

© Майданник В. Г., Смиян И. С., 2003

В. Г. Майданник, И. С. Смиян

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кафедра педиатрии № 4 (зав. проф. В. Г. Майданник) Национального медицинского университета
им. А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

Развернутая на страницах самого авторитетного педиатрического издания — журнала «Педиатрия» — дискуссия по проблемам рационального питания детей раннего возраста представляется чрезвычайно актуальной, поскольку в учении о естественном вскармливании детей первого года жизни существует достаточно много нерешенных вопросов. Но единственный вопрос, который, как нам кажется, не требует обсуждения, это вопрос о необходимости естественного вскармливания и его преимуществах. В этой связи хочется только отметить, что одна из глав в руководстве Н. М. Максимовича-Амбодика «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784–1786) [17] называется «О должности матери кормить младенца своею грудью», в которой автор пишет, что «каждая здоровая мать имеет обязанность кормить грудью дитя свое; по крайней мере таков есть закон Природы, ибо она все к тому делает приготовления». И далее «...кормление грудью как на самую мать, так и младенца, великое имеет влияние, и потому весьма важно как для матери, так и младенца. Мать, которая сама не кормит, подвергает без сомнения многим свое здоровье опасностям». За прошедшие годы эти слова не только не утратили своего значения, а, наоборот, в наше время стали еще более актуальными.

Поэтому абсолютно правы Н. А. Коровина и И. Н. Захарова [12], отмечая, что корифеи отечественной педиатрии всегда с пониманием относились к проблеме естественного вскармливания и оно всегда было приоритетным для педиатров наших стран.

Весьма актуальным является вопрос об оптимальных сроках введения коррективных добавок и блюд прикорма. Как известно, в 90-х годах прошлого столетия появились данные сотрудников Института питания РАМН [10,18], которые позволили пересмотреть ранее действовавшие рекомендации о сроках введения соков и их ассортимента [2, 4, 13]. В частности, авторы рекомендовали детям, находящимся на естественном вскармливании, фруктовые соки вводить в рацион не ранее 4-го месяца жизни (т.е. с 3 мес.) [7, 8, 10]. По мнению И. Я. Конь [7], более раннее введение соков нецелесообразно, поскольку оно не вносит сколько-нибудь значительного вклада в удовлетворение потребностей детей в витаминах и минеральных веществах, но в то же время

нередко приводит к возникновению аллергических реакций и гастроинтестинальных нарушений.

Как известно, в решении практических вопросов вскармливания детей первого года жизни врачу-педиатру приходится руководствоваться общепринятыми знаниями, собственным опытом, мнением экспертов, консультантов или коллег, стереотипами, подчас прочно укоренившимися в медицинской среде, а также данными, полученными в ходе экспериментальных исследований.

В настоящее время далеко не все аспекты вскармливания детей первого года жизни можно считать изученными с достаточной степенью достоверности. Так, к сожалению, рекомендаций, базирующихся на данных крупномасштабных многоцентровых исследований, проведенных в соответствии с правилами GCP (Good Clinical Practice), в литературе нет. Поэтому большинство авторов опираются только на исследования небольших недостаточно репрезентативных групп детей или на отдельные клинические случаи. Поэтому для решения этой проблемы необходимо следующее:

1) четко различать степень достоверности исследования. Этого можно достичь, применяя рейтинговую систему достоверности исследований, а также соответствующий статистический анализ;

2) обобщать данные большого числа отдельных наблюдений посредством мета-анализа;

3) использовать в практической деятельности международные или национальные консенсусы и рекомендательные документы, созданные с привлечением ведущих специалистов;

4) существует международная система планирования научных исследований, определяющая приоритетные экспериментальные направления.

Выбор между различными источниками информации при принятии решения иногда может представлять известные психологические трудности, однако большинство специалистов предпочитают использовать в своей работе наиболее достоверный с научной точки зрения материал, который в последние годы широко внедряется в практику как система доказательной медицины [1, 22].

Под понятием доказательная медицина подразумевается добросовестное, явное и разумное использование наиболее хорошо доказанных положений сис-

тематических клинических исследований при принятии решений относительно лечения больных в каждом индивидуальном случае, причем считать доказанным какое-либо положение, касающееся вопросов клинической практики, можно лишь в том случае, если это положение было объектом научного эксперимента или обработки достаточно большого числа наблюдений [1, 27].

