001$). Аналогичные данные приводит в своем исследовании Hörnell A. et al. (2001) и получены нами в группе II [124]. Необходимо отметить, что принятый в России расчет доли ГВ в различные возрастные периоды указывают только на факт кормления ребенка

ГМ в определенном возрастном периоде, но не отражает в полной мере качественной адекватности рациона ребенка в данном возрасте. Например, не будет различий в показателях между детьми в возрасте 3–6 месяцев, одни из которых получали исключительно ГМ, а вторые – ГМ и докорм смесью или коровьим молоком. Это в полной мере отражено в нашем исследовании. В частности, в регионе при достаточно высоких показателях доли ГВ в возрасте 6–12 месяцев, частота допаивания и недопустимо раннего введения ДПП были высокими. В группе II все показатели ГВ приближаются к рекомендованным ВОЗ, что позволяет использовать данную группу, как модель для определения предикторов успешной лактации.

Уровень подготовки будущих матерей в группе «Беременные» существенно не отличался от уровня подготовки женщин в группе I, рожавших 8–10 лет назад. Так дородовое обучение основам ГВ было только у 41,7% беременных и 39,9% в группе I ($P=0,587$) при снижении участия медицинских работников в процессе подготовки будущих матерей – 44,4% среди беременных и 63,8% среди матерей группы I. Уровень доверия к медицинским работникам был сопоставим среди этих женщин (62,2% в группе I и 57,6% среди беременных, $P=0,172$). Также уровень теоретических знаний не отличался по большинству вопросов. Настрой беременных на оптимальные сроки ИГВ и ГВ был ниже, чем у матерей группы I. Всего 3,0% беременных знали о частоте мочеиспусканий у ребенка, как наиболее доступной объективной оценке лактации в домашних условиях. Каждая третья беременная назвала оценку прибавки массы тела с этой же целью. Только 13,3% знали о необходимости стимуляции лактации при гипогалактии, но более половины предлагали вводить докорм смесью и каждая пятая – перевести ребенка на ИВ. Предполагаемые сроки введения основных продуктов прикорма у беременных не отличались от матерей группы I. Несмотря на то, что беременные назвали более поздний, чем женщины группы I, возможный возраст введения неадаптированных молочных продуктов, он был недопустимо низким (менее 5 месяцев). Женщины в обеих группах пользовались одинаковыми источниками информации. Однако беременные значительно

реже самостоятельно изучали информацию по ГВ и использовали для этой цели литературу.

Уровень бытовой осведомленности по вопросам питания младенца среди старшеклассниц был сопоставим с беременными. Девочки хуже отвечали на вопросы, связанные с непосредственной подготовкой к ГВ, которая формирует доминанту лактации у беременных. Это объясняется объективными причинами, как и то, что медицинские работники для девочек не являлись источниками информации по ГВ. Респонденты в этих группах были достаточно заинтересованы в получении информации по ГВ (79,6% школьниц и 84,3% беременных). Причем 64,7% девочек были готовы получать эту информацию уже в старших классах. Ряд авторов отмечает необходимость информирования девочек-подростков по вопросам ГВ, что в целом может улучшить ситуацию по ГВ в будущем [79, 109, 135, 148, 170].

Таким образом, определение факторов, связанных со сроками введения ДПП и длительностью лактации, позволит акцентировать внимание будущих матерей в период дородовой подготовки на вопросы ГВ. Также решение многих вопросов по ГВ у кормящих матерей позволит достичь в регионе рекомендуемых ВОЗ показателей ГВ, которые направлены на достижение возможно высшего уровня здоровья, как указано в Конвенции о правах ребенка [14].

Среди факторов, связанных с длительностью ГВ и сроками введения ДПП, нами были выделены следующие: социально-демографические, теоретические, практические и информационные. Также проведена оценка связи сроков введения различных пищевых продуктов с длительностью лактации. Определены наиболее значимые факторы, влияющие на длительность лактации и возраст введения ДПП.

Корреляции социально-демографических факторов с длительностью ГВ и возрастом введения ДПП были слабыми среди матерей и не различались между группами. Наличие высшего образования в семье положительно влияло на длительность лактации и сроки введения ДПП в обеих группах. Так в группе I в семьях, где хотя бы один из родителей был с высшим образованием, длитель-

ность ГВ достигала 8,0 (4,0; 15,0) месяцев ($10,4 \pm 7,9$ месяца) против 4,0 (2,5; 12,0) месяцев ($8,0 \pm 7,9$ месяцев) в менее образованных семьях. В группе II эти показатели были соответственно 13,0 (8,0; 19,0) месяцев ($14,8 \pm 10,1$) и 5,0 (2,0; 12,0) месяцев ($8,3 \pm 8,5$ месяца). При этом у менее образованных женщин эти показатели не различались между группами, а у женщин с высшим образованием в группе II они были значимо выше, чем у образованных матерей в группе I. Длительность лактации была выше у матерей группы I, имеющих опыт кормления предыдущих детей, но не достигала показателей в группе II (8,0 (3,0; 18,0) месяцев ($10,6 \pm 8,4$) и 15,0 (9,0; 22,0) месяцев ($15,9 \pm 9,8$) соответственно, $P=0,001$). Опыт кормления предыдущих детей не влиял на сроки введения ДПП в обеих группах при более высоких значениях этого показателя в группе II. Нами не было найдено какого-либо значимого влияния возраста матери на длительность ГВ и сроки введения ДПП в каждой группе. Однако среди матерей до 20 лет эти показатели статистически не различались между группами, в то время как в последующие возрастные периоды матери в группе II кормили дольше и вводили ДПП в более позднем возрасте по сравнению с группой I. Подобные данные приводят. Васильева О.А (2002), Джумагазиев А.А. (2004), Ahluwalia I.B. (2005), Al Tajir G.K. (2006), Ertem I. et al. (2001), Hoddinott P. и Pill R. (1999), Wachs T.D et al. (2005), Wagner C.L. et al. (2006) и другие авторы [2, 7, 9, 16, 45, 50, 56, 62, 68, 70, 72, 82, 85, 87, 102, 108, 109, 111, 123, 124, 139, 140, 143, 165].

Теоретические факторы в группе I чаще были незначимыми в отличие от группы II, где они практически все коррелировали как с длительностью лактации, так и со сроками введения ДПП. Также не было связи в группе I между информированностью матерей об оптимальном питании и длительностью ГВ. Но оценка смеси и кефира, как оптимального питания для ребенка первого года жизни, была значимо отрицательно связана со сроками введения ДПП. Желание кормить ребенка грудью слабо коррелировало только с длительностью лактации в группе I. Влияние «доминанты лактации» на длительность ГВ отмечают в своих исследованиях зарубежные авторы. Так показано, что неуверенность в предстоящей лактации уменьшает частоту ГВ в 6–12 месяцев, мнение о допу-

стимости замены ГМ молочной смесью приводит к раннему докорму и допаиванию. Среди тех матерей, которые планировали до родов кормить своего ребенка, была выше вероятность ГВ в 1 месяц, большинство кормили грудью какое-то время, и в 6 месяцев более 60% детей были на ИГВ [70, 71, 81, 85, 86, 109, 114, 122, 139, 149]. Желанность ребенка в группе I не была связана с длительностью лактации и сроком введения ДПП. При этом предполагаемая возможная длительность ИГВ и ГВ положительно коррелировали с соответствующими показателями. В группе II фактически все теоретические показатели значимо коррелировали с длительностью ГВ и сроками введения ДПП. Но так как эти связи были в основном слабые и умеренные, большинство из них статистически не различалось от аналогичных показателей группы I. При этом сумма правильных ответов в равной мере ($P=0,504$) умеренно коррелировала с длительностью ГВ в обеих группах.

