

На правах рукописи

Байков Юрий Михайлович

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВСКАРМЛИВАНИЯ
И ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ**

14.00.09 - педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург, 2000

Работа выполнена в Уральской медицинской академии Министерства здравоохранения РФ на кафедре пропедевтики детских болезней.

- | | |
|-----------------------|---|
| Научный руководитель | - доктор медицинских наук, профессор
Н.Е. Санникова; |
| Научный консультант | - кандидат философских наук, доцент
А.В. Старшинова |
| Официальные оппоненты | - доктор медицинских наук, профессор
А.М. Чердниченко;
- доктор медицинских наук, профессор
Н.И. Аверьянова. |
| Ведущее учреждение | - Уральская государственная медицинская
академия постдипломной подготовки |

Защита состоится " " _____ 2000 г. в _____ часов
на заседании Диссертационного Совета Д.084.10.01 Уральской государственной
медицинской академии (620010, Екатеринбург, _____).

В последние годы в России и Свердловской области отмечается снижение уровня жизни, материального обеспечения широких слоев населения, резкое ухудшение экологической обстановки не только в крупных городах и промышленных центрах, но и во многих ранее благополучных в этом отношении территориях. Все это отрицательно сказывается на состоянии здоровья как всего населения, так и в первую очередь женщин и детей: снижается рождаемость, сохраняется высокой младенческая смертность.

Проблема рационального вскармливания и питания детей остается глобальной проблемой, не получившей до сих пор должного признания правительств, служб здравоохранения и общественных движений мира (Вельтишев Ю.Е., 1996).

Оценка состояния питания, выявление возможного дефицита или избытка отдельных нутриентов - одна из важнейших задач государственной политики в области питания, направленная на формирование здорового и трудоспособного поколения (Баранов А.А., Щеплягина Л.А., 1999, 2000).

Адекватное питание наиболее важно на ранних этапах развития человека. Это объясняется регулирующим воздействием пищевых нутриентов на механизмы дифференцировки жизненно важных органов, гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, поддержание здоровья, повышение устойчивости к действию инфекционных, радиационных, экологиченных и других неблагоприятных факторов внешней среды (Воронцов И.М., 1994, 1999; Конь И.Я., 1999, 2000).

Между тем, в 90-е годы питание детей всех возрастных групп, особенно раннего возраста, беременных женщин и кормящих матерей претерпевает изменения негативного характера.

В последние годы частота грудного вскармливания резко снизилась, несмотря на огромные преимущества женского молока перед другими видами питания. По данным эпидемиологических исследований, в различных регионах России, продолжительность естественного вскармливания составляет всего 3,4-4,2 мес; однако, в организации смешанного и искусственного вскарм-

ливания, во введении пищевых добавок и прикормов допускаются серьезные нарушения (Нетребенко О.К., Сорвачева Т.Н., 1997).

В тесной связи с этим находится и рост алиментарно зависимых заболеваний: рахита, паратрофии, анемии. В отдельных регионах анемией страдают около 50% детей раннего возраста, что вызывает определенную тревогу, так как с железодефицитными анемиями связан целый комплекс нарушений здоровья (снижение иммунитета, нарушение физического и нервно-психического развития) (Щеплягина Л.А., Захарова И.Н., 2000). Основные причины развития алиментарно-зависимых состояний у детей раннего возраста - недостаточное или неправильное питание матери во время беременности, низкий социально-экономический уровень жизни семьи, неправильное питание ребенка, частые интеркуррентные заболевания, экологическое неблагополучие.

Питание беременных и кормящих женщин характеризуется сниженным содержанием белка, в особенности животного, недостаточным потреблением кальция, железа, ряда витаминов (витамина С, фолиевой кислоты, тиамина), растительных волокон. Рационы беременных и кормящих женщин содержат мало овощей, фруктов, растительного масла, кисломолочных продуктов, рыбы (Ладоло К.С., Нетребенко О.К., 2000).

Система приоритетного снабжения беременных и кормящих женщин (в том числе льготного) важнейшими продуктами питания практически не действует, несмотря на ряд принятых правительственных постановлений по этому вопросу.

По данным годовых статотчетов Свердловской области анемия беременных женщин составляет 50-70% и 30-40% - у их детей, что вызывает особую тревогу и требует разработки определенных мероприятий медико-социального плана с целью профилактики и лечения.

Показано, что особое значение для здоровья беременных и кормящих матерей, детей имеют такие факторы как материальный доход семьи, жилищные условия, степень стабильности семьи, характер взаимоотношений в ней, возможности для развития и обучения детей и другие социальные составляющие. Наиболее существенную роль в формировании правильного подхода к

вскармливание выполняет семья. Семейное положение является мощным фактором, определяющим уровень здоровья. (Сорокин А.В., 1992; Воробьева Э.Л., 1996).

Учитывая сложившуюся за последние годы ситуацию, организаторы здравоохранения, специалисты в области детской диетологии, работники медицинских учреждений и социальных служб направляют свои усилия на решение проблем рационализации питания семей и детей.

Цель работы.

Определить стратегию медико-социального обслуживания детей первых лет жизни и кормящих матерей в условиях детского объединения, обеспечивающую оптимальное питание и здоровье.

Задачи исследования:

1. Провести социологическое исследование состояния здоровья, ^{питания} и режима семей, имеющих детей раннего возраста.
2. Оценить состав женского молока и распространенность естественного вскармливания у кормящих матерей из групп социального риска.
3. На основании полученных результатов определить схему медико-социального наблюдения за состоянием здоровья и полноценностью питания матери и ребенка.
4. Обосновать принципы работы кабинетов здорового ребенка и деятельности муниципальных медицинских и социальных учреждений с целью разработки и внедрения эффективных подходов к нормализации пищевого статуса семьи.

Научная новизна.

- На территории, отягощенной высоким уровнем промышленного производства, неблагоприятной экологической ситуацией, сложными экономическими условиями, проведено комплексное медико-социальное исследование состояния здоровья кормящей женщины в динамике лактации, состава грудного молока и здоровья их детей.
- По результатам социального обследования семей, имеющих детей, разработана дифференцированная система социальной помощи.

- Впервые в условиях г. Екатеринбурга показано, что по результатам социального обследования должно быть скорректировано медицинское наблюдение. При таком условии медицинская помощь может быть эффективной, а социальная помощь в свою очередь приобретает оптимальный, адресный характер.
- Установлено отрицательное влияние нерационального питания семей (в 85% случаев) на лактационный процесс, сопряженный со снижением содержания в молоке макро- и микронутриентов.
- Доказано, что неоптимальное питание в семье приводит к нарушению обмена железа у матерей и способствует развитию анемии у детей, влияя на качество здоровья, физическое и нервно-психическое развитие.
- В ряду комплексных медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение условий жизни и пищевой статус семьи необходима коррекция микронутриентной недостаточности.
- В результате изучения состава грудного молока у женщин с различным социальным статусом в г. Екатеринбурге и Свердловской области обоснована эффективность применения препарата “Центрум” кормящим женщинам с целью профилактики микронутриентной недостаточности их детей.

Практическая значимость работы.

В современных условиях крупного промышленного города и села установлены факторы риска, в том числе социального характера, влияющие на нарушение пищевого статуса кормящей женщины, лактационный процесс, состав грудного молока, здоровье детей.

Недостаточное питания кормящей женщины из семей социального “риска” оказывает влияние на особенности макро- и микронутриентного состава грудного молока в динамике первых месяцев лактации. Формирование дефицитных состояний у пары “мать-дитя” требует адекватных методов коррекции в условиях детского лечебного учреждения.

Отработана программа коррекции микронутриентной недостаточности с использованием препарата “Центрум”.

Обоснована необходимость адресной социальной помощи в натуральной форме (продукты питания), в виде социальных услуг, включая консультативную помощь, компенсационные выплаты, пособия, льготы, материальную помощь.

Социальный работник кабинета здорового ребенка должен осуществлять связь с муниципальной социальной службой, оказывая помощь семьям и детям.

В железнодорожном районе г. Екатеринбурга, на территории которого проводилось исследование, создана система социальной службы, взаимодействующая с медицинскими учреждениями района, оказывающими помощь различным типам семей и групп детей социального "риска".

Внедрение результатов исследования.

Результаты исследования внедрены в работу поликлиники Детской дорожной клинической больницы, детских поликлиник, территориального центра социальной помощи семье и детям, православной благотворительной столовой Ново-Тихвинского монастыря на территории Железнодорожного района г. Екатеринбурга.

Выявленные особенности состава грудного молока, позволили правильно определить профилактические мероприятия и дифференцированный подход к наблюдению и лечению гипогалактии, значительно повысили эффективность естественного вскармливания, скорректировали характер и объем помощи в соответствии с социальным заказом, улучшили пищевой статус семьи и здоровье детей. Научные выводы и практические рекомендации включены в учебный курс для студентов общемедицинского и педиатрического факультетов УГМА и отделения социальной работы УРГУ. Опубликованы в соавторстве методические рекомендации по кабинету здорового ребенка для медицинского персонала детских поликлиник.

Социологические аспекты работы нашли отражение в ряде документов и инструктивных писем администрации Свердловской области и г. Екатеринбурга.

Апробация работы.

Основные положения работы доложены на научно-практических конференциях врачей, социальных работников города и области, обсуждены на заседаниях Городской Думы, заседаниях законодательного собрания Областной Думы (1991-2000); на Всероссийском съезде иммунологов (Новосибирск, 1992); на Межрегиональной научно-практической конференции "Семья-94 в системе реабилитационных центров" (Екатеринбург, 1994); на Конгрессе педиатров России (Москва, 1995); на Конференции "Охрана психического здоровья детей и подростков (Москва, 1998); на Межрегиональной научно-практической конференции "Здоровье детей и подростков в современных социально-экономических и экологических условиях" (Уфа, 1999); на Конгрессе педиатров России "Здоровый ребенок" (Москва, 1999); на I Всероссийском конгрессе с международным участием "Питание детей: XXI век" (Москва, март 2000).

Положения, выносимые на защиту.

1. Проведенное социологическое исследование выявило, что подавляющее число семей - до 85% - не могут обеспечить полноценное и адекватное потребности питание кормящей женщине и детям.
2. Определен состав грудного молока у женщин с различным социальным статусом в г. Екатеринбурге и Свердловской области. Выявлена зависимость белкового и жирового компонентов молока от качества питания лактирующей женщины: при насыщенности рациона питания продуктами, несущими полноценные белки и жиры животного и растительного происхождения, содержание ингредиентов молока приближается к значениям, рекомендованным ВОЗ. Найденны изменения в микроэлементном составе молока в динамике ранних сроков лактации у женщин групп социального риска г. Екатеринбурга.
3. Обоснована необходимость коррекции состава грудного молока в первые 3 месяца лактации с целью предотвращения микронутриентной недостаточности у кормящих матерей и их детей, особенно в группах социального риска.

4. Разработаны методы медико-социального мониторинга в условиях медицинского учреждения (кабинет здорового ребенка) в тесном контакте с социальными муниципальными службами. Определены формы медико-социальной помощи через медицинские и социальные учреждения района в виде натуральных продуктов питания или дополнительных материальных услуг.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на _____ страницах компьютерного текста, иллюстрированного таблицами, рисунками. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, _____ глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего _____ отечественных и _____ иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Материалы и методы исследования.

С целью изучения социального статуса семей, имеющих беременных, кормящих матерей и грудных детей и состояния их питания, выяснения отношения к грудному вскармливанию и причин перехода на раннее искусственное вскармливание, состояния здоровья детей и семьи, нами было проведено социологическое исследование.

В его задачи входило также изучение жилищно-бытовых условий семей, их уровня доходов, отношение к получаемой социальной помощи, определенные характер и объема необходимой помощи.

Метод исследования - опрос семей путем анкетирования, инструмент исследования - анкета для родителей. Объем исследования - 187 семей. Исследование проходило на базе Детской клинической больницы на станции Свердловск-Пассажирский и детских поликлиник Железнодорожного района города Екатеринбурга.

Исследование включало два этапа:

На первом этапе (1991, 1993 гг.) изучались преимущественно вопросы, связанные с питанием семей, кормящих матерей и их детей. На втором этапе

(май - июнь 1993 г) акцент был сделан на выявлении потребности и характера помощи социально "слабым" семьям с детьми.

Для определения эффективности естественного вскармливания и оценки состояния здоровья кормящей матери нами был изучен макро- и микронутриентный состав женского зрелого молока у 153 кормящих женщин на протяжении года лактации.

128 женщин из них проживали в г.Екатеринбурге и наблюдались в поликлинике ДДКБ, 25 женщин – в селе Патруши Сысертского района Свердловской области.

Для углубления аспектов медико-социального обслуживания кормящих матерей и детей раннего возраста проведен мониторинг за состоянием здоровья и полноценностью питания матери и ребенка в зависимости от вида вскармливания.

Физическое развитие ребенка оценивалось с использованием метода перцентильных таблиц ВОЗ.

Нервно-психическое развитие определялось по методике, разработанной Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печорой.

Исследование химических свойств женского молока проводилось в биохимической лаборатории УГМА (зав. кафедрой, проф. Н.А. Глотов) и ЦНИЛ УГМА (зав., д.м.н., проф. Г.Я. Липатов).

Определение общего белка в молоке проводилось спектрофотометрическим унифицированным методом по Lowry O.H.

Уровень общих липидов и триглицеридов определялся методиками Биотест фирмы LACHEMA, адаптированными к молоку.

Содержание общих восстанавливающих (редуцирующих) углеводов определяли по методике, разработанной сотрудником кафедры биологической химии УГМА к.х.н. Л.А. Каминской.

Общий анализ крови, биохимическое исследование показателей обмена железа: общая железосвязывающая способность сыворотки, сывороточное железо, коэффициент насыщения трансферрина железом проводились в кли-

нической и биохимической лабораториях Детской дорожной клинической больницы.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате проведенных социологических исследований по своей структуре семьи распределились следующим образом: 90,6% составили полные семьи (в них есть оба родителя), 5,9% - неполные семьи (матери-одиночки), 3,5% - многодетные семьи (трое и более детей). Большинство из них проживали в благоустроенных квартирах - 62,3%, в общежитиях - 27,6%, в бараках - 2,3% или неблагоустроенных частных домах - 1,8%.

С точки зрения возрастных характеристик родителей - это молодые люди - почти 75% из них в возрасте 20-30 лет, 16,5% - до 40 лет, 1,2% - до 50 лет, 7,0% - до 20 лет. Треть из опрошенных родителей имели среднее образование, еще треть - среднее специальное, столько же - незаконченное высшее или высшее.

Анализ материального положения семей показал, что наиболее нуждающимися являются неполные и многодетные семьи. Во всех неполных семьях (100%) доход составлял до 5 тыс. рублей в месяц, а в многодетных семьях такой доход был у 60%.*

79,4% опрошенных семей имели грудного ребенка, из них 49,6% детей вскармливались женским молоком, 17,0% - грудным молоком и адаптированными молочными смесями, 33,3% - кормили ребенка только молочными смесями. Одной из главных причин перехода на молочные смеси являлось отсутствие грудного молока - (58,6%), а также - недостаток грудного молока (33,3%); затем следовали такие причины, как заболевание матери (4,0%) или ребенка (4,0%).

10,6% матерей указали, что перестали кормить ребенка грудью почти сразу после рождения, 25,5% - через 1-2 месяца, 33,0% - через 3-5 месяцев, 24,5% - через 6-8 месяцев, 6,4% - через год.

* (в ценах 1993 г. на момент социального исследования прожиточный минимум составил 8 тыс. рублей)

Наименее устроенными эти группы семей оказались в плане решения жилищных вопросов: 50% одиноких матерей и 20% многодетных семей проживали в общежитиях. Большинство проживающих в бараках составили также неполные семьи - 10%. Меньше всего из них имели благоустроенные квартиры.

С учетом сказанного, опрашиваемым было предложено определить частоту потребления следующих продуктов питания (табл. 1).

Таблица 1

Употребление семьей продуктов питания (% к числу опрошенных)

Продукты	Каждый день	Часто	Редко	Совсем не употребляют
Мясо	44,1	42,3	12,9	0,6
Молоко	28,2	29,4	36,5	5,9
Творог	12,3	29,4	51,2	7,0
Яйцо	42,9	49,4	6,5	0,6
Сыр	7,6	24,1	62,9	4,7
Овощи	50,6	42,9	6,5	0
Фрукты	23,5	30,0	41,8	2,3
Масло сливочное	52,9	37,0	10,0	0
Масло растительное	47,0	40,6	11,2	0
Каши	36,5	40,6	19,4	2,3
Макаронные изделия	28,8	54,7	15,3	0
Рыба	3,5	29,4	65,3	1,8
Сметана	12,3	39,4	47,0	1,2

Как видно из таблицы 1, к наиболее редко употребляемым семьями продуктам относятся рыба, сыр, творог, сметана, фрукты, молоко. Часто употребляются макаронные изделия, яйцо, овощи, мясо, каши, масло растительное. К наибольшему числу совсем не употребляемых в питании продуктов относились творог, молоко, сыр.

Анализ ответов о том, как питается мать в семье, показывает, что лишь чуть более трети из них употребляет в норме мясо, еще меньше - молока, творога, сметаны, фруктов, немногие из них употребляют рыбу и сыр (рис. 1).

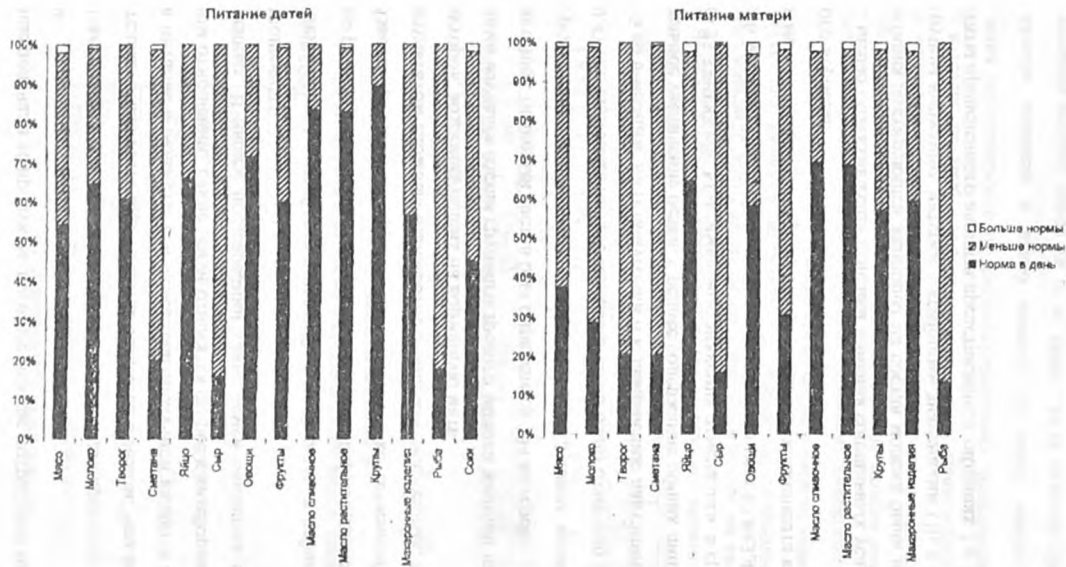


Рис. 1. Частота употребления матерью и ребенком основных продуктов питания

Сравнивая показатели, отражающие питание семьи и матери с питанием детей (рис. 1), заметно, что семья перераспределяла питание в пользу детей: дети чаще получали те продукты, которые меньше потребляли мать или семья в целом.

Известно, что показатели затрат на питание одновременно выступают и показателями благосостояния семьи и общества в целом: чем выше доля затрат на питание в бюджете, тем менее благополучной является семья в материальном отношении. Такие семьи относятся скорее к категории бедных, чем обеспеченных. В нашем исследовании таких семей оказалось более 80% из всех опрошенных.

Таким образом, наиболее уязвимой, в этой связи, к неблагоприятному влиянию разнообразных факторов оказывается лактирующая женщина.

Известно, что синтез грудного молока и его качественный состав являются результатом сложных взаимоотношений как эндогенных, так и экзогенных факторов, воздействующих на кормящую мать.

Нами изучался состав грудного зрелого молока женщины на протяжении года лактации. Белковый состав был определен у 134 матерей.

Среднее содержание общего белка (ОБ) в грудном молоке составило $16,31 \pm 0,47$ г/л. Наиболее низкое содержание ОБ было отмечено в сроке лактации от 3 до 6 месяцев; во II полугодии и к завершению лактации наблюдалось значительное увеличение белка. Среднее содержание общих липидов (ОЛ) составило $33,33 \pm 0,88$ г/л. Максимальные значения отмечались в сроке лактации от 3 до 6 месяцев. Средний уровень углеводов составил $67,6 \pm 3,48$ г/л. В динамике отмечена тенденция нарастания углеводного компонента к концу лактационного периода.

С целью объективизации оценки влияния социальных условий и характера питания лактирующей женщины на состав молока были проанализированы группы кормящих матерей с крайними значениями ОБ и ОЛ в молоке. Результаты проведенного анализа представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2

Состав женского молока в зависимости от сроков лактации
(в сравнении с данными ВОЗ)

№	Срок лактации	Общий белок, (M±m), г/л	Общие липиды, (M±m), г/л	Углеводы (M±m), г/л
1	1-3 мес.	16,52±0,57	32,84±1,02	61,3±4,0
2	3-6 мес.	15,02±0,73	34,53±1,98	68,9±6,1
3	6-12 мес.	19,15±1,13	31,53±1,94	74,0±8,7
	P	P ₁₋₃ <0,001 P ₂₋₃ <0,001	P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05	P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
	ВОЗ, 1989	11,5	40,0-45,0	70,0

Таблица 3

Анализ влияния социальных факторов на количество ОБ и ОЛ
в женском молоке

Факторы	Количество женщин с различным содержанием ОБ				Количество женщин с различным содержанием ОЛ			
	менее 10 г/л (n=22)		более 40 г/л (n=34)		менее 25 г/л (n=42)		более 40 г/л (n=42)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Неудовлетворительные материально-бытовые условия	8	36,4	11	32,4	14	33,3	10	23,8
Неполноценное питание	13	59,1	26	76,5	36	85,7	30	71,4

Отчетливого влияния социально-бытовых условий на содержание ОБ и ОЛ в женском молоке не прослеживалось. Тем не менее была отмечена тенденция более благополучного материального положения в семьях, где лактирующие женщины имели молоко с высоким уровнем ОЛ.

Результаты исследования характера питания кормящих матерей свидетельствовали о крайне низком его качестве во всех сравниваемых группах. При этом отмечалась преобладание женщин с неполноценным питанием в группе с высоким содержанием молочного белка. Этот факт согласуется с данными ряда исследователей, свидетельствующих об относительном влиянии химического состава пищи на уровень белка в женском молоке (Кадырова М.А., 1988; Фатеева И.М., 1989). В то же время рацион питания

женщин, имевших молоко с высоким содержанием жиров. был более сбалансирован и насыщен полноценными продуктами животного и растительного происхождения.

Сравнительное изучение грудного молока у женщин с учетом различного социального и материального положения в период с 1991 по 1994 гг. показало влияние качества питания на содержание основных ингредиентов в женском молоке (табл. 4).

Таблица 4

Сравнительный состав женского молока в разные годы исследований

	Белок, г/л	Жиры, г/л
1991 г.	17,89±0,46	29,69±0,90
1992-1994 гг.	13,20±0,69	41,25±1,70
	P<0,001	P<0,001

Увеличение уровня жиров при параллельном снижении белков связано, на наш взгляд, с качественным улучшением питания лактирующих женщин, характеризовавшимся включением в рацион следующих продуктов – творога, сыра, сливочного и растительного масла, увеличением квоты мяса и молока.

Поскольку в первые 3 месяца жизни ребенок, находящийся на естественном вскармливании, получает исключительно грудное молоко, нам представилось важным оценить не только макронутриентный, но и микронутриентный состав материнского молока с учетом состояния здоровья женщины и ребенка из групп социального риска.

Анализ состояния здоровья детей, находящихся на естественном вскармливании в возрасте 2 месяцев, показал, что доминирующей в структуре заболеваемости являлась патология перинатального периода, инициированная, прежде всего, состоянием здоровья матери и течением интранатального периода, патология пищеварительного тракта.

Результаты анализа здоровья кормящих матерей свидетельствовали об отсутствии здоровых женщин. 100% женщин имели отягощенное течение беременности, из них 70% - анемию беременных.

Результаты исследования красной периферической крови и показателей обмена железа в сроке лактации 2 месяцев свидетельствовали о наличии анемии у 40% кормящих матерей.

Исследование минеральных веществ и микроэлементов в женском молоке показало, что содержание практически всех биоэлементов соответствовало данным других исследователей и требованиям, предъявляемым ВОЗ/МАГАТЭ. К этим элементам относились Ca, Fe, Cu, Zn, Mn, Mo, Pb, Cd, Cr. В сравнении с приводимыми нормами средний уровень фосфора был снижен в 1,2, магния - в 1,3 раза. Представители тяжелых металлов - свинец и кадмий были обнаружены в следовых количествах. Уровень таких элементов как Co, Ni, Al, Si находился вне пределов обнаружения данным методом исследования, что доказывает отсутствие или очень низкое их содержание в грудном молоке.

С целью коррекции выявленной микронутриентной недостаточности у лактирующих женщин и профилактики развития фоновых "дефицитных" состояний у вскармливаемых ими детей нами использовался витаминно-минеральный комплексный препарат "Центрум", который назначался кормящим матерям в сроке лактации 2 месяца, продолжительностью 1 месяц.

Результаты комплекса исследований, проводившегося в сроке лактации 3 месяца показал, что уровень железа, меди, кальция, магния значительно увеличивался на фоне проводимой коррекции препаратом "Центрум" (табл. 5).

Однако, формирование у большинства лактирующих женщин и вскармливаемых ими детей к 3 месяцам анемии, наличие высокого процента поражения кишечника инфекционной природы у младенцев заставляют более радикально подходить к вопросам коррекции и лечения дефицитных состояний и у детей, и у матерей, включая санацию желудочно-кишечного тракта. В данном контексте препарат "Центрум" можно рассматривать лишь в качестве вспомогательного средства, направленного на коррекцию микронутриентного состава женского молока и предотвращающего усугубление микронутриентной недостаточности у ребенка, находящегося на естественном вскармливании.

вании. Препарат необходимо рекомендовать к применению кормящим женщинам с ранних сроков лактации в комплексе терапевтических мероприятий, на периоде реабилитации и в течение всего периода лактации с целью поддержания оптимального микронутриентного состава грудного молока.

Таблица 5

Содержание минеральных веществ и микроэлементов в женском молоке в динамике лактации на фоне проводимой коррекции препаратом "Центрум"

(мг/л)

Био-эле-мент	2 месяца	3 месяца	P	Отчет ВОЗ/МАГАТЭ, 1991 г.	F. Haschke, C. Huemer, B. Piet-sching, 1995 г.
Ca	279,47±15,37	322,57±12,40	P<0,05	267 (150-410)	-
P	115,53±5,25	121,14±5,76	P>0,05	142 (95-160)	-
Mg	23,96±0,82	28,68±1,39	P<0,05	30,2 (14-40,2)	-
Fe	0,48±0,05	0,71±0,05	P<0,001	0,45 (0,15-1,5)	0,3-0,8
Cu	0,400±0,024	0,28±0,03	P<0,05	0,28 (0,04-0,64)	0,2-0,6
Zn	1,53±0,21	1,25±0,08	P>0,05	1,6 (0,32-5,77)	2-4
Mn	0,0176±0,0001	0,021±0,002	P>0,05	0,02 (0,014-0,12)	0,002-0,027
Mo	1,2×10 ^{-3±} 0,18×10 ⁻³	2,17×10 ^{-3±} 0,16×10 ⁻³	P>0,05	-	0,1×10 ⁻³ -1,7×10 ⁻³

С учетом выявленного состава молока и данных, полученных в ходе социологического исследования, была организована кампания по оказанию помощи семьям с детьми, направленная главным образом на улучшение вскармливания грудных детей, питание беременных и кормящих матерей. С целью коррекции питания женщин и детей был определен объем и осуществлена адресная помощь в виде дополнительных продуктов питания: сухое молоко, фруктовые гомогенизированные соки и пюре, адаптированные молочные смеси для искусственного вскармливания, инстантные сухие каши (гуманитарная помощь).

Вместе с тем, чтобы выйти на более высокий уровень обобщения по вопросу о характере помощи семьям, имеющим детей, мы провели второй этап исследования, который показал, что социальная помощь, оказываемая государством, носит формальный характер (67,5% ответов).

Обнаружено, что половина семей - 50,8% - нуждаются в решении материальных проблем, но не только финансовых. 38,8% из них хотели бы получить земельный участок под сад, огород. Еще 72,6% хотели бы получить или улучшить свое жилье. Лишь у 11% семей размер жилья превышал 15 кв. метров на одного члена семьи. Другая половина семей - 48,7% нуждается в помощи, связанной с получением работы. Более трети семей - 39,8% - нуждаются в медицинской помощи. Часть семей - 29,4% - выделили ряд проблем, связанных с детьми, решение которых требует помощи таких специалистов, как психологи, педагоги, специалисты по социальной работе. К особенностям обследованных семей можно отнести и то, что большинство из них - 89,0% - работники бюджетных предприятий, которые оказались в более худшем положении по сравнению с предприятиями иных форм финансирования и собственности.

На момент второго этапа исследования официальный прожиточный минимум составлял чуть более восьми тысяч рублей (в ценах на май - июнь 1993 г). Лишь около 2% семей имели доход в размере прожиточного минимума.

Распределение бюджета свидетельствует, что семьи оказались на грани выживания. Но помощь им должна быть дифференцированной и адресной. Как показывает наш анализ, неполные семьи, безусловно, нуждаются в материальной поддержке в форме пособий, дотаций, денежных выплат и т.п. А для реализации семейных проблем необходимо создание службы социальных работников, в основе деятельности которых лежит индивидуальный подход и выработка адекватных мер помощи нуждающимся семьям.

Таким образом, организация социальной помощи семьям с детьми нуждается в создании гибких механизмов для ее осуществления и профессионально подготовленных к этой работе людей. Сферой их интересов в детских поликлиниках должен быть весь комплекс социальных проблем, связанных с антенатальной охраной плода и динамическим наблюдением за детьми с периода новорожденности и до передачи их в детскую поликлинику. Работа эта должна проводиться в тесном контакте с женской консультацией, участковым

педиатром и участковой медицинской сестрой, а также районными муниципальными социальными службами.

В связи с этим особая роль отводится работе кабинета здорового ребенка, в штат которого помимо квалифицированного врача-педиатра введен психолог и социальный работник.

Анализ работы данного кабинета с внедрением непрерывного медико-социального наблюдения за кормящей матерью и детьми, находящимися на грудном и рациональном искусственном вскармливании определил улучшение качества здоровья обследуемых контингентов, достаточный уровень физического и нервно-психического развития. Эффективная работа по поддержке грудного вскармливания и дифференцированная социальная помощь семьям позволила повысить показатель естественного вскармливания с 30,0 до 80,0% грудных детей до 3 месяцев, с 54,8 до 70,0% - до 6 месяцев и с 35,0 до 50,0% - до года (1993-2000) (рис. 2).

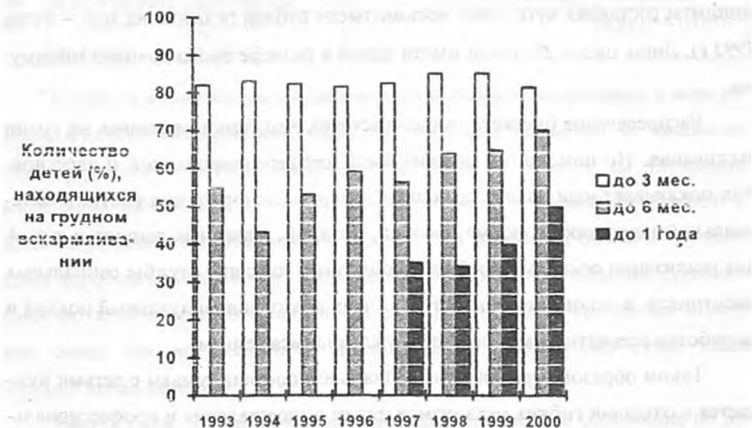


Рис. 2. Распространенность грудного вскармливания детей до года в динамике с 1993 по 2000 гг. (по материалам кабинета здорового ребенка Детской дорожной больницы)

Выводы.

1. Комплексные клинико-физиологические и социально-гигиенические исследования по разработанной нами программе, проведенные в динамике 9 лет, позволили выявить связь фактического питания, состава грудного молока, пищевого статуса детей раннего возраста и кормящих матерей и социального положения их семей.
2. Подавляющее большинство семей (85%) не способны обеспечить полноценным сбалансированным питанием кормящих женщин. Питание женщин характеризуется низким содержанием или полным отсутствием в рационе продуктов-носителей животных белков, животных и растительных жиров.
3. Не смотря на то, что микроэлементный состав грудного молока уральских женщин по большинству биоэлементов соответствует стандартам состава женского молока, предложенным ВОЗ/МАГАТЭ, найден высокий процент анемий у пар "мать-дитя" первых месяцев лактации.
4. Профилактика и лечение микронутриентной недостаточности должны проводиться у детей и женщин в ранние сроки беременности и в лактационном периоде.
5. Необходим медико-социальный мониторинг за состоянием здоровья беременных, кормящих женщин и детей с целью коррекции их пищевого статуса, состава грудного молока, профилактики алиментарно-зависимых заболеваний и повышения качества здоровья.
6. Организация работы по поддержке грудного вскармливания и адресная социальная помощь семьям в условиях детской поликлиники позволила увеличить показатель естественного вскармливания в 3 раза.

Практические рекомендации.

1. Медико-социальные мероприятия в медицинских учреждениях педиатрического профиля, детских дошкольных и образовательных учреждениях должны быть направлены на обеспечение растущего и развивающегося

организма полноценным белком, незаменимыми факторами питания, безопасными продуктами.

2. Необходимо проводить медико-социальный мониторинг семей, имеющих детей раннего возраста и лактирующих женщин с целью формирования своевременной адресной материальной помощи с определением ее объема и характера.
3. Для коррекции лактационного процесса и состава грудного молока женщин групп социального "риска", влияющих на здоровье младенца, следует своевременно включать социальную поддержку и гарантированное медицинское государственное обслуживание, обеспечивающее сбалансированным питанием беременных, рожениц, кормящих матерей.
4. С целью профилактики алиментарно-зависимых заболеваний (анемии, рахита, и др.) необходим мониторинг пищевого статуса женщины и ребенка. В диету кормящих женщин следует своевременно включать продукты, обогащенные микроэлементами, витаминами, а также витаминно-минеральные комплексы.
5. Развивать опыт организации рационального питания для беременных, кормящих женщин и детей из групп социального "риска", апробированный в православной благотворительной столовой, находящейся на территории Железнодорожного района г. Екатеринбурга.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Влияние естественного вскармливания на становление иммунитета у детей // Тез. докл. на Всерос. съезде иммунологов.- Новосибирск, 1992.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Бурдина Г.Ж.).
2. Роль лечебно-профилактического учреждения в организации социальной помощи семье // Сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции "Семья-94 в системе реабилитационных центров".- Екатеринбург, 1994: часть I.- с. 116. (соавт. Старшинова А.В., Шилова О.В.).
3. Новые технологии в региональной программе по поддержанию естественного вскармливания. // Новые технологии в педиатрии/ Материалы конгр.

- педиатров России. Москва, 1995.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Вахлова И. В., Бабина Р. Г., Шилко М.В., Комаров).
4. Состав грудного молока женщин, проживающих в различных промышленных зонах. // Радиационный фактор и здоровье человека на Урале.- Екатеринбург, 1995.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Шилко В.И., Филиппова Г.З., Вахлова И.В., Бабина Р.Г., и др.).
 5. Актуальные проблемы искусственного вскармливания детей. // Доктор Лэндинг.- Екатеринбург, 1995.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Шаламова И.М., Вахлова И.В.).
 6. Организация психотерапевтической помощи в детской соматической клинике. // Тезисы докладов конференции "Охрана психического здоровья детей и подростков".- Москва, 1998.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Островский В.И., Шаламова И.М.).
 7. К вопросу рационального вскармливания детей первого года жизни в условиях Уральского региона. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Здоровье детей и подростков в современных социально-экономических и экологических условиях".- Уфа, 1999.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Вахлова И.В., Сырочкина М.А.).
 8. Состав женского молока в промышленных городах Среднего Урала. // Материалы конгресса педиатров России "Здоровый ребенок".- Москва, 1999.- с. (соавт. Санникова Н.Е., Вахлова И.В.).
 9. Кабинет здорового ребенка / Методические рекомендации для медицинского персонала детских поликлиник.- Екатеринбург.- 1999.- с.83. (соавт. Новицкая М.Г., Санникова Н.Е., Бабина Р.Г., Вахлова И.В., Мачача Л.А.).
 10. Региональные особенности естественного вскармливания на Урале // Материалы I Всероссийского конгресса с международным участием "Питание детей: XXI век".- Москва, март 2000.- с. 296. (соавт. Санникова Н.Е., Вахлова И.В.).