

Поддержка грудного вскармливания в России: достижения и проблемы

А.А.Корсунский, Л.В.Аболян

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва;
НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, Москва;
Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Представлены результаты эпидемиологических исследований по изучению начала и средней продолжительности грудного вскармливания. Показано, что большинство российских женщин начинают кормить своих детей грудью в родильном доме, однако они продолжают кормление грудью в среднем не более 6 мес. Причина такого положения в значительной степени связана с отсутствием должной поддержки со стороны медицинских работников, а также с существующей на сегодняшний день во многих учреждениях родовспоможения и детства практикой, препятствующей началу и продолжению грудного вскармливания. На сегодняшний день в России разработана и внедряется концепция охраны и поддержки грудного вскармливания на всех этапах оказания медицинской помощи матери и ребенку, включая женские консультации, родильные дома и детские амбулаторно-поликлинические учреждения. Накопленный в России опыт по охране и поддержке грудного вскармливания позволил наметить основные направления работы по улучшению ситуации с грудным вскармливанием на ближайшую перспективу.

Ключевые слова: грудное вскармливание, матери, дети, национальная политика

Support of breast-feeding in Russia: Achievements and problems

A.A.Korsunskii, L.V.Abolyan

Ministry of Public Health of the Russian Federation, Moscow;
Research Institute of Public Health and Healthcare Management, Moscow;
I.M.Sechenov Moscow Medical Academy

The authors present the results of epidemiological studies of the beginning and average duration of breast-feeding. As is shown, the majority of Russian women begin to breastfeed their children in maternity hospitals, however the average duration of breast-feeding does not exceed 6 months. In most cases, this situation results from the absence of due support on the part of medical practitioners, and also from the current practices of many maternal and pediatric institutions, which may raise difficulties for beginning and continuing breast-feeding. At present, a conception of care and maintenance of breast-feeding at all stages of providing medical help to mother and child has been developed and is being introduced in Russia, to embrace prenatal care institutions, maternity hospitals and pediatric polyclinics and hospitals. The accumulated experience of care and maintenance of breast-feeding has made it possible to work out major guidelines for improving the situation with breast-feeding in Russia in the near future.

Key words: breast-feeding, mothers, children, national policy

На сегодняшний день ученые и врачи всего мира сходятся в едином мнении, что альтернативы грудному вскармливанию нет. Вскармливание ребенка грудью, по крайней мере в течение первого года жизни, имеет важное значение для его физического и психоэмоционального развития, закладывает здоровье ребенка на многие годы вперед [1–4]. Грудное вскармливание положительно влияет также на репродуктивное здоровье женщин [5].

Для корреспонденции:

Аболян Любовь Викторовна, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией гигиенического воспитания семьи НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, руководитель научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения РФ

Адрес: 119992, Москва, Зубовский бульвар, 37/1

Телефон: (095) 253-7728

E-mail: dove.ole@mtu-net.ru

Статья поступила 23.03.2004 г., принята к печати 06.06.2004 г.

Роль грудного вскармливания в России возрастает в настоящее время, в эпоху социально-экономической нестабильности в стране, которая повлекла за собой ухудшение демографических показателей и состояния здоровья детей всех возрастных групп [6, 7].

В России, где традиционно практиковалось кормление детей грудью, на протяжении последних десятилетий отмечаются стабильно низкие показатели грудного вскармливания.

Проведенные нами исследования в 14 субъектах федерации по изучению эпидемиологии грудного вскармливания показали, что средняя продолжительность грудного вскармливания в России невысокая и составляет 6,2 мес (табл. 1). Она колеблется от 4–5 мес в Центральной России до – 9 мес на Юге России и национальных республиках Карачаево-Черкессии, Тыве, Калмыкии. Наряду с этим следует отметить такой положительный момент – боль-

Таблица 1. Показатели грудного вскармливания в регионах Российской Федерации (1998 г.)