Длительность лактации и сроки введения ДПП умеренно коррелировали с практическими факторами. Нами не была выявлена связь раннего прикладывания с длительностью лактации в обеих группах ($r_s =$ минус 0,02, $P=0,769$ в группе I и $r_s =$ минус 0,04, $P=0,552$ в группе II), несмотря на достаточно высокий процент информированности матерей по этому вопросу (88,5 и 96,9% соответственно). Такое положение связано с относительно низкой фактической реализацией этих рекомендаций (37,7 и 60,7% соответственно) и наличием множества других факторов, влияющих на лактацию. Это отражает общую ситуацию в роддомах России, где по данным российских авторов частота раннего прикладывания составляет 44,4–80% [7, 11, 24, 28, 31, 43, 53, 56].

Несмотря на то, что в группе II значительно больше матерей положительно относились к свободному вскармливанию (52,6% в группе I и 87,6% в группе II, $P<0,001$) и кормили по этому режиму (54,1% и 93,7% соответственно, $P<0,001$), корреляции длительности лактации с теоретическими знаниями по этому вопросу и фактической реализацией не отличались между группами ($P=0,462$ для теоретической и $P=0,447$ для фактической корреляции). Показатели по региону фактически совпадают с теми, которые приводят в своих иссле-

дованиях Абольян Л.В. (2006), Лукушкина Е.Ф. и др. (2002) – 50–57% [1, 2, 51]. При оценке длительности лактации и возраста введения ДПП в группе I нами был получен положительный эффект влияния на эти показатели только практической реализации режима свободного вскармливания. Так на фактическом свободном вскармливании длительность ГВ составила 12,0 (4,0; 18,0) месяцев (12,1±9,1 месяца) против 6,0 (3,0; 13,0) месяцев (8,5±7,0 месяца) при редких кормлениях ($P=0,007$) и возраст введения ДПП соответственно 3,0 (2,0; 5,0) месяца (3,2±2,0 месяца) против 2,0 (1,0; 3,0) месяцев (2,5±1,5 месяца) ($P=0,002$).

Теоретические знания об отсутствии необходимости регулярных сцеживаний [11, 24, 28, 31, 43, 53, 56, 128, 169] в равной мере ($P=0,231$) были связаны с длительностью лактации, несмотря на более низкий уровень знаний в группе I (52,6% знали в группе I и 87,6% в группе II, $P<0,001$). Однако фактическая реализация этих знаний значимо выше ($P=0,005$) была связана с длительностью ГВ в группе II ($r_s=0,08$, $P=0,210$ в группе I и $r_s=0,29$, $P<0,001$ в группе II), поскольку в ней регулярно сцеживались только 15,8% в отличие от 74,1% матерей в группе I. Соответственно в группе II отсутствие необоснованных сцеживаний значимо положительно влияло на длительность лактации – 6,0 (4,0; 12,0) месяцев (8,8±7,5 месяца) при регулярных сцеживаниях и 15,6±10,2 месяца при отсутствии необоснованных сцеживаний ($P<0,001$). В группе I этого влияние не было – 6,0 (3,0; 13,0) месяцев (8,9±7,9) и 7,0 (3,0; 15,0) месяцев (10,1±8,1 месяца) соответственно ($P=0,212$).

Высокая частота допаивания в группе I по сравнению с группой II (92,5% и 38,2% соответственно, $\chi^2=275,32$, $P<0,001$) уменьшала связь этого фактора с длительностью лактации ($r_s=0,10$, $P=0,118$ в группе I и $r_s=0,35$, $P<0,001$ в группе II, $P=0,001$) и возрастом введения ДПП в этой группе по сравнению с группой II ($r_s=0,16$, $P=0,001$ в группе I и $r_s=0,41$, $P<0,001$ в группе II, $P<0,001$). При этом отсутствие допаивания значимо увеличивало длительность лактации и возраст введения ДПП в обеих группах.

В группе I связь длительности ГВ и сроков введения ДПП была наибольшей с оценкой достаточности лактации. Причем, чем позднее возникали подо-

зрения на то, что ребенок голодает из-за гипогалактии, тем дольше была лактация и позже вводились ДПП ($r_s=0,50$, $P<0,001$ и $r_s=0,67$, $P<0,001$ соответственно). В группе II связи этих факторов с длительностью лактации были значительно слабее, а с возрастом введения ДПП сопоставимы. Жалобы на недостаток молока были несколько чаще в группе I (52,4% в группе I и 45,6% в группе II, $\chi^2=3,86$, $P=0,049$). Аналогичные данные приводят как российские (от 38,1 до 83%), так и зарубежные (от 20 до 59,1%) авторы (Абольян Л.В., 2005, 2006, Васильева О.А., 2002, Джумагазиев А.А., 2004, Фурцев В.И., 2003, Ahluwalia I.V., 2005, Labarere J., 2005, Marques N.M. et al., 2001), которые в своих исследованиях указывают жалобу на недостаток ГМ, как одну из основных причин докорма [1, 2, 3, 9, 50, 64, 70, 81, 106]. Возраст возникновения таких жалоб в нашем исследовании не отличался между группами (2,0 (1,0; 3,0) месяца ($2,5\pm 1,7$ месяца) в группе I и 2,0 (1,0; 3,0) месяца ($2,4\pm 1,8$ месяца) в группе II, $P=0,469$). При этом уровень объективизации гипогалактии по адекватным прибавкам массы тела и суточной частоты мочеиспусканий был достаточно низкий, особенно в группе I, где вместе два объективных и доступных признака гипогалактии не назвала ни одна женщина (0 в группе I и 24,6% в группе II, $\chi^2=86,57$, $P<0,001$). Наши данные совпадают с результатами исследования Джумагазиева А.А (2004), где этот уровень составил 2,4% [50]. Кроме этого в обеих группах было названо более 30 недостоверных признаков гипогалактии. С другой стороны, матери в обеих группах называли нормальные средние прибавки в массе тела, сопоставимые с рекомендациями ВОЗ (600 (500,0; 900,0) г ($636,2\pm 281,7$) и 500 (500; 700) г ($593,1\pm 192,8$ г) соответственно, $P=0,350$), но не использовали их для оценки достаточности лактации. В обеих группах в равной мере ($P=0,626$) длительность лактации умеренно коррелировала с возрастом введения ДПП, что объясняется вытеснением ГМ при более раннем введении прикорма или докорма.

Корреляция длительности лактации с возрастом введения ДПП была значимой, причем как с продуктами докорма, так и прикорма. Кроме того, в группе I факт введения в рацион ребенка в связи с возможным недостатком ГМ молоч-

ной смеси отрицательно коррелировал с длительностью лактации. В исследовании нами получена наибольшая длительность лактации в обеих группах при введении в рацион ребенка ДПП после 6 месячного возраста в сравнении с введением до 4 месяцев и в 4-5 месяцев ($P < 0,001$ для обеих групп). Такой результат вполне сопоставим с современными рекомендациями ВОЗ и зарубежных авторов о сроках введения ДПП [3, 5, 7, 12, 14, 17, 18, 23, 24, 25, 39, 45, 47, 53, 56, 57, 58, 67, 69, 83, 84, 105, 111, 116, 118, 120, 128, 135, 150, 167].

