

© ФУРЦЕВ В. И.

УДК 613.287.8

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ

В. И. Фурцев

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра поликлинической
педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, зав. — д. м. н., доцент М. Ю. Галактионова.

Резюме. В статье показано негативное влияние отдельных социально-бытовых факторов на продолжительность грудного вскармливания. Однако установлено, что показатели распространённости и продолжительности грудного вскармливания среди детей из семей с неблагоприятными социально-бытовыми условиями практически не влияют на показатели официальной статистики по данному разделу (форма № 31) из-за их небольшого количества в общей массе данной популяции. Продолжительность и распространённость грудного вскармливания в большей мере определяется ролью медицинских работников.

Ключевые слова: грудное вскармливание, распространённость, продолжительность, социально-бытовые факторы.

Грудное вскармливание на первом году жизни тесно связано со снижением риска заболеваний и выживанием ребёнка. От степени функциональности питания зависит не только ближайший, но и отдаленный прогноз здоровья. Такие показатели качества последующей жизни, как интеллектуальные способности, физическая и умственная работоспособность, устойчивость к стрессу, формирование иммунитета и многое другое в значительной степени определяются качеством здоровья в раннем возрасте. Успешно организованное исключительно грудное вскармливание с периода новорожденности и первые месяцы жизни позволяет предупредить болезни системы пищеварения, обмена веществ, анемию, острые инфекционные и неинфекционные заболевания, снизить вероятность формирования хронических заболеваний, поддерживать на относительно качественном уровне жизнь детей, страдающих врожденными и генетически обусловленными аномалиями и заболеваниями. Именно такой подход является самым оптимальным вариантом стартового вскармливания детей грудного возраста, гарантирующим качество последующей жизни [3,8].

Искусственное вскармливание ребенка следует рассматривать как вынужденный, крайне нежелательный вариант, который может приводить в большей или меньшей степени к «метаболическому стрессу» со всеми вытекающими из него последствиями [3,5]. Перевод ребенка на вскармливание искусственными смесями без медицинских на то оснований, как со стороны матери, так и со стороны ребёнка следует рассматривать, как профессиональную несостоятельность медицинских работников, имеющих непосредственное отношение к наблюдению за детьми грудного возраста. Систематическая информированность профессорско-преподавательского состава высшего и среднего звена медицинского образования, административно-управленческого аппарата всех уровней здравоохранения, практических врачей и средних медицинских работников всех специальностей, самих матерей и всех членов её семьи о доступности грудного вскармливания практически для

каждой женщины и способность их оказать практическую помощь в становлении и поддержании грудного вскармливания есть реальная перспектива расширения практики грудного вскармливания, сохранения и укрепления здоровья населения. [2,4,5,6,9]. Кроме того, профессиональная организация и поддержка грудного вскармливания в сложившейся социально-экономической обстановке позволяет обеспечить снижение экономической нагрузки, как для отдельно взятой семьи, муниципального образования, так и РФ. В настоящее время (данные официальной статистики за 2010 г.) доля детей получающих грудное молоко более 6 месяцев в России — 40,4%, в Красноярском крае — 48,4%, в г. Красноярск — 72,8%.

Цель: определить влияние социально-бытовых условий семьи на продолжительность грудного вскармливания и их значение в показателях официальной статистики (форма № 31) медицинского учреждения и муниципального образования. [1]

Материалы и методы

Проведена выборка по продолжительности грудного вскармливания из 2812 карт развития ребенка (форма 112) достигших возраста одного года в отчетном году (2008). С помощью участковых медицинских сестёр собрана информация о социально-бытовых условиях семей. В исследование были включены детские поликлиники из трёх районов крупного промышленного города (Красноярск). В зависимости от комплекса социально-бытовых факторов семьи были подразделены на 1) социально благополучные и 2) социального риска. Кроме того среди этих групп мы также выделили 3) малообеспеченные семьи, 4) многодетные семьи, 5) семьи проживающие в общежитии и 6) семьи мигранты.

Описательная статистика результатов исследования представлена в виде процентных долей и их стандартных ошибок (m). Оценку статистической значимости полученных различий производили при помощи непараметрического критерия Пирсона χ^2 с поправкой на непрерывность.

При частоте встречаемости признака менее 5 использовался точный критерий Фишера. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Собрать самое большое количество данных (1474) из формы № 112 и получить сведения о социально бытовых условиях семей удалось в районе проживания различных категорий граждан с преобладающей долей проживания студенчества (табл. 1). В благополучных семьях проживало 1429 (96,9±0,15%) детей из их общего количества. Около 3% детей проживало в семьях социального риска. В этом же районе проживало 5,9±2,54% детей из малообеспеченных семей, 3,6±2,58% – из многодетных семей, 7,7±6,34% – из семей, проживающих в общежитиях и 0,7±2,78% – из семей мигрантов.

Анализ показал, что основная часть детей первого района города проживает в благополучных семьях. Доля детей из данной социальной группы, находящихся на грудном вскармливании старше 6 месяцев составила 69,3±1,49%. Количество детей лишенных грудного молока или получавших его менее 3-х месяцев в благополучных семьях составила 18,2±2,02%. При этом необходимо учесть, как отмечено выше, что в данном районе города проживает относительно большое количество студенческих семей. Часть студенческих семей, в силу чаще бытовых условий вынуждены отдавать детей на воспитание и уход своим родителям, проживающих в других муниципальных образованиях. Более половины детей из семей, проживающих в общежитиях и 90±10,0% из семей мигрантов получали грудное молоко более 6 месяцев. В многодетных семьях нами установлено, что доля детей получающих грудное молоко более 6 месяцев, также достоверно ниже, чем в благополучных семьях. Низкая культура вскармливания детей грудного возраста из малообеспеченных семей и семей социального риска, позволила вскармливаться грудью более 6 месяцев достоверно меньшему количеству детей и соответственно составляла 33,3±5,08% и 42,2±7,43%.

В то же время нами достоверно установлено, что дети из семей социального риска и малообеспеченных семей в большем числе случаев лишаются грудного вскармливания в первые месяцы жизни. Так, если из семей мигрантов, семей проживающих в общежитиях и многодетных семей, детей, не получавших грудного молока или получавших его менее 3-х месяцев было в пределах 20%, то в семьях социального риска, группа таких детей составила 51,1±7,54%, и в малообеспеченных – 40,2±5,2% (табл. 1).

Малочисленные группы детей (от 3,1% до 7,7%) проживающих в условиях, отличающихся от условий детей проживающих в благополучных семьях, не оказали существенного влияния на показатели грудного вскармливания по данному району.

С той же направленностью, но несколько другие данные мы получили при анализе 680 карт развития детей из второго района, где проживали преимущественно родители с рабочими специальностями и относительно большим количеством мигрантов (9,0±3,69%). В этом районе города общая доля малообеспеченных, многодетных семей, семей проживающих в общежитиях и семей мигрантов значительно больше (табл. 2). Группа семей социального риска достоверно превышала аналогичную группу первого района более чем в два раза. Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от социально-бытовых условий проживания этих семей имеет практически те же параметры, что и в первом районе. Относительное количество детей получавших грудное молоко более 6 месяцев из семей социального риска достоверно меньше, чем в благополучных семьях. В малообеспеченных семьях более половины детей в этом возрасте лишаются грудного молока, однако достоверной разницы между благополучными и малообеспеченными нами не получено. Число детей с продолжительностью грудного вскармливания более 6 месяцев из многодетных семей и семей проживающих в общежитиях в этом районе достоверно не отличалось от аналогичного показателя в благополучных семьях. Среди

Таблица 1

Доля детей получающих грудное вскармливание в зависимости от социальных и бытовых условий семьи (первый район, МУЗ ГДБ № 4)

Показатель	Социальные и бытовые условия												p – по точному критерию Фишера
	Благополучная семья		Семья социального риска		Малообеспеченная семья		Многодетная семья		Общежитие		Семья мигрантов		
Группы	1		2		3		4		5		6		
ГВ	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	
до 3-х мес.	260	18,2±1,02	23	51,1±7,54	35	40,2±5,20	13	24,5±5,96	16	14,1±3,29	-	-	1,2 p<0,0001; 1,3 p<0,0001; 2,5 p<0,01
от 3 до 6 мес.	179	12,5±0,88	3	6,6±3,74	23	26,4±4,75	8	15,1±4,96	30	26,5±4,17	1	10,0±10,0	1-6 p>0,05
от 6 до 12 мес.	990	69,3±1,49	19	42,2±7,43	29	33,3±5,08	22	60,4±6,78	67	59,3±4,64	9	90,0±10,0	1,3 p<0,01 1,4 p<0,01
Итого	1429	96,9±0,15	45	3,1±2,61	87	5,9±2,54	53	3,6±2,58	113	7,7±6,34	10	0,7±2,78	1-6 p>0,05

Примечание: ГВ – грудное вскармливание.

Таблица 2

**Доля детей получающих грудное вскармливание
в зависимости от социальных и бытовых условий семьи (второй район, МУЗ ГДП № 4)**

Показатель	Социальные и бытовые условия												p – по точному критерию Фишера
	Благополучная семья		Семья социального риска		Малообеспеченная семья		Многодетная семья		Общежитие		Семья мигрантов		
Группы	1		2		3		4		5		6		
ГВ	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	
до 3-х мес.	128	20,3±1,60	19	37,3±6,84	12	20,7± 5,62	9	26,5±7,68	8	12,1±4,05	3	4,9±2,79	1,6 p<0,01; 1,2 p<0,05 2,5 p<0,01; 2,6 p<0,01
от 3 до 6 мес.	93	14,8±1,42	12	23,5±6,00	14	24,1±5,22	6	17,1±6,55	14	21,2±5,07	11	18,0±4,96	1-6 p>0,05
от 6 до 12 мес.	408	64,9±1,90	20	39,2±6,9	27	46,5±6,92	19	55,9±8,64	44	66,7±5,85	47	77,0±5,43	2,6 p<0,05
Итого	629	92,5±1,05	51	7,5±3,72	53	7,8±3,72	34	5,0±3,79	66	9,7±3,67	61	9,0±3,69	1-6 p>0,05

Примечание: ГВ – грудное вскармливание.

семей мигрантов, также как и в первом районе, детей получавших грудное молоко более 6 месяцев относительно больше, чем в благополучных семьях, однако как и в первом районе достоверной разницы не установлено.

Небольшие группы детей из семей социального риска (7,5%±3,72) и малообеспеченных семей (7,8±3,72%), где продолжительность грудного вскармливания более 6 месяцев не превышает 50%, также не могли оказать заметного влияния на показатели грудного вскармливания по данному учреждению.

В третьем районе нашего исследования (табл. 3), где количество собранного материала соответствовало практически его количеству по второму району, направленность показателей длительности и распространенности грудного вскармливания в зависимости от социально бытовых условий семьи имела такую же направленность, что и в первых двух районах. Вместе с тем при статистической обработке материала нами не получено достоверной разницы между группами детей из различных социально-бытовых условий. Полученные результаты с одной стороны можно трактовать как малочисленностью данного исследования. С другой сто-

роны, в данном районе города территориально расположен городской Центр грудного вскармливания, специалисты которого способны оказать профессиональную помощь в особо сложных ситуациях. Кроме того населению данного района относительно не сложно получить своевременную их помощь и поддержку.

Изучая продолжительность грудного вскармливания в зависимости от указанных социально-бытовых факторов в целом по городу нами установлено, что она имела такую же направленность, как и по каждому району (табл. 4). Доля детей из семей социального риска, находящихся на грудном вскармливании менее трёх месяцев или не получающих его совсем достоверно превышала аналогичную долю детей из благополучных и многодетных семей, семей проживающих в общежитиях и семей мигрантов. Всего 5 из 83 детей мигрантов получали грудное молоко менее трёх месяцев. Достоверно большее количество детей лишенных грудного молока в целом по городу отмечено среди детей из малообеспеченных семей. Относительно большее количество детей получающих грудное молоко в возрастной группе от 6 до 12 месяцев нами выявлено среди семей мигрантов

Таблица 3

**Доля детей получающих грудное вскармливание
в зависимости от социальных и бытовых условий семьи (третий район, МУЗ ГДП № 2)**

Показатель	Социальные и бытовые условия												p – по точному критерию Фишера
	Благополучная семья		Семья социального риска		Малообеспеченная семья		Многодетная семья		Общежитие		Семья мигрантов		
Группы	1		2		3		4		5		6		
ГВ	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	
до 3-х мес.	121	19,4±1,58	11	32,3±8,14	22	27,5±5,02	6	17,6±6,63	13	21,7±5,37	2	16,7±11,24	1-6 p>0,05
От 3 до 6 мес.	104	16,7±1,49	8	23,5±7,38	20	25,0±4,87	10	33,3±8,2	10	16,7±4,86	6	50,0±15,07	1-6 p>0,05
От 6 до 12 мес.	399	63,9±1,92	15	44,1±8,64	38	47,5±5,62	18	52,9±8,69	27	45,0±6,48	4	33,3±14,21	1-6 p>0,05
Итого	614	94,7±0,9	34	5,2±3,86	80	12,3±3,7	34	5,2±3,86	50	7,7±3,81	12	1,9±3,94	1-6 p>0,05

Примечание: ГВ – грудное вскармливание.

Таблица 4

**Доля детей получающих грудное вскармливание
в зависимости от социальных и бытовых условий семьи (все районы исследования)**

Показатель	Социальные и бытовые условия												p – по точному критерию Фишера
	Благополучная семья		Семья социального риска		Малообеспеченная семья		Многодетная семья		Общежитие		Семья мигрантов		
Группы	1		2		3		4		5		6		
ГВ	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	
до 3-х мес.	509	19,0±0,76	53	40,8±4,33	69	31,4±3,14	28	25,2±4,14	37	16,2±2,91	5	6,0±2,59	1,6 p<0,01; 1,2 p<0,0001; 1,3 p<0,0001; 2,5 p<0,0001; 2,6 p<0,0001
от 3 до 6 мес.	376	14,0±0,67	23	17,7±3,36	57	25,9±2,96	24	21,6±3,92	54	23,6±2,81	18	21,7±4,50	1-6 p>0,05
от 6 до 12 мес.	1797	67,0±0,91	54	41,5±4,34	94	42,7±3,34	59	53,2±4,76	138	60,2±3,24	60	72,3±4,88	1-6 p>0,05
Итого	2682	95,4±0,4	130	4,6±1,84	220	7,8±2,14	111	4,1±1,89	229	8,14±1,81	85	3,0±1,86	1-6 p>0,05

Примечание: ГВ – грудное вскармливание.

(72,3±4,88%). Соответственно меньшее количество детей получало грудное молоко больше шести месяцев из групп социального риска, малообеспеченных и многодетных семей. Обращает на себя внимание тот факт, что в многодетных семьях доля детей получавших грудное молоко менее трёх месяцев соответствует аналогичному показателю детей из благополучных семей, в то время как количество детей из этих семей, получавших грудное молоко более 6 месяцев достоверно меньше чем в благополучных семьях и практически соответствует их количеству из групп детей, проживающих в семьях социального риска и малообеспеченных семей.

Анализ доли детей проживающих в семьях социального риска и малообеспеченных семьях, где продолжительность грудного вскармливания достоверно меньше, чем в других изучаемых группах, показал их незначительное количество в общей массе детей в изучаемых районах и в целом по городу (табл. 1,2,3,4). Кроме того, низкую распространенность грудного вскармливания в возрасте от 6 до 12 месяцев в этих группах нивелируют высокие показатели распространенности и продолжительности (табл.1, 2, 3, 4, 5,) грудного вскармливания в семьях мигрантов.

В зависимости от района проживания всех групп семей достоверной разницы между долей детей, получавших

грудное молоко более 6 месяцев нами не получено (табл. 5)

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что значительная доля детей из семей социального риска и малообеспеченных семей лишаются грудного молока в возрасте до 3 месяцев. Кроме того, нами отмечено, что в многодетных семьях доля детей получающих грудное молоко после 6 месяцев меньше чем в благополучных семьях, семьях проживающих общежитиях и семьях мигрантов. Также полученные нами предварительные результаты о том, что приближение специализированной медицинской помощи к населению позволяет значительно сократить долю детей лишенных грудного молока в различные сроки грудного возраста. Нами также достоверно установлено, что низкие показатели продолжительности грудного вскармливания детей старше 6 месяцев из семей социального риска – 41,5±4,34% и малообеспеченных – 42,7±3,34 практически не влияют на показатели отчётной формы № 31 данного учреждения из-за небольшого числа детей из этих семей (4,6±1,84% и 7,8, ±2,14% соответственно). Это подтверждается отсутствием достоверной разницы в продолжительности грудного вскармливания среди изучаемых групп в районе территориального расположения городского центра грудного вскармливания (табл. 3).

Таблица 5

**Доля детей получающих грудное вскармливание в возрасте от 6 до 12 мес
в зависимости от социально-бытовых условий семьи и района проживания**

Показатель	Социальные и бытовые условия												p – по точному критерию Фишера
	Благополучная семья		Семья социального риска		Малообеспеченная семья		Многодетная семья		Общежитие		Семья мигрантов		
Группы	1		2		3		4		5		6		
МУЗ	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	абс.	% ± m	
ГДБ № 4	990	69,3±1,49	19	42,2±7,43	29	33,3±5,08	22	60,6±6,78	67	59,3±4,64	9	90± 10,0	1-6 p>0,05
ГДП № 4	408	64,9±1,90	20	39,2±6,90	27	46,5±6,92	19	55,9±8,14	44	66,7±5,85	47	77,0±5,43	1-6 p>0,05
ГДП № 2	399	63,9±1,92	34	44,1±8,64	80	47,5±5,02	18	52,9±8,69	27	45,0±6,48	4	33,3±14,21	1-6 p>0,05
Итого	1797	96,1±0,46	73	3,9±2,28	136	7,27±2,23	59	3,16±2,3	138	7,38±6,34	60	3,2±2,29	1-6 p>0,05

THE DURATION OF BREASTFEEDING ACCORDING TO SOCIAL AND EVERYDAY FACTORS

V. I. Furtsev

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno – Yasenetsky

Abstract. The paper shows the negative influence of some social and everyday factors to the duration of breastfeeding. However, it was found that the prevalence and duration of breastfeeding among children from families with poor social conditions do not affect to the indices of official statistics under this section (Form number 31) because of their small number in the total mass of the population. The duration of breastfeeding to a greater extent determined by the role of health professionals.

Key words: breastfeeding, prevalence, duration, social and everyday factors.

Литература

1. Абольян Л.В. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях: пособие для врачей. – М., 2003. – 79 с.

2. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Тамазян Г.В. и др. Особенности вскармливания детей первого года жизни (по материалам анкетирования детей в Московской области) // Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т 3, № 6. – С. 12-15.

3. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. – СПб., 1998. – 260 с.

4. Гмошинская М.В. Оценка эффективности разработанной системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. – 2009. – Т 7, № 1. – С. 26-36

5. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. – М.: Миклош. – 2009. – 319 с.

6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М., 2009. – 63 с.

7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета и прикладной программы STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2003. – 312 с.

8. Руководство по детскому питанию / Под ред. В. А. Тутельяна, И.Я. Коня. – М., 2004. – 662 с.

9. Фурцев В.И. Национальная научно-практическая программа «Питание детей грудного возраста» – стратегия государственной значимости // Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т 3, № 6. – С. 43-46.

Сведения об авторах

Фурцев Владимир Иванович – к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: vladimir.furtsev@yandex.ru.

© КОРЕЦКАЯ Н. М.

УДК 616-002.5-053.2(571.51)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ДИНАМИКА ЕЕ СТРУКТУРЫ У ДЕТЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н. М. Корецкая

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. Н. М. Корецкая.

Резюме. Проанализирована заболеваемость туберкулезом детей Красноярского края за последнее 10-летие и выделено два периода: положительных (2003-2009 гг.) и отрицательных (2010-2012 гг.) сдвигов. Показано, что несмотря на снижение показателя заболеваемости туберкулезом детей за 10 лет с 32,4 до 25,8 на 100 тыс. детского населения, имелся рост их доли в структуре заболевших туберкулезом и рост заболеваемости детей из контакта с бактериовыделителем в 2 раза. Установлены отличия в структуре заболеваемости туберкулезом детей между первым и последним годами наблюдения; отмечены положительные сдвиги в виде отсутствия случаев милиарного туберкулеза, туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС. Сделано заключение о необходимости повышения уровня знаний врачей общей лечебной сети по вопросам выявления и диагностики туберкулеза у детей.

Ключевые слова: дети, туберкулез, заболеваемость, структура.

Заболееваемость детей туберкулезом (ТБ) – важный прогностический показатель, отражающий общую эпидемиологическую ситуацию в регионе [3,14,15], что связано с развитием заболевания в этой возрастной группе населения непосредственно после контакта с источником инфекции [9]. Ухудшение эпидемиологической ситуации по ТБ, начавшееся с начала 90-х годов прошлого века, было

связано с объективными и субъективными причинами: снижение уровня социально-экономических условий жизни, усиление миграционных процессов, ухудшение показателей общего здоровья населения, патоморфоз туберкулезной инфекции, сокращение расходов на здравоохранение, в том числе на противотуберкулезные профилактические мероприятия. В результате перечисленного все проблемы