Субъект федерации	Число наблюдений	При рождении, %	Длительность, мес $\bar{X} \pm m$	M (медиана)
Ульяновск	223	97,5	$4,2 \pm 0,20$	3,0
Москва	240	89,2	$4,3 \pm 0,30$	3,0
Калуга	1103	94,6	$4,5 \pm 0,10^*$	3,2
Республика Коми (район)	562	94,8	$4,7 \pm 0,15^{**}$	3,0
Красноярск	447	94,5	$4,7 \pm 0,22$	3,0
Санкт-Петербург	236	99,2	$5,0 \pm 0,19$	4,0
Калужская область	314	96,9	$5,3 \pm 0,27^*$	5,0
Ярославль	950	97,7	$5,4 \pm 0,13$	4,0
Ярославская область	827	93,5	$5,4 \pm 0,12$	4,0
Краснодар	140	93,0	$5,6 \pm 0,29$	5,0
Краснодарский край	647	95,2	$5,8 \pm 0,16$	5,0
Астрахань	728	98,0	$5,8 \pm 0,12^{***}$	5,0
Ставропольский край	1181	96,8	$6,1 \pm 0,12$	5,0
Сыктывкар	1005	95,1	$6,5 \pm 0,20^{**}$	5,7
Астраханская область	1494	98,5	$7,2 \pm 0,10^{***}$	7,2
Волгоград	360	98,9	$7,8 \pm 0,19$	7,5
Волгоградская область	180	100,0	$7,9 \pm 0,24$	9,0
Черкесск	495	94,3	$7,9 \pm 0,18$	8,5
Кызыл	364	89,3	$8,0 \pm 0,21$	8,0
Республика Калмыкия (район)	160	100,0	$9,0 \pm 0,28$	11,0
Элиста	1225	95,4	$9,1 \pm 0,10$	11,0
По всем регионам	12881	95,8	$6,20 \pm 0,18$	5,7

* статистически значимые различия ($p < 0,05$) в Калужской области, Республике Коми и Астраханской области

шинство российских женщин (от 90 до 100%), начинают кормить своих детей в родильном доме.

Во многих индустриальных странах коэффициент начала грудного вскармливания значительно ниже и колеблется от 30 до 70%, например, в Нидерландах – 66%, Люксембурге – 64%, Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии – 63%, Хорватии – 59%, США – 56%, Франции – 55%, Ирландии – 30%. В немногих странах индустриального мира этот показатель выше, например, в Дании – 99,5% [8].

Другие исследования по изучению социально-гигиенических характеристик современных семей, имеющих детей раннего возраста, позволили выявить некоторые факторы, которые определяют небольшую длительность грудного вскармливания [9]. Основные из них – низкая информированность матерей о принципах ведения лактации, отсутствие должной поддержки со стороны медицинских работников и семьи, практика учреждений родовспоможения и детства, препятствующая началу и продолжению грудного вскармливания. Наряду с этим медицинские работники остаются главным источником информации для матерей (см. рисунок).

Проведенные исследования подтвердили важность такого направления национальной стратегии охраны и поддержки грудного вскармливания, осуществляемого в нашей стране, как обучение медицинского персонала и изменение практики медицинских учреждений родовспоможения, детских стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений в отношении грудного вскармливания.

На сегодняшний день в России разработана и внедряется концепция охраны и поддержки грудного вскармливания на всех этапах оказания медицинской помощи матери и ребенку [10]. В основу этой концепции положены принципы, изложенные в Совместной Декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных

служб» (1989) и Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку» (1991).

В 2003 г. исполнилось ровно десять лет, когда новые подходы к ведению и оказанию помощи роженице и родильнице, направленные на поддержку грудного вскармливания, стали внедряться в практику акушерских стационаров. Первыми пилотными регионами в этом проекте были Электросталь, Санкт-Петербург, Мурманск и Архангельск [11]. С тех пор произошла коренная ломка стереотипов мышления врачей акушеров, неонатологов и педиатров. Ни у кого не вызывает сомнения важность для здоровья матери и ребенка раннего прикладывания к груди в родильном зале, совместного пребывания матери и ребенка в родильном доме, отказ от дополнительного питания и питья младенца первых дней и месяцев жизни, если он получает молоко матери, опасность использования бутылочек и сосок для становления и продолжения грудного вскармливания.