Источники информации по ГВ среди матерей группы I соответствовали данным российских и зарубежных исследователей: медицинские работники – 22,1–86,0%, родственники и знакомые – 16,9–66,7%, литература – 17,7–72,1%. При этом наибольшим доверием пользовались медицинские работники и родственники, что также не отличается от данных, приводимых различными авторами [1, 2, 50, 51, 78, 109, 140, 146, 153; Абольян Л.В. и др., 2004]. В группе I ни один источник информации не был связан ни с длительностью лактации, ни со сроками введения ДПП. Кроме того, дородовое обучение также не коррелировало с этими показателями. Причем обучение у медицинских работников было отрицательно связано с возрастом введения ДПП. Недостаточный и неадекватный уровень дородовой подготовки подтверждается также достоверными отрицательными корреляциями длительности ГВ и возраста введения ДПП с информацией, исходящей от медицинских работников. Показательным является отсутствие различий между обученными и необученными матерями группы I в длительности ГВ и возрасте введения ДПП (7,0 (3,0; 14,0) месяцев (9,3±7,9 месяца) среди необученных и 6,0 (3,0; 15,0) месяцев (9,4±8,2 месяца) среди обученных, $P=0,964$). Причем по сравнению с соответствующими категориями матерей в группе II эти показатели были также недопустимо низкими. Подобные результаты приводит в своем исследовании Абольян Л.В. (2006). По её данным, несмотря на то, что показатели информированности о ГВ до родов достигают 78–90% и более, в 25–70% случаев информация носила только теоретический характер. Кроме того, в 60–64% случаев акушерские стационары не информировали матерей об имеющихся возможностях получения последующей помощи

по вопросам ГВ. Это подтверждалось низкой информированностью матерей о сроках первого прикладывания (27,3%), кормлении по требованию (8,7%), ИГВ до 4–6 месяцев (10,1%). В нашем регионе были информированы о раннем прикладывании 88,5% и кормлению по требованию 52,6%. Однако собственного ребенка приложили в течение первых 30–40 минут только 37,7% и кормили по требованию 54,1% матерей [1, 2, 3, 22].

Для обучения беременных и кормящих матерей эффективными являются как индивидуальные (Kistin N. et al., 1990), так и групповые занятия. Большинство исследователей отмечают положительное влияние дородового обучения и послеродовой поддержки женщин по вопросам ГВ на длительность лактации, сроки введения ДПП, частоту ИГВ и ГВ, профилактику гипогалактии и раннего прекращения ГВ. В то же время. Graffy I.O et al. (2004), de Oliveira D.et al. (2006) и Forster D.A. (2006) в своих исследованиях не получили ожидаемого эффекта от обучения среди малообеспеченных и малообразованных слоев населения. В системном обзоре Dyson L. et al. (2005) указывает на увеличение только инициации лактации среди таких женщин [1, 9, 16, 62, 71, 73, 75, 80, 82, 85, 87, 90, 104, 106, 109, 114, 117, 122, 123, 126, 132, 134, 139, 140, 143, 153, 154, 160, 161, 165]. Более низкий уровень образования женщин в группе I, по сравнению с группой II, и, тем более, еще более низкий уровень образования беременных женщин предполагает недостаточную эффективность обучающих программ и низкую длительность ИГВ, ГВ, раннее введение ДПП. Достаточно низкий уровень бытовой осведомленности девочек подростков о пользе качественного питания младенцев даже по сравнению с беременными отражает в целом отсутствие в обществе положительного отношения к ГВ. При этом девочки называли сопоставимые с женщинами показатели возможной длительности ГВ и сроков введения ДПП. Среди источников информации у матерей группы I и беременных в регионе преобладают родственники (49,5 и 53,2% соответственно, $\chi^2=1,19$, $P=0,275$) и медицинские работники (66,4 и 62,0% соответственно, $\chi^2=1,85$, $P=0,174$). Значительно реже использовалась литература в качестве источника информации у беременных и подростков в отличие от женщин (25,9,

20,6 и 59,2%). Интернет в качестве источника информации по питанию младенца использовался редко среди девочек и женщин в нашем регионе. При этом большинство девочек и беременных женщин считают необходимым информирование будущих матерей о питании младенца (79,6 и 84,3% соответственно).

Заключение

Отсутствие единых методов оценки лактации в различных странах не позволяет равноценно и однозначно трактовать и сравнивать показатели. Принятая в России оценка доли детей на ГВ в различные возрастные периоды не используется ни в одной стране. Эта методика позволяет только определить частоту прекращения ГВ в определенном возрасте, но не оценить адекватность питания младенцев. Несмотря на достаточно высокий показатель доли детей юга Кузбасса на ГВ в возрасте с 6 до 12 месяцев (57,8%) относительно российских данных в 2008 году (39,3%) и длительность ГВ в регионе более высокую ($9,3 \pm 8,0$ месяцев), чем в среднем по России (6,2 месяца), в нашем исследовании были получены низкие показатели частоты ИГВ, недопустимо раннее и неадекватное введения прикорма и докорма. Усугубляет эти показатели также отсутствие единого мнения о сроках и последовательности введения ДПП в России. Это в целом не способствует оптимизации питания младенцев. Оценивая эти же показатели в группе II, которая являлась моделью, нами получены данные, которые максимально приближающиеся и в ряде случаев превышающие, рекомендуемые ВОЗ.

В нашем регионе уровень дородовой подготовки беременных существенно не отличался от уровня подготовки матерей, рожавших 8–10 лет назад (41,7% и 39,9% соответственно были обучены, $P=0,587$). Бытовая осведомленность девочек-подростков была сопоставима с беременными. При этом как старшеклассницы, так и беременные женщины были заинтересованы в получение доступной информации по питанию младенцев.

Нами было установлено влияние ряда факторов на длительность ГВ и сроки введения ДПП среди матерей юга Кузбасса. В частности, нами определено положительное влияние на показатели ГВ высшего образования в семье, опыта кормления ребенка, отсутствия допаивания, раннего докорма и прикорма. Фактическая реализация знаний в большей степени влияет на показатели

ГВ, чем только теоретическое обучение. Также в исследовании показана недостаточная эффективность дородовой подготовки беременных и послеродовой поддержки матерей – отсутствие какого-либо влияния обучения на показатели ГВ, в том числе и у медицинских работников. При этом корреляционные связи большинства факторов с показателями ГВ в группе I либо отсутствовали, либо были незначимыми, но статистически не отличались от соответствующих корреляций в группе II, несмотря на большую частоту значимых связей в последней. Но оценка влияния отдельных факторов на показатели ГВ в группе II позволяют прогнозировать эффективность дородовой подготовки и послеродовой поддержки в нашем регионе при адекватной фактической реализации полученных знаний и поддержке матери обществом.

На государственном уровне необходима реальная информационно-методическая поддержка грудного вскармливания, как значимого компонента профилактической медицины. Необходимо определить единые для всех регионов России подходы к питанию младенцев, привести к международным стандартам оценку статистических показателей грудного вскармливания, ввести рекомендуемые ВОЗ/ЮНИСЕФ сроки введения ДПП у младенцев. В рамках государственной поддержки требуется введение в штатное расписание медицинских учреждений (женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник) консультантов по грудному вскармливанию, которые должны быть обучены и подготовлены на современном уровне поддержке беременных и кормящих женщин в вопросах питания младенцев.

