

ка у родильниц с гестозом. Российский вестник акушера-гинеколога. 2006; 5: 20–22.

53. Sisk PM, Lovelady CA, Gruber KJ, et al. Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh <1,25 grams. Pediatrics. 2008; 121: e1528–e1533.

54. Kuschel CA, Harding JE. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants. Cochrane Data base Syst. Rev. 2004; 1: CD000343.

55. Arslanoglu S, Moro GE, Ziegler EE, WAMP Working Group on Nutrition. Optimization of human milk fortification for preterm infants: new concepts and recommendations. J. Perinat. Med. 2010; 38: 233–238.

56. Moya F, Sisk PM, Walsh KR, Berseth CL. A new liquid human milk fortifier and linear growth in preterm infants. Pediatrics. 2012; 130: e928–e935.

57. Optimal feeding of LBW infants. Technical review, WHO, 2006; 121 p.

58. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. Pediatrics. 2005; 116: 400–406.

59. Ziegler EE, Carlson SJ. Early nutrition of very low birth weight infants. J. Matern. Fetal. Neonatal. Med. 2009; 22: 191–197.

© Коллектив авторов, 2015

Л.В. Абольян, С.В. Новикова, А.В. Дерю

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ, НАБЛЮДАВШИХСЯ В ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ, ИМЕЮЩИХ И НЕ ИМЕЮЩИХ ЗВАНИЯ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова МЗ РФ, Москва, РФ

Abolyan L.V., Novikova S.V., Deryu A.V.

THE DURATION OF BREASTFEEDING IN CHILDREN'S CLINICS, WITH OR WITHOUT THE TITLE OF WHO/UNICEF «CHILD FRIENDLY HOSPITAL»

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia

Поиск оптимальных путей повышения уровня грудного вскармливания (ГВ) и увеличения его длительности является актуальным. Цель исследования – оценка длительности ГВ в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР и НБДР). Опрошены 911 матерей, имеющих детей раннего возраста (12–36 мес) в 8 детских поликлиниках. Средняя длительность ГВ в поликлиниках БДР достигает 11–15 мес, а доля детей на исключительно ГВ до 6 мес – 40–80% (в НБДР – 7,7–7,9 мес и 20–35% соответственно). Внедрение принципов Инициативы БДР в практику детских поликлиник оказывает положительное влияние на показатели ГВ.

Ключевые слова: грудное вскармливание, исключительно грудное вскармливание, длительность и распространенность грудного вскармливания, Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку».

Searching for optimal ways to improve breastfeeding and increase its duration is relevant. Research estimates the duration of breastfeeding in children's clinics, with or without the title of WHO/

Контактная информация:

Абольян Любовь Викторовна – д.м.н., главный научный сотрудник отдела формирования общественного здоровья НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ
Адрес: Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 1
Тел.: (916) 140-20-62, E-mail: labolyan@mail.ru
Статья поступила 27.05.15, принята к печати 24.06.15.

Contact Information:

Abolyan Lybov Viktorovna – Ph.D, Chief Researcher at the Department of Public Health Research Institute, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
Address: Russia, 119991, Moscow, Trubetskaya str., 8/1
Tel.: (916) 140-20-62, E-mail: labolyan@mail.ru
Received on May 27, 2015, submitted for publication on Jun. 24, 2015.

UNICEF «Child Friendly Hospital» (CFH and NCFH). 911 mothers with children (age 12–36 months) in 8 children's clinics were interviewed. The mean duration of breastfeeding in CFH reaches 11–15 months, and the proportion of exclusively breastfeeding up to 6 month is 40–80% (in NCFH 7,7–7,9 months and 20–35%, respectively). Implementation of the CFH Initiativen child health clinics have a positive effect on breastfeeding rates.

Keywords: breastfeeding, exclusive breastfeeding, duration and prevalence of breastfeeding, «Child Friendly Hospital» Initiative.

