

На правах рукописи

ЯКОВЛЕВ ЯКОВ ЯКОВЛЕВИЧ

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ
ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

14.00.09 – педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Красноярск – 2009

Работа выполнена на кафедре педиатрии, неонатологии и клинической фармакологии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава»

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор **Манеров Фарок Каримович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Таранушенко Татьяна Евгеньевна**

доктор медицинских наук, профессор **Первощикова Нина Константиновна**

Ведущая организация: Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Защита состоится «_____» _____ 2009 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.037.01 при Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Автореферат разослан «_____» _____ 2009 года

Ученый секретарь диссертационного совета

по защите докторских и
кандидатских диссертаций

к.м.н., доцент

Штарик С. Ю.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

Грудное вскармливание (ГВ) благоприятствует раннему установлению эмоциональной связи между матерью и грудным ребенком, выработке оптимальной поведенческой установки на родительскую заботу, возникновению более тонких чувств и взаимосвязи. Дети, получающие исключительно грудное вскармливание (ИГВ) на протяжении первых 6 месяцев жизни, начинают раньше ползать, сидеть и ходить к концу первого года жизни, по сравнению с детьми, получавшими ИГВ только на протяжении первых 4 месяцев. Установлено благотворное долговременное влияние ГВ на умственное развитие и познавательные способности. Показана положительная роль продолженного ГВ на профилактику ожирения, сахарного диабета среди детей и взрослых. В регионах с низким уровнем санитарии и гигиены ИГВ в течение первого полугодия позволяет снизить младенческую заболеваемость и смертность. Продолжение ГВ на втором году жизни также способствует снижению смертности детей. В промышленно развитых странах наблюдается защитный эффект против заболеваний ЛОР органов, верхних и нижних дыхательных путей и инфекций других локусов, который сохраняется после прекращения ГВ. Предполагают защитную роль ГВ от аллергических заболеваний за счет содержания иммунологических факторов, формирования толерантности и отсрочки воздействия иной, чем грудное молоко (ГМ), пищи. Поэтому улучшение питания грудных детей и детей раннего возраста должно стать первоочередной задачей и рассматриваться в

качестве неотъемлемой составной части социально-экономического развития. Однако в России распространенность ГВ, несмотря на ряд активно проводящихся в последние годы мероприятий, составляет в среднем у детей 3-месячного возраста лишь около 30% (Булатова Е.М., 2005; Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998; Dewey K.G., 2001; Michaelsen K.F., 2003).

Успех ГВ зависит от многих причин, из которых можно выделить наиболее весомые. Женщины с более высоким уровнем образования, активно обучающиеся и интересующиеся вопросами ГВ, твердо настроены на кормление грудью; среди них выше процент детей, приложенных к груди в течение первого часа; выше процент детей на ИГВ до 4–6 месяцев; большая распространенность и продолжительность ГВ; реже отмечается гипогалактия по сравнению с незаинтересованными женщинами. Уровень образования также оказывает положительное влияние на время первого прикладывания, информированность матерей по вопросам питания ребенка, отношение к ГВ. Менее образованные женщины чаще используют долактационное кормление, у них меньше вероятность инициации лактации, короче период ИГВ и ГВ. Вместе с тем ряд авторов не установили взаимосвязь длительности ГВ с образованием среди женщин различных социальных слоев и этнических групп. Поэтому изучение факторов, оказывающих влияние на длительность ГВ, является актуальной задачей (Абольян Л.В. 2005; Гмошинская М.В., 2003; Конь И.Я., 2002; 2003; Graffy J., 2004; Ludvigsson J.F., 2003).

Цель исследования.

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

Задачи исследования.

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

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

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

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

Для увеличения частоты и длительности ГВ в регионе необходимо повышение уровня образованности в вопросах ГВ не только населения, но и медицинского персонала. Обучающие программы должны быть основаны на современных рекомендациях ВОЗ и учитывать влияние многих факторов на показатели ГВ. Наиболее эффективным является внедрение образовательных программ на уровне женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник.

Основные положения, выносимые на защиту.

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

Внедрение результатов диссертации. Полученные результаты использованы при разработке и составлении «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», изданной в

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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

Критериями включения в исследование являлись: согласие респондентов ответить на предложенную анкету; предконцепционный возраст для девочек-

подростков; для женщин детородного возраста – беременность в 3 триместре, первые 2-3 дня после родов или наличие одного и более ребенка, вскармливаемых какое-то время ГМ. Из исследования исключались женщины, у которых ребенок не вскармливался ГМ по медицинским показаниям (тяжелые формы перинатальной энцефалопатии, врожденные пороки развития, нарушения обмена веществ).

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

В анкеты были включены вопросы о паспортных данных респондентов, элементарных знаниях по ГВ, вопросы введения прикормов и ухода за ребенком, уточнялись источники информации по ГВ. Разработанная анкета включала в себя от 30 до 75 вопросов в зависимости от группы опрашиваемых и отвечала стандартным требованиям к данному виду методов исследования. Для каждой группы опрошенных анкета адаптировалась в зависимости от предполагаемого уровня знаний теоретических, практических вопросов по ГВ и бытовой информированности в семье.

В заголовке анкеты приводились рекомендации по заполнению, особенностям ответов, информация о конфиденциальности. Из паспортных данных в анкету были включены дата заполнения, дата рождения респондента, адрес проживания, дата рождения ребенка, его пол и акушерский анамнез. Основная часть анкеты включала вопросы о ГВ и его поддержке, которые должны получать женщины в период беременности и после родов. Вопросы носили теоретический и практический характер. Для подростков этот раздел анкет представлял собой оценку уровня знаний, полученных из общения в семье или из средств массовой информации. Заключительные вопросы предлагались для анализа источников информации по питанию детей раннего возраста, вопросы о необходимости дополнительного информирования по ГВ. Для поддержания интереса у респондентов и текущего контроля искренности ответов предлагались вопросы, которые косвенным образом позволяли повысить достоверность полученной информации. Часть вопросов дублировалась с той же целью.

Анкеты были представлены в бумажном и электронном варианте. Бумажный вариант анкет использовался для очного опроса подростков, беременных и

матерей, который проводился в дошкольных учреждениях, школах, педагогическом училище, родильных домах № 1, 2, 3, 5, детской больницы № 4 г. Новокузнецка. Респонденты проживали в городах юга Кузбасса. В исследование включены 1327 человек. Из них в группу I вошли 444 матери (33,5%) с детьми в возрасте 6,2 (3,3; 8,0) лет ($6,0 \pm 3,3$ лет), в группу «Беременные» 432 женщины (32,6%) в третьем триместре беременности или в первые 2–3 суток после родов и в группу «Подростки» 451 девочка (33,9%) в возрасте 15,5 (14,7; 16,3) лет ($15,5 \pm 1,0$ лет). Электронный вариант размещался в Интернете на сайте и рассылался электронной почтой по запросу респондентов, посещающих Интернет-форумы и эхо-конференции Фидонет, посвященные вопросам здоровья детей, где предварительно была размещена информация об опросе. Виртуальный опрос проводился среди 397 русскоговорящих женщин, проживающих в городах России, ближнем и дальнем зарубежье. Они вошли в группу II (группа сравнения).

Методы статистической обработки материалов. Работа представляет собой ретроспективное трансверзальное исследование. После отбора анкет, подлежащих анализу, полученные данные были внесены в разработанные нами базы данных MS Access 2000–2003 (Microsoft© Corporation, 1992–2003). Техническая обработка и подготовка материала проводилась пакетом MS Office 2000–2003 (Microsoft© Corporation, 1992–2003). Статистическая обработка данных проводилась программой «STATISTICA 6.0–7.0» (StatSoft Inc., 1984–2004).

Большинство распределений количественных данных в исследовании отличались от нормального, что проверялось критерием Шапиро-Уилкса. Для описания этих данных использовались число объектов исследования (n), медиана (Me) и интерквартильный размах (Lower Quartile (LQ) = 25-й и Upper Quartile (UQ) = 75-й процентиля). Данные приведены в виде $Me (LQ; UQ)$. Дополнительно приводились показатели выборочного среднего значения (\bar{X}) и выборочного стандартного отклонения (s), так как число наблюдений в каждой группе было более 100, что допускает использование центральной предельной теоремы. Данные приведены в виде $\bar{X} \pm s$. Качественные данные описывались показателями абсолютной и относительной частоты и распространенностью признака. Сравнение количественных признаков в двух независимых группах с отличным от нормального распределением проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Качественные признаки в двух независимых группах сравнива-

лись с помощью критерия χ^2 Пирсона для таблиц 2x2. Если абсолютные частоты в клетках таблице частот были меньше 10, использовалась поправка Йетса на непрерывность. При ожидаемых значениях частот равных или меньших 5 использовался двусторонний точный критерий Фишера. Сравнение количественных признаков в трех и более независимых группах с отличным от нормального распределением проводилось с помощью критерия Краскела-Уоллиса. При получении статистически значимых различий между ними проводилось попарное сравнение каждого показателя с помощью U-критерия Манна-Уитни с использованием поправки Бонферрони (p_0/n – где p_0 – исходно заданный уровень статистической значимости 0,05, n – количество парных сравнений). Цензурированные признаки оценивались и сравнивались функцией выживания с помощью процедуры Каплан-Майера. Определялась медиана времени и квартили прекращения лактации. Сравнение двух выборок с цензурированными признаками проводилось с помощью критерия Вилкоксона–Гехана. Для оценки корреляции признаков использовался непараметрический корреляционный анализ Спирмена с указанием значения степени корреляции (r_s). Степень корреляционной связи оценивалась как слабая при значениях $r_s \leq 0,25$, умеренная при $0,25 < r_s < 0,75$ и сильная при $r_s \geq 0,75$. В корреляционном анализе исключались выбросы, которые определялись графически по диаграммам рассеивания. Расчет вероятности справедливости нулевой гипотезы при сравнении коэффициентов корреляции (r_s) проводился с помощью двустороннего теста. Рассчитывался уровень статистической значимости (α) для всех процедур статистического анализа и критическим был принят уровень 0,05. Значение вероятности справедливости нулевой гипотезы (P) было не менее 95%. Критический уровень χ^2 для таблиц 2x2 составлял 3,841.

Результаты исследования и обсуждение. В группу I вошли 444 матери, в группу «Беременные» 432 женщины в третьем триместре беременности или в первые 2-3 дня после родов и в группу «Подростки» 451 девочка-подросток. Все опрошенные из этих групп проживали в городах юга Кузбасса. В группу II вошли 397 русскоговорящих матерей, проживающих в городах России, ближнем и дальнем зарубежье, которые были опрошены виртуально через Интернет и Фидонет. Первые три группы целенаправленно сформированы для оценки фактических показателей ГВ в регионе, уровня подготовки беременных женщин к предстоящей лактации и уровня бытовой осведомленности девочек о

предстоящем материнстве. Большинство детей в группе I рождены на 8–10 лет раньше (с 1994 по 2003 год), чем планируются роды среди беременных (с 2002 по 2007 год). Девочки в перспективе могут стать матерями через 5 лет, поскольку оптимальный для рождения ребенка они назвали 20 (20,0; 22,0) лет. Эти группы представляют собой три поколения настоящих и будущих матерей, проживающих в равных социально-экономических условиях и получающих информацию по питанию младенцев из одних и тех же источников. Группа II представляет собой виртуально сформированную модель, в которой женщины имели заведомо более высокие образовательный уровень, показатели ГВ и были лучше информированы в вопросах питания младенцев, по сравнению с опрошенными женщинами и девочками юга Кузбасса. Кроме того, в группе II матери были заинтересованы в ГВ и целенаправленно находили информацию по этому вопросу. В этой группе большая часть детей рождена в период с 2001 по 2006 год. Для определения предикторов успешного ГВ и оценки ситуации в регионе нами были использованы показатели длительности ГВ и возраст введения дополнительной пищевых продуктов (ДПП).

В группе I доля детей, находившихся на ГВ от 3 до 6 месяцев, составила 23,40% и от 6 до 12 месяцев – 57,80%. Эти показатели лучше результатов по России, которые в 2008 году составили 40,8 и 39,3% соответственно. Так же они выше соответствующих показателей по всей Кемеровской области, где доля детей на ГВ в 2003 году составила соответственно 35,8 и 30,3%. Наиболее высокие показатели получены нами в группе II – 9,55 и 83,99% соответственно (таблица 1).

Таблица 1 Показатели ГВ в группах I и II (рекомендованные в России)

| Показатель | Группа I | Группа II | P** |
|--|----------|-----------|--------|
| Доля детей на ГВ в возрасте 0–3 месяцев* | 18,79% | 6,46% | <0,001 |
| Доля детей на ГВ в возрасте 3–6 месяцев | 23,40% | 9,55% | <0,001 |
| Доля детей на ГВ в возрасте 6–12 месяцев | 57,80% | 83,99% | <0,001 |
| * Этот показатель не отражается в официальных статистических документах. | | | |
| ** Сравнение группы I и группы II, по Difference tests of Basic Statistic (STATISTICA 7.0) | | | |

По нашим данным распространенность ИГВ в регионе крайне низкая и составляет в возрасте 1 месяц 6,6% с уменьшением к 6 месяцам до 2,5% (таблица 2). Это ниже показателей по России: в 1 месяц 13,1% и в 4 месяца 2–42%. Все показатели ГВ в группе II превышают данные по России; частота ИГВ в 1

месяц составила 58,5% и в 6 месяцев – 33,9%, длительности ГВ 13,0 (7,0; 19,0) месяцев ($14,6 \pm 10,2$ месяца). Длительность ГВ в нашем регионе составила $9,3 \pm 8,0$ месяца (6,0 (3,0; 14,0) месяцев), что больше длительности по России – 6,2 месяца (в среднем от 3,4 до 9 месяцев).

Таблица 2 Показатели ГВ в группах I и II (рекомендованные ВОЗ)

| Показатель | Группа I | Группа II | P |
|--|-------------------------|--------------------------|----------|
| Длительность ИГВ | 4,2±2,6 месяца | 5,1±1,9 месяца | 0,020* |
| Длительность ГВ | 9,3±8,0 месяца | 14,6±10,2 месяца | <0,001* |
| Медиана длительности ИГВ | 4,0 (3,0; 6,0) месяца | 6,0 (4,0; 6,0) месяцев | 0,020* |
| Медиана длительности ГВ | 6,0 (3,0; 14,0) месяцев | 13,0 (7,0; 19,0) месяцев | <0,001* |
| Частота ИГВ в 1 месяц | 6,6% | 58,5% | <0,001** |
| Частота ИГВ в 6 месяцев | 2,5% | 33,9% | <0,001** |
| Частота ГВ в 1 месяц | 98,6% | 98,9% | 0,733** |
| Частота ГВ в 6 месяцев | 57,8% | 84,0% | <0,001** |
| Частота продолжающегося ГВ 1 год | 35,1% | 61,5% | <0,001** |
| * Сравнение группы I и группы II, критерий U-критерий Манна-Уитни | | | |
| ** Сравнение группы I и группы II, по Difference tests of Basic Statistic (STATISTICA 7.0) | | | |

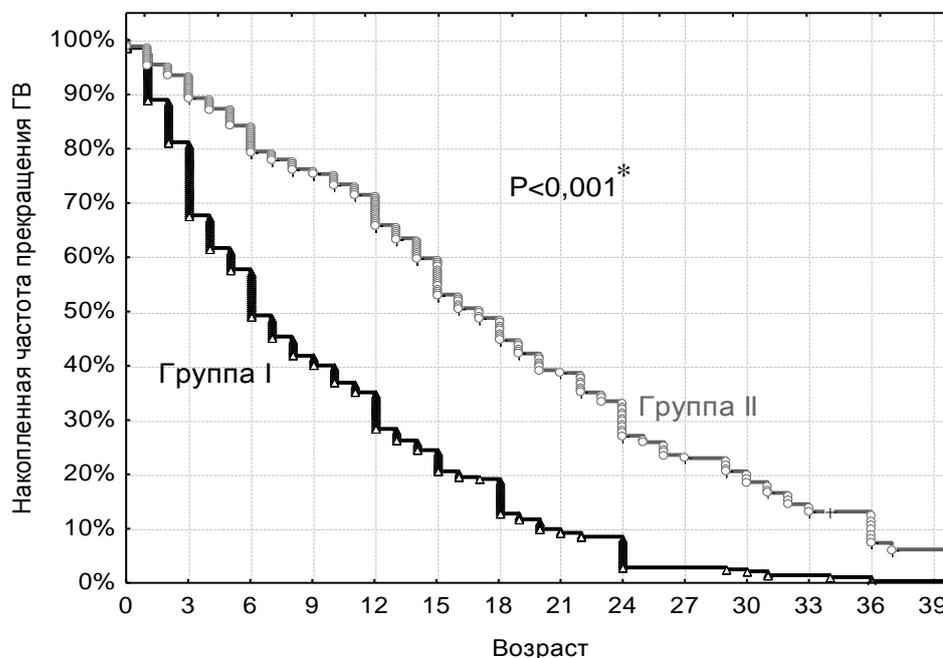
В регионе более 70% детей получают ДПП ранее 4 месячного возраста, что превышает показатели по России, составляющие 3,3–60%. Частота введения ДПП до 6 месяцев (89,1%) выше результатов по России (2,6 до 77%). Своевременное введения ДПП в возрасте 6–9 месяцев в регионе отмечается только у 10,3%. Уровень допаивания детей на ГВ в регионе не отличается от российских данных (10–100%). В группе II только 28,6% детей получали ДПП до 4 месяцев и в возрасте 6–9 месяцев – 42,0%. В целом доля ГВ и длительность были выше, а распространенность ГВ сопоставима с соответствующими показателями по России. Но частота ИГВ в различные возрастные периоды была крайне низкой по сравнению с российскими и международными данными, что связано с ранним введением ДПП и частым допаиванием ребенка. При этом положительные корреляционные связи между длительностью лактации и возрастом введения ДПП были значимы практически для всех продуктов. Эти связи так же были отражены в более длительной лактации у матерей, которые ввели дополнительное питание после 6 месяцев (таблица 3) по сравнению с введением до 4 и 4–5 месячного возраста ($P < 0,001$). Аналогичные данные получены нами в группе II.

Таблица 3 Длительность ГВ и возраст введения ДПП

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

* P₁ Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни.
 ** P₂ Внутригрупповые различия, критерий Краскела-Уоллиса и попарное сравнение с помощью U-критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони

Принятый в России расчет доли ГВ в различные возрастные периоды не отражает в полной мере качественной адекватности рациона ребенка. В группе I при высоких показателях доли ГВ в возрасте 6–12 месяцев большая часть детей допаивалась и им рано вводились ДПП. В группе II все показатели ГВ приближаются к рекомендованным ВОЗ. Медиана прекращения лактации (рисунок 1) составила 6,0 (3,0; 14,0) месяцев в группе I против 17,0 (10,0; 26,0) месяцев в группе II (P<0,001).



* P Сравнение двух выборок с помощью критерия Вилкоксона–Гехана

Рисунок 1 Динамика прекращения ГВ среди матерей в группах I и II

Уровень подготовки в группе «Беременные» существенно не отличался от уровня подготовки женщин в группе I, рожавших 8–10 лет назад. Так дородовое обучение основам ГВ было только у 41,7% беременных и 39,9% в группе I ($P=0,587$) при снижении участия медицинских работников в процессе подготовки будущих матерей – 44,4% среди беременных и 63,8% среди матерей группы I. Уровень доверия к медицинским работникам был сопоставим среди этих женщин (62,2% в группе I и 57,6% среди беременных, $P=0,172$). Уровень теоретических знаний не отличался по большинству вопросов. Настрой беременных на оптимальные сроки ИГВ и ГВ был ниже, чем у матерей группы I. Только 13,3% знали о необходимости стимуляции лактации при гипогалактии, но более половины предлагали вводить докорм смесью. Предполагаемые сроки введения основных продуктов прикорма у беременных не отличались от матерей группы I (таблица 4).

Таблица 4 Возраст введения ДПП в группе I и предполагаемый у беременных

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

* P Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни.

Женщины в обеих группах пользовались одинаковыми источниками информации. Однако беременные значительно реже самостоятельно изучали информацию по ГВ и использовали для этой цели литературу. Уровень бытовой осведомленности по вопросам питания младенца среди старшеклассниц был сопоставим с беременными. Девочки хуже отвечали на вопросы, связанные с непосредственной подготовкой к ГВ, которая формирует доминанту лактации у

беременных. Это объясняется объективными причинами, как и то, что медицинские работники для девочек не являлись источниками информации по ГВ. Респонденты в этих группах были достаточно заинтересованы в получении информации по ГВ (79,6% школьниц и 84,3% беременных). Причем 64,7% девочек были готовы получать эту информацию уже в старших классах. Ряд авторов отмечает необходимость информирования девочек-подростков по вопросам ГВ, что в целом может улучшить ситуацию по ГВ в будущем.

Корреляции социально-демографических факторов с длительностью ГВ и возрастом введения ДПП были слабыми среди матерей и не различались между группами. Наличие высшего образования в семье положительно влияло на длительность лактации и сроки введения ДПП в обеих группах. Так в группе I в семьях, где хотя бы один из родителей был с высшим образованием, длительность ГВ достигала 8,0 (4,0; 15,0) месяцев ($10,4 \pm 7,9$ месяца) против 4,0 (2,5; 12,0) месяцев ($8,0 \pm 7,9$ месяцев) в менее образованных семьях. В группе II эти показатели были соответственно 13,0 (8,0; 19,0) месяцев ($14,8 \pm 10,1$) и 5,0 (2,0; 12,0) месяцев ($8,3 \pm 8,5$ месяца). При этом у менее образованных женщин эти показатели не различались между группами, а у женщин с высшим образованием в группе II они были значимо выше, чем у образованных матерей в группе I (таблица 5).

Таблица 5 Образования в семье и длительность ГВ

| Образование в семье | Группа I | | Группа II | | P ₁ * |
|--|----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|------------------|
| | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Высшее | 163 | 8,0 (4,0; 15,0) | 342 | 13,0 (8,0; 19,0) | <0,001 |
| Другое | 116 | 4,0 (2,5; 12,0) | 13 | 5,0 (2,0; 12,0) | 0,802 |
| P ₂ ** | 0,001 | | 0,006 | | |
| * P ₁ Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни. ** P ₂ Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни. | | | | | |

Длительность лактации была выше у матерей группы I (таблица 6), имеющих опыт кормления предыдущих детей, но не достигала значения в группе II (8,0 (3,0; 18,0) месяцев ($10,6 \pm 8,4$) и 15,0 (9,0; 22,0) месяцев ($15,9 \pm 9,8$) соответственно, P=0,001). Опыт кормления предыдущих детей не влиял на сроки введения ДПП в обеих группах при более высоких значениях этого показателя в группе II.

Таблица 6 Число детей в семье и длительность ГВ

| Какой ребенок в семье? | Группа I | | Группа II | | P ₁ * |
|------------------------|----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|------------------|
| | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Первый | 189 | 6,0 (3,0; 12,0) | 290 | 13,0 (7,0; 18,0) | <0,001 |
| Второй и более | 91 | 8,0 (3,0; 18,0) | 63 | 15,0 (9,0; 22,0) | 0,001 |
| P ₂ ** | 0,049 | | 0,155 | | |

* P₁ Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни.
 ** P₂ Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни.

Нами не было найдено какого-либо значимого влияния возраста матери на длительность ГВ и сроки введения ДПП в каждой группе. Однако среди матерей до 20 лет эти показатели статистически не различались между группами, в то время как в последующие возрастные периоды матери в группе II кормили дольше и вводили ДПП в более позднем возрасте по сравнению с группой I.

Теоретические факторы в группе I чаще были незначимыми в отличие от группы II, где они практически все коррелировали как с длительностью лактации, так и со сроками введения ДПП. Также не было связи в группе I между информированностью матерей об оптимальном питании и длительностью ГВ. Желание кормить ребенка грудью слабо коррелировало только с длительностью лактации в группе I. Желанность ребенка в группе I не была связана с длительностью лактации и сроком введения дополнительного питания. При этом предполагаемая возможная длительность ИГВ и ГВ положительно коррелировали с соответствующими показателями. В группе II фактически все теоретические показатели значимо коррелировали с длительностью ГВ и сроками введения ДПП. Но так как эти связи были в основном слабые и умеренные, большинство из них статистически не различалось от аналогичных показателей группы I. При этом сумма правильных ответов в равной мере (P=0,504) умеренно коррелировала с длительностью ГВ в обеих группах.

Длительность лактации и сроки введения ДПП умеренно коррелировали с практическими факторами. Нами не была выявлена связь раннего прикладывания с длительностью лактации в обеих группах (rs= минус 0,02, P=0,769 в группе I и rs= минус 0,04, P=0,552 в группе II), несмотря на достаточно высокий процент информированности матерей по этому вопросу (88,5 и 96,9% соответственно). Такое положение связано с относительно низкой фактической реали-

зацией этих рекомендаций (37,7 и 60,7% соответственно) и наличием множества других факторов, влияющих на лактацию.

Несмотря на то, что в группе II значительно больше матерей положительно относились к свободному вскармливанию (52,6% в группе I и 87,6% в группе II, $P < 0,001$) и кормили по этому режиму (54,1% и 93,7% соответственно, $P < 0,001$), корреляции длительности лактации с теоретическими знаниями по этому вопросу и фактической реализацией не отличались между группами ($P = 0,462$ для теоретической и $P = 0,447$ для фактической корреляции). При оценке длительности лактации и возраста введения ДПП в группе I нами был получен положительный эффект влияния на эти показатели только практической реализации режима свободного вскармливания. Так на фактическом свободном вскармливании (таблица 7) длительность ГВ составила 12,0 (4,0; 18,0) месяцев ($12,1 \pm 9,1$ месяца) против 6,0 (3,0; 13,0) месяцев ($8,5 \pm 7,0$ месяца) при редких кормлениях ($P = 0,007$) и возраст введения ДПП (таблица 8) соответственно 3,0 (2,0; 5,0) месяца ($3,2 \pm 2,0$ месяца) против 2,0 (1,0; 3,0) месяцев ($2,5 \pm 1,5$ месяца) ($P = 0,002$).

Таблица 7 Влияние частоты прикладывания на длительность ГВ

| Показатель | Группа I | | Группа II | | P_1^* |
|--|----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------|
| | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Достаточно | 107 | 12,0 (4,0; 18,0) | 276 | 13,0 (8,0; 19,0) | 0,018 |
| Редко | 86 | 6,0 (3,0; 13,0) | 18 | 10,0 (5,0; 16,0) | 0,264 |
| P_2^{**} | 0,007 | | 0,090 | | |
| * P_1 Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни. ** P_2 Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни. | | | | | |

Таблица 8 Влияние частоты прикладывания на возраст введения ДПП

| Показатель | Группа I | | Группа II | | P_1^* |
|--|----------|--|-----------|--|-----------|
| | n | Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Достаточно | 162 | 3,0 (2,0; 5,0) | 307 | 5,0 (3,0; 6,0) | $< 0,001$ |
| Редко | 140 | 2,0 (1,0; 3,0) | 20 | 3,5 (1,0; 6,0) | 0,225 |
| P_2^{**} | 0,002 | | 0,060 | | |
| * P_1 Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни. ** P_2 Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни. | | | | | |

Знания об отсутствии необходимости регулярных сцеживаний в равной мере были связаны с длительностью ГВ. Фактическая реализация этих знаний значимо выше была связана с длительностью ГВ в группе II, так как в ней регулярно сцеживались 15,8% против 74,1% в группе I. В группе II отсутствие необоснованных сцеживаний положительно влияло на длительность ГВ – 6,0 (4,0; 12,0) месяцев ($8,8 \pm 7,5$ месяца) при регулярном сцеживании и 14,0 (9,0; 20,0) месяцев ($15,6 \pm 10,2$ месяца) при его отсутствии (таблица 9). В группе I этого не было.

Таблица 9 Влияние необоснованных сцеживаний на длительность ГВ

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

Высокая частота допаивания в группе I по сравнению с группой II (92,5% и 38,2% соответственно, $\chi^2=275,32$, P<0,001) уменьшала связь этого фактора с длительностью лактации ($r_s=0,10$, P=0,118 в группе I и $r_s=0,35$, P<0,001 в группе II, P=0,001) и возрастом введения ДПП в этой группе по сравнению с группой II ($r_s=0,16$, P=0,001 в группе I и $r_s=0,41$, P<0,001 в группе II, P<0,001). При этом отсутствие допаивания значимо увеличивало длительность лактации (таблица 10) и возраст введения ДПП в обеих группах (таблица 11).

Таблица 10 Влияние допаивания на длительность ГВ

| Показатель | Группа I | | Группа II | | P ₁ * |
|--|----------|---------------------------------------|-----------|---------------------------------------|------------------|
| | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Длительность ГВ, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Допаивали | 258 | 6,0 (3,0; 14,0) | 131 | 9,0 (4,0; 15,0) | 0,027 |
| Не допаивали | 19 | 13,0 (6,0; 24,0) | 221 | 15,0 (10,0; 22,0) | 0,411 |
| P ₂ ** | 0,004 | | <0,001 | | |
| * P ₁ Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни. ** P ₂ Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни. | | | | | |

Таблица 11 Влияние допаивания на возраст введения ДПП

| Показатель | Группа I | | Группа II | | P ₁ * |
|--|----------|--|-----------|--|------------------|
| | n | Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев | n | Возраст введения ДПП, Ме (LQ; UQ), месяцев | |
| Допаивали | 399 | 3,0 (1,0; 4,0) | 147 | 3,0 (1,0; 5,0) | 0,002 |
| Не допаивали | 32 | 4,0 (2,5; 6,0) | 241 | 6,0 (4,0; 6,0) | 0,008 |
| P ₂ ** | | 0,001 | | <0,001 | |
| * P ₁ Различия между группой I и группой II, U-критерий Манна-Уитни. ** P ₂ Внутригрупповые различия, U-критерий Манна-Уитни. | | | | | |

В группе I связь длительности ГВ и сроков введения ДПП была наибольшей с оценкой достаточности лактации. Причем, чем позднее возникали подозрения на то, что ребенок голодает из-за гипогалактии, тем дольше была лактация и позже вводилась ДПП ($r_s=0,50$, $P<0,001$ и $r_s=0,67$, $P<0,001$ соответственно). В группе II связи этих факторов с длительностью лактации были значительно слабее, а с возрастом введения ДПП сопоставимы. Жалобы на недостаток молока были несколько чаще в группе I (52,4% в группе I и 45,6% в группе II, $\chi^2=3,86$, $P=0,049$). Возраст возникновения таких жалоб в нашем исследовании не отличался между группами ((2,0 (1,0; 3,0) месяца (2,5±1,7 месяца) в группе I и 2,0 (1,0; 3,0) месяца (2,4±1,8 месяца) в группе II, $P=0,469$). При этом уровень объективизации гипогалактии по адекватным прибавкам массы тела и суточной частоты мочеиспусканий был достаточно низкий, особенно в группе I, где вместе два объективных и доступных признака гипогалактии не назвала ни одна женщина (0 в группе I и 24,6% в группе II, $\chi^2=86,57$, $P<0,001$). В обеих группах в равной мере ($P=0,626$) длительность лактации умеренно коррелировала с возрастом введения ДПП, что объясняется вытеснением ГМ при более раннем введении прикорма или докорма.

Корреляция длительности лактации с возрастом введения дополнительных продуктов была значимой, причем как с продуктами докорма, так и прикорма. Кроме того, в группе I факт введения в рацион ребенка в связи с возможным недостатком ГМ молочной смеси отрицательно коррелировал с длительностью лактации. В исследовании нами получена наибольшая длительность лактации в обеих группах при введении в рацион ребенка ДПП после 6 месячного возраста в сравнении с введением до 4 месяцев и в 4-5 месяцев ($P<0,001$ для обеих групп).

Источники информации по ГВ среди матерей группы I соответствовали данным российских и зарубежных исследователей: медицинские работники – 22,1–86,0%, родственники и знакомые – 16,9–66,7%, литература – 17,7–72,1%. При этом наибольшим доверием пользовались медицинские работники и родственники. На недостаточный и неадекватный уровень дородовой подготовки указывают отрицательные корреляции длительности ГВ и возраста введения ДПП с информацией, исходящей от медицинских работников. Показательным является отсутствие различий между обученными и необученными матерями группы I в длительности ГВ и возрасте введения ДПП 7,0 (3,0; 14,0) месяцев ($9,3 \pm 7,9$ месяца) среди необученных и 6,0 (3,0; 15,0) месяцев ($9,4 \pm 8,2$ месяца) среди обученных, $P=0,964$). Причем по сравнению с соответствующими категориями матерей в группе II эти показатели были также недопустимо низкими.

В нашем исследовании более низкий уровень образования женщин в группе I, по сравнению с группой II, и, тем более, еще более низкий уровень образования беременных женщин предполагает недостаточную эффективность обучающих программ и низкую длительность ИГВ, ГВ, раннее введение ДПП. Достаточно низкий уровень бытовой осведомленности девочек подростков о пользе качественного питания младенцев даже по сравнению с беременными отражает в целом отсутствие в обществе положительного отношения к ГВ. При этом девочки называли сопоставимые с женщинами показатели возможной длительности ГВ и сроков введения ДПП. Среди источников информации у матерей группы I и беременных в регионе преобладают родственники (49,5 и 53,2% соответственно, $\chi^2=1,19$, $P=0,275$) и медицинские работники (66,4 и 62,0% соответственно, $\chi^2=1,85$, $P=0,174$). Значительно реже использовалась литература в качестве источника информации у беременных и подростков в отличие от женщин (25,9, 20,6 и 59,2%). Интернет в качестве источника информации по питанию младенца использовался редко среди девочек и женщин в нашем регионе. В нашем регионе уровень дородовой подготовки беременных существенно не отличался от уровня подготовки матерей, рожавших 8–10 лет назад (41,7% и 39,9% соответственно были обучены, $P=0,587$). Бытовая осведомленность девочек-подростков была сопоставима с беременными. При этом большинство девочек и беременных женщин считают необходимым информирование будущих матерей о питании младенца (79,6 и 84,3% соответственно).

Отсутствие единых методов оценки лактации в различных странах не позволяет равноценно и однозначно трактовать и сравнивать показатели. При-

нятая в России оценка доли детей на ГВ в различные возрастные периоды не используется ни в одной стране. Эта методика позволяет только определить частоту прекращения ГВ в определенном возрасте, но не оценить адекватность питания младенцев. Несмотря на достаточно высокий показатель доли детей юга Кузбасса на ГВ в возрасте с 6 до 12 месяцев (57,8%) относительно российских данных в 2007 году (38,7%) и длительность ГВ в регионе более высокую ($9,3 \pm 8,0$ месяцев), чем в среднем по России (6,2 месяца), в нашем исследовании были получены низкие показатели частоты ИГВ, недопустимо раннее и неадекватное введения прикорма и докорма. Усугубляет эти показатели также отсутствие единого мнения о сроках и последовательности введения дополнительной к ГМ пищи в России. Это в целом не способствует оптимизации питания младенцев. Оценивая эти же показатели в группе II, которая являлась моделью, нами получены данные, которые максимально приближающиеся и в ряде случаев превышающие, рекомендуемые ВОЗ.

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

ВЫВОДЫ

1. Среди матерей юга Кузбасса длительность грудного вскармливания составила 6,0 (3,0; 14,0) месяцев ($9,3 \pm 8,0$ месяца), исключительно грудного вскармливания – 4,0 (3,0; 6,0) месяца ($4,2 \pm 2,6$ месяца), возраст введения дополнительных пищевых продуктов – 3,0 (1,0; 4,0) месяца ($2,8 \pm 1,9$ месяца) и частота допаивания – 92,5%. Доля детей на грудном вскармливании в возрасте с 3 до 6 месяцев была 23,4% и с 6 до 12 месяцев – 57,8%.
2. Уровень информированности по питанию младенцев до родов достигал 39,9% среди матерей и 41,7% среди беременных. Информацию о питании младенцев от медицинских работников получали 60% и от своих родителей 50%

женщин. Знания о грудном вскармливании среди девочек-подростков ограничены бытовым уровнем. Дородовая подготовка в вопросах питания младенцев в регионе существенно не изменилась за последние 8–10 лет.

3. Наиболее значимыми факторами, положительно влияющими на длительность лактации и сроки введения дополнительных пищевых продуктов, являются: наличие высшего образования; опыт кормления предыдущего ребенка; исключение допаивания, раннего докорма и прикорма; адекватная оценка достаточности лактации; отсутствие регулярных сцеживаний; свободное вскармливание.

4. Необходим дифференцированный подход к разработке программ поддержки ГВ в зависимости от уровня образования и базовой информированности специалистов и женщин. Следует акцентировать внимание на оптимальных сроках введения дополнительных пищевых продуктов, обучении методам объективной оценки достаточности лактации и её поддержки, исключении допаивания, поддержке свободного вскармливания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Акушерам-гинекологам необходимо информировать беременных женщин не только о теоретических основах и преимуществах грудного вскармливания, но и важной роли реализации практических факторов. Ввести в образовательные программы для женских консультаций и родильных домов информацию об отрицательном влиянии на лактацию допаивания, необоснованных регулярных сцеживаний, раннего введения жидких и плотных дополнительных пищевых продуктов. Следует акцентировать внимание беременных женщин на объективной оценке достаточности лактации по частоте мочеиспусканий и прибавкам массы тела; методах стимуляции и поддержки выработки грудного молока.

2. Участковыми врачами и медсестрами следует начинать поддержку кормящих матерей в первые дни после выписки из родильного дома. Необходимо уделять особое внимание оценке лактации по прибавкам массы тела не менее 500 г в месяц и частоте мочеиспусканий не менее 8–10 раз в сутки; сохранению свободного вскармливания не менее 10–15 раз в сутки в первые 3 месяца с дальнейшим уменьшением по требованию младенца; исключению регулярных допаиваний вплоть до введения плотной пищи в возрасте 6 месяцев и необоснованного докорма смесями. Следует настраивать матерей на кормление ребенка грудью до 1 года и более.

3. Центрам медицинской профилактики необходимо разработать для населения адаптированные и доступные информационные материалы, пропагандирующие положительное отношение к грудному вскармливанию. Эти материалы должны быть в печатном, электронном и аудиовизуальном вариантах и содержать информацию об анатомии и физиологии лактации, технике кормления грудью, правилах прикорма, о методах оценки лактации и ее поддержания, опасностях искусственного вскармливания.

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

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Вскармливание здоровых детей первого года жизни: Методическое пособие / Л.М. Казакова, Ф.К. Манеров, Я.Я. Яковлев [и др.] // *Мать и Дитя в Кузбассе*. – 2006. – № 1. – 24 с.
2. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К. Питание детей первого года жизни в городе Новокузнецке // *Мать и Дитя в Кузбассе*. – 2006. – № 1 (24). – С. 35–38.
3. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К. Питание детей первого года жизни в городе Новокузнецке // II Междисциплинарный конгресс «Ребенок, врач, лекарство». – СПб.: СПбГПМА. – 2007. – С. 167–168.
4. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К. Влияние допаивания и сроков введения дополнительной пищи на длительность лактации // *Материалы X Всероссийского Конгресса диетологов и нутрициологов «Питание и здоровье»*. II Всероссийская научно-практическая конференция детских диетологов. – 2008. – С. 128.
5. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К. Эффективность подготовки женщин к грудному вскармливанию на Юге Кузбасса // *Бюллетень сибирской медицины*. – 2008. – С. 192–199.
6. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К. Сроки введения прикормов в зависимости от уровня образования матерей / под общей ред. Ю. Г. Мухиной, С. В. Бельмера // *Материалы XVI Конгресса детских гастроэнтерологов России и стран СНГ*

«Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – 2009. – С. 98–100.

7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации / А.А. Баранов, А.В. Тутельян, Я.Я. Яковлев [и др.]. – М.: [б. и.], 2009. – 67 с.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

АС – адаптированная смесь

БДР – больница, доброжелательная к ребенку

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГВ – грудное вскармливание

ГМ – грудное молоко

ДПП – дополнительные пищевые продукты

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИВ – искусственное вскармливание

ИГВ – исключительно грудное вскармливание

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование

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

