



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ



НАУЧНЫЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА,
ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ ИМ.
АКАДЕМИКА В.И. КУЛАКОВА
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

ИВАНОВСКИЙ НИИ
МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
ИМ. В.Н. ГОРОДКОВА



Комплекс рекомендуемых изменений

для расширения практики грудного
вскармливания с целью гармоничного
развития и улучшения здоровья детей
раннего возраста

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Москва 2011

Данная работа выполнена при финансовой поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию (USAID) посредством Проекта USAID по улучшению здравоохранения (HCI). Проект HCI выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) в рамках контракта GHN-I-01-07-00003-00. Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в России в партнерстве с ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России; ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития России и ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н.Городкова» Минздравсоцразвития России.

Комплекс рекомендуемых изменений

**для расширения практики грудного
вскармливания с целью гармоничного
развития и улучшения здоровья детей раннего
возраста**

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам»

Другие ресурсы по данному вопросу (как и по многим другим) доступны в библиотеке ВЕБ-портала проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» по ссылке:
<http://www.healthquality.ru/open>

АВТОРЫ:

- **Абольян Любовь Викторовна**, д.м.н., заведующая лабораторией гигиенического воспитания семьи НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, руководитель Научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Минздравсоцразвития России
- **Евлоева Фатима Магомедовна**, сотрудник лаборатории гигиенического воспитания семьи НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, врач-педиатр высшей категории, Заслуженный врач Республики Ингушетия, Отличник здравоохранения
- **Капитонов Борис Дмитриевич**, главный анестезиолог-реаниматолог Тверской области, заведующий отделением реанимации Детской областной клинической больницы Тверской области
- **Байбарина Елена Николаевна**, д.м.н., заместитель директора по научной работе ФБГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздравсоцразвития России
- **Рюмина Ирина Ивановна**, д.м.н., руководитель отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ФБГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Минздравсоцразвития России
- **Беликова Светлана Анатольевна**, Зам. гл. врача по детству, Городская больница им. Архиепископа Луки г. Тамбов
- **Капралова Людмила Викторовна**, заведующая акушерским отделением, Мичуринская городская больница №. 2, Тамбовская область
- **Щугорева Екатерина Владимировна**, психолог, Мичуринская городская больница №. 2, Тамбовская область
- **Мурзина Елена Николаевна**, зав. отделением новорождённых, ГУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»
- **Полянская Светлана Александровна**, врач-неонатолог, ГУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница»
- **Короткова Анна Владимировна**, к.м.н., зам.директора ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России по международным вопросам
- **Котова Евгения Александровна**, к.м.н., главный специалист отделения развития международного сотрудничества ФБГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения», Минздравсоцразвития России
- **Новожилов Алексей Викторович**, к.м.н., главный специалист отделения развития международного сотрудничества, ФБГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России
- **Симмонс Николь (Simmons Nicole), MHS**, директор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC
- **Яковченко Надежда Андреевна**, врач-организатор здравоохранения, координатор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», URC-РФ

Участники разработки КРИ:

- **Специалисты ЛПУ Тамбовской области:** ГУЗ «Тамбовская областная детская клиническая больница», МУЗ «Рассказовская ЦРБ», МУЗ «Моршанская ЦРБ», МУЗ «Уваровская ЦРБ»
- **Специалисты ЛПУ Костромской области:** МУЗ «Шарьинская ЦРБ», МУЗ «Нерехтская ЦРБ», МУЗ «Роддом No. 1» г. Костромы

Руководители, оказавшие поддержку:

Стародубов В.И. – доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, заслуженный врач России, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России.

Сухих Г.Т. - доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, Директор ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Мальшкіна А.И. - доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н.Городкова», г. Иваново.

Богуславский В.П. - Директор российского представительства Университетской исследовательской компании.

Петросян Л.Б. – специалист по управлению проектами Агентство США по международному развитию, Куратор проекта «Улучшение помощи мамам и малышам».

При поддержке руководителей органов управления здравоохранением и руководителей служб развития медицинской помощи женщинам и детям комплекс рекомендуемых изменений был апробирован и внедрен в следующих ЛПУ:

Ивановская область	МУЗ Родильный дом № 4 г.Иваново
	МУЗ Родильный дом № 1 г.Иваново
	МУЗ "Тейковская центральная районная больница", г. Тейково
	МУЗ "Шуйская центральная районная больница", г. Шуя
Костромская область	МУЗ "Нерехтская ЦРБ", г. Нерехта
	ГУЗ "Костромская областная больница", г. Кострома
	МУЗ "Родильный дом №1 г. Костромы", г. Кострома
	МУЗ "Шарьинская ЦРБ им. Каверина В.Ф.", г. Шарья
Тамбовская область	Мичуринская городская больница No. 2, г. Тамбов
	Тамбовская областная детская клиническая больница, г. Тамбов
	Моршанская ЦРБ, Моршанский район
	Уваровская ЦРБ, Уваровский район
	Городская больница №3 , г.Тамбов
	Рассказовская ЦРБ, Рассказовский район
Тверская область	МУЗ «Ржевский родильный дом», г.Ржев
Тульская область	МУЗ "Киреевская ЦРБ", Киреевский район
	МУЗ "Щекинская районная больница", Щекинский район
	ГУЗ "Тульский областной перинатальный центр", г. Тула
	МУЗ "Новомосковский родильный дом", г. Новомосковск
	МУЗ "Родильный дом №1 г.Тулы", г. Тула
	ГУЗ "Тульская детская областная клиническая больница", г. Тула
	МУЗ "Алексинский родильный дом", Алексинский район
Ярославская область	МУЗ «Клиническая больница №2», г.Ярославль
	МУЗ Городская больница г.Переславля-Залесского, г.Переславль-Залесский
	МУЗ «Угличская ЦРБ», Углический МО
	МУЗ «Тутаевская ЦРБ», Тутаевский МО
	МУЗ «Ростовская ЦРБ», Ростовский МО
	МУЗ «Рыбинский перинатальный центр» , г.Рыбинск
	ГУЗ ЯО «Областной родильный дом», г.Ярославль

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	10
I. О ПРОЕКТЕ «УЛУЧШЕНИЕ ПОМОЩИ МАМАМ И МАЛЫШАМ»	10
II. МЕТОДОЛОГИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА	11
III. УЧАСТНИКИ (ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ, СПЕЦИАЛИСТЫ, НАСЕЛЕНИЕ, СООБЩЕСТВА).....	12
1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА.....	13
1.1. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА, ИСПОЛЬЗУЮЩАЯ КРИ.....	13
1.2. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ДАННОГО КРИ.....	15
1.3. КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ПРИ РЕШЕНИИ ОПИСАННЫХ ЗАДАЧ	15
2. О ПРОБЛЕМЕ.....	20
2.1 АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ РАСШИРЕНИЯ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОССИИ	20
3. СПОСОБЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ.....	21
3.1. ВНЕДРЕНИЕ ЕДИНОЙ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	24
3.2. РАЗВИТИЕ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	24
3.3. УЧАСТИЕ ЛПУ В ИНИЦИАТИВЕ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»	26
3.4. ОБУЧЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА	26
3.5. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ	28
3.6. ВВЕДЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ	33
3.7. ВНЕДРЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ	35
3.8. ПОДДЕРЖКА КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ДОМОЙ	42
3.9. ВНЕДРЕНИЕ АЛГОРИТМОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ГВ В СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	46
4. ИНДИКАТОРЫ. МОНИТОРИНГ ВНЕДРЕНИЯ ПРЕДЛОЖЕННОЙ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ	51
5. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ	56
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	59
При. 1. Подготовка и участие ЛПУ в инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку».....	59
При.2.1 Клинические аспекты расширения практики грудного вскармливания.....	70
При. 2.2 Механизм кормления грудью.....	84
При 2.3 Прикладывание к груди.....	96
При 2.4 Поддержание лактации.....	104
При 2.5 Возможные проблемы при грудном вскармливании и пути их решения.....	113
При 2.6 Кормление детей с низкой массой тела и больных детей.....	124
При 2.7 Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока.....	132
ЛИТЕРАТУРА	134

СПИСОК СХЕМ И ТАБЛИЦ

Схемы	Название	Страницы
1	Последовательность действий по улучшению	12
2	Изменения, необходимые для достижения поставленных задач	14
3	Обобщенная схема поддержания грудного вскармливания	23
4	Вкладной лист к "Истории развития ребенка" (форма 112-у)	55
5	Вкладной лист к "Истории новорожденного" (форма 097-у)	56
6	Защитные факторы грудного молока	72
7	Последствия неправильного прикладывания к груди	103
Графики		
1	Процент детей, находящихся на ИГВ на момент выписки из роддома	16
2	Процент детей, находящихся на ИГВ в возрасте 3 месяца, Мичуринск	17
3	Процент детей, находящихся на ИГВ в возрасте 6 месяцев	17
4	Вскармливание детей в Тамбовской областной детской клинической больнице	19
Таблицы		
А	10 принципов успешного грудного вскармливания	24
Б	Опыт внедрения мероприятия в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей Тамбовской областной детской клинической больницы	48-50
1	Характеристики молозива и его значение для новорожденного	73
2	Состав зрелого грудного молока, коровьего молока и рекомендации по составу молочной смеси	74
3	Влияние потребления и состояния здоровья матери на содержание микроэлементов в грудном молоке	77
4	Преимущества грудного вскармливания	80
5	Защитные и др биологически активные факторы в грудном молоке	81
6	Как кормить ребенка из чашки	126
7	Количество молока для детей, которые не могут кормиться грудью	128
Рисунки		
1	Анатомия молочной железы	85
2	Строение молочной железы	87
3	Процесс выработки грудного молока в альвеолах	89
4	Выработка и выделение молока	91
5	Рефлекс пролактина	92
6	Рефлекс окситоцина	93
7	Рефлексы ребенка	95
8	Положение ребенка, правильно приложенного к груди	99
9	Процесс сосания	100
10	Сцеживание грудного молока	122-123

Используемые сокращения

ЛПУ	лечебно-профилактические учреждения
БДР	Больница, доброжелательная к ребенку
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГВ	грудное вскармливание
ИБДР	Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку»
ИГВ	исключительно грудное вскармливание
ОПННД	отделение патологии новорожденных и недоношенных детей
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ПИТ	палата интенсивной терапии
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН

ПОНЯТИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Естественное или грудное вскармливание – вскармливание ребенка грудным молоком матери или донорским грудным молоком

Исключительно грудное вскармливание – грудное вскармливание без докармливания другой едой или питьем, в том числе и водой (за исключением лекарств или витаминов и минеральных добавок), допускается также сцеженное грудное молоко

Преимущественно грудное вскармливание – помимо грудного молока ребенку также дают небольшое количество воды или содержащее воду питье, как, например, чай

Полное грудное вскармливание – исключительно грудное вскармливание или преимущественно грудное вскармливание

Вскармливание из бутылочки – вскармливание ребенка из бутылочки, что бы в ней ни было, в том числе сцеженное грудное молоко

Искусственное вскармливание – кормление ребенка искусственным питанием, исключая полностью грудное молоко

Частичное грудное вскармливание – кормление ребенка как грудью, так и искусственным питанием, либо молоком, либо кашей или другой едой

Своевременное прикармливание – введение прикорма в дополнение к грудному молоку после 6 месяцев

Свободное вскармливание или кормление «по требованию» - режим кормления, при котором ребенка прикладывают к груди всякий раз, когда он проявляет признаки голода. При этом не ограничивается ни количество кормлений, ни их длительность

Молозиво – незрелое грудное молоко, густое, желтоватого цвета, продуцируется у женщины в течение нескольких дней после родов.

Зрелое молоко - это грудное молоко, которое вырабатывается через несколько дней после родов, его количество нарастает, груди наполняются, набухают и становятся тяжелыми. Иногда этот момент называют “приходом молока”

Раннее (переднее) молоко - это молоко, вырабатываемое в начале кормления

Позднее (заднее) молоко - это молоко, вырабатываемое в конце кормления

Лактация (от лат . lacto - кормлю молоком, lactatio—сосание) – физиологический процесс, включающий образования молока в молочных железах, а так же его накопление и периодическое выведение

Индукцированная лактация – вызванная частым сосанием лактация у женщин, которые не рожали ребенка

Релактация – процесс восстановления лактации у женщины, которая по той или иной причине прекратила кормление грудью

Тандемное вскармливание – кормление грудью, при котором мать кормит детей разного возраста (например, новорожденного и двухлетнего ребёнка)

Лактогенез — это комплексный морфофизиологический процесс, включающий в себя совокупность изменений как протоков, так и альвеол молочной железы во время беременности, и находящийся под контролем эндокринной и вегетативной нервной систем

Лактопоз – процесс поддержания лактации после того, как лактация началась. Необходимым условием лактопоза являются происходящие в течение беременности изменения железистой ткани. С морфологической точки зрения это проявляется изменением соотношения эпителиальных, соединительнотканых и жировых компонентов, выражающееся уменьшением доли жировой ткани, отеком и уменьшением плотности соединительной ткани, усилением васкуляризации и гипертрофией альвеол и протоков

Агалактия – неспособность к лактации вследствие врожденного отсутствия железистых элементов молочной железы

Гипогалактия – снижение функций молочных желез, которое может проявляться в нарушении процессов лактопоза, лактогенеза или молокоотдачи, а также в сокращении лактации по времени (менее 5 месяцев): ранняя гипогалактия - до 10 дней с момента родов, поздняя гипогалактия - с 11 дня после родов. Так же выделяют истинную (первичную), вторичную и транзиторную гипогалактию

Транзиторная гипогалактия (лактационный криз) – временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины

ПРЕДИСЛОВИЕ

1.0 Проекте «Улучшение помощи мамам и малышам»

Проект по улучшению здравоохранения (НСИ) Агентства США по международному развитию (USAID) выполняется Университетской исследовательской компанией (University Research Co., LLC - URC) в 28 странах мира по различным клиническим направлениям. В Российской Федерации эта инициатива реализуется с 1998 года в сфере охраны материнства и детства, лечения и ухода при ВИЧ-инфекции и фтизиатрической помощи через сотрудничество с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (при курации главных специалистов и ведущих федеральных институтов), в тесной связи с деятельностью рабочей группы по здравоохранению Российско-американской двусторонней президентской комиссии.

Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» выполняется в рамках НСИ в 2009-2011 годах в сфере охраны репродуктивного здоровья и перинатологии с целью содействия Приоритетному национальному проекту «Здоровье» в улучшении демографической ситуации в России и снижении показателей материнской и младенческой смертности. Деятельность проекта направлена на разработку, тестирование и внедрение в конкретных учреждениях организационных решений по совершенствованию процесса оказания медицинской помощи на основе утвержденных Минздравсоцразвития России нормативных документов (приказов, порядков, протоколов, распоряжений, рекомендаций, стандартов).

Проект работает по нескольким клиническим направлениям: улучшение репродуктивного здоровья (в основном – подростков), профилактика и ведение затрудненных родов, внедрение основных компонентов неонатального ухода и исключительно грудного вскармливания в 50 лечебно-профилактических учреждениях Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей. Участниками являются врачи и средний медицинский персонал родовспомогательных и педиатрических учреждений, а также руководители учреждений здравоохранения и социальной защиты, исполнителями – Московское представительство Университетской исследовательской компании (URC, США) (<http://www.urb-chs.com/>), ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России (<http://www.mednet.ru/>), ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России (<http://www.ncagip.ru/>), ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» (<http://www.niimid.ru>), органы управления здравоохранением и главные специалисты службы охраны здоровья матери и ребенка Тамбовской, Ярославской, Костромской, Тверской, Тульской и Ивановской областей.

Деятельность Проекта включает периодические мероприятия: шесть обучающих сессий, конференции, тренинги, ознакомительные поездки по обмену опытом и ежемесячные телеконференции с ведущими экспертами федерального уровня, и, главное, – повседневную работу команд непосредственно в конкретных ЛПУ. Во время обучающих сессий проводится обучение участников проектных команд методологии улучшения, с экспертами обсуждаются необходимые клинические и организационные вопросы, команды делают презентации, делясь с коллегами из других ЛПУ и других

областей опытом и знаниями, обретенными в ходе достижения определенных улучшений, и результатами произведенных изменений.

ii. Методология реализации проекта

Проектная деятельность осуществляется на основе подхода к совершенствованию системы оказания медицинской помощи через сотрудничество на основе применения методологии улучшений. Сотрудничество представляет собой целенаправленно организованное взаимодействие (коммуникации, обмен информацией на обучающих сессиях, во время взаимных визитов для обмена опытом и через специально созданный WEB-портал www.healthquality.ru) всех участников проекта для совместного внедрения улучшений в привычную рутинную практику. Ключевой момент такого сотрудничества – пример коллег, которые первыми разработали и опробовали изменение и получили позитивный результат.

Основными принципами методологии улучшений в здравоохранении являются:

- системный подход,
- ориентация на потребителей услуг подсистемы, в которой проводятся преобразования,
- вовлечение в процесс улучшения всех ключевых профессионалов и формирование из них команды (рабочей группы) для решения определенных задач,
- использование только научно-обоснованных решений,
- строгая научность всех преобразований в системе, то есть тщательное измерение и систематический анализ результатов всех изменений, производимых командами.

На схеме 1 представлена последовательность действий по улучшению. Как правило, выбор проблемы (1), которая требует усовершенствований в системе, осуществляется на основе анализа тех показателей ее деятельности, которые не удовлетворяют все заинтересованные стороны. После определения проблемы формируется соответствующая команда (рабочая группа) и проводится детальный анализ (2) этой проблемы. Анализ включает: изучение процессов в подсистеме (флоучарт¹), в которых эта проблема имеет место быть, установление причинно-следственных связей (диаграмма Ишикавы²), сбор и анализ детальных данных, всесторонне характеризующих эту проблему и позволяющих впоследствии (после внесения изменений) оценить, действительно ли произошло улучшение результатов работы подсистемы, и решилась ли проблема. На этапе разработки действий (3) формулируются конкретные задачи для команды по разработке и апробации изменений.

Следующий этап (4) – выполнение задач командами по тестированию и внедрению изменений или выполнение Циклов ПИАВ «Планирование – Испытание –

¹ Флоучарт, или динамическая диаграмма, позволяет детально и схематично, с использованием определенных символов, описывать процесс и систему оказания помощи, визуализировать место и значимость всех составляющих выбранной проблемы.

² Диаграмма Ишикавы (по имени автора, ее предложившего – Каору Ишикава - Kaoru Ishikawa, одного из основоположников теории управления качеством)

Анализ – Внедрение» (циклов Шухарта³). Каждая из запланированных задач решается последовательно, при этом тестируется целый ряд изменений, каждое из которых измеряется отдельным микроиндикатором. По мере накопления данных оценивается степень решения поставленных задач через соответствующие индикаторы, решается вопрос о масштабном внедрении протестированных изменений.

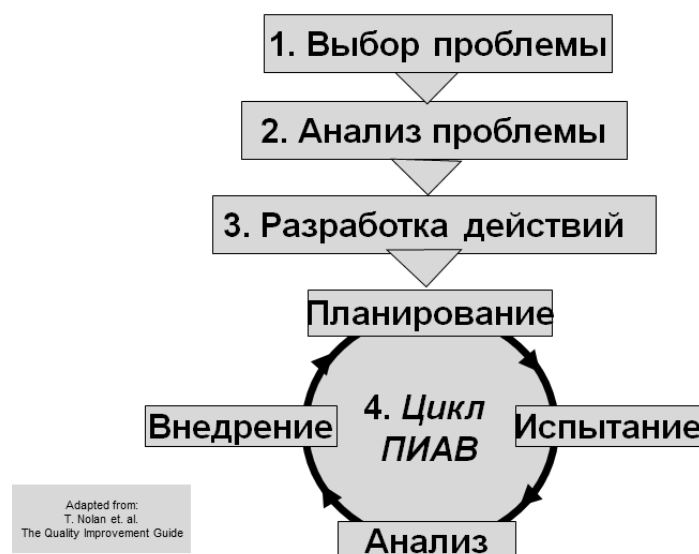


Схема 1. Последовательность действий по улучшению⁴

iii. Участники (органы управления, учреждения, специалисты, население, сообщества)

Проект выполняется в тесном партнерстве между:

- Представительством Университетской исследовательской компании (URC) (<http://www.urb-chs.com/>);
- Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ), ответственным за разработку и распространение методологии улучшения качества (УК) в области здравоохранения (<http://www.mednet.ru/>);
- ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова» - ведущим российским институтом (<http://www.ncagip.ru/>);
- Ивановским НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова - институтом, курирующим субъекты ЦФО (<http://www.niimid.ru/index.aspx>);
- и при непосредственном участии команды акушеров-гинекологов и неонатологов из Тверской области, имеющих личный опыт внедрения улучшений и распространения лучших подходов в другие регионы.

В результате работы областных команд до 20 сентября 2010 года были получены клинически важные и статистически достоверные результаты в основных клинических областях: сохранении репродуктивного здоровья подростков, профилактики гипотермии

³ Цикл назван по имени Уолтера Анджо Шухарта (W. Shewhart) – основоположника теории улучшения известен еще как цикл Шухарта – Деминга.

⁴ Thomas W. Nolan et al., “The Quality improvement Guide”

у новорожденных и внедрении исключительно грудного вскармливания, ведения затрудненных родов с использованием партограммы.

1. ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА

«Комплекс рекомендуемых изменений» (далее КРИ), по структуре и содержанию отличается от традиционных руководств, методических рекомендаций, справочной литературы и инструкций, используемых специалистами.

В данном документе объединен практический опыт нескольких регионов, участвующих в проекте (Кострома, Тамбов, Ярославль) по вопросам расширения практики грудного вскармливания для гармоничного развития и улучшения здоровья детей грудного и раннего возраста.

Ценность предлагаемых организационно-методических решений в том, что они были разработаны, апробированы, скорректированы на основе практики и внедрены вашими же коллегами параллельно в нескольких районах, областях и ЛПУ разного уровня в разных регионах. Их применение продемонстрировало высокую эффективность, подтверждающуюся тщательными измерениями.

Целью разработки данного комплекса является создание и внедрение системы расширения практики грудного вскармливания на всех этапах оказания медицинской помощи женщинам и младенцам.

Опираясь на десять принципов успешного грудного вскармливания, которые изложены в Совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб" (1989) для достижения поставленной цели **был определен круг задач**, представленных на схеме 2. Комплекс может быть реализован в полном объеме или частично, на уровне всего региона или на уровне конкретного ЛПУ.

Эффективность решения каждой задачи может быть измерена **специфическим индикатором**, что позволит вам отслеживать успешность решения выбранной задачи. В свою очередь решение каждой задачи может быть достигнуто путем изменения (или создания) отдельных позиций, собственно и определяющих решение поставленной задачи. Общий список индикаторов, по которым проект «Улучшение помощи мамам и малышам» оценивает эффективность достижения цели, представлен в 4-й главе, совместно с подробными инструкциями по их сбору.

1.1. *Целевая группа, использующая КРИ*

КРИ предназначен медицинским работникам женских консультаций, родильных отделений, палат интенсивной терапии и реанимации, детских поликлиник, руководителям ЛПУ родовспоможения и педиатрии, руководителям здравоохранения муниципального и территориального уровней.

Цель: Расширение практики грудного вскармливания для гармоничного развития и улучшения здоровья детей раннего возраста



Схема 2. Изменения, необходимые для достижения поставленных задач

1.2. Ожидаемые результаты внедрения данного КРИ

Данный документ применим для информирования и обучения специалистов оказанию консультативной помощи беременным с целью ранней подготовки беременных женщин к грудному вскармливанию, роженицам, родильницам, кормящим мамам и их семьям для поддержки успешного грудного вскармливания на всех этапах оказания медико-консультативной помощи женщине и ее ребенку. Использование КРИ должно помочь коллективам специалистов и организаторам здравоохранения в ЛПУ:

- Создать единый технологический подход к консультированию и системе организации и поддержки грудного вскармливания,
- Повысить результативность системы консультирования, организации и поддержки грудного вскармливания,
- Увеличить долю детей, находящихся на грудном вскармливании в различные возрастные периоды, в том числе исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни младенца,
- Создать единое понимание качества медицинской помощи по поддержке грудного вскармливания у медицинского персонала,
- Повысить экономическую эффективность деятельности учреждений и рациональное использование существующих ресурсов.

1.3 Краткое описание результатов, полученных при решении описанных задач

Начиная с мая 2009 г. в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» 12 ЛПУ в Костромской и Тамбовской областях занимались по направлению: расширение практики грудного вскармливания. Часть врачей, медсестер, акушерок и фельдшеров прошло обучение по программе 40 часового курса ВОЗ/ЮНИСЕФ. Обученный медперсонал в свою очередь обучили сотрудников в своих родильных отделениях, женских консультациях, детских поликлиниках и фельдшерско-акушерских пунктах. Клинические эксперты проекта поддерживали усилия специалистов по внедрению предложенных технологий в своих ЛПУ, городах и районах; так же большая поддержка была оказана со стороны директора инициативы ВОЗ/Юнисеф «Больница, доброжелательная к ребенку». Все ЛПУ, занимающиеся по данной теме регулярно обменивались опытом во время обучающих сессий проекта.