Современные научные исследования подтверждают, что естественное вскармливание младенцев материнским молоком остается идеальным видом питания, способным обеспечить гармоничное развитие ребенка и адекватное состояние его здоровья. Исходя из Глобальной стратегии ВОЗ по кормлению детей грудного и раннего возраста (2003), грудное вскармливание (ГВ) является наилучшим способом предоставления идеального питания для здорового роста и развития детей грудного возраста; оно также является составной частью репродуктивного процесса с важными последствиями для здоровья матерей. Лишение ребенка ГВ, особенно исключительно ГВ в течение первого полугодия жизни (только грудное молоко – ГМ, исключая воду и чай), является важным фактором риска заболеваемости и смертности детей грудного и более старшего возраста, который лишь усугубляется несоответствующим прикормом. Последствия, которые сказываются на протяжении всей последующей жизни, включают слабую успеваемость в школе, пониженную производительность труда и ущерб интеллектуальному и социальному развитию.

Однако в России, как и во многих других индустриальных странах, за последние десятилетия отмечаются низкие показатели ГВ. В связи с этим поиск оптимальных путей повышения уровня ГВ и увеличения его длительности, включая длительность исключительно ГВ, является актуальным.

Инициатива ВОЗ и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР) была провозглашена в 1991 г. и включала в себя 10 принципов успешного ГВ применительно к родовспомогательным учреждениям. Позже эти принципы были адаптированы в разных странах и на другие медицинские учреждения, имеющие отношение к охране здоровья матери и ребенка [1]. Принципы успешного кормления грудью охватывают мероприятия по подготовке медицинского персонала, обучению беременных женщин, обеспечению условий для раннего начала ГВ и совместного пребывания матери и ребенка, кормления по требованию младенца, исключительно ГВ с рождения, отказа от использования пустышек, сосок и кормления из бутылочки, последующей поддержки кормящих матерей после выписки из родильного дома. Спустя 20 лет особая роль сектора здравоохранения и Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в охране и поддержке ГВ была отмечена в резолюции 63-й сессии ВОЗ (2010).

В России Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) внедряется с 1996 г. С 2003 г. кроме родильных домов в ней принимают участие также детские поликлиники и женские консультации [2]. 10 принципов успешного кормления грудью применительно к детской поликлинике представлены в табл. 1.

На 1 января 2015 г. 295 учреждений родовспоможения в 51 субъекте Российской Федерации удостоены международного звания ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР). На долю этих учреждений приходится около 21% всех принимаемых ежегодно в России родов. В Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники, из них аттестованы 151 и 194 учреждения соответственно.

В связи с вышеизложенным цель исследования заключалась в оценке длительности ГВ в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», а также выявлении социальных и медико-организационных факторов, влияющих на длительность ГВ.

Материалы и методы исследования

Проведено медико-социологическое исследование по опросу женщин, имеющих детей раннего возраста – 12–24 мес. Анкета содержала 63 вопроса, разделенные на 4 блока: социальная характеристика семьи; акушерский анамнез матери и состояние здоровья ребенка при рождении; характер вскармливания ребенка с рождения и источники информации по вопросам ГВ.

Исследования проводились в 8 детских поликлиниках, 4 из которых внедрили принципы ИБДР, прошли внешнюю аттестацию и были удостоены звания «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР): гг. Электросталь (Московская область), Ростов-на-Дону, Южно-Сахалинск, Белебей (Республика Башкирия) и Туймазы (Республика Башкирия). Другие 4 детские поликлиники, взятые в исследование, не проходили аттестации и не имели этого звания (НВДР): гг. Ступино и Фрязино (Московская область) и две поликлиники г. Уфа (Республика Башкирия).