С самого начала внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в России в Положении об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку», разработанном Министерством здравоохранения Российской Федерации в 1997 г., отмечалась важная роль всех звеньев оказания помощи матери и ребенку: женских консультаций, родильных домов, детских амбулаторно-поликлинических учреждений, в охране и поддержке грудного вскармливания [12].

Подводя итоги развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации, следует сказать, что за период с 1996 г. по 1 января 2004 г. 159 стационаров в 34 субъектах федерации удостоены международного статуса «Больница, доброжелательная к ребенку» (табл. 2).

Количество родов, принятых в «Родильных домах, доброжелательных к ребенку», увеличилось с 0,2% в 1996 г. до 15% в 2003 г. В числе акушерских стационаров, удостоенных звания «Больница, доброжелательная к ребенку», крупные перинатальные центры. Даже в этих специализированных учреждениях показатель исключительно грудного вскармливания с рождения до выписки младенца не опускается ниже 80%.

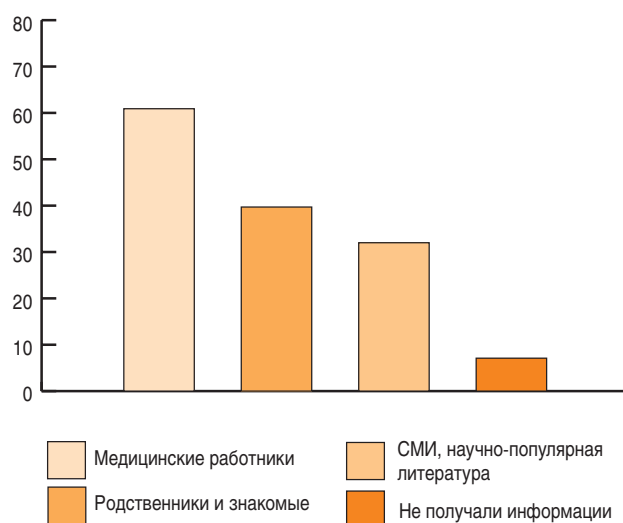


Рисунок. Источники получения матерями информации по вопросам грудного вскармливания (%).

Таблица 2. Динамика числа акушерских стационаров и субъектов Российской Федерации, включившихся в Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку» (1996–2003)

	1996	1997	1998	1999	2000	2002	2002	2003	Всего
Стационары	1	3	5	17	41	75	119	159	159
Субъекты федерации	1	3	4	8	16	25	29	34	34

Таблица 3. Показатели грудного вскармливания в соответствии с индикаторами ВОЗ в детских поликлиниках, участвующих в Инициативе (одномоментное исследование, декабрь 2002 г.)

	Х, мес	М, мес	Исключительно грудное вскармливание, %		Продолжающееся грудное вскармливание, %		Бутылочное кормление, %
			0–6 мес	5 мес	12–15 мес	20–23 мес	
1. Детская поликлиника №26 Волгоград	8,9	11,0	80,4	77,2	44,8	16,6	9,4
2. Детская поликлиника №10 Волгоград	7,9	9,0	87,2	85,5	33,9	16,7	0
3. Детская поликлиника Фроловской ЦРБ	9,3	12,0	78,5	70,0	37,7	9,7	4,0
4. Детская консультация Городищенской Центральной районной больницы	7,6	7,0	66,0	72,2	36,6	8,9	20,0
5. Детская поликлиника №1 Саранск	7,3	7,0	66,5	57,1	23,9	7,8	0
6. Детская поликлиника Кушва	7,0	6,0	75,7	52,0	33,7	33,3	5,6

Распределение родильных домов, имеющих международный статус «Больницы, доброжелательной к ребенку», по округам: в Южном Федеральном округе – 44 стационаров (Волгоградская и Астраханская области, Республика Калмыкия, Краснодарский и Ставропольский края); Северо-Западном – 34 (Санкт-Петербург, Республики Коми и Карелия, Мурманская, Новгородская и Архангельская области); Центральном округе – 22 (Москва, Московская, Смоленская, Калужская, Курская, Тульская, Воронежская, Ярославская, Белгородская и Липецкая области); Приволжском – 21 (Республики Мордовия, Башкортостан, Удмуртия и Чувашия, Самарская и Пермская области); Уральском – 14 (Свердловская, Тюменская и Курганская области, Ямало-Ненецкий автономный округ); Дальневосточном – 8 (Приморский край) и Сибирском – 7 стационаров (Красноярский край и Республика Тыва).

Продолжение работы, начатой в акушерском стационаре, внедрение современных принципов грудного вскармливания и консультирования матерей в практику детских амбулаторно-поликлинических учреждений позволило значительно повысить показатели грудного вскармливания в этих учреждениях (табл. 3 и 4).

В 2003 г. были аттестованы первые детские поликлиники на соответствие званию «Учреждение, доброжелательное к ребенку» [13, 14]. Эти поликлиники добились высоких показателей грудного вскармливания – до 6 мес кормят исключительно грудью 50–80% матерей. Такие высокие цифры груд-

ного вскармливания трудно себе представить. Однако они сопоставимы с данными Глобального банка данных ВОЗ по грудному вскармливанию [15]. Так, в странах Азии и Африки показатели исключительно грудного вскармливания среди детей до 4 мес жизни составляют 70–90%. Среди европейских государств лидируют Греция, где этот показатель составлял в среднем 62%, по данным 1994 г.; Швеция – 61% (1996); Дания – 50% (1992); Великобритания – 28% (1995). На территории бывшего Советского Союза в странах Центрального азиатского региона показатели исключительно грудного вскармливания среди детей до 4 мес жизни составляли в Азербайджане 53,2% (1997), Туркмении – 54% (1995), Киргизии – 31% (1997), Казахстане – 12,3% (1995), Узбекистане – 4,1% (1996).

Таким образом, накопленный в России опыт по охране и поддержке грудного вскармливания позволил наметить основные направления работы по улучшению ситуации с грудным вскармливанием:

1. Разработка национальных критериев мониторинга ситуации по грудному вскармливанию.
2. Дальнейшее развитие Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку»: разработка критериев оценки лечебно-профилактических учреждений сельского здравоохранения – центральных районных больниц, а также детских стационаров.
3. Оценка эффективности внедрения «Инициативы» в практику учреждений родовспоможения и детства.
4. Разработка коммуникативных программ для населения по пропаганде современных принципов грудного вскармливания.
5. Более широкое привлечение общественных групп материнской поддержки по вопросам пропаганды грудного вскармливания.

Литература

1. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Пер. с англ. Копенгаген, 2000.

Таблица 4. Показатели грудного вскармливания в некоторых субъектах Российской Федерации, по данным официальной статистики за 2001 г. (доля детей, находившихся на грудном вскармливании, к числу детей, достигших возраста 1 год)

Субъекты Российской Федерации	3–6 мес	6–12 мес
Республика Чувашия	52,8	47,2
Республика Калмыкия	24,0	70,5
Республика Башкирия	40,8	49,5
Волгоградская область	31,7	55,8
Астраханская область	46,9	39,3
Республика Коми	36,3	44,5
Архангельская область	33,9	39,9
Российская Федерация	42,2	31,0

2. Оптимальная продолжительность исключительно грудного вскармливания. Отчет о консультативном совещании экспертов. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2001.
3. Питание детей грудного и раннего возраста. 55 сессия Всемирной ассамблеи Здравоохранения. Женева, 2002.
4. Kramer M., Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. WHO, 2002.
5. Naylor A.J. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. – 2001.
6. Вялков А.И. Проблемы управления здравоохранением. 2002; 1(2): 10–2.
7. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года). М., 2003.
8. Armstrong H. Грудное вскармливание, как основа заботы: Пер. с англ. Food and nutrition bulletin. Unated Nations University Press, 1999; 101–19.
9. Абольян Л.В., Полесский В.А., Нонина А.Р., Богачев П.В. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; (5): 33–6.
10. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Вопросы детской диетологии 2003; 1(1): 16–7.
11. Система организационных мероприятий по охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания младенцев по опыту работы органов и учреждений здравоохранения города Электросталь Московской области. Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 1998.
12. Ладодо К.С., Дружинина Л.В., Абольян Л.В. Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации. М., 2000.
13. Абольян Л.В. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Пособие для врачей. М., 2003.
14. Абольян Л.В., Корсунский А.А., Тамазян Г.В. и др. Руководство для национальных экспертов по оценке детских поликлиник на соответствие званию «Учреждение, доброжелательное к ребенку». М., 2003.
15. Global breastfeeding data: sources prevalence, trends and association with global programmes. Geneva, 2000.

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

В Австралии отмечается едва ли не самая большая в мире частота заболеваемости бронхиальной астмой и экземой. Атопия – один из признаков развития аллергических заболеваний и предполагает наличие аллергического воспаления в органах-мишенях. Омега-3 жирные кислоты (FAs), которые действуют как предшественники менее активных медиаторов воспаления, потенциально способны уменьшать уровень медиаторов воспаления. Для изучения связи уровня омега-3 жирных кислот в грудном молоке и риска развития атопии в раннем возрасте, в Мельбурне было исследовано 620 детей из семей, в которых был хотя бы один близкий родственник, страдающий аллергическими заболеваниями. У 224 женщин (средний возраст 31,4+/-4,2), из которых 73,2% ($n = 164$) страдали аллергическими заболеваниями, были взяты образцы молозива ($n = 194$) или грудного молока в течение трех месяцев ($n = 118$). Взятые образцы были проанализированы на содержание жирных кислот с помощью газовой хроматографии. Детям в возрасте 6, 12 и 24 месяцев проводились накожные пробы с 6 наиболее широко распространенными антигенами. Аналогичное исследование проводилось и для матерей, согласившихся принимать участие в исследовании. Согласно результатам исследования, у матерей младенцев с развившейся в возрасте 6 месяцев сенситизацией к продуктам питания, отмечалось достоверное увеличение в молозиве общего количества омега-3 полиненасыщенных кислот ($p = 0,004$), индивидуальных длинноцепочечных омега-3 жирных кислот, докозопентаеновой (DPA, C22:5, $p = 0,001$) и докозогексаеновой кислот (DHA, C22:6, $p = 0,002$). Такая же закономерность отмечалась и у детей с сенситизацией к пыльцевым аллергенам. Так, у детей, имевших сенситизацию к пыльцевым аллергенам, в возрасте 24 месяцев ($n = 30$) отмечался более высокий общий уровень омега-3 жирных кислот ($p = 0,009$), DPA ($p = 0,002$) и DHA ($p = 0,007$) в материнском молозиве. Исходя из этого, авторы пришли к заключению, что более высокий уровень омега-3 жирных кислот в молозиве не является фактором защиты, а наоборот, может служить показателем повышенного риска возможного развития атопии у детей с предрасположенностью к развитию аллергических заболеваний.

Источник: Stoney R.M., Woods R.K., Hosking C.S., Hill D.J., Abramson M.J., Thien F.C. Clin Exp Allergy 2004; 34(2): 194–200.

В настоящее время с целью профилактики астмы и других аллергических заболеваний большинство руководств по питанию рекомендуют отсроченное введение прикорма. Для изучения влияния сроков введения прикорма на развитие астмы, атопии и экземы было обследовано 642 ребенка с момента зачатия и до 5–5,5 лет. Время введения прикорма изучалось ретроспективно, по достижении детьми 1 года. Также учитывались когда-либо поставленные врачом диагнозы экземы, атопических заболеваний (по данным кожных проб) и наличие одышки или свистящих хрипов в возрасте до 5,5 лет. По данным исследования не было выявлено достоверного защитного эффекта отсроченного введения прикорма, наоборот, отмечался повышенный статистически значимый риск развития экземы при позднем введении в рацион яиц (aOR 1,6, доверительный интервал 95% 1,1–2,4) и молока (aOR 1,7, доверительный интервал 95% 1,1–2,5). Кроме того, позднее введение яиц в рацион детей было связано с незначительным повышением риска развития одышки у детей (aOR 1,5, доверительный интервал 95% 0,92–2,4). Никаких других статистически достоверных фактов влияния питания на развитие астмы и экземы выявлено не было. Таким образом, результаты исследования не подтверждают данные, указанные в настоящее время в различных руководствах по детскому питанию о защитном эффекте позднего введения прикорма.

Источник: Zutavern A., von Mutius E., Harris J., Mills P., Moffatt S., White C., Cullinan P. Arch Dis Child 2004; 89(4): 303–8.