Цель настоящей работы — обсудить некоторые проблемные вопросы естественного вскармливания детей первого года жизни, используя методы доказательной медицины.

Прежде всего, необходимо отметить, что, несмотря на имеющиеся в литературе рекомендации [7, 8, 10], все они в то время основывались на результатах работы, представленной Т. Н. Сорвачевой [18]. Под наблюдением автора находилось 100 практически здоровых детей первого года жизни, из которых 56 находились на естественном вскармливании и 44 — на искусственном (но в тексте непонятно почему автор указывает, что «52 обследованных ребенка были на естественном и 45 детей — на искусственном вскармливании»). Так сколько же детей находилось под наблюдением? Наблюдение за детьми проводилось в динамике, начиная с первых 10–14 дней жизни до 6–8 мес. Дети на естественном и искусственном вскармливании были распределены на 2 группы, одна из которых получала фруктовый сок из зеленых сортов яблок с 1 мес жизни, а другая — с 3 мес жизни. Результаты исследований представлены в табл. 1 и 2 [18]. К сожалению, в статье Т. Н. Сорвачевой [18] отсутствует даже упоминание о том, какие статистические методы использовались при анализе полученных результатов.

Для анализа результатов исследования, проведенного Т. Н. Сорвачевой [18], мы использовали

критерий хи-квадрат для таблиц сопряженности 2×2 с поправкой Йейтса на непрерывность, а также точный метод Фишера [14, 21]. Кроме того, мы вычисляли и производили оценку таких статистик связи, как коэффициент МакКуэя — Мура, отношения шансов, относительного риска, чувствительности, специфичности, прогностичность положительного и отрицательного результатов, а также границ 95%-ных доверительных интервалов для них [21, 29].

Как следует из представленных результатов (табл. 1), при раннем введении фруктового сока детям на естественном вскармливании у 60% обследованных детей отмечалась его «неудовлетворительная переносимость», тогда как при позднем — только у 12%. Анализ этих результатов, полученных при использовании метода хи-квадрат, свидетельствует, что различия в частоте «неудовлетворительной переносимости» при раннем и позднем введении фруктового сока статистически значимы ($p = 0,0013$). Что касается таких критериев переносимости, как наличие атопического дерматита, диспепсических расстройств, кишечной колики, метеоризма, срыгивания или запоров, то различия статистически незначимы (табл. 1).

Однако несмотря на то что при раннем использовании фруктового сока детям на естественном вскармливании статистически значимо наблюдается «неудовлетворительная переносимость», данный критерий весьма размыт и очень нечеткий. В частности, Т. Н. Сорвачева [18] не указывает, какие симптомы и признаки обозначаются термином «неудовлетворительная переносимость». Это значительно снижает ценность данного критерия и весьма относительно может служить обоснованием и доказательством необходимости более позднего введения в рацион детей первого года жизни фруктового сока.

Таблица 1

Оценка переносимости фруктового сока при естественном вскармливании при разных сроках его введения в рацион

Показатели переносимости	Раннее введение (n = 30)		Позднее введение (n = 26)		Критерий χ^2	p
	абс.	%	абс.	%		
Неудовлетворительная переносимость	18	60	3	12	11,9663	0,0013
Атопический дерматит	11	37	3	12	3,4466	0,0634
Диспепсические расстройства	7	23	1	4	2,8752	0,09
Кишечная колика	4	13	1	5	0,05962	0,4407
Метеоризм	3	10	0	0	0,0005	1,0005
Срыгивания	1	3	1	5	0,0005	1,0005
Ликвидация склонности к запорам	1	3	1	4	0,0005	1,0005

Таблица 2

Оценка переносимости фруктового сока при искусственном вскармливании при разных сроках его введения в рацион

Показатели переносимости	Раннее введение (n = 30)		Позднее введение (n = 26)		Критерий χ^2	p
	абс.	%	абс.	%		
Неудовлетворительная переносимость	5	19	4	22	0,0005	1,0005
Атопический дерматит	3	12	4	22	0,2850	0,5937
Диспепсические расстройства	5	19	1	6	0,0005	1,0005
Кишечная колика	3	12	0	0	0,0005	1,0005
Метеоризм	2	8	0	0	0,0005	1,0005
Срыгивания	2	8	0	0	0,0005	1,0005
Ликвидация склонности к запорам	2	10	0	0	0,0005	1,0005