Выводы

1. Среди матерей юга Кузбасса длительность грудного вскармливания составила 6,0 (3,0; 14,0) месяцев ($9,3 \pm 8,0$ месяца), исключительно грудного вскармливания – 4,0 (3,0; 6,0) месяца ($4,2 \pm 2,6$ месяца), возраст введения дополнительных пищевых продуктов – 3,0 (1,0; 4,0) месяца ($2,8 \pm 1,9$ месяца) и частота допаивания – 92,5%. Доля детей на грудном вскармливании в возрасте с 3 до 6 месяцев была 23,4% и с 6 до 12 месяцев – 57,8%.
2. Уровень информированности по питанию младенцев до родов достигал 39,9% среди матерей и 41,7% среди беременных. Информацию о питании младенцев от медицинских работников получали 60% и от своих родителей 50% женщин. Знания о грудном вскармливании среди девочек-подростков ограничены бытовым уровнем. Дородовая подготовка в вопросах питания младенцев в регионе существенно не изменилась за последние 8–10 лет.
3. Наиболее значимыми факторами, положительно влияющими на длительность лактации и сроки введения дополнительных пищевых продуктов, являются: наличие высшего образования; опыт кормления предыдущего ребенка; исключение допаивания, раннего докорма и прикорма; адекватная оценка достаточности лактации; отсутствие регулярных сцеживаний; свободное вскармливание.
4. Необходим дифференцированный подход к разработке программ поддержки ГВ в зависимости от уровня образования и базовой информированности специалистов и женщин. Следует акцентировать внимание на оптимальных сроках введения дополнительных пищевых продуктов, обучении методам объективной оценки достаточности лактации и её поддержки, исключении допаивания, поддержке свободного вскармливания.

Практические рекомендации

1. Акушерам-гинекологам необходимо информировать беременных женщин не только о теоретических основах и преимуществах грудного вскармливания, но и важной роли реализации практических факторов. Ввести в образовательные программы для женских консультаций и родильных домов информацию об отрицательном влиянии на лактацию допаивания, необоснованных регулярных сцеживаний, раннего введения жидких и плотных дополнительных пищевых продуктов. Следует акцентировать внимание беременных женщин на объективной оценке достаточности лактации по частоте мочеиспусканий и прибавкам массы тела; методах стимуляции и поддержки выработки грудного молока.
2. Участковыми врачами и медсестрами следует начинать поддержку кормящих матерей в первые дни после выписки из родильного дома. Необходимо уделять особое внимание оценке лактации по прибавкам массы тела не менее 500 г в месяц и частоте мочеиспусканий не менее 8–10 раз в сутки; сохранению свободного вскармливания не менее 10–15 раз в сутки в первые 3 месяца с дальнейшим уменьшением по требованию младенца; исключению регулярных допаиваний вплоть до введения плотной пищи в возрасте 6 месяцев и необоснованного докорма смесями. Следует настраивать матерей на кормление ребенка грудью до 1 года и более.
3. Центрам медицинской профилактики необходимо разработать для населения адаптированные и доступные информационные материалы, пропагандирующие положительное отношение к грудному вскармливанию. Эти материалы должны быть в печатном, электронном и аудиовизуальном вариантах и содержать информацию об анатомии и физиологии лактации, технике кормления грудью, правилах прикорма, о методах оценки лактации и ее поддержания, опасностях искусственного вскармливания.

4. Обучение медицинского персонала всех уровней в женских консультациях, родильных домах и детских поликлиниках организовать с учетом современных методов поддержки лактации, основанных на рекомендациях ВОЗ/ЮНИСЕФ и международных организаций, с последующим контролем знаний, сертифицированием. В медицинских учреждениях региона следует активно внедрять инициативу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», как наиболее доступную и эффективную программу поддержки грудного вскармливания.

Список использованной литературы

1. Абольян Л.В. Медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства первичного звена: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33: защищена 23.05.06. – М.: НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, 2006. – 50 с.
2. Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях Родовспоможения и детства: руководство для врачей. – М.: ММА им. И.М.Сеченова, 2005. – 110 с.
3. Абольян Л.В., Зубкова Н.З. Современные подходы к грудному вскармливанию ребенка // Лечащий врач. – 2005. – №1. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lvrach.ru/doctore/2005/01/4531961> (дата обращения 01.09.2009).
4. Бельмер С.В., Гасилина Т.В. Рациональное питание и состав кишечной микрофлоры // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 5. – С. 17–20.
5. Боровик Т.Э., Скворцова В.А., Нетребенко О.К. Прикорм в питании грудных детей // Педиатрия. – 2008. – Том 87. – № 4. – С. 79–85.
6. Боровикова М.П., Новицкая И.А., Е. И. Темникова Особенности работы по пропаганде грудного вскармливания в Калужской области // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 3. – С. 74–76.
7. Булатова Е.М. Вскармливание детей раннего возраста в современных условиях: автореф. ... дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09: защищена 12.12.05. – СПб.: ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», 2005. – 50 с.
8. Бутко Т.С., Пупышева Н.В. Состояние вскармливания детей грудного возраста в Волгоградской области: достижения и недостатки // Вопросы детской диетологии. – 2004. – т. 2. – № 2. – С. 30–32.

9. Васильева О.А., Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К. Практика вскармливания детей первого года жизни после внедрения образовательной программы по питанию грудных детей в Нижнем Новгороде // Педиатрия. – 2002. – № 5. – С. 51–55.
10. Введение прикорма и борьба с железодефицитной анемией в новых независимых государствах / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2000. – 39 с.
11. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей. Его значение и поддержка. – СПб.: ИКФ Фолиант, 1998. – 272 с.
12. Выполнение резолюций (доклады о ходе работы). Доклад Секретариата. Документ А57/18. Пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2004. – 21 с.
13. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. Ю. А. Данилова; под ред. Н.Е. Бузикашвили, Д.В. Самоилова. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
14. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2003. – 34 с.
15. Гмошинская М.В., Воробьева И.Н., Чернова Н.Ф. Сохранение контакта матери и ребенка посредством совместной творческой деятельности в период грудного вскармливания и после его прекращения // Педиатрия. – 2005. – № 1. – С. 110–111.
16. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования и роль доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 2. – С. 35–37.
17. Грибакин С.Г. Значение продуктов детского питания, обогащенных железом, в профилактике железодефицитной анемии // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – т. 1. – № 5. – С. 52–56.
18. Грибакин С.Г. Физиологические предпосылки к введению прикорма // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – т. 2. – № 4. – С. 61–66.