Кроме того, учитывая то, что в России активно развивается волонтерское движение групп материнской поддержки ГВ [3], мы также опросили матерей, имеющих детей в возрасте 12–36 мес, посещавших такую группу в г. Ступино – Московскую областную благотворительную общественную организацию «Лига молодых матерей Подмосковья» (Лига). Эта общественная организация была создана при участии и поддержке администрации города с целью инфор-

Десять принципов успешного грудного вскармливания применительно к детской поликлинике

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику по охране и поддержке грудного вскармливания
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики
3. Информировать всех беременных женщин, поступивших на учет в детскую поликлинику, о преимуществах и принципах успешного кормления грудью
4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого часа после родов
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию в трудных ситуациях и в случаях временного разделения матери и ребенка
6. Рекомендовать матерям исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни
7. Рекомендовать максимально длительное нахождение матери вместе с ребенком в течение суток
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, не исключая кормления грудью в ночное время
9. Не рекомендовать матерям использовать пустышки и средства, имитирующие грудь (соски)
10. Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети на грудном вскармливании; осуществлять преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники по вопросам охраны и поддержки грудного вскармливания; поощрять создание групп материнской поддержки и направлять в них кормящих матерей

мационной поддержки семей по вопросам рождения и воспитания здорового ребенка. Одним из направлений работы Лиги является охрана и поддержка ГВ в соответствии с принципами ИБДР.

Всего опрошены 911 матерей, из них 494 матери в детских поликлиниках, имеющих звание БДР (1-я группа), 368 – в детских поликлиниках, не имеющих этого звания – НБДР (2-я группа) и 49 – посещавших Лигу (3-я группа).

Статистическую обработку материала проводили с использованием статистического пакета SPSS.17 для персонального компьютера. Для выявления взаимосвязей между длительностью ГВ и изучаемыми социальными и медико-организационными факторами осуществляли однофакторный дисперсионный анализ.

Результаты

Результаты исследования показали, что социальные характеристики опрошенных матерей и их семей во всех группах не имели существенных различий по большинству изучаемых показателей. Средний возраст опрошенных матерей составил 27–29 лет; отцов – 28–32 года. Значительная часть опрошенных матерей имели среднее специальное – 25–50% или высшее образование – 16–50%, кроме матерей 3-й группы (Лига), где большинство матерей были с высшим образованием – 97%. Также высокий уровень образования имели и отцы: среднее специальное – 20–50% и высшее – 25–50%. Среднее число детей в семьях составляло 1,3–1,6. У большинства семей было по одному – 50–70% или по два ребенка – 30–40%. Около 80–90% матерей 1-й и 2-й групп не работали. Доля не работавших матерей в 3-й группе была меньше – 46%, очевидно в связи с тем, что в эту группу вошли матери с детьми более старшего возраста.

Акушерский анамнез опрошенных матерей и состояние здоровья детей при рождении не

имели существенных различий во всех 3 группах опрошенных. Большинство из них встали на учет по беременности в рекомендованные сроки – до 12 недель – 80–90% (Лига – 70%); посещали занятия по подготовке к родам, включая вопросы ГВ, 25–80% (Лига – 70%). Доля операций кесарево сечение составляла 8–15% (Лига – 20%). Доля недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении среди опрошенных различных групп была незначительной и составляла 0–5% (Лига – 0%).

Практика родовспомогательных учреждений по охране и поддержке ГВ характеризовалась неоднородностью и не имела существенных различий в 3 группах опрошенных. Раннее прикладывание к груди сразу после родов осуществляется в 45–93% случаев (Лига – 50%), однако длительность нахождения ребенка на груди матери не менее 30 мин имела место лишь в 3–30% случаев (Лига – 11%). Совместное пребывание матери и ребенка осуществлялось в 9–90% случаев (Лига – 40%). Первое кормление грудью после перевода матери из родильного зала осуществлялось через 1–2 ч в 3–60% случаев, а через 12 ч и более – в 10–55% (Лига – 34%). В значительном числе случаев медицинский персонал оказывал помощь матерям в прикладывании младенца к груди – 60–90% (Лига – 57%). Питание и питье из бутылочки в родильном доме получали 9–45% детей (Лига – 57%), около 3–40,5% матерей ответили, что они не знали, использовались ли бутылочки и соски для докармливания или допаивания их малышей (Лига – 0%), что, очевидно, связано с раздельным пребыванием матери и ребенка. Пустышки использовались лишь в 3–20% случаев (Лига – 11%), однако 3–60% матерей не знали об использовании пустышек в случаях раздельного пребывания (Лига – 30%). Достаточно часто в некоторых родильных домах у матерей

встречаются трещины сосков – 10–20% (Лига (26%) и нагрубания молочной железы – 5–40% (Лига – 20%), что связано с неправильной техникой кормления грудью. Средняя длительность пребывания в родильном доме составляла 5–6 дней (Лига – 3 дня) и колебалась от 6 до 18 дней (Лига – 3–8 дней).

Практика ГВ опрошенных матерей после выписки из акушерского стационара характеризовалась следующими показателями. Большинство матерей были настроены на кормление грудью и считали ГВ необходимым для здоровья и развития ребенка – 90–100%. По их мнению, длительность кормления грудью должна составлять не менее 12 мес – 85–100%. На длительное кормление грудью, 2 года и более в соответствии с рекомендациями ВОЗ, в большей степени настроены женщины из 1-й группы – 20–45% по сравнению со 2-й группой – 4–30% (Лига – 49%). Считают, что длительность исключительно ГВ должна быть 6 мес, 50–80% матерей обеих групп (Лига – 57%).

Имели место некоторые различия в ответах матерей трех групп на вопросы о соблюдении основных правил успешного кормления грудью. Кормления по требованию младенца придерживалось большинство матерей – 90–100% из 1-й группы и 80–97% из 2-й группы (Лига – 94%), почти все матери из трех групп кормили своих малышей грудью в ночные часы – 95–100%. Использовали пустышки 35–60% матерей 1-й группы и 60–70% из 2-й группы (Лига – 20%); допаивали своих малышей водой и чаем 10–30 и 30–40%, а использовали бутылочки и соски для допаивания и докармливания своих малышей 15–40 и 16–70% соответственно матерей 1-й и 2-й групп (Лига – 17%).

Среди основных причин прекращения кормления грудью матери 1-й группы несколько реже по сравнению с матерями 2-й группы называли такие причины, как нехватка грудного молока – 9–47 и 19–53%; сама решила по возрасту ребенка – 16–32 и 15–49%; заболевания груди – 0–2 и 0–6% соответственно (Лига – 0; 40 и 0%). Более часто матери 1-й группы по сравнению с матерями 2-й группы называли такие причины, как выход на работу или учебу – 9–23 и 2–5%; болезнь матери – 4–19 и 3–7%; устала кормить грудью – 4–14 и 0–6%; болезнь ребенка – 0–4 и 0–1,5% соответственно (Лига – 9; 3; 14 и 3%). Примерно одинаковое число матерей обеих групп прекратили кормить грудью по причине того, что ребенок сам перестал проявлять интерес к груди – 6–16 и 4–15% соответственно (Лига – 31%).

Матери 1-й и 2-й групп высоко оценили помощь медицинских работников в сохранении ГВ – 50–90%. Также они дают высокую оценку помощи членов семьи ближайших родственников – 60–90%. Ответы матерей, посещавших Лигу, отличались тем, что они низко оценивали помощь медицинских работников – лишь 3% матерей дали ей положительную оценку, пред-

почитая ей помощь членов семей и близких родственников – 70%, а также кормящих подруг – 48%.

Источники информации по вопросам ГВ. Не выявлено существенных различий в ответах матерей двух групп. Наиболее распространенными источниками информации для этих матерей являются медицинские работники детских поликлиник – 80–100%; родильных домов – 30–90% и женских консультаций – 5–60%. Значительная часть матерей получают информацию о ГВ от своих матерей – 30–60%; из научно-популярной литературы – 35–50%; от рожавших подруг – 13–40%; свекровей – 6–40%; в группах материнской поддержки – 3–40% и из средств массовой информации – 9–24%. Лишь незначительная часть матерей назвали в качестве источника информации сайты в Интернете – 2–8%. Ответы матерей 3-й группы, посещавших Лигу, в значительной степени отличались от ответов матерей двух других групп. Главными источниками информации они называли не медицинских работников, а сайты в Интернете – 100%; группы материнской поддержки – 97%, научно-популярную литературу – 54%; рожавших подруг – 34% и своих матерей – 17%.

Оценка длительности ГВ показала, что средняя ее длительность составляла в 1-й группе опрошенных матерей 7,7–14,7 мес, а во 2-й группе – 7,7–12,6 мес (табл. 2). Только в одной поликлинике из 4, имеющих звание БДР, отмечался относительно низкий показатель средней длительности ГВ: г. Электросталь – 7,7 мес. В трех других поликлиниках БДР средние показатели ГВ были относительно высокими – 11–14,7 мес и достоверно превышали показатели поликлиник НБДР ($p < 0,01$). Средняя длительность ГВ опрошенных матерей из Лиги была достоверно выше показателей средней длительности в поликлиниках 1-й и 2-й групп ($p < 0,001$).

Рекомендуемая ВОЗ длительность ГВ в сочетании с соответствующим возрасту дополнительным питанием – 2 года и более. Значительная доля матерей в поликлиниках 1-й группы кормили грудью до 1 года и продолжали кормить грудью до 1,5 лет (табл. 2). Еще дольше кормили своих детей грудью матери, посещавшие Лигу (3-я группа).

При оценке средней длительности исключительно ГВ выявлено, что она составляла 4,4–5,8 мес в поликлиниках 1-й группы и 4–5,2 мес в поликлиниках 2-й группы (табл. 2). Самые высокие показатели имели место среди матерей Лиги – 6 мес, они значительно превышали показатели 1-й и 2-й групп опрошенных ($p < 0,01$). Несмотря на большой разброс показателей средней длительности исключительно ГВ в обеих группах поликлиник, тем не менее в двух из 4 поликлиник БДР отмечались достоверно более высокие показатели средней длительности исключительно ГВ по сравнению с показателями поликлиник НБДР, приближаясь к показателю Лиги – 5,3 и 5,8 мес.

Характеристики длительности ГВ и исключительно ГВ среди опрошенных матерей

Показатели	БДР (1-я группа)				НБДР (2-я группа)			Лига матерей (3-я группа)
	Электро-сталь	Ростов-на-Дону	Южно-Сахалинск	Белебей-Туймазы	Ступино	Фрязино	Уфа	
Длительность кормления грудью, мес: средняя ошибка средней	7,7 0,58	11 0,44	13,1 1,3	14,7 0,47	7,7 0,64	7,9 0,61	12,6 0,47	19,7 1
Доля детей на ГВ, %:								
12 мес	23,8	44,1	77,3	86,7	30,2	22,2	74,5	94,3
18 мес	3,2	12,8	22,7	31,1	1,9	6,6	21,4	74,3
24 мес	0	0	9,1	2,1	0	0	1	31,4
Длительность исключительно ГВ, мес: средняя ошибка средней	4,4 0,26	5,3 0,12	4,4 0,5	5,8 0,16	4 0,2	4,2 0,25	5,2 0,15	6 0,15
Доля детей исключительно на ГВ, %:								
3 мес	81	94,5	77,3	96,7	88,7	78,0	92,9	100
6 мес	36,5	63,3	59,1	76,7	22,6	35,6	56,1	68,6
Число опрошенных	95	155	48	196	79	89	200	49

Длительность исключительно ГВ, рекомендуемая ВОЗ, составляет 6 мес. Российские педиатры рекомендуют длительность исключительно ГВ в интервале 4–6 мес с учетом здоровья ребенка и питания матери. По данным проведенного нами исследования выявлено, что до 3 мес находились на исключительно ГВ большинство детей в обеих группах опрошенных матерей – 80–97% (Лига – 100%). Значительно меньше детей находились исключительно на ГВ до 6 мес: 1-я группа – 40–80% и 2-я группа – 20–60% (Лига – 70%). Доля детей, находящихся исключительно на ГВ до 6 мес была достоверно больше в поликлиниках 1-й группы и среди матерей Лиги по сравнению с поликлиниками 2-й группы ($p < 0,01$).

Выявление социальных и медико-организационных факторов, влияющих на длительность ГВ. В результате проведенного дисперсионного анализа выявлено, что длительность ГВ связана прежде всего с положительным настроением женщины на длительное кормление. Среди социальных факторов на длительность ГВ оказывают влияние такие факторы, как число детей в семье, возраст матери и отца, образование матери и отца, а также выход матери на работу. Кормление грудью тем дольше, чем больше детей в семье, старше мать и отец, выше их уровень образования, а также чем позже мать выходит на работу.

Среди медико-организационных факторов на длительность ГВ оказывают положительное влияние подготовка женщин к родам и ГВ во время беременности, а также практика акушерского стационара, направленная на охрану и поддержку ГВ: длительный контакт «кожа-к-коже» (не менее 30 мин) и раннее начало ГВ в родильном

зале, совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате, кормление по требованию малыша с самого рождения, применение в случае затрудненной или недостаточной лактации клинических молокоотсосов (эталонным в настоящее время считается клиническое оборудование швейцарской компании Medela). Также выявлена положительная взаимосвязь между длительностью кормления грудью и выполнением матерью современных рекомендаций по сохранению лактации после выписки из акушерского стационара: исключительно ГВ в первые 6 мес жизни, кормление по требованию малыша, включая ночные кормления, а также отказ от использования пустышки и использование молокоотсосов для сцеживания груди. Средняя длительность ГВ и исключительно ГВ в значительной степени зависит от того, имеет ли детская поликлиника статус БДР и посещает ли мать группу материнской поддержки (Лига). Эти показатели были выше в поликлиниках БДР и еще выше среди матерей, посещавших Лигу.

Обсуждение

Проведенное нами исследование позволило дать характеристику практики учреждений родовспоможения и детства по охране и поддержке ГВ, оценить показатели ГВ и исключительно ГВ в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания БДР, а также среди матерей, посещающих волонтерские группы материнской поддержки ГВ.

Акушерским стационарам принадлежит ключевая роль в становлении ГВ с момента рождения малыша, это особенно имеет отношение

к России, так как подавляющее большинство российских женщин изначально настроены на кормление грудью и находятся в родильном доме довольно долго по сравнению с женщинами из других европейских стран – в среднем 5–6 дней. Кроме того, по данным НИИ питания, не менее 92% матерей начинают кормить грудью в родильном доме [4].

Важная роль в поддержке ГВ после выписки из акушерского стационара принадлежит детским поликлиникам. Медицинский персонал детских поликлиник знакомится с беременными женщинами еще на дородовых патронажах, а после выписки из родильного дома на первом месяце жизни младенца осуществляет послеродовые патронажи, далее мать регулярно посещает врача-педиатра с целью профилактических осмотров ребенка раннего возраста, не считая других посещений детской поликлиники и кабинета здорового ребенка, т.е. у медицинского персонала детских поликлиник есть уникальная возможность наблюдения за ребенком, консультирования и поддержки кормящих матерей. Внедрение современных технологий охраны и поддержки ГВ и международной Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» позволяет правильно организовать и унифицировать эту работу. Для поддержания высоких стандартов ИБДР необходимо строго придерживаться организационных принципов Инициативы, регулярно проводить внешнюю переаттестацию учреждения на соответствие званию БДР (не реже 1 раза в 5 лет), а также постоянно осуществлять мониторинг показателей ГВ. К сожалению, лишь немногие детские поликлиники БДР регулярно проходят переаттестацию, а мониторинг показателей ГВ ограничивается ежегодными отчетами в Минздрав России с указанием доли детей на ГВ в 3–6 и 6–12 мес. Эти показатели официальных отчетов детских поликлиник являются устаревшими, малоинформативными и не соответствуют современным индикаторам [5].

Оценивая практику ГВ после выписки из акушерского стационара, следует отметить такой положительный момент, что большая часть матерей из всех трех групп придерживалась кормления грудью по требованию малыша и не исключала ночных кормлений. Однако значительная часть матерей в поликлиниках как БДР, так и НБДР допаивала своих малышей водой и чаем в первые месяцы жизни; использовала пустышки и бутылочки с сосками для допаивания и докармливания. Тем не менее, эти нарушения практики ГВ встречались реже среди матерей из поликлиник БДР. Матери из Лиги в редких случаях допаивали своих детей водой и чаем, но тем не менее часть из них использовала пустышки и соски.

По данным современных исследований, считается, что основная причина прекращения кормления грудью – это «нехватка грудного молока». Однако в нашем исследовании выявлено, что матери из поликлиники БДР значительно реже называли эту причину по сравне-

нию с матерями из поликлиник НБДР, а на первый план среди причин вышли такие, как «сама решила по возрасту ребенка» и «выход на работу или учебу». Матери из Лиги вообще не называли в качестве причины прекращения кормления грудью «нехватку грудного молока», они прекращали кормить грудью «по настоянию родственников», «по возрасту ребенка» и по причине «устала кормить грудью» – 14%.

Лидирующую роль медицинских работников в охране и поддержке ГВ подтверждают и результаты нашего исследования. Так, более половины матерей 1-й и 2-й групп отметили положительную роль медицинских работников в поддержке кормящих матерей и сохранении у них ГВ и большая их часть назвали основными источниками информации медицинских работников детских поликлиник и родильных домов. Ответы матерей из Лиги отличались тем, что большинство из них низко оценивали помощь медицинских работников в сохранении лактации, а также не называли их важным источником информации по ГВ. Это, очевидно, можно объяснить тем, что матери из Лиги представляют собой активных и мотивированных на кормление грудью женщин, которые нашли для себя альтернативу медицинским работникам в виде группы материнской поддержки, тем более что в Лиге они обучались и получали помощь от грамотных специально подготовленных матерей, консультантов по ГВ, которые сами имели положительный опыт длительного кормления грудью.

Средняя длительность ГВ в поликлиниках БДР характеризовалась высокими показателями по сравнению с поликлиниками НБДР (табл. 2). Среди матерей Лиги она была еще выше. В поликлиниках БДР и среди матерей Лиги также отмечались более высокие показатели исключительно ГВ по сравнению с поликлиниками НБДР.

Полученные нами данные сопоставимы с данными литературы. Так, средняя длительность ГВ в различных регионах России колеблется в широких пределах от 5 до 11 мес, например, Нижнем Новгороде – 5,3 мес; Кирове – 5,5 мес; Республике Якутия (Саха) – 6,8–8,4 мес; Республике Ингушетия – 8,5–8,7 мес и в Чеченской Республике – 9,5–10,8 мес [7–10]. В результате внедрения принципов ИБДР в учреждениях родовспоможения и детства средняя длительность ГВ в Красноярске повысилась до 9,9 мес, а в Республике Тыва – до 12,4–14 мес [11].

Значение медико-организационных факторов, отражающих внедрение в практику учреждений родовспоможения и детства современных принципов охраны и поддержки ГВ, нашло свое подтверждение при проведении дисперсионного анализа.

Заключение

Распространенность и длительность ГВ и исключительно ГВ достоверно выше в детских поликлиниках, имеющих звание БДР, по срав-

нению с поликлиниками, не имеющими этого звания. Для поддержания высоких стандартов БДР в детских поликлиниках необходимо строго придерживаться организационных принципов Инициативы, постоянно осуществлять мониторинг показателей ГВ, а также регулярно проводить внешнюю переаттестацию учреждений

для подтверждения этого звания. Существенную роль в поддержке кормящих матерей и повышении уровня ГВ могут играть волонтерские группы материнской поддержки, в состав которых входят матери, имеющие положительный опыт кормления грудью и прошедшие специальную подготовку по вопросам ГВ.

Литература

1. ВFHI. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: WHO, 2009.
2. Абольян Л.В. Больница, доброжелательная к ребенку: реализация принципов ВОЗ в российских ЛПУ. *Здравоохранение*. 2011; 11: 58–65.
3. Абольян Л.В., Лоранский Д.Н., Казакова Л.В., Коняева Н.А., Барабаш Н.А., Зубкова Н.З. О группах материнской поддержки грудного вскармливания. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010; 3: 34–37.
4. Тутельян В.А., Батурина А.К., Конь И.Я., Кешабянц Э.Э., Старовойтов М.Л., Сафронова А.М., Гмошинская М.В. Характер питания детей грудного и раннего возраста в Российской Федерации: практика введения прикорма. *Педиатрия*. 2009; 86 (6): 77–83.
5. Абольян Л.В., Евлоева П.М., Бартенева Е.И. Современные подходы к оценке показателей грудного вскармливания на примере Чеченской Республики и Республики Ингушетия. *Вопросы современной педиатрии*. 2013; 12 (4): 58–63.
6. Абольян Л.В., Мукминов А.С., Бартенева Е.И. Практика грудного вскармливания в Республике Башкирия. Материалы XI Всероссийского конгресса диетологов и нутрициологов. М., 2009: 4.
7. Лазарева Е.П. Разработка подходов к профилакти-
- ке алиментарно-зависимых заболеваний у детей первого года жизни: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2006.
8. Мошанова О.Ю. Влияние вида вскармливания на показатели здоровья детей раннего возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2006.
9. Прокопьева С.И., Ханды М.В., Нетребенко О.К. Питание и состояние здоровья детей первого года жизни в Республике Саха (Якутия). Сб. статей межрегиональной научно-практической конференции «Питание – основа образа жизни и здоровья населения в условиях Севера». Якутск, 2012: 38–42.
10. Евлоева Ф.М. Медико-социологическое исследование демографической ситуации, заболеваемости детей первого года жизни и состояния грудного вскармливания в Чеченской Республике и Республике Ингушетия. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2012; 3: 16–21.
11. Грицинская В.Л., Фурцев В.И., Корниенко Т.В., Салчак Н.Ю. Региональные и этнические особенности вскармливания и состояния здоровья детей. *Российский педиатрический журнал*. 2011; 5: 51–54.
12. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования и роль доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания. *Вопросы детской диетологии*. 2003; 1 (2): 35–37.

РЕФЕРАТЫ

ПРОДОЛЬНАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА

Задача исследования – сравнение данных программы по лечению сахарного диабета 2-го типа (СД2) у подростков и результатов исследования о количестве подростков, когда-либо куривших или употреблявших алкоголь. Проанализированы данные за 2 года. Были проанализированы данные об участниках программы лечения СД2 в возрасте 10–18 лет на момент начала исследования. В кросс-секционных многомерных моделях учтены психосоциальные особенности, семейное положение и факторы окружения в каждый момент времени, влияющие на появление вредных привычек у подростков. Для выбранных факторов были составлены и изучены продольные модели. Данные были получены из программы лечения СД2 у подростков и исследования молодежи разной этнической принадлежности. В начале исследования число участников составило 644 человека, через 6 месяцев – 616, через 24 месяца – 543. Процент подростков, когда-либо пробовавших курить, остался на одном уровне – 4%. Процент пробовавших алкоголь увеличился с 17 до 26%. Доля куривших и пробовавших алкоголь увеличилась с 10 до 18% за 2-летний период. Факторами, связанными с появлением вред-

ных привычек, оказались: старший возраст, мужской пол, этническая принадлежность к белой расе испанского происхождения, низкие школьные оценки, симптомы депрессии и травмирующие жизненные события. Симптомы депрессии, травмирующие жизненные события и индекс массы тела (последний относится только к курящим) были связаны с укреплением вредных привычек со временем. У подростков с СД2, уже подверженных риску осложнений со здоровьем, вредные привычки повышают вероятность развития опасных для жизни заболеваний. Несмотря на то, что большинство причин появления вредных привычек не поддаются изменению, необходимо приложить усилия к устранению потенциально изменяемых факторов, таких как симптомы депрессии и низкие школьные оценки.

Carolyn E. Ievers-Landis, Natalie Walders-Abramson, Nancy Amodei, Kimberly L. Drews, Joan Kaplan, Lorraine E. Levitt Katz, Sylvia Laviertes, Ron Saletsky, Daniel Seidman, Patrice Yasuda. *Longitudinal Correlates of Health Risk Behaviors in Children and Adolescents with Type 2 Diabetes*. *The Journal of Pediatrics*. 2015; 166 (5): 1258–1264.