

© Коллектив авторов, 2005

Л.В. Абольян, Т.К. Бердикова, В.Е. Ломовских, Е.Ю. Врублевская, С.А. Ерохина,  
Л.М. Паршина, Т.Д. Жилыева, Т.В. Малеванная, Н.П. Полищук, Т.Н. Яковлева

## ЗНАЧЕНИЕ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, ФИЗИЧЕСКОГО И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (НА ПРИМЕРЕ г. ВОЛГОГРАД)

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова, Москва;  
Комитет по здравоохранению администрации Волгоградской области, г. Волгоград, РФ

Современные рекомендации по грудному вскармливанию (ГВ) отражены в Глобальной стратегии по питанию младенцев и детей раннего возраста, принятой на 55-й Всемирной Ассамблее Здравоохранения [1]. Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста глобальная рекомендация общественного здравоохранения состоит в необходимости исключительно ГВ в течение первых 6 месяцев жизни. Соответственно для удовлетворения своих возрастающих потребностей в питании дети грудного возраста должны получать адекватный в питательном отношении и безопасный прикорм при продолжении ГВ до 2 лет или более. Согласно определению ВОЗ, под исключительно ГВ понимается вскармливание только грудным молоком без дополнительного питания или питья за исключением лекарств, витаминов или минеральных добавок, допускается также сцеженное грудное молоко [2].

Долгое время продолжались дискуссии по вопросу длительности исключительно ГВ. Изначально его продолжительность распространялась на возрастной интервал 4—6 месяцев. Современные рекомендации ВОЗ относительно продолжительности исключительно ГВ до 6 месяцев касаются как развивающихся, так и индустриальных стран. Научные основы этих рекомендаций изложены в ряде обзоров, которые были подготовлены для консультативных совещаний экспертов ВОЗ [3—5].

К сожалению, в настоящее время нами утрачено понятие исключительно ГВ [6]. Специальные исследования, проведенные О.К. Нетребенко и соавт. [7] и О.А. Васильевой [8] в различных регионах России, показали, что частота исключительно ГВ не превышает 2—2,5%. Тем не менее, в отечественной педиатрии традиционно уделялось большое внимание вопросу поддержки естественного, или как сейчас принято называть, исключительно ГВ. Доцентом кафедры социальной гигиены Ленинградского государственного педиатрического медицинского института О.З. Мичник (1941) проводился сравнительный анализ вскармливания грудных детей за 1918, 1921, 1928 и 1938 гг. по материалам детских консультаций Ленинграда. Были выявлены высокие коли-

чественные показатели лактационной способности матерей, частоты и длительности ГВ, в том числе естественного: в 1938 г. на 6-м месяце жизни естественное вскармливание (по терминологии авторов) получали 72%, смешанное — 21,9% и искусственное — 6,1% младенцев. В более поздних исследованиях Л.И. Плетневой (1969), проведенных в детских поликлиниках Волгограда, также отмечались высокие показатели естественного вскармливания (по терминологии авторов): к 5 месяцам на естественном вскармливании находилось 75% детей, на смешанном — 16,6% и на искусственном — 8,4%.

С 1998 г. в Волгоградской области широко развивается Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», которая позволила внедрить современные принципы охраны и поддержки ГВ в учреждениях родовспоможения и детства области. На базе перинатального центра в г. Волжский функционирует областной центр охраны и поддержки ГВ. Сотрудниками центра проведено обучение свыше 2000 врачей и средних медицинских работников области по современным программам ведения лактации и консультирования матерей [9]. К настоящему времени 22 акушерских стационара области, в том числе все 6 родильных домов Волгограда, имеют международный статус «Больница, доброжелательная к ребенку». Свыше 60% ежегодно принимаемых в области родов проходит в стационарах, работающих по новой технологии. Национальные критерии этой Инициативы применительно к детским амбулаторно-поликлиническим учреждениям разрабатывались на базе детских поликлиник Волгограда и Волгоградской области [10]. По данным официальной статистики, за 5 лет с 1999 по 2003 гг. показатели частоты ГВ (без уточнения его вида) в Волгоградской области среди детей 6—12 месяцев повысились с 50% до 66%. Специальные исследования позволили выявить, что частота исключительно ГВ в детских поликлиниках может достигать среди детей в возрасте 5 месяцев 70—85%.