19. Грибакин С.Г., Шилина Н.М. Роль липидов в питании детей: некоторые актуальные аспекты // Вопросы детской диетологии. – 2005. – т. 3. – № 2. – С. 40–46.
20. Ефимова Ю.В. Изменение белкового статуса у детей раннего возраста с различной патологией. Возможности коррекции с помощью лечебного питания: автореф. дис. .. канд. мед. наук: 14.00.09. – Саратов: ГОУ ВПО "Сарат.ГМУ Росздрава, 2006. – 25 с.
21. Здоровая пища и питание женщин и их семей. Учебный курс для работников здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2002. – 22 с.
22. Значение исключительно грудного вскармливания для здоровья, физического и нервно-психического развития детей первого года жизни (на примере г. Волгограда) / Л.В. Абольян, Т.К. Бердикова, В.Е. Ломовских [и др.] // Педиатрия. – 2005. – № 5. – С. 53–57.
23. Кешишян Е.С. Введение прикорма детям первого года жизни // Лечащий врач. – 2005 – № 7. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lvrach.ru/doctore/2005/07/4532781> (дата обращения 01.09.2009).
24. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. Руководство для преподавателя / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 1993. – 422 с.
25. Конь И.Я. Некоторые актуальные проблемы современной детской диетологии (нутрициологии) // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 1. – С. 8–15.
26. Конь И.Я. Питание детей первого года жизни: современные представления // Педиатрия. – 2006. – № 1. – С. 63–72.
27. Конь И.Я., Куркова В.И., Георгиева О.В. Плодоовощные соки и пюре в питании детей первого года жизни: современные подходы // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – т. 3. – № 2. – С. 44–48.
28. Кормление грудных детей Руководство для матерей / Всемирная организация здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 1997. – 53 с.

29. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: стратегия развития в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 1. – С. 16–17.
30. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Поддержка грудного вскармливания в России: достижения и проблемы // Вопросы детской диетологии. – 2004. – т. 2. – № 3. – С. 5–8.
31. Мастит. Причины и ведение / Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2000. – 46 с.
32. Наблюдение за положением детей и женщин. Кластерное обследование по многим показателям. Руководство 2005 / Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). – Нью-Йорк: ЮНИСЕФ, 2006. – 603 с.
33. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / А.А. Баранов, А.В. Тутельян, О.В. Чумакова [и др.]. – М.: [б. и.], 2009. – 67 с.
34. Нетребенко О.К. Вскармливание детей: современные представления и нерешенные вопросы // Педиатрия – 2004. – № 2. – С. 100–103.
35. Нетребенко О.К. Отдаленные последствия характера вскармливания детей на ранних этапах развития // Педиатрия – 2005. – № 5. – С. 29–34.
36. Нетребенко О.К. Белок в питании грудных детей: нормы потребления и современные рекомендации // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – т. 1. – № 1. – С. 44–47.
37. Нетребенко О.К. Питание грудного ребенка и кишечная микрофлора // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 53–58.
38. Нетребенко О.К. Питание и развитие иммунитета у детей на разных видах вскармливания // Педиатрия. – 2005. – № 6. – С. 66–57.
39. Нетребенко О.К. Современные аспекты и сроки введения прикорма в рацион питания детей первого года жизни // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – т. 3. – № 3. – С. 39–45.

40. Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации / И.Я. Конь, Л.В. Абольян, Е.М. Фатеева [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2004. – т. 2. – № 4. – С. 38–41.
41. Опыт работы по внедрению современных принципов грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства Волгоградской области / В.Е. Ломовских, Т.К. Бердикова, Л.В. Абольян [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 1. – С. 23–26.
42. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. Пособие для врачей / И.Я. Конь, Л.В. Абольян, Е.М. Фатеева [и др.]. – М.: ООО «Экспресспринт ИК», 2005. – 48 с.
43. Организация работы по поддержке и поощрению грудного вскармливания медицинскими работниками ЛПУ родовспоможения и детства. Методические рекомендации (№2) / И.Я. Конь, Е.М. Фатеева, М.В. Гмошинская [и др.]. – М.: Правительство Москвы, Комитет здравоохранения, 2000. – 18 с.
44. Оценка влияния кефира и «последующих» молочной смеси на развитие диapedезных кровотечений у детей второго полугодия жизни / И.Я. Конь, А.И. Сафронова, Л.Ш. Воробьева [и др.] // Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 55–59.
45. Питание детей грудного и раннего возраста. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. Доклад Секретариата. Пятьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. – [Женева]: ВОЗ, 2002. – 24 с.
46. Питание детей грудного и раннего возраста. Доклад Секретариата. Исполнительный комитет. Сто пятнадцатая сессия / Всемирная организация здравоохранения. – [Женева]: ВОЗ, 2004. – 11 с.
47. Питание детей грудного и раннего возраста. Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения – [Женева]: ВОЗ, 2005. – 5 с.
48. Питание детей и прогресс в осуществлении Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока. Доклад Секретариата. Исполни-

- тельный комитет. Сто девятая сессия / Всемирная организация здравоохранения. – [Женева]: ВОЗ, 2001. – 13 с.
49. Плодоовощные соки и пюре: рекомендации по использованию в питании детей раннего возраста. Пособие для педиатров / И.Я. Конь, Т.В. Абрамова, О.В. Георгиева [и др.] / под ред. В.А. Тутельяна. – М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2004. – 32 с.
50. Проблемы вскармливания детей первого года жизни в г. Астрахань / А.А. Джумагазиев, Е.И. Казимирова, Д.В. Райский [и др.] // Педиатрия. – 2004. – № 6. – С. 87–89.
51. Проблемы практического внедрения принципов успешного грудного вскармливания ВОЗ/ЮНИСЕФ / Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, О.А. Васильева [и др.] // Нижегородский медицинский журнал. – 2002. – № 2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medicum.nnov.ru/nmj/2002/2/07.php> (дата обращения 01.09.2009).
52. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
53. Руководство по детскому питанию / О.В. Георгиева, М.В. Гмошинская, С.Н. Денисова [и др.] / под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 662 с.
54. Современные взгляды на организацию прикорма детей с пищевой аллергией / Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, Е.А. Рославцева [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 1. – С. 79–82.
55. Современные каши промышленного производства в питании детей раннего возраста / В.А. Скворцова, Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – т. 3. – № 1. – С. 61–64.
56. Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни: методические указания №225 / И.Я. Конь, Т.Н. Сорвачева, Е.М. Фатеева [и др.] // Медицинский научный и учебно-методический журнал: в 10 ч. – 2001–2002. – 85 с.

57. Соколов А.Л., Копанев Ю.А. Адаптация к питанию, прикорм, атопический дерматит и дисбактериоз // Лечащий врач. – 2004. – № 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lvrach.ru/doctore/2004/01/4530932> (дата обращения 01.09.2009).
58. Сорвачева Т.Н. Метаболические основы оптимизации искусственного вскармливания детей грудного возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09: защищена 31.10.95. – М.: Московская медицинская академия им И.М. Сеченова, 1995. – 40 с.
59. Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Сравнительная оценка состояния здоровья детей в раннем возрасте в зависимости от характера вскармливания на первом году жизни // Педиатрия. – 2001. – № 3. – С. 72–76.
60. Теннефорс К., Грибакин С.Г. Некоторые аспекты теории и практики вскармливания детей в Швеции: новые подходы // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 2. – С. 73–76.
61. Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Естественное вскармливание и кишечные инфекции: концепция протекторных эффектов женского молока // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 2. – с. 60–64.
62. Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Научное обоснование и опыт организации работы по поддержке грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 1. – с. 62–66.
63. Фатеева Е.М., Телешева Е.В., Гмошинская М.В. Питьевой режим кормящей матери в первые дни после родов // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 4. – С. 13–15.
64. Фурцев В.И. Роль служб родовспоможения и поликлинической педиатрии в расширении практики грудного вскармливания в Красноярске // Вопросы детской диетологии. – 2003. – т. 1. – № 2. – С. 72–73.
65. Целесообразность использования каш, содержащих пребиотики, в детском питании / К.С. Ладодо, Т.Э. Боровик, В.А. Скворцова [и др.] // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2004. – т. 6. – № 2. – С. 31–33.