Во время работы по данному направлению в проектных ЛПУ был внедрен целый ряд мер по расширению практики грудного вскармливания:

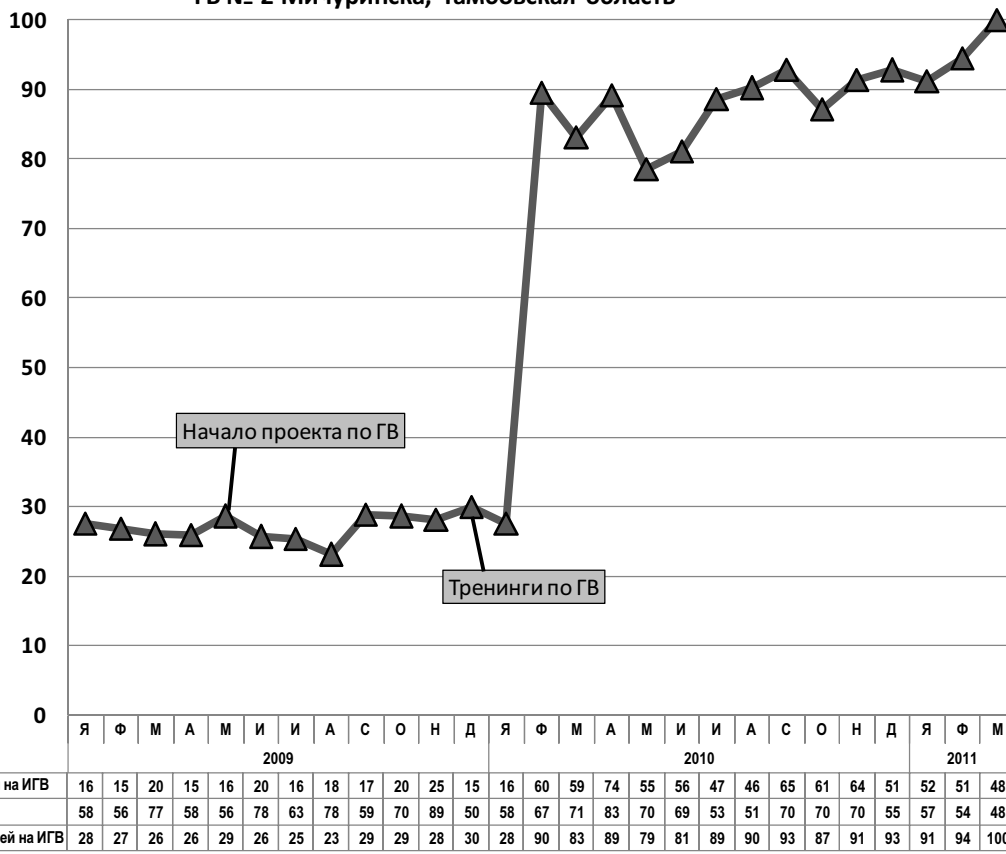
- Три ЛПУ приняли политику по поддержке грудного вскармливания;
- В женских консультациях и роддомах в программы «Школ родителей» была включена дополнительная информация о важности кормления грудным молоком для питания детей первого года жизни, о технике грудного вскармливания и его поддержке;
- Во многих роддомах, женских консультациях и детских поликлиниках были оформлены информационные стенды и лозунги по поддержке грудного вскармливания;
- Более 10000 брошюр было распечатано и передано родителям;

- В части родовых залов было обеспечено раннее прикладывание новорожденных к груди, в том числе и после операции кесарево сечения;
- В восьми больницах более чем в половине случаев родов был налажен контакт «кожа-к-коже» между матерью и ребенком в течение 2-х часов;
- Из послеродовых отделений были убраны все средства, имитирующие грудь, включая резиновые соски, бутылочки и пустышки. Детей, которых было невозможно кормить грудью, кормили из мензурок;
- Во всех ЛПУ 100 процентов здоровых детей находились в палатах совместного пребывания и не разлучались с матерями;
- Особое значение было уделено обучению и консультированию матерей тому, как наладить кормление грудью, кормить по требованию и т.д.;
- В семи ЛПУ были внедрены программы поддержки грудного вскармливания на уровне детской поликлиники, организованы телефоны доверия. Кроме этого на базе двух ЛПУ была налажена связь с мамами-волонтерами из группы поддержки грудного вскармливания.

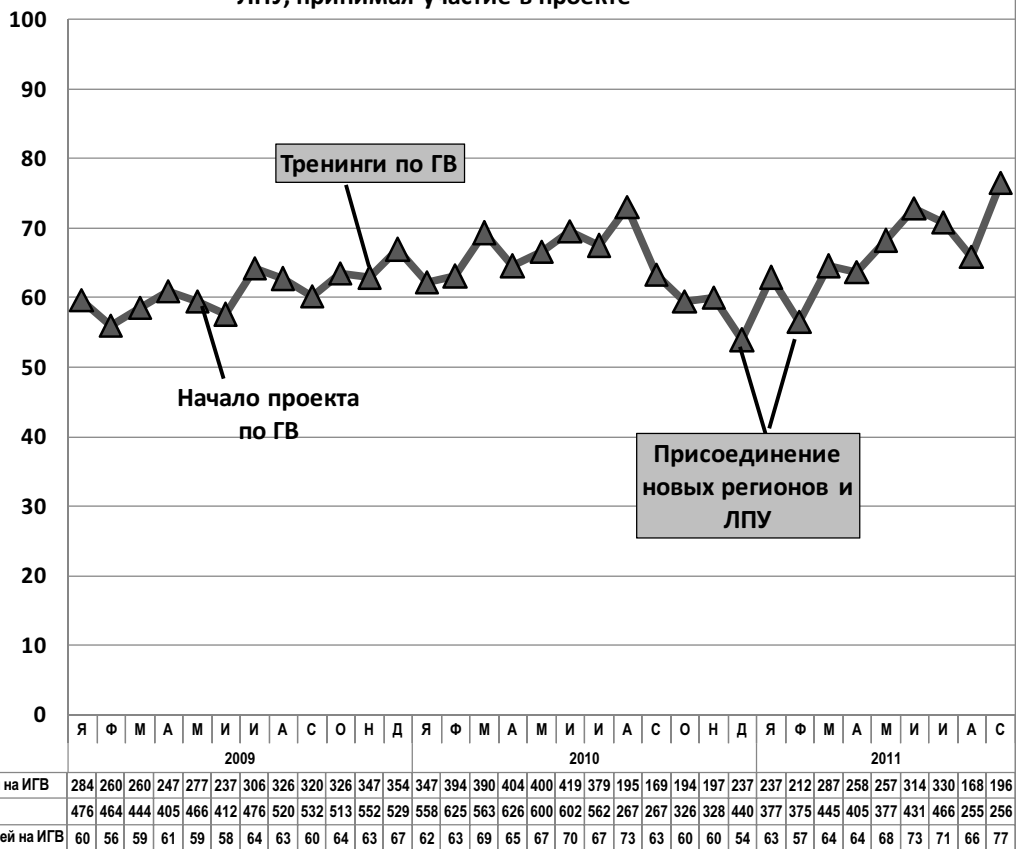
На **графиках 1, 2 и 3** представлены положительные тренды относительно количества детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании на момент выписки из роддома и в возрасте 3 и 6 месяцев.



**График 2: Процент детей, находящийся на исключительном грудном вскармливании на возрасте 3 месяца
ГБ № 2 Мичуринска, Тамбовская область**



**График 3: Процент детей, находящийся на исключительном грудном вскармливании на возрасте 6 месяцев
ЛПУ, принимая участие в проекте**



В июне 2010 г. Городская больница No. 2 г. Мичуринска, Тамбовская область - одно из передовых ЛПУ, принимающих участие в проекте, всего лишь после 13 месяцев подготовки смогла пройти аттестацию и получить статус «Больница, доброжелательная к ребенку».

На **графики 4а и 4б** показаны результаты инновационной программы, разработанной Тамбовской областной детской клинической больницей, для восстановления грудного вскармливания у больных детей на втором этапе выхаживания, которые не были выписаны на грудном вскармливании из роддома. В 2010 году в отделении было пролечено 1100 детей, что составило около 10% от общего числа новорожденных Тамбовской области. Находились на грудном вскармливании при поступлении 52% новорожденных, при выписке – 86% новорожденных. Исключительно грудное вскармливание при выписке составляло 72%.

График 4а: Вскармливание детей на совместном пребывании в Тамбовской областной детской больнице

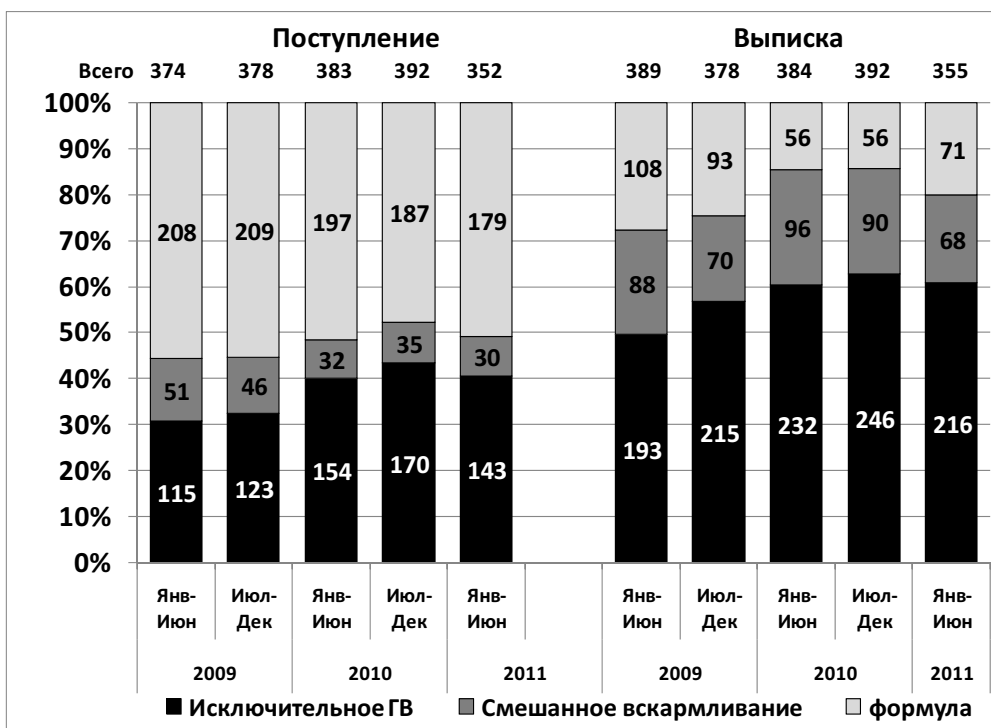
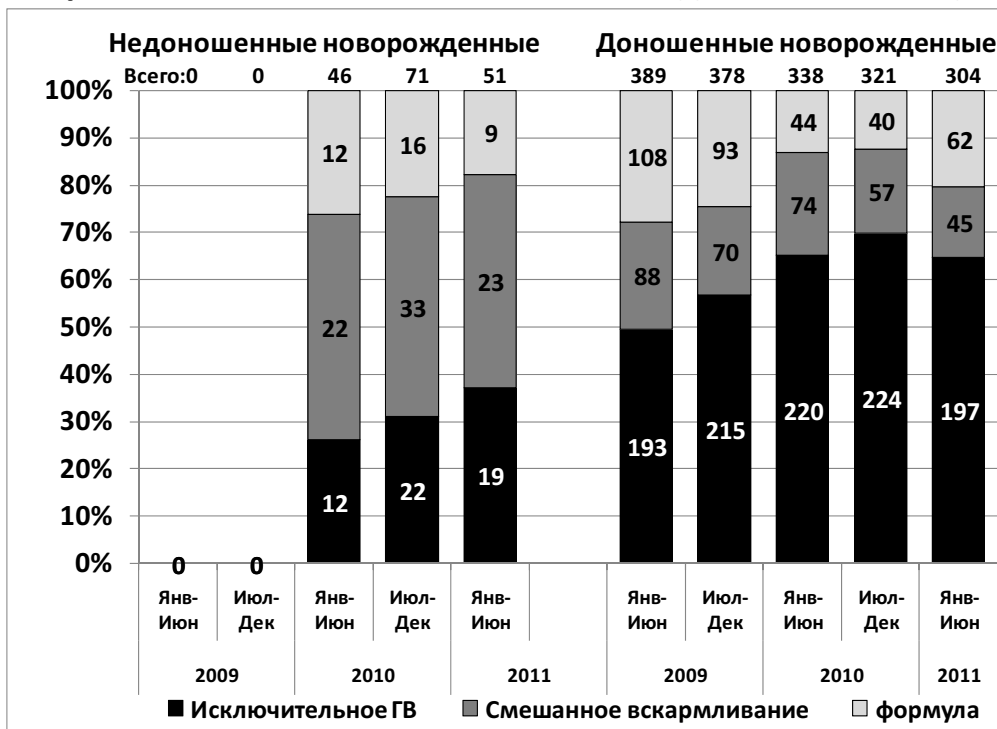


График 4б: Вскармливание детей на совместном пребывании в Тамбовской областной детской больнице



Эта больница так же получила статус «Больница, доброжелательная к ребенку» в ноябре 2010 г. Принято решение, что на базе этого опыта будет разработана единая программа аттестации для больниц второго этапа выхаживания детей в России.

2. О ПРОБЛЕМЕ

2.1 Актуальность проблемы расширения практики грудного вскармливания в России

Актуальность охраны и поддержки грудного вскармливания в России определяется современной стратегией отечественного здравоохранения, направленной на решение демографических проблем и возрождение медицинской профилактики, что нашло свое отражение в Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации (2003). Грудное вскармливание обеспечивает здоровое начало жизни и закладывает основы физического и психического здоровья на многие годы вперед. Раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов и исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни позволяют сократить заболеваемость и смертность среди детей грудного и раннего возраста.

Современные научные исследования подтверждают, что естественное вскармливание младенцев материнским молоком остается идеальным видом питания способным обеспечить оптимальное развитие ребенка и адекватное состояние его здоровья. Однако, в нашей стране, как и во многих других индустриальных странах, за последние десятилетия отмечаются низкие показатели грудного вскармливания. По данным мультицентрового исследования, проведенного НИИ питания РАМН в 6 федеральных округах Российской Федерации, значительная доля младенцев переводится на искусственное или смешанное вскармливание в первые месяцы жизни. Большинство новорожденных в нашей стране начинают получать молоко матери в родильном доме (97,5%); в возрасте 1 мес. на грудном вскармливании находится 88,0% младенцев; в 3 мес. – 73,8%, в 6 мес. – 54,0%, а к году - лишь 17,7% детей. Только грудное молоко (исключительно или преимущественно грудное вскармливание) получают в 3 мес. 50,4% младенцев и в 6 мес. - 5,2%.