Проведенный нами дополнительный статистический анализ переносимости фруктового сока при искусственном вскармливании (табл. 2) подтвердил вывод, сделанный Т. Н. Сорвачевой, что «при искусственном вскармливании не установлено достоверных различий в переносимости фруктового сока в зависимости от сроков его введения» [18]. Этот вывод еще больше запутывает ситуацию, поскольку совершенно непонятно, почему при естественном вскармливании раннее введение фруктового сока вызывает «неудовлетворительную переносимость», а при искусственном вскармливании — нет.

Необходимо обратить внимание на еще одно обстоятельство. В качестве подтверждения полученных результатов Т. Н. Сорвачева [18] ссылается на данные исследований финских ученых, которые якобы выявили высокую частоту аллергических реакций и влияние на абсорбцию железа введения фруктового компонента ранее 3 месяцев жизни [28, 31]. Учитывая данное обстоятельство, мы решили познакомиться с оригиналами этих работ. Оказалось, что в одной из работ Saarinen и Kajosaari [31] изучали влияние раннего введения рыбы в рацион у 152 детей первого года жизни (до 6 мес) и у 145 детей — цитрусовых фруктов (до 3 мес). При этом авторы выявили, что у около 3% детей до 3-летнего возраста развивается пищевая аллергия независимо от раннего введения указанных продуктов или их исключения. На этом основании авторы сделали вывод, что пищевая аллергия у детей может быть отсрочена, но исключение из рациона рыбы и цитрусовых не предотвращает развитие аллергии [31]. Следовательно, ни методический подход, который был использован авторами в этой работе, ни его результаты никоим образом не являются обоснованием позднего введения соков в рацион детей первого года жизни.

В другой работе Kajosaari и Saarinen [28] показали, что исключение каких-либо пищевых добавок из рациона питания у 70 детей в течение первых 6 месяцев в сравнении с 65 детьми, которые их получали в первые 3 месяца жизни, предотвращает атопические заболевания только у детей, имеющих наследственный риск их возникновения.

Более того, Saarinen et al. [32] установили, что длительное естественное вскармливание (более 6 мес) предотвращает тяжесть (severe) и очевидность (obvious, вероятно выраженность — Прим. авт.) симптомов атопии только у детей с наличием в семейном анамнезе атопических заболеваний.

Таким образом, как следует из представленных данных литературы, указанные источники подтверждают необходимость, с одной стороны, исключения из рациона детей первого года жизни продуктов, обладающих аллергенными свойствами, а с другой — необходимость их элиминации у детей с наследственной предрасположенностью к атопическим реакциям. Кроме того, длительное естественное вскармливание (более 6 мес) предотвращает тяжесть и выраженность симптомов атопии только у детей с наличием в семейном анамнезе атопических заболеваний.

Абстрагируясь от сроков введения фруктовых соков в рацион питания детей первого года жизни, важным представляется обсуждение их пищевой ценности и биологической целесообразности применения. Обращает внимание, что в литературе имеются весьма противоречивые мнения в отношении пищевой ценности соков при их применении детям первого года жизни. В частности, И. Я. Конь и соавт. [10] считают, что «вклад соков в удовлетворение физиологических потребностей детей в витамине С и других витаминах крайне невелик и составляет, как правило, 2–3% от суточной потребности». Хотя в

другой работе И. Я. Конь [9] указывает, что «исключение составляют упомянутые соки (промышленного производства — *Прим. авт.*), дополнительно обогащенные витамином С, а также морковный сок, содержащий значительное количество провитамина А — β -каротина».

В этой связи следует отметить, что питание беременных и кормящих женщин характеризуется недостаточным потреблением витаминов и распространенность их дефицита среди беременных женщин в России составляет от 30–35% (для тиамина и рибофлавина) до 65–93% (для аскорбиновой и фолиевой кислот соответственно) [6]. При этом концентрация витаминов в женском молоке значительно варьирует и выделенное каждой женщиной количество молока при условии кормления своего ребенка покрыло бы потребность в витамине В₁ лишь наполовину, в витаминах А и В₂ — примерно на треть, в витаминах В₆ и Е — в среднем лишь на 12–15% [16]. Причем по расчетам авторов, если бы молока было больше и хватало для 7-разового кормления, то и в этом случае потребность ребенка в витаминах была бы удовлетворена лишь на 17–83%, что обусловлено низким содержанием витаминов в молоке [16]. Следовательно, в большинстве случаев количество и качество женского молока не может обеспечить в полной мере потребность растущего ребенка в витаминах группы В, А и Е, и дети нуждаются в дополнительном введении витаминов.