66. A bovine albumin peptide as a possible trigger of insulin-dependent diabetes mellitus [Abstract] / J. Karjalainen, J.M. Martin, M Knip [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1992. – Vol. 327 (5). – P. 302–307.
67. Addition of Supplementary Foods and Infant Growth (2 to 24 Months) / B.R. Carruth, J.D. Skinner, K.S. Houck [et al.] // *Journal of the American College of Nutrition.* – 2000. – Vol. 19. – No. 3. – P. 405–412.
68. Agampodi S.B., Agampodi T.C., Piyaseeli U.K.D. Breastfeeding practices in a public health field practice area in Sri Lanka: a survival analysis // *International Breastfeeding Journal.* – 2007. – Vol. 2. – No. 13.
69. Age of introduction of complementary foods and growth of term, low-birth-weight, breast-fed infants: a randomized intervention study in Honduras / K.G. Dewey, R.J. Cohen, K.H. Brown [et al.] // *Am. J. Clin. Nutr.* – 1999. – Vol. 69. – P. 679–86.
70. Ahluwalia I.B., Morrow B., Hsia J. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System // *Pediatrics.* – 2005. – Vol. 116. – P. 1408–1412.
71. Aidam B.A., Pérez-Escamilla R., Lartey A. Lactation Counseling Increases Exclusive Breast-Feeding Rates in Ghana // *J. Nutr.* – 2005. – Vol. 135. – P. 1691–1695.
72. Al Tajir G.K., Sulieman H., Badrinath P. Intragroup Differences in Risk Factors for Breastfeeding Outcomes in a Multicultural Community // *J. Hum. Lact.* – 2006. – Vol. 22. – No. 1. – P. 39–47.
73. An Educational Intervention to Promote Appropriate Complementary Feeding Practices and Physical Growth in Infants and Young Children in Rural Haryana, India / N. Bhandari, S. Mazumder, R. Bahl [et al.] // *J. Nutr.* – 2004. – Vol. 134. – P. 2342–2348.
74. Anderson J.W., Johnstone B.M., Remley D.T. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis // *The American Journal of Clinical Nutrition.* – 1999. – Vol. 70. – P. 525–535.

75. Antenatal counseling on breastfeeding – is it adequate? A descriptive study from Pondicherry, India / G. Dhandapany, A. Bethou, A. Arunagirinathan [et al.] // *International Breastfeeding Journal*. – 2008. – Vol. 3. – No. 5.
76. Anthropometry and body composition of 18 year old men according to duration of breast feeding: birth cohort study from Brazil / C.G. Victora, F.C. Barros, C.L. Rosângela [et al.] // *BMJ*. – 2003. – Vol. 327. – P. 901–904.
77. Association Antibodies against bovine albumin and other diabetes markers in French children [Abstract] / C. Levy-Marchal, J. Karjalainen, F. Dubois [et al.] // *Diabetes Care*. – 1995. – Vol. 18. – P. 1089–1094.
78. Barriers to Compliance With Infant-Feeding Recommendations Among Low-income Women / M.J. Heinig, J.R. Follett, K.D. Ishii [et al.] // *J Hum. Lact.* – 2006. – Vol. 22. – No. 1. – P. 27–38.
79. Bella H. Are Saudi female college students prepared for successful breastfeeding? [Abstract] // *J. R. Soc. Health*. – 1997. – Vol. 117. – No. 6. – P. 387–92.
80. Betzold C.M., Laughlin K.M., Shi C. A family practice breastfeeding education pilot program: an observational, descriptive study // *International Breastfeeding Journal*. – 2007. – Vol. 2. – No. 4.
81. Breastfeeding and Early Weaning Practices in Northeast Brazil: A Longitudinal Study / N.M. Marques, P.I.C. Lira, M.C. Lima [et al.] // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 108. – No. 4. – P. 66–72.
82. Breastfeeding and the Use of Human Milk. AAP. Policy statement. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children / American Academy of Pediatrics // *Pediatrics*. – 2005. – Vol. 115. – P. 496–506.
83. Breastfeeding Attenuates Reductions in Energy Intake Induced by a Mild Immunologic Stimulus Represented by DPTH Immunization: Possible Roles of Interleukin-1 β , Tumor Necrosis Factor- α and Leptin / M. Lopez-Alarcon, C. Garza, J.-P. Habicht [et al.] // *J. Nutr.* – 2002. – Vol. 132. – P. 1293–1298.

84. Breastfeeding beliefs and practices among migrant mothers in slums of Diyarbakir, Turkey, 2001 / P. Ergenekon-Ozelci, N. Elmaci, M. Ertem [et al.] // *European Journal of Public Health*. – 2006. – Vol. 16. – No. 2 – P. 143–148.
85. Breastfeeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population / S. Díaz, C. Herreros, R. Aravena [et al.] // *J. Clin. Nutr.* – 1995. – Vol. 62. – P. 371–376.
86. Breastfeeding duration is determined by only a few factors / E. Peters, K.-H. Wehkamp, R.E. Felberbaum [et al.] // *European Journal of Public Health*. – 2005. – Vol. 16. – No. 2. – P. 162–167.
87. Breastfeeding Rates Among Black Urban Low-Income Women: Effect of Prenatal Education [Abstract] / N. Kistin, D. Benton, S. Rao [et al.] // *Pediatrics*. – 1990. – Vol. 86. – No. 5. – P. 741–746.
88. Breastfeeding Reduces Risk of Respiratory Illness in Infants Alice / H. Cushing, J.M. Samet, W.E. Lambert [et al.] // *Am J Epidemiol.* – 1998. – Vol. 147. – P. 863–870.
89. Breastfeeding Report Card / Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. – USA: CDC, 2008. – 4 p.
90. Breastfeeding training for health professionals and resultant changes in breastfeeding duration / J.A. de A.C. Taddei, M.F. Westphal, S. Venancio [et al.] // *Sao Paulo Med J/Rev Paul Med.* – 2000. – Vol. 118. – No. 6. – P. 185–191.
91. Briend A., Bari A. Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12–35 months old children in rural Bangladesh [Abstract] // *Eur. J. Clin. Nutr.* – 1989. – Vol. 43 (9). – P. 603–608.
92. Butte N. Energy requirements of infants // *Public Health Nutrition*. – 2005. – Vol. 8 (7 A). – P. 953–967.
93. Children with newly diagnosed IDDM have increased levels of antibodies to bovine serum albumin but not to ovalbumin. Childhood Diabetes in Finland Study Group [Abstract] / T. Saukkonen, O. Vaarala, E.T. Virtala [et al.] // *Diabetes Care*. – 1994. – Vol 17. – P. 970–976.