Последняя четверть века была ознаменована значительным ростом числа научных открытий и публикаций, появлением новых источников информации о лактации человека, преимуществах и практике грудного вскармливания, а также эффективных стратегиях по увеличению распространенности грудного вскармливания. Исследования по изучению преимуществ грудного вскармливания первоначально были сфокусированы на кратковременных инфекциях таких, как диарея, респираторные инфекции и болезни среднего уха. В 2007 году Агентство исследований и оценки качества медицинского обслуживания США (Agency for Healthcare Research and Quality) проанализировало свыше 9000 статей на английском языке по результатам рандомизированных контролируемых исследований, проведенных в индустриальных странах. Этот анализ подтвердил не только значение грудного вскармливания для снижения общих детских заболеваний, но также показал его роль в профилактике более серьезных детских заболеваний и состояний таких, как пневмония, инфекции нижних дыхательных путей, некротический энтероколит у новорожденных, синдром внезапной смерти, атопический дерматит, бронхиальная астма, ожирение, диабет первого и второго типов, лейкемия. Кормление грудью оказывает положительно влияние и на здоровье матерей, снижая риск возникновения сахарного диабета 2-го типа, рака яичников и молочной железы.

Оптимальный состав женского молока формирует такие особенности жирового, углеводного, минерального и энергетического обмена, при которых обеспечиваются оптимальные условия для физического и интеллектуального развития ребенка, долголетие, социальная адаптация, снижается последующий риск развития атеросклероза, гипертонической болезни, ожирения и сахарного диабета 2-го типа. Механизм отдаленных последствий грудного вскармливания на здоровье связывают с концепцией «программирования» питанием. Согласно этой концепции, программирование питанием происходит в определенные периоды жизни, так называемые «критические» периоды. Воздействия в моменты повышенной чувствительности – критические периоды жизни – имеют долговременные последствия для здоровья и жизни человека.

Большинство исследователей считают, что период внутриутробного и раннего постнатального развития является критическим периодом для программирования метаболических систем организма.

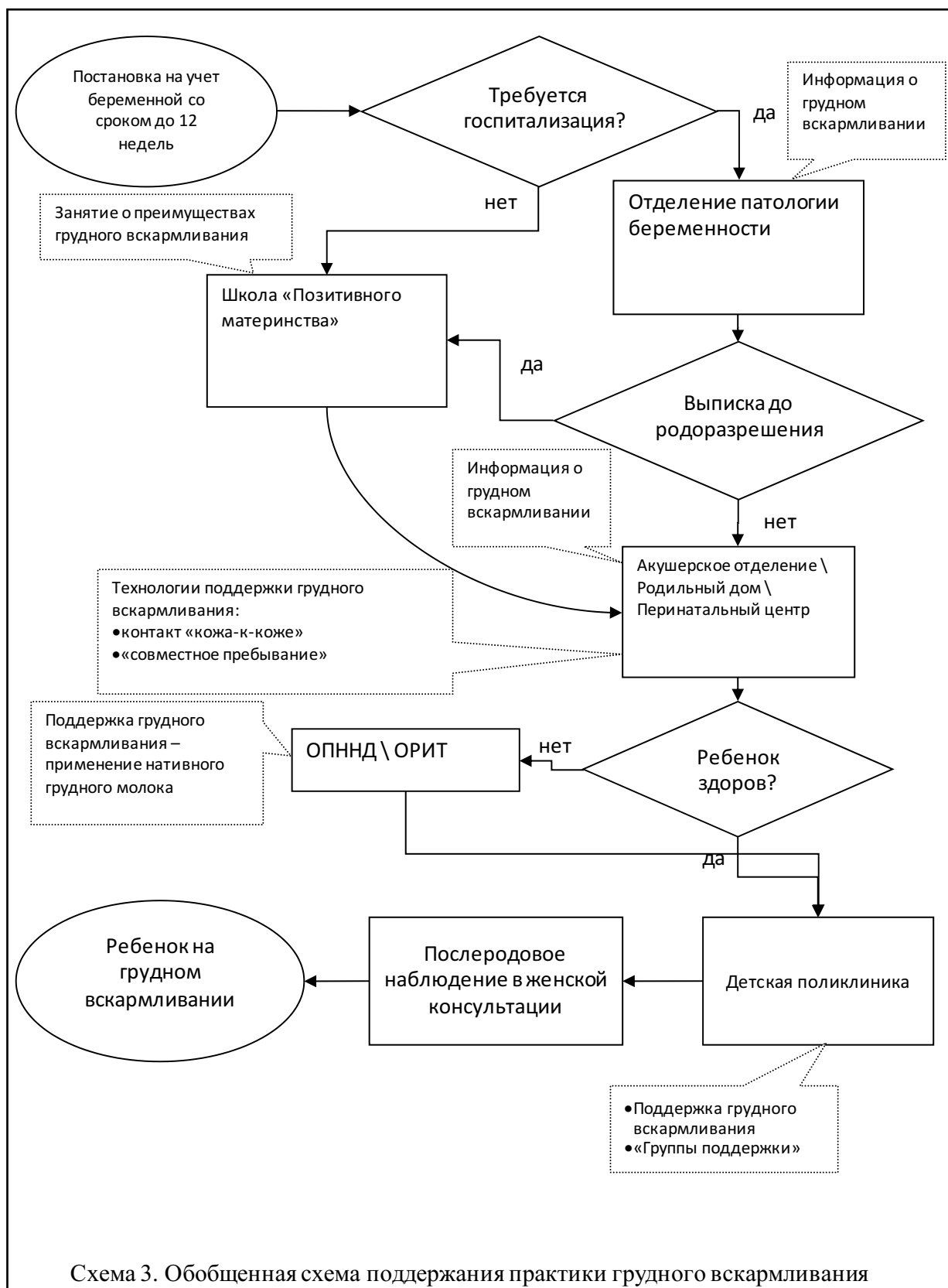
Действия Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в России и клинические аспекты грудного вскармливания представлены в приложении к настоящему документу.

3. СПОСОБЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ

На схеме 3 представлен обобщенный организационный алгоритм (флоучарт) поддержки грудного вскармливания на всех этапах оказания помощи женщине и ребенку. Далее все компоненты этого алгоритма представлены в соответствующих разделах, однако каждый из разделов необходимо детализировать в соответствии с ситуацией и ресурсами учреждения.

«Точкой входа» является постановка на учет в женской консультации беременной женщины, а завершением – послеродовое наблюдение женщины и ребенка. Оптимальным результатом работы описываемой системы является исключительное грудное вскармливание ребенка. В тоже время по различным объективным причинам такой результат не всегда возможен. В этом случае на всех уровнях оказания помощи, весь медицинский и не медицинский персонал должен стремиться обеспечить условия для поддержки грудного вскармливания.

Каждый этап (прямоугольник) предполагает комплекс действий персонала, направленный на продвижение и поддержку грудного вскармливания. Первым этапом работы описываемой системы является обучения беременной женщины принципам грудного вскармливания в «Школе материнства». В том случае, если женщина госпитализируется в отделение патологии беременности, работа по ее информированию должна продолжаться и там. Далее на уровне акушерского стационара любого уровня должны обеспечиваться условия поддержки грудного вскармливания, которые не должны прекращаться и после выписки – на уровне детской поликлиники и женской консультации. Отдельного внимания заслуживает этап отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) и отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). По состоянию новорожденного в этих отделениях так же должно обеспечиваться, по возможности, кормление грудным молоком матери.



Ниже рассмотрим задачи и соответствующие им индикаторы, а также необходимые изменения и характеризующие их микроиндикаторы.

3.1. Внедрение единой для всех служб и медицинских работников политики в отношении практики грудного вскармливания

Снижение уровня грудного вскармливания во многих странах показало, что недостаточно просто предоставить женщинам возможность кормить грудью, необходимо оказывать своевременную помощь и поддержку кормящей матери со стороны здравоохранения, семьи и общества в целом.

В основе стратегии охраны и поддержки грудного вскармливания, осуществляемой в настоящее время в России, лежат современные рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ, разработки российских и зарубежных ученых. В 1998 году вышло Положение Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу "Больница, доброжелательная к ребенку", в котором были изложены 10 принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ для внедрения их в российских медицинских учреждениях родовспоможения и детства. (Показаны в таблице А). С целью координации этой работы, подготовки медицинских кадров и их методического обеспечения Приказом Министерства здравоохранения был создан Федеральный Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания (1997).

Таблица А: Десять принципов успешного грудного вскармливания

Каждому учреждению, оказывающему родовспомогательные услуги и осуществляющему уход за новорожденными детьми, следует:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

Новая редакция шага 4

Осуществлять контакт "кожа-к-коже" сразу после рождения, по крайней мере, в течение одного часа, поощрять мать в распознавании готовности ребенка взять грудь, предложить помощь матери в прикладывании к груди, если она в этом нуждается (2006).

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного - разрешать им находиться вместе в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств (имитирующих грудь или успокаивающих).
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

Разработанная в России медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в ЛПУ родовспоможения и детства основана на внедрении в практику 10 шагов успешного кормления грудью, изложенных в Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку».

Каждое учреждение готовит письменный документ, который включает в себя подробное описание внедрения всех десяти шагов в практику данного учреждения. Он запрещает также рекламу и любое продвижение заменителей грудного молока, сосок и пустышек среди матерей и членов их семей, медицинских работников и в самом учреждении. Политика утверждается руководителем учреждения и является инструкцией к действию всего медико-санитарного персонала.

Примеры политик по поддержке грудного вскармливания женской консультации, акушерского стационара и детского амбулаторно-поликлинического учреждения МУЗ «Мичуринская городская больница №2» и отделения патологии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «Тамбовская областная детская больница», удостоенных в 2010 году почетного звания ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», приводятся **в приложении**.

Действия

- Создание рабочей группы по подготовке политики охраны и поддержки грудного вскармливания в ЛПУ
 - Разработка рабочего варианта политики ЛПУ
 - Пошаговое внедрение политики – планирование, испытание, анализ
 - Запрещение распространения материалов и подарков, содержащих рекламу заменителей грудного молока и приспособлений для искусственного вскармливания (бутылочек, сосок) на территории ЛПУ
 - Отказ родильных домов от бесплатных поставок заменителей грудного молока
 - Утверждение политики руководителем ЛПУ
 - Внедрение данной политики в практику

Результат

- В ЛПУ есть утвержденная главным врачом политика по расширению практики грудного вскармливания.

3.2. Развитие преемственности между различными учреждениями здравоохранения

Важным элементом в работе учреждений родовспоможения и детства является соблюдение принципа преемственности. Внедрение в практику этих учреждений единой технологии охраны и поддержки грудного вскармливания позволит начать

подготовку женщины к грудному вскармливанию в период беременности, помочь женщине в становлении лактации в акушерском стационаре и поддержать кормящую мать после выписки из стационара и в последующий период наблюдения за ребенком. Действия и советы медицинских работников должны основываться на единых представлениях о ведении лактации и консультировании матерей и членов их семей.

Функциональные обязанности медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания, разработанные Комитетом здравоохранения Москвы (2000) приводятся **в приложении**.

Кроме того необходимо наладить сотрудничество с Центрами медицинской профилактики и Центрами здоровья.

Общественные группы, заинтересованные в работе с родителями по формированию культуры грудного вскармливания, могут быть включены в состав команды по поддержке кормящих матерей, оказанию им необходимой консультативной помощи, планированию совместной деятельности. Они способствуют повышению информированности общества по вопросам охраны и поддержки грудного вскармливания.

Действия

- Создание координационного совета по разработке плана действий по развитию преемственности в работе ЛПУ на всех этапах оказания помощи женщинам и младенцам (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника)
- Привлечение к работе Центров медицинской профилактики и Центров здоровья
- Разработка плана действия, испытание и анализ отдельных его составляющих
- Издание приказа о взаимодействии (преемственности) в работе ЛПУ на все этапах оказания помощи женщинам и младенцам, подписанного руководителями ЛПУ

Результат

- Наличие приказа о взаимодействии (преемственности) в работе ЛПУ на все этапах оказания помощи женщинам и младенцам, подписанного руководителями ЛПУ

3.3. Участие ЛПУ родовспоможения и детства в Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

Учреждения, заинтересованные в получении почетного звания "Больница, доброжелательная к ребенку" проводят самооценку своей работы путем заполнения специальной анкеты. Анкета самооценки вместе с сопроводительным письмом-заявкой о проведении оценки учреждения высылаются на адрес регионального или федерального центра по поддержке грудного вскармливания. Этот документ является основанием для организации внешней оценки учреждения на соответствие званию БДР.

В случае успешного прохождения аттестации учреждению выдаются международный Памятный знак ВОЗ/ЮНИСЕФ и национальный Диплом "Больница, доброжелательная к ребенку".

Контроль выполнения 10 принципов успешного грудного вскармливания в учреждениях БДР осуществляется федеральным и региональными центрами поддержки грудного вскармливания путем проведения мониторинга по оценке показателей грудного вскармливания и выполнения принципов успешного кормления грудью или приглашения внешних экспертов для проведения переаттестации этих учреждений – один раз в три года.

В приложении приводится руководство для врачей Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства (2005) и описание процесса аттестации на статус БДР (ВОЗ, 2006).

Действия

- Принятие решения коллективом ЛПУ об участии в ИБДР
- Создание инициативной группы
- Подготовка пакета документов для участия в аттестации ЛПУ (политика, анкета самооценки, письмо-заявка)
- Приглашение внешних экспертов
- Проведение аттестации (подготовка заключения о результатах аттестации)
- Получение диплома ВОЗ/ЮНИСЕФ и национального диплома
- Поддержка достигнутых результатов, мониторинг и переаттестация ЛПУ

Результат

- Звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

3.4. Обучение и повышение квалификации персонала

Обучение медицинского персонала проводится два раза в год со сдачей зачета. Рекомендуется первое обучение 2-х представителей от ЛПУ провести по 40-часовой программе ВОЗ/ЮНИСЕФ "Консультирование по грудному вскармливанию", включая не менее 6 часов практических занятий по темам: "Слушать и узнавать", "Оценка кормления грудью", "Формирование уверенности и оказание поддержки", "Положение ребенка у груди", "Составление истории грудного вскармливания" и "Консультирование матерей, находящихся в различных ситуациях". В последующем, для остального медицинского персонала программу можно сократить до 20 часов, включая не менее 3-х часов практических занятий (курс ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана и поддержка грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку", редакция 2006 г.). Вновь поступающий на работу медицинский персонал проходит

краткий инструктаж по политике, проводимой данным учреждением по охране и поддержке грудного вскармливания. В течение полугода они обучаются по утвержденной программе вместе с другими медицинскими работниками.

