Федеральное государственное автономное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

БУЦКАЯ ТАТЬЯНА ВИКТОРОВНА

ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В КОМПЛЕКСЕ МЕР ПО ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

3.1.21. – Педиатрия
3.2.3. – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

диссертация на соискание учёной степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:
доктор медицинских наук, доцент
Макарова Светлана Геннадиевна

доктор медицинских наук, профессор
Фисенко Андрей Петрович

Москва
2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ 2

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ 5

ВВЕДЕНИЕ 6

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 23

1.1 Введение 23

1.2. Первая 1000 дней жизни ребенка и фактор питания 24

1.2.1. Нутритивный статус женщины в периконцепционный период и во время беременности ...24

1.2.2. Питание кормящей женщины как фактор успешной лактации 29

1.2.3. Микронутриентный статус женщины и лактация 30

1.2.4. Использование специализированных продуктов для лактации 34

1.2.5. Диетические ограничения в период кормления грудью 36

1.2.6. Питание кормящей матери при вскармливании детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока 38

1.3. Актуальные проблемы организации питания кормящих женщин 44

1.3.1. Факторы, оказывающие влияние на ГВ 44

1.3.2. Характеристика информационных источников наиболее популярных в женской среде 49

1.3.3. Важность внедрения научных знаний 50

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 52

2.1. Объем исследования 52

2.2. Дизайн исследования 53

2.3. Анализ действующих рекомендаций по питанию и нутритивной поддержке женщин в период лактации 56

2.4. Социологический метод – анкетирование женщин детородного возраста 57

2.5. Клинические методы обследования 61
2.6. Статистические методы исследования 63
2.7. Метод организационного эксперимента и изучение экспертных оценок 63
ГЛАВА 3. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В ВОПРОСАХ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И РЯД МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ 66
3.1. Медико-социальная характеристика группы 66
3.2. Анализ некоторых факторов, влияющих на продолжительность грудного вскармливания 68
3.3. Источники информации по грудному вскармливанию, использованные женщинами 71
3.4. Анализ информированности женщин по вопросам организации и преимущества грудного вскармливания 73
ГЛАВА 4. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ 77
4.1. Социологическое выборочное онлайн-анкетирование женщин с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью 77
4.2. Социологическое выборочное онлайн-анкетирование женщин с целью выявления наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью и наиболее частых пробелов в их информированности 86
ГЛАВА 5. АКТУАЛИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПИТАНИЮ ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ВЕРСИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ В КОМПЛЕКСЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ОТКРЫТЫЙ РОДДОМ» 91
5.1. Анализ действующих рекомендаций по питанию во время беременности и кормления грудью 91
5.2. Изучение эффективности использования электронной версии рекомендаций по питанию женщин в период кормления грудью 98

5.3. Оценка качества жизни женщин в период лактации 104

5.4. Организационно-методические мероприятия по поддержке грудного вскармливания в рамках реализации федерального проекта «Открытый роддом» с использованием разработанных рекомендаций 106

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПИТАНИЮ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ 111

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 118

ВЫВОДЫ 128

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 131

Список литературы 134

Приложение 1. Анкета для оценки информированности кормящих женщин в вопросах грудного вскармливания и анализа ранних факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительность 160

Приложение 2. Анкета для оценки эффективности комплекса мер по поддержке лактации (опрос 1) 165

Приложение 3. Анкета для оценки эффективности комплекса мер по поддержке лактации (опрос 2) 166

Приложение 4. Анкета для оценки участвовавших в опросе женщин к разработанным рекомендациям и их эффективности 167

Приложение 5. Состав специализированного продукта для кормящих женщин. 168

Приложение 6. Оценочная шкала CoMiSS 170

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АКБМ – аллергия на белок коровьего молока

БКМ – белок коровьего молока

ВМК – витаминно-минеральный комплекс

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГВ – грудное вскармливание

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ДЦ ПНЖК – длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты

ЖК – жирные кислоты

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИМТ – индекс массы тела

МР – методические рекомендации

ПА – пищевая аллергия

ПНЖК – полиненасыщенные жирные кислоты

РНСФП – рекомендуемая суточная норма физиологических потребностей в энергии

ФРОП – функциональные расстройства органов пищеварения

ЦНС – центральная нервная система

ЮНИСЕФ (UNICEF, United Nations International Children's Emergency Fund) – международный чрезвычайный фонд помощи детям при Организации Объединенных Наций

FIGO (Federation of Gynecology and Obstetrics) – Международная федерация гинекологии и акушерства

IL-17 – интерлейкин-17

UNIMMAP (The United Nations International Multiple Micronutrient Antenatal Preparation) - стандарт витаминно-минерального комплекса для беременных разработанный Всемирной организацией здравоохранения

ω-3 – омега-3

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность

Охрана здоровья матери и ребенка, а также совершенствование акушерско-гинекологической помощи во всем мире остаются приоритетными направлениями в сфере здравоохранения[1]. Признано, что показатели здоровья матери и ребенка должны использоваться в качестве критериев оценки социально-экономического развития общества[2].

Принципиально важное значение имеет полифакториальный подход, включающий в себя фокусы на адекватное питание, физическое развитие, интеллектуальный потенциал и соматическое здоровье на протяжении всей жизни. Согласно широко известной гипотезе Баркера 2012 года, недостаточное питание в периконцепционный период и во время беременности влияет на «программирование» ребенка внутриутробно. Исследования влияния питания человека на модификацию экспрессии генов через эпигенетические механизмы и геномное редактирование в последние годы прочно вошло в арсенал методов молекулярной и клеточной биологии. Эти исследования продемонстрировали, что недостаточная нутритивная поддержка и отсутствие оптимального питания в условиях изменяющихся потребностей организма значительно влияют на экспрессию собственных генов, что может отражаться на здоровье потомков [203, 49].

Первая 1000 дней жизни - это трехлетний период жизни человека, который включает девять месяцев внутриутробного развития и первые два года жизни ребенка [81], когда полноценное питание становится основой правильного роста и развития, полноценного формирования всех систем организма [184, 151, 116]. В постнатальном периоде важнейшую роль в адекватном обеспечении ребенка

[1] Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации «О государственной политике в сфере охраны здоровья матери и ребенка» от 15 февраля 2023 года № 49-ФС, Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года № 254, Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 года № 420 «Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка». WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2017. http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2017/10/recomendatcii-voz-po-okazaniju-dorodovoj-pomoschi.pdf

[2] Государственный доклад «О положении детей и семей, имеющих детей в Российской Федерации за 2021 год»

питательными веществами играет грудное вскармливание (ГВ), которое обеспечивает преемственность диады «мать-плод» [63]. В то же время неадекватное питание матери в течение беременности и лактационного периода создает риски недостаточного потребления матерью и ребенком пищевых веществ, особенно эссенциальных микронутриентов и сокращения объема и продолжительности лактации [22,43,44].

Поэтому очевидной является необходимость разработки принципов рационализации питания женщин начиная уже с периконцепционного периода, а также на этапе беременности и кормления грудью [16]. Согласно актуальным рекомендациям, кормящим женщинам рекомендуется придерживаться сбалансированного рациона. Как в большинстве зарубежных стран, так и в Российской Федерации нет рекомендаций по ограничению конкретных продуктов для кормящей матери. Так, с целью профилактики аллергии не рекомендуется исключать из питания кормящей женщины продукты из так называемой «большой восьмерки» аллергенов (коровье молоко, яйцо, рыба, морепродукты (моллюски и ракообразные), орехи, арахис, пшеница, соя) [117, 156, 162]. Однако, не рекомендуется и потреблять их в избыточном количестве, особенно в случае отягощенного семейного аллергоанамнеза [63]. В тоже время, как показывают исследования, зачастую женщины сами накладывают на себя различные ограничения самостоятельно, без каких-либо медицинских показаний, опираясь на непроверенные источники.

В настоящее время в условиях наличия огромного количества информации возникла проблема создания «правильного» информационного поля для населения и донесения профессиональной информации непосредственно пациентам. Однако, в настоящее время существует значительный разрыв между научными знаниями и внедрением их в практическую деятельность врачей и популяризацией среди населения.

Проведенное исследование Л.А. Лебединцева с соавторами показало, что представления женщин о правильном питании в период лактации лишь отчасти соответствуют современным взглядам на здоровое питание и включают в себя

целый ряд заблуждений о необходимости полного исключения из питания большого спектра продуктов, например яиц, молочной каши, морепродуктов, свежих овощей и фруктов [48].

По мнению специалистов ВОЗ, недостаточная информированность женщин в вопросах питания в период кормления грудью носит глобальный характер (цитата): «…данные свидетельствуют о наличии разрывов между стратегическими рекомендациями и их успешным выполнением. Это можно отнести на счет целого ряда барьеров, таких как: перегруженность специалистов в области здравоохранения; недостаток ресурсов; несогласованность информации, предоставляемой различными медицинскими службами; недостаточная подготовленность медицинских работников, а также отсутствие согласованности между национальными рекомендациями, исходящими от поставщиков медицинских услуг и информацией из других источников» [29, стр. 13].

Ненадежные источники информации, которые используют женщины, неуверенность в необходимости выполнения рекомендаций часто формируют необоснованные страхи в отношении влияния питания матери на появление различных симптомов у ребенка, что наиболее характерно для молодых матерей, имеющих первого ребенка. В то же время недостаточная информированность женщин в отношении преимуществ грудного вскармливания и неуверенность в рекомендациях по питанию могут способствовать сокращению продолжительности кормления грудью.

Таким образом, актуальной является разработка методических подходов, направленных на персонализированную оптимизацию питания женщины на всех этапах: от планирования зачатия и периода беременности до послеродового периода и всего периода грудного вскармливания. Такие меры должны способствовать повышению продолжительности лактации, улучшению психоэмоционального и физического состояния матери и ребенка, и, в конечном итоге, – улучшению их качества жизни и здоровья в целом.

Степень разработанности темы

Важность охраны и поддержки грудного вскармливания общепризнана и зафиксирована в различных международных и национальных документах. Учитывая важность полноценного питания женщины на всех этапах материнства, включая беременность и кормление грудью, разработаны нормы потребления питательных веществ и подходы к оптимизации питания женщин.

Тема адекватного питания кормящей женщины широко обсуждается в научном сообществе, в том числе с позиции гипотезы Баркера (гипотеза фетального программирования заболеваний взрослых») [180], и рассматривает недостаточное потребление макро- и микронутриентов с позиции риска возникновения хронических неинфекционных заболеваний [175, 207, 96, 167]. Имеется и значительное количество отечественных работ, демонстрирующих важность нутритивного статуса кормящей женщины для обеспечения оптимального состава грудного молока и реализации всего полезного потенциала грудного вскармливания [44, 20, 23, 24, 43].

В настоящее время в Российской Федерации одновременно действует несколько руководств, методических и клинических рекомендаций, разработанных всероссийскими сообществами и организациями, задающими определенные стандарты качества оказания медицинской помощи на этапах беременности и кормления грудью [56, 38, 55, 54, 57, 53, 58, 27, 46, 66]. Эти документы подготовлены нутрициологами, педиатрами и акушерами-гинекологами, носят информационно-методический характер и предназначены для использования в практике врачами различных специальностей, организаторами здравоохранения, специалистами федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, средним медицинским персоналом.

В то же время есть отдельные исследования, в которых показано, что представления женщин о правильном питании в период кормления грудью не

соответствуют тем рекомендациям, которые представлены в профессиональной медицинской литературе [48, 45]. Проведенные как в России, так и за рубежом исследования демонстрируют, что и питание женщин детородного возраста не соответствует представлениям о правильном питании [35, 6, 34, 33, 187]. В ряде зарубежных исследований также анализируются источники информации и причины сложности распространения качественной информации о питании [89, 185, 187, 133, 132, 192, 78, 79].

В России не проводилось масштабных комплексных исследований, позволивших детально изучить проблему в целом: информированность женщин в вопросах грудного вскармливания и питания в период кормления грудью, влияние информированности на продолжительность грудного вскармливания. Также отсутствуют исследования по изучению основных источников информации для женщин в вопросах питания в период лактации. Изучение этих факторов должно лечь в основу создания ориентированных на женщин рекомендаций по питанию, отвечающих на наиболее частые вопросы в доступной форме и в то же время созданные на основе доказательной медицины и профессиональных согласительных документов. Разработка такого методического подхода позволит преодолеть барьер между научными знаниями и имплементацией их непосредственно населению.

Цель исследования:

разработать современные методические подходы к улучшению информированности и оптимизации питания женщин в комплексе мероприятий по организации грудного вскармливания.

Задачи

1. Изучить информированность женщин детородного возраста в вопросах преимуществ и организации грудного вскармливания, основные источники информации, влияние информированности женщин и других факторов на продолжительность грудного вскармливания.

2. Оценить знания женщин детородного возраста в вопросах питания в период кормления грудью, основные источники информации, использованные женщинами, и выявить наиболее актуальные для женщин вопросы и пробелы в информированности.
3. Провести анализ актуальных профессиональных рекомендаций по питанию женщин в период беременности и кормления грудью в доступной медицинской профессиональной литературе и на их основе актуализировать рекомендации по питанию женщин в период кормления грудью.
4. Оценить эффективность использования электронной версии рекомендации по питанию женщин в период кормления грудью в комплексе мер по поддержке грудного вскармливания и качество жизни кормящих матерей.
5. Оценить достаточность мероприятий по консультированию беременных и кормящих женщин в вопросах поддержки грудного вскармливания и разработать организационно-методические мероприятия по поддержке грудного вскармливания в рамках реализации федерального проекта «Открытый роддом».
6. Изучить взаимосвязь между питанием кормящих женщин и проявлениями функциональных нарушений органов пищеварения и пищевой аллергии у детей и оценить эффективность использования разработанных рекомендаций по питанию кормящих женщин в комплексном ведении детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и детей с аллергией на белки коровьего молока.

Научная новизна

Впервые в России проведено широкомасштабное исследование информированности женщин детородного возраста в вопросах питания в период кормления грудью, которое позволило дать разностороннюю характеристику проблеме. Продемонстрировано, что информированность в вопросах преимущества грудного вскармливания положительно влияет на его продолжительность. Показано, что женщины не имеют достаточного прямого

доступа к достоверным информационным источникам в вопросах питания в период кормления грудью – основными источниками информации являются немедицинские интернет-ресурсы – в 31-60%. 86,7 % респондентов занимались поиском информации в сети интернет, 51,1% считают полученную информацию недостаточной. Не более 30% женщин получили эту информацию от врачей. Более высокий уровень доверия педиатрам демонстрируют более опытные матери ($p < 0{,}001$). Сопоставление ответов женщин по вопросам питания в период кормления грудью с существующими методическими и клиническими рекомендациями показало, что представления женщин репродуктивного возраста лишь отчасти соответствуют этим современным научным представлениям.

Впервые на основе широкого анкетирования женщин детородного возраста Российской Федерации были выявлены наиболее актуальные для них вопросы по питанию в период кормления грудью и сформированы информационные материалы, ориентированные на женщин, но базирующиеся на современных согласительных документах и руководствах. На дальнейших этапах исследования продемонстрирована эффективность разработанных рекомендаций в комплексе мер по поддержке лактации и продвижению грудного вскармливания. Доказано, что использование электронной интерактивной версии рекомендаций по питанию кормящих женщин в комплексе мер поддержки грудного вскармливания повышает долю высокой информированности женщин в вопросах питания с 38,7% до 86,7%, в 82,9% случаев позволяет скорректировать рацион женщин, а в 81,2% – расширить его. В 96,7% случаев удалось сохранить грудное вскармливание.

С учетом выявленной недостаточности информированности женщин в вопросах грудного вскармливания разработаны организационно-методические мероприятия по поддержке грудного вскармливания, которые включены в обновленную форму проекта «Открытый роддом», апробированы на региональном уровне, способствуют повышению информированности женщин и медицинских работников в вопросах организации грудного вскармливания и питания женщины в период кормления грудью.

Впервые проведен анализ рационов кормящих женщин в сопоставлении с наличием гастроинтестинальных и кожных аллергических симптомов у младенцев, что позволило выявить неоправданное ограничение или исключение продуктов у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% матерей детей с пищевой аллергией. Впервые показано, что коррекция рациона матери после уточнения формы пищевой гиперчувствительности у ребенка в сочетании с использованием при консультировании печатной версии рекомендаций по питанию не только позволяет купировать симптомы у детей, но и повышает приверженность грудному вскармливанию и уровень высокой осведомленности женщин по вопросам питания с 14,7% до 98,7%.

Теоретическая и практическая значимость

Проведенное исследование выявило низкий уровень информированности женщин детородного возраста в вопросах грудного вскармливания и дефицит качественных источников информации, особенно в отношении организации питания в период кормления грудью.

На основании двух масштабных анкетирований установлено, что наименьшая продолжительность грудного вскармливания отмечается в возрастной группе матерей младше 25 лет. Эти же женщины, как и матери с первым ребенком, статистически значимо чаще получают информацию о грудном вскармливании и питании в период кормления грудью не от врачей, а из немедицинских интернет-источников ($p<0,001$).

Показано наличие прямой корреляции между фактической и запланированной продолжительностью грудного вскармливания ($R = 0,46$, $p < 0,01$), что подчеркивает необходимость более активно проводить работу по поддержке грудного вскармливания, в том числе разъяснительную работу о преимуществах грудного вскармливания для ребенка и матери. Это особенно важно осуществлять среди молодых матерей и женщин с первым ребенком,

продолжительность грудного вскармливания у которых оказалась ниже, чем в других группах, а потребность в профессиональной информации выше.

Проведенный на основании анкетирования большой группы женщин детородного возраста из разных регионов России анализ их знаний о питании в период кормления грудью, показал, что не более 30% женщин получили эту информацию от врачей: врача акушера-гинеколога в женской консультации (5,83-12,5%), врача акушера-гинеколога в родильном доме (9,35-15,69%), врача-неонатолога в родильном доме (11,63-22,55%) и врача-педиатра в детской поликлинике (14,71-26,17%). Наиболее часто женщины находят информацию в немедицинских интернет-источниках, что отражается на качестве знаний – выявлено большое количество заблуждений у женщин, в основном в отношении необходимости ограничения рациона.

По результатам масштабного анкетирования выявлены наиболее актуальные вопросы для женщин о питании в период кормления грудью, при этом большинство женщин отметили, что предпочли бы электронную версию в Интернете (78,5%) как наиболее удобный источник информации. Бумажный носитель выбрали 42,4%, а 36,1% всех опрошенных предпочли бы иметь и бумажный носитель, и электронный вариант рекомендаций. Для повышения информированности женщин в отношении питания в период кормления грудью целесообразно наряду с бумажными носителями использовать электронные ресурсы как наиболее востребованный источник информации.

Показано, что разработанные на основании полученной информации электронная интерактивная версия рекомендаций и рекомендации на бумажном носителе являются эффективной мерой в комплексе мероприятий по организации и поддержке грудного вскармливания. Использование электронной интерактивной версии рекомендаций по питанию кормящих женщин со здоровыми детьми 1-4 месяцев жизни повышает долю высокой информированности женщин в вопросах питания с 38,7% до 86,7%, более чем в 80% случаев позволило женщинам скорректировать свой рацион и способствовало сохранению грудного вскармливания.

Электронная форма рекомендаций по питанию кормящих женщин, как наиболее востребованная женщинами, использована в составе информационных материалов при актуализации организационно-методических мероприятий проекта «Открытый роддом», апробирована на региональном уровне более чем в 70 учреждениях родовспоможения и продемонстрировала эффективность в отношении повышения информированности женщин и медицинских работников в вопросах питания женщины в период кормления грудью.

Установлено, что использование при консультировании детей 1-4 месяцев жизни с функциональными расстройствами органов пищеварения и пищевой аллергией, находящихся на грудном вскармливании, печатной версии рекомендаций по питанию повышает приверженность грудному вскармливанию и процент женщин с высоким уровнем осведомленности женщин по вопросам питания с 14,7% до 98,7%.

Разработанные на основании профессиональной медицинской информации и действующих согласительных документов рекомендации по питанию кормящих женщин необходимо включать в универсальные программы подготовки к родам и школы для беременных, а также использовать при консультировании детей, находящихся на грудном вскармливании и кормящих женщин.

Методология и методы исследования

В рамках диссертационной работы на первом этапе ее выполнения проведены следующие исследования:

- медико-социальное исследование на основе онлайн-анкетирования 875 кормящих женщин для изучения информированности женщин в вопросах грудного вскармливания, получения данных об основных источниках информации и анализа факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительность;
- социологическое исследование на основании онлайн-анкетирования 1275 женщин детородного возраста с целью изучения информированности женщин о питании в период кормления грудью;

• социологическое исследование на основании онлайн-анкетирования 2177 женщин детородного возраста с целью выявления наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью.

Для каждого анкетирования автором были разработаны соответствующие анкеты, включавшие вопросы, касающиеся медико-социальной характеристики респондентов; вопросы в отношении информированности женщин о грудном вскармливании и питании в период грудного вскармливания и основных источниках информации; вопросы, связанные с особенностями соблюдения диетических ограничений и реакциями ребенка при изменении питания кормящей матери, и другие вопросы в соответствии с задачами исследования.

Поиск анализируемой литературы осуществляли с использованием поисковых систем РИНЦ, PubMed, Google Scholar, ResearchGate, CyberLeninka по ключевым словам "pregnancy", "nursing mother", "breastfeeding infant", "lactation", "vitamin", "iron", "minerals", deficiency", "supplement", "multivitamin and mineral supplements", также их эквивалентам на русском языке преимущественно за последние 10 лет, за исключением исследований, имеющих принципиальное значение.

Разработка рекомендаций по питанию кормящих женщин проводилась на основании анализа актуальных рекомендаций по питанию кормящих женщин, созданных профессиональными медицинскими сообществами, и результатов проведенного анкетирования женщин.

Для изучения эффективности использования разработанной электронной интерактивной версии рекомендаций в комплексе мер по поддержке лактации проведено наблюдательное исследование с участием 181 пары «мать-ребенок», в которое включались здоровые (согласно медицинской документации) дети на грудном вскармливании в возрасте 1-4 месяцев и их матери. Оценка качества жизни женщин, участвовавших в исследовании, осуществлялась на основании использования краткой версии опросника качества жизни ВОЗ – WHOQOL-BREF.

Для изучения эффективности организационно-методических мероприятий по поддержке грудного вскармливания и внедрения рекомендаций по питанию

женщин в систему здравоохранения использовался метод организационного эксперимента и изучение экспертных оценок. Под непосредственным руководством автора исследования был разработан и актуализирован в 2023 году Федеральный проект «Открытый родильный дом» в рамках деятельности, направленной на популяризацию материнства в РФ через внедрение эффективных форм взаимодействия с семьей на этапах подготовки к родительству, родов.

Наблюдательное исследование эффективности использования версии рекомендаций по питанию для женщин в период кормления грудью (на бумажном носителе) в комплексном лечении детей с функциональными расстройствами пищеварения и с пищевой аллергий проведено с участием 75 детей на исключительно грудном вскармливании в возрасте 1-4 месяцев. Для анализа рационов кормящих женщин использовался валидированный частотный вопросник полуколичественной оценки характера питания FFQ (Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire). Для оптимизации сбора анамнеза и выявления детей с симптомами аллергии на белки коровьего молока использовался опросник CoMiss.

Анализ полученных данных осуществляли в соответствии с современными методиками, включающими описательные статистики, оценку статистической значимости, корреляционный анализ. Полученные данные проверялись на соответствие нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для описания мер центральной тенденции указывали средние значения (M), стандартное отклонение (SD), медиану (Me), а также 25 и 75 перцентили. Для оценки различий между группами применяли критерий Манна-Уитни. Для анализа связи между признаками использован метод Спирмена. Учитывали значимые коэффициенты корреляции ($p<0,05$), превышающие +0,20 (положительная связь) или менее -0,20 (отрицательная связь). Для сравнения качественных данных применяли метод хи-квадрат Пирсона. Полученные результаты считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Имеется существенный разрыв между научными знаниями о преимуществах грудного вскармливания и особенностях питания в период кормления грудью и теми представлениями, которые имеют сами женщины. Это связано как с недостаточной активностью медицинского персонала в отношении соблюдения принципов продвижения грудного вскармливания, так и с отсутствием ориентированных на женщин рекомендаций по питанию в период кормления, основанных на научных данных и доступных непосредственно женщинам.
2. Информированность в вопросах преимущества грудного вскармливания положительно влияет на его продолжительность. Поэтому необходимо более активно проводить работу по поддержке грудного вскармливания, в том числе разъяснительную работу о преимуществах грудного вскармливания для ребенка и матери, особенно среди молодых матерей и женщин с первым ребенком, продолжительность грудного вскармливания у которых оказалась ниже, чем в других группах, а потребность в профессиональной информации выше.
3. Информацию о вскармливании ребенка женщины получают в основном от медицинских работников, реже - из немедицинских источников, но основными информационными источниками по вопросам питания в период кормления грудью являются немедицинские интернет-ресурсы, и большинство женщин считают полученную информацию недостаточной. В результате представления женщин репродуктивного возраста лишь отчасти соответствуют современным научным знаниям и существующим методическим и клиническим рекомендациям. Неоправданное ограничение или исключение продуктов из рациона отмечается у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% матерей детей с пищевой аллергией.
4. Использование электронной версии разработанных рекомендаций по питанию кормящих женщин в комплексе мер поддержки грудного вскармливания здоровых детей и использование этих же рекомендаций на

бумажном носителе в рамках консультирования детей с функциональными нарушениями пищеварения и пищевой аллергией не только повышает информированность женщин в вопросах питания в период кормления грудью, но и способствует сохранению грудного вскармливания.

5. Актуализированная форма Федерального проекта «Открытый родильный дом» является доступной и апробированной в условиях регионов моделью для активного внедрения в здравоохранение комплекса организационно-методических мероприятий, направленных на продвижение грудного вскармливания, повышение информированности женщин и медицинских работников в вопросах организации грудного вскармливания, питания женщины в период кормления грудью.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты работы внедрены в клиническую практику Консультативно-диагностического Центра и Отделения патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, отделения новорожденных №2 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, в лечебный и диагностический процесс ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» Минздрава России. Электронная версия рекомендаций размещена на официальных сайтах ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д. О. Отта» Минздрава России, внедрена в работу Государственного учреждения здравоохранения Волгоградской области «Родильный дом №4», Государственного бюджетного учреждения Чеченской Республики «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка имени Аймани Кадыровой»; областного перинатального центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской

области «Городская клиническая больница №40»; Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения Москвы», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Арзамасский родильный дом»; Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области Балашихинский родильный дом; включены в педагогический процесс кафедры педиатрии и детской ревматологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф.Филатова Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет).

Степень достоверности и апробация результатов

Высокая степень достоверности результатов диссертационной работы подтверждается выбором оптимального дизайна исследования, соответствующего поставленной цели и задачам на этапе планирования, наличием достаточного количества наблюдений, использованием современных методических подходов и методов исследования. Для интерпретации полученных результатов использованы современные способы обработки информации и статистического анализа.

Результаты диссертационной работы были доложены и обсуждены на II Всероссийской научно-практической конференции «Осенние Филатовские чтения – важные вопросы детского здоровья» (24-25 сентября 2020г, г. Москва – «Питание кормящей женщины в вопросах и ответах»), VI московском городском съезде педиатров с межрегиональным и международным участием «Трудный диагноз в педиатрии» (13-15 октября 2020г, г. Москва – «Питание женщины в период лактации. Вопросы и ответы»), 6-м Всемирном Конгрессе Детских Гастроэнтерологов, Гепатологов и Нутрициологов (6th World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (Австрия, Вена, 2021), XV Всероссийском образовательном конгрессе «Анестезия и реанимация в акушерстве и неонатологии» (23-25 ноября 2022 года, г. Москва – «Результаты

анкетирования кормящих женщин в Российской Федерации»), IV Всероссийской научно-практической конференции «Осенние Филатовские чтения – важные вопросы детского здоровья» (8-9 сентября 2022, г. Смоленск – «Грудное вскармливание в Российской Федерации: результаты анкетирования кормящих матерей – Национальная программа по поддержке грудного вскармливания»), V Всероссийской научно-практической конференции «Осенние Филатовские чтения – Важные вопросы детского здоровья» (14-15 сентября 2023, г. Владимир – «Законодательное регулирование демографии в России»).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 16 работ, включая 11 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации результатов диссертационных исследований. Из них 3 публикации в журналах, рецензируемых в Scopus.

Личный вклад автора

Личный вклад автора состоит в непосредственном участии на всех этапах работы, включая самостоятельную разработку дизайна исследования, подготовку обзора литературы по теме диссертации, формулировку цели и задач исследования, разработку авторских опросников для проведения анкетирования, организацию анкетирования женщин, обработку медицинской документации детей, включенных в исследование, формирование базы данных, статистический анализ полученных результатов, организация формирования информационной базы для беременных и кормящих женщин и внедрение ее в клиническую практику, на основании чего были сформулированы основные положения диссертационного исследования, выводы и практические рекомендации, подготовлены публикации.

Объем и структура диссертации

Общий объем работы составляет 170 страниц машинописного текста. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 25 таблицами, 18

рисунками. Библиографический указатель содержит 215 источников, включающих 77 отечественных и 138 зарубежных авторов, 6 приложений.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Введение

Разработка мероприятий по охране здоровья матери и ребенка и совершенствование акушерско-гинекологической помощи на сегодняшний день во всем мире остаются приоритетными направлениями в деятельности учреждений здравоохранения[3]. Признано, что показатели здоровья матери и ребенка должны использоваться в качестве критериев оценки социально-экономического развития (СЭР) общества, а ведение пациенток во время беременности должно проводиться с учетом индивидуальных потребностей женщин [62].

Национальный проект «Здоровье 2020» создан в сентябре 2012 года представителями 53 стран Европейского региона[4]. Общей целью этого проекта является улучшение здоровья и повышение качества жизни населения с акцентом на ценности и фактические данные региональных политик здравоохранения. В данной инициативе особое внимание уделяется адекватному питанию как важнейшему фактору в обеспечении необходимого высокого физического, умственного развития и здоровья на протяжении всей жизни[5,6].

Исследования влияния питания человека на модификацию экспрессии генов через эпигенетические механизмы и геномное редактирование в последние годы

[3] Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации «О государственной политике в сфере охраны здоровья матери и ребенка» от 15 февраля 2023 года № 49-ФС, Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года № 254, Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2013 г. N 420

[4] Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.izh.ru/res_ru/0_hfile_46003_1.pdf- 09.2012

[5] Венская декларация по питанию и неинфекционным заболеваниям в контексте политики Здоровье-2020. Европейский региональный комитет Шестьдесят третья сессия Чешме, Измир, Турция, 16-19 сентября 2013 г.

[6] Всемирная организация здравоохранения. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста, 2014. https://zdorovyegoroda.ru/wp-content/uploads/2016/12/Zdorovoe-pitanie-Kompleksnyiy-plan-po-pitaniyu-WHO_NMH_NHD_14.1_rus.pdf [электронный ресурс]

прочно вошли в арсенал методов молекулярной и клеточной биологии. Эти исследования продемонстрировали, что недостаточная нутритивная поддержка и отсутствие оптимального питания в условиях изменяющихся потребностей организма значительно влияют на экспрессию собственных генов, что может отражаться на здоровье потомков [203, 49].

В 2013 году исполнительный директор ЮНИСЕФ (United Nations International Children's Emergency Fund, UNISEF) Энтони Лейк озвучил важный этап в изучении влияния питания на состояние здоровья детей: «1000 дней жизни ребенка оказывают влияние на всю его дальнейшую жизнь». В докладе особое внимание уделялось питанию беременной женщины и необходимости своевременного введения детям продуктов прикорма[7].

Первая 1000 дней жизни — это трехлетний период жизни человека, который включает девять месяцев внутриутробного развития и первые два года жизни ребенка [81], когда полноценное питание становится основой правильного роста и развития, полноценного формирования всех систем организма [184, 151, 116]. В постнатальном периоде важнейшую роль в адекватном обеспечении ребенка питательными веществами играет грудное вскармливание (ГВ), которое обеспечивает преемственность диады «мать-плод» [63].

1.2. Первая 1000 дней жизни ребенка и фактор питания

1.2.1. Нутритивный статус женщины в периконцепционный период и во время беременности

Важность рационального питания женщины на ранних стадиях онтогенеза

Важно отметить, что нутритивный статус женщины в период лактации во многом определяется ее нутритивным статусом в периоде беременности и даже в периконцепционный период. В связи с этим проблему необходимо рассматривать комплексно. Суть проблемы питания на ранних стадиях онтогенеза состоит в том, что для каждого строго ограниченного генетической программой этапа развития

[7] ЮНИСЕФ. Улучшение положения дел в области питания детей: неотложная и достижимая цель в решении проблем глобального развития. https://www.unicef.org/tajikistan/Op Ed_in_support_of_ UNICEF_global_nutrition_report_adop [электронный ресурс]

эмбриона необходим определенный полный набор пищевых веществ, ряд из которых в определенные периоды имеет критически важное значение. Руководства по питанию беременных рассматриваются с точки зрения потребления макро- и микроэлементов и, как следствие, с позиции воздействия на сердечно-сосудистую и нервную системы, риска развития диабета и профилактики онкологических заболеваний [175, 51]. «Гипотеза фетального программирования заболеваний взрослых» (гипотеза Баркера) [180] полагает, что недостаточное питание в периконцепционный период и во время беременности имеет «программирующий» эффект – несмотря на кратковременность этих изменений, оно ограничивает способность организма человека адаптироваться к другой среде после рождения. «Программирование» плода, или материнское эпигенетическое влияние, происходит путем изменения экспрессии генов, например метилирования гистонов. Это эпигенетическое влияние – трансгенерационное, а значит, представляет собой длительный процесс, который научному сообществу предстоит еще изучать [88].

Также интересно то, что структура питания беременной женщины может оказывать определенное влияние на формирование у ребенка диетических привычек, и развитие вкусовых предпочтений может происходить в утробе матери [178, 171]. Так, в исследовании, F. Rubino (2017) установлено, что после рождения дети лучше воспринимают здоровую пищу (овощи, фрукты), если она регулярно поступала с питанием беременной ими матери [178].

Показано, что у женщин, употребляющих большое количество белковой пищи, при сниженном количестве углеводной, оплодотворенная яйцеклетка чаще развивается до стадии бластоцисты при высокой доле вынашивания беременности [179].

Известно, что материнский ИМТ и увеличение веса во время беременности влияют на исходы у матери и ребенка. «Даже незначительные изменения ИМТ будущей матери до беременности могут повысить риск преждевременных родов, несоответствия массы плода или новорожденного сроку беременности,

заболеваемости и смертности новорожденных и сокращения периода лактации» [27].

Масштабы этих взаимосвязей были проиллюстрированы в систематическом обзоре 2017 года, включающем 23 когортных исследования и 1,3 миллиона участниц: у 47% женщин было диагностировано нарушение жирового обмена 2-3 степени, а у 23% женщин прибавка в весе не достигала рекомендуемых значений. Прибавку массы тела во время беременности связывают с низкими рисками рождения маловесного ребенка и преждевременных родов при высоких рисках увеличения срока гестации, макросомии и кесарева сечения. Тогда как низкая прибавка, наоборот, способствовала более высоким рискам рождения недоношенного ребенка и преждевременных родов при более низком риске продолжительной гестации и макросомии [126].

Возросшая частота ожирения в некоторой степени связана с дефицитом макро- и микронутриентов, и при назначении нутритивной поддержки извне пищевое поведение у пациенток меняется, что приводит к снижению массы тела [153, 141].

С другой стороны, женщины с недостаточным весом (ИМТ <18,5 кг / м^2) при зачатии имеют недостаточный гестационный прирост массы и повышенный риск рождения маловесного ребенка при доношенном сроке гестации [151].

Недоедание во время беременности также остается серьезной проблемой во всех странах с низким и средним уровнем дохода. Так, в Глобальном отчете ЮНИСЕФ по питанию за 2018 год отмечается, что 9,7% беременных женщин имеют недостаточную массу тела в соответствии с ИМТ [183]. По данным мета-анализа 2019 года, проведенного H.D. Desyibelew с соавторами (2019), недостаточное питание матерей затрагивает до 23,5% беременных женщин в странах Африки, приводя к задержке роста плода, низкой массе тела при рождении, преждевременным родам и послеродовыми осложнениями у матери [107].

Дополнительная потребность в энергии беременных составляет 140-300 ккал/сутки [56]. Первоначально, около 60% энергозатрат связано с адаптивными ростовыми процессами у самой беременной и только 40% – с ростом плода [70].

Клинические признаки дефицита микронутриентов в основном неспецифичны и не могут быть выявлены до тех пор, пока запасы организма не будут значительно истощены. Данный термин получил название «скрытый голод». Это состояние угрожает двум миллиардам людей и высоко распространенно именно среди беременных женщин [143]. Наиболее распространены дефициты витаминов A и D, железа и йода [90, 50].

По данным НИИ питания РАМН, дефициты витаминов всегда сочетаются с дефицитами минеральных веществ и затрагивают все слои населения во всех регионах России [41]. В группе риска оказываются беременные и кормящие женщины, вследствие повышения у них потребности в эссенциальных микронутриентах.

Достаточная обеспеченность витаминами беременных в РФ варьирует от 6 до 39%. При этом доля женщин с недостатком трех и более витаминов составляет 15-38%. [61]. При этом, по данным исследования, проведенного в 2016 г. в Москве, из 104 беременных женщин только 39 принимали биологически активные добавки – витаминно-минеральные комплексы (ВМК). Женщины, не принимавшие ВМК, имели более низкие уровни витаминов в крови и чаще испытывали дефицит витаминов A, D, C, B2, B6, B12, фолатов и β-каротина по сравнению с женщинами, принимавшими добавки [8].

В то же время недавние метаанализы из Кокрейновской библиотеки свидетельствуют о том, что прием ВМК при планировании беременности полезен и способствует достоверному снижению риска развития акушерских осложнений (в целом на 34%) [93, 129, 189].

C.N. Hsu с соавторами (2019) выделил наиболее распространенные дефициты питательных микроэлементов во время беременности: железа, витамина A, кальция и цинка [137].

Всем женщинам в периконцепционный период необходимо дополнительное поступление полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), в дозировке 200-300 мг/сутки с последующим продолжением приема во время гестации и кормления грудью, для профилактики осложнений беременности, обеспечения физиологического формирования структур головного мозга, органа зрения и иммунной системы плода. Оптимальный способ увеличения поступления ПНЖК – расширение диеты, при невозможности – за счет добавок [159, 83]. Недостаточная обеспеченность женщин репродуктивного возраста омега-3 (ω-3) ПНЖК повышает риск репродуктивных и соматических патологий [24]. В Кокрейновском систематическом обзоре и метаанализе, включающем рандомизированные исследования, сравнивали влияние употребления ω-3 жирных кислот (ЖК) (с пищей или в добавках) с группой плацебо и группой без включения ω-3 ЖК во время беременности. Были обнаружены незначительные различия между группами при оценке влияния ω-3 ЖК на развитие ребенка (когнитивные функции, внимание, поведение, зрение, слух, моторика) [159], однако, несмотря на низкий уровень доказательной базы, добавки ПНЖК по прежнему остаются в рекомендациях для беременных женщин.

Обновленная в 2020 г. позиция ВОЗ в отношении ВМК определяет, что для многих женщин рацион питания, состоящий из традиционных пищевых продуктов (фруктов овощей, мяса и молочных продуктов), часто является недостаточным для удовлетворения потребностей в микронутриентах. Для предотвращения или устранения дефицита микронутриентов в странах с высокой распространенностью дефицита микронутриентов могут быть использованы ВМК[8]. В исследованиях отмечается, что необходимо, чтобы ВМК применялись до, во время и после беременности, при кормлении грудью, чтобы польза, достигнутая при рождении, могла сохраняться на протяжении всей жизни [96]. Таким образом, качество и количество питания женщины, обеспечение достаточным количеством не только макро-, но и микроэлементов играют важную

[8] WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2017. http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2017/10/recomendatcii-voz-po-okazaniju-dorodovoj-pomoschi.pdf

роль в физиологическом течении беременности, предотвращении преждевременных родов, снижении риска развития неинфекционных хронических заболеваний и когнитивных нарушений у ребенка после рождения, а также в процессе формирования правильных пищевых предпочтений у новорожденных. Помимо этого, оптимальное питание кормящей женщины способствует подготовке ее организма к периоду лактации и становится важной составляющей успешного продолжительного грудного вскармливания.

1.2.2. Питание кормящей женщины как фактор успешной лактации

Глубокая физиологическая и психологическая связь пары «мать-ребенок», заложенная еще внутриутробно, продолжается после рождения ребенка посредством кормления грудью. Отказ от грудного вскармливания (ГВ) увеличивает риск для здоровья в краткосрочной и долгосрочной перспективе для обоих участников процесса [204].

Последние исследования демонстрируют, что иммунная система новорожденных претерпевает существенное созревание в первые 3 недели жизни. Увеличивается продукция интерлейкина-17 (IL-17) и популяция Т-клеток. У новорожденных, находящихся на ГВ, обнаруживается более значительный пул Т-регуляторных клеток, наблюдается специфическое снижение пролиферативных Т-клеточных ответов на аллергены, связанное со снижением продукции воспалительных цитокинов. [212].

ВОЗ согласовала шесть глобальных целей в области питания до 2025 года [213]. Одной из них является повышение уровня охвата исключительным ГВ в первые 6 месяцев до 50% к 2025 году. Однако, согласно данным ВОЗ, только 44% детей во всем мире в первые 6 месяцев своей жизни находятся на исключительном ГВ [204, 176]. По данным Минздрава России, ГВ среди детей от 3 до 6 мес. составило 43,2%, среди детей 6-12 мес. – 40,4% [63].

Среди различных подходов, направленных на увеличение распространенности ГВ, важное место принадлежит рациональному питанию беременных и кормящих женщин.

Представляется интересным понимание структуры питания граждан РФ, включая кормящих женщин, на основании исследований, которые проводят отечественные нутрициологии. По данным последних эпидемиологических исследований, содержание жира в рационах питания россиян возросло с 31 до 36,8% от калорийности. Среднедушевое потребление взрослыми белка и жира, существенно возросло в 2005-2018 гг. по сравнению с 1990-ми гг. Потребление общих углеводов в процентах калорийности рациона и количество пищевых волокон в рационе снизилось. Параллельно изменениям потребления жира отмечено увеличение распространенности избыточной массы тела и ожирения среди взрослого населения [6]. Анализ фактического питания беременных и кормящих женщин показал, что только у 40–60% из них в рацион питания регулярно включены такие продукты, как молоко и молочные продукты, мясо, крупы, хлебобулочные изделия. Овощи и фрукты регулярно потребляют более 70% женщин. Следует отметить, что рыбу регулярно потребляют менее 15% женщин, в то время как колбасные изделия регулярно используют более 25%. [45]. При этом ДЦ ПНЖК считаются важными компонентами грудного молока [160].

В то же время, согласно актуальным рекомендациям, дополнительная потребность в энергии составляет у кормящих женщин 500 ккал/сутки в первые 6 месяцев лактации и 450 ккал/сутки на втором полугодии жизни ребенка; ежедневная дополнительная потребность в белке 40 и 30 г соответственно; дополнительная потребность в жирах – 15 г/сутки на протяжении лактации, в том числе 200 мг за счет докозагексаеновой жирной кислоты (омега 3 ДЦ ПНЖК) [56].

1.2.3. Микронутриентный статус женщины и лактация

Известно, что питание матери влияет на содержание в грудном молоке ряда витаминов и минералов [124]. Женщины, которые не получают достаточного количества витаминов и минеральных веществ только за счет диеты, нуждаются в

приеме или обогащенных продуктов или добавок витаминно-минеральных комплексов для обеспечения полноценного качества грудного молока [63, 42].

Существуют исследования, подтверждающие целесообразность потребления умеренно высоких доз витамина D кормящей матерью. Это увеличивает содержание витамина D в грудном молоке до уровня, который удовлетворяет потребности ребенка. Однако следует избегать слишком высоких доз витамина D [134, 57].

Концентрация **витамина К** в грудном молоке невысокая [112], что в ряде случаев повышает у детей риск кровотечений. Но его можно предотвратить путем приема витамина К при рождении [19].

Содержание **витамина А** в грудном молоке зависит от материнской диеты. Клинически важный дефицит витамина А редко встречается у младенцев в странах с высоким уровнем экономического развития при отсутствии синдрома мальабсорбции. Исследования добавок витамина А не показали никакой постоянной пользы для здоровья и могут иметь побочные эффекты у маленьких детей. Высокие дозы витамина А рекомендуются для младенцев и детей в возрасте от 6 до 59 месяцев в условиях, когда дефицит витамина А является доказанной проблемой [135, 146, 72].

L. Daniels с соавторами (2019) определил, что концентрация водорастворимых витаминов в молоке регулируется. Она не превышает верхний порог, даже если кормящая мать потребляет их в большом количестве. Например, концентрации **витамина С** и тиамина (**витамина В1**) всегда остаются ниже 160 мг/л и 200 мкг/л соответственно [106].

Имеются сообщения о необратимой задержке развития у грудных детей, чьи матери страдают дефицитом **витамина В12** [5].

Камилова И.К. с соавторами (2019) указала, что **фолаты** преимущественно выделяются в молоко за счет материнских резервов [32].

Оптимизация витаминного состава грудного молока и эффективная коррекция множественного дефицита проводится при помощи приема ВМК кормящими женщинами [44].

Среди тех женщин, которые принимали ВМК в течение беременности и продолжили их прием после рождения ребенка, концентрация витаминов в грудном молоке оказалась в среднем в 2 раза выше, чем у женщин, прекративших прием ВМК сразу же после рождения ребенка. При отказе от приема добавок сразу после родов быстро происходило снижение содержания витаминов в женском молоке до уровня, характерного для женщин, не получавших саплементации в период беременности [20]. Соответственно, у детей, чьи матери принимали ВМК в течение беременности, но прекратили саплементацию сразу после родов, во всех случаях был выявлен недостаток витаминов B_1 и B_2, и только 29% обследованных имели достаточный уровень обеспеченности витамином С [20].

Рекомендованное потребление железа в периоде лактации **ниже, чем** во втором и третьем триместре беременности и составляет 18 мг/сутки [27, 56]. Высокие затраты **железа,** связанные с лактацией, не всегда могут быть скомпенсированы нутритивно и поэтому требуют проведения профилактической и лечебной ферротерапии с необходимой лабораторной оценкой уровня железа крови. Существуют данные о конкретных положительных результатах клинических исследований безопасного способа коррекции дефицита железа у кормящих женщин, способствующего не только уменьшению клинических проявлений сидеропении и анемии у матерей, но и оптимизации метаболизма железа у их детей [26, 7]. Однако некоторые авторы сообщают, что потребность в железе ниже во время лактации на фоне лактационной аменореи [191].

Распространенность **дефицита йода** остается значимой проблемой на территории всей РФ [64]. Концентрация йода в грудном молоке зависит от рациона питания кормящей женщины [168]. В связи с тем, что в период беременности и лактации потребность в йоде резко возрастает, наряду с использованием йодированной соли всем беременным и кормящим грудью женщинам, проживающим в регионах йодного дефицита, рекомендуется активный профилактический прием препаратов, содержащих физиологические (100–200 мкг) дозы йода. Дети грудного возраста получают йод с молоком

матери, принимающей профилактические препараты, а находящиеся на искусственном вскармливании – с обогащенными адаптированными смесями, в количестве не менее 150 мкг йода на 1 л готового продукта. Необходимость йодной профилактики связана с тем, что прием физиологических доз йода снижает частоту заболеваний детей первого года жизни. В частности, уменьшаются риски развития перинатального поражения головного мозга, анемии, острых заболеваний органов дыхания, гипотрофии, аллергодерматозов, дисбактериозов кишечника [165, 115]. Поливитаминные или монокомпонентные пренатальные добавки, прописанные во многих научных рекомендациях по питанию кормящих женщин, содержат 150 мкг йода для ежедневного приема [103].

Изменения в гомеостазе **кальция, фосфора и магния** не зависят от рациона питания матери. Лактация связана с реабсорбцией кости, частично из-за относительно низких концентраций эстрадиола [215]. Потеря костной массы при кормлении грудью является преходящим процессом, а восстановление минерализации зависит от возобновления менструации и отлучения от груди [161]. Остеопороз и переломы костей являются редкими событиями, связанными с беременностью и грудным вскармливанием [102].

Токсические микроэлементы в грудном молоке также имеют важное значение для понимания питания кормящей женщины. Тяжелые металлы: мышьяк, свинец, кадмий и ртуть проникают через гематоплацентарный и гематоэнцефалический барьеры. Их воздействие продолжается на протяжении всей жизни. Проникновение в организм происходит при потреблении воды и продуктов питания, включая грудное молоко [174, 169].

Доказано, что дети курящих матерей подвергаются большему воздействию кадмия и свинца, чем дети некурящих женщин [128].

На сегодняшний день известно, что почти все рыбы и моллюски благодаря особенностям биоаккумуляции содержат следы ртути. Поэтому потребление рыбы, особенно крупных хищных видов кормящими женщинами представляет повышенный риск нарушений развития нервной системы ребенка [105].

Тем не менее важно понимать, что эти данные не свидетельствуют в пользу отказа от ГВ, а лишь требуют дальнейшего изучения для более полноценного понимания развития рисков воздействия тяжелых металлов на организм матери и ребенка, а также должно учитываться для составления рекомендаций по питанию для кормящих женщин [125].

1.2.4. Использование специализированных продуктов для лактации

Специализированные продукты для кормящих женщин предназначены в первую очередь для формирования полноценного рациона с учетом повышенных потребностей в макро- и микронутриентах. Ряд из них также содержит компоненты для стимуляции лактации. У большинства женщин гипогалактия является вторичной (95-97%), истинная встречается не более чем у 3-5% женщин [30]. Причинами вторичной гипогалактии (временное снижение) являются стресс, утомляемость, болезнь, а также лактационные кризы, которые встречаются практически у всех кормящих женщин. Они, как правило, длятся от 2 до 5 дней и могут возникнуть в любом периоде лактации [114].

Нарушение режима дня, излишняя физическая нагрузка, недостаточный сон и стрессы, неполноценное питание также могут привести к подавлению выработки уровня пролактина-гормона, который отвечает за стимуляцию лактации сразу после родов [164].

По данным международных и отечественных исследований, такие профилактические мероприятия, как тесный контакт с матерью («кожа к коже») с первых часов жизни ребенка, раннее и частое прикладывание его к груди матери, ночные кормления, правильный захват ареолы, регулярный массаж груди женщины с последующим сцеживанием грудного молока являются важными и необходимыми мерами в профилактике гипогалактии [98].

Лактогонные средства представляют собой обширную и постоянно развивающуюся, подвергающуюся дискуссии тему исследований. Однако на данный момент считается, что нет достаточной доказательной базы, чтобы

рекомендовать какие-либо конкретные фармакологические или травяные лактогонные средства [98].

Современными средствами, которые имеют высокую степень изученности по безопасности для здоровья матери и ребенка, доказавшими свою эффективность, являются специализированные смеси для беременных и кормящих женщин. Есть данные о том, что специализированные продукты в питании кормящих женщин после срочных родов, в том числе разрешенных оперативно, в течение 2 недель приводят к достоверному увеличению количества грудного молока и в дальнейшем способствуют увеличению частоты ГВ [37]. Они также способствуют профилактике неонатальных осложнений и оптимальной нутритивной поддержке недоношенного ребенка [69].

Специализированные продукты для беременных и кормящих показаны при анемии, наличии сопутствующих хронических заболеваний, токсикозе, многоплодной беременности, неблагоприятном акушерско-гинекологическом анамнезе (выкидыши, замершие беременности, случаи преждевременных родов), а также женщинам, которые не получают достаточного и сбалансированного питания [66, 4, 63].

К таким продуктам относятся отечественные смеси «Лактамил» и «Фемилак» («Инфаприм», Россия). NutriMa Фемилак – сбалансированный молочный напиток, обогащенный витаминно-минеральным комплексом и Омега-3, предназначенный для коррекции питания беременных и кормящих женщин. В период кормления грудью Фемилак способствует улучшению качественного состава женского молока и установлению полноценной лактации, а также восстановлению организма женщины после родов [66, 36].

Смесь NutriMa Лактамил представляет собой сухой продукт на молочной основе с комплексом лактогонных трав: плоды фенхеля, анис, тмин и листья крапивы двудомной. Сбалансированный молочный коктейль предназначен для дополнительного питания женщин в период кормления грудью. Использование NutriMa Лактамил в период кормления грудью способствует быстрому и эффективному налаживанию и поддержанию полноценного и длительного

грудного вскармливания благодаря обогащению продукта лактогонным травяным сбором (анис, фенхель, крапива, тмин) [37]. NutriMa Лактамил улучшает состав материнского молока, а также удовлетворяет потребности кормящей женщины в дополнительных питательных веществах. Не провоцирует прибавку веса. Содержит 14 макро- и микроэлементов, а также витаминный комплекс, оптимальный для профилактики гиповитаминоза, в том числе витамины А, С, Д3, Е и фолиевую кислоту. Продукт готовится непосредственно перед употреблением и может использоваться в качестве напитка, а также добавки в чай, какао, кашу и другие блюда [4, 66].

Ингредиенты, входящие в состав продуктов «Лактамил» и «Фемилак», разрешены органами Госсанэпиднадзора РФ для использования в пищевой промышленности.

1.2.5. Диетические ограничения в период кормления грудью

В российских руководствах по питанию беременных и кормящих женщин, исходя из соображений безопасности, кормящей матери категорически не рекомендовано употребление **термически не обработанных продуктов** животного происхождения (сырое и плохо прожаренное мясо и рыба, сырые рыба и яйца, непастеризованное молоко и продукция из непастеризованного молока) [63].

Зарубежные руководства не ограничивают потребление конкретных продуктов кормящими матерями. Считается, что непастеризованные молочные продукты или недоваренное мясо не несут особого риска для здоровья кормящих женщин или их детей [140].

Продукты, наиболее часто вызывающие аллергические реакции или относящиеся к так называемой **большой восьмерке аллергенов** (коровье молоко, яйцо, рыба, морепродукты (моллюски и ракообразные), орехи, арахис, пшеница, соя) исключать из питания кормящей женщины с целью профилактики аллергии не рекомендуется [162, 117, 127]. Однако не рекомендуется включать их в свой

рацион в избыточном количестве, особенно в тех случаях, когда в семье есть аллергические заболевания [63].

Различные международные научные сообщества – Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP), Европейское общество детских аллергологов и иммунологов (European Society for Pediatric Allergy and Clinical Immunology, ESPACI) и Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) не рекомендуют соблюдать элиминационные диеты во время беременности и грудного вскармливания [127, 182].

При этом подчеркивается, что ограниченные рационы во время беременности и кормления грудью нарушают процессы формирования пищевой толерантности у ребенка и, напротив, могут способствовать повышению риска ПА посредством нескольких механизмов – отсутствия толерогенных доз пищевых белков в молоке, снижения разнообразия кишечной микробиоты матери и ребенка и недостаточной обеспеченности иммунной системы микронутриентами [182, 139].

Вопрос о количестве употребляемого **алкоголя** кормящей матерью, которое будет считаться «безопасным», до сих пор остается спорным, хотя в многочисленных исследованиях отмечено, что большое количество потребляемого алкоголя может ухудшить способность в уходе и заботе за ребенком. С этой целью следует избегать употребления спиртных напитков [136, 209, 121, 122, 123].

В отношении **кофеина и кофеинсодержащих напитков** ученые из Американской академии педиатрии определили, что их умеренное потребление в виде двух-трех чашек в день не оказывает отрицательного воздействия на ГВ. Тем не менее широко известно, что новорожденные чувствительны к кофеину. Дети становятся раздражительными, нарушается сон [152].

В настоящее время озабоченность медицинского сообщества вызывает растущая популярность **вегетарианских типов питания**, которым женщины продолжают следовать во время беременности и кормления грудью, что может

приводить к дополнительным нутритивным рискам [186]. Так, дефицит витамина B12 при веганских рационах может приводить к необратимым неврологическим нарушениям у грудного ребенка, имеющим отдаленные последствия [186]. В исследовании НМИЦ здоровья детей дефицит кобаламина был выявлен у 50% грудных детей (n=24), матери которых в течение беременности и лактации продолжали придерживаться вегетарианства. При этом во всех случаях женщины также имели низкий уровень витамина B_{12} в крови на фоне несбалансированного рациона и отсутствия применения ВМК с витамином B12 [77].

Исследования показывают, что женщины зачастую сами накладывают на себя различные **ограничения без каких-либо медицинских показаний**, опираясь на неверные представления [150, 144, 190]. Проведенное исследование Л.А Лебединцева с соавторами (2018) показало, что представления женщин о правильном питании в период лактации лишь отчасти соответствуют современным взглядам на здоровое питание Так, женщины считали необходимым исключить из своего питания жирное, жареное, копченое, а также сообщали о необходимости полного исключения из питания большого спектра продуктов, например яиц, молочной каши, морепродуктов, свежих овощей и фруктов [48]. В то время, как научное сообщество говорит о необходимости полноценного и разнообразного питания как залога удовлетворительного обеспечения макро- и микронутриентами беременных и кормящих женщин [27, 63].

Приведённые примеры говорят о необходимости распространения научных знаний непосредственно среди женской аудитории. Также важно изучить, каким образом женщины получают информацию и что влияет на принятие ими решения о продолжительности ГВ и принципов питания в период кормления грудью.

1.2.6. Питание кормящей матери при вскармливании детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока

Функциональные гастроинтестинальные расстройства – это комплекс симптомов со стороны ЖКТ, обусловленных анатомо-физиологическими

особенностями пищеварительного тракта и ферментообразования, а также становлением рефлекторных связей и кишечной микробиоты, что в целом может привести к изменениям моторной функции желудочно-кишечного тракта и нарушениям секреции и всасывания. Для обозначения этих состояний в англоязычной литературе используется термин functional gastrointestinal disorders - функциональные гастроинтестинальные нарушения [109, 95]. В русскоязычной литературе общепринятого термина нет, хотя в клинических рекомендациях использован термин «функциональные расстройства органов пищеварения» (ФРОП) [9]. ФРОП не предполагают каких-либо патологических изменений ЖКТ (структурных или биохимических), но широко распространены в грудном возрасте: ими страдают примерно 20-30% детей [9, 201].

Патогенез развития ФРОП сложен и включает в себя как патофизиологические механизмы (нарушение нейроэндокринной регуляции, висцеральной чувствительности органов ЖКТ, незрелость ферментных систем и микробиоты), так и психосоциальные факторы [9]. Давно показано, что стресс, испытываемый многими матерями в послеродовом периоде, повышенная ответственность за ребенка и многие другие негативно влияющие на ЦНС матери факторы, приводят к формированию висцеральной гиперчувствительности как у нее, так и у ребенка при кормлении грудью [173]. ЖКТ реагирует прежде всего через серотонинергическую систему: отмечается усиление продукции серотонина и повышение внутриклеточного кальция, что приводит к болевым ощущениям и нарушениям перистальтики. Формируется порочный круг: болевые импульсы, поступающие из ЖКТ ребенка, закрепляются в головном мозге в виде очага возбуждения [109]. Такой порочный круг замыкается усталостью, неуверенностью матери, нарушением сна и чрезмерным утомлением матери, многие ученые указывают на влияние ФРОП у ребенка на материнскую послеродовую депрессию [147].

Несмотря на функциональный характер патологии у пациентов с ФРОП, особенно сопровождающейся диспепсией, доказана патогенетическая цепочка хронического воспаления в ЖКТ: повышение провоспалительных цитокинов,

увеличение числа тучных клеток. Это в свою очередь приводит к повышенной проницаемости кишечной стенки, экспрессии рецепторов к нейропептиду S-1, что запускает механизмы воспаления, которое является слабым, но тем не менее поддерживающим другие основные механизмы развития ФРОП и объясняет повышенную висцеральную чувствительность, свойственную большинству пациентов [109].

Важная особенность ФРОП – их благоприятное течение и исход: они уменьшаются или проходят самостоятельно с возрастом по мере созревания органов и систем малыша, чаще всего – после 6 мес. жизни. Но, учитывая разную степень выраженности симптомов, малый возраст ребенка, беспокойство родителей, симптомы требуют диагностических и лечебных мероприятий [9, 201].

Согласно Российским клиническим рекомендациям, ФРОП у детей первых месяцев жизни включает в себя один или несколько симптомокомплексов: младенческие срыгивания, колики, дисхезия (болезненная дефекация, обусловленная диссинергией мышц дна малого таза), функциональные запоры [67]. Показано, что в 95,4% случаев у детей отмечается сочетание двух и более симптомов ФРОП [73].

Младенческие срыгивания представляют собой заброс содержимого желудка в пищевод, ротовую полость и (или) из нее наружу. Критериями диагноза являются наличие у ребенка в возрасте 3 нед. – 12 мес. эпизодов срыгиваний не менее 2 раз в день на протяжении не менее 3 недель. Эпизоды ежедневных срыгиваний отмечаются у 70-80% детей в возрасте до 3 мес., и у большинства детей (95%) срыгивания проходят к 12 месяцам жизни [177].

Колики у младенцев – это регулярные эпизоды ничем необъяснимого плача, беспокойства, повышенной раздражительности, которые могут длиться от нескольких минут до нескольких часов. Такие эпизоды возникают внезапно, чаще в вечерние часы и также внезапно заканчиваются. Для кишечных колик характерны резкий болезненный плач с покраснением лица и натуживанием, приведением ног к животу [95, 68]. Существует ряд «тревожных симптомов», присутствие которых позволяет заподозрить ту или иную патологию при

длительном упорном плаче. Поэтому при младенческих коликах важно исключить неврологическую, гастроинтестинальную патологии, в том числе пищевую аллергию, лактазную недостаточность и некоторые другие заболевания [95].

Функциональными запорами у детей первого года жизни называют увеличение интервалов между актами дефекации, наличие плотного стула, определенные трудности до и во время дефекации (натуживание, беспокойство). Распространённость функциональных запоров в этом возрасте – около 20-35% [193]. Большинство запоров, до 95%, у детей младшего возраста являются функциональными, но для установления функционального характера запоров необходимо исключить «симптомы тревоги»: отсутствие мекония у новорожденного более 48 часов после рождения, запор, начавшийся в первый месяц жизни, отягощенный семейный анамнез по болезни Гиршпрунга, лентовидный стул, кровь в стуле при отсутствии анальных трещин, отставание в физическом развитии, рвота желчью и др. [67, 60]. При выявлении «симптомов тревоги» нужно исключать патологии ЖКТ, прежде всего болезнь Гиршпрунга, заболевания эндокринной системы, болезни обмена и другие [95, 73, 31].

К ФРОП относится также младенческая дисхезия – нарушение акта дефекации. Чаще это болезненная дефекация, обусловленная неспособностью координировать повышенное внутрибрюшное давление с расслаблением мышц тазового дна. Распространенность данного симптома у детей первых месяцев жизни, по разным данным, составляет от 0,9% до 2,4% [145, 197].

Поскольку ФРОП – это следствие целого комплекса различных патофизиологических механизмов, то лечение предполагает разностороннее воздействие на организмы матери и ребенка, однако прежде всего – это психологическая поддержка матери и семьи в целом, информирование родителей о причинах симптомов, о правильном питании матери в период лактации и рекомендации о мерах помощи ребенку [130]. Для детей на смешанном и искусственном вскармливании имеет значение подбор оптимальной адаптированной молочной смеси.

Возможный механизм, играющий роль в развитии ФРОП, – пищевая интолерантность, то есть повышенная чувствительность к различным пищевым ингредиентам. В грудном возрасте на первое место выступает непереносимость углеводов, чаще всего – лактозы [71]. Для облегчения симптомов лактазной недостаточности на фоне грудного вскармливания рекомендовано использование фермента – лактазы – во время кормления грудью [206]. При этом исключения лактозы из питания матери не требуется.

Часто встречающиеся в первые месяцы жизни ФРОП вызывают сильное беспокойство у родителей и требуют внимания педиатра. Влияние диеты матери на появление гастроинтестинальных симптомов у ребенка дискутируется, однако зачастую женщины указывают на такую связь [10, 202, 113, 198].

Также наличие ФРОП требует дифференциального диагноза с пищевой аллергией [200].

Ранние симптомы пищевой аллергии могут проявляться как обильные срыгивания или рвота после приёма продукта, колики, функциональные запоры [200, 157, 82]. Около 40% детей 1-го года жизни, обследованных по поводу ГЭРБ, имели АБКМ и до 56% в тяжелой форме. Частота запоров, связанных с АБКМ, составляет 28-70% [200].

При подозрении на аллергию к белкам коровьего молока рекомендованный ESPGHAN (Европейским обществом детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов) алгоритм позволяет избежать как гипо-, так и гипердиагностики пищевой аллергии [101, 100]. При этом как в более ранних согласительных документах, так и в гайдлайнах 2023 года, отмечается, что в случае подтвержденной ПА у ребенка на грудном вскармливании для купирования симптомов необходимо назначение диеты матери с исключением причинно-значимых пищевых аллергенов [156, 198].

Для детей первого года характерны проявления не IgE-опосредованной гастроинтестинальной пищевой аллергии, которые могут возникать как на фоне искусственного, так и на фоне грудного вскармливания [158]. Поскольку основным принципом диетотерапии пищевой аллергии является исключение

причинно-значимого аллергена, возникновение ее на фоне естественного вскармливания требует коррекции рациона матери.

Энтероколит, индуцированный пищевыми белками (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome [FPIES]), классифицируется как не-IgE-опосредованная ПА, которая проявляется остро или хронически, в зависимости от дозы и частоты приема пищевого аллергена и индивидуальных особенностей пациентов [162]. Острые проявления аллергического энтероколита хорошо изучены и описаны еще в международном согласительном документе 2010 года [119], в настоящее время дана подробная характеристика различных форм заболевания [166]. Данное состояние встречается преимущественно у детей первого года, в большинстве случаев – это дети первых дней или месяцев жизни (1-3 месяца) [157, 158]. В этой возрастной категории подавляющее большинство случаев энтероколита, индуцированного пищевыми белками, обусловлено введением в питание продуктов, содержащих БКМ.

Энтеропатия, индуцированная пищевыми белками, характеризуется поражением ворсинок и связанным с этим синдромом мальабсорбции с соответствующей симптоматикой. Наиболее часто встречается гиперчувствительность к БКМ, но возможно сочетание с сенсибилизацией к сое, яйцу, пшенице и другим продуктам [157, 15].

Характерными признаками аллергического проктоколита являются наличие слизи и/или крови в стуле у внешне здорового младенца. Наиболее частыми причинными факторами являются белки коровьего молока, при этом синдром достаточно часто развивается у детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании [182, 158, 166, 99]. При этом элиминация из питания ребенка и/или кормящей матери продуктов, содержащих БКМ, приводит к исчезновению явного кровотечения в течение 24-72 часов [158].

Диагностическая диета матери в течение 2-4 недель с последующим повторным введением аллергена является золотым стандартом диагностики не IgE-опосредованной гастроинтестинальной пищевой аллергии (провокация не проводится в случаях тяжелого энтероколитического синдрома) [157, 158].

Коровье молоко является самым распространенным аллергеном, однако, согласно доказательствам, прочие пищевые белки, такие как яйца, соя и пшеница, могут также поступать в организм ребенка с грудным молоком и также должны считаться потенциальными аллергенами [157, 158]. Таким образом, у детей с подтвержденной ПА на фоне грудного вскармливания диета матери с исключением причинно-значимых пищевых белков является значимым, а иногда и достаточным методом лечения этого состояния.

1.3. Актуальные проблемы организации питания кормящих женщин

1.3.1. Факторы, оказывающие влияние на ГВ

Основные факторы, влияющие на ГВ, описанные в отечественной и зарубежной литературе, можно разделить на две большие группы: медико-организационные и социокультурные.

Медико-организационные факторы – это современные технологии по охране и поддержке ГВ, внедренные в практику медицинских учреждений родовспоможения и детства. Важность охраны и поддержки грудного вскармливания отражена в различных международных и национальных документах[7,9,10,11,12,13,14,15] [63].

Для поощрения практики ГВ проводятся различные мероприятия:

1) внедрение материальных и нематериальных пособий;

2) обеспечение соблюдения маркетингового кодекса ВОЗ по заменителям грудного молока;

3) обучение медицинского персонала, курирующего кормящую женщину;

[9] Всемирная организация здравоохранения [электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.izh.ru/res_ru/0_hfile_46003_1.pdf- 09.2012

[10] Всемирная организация здравоохранения [электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/ru

[11] Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций» (Принята резолюцией 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года)

[12] Всемирная организация здравоохранения, ЮНИСЕФ. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. 2002. – 34 с.

[13] Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990)

[14] Распоряжение Правительства РФ от 25.10.2010 №1873-р. Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года

[15] Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июня 2013 г. № 420

4) поддержание инициативы ВОЗ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР);

5) консультирование немедицинским персоналом (консультанты по ГВ);

6) использование социального маркетинга, в том числе веб-сайтов, социальных сетей и мобильных приложений.

В рамках поддержки ГВ **на государственном уровне** проводится особая политика занятости кормящей женщины: отпуск по беременности и родам, особый режим работы, предусматривающий перерывы на кормление или сцеживание.

В Программе «по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ» предложены методы активной пропаганды по поощрению, поддержке и охране ГВ на фоне сбалансированного здорового питания кормящей матери, а также создание образовательных программ [63].

Специалистами НИИ питания РАМН разработаны рекомендуемые наборы продуктов для питания беременных и кормящих женщин [27] и начата реализация Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» (редакция Федерального закона от 22.08.2004 г., № 122-ФЗ), предусматривающих порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин и кормящих матерей[16]. Для женщин из малоимущих семей и женщин с нарушениями состояния здоровья (белково-калорийной недостаточностью и железодефицитной анемией) предусмотрена адресная помощь [27].

С 1 января 2020 года беременным женщинам, кормящим матерям и детям в возрасте до трех лет в некоторых областях РФ предоставляется ежемесячная денежная выплата на обеспечение полноценным питанием[17,18].

[16] Письмо Минздрава России от 24.03.2017 N 28-1/10/2-1994. Рекомендуемые нормы лечебного питания (среднесуточные наборы основных пищевых продуктов) для беременных и кормящих женщин в родильных домах (отделениях) и детей различных возрастных групп в детских больницах (отделениях) Российской Федерации

[17] Об утверждении административного регламента предоставления государственной услуги «Назначение и выплата ежемесячной денежной компенсации на питание детям, беременным женщинам и кормящим матерям»: приказ М-ва труда и социальной защиты Тульской области от 5 декабря 2019 года г. № 4712-осн

[18] Об утверждении порядка предоставления ежемесячной денежной выплаты на обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет: приказ правительства Московской области от 26 ноября 2019 года г. № 868/41

Важной мерой продвижения ГВ является обеспечение маркетингового кодекса. Популяризация ГВ по-прежнему весьма ограничена с точки зрения глубины и широты охвата, а также финансирования, поскольку не сопоставима по сравнению с объемом финансирования, которое компании, производящие детские смеси, тратят на маркетинг своей продукции [131]. Индустрия детского питания использует интегрированные рыночные и политические стратегии для формирования систем первого прикорма таким образом, чтобы стимулировать и поддерживать расширение рынка молочных смесей в глобальном масштабе, это приводит к увеличению числа детей, потребляющих молочные смеси во всем мире, что представляет собой серьезное препятствие для глобального прогресса в области ГВ [92].

В современном мире интернет – наиболее популярный источник информации о правильном питании. Но не менее важным источником информации для кормящих женщин являются **медицинские работники** [11, 185]. Тем не менее знания медицинских работников зачастую бывают достаточно противоречивы в отношении ГВ и неоднозначны в отношении отлучения от груди [110]. Недостаточная подготовленность будущих врачей в вопросах ГВ стала предметом недавнего исследования российских ученых, которые попытались оценить знания студентов медицинских вузов, интернов и ординаторов. Оказалось, что за последнее десятилетие на фоне снижения знаний сохраняется высокий уровень ошибочных позиций по этому вопросу [75].

Женщины-вегетарианки, как правило, не меняют тип питания даже будучи беременными и кормящими. А поскольку нутритивный риск растительных диет достаточно высок, требуется особая осведомленность самих женщин, педиатров и нутрициологов [76]. Недавнее исследование голландских ученых показало достаточно низкий уровень знаний медицинских работников по строгой растительной диете. Не имеют объективных знаний 66,1% акушерок и 75,4% акушеров, и лишь 38,7% диетологов указали, что обладают адекватными знаниями для консультирования женщин-вегетарианок [155].

Также надо учитывать, что существует недоверие к мнению медицинских работников со стороны женщин, что связанно с так называемым «тихим принуждением», оцениваемым женщинами как проявление доминирующего властного поведения со стороны медицинского персонала [86].

В 2017 году Россия приняла участие в международном исследовании по оценке соответствия рекомендациям Инициативы **«Больница, доброжелательная к ребенку».** По данным этого исследования, более высокие оценки по поддержке ГВ имели «неонатологические отделения в стационарах, когда-либо аттестованных как «Больница, доброжелательная к ребенку» в сравнении с «больницами, которые никогда не проходили аттестации» [80]. На текущий момент в субъектах, внедряющих современные технологии охраны и поддержки ГВ, лежащие в основе инициативы, отмечается положительная динамика: показатели ГВ в 1,5-2 раза превышают усредненные данные по России [63].

Работа **консультантов по грудному вскармливанию** позволяет женщинам чувствовать себя более уверенно в вопросах ухода за маленькими детьми, а также дает положительные результаты по продолжительности ГВ [104]. Однако ряд авторов считает, что обучающие мероприятия по ГВ, проводимые медицинскими работниками и консультантами, приводят лишь к незначительному увеличению числа кормящих грудью матерей, что соответствует низкому уровню доказательности [94]. К тому же медицинские работники имеют настороженность по отношению к консультантам по ГВ [104]. Для того, чтобы эта помощь была действенной, требуется определенная интенсивность и применение различных специальных приемов [154, 205]. А для снижения рисков потери контроля требуется проведение обучения и подробный инструктаж консультантов. Также необходимо понимание всеми участниками, что оказание консультативной помощи кормящей женщине – это работа в команде [104].

В то же время показано, что служба консультантов по ГВ – действенный инструмент, усиливающий мотивацию женщин к ГВ. Это процесс длительный и непростой, но способствующий глубинным социокультурным изменениям в

обществе по отношению к ГВ [195]. Канадские ученые, проводившие рандомизированное контролируемое исследование, обратили внимание на необходимость задействования электронных ресурсов здравоохранения как наиболее полезных носителей информации [78]. Так, создаются и тестируются электронные ресурсы по вопросам ГВ, получившие положительные оценки со стороны родителей и профессионального сообщества [79, 108].

Современные тенденции получения информации с помощью мобильных телефонов диктуют необходимость использования приложений для смартфонов. Созданные интерактивные программы могут повысить уровень осведомленности женщин по вопросам ГВ, обеспечивая консультативную поддержку 24/7 [111]. Так, в Австралии проведено тестирование мобильной версии информационной программы «Млечный путь» [154]. В Великобритании существует практичный, эффективный и доступный помощник – мобильное приложение Baby Buddy, которое достоверно улучшает знания и повышает уверенность женщин [163]. Научно доказано влияние социальных сетей на ГВ, их «интегрирование в культурный, географический и социальный контексты жизни матери» [84].

Крайне важное значение в вопросе мотивации женщины оказывает ее **социокультурная позиция.** Отмечается, что показатели ГВ ниже у матерей с нежелательной беременностью, с маловесными детьми (вес при рождении ниже 1500 г), страдающих от послеродовой депрессии [85, 172, 196]. Отрицательными факторами в отношении ГВ являются также: 1) дилемма «хороший работник или хорошая мать», 2) продолжительный период усилий, к которым современная женщина не готова, 3) сложности, связанные с индивидуальностью донесения информации, 4) социокультурная практика раннего введения прикорма, 5) страх женщины, что ГВ не удовлетворяет потребности новорожденного и 6) воспалительные заболевания молочных желез, лактостаз, недостаточная выработка молока [65, 85, 59, 74, 87, 138, 1, 37]. Поведенческую инертность отражает тот факт, что женщины, которые изначально склонны считать искусственное вскармливание более удобным, чем естественное, чаще остаются при своем мнении даже спустя 3 месяца ГВ [214].

К положительным факторам относят: 1) домашний патронаж, 2) возраст матери старше 35 лет, 3) бо̀льшее количество детей, 4) более высокий уровень образования, 5) отказ от использования пустышки и 6) мотивирующее отношение окружающих, членов семьи и медицинского персонала [181, 188, 30].

Доказано, что на начало и продолжительность ГВ сильно влияют **мнение и поведение отцов.** Причем поддержка партнера оценивается учеными выше, чем поддержка со стороны медицинского сообщества [194]. Именно поэтому обучить основам ГВ важно обоих родителей [78].

1.3.2. Характеристика информационных источников наиболее популярных в женской среде

Наиболее востребованными веб-страницами по поиску информации о беременности, родах и послеродовому периоду среди женщин (исключая сайты профессионального сообщества) являются интернет-страницы, посвященные ГВ. К сожалению, качество преподносимой на них информации достаточно низкое [89]. По достоверности информации источники (без учета профессиональных) располагаются в следующем порядке по убыванию полезности: веб сайты предприятий и компаний, сайты общественных организаций, личные блоги [185].

Информация, изложенная на некоммерческих сайтах, является более точной, чем информация от коммерческих организаций [187]. Но достоверная высококачественная информация, размещенная на интернет-ресурсе, как правило, изложена сложным языком, трудно воспринимаемым непрофессиональным читателем [133, 132, 192]. Тогда как полезной считается качественная информация, основанная на фактических данных, с отказом от сложной терминологии и включением наглядных пособий [149].

Тем не менее веб-сайты часто используются женщинами при возникновении вопросов по ГВ и оцениваются как полезные источники информации [78]. Поэтому ресурсы электронного здравоохранения – привлекательный формат по обучению принципам здорового ГВ [79].

Выявлено четыре наиболее актуальных аспекта современного информирования по вопросам ГВ: 1) необходимость надежного онлайн-информирования о кормлении младенцев; 2) разработка специальных приложений для смартфонов; 3) доступность информации через усиление связей среди кормящих матерей в соцсетях и 4) полезность географически отдаленной поддержки кормления младенцев через видео коммуникационные сервисы [84].

1.3.3. Важность внедрения научных знаний

Накопленные знания о преимуществах ГВ бесспорны. Мероприятия по поощрению ГВ активно поддерживаются по всему миру. И тем не менее усилия научного сообщества могут быть эффективнее. Несмотря на усилия государства и научных сообществ, обмен научными данными в отношении современных основ правильного питания младенцев оказывается недостаточно эффективным [170].

В настоящее время дефицит данных в условиях постоянного информационного шума подчеркивает важность внедрения научных знаний в источники, доступные для беременных и кормящих женщин. На таком внедрении также настаивает ВОЗ [29].

Сравнительное многоцентровое международное исследование показало, что российские женщины имеют «нейтральное отношение к ГВ», а длительное очное обучение приводит к более позитивным результатам [214].

Интересен опыт донесения уникальной пользы ГВ. Две трети матерей, имеющих негативный опыт ГВ, готовы были пересмотреть свою позицию, узнав о содержании стволовых клеток в грудном молоке [210].

По-прежнему достаточно большое число женщин используют искусственное питание как более легкий способ кормления младенца [170]. Подобно крупнейшим мировым корпорациям – производителям заменителей грудного молока (а также производителям табачной и алкогольной продукции) для целенаправленной политики здорового и продолжительного ГВ государственным институтам необходимо отстраивать маркетинговые методы продвижения ГВ. К ним относятся инвестиции, направленные в развитие

политики, нормативно-правовой базы и среды знаний и активная имплементация научных данных с использованием современных средств коммуникации [92].

Таким образом, полноценное питание беременной и кормящей женщины – важнейший фактор здоровья матери и ребенка. Первая 1000 дней жизни – окно возможностей для реализации различных сценариев. И нутритивный компонент посредством воздействия на эпигенетические механизмы роста и развития ребенка играет ведущую роль в реализации позитивного итога. В то же время нужны дополнительные усилия по продвижению грудного вскармливания, в том числе для повышения информированности женщин в вопросах пользы ГВ и оптимизации питания кормящей матери.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Объем исследования

Работа выполнена в период с 2021 по 2023 гг. в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (директор – д.м.н ., профессор Фисенко А.П.) на базе Центра профилактической педиатрии (начальник Центра – д.м.н. Макарова С.Г.). Анкетирование женщин детородного возраста проводилось при поддержке «Центра будущих и состоявшихся родителей «Выбор родителей».

Исследование было одобрено локальным независимым этическим комитетом ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России (протокол № 6 от 17.06.2021 г.).

В рамках диссертационной работы проведены следующие исследования:

- онлайн-анкетирование женщин для выявления и анализа факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительности (n=875);
- онлайн-анкетирование женщин с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью (n=1275);
- онлайн-анкетирование женщин с целью выявления наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью и наиболее частых пробелов в их информированности (n=2177);
- исследование оценки эффективности комплекса мер по поддержке лактации, включавшего использование электронной версии рекомендаций по питанию для женщин в период кормления грудью и специализированного продукта для кормящих женщин (n=181);
- оценка качества жизни женщин в период лактации (n=181);
- наблюдательное исследование эффективности использования версии рекомендаций по питанию для женщин в период кормления грудью (на бумажном носителе) в комплексном лечении детей с функциональными расстройствами пищеварения и с пищевой аллергий (n=75).
- организационный эксперимент по реализации проекта «Открытый роддом»

2.2. Дизайн исследования

В соответствии с дизайном, диссертационное исследование было проведено в 4 этапа. На 1-м этапе (рис.1) проведено: анкетирование женщин для выявления и анализа факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительность, а также информированность кормящих женщин в вопросах пользы ГВ (n=875); анкетирование женщин с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью (n=1275); анкетирование женщин с целью выявления наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью и наиболее частых пробелов в их информированности (n=2177). Опрос проводился среди женщин в возрасте 18-46 лет, находящихся в тот момент в периоде лактации или имевших опыт грудного вскармливания. Также на первом этапе был проведен контент-анализ существующих рекомендаций по питанию беременных и кормящих женщин. На основе полученных данных созданы рекомендации по питанию кормящих женщин.

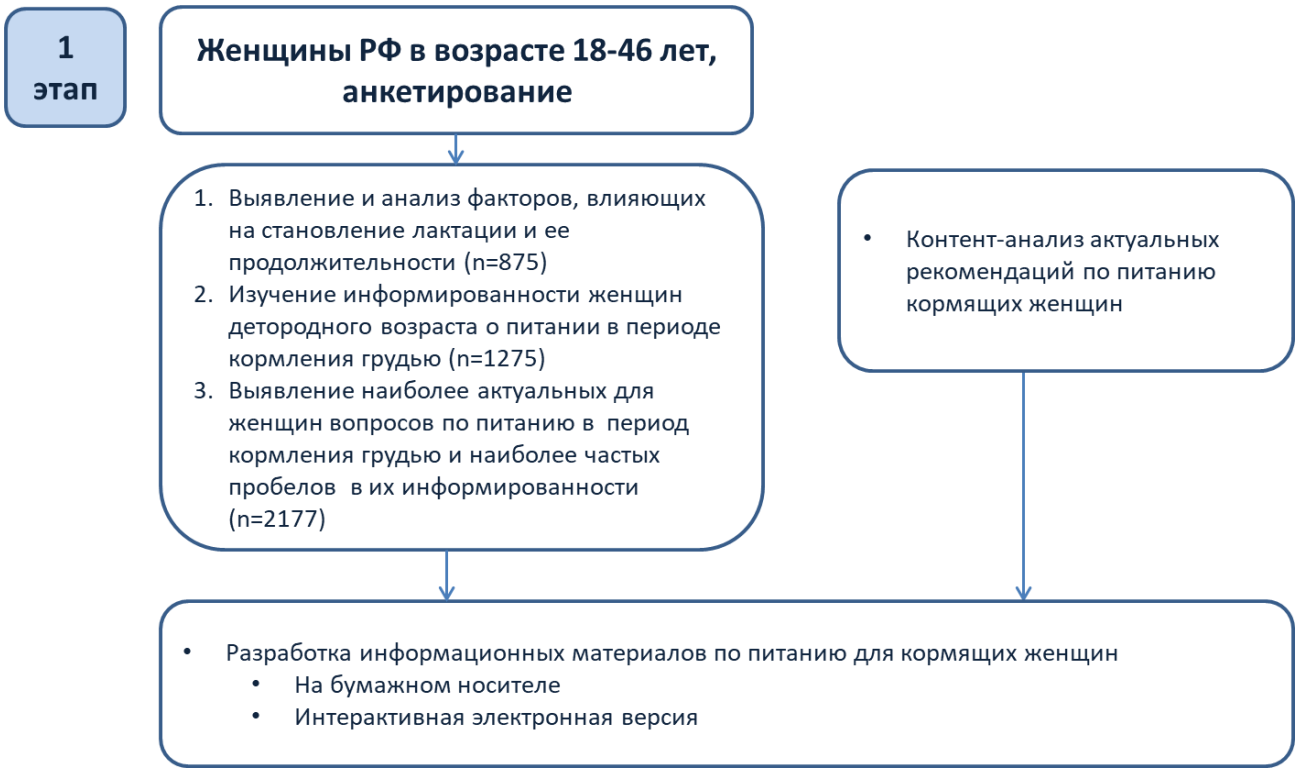


Рисунок 1. Дизайн исследования (1-й этап).

На 2-м этапе (рис.2) проведена оценка эффективности использования электронной версии рекомендаций. В исследовании участвовали 181 пара «мать-ребенок»: кормящие женщины и здоровые (согласно представленной медицинской рекомендации) дети, находящиеся на грудном вскармливании. Комплекс мер при наличии признаков гипогалактии у матери, в комплекс мер поддержки включался также специализированный продукт для кормящих женщин.

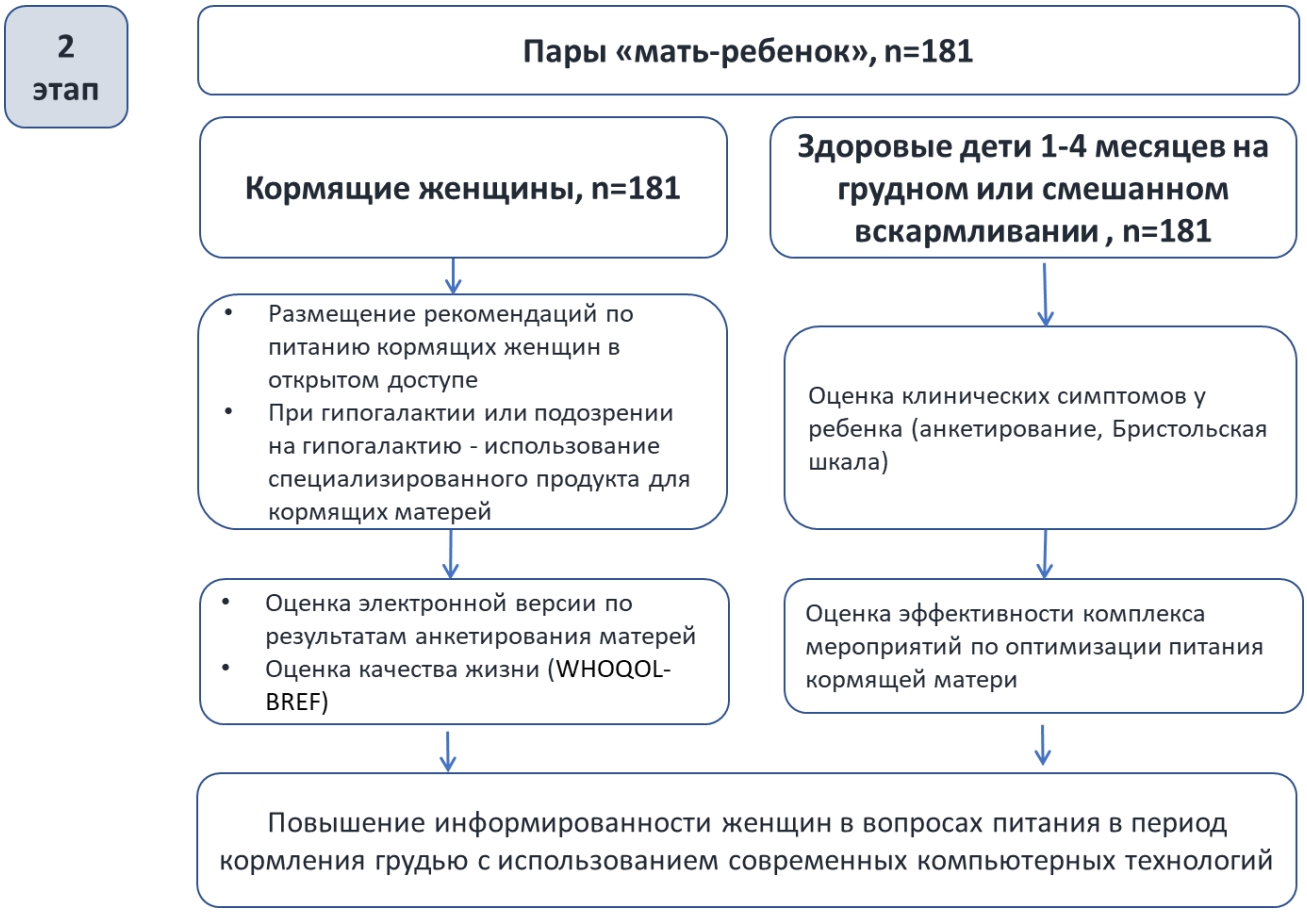


Рисунок 2. Дизайн исследования (2-й этап).

На 3-м этапе (рис.3) проводилось наблюдательное исследование с целью оценки эффективности использования версии рекомендаций по питанию для женщин в период кормления грудью на бумажном носителе. В исследование включено 75 пар «мать-ребенок». Первичный скрининг проводился на педиатрическом приеме. Отбирались дети до 4 месяцев на исключительно

грудном вскармливании, причиной обращения к педиатру были жалобы на наличие симптомов со стороны ЖКТ (n=75).

С учетом данных анамнеза (в том числе CoMiss) и осмотра, на 1-м визите дети были разделены на две группы: в 1-ю группу вошли дети без клинических признаков АБКМ, во 2-ю группу – дети с подозрением на АБКМ (отягощенный семейный аллергологический анамнез, периодические кожные высыпания и гастроинтестинальные симптомы).

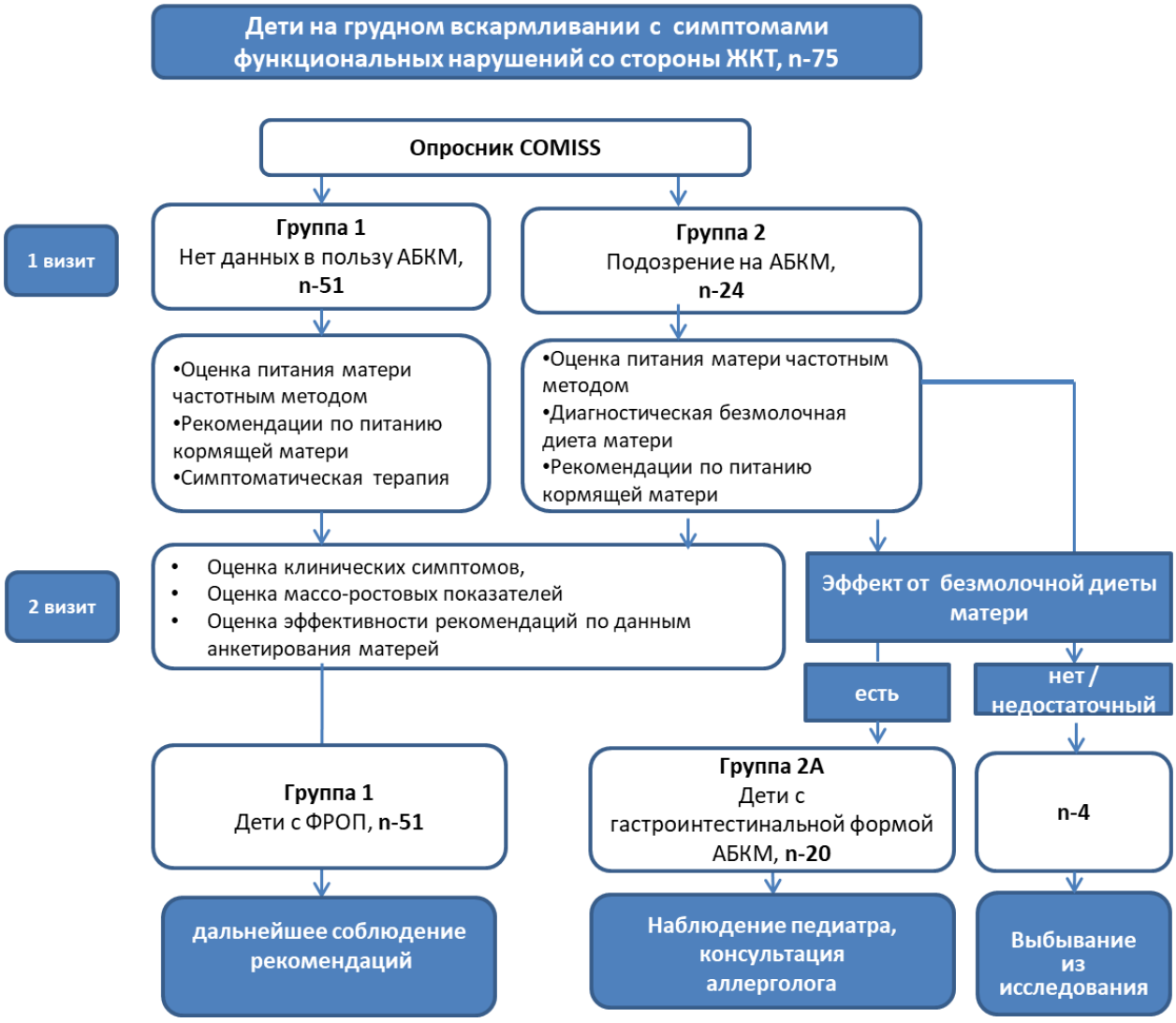


Рисунок 3. Дизайн исследования (3-й этап).

Кормящей матери выдавалась брошюра «Разговор о правильном питании в период кормления грудью: Вы спрашиваете – мы отвечаем» [32], созданная ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» на основании проведенных ранее исследований,

по осведомленности кормящих матерей в вопросах питания в период лактации [33].

На втором визите, который состоялся через 1 месяц, измерялась масса тела ребенка, с помощью анкетирования матери оценивались длительность плача, частота и объем срыгиваний, характер стула, состояние кожных покровов (опрос 2). Также проводилось анкетирование, характеризующее отношение кормящей женщины к выданным ранее рекомендациям по питанию и полезность рекомендаций по шкале от 1 до 5 баллов, где 1 балл – низкая оценка, 5 баллов – высокая оценка.

4 этап – реализация проекта «Открытый роддом» с использованием метода организационного эксперимента. В ходе внедрения проекта, разработанного совместно с автономной некоммерческой организацией Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей» в рамках деятельности, направленной на популяризацию материнства в РФ через внедрение эффективных форм взаимодействия с семьей на этапах подготовки к родительству, родов, в набор информационных материалов были включены разработанные рекомендации по питанию в период кормления грудью для женщин.

2.3. Анализ действующих рекомендаций по питанию и нутритивной поддержке женщин в период лактации

Поиск анализируемой литературы осуществляли с использованием поисковых систем РИНЦ, PubMed, Google Scholar, ResearchGate, CyberLeninka по ключевым словам "pregnancy", "nursing mother", "breastfeeding infant", "lactation", "vitamin", "iron", "minerals", deficiency", "supplement", "multivitamin and mineral supplements", а также их эквивалентам на русском языке преимущественно за последние 10 лет, за исключением исследований, имеющих принципиальное значение.

2.4. Социологический метод – анкетирование женщин детородного возраста

Медико-социальные исследования проведены на основании добровольно заполненных женщинами онлайн-анкет. Анкеты разработаны автором исследования на основании анализа литературы и предыдущего опыта работы с кормящими женщинами.

2.4.1 Выявление и анализ ранних факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительность и изучение информированности кормящих женщин в вопросах грудного вскармливания

Анкета разработана автором и включала 45 вопросов (приложение 1), которые представляли три тематических блока:

- вопросы, касающиеся медико-социальной характеристики респондентов;
- вопросы в отношении грудного вскармливания и его продолжительности;
- вопросы, характеризующие осведомленность женщин в отношении грудного вскармливания и основные источники информации.

В качестве индикаторов практики грудного вскармливания в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения были использованы следующие показатели:

- раннее начало грудного вскармливания – доля детей, которые были приложены к груди в течение первого часа после родов;
- продолжительность грудного вскармливания.

Ограничениями исследования было то, что выборку нельзя считать случайной, так как своего рода фильтром послужили желание или возможность заполнить анкету. Женщины сами сообщали информацию, что могло привести к недооценке или переоценке некоторых факторов, влияющих на исследуемые параметры грудного вскармливания.

2.4.2 Изучение информированности женщин детородного возраста в вопросах питания в период кормления грудью

Анкета разработана автором и включала 19 вопросов, которые могут быть разделены на три тематических блока:

- вопросы, касающиеся медико-социальной характеристики респондентов;
- вопросы в отношении информированности женщин о питании в период грудного вскармливания и основных источников информации;
- вопросы, связанные с особенностями соблюдения диетических ограничений и реакциями ребенка при изменении питания кормящей матери.

Анкетирование проводилось на безвозмездной основе методом количественного опроса. Анкета была размещена на сайте https://ru.surveymonkey.com/. В анкете не было обязательных вопросов. Ссылка на анкету распространялась среди целевой аудитории. После заполнения анкеты респонденты давали согласие на обработку своих персональных данных. Ответы на вопросы анкеты 7 женщин оказались неполными или некорректными. В связи с этим в исследование включены результаты опроса 1275 женщин.

Критерии невключения: в исследование не включались женщины, не имевшие опыта кормления грудью.

2.4.3 Выявление наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью и наиболее частых пробелов в их информированности

Анкетирование проводилось на безвозмездной основе методом количественного опроса. Анкета была разработана автором и размещена на сайте https://ru.surveymonkey.com/. В анкете не было обязательных вопросов. Ссылка на анкету распространялась среди целевой аудитории. После заполнения анкеты респонденты давали согласие на обработку своих персональных данных. В анкетировании участвовали 2177 женщин детородного возраста, которым были предложены на выбор 35 вопросов, касающихся питания кормящей женщины, из которых респонденты выбирали наиболее актуальные для них. На основании

частоты встречаемости отдельных вопросов в дальнейшем формировались рекомендации по питанию в период лактации, ориентированные на запрос самих женщин.

2.4.4 Оценка эффективности комплекса мер по поддержке лактации

В анализ были включены результаты анкетирования женщин и медицинская документация детей 181 пары «мать-ребенок». Анкеты заполнялись женщинами, применявшими электронную версию рекомендаций по питанию в период кормления грудью и давшими согласие на участие в исследовании. Электронная версия рекомендаций размещалась на сайте www.vremyarozat.ru АНО «Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей»». Среднее число просмотров составило около 2000 в месяц.

Анкета заполнялась дважды, в начале исследования и через 30 дней, и содержала вопросы о семейном аллергологическом анамнезе, наличии у ребенка клинических реакций на пищевые продукты, характере вскармливания ребенка, длительности плача, наличии и объеме срыгивания у ребенка (приложение 2, приложение 3).

Также респондентам были заданы вопросы, характеризующие отношение к разработанным рекомендациям и оценку их эффективности самими женщинами по шкале от 1 до 5 баллов, где 1 балл – низкая оценка, 5 баллов – высокая оценка (приложение 4). Все дети, вошедшие в исследование, согласно данным медицинской документации, были практически здоровы. У всех детей до и после исследования оценивали массу тела, длительность плача, а также частоту и объем срыгиваний.

2.4.5 Оценка качества жизни женщин, участвовавших в исследовании на основании использования краткой версии опросника качества жизни ВОЗ – WHOQOL-BREF

Для оценки качества жизни женщин, участвовавших в исследовании, была использована краткая версия опросника качества жизни ВОЗ – WHOQOL-BREF, содержащая 26 вопросов. Из них 24 вопроса объединены в четыре домена

(физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие), а два отдельных вопроса характеризуют оценку качества жизни (первый вопрос) и удовлетворенность состоянием здоровья (второй вопрос). Оценка четырех доменов производилась путем использования формул (см. таблицу1).

Таблица 1**.** Методика оценки доменов краткой версии опросника WHOQOL-BREF

Домен опросника WHOQOL-BREF	**Формула расчета для домена**	**Максимальное число баллов домена**
Физическое и психологическое благополучие	(6−Q3)+(6−Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18	35
Самовосприятие	Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6−Q26)	30
Микросоциальная поддержка	Q20+Q21+Q22	15
Социальное благополучие	Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25	40

Общая оценка баллов по опроснику рассчитывалась путем сложения баллов за первый и второй вопросы и за все четыре домена.

2.4.6 Специализированный продукт для кормящих женщин отечественного производства в комплексе мер по поддержке лактации

Помимо рекомендаций комплекса мер по стимуляции лактации, которые давались женщинам, для коррекции рационов женщин с подозрением на гипогалактию или ее наличием рекомендовали использование специализированного продукта для кормящих женщин отечественного производства (продукт сухой специализированный на молочной основе для питания кормящих женщин).

Гипогалактию или подозрение на гипогалактию определяли при естественном вскармливании согласно общепринятым критериям [5].

Смесь NutriMa Лактамил представляет собой отечественный сухой продукт на молочной основе с комплексом лактогонных трав: плоды фенхеля, анис, тмин и листья крапивы двудомной. Сбалансированный молочный коктейль, предназначен для дополнительного питания женщин в период кормления грудью. Продукт содержит 14 макро- и микроэлементов, а также витаминный комплекс -

оптимальный для профилактики гиповитаминоза, в т.ч. витамины А, С, Д3, Е и фолиевую кислоту и готовится непосредственно перед употреблением и может использоваться в качестве напитка, а также добавки в чай, какао, кашу и другие блюда [82, 66].

Ингредиенты, входящие в состав продукта, разрешены органами Госсанэпиднадзора РФ для использования в пищевой промышленности. Продукты безопасны и имеют разрешение на его использование в питании кормящих женщин. Экспертное заключение ФГБУ НИИ питания РАМН No72/Э-1397/и-12 от 02.08.2012 г. Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.19.005.E.013513.09.12.

Состав продукта представлен в приложении 5.

Продукт рекомендовался согласно инструкции в качестве добавки в чай, какао, кашу и другие блюда или в восстановленном виде в качестве напитка. Рекомендуемая суточная потребность специализированного питания была также согласно инструкции 1-2 порции готового напитка.

2.5. Клинические методы обследования

В исследование были включены 75 пар «мать-ребенок». Пациенты были отобраны из обратившихся на прием к врачу-педиатру Консультативно-диагностического Центра ФГАУ «Национальный медицинский центр здоровья детей» с жалобами на различные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта у детей.

Критерии включения:

- возраст ребенка от 1 до 4 месяцев жизни включительно;
- отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития у ребенка;
- исключительно грудное вскармливание;
- желание матери следовать рекомендациям по питанию в период лактации.

Дизайн исследования представлен на рисунке 3.

2.5.1 Общеклинические методы включали сбора анамнеза, клинический осмотр ребенка с антропометрией, при необходимости назначалось дополнительное обследование.

2.5.2 Антропометрия

Определение массы тела и роста проводилось с использованием стандартных откалиброванных весов и ростомера. Оценка прибавок массы тела проводилась с использованием центильных кривых.

2.5.3 Опросник CoMiss

Для оптимизации сбора анамнеза и выявления детей с симптомами аллергии на белки коровьего молока использовался опросник CoMiss [199, 91] (приложение 6), который позволяет количественно оценить симптомы со стороны кожи, гастроинтестинальной и респираторной системы ребенка и при сумме баллов 12 и выше рассматривать симптомы как подозрительные в отношении аллергии на белки коровьего молока.

2.5.4 Диетодиагностика пищевой аллергии

Пищевая аллергия (ПА) устанавливалась согласно клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с пищевой аллергией на основании анамнеза и клинических проявлений. При этом учитывались клинические симптомы и информация из историй болезней. Для подтверждения диагноза использовались диагностическая элиминационная диета (длительностью 2-4 недели) и диагностическое введение продукта [39].

2.5.5 Оценка рационов кормящих женщин

Оценка рационов кормящих женщин проводилась так называемым частотным методом. Метод позволяет оценить питание за выбранный промежуток времени и основан на оценке частоты потребления конкретных пищевых продуктов и блюд, указанных в вопроснике. Респондент выбирает в вопроснике соответствующую категорию частоты потребления («один раз в месяц», «один раз в неделю» и др.). Метод предназначен для получения качественной описательной информации о привычном характере питания [35, 34, 33]. Использовался

валидированный частотный вопросник полуколичественной оценки характера питания FFQ (Semi-Quantitative Food Frequency Questionnaire) [33].

2.6. Статистические методы исследования

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 26. Размер выборки предварительно не рассчитывался. Полученные данные проверялись на соответствие нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка.

Для описания мер центральной тенденции указывали средние значения (M), стандартное отклонение (SD), медиану (Me), а также 25 и 75 перцентиля. Для оценки различий между группами применяли критерий Манна-Уитни. Для анализа связи между признаками использован метод Спирмена. Учитывали значимые коэффициенты корреляции ($p<0,05$), превышающие +0,20 (положительная связь) или менее -0,20 (отрицательная связь). Для сравнения качественных данных применяли метод хи-квадрата Пирсона. Полученные результаты считали статистически значимыми при $p<0,05$.

2.7. Метод организационного эксперимента и изучение экспертных оценок

На этапе внедрения разработанных рекомендаций по питанию кормящих женщин в комплексе мер по поддержке лактации использовались метод организационного эксперимента и изучение экспертных оценок. Под непосредственным руководством автора исследования в 2018 году был разработан Федеральный проект «Открытый родильный дом». Проект был реализован совместно Министерством здравоохранения г.Москвы и Автономной некоммерческой организацией Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей» (генеральный директор Т.В.Буцкая) в рамках деятельности, направленной на популяризацию материнства в РФ через внедрение эффективных форм взаимодействия с семьей на этапах подготовки к родительству, родов, становления лактации. С 2023 года на основании анализа отзывов целевой группы и анализа экспертных оценок по

инициативе авторов проекта, Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей» под руководством автора настоящего исследования инициировал его актуализацию. В 2023 году актуализировано положение о проекте, расширена и обновлена информационная база проекта. В частности, в обновленную версию проекта «Открытый роддом» были включены разработанные рекомендации по питанию кормящих женщин [15].

В рамках актуализации определены основные направления работы:

1. Мероприятия по продвижению и организационно-методической работе по поддержке грудного вскармливания. Сформированы информационные материалы для обучения персонала навыкам консультирования родителей по успешному грудному вскармливанию. Лекции размещаются в открытом доступе на интернет-ресурсах проекта. Информационные материалы для женщин представлены в виде электронных версий плакатов, которые могут быть скачаны через QR-код.

2. Улучшение коммуникативных навыков персонала родильных домов. В рамках проекта разработаны и осуществляются тренинги по улучшению коммуникативных навыков персонала родильных домов. Проводится разъяснительная работа среди медицинских работников о важности родильного дома быть «открытым к женщинам», слышать обратную связь.

3. Адаптация лечебного учреждения для оказания качественной медицинской и помощи и информационной поддержки семьям с особыми потребностями. Совместно с представителями пациентских сообществ различных нозологических групп и узких специалистов были разработаны и стали доступны информационные плакаты для врачей по эффективному общению с семьями с особыми потребностями.

Согласно обновленному Положению «О присвоении статуса «Открытый роддом»» от 1.10.2023 года, присвоение медицинской организации статуса «Открытый роддом» направлено на решение следующих задач: развитие и поддержка грудного вскармливания; пропаганда ответственного материнства;

психологическая поддержка и помощь роженицам с инвалидностью разных нозологических групп; развитие новых форм профессионального общения с целью защиты медицинских работников и повышения доверия пациентов.

Согласно Положению, соискателем на получение статуса «Открытый роддом» может быть медицинская организация – юридическое лицо, а также его филиал, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии по виду деятельности «акушерство и гинекология», выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, и находящееся на территории Российской Федерации. Медицинская организация подает заявку на присвоение статуса «Открытый роддом» на сайте www.vremyarozat.ru, или по электронной почте info@vremyarozat.ru.

ГЛАВА 3. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН В ВОПРОСАХ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И РЯД МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ И ЕЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

Выборочное медико-социальное исследование проведено на основании добровольно заполненных онлайн анкет 875 кормящими и закончившими кормление грудью женщинами в возрасте от 18 до 46 лет, проживающими в 8 федеральных округах. Анкета включала 39 вопросов, которые можно разделить на три тематических блока: вопросы, касающиеся медико-социальной характеристики респондентов; вопросы в отношении грудного вскармливания и его продолжительности и вопросы, характеризующие осведомленность женщин в отношении грудного вскармливания и основные источники информации. Материалы главы представлены в публикации [47].

3.1. Медико-социальная характеристика группы

Медико-социальная характеристика женщин, заполнивших анкету, представлена в таблице 2. У большинства женщин (72,9%) роды были естественными, у остальных – оперативные. Срочные роды были у 84,1% женщин. Большинство женщин были замужем (86,2%). Более половины (57,8%) заполнивших анкету женщин имели высшее образование.

Большая часть женщин (37,0%) проживали в Южном федеральном округе, 21,7% женщин – в Приволжском федеральном округе, 18,3% женщин – в Дальневосточном федеральном округе, по 7,55% женщин – в Центральном и Сибирском федеральных округах, 4,60% женщин – в Северо-Западном федеральном округе, 2,56% женщин – в Северо-Кавказском федеральном округе, 0,64% – в Уральском федеральном округе.

Почти у половины женщин (50,7%) роды были первыми, у 29,3% женщин – вторыми, у 12,5% женщин – третьими, у 7,31% женщин – четвертыми и более. На момент проведения опроса возраст у большинства из детей опрошенных матерей – старше одного года (61,3%), у 38,7% – младше одного года.

Таблица 2. Медико-социальная характеристика группы

Возраст женщин, лет	< 18	3 (0.34%)
	18-25	106 (12.1%)
	25-30	268 (30.7%)
	30-35	302 (34.6%)
	35-40	129 (14.8%)
	> 40	63 (7.23%)
Родоразрешение	Самостоятельное	614 (72.9%)
	Оперативное	228 (27.0%)
Срок родов	Преждевременные	123 (15.8%)
	Срочные	655 (84.1%)
Пол ребёнка	Мальчик	442 (52.1%)
	Девочка	407 (47.9%)

Половина респондентов были женщины, родившие первого ребенка с возрастным пиком в 25-30 лет. Пик последующих родов сдвинут к 30-35 годам (рис. 4). Имелась тривиальная положительная корреляция между увеличением возраста женщин и числом детей (R = 0,33, p < 0,01).

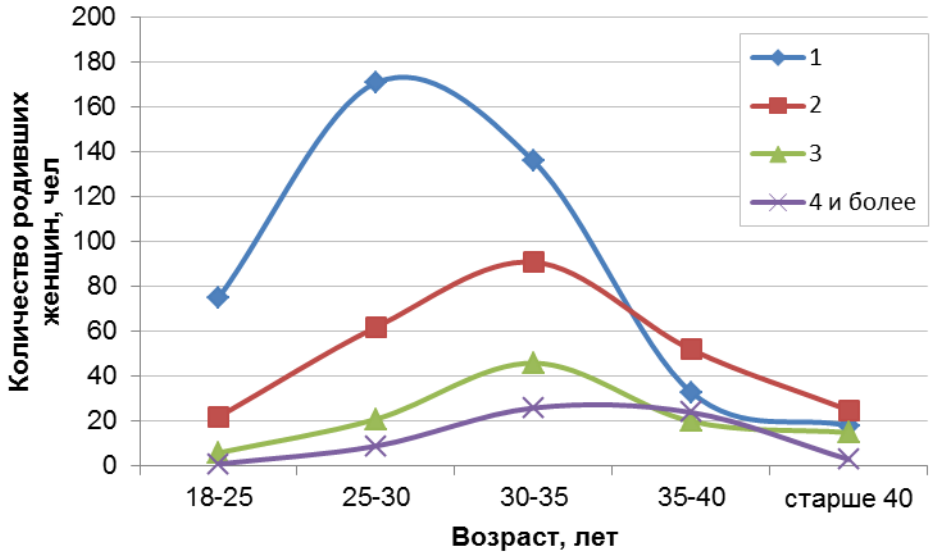


Рисунок 4. Число женщин, анкетированных после первых и последующих родов в зависимости от возраста женщин.

Продолжительность грудного вскармливания на момент анкетирования составляла 1-5 месяцев у 192 (21,9%) женщин, 6-11 месяцев – у 181 (20.7%) женщин, 12 месяцев и более – у 502 (57,4%) женщин.

Выявлена обратная корреляция (R = -0,42, p < 0,01) между численностью населения в городе и числом детей, рожденных одной матерью к моменту

анкетирования: чем меньше населенный пункт, тем больше детей имеет опрошенная женщина. Среди анкетированных женщин в городах с населением от 1 млн чел. женщины после первых родов составляли 69,8% от всех опрошенных. В городах с населением от 500 тыс. до 1 млн чел. – 60,2%, в населенных пунктах с населением от 20 до 500 тыс. чел. процент женщин после первых и вторых родов был сопоставим и составлял от 32,0 до 43,0%. А среди опрошенных женщин в населенных пунктах с населением менее 20 тыс. чел. преобладали женщины после вторых и третьих родов – 31,2% и 29,7% соответственно, а доля женщин с первым ребенком составляла 19,6%.

В общей выборке установлено, что чем больше численность города, в котором проживает женщина, тем выше у нее образование ($R = 0,33$, $p < 0,01$). Большинство женщин, родивших 1-2 детей (63,7%), имеют высшее образование, большинство же женщин, родивших 3 и более детей (63,2%), не имеют высшего образования ($R = -0,28$, $p < 0,01$).

3.2. Анализ некоторых факторов, влияющих на продолжительность грудного вскармливания

Роль первого прикладывания к груди и характера вскармливания в родильном доме в поддержании грудного вскармливании известна. В таблице 3 продемонстрировано распределение этого параметра в исследованной выборке.

Таблица 3. Время первого прикладывания к груди в зависимости от срока беременности при родах и способа родоразрешения (n=875)

	Время первого прикладывания к груди				
	Первые 30 мин.	Первый час	В первые сутки	Более суток	Не прикладывали
Тип родоразрешения					
Оперативное (n=261)	27.3%	11.0%	40.1%	18.1%	3.5%
Самостоятельное (n=614)	66.1%	12.6%	15.2%	3.6%	2.5%
Срок родов					
Преждевременные (n=139)	49.6%	11.4%	21.1%	11.4%	6.5%
Срочные (n=736)	55.3%	12.2%	22.7%	7.2%	2.1%

При естественных родах ребенка к груди прикладывали преимущественно в течение первых 30 мин. (66,1%), а при оперативных – в течение первых суток

(40,1%). Обращает на себя внимание, что даже при вагинальных родах в течение первого часа к груди были приложены только 78,7% новорожденных. Характер родов (естественные и оперативные) в нашем наблюдении не влиял на продолжительность ГВ (r =0,06).

Таблица 4. Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от срока прикладывания к груди после родов (n = 841).

Срок прикладывания к груди после родов	Продолжительность грудного вскармливания, мес	
	1-5	6 мес. и более
Первые 30 мин. (n=468)	92 (19,7%)	376 (80,3%)
Первый час (n=101)	22 (21,8%)	79 (78,2%)
Более 1 часа (n=250)	66 (26,4%)	184 (73,6%)
Не прикладывали (n=22)	-	-

Продолжительность грудного вскармливания более 6 месяцев отмечалась чаще в случаях, когда ребенка прикладывали в первые 30 минут после родов, по сравнению со случаями, когда детей прикладывали к груди позже первого часа жизни (p=0,04).

На продолжительность ГВ влиял режим кормлений ребенка. Так, продолжительность грудного вскармливания была меньше при кормлении по часам, по сравнению с кормлением в свободном режиме (R = -0,22, p < 0,01). При режиме кормления по требованию продолжительность грудного вскармливания 12 месяцев или более отмечена в 63,7%, при кормлении по часам – только в 36,3% случаев.

При этом анализ данных анкет методом ранговых корреляций позволил выявить прямую корреляцию между режимом вскармливания в родильном доме и дома (R = 0,49, p < 0,01): матери, которые кормили ребенка в родильном доме по требованию, продолжили кормить по требованию дома и, напротив, те, кто в родильном доме кормил ребенка по часам, дома продолжили кормить по часам.

Известно, что докорм ребенка смесью в родильном доме отрицательно влияет на последующую длительность ГВ. Чем позже новорожденный был приложен к груди, тем чаще присутствовал докорм адаптированной смесью в родильном доме (R = 0,20, p < 0,01). Приложенных к груди младенцев в первые 30 мин. докармливали молочной смесью в 36% случаев, в первый час – в 43%

случаев, в первые сутки – в 51% случаев, приложенных более чем через сутки – в 70% случаев. Выявлена отрицательная корреляция докорма ребенка смесью в родильном доме с длительностью грудного вскармливания ($R = -0,21$, $p < 0,01$).

Интересной находкой является наличие прямой корреляции между продолжительностью грудного вскармливания и запланированным сроком лактации ($R = 0,46$, $p < 0,01$). В основном женщины кормили детей в течение изначально запланированного ими срока, что еще раз подчеркивает важность подготовки к лактации и «установки» на грудное вскармливание.

Также выявлено влияние сроков введения прикорма на продолжительность ГВ. Прикорм был введен ранее 4 мес. в 1,0% случаев, в возрасте 4 мес. в 15,94%, в 5 мес. в 18,34%, в 6 мес. в 62,34%, после 7 мес. в 2,39% случаев. Среди женщин, вводивших прикорм в 4 месяца, кормили ребенка 12 месяцев или более 36,7%, среди женщин, вводивших прикорм в 5 месяцев, – 53,1%, среди женщин, среди вводивших прикорм в 6 месяцев, – 67,9%. Позднее введение прикорма коррелировало с большей продолжительностью грудного вскармливания в целом ($R = 0,26$, $p < 0,01$).

Таблица 5. Значимые корреляции продолжительности грудного вскармливания с ответами из опроса*

	Корреляция, r
Ваш возраст	0,24
Как долго вы планируете кормить грудью?	0,46
Докармливали ли вашего ребенка смесью в родильном доме?	-0,21
В каком возрасте Вы ввели прикорм (или планируете введение прикорма)?	0,26

* $p < 0,01$

Таким образом, выявлена отрицательная корреляция продолжительности грудного вскармливания с докормом смесью в родильном доме ($r= -0,21$). Продолжительность грудного вскармливания положительно коррелировала с ответами на вопросы «Как долго вы планируете (планировали) кормить грудью?» и «В каком возрасте вы ввели прикорм (планируете введение прикорма)?»

Продолжительность грудного вскармливания прямо коррелировала с возрастом женщины ($R = 0,24$, $p < 0,01$). 12 месяцев и более кормили ребенка

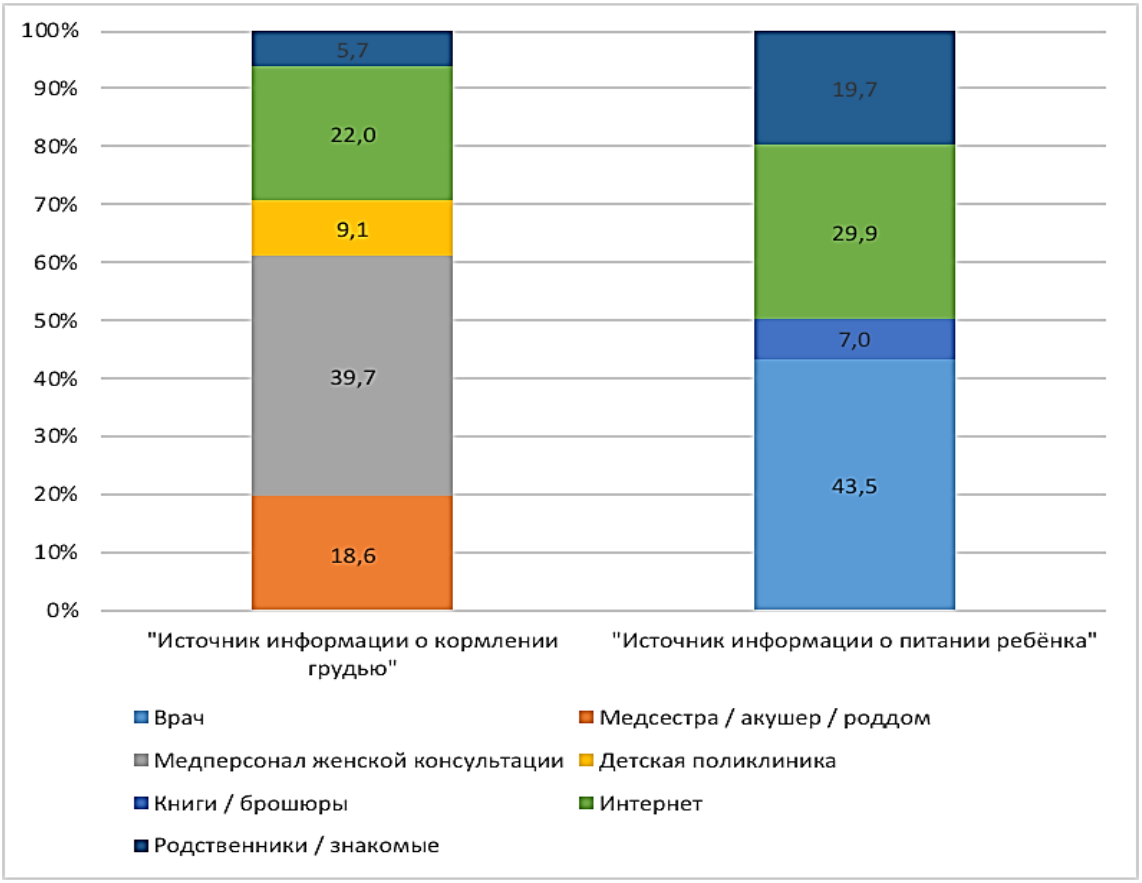
грудью 43% женщин в возрасте 18-25 лет, 52% женщин в возрасте 25-30 лет, 65% женщин в возрасте 30-35 и 35-40 лет, 76% женщин в возрасте более 40 лет.

3.3. Источники информации по грудному вскармливанию, использованные женщинами

Анализ источников информации по вопросам грудного вскармливания, которые были доступны женщинам, показал, что большую часть информации о вскармливании ребенка женщины получали от врача, медицинских работников, в том числе в женских консультациях (рис. 5). Женщины получили информацию от медицинских работников по вопросам организации грудного вскармливания только в 67,4% случаев, по вопросам питания ребенка в 50,5% случаев. Обращает на себя внимание, что весомую часть информации матери черпали из сети Интернет. Весьма незначительна роль радио и телевидения – частота указаний на них как источники информации не превышала 0,7%.

Следует также отметить, что из 720 женщин, ответивших на вопрос: «Если вашему ребенку в родильном доме был назначен докорм смесью – предпринимал ли ваш участковый педиатр попытки отменить докорм и вернуть ребенка на исключительно грудное вскармливание?» – более половины, 423 респондента, (58,8%) ответили отрицательно.

Анализ показал связь между имеющимся опытом кормления грудью и необходимостью обращаться за консультацией по вскармливанию каждого последующего ребенка ($R = 0,20$, $p < 0,01$) (рис. 5). Чем больше опыт женщины (число беременностей, закончившихся рождением ребенка), тем реже она обращается за помощью по вопросам кормления. Если при вскармливании первого ребенка количество обращений за консультацией превышает количество тех женщин, которые не прибегали к советам медицинских работников, то уже начиная со второй беременности количество обращавшихся за консультацией женщин уменьшается по сравнению с количеством не прибегавших к консультациям (рис. 6).



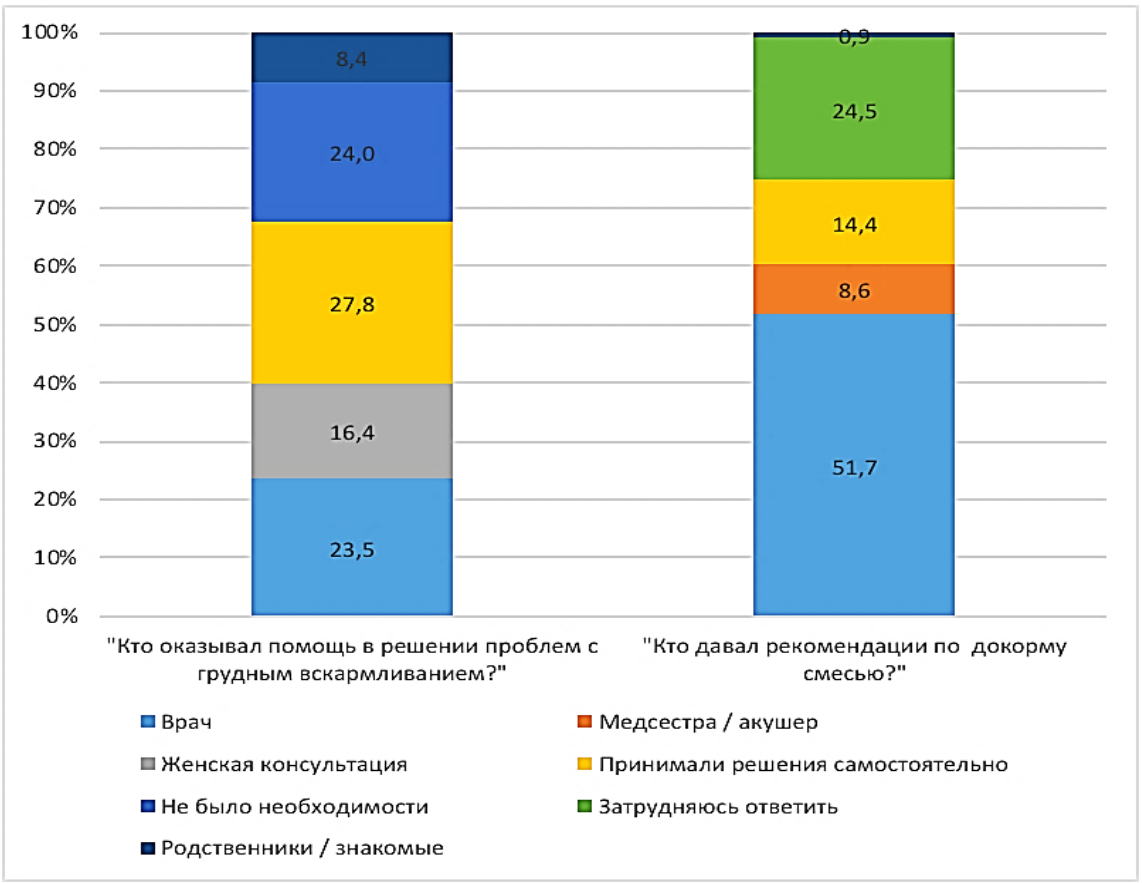


Рисунок 5. Источники информации по организации грудного вскармливания на основании ответов женщин на вопросы анкеты

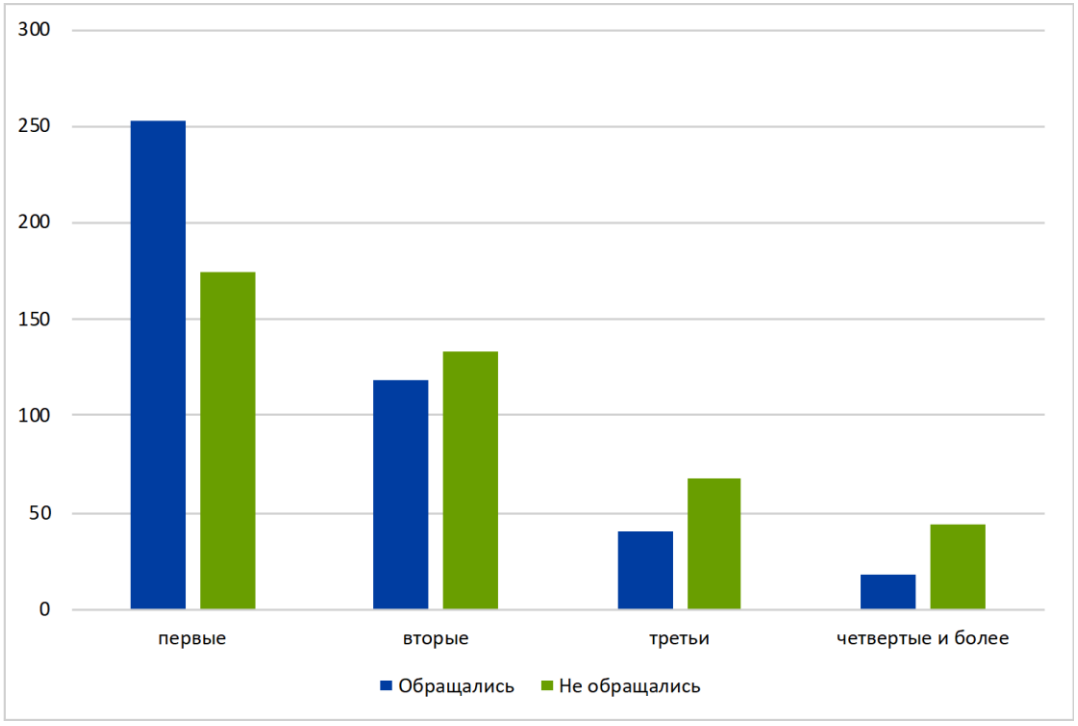


Рисунок 6. Число женщин, обращавшихся и не обращавшихся за консультацией по поводу вскармливания ребенка после рождения первого, второго, третьего, четвертого и более ребенка

3.4. Анализ информированности женщин по вопросам организации и преимущества грудного вскармливания

Женщины, положительно ответившие на вопрос об обеспечении ребенка питательными веществами за счет грудного молока, положительно отвечали и на вопрос о профилактическом влиянии грудного вскармливания в отношении ожирения у ребенка ($R = 0,21$, $p < 0,01$). Доля таких женщин составила 41,2% от всех опрошенных. В основном женщины, осведомленные о роли грудного вскармливания в профилактике ожирения у ребенка, знали и о его роли в профилактике рака груди ($R = 0,43$, $p < 0,01$). Доля таких женщин составила 41,6% от всех опрошенных. Выявлена положительная корреляция между длительностью грудного вскармливания и осведомленностью женщин о роли грудного вскармливания в профилактике ожирения у ребенка ($R = 0,18$, $p < 0,01$) и о роли грудного вскармливания в профилактике рака груди ($R = 0,16$, $p < 0,01$), то есть информированность женщины в вопросах преимущества грудного вскармливания положительно влияла на его продолжительность.

На вопрос о возможности кормления ребенка грудью в общественных местах положительно ответили 33,8% от всех опрошенных. При этом положительный ответ на этот вопрос коррелировал с правильными ответами на вопросы по профилактической роли грудного вскармливания в отношении ожирения ($R = 0,20$, $p < 0,01$), что в целом характеризовало лучшую общую осведомленность в вопросах грудного вскармливания.

Сцеживали грудное молоко 67,8% опрошенных женщин и большинство (68,1%) из них использовали сцеженное молоко для кормления своего ребенка. С увеличением числа родов снижалась частота кормления сцеженным молоком ($R = -0,21$, $p < 0,01$).

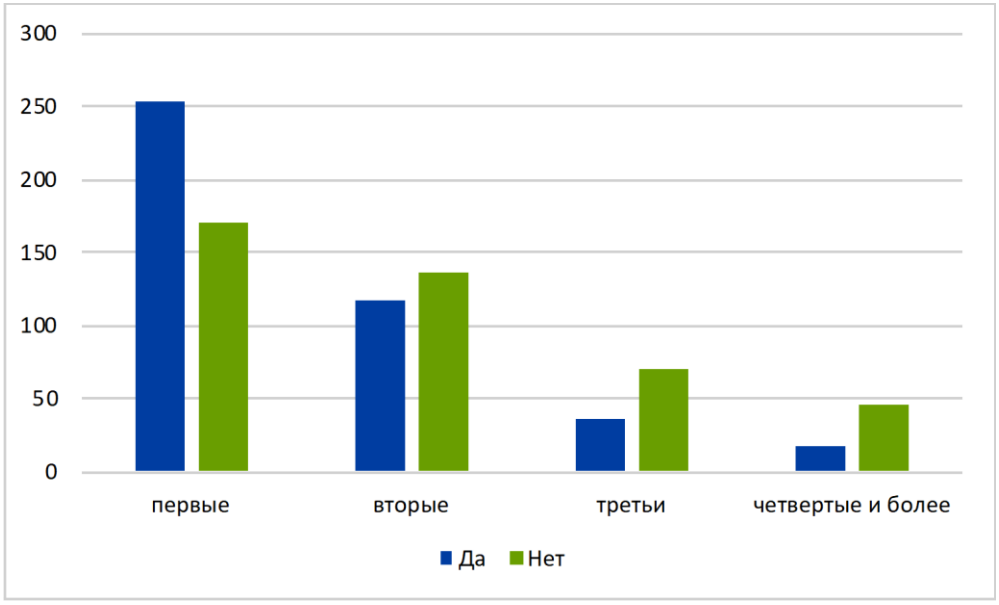


Рисунок 7. Использование в кормлении ребенка сцеженного молока после первых, вторых и последующих родов

Анализ отношения к донорству грудного молока показал, что 48% женщин готовы были бы выступить донорами грудного молока, но только 8,5% из опрошенных ответили, что стали бы кормить своего ребенка донорским молоком, причем подавляющее большинство (92%) среди них те, кто сам согласен стать донором молока ($R = 0,27$, $p < 0,01$).

Во время беременности витамины принимало подавляющее большинство женщин, а во время кормления грудью – менее половины. При этом чем выше был уровень образования женщин, тем чаще женщины отмечали прием ВМК во

время кормления грудью (R = 0,21, p < 0,01). Так, витамины на протяжении периода лактации принимали 53,0% женщин с высшим и незаконченным высшим образованием, 32,6% – со средним специальным образованием и 27,6% – со средним и неполным средним.

Поскольку имелась связь между уровнем образования и размером населенного пункта, также, соответственно, выявлена связь между численностью населения в городе (поселке) проживания женщин и частотой приема ВМК во время кормления грудью: чем больше численность населенного пункта, в котором проживали женщины, тем чаще они принимали витаминные комплексы (R = 0,24, p < 0,01). В городах с населением более 1 млн чел. принимали ВМК 58,6% кормящих женщин, в городах с населением менее 1 млн чел. – 34,9% кормящих женщин.

Из 857 женщин, ответивших на вопрос: «Отмечали ли вы у своего ребенка в период грудного вскармливания аллергические реакции, связанные с вашим питанием?» – 283 (33,0%) ответили положительно, 43 выбрали вариант ответа «затрудняюсь ответить». При этом 64,5% респондентов, ответивших на вопрос: «Придерживались ли вы какой-нибудь диеты для кормящих матерей?» – сообщили о наличии «диеты». При этом имелась положительная корреляция между ответами о наличии аллергических реакций у ребенка и соблюдением матерью диеты (R = 0,25, p < 0,01).

Таким образом, проведенное исследование выявило актуальные проблемы, которые требуют практического решения. В частности, оно показало, что в учреждениях родовспоможения в ряде случаев по-прежнему сохраняется кормление новорожденных по часам, что в дальнейшем служит примером для женщин в домашних условиях – 16,6% женщин кормили в родильном доме по часам, и 53,9% из них продолжили кормить по часам и дома. В конечном итоге режим кормления по часам в родильном доме, как показал проведенный анализ, негативно отражается на продолжительности кормления грудью. А продолжительность грудного вскармливания более 6 месяцев отмечалась чаще в случаях, если ребенка прикладывали в первые 30 минут после родов, по

сравнению с детьми, которых прикладывали к груди позже первого часа жизни ребенка (p=0,04).

На выработку доминанты грудного вскармливания (лактации) наиболее существенное влияние оказывает осознание женщиной представления о грудном вскармливании как уникальном биологическом феномене, имеющем не только нутритивное, но и психологическое значение, оказывающее мощное положительное влияние на нервно-психическое развитие ребенка [21]. Важность «установки на лактацию» подтвердило и настоящее исследование. Важно также, что проведенный анализ показал, что информированность женщины в вопросах преимущества грудного вскармливания положительно влияла на его продолжительность.

Однако женщины не в полной мере осознают пользу от приема витаминно-минеральных комплексов во время беременности и кормления грудью, при этом имеющие высшее образование женщины, как правило, лучше осведомлены о пользе и преимуществах грудного вскармливания, что согласуется с данными других исследований [2].

Очевидно, что должна быть значительно усилена информационно-разъяснительная работа как с женщинами, так и с медицинскими работниками. Особенно это относится к консультированию молодых матерей с первым ребенком, продолжительность ГВ у которых оказалась значимо ниже, а востребованность профессиональной информации по ГВ – выше.

Довольно высок оказался процент женщин, отметивших, что педиатр не прилагал усилий для отмены докорма смесью, назначенного в родильном доме, говорит о недостаточной ориентированности врачей на поддержку грудного вскармливания. Необходима целенаправленная работа по улучшению знаний как медицинских работников всех уровней, так и населения в целом в отношении важности грудного вскармливания, его вклада в здоровье ребенка и матери, а также в отношении практических вопросов организации питания кормящих матерей и питания детей первого года жизни.

ГЛАВА 4. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА В ВОПРОСАХ ПИТАНИЯ В ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

4.1. Социологическое выборочное онлайн-анкетирование женщин с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью

В выборочном социологическом онлайн-анкетировании с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью приняли участие 1275 женщин. Материалы главы опубликованы в двух статьях [16, 17].

Возрастные группы женщин, участвовавших в исследовании, и число детей в семье представлены в таблице 6.

Таблица 6. Характеристика респондентов по возрасту и числу детей в семье

Группы	**Возраст**	**Число детей в семье**		
		Один	**Два**	**Три и более**
1	**18-24 (n=201)**	170 (84,6%)	27 (13,5%)	4 (2%)
2	**25-34 (n=959)**	616 (64,2%)	297 (31%)	46 (4,8%)
3	**35-44 (n=115)**	47 (40,9%)	43 (37,4%)	25 (21,7%)
	Всего (n=1275)	833 (65,3%)	367 (28,8%)	75 (5,9%)

42% женщин в момент опроса находились в периоде грудного вскармливания (ГВ). Более 30% женщин, закончивших лактацию, кормили своих детей грудью от 1 до 2 лет. Средняя продолжительность ГВ у женщин 1-й возрастной группы была статистически значимо ниже по сравнению со 2-й и 3-й возрастными группами ($p<0,001$) (табл. 7), что согласуется с результатами предыдущего анкетирования (глава 4). Значимой разницы в продолжительности ГВ между 2-й и 3-й группами не было найдено ($p=0,13$). Более высокая приверженность длительному грудному вскармливанию наблюдалась во 2-й и 3-й возрастных группах (см. таблицу 7).

Также большую приверженность грудному вскармливанию продемонстрировали более опытные мамы – имеющие трех и более детей. Статистический анализ выявил меньшую длительность кормления грудью матерями с одним ребенком (1-48 мес., Me (25; 75) - 12 (3; 15) мес.) по сравнению

с матерями с двумя (1-42 мес., Me (25; 75) - 12 (8; 24) мес.) и тремя и более детьми (1-45 мес., Me (25; 75) - 12 (12;24) (p<0,001). При этом длительность грудного вскармливания у многодетных матерей оказалась больше, чем у матерей с двумя детьми (p=0,022) (см. таблицу 8).

Таблица 7. Продолжительность грудного вскармливания в разных возрастных группах

Продолжительность грудного вскармливания, мес.	**В целом по выборке, мес.**	**В возрастных группах**			**p***	**p****	**p*****
		1 (n=109)	**2 (n=623)**	**3 (n=89)**			
Min-Max	1-48	1-24	1-48	1-45			
Me (25; 75)	12 (6; 20)	6 (2; 12)	12 (6; 22)	12 (7; 24)	<0.001	<0.001	0.13

p* - статистическая разница между возрастными группами 1 (18-24 лет) и 2 (25-34 лет)

p** - статистическая разница между возрастными группами 1 (18-24 лет) и 3 (35-44 лет)

p*** - статистическая разница между возрастными группами 2 (25-34 лет) и 3 (35-44 лет)

Таблица 8. Продолжительность грудного вскармливания среди анкетированных женщин в зависимости от числа детей

Продолжительность грудного вскармливания, мес.	**Число детей в семье**			**p***	**p****	**p*****
	Один ребенок (n=452)	**Двое детей (n=302)**	**Три и больше (n=66)**			
Min-Max	1-48	1-42	1-45	<0.001	<0.001	0.022
Me (25; 75)	12 (3; 15)	12 (8; 24)	12 (12;24)			

p* - статистическая разница между семьями с 1 ребенком и с двумя детьми

p** - статистическая разница между семьями с 1 ребенком и 3 детьми

p*** - статистическая разница между семьями с 2 и 3 детьми

Большинство женщин считали, что в период кормления грудью важно придерживаться определенных диетологических рекомендаций (рис. 8,9). Подавляющее число респондентов положительно ответили на вопрос: «Знали ли вы о «диете для кормящих мам»?».

При этом при выборе ответа «другое» чаще всего встречался ответ «никакой диеты не нужно».

Ответы на вопрос: «Из какого источника вы получили эту информацию» показали, что основным источником знаний по питанию кормящих мам для респондентов независимо от региона проживания стали интернет-ресурсы (не медицинские сайты и блоги) (рис. 10).

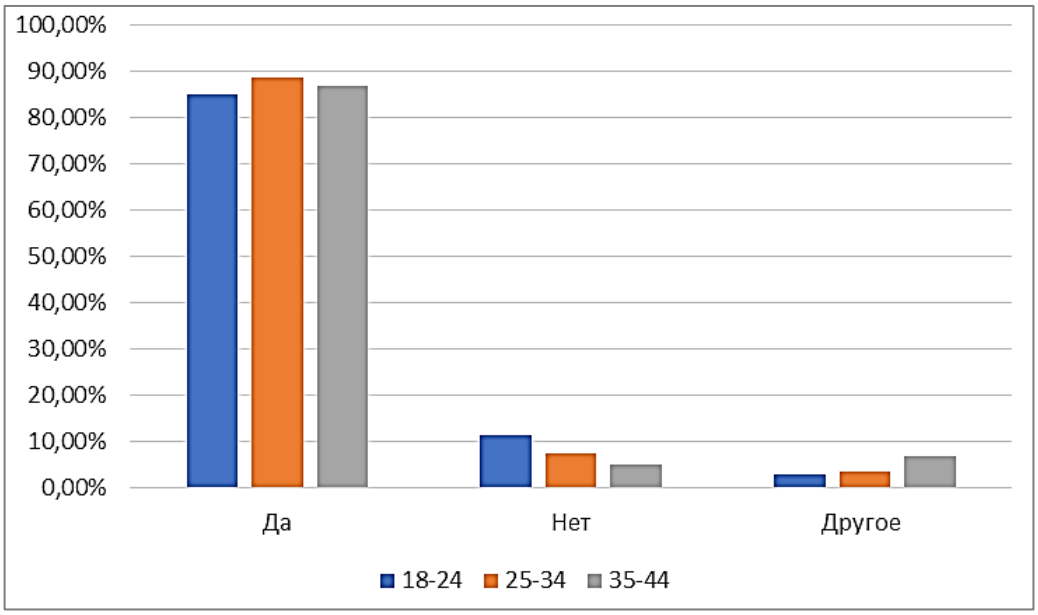


Рисунок 8. Анализ ответов на вопрос: «Знали ли вы о «диете для кормящих мам»?» – в зависимости от возраста респондентов.

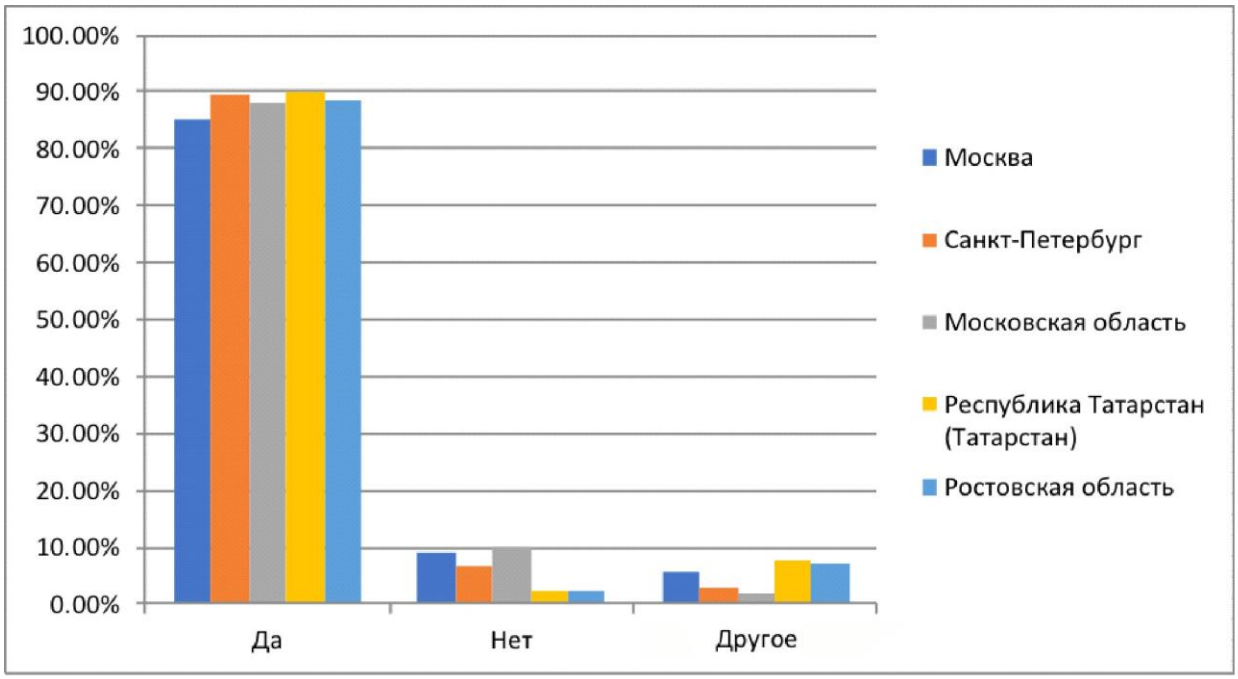


Рисунок 9. Анализ ответов на вопрос: «Знали ли вы о «диете для кормящих мам»?» – в зависимости от региона проживания

И в среднем не более 30% женщин получили эту информацию от врачей.

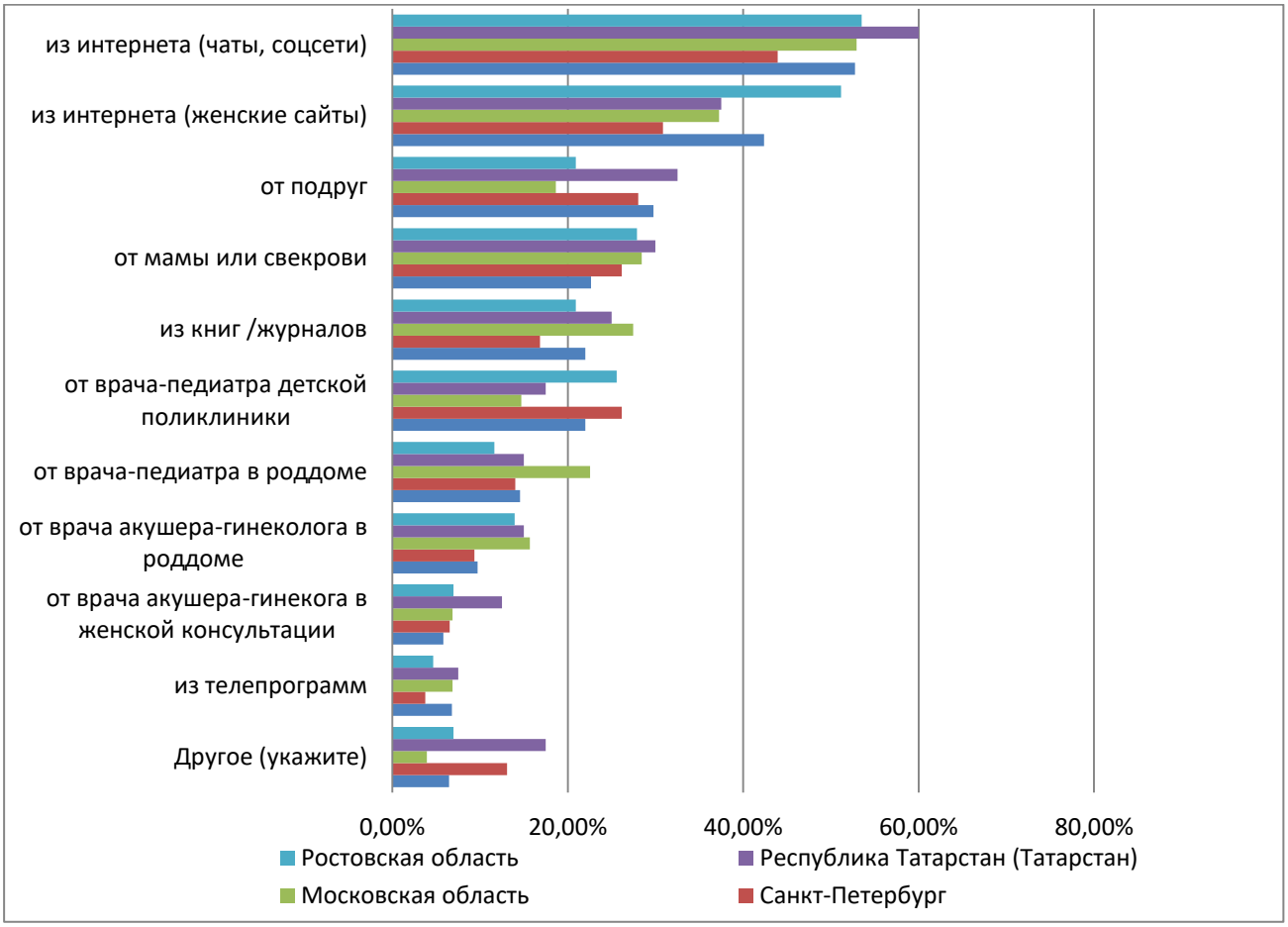


Рисунок 10. Основные источники информации о питании кормящей матери в анкетированной группе

Анализ показал, что женщины, имеющие второго ребенка, более склонны получать рекомендации от врачей, чем матери первенцев, однако все равно основным источником информации остается на сегодня интернет.

Матери со вторым ребенком статистически значимо чаще узнавали про «диету кормящей мамы» от врача-педиатра в родильном доме и от врача-педиатра из детской поликлиники, по сравнению с матерями с первым ребенком ($p<0,001$).

В свою очередь матери с первым ребенком статистически значимо чаще узнавали данную информацию из интернета ($p<0,001$), не медицинских книг /журналов ($p=0,006$), от родственников, подруг ($p<0,001$) (см. таблицу 9).

Однако анализ перечня продуктов, которые респонденты отметили, как «запрещенные» и «разрешенные» в период грудного вскармливания, показал, что

представления о «диете для кормящих матерей» практически не зависят от источника информации.

При этом 48,73%, получивших информацию из интернета и 46,23%, получивших информацию от врачей, выбрали вариант ответа «Я считаю, что можно есть все, но в умеренных количествах» (см. таблицу 10).

Таблица 9. Основные источники информации по питанию во время кормления грудью, которые использовали матери, имеющие одного, двух и более детей (ответы на вопрос: «Из какого источника Вы узнали про «диету кормящей мамы»)

Варианты ответов	**Респонденты**				**p**
	Женщины с первым ребенком (n=833)		**Женщины со вторым и более ребенком (n=442)**		
	N	**%**	**N**	**%**	
от врача акушера-гинеколога в женской консультации	70	8.4%	26	5.9%	0.1
от врача акушера-гинеколога в роддоме	97	11.6%	47	10.6%	0.59
от врача-педиатра в роддоме	130	15.6%	83	18.8%	0.15
от врача-педиатра из детской поликлиники	167	20%	106	24%	0,1
Всего матерей, получивших информацию от врачей	464	55,7%	262	59,3%	0,22
из интернета (чаты, соцсети)	444	53.3%	174	39.4%	<0.001
из интернета (женские сайты)	356	42.7%	119	26.9%	<0.001
Всего матерей, получивших информацию из интернета	800	96%	293	66,3%	<0.001
от мамы или родственников	236	28.3%	77	17.4%	<0.001
от подруг	265	31.8%	56	12.7%	<0.001
из книг /журналов	161	19.3%	94	21.3%	0.41
из телепрограмм	46	5.5%	30	6.8%	0.37
Другое	67	8%	35	7.9%	0.94

Анализ ответов женщин в сопоставлении с актуальными профессиональными рекомендациями по питанию в период кормления грудью, позволил установить, что в целом 69,7% женщин продемонстрировали ложные представления о необходимости исключения из рациона целого ряда продуктов.

Женщины 25-34 лет статистически значимо чаще соблюдали «диету» кормящих мам, чем женщины 35-44 лет (p=0,01) (рис.11).

Таблица 10. Ответы на вопрос: «Как Вы считаете, какие продукты запрещено есть маме во время грудного вскармливания ребенка?» женщин, основным источником сведений назвавших интернет-порталы и врачей. *

Продукты, отмеченные, как запрещенные	Преимущественный источник информации	
	Интернет (n=829)	Врачи (n=318)
Копченое	62,8%	63,5%
Салат с майонезом	58,7%	59,4%
Колбаса	53,3%	54,1%
Шоколад	51,4%	52,5%
Кофе	47,8%	48,7%
Мед	46,7%	47,5%
Соленое	46,2%	46,2%
Мясо жареное	37,8%	34,6%
Зеленый горошек	35,7%	35,8%
Креветки	34,3%	32,1%
Рыба жаренная	33,7%	29,6%
Орехи	30,9%	30,8%
Джем /варенье	27,3%	28,6%
Свежие овощи (капуста, морковь, свекла, огурцы, помидоры, другое)	23,6%	21,1%
Какао	22,8%	23%
Сок	21,2%	18,2%
Свежие фрукты (яблоки, груши, бананы, апельсины, мандарины, манго, другое)	20,5%	19,2%
Бутерброды	17,5%	13,5%
Яйца (омлет, яичница)	12,1%	9,1%
Каша на молоке	11%	8,5%

*в таблице представлены варианты ответов, отмеченные более чем 8% респондентов

Продолжительность соблюдения «диеты» также отличалась в разных возрастных группах (рис. 12).

Важно отметить, что продолжительность лактации не отличалась у матерей, соблюдавших и не соблюдавших диетические рекомендации (рис.13).

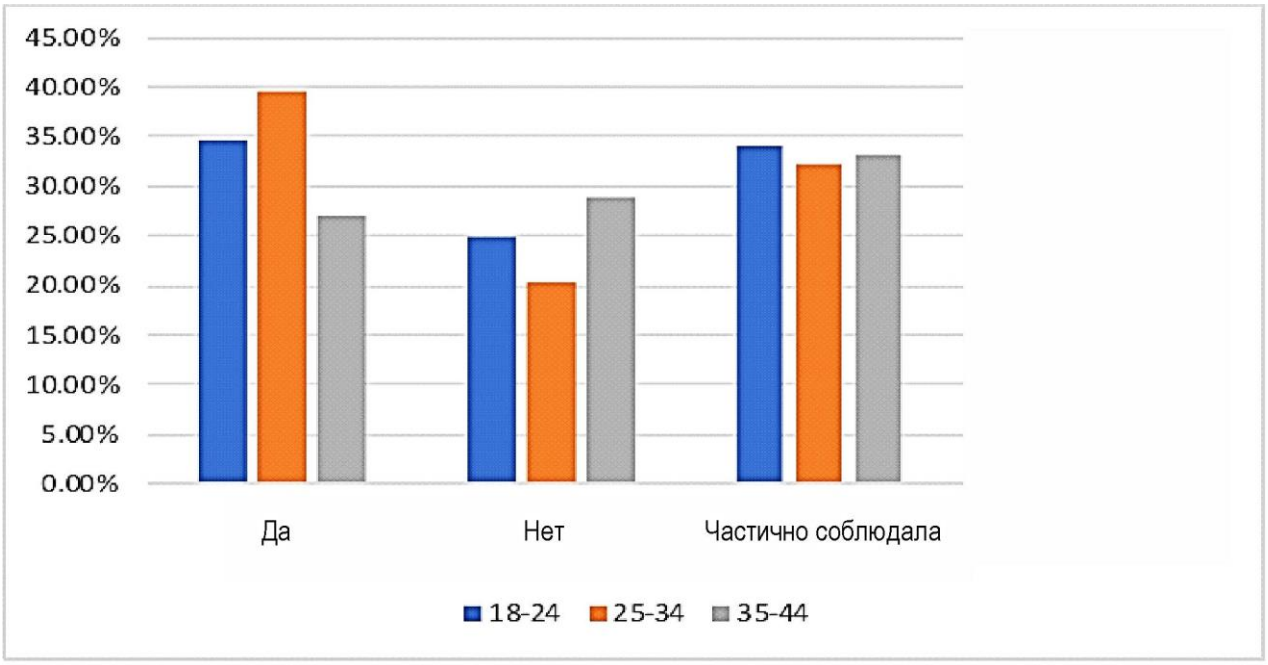


Рисунок 11. Анализ ответов на вопрос: «Соблюдали ли вы специальную диету во время кормления грудью?» в зависимости от возраста респондентов

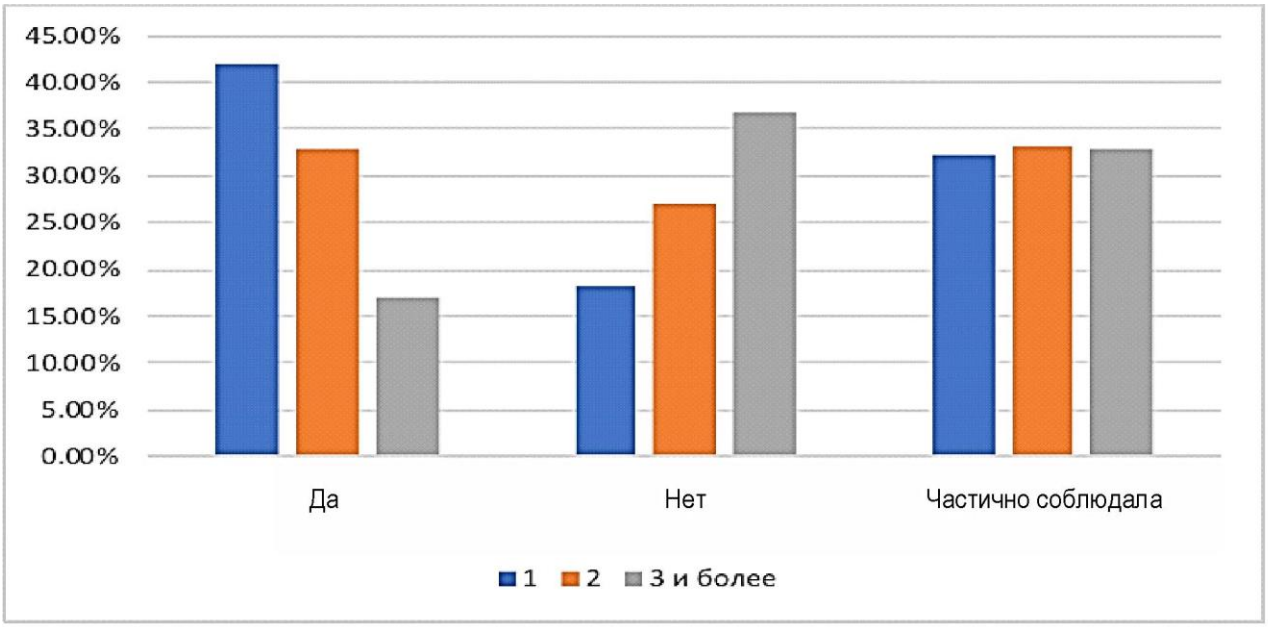


Рисунок 12. Анализ ответов на вопрос: «Соблюдали ли вы специальную диету во время кормления грудью?» в зависимости от числа детей в семье

Более чем половина женщин (55,7%) считали, что при изменении их рациона в период лактации отмечаются реакции со стороны ребенка (рис. 14).

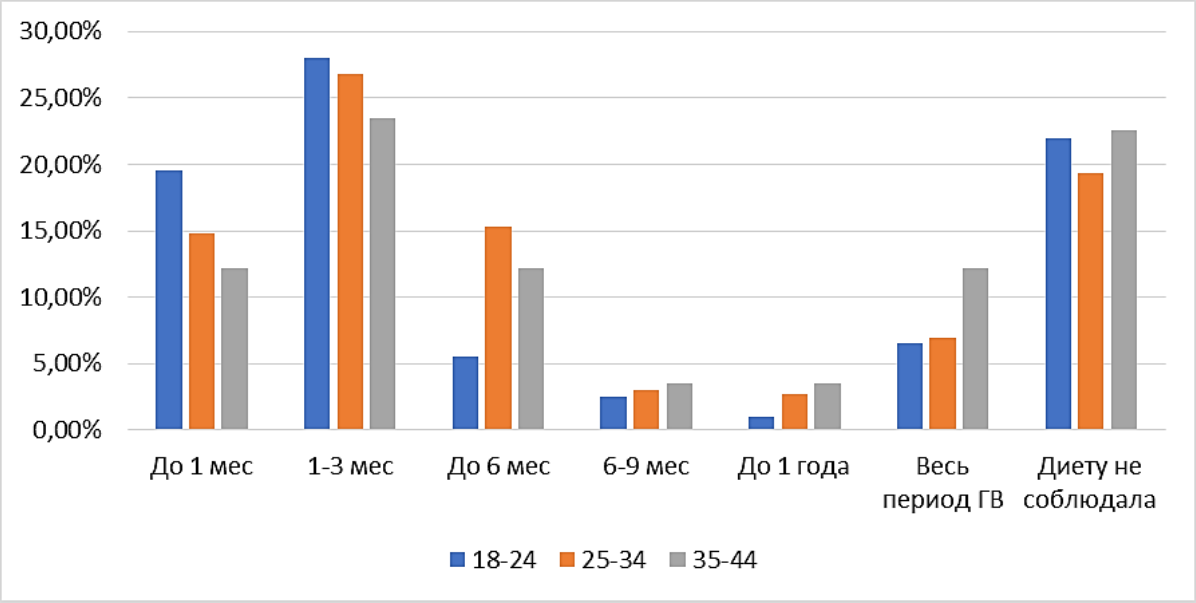


Рисунок 13. Анализ ответов на вопрос «Как долго вы соблюдали диету?» в зависимости от возраста респондентов

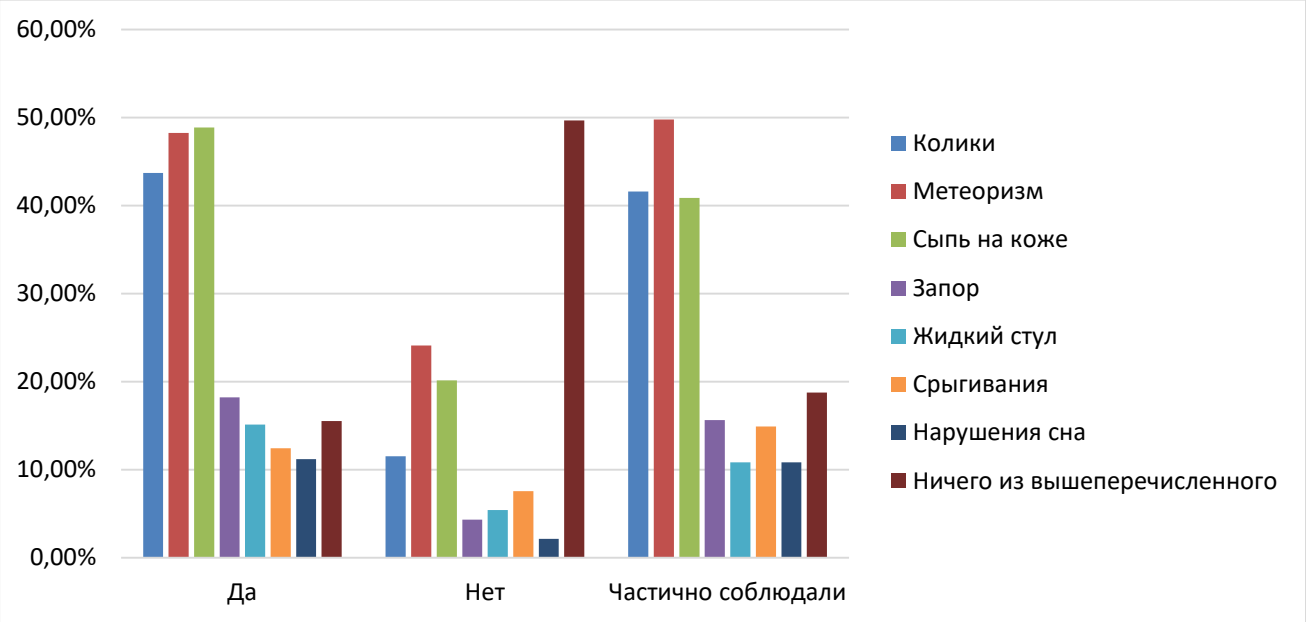


Рисунок 14. Анализ положительных ответов на вопрос: «Замечали ли вы следующие реакции у ребенка при изменении вашего питания?» среди матерей, соблюдавших и не соблюдавших диетические рекомендации

Наиболее часто матери отмечали такие проявления у ребенка, как метеоризм (44,47% опрошенных), аллергические реакции (39,75%), колики (36,89%). Реже назывались запор, срыгивания, жидкий стул, нарушение сна и др.

Частота ответов на этот вопрос анкеты значительно различалась среди матерей, соблюдавших и не соблюдавших диетические рекомендации.

По мнению матерей, наиболее часто дети реагировали на такие изменения в их питании, как включение в рацион большого количества молока и молочных продуктов (25,6%), сладких блюд (22,73%), мучного (17,02%). Реже респонденты отмечали реакции на красные и оранжевые овощи и фрукты, шоколад, острые, копченые и соленые продукты, большое количество сырых овощей и фруктов и др. (табл. 11, рис.15).

Таблица 11. Анализ ответов на вопрос: «Как вы считаете, на какие продукты в вашем питании реагировал ребенок?»

Продукты в питании матери	**Положительные ответы (n=805)**
Много сладкого	22.7%
Много мучного	17%
Много молока и молочных продуктов	25.6%
Кофе	3.3%
Шоколад	11.2%
Острое, копченое, соленое	10.8%
Слишком много сырых овощей и фруктов	8.4%
Ярко-окрашенные овощи и фрукты	12.1%
Не знаю	28.3%
Другое	20.1%

Матери, не соблюдавшие диету, наиболее часто (в 37% случаев) затруднялись ответить на вопрос, с какими продуктами, по их мнению, были

связаны реакции ребенка. Хотя женщины, соблюдавшие диету и «старавшиеся» соблюдать, также более чем в 20% случаев не смогли связать симптомы у ребенка с изменением их питания.

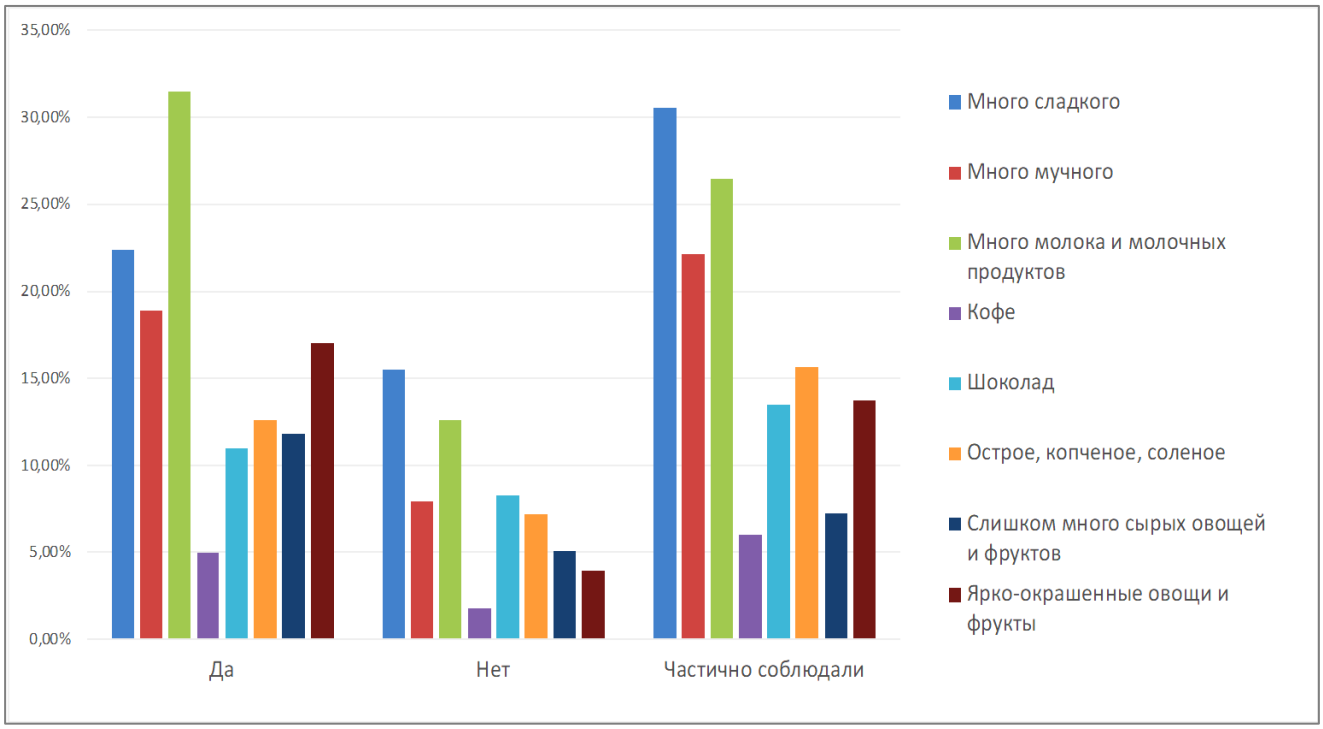


Рисунок 15. Анализ ответов на вопрос: «Как вы считаете, на какие нарушения в вашем питании реагировал ребенок?» среди матерей соблюдавших, не соблюдавших и частично соблюдавших диету

4.2. Социологическое выборочное онлайн-анкетирование женщин с целью выявления наиболее актуальных для женщин вопросов по питанию в период кормления грудью и наиболее частых пробелов в их информированности

Согласно опросу, 86,7 % женщин занимались поиском информации в сети интернет о питании женщины в период кормления грудью, и 51,1% респондентов считают такую информацию в сети интернет недостаточной.

Дополнительно был проведен анализ вопросов по питанию кормящих женщин, ответы на которые они активно искали в интернете (рис. 16). Результаты анализа были учтены при последующем анкетировании и создании информационных материалов.

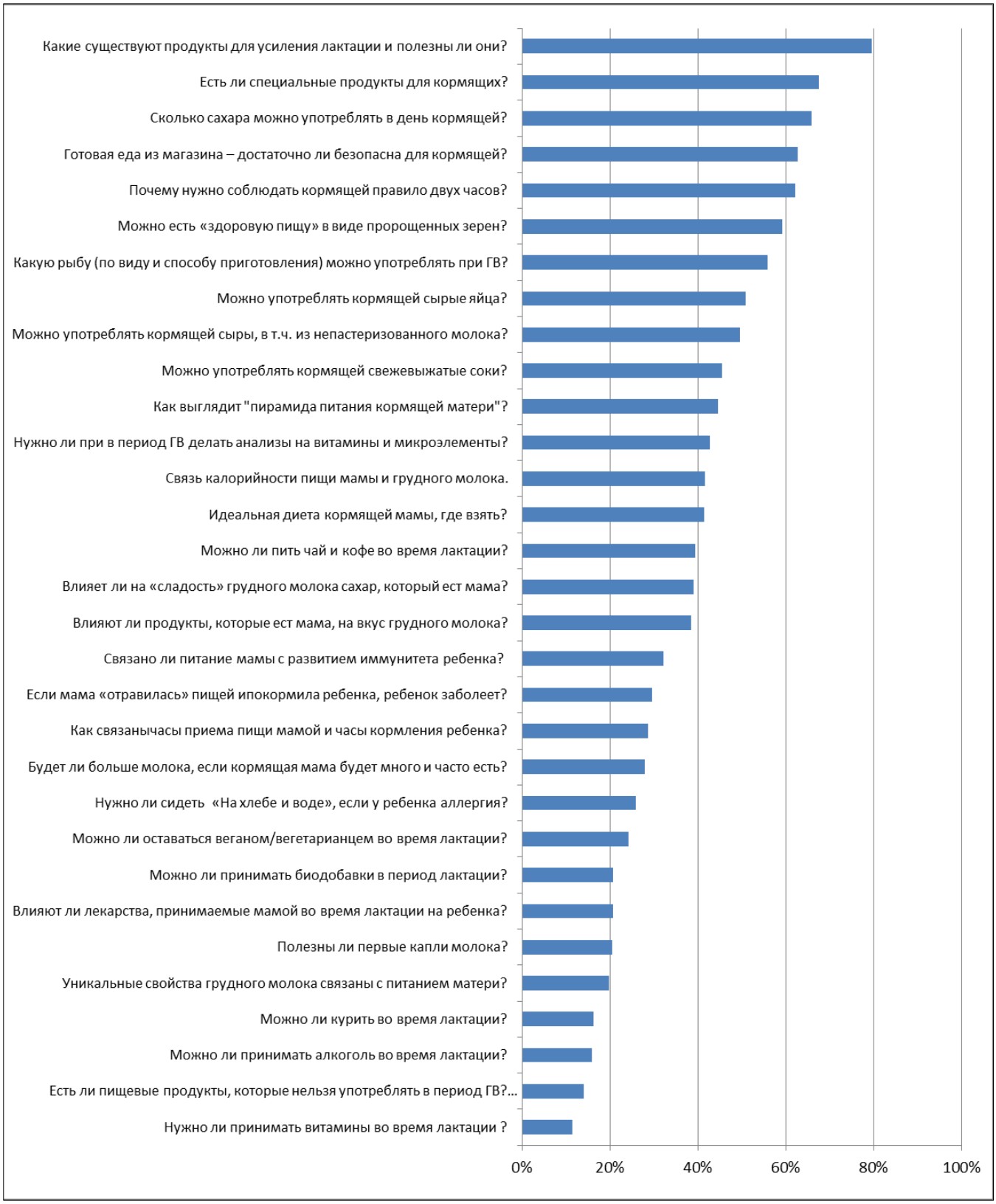


Рисунок 16. Частота положительных ответов на вопрос: «Искали ли вы информацию в интернете, спрашивали совета по этим вопросам?»*

*Примечание: представлены вопросы, ответы на которые наиболее часто женщины активно искали в интернете.

С целью определения вопросов, касающихся питания в период лактации, наиболее интересующих кормящих женщин, проведен опрос 2177 женщин. В результате опроса были выделены 25 вопросов, заданных женщинами с частотой более 20% (табл. 12).

Таблица 12. Вопросы в отношении формирования рациона в период лактации, с наибольшей частотой выбранные женщинами как наиболее актуальные

Какие существуют продукты для усиления лактации и полезны ли они для здоровья мамы?	91,4%
Нужно ли принимать витамины во время беременности и лактации для улучшения здоровья матери?	88,7%
Нужно ли принимать витамины во время беременности и лактации для лучшего развития ребенка?	85,5%
Есть ли пищевые продукты, которые нельзя употреблять во время лактации? Почему?	84 %
Можно ли принимать алкоголь во время лактации?	81,4%
Нужно ли принимать витамины во время лактации для повышения качественного состава молока?	67,5%
Связаны ли уникальные свойства грудного молока с питанием кормящей матери?	62,7%
Связано ли питание мамы с развитием иммунной системы ребенка?	62,1%
Можно ли следовать веганской/вегетарианской диете во время лактации?	50,9%
Влияют ли лекарства, принимаемые мамой во время лактации, на состав грудного молока?	50,5%
Идеальная диета кормящей мамы. Как ее составить?	39,4%
Нужно матери ли в периоде лактации делать анализ крови на какие-либо витамины и микроэлементы?	39,1%
Можно ли принимать алкоголь во время лактации?	38,4%
Можно ли курить во время лактации?	37,6%
Можно ли употреблять беременной и кормящей женщине продукты из непастеризованного молока?	33,3%
Чем опасен фаст-фуд для кормящих женщин?	32,1%
Нужно ли сидеть кормящей маме «на хлебе и воде», если у ребенка часты проявления аллергии после кормления?	31,2%
Будет ли больше молока, если кормящая мама будет много и часто есть?	29,6%
Как связаны по времени часы приема пищи мамой и часы кормления ребенка?	28,5%
Влияют ли продукты, которые ест мама, на вкус грудного молока?	28,3%
Влияет ли на «сладость» грудного молока сахар, который ест мама?	27,8%
Можно ли пить чай и кофе во время лактации?	26,2%
Есть ли связь между калорийностью пищи мамы и калорийностью грудного молока?	26%
Интересовались ли вы пирамидой питания кормящей матери?	25,6%
Можно ли употреблять кормящей маме свежевыжатые соки?	25,2%

При ответе на дополнительный вопрос: «В каком виде вы предпочитаете использовать рекомендации по питанию беременных и кормящих?» большинство женщин выбрали электронную версию в Интернете (78,5%). Бумажный носитель выбрали 42,4% (рис. 17). Интересно отметить, что 36,1% всех опрошенных предпочли бы иметь бумажный носитель и электронный вариант рекомендаций.

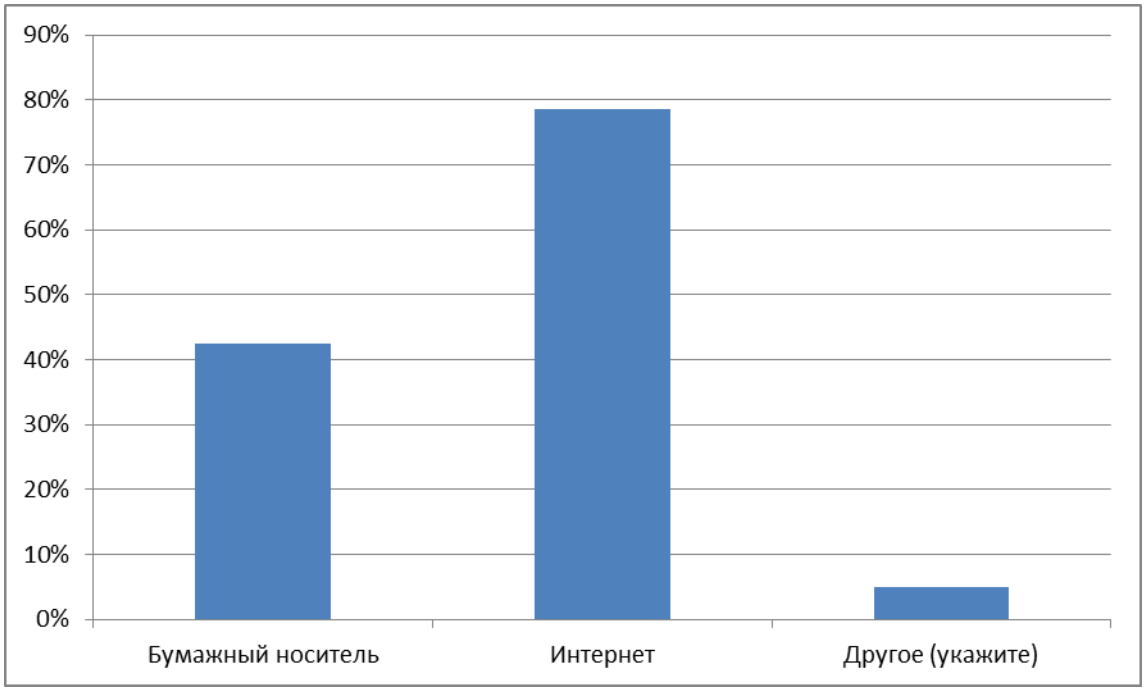


Рисунок 17. Ответы на вопрос: «В каком виде вы предпочитаете использовать рекомендации по питанию беременных и кормящих?»

С учетом результатов анкетирования были созданы рекомендации по питанию женщин в период лактации [15], в том числе их электронная версия, и на следующих этапах работы была проведена оценка эффективности их применения в комплексе мер поддержки грудного вскармливания.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что представления женщин о правильном питании в период лактации лишь в определенной степени соответствуют современным взглядам на здоровое питание и включают ряд заблуждений. Важно отметить, что большинство женщин при этом получают информацию не от врачей родильного дома, женской консультации или детской поликлиники, а из немедицинских интернет-порталов и сайтов. Независимо от источника информации, почти половина женщин на

вопрос: «Как вы считаете, какие продукты запрещено есть маме во время грудного вскармливания ребенка?» выбрали вариант ответа «можно все, но в умеренных количествах». Однако в список запрещенных продуктов неожиданно часто (более 30% ответов) попали мед, креветки, орехи; а также свежие овощи (более 20%). Однако важно отметить, что более опытные матери больше доверяли врачам – женщины со вторым ребенком и более статистически значимо чаще получали информацию о питании от врача-неонатолога в родильном доме и от врача-педиатра детской поликлиники, по сравнению с матерями с первым ребенком ($p<0,001$). В свою очередь матери с первым ребенком статистически значимо чаще узнавали данную информацию из интернета ($p<0,001$), немедицинских книг /журналов ($p=0,006$), от своих родственников и подруг ($p<0,001$).

86,7 % женщин занимались активным поиском информации о питании женщины в период кормления грудью в сети Интернет, и 51,1% респондентов считали такую информацию в сети Интернет недостаточной.

Ненадежные источники информации, которые используют женщины, неуверенность в необходимости выполнения рекомендаций, формируют часто необоснованные страхи в отношении влияния питания матери на появление различных симптомов у ребенка, что наиболее характерно для молодых матерей, имеющих первого ребенка. Формирование ложных представлений и страхов может приводить к нарушению взаимодействия между матерью и ребенком, стрессу и, как результат, – сокращению лактации. Очевидно, что на сегодня актуально дать практикующим врачам и матерям более четкие и ясные рекомендации в отношении здорового питания кормящей женщины, а также простые и понятные алгоритмы действий при появлении каких-либо симптомов у ребенка, предположительно связанных с питанием матери.

ГЛАВА 5. АКТУАЛИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПИТАНИЮ ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ВЕРСИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ В КОМПЛЕКСЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ОТКРЫТЫЙ РОДДОМ»

5.1. Анализ действующих рекомендаций по питанию во время беременности и кормления грудью

Настоящая глава посвящена анализу действующих в Российской Федерации рекомендаций по питанию беременных и кормящих женщин, а также ряда международных документов, с учетом которых они сформированы. Материалы главы представлены в двух публикациях [40, 13].

В настоящее время в Российской Федерации одновременно действует несколько методических и клинических рекомендаций, разработанных всероссийскими сообществами и организациями, лидерами прогрессивного научного мнения, задающими определенные стандарты качества оказания медицинской помощи, также несколько программ и руководств, а также учебных пособий для студентов и аспирантов вузов, в которых даны рекомендации по питанию женщин в период беременности и кормления грудью (см. таблицу 13).

Все перечисленные документы разработаны сообществами нутрициологов, педиатров и акушеров-гинекологов, носят информационно-методический характер и предназначены для использования в практике врачами различных специальностей, организаторами здравоохранения, специалистами организаций федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, средним медицинским персоналом. Дополнительно в анализ включены несколько отечественных руководств [27, 46, 66] и методические рекомендации [56]. Несмотря на то, что в целом приведенные документы носят согласованный характер, рекомендации, касающиеся применения витаминов и минеральных веществ в питании беременных, до последнего времени носили не однозначный и даже противоречивый характер.

Так, рекомендации акушеров-гинекологов по использованию микронутриентов в питании беременных женщин базируются на принципиально других принципах и исходят из того, насколько дополнительный прием того или иного микронутриента может снизить риск акушерских и перинатальных осложнений, не заостряя внимание на микронутриентном статусе женщины.

Таблица 13. Действующие в Российской Федерации нормативно-методические рекомендации по питанию женщин

Документ, год издания	Статус документа	Разработчик
Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации [56], 2021	Методические рекомендации	Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 22 июля 2021 г.)
Нормальная беременность [38], 2020	Клинические рекомендации	Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) (одобрено Научно-практическим советом Минздрава РФ)
Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации [55], 2019	Методические рекомендации	ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей [54], 2016	Методические рекомендации	ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» Минздрава России
Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике) [57], 2017	Национальная программа	Союз педиатров России
О применении специализированных диетических лечебных и диетических профилактических продуктов питания витаминно-минеральных комплексов (ВМК) [53], 2019	Методические рекомендации	Профильная комиссия по диетологии Минздрава России
Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство [58], 2021	Национальное руководство	ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»

В таблице 14 представлены рекомендации по использованию микронутриентов в питании беременных женщин.

Таблица 14. Сравнение рекомендаций и доз дополнительного суточного приема отдельных микронутриентов беременными в различных методических пособиях

Микронутриент	Клинические рекомендации МЗ РФ «Нормальная беременность» [38]	FIGO, 2019 г. [23, 118]	ВОЗ[19]
Фолаты	400 мкг (до 12 нед)	400 мкг в 1 триместр, 600 мкг во 2 и 3 триместр, но не более 600 мкг	400 мкг
Витамин D	при риске недостатка 10 мкг (400 МЕ)	250-600 МЕ в составе ВМК в форме D3	Не рекомендовано
Кальций	1000 мг при риске ПЭ и потреблении < 600 мг	в составе ВМК	1,5-2 г при сниженном потреблении кальция с пищей
Железо	Не рекомендовано при нормальном уровне гемоглобина	30 мг, при Hb < 110, 30-120 мг (дробно с витамином С)	30-60 мг
Йод (калия йодид)	**200 мкг**	150 мкг в составе ВМК	–**
Цинк	–	в составе ВМК	Рекомендовано при определенных условиях (научные исследования)
Витамин А	**Не рекомендовано**	Не более 1500 МЕ в составе ВМК в форме бета-каротина	Рекомендовано в районах, где дефицит витамина А является серьезной проблемой
Витамин С	**Не рекомендовано**	–	Не рекомендовано
Витамин Е	**Не рекомендовано**	**Не рекомендовано**	Не рекомендовано
ВМК, содержащие 13-15 микронутриентов ***	Не рекомендовано	Рекомендовано	Рекомендовано в странах с высокой распространенностью дефицита микронутриентов

Примечания:
Прочерк (–) – рекомендации отсутствуют.
* FIGO (Federation of Gynecology and Obstetrics) – Международная федерация гинекологии и акушерства.
** В большинстве стран мира используется обязательное законодательно регламентируемое йодирование пищевой соли.

[19] WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2017. http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2017/10/recomendatcii-voz-po-okazaniju-dorodovoj-pomoschi.pdf

*** ВМК, предназначенные для беременных женщин и содержащие 13-15 различных микронутриентов, в том числе железо и фолиевую кислоту, не более одной суточной дозы в сутки.

В 2019 г. вышли новые рекомендации FIGO [23, 118], в которых всем беременным женщинам рекомендуется ежедневно принимать ВМК, специально предназначенные для беременных женщин и содержащие стандартные дозы микронутриентов, соответствующие физиологической потребности. Отдельные витамины и минеральные вещества в более высоких дозах рекомендовано принимать только тем женщинам, у которых имеются клинические признаки дефицита соответствующего микронутриента. Если концентрация ретинола в плазме крови менее 0,7 мг/дл, рекомендуется принимать витамин А в дозе 3 мг/сутки (10000 МЕ/сутки), но не превышать эту величину. Если концентрация 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) в плазме крови не достигает 20 нг/мл, рекомендован прием 1000-2000 МЕ витамина D_3.

В п. 3.3 «Назначение витаминов и пищевых добавок» клинических рекомендаций «Нормальная беременность» [38] в отношении ВМК написано: «Беременной пациентке группы низкого риска авитаминоза не рекомендовано рутинно назначать прием поливитаминов». Следует отметить, что авитаминоз – это самая глубокая стадия дефицита витаминов с наличием выраженных клинических признаков. Для населения нашей страны он не характерен, а характерны состояния полигиповитаминозов.

Во всех рекомендациях и руководствах по питанию, разработанных с участием отечественных нутрициологов, рекомендуется обогащение рациона беременных и кормящих женщин путем включения в него ВМК или обогащенных микронутриентами специализированных пищевых продуктов.

В соответствии с МР «О применении специализированных диетических лечебных и диетических профилактических продуктов питания витаминно-минеральных комплексов (ВМК)» помимо обычных ВМК в медицинских организациях, санаториях в качестве компонента готовых блюд могут

использоваться порошкообразные ВМК в дозах 50-100% от рекомендуемого потребления [53].

В рекомендациях ВОЗ Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders [208] было отмечено, что йодирование соли является безопасной и эффективной стратегией по профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода. В соответствии с новыми рекомендациями FIGO [118] всем беременным женщинами рекомендовано использование йодированной соли, содержащей 95 мкг йода в 1 чайной ложке (5 г). В отличие от других стран мира, в России до сих пор отсутствует закон об обязательном йодировании пищевой соли. Поэтому прием йода в составе ВМК и использование йодированной соли представляется весьма обоснованным, так как у большинства населения имеется недостаток этого микроэлемента [52]. В странах, где осуществляется программа обязательного йодирования соли, такая мера, как использование йодированной соли вместо обычной обеспечивает достаточную обеспеченность йодом кормящих женщин и их младенцев, получающих йод через грудное молоко [168].

Таким образом, мнения о необходимости назначения отдельных витаминов и минеральных веществ беременным женщинам принципиально отличаются у нутрициологов и акушеров-гинекологов, так как основываются на разных критериях.

Основанием для отказа от назначения беременным женщинам ВМК послужили результаты одного из метаанализов исследований, проведенных в странах с высоким уровнем дохода [211], не выявившего ассоциации между потреблением поливитаминов женщинами и риском неблагоприятных исходов родов (преждевременные роды, низкий вес ребенка при рождении, малый для гестационного возраста, мертворождение, неонатальная смерть, перинатальная смертность и какие-либо врожденные аномалии).

В 2019 г. и 2020 г. были опубликованы новые метаанализы Кокрейна, согласно которым ВМК, содержащие витамин B_9 (фолиевую кислоту) и железо, имеют преимущество перед использованием только сочетания железа и фолиевой

кислоты в профилактике осложнений беременности и перинатальных исходов, таких как рождение детей с очень низкой массой тела при рождении, задержка внутриутробного роста, ранние преждевременные роды [142, 167]. В 2019 г. в результате анализа накопленных сведений FIGO [23, 118] рекомендовали беременным женщинам рутинный прием ВМК, специально предназначенных для беременных.

Важно отметить, что содержание микронутриентов в ВМК для беременных и кормящих женщин, официально зарегистрированных в России в качестве БАД к пище, не превышает норму физиологической потребности женщин в этот период. Еще в 1999 г. ВОЗ (World Health Organization) и ЮНИСЭФ (United Nations University & United Nations Children's Fund (UNICEF)) были разработаны международные универсальные рекомендации по составу ВМК для беременных женщин (UNIMMAP – The United Nations International Multiple Micronutrient Antenatal Preparation). В рекомендованный состав входят 9 витаминов (A, D, C, B_1, B_2, B_6, PP, B_{12}, фолиевая кислота) и 5 микроэлементов (Fe элементное, Zn, Cu, Se, I). Было установлено, что риск превышения верхнего безопасного уровня потребления (UL) микронутриентов во время беременности за счет суммарного потребления из стандартной диеты и ВМК, составленного в соответствии с UNIMMAP, крайне низок [120]. Поскольку прием витамина А в высоких дозировках (более 700 мкг) сопровождается увеличением риска тератогенного эффекта [25], как правило, в составе ВМК в качестве источника витамина применяют не сам витамин, а провитамин А – бета-каротин, который в организме превращается в витамин А, а иногда их смесь. Доказано, что прием ВМК, специально предназначенных для беременных, улучшает обеспеченность витаминами и снижает относительное количество женщин с полигиповитаминозом [8].

Прием многокомпонентных ВМК по сравнению с добавкой железа с фолиевой кислотой привел к улучшению исходов родов, в том числе по таким параметрам, как преждевременные роды, недоношенность для гестационного возраста и низкая масса тела ребенка при рождении, улучшению состояния детей

(снижение частоты диареи и более высокие концентрации ретинола в крови) [167], особенно у женщин с недостатком тех или иных микронутриентов [97].

Таким образом, различные согласительные документы, включающие рекомендации по питанию беременных и кормящих женщин, разработаны сообществами нутрициологов, педиатров и акушеров-гинекологов, и в целом приведенные документы носят согласованный характер. Однако рекомендации, касающиеся применения витаминов и минеральных веществ в питании беременных, имеют однозначный и даже противоречивый характер. Так, рекомендации акушеров-гинекологов по использованию микронутриентов в питании беременных женщин базируются на принципиально других принципах и исходят из того, насколько дополнительный прием того или иного микронутриента может снизить риск акушерских и перинатальных осложнений, не заостряя внимание на микронутриентном статусе женщины. В то же время все методические рекомендации и практические руководства нутрициологов указывают на необходимость приема беременными и кормящими женщинами многокомпонентных ВМК. Такие различия обусловлены различиями в используемых критериях эффективности ВМК.

Нутрициологи в качестве показателей эффективности приема ВМК используют показатели обеспеченности организма микронутриентами (концентрация микронутриентов в крови и/или моче). Коррекция микронутриентной недостаточности у беременных и кормящих женщин направлена на обеспечение соответствия между потребностями в витаминах и их поступлением с пищей. Для устранения или профилактики полигиповитаминоза, т.е. факторов риска нежелательных последствий при беременности, необходим прием ВМК, содержащих витамины и минеральные вещества в количествах, близких к физиологической потребности. Прием ВМК в течение беременности и кормления грудью улучшает обеспеченность витаминами женщин, в рационе которых имеется их недостаток. В конечном итоге такая профилактика снижает риск врожденных дефектов развития, обусловленных дефицитом витаминов, повышает количество и качество (по содержанию витаминов и минеральных

веществ) грудного молока и, как следствие, позволяет покрыть потребности новорожденного ребенка в эссенциальных микронутриентах.

Доказано, что прием ВМК, специально предназначенных для беременных и кормящих женщин, содержащих физиологические дозы микронутриентов, в течение всей беременности и кормления грудью улучшает обеспеченность витаминами беременных женщин (среди женщин, постоянно принимающих поливитаминные комплексы, дефицит витаминов выявляется реже или не обнаруживается вовсе), а впоследствии повышает количество и качество грудного молока (содержание витаминов, йода и селена) и, как следствие, обеспеченность ребенка эссенциальными микронутриентами [44].

Таким образом, необходима гармонизация между собой профессиональных рекомендаций. Актуальная научная информация в отношении важности микронутриентной обеспеченности женщин в период беременности и кормления грудью должна быть включена как в новые отечественные согласительные документы, так и в информационные материалы, предназначенные для самих женщин.

5.2. Изучение эффективности использования электронной версии рекомендаций по питанию женщин в период кормления грудью

В анализ эффективности использования электронной версии рекомендаций по питанию были включены результаты анкетирования женщин и медицинская документация детей 181 пары «мать-ребенок». Рекомендации были размещены на сайте «Центра будущих и состоявшихся родителей «Выбор родителей» в 2020 г. Материалы данной главы опубликованы в двух статьях [18, 14].

Анкеты заполнялись дважды, в начале исследования и через 30 дней и содержал вопросы о семейном аллергологическом анамнезе, наличии у ребенка клинических реакций на пищевые продукты, характере вскармливания ребенка, длительности плача, наличии и объеме срыгивания у ребенка (приложение 2 и 3). Также респондентам были заданы вопросы, характеризующие отношение к анкете и ее эффект по шкале от 1 до 5 баллов, где 1 балл – низкая оценка, 5 баллов –

высокая оценка (приложение 4). Анкета заполнялась матерями в начале исследования и через 30 дней.

В исследование включались пары «мать-ребенок». Критериями включения были наличие грудного вскармливания, возраст ребенка не менее 28 дней, согласие принять участие в исследовании, отсутствие органической патрологии у ребенка согласно данным медицинской документации. У всех детей до и после исследования учитывали такие показатели, как масса тела, прибавка массы тела за последнюю неделю, длительность плача, а также частота и объем срыгиваний, характер стула. Возраст матерей на момент включения в исследование в среднем составил 32 года, возраст детей – 2 месяца (табл. 15).

При включении в исследование женщины получали онлайн консультирование специалиста по поддержке грудного вскармливания, а также запрашивались выписки из медицинских карт наблюдения за детьми. У 67 детей (37%) недельная прибавка массы тела оказалась на границе нормальных значений или ниже ее, что позволило заподозрить или диагностировать гипогалактию [5]. Подозрение на гипогалактию имело место в 56 случаях (30,9%): недельная прибавка массы тела у 39 детей в возрасте до 3 месяцев жизни находилась в пределах 175-180 г, у 17 детей в возрасте 3-6 месяцев жизни – в пределах 115-120г. Гипогалактия диагностирована в 11 случаях (6,1%): недельная прибавка массы тела у 8 детей в возрасте до 3 месяцев жизни была ниже 175 г/неделю, у 3 детей в возрасте 3-6 месяцев жизни – ниже 115 г/неделю.

В зависимости от показателя недельной прибавки массы тела у детей, кормящие женщины были разделены на 2 группы:

- женщины с достаточным объемом лактации (**группа А**, n=114);
- женщины с гипогалактией или подозрением на гипогалактию (**группа В**, n=67).

Женщинам с гипогалактией и с подозрением на гипогалактию при первичной консультации был рекомендован специализированный продукт для стимуляции лактации.

Таблица 15. Характеристика диад «мать-ребенок» на момент включения в исследование

Параметр	**Min-max**	**M±SD**	**Me (25;75)**
Возраст матерей, лет	21-42	31,7±4,5	32 (29; 34)
Возраст детей, дней	28-120	57,3±35,5	60 (30; 90)
Показатели массы тела детей на момент включения в исследование, г	1445-8300	5062±1211	5000 (4130; 5800)

Возраст матерей и детей, а также масса тела детей на момент включения в исследование между группами, в которых применялось и не применялось специализированное питание, значимо не отличались (см. таблицу 16).

72,9% детей до исследования получали исключительно грудное вскармливание, 27,1% – смешанное вскармливание.

Анализ данных по группам показал, что в группе А частота смешанного вскармливания составила 31,6%, а в группе В – 19,4%. При этом значимость различий между группами носила характер тенденции (p=0,076).

Отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям имел место в 34,2% случаев, наиболее часто встречалась пищевая аллергия (11%), в меньшем числе – поллиноз (7,2%), аллергия на эпителий животных (5%), пылевых клещей (1,1%), древесину (0,5%), лекарственная аллергия (2,7%), фотодерматит (0,5%), отек Квинке и аллергия с неуточненной этиологией (4,4%).

На момент включения в исследование 39,2% матерей отметили наличие у своих детей высыпаний на коже аллергического характера.

Длительность плача у 47,5% детей до исследования превышала 1 час. Из них в 11 случаях (6,1%) длительность плача у детей превышала 3 часа в сутки.

Длительность плача между группами детей в начале исследования статистически значимо не различалась. В то же время дети, у которых длительность плача составила больше 3 часов в сутки (16,5%), входили только в группу В. При этом, согласно Римским критериям IV пересмотра, длительность плача более 3 часов в сутки может говорить о наличии у ребенка кишечных колик [6].

Частота срыгивания у детей в начале исследования в общей выборке составляла от 0 до 2 эпизодов в сутки лишь у половины детей (49,7%), а частота срыгивания более 5 раз в сутки – в 22,1% случаев. Значимых различий по частоте и объему срыгиваний между группами детей до исследования не было.

При повторном анкетировании через 30 дней выявлено, что сохранить грудное вскармливание удалось в 96,7% случаев в целом среди обеих обследованных групп. При этом значимых различий по частоте грудного вскармливания между группами как до, так и после исследования не выявлено. Также не найдены различия внутри групп в 1-й и 30-й дни исследования.

Согласно ответам на вопросы, характеризующим отношение к разработанным нами рекомендациям по питанию, 96,1% респондентов оценили их как полезные и эффективные. Через 30 дней от начала использования разработанных рекомендаций выросло число женщин, высоко оценивающих свой уровень знаний по питанию в период лактации (на 4-5 баллов), с 38,7% до 86,7%. Участницы опроса высоко оценили эффективность электронных рекомендаций: в 82,9% случаев женщины сумели успешно скорректировать рацион, а в 81,2% случаев – расширить его.

Оценка динамики массы тела у детей продемонстрировала нормальные показатели у детей обеих групп, однако прибавка веса у детей группы В оказалась значимо выше, чем у детей группы А (табл. 16), что продемонстрировало эффективность включения в рацион женщин специализированного продукта.

При оценке длительности плача во второй точке исследования (через 30 дней) была показана значимая положительная динамика: выявлены увеличение доли детей с длительностью плача менее 1 часа с 52,5% до 75,7% ($p<0,001$) и снижение доли детей с длительностью плача в пределах 1-1,5 часов в сутки с 26,5% до 12,7% ($p<0,001$). Более того, через 30 дней после начала исследования у всех детей продолжительность плача составляла не более 2 часов.

Анализ длительности плача во второй точке не выявил статистически значимых различий между группами. При этом анализ внутри групп в первой и второй точках исследования показал наличие значимых различий. Так, доля детей

в группе А, у которых длительность плача составляла менее 1 часа, значимо возросла с 57% до 78,9% (p<0,001).

Таблица 16. Характеристика групп на момент включения в исследование и динамика прибавки в массе тела у детей

Параметр	Группа А (n=114)			Группа В (n=67)			p
	Min-max	M±SD	Me (25;75)	Min-max	M±SD	Me (25;75)	
Возраст матерей, лет	21-42	32±4,9	32 (29; 35)	22-40	31,1±3,6	31 (28,5; 33)	0,21
Возраст детей, дней	28-120	56±34,1	60 (28; 75)	29-120	59,5±37,8	60 (30; 90)	0,66
Масса тела детей на момент включения в исследование, г	3200-8300	5249±1168	5200 (4430; 5950)	1445-8200	5029±1247	5050 (4100; 5875)	0,28
Прибавка в массе тела у детей, г	710-925	818±52	820 (780; 855)	780-1100	903±95	900 (807; 970)	<0,001

Доля детей в группе В, у которых длительность плача составляла менее 1 часа, также возросла, однако изменения не носили значимый характер.

Частота и объем срыгиваний на 30 день исследования уменьшились: значимо возросла доля детей, у которых частота регургитаций не превышала 2 эпизодов в сутки, с 49,7% до 66,3% (p=0,046).

При этом доля детей, которые срыгивали более 3 раз в сутки, значимо сократилась с 50,3% до 33,7% (p=0,018). Анализ частоты и объема срыгивания на 30 день исследования не выявил статистически значимых различий между по группами А и В.

Анализ внутри групп в 1-й и 30-й дни исследования показал наличие различий. Так, значимо снизилась доля детей в группе А, у которых частота срыгиваний превышала 3 эпизода в сутки (p<0,001).

Доля детей в группе В, у которых частота регургитаций составляла до 2 эпизодов в сутки, значимо возросла с 58,2% до 70,1% (p=0,028). Также значимо

снизилось число детей, у которых частота эпизодов срыгивания была выше 3 в сутки (p<0,001).

При оценке длительности плача во второй точке исследования (через 30 дней) была показана значимая положительная динамика: выявлены увеличение доли детей с длительностью плача менее 1 часа с 52,5% до 75,7% (p<0,001) и снижение доли детей с длительностью плача в пределах 1-1,5 часов в сутки с 26,5% до 12,7% (p<0,001).

Более того, через 30 дней после начала исследования у всех детей продолжительность плача составляла не более 2 часов, статистически значимой динамики в характере стула у детей, согласно Бристольской шкале, в общей выборке не было (рис. 18).

Также не выявлено статистических значимых различий в характере стула внутри обследованных групп и между группами детей.

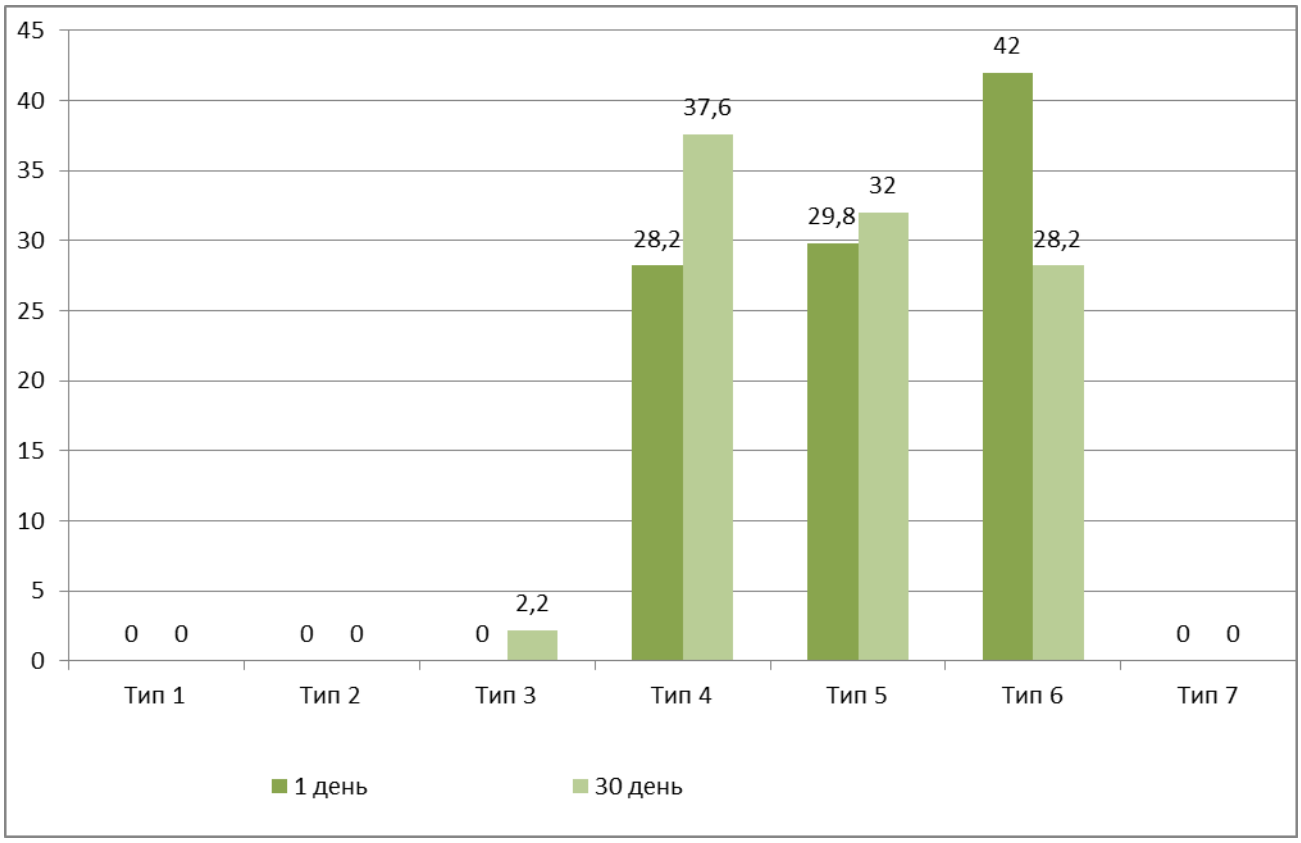


Рисунок 18. Динамика изменений характера стула у детей

5.3. Оценка качества жизни женщин в период лактации

Оценка качества жизни женщин в период лактации показала значимую положительную динамику в отношении показателя «Физическое и психологическое благополучие» у всех участниц исследования в целом (p=0,020) и у женщин группы В (p=0,004). Полученные данные представлены в таблицах 17 и 18.

Значимых различий между группами по качеству жизни в 1-й и 30-й дни не выявлено.

Важно также отметить эффективность использования специализированного продукта для кормящих женщин. За время наблюдения также не было отмечено нежелательных явлений, связанных с приемом продукта.

Большая часть женщин, получавших специализированный продукт для кормящих матерей (94%), положительно оценили вкус продукта и продолжили применять его после завершения исследования.

Таблица 17. Оценка качества жизни всех матерей в 1-й и 30-й дни исследования

Показатель	**1-й день**			**30-й день**			**p**
	Min-max	**M±SD**	**Me (25;75)**	**Min-max**	**M±SD**	**Me (25;75)**	
Качество жизни	2-5	3,7±0,8	4 (3;4)	2-4	3,6±0,7	4 (3,7;4)	0,46
Удовлетворенность состоянием здоровья	2-5	3,5±0,9	4 (3;4)	1-5	3,31,0	4 (2,7;4)	0,56
Физическое и психологическое благополучие	12-28	23,1±4,0	24 (20,7;26,2)	17-34	25±4,0	25 (23;27)	**0,020**
Самовосприятие	14-25	19,9±3,0	21 (18;21,2)	15-26	20,1±2,8	20 (17,7;22)	0,77
Микросоциальная поддержка	4-14	10,2±2,7	11 (9,5;12)	3-15	10,2±3,0	11 (8,7;12)	0,96
Социальное благополучие	17-31	27,0±3,4	28 (25,7;29,2)	14-35	26,5±4,8	29 (23,7;29,2)	0,74
Общая оценка качества жизни	54-103	87,4±11,7	88 (82,5;95,5)	56-119	88,4±14,1	91 (76,7;98)	0,73

Таблица 18. Оценка качества жизни матерей в группе В в 1-й и 30-й дни исследования

Показатель	1-й день			30-й день			p
	Min-max	M±SD	Me (25;75)	Min-max	M±SD	Me (25;75)	
Качество жизни	3-4	3,8±0,4	4 (4;4)	2-4	3,7±0,6	4 (4;4)	0,7
Удовлетворенность состоянием здоровья	2-4	3,5±0,8	4 (3;4)	1-5	3,3±1,2	4 (2;4)	0,73
Физическое и психологическое благополучие	19-28	23,2±2,9	23 (21;25)	22-34	26,3±3,4	25 (24;28)	**0,004**
Самовосприятие	15-25	20,4±3,1	21 (18;22)	15-26	20,1±3,1	20 (18;22)	0,72
Микросоциальная поддержка	5-12	10,7±2,2	12 (11;12)	6-15	10,6±2,6	12 (9;12)	0,95
Социальное благополучие	21-31	27,5±2,7	28 (26;30)	20-35	27±4,0	27 (24;29)	0,5
Общая оценка качества жизни	72-103	89,1±8,5	88 (84;94)	77-119	91,0±12,2	90 (80;98)	0,18

Таким образом, комплексный подход к поддержке грудного вскармливания с применением электронной версии рекомендаций по питанию кормящих женщин показал свою эффективность. Важно отметить, что большинство женщин, участвующих в исследовании, отметили пользу и эффективность рекомендаций, а также повышение у них уровня знаний по питанию в период лактации. 82,9% женщин отметили, что с использованием разработанных рекомендаций им удалось скорректировать рацион, а в 81,2% случаев – расширить его. 96,1% респондентов оценили изученные рекомендации по питанию как полезные и эффективные, а число женщин, высоко оценивающих свой уровень знаний по питанию в период лактации выросло с 38,7% до 86,7%.

Применение рекомендаций также позволило улучшить качество жизни кормящих женщин, что, в свою очередь, оказало положительное влияние на продолжительность грудного вскармливания у подавляющего числа матерей.

В 96,7% случаев женщинам удалось сохранить грудное вскармливание, что является важным показателем эффективности комплекса мероприятий, направленных на поддержку грудного вскармливания, а включение в рацион

женщин при гипогалактии специализированного продукта для кормящих женщин продемонстрировало дополнительный эффект в отношении прибавки массы тела у детей. Важно подчеркнуть, что информация о пользе специализированных продуктов при лактации, содержащаяся в рекомендациях по питанию кормящих женщин, повысила комплаентность женщин, и все женщины, начавшие принимать продукт в рамках исследования, продолжали его прием после окончания периода наблюдения.

Полученные нами результаты показали, что следование электронной версии рекомендаций по питанию в период лактации способствовало повышению информированности женщин в вопросах питания, а также привело к коррекции и расширению рациона кормящих матерей. Важно отметить, что подавляющее большинство женщин, участвующих в исследовании, высоко оценили пользу и эффективность рекомендаций. Комплексный подход к поддержке лактации с предоставлением электронной версии информационных материалов по питанию кормящих женщин, а также включение в рацион лактирующих женщин специализированного продукта для кормящих матерей позволили добиться сохранения грудного вскармливания женщин с гипогалактией и подозрением на гипогалактию. Важно также повышение качества жизни по показателю «Физическое и психологическое благополучие» у всех женщин на фоне комплекса мер по поддержке грудного вскармливания.

5.4. Организационно-методические мероприятия по поддержке грудного вскармливания в рамках реализации федерального проекта «Открытый роддом» с использованием разработанных рекомендаций

В 2023 году актуализировано положение о проекте «Открытый роддом», а также расширена и обновлена информационная база проекта.

В частности, в обновленную версию проекта «Открытый роддом» были включены разработанные ранее рекомендации по питанию кормящих женщин [15].

Согласно обновленному Положению «О присвоении статуса «Открытый роддом»» от 1.10.2023 года, присвоение медицинской организации статуса «Открытый роддом» направлено на решение следующих задач:

- развитие и поддержка грудного вскармливания;
- пропаганда ответственного материнства;
- психологическая поддержка и помощь роженицам с инвалидностью разных нозологических групп;
- развитие новых форм профессионального общения с целью защиты медицинских работников и повышения доверия пациентов.

Согласно Положению, соискателем на получение статуса «Открытый роддом» может быть медицинская организация – юридическое лицо, а также его филиал, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии по виду деятельности «акушерство и гинекология», выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, и находящееся на территории Российской Федерации.

Установлен следующий порядок присвоения статуса «Открытый роддом»:

• Медицинская организация подает заявку на присвоение статуса «Открытый роддом» на сайте www.vremyarozat.ru, или по электронной почте info@vremyarozat.ru. Заявка содержит реквизиты медицинской организации, скан заявления в свободной форме с готовностью работать и проходить обучение по критериям «Открытого роддома» за подписью руководителя и печатью.

• Медицинские организации, ранее получившие статус «Открытый роддом», вправе подать заявку на сайте www.vremyarozat.ru или по электронной почте info@vremyarozat.ru для повторного участия и подтверждения статуса. После регистрации заявки на сайте www.vremyarozat.ru, медицинская организация заключает договор о сотрудничестве с АНО «Выбор родителей» и включается в реестр соискателей статуса «Открытый роддом».

В рамках соглашения о сотрудничестве АНО «Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей»» осуществляет организационное сопровождение. Оценку выполнения критериев присуждаемого статуса «Открытый роддом» осуществляет Организационный комитет, сформированный из числа сотрудников АНО «Выбор родителей», курирующих проект «Открытый роддом»; представителей социально-ориентированных некоммерческих организаций; экспертов сферы семьи, материнства, отцовства и детства.

Внедрение Проекта осуществлялось на основании соглашения о сотрудничестве между региональным Министерством (Департаментом) здравоохранения и Автономной некоммерческой организацией Экспертно-просветительский центр помощи будущим и состоявшимся родителям «Выбор родителей». Предметом соглашения является сотрудничество в рамках проекта «Открытый роддом», опубликованным на официальном сайте www.vremyarozat.ru, в целях популяризации материнства в Российской Федерации, внедрения и выявления новых форм работы с беременными по подготовке к материнству и грудному вскармливанию.

В соответствии с соглашением, сотрудничество осуществляется по следующим направлениям:

- развитие и поддержка грудного вскармливания;
- реализация в медицинских организациях эффективной коммуникации врач-пациент;
- психологическая поддержка и помощь роженицам с инвалидностью разных нозологических групп.

Формами сотрудничества являются:

- совместная разработка и реализация образовательных программ в области основных направлений взаимодействия;
- проведение совместных мероприятий (семинаров, конференций, круглых столов, симпозиумов);

- совместное проведение социологических исследований в области основных направлений взаимодействия;
- распространение результатов социологических исследований, что может выражаться в подготовке докладов, статей, учебных пособий и иных публикаций, отражающих результаты проведенных исследований.

К маю 2024 года к Федеральному проекту «Открытый роддом» присоединились 135 родильных домов из 14 регионов: Челябинская область, Кировская область, Нижегородская область, Иркутская область, Московская область, Владимирская область, Ульяновская область, Волгоградская область, Тюменская область, Рязанская область, Саратовская область, Красноярский край, Омская область, Чеченская Республика.

В рамках внедрения проекта «Открытый роддом» разработанные информационные материалы по питанию кормящих женщин включены в комплекс информационных мероприятий в виде плакатов с кратким содержанием и QR-кодами, благодаря которым женщины могут прослушать мини-лекцию по питанию или ознакомиться с полным текстом рекомендаций.

Оценка первых результатов внедрения актуализированной формы проекта «Открытый роддом» на основании опроса целевых групп и экспертных оценок показывает, что для региона внедрение проекта дает следующие преимущества:

- создание условий, благоприятно влияющих на повышение рождаемости в регионе. Положительный опыт родов напрямую связан с решением о рождении последующих детей;
- возможность осуществления качественной информационной работы с оценкой качества полученной медицинской помощи женщинами с инвалидностью (в том числе с инвалидностью по зрению и слуху);
- приобретение дополнительного инструмента формирования положительного имиджа медицинской организации и органа управления здравоохранения региона;
- профилактика послеродовой депрессии и др. расстройств у женщин в период беременности и первый год после рождения ребенка;

- повышение эффективности мероприятий по продвижению грудного вскармливания;
- повышение осведомленности целевой аудитории о безопасном и качественном питании детей грудного возраста;
- возможность использования целевой аудитории проекта для оперативного проведения социологических опросов.

Таким образом, созданный по инициативе и при непосредственном участии автора исследования Федеральный проект «Открытый родильный дом» зарекомендовал себя как эффективная форма улучшения информированности женщин в вопросах, связанных с рождением ребенка и грудным вскармливанием. Внедрение проекта в нескольких регионах Российской Федерации позволило более эффективно осуществлять информационную поддержку, в том числе внедрять материалы по питанию в период грудного вскармливания. Актуализированная в 2023 году форма Федерального проекта «Открытый родильный дом» является доступной и апробированной в условиях регионов моделью для активного внедрения в здравоохранение комплекса организационно-методических мероприятий, направленных на продвижение грудного вскармливания, повышения информированности медицинских работников и самих женщин в вопросах организации грудного вскармливания, питания женщины в период кормления грудью, а также улучшения коммуникативных навыков персонала, что имеет важное значение для повышения качества оказания медицинской помощи населению.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПИТАНИЮ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И С АЛЛЕРГИЕЙ К БЕЛКАМ КОРОВЬЕГО МОЛОКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Исследование проведено на базе центра профилактической педиатрии и консультативно-диагностического центра федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский Центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Материалы данной главы опубликованы [12].

В исследование были включены 75 пар «мать-ребенок», обратившихся к педиатру по поводу различных симптомов ФРОП у детей.

Критериями включения были: возраст ребенка на момент включения исследование от 1 до 4 мес.; отсутствие хронических заболеваний и врожденных пороков развития у ребенка; исключительно грудное вскармливание; желание матери следовать предложенным рекомендациям по питанию в период лактации [15].

Возраст матерей на момент включения в исследование и детей во время первого и второго опроса представлены в таблице 19.

Диапазон массы тела детей на момент первого визита и прибавка веса за 1 месяц представлены в таблице 20.

Таблица 19. Возраст матерей и детей на момент первого и второго этапа исследования

Параметр	**Min-max**	**M±SD**	**Me (25;75)**
Возраст матерей, лет	21-39	31,6±5,2	33 (27; 36)
Возраст детей на момент 1-го визита, мес.	1-4	1,9±1,0	2 (1; 3)
Возраст детей на момент 2-го визита, мес.	2-5	3,2±1,2	3 (2; 4)

Таблица 20. Масса тела детей на момент 1-го визита, средняя прибавка массы тела в месяц

Параметр	**Min-max**	**M±SD**	**Me (25;75)**
Масса тела детей на момент 1-го визита, г	2800-7000	5070,8±1072,5	5000 (4270; 5960)
Прибавка в массе тела у детей за один месяц, г	295-1390	765,0±236,1	770 (620; 836)

Основная причина обращения к врачу-педиатру была связана с теми или иными симптомами дисфункции желудочно-кишечного тракта ребенка: у 48 (64%) детей отмечалось срыгивание более 2 эпизодов в день в объеме более 1 кофейной ложки, наблюдаемое в течение 3 и более недель. Беспокойство (плач) 3 часа в день и более отмечены у 52 детей (69,3%), разжиженный стул (тип 6 или 7 по Бристольской шкале) – у 69 (92%) детей, запоры – у 3 (4%) детей, младенческая дисхезия – у 22 (29,3%) детей. Сочетание 2 и более симптомов выявлено у 39 (52%) детей. Большинство детей – 66 (88%) – до обращения в НМИЦ здоровья детей получали рекомендации по месту жительства, и обращение было связано с недостаточным эффектом от проводимой терапии.

Более половины матерей – 55 (73,3%) до обращения в клинику уже ввели различные ограничения в свой рацион самостоятельно в связи с предполагаемой связью симптомов у ребенка с питанием или по рекомендации врачей. У 20 (26,6%) женщин набор продуктов в рационе был крайне ограничен и включал 4-5 наименований продуктов. Как показал дополнительный опрос, все кормящие женщины в данном исследовании интересовались вопросами питания в период лактации, 92,0% опрошенных матерей искали эту информацию в сети Интернет. При этом лишь 12,0% женщин считали эту информацию достаточной.

По данным анализа рационов кормящих женщин неоправданное ограничение или исключение продуктов было отмечено у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% детей с диагностированной в дальнейшем пищевой аллергией.

Для выявления группы детей с симптомами АБКМ в качестве скринингового инструмента использовался опросник CoMiss. По результатам опросника, анализа анамнестических данных и клинического осмотра пациентов на 1-м визите была выделена группа детей с подозрением на аллергию к белкам коровьего молока (АБКМ) – 24 ребенка, у которых помимо симптомов, характерных для функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, отмечались специфичные для АБКМ признаки и симптомы (табл. 21).

Таблица 21. Характеристика клинико-анамнестических данных детей 2 группы с подозрением на АБКМ

Признак		Число детей n (%)
Отягощенный аллергологический анамнез у ближайших родственников (мать, отец, родные брат или сестра) n-14	Поллиноз	7 (29,2%)
	Аллергия на эпителий животных	2 (8,3%)
	Пищевая аллергия	1 (4,2%)
	Лекарственная аллергия	1 (4,2%)
	Аллергия на домашнюю пыль	2 (8,3%)
	Бронхиальная астма	1 (4,2%)
Изменения в стуле (прожилки крови, слизь)		5 (20,8%)
Периодические или постоянные кожные высыпания на различных участках тела		20 (83,3%)
COMISS ≥ 12 баллов		24 (32%)
Всего детей с анамнестическими и клиническими данными за АБКМ		**24 (32%)**

Таким образом, по результатам данных анамнеза и жалоб, а также осмотра, все дети были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли дети с признаками ФРОП, но без данных за АБКМ – 51 ребенок (68%), 2-ю группу составили пациенты с подозрением на АБКМ – 24 ребенка (32%).

С матерями детей обеих групп была проведена беседа о причинах и особенностях симптомов у младенцев, о важности грудного вскармливания для развития ребенка. Также всем матерям были выданы рекомендации по оптимизации рациона питания женщин в период лактации [15]. Детям из 1-й группы назначена симптоматическая терапия: антирефлюксные меры при

срыгиваниях, определенное положение ребенка во время кормлений и при коликах, правильный захват соска, применение газоотводной трубки и препараты симетикона.

Поскольку диагностическая безмолочная диета матери согласно всем актуальным рекомендациям остается методом выбора для подтверждения диагноза АБКМ у детей на грудном вскармливании [39, 122], матерям детей 2-й группы были сделаны соответствующие рекомендации – назначена диагностическая безмолочная диета сроком на 1 месяц. Также детям 2-й группы с кожными проявлениями аллергии назначены местные противовоспалительные и (или) увлажняющие средства, по необходимости – антигистаминные препараты.

Второй визит состоялся через 1 месяц. На момент 2-го визита значимых изменений в характере вскармливания детей не было ($p>0,05$): 70 (93,3%) детей получали грудное молоко, 4 (5,3%) ребенка находились на смешанном вскармливании, 1 ребенок (1,3%) был переведен на искусственное вскармливание.

При анализе состояния здоровья детей 1-й группы на 2-м визите и анкетирования их матерей выявлено значимое снижение частоты симптомов ФРОП: частота плача длительностью более 3 часов значимо снизилась ($p<0,001$) до 15,7% случаев; частота срыгиваний более 2 эпизодов день значимо снизилась ($p=0,0001$) почти в 2 раза (до 33,3%); число детей с симптомом младенческой дисхезии значимо уменьшилось ($p=0,001$) до 5,9%; запоры не выявлены ни у одного ребенка (табл. 22).

Таблица 22. Число детей с симптомами ФРОП на 1-м и 2-м визитах

Число детей (n-51) / **Признаки ФРОП**	**1 визит**	**2 визит**	**p**
Плач длительностью более 3 часов	35 (70,6%)	8 (15,7%)	<0,001
Срыгивания более 2 эпизодов в день	32 (62,7%)	17 (33,3%)	0,0001
Дисхезия	15 (29,4%)	3 (5,9%)	0,001
Запоры	2 (3,9%)	0 (0%)	-

При анализе состояния здоровья детей 2-й группы и анкетирования их матерей было выделено две подгруппы детей: 2А – с эффектом от назначенной

диагностической безмолочной диетотерапии матери – 20 (83,4%), и 2Б группа - без эффекта – 4 (16,6%). У детей выделенной 2А группы эффект безмолочной диеты матери выражался в значимом уменьшении кожных и гастроинтестинальных симптомов АБКМ вплоть до полного исчезновения (табл. 23).

Таблица 23. Число детей с симптомами АБКМ 2А подгруппы на 1-м и 2-м визитах

Число детей (n-20) / **Симптомы АБКМ**	**1-й визит**	**2-й визит**	**p**
Кожные высыпания, сухость и зуд кожи	20 (100%)	2 (10%)	-
Срыгивания, беспокойство и плач	17 (85%)	3 (15%)	0,0001
Слизь и прожилки крови в стуле	5 (25%)	0 (0%)	-

Детям 2А группы с явным положительным эффектом от диагностической безмолочной диеты матери (n=20) был выставлен диагноз: аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (К52.2 по МКБ-10), назначено продолжение безмолочной диеты матери и наблюдение аллерголога.

У детей 2Б подгруппы (n=4) сохранялись симптомы аллергического воспаления: кожные высыпания – у 4 детей; слизь и прожилки крови в стуле – у 1 ребенка (так же, как и на 1-м визите). Дети 2Б группы с недостаточным эффектом от диагностической безмолочной диетотерапии матери были исключены из дальнейшего анализа, им был выставлен диагноз: дерматит, вызванный съеденной пищей (L27.2 по МКБ-10), аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит (К52.2 по МКБ-10), выдано направление на консультацию аллерголога и дерматолога, также пересмотрены рекомендации по питанию матери.

Во время 2-го визита респондентам предлагался дополнительный опрос, содержащий 8 вопросов. С помощью 4 вопросов кормящие женщины оценивали прочитанную брошюру в баллах от 1 до 5, где 1 балл – низкая оценка, 5 баллов – высокая оценка. Как видно из таблицы 24, более трети (36%) респондентов оценили рекомендации, данные в брошюре по максимальной оценке – на 5

баллов. Кроме того, женщины отметили, что рекомендации позволили значительно скорректировать рацион, а также способствовали сохранению грудного вскармливания.

Таблица 24. Оценка эффективности рекомендаций

Вопросы анкеты	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
Помогли ли вам наши рекомендации по питанию?	4%	9,3%	20%	30,7%	36%
Насколько помогли наши рекомендации скорректировать ваш рацион?	2,7%	1,3%	16%	46,7%	33,3%
Насколько помогли наши рекомендации расширить ваш рацион?	0	0	8%	48%	44%
Насколько способствовали наши рекомендации сохранению грудного вскармливания?	0	0	5,3%	20%	74,7%

С помощью следующих 4 вопросов кормящие женщины оценивали свой уровень знаний по питанию в период кормления грудью и наличие достоверной информации в сети Интернет по этому вопросу. Согласно результатам опроса, большинство респондентов (80%) оценивали их не высоко: не более чем в 1-2-3 балла. После прочтения брошюры (второй этап исследования) уровень знаний значительно повысился: респонденты стали оценивать его на 4 балла (30,7%) и на 5 баллов (68%) (табл.25).

Таблица 25. Оценка женщинами своего уровня знаний до и после ознакомления с рекомендациями

Вопросы анкеты	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
До ознакомления с рекомендациями	13,3%	40%	28%	14,7%	0
После ознакомления с рекомендациями	0	0	1,3%	30,7%	68%

Таким образом, проведенное исследование показало, что среди детей первых четырех месяцев жизни на исключительно грудном вскармливании, у которых основной причиной обращения к педиатру были симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта, в 32% случаев диагностирована пищевая аллергия

(из них в 26,3% случаев – аллергия на белки коровьего молока), в 68% – функциональные расстройства органов пищеварения.

Важно отметить, что в данной группе матерей (имеющих детей с ФРОП и АБКМ) 92,0% женщин искали информацию о питании в период кормления грудью в сети Интернет. При этом лишь 12,0% из них считали эту информацию достаточной. В то же время, по данным анализа рационов кормящих женщин, неоправданное ограничение или исключение продуктов было отмечено у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% детей с диагностированной в дальнейшем пищевой аллергией.

Клиническое обследование с уточнением формы пищевой гиперчувствительности и соответствующая коррекция рациона матери с назначением безмолочной диеты матери позволило добиться купирования гастроинтестинальных симптомов у 83,3% детей с пищевой аллергией, а использование при консультировании печатной версии рекомендаций по питанию повысило уровень высокой осведомленности женщин по вопросам питания с 14,7% до 98,7%.

Следование рекомендованным алгоритмам ведения детей с ФРОП и дифференциальной диагностики их с гастроинтестинальным проявлениями пищевой аллергии у детей на грудном вскармливании позволяет добиться положительного эффекта со стороны симптомов как у пациентов с функциональными расстройствами, так и у больных с ПА. При этом использование в практике врача-педиатра разработанных рекомендаций по питанию, предназначенных для кормящих женщин, показало свою эффективность, поскольку это позволяет значительно упростить работу с пациентами, предоставить женщинам исчерпывающую информацию по формированию рациона, повысить их информированность в вопросах питания в период лактации, что, по мнению самих женщин, значительно повышает их эмоциональное состояние и способствует сохранению грудного вскармливания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Грудное вскармливание является прежде всего естественным физиологическим процессом, который обеспечивает ребенка идеальным питанием и имеет большое количество положительных эффектов для здоровья как детей, так и их матерей. Следовательно, поддержка начала и продолжительности грудного вскармливания должна активно пропагандироваться и быть одной из приоритетных задач общественного здравоохранения. Однако как мировые, так и российские показатели распространенности грудного вскармливания, ниже ожидаемых, особенно в странах с высоким уровнем дохода.

Состав грудного молока уникален, так как оно содержит не только питательные вещества, но и многие биологически активные компоненты, что делает его незаменимым во всех отношениях продуктом питания для ребенка грудного возраста [28, 3]. Прием витаминно-минеральных комплексов в период прегравидарной подготовки, беременности и кормления грудью обеспечивает полноценный микронутриентный состав грудного молока и в настоящее время является важной составляющей оптимизации грудного вскармливания.

Установление факторов, связанных со своевременным началом грудного вскармливания, а также понимание условий, влияющих на его продолжительность, имеет решающее значение для принятия адекватных мер поддержки грудного вскармливания.

В то же время проведенное нами исследование показывает, что женщины не имеют достаточного доступа к качественной профессиональной информации по грудному вскармливанию и по питанию матери в период лактации и вскармливанию детей, и требуются целенаправленные разъяснительные мероприятия для внедрения существующих рекомендаций, разработанных врачебными сообществами.

Целью настоящей работы была разработка современных методических подходов к улучшению информированности и оптимизации питания женщин в комплексе мероприятий по организации грудного вскармливания.

В настоящей работе изучался уровень информированности женщин детородного возраста в вопросах организации грудного вскармливания и питания в период кормления грудью. Исследование включало в себя несколько этапов, которые были основаны на широком анкетировании женщин детородного возраста, в том числе в периоде кормления грудью. Анализ полученных данных позволил создать рекомендации, эффективность которых в комплексе мер по поддержке лактации была доказана в проспективной части работы на парах «мать-ребенок».

Поскольку в основу рекомендаций для матерей должны были лечь согласительные документы научных сообществ, касающиеся питания беременных и кормящих женщин, важной частью работы было проведение контент-анализа этих документов. Анализ показал, что в целом рекомендации по питанию беременных и кормящих женщин, разработанные сообществами нутрициологов, педиатров и акушеров-гинекологов, носят согласованный характер. Однако, рекомендации, касающиеся применения витаминов и минеральных веществ в питании беременных, имеют противоречивый характер.

Так, рекомендации акушеров-гинекологов по использованию микронутриентов в питании беременных женщин предлагают применение отдельных витаминов (железо, фолиевая кислота, витамин D) или их сочетание. Все методические рекомендации и практические руководства нутрициологов указывают на необходимость приема беременными и кормящими женщинами многокомпонентных ВМК. Такие различия обусловлены различиями в используемых критериях эффективности ВМК.

В то же время доказано, что прием ВМК, специально предназначенных для беременных и кормящих женщин, содержащих физиологические дозы микронутриентов, в течение всей беременности и кормления грудью улучшает обеспеченность витаминами беременных женщин, а впоследствии повышает количество и качество грудного молока (содержание витаминов, йода и селена) и, как следствие, обеспеченность ребенка эссенциальными микронутриентами [44]. Таким образом, необходима гармонизация между собой профессиональных

рекомендаций по вопросу приема ВМК. Актуальная научная информация в отношении важности микронутриентной обеспеченности женщин в периоды беременности и кормления грудью должна быть включена как в новые отечественные согласительные документы, так и в информационные материалы, предназначенные для самих женщин.

В рамках настоящего исследования впервые в России проведено подобное широкомасштабное изучение осведомленности молодых женщин о значении грудного вскармливания для матери и ребенка, о бытовых и практических аспектах организации кормления грудью, что позволило выявить важные моменты, которые могут способствовать нарушению и прекращению лактации.

Начало грудного вскармливания в течение 1 часа после рождения и исключительно грудное вскармливание не менее 6 месяцев связано с уменьшением заболеваемости и смертности новорожденных, младенцев и детей и имеет потенциальные долгосрочные преимущества как для матери, так и для ребенка [148]. В настоящем исследовании показано, что продолжительность грудного вскармливания более 6 месяцев отмечалась чаще в случаях, когда ребенка прикладывали в первые 30 минут после родов, по сравнению со случаями, когда детей прикладывали к груди позже первого часа жизни ($p=0,04$).

В то же время проведенное анкетирование кормящих женщин показало, что более 20% новорожденных не были приложены к груди матери в течение первого часа после родов, хотя роль раннего первого прикладывания в поддержании грудного вскармливания хорошо известна. То есть у одной из пяти матерей изначально имеется риск возникновения проблем с грудным вскармливанием. Среди факторов, которые также могут негативно сказаться на длительности грудного вскармливания, выявлены: кормление по часам в родильном доме, докорм новорожденного смесью в родильном доме и раннее введение прикорма. Все вышеизложенные факторы являются контролируемыми и могут быть нивелированы за счет обучения медицинского персонала и внедрения соответствующих протоколов в организацию медицинской помощи. Из индивидуальных и неизменяемых или трудно изменяемых параметров,

коррелирующих с длительностью лактации, можно выделить возраст и образование женщины.

Одним из наиболее важных результатов стало выявление статистически значимой взаимосвязи между фактической и запланированной продолжительностью грудного вскармливания ($R = 0,46$, $p < 0,01$). Следовательно, создание мотивации для женщин детородного возраста сохранить лактацию является одной из ключевых мер в поддержке грудного вскармливания. Для этого информировать женщин о преимуществах грудного вскармливания над молочными смесями необходимо задолго до родов. Так, мы выявили, что почти треть женщин получили информацию о кормлении грудью только после родов, когда уже не было достаточного времени для подготовки к лактации и создания «установки» на грудное вскармливание. Следует отметить, что полученный результат несколько занижен, так как в опросе участвовали только женщины, которые находились в периоде лактации или имели опыт кормления грудью, и не был учтен опыт женщин, дети которых были на искусственном вскармливании.

Медицинские источники информации о грудном вскармливании незначительно, но преобладали над не медицинскими. Тем не менее каждая третья женщина получила ответы на вопросы о лактации из интернета, а не от врача. Вместе с тем опрос подчеркнул немаловажную роль «близкого круга» – родственников и знакомых, что делает актуальным информирование населения в целом о важности грудного вскармливания.

Учитывая, что статистический анализ выявил большую приверженность к грудному вскармливанию у многодетных матерей ($p < 0,001$), то повышение их доли в обществе потенциально позволит популяризировать грудное вскармливание, в том числе среди женщин с первым ребенком. Исследование также показало, что необходимость обращаться за консультацией по вскармливанию каждого последующего ребенка достоверно снижалась ($R = 0,20$, $p < 0,01$).

Докорм младенцев адаптированной молочной смесью в родильном доме назначался более, чем в трети случаев, при этом более 40% женщин отметили, что

в дальнейшем участковые педиатры не прилагали усилий для отмены докорма смесью и перехода на исключительно грудное вскармливание младенцев. Полученные данные свидетельствуют о недостаточной ориентированности врачей на поддержку грудного вскармливания, что требует усиления информационно-разъяснительной работы с медицинскими работниками.

В то же время выявлена положительная корреляция между длительностью грудного вскармливания и осведомленностью женщин о роли грудного вскармливания в профилактике ожирения у ребенка ($R = 0,18$, $p < 0,01$) и о роли грудного вскармливания в профилактике рака груди ($R = 0,16$, $p < 0,01$), то есть информированность женщины в вопросах преимущества грудного вскармливания положительно влияла на его продолжительность.

Большая часть работы была посвящена питанию женщин в период грудного вскармливания и информированности женщин в этих вопросах. Вокруг данной темы традиционно распространяется много домыслов и мифов.

В выборочном социологическом онлайн-анкетировании с целью изучения информированности женщин детородного возраста о питании в период кормления грудью приняли участие 1275 женщин, что позволило получить срез знаний о питании в период кормления грудью среди женщин разного возраста и разных регионов РФ. Подавляющее число женщин вне зависимости от возраста и города проживания считали, что в период кормления грудью необходимо придерживаться определенных диетологических рекомендаций. Анализ результатов анкетирования показал, что почти половина опрошенных считали, что «можно есть все, но в умеренных количествах». Чаще диету соблюдали матери первенцев ($p < 0,01$). Вместе с тем продолжительность соблюдения «диетических рекомендаций» никак не была связана с длительностью лактации.

Информацию о питании в период кормления грудью женщины получили в основном из интернет-ресурсов и их окружения. При этом женщины, имеющие второго ребенка, оказались более склонны узнавать информацию от врачей ($p < 0,001$), а матери первенцев – из интернета ($p < 0,001$), немедицинских книг или журналов ($p = 0,006$), от родственников и подруг ($p < 0,001$). Вполне вероятно, что

данное отличие связано с организационными особенностями оказания медицинской помощи матери и новорожденному в первый месяц после родильного дома, когда молодая мать еще не знает к кому и куда обратиться с возникшими вопросами, а визиты медицинских работников в рамках патронажа новорожденного слишком короткие по времени и затрагивают в основном консультирование по вопросам ухода за ребенком. Однако тема эффективности патронажа новорожденных не изучалась в данной работе и открыта для дальнейших исследований.

Большинство опрошенных женщин отмечали связь между их питанием и развитием у детей метеоризма, аллергических реакций и колик. В основном реакции возникали на включение в рацион большого количества молока и молочных продуктов (25,6%), сладких блюд (22,73%) и мучного (17,02%). При этом 30% опрошенных женщин ограничивали потребление меда, креветок и орехов, а 20% – свежих овощей.

Результаты проведенного социологического анкетирования показали, что в половине случаев женщины оказались не удовлетворены информацией по питанию в период лактации, которую нашли на доступных интернет-ресурсах. С целью определения наиболее актуальных вопросов для женщин и создания рекомендаций, максимально отвечающих их запросу, дополнительно проведен опрос 2177 женщин. В результате опроса были выделены 25 вопросов, заданных женщинами с частотой более 20%. С учетом результатов анкетирования были созданы рекомендации по питанию женщин в период лактации [15], в том числе их электронная версия и на следующих этапах работы была проведена оценка эффективности их применения в комплексе мер по поддержке грудного вскармливания.

Эффективность электронной версии рекомендаций была подтверждена в проспективной части работы на парах «мать-ребенок»: вырос уровень знаний по питанию в период лактации (с 38,7% до 86,7%), подавляющее большинство женщин успешно скорректировали и расширили свой рацион. Среди положительных тенденций на фоне использования электронной версии

рекомендаций можно отметить: снижение продолжительности плача ($p < 0,001$), частоты и объема срыгиваний, повышение качества жизни кормящих женщин.

Исследование также показало эффективность применения специализированного продукта для стимуляции лактации женщинами с гиполактией, при этом они продолжили применять продукт и после завершения исследования.

На фоне предоставления электронной версии рекомендаций по питанию и специализированного продукта для лактирующих матерей в 96,7% случаев удалось сохранить грудное вскармливание, что подтвердило эффективность комплекса мероприятий у матерей со здоровыми детьми.

Отдельного внимания требуют рекомендации по питанию женщин при наличии различных симптомов у младенцев. Такие рекомендации должны даваться врачом. Часто встречающиеся в первые месяцы жизни функциональные расстройства органов пищеварения (ФРОП) вызывают сильное беспокойство у родителей и требуют внимания педиатра. Влияние диеты матери на появление гастроинтестинальных симптомов у ребенка дискутируется, однако зачастую женщины указывают на такую связь [10, 202, 113, 198].

Поскольку ФРОП – это следствие целого комплекса различных патофизиологических механизмов, то лечение предполагает разностороннее воздействие на организмы матери и ребенка, однако прежде всего – это психологическая поддержка матери и семьи в целом, информирование родителей о причинах симптомов, о правильном питании матери в период лактации и рекомендации о мерах помощи ребенку [130].

Возможный механизм, играющий роль в развитии ФРОП, – пищевая интолерантность, то есть повышенная чувствительность к различным пищевым ингредиентам. В грудном возрасте на первое место выступает непереносимость углеводов, чаще всего – лактозы [71]. Также наличие ФРОП требует дифференциального диагноза с пищевой аллергией [200], ранние симптомы которой могут проявляться как обильные срыгивания или рвота после приема продукта, колики, функциональные запоры [200, 157, 82].

В случае подтвержденной ПА у ребенка на грудном вскармливании для купирования симптомов необходимо назначение диеты матери с исключением причинно-значимых пищевых аллергенов [156, 198].

В настоящем исследовании среди детей первых четырех месяцев жизни на исключительно грудном вскармливании, у которых основной причиной обращения к педиатру были симптомы дисфункции желудочно-кишечного тракта, в 32% случаев диагностирована пищевая аллергия (из них в 26,3% случаев – аллергия на белки коровьего молока), в 68% – функциональные расстройства органов пищеварения.

По данным анализа рационов кормящих женщин, неоправданное ограничение или исключение продуктов было отмечено у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% детей с диагностированной в дальнейшем пищевой аллергией.

Клиническое обследование с уточнением формы пищевой гиперчувствительности и соответствующая коррекция рациона матери с назначением безмолочной диеты матери позволило добиться купирования гастроинтестинальных симптомов у 83,3% детей с пищевой аллергией, а использование при консультировании печатной версии рекомендаций по питанию повысило уровень высокой осведомленности женщин по вопросам питания с 14,7% до 98,7%.

Следование рекомендованным алгоритмам ведения детей с ФРОП и дифференциальной диагностики их с гастроинтестинальным проявлениями пищевой аллергии у детей на грудном вскармливании позволило добиться положительного эффекта со стороны симптомов как у пациентов с функциональными расстройствами, так и у больных с ПА.

При этом использование в практике врача-педиатра разработанных рекомендаций по питанию, предназначенных для кормящих женщин, показало свою эффективность, поскольку это позволяет значительно упростить работу с пациентами, предоставить женщинам исчерпывающую информацию по формированию рациона, повысить их информированность в вопросах питания в

период лактации, что, по мнению самих женщин, значительно улучшает их эмоциональное состояние и способствует сохранению грудного вскармливания.

Разработанные рекомендации помимо публикации на нескольких медицинских сайтах, были внедрены и широко апробированы в рамках реализации проекта «Открытый роддом», содержание которого и информационная база были обновлены в 2023 году. Основными направлениями актуализированной версии проекта стали: развитие и поддержка грудного вскармливания; реализация в медицинских организациях эффективной коммуникации врач-пациент; психологическая поддержка и помощь роженицам с инвалидностью разных нозологических групп.

К маю 2024 года к Федеральному проекту «Открытый роддом» присоединились 135 родильных домов из 14 регионов. Оценка первых результатов внедрения актуализированной формы проекта «Открытый роддом» на основании опроса целевых групп и экспертных оценок показала, что для региона внедрение проекта дает следующие преимущества: создание условий, благоприятно влияющих на повышение рождаемости в регионе; возможность осуществления качественной информационной работы с оценкой качества полученной медицинской помощи женщинами с инвалидностью (в том числе с инвалидностью по зрению и слуху); приобретение дополнительного инструмента формирования положительного имиджа медицинской организации и органа управления здравоохранения региона; профилактика послеродовой депрессии и др. расстройств у женщин в период беременности и первый год после рождения ребенка; повышение эффективности мероприятий по продвижению грудного вскармливания; повышение осведомленности целевой аудитории о безопасном и качественном питании детей грудного возраста; возможность использования целевой аудитории проекта для оперативного проведения социологических опросов.

Таким образом, созданный по инициативе и при непосредственном участии автора исследования Федеральный проект «Открытый родильный дом» зарекомендовал себя как эффективная форма улучшения информированности

женщин в вопросах, связанных с рождением ребенка и грудным вскармливанием. Актуализированная в 2023 году форма Федерального проекта «Открытый родильный дом» является доступной и апробированной в условиях регионов моделью для активного внедрения в здравоохранение комплекса организационно-методических мероприятий, направленных на продвижение грудного вскармливания, повышения информированности медицинских работников и самих женщин в вопросах организации грудного вскармливания, питания женщины в период кормления грудью, а также улучшения коммуникативных навыков персонала, что способствует повышению качества оказания медицинской помощи населению.

ВЫВОДЫ

1. На продолжительность грудного вскармливания наряду с такими факторами, как возраст женщины ($p < 0,01$), раннее прикладывание к груди ($p=0,04$), отсутствие докорма смесью в родильном доме ($p < 0,01$), свободный режим кормлений ($p < 0,01$), влияют информированность женщин в вопросах преимущества грудного молока ($p < 0,01$) и запланированная женщиной длительность кормления грудью ($p < 0,01$) – это демонстрирует важность усилий по продвижению грудного вскармливания со стороны медицинского сообщества. Потребность в консультации по вскармливанию выше у молодых матерей с первым ребенком ($p < 0,01$). Женщины получают информацию от медицинских работников по вопросам организации грудного вскармливания только в 67,4% случаев, по вопросам питания ребенка – в 50,5% случаев, что говорит о необходимости совершенствовать организационные подходы к консультированию беременных и кормящих женщин.
2. Основными информационными источниками по вопросам питания в период кормления грудью для женщин являются немедицинские интернет-ресурсы (в 31-60%). 69,7% женщин демонстрируют ложные представления о необходимости исключения из рациона широкого спектра продуктов. По результатам анкетирования наиболее часто женщины отмечают различные симптомы у детей при включении в свой рацион большого количества молока и молочных продуктов (25,6%), сладких блюд (22,73%), мучного (17,02%). Поиском информации в сети Интернет занимались 86,7% респондентов, 51,1% считают полученную информацию недостаточной. Не более 30% женщин получили необходимые сведения от врачей: врача акушера-гинеколога в женской консультации и/или в родильном доме, врача-неонатолога в родильном доме и врача-педиатра детской поликлиники. Более высокий уровень доверия педиатрам демонстрируют более опытные матери ($p <0,001$).
3. Актуальные профессиональные рекомендации в отношении питания женщины в период беременности и кормления грудью в высокой степени согласуются

между собой, за исключением позиции по необходимости обеспечения микронутриентного статуса женщины и необходимости использования витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов.

4. Актуализация рекомендаций по питанию кормящих женщин и использование электронной версии рекомендаций в комплексе мер поддержки грудного вскармливания повышает долю женщин с высокой информированностью в вопросах питания с 38,7% до 86,7%, в 82,9% случаев позволяет скорректировать рацион женщин, в 81,2% – расширить его, в 96,7% случаев – сохранить грудное вскармливание. Значимая положительная динамика качества жизни за счет показателя «Физическое и психологическое благополучие» выявлена у всех участниц исследования в целом (p=0,020), более выраженная - у женщин, получавших специализированный продукт для кормящих матерей (p=0,004).
5. С учетом выявленной недостаточной информированности женщин в вопросах грудного вскармливания разработанные и апробированые на региональном уровне организационно-методические мероприятия по поддержке грудного вскармливания, которые включены в обновленную форму проекта «Открытый роддом», способствуют повышению информированности женщин и медицинских работников в вопросах организации грудного вскармливания и питания женщины в период кормления грудью.
6. Неоправданное ограничение или исключение продуктов из рациона выявлено у 58,8% матерей детей с функциональными расстройствами органов пищеварения и у 75,0% матерей детей с пищевой аллергией. Коррекция рациона матери после уточнения формы пищевой гиперчувствительности у ребенка позволяет добиться купирования гастроинтестинальных симптомов у 83,3% детей с пищевой аллергией, а использование при консультировании печатной версии рекомендаций по питанию повышает приверженность грудному вскармливанию и процент женщин с высокой осведомленностью по вопросам питания с 14,7% до 98,7%.

7. С учетом того, что от медицинских работников необходимую информацию по организации питания ребенка получили только около половины женщин, а по питанию в период кормления грудью только 30% женщин, необходимо совершенствовать организационные подходы к консультированию беременных и кормящих женщин.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для улучшения организационных подходов к консультированию беременных и кормящих женщин с точки зрения поддержки грудного вскармливания, повышения информированности женщин по вопросам грудного вскармливания и питания в период кормления грудью необходимо:

1.На федеральном уровне:

1) внести изменения в Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 136н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог», в части 3.1.4.: в раздел Необходимые знания: Принципы грудного вскармливания. Методы становления и поддержания лактации целесообразно добавить «Вопросы организации питания кормящей матери, в том числе информацию об отсутствии необходимости соблюдения строгих ограничений в диете без медицинских показаний». В работе врачей-неонатологов для повышения информированности женщин в вопросах организации питания в период кормления грудью использовать разработанные рекомендации (https://nczd.ru/wp-content/uploads/2023/08/razgovor-praviln-pitanie-2020.pdf).
2) внести изменения в Приказ Минтруда России от 27.03.2017 № 306нн «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» в части 3.1.3: в раздел «Необходимые умения: Разъяснять матерям пользу грудного вскармливания не менее чем до одного года, в том числе исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев, и правила введения прикорма в соответствии с клиническими рекомендациями» целесообразно добавить «Предоставить информацию о принципах организации питания кормящей матери». В раздел «Необходимые знания: Правила грудного вскармливания и его польза для сохранения здоровья матери и ребенка, состав грудного молока. Виды и состав смесей – заменителей грудного молока, показания и правила применения в зависимости от возраста и состояния ребенка» целесообразно добавить

«Принципы питания кормящей женщины, в том числе информацию об отсутствии необходимости соблюдения строгих ограничений в диете без показаний». В работе врачей-педиатров участковых для повышения информированности женщин в вопросах организации питания в период кормления грудью использовать разработанные рекомендации (https://nczd.ru/wp-content/uploads/2023/08/razgovor-praviln-pitanie-2020.pdf).

3) включать актуальную научную информацию в отношении важности микронутриентной обеспеченности женщин в периоды беременности и кормления грудью как в новые отечественные согласительные документы, так и в информационные материалы, предназначенные для женщин.

2. На региональном уровне:

1) при организации системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне целесообразно использовать методические материалы, включенные в обновленную форму проекта «Открытый роддом»;
2) разработанные на основании профессиональной медицинской информации и действующих согласительных документов рекомендации по питанию кормящих женщин необходимо включить в универсальные программы подготовки к родам и школы для беременных, а также использовать при консультировании кормящих женщин.

3. На уровне медицинской организации:

1) необходимо более активно проводить работу по поддержке грудного вскармливания, в том числе разъяснительную работу о преимуществах грудного вскармливания для ребенка и матери, особенно среди молодых матерей и женщин с первым ребенком, продолжительность грудного вскармливания у которых оказалась ниже, чем в других группах, а потребность в профессиональной информации выше;
2) для повышения информированности женщин в отношении питания в период кормления грудью целесообразно наряду с бумажными носителями

использовать электронные ресурсы как наиболее востребованный источник информации;

3) разработанные рекомендации по питанию кормящих женщин целесообразно использовать при консультировании пациентов с функциональными расстройствами пищеварения и аллергией на белки коровьего молока в сочетании с проводимой диетодиагностикой и диетотерапией.

Список литературы

1. Абольян Л.В. Роль современных медико-организационных технологий в повышении длительности грудного вскармливания. Якутский медицинский журнал. 2015; (3): 18-21
2. Абольян Л.В., Новикова С.В. Современный взгляд на грудное вскармливание: эпидемиология и его значение для здоровья матери и ребенка с позиций общественного здоровья (по материалам Серии по грудному вскармливанию журнала Ланцет). Сеченовский вестник. 2017; 1 (27): 41–49
3. Абольян Л.В., Полесский В.А., Лебедева У.М. и др. Охрана и поддержка грудного вскармливания для достижения целей устойчивого развития. Аналитический обзор. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]. 2020; 66 (6): 10
4. Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н. Перинатальная медицина: от теории к практике. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Т. 58. № 5. С. 4-7.
5. Бархатов М.В., Фалалеева С.О., Шишкина Е.В. и др. Пароксизмальные нарушения у детей при заместительной терапии витамином В12. Русский журнал детской неврологии. 2017; 12 (4): 43-49. doi 10.17650/2073-8803-2017-12-4-43-49
6. Батурин А.К., Мартинчик А Н., Камбаров А.О. Структура питания населения России на рубеже XX и XXI столетий. Вопросы питания. 2020; 89 (4): 60-70. doi: https://doi.org/10.24411/0042-8833-2020-10042
7. Бахарева И.В. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(3):219-224. doi: 10.32364/2618-8430-2019-2-3-219-224
8. Бекетова Н.А., Сокольников А.А., Коденцова В.М. и др. Витаминный статус беременных женщин-москвичек: влияние приема витаминно-минеральных комплексов. Вопросы питания. 2016; 85(5): 77-85

9. Бельмер С.В., Волынец Г.В., Горелов А.В. и др. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Рекомендации Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Часть 1. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020; 65:(4):150–161. doi: 10.21508/1027–4065–2020–65–4–150–161
10. Броева М.И., Сурков А.Н., Черников В.В. Современные проблемы диагностики и лечения функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Педиатрическая фармакология. 2017;14(6): 527-534. doi: 10.15690/pf.v14i6.1837
11. Буцкая Т.В. Актуальные аспекты поддержки грудного вскармливания и повышения информированности в вопросах питания в период кормления грудью. Российский педиатрический журнал. 2023;26(4):284-289. doi: 10.46563/1560-9561-2023-26-4-284-289
12. Буцкая Т.В., Галицкая М.Г., Макарова С.Г. и др. Персонализированный подход к ведению детей с функциональными нарушениями органов пищеварения и аллергией на белки коровьего молока на грудном вскармливании. Роль рекомендаций по питанию кормящей матери. Российский педиатрический журнал. 2023; 26(5): 306–313. doi: 10.46563/1560-9561-2023-26-5-306-313
13. Буцкая Т.В., Ладодо О.Б., Коденцова В.М. и др. Анализ действующих рекомендаций по применению витаминно-минеральных комплексов во время беременности и кормления грудью. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 2: 52-64. doi: 10.26269/e339-nw30
14. Буцкая Т.В., Макарова С.Г., Ясаков Д.С. и др. Применение электронной версии рекомендаций по питанию женщин в период лактации. Российский педиатрический журнал. 2022; 25(4): 248. doi: 10.46563/1560-9561-2022-25-4-242-292
15. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г. Разговор о правильном питании в период кормления грудью: вы спрашиваете – мы отвечаем. – М.: «Полиграфист и издатель» 2020. – 68с. ISBN 978-5-6044834-8-0

16. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г. и др. Особенности питания женщины в период лактации: пути оптимизации. Российский педиатрический журнал. 2020; 23(4): 252-258. doi: 10.18821/1560-9561-2020-23-4-252-258.
17. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г. и др. Информированность женщин детородного возраста в вопросах питания в периоде кормления грудью. Вопросы детской диетологии. 2020; 18(2):23-30. doi: 10.20953/1727-5784-2020-2-23-30.
18. Буцкая Т.В., Фисенко А.П., Макарова С.Г. и др. Использование электронной версии рекомендаций по питанию и специализированного продукта для кормящих женщин в комплексе мер по поддержке лактации. Российский педиатрический журнал. 2023;26(4):234-241. doi:10.46563/1560-9561-2023-26-4-234-241
19. Володин Н.Н., Дегтярев Д.Н. Неонатология. Национальное руководство в двух томах. Том 1. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023: 752 с. ISBN. 978-5-9704-7828-8
20. Вржесинская О.А., Коденцова В.М., Переверзева О.Г. и др. Оценка обеспеченности витаминами С, В1 и В2 новорожденных детей, находящихся на различных видах вскармливания, по экскреции с мочой. Вопросы питания. 2015; 84 (4):105-111. doi: 10.24411/0042-8833-2015-00040
21. Гмошинская М.В. Факторы, влияющие на лактацию. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (2): 139–141
22. Гмошинская М.В. Разработка и оценка эффективности системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни: специальность 14.00.09 : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Гмошинская Мария Владимировна. – Москва, 2008. – 50 с.
23. Громова О.А. Обзор рекомендаций Международной федерации акушеров-гинекологов (FIGO) по питанию в подростковом, прегравидарном и

послеродовом периодах «Питание прежде всего». Медицинский алфавит. 2021;(8):14-24. doi: 10.33667/2078-5631-2021-8-14-24

24. Громова О.А., Галустян А.Н., Гришина Т.Р. и др. Кросс-секционное исследование риска различных заболеваний у женщин репродуктивного возраста на фоне крайне низкого потребления омега-3 полиненасыщенных жирных кислот. Медицинский алфавит. 2020;(26):12-23. doi: 10.33667/2078-5631-2020-26-12-23
25. Громова О.А., Торшин И.Ю., Тетруашвили Н.К. и др. Витамин А в акушерстве: фундаментальные и клинические исследования. Медицинский алфавит. 2019; 1(1): 59-69. doi: 10.33667/2078-5631-2019-1-1(376)-59-69
26. Доброхотова Ю.Э., Маркова Э.А. Новые возможности терапии железодефицитных состояний у женщин в различные возрастные периоды. РМЖ. Мать и дитя. 2022;5(3):201-208. doi: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-201-208
27. Захарова И.Н., Боровик Т.Э., Подзолкова Н.М. и др. Особенности питания беременных и кормящих женщин. М: ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования, 2015. – 61с.
28. Захарова И.Н., Мачнева Е.Б., Облогина И.С. Грудное молоко – живая ткань! Как сохранить грудное вскармливание? Медицинский совет. 2017; 19: 24-29. doi: 10.21518/2079-701X-2017-19-24-29
29. Здоровое питание матери: лучшее начало жизни. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген. 2016 г. – 89 с.
30. Зубков В.В. Профилактика и коррекция гипогалактии у кормящих женщин. Медицинский совет. 2016; (12): 138-140. doi 10.21518/2079-701X-2016-12-138-140
31. Камалова А.А., Шакирова А.Р. Функциональные запоры у детей раннего возраста: диагностика и терапия на практике. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016;(4):108–113. doi: 10.21508/1027-4065-2016-61-4-108-113

32. Камилова И.К., Миклин О.П., Гудзь О.В. и др. Коррекция фолатного статуса – проблемы и перспективы в Российской Федерации. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучения. 2019; 7 (3): 120-129. doi: 10.24411/2303-9698-2019-13018
33. Карамнова Н. С., Максимов С. А., Шальнова С. А. и др. Разработка современной версии частотного вопросника полуколичественной оценки характера питания для взрослого населения, его валидация и оценка воспроизводимости. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022; 21(3): 3169. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3169
34. Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Швабская О.Б. Методы изучения питания: варианты использования, возможности и ограничения. Профилактическая медицина. 2021;24(8):109–116. doi: 10.17116/profmed202124081109
35. Карамнова Н.С., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Характер питания взрослого населения по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2018;17(4): 61-66. doi: 10.15829/1728-8800-2018-4-61-66
36. Киосов А.Ф. Поддержка лактации после преждевременных родов. Вопросы детской диетологии. 2014; 12 (6): 52–56
37. Киосов А.Ф. Поддержка лактации, профилактика и лечение гипогалактии. Лечащий врач. 2019; (6): 7
38. Клинические рекомендации «Нормальная беременность». 2020.
39. Клинические рекомендации «Пищевая аллергия». 2021.
40. Коденцова В.М., Буцкая Т.В., Ладодо О.Б. и др. Прием витаминно-минеральных комплексов во время беременности необходим: сравнительный анализ действующих рекомендаций. Вопросы практической педиатрии. 2022; 17(2): 136–147. doi: 10.20953/1817-7646-2022-2-136-147
41. Коденцова В.М., Вржесинская О.А., Никитюк Д.Б. и др. Витаминная обеспеченность взрослого населения Российской Федерации: 1987-2017 гг. Вопросы питания. 2018; 87 (4): 62-68. doi: 10.24411/0042-8833-2018-10043

42. Коденцова В.М., Намазова-Баранова Л.С., Макарова С.Г. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России. Краткий обзор документа. Педиатрическая фармакология. 2017. 14 (6): 478-493. – doi: 10.15690/pf.v14i6.1831.
43. Коденцова В.М., Рисник Д.В., Ладодо О.Б. Оптимизация микроэлементного состава грудного молока путем обогащения рациона женщины. Акушерство и гинекология. 2021; 8: 60-68. doi: 10.18565/aig.2021.8.60-68
44. Коденцова В.М., Рисник Д.В., Павлович С.В. и др. Оптимизация обеспеченности микронутриентами кормящих женщин и новорожденных на исключительно грудном вскармливании посредством обогащения рациона женщины. Гинекология. 2021; 23 (3): 222–230. doi: 10.26442/20795696.2021.3.20087
45. Конь И.Я., Пырьева Е.А., Гмошинская М.В. Основные подходы к поддержке грудного вскармливания на различных этапах наблюдения за беременными и кормящими женщинами. Фарматека. 2016; 12 (325): 37-39
46. Конь И.Я., Гмошинская М.В., Абрамова Т.В. Питание беременных, кормящих матерей и детей раннего возраста. М: Издательство "Медицинское информационное агентство", 2015. – 216 с.
47. Ладодо О.Б., Буцкая Т.В., Коденцова В.М. и др. Грудное вскармливание в РФ: результаты анкетирования кормящих матерей. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022; 4: 9-15. doi: 10.48612/cgma/a5tm-hp4b-6xf5
48. Лебединцева Л.А., Дерюгин П.П., Смелова А.А. Современные представления о рациональном питании российских женщин (на примере Санкт-Петербурга). Crede Experto: транспорт, общество, образование, язык. 2018; (4): 325-339.
49. Лукоянова О.Л, Боровик Т.Э. Нутритивная эпигенетика и эпигенетические эффекты грудного молока. Вопросы питания. 2015; 84 (5): 4-15
50. Макарова С.Г., Коденцова В.М., Ладодо О.Б. и др. Микронутриентный статус беременной женщины: риски, связанные с дефицитом, и методы

коррекции. Акушерство и гинекология. 2020; 5: 156-164. DOI:10.18565/aig.2020.5.156-64

51. Макарова С.Г., Ладодо О.Б. Буцкая Т.В. и др. Питание матери и детей раннего возраста с точки зрения метаболического программирования. Медицинский оппонент. 2022; 2(8): 35-45.
52. Мельниченко Г.А., Герасимов Г.А., Трошина Е.А. Что мешает принять закон о профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода, в стране с йодной недостаточностью? Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2019; 15 (4): 162-168. doi: 10.14341/ket12424
53. Методические рекомендации "О применении специализированных диетических лечебных и диетических профилактических продуктов питания витаминно-минеральных комплексов (ВМК)", 2019. Профильная комиссия по диетологии Минздрава России.
54. Методические рекомендации «Организация наблюдения за беременными женщинами, роженицами и кормящими матерями с целью обеспечения полноценного грудного вскармливания детей», 2016, 159 с.
55. Методические рекомендации «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ», 2019, 112 с.
56. Методические рекомендации МР 2.3.1.0253-21 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации" (утв. Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека 22 июля 2021 г., 72 с.
57. Национальная программа по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике). Союз педиатров России. М.: ПедиатрЪ, 2017. – 152 с.

58. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство. Под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 996-1002. doi: 10.33029/9704-6280-5-NKD-2021-1-1008
59. Пастбина И.М., Игнатова О.А., Меньшикова Л.И. Организационные аспекты исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных. Социальные аспекты здоровья населения 2018; 4 (62): 7
60. Пахомовская Н.Л., Татьянина О.Ф., Лазарева Т.Ю. Функциональные запоры у детей. Медицинский совет. 2022; 16(1): 106-113. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-1-106-113
61. Погожева А.В., Коденцова В.М. Группы риска множественного дефицита витаминов и минеральных веществ среди населения. Клиническое питание и метаболизм. 2020; 1 (3): 137-143. doi: 10.17816/clinutr48744
62. О прогнозе долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 г. Финансовая аналитика: проблемы и решения. 2014; 2 (188): 58-64
63. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации. ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. М.: б. и., 2019. – 112 с.
64. Трошина Е.А., Платонова Н.М., Панфилова Е.А. Аналитический обзор результатов мониторинга основных эпидемиологических характеристик йододефицитных заболеваний у населения Российской Федерации за период 2009–2018 гг. Проблемы эндокринологии. 2021; 67 (2): 10-19. doi: https://doi.org/10.14341/probl12433
65. Турти Т.В., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А. и др. Современные возможности сохранения грудного вскармливания у детей с кишечными коликами. Педиатрическая фармакология. 2014; 11 (1): 55-58.
66. Тутельян В. А., Конь И. Я. Детское питание: руководство для врачей. 4-е изд. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 784 с.
67. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Российские клинические рекомендации. 2020. – 49 с.

68. Хавкин А.И., Богданова Н.М., Белова Е.М. Роль нейропептидов в генезе кишечных колик. Фарматека. 2019; 26 (2): 89-92. doi: 10.18565/pharmateca.2019.2.89-92
69. Холодова И.Н., Зайденварг Г.Е. Горяйнова А.Н. Дети после кесарева сечения: как улучшить их адаптацию и уменьшить риск развития патологических состояний. Медицинский совет. 2019; 11: 16-22
70. Чабанова Н.Б., Матаев С.И., Василькова Т.Н. и др. Роль алиментарных факторов и ожирения у беременных женщин в развитии акушерской и перинатальной патологии. Вопросы питания. 2017; 86 (4): 6-21
71. Шадрин А.Г., Хомутовская К.О. Кишечные колики у детей раннего возраста при различных типах лактазной недостаточности, особенности диагностики и коррекции. Современная педиатрия 2014; 6(62): 102.
72. Шамитова Е.Н., Викторович Н.Н. Изучение влияния дефицита витамина А на физиологическое состояние легких. Современные проблемы науки и образования. 2019; (4): 142
73. Шумилов П.В., Медведева А.П. Эффективность комплексной диетотерапии функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей первого года жизни: результаты анкетирования педиатров в РФ. Вопросы практической педиатрии. 2017;12 (6): 50-57. doi: 10.20953/1817-7646-2017-6-50-57
74. Юрьев В.К., Юрьева К.Е., Моисеева К.Е. Некоторые аспекты оценки организации детей питания раннего возраста. Современные проблемы науки и образования. 2017; (6): 78-96
75. Яковлев Я.Я., Манеров Ф.К., Фурцев В.И. и др. Знания будущих врачей (студентов старших курсов, интернов, ординаторов) по вопросам грудного вскармливания: одномоментное исследование. Вопросы современной педиатрии. 2021; 20 (4): 292-309. doi: 10.15690/vsp.v20i4.2285.
76. Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Фисенко А.П. и др. Первые тысяча дней и вегетарианство // Медицинский алфавит. 2021; (21): 33-37. doi: 10.33667/2078-5631-2021-21-33-37.

77. Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Фисенко А.П. и др. Обеспеченность детей-вегетарианцев железом и витамином B12: одномоментное контролируемое исследование. Российский педиатрический журнал. 2019; 22(3): 144-152. doi: 10.18821/1560-9561-2019-22-3-144-152.
78. Abbass-Dick J, Sun W, Newport A, Xie F, Godfrey D, Goodman WM. The comparison of access to an eHealth resource to current practice on mother and co-parent teamwork and breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Midwifery*. 2020;90:102812. doi:10.1016/j.midw.2020.102812
79. Abbass-Dick J, Xie F, Koroluk J, et al. The Development and piloting of an eHealth breastfeeding resource targeting fathers and partners as co-parents. *Midwifery*. 2017;50:139-147. doi:10.1016/j.midw.2017.04.004
80. Abolyan LV, Haiek LN, Pastbina IM, et al. Compliance With the "Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards" in Russian Hospitals. *J Hum Lact*. 2021;37(3):521-531. doi:10.1177/08903344211002754
81. Agosti M, Tandoi F, Morlacchi L, et al. Nutritional and metabolic programming during the first thousand days of life. *Pediatr Med Chir*. 2017;39(2):157. doi:10.4081/pmc.2017.157
82. Al-Beltagi M, Saeed NK, Bediwy AS, et al. Cow's milk-induced gastrointestinal disorders: From infancy to adulthood. *World J Clin Pediatr*. 2022;11(6):437-454. doi:10.5409/wjcp.v11.i6.437
83. Ali MK, Amin ME, Amin AF, et al. Evaluation of the effectiveness of low-dose aspirin and omega 3 in treatment of asymmetrically intrauterine growth restriction: A randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:231-235. doi:10.1016/j.ejogrb.2017.01.002
84. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. "I did a lot of Googling": A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women Birth*. 2019;32(2):147-156. doi:10.1016/j.wombi.2018.05.008
85. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Reasons for Stopping Exclusive Breastfeeding Between Three and Six Months: A Qualitative Study. *J Pediatr Nurs*. 2018;39:37-43. doi:10.1016/j.pedn.2018.01.007

86. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women Birth*. 2017;30(6):e281-e291. doi:10.1016/j.wombi.2017.05.005
87. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Breastfeeding. In: Pediatric Nutrition, 8th, Kleinman RE, Greer FR (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2019. p.45
88. Ansaripour M, Naseri M, Esfahani MM, et al. Periconceptional care and offspring health at birth and long term, from the perspective of Avicenna. *J Integr Med*. 2019;17(2):80-86. doi:10.1016/j.joim.2019.01.003
89. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Villanueva G; Ema Q Group. An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period. Midwifery. 2018;58:19-26. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.002.
90. Bailey RL, West KP Jr, Black RE. The epidemiology of global micronutrient deficiencies. *Ann Nutr Metab*. 2015;66 Suppl 2:22-33. doi:10.1159/000371618
91. Bajerova K, Salvatore S, Dupont C, et al. The Cow's Milk-Related Symptom Score (CoMiSS™): A Useful Awareness Tool. *Nutrients*. 2022;14(10):2059. doi:10.3390/nu14102059
92. Baker P, Russ K, Kang M, et al. Globalization, first-foods systems transformations and corporate power: a synthesis of literature and data on the market and political practices of the transnational baby food industry. Global Health. 2021 May 21;17(1):58. doi: 10.1186/s12992-021-00708-1.
93. Balogun OO, da Silva Lopes K, Ota E, et al. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 6;2016(5):CD004073. doi: 10.1002/14651858.
94. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 9;11(11):CD001688. doi: 10.1002/14651858.

95. Benninga S., Nurko M.A., Faure C., et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterol. 2016; 150(6):1443–1455. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.016
96. Black RE, Dewey KG. Benefits of supplementation with multiple micronutrients in pregnancy. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2019; 1444(1): 3-5. doi: 10.1111/nyas.14088
97. Bourassa MW, Osendarp SJM, Adu-Afarwuah S, et al. Review of the evidence regarding the use of antenatal multiple micronutrient supplementation in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1444(1):6-21. doi:10.1111/nyas.14121
98. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of Galactogogues in Initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018. *Breastfeed Med*. 2018;13(5):307-314. doi:10.1089/bfm.2018.29092.wjb
99. Brozek JL, Firmino RT, Bognanni A, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update - XIV - Recommendations on CMA immunotherapy. World Allergy Organ *J*. 2022;15(4):100646. doi:10.1016/j.waojou.2022.100646
100. Caio G. Non-IgE/Mixed Food Allergies and Functional Gastrointestinal Disorder: A Common Thread between Childhood and Adulthood. *Nutrients*. 2022;14(4):835. doi:10.3390/nu14040835
101. Calvani, M., Anania, C., Cuomo, B., et al. Non-IgE- or Mixed IgE/Non-IgE-Mediated Gastrointestinal Food Allergies in the First Years of Life: Old and New Tools for Diagnosis. Nutrients 2021;13(1):226. doi:10.3390/nu13010226
102. Capozzi A, Scambia G, Lello S. Bone metabolism in pregnancy and lactation. *Minerva Obstet Gynecol*. 2021;73(6):697-703. doi:10.23736/S2724-606X.21.04905-8
103. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding: Iodine. Available at: https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/diet-and-micronutrients/iodine.html (Accessed on March 09, 2020)

104. Chang YS, Beake S, Kam J, Lok KY, Bick D. Views and experiences of women, peer supporters and healthcare professionals on breastfeeding peer support: A systematic review of qualitative studies. *Midwifery*. 2022;108:103299. doi:10.1016/j.midw.2022.103299

105. Chen B, Dong S. Mercury Contamination in Fish and Its Effects on the Health of Pregnant Women and Their Fetuses, and Guidance for Fish Consumption-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15929. doi:10.3390/ijerph192315929

106. Daniels L, Gibson RS, Diana A, et al. Micronutrient intakes of lactating mothers and their association with breast milk concentrations and micronutrient adequacy of exclusively breastfed Indonesian infants. *Am J Clin Nutr*. 2019;110(2):391-400. doi:10.1093/ajcn/nqz047

107. Desyibelew HD, Dadi AF. Burden and determinants of malnutrition among pregnant women in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(9):e0221712. doi:10.1371/journal.pone.0221712

108. Dietary Guidelines Advisory Committee. 2020. Scientific Report of the 2020 Dietary. Guidelines Advisory Committee: Advisory Report to the Secretary of Agriculture and the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, Washington, DC

109. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016;150:1262–1279. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.032;

110. Duarte ML, Dias KR, Ferreira DMTP, Fonseca-Gonçalves A. Knowledge of health professionals about breastfeeding and factors that lead the weaning: a scoping review. *Cien Saude Colet*. 2022;27(2):441-457. doi:10.1590/1413-81232022272.35672020

111. Engagement and Behavioral Determinants of Infant Feeding in an mHealth Program: Qualitative Evaluation of the Growing Healthy Program. JMIR Mhealth Uhealth. 2017;5(12):e196

112. Erick M. Breast milk is conditionally perfect. Med Hypotheses. 2018 Feb;111:82-89. doi: 10.1016/j.mehy.2017.12.020

113. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49(1):112-125. doi:10.1097/MPG.0b013e31819f1e05

114. Farah E, Barger MK, Klima C, Rossman B, Hershberger P. Impaired Lactation: Review of Delayed Lactogenesis and Insufficient Lactation. *J Midwifery Womens Health*. 2021;66(5):631-640. doi:10.1111/jmwh.13274

115. Farebrother J, Zimmermann MB, Abdallah F, et al. Effect of Excess Iodine Intake from Iodized Salt and/or Groundwater Iodine on Thyroid Function in Nonpregnant and Pregnant Women, Infants, and Children: A Multicenter Study in East Africa. *Thyroid*. 2018;28(9):1198-1210. doi:10.1089/thy.2018.0234

116. Farias PM, Marcelino G, Santana LF, et al. Minerals in Pregnancy and Their Impact on Child Growth and Development. *Molecules*. 2020;25(23):5630. doi:10.3390/molecules25235630

117. Ferrante G, Carta M, Montante C, et al. Current Insights on Early Life Nutrition and Prevention of Allergy. *Front Pediatr*. 2020;8:448. doi:10.3389/fped.2020.00448

118. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. Good clinical practice advice: Micronutrients in the periconceptional period and pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;144(3):317-321. doi:10.1002/ijgo.12739

119. Fiocchi A, Brozek J, Schünemann H, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *World Allergy Organ J*. 2010;3(4):57-161. doi:10.1097/WOX.0b013e3181defeb9

120. Gernand AD. The upper level: examining the risk of excess micronutrient intake in pregnancy from antenatal supplements. *Ann N Y Acad Sci*. 2019;1444(1):22-34. doi:10.1111/nyas.14103

121. Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Cognition in Children. *Pediatrics*. 2018;142(2):e20174266. doi:10.1542/peds.2017-4266

122. Gibson L, Porter M. Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Academic Outcomes in Children. *Nutrients*. 2020;12(3):829. doi:10.3390/nu12030829

123. Gibson L, Porter M. Drinking or smoking while breastfeeding and later developmental health outcomes in children. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):232. doi:10.1186/s13104-020-05072-8

124. Gibson RS, Rahmannia S, Diana A, et al. Association of maternal diet, micronutrient status, and milk volume with milk micronutrient concentrations in Indonesian mothers at 2 and 5 months postpartum. *Am J Clin Nutr*. 2020;112(4):1039-1050. doi:10.1093/ajcn/nqaa200

125. Girardi G, Bremer AA. Effects of Climate and Environmental Changes on Women's Reproductive Health. *J Womens Health (Larchmt)*. 2022;31(6):755-757. doi:10.1089/jwh.2021.0631

126. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2017;317(21):2207-2225. doi:10.1001/jama.2017.3635

127. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW et al. The Effects of Early Nutritional Interventions on the Development of Atopic Disease in Infants and Children: The Role of Maternal Dietary Restriction, Breastfeeding, Hydrolyzed Formulas, and Timing of Introduction of Allergenic Complementary Foods. *Pediatrics*. 2019;143(4):e20190281. doi:10.1542/peds.2019-0281

128. Grzunov Letinić J, Matek Sarić M, Piasek M, et al. Use of human milk in the assessment of toxic metal exposure and essential element status in breastfeeding women and their infants in coastal Croatia. *J Trace Elem Med Biol*. 2016;38:117-125. doi:10.1016/j.jtemb.2016.08.002

129. Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD004905. Published 2017 Apr 13. doi:10.1002/14651858.CD004905.pub5

130. Heinsch M, Nightingale S. Integrating psychosocial approaches into the management of childhood functional gastrointestinal disorders: a role for social work. *Soc Work Health Care*. 2019;58(5):431-443. doi:10.1080/00981389.2019.1581871

131. Hernández-Cordero S, Pérez-Escamilla R, Zambrano P, et al. Countries' experiences scaling up national breastfeeding, protection, promotion and support programmes: Comparative case studies analysis. *Matern Child Nutr*. 2022;18 Suppl 3:e13358. doi:10.1111/mcn.13358

132. Hirsch M, Aggarwal S, Barker C, et al. Googling endometriosis: a systematic review of information available on the Internet. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(5):451-458.e1. doi:10.1016/j.ajog.2016.11.1007

133. Hirsch M, Wojtaszewska A, Saridogan E, Mavrelos D, Barker C, Duffy JMN. Googling fibroids: A critical appraisal of information available on the internet. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;250:224-230. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.04.004

134. Hollis BW, Wagner CL, Howard CR, et al. Maternal Versus Infant Vitamin D Supplementation During Lactation: A Randomized Controlled Trial [published correction appears in Pediatrics. 2019 Jul;144(1):]. *Pediatrics*. 2015;136(4):625-634. doi:10.1542/peds.2015-1669

135. Hombali AS, Solon JA, Venkatesh BT, Nair NS, Peña-Rosas JP. Fortification of staple foods with vitamin A for vitamin A deficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;5(5):CD010068. doi:10.1002/14651858.CD010068.pub2

136. Hon KL, Wong YCT, Chau IK, Chau MK, Cheung KL, Wong W. Alcohol Exposure in Breastfed Neonates Associated with Chinese Chicken Wine. *Indian J Pediatr*. 2016;83(12-13):1495-1496. doi:10.1007/s12098-016-2181-4

137. Hsu CN, Tain YL. The Good, the Bad, and the Ugly of Pregnancy Nutrients and Developmental Programming of Adult Disease. *Nutrients*. 2019;11(4):894. doi:10.3390/nu11040894

138. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4

139. Järvinen KM, Martin H, Oyoshi MK. Immunomodulatory effects of breast milk on food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2019;123(2):133-143. doi:10.1016/j.anai.2019.04.022

140. Jeong G, Park SW, Lee YK, Ko SY, Shin SM. Maternal food restrictions during breastfeeding. Korean J Pediatr. 2017;60(3):70-76. doi:10.3345/kjp.2017.60.3.70

141. Karayiannis D, Kontogianni MD, Mendorou C, Mastrominas M, Yiannakouris N. Adherence to the Mediterranean diet and IVF success rate among non-obese women attempting fertility. *Hum Reprod*. 2018;33(3):494-502. doi:10.1093/humrep/dey003

142. Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD004905. doi:10.1002/14651858

143. Kiely ME, McCarthy EK, Hennessy Á. Iron, iodine and vitamin D deficiencies during pregnancy: epidemiology, risk factors and developmental impacts. *Proc Nutr Soc*. 2021;80(3):290-302. doi:10.1017/S0029665121001944

144. Kim YM, Haq ZU, Soomro J, Sultana Z, Faizunnisa A, Agha S. Case Study: Effects of a Media Campaign on Breastfeeding Behaviors in Sindh Province, Pakistan. *World Health Popul*. 2015;16(2):39-45. doi:10.12927/whp.2016.24494

145. Kramer EA, den Hertog-Kuijl JH, van den Broek LM, et al. Defecation patterns in infants: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. 2015;100(6):533-536. doi:10.1136/archdischild-2014-307448

146. Kunzler A, Kolling EA, da Silva JD Jr, et al. Retinol (Vitamin A) Increases α-Synuclein, β-Amyloid Peptide, Tau Phosphorylation and RAGE Content in Human SH-SY5Y Neuronal Cell Line. *Neurochem Res*. 2017;42(10):2788-2797. doi:10.1007/s11064-017-2292-y

147. Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, et al. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery*. 2011;27(2):187-194. doi:10.1016/j.midw.2009.05.012

148. Li Z, Mannava P, Murray JCS, et al. Association between early essential newborn care and breastfeeding outcomes in eight countries in Asia and the Pacific: a cross-sectional observational -study. *BMJ Glob Health*. 2020;5(8):e002581. doi:10.1136/bmjgh-2020-002581

149. Lovett J, Gordon C, Patton S, Chen CX. Online information on dysmenorrhoea: An evaluation of readability, credibility, quality and usability. *J Clin Nurs*. 2019;28(19-20):3590-3598. doi:10.1111/jocn.14954

150. MacMillan Uribe AL, Olson BH. Exploring Healthy Eating and Exercise Behaviors Among Low-Income Breastfeeding Mothers. *J Hum Lact*. 2019;35(1):59-70. doi:10.1177/0890334418768792

151. Marshall NE, Abrams B, Barbour LA, et al. The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(5):607-632. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.035

152. McCreedy A, Bird S, Brown LJ, Shaw-Stewart J, Chen YF. Effects of maternal caffeine consumption on the breastfed child: a systematic review. *Swiss Med Wkly*. 2018;148:w14665. doi:10.4414/smw.2018.14665

153. McGrice M, Porter J. The Effect of Low Carbohydrate Diets on Fertility Hormones and Outcomes in Overweight and Obese Women: A Systematic Review. *Nutrients*. 2017;9(3):204. doi:10.3390/nu9030204

154. Meedya S, Win K, Yeatman H, et al. Developing and testing a mobile application for breastfeeding support: The Milky Way application. *Women Birth*. 2021;34(2):e196-e203. doi:10.1016/j.wombi.2020.02.006

155. Meulenbroeks D, Versmissen I, Prins N, Jonkers D, Gubbels J, Scheepers H. Care by Midwives, Obstetricians, and Dietitians for Pregnant Women Following a Strict Plant-Based Diet: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2021;13(7):2394. doi:10.3390/nu13072394

156. Meyer R, Venter C, Bognanni A, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guideline update - VII - Milk elimination and reintroduction in the diagnostic process of cow's milk allergy. *World Allergy Organ J*. 2023;16(7):100785. doi:10.1016/j.waojou.2023.100785

157. Meyer R, Fox AT, Chebar Lozinsky A, Michaelis LJ, Shah N. Non-IgE-mediated gastrointestinal allergies-Do they have a place in a new model of the Allergic March. *Pediatr Allergy Immunol*. 2019;30(2):149-158. doi:10.1111/pai.13000

158. Meyer R, Chebar Lozinsky A, Fleischer DM, et al. Diagnosis and management of Non-IgE gastrointestinal allergies in breastfed infants-An EAACI Position Paper. *Allergy*. 2020;75(1):14-32. doi:10.1111/all.13947

159. Middleton P, Gomersall JC, Gould JF, et al. Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD003402. doi:10.1002/14651858.CD003402.pub3

160. Miles EA, Childs CE, Calder PC. Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids (LCPUFAs) and the Developing Immune System: A Narrative Review. *Nutrients*. 2021;13(1):247. doi:10.3390/nu13010247

161. Miyamoto T, Miyakoshi K, Sato Y, et al. Changes in bone metabolic profile associated with pregnancy or lactation. *Sci Rep*. 2019;9(1):6787. doi:10.1038/s41598-019-43049-1

162. Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy*. 2014;69(8):1008-1025. doi:10.1111/all.12429

163. Musgrave LM, Baum A, Perera N, Homer CS, Gordon A. Baby Buddy App for Breastfeeding and Behavior Change: Retrospective Study of the App

Using the Behavior Change Wheel. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021;9(4):e25668. doi:10.2196/25668

164. Nagel EM, Howland MA, Pando C, et al. Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding Outcomes: a Narrative Review. *Clin Ther*. 2022;44(2):215-227. doi:10.1016/j.clinthera.2021.11.007

165. Nazeri P, Kabir A, Dalili H, et al. Breast-Milk Iodine Concentrations and Iodine Levels of Infants According to the Iodine Status of the Country of Residence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Thyroid*. 2018;28(1):124-138. doi:10.1089/thy.2017.0403

166. Nowak-Węgrzyn A, Chehade M, Groetch ME, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: Executive summary-Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(4):1111-1126.e4. doi:10.1016/j.jaci.2016.12.966

167. Oh C, Keats EC, Bhutta ZA. Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy on Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2020;12(2):491. doi:10.3390/nu12020491

168. Osei J, Andersson M, Reijden OV, Dold S, Smuts CM, Baumgartner J. Breast-Milk Iodine Concentrations, Iodine Status, and Thyroid Function of Breastfed Infants Aged 2-4 Months and Their Mothers Residing in a South African Township. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2016;8(4):381-391. doi:10.4274/jcrpe.2720

169. Pajewska-Szmyt M, Sinkiewicz-Darol E, Gadzała-Kopciuch R. The impact of environmental pollution on the quality of mother's milk. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2019;26(8):7405-7427. doi:10.1007/s11356-019-04141-1

170. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Soc Sci Med*. 2020;244:112331. doi:10.1016/j.socscimed.2019.05.036

171. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, et al. Stigma Experienced by Children and Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6):e20173034. doi:10.1542/peds.2017-3034

172. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depress Res Treat*. 2016;2016:4765310. doi:10.1155/2016/4765310

173. Rautava P, Lehtonen L, Helenius H, Sillanpää M. Infantile colic: child and family three years later. *Pediatrics*. 1995;96(1 Pt 1):43-47.

174. Rebelo FM, Caldas ED. Arsenic, lead, mercury and cadmium: Toxicity, levels in breast milk and the risks for breastfed infants. *Environ Res*. 2016;151:671-688. doi:10.1016/j.envres.2016.08.027

175. Robinson DT. Big steps for advising the smallest bites: Dietary Guidelines for Americans address feeding infants and toddlers. *J Perinatol*. 2021;41(5):926-927. doi:10.1038/s41372-021-01027-4

176. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2

177. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66(3):516-554. doi:10.1097/MPG.0000000000001889

178. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 2020;26(4):485-497. doi:10.1038/s41591-020-0803-x

179. Russell J.B., Abboud C., Williams A., et al. Does changing a patient's dietary consumption of proteins and carbohydrates impact blastocyst development and clinical pregnancy rates from one cycle to the next? *Fertility and Sterility. 2012; 98*.(3): S47

180. Ryznar RJ, Phibbs L, Van Winkle LJ. Epigenetic Modifications at the Center of the Barker Hypothesis and Their Transgenerational Implications. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12728. doi:10.3390/ijerph182312728

181. Santana GS, Giugliani ERJ, Vieira TO, Vieira GO. Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(2):104-122. doi:10.1016/j.jped.2017.06.013

182. Santos AF, Riggioni C, Agache I, et al. EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. *Allergy*. 2023;78(12):3057-3076. doi:10.1111/all.15902

183. Sathyamala Ch. Global Nutrition Report: Towards a Global Governance in Nutrition. Development and Change. 2017; 48 (5): 1227-1242. doi:10.1111/dech.12332

184. Schwarzenberg SJ, Georgieff MK; committee on nutrition. Advocacy for Improving Nutrition in the First 1000 Days to Support Childhood Development and Adult Health. *Pediatrics*. 2018;141(2):e20173716. doi:10.1542/peds.2017-3716

185. Scott JA. The first 1000 days: A critical period of nutritional opportunity and vulnerability. *Nutr Diet*. 2020;77(3):295-297. doi:10.1111/1747-0080.12617

186. Sebastiani G, Herranz Barbero A, Borrás-Novell C, et al. The Effects of Vegetarian and Vegan Diet during Pregnancy on the Health of Mothers and Offspring. *Nutrients*. 2019;11(3):557. doi:10.3390/nu11030557

187. Sidnell A, Nestel P. UK Internet antenatal dietary advice: a content accuracy and readability analysis. *Br J Nutr*. 2020;124(10):1061-1068. doi:10.1017/S0007114520002135

188. Silva VAAL, Caminha MFC, Silva SL, Serva VMSBD, Azevedo PTACC, Filho MB. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. *J Pediatr (Rio J)*. 2019;95(3):298-305. doi:10.1016/j.jped.2018.01.004

189. Smith ER, Shankar AH, Wu LS, et al. Modifiers of the effect of maternal multiple micronutrient supplementation on stillbirth, birth outcomes, and infant mortality: a meta-analysis of individual patient data from 17 randomised trials in low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health*. 2017;5(11):e1090-e1100. doi:10.1016/S2214-109X(17)30371-6

190. Snyder K, Pelster AK, Dinkel D. Healthy eating and physical activity among breastfeeding women: the role of misinformation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):470. doi:10.1186/s12884-020-03153-x

191. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017;3:1. doi:10.1186/s40748-016-0040-y

192. Storr T, Maher J, Swanepoel E. Online nutrition information for pregnant women: a content analysis. *Matern Child Nutr*. 2017;13(2):e12315. doi:10.1111/mcn.12315

193. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;58(2):258-274. doi:10.1097/MPG.0000000000000266

194. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2018;14(4):e12612. doi:10.1111/mcn.12612

195. Thomson G, Crossland N. Using the behaviour change wheel to explore infant feeding peer support provision; insights from a North West UK evaluation. *Int Breastfeed J*. 2019;14:41. doi:10.1186/s13006-019-0236-7

196. Upadhyay RP, Martines JC, Taneja S, et al. Risk of postneonatal mortality, hospitalisation and suboptimal breast feeding practices in low birthweight infants from rural Haryana, India: findings from a secondary data analysis. *BMJ Open*. 2018;8(6):e020384. doi:10.1136/bmjopen-2017-020384

197. van Tilburg MA, Hyman PE, Walker L, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *J Pediatr*. 2015;166(3):684-689. doi:10.1016/j.jpeds.2014.11.039

198. Vandenplas Y, Broekaert I, Domellöf M, et al. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, management and prevention of cow's milk allergy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Published online July 26, 2023. doi:10.1097/MPG.0000000000003897

199. Vandenplas Y, Zhao ZY, Mukherjee R, et al. Assessment of the Cow's Milk-related Symptom Score (CoMiSS) as a diagnostic tool for cow's milk protein allergy: a prospective, multicentre study in China (MOSAIC study). *BMJ Open*. 2022;12(2):e056641. doi:10.1136/bmjopen-2021-056641

200. Vandenplas Y, Gottrand F, Veereman-Wauters G, et al. Gastrointestinal manifestations of cow's milk protein allergy and gastrointestinal motility. *Acta Paediatr*. 2012;101(11):1105-1109. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02808.x

201. Vandenplas Y, Gutierrez-Castrellon P, Velasco-Benitez C, et al. Practical algorithms for managing common gastrointestinal symptoms in infants [published correction appears in Nutrition. 2013 Apr;29(4):702. Shek, Pei-Chi Lynette [corrected to Shek, Lynette Pei-Chi]]. *Nutrition*. 2013;29(1):184-194. doi:10.1016/j.nut.2012.08.008

202. Venter C, Greenhawt M, Meyer RW, et al. EAACI position paper on diet diversity in pregnancy, infancy and childhood: Novel concepts and implications for studies in allergy and asthma. *Allergy*. 2020;75(3):497-523. doi:10.1111/all.14051

203. Verduci E, Banderali G, Barberi S, et al. Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*. 2014;6(4):1711-1724. doi:10.3390/nu6041711

204. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

205. Vural F, Vural B, Cakiroglu Y. The Effect of Combined Antenatal and Postnatal Counselling on Postpartum Modern Contraceptive Use: Prospective

Case-Control Study in Kocaeli, Turkey. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(4):QC04-QC7. doi:10.7860/JCDR/2016/16931.7641

206. Wang L, Wang YW, Tan JT, et al. [Efficacy and safety of lactase additive in preterm infants with lactose intolerance: a prospective randomized controlled trial]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2021;23(7):671-676. doi:10.7499/j.issn.1008-8830.2102038

207. Weiler HA, Brooks SPJ, Sarafin K, et al. Early prenatal use of a multivitamin diminishes the risk for inadequate vitamin D status in pregnant women: results from the Maternal-Infant Research on Environmental Chemicals (MIREC) cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2021;114(3):1238-1250. doi:10.1093/ajcn/nqab172

208. WHO. Guideline: Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders. Geneva: World Health Organization; 2014. https://www.who.int/publications/i/item/9789241507929

209. Wilson J, Tay RY, McCormack C, et al. Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(5):667-676. doi:10.1111/dar.12473

210. Witkowska-Zimny M, Majczyna D. How Knowledge about Stem Cells Influences Attitudes towards Breastfeeding: Case Study of Polish Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2382. doi:10.3390/ijerph18052382

211. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):404.e1-404.e30. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.029

212. Wood H, Acharjee A, Pearce H, et al. Breastfeeding promotes early neonatal regulatory T-cell expansion and immune tolerance of non-inherited maternal antigens. *Allergy*. 2021;76(8):2447-2460. doi:10.1111/all.14736

213. World Health Organization (2014) Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7

214. Yu J, Wei Z, Lukoyanova O, et al. Maternal Infant-Feeding Attitudes, Infant Eating Behaviors, and Maternal Feeding Choice at 3 and 6 Months Postpartum: A Comparative Multicenter International Study. *Breastfeed Med*. 2020;15(8):528-534. doi:10.1089/bfm.2020.0066

215. Zhang ZQ, Chen YM, Wang RQ, Huang ZW, Yang XG, Su YX. The effects of different levels of calcium supplementation on the bone mineral status of postpartum lactating Chinese women: a 12-month randomised, double-blinded, controlled trial. *Br J Nutr*. 2016;115(1):24-31. doi:10.1017/S0007114515003967

Приложение 1. Анкета для оценки информированности кормящих женщин в вопросах грудного вскармливания и анализа ранних факторов, влияющих на становление лактации и ее продолжительность

Укажите, в каком городе / районе вы проживаете?	
Численность населения вашего города / поселка?	до 20 тыс.
	20-40 тыс.
	40-100 тыс.
	100-500 тыс.
	500 тыс. - 1 миллион
	От 1 миллиона и более
Ваш возраст	До 18 лет
	18-25 лет
	25-30 лет
	30-35 лет
	35-40 лет
	Старше 40 лет
Ваша профессия	Учащаяся
	Домохозяйка
	Рабочая
	Служащая
Ваше образование	Неполное высшее
	Неполное среднее
	Среднее
	Среднее специальное
	Высшее
Ваш семейный статус в настоящее время?	Замужем
	Незамужем
Укажите возраст вашего ребенка на момент проведения опроса	До 1 месяца
	1-3 месяца
	4-6 месяца
	7-12 месяца
	Старше года
Нужно ли кормить ребенка грудью?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Если да, то почему, на ваш взгляд, ребенка нужно кормить грудным молоком?	Грудное молоко – это не просто питание, но и основа хорошего здоровья моего ребенка на всю жизнь
	Грудное молоко – это лучшее питание
	Грудное молоко

	бесплатно
	Затрудняюсь ответить
Можно ли кормить ребенка в общественных местах?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Верно ли утверждение: «Грудное молоко обеспечивает ребенка питательными веществами полностью до 4-6 месяцев»?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Верно ли утверждение: «Грудное вскармливание снижает вероятность рака груди у кормящей женщины?»	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Является ли грудное вскармливание профилактикой ожирения ребенка в будущем?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Получали ли вы когда-либо информацию о пользе грудного вскармливания?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Если да, то где вы получали эту информацию?	Родильный дом
	Интернет / Книги
	Детская поликлиника
	Женская консультация
	Родственники / Знакомые
	Радио / Телевидение
Была ли у вас во время беременности твердая уверенность в том, что вы сможете и будете кормить грудью?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Состояли ли вы на учете в женской консультации?	Да
	Нет
Какая это по счету беременность, завершившаяся родами?	1
	2
	3
	Более
Срок родов	Срочные
	Преждевременные
	Запоздалые (> 41 нед.)
Тип родоразрешения	Самостоятельные
	Оперативные
Пол вашего ребенка	Мужской
	Женский
Режим вскармливания в родильном доме?	Свободное (по требованию)
	По часам

Вскармливание в домашних условиях	Свободное (по требованию)
	По часам
Как долго вы планируете кормить грудью?	1 месяц
	2-3 месяца
	4-5 месяцев
	6 месяцев
	12 месяцев
	18 месяцев
	2 года
	До тех пор, пока будет грудное молоко
Откуда вы в основном получаете информацию по вопросам питания вашего ребенка?	Врач
	Родственники, знакомые, другие мамы
	Интернет
	Книги / брошюры
	Блогеры
	Радио / Телевидение
Докармливали ли вашего ребенка смесью в родильном доме	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Если вашему ребенку в родильном доме был назначен докорм смесью, предпринимал ли ваш участковый педиатр попытки отменить докорм и вернуть ребенка на исключительно грудное вскармливание?	Да
	Нет
Если у ребенка есть (или был) докорм смесью, то кто его вам назначил?	Врач
	Самостоятельно
	Медицинская сестра / Акушерка
	Родственники / Знакомые
	Затрудняюсь ответить
Получали ли вы детскую молочную смесь в качестве «подарка» при выписке из родильного дома?	Да
	Нет
В какой срок после родов ваш ребенок был приложен к груди?	Первые 30 мин
	Первый час
	В первые сутки
	Более чем через сутки
	Не прикладывали
Сцеживали ли вы (сцеживаете) грудное молоко в период лактации?	Да
	Нет
Кормили ли вы своего ребенка сцеженным грудным молоком?	Да

	Нет
Делали ли вы запасы своего сцеженного грудного молока у себя дома? (хранение в холодильнике, замораживание)	Да
	Нет
В каком возрасте вы ввели (планируете введение) прикорма (каш, пюре, соков)?	До 3 месяцев
	4 месяца
	5 месяцев
	6 месяцев
	12 месяцев
	Старше года
Были ли у Вас случаи лактостаза / мастита?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Если у вас были проблемы с грудным вскармливанием, то кто вам помогал их решить?	Решала самостоятельно
	Не было проблем
	Врач
	Знакомые / Родственники
	Консультант по ГВ
Кормили ли бы вы своего ребенка донорским грудным молоком (от другой женщины) в случае отсутствия или недостатка вашего молока?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Стали бы вы донором грудного молока в случае избытка у вас грудного молока?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Продолжительность исключительно грудного вскармливания (без смеси и прикорма)	С рождения искусственное вскармливание
	С рождения смешанное вскармливание (грудное молоко + смесь)
	Менее 1 месяца
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	4 месяца
	5 месяцев
	6 месяцев
	7 месяцев
	Более 7 месяцев
Как долго вы в целом кормили грудью (продолжительность грудного вскармливания)?	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	4 месяца

	5 месяцев
	6 месяцев
	7 месяцев
	8 месяцев
	9 месяцев
	10 месяцев
	11 месяцев
	12 месяцев
	12-18 месяцев
	более 18 месяцев
Обращались ли вы за консультацией по вопросам грудного вскармливания в роддоме?	Да
	Нет
Отмечали ли вы у своего ребенка в период грудного вскармливания аллергические реакции, связанные с вашим питанием?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Придерживались ли вы какой-нибудь диеты для кормящих матерей?	Да
	Нет
	Затрудняюсь ответить
Принимали ли вы витамины во время беременности?	Да
	Нет
	Иногда
Принимали ли вы витамины во время кормления грудью?	Да
	Нет
	Иногда

Приложение 2. Анкета для оценки эффективности комплекса мер по поддержке лактации (опрос 1)

ОПРОС 1

№ амбулаторной карты_____
Возраст матери (полных лет)
Возраст ребенка _____ (мес.)
Дата опроса _____201__ год
Вес на момент опроса _____г
Рост на момент опроса_____см

Есть ли у Вас в семье аллергические заболевания?
☐ Есть (укажите, какие)
☐ Нет
Замечали ли Вы аллергические реакции у вашего ребенка?
☐ Да (укажите, какие)
☐ Нет
На момент опроса ребенок получает
☐ Исключительно грудное вскармливание
☐ Смешанное вскармливание (грудное молоко + смесь)
Какая приблизительная длительность плача вашего ребенка?
☐ ≤ 1 часа/день
☐ 1-1,5 часа/день
☐ 1,5-2 часа/день
☐ 2-3 часа/день
☐ 3-4 часа/день
☐ 4-5 часа/день
☐ ≥ 5 часов/день
Как часто и каким объемом съеденной пищи срыгивает ваш ребенок?
☐ 0-2 эпизода/день
☐ ≥ 3 - ≤ 5небольшого объёма
☐ >5 эпизодов, в объеме >1кофейной ложки
☐ >5 эпизодов, в объеме ± половины употребленной порции < половины кормлений
☐ Постоянное срыгивание в небольшом объеме в течение >30 мин после каждого кормления
☐ Срыгивание от половины до всего объема порции питания во время, по меньшей мере, половины кормлений
☐ Срыгивание всей порции питания после каждого кормления

Оцените типичный характер стула ребенка по Бристольской шкале



Тип 1
Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются.



Тип 2
В форме колбаски, но комковатый.



Тип 3
В форме колбаски, но с ребристой поверхностью.



Тип 4
В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий.



Тип 5
Мягкие маленькие шарики с ровными краями.



Тип 6
Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул.



Тип 7
Водянистый, без твердых частиц.

Приложение 3. Анкета для оценки эффективности комплекса мер по поддержке лактации (опрос 2)

ОПРОС 2

Дата опроса _____201__ год
Вес ребенка на момент опроса _____ г
Рост ребенка на момент опроса_____ см

Есть ли у Вас в семье аллергические заболевания?

- ☐ Есть (укажите, какие)
- ☐ Нет

Замечали ли Вы аллергические реакции у вашего ребенка?

- ☐ Да (укажите, какие)
- ☐ Нет

На момент опроса ребенок получает

- ☐ Исключительно грудное вскармливание
- ☐ Смешанное вскармливание (грудное молоко + смесь)
- ☐ Искусственное вскармливание (смесь)

Какая приблизительная длительность плача вашего ребенка?

- ☐ ≤ 1 часа/день
- ☐ 1-1,5 часа/день
- ☐ 1,5-2 часа/день
- ☐ 2-3 часа/день
- ☐ 3-4 часа/день
- ☐ 4-5 часа/день
- ☐ ≥ 5 часов/день

Как часто и каким объемом съеденной пищи срыгивает ваш ребенок?

- ☐ 0-2 эпизода/день
- ☐ ≥ 3 - ≤ 5небольшого объёма
- ☐ >5 эпизодов, в объеме >1кофейной ложки
- ☐ >5 эпизодов, в объеме ± половины употребленной порции < половины кормлений
- ☐ Постоянное срыгивание в небольшом объеме в течение >30 мин после каждого кормления
- ☐ Срыгивание от половины до всего объема порции питания во время, по меньшей мере, половины кормлений
- ☐ Срыгивание всей порции питания после каждого кормления

Оцените типичный характер стула ребенка по Бристольской шкале



Тип 1
Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются.



Тип 2
В форме колбаски, но комковатый.



Тип 3
В форме колбаски, но с ребристой поверхностью.



Тип 4
В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий.



Тип 5
Мягкие маленькие шарики с ровными краями.



Тип 6
Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул.



Тип 7
Водянистый, без твердых частиц.

Соблюдали ли вы рекомендации специалиста?

- ☐ Да, полностью
- ☐ Нет
- ☐ Не регулярно

Приложение 4. Анкета для оценки участвовавших в опросе женщин к разработанным рекомендациям и их эффективности

Помогли ли вам наши рекомендации по питанию?

Оцените по шкале от 1 до 5 _____

Оцените свой уровень знаний по питанию в период кормления грудью до знакомства с нашими рекомендациями.

По шкале от 1 до 5 _____

Оцените свой уровень знаний по питанию в период кормления грудью после знакомства с нашими рекомендациями.

По шкале от 1 до 5 _____

Искали ли вы информацию в сети Интернет о питании женщины в период кормления грудью?

☐ Да

☐ Нет

Считаете ли вы информацию в сети интернет о питании женщины в период кормления грудью достаточной?

☐ Да

☐ Нет

Насколько помогли наши рекомендации скорректировать ваш рацион?

Оцените по шкале от 1 до 5 _____

Насколько способствовали наши рекомендации расширить ваш рацион?

Оцените по шкале от 1 до 5 _____

Насколько способствовали наши рекомендации сохранить ваше грудное вскармливание?

Оцените по шкале от 1 до 5: ____ _____

Приложение 5. Состав специализированного продукта для кормящих женщин

Продукт сухой специализированный на молочной основе для питания кормящих женщин Nutrima Лактамил®			
Для питания кормящих женщин			
Состав: сухое обезжиренное молоко, глюкозный сироп, сухая деминерализованная молочная сыворотка, сухое цельное молоко, растительные масла (соевое, подсолнечное высокоолеиновое), инулин, минеральные вещества (фосфат кальция, хлорид магния, хлорид натрия, цитрат калия, карбонат кальция, сульфат железа, сульфат цинка, сульфат меди, хлорид марганца, йодид калия, селенит натрия), экстракты фенхеля, крапивы, аниса, тмина, витамины (аскорбиновая кислота, токоферола ацетат, никотинамид, D-пантотенат кальция, пиридоксина гидрохлорид, рибофлавин, фолиевая кислота, тиамина гидрохлорид, ретинола ацетат, D-биотин, филлохинон, холекальциферол, цианокобаламин), рыбий жир (источник докозагексае-новой DHA и эйкозапентаеновой EPA кислот), инозит, таурин, эмульгатор (соевый лецитин), антиокислитель (L -аскорбилпальмитат)			
Пищевая ценность	**в 100 г сухого продукта**	**в 200 мл готового продукта**	**% от РСНФП**
Энергетическая ценность, ккал/ кДж	391/1635	156/654	6
Белок, г	**17,5**	**7**	**7**
белки молочной сыворотки/казеин, %	30/70		
Таурин, мг	50	20	
Жир, г	**6,5**	**2,6**	**3**
молочный жир, % от общего количества жира	30		
линолевая кислота, г	1,8	0,73	
ϒ-линоленовая кислота, г	0,24	0,09	
докозагексаеновая кислота, мг	15	6	
эйкозапентаеновая кислота, мг	3	1,3	
Углеводы, г	65	**26**	**8**
лактоза, г	38	15,2	
Пребиотики (инулин), г	1	0,4	2
Минеральные вещества:			
кальций, мг	850	340	24
фосфор, мг	620	248	25
калий, мг	850	340	14
натрий, мг	300	120	9
магний, мг	100	40	9
медь, мкг	400	160	11
марганец, мкг	110	44	2
железо, мг	20	8	44

цинк, мг	13	5	33
хлориды, мг	540	216	9
йод, мкг	125	50	17
селен, мкг	35	14	22
зола, г	6	2,4	
Витамины:			
ретинол (А), мкг-экв	550	220	17
токоферол (Е), мг	8,7	3,5	18
кальциферол (Д), мкг	7,5	3	24
витамин К, мкг	50	20	17
тиамин (B_1), мкг	750	300	17
рибофлавин (B_2), мкг	750	300	14
пантотеновая кислота, мг	4,8	1,9	27
пиридоксин (B_6), мкг	900	360	14
ниацин (РР), мг	7,2	2,9	13
фолиевая кислота (B_9), мкг	700	280	56
цианокобаламин (B_{12}), мкг	3,5	1,4	40
аскорбиновая кислота (С), мг	100	40	33
биотин, мкг	50	20	40
Инозит, мг	**55**	**22**	**4**
Холин, мг	**60**	**24**	**5**

РНСФП – рекомендуемая суточная норма физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для женщин в период кормления ребенка.

Приложение 6. Оценочная шкала CoMiSS

CoMiSS: Оценка симптомов, возникающих при употреблении коровьего молока

Фамилия: ..... Имя: ..... Возраст: ..... Дата: .....

ЦЕЛЬ

CoMiSS – простой и удобный инструмент для быстрой оценки симптомов, связанных с употреблением коровьего молока. Он призван помочь повысить уровень осведомленности медицинских работников о наиболее распространенных симптомах АБКМ, что, в свою очередь, должно способствовать более ранней постановке точного диагноза. CoMiSS также может использоваться для количественной оценки динамики симптомов на фоне терапевтического вмешательства.

ИНСТРУКЦИИ

Если есть подозрение что симптомы связаны с употреблением коровьего молока, оцените все симптомы, наблюдаемые вами или о которых сообщили родители, выбрав соответствующую балльную оценку для каждого из них. Затем суммируйте балльные оценки и запишите полученную сумму в нижней строке оценочной таблицы.

СИМПТОМ	ОЦЕНКА		
Плач*	0	⩽ 1 часа/день	ФАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
	1	1 – 1,5 часа/день	
	2	1,5 - 2 часа/день	
	3	2 - 3 часа/день	
	4	3 - 4 часа/день	
	5	4 - 5 часов/день	
	6	⩾ 5 часов/день	
Срыгивание	0	0 - 2 эпизода/день	ФАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
	1	⩾ 3 - <5 небольшого объема	
	2	> 5 эпизодов в объеме >1 кофейной ложки	
	3	> 5 эпизодов в объеме ± половины употребленной порции < половины кормлений	
	4	Постоянное срыгивание в небольшом объеме в течение >30 мин после каждого кормления	
	5	Срыгивание от половины до всего объема порции питания во время, по меньшей мере, половины кормлений	
	6	Срыгивание всей порции питания после каждого кормления	
Стул (Бристольская шкала)	4	Тип 1 и 2 (твердый стул)	ФАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
	0	Тип 3 и 4 (нормальный стул)	
	2	Тип 5 (мягкий стул)	
	4	Тип 6 (жидкий стул, если не связан с инфекцией)	
	6	Тип 7 (водянистый стул)	
Кожные симптомы	0-6	Атопическая экзема: ГОЛОВА, ШЕЯ, ТУЛОВИЩЕ / РУКИ, НОГИ	ФАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
		Отсутствует: 0 / 0	
		Слабовыраженная: 1 / 1	
		Умеренная: 2 / 2	
		Тяжелая: 3 / 3	
	0-6	Крапивница: НЕТ 0 / ДА 6	
Респираторные симптомы	0	Отсутствуют	ФАКТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
	1	Слабовыраженные	
	2	Умеренные	
	3	Тяжелые	

*** Плач принимается в расчет, только если ребенок систематически плачет на протяжении 1 недели и более без очевидной причины, как считают родители.**

СУММАРНАЯ ОЦЕНКА

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Оценка может варьировать в интервале от 0 до 33 баллов. Максимальная оценка по каждому типу симптомов составляет 6, за исключением Респираторных симптомов, где предусматривается максимальная оценка 3.

Если суммарная оценка ⩾ 12 баллов, симптомы, вероятнее всего, связаны с употреблением коровьего молока. Это может указывать на АБКМ.

Если суммарная оценка <12, симптомы, вероятно, не связаны с употреблением коровьего молока. Поищите другие причины.

Для подтверждения диагноза АБКМ ребенок должен быть переведен на элиминационную диету, после которой должна быть проведена пероральная пищевая проба.