Кроме того, нам бы хотелось обратить внимание, что большинство исследователей считают, что, помимо витаминов (С, β -каротин и др.), соки содержат большое количество фруктозы и других сахаров, разнообразных микроэлементов, биофлавоноидов, органических кислот, незаменимых аминокислот и других соединений, которые имеют важное физиологическое значение [5, 20, 25].

Для обоснования оптимальных сроков введения злакового прикорма Т. Н. Сорвачева [18] наблюдала 222 детей в возрасте от 3 мес до 1 года. В качестве злакового прикорма использовано 15 видов продуктов отечественного и зарубежного производства. Автор проводила оценку эффективности применения каждого вида прикорма по 3 возрастным группам детей.

1-ю группу составили дети (91 ребенок), получавшие прикорм с 3–4-месячного возраста. Детям 2-й группы (58 человек) прикорм вводили с 4,5–5 мес, в 3-ю группу вошли дети (73 ребенка), получавшие прикорм с 5,5–6 мес [18]. Результаты исследования представлены в табл. 3.

На основании полученных результатов Т. Н. Сорвачева [18] делает вывод, что в 1-й группе (возраст детей 3–4 мес) «достоверно чаще ($p < 0,025$) наблюдались срыгивания (у 6,6% детей против 1,7% и 0% во 2-й и 3-й группах)». Далее автор указывает, что «у детей 1-й группы прослеживается также тенденция к более частому возникновению аллергических реакций, преимущественно в виде атопического дерматита. Средняя частота аллергических проявлений по группам составила 5,5%, 1,7% и 1,3% соответственно» [18].

Однако проведенный нами дополнительный статистический анализ с вычислением критерия хи-квадрат с поправкой Йэйтса указывает, что несмотря на кажущиеся процентные различия между группами детей, они не являются статистически значимыми (табл. 3). В частности, частота срыгиваний и аллергических реакций в группах исследуемых детей различалась статистически незначимо. Следовательно, переносимость злакового прикорма не зависит при его введении от возраста детей. Наиболее вероятно, что выявленные Т. Н. Сорвачевой [18] незначительные различия в частоте «неудовлетворительной переносимости» злакового прикорма могут быть обусловлены введением разных видов продуктов прикорма.

Что касается частоты «неудовлетворительной переносимости» злакового прикорма, то Т. Н. Сорвачева указывает, что она была «достоверно выше ($p < 0,001$) в 1-й группе» [18]. Однако при этом автор не только не указывает, каким статистическим методом выявлены эти различия, но и не приводит конкретных данных. Кроме того, как и в случае с введением фруктового сока, автор не дает пояснений, что она вкладывает в понятие «неудовлетворительной переносимости».

В данной работе, чтобы ее не загромождать математическими выкладками, мы не приводим результаты использования других методов статистического

Таблица 3

Оценка переносимости введения злакового прикорма в зависимости от возраста его введения

Признаки переносимости		Вскармливание			Критерий χ^2_{1-2}	P_{1-2}	Критерий χ^2_{2-3}	P_{2-3}	Критерий χ^2_{1-3}	P_{1-3}
		1-я группа	2-я группа	3-я группа						
		с 3–4 мес (n = 91)	с 4,5–5 мес (n = 58)	с 5,5–6 мес (n = 73)						
Срыгивание	%	61,5	1,7	0						
	абс.	6	1	0	0,9464	0,3316	0,0138	0,9088	3,3009	0,0692
Аллергические реакции	%	5,5	1,7	1,3						
	абс.	5	1	1	0,5104	0,4755	0,0005	1,0005	0,9605	0,3281

анализа, поскольку они совпадают с представленными выше. Но их детальный анализ позволяет еще раз убедиться в необходимости проведения дальнейших и тщательно спланированных исследований.

Необходимо подчеркнуть, что рекомендации сотрудников Института питания РАМН по усовершенствованию схемы естественного и искусственного вскармливания [7, 8, 10, 18] во многом приближаются к рекомендациям, подготовленным Комитетом по питанию Американской академии педиатрии [30]. Однако и в рекомендациях американских специалистов отсутствует доказательная база. Многие выводы носят декларативный характер и основаны больше на традициях, чем на научном фундаменте рационального вскармливания детей первого года жизни.

Таким образом, с позиции доказательной медицины представленные Т. Н. Сорвачевой [18] результаты не могут служить обоснованием, а тем более доказательством необходимости более позднего введения в рацион детей первого года жизни фруктового сока и других коррективных добавок (желток и др.), а также продуктов прикорма. Для решения этого вопроса необходимо проведение дальнейших исследований, поскольку в литературе отсутствуют результаты, которые могли научно обосновать сроки введения в рацион коррективных добавок и прикорма детям первого года жизни. Отсутствие указанных данных не позволяет провести мета-анализ. Необходимо отметить, что для получения достоверных и адекватных результатов эти исследования должны быть многоцентровые, контролируемые и рандомизированные, а также построены на принципах доказательной медицины.

Недавно Т. Н. Сорвачева и соавт. [19] провели сравнительный анализ некоторых показателей состояния здоровья и развития детей в раннем возрасте (до 3 лет) в зависимости от различий в организации их вскармливания на первом году жизни. Однако в этой работе также нет никакого упоминания о конкретных статистических методах, которые применялись для обработки полученных результатов, а приведенные в некоторых таблицах значения достоверности различий ($p < 0,01$) и коэффициенты корреляции не имеют достаточного статистического обоснования. По-видимому, данные упоминания являются не более чем камуфляжными мемами, целью которых является «онаучивание» полученных результатов.

Весьма дискуссионным представляется вопрос о режиме естественного вскармливания. В последнее время большинство авторов считают, что более оптимальным является свободный режим [2, 7, 15]. Не вдаваясь в физиологическую суть преимуществ, рассмотрим насколько убедительными представляются доказательства авторов, которые считают более эффективным именно свободный режим грудного вскармливания.

В отечественной литературе наиболее полно представлены данные, подтверждающие, по мнению авторов, эффективность именно свободного режима

грудного вскармливания, они изложены в работе И. Я. Конь и соавт. [11].

Для проведения исследования авторами были сформированы 2 группы: контрольная ($n = 15$), где использовалась традиционная методика грудного вскармливания, и основная ($n = 15$), в которой применяли режим свободного вскармливания (кормление детей по их требованию, прикладывание к груди в первые 30 мин после родов, пребывание в одной палате с матерями). Измерение суточного объема лактации проводили на 5-е сутки после родов методом контрольного взвешивания до и после каждого кормления. Как указывают авторы, результаты подвергались статистической обработке по Стьюденту.

В качестве показателей эффективности свободного режима грудного вскармливания авторы использовали прежде всего оценку объема лактации на 5-е сутки после родов, содержание белка, жира и витамина С в женском молоке. Полученные авторами данные представлены в табл. 4. На основании различий в показателях с помощью критерия Стьюдента И. Я. Конь и соавт. [11] делают выводы о том, что при свободном режиме вскармливания наблюдается больший объем лактации, выше суточная секреция с молоком белка, жира и витамина С (табл. 4).

Однако, рассматривая эту работу с позиций доказательной медицины, можно утверждать, что авторы допустили ряд существенных ошибок. В частности, ошибкой авторов является то, что применение t -критерия Стьюдента требует обязательной проверки нормальности распределения вероятности случайной величины в сравниваемых группах. О данной проверке в статье нигде не упоминается и провести ее не представляется возможным. Кроме того, применение t -критерия Стьюдента требует обязательного равенства генеральных дисперсий в сравниваемых группах. Об этой проверке в статье также не упоминается, но представленные данные позволяют провести соответствующие расчеты.

Критическая величина дисперсионного отношения (F_{st} для 5%-го уровня значимости ($p = 0,05$) и чисел степеней свободы (k_1 и $k_2 = 14$) составляет $F_{st}^* = 2,53$. Если вычисленное фактическое значение (F_{ϕ}) дисперсионного отношения меньше величины табличного ($F_{\phi} < F_{st}^*$), то нулевая гипотеза остается в силе ($p > 0,05$) и это означает, что генеральные параметры сравниваемых групп равны и применение t -критерия Стьюдента для проверки нулевой гипотезы в отношении оценки разности между средними имеет достаточные основания [14].

Следовательно, на основании вычисленных нами значений F -критерия Фишера (табл. 4) можно утверждать, что генеральные дисперсии сравниваемых совокупностей таких параметров, как объем молока и суточная секреция белка с молоком не равны, а значит производить сравнение средних с помощью t -критерия Стьюдента нельзя. Поэтому вывод о достоверно большем объеме суточной секреции молока и белка не подтверждается статистически.

Таблица 4

Показатели	Вскармливание		t	p	F-критерий Фишера	P _F
	по часам (n = 15)	свободное (n = 15)				
Объем молока, мл/сут	301,0 ± ±30,0	537,0 ± ±100,0	7,6	<0,001	11,1111	<0,05
Белок: г/л г/сут	19,2 ± 1,1	17,2 ± 0,4	1,7	>0,05	1,3223	>0,05
	5,7 ± 0,7	9,2 ± 0,4	4,28	<0,001	3,0625	<0,05
Жир: г/л г/сут	30,7 ± 2,1	29,7 ± 1,9	0,34	>0,05	1,2216	>0,05
	80,5 ± 1,2	15,4 ± 1,1	4,23	<0,001	1,1901	>0,05
Витамин С: мг/л мг/сут	61,5 ± 4,7	47,8 ± 4,4	2,1	>0,05	1,1410	>0,05
	18,5 ± 3,3	25,4 ± 2,3	1,73	>0,10	2,0586	>0,05

Здесь и в табл. 5: p_F — достоверность различий по F-критерию Фишера.

Таблица 5

Активность α -амилазы и α_1 -антитрипсина в женском молоке

Показатели	Вскармливание		t	p	F-критерий Фишера	P _F
	по часам (n = 15)	свободное (n = 15)				
Удельная активность α_1 -антитрипсина, МЕ/мл	24,0 ± 1,6	22,7 ± 1,6	0,63	>0,1	1,0	>0,05
Суммарная активность α_1 -антитрипсина, МЕ/мл	77,3 ± 12,3	125,7 ± ±9,7	3,2	<0,01	1,6079	>0,05
Удельная активность α -амилазы, ЕД/100мл	565,0 ± ±102,0	825,0 ± ±186,0	1,2	>0,1	3,3252	<0,05
Суммарная активность α -амилазы, ЕД/мл	1771,0 ± ±238,0	4612,0 ± ±1264,0	2,2	<0,05	28,2059	<0,05

Что касается других параметров (удельное и суточное содержание жира и витамина С в молоке матери), то различия этих показателей можно сравнивать с помощью t-критерия Стьюдента. Поэтому можно утверждать, что только суточное содержание жира в молоке женщин, вскармливаемых свободно своих детей, было достоверно выше, чем в группе женщин, кормивших детей по часам (табл. 4).

Кроме представленных выше, в качестве показателей эффективности разных режимов грудного вскармливания И. Я. Конь и соавт. [11] использовали определение активности α -амилазы и α_1 -антитрипсина в женском молоке (табл. 5). Вычисление F-критерия Фишера позволило установить, что с помощью t-критерия Стьюдента можно сравнивать только активность α_1 -антитрипсина.

Поэтому на основании представленных результатов можно сделать вывод, что только суммарная активность α_1 -антитрипсина в молоке в группе женщин, которые вскарммливали своих детей свободно, была выше (табл. 5).

Наконец, для оценки эффективности разных режимов грудного вскармливания И. Я. Конь и соавт. [11] использовали показатель массы тела детей при выписке из родильного дома (на 5–6-й день после родов). Как следует из представленных авторами результатов, в группе детей, вскармливаемых по часам, масса тела при рождении составляла $3545,0 \pm 147,0$ г, а при выписке — $3406,0 \pm 153,0$ г, тогда как в группе детей, вскармливаемых свободно, — $3621,0 \pm 100,0$ г и $3595,0 \pm 87,0$ г соответственно. Анализируя эти данные, авторы пишут: «...масса тела детей при рождении была приблизительно одинаковой в обеих группах. Однако при выписке из роддома были отмечены выраженные различия (выделено нами): у детей, которых вскармливали по часам, масса тела не достигала исходной, тогда как у детей, находившихся на свободном вскармливании, она была очень близка к ней» [11]. При этом авторы не приводят результатов сравнения массы тела в исследуемых группах в виде конкретных значений достигнутых уровней значимости (p) статистических критериев, с помощью которых принято проверять декларируемые статистические выводы. Даже если предположить, что данные выборки отвечают условиям нормальности распределения и для сравнения можно применять t -критерий Стьюдента, то его вычисление ($t = 0,5625$) свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий ($p > 0,5$) в массе тела детей, находящихся на разных режимах грудного вскармливания как при рождении, так и при выписке.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что выводы авторов о преимуществах свободного режима грудного вскармливания не могут считаться корректно обоснованными методами статистики, а значит они сомнительны. По сути мы не подвергаем сомнению целесообразность использования именно свободного режима естественного вскармливания, но с позиции доказательной медицины представленные данные не являются убедительными и требуют проведения дальнейших исследований. Необходимо провести тщательно спланированные исследования, которые бы позволили установить истину.

Нам кажется, что приведенных примеров достаточно для того, чтобы убедиться в необходимости дальнейшего изучения различных аспектов вскармливания детей раннего возраста. Мы полностью поддерживаем А. Г. Лебедева [15], Н. А. Коровину и И. Н. Захарову [12] и других авторов, которые считают необходимым создать Национальную программу вскармливания детей раннего возраста, основанную на выработке консенсуса по данному вопросу. Однако считаем, что выработка такого консенсуса возможна только после проведения специальных мно-

гоцентровых, контролируемых и рандомизированных исследований, основанных на принципах доказательной медицины. Создание программы без проведения дополнительных исследований не позволит избежать декларативности и бездоказательности, повторяя ошибки существующих ныне рекомендаций.

Проведению исследований, с нашей точки зрения, должна предшествовать разработка понятийного аппарата детской нутрициологии. Следует устранить все терминологические несоответствия. Нам не совсем понятно, почему нужно категорически и безальтернативно принимать терминологию, используемую в англоязычной литературе? На наш взгляд, ссылки на рекомендации комитета экспертов ВОЗ не совсем уместны. Ведь в этом случае кто представлял Россию на заседаниях экспертной группы? Известна ли экспертам ВОЗ точка зрения ученых России? К сожалению, знакомясь с зарубежной литературой по этому вопросу, в списках цитируемых источников мы не встретили ни одной работы отечественных ученых.

В качестве примера неудачных терминов, которые применяются в документах ВОЗ, можно привести такие понятия, как «исключительно грудное вскармливание», «преимущественно грудное вскармливание», «дополненное вскармливание», «вскармливание из бутылочки». Используя эти термины, невозможно определить, какой вид вскармливания у конкретного ребенка, что, естественно, не позволяет провести эпидемиологические исследования по распространенности различных видов вскармливания. В этом плане используемые в отечественной педиатрии понятия видов вскармливания более четкие и точные [23, 26]. Это касается и других терминов. К сожалению, в последнее время наблюдается широкое заимствование англоязычных терминов (например, «последующие формулы» и др.), которые только запутывают и без того сложную ситуацию. Несомненно, необходимо знание четких эквивалентов российских и иностранных терминов, но их использование должно отвечать нормам и правилам русского языка. Поэтому одной из важных задач в проблеме вскармливания является уточнение понятийного аппарата детской нутрициологии, уточнение значения терминов, поиск их эквивалентов. Это также должно найти свое отражение в консенсусе и Национальной программе. По мнению И. М. Воронцова и Е. М. Фатеевой [3], понятийный и терминологический консенсус в учении о естественном вскармливании необходим не только в рамках Союза педиатров России, но и в международном сообществе.

ЗаклЮчить нам бы хотелось словами профессора В. Е. Чернова, сказанными более 100 лет тому, но которые как нельзя лучше соответствуют реалиям сегодняшнего дня: «...для сохранения жизни детей, для уменьшения смертности между ними необходимо прежде всего, чтобы мать кормила своего ребенка грудью, чтобы у матери для того было в грудных железах молоко и чтобы имелся достаток для покупки требуемых при искусственном вскармливании

питательных веществ, чтобы эта мать хорошо осознала, что необходимый уход за ребенком так же важен, как и пища. Все эти задачи выполнимы, конечно, при одном условии, а именно, когда семья будет обладать известным довольствием и когда она будет более развита и более культурна. Тогда ужасающая смертность грудных детей уменьшится, а ежегодный прирост населения страны станет больше, средний возраст народа увеличится, производительные силы страны возрастут и Россия станет богаче во всех проявлениях своей жизни» [24].

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В. В. Введение в доказательную медицину. — М., 2001. — 392 с.
2. Воронцов И. М., Фатеева Е. М., Хазенсон Л. Н. Естественное вскармливание. — СПб., 1993.
3. Воронцов И. М., Фатеева Е. М. // Педиатрия. — 1997. — № 1. — С. 38–41.
4. Вскармливание детей первого года жизни. Метод. рекомендации. — М., 1992.
5. Гореньков Э. С. // Вопр. питания. — 1999. — № 2. — С. 27–29.
6. Зелинская Д. И., Лалодо К. С., Конь И. Я. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 1998. — Т. 43, № 6. — С. 6–9.
7. Конь И. Я. // Рос. педиатр. журн. — 1999. — № 2. — С. 45–50.
8. Конь И. Я. // Русск. мед. журн. — 1998. — Т. 6. № 23. — С. 4–8.
9. Конь И. Я. // Вопр. питания. — 1999. — № 2. — С. 4–16.
10. Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Куркова В. И. // Педиатрия. — 1997. — № 3. — С. 61–65.
11. Конь И. Я., Попович М. В., Фатеева Е. М. и др. // Рос. педиатр. журн. — 1999. — № 4. — С. 19–22.
12. Коровина Н. А., Захарова И. Н. // Педиатрия. — 2002. — № 1. — С. 56–60.
13. Лалодо К. С. // Рос. педиатр. журн. — 1998. — № 2. — С. 52–55.
14. Лакин Г. Ф. Биометрия. — М., 1990. — 352 с.
15. Лебедев А. Г. // Педиатрия. — 2002. — № 1. — С. 52–56.
16. Лукоянова О. Л., Бекетова Н. А., Вржесинская О. А. и др. // Рос. педиатр. журн. — 1998. — № 6. — С. 33–35.
17. Максимович-Амбодик Н. М. Искусство повивания или наука о бабичьем деле. — СПб., 1784–1786. — Ч. 1–5. — 155 с.
18. Сорвачева Т. Н. // Вопр. питания. — 1996. — № 5. — С. 54–57.
19. Сорвачева Т. Н., Пашкевич В. В., Конь И. Я. // Педиатрия. — 2001. — № 3. — С. 72–76.
20. Суханов Б. П. // Вопр. питания. — 1999. — № 2. — С. 12–13.
21. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М., 1998. — 353 с.
22. Цой А. П., Архипов В. В. // Русск. мед. журн. — 2001. — Т. 9. № 1. — С. 4–8.
23. Чеботарьова В. Д., Майданник В. Г. Пропедевтика педиатрии. — К., 1999. — 578 с.
24. Чернов В. Е. Смертность грудных детей и искусственное вскармливание. — К., 1903. — 33 с.
25. Шатнюк Л. Н., Спиричев В. Б. // Вопр. питания. — 1999. — № 2. — С. 5–11.
26. Эрман М. В. Лекции по педиатрии. — СПб., 2001. — 471 с.
27. Eccles M., Clapp Z., Grimshaw J. et al. // Brit. Med. J. — 1996. — Vol. 312. — P. 760–762.
28. Kajosaari M., Saarinen U. M. // Acta Paediatr. Scand. — 1983. — Vol. 72, № 3. — P. 411–414.
29. McQuay H. J., Moore R. A. // Ann. Intern. Med. — 1997. — Vol. 126. — P. 712–720.
30. Pediatric Nutrition Handbook / Ed. R. E. Kleinman. — NY., 1998. — 736 p.
31. Saarinen U. M., Kajosaari M. // Lancet. — 1980. — Vol. 1, № 8161. — P. 166–167.
32. Saarinen U. M., Kajosaari M., Backman A., Siimes M. A. // Lancet. — 1979. — Vol. 2, № 8135. — P. 163–166.