Санитарки, работники регистратуры и другой обслуживающий персонал также проходят краткое обучение, которое включает знакомство с принципами успешного грудного вскармливания и практикой данного учреждения по поддержке грудного вскармливания.

Экземпляр учебных планов\программ или краткого описания курса обучения, применительно к различным категориям персонала, должен иметься в свободном доступе, равно как и план\программа обучения новых сотрудников.

Действия

- Создание рабочей группы по организации обучения персонала ЛПУ
- Составление плана действий по организации обучения специалистов ЛПУ
- Обучение 2-3-х представителей ЛПУ в качестве тренеров
- Составление программы и графика обучения медицинского персонала
- Разработка и утверждение анкеты для проверки начального уровня знаний по проблеме
 - Разработка журнала для регистрации тем занятий, посещения занятий сотрудниками и результатов тестирования знаний
 - Подготовка пакета обучающих материалов, оргтехники и необходимых приспособлений для проведения занятий
 - Разработка плана-графика проведения занятий на перспективу
 - Назначение ответственного лица (старшая акушерка, старшая медсестра) для контроля за выполнением данного графика обучения персонала
 - Проведение оценки начального уровня знаний и обучения персонала с представлением теоретических материалов, утвержденных алгоритмов действий, информации о состоянии материально-технического обеспечения и обсуждения ближайших планов по устранению возможных проблем.

В журнале должны быть представлены:

- Программа
- Дата проведения обучения
- Тема занятия
- Число участников
- Анализ анкетирования

Результат

- Назначен ответственный за обучение персонала

- Все сотрудники ЛПУ прошли обучение по 40-часовой или 20-часовой программе
- Все новые сотрудники прошли вводный инструктаж и включены в график ближайшего обучения (в течение 6 мес.)
- Весь вспомогательный персонал ЛПУ прошел инструктаж по политике поддержки грудного вскармливания, принятой в учреждении

Возможный микроиндикатор

- *Число обученных специалистов*

3.5. *Повышение уровня знаний по вопросам грудного вскармливания у населения*

Хороший план повышения уровня знаний беременных и кормящих женщин, членов их семей и общества в целом о проблеме грудного вскармливания требует сочетания различных путей и средств информации, которые могут привлечь внимание и вызвать интерес различных групп, включая подростков и молодежь, будущих родителей.

Ниже предложен перечень мероприятий, внедрение которых позволит повысить уровень знаний у населения:

1. *Разработка и распространение памяток для населения, будущих и кормящих мам и членов их семей*
2. *Подготовка информационных стендов для размещения в женской консультации, родильном доме, детской поликлинике, детском стационаре*
3. *Публикации статей и передачи по данной теме в СМИ*
4. *Проведение образовательных лекций*
5. *Проведение тематических акций для населения, будущих и кормящих мам и членов их семей*
6. *Телефон доверия*

3.5.1. *Разработка и распространение памяток для населения, будущих и кормящих мам и членов их семей*

Информационные материалы могут выполнять несколько функций: повышение общего знания читателя; привлечение в ЛПУ, на обучающие курсы; информированность участника о мероприятии. Необходимо тщательно оценить обоснованность, полноценность и приемлемость информации, содержащейся в материалах и правильно определить целевую аудиторию.

Действия:

- Выбор тем для разработки памяток на основе знаний у населения и ваших приоритетов
- Собрать и просмотреть подготовленные материалы из разных источников, определить, насколько они соответствуют вашим нуждам

- Подготовить новые научно-обоснованные материалы, желательно с комментариями женщин, матерей и экспертов
- Для каждого материала подготовить план раздачи или предоставления информации
- Распечатать/размножить необходимое количество материалов
- Распространить памятки среди целевой группы

Результат:

- Охват памятками составил _____ процентов

Возможные микроиндикаторы:

- *Число распространенных материалов по вопросам грудного вскармливания за отчетный период*
- *Число беременных, которые пришли на прием, опираясь на информацию в памятке*
- *Число разработанных памяток*

3.5.2. Подготовка информационных стендов для размещения в женской консультации, родильном доме, детской поликлинике, детском стационаре

Действия:

- Выбор тем для разработки плакатов и других материалов на основе знаний населения и ваших приоритетов
- Собрать и просмотреть подготовленные материалы из разных источников, определить, насколько они соответствуют вашим нуждам
- Подготовить новые научно-обоснованные материалы, желательно с комментариями женщин, матерей и экспертов
- Дизайн стендов
- Размещение стендов и плакатов в удобном и хорошо видимом месте в ЛПУ

Результат:

- Информационный материал видели _____ процентов посетителей клиники

Возможный микроиндикатор:

- *Наличие стенда с материалами по вопросам грудного вскармливания в ЛПУ в отчетном периоде.*

3.5.3. Публикации статей и передачи по данной теме в СМИ

В контексте данного проекта средствам массовой информации отводится значительная роль в деле информирования подростков, молодежи, беременных и

кормящих женщин, а также членов их семей в формировании понимания важности грудного вскармливания как составной части ответственного отцовства и материнства.

Средства массовой информации могут и должны сыграть роль не только «возмутителя спокойствия», но и придать общественной дискуссии рациональный и квалифицированный характер.

Для привлечения внимания населения к вопросам, связанным со здоровьем детей с успехом может использоваться т.н. развлекательно образовательный подход. Упрощенно его можно представить следующим образом: человек, наблюдая за интересными ему людьми (бизнеса, политики, популярные артисты), подражая им, выстраивает модель своего собственного поведения. Глянцевые журналы, издаваемые в регионах, отражают многие аспекты жизни известных людей, но также могут пропагандировать здоровый образ жизни и семейные ценности на их примере.

Молодежная аудитория, к которой в основном относятся молодые родители, имеющие детей грудного возраста, является одним из основных потребителей сети Интернет. Это огромное информационное поле, которое можно широко использовать для формирования навыков здорового образа жизни и грудного вскармливания, как составной его части.

Действия:

- Установить контакты со СМИ, узнать о заинтересованности и возможностях публикации информации
- Составить план действий совместно со СМИ
- Подготовить статьи, ролики и др. для публикации
- Подготовить и разослать пресс-релизы о запланированных акциях, событиях
- Собирать все опубликованные статьи
- Сделать подборку статей для публикаций, договориться с рядом журналов, газет и д.т.
- Передать материал для публикации

Возможный микроиндикатор:

- *Число статей и передач в СМИ за отчетный период, позволяющих населению получить необходимую информацию по вопросам грудного вскармливания.*

3.5.4. Проведение образовательных лекций

Общественные группы, заинтересованные в работе с родителями по формированию культуры грудного вскармливания, могут быть включены в состав команды по поддержке кормящих матерей, оказанию им необходимой консультативной помощи, с планированием совместной деятельности. Они

способствуют повышению информированности общества по вопросам охраны и поддержки грудного вскармливания.

Для осуществления просветительской работы с молодежью и подростками, обучения персонала, медицинских сотрудников образовательных учреждений, педагогов, социальных работников необходимо приобретение видеоаппаратуры и видеоматериалов на соответствующие темы.

Целесообразно открытие видеолектория с подобранной целевой видеокартотекой. Возможна демонстрация тематических видеороликов и видеоклипов на установленном проекторе в коридорах женских консультаций, детских поликлиник и т.д.

Действия:

- Определить круг учреждений для проведения лекций
- Разработать план лекций по темам и датам
- Согласовать план лекций с главным врачом
- Согласовать с экспертами содержание лекций
- Написать или выбрать и отредактировать текст лекций
- Приобрести или обеспечить оборудованием
- Подготовить слайды и материалы
- Утвердить план в департаменте
- Читать цикл лекций регулярно, по плану

Результат:

- Охват населения лекциями составил _____ процентов

Возможный микроиндикатор:

- *Число учреждений, где были проведены лекции и семинары персоналом ЛПУ по вопросам грудного вскармливания за отчетный период*
- *Число прочитанных лекций*

3.5.5. Проведение тематических акций для населения, будущих и кормящих мам и членов их семей

Отечественный и международный опыт свидетельствует о том, что программы репродуктивного здоровья и осознанного родительства успешны там, где проводятся целенаправленные интенсивные мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения и вовлекающие различные структуры общества.

Социально ориентированные информационные кампании не только информируют население о том, как сохранить и укрепить здоровье, но и побуждают их к этому, «продвигая» определенные модели поведения и полезные привычки путем их выстраивания в привлекательный, стильный и престижный образ жизни.

ЛПУ могут проводить работу по организации и проведению массовых мероприятий, которые связаны со следующими тематическими датами:

- *Всемирный день защиты детей 1 июня*
- *Международная неделя грудного вскармливания – 1-7 августа*
- *День матери – национальный праздник, последнее воскресенье ноября*

Действия:

- *Установить взаимодействие с различными организациями для планирования и подготовки акций*
- *Составить программу акций и связанных с ними мероприятий*
- *Составить график мероприятий*
- *Определить специалистов, которые будут участвовать*
- *Подготовить необходимые материалы*
- *Проводить акции*

Результат:

- Участие подростков в акциях составило _____ процент(ов).

Возможные микроиндикаторы:

- *Число проведенных акций*
- *Число посетителей акции*
- *Число участников акции, которые затем обратились за дополнительной информацией (число пришедших женщин в ЖК)*

3.5.6. Телефон доверия

В интересах непрерывной консультации целесообразно ввести возможность консультирования по телефону или электронной почте (e-mail) для разрешения небольших проблем. Целесообразна организация «телефона доверия», по которому женщина могла бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста.

Телефон доверия можно организовать на базе стационарного телефона ЛПУ с выделением времени работы. Возможно использование мобильной связи, с оплатой из средств хозрасчетных услуг.

Действия:

- *Разработать план и часы работы телефона доверия*
- *Подготовить тексты и сценарии для сотрудников, отвечающих на вопросы*
- *Найти помещение и выделить линию телефона*
- *Выделить необходимый персонал*

- Подготовить и распределить информационный материал о работе телефона доверия
- Открыть линию

Результат:

- Охват женщин (беременных, матерей), получивших ответы на вопросы, составил ____ процент(ов)

Возможные микроиндикаторы:

- *Число звонков на телефон доверия за отчетный период*

3.6. *Введение обязательного консультирования для беременных*

Обучение беременных женщин осуществляется посредством групповых занятий и индивидуальных бесед. В обучении беременных женщин принимают участие акушеры, педиатры, психологи, акушерки и медицинские сестры. Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуется использование традиционных методов работы с беременными женщинами в "школах материнства", организуемых в женских консультациях. Некоторые детские поликлиники также проводят на своей базе "школы материнства" или создают клубы для беременных женщин и матерей. Для активного привлечения будущих отцов, а также других членов семьи на эти занятия необходимо обеспечить доступную информацию о программах и времени проведения занятий.

С момента постановки беременной женщины на учет она постоянно находится в контакте с медицинскими работниками, регулярно посещая женскую консультацию или во время дородовых патронажей. Каждое такое общение с женщиной также может быть использовано для проведения индивидуальных бесед по подготовке к грудному вскармливанию.

Программа обучения беременных женщин по вопросам грудного вскармливания должна включать следующие темы:

- *Преимущества грудного вскармливания для ребенка*
- *Преимущества грудного вскармливания для матери*
- *Важность раннего прикладывания младенца к груди в родильном зале*
- *Знакомство с работой акушерского стационара, в котором планируются роды*
- *Важность совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре и дома.*
- *Важность грудного вскармливания по требованию ребенка*
- *О вреде использования сосок и пустышек*
- *Техника кормления грудью (расположение и прикладывание ребенка к груди)*

- Важность исключительно грудного вскармливания в течение 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до того возраста, когда ребенок сам откажется от груди

- Как обеспечить достаточное количество молока

- Помощь матерям после выписки из родильного дома

Отметка об обучении заносится в индивидуальную и обменную карту беременной женщины. Для контроля проводимого обучения беременной женщины может быть использована форма "Контрольный лист навыков по грудному вскармливанию: дородовая подготовка беременных женщин", куда заносятся сведения о теме и дате проведения группового занятия или индивидуальной беседы, выдаче письменных материалов - **приложение**.

После рождения ребенка сведения о характере вскармливания новорожденного поступают в женскую консультацию из родильного дома в выписном эпикризе. В день выписки из родильного дома или на следующий день участковый педиатр осуществляет патронаж ребенка и матери на дому. Позже родившие женщины самостоятельно посещают женскую консультацию. Все эти контакты с матерью необходимо использовать для консультирования по грудному вскармливанию и оказания необходимой помощи.