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости, физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни

Таблица 1

## Характер и сроки введения дополнительного питания среди детей 2-й группы

Показатели	Каша	Смеси	Кефир	Овощное пюре	Фруктовое пюре	Соки	В среднем по всем видам дополнительного питания
Сроки введения, мес	3,5±0,27	3,5±0,16	3,7±0,29	3,6±0,19	3,9±0,27	4,0±0,24	3,9±0,11
n	26	46	21	40	28	27	129
%	20,1	35,6	16,3	31,0	21,7	20,9	100

в зависимости от вида вскармливания — исключительно грудное, смешанное и искусственное.

Проведен ретроспективный анализ 414 историй развития детей, достигших возраста 1 год и наблюдавшихся в 3 городских детских поликлиниках Волгограда — № 7, 10 и 27, имеющих национальный статус «Больница, доброжелательная к ребенку». В зависимости от характера вскармливания детей, были сформированы 3 группы наблюдения: в 1-ю группу вошли 147 детей, находившихся исключительно на ГВ до 6 месяцев; во 2-ю — 129 детей, получавших в течение первых 6 месяцев наряду с материнским молоком дополнительное питание или питье — смешанное вскармливание; 3-ю группу составили 138 детей, не получавших молоко матери с рождения или переведенных на искусственное вскармливание в течение первых 2 месяцев жизни — искусственное вскармливание. Все дети были доношенные и практически здоровые с оценкой по шкале Апгар 7 баллов и более при рождении.

Изучали длительность ГВ во всех 3 группах, сроки и характер введения дополнительного питания в первые 6 месяцев жизни среди детей 2-й группы. Физическое и нервно-психическое развитие младенцев оценивали к 6 месяцам и к 1 году.

В качестве параметров физического развития использовали показатели массы и длины тела. Нервно-психическое развитие детей оценивали по методике Г.В. Пантюхиной и соавт. (1983). Оценку заболеваемости (по МКБ X) на первом году жизни проводили путем выкопировки данных из истории развития ребенка (учетная форма № 112-у).

Для статистической обработки данных использовали статистический пакет SPSS (версия 11.0). Вычисляли статистические характеристики и частоты распределения изучаемых признаков, использовали тест Колмогорова — Смирнова для проверки нормальности распределения переменных, t-тест (тест Стьюдента) для сравнения средних двух независимых выборок и критерий  $\chi^2$  по Пирсону для сравнения частот распределения признака в двух независимых выборках.

Средняя длительность ГВ была достоверно выше среди детей 1-й группы по сравнению со 2-й и составляла 12,4±0,18 и 9,5±0,28 мес соответственно ( $p<0,001$ ). Дети 3-й группы получали молоко матери в среднем 1,5±0,07 мес.

Дополнительное питание вводилось детям 2-й группы в среднем в возрасте 3,9±0,32 мес. Получали питье в виде воды 10,1% детей этой группы.

Характер и сроки введения дополнительного питания среди детей 2-й группы представлены в табл. 1. Каша, смеси, кефир, овощное и фруктовое пюре, соки вводились в рацион ребенка в интервале от 3,5 до 4 месяцев. Искусственные смеси в первом полугодии жизни получали 35,6% детей в среднем с 3,5 мес, кефир — 16,3% детей с 3,7 мес.

Физическое развитие детей 3 групп существенно не различалось при рождении (табл. 2). К 6 месяцам жизни у детей 1-й группы отмечались более высокие показатели массы тела по сравнению с детьми 2-й и 3-й групп: 8442,8±80,3 г; 8184,9±73,6 г и 8262,0±82,3 г соответственно. Но статистически достоверные различия по этому показателю имели место только между 1-й и 2-й группами ( $p<0,05$ ). Среди детей 2-й группы к 6 месяцам отмечались также и более низкие показатели роста по сравнению с 1-й и 3-й группами: 67,8±0,23 см; 65,5±0,32 см и 67,6±0,22 см соответственно в 1-й, 2-й и 3-й группах ( $p<0,001$ ). По достижении 1 года жизни дети 1-й группы имели несколько более высокие показатели массы тела по сравнению с детьми двух других групп: 10709,2±111,2 г; 10502,4±95,1 г и 10669,0±95,5 г соответственно, но эти различия не носили существенный характер ( $p>0,05$ ). Не было выявлено достоверных различий среди детей трех групп и по показателю длины тела: 76,2±0,26 см; 76,5±0,24 см и 77,1±0,24 см соответственно.

Таблица 2

## Динамика физического развития детей трех групп на первом году жизни

Характеристики	1-я группа	2-я группа	3-я группа
При рождении:			
Масса тела, г	3405,2±33,6	3380,3±34,4	3399,8±38,0
Длина тела, см	52,7±0,18	52,5±0,18	52,7±0,19
В возрасте 6 месяцев:			
Масса тела, г	8442,8±80,3	8184,9±73,6	8262,0±82,3
Длина тела, см	67,8±0,23	65,5±0,32	67,6±0,22
В возрасте 1 год:			
Масса тела, г	10709,2±111,2	10502,4±95,1	10669,0±95,5
Длина тела, см	76,2±0,26	76,5±0,24	77,1±0,24

Прибавка массы тела к первому полугодю была достоверно выше среди детей 1-й группы по сравнению со 2-й и составляла среди детей трех групп соответственно  $5037,6 \pm 74,3$  г;  $4804,6 \pm 65,4$  г, и  $4862,2 \pm 80,9$  г; во втором полугодии не было выявлено существенных различий в величине прибавки массы тела среди детей трех групп —  $2266,3 \pm 60,1$  г;  $2317,5 \pm 62,5$  г и  $2407,4 \pm 59,4$  г соответственно. В целом прибавка массы тела за год была несколько выше среди детей 1-й группы, однако эти различия не были статистически значимы —  $7303,9 \pm 104,9$  г;  $7122,1 \pm 86,9$  г и  $7269,6 \pm 91,4$  г среди детей трех групп соответственно (рис. 1).

Прирост длины тела к 6 месяцам был достоверно выше среди детей 1-й и 3-й групп по сравнению с детьми 2-й группы —  $15,1 \pm 0,22$  см;  $12,9 \pm 0,29$  см

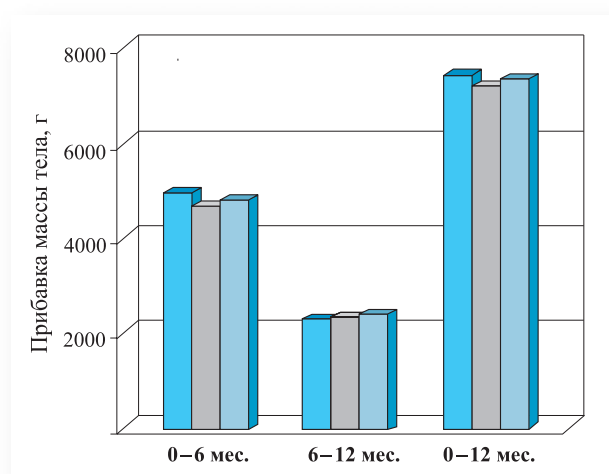


Рис. 1. Динамика прибавки массы тела на первом году жизни среди детей трех групп.

Здесь и на рис. 2: 1-й столбик — 1-я группа, 2-й столбик — 2-я группа, 3-й столбик — 3-я группа.

и  $15,1 \pm 0,25$  см соответственно ( $p < 0,001$ ). Во втором полугодии, наоборот, прирост длины тела был достоверно выше во 2-й группе —  $9,0 \pm 0,18$  см;  $11,1 \pm 0,34$  см и  $9,2 \pm 0,17$  см соответственно ( $p < 0,001$ ). В целом

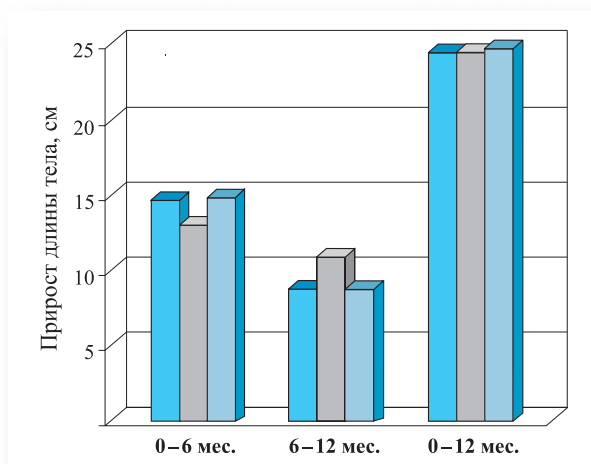


Рис. 2. Динамика прироста длины тела на первом году жизни среди детей трех групп.

за год дети трех групп имели примерно одинаковую величину прироста длины тела —  $24,1 \pm 0,26$  см;  $24,1 \pm 0,25$  см и  $24,3 \pm 0,26$  см (рис. 2).

Нервно-психическое развитие детей на первом году жизни отличалось среди детей, находящихся на различных видах вскармливания (табл. 3). К 6 месяцам жизни дети 1-й группы опережали в своем развитии детей 2-й и 3-й групп. Нормальное нервно-психическое развитие отмечалось у 78,2% детей 1-й группы и у 66% и 68% детей 2-й и 3-й групп ( $p > 0,05$ ). Задержка развития была выявлена среди детей 1-й группы в 19,8% случаев и в 33% ( $p < 0,05$ ) и 31% случаев во 2-й и 3-й группах соответственно.

К 12 месяцам дети на ГВ (1-я и 2-й группы) значительно опережали в своем развитии детей на искусственном вскармливании (3-я группа). У большинства детей этого возраста нервно-психическое развитие было оценено как нормальное — у 87% детей 1-й и 2-й групп и у 84% детей 3-й группы. Опережение в нервно-психическом развитии отмечалось среди детей 1-й и 2-й групп в 11,9% и 9,7% случаев соответственно и лишь у 1% детей 3-й группы

Таблица 3

#### Динамика нервно-психического развития на первом году жизни среди детей трех групп

Оценка нервно-психического развития	К 6 месяцам			К 12 месяцам		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Опережение развития	2,0*	1,0	0	11,9	9,7	1,0
Нормальное развитие	78,2	66,0	68,0	87,1	87,4	84,0
Задержка в развитии на 1 эпикризный срок	19,8	33,0	31,0	1,0	2,9	14,0
Задержка в развитии на 2 эпикризных срока	0	0	1,0	0	0	1,0
Итого	100	100	100	100	100	100

\* данные представлены в %.

( $p < 0,01$ ). К году жизни 14% детей 3-й группы отставали в нервно-психическом развитии по сравнению с 1% ( $p < 0,01$ ) и 2,9% в 1-й и 2-й группах соответственно ( $p < 0,01$ ).

Заболеваемость детей на первом году жизни в значительной степени зависела от вида вскармливания (табл. 4). Общая заболеваемость в 1-й группе была ниже на 70% по сравнению с 3-й группой и на 30% по сравнению со 2-й группой. По отдельным классам заболеваний среди детей на исключительно ГВ (1-я группа) заболеваемость была в несколько раз ниже, чем среди детей на смешанном (2-я группа) и искусственном вскармливании (3-я группа). Эти различия более выражены по сравнению с детьми на искусственном вскармливании и в меньшей степени — на смешанном. Так, например, по инфекционным и паразитарным болезням — в 3,2 и 1,2 раза; болезням крови (анемии) — в 1,8 и 1,2 раза; эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям обмена веществ (рахит, гипотрофия, паратрофия, дисметаболическая нефропатия и др.) — в 2,7 и 1,7 раза; болезням уха —

в 2 раза (3-я группа); органов дыхания — в 1,5 и 1,2 раза; органов пищеварения (стоматит, эзофагит, диспепсия и др.) — в 5,2 и 1,6 раза; болезням мочеполовой системы — в 2 раза (3-я группа); травмам и отравлениям — в 3 раза (3-я группа). Большая частота травм и отравлений среди детей на искусственном вскармливании может быть следствием неадекватного ухода за младенцем. Индекс здоровья составлял среди детей 1-й, 2-й и 3-й групп 32%, 18% и 16% соответственно, т.е. среди детей на ГВ в 2 раза больше было число ни разу не болевших на первом году жизни по сравнению с детьми на искусственном вскармливании.

Таким образом, проведенные исследования показали значение исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни для гармоничного физического и нервно-психического развития детей первого года жизни. Выявлено, что дети на исключительно ГВ значительно меньше болеют по сравнению с детьми на смешанном и искусственном вскармливании и, в частности, по таким классам заболеваний, как инфекционные и паразитарные болезни, болезни крови (анемии) и эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни уха, органов дыхания, пищеварения, мочеполовой системы, травмы и отравления. Исключительно ГВ способствует более продолжительному кормлению грудью, средняя длительность ГВ составляла 12,4 мес и 9,5 мес соответственно среди детей на исключительно ГВ и смешанном вскармливании.

Дополнительное питание вводилось детям на смешанном вскармливании в 3,5—4 мес. Следует отметить, что лишь в 35,6% случаев это были детские смеси, которые в среднем начинали вводить в 3,5 месяца. Неадаптированный молочный продукт в виде кефира использовался в питании 16,3% детей, начиная с 3,7 мес.

Существенных различий в физическом развитии детей, отличающихся видом вскармливания, выявлено не было. Отмечалась статистически большая прибавка массы и длины тела в первом полугодии жизни среди детей на исключительно ГВ по сравнению с детьми на смешанном вскармливании. К году эти различия сглаживались. Некоторое отставание в физическом развитии в первом полугодии жизни детей на смешанном вскармливании может быть связано с неуверенностью матерей в достаточности грудного молока для младенца и неадекватным характером дополнительного питания. Среди детей этой группы отмечались ранние сроки введения кефира, каш, фруктового и овощного пюре по российским и международным стандартам, при этом адаптированные смеси использовались лишь в 35,6% случаев. Отсутствие значимых различий в физическом развитии между детьми на исключительно ГВ и искусственном вскармливании могут быть связаны с использованием адаптированных молочных смесей, хотя, по данным И.М. Воронцова и Е.М. Фатеевой, дети на искусственном вскармливании

Таблица 4

**Заболеваемость на первом году жизни среди детей трех групп**

Классы болезней	Заболеваемость, на 1000 детей, достигших возраста 1 года		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Всего заболеваний	2273,3	2960,0	3886,7
Инфекционные и паразитарные заболевания	26,7	73,3	86,7
в т.ч. кишечные инфекции	26,7	53,3	73,3
Болезни крови	160,0	233,3	286,7
в т.ч. анемии	160,0	226,7	286,7
Болезни эндокринной системы	46,7	73,3	126,7
Болезни уха	26,7	53,3	53,3
Болезни органов дыхания	1233,3	1540,0	1906,7
в т.ч. острые инфекции верхних дыхательных путей, пневмонии	1166,7	1426,7	1733,3
Болезни органов пищеварения	26,7	86,7	140,0
Болезни мочеполовой системы	20,0	6,7	40,0
Травмы и отравления	6,7	0	20,0
Индекс здоровья, %	32,0	18,0	16,0

вании могут опережать свой биологический возраст [11].

Следует отметить значение исключительно ГВ для нервно-психического развития младенцев. Различия в нервно-психическом развитии были более выражены в первом полугодии жизни — у 78% детей на исключительно ГВ имело место нормальное развитие (66% и 68% во 2-й и 3-й группах) и 19,8% отставали в развитии (33% и 31% соответственно). К году жизни выявлены существенные различия в нервно-психическом развитии детей на грудном (не зависимо от его вида) и искусственном вскармливании. Среди детей на ГВ отмечалось опережение в развитии в 11,9% и 9,7% случаев, а среди детей на искусственном вскармливании отставали в развитии 14% детей. Это может объясняться тем, что мать, кормя ребенка грудью, уделяет ему больше внимания, разговаривает с ним, улыбается, покачивает и поглаживает его, что влияет на развитие ребенка и его социализацию [11]. Естественно, что именно исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни способствует тому, что мать постоянно находится и общается со своим ребенком.

Высказываются опасения относительно того, что дети, находясь на исключительно ГВ на протяжении 6 месяцев, могут либо недоедать, либо недополучать витаминов и микроэлементов в своем питании. Однако опыт детских поликлиник Волгограда показывает, что современные рекомендации относительно ГВ могут успешно внедряться только при достаточно хорошей подготовке педиатров и медицинских сестер, а также при условии преемственности в работе родовспомогательных и детских амбулаторно-поликлинических учреждений. Медицинские работники должны иметь четкие представления о механизмах выработки молока, технике ведения лактации и консультирования матерей. Они должны уметь отличить истинную гипогалактию от кажущейся, оказать матери необходимую помощь и поддержку в случае нехватки молока или ее неуверенности. Сложившаяся в России система оказания первичной медико-профилактической помощи матерям и детям уникальна по своей профилактической направленности, она позволяет успешно осуществлять работу по охране и поддержке ГВ без особых на то материальных затрат.

#### ЛИТЕРАТУРА

См. online-версию журнала <http://www.pediatrjournal.ru> № 5/2005, приложение № 11.

© Прахин Е.И., 2004

*Е.И. Прахин*

### К СТАТЬЕ Е.И. КАПРАНОВОЙ «ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ РАЗДЕЛА «ВСКАРМЛИВАНИЕ» НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ»

Кафедра детских болезней лечебного факультета  
Красноярской государственной медицинской академии, г. Красноярск, РФ

Статья Е.И. Капрановой посвящена актуальной проблеме, которая связана с преподаванием основ педиатрии на лечебных факультетах медицинских вузов. На этих факультетах готовят врачей по специальности «лечебное дело».

За последние годы общемедицинской подготовке врача уделяется большое внимание. Это связано с реальным изменением отношения к профилактической медицине и ее роли в стратегии и тактике здравоохранения. Лечебные факультеты, имеющие во всех медицинских академиях, медицинских университетах и некоторых классических университетах, не могут остаться в стороне. Ибо здесь получают основу медицинского образования абсолютное большинство врачей.

Программа, на которую ссылается автор статьи, относится к 1997 г. Естественно, она требует пере-

смотра как в соответствии с Государственным образовательным стандартом (2000 г.), так и в соответствии с Государственными программами, реализуемыми у нас в стране: «Дети России», «Здоровый ребенок», «Концепция политики здорового питания». Во всех этих документах в качестве приоритета обозначена поддержка и обеспечение грудного вскармливания.

Статья Е.И. Капрановой представляет образец хорошей современной лекции, проблемно излагающей раздел «Вскармливание» тематического плана программы по педиатрии для студентов лечебного факультета. К сожалению, назвав статью «опыт преподавания ...», автор не касается методических вопросов преподавания этого раздела в целом. Поэтому хотелось высказать несколько соображений на этот счет.

Педиатрия для студентов лечебного факультета является одним из основных разделов общей меди-

**Л.В. Абольян, Т.К. Бердикова, В.Е. Ломовских, Е.Ю. Врублевская, С.А. Ерохина,  
Л.М. Паршина, Т.Д. Жилыева, Т.В. Малеванная, Н.П. Полищук, Т.Н. Яковлева**

### **Литература**

1. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста: Пер. с англ. — Женева, ВОЗ, 2003. — 34 с.
2. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. ВОЗ/ЮНИСЕФ (40-часовой курс для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства): Пер. с англ. — Женева, ВОЗ, 1993. — 422 с.
3. Butte N., Lopez-Alarcon M.G., Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. — Geneva, WHO, 2002. — 47 p.
4. Dewey K., Martines J., Daelmans B. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. — Washington, WHO, 2003. — 37 p.
5. Kramer M.S., Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. — Geneva, WHO, 2002. — 47 p.
6. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М. и др. // *Вопр. детской диетологии*. — 2004. — Т. 2, № 4. — С. 38—41.
7. Нетребенко О.К., Ладодо К.С., Вэлч К. // *Педиатрия*. — 1996. — № 4. — С. 9—14.
8. Васильева О.А. Характеристика питания детей раннего возраста в крупном промышленном центре и пути его совершенствования: Дисс. ... канд. мед. наук. — Нижний Новгород, 2002.
9. Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Абольян Л.В., Филиппов А.Г. // *Вопр. детской диетологии*. — Т. 1, № 1. — 2003. — С. 23—26.
10. Л.В. Абольян. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях — М., 2003. — 79 с.
11. Воронцов И.М, Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. — СПб., 1998. — 259 с.