94. Clifford T.J. Breast feeding and obesity. The evidence regarding its effect on obesity is inconclusive // *BMJ*. – 2003. – Vol. 327. – P. 879–880.
95. Complementary Feeding Family foods for breastfed children / World Health Organization. – France: FSG MediMedia Ltd, 2000. – 52 p.
96. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge / World Health Organization. – Geneva: WHO, 1998. – 228 p.
97. Complementary feeding: report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2002. – 25 p.
98. Davis M.K. Review of the evidence for an association between infant feeding and child-hood cancer [Abstract] // *Int. J Cancer Suppl.* – 1998. – Vol. 11. – P. 29–33.
99. De Bruin N.C. Energy utilization and growth in breast-fed and formula-fed infants measured prospectively during the first year of life // *Am. J. Clin. Nutr.* – 1998. – Vol. 67. – P. 885–896.
100. Decreased thymus size in formula-fed infants compared with breastfed infants [Abstract] / H. Hasselbalch, D.L. Jeppesen M.D. Engelmann, [et al.] // *Acta Paediatr.* – 1996. – Vol. 85 (9). – P. 1029–1032.
101. Dewey K.G., Heinig M.J., Nommsen-Rivers L.A. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants [Abstract] // *J Pediatr.* – 1995. – Vol. 126 (5 Pt. 1). – P. 696–702.
102. Dyson L., McCormick F., Renfrew M.J. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding (Cochrane Review) [Abstract] // *The Cochrane Library*. – 2005. – Issue 2.
103. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America / A.P. Betran, M. de Onís, J.A. Lauer [et al.] // *BMJ*. – 2001. – Vol. 323. – P. 303–307.
104. Effect of Intervention to Improve Breastfeeding Technique on the Frequency of Exclusive Breastfeeding and Lactation-Related Problems / L.D. de Oliveira,

- E.R.J.Giugliani, L.C. do Espírito Santo [et al.] // *J Hum. Lact.* – 2006. – Vol. 22. – No. 3. – P. 315–321.
105. Effects of Exclusive Breastfeeding for Four versus Six Months on Maternal Nutritional Status and Infant Motor Development: Results of Two Randomized Trials in Honduras¹ / K. G. Dewey, R.J. Cohen, K.H. Brown [et al.] // *J. Nutr.* – 2001. – Vol. 131. – P. 262–267.
106. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs / J. Labarere, N. Gelbert-Baudino, A.-S. Ayrat [et al.] // *Pediatrics.* – 2005. – Vol. 115. – P. 139–146.
107. Environmental factors in childhood IDDM. A population-based, case-control study [Abstract] / C.F. Verge, N.J. Howard, L. Irwig [et al.] // *Diabetes Care.* – 1994. – Vol. 17. – P. 1381–1389.
108. Ertem I.O., Votto N., Leventhal J.M. The Timing and Predictors of the Early Termination of Breastfeeding // *Pediatrics.* – 2001. – Vol. 107. – P. 543–548.
109. Evidence for the ten Steps to Successful Breastfeeding / World Health Organization. – Geneva: WHO, 1998. – 111 p.
110. Exclusive breastfeeding for at least 4 months protects against otitis media [Abstract] / B. Duncan, C.J. Holberg, A.L. Wright [et al.] // *Pediatrics.* – 1993. – Vol. 91 (5). – P. 867–872.
111. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries = Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза / K.F. Michaelsen, L. Weaver, F. Branca [et al.] // WHO regional publications. European series. No. 87. – 2003. – 288 p.
112. Fomon S.J. Infants and Children Nutrition of normal infants [Abstract] // *N. Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 331. – P. 411–412.
113. Foote K.D., Marriott L.D. Weaning of infants // *Arch. Dis. Child.* – 2003. – Vol. 88. – P. 488–492.

114. Forster D.A., McLachlan H.L., Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women // *International Breastfeeding Journal*. – 2006. – 1:18.
115. Forsyth J.S. The relationship between breast-feeding and infant health and development // *Proceedings of the Nutrition Society*. – 1995. – Vol. 54. – P. 407–418.
116. Fuchs S.C., Victora C.G., Martines J. Case-control study of risk of dehydrating diarrhoea in infants in vulnerable period after full weaning // *BMJ*. – 1996. – Vol. 313. – P. 391–394.
117. Full breastfeeding for at Least Four Months Has Differential Effects on Growth before and after Six Months of Age among Children in a Mexican Community / C.L. Eckhardt, J. Rivera, L.S. Adair [et al.] // *J. Nutr.* – 2001. – Vol. 131. – P. 2304–2309.
118. Garza C., Frongillo Jr. E.A. Infant feeding recommendations // *The American Journal of Clinical Nutrition*. – 1998. – Vol. 67. – P. 815–816.
119. Gerstein H.C. Association Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature [Abstract] // *Diabetes Care*. – 1994. – Vol 17. – P. 13–19.
120. Growth of healthy infants and the timing, type, and frequency of complementary foods / WHO Working Group on the Growth Reference Protocol and the WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2002. – No. 76. – P. 620–627.
121. Hanson L.A. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* – 1998 – Vol. 81. – No 6. – P. 523–533.
122. Hillenbrand K.M., Larsen P.G. Effect of an Educational Intervention About Breastfeeding on the Knowledge, Confidence, and Behaviors of Pediatric Resident Physicians // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 110. – No. 5. – P. 59–65.
123. Hoddinott P., Pill R. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London // *BMJ*. – 1999. – Vol. 318. – P. 30–34.

124. Hörnell A., Hofvander Y., Kylberg E. Solids and Formula: Association With Pattern and Duration of Breastfeeding // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 107. – No. 3. – P 38–44.
125. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study / J. A. César, C.G. Victora, F.C. Barros [et al.] // *BMJ*. – 1999. – Vol. 318. – P. 1316–1320.
126. Increasing Breastfeeding Rates to Reduce Infant Illness at the Community Level / A. L. Wright, M. Bauer, A. Naylor [et al.] // *Pediatrics*. – 1998. – Vol. 101. – P. 837–844.
127. Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an informal meeting 11–12 June 1991 Geneva, Switzerland / World Health Organization. Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control. – Geneva: WHO, 1991. – 14 p.
128. Infant and young child feeding counselling: an integrated course / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2006. – 254 p.
129. Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2003. – 140 p.
130. Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review / C.G. Owen, P.H. Whincup, K. Odoki [et al.] // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 110. – P. 597–608.
131. Inhibition of attachment of *Streptococcus pneumoniae* and *Haemophilus influenzae* by human milk and receptor oligosaccharides [Abstract] / B. Andersson, O. Porras, L.A. Hanson [et al.] // *The Journal of Infectious Diseases*. – 1986. – Vol. 153 (2). – P. 232–237.
132. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force / M. Chung, G. Raman, T. Trikalinos [et al.] // *Ann Intern Med*. – 2008. – Vol. 149. – P. 565–582.
133. Jain A., Concato J., Leventhal J.M. How Good Is the Evidence Linking Breastfeeding and Intelligence? // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 109. – P 1044–1053.

134. Lactation Counseling Increases Breast-Feeding Duration but Not Breast Milk Intake as Measured by Isotopic Methods / E. Albernaz, C.G. Victora, H. Haisma [et al.] // *J. Nutr.* – 2003. – Vol. 133. – P. 205–210.
135. Leffler D. U.S. High School Age Girls May be Receptive to Breastfeeding Promotion [Abstract] // *Journal of Human Lactation.* – 2000. – Vol. 16. – No. 1. – P. 36–40.
136. LLLI Center for Breastfeeding Information. Breastfeeding Statistics / USA: LLLI. – 2003. – September 15, [Electronic resource]. URL: <http://www.llli.org/cbi/bfstats03.html> (Last edited Sep 29, 2008).
137. Long chain polyunsaturated fatty acids (LC-PUFA) and perinatal development [Abstract] / B. Koletzko, C. Agostoni, S.E. Carlson [et al.] // *Acta Paediatr.* – 2001. – April 1. – Vol. 90 (4). – P. 460–464.
138. Lucas A. Programming by Early Nutrition: An Experimental Approach // *J. Nutr.* – 1998. – Vol. 128. – P. 401S–406S.
139. Ludvigsson J.F. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia // *BMC Pediatrics.* – 2003. – Vol. 3. – P. 5–15.
140. Ludvigsson J.F. Research article. Breastfeeding in Bolivia – information and attitudes // *BMC Pediatrics.* – 2003. – Vol. 3. – P. 4–15.
141. Lutter C.H., Rivera J.A. Nutritional status of infants and young children and characteristics of their diets // *J. Nutr.* – 2003. – Vol. 133. – P. 2941S–2949S.
142. Martorell R., Stein A.D., Schroeder D.G. Early Nutrition and Later Adiposity // *J. Nutr.* – 2002. – Vol. 131. – P. 874S–880S.
143. Maternal Education and Intelligence Predict Offspring Diet and Nutritional Status / T.D. Wachs, H. Creed-Kanashiro, S. Cueto [et al.] // *J. Nutr.* – 2005. – Vol. 135. – P. 2179–2186.
144. McKenna J.J., Mosko S.S., Richard C.A. Bedsharing Promotes Breastfeeding / J. McKenna, // *Pediatrics.* – 1997. – Vol. 100. – P. 214–219.

145. Mitra A.K., Rabbani F. The importance of breastfeeding in minimizing mortality and morbidity from diarrhoeal diseases: the Bangladesh perspective [Abstract] // *J Diarrhoeal Dis Res.* – 1995. – Vol. 13 (1). – P. 1–7.
146. Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits / E.M. Taveras, R. Li, L. Grummer-Strawn [et al.] // *Pediatrics.* – 2004. – Vol. 113. – P. 405–411.
147. Nicoll A., Williams A. Breast feeding // *Arch. Dis. Child.* – 2002. – Vol. 87. – P. 91–92.
148. Pascoe M., Berger A. Attitudes of high school girls in Israel and the United States toward breast feeding // *J. Adolesc. Health Care.* – 1985. – Vol. 6. – No. 1. – P. 28–30.
149. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study / J.A. Scott, C.W. Binns, W.H. Oddy [et al.] // *Pediatrics.* – 2006. – Vol. 117. – No. 4. – P. 645–655.
150. Premature Complementary Feeding Is Associated with Poorer Growth of Vietnamese Children / L.T. Hop, R. Gross, T. Giay [et al.] // *J. Nutr.* – 2000. – Vol. 130. – P. 2683–2690.
151. Primary invasive *Haemophilus influenzae* type b disease: a population-based assessment of risk factors [Abstract] / S.L. Cochi, A.W. Hightower, K. Limpakarnjanarat [et al.] // *J Pediatr.* – 1986. – Vol. 108. – No 6. – P. 887–896.
152. Provisional Rates of Any and Exclusive Breastfeeding by Age among Children Born in 2005 / USA. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. – 2005. – [Electronic resource]. URL: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/2005/age.htm (Last access Sep 01, 2009).
153. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding / J. Graffy, J. Taylor, A. Williams [et al.] // *BMJ.* – 2004. – Vol. 328. – P. 26–31.
154. Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months / K.A.

- Bonuck, M. Trombley, K. Freeman [et al.] // *Pediatrics*. – 2005. – Vol. 116. – P. 1413–1426.
155. Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study / A.C. Wilson, J.S. Forsyth, S.A. Greene [et al.] // *BMJ*. – 1998. – Vol. 316. – P. 21–25.
156. Relation of infant feeding practices, cigarette smoke exposure, and group child care to the onset and duration of otitis media with effusion in the first two years of life [Abstract] / M.J. Owen, C.D. Baldwin, P.R. Swank [et al.] // *J. Pediatr.* – 1993. – Vol. 123 (5). – P. 702–711.
157. Ryan A.S., Wenjun Z., Acosta A. Breastfeeding Continues to Increase Into the New Millennium // *Pediatrics*. – 2002. – Vol. 110. – P. 1103–1109.
158. Shu X.O. Breast-Feeding and Risk of Childhood Acute Leukemia // *J. Natl. Cancer Inst.* – 1999. – Vol. 91. – P. 1765–1772.
159. Silfverdal S.-A., Bodin L., Olcén P. Protective effect of breastfeeding: an ecologic study of *Haemophilus influenzae* meningitis and breastfeeding in a Swedish population // *International Journal of Epidemiology*. – 1999. – Vol. 28. – P. 152–156.
160. Support for breastfeeding mothers [Abstract] / C. Britton, F.M. McCormick, M.J. Renfrew [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2007. – Issue 1.
161. Support for breastfeeding mothers: a systematic review [Abstract] / J. Sikorski, M.J. Renfrew, S. Pindoria [et al.] // *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. – 2003. – Vol. 17. – No. 4. – P. 407–417.
162. Takala A.K. Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease among children in Finland [Abstract] // *J. Pediatr.* – 1989. – Vol. 115 (5 Pt 1). – P. 694–701.
163. Teele D.W., Klein J.O., Rosner B.J. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study [Abstract] // *J. Infect Dis.* – 1989. – Vol. 160 (1). – P. 83–94.

164. The prevalence of childhood atopic eczema in a general population [Abstract] / Kay, D.J. Gawkrödger, M.J. Mortimer [et al.] // Am. Acad. Dermatol. – 1994. – Vol. 30 (1). – P. 35–39.
165. The Role of Personality and Other Factors in a Mother's Decision to Initiate Breastfeeding / C.L. Wagner, M.T. Wagner, M. Ebeling [et al.] // J. HumLact. – 2006. – Vol. 22. – No. 1. – P. 16–26.
166. The WHO Global Data Bank on Breastfeeding and Complementary Feeding / WHO – 2008. – [Electronic resource]. URL: <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/index.html> (Last access Sep 01, 2009).
167. Trial on Timing of Introduction to Solids and Food Type on Infant Growth [Abstract] / K.C. Mehta, B.L. Specker, S. Bartholmey [et al.] // Pediatrics. – 1998. – September. – Vol. 102. – No. 3 September. – P. 569–573.
168. UNICEF GLOBAL DATABASE ON BREASTFEEDING / UNICEF. – 2008. – [Electronic resource]. URL: http://www.childinfo.org/breastfeeding_countrydata.php (Last update Jan 2009).
169. Vintner T., Helsing E. Breastfeeding, how to support success. A practical guide for health workers / WHO. – Copenhagen: WHO, 1997. – 76 p.
170. Volpe E., Bear M. Enhancing Breastfeeding Initiation in Adolescent Mothers Through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club [Abstract] // Journal of Human Lactation. – 2000. – Vol. 16. – No. 3. – P. 196–200.
171. Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day / J.C. Kent, L.R. Mitoulas, M.D. Cregan [et al.] // Pediatrics. – 2006. – Vol. 117. – P. 387–395.
172. Von Kries R. Breastfeeding and obesity: cross sectional study // British medical journal. – 1999. – Vol. 319. – P. 147–150.
173. Wharton B. Patterns of Complementary Feeding (Weaning) in Countries of the European Union: Topics for Research [Abstract] // Pediatrics. – 2000. – Vol. 106. – No. 5 Supplement November. – P. 1273.