Действия

- Создание рабочей группы, ответственной за обучение беременных женщин
- Разработка плана действий по организации обучения беременных женщин
- Выделение помещения для проведения обучения беременных женщин
- Оборудование помещения необходимой техникой и наглядными материалами
- Разработка программы обучения беременных женщин
- Разработка анкеты для оценки уровня знаний женщин после прохождения обучения
- Подготовка пакета обучающих и раздаточных материалов
- Составления графика проведения занятий
- Разработка системы привлечения беременных женщин
- Разработка журнала для регистрации даты проведения, темы занятий и присутствующих на занятиях
- Внесение в индивидуальную карту беременной и обменную карту информации о прохождении обучения

Результат

- Охват обучением не менее 80% беременных женщин

Возможный микроиндикатор

- Число беременных, прослушавших курс лекций и имеющих отметку об этом в индивидуальной карте беременной и обменной карте
- Число беременных, ответивших правильно более чем на половину вопросов анкеты

3.7. Внедрение мероприятий, направленных на становление лактации в родильном доме

Совместная Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ и международная Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР) отражают значение, в первую очередь, акушерских стационаров для успешного начала и продолжения грудного вскармливания. В России все, без исключения, родильные дома (отделения), получившие это звание, прошли сложный путь переобучения медицинского персонала, ломки сложившихся стереотипов мышления и практики родовспоможения и ухода за новорожденными прежде, чем стать по настоящему доброжелательными к матери, ребенку и семье. Документ политики определяет работу каждого структурного подразделения: приемного покоя, родильного блока, акушерских отделений, палат интенсивной терапии для родильниц и новорожденных, отделения патологии беременности и др.

Для достижения устойчивого результата необходимо реализовать несколько организационных компонентов (изменений) в акушерском стационаре:

1. Создание индивидуальных родильных залов
2. Поощрение партнерских родов
3. Раннее прикладывание к груди в родильном зале, контакт «кожа-к-коже»
4. Совместное пребывание матери и ребенка, кормление по требованию
5. Исключение докорма, допаивания и средств, имитирующих грудь
6. Применение лекарственных средств, не исключающих кормление грудью
7. Обучение и консультирование матерей по вопросам грудного вскармливания,

3.7.1. Создание индивидуальных родильных залов

Индивидуальные родильные залы позволяют создать спокойную и уютную обстановку максимально приближенную к домашней, и присутствие на родах близкого человека лица (мужа, "партнерские роды"; матери, подруги и пр.).

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением медикаментозных методов обезболивания, но гораздо важнее и безопаснее использовать немедикаментозные методы, такие как: прогулки и ходьба; массаж; теплая вода; успокаивающие слова и действия; спокойная обстановка без ярких источников света и с минимальным количеством посторонних; музыка; ароматерапия; акупунктура и акупрессура; предоставление женщине возможности рожать в той позе, которая ей удобна.

Женщинам предлагается рожать в присутствии партнера, которого они выбирают по собственному усмотрению; женщинам предлагают при желании ходить и двигаться во время схваток, рожать в наиболее удобном для них положении, если нет каких-либо медицинских противопоказаний из-за риска осложнений и по другим причинам, которые объясняются матери; предложение женщинам пользоваться немедикаментозными средствами болеутоления, если только нет медицинских показаний для применения анальгетиков и анестетиков из-за осложнений, либо мать проявляет явное желание воспользоваться медикаментозным методом обезболивания.

Роды – это тяжелая работа. Чтобы справиться с ней, женщине нужны силы. Нет никаких подтверждений того, что здоровой роженице следует запрещать легкую еду и питье. Желание поесть и попить сугубо индивидуально, и женщина должна сама решать, чего ей хочется. После нормальных родов женщина может проголодаться, и ей потребуются пища. Если ребенок появился на свет ночью, нужен небольшой запас еды, чтобы матери не пришлось часами дожидаться завтрака.

Действия

- Создание рабочей группы, ответственной за организацию индивидуальных родильных залов
- Разработка плана действий по организации работы индивидуальных родильных залов
- Реорганизация старых родильных залов и создание новых (из предродовых палат)
- Оснащение индивидуальных родильных залов необходимым оборудованием и инвентарем для активного поведения роженицы в 1-м периоде родов (надувные мячи, теплый душ, легкий прием пищи, питье и др.)
 - Создание условий для родов в удобном для роженицы положении
 - Предродовая подготовка беременных женщин к родам "без страха"
 - Подготовка семейных пар к партнерским родам

Результат

- *Полный переход родильного дома на индивидуальные родильные залы*

Возможный микроиндикатор

- *Число индивидуальных родильных залов в родильном доме*
- *Доля партнерских родов*

3.7.2. *Поощрение партнерских родов*

Партнерские роды позволяют постоянно быть рядом с женщиной близкому человеку и оказывать ей необходимую поддержку и помощь не медицинского

характера (поправить подушку или одеяло, подать воды, сделать легкий массаж, позвать медицинского работника и пр.). Для оказания максимальной психологической поддержки женщины во время родов необходимо подробно информировать как женщину, так и сопровождающее ее лицо о течении родов, необходимости того или иного вмешательства при оказании ей помощи.

Действия

- Создание и оборудование индивидуальных родильных залов для проведения партнерских родов
- Подготовка медицинского персонала по ведению партнерских родов
- Разработка программы подготовки пары к партнерским родам
- Поведение обучения пары по подготовке к партнерским родам

Результат

- Достичь уровня партнерских родов не менее 10%

Возможный микроиндикатор

- *Число партнерских родов от общего числа родов за отчетный период*

3.7.3. Раннее прикладывание к груди в родильном зале

Грудное кормление нужно начинать как можно раньше после родов, желательно в течение первого часа. Не нужно форсировать начало сосания ребенком груди. Родильница остается с малышом вплоть до перевода ее в палату совместного пребывания, такой практике в значительной степени способствует создание индивидуальных родильных залов. Помощь в прикладывании младенца к груди оказывается «через руки матери» персоналом, прошедшим обучение, обычно это акушерка, медицинская сестра или врач-неонатолог. Методики подробно описаны в главе 4 данного документа.

Быстрое установление контакта «кожа-к-коже» благотворно сказывается и на младенце, и на его матери. Не рекомендуется купать ребенка сразу после рождения.

Если сразу после родов состояние ребенка нестабильно, контакт «кожа-к-коже» можно установить позже, когда оно стабилизируется. Контакт «кожа-к-коже» оптимально сохранять весь период наблюдения за женщиной в родовой (2 часа) и при транспортировке в послеродовую палату, но не менее 40-60 минут (время необходимое для контаминации ребенка материнской флорой и первого кормления). Контакт «кожа-к-коже» можно использовать и позже в палате для согревания новорожденного и обеспечения его комфорта.

В случае оперативного родоразрешения путем плановой операции кесарево сечение, при условии удовлетворительного состояния матери и ребенка, контакт "кожа-к-коже" осуществляется в течение первых 30 минут после родов при местном обезболивании или в первые 30 минут после того, как мать может реагировать на

ребенка при эндотрахеальном наркозе (не позднее, чем через 6 часов после операции). С этого момента новорожденный находится вместе с матерью. Ребенок также кормится по требованию, помогают матери в этом акушерка и медицинская сестра.

Грудь или живот матери это идеальное место для новорожденного. Это не препятствует выполнению медицинскими работниками необходимых медицинских манипуляций по отделению плаценты, зашиванию разрывов и т.п. Если контакт «кожа-к-коже» невозможен, ребенка после того, как его обсушили, необходимо запеленать и передать в руки матери. Для ребенка предпочтительнее находиться в контакте «кожа-к-коже» с матерью.

Контакт «кожа-к-коже» тоже рекомендуется для профилактики гипотермии у новорожденного, о котором больше написано в *Комплексе рекомендуемых изменений для улучшения профилактики гипотермии у новорожденного*. Тело матери помогает ребёнку согреться, что особенно важно для детей, родившихся с небольшим весом или с недостатком веса. Также, новорождённый испытывает меньший стресс, он спокойней, у него более устойчивые показатели дыхания и кровообращения. Новорождённый тоже встречается с бактериальной флорой, которая в дальнейшем будет естественной средой для него, и молоко матери уже содержит необходимые в этом случае антитела. Материнские сапрофитные бактерии заселяют слизистые, кожу и кишечник ребёнка, конкурируя с госпитальной инфекцией и тем самым защищая ребёнка.

Серьезные исследования подтверждают, что контакт «кожа-к-коже» и раннее прикладывание к груди, первое кормление молозивом в родзале обеспечивают уменьшение смертности среди новорождённых, особенно в первый месяц жизни. Еще один результат – более высокая приверженность матерей к исключительно грудному вскармливанию в течение последующих месяцев, что, в свою очередь, ведёт к улучшению здоровья ребёнка и уменьшению детской смертности в целом.

В соответствии с отечественными подходами, закрепленными в Методических указаниях Министерства здравоохранения Российской Федерации №225 "Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни" (1999) противопоказаниями к раннему прикладыванию к груди со стороны матери служат:

- тяжелые формы гестозов;
- сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулеза,
- состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- злокачественные новообразования;
- положительная серологическая реакция на ВИЧ-инфекцию.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны ребенка:

- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов;
- тяжелая асфиксия новорожденного;
- тяжелые нарушения мозгового кровообращения;
- глубокая недоношенность;
- пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

Действия

- Составление и утверждение главным врачом родильного дома протокола по процедуре раннего прикладыванию младенца к груди
- Обучение медицинского персонала технике раннего прикладывание к груди
- Обучение беременных женщин и сопровождающего ее в родах лица (партнерские роды) вопросам раннего прикладывания младенца к груди при дородовой подготовке

Результат

- Достичь уровня родов с ранним прикладыванием груди не менее 80%

Возможные микроиндикаторы

- *Число новорожденных, в ЛПУ за отчетный месяц, имевших контакт «кожа к коже» не менее 1-го часа в родильном зале*
- *Число новорожденных, имевших контакт «кожа к коже» не менее 2-х часов в родильном зале, в пилотных ЛПУ за отчетный месяц (проектный индикатор)*
- *Число новорожденных получивших первое кормление в родзале (еженедельный)*
- *Доля новорожденных получивших первое кормление в родзале относительно всех родившихся (еженедельный)*

3.7.4. Совместное пребывание матери и ребенка

Для раздельного пребывания матери и ребенка существует небольшой перечень показаний либо со стороны матери, либо со стороны младенца. При раздельном пребывании нужно помочь матери сохранить лактацию путем частого сцеживания молозива или молока не реже 6-8 раз в сутки. В случае нахождения недоношенного маловесного или больного ребенка в палате интенсивной терапии важно позволять матери ухаживать за новорожденным, кормить его грудью или сцеженным грудным молоком. В зависимости от состояния ребенка, его гестационного возраста энтеральное питание может вводиться с помощью зонда, шприца, а также специальных приспособлений для вскармливания недоношенных детей. Вместо

бутылочки с соской рекомендуется использовать чашечку, мензурку, ложечку, шприц или пипетку, чтобы ребенок не отказался от груди. Искусственные смеси можно использовать по показаниям, также как и допаивание водой или раствором глюкозы. Даже в условиях жаркого климата здоровые новорожденные на свободном режиме вскармливания (по требованию младенца) не нуждаются в дополнительном питье.

Действия

- Создание рабочей группы по решению вопроса о переходе на совместное пребывание матери и ребенка
- Разработка плана действия по переоборудованию имеющихся палат (послеродовое и детское отделение) в палаты совместного пребывания "мать и дитя"
- дородовое от
- Переоборудование палат в палаты для совместного пребывания
- Обучение медицинского персонала консультированию матерей по вопросам грудного вскармливания и ухода за младенцем
- Включение в планы подготовки беременных женщин вопросов совместного пребывания в палате "мать и дитя" (преимущества и правила поведения)

Результат

- Достичь уровня совместного пребывания не менее 80%

Возможные микроиндикаторы

- *Охват беременных женщин дородовой подготовкой по вопросу совместного пребывания*
- *Доля совместного пребывания матери и ребенка за отчетный период*

3.7.5. Обучение матерей технике грудного вскармливания, кормление по требованию

Действия

- Обучение медицинского персонала вопросам консультирования матерей по грудному вскармливанию и управления лактацией
- Разработка обучающих материалов по обучению матерей технике грудного вскармливания и кормлению по требованию

Результат

- Доля детей на грудном вскармливании на момент выписки из акушерского стационара ___ не менее 90%
- Доля детей на исключительно грудном вскармливании с рождения и до выписки из акушерского стационара ____ не менее 70%-75%
- Доля обоснованных случаев введения дополнительного питания или питья _____ не менее 80%

Возможные микроиндикаторы

- Число обученных медицинских работников
- Число обученных матерей

3.7.6. Исключение докармливания и допаивания новорожденных, отказ от использования успокаивающих средств и средств, имитирующих грудь (сосок, пустышек)

Для здорового новорожденного в первые сутки жизни молозиво является единственно необходимым и достаточным видом питания. До прибытия молока у матери нет необходимости в дополнительном питании смесями или допаивании водой и глюкозой.

При возникновении необходимости «разлучения» ребенка с матерью и не возможности кормления грудью для кормления ребенка используют специальное оборудования. При этом после кормления через зонд ребенка переводят на вскармливание из шприца, специальной системы или из специальной бутылочки с соской, а затем полностью переходят к грудному вскармливанию. Следует помнить, что вскармливание из чашки или мензурки глубоконедоношенного ребенка не позволяет правильно определить объем одного глотка, в связи с чем высока вероятность аспирации.

Действия

- Обучение медицинского персонала консультированию матерей
- Обучение матерей технике грудного вскармливания

Результат

- Доля детей на исключительно грудном вскармливании с рождения и до выписки из акушерского стационара ____ не менее 70%-75%
- Доля обоснованных случаев введения дополнительно питания или питья _____ не менее 80%
- Доля детей, получавших питание или питье из бутылочки _____ 0%

Возможные микроиндикаторы

- Число детей на исключительно грудном вскармливании с рождения до выписки за отчетный период
- Число детей на исключительно грудном вскармливании на момент выписки за отчетный период
- Число детей, получавших питание из бутылочки за отчетный период
- Число детей, получавших пустышки отчетный период

3.7.7. *Обучение матери и персонала о возможностях применения лекарственных средств, совместимых с лактацией*

Важно готовить медперсонала правильно использовать лекарственных средств для матери, которые позволяют продолжения грудного вскармливания, и правильно обучить матерей о правилах их применения. При необходимости медикаментозного лечения матери возможность грудного вскармливания определяется инструкцией к препарату. Большинство лекарственных средств попадает в грудное молоко в очень небольших количествах, и лишь немногие из них действуют на младенца. Прекращение грудного вскармливания чаще всего оказывается для малыша опаснее следов лекарства в материнском молоке.

Все лекарственные препараты, назначенные кормящей матери, сверяйте с инструкциями по их применению, выбирайте наиболее безопасные для младенца; следите за признаками их возможного побочного действия. Вероятность нежелательных эффектов особенно высока у детей в возрасте до 2 месяцев.

При назначении некоторых лекарственных средств из весьма ограниченного списка (антиметаболиты, радиоактивный йод, ряд антистероидных препаратов) мать должна прекратить грудное вскармливание на время их приема. Некоторые лекарства могут вызывать сонливость у младенца, либо оказывать на него другое побочное действие..

3.8. *Поддержка кормящих матерей после выписки домой*

Поддержка матерей в кормлении грудью заключается в консультировании матерей по вопросам сохранения исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни и продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более, осуществляется медицинскими сестрами, педиатрами и врачами специалистами во время послеродовых патронажей и посещений детской поликлиники матерью с ребенком (членами семьи).

Для всесторонней поддержки матерей после выписки домой и последующей оценки показателей грудного вскармливания детей, а так же качества работы подразделения в целом необходимо предпринять следующие изменения:

- 1. Пересмотреть содержание послеродового патронажа акушеркой (врачом акушером) и медицинской сестрой (педиатром), включить вопросы грудного вскармливания*
- 2. Организовать горячую линию (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника)*
- 3. Пересмотреть содержание профилактического приема в дни здорового ребенка, включить вопросы грудного вскармливания*
- 4. Организовать консультирование кормящих матерей по грудному вскармливанию в кабинете здорового ребенка, включить тему грудного вскармливания в программы работы с беременными женщинами и кормящими матерями ("школы родителей", "школы матери")*

5. Помогать в организации групп материнской поддержки из самих мам-волонтеров

3.8.1. Пересмотреть содержание послеродового патронажа акушеркой (врачом акушером) и медицинской сестрой (педиатром), включить вопросы грудного вскармливания

На первом году жизни патронажные сестринские посещения начинаются с первого дня после выписки из родильного дома. Во время первых патронажных посещений ребенка медицинской сестрой и педиатром необходимо провести наблюдение за кормлением грудью и оценить правильность расположения и прикладывания ребенка к груди. Собрать историю грудного вскармливания. Обсудить вопросы, касающиеся важности совместного пребывания матери и ребенка (кровать матери и ребенка должны находиться в непосредственной близости, мать может брать для кормления малыша в свою постель), кормления малыша по требованию без ночных перерывов, исключительно грудного вскармливания, отказа от использования сосок и пустышек. Обучить маму сцеживанию грудного молока и показаниям к сцеживанию. Если есть возможность, раздать памятки или брошюры по грудному вскармливанию.

В организации патронажей на первом месяце жизни ребенка может оказать помощь форма "Послеродовый патронаж: оценка кормления грудью" – **в приложении**. Если есть возможность, раздать памятки или брошюры по грудному вскармливанию, примеры которых доступны через веб-портал www.healthquality.ru.

Оценка достаточности молока проводится путем двух достоверных критериев: частоты мочеиспусканий не менее 6 раз за сутки (при условии, что ребенок не получает дополнительного питья) и ежемесячного контроля прибавки массы тела. Практика одноразовых контрольных кормлений для определения достаточности молока у матери в настоящее время признана ошибочной.

Действия

- Обучение медицинских работников консультированию матерей по вопросам грудного вскармливания

Результат

Доля детей на грудном вскармливании на первом месяце жизни _____%

Возможные микроиндикаторы

- Доля патронажей, на которых обсуждались вопросы грудного вскармливания

3.8.2. Организовать горячую линию (женская консультация, родильный дом, детская поликлиника, детский стационар)

Одним из способов поддержки кормящих матерей после выписки является создание в учреждении телефона горячей линии. Это позволит женщине без особого

труда получить поддержку или совет у медицинского работника. В случае отсутствия преемственности между учреждениями родовспоможения и детства горячая линия становится чуть ли не единственной возможностью для кормящей матери поддерживать контакт с медицинскими работниками, которые помогли ей наладить грудное вскармливание. Горячая линия может работать в учреждении либо круглые сутки, либо в специально отведенные часы. Информацию о работе горячей линии мать должна получить перед выпиской.

Действия

- Выделение специалистов для работы на телефоне горячей линии
- Обучение специалистов вопросам консультирования матерей
- Регистрация и анализ звонков на телефон горячей линии

Результат

- Повышение уровня грудного вскармливания

Возможные микроиндикаторы

- *Общее число телефонных обращений за период наблюдения*

3.8.3. Пересмотреть содержание профилактического приема в дни здорового ребенка, включить вопросы грудного вскармливания

На протяжении первого года жизни мать ежемесячно посещает детскую поликлинику со здоровым ребенком с профилактической целью. Специально для этого в каждой поликлинике отведены дни здорового ребенка. Каждый приход матери в поликлинику должен использоваться для оценки грудного вскармливания. Медицинский работник должен оценить кормление грудью, собрать анамнез грудного вскармливания, помочь матери решить проблемы, связанные с грудным вскармливанием, похвалить мать, если она успешно кормит грудью.

3.8.4. Организовать консультирование кормящих матерей по грудному вскармливанию в кабинете здорового ребенка, включить тему грудного вскармливания в программы работы с беременными женщинами и кормящими матерями ("школы родителей", "школы матери")

Действия

- Выделить ответственных из числа медицинских работников для осуществления работы по поддержке грудного вскармливания
- Обучение специалистов для проведения работы с беременными и кормящими матерями в кабинете здорового ребенка

Результат

Повышение уровня грудного вскармливания в детской поликлинике

Возможные микроиндикаторы

- Доля обученных беременных женщин
- Доля обученных кормящих матерей
- Число консультаций по грудному вскармливанию за отчетный период

3.8.5. Помогать в организации групп материнской поддержки из самих мам-волонтеров

Опыт работы проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» показал, что группы поддержки матерей организуются как из самих медицинских работников, так и из кормящих матерей. Работу по консультированию матерей и членов их семей, кроме участкового педиатра и патронажной медицинской сестры проводят также медицинские сестры кабинетов здорового ребенка. Медицинская сестра кабинета здорового ребенка может организовать работу с группами поддержки из кормящих матерей. Кабинет здорового ребенка должен быть уютным и оснащен наглядными материалами, видеотехникой, необходимой мебелью для возможности проведения занятий с кормящей женщиной или группой женщин (членами их семей). В кабинете здорового ребенка также должны быть созданы условия для кормления ребенка грудью. Каждая мама, посещающая детскую поликлинику, должна быть проинформирована о возможности кормления грудью в специально отведенном для этого помещении.

Информация о группах поддержки матерей должна быть доступна для каждой семьи, в которой есть ребенок, вскармливаемый грудью. Она вывешивается на стендах в детской поликлинике, кабинете участкового педиатра, кабинете здорового ребенка или приводится в памятках и брошюрах, раздаваемых родителям и членам их семей. На веб-портале www.healthquality.ru приводится руководство для медицинских работников и лидеров групп материнской поддержки «Общественные группы материнской поддержки и их работа по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания» (2006).

Действия

- Обучение медицинского персонала для работы с группами материнской поддержки
- Обучение матерей для участия в работе в группах материнской поддержки
- Выделение помещения для организации встреч группы материнской поддержки

Результат

- Число групп материнской поддержки в зоне обслуживания медицинского учреждения

Возможные микроиндикаторы

- Число обученных медицинских работников по оказанию помощи матерям в группе материнской поддержки

- Число обученных матерей для участия в работе группы материнской поддержки
- Наличие помещения для организации встреч группы материнской поддержки

3.9. Внедрение алгоритмов по организации грудного вскармливания в сложных ситуациях

В некоторых случаях бывает довольно сложно организовать грудное вскармливание. Причины этого, как и изменения, необходимые для улучшения текущей ситуации можно разделить на две группы:

1. Организация кормления во время пребывания в стационаре матери или\и ребенка
2. Коррекция различных социально-обусловленных причин отказа от грудного вскармливания

3.9.1. Организация кормления во время пребывания в стационаре матери или\и ребенка

Со стороны ребенка:

- Рождение недоношенного или больного ребенка, требующего пребывания в ОРИТ или ОПННД ; Рождение двойни или тройни

В случае болезни ребенка и\или необходимости его госпитализации, необходимо обеспечить возможность совместного пребывания матери и ребенка для ухода за малышом и сохранения грудного вскармливания. Если ребенок временно не берет грудь, кормить ребенка сцеженным грудным молоком из чашечки, ложечки или с использованием пипетки, шприца.

Методами активной поддержки больных и недоношенных детей являются очень активная сфера исследования и разработки по всему миру. В коробке (Таблица Б) описан опыт проекта во внедрении этих действий в пилотной детской больнице в Тамбовской области. Презентация об этом, представлена на международной конференции, находится на веб-портале www.healthquality.ru

Действия

- Создание рабочей группы специалистов по организации и поддержке грудного вскармливания в отделениях для больных или недоношенных детей
- Разработка протокола по организации грудного вскармливания в отделениях для недоношенных и маловесных
- Обучение матерей уходу за больными или маловесными младенцами
- Обучение матерей сцеживанию грудного молока для поддержания лактации и кормлению младенца сцеженным грудным молоком

Таблица Б. Опыт внедрения мероприятий по охране и поддержке грудного вскармливания и Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку" в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей Тамбовской областной детской клинической больницы

Тамбовская область принимает участие в проекте «Улучшение помощи мамам и малышам» с мая 2009 года. Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей Тамбовской областной детской больницы (ТОДБ) возглавило работу по продвижению грудного вскармливания в области. В ТОДБ лечатся дети в возрасте от 0 до 18 лет. Общее количество коек, на которых проходят лечение дети 399. Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей рассчитано на 40 коек, из них – 30 коек совместного пребывания матери и ребенка. На 10 койках дети находятся отдельно от матерей. Это дети, матери которых временно не могут быть с детьми по состоянию своего здоровья, они сами проходят лечение в стационарах, а также отказные дети.

В отделение поступают дети из родильных домов (отделений) и из отделения интенсивной терапии и реанимации больницы. Ежегодно в отделении проходят лечение свыше 1000 новорожденных, что составляет около 10% от всех родившихся в области детей. Возраст новорожденных при поступлении составляет в среднем – 6 дней после рождения (колеблется от 4 до 8 дней). С января 2010 года отделение принимает недоношенных детей, в том числе и глубоко недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Удельный вес недоношенных новорожденных, поступивших в отделение за первое полугодие 2011 года составил 11,9%, а новорожденных с низкой массой тела при рождении - 13,6%. Среди основных причин поступления новорожденных в отделение следует перечислить: гипоксически – ишемическое поражение ЦНС – 75%, желтухи – 40%, родовая травма – 20%, врожденные пороки развития – 6,6%, асфиксия в родах – 5,4%; инфекции – 4,5%; недоношенные – 4,5%; низкая масса тела при рождении – 4%. В большинстве случаев встречается сочетание 2-3 причин.

Работа по охране и поддержке грудного вскармливания в отделении стала возможной после реконструкции отделения, завершённой в июле 2008 года. В настоящее время в отделении созданы все условия для совместного пребывания матери и ребенка. Большинство палат рассчитаны на две пары мать и дитя. Индивидуальные палаты для одной пары мать и дитя предназначены для недоношенных детей, которые требуют особого ухода и находятся в отделении более длительное время.

В декабре 2009 года два специалиста отделения (врач-неонатолог и медицинская сестра) прошли обучение по 40-часовому курсу ВОЗ/ЮНИСЕФ "Консультирование по грудному вскармливанию". В январе 2010 года медицинским персоналом отделения была разработана "Политика по охране и поддержке грудного вскармливания", которая в последующем была утверждена приказом главного врача больницы и является руководством к действию для всего медицинского персонала. Политика включает в себя 10 шагов Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" (БДР), адаптированных для отделения:

- Шаг 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику по грудному вскармливанию и регулярно доводить ее до сведения всего медицинского персонала.
- Шаг 2. Обучать весь медицинский персонал необходимым знаниям и навыкам для осуществления этой политики.
- Шаг 3. Информировать всех поступающих в отделение матерей о преимуществах и технике грудного вскармливания.
- Шаг 4. Помогать и поддерживать матерей в осуществлении контакта кожа-к-коже так скоро, как позволяет состояние ребенка.
- Шаг 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.
- Шаг 6. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.
- Шаг 7. Практиковать нахождение матери и новорожденного в одной палате 24 часа в сутки.
- Шаг 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию, если позволяет состояние ребенка.
- Шаг 9. Не использовать бутылочное кормление для детей, находящихся на грудном вскармливании. Допускается использование пустышек и накладок на грудь по приемлемым показаниям, связанным с состоянием ребенка (снижение боли, обучение сосанию, стимуляция работы желудочно-кишечного тракта).
- Шаг 10. Вести подготовку матерей для продолжения грудного вскармливания и обеспечить им последующую поддержку после выписки из отделения

Таблица Б (продолжение)

Политика запрещает рекламу заменителей грудного молока и сопутствующих приспособлений (бутылки, пустышки, соски).

Весь медицинский и обслуживающий персонал отделения (68 человек) регулярно проходит обучение по консультированию матерей. При этом используются российские обучающие материалы, а также материалы ВОЗ, Американской академии грудного вскармливания (Academy of Breastfeeding Medicine – ABM) и Международной ассоциации консультантов по грудному вскармливанию (International Lactation Consultants Association – ILCA). В ряде европейских стран и США накоплен положительный опыт внедрения современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания в отделениях для больных и недоношенных детей [9].

Контакт кожа-к-коже используется для доношенных и недоношенных детей, как только их состояние становится стабильным. Для недоношенных детей широко практикуется "метод кенгуру". Каждый контакт кожа-к-коже длится 30-60 мин. и осуществляется 7-8 раз за сутки. Нахождение младенца у груди матери улучшает состояние его здоровья и помогает более быстрому становлению грудного вскармливания.

Основные принципы вскармливания недоношенных и маловесных детей, которые практикуются в отделении, соответствуют рекомендациям Союза педиатров России и Национальной ассоциации диетологов и нутрициологов (которые доступны через веб-портал www.healthquality.ru)

Обучение матерей по вопросам грудного вскармливания проводится с момента поступления их в отделение. Формы обучения – индивидуальные беседы и групповые занятия. В этой работе принимают участие все медицинские сотрудники отделения - врачи и медицинские сестры, медицинский психолог. В отделении имеется видеоплеер, позволяющий матерям смотреть обучающие видеофильмы по грудному вскармливанию.

Мать регулярно сцеживает грудное молоко, если ребенок не может сосать грудь. Для сцеживания грудного молока используются электрические молокоотсосы. Сцеженное грудное молоко не хранится, а используется без предварительной обработки для кормления ребенка в течение 1 часа после сцеживания. Достаточность питания контролируется путем ежедневного взвешивания ребенка и оценки прибавки массы тела.

Мать находится вместе со своим ребенком 24 часа в сутки, что дает ей возможность ухаживать за малышом, обучать его кормлению грудью, кормить по требованию младенца, исключительно грудным молоком и без ограничений по времени. Большинство медицинских процедур проводится в палате в присутствии матери.

Неограниченные кормления и кормления по требованиям возможны при полном грудном вскармливании и хорошей прибавке в весе. В ряде случаев кормление проводится по часам – ослабленный или больной ребенок, плохая прибавка массы. Кормление проводится каждые 2-3 часа и чаще.

Для обучения детей сосанию используются насадки на шприц, позволяющие ребенку сосать палец матери и тонкие силиконовые накладки на сосок. Для обучения детей сосанию и стимуляции выработки молока у матери используются также приспособления для дополнительного питания). Альтернативой бутылочному кормлению являются специальные приспособления для кормления детей сцеженным грудным молоком (смесями) – мензурки, мягкие ложечки, зонды, шприцы и др.

Средняя длительность пребывания в стационаре составляет 14 дней (колеблется от 7 дней до 20 дней). Глубоко недоношенным детям с низкой и экстремально низкой массой тела оказывается высокоспециализированная медицинская помощь, длительность их пребывания в отделении колеблется от 55 до 65 дней.

Помощь после выписки из отделения матери могут получить, позвонив по телефону горячей линии, организованной в отделении или при последующем посещении отделения катамнеза больницы. Кроме того, в отделении сформирована группа поддержки матерей из медицинского персонала, имеющего личный положительный опыт кормления грудью.

Таблица Б (продолжение)

С марта 2010 года в отделении проводится опрос матерей при поступлении и выписке по вопросам грудного вскармливания, в том числе оценивается желание матери кормить грудью. Большинство матерей хотели бы кормить своих малышей грудью. Планируемая длительность кормления грудью распределилась следующим образом: до 6-и мес. – 29%, до 12 мес. – 53% и 2 года и более – 18% матерей.

С января 2009 года в отделении ведется мониторинг уровня грудного вскармливания. Ежемесячно оцениваются следующие индикаторы – исключительно грудное вскармливание (только грудное молоко, допускаются вода и лекарства по медицинским показаниям), смешанное вскармливание (грудное молоко и смеси для недоношенных) и искусственное вскармливание (только смеси для недоношенных).

Динамика видов вскармливания среди всех поступивших в отделение детей и находившихся на совместном пребывании, по полугодиям за период с января 2009 по июнь 2011 года была представлена на графике 4, выше. Наблюдается положительная динамика грудного вскармливания при поступлении детей в отделение. Уровень исключительно грудного вскармливания (ИГВ) повысился на 10% - с 31% до 41%. Это может быть расценено как улучшение практики родильных домов по поддержке грудного вскармливания. Имеет место значительное повышение уровня грудного вскармливания, в том числе и ИГВ, к моменту выписки из отделения. В 2011 году уровень грудного вскармливания при выписке составил 80% (49,1% - при поступлении), в том числе ИГВ – 60,8% (40,6% - при поступлении). В 2011 году имело место незначительно понижение уровня грудного вскармливания на момент выписки из отделения.

На графике 5, выше, была представлена динамика грудного вскармливания на момент выписки среди недоношенных детей, находившихся на совместном пребывании за период с января 2010 по июнь 2011 года. Среди недоношенных детей имело место стойкое повышение уровня грудного вскармливания, в том числе и ИГВ. Уровень грудного вскармливания повысился с 73,9% до 82,4%, в том числе ИГВ – с 26,1% до 37,3%.

Результат

- Увеличение доли детей на грудном вскармливании, в том числе на исключительно грудном вскармливании на момент выписки из больницы

Возможный микроиндикатор

- *Доля матерей, находящихся на совместном пребывании*
- *Доля матерей, обученных сцеживанию грудного молока*

-Мать с отрицательным опытом кормления грудью

Если мама вынуждена выйти на работу, необходимо оказать ей помощь в сохранении грудного вскармливания путем ночных и утренних кормлений грудью, а также сцеживания грудного молока. Научить маму и ухаживающее за ребенком лицо кормлению сцеженным грудным молоком из чашечки или ложечки.

При любом контакте с матерью и младенцем медицинский работник может внести свой вклад в правильное вскармливание ребенка и уход за ним. Если возникают затруднения, которые сам он решить не в состоянии, женщину следует направить на консультацию к соответствующему специалисту.

Участковые врачи, как правило, находятся гораздо ближе к семьям, чем медицинские работники родильного дома или детской больницы, и поэтому могут чаще

и дольше общаться с матерями. С учетом этого они должны уметь оказывать матерям поддержку по вскармливанию младенцев и уходу за ними.

Действия

- Выявление женщин из «группы риска» возможного отказа от грудного вскармливания
- Оказание необходимой помощи женщинам из «групп риска»
- Привлечением к работе с женщинами из «групп риска» психолога и социальных работников
- Обучение медицинских работников, психологов и социальных работников правилам консультирования кормящих матерей из «групп риска»

Результат

- Увеличение доли матерей из группы риска, кормящих грудью

Возможные микроиндикаторы

- *Доля проученных специалистов, которые могут оказать помощь матерям из групп риска*
- *Разработка системы мер психологического, социального и медицинского характера по оказанию помощи матерям из группы социального риска*
- *Наличие системы выявления и направления женщин из групп риска к специалистам (кабинет здорового ребенка, центр планирования семьи, женская консультация и пр.)*

4. ИНДИКАТОРЫ. Мониторинг внедрения предложенной технологии и оценка результатов

4.1. Список проектных индикаторов.

В третьей главе был предложен ряд «микроиндикаторов», по которым ЛПУ или регион, внедряя описанные инновации, может оценивать успешность протестированных действий. Ниже представлены «ключевые» индикаторы, по которым рекомендуется измерять и оценивать эффективность и прогресс внедрения КРИ в целом. Здесь приводится код индикатора, название индикатора, ответственный за его сбор и частота сбора. Также дано краткое описание значения индикатора. Во многих случаях индикатор состоит из 2 или более цифр, которые необходимо собирать отдельно – например, из числителя и знаменателя. В таких ситуациях, каждый элемент первого индикатора получает свой код для заполнения. Для ясности, коды и названия индикаторов приведены выделены жирным зеленым шрифтом, а коды и названия элементов – черным, обычным шрифтом.

Код	Название / описание	Ответственный за сбор	Частота сбора
Ж-02*	Доля новорожденных, имевших контакт "кожа к коже" не менее 2-х часов в родильном зале, от числа живых новорожденных, родившихся в ЛПУ за отчетный месяц, за исключением тех, кому проводилась первичная реанимация Формула: (Индикатор Ж-02 x 100)/(Индикатор Ю-Ж-02 — Ю-Е-01)	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
Ж-02	Число новорожденных, имевших контакт "кожа к коже" не менее 2-х часов в родзале	Роддом	ежемесячно
Ю-Ж-02	Число живых новорожденных	Роддом	ежемесячно
Ю-Е-01	Число новорожденных, которым проводилась первичная реанимация	Роддом	ежемесячно
И-01-1*	Доля новорожденных на грудном вскармливании при выписке домой Формула: (Индикатор И-01-1)/Индикатор Ю-И-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-01-1	Число новорожденных на грудном вскармливании при выписке домой Не включает детей, выписанные на второй этап выхаживания	Роддом	ежемесячно
Ю-И-01	Число детей, выписанных из пилотных ЛПУ домой под наблюдение участкового педиатра, на участок, независимо от того, где семья живет	Роддом	ежемесячно
И-01*	Доля новорожденных, находившихся исключительно на грудном вскармливании с рождения до выписки домой Формула: (Индикатор И-01 x 100)/Индикатор Ю-В-01	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-01	Число новорожденных, находившихся исключительно на грудном вскармливании с рождения до выписки домой	Роддом	ежемесячно
И-02-1*	Доля детей на грудном вскармливании в 1 мес. Формула: (Индикатор И-02-1 x 100)/Индикатор Ю-И-02-1	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-02-1	Число детей на грудном вскармливании в 1 мес.	Детская поликлиника	ежемесячно

Код	Название / описание	Ответственный за сбор	Частота сбора
Ю-И-02-1	Число детей, достигших возраста 1 месяца, под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-02-2*	Доля детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 1 мес.</u> Формула: (Индикатор И-02-2 x 100)/Индикатор Ю-И-02-1	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-02-2	Число детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 1 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-02-3*	Доля детей на <u>грудном вскармливании в 3 мес.</u> Формула: (Индикатор И-02-3 x 100)/Индикатор Ю-И-02	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-02-3	Число детей на <u>грудном вскармливании в 3 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
Ю-И-02	Число детей, достигших возраста 3 месяца, под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-02*	Доля детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 3 мес.</u> Формула: (Индикатор И-02 x 100)/Индикатор Ю-И-02	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-02	Число детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 3 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-03-1*	Доля детей на <u>грудном вскармливании в 6 мес.</u> Формула: (Индикатор И-03-1 x 100)/Индикатор Ю-И-03	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-03-1	Число детей на <u>грудном вскармливании в 6 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
Ю-И-03	Число детей, достигших возраста 6 месяца, под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-03*	Доля детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 6 мес.</u> Формула: (Индикатор И-03 x 100)/Индикатор Ю-И-03	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-03	Число детей на <u>исключительном грудном вскармливании в 6 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-04*	Доля детей на <u>грудном вскармливании в 9 мес.</u> Формула: (Индикатор И-04 x 100)/Индикатор Ю-И-04	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-04	Число детей на <u>грудном вскармливании в 3 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
Ю-И-04	Число детей, достигших возраста 9 месяца, под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
И-05*	Доля детей на <u>грудном вскармливании в 12 мес.</u> Формула: (Индикатор И-05 x 100)/Индикатор Ю-И-05	Рассчитывается автоматически	ежемесячно
И-05	Число детей на <u>грудном вскармливании в 12 мес.</u> Среди тех которые под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно
Ю-И-05	Число детей, достигших возраста 12 месяца, под наблюдением участкового педиатра и осмотровых педиатром	Детская поликлиника	ежемесячно

4.2. Полезные инструменты

Каждому ЛПУ необходимо организовать наличие формы для сбора индикаторов в постоянной папке или журнале. В отсутствие этого становится невозможным подтверждение значения индикаторов или исследование результатов деятельности и их причин.

Здесь приведены инструменты для добровольного применения, которые могут способствовать сбору индикаторов, перечисленных выше. Данные о раннем прикладывании к груди в родильном зале и характере вскармливания младенца за время нахождения в родильном доме могут заноситься в "Контрольный лист оценки грудного вскармливания в акушерском стационаре» (Вкладной лист к истории новорожденного, форма 097-У). Данные о грудном вскармливании по каждому ребенку в детской поликлинике могут заноситься в "Контрольный лист оценки грудного вскармливания на педиатрическом участке" (вкладыш к «Истории развития ребенка», форма № 112-У), которая позволит оценить характер вскармливания конкретного ребенка, а также в последующем провести анализ уровня грудного вскармливания на педиатрическом участке.

Использование предлагаемых индикаторов оценки распространности грудного вскармливания позволит дать более объективную оценку существующей практики охраны и поддержки грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства, исходя из современных рекомендаций по кормлению детей грудного и раннего возраста, и наметить конкретные мероприятия по улучшению ситуации с питанием детей первого года жизни.

**Схема 4: Вкладной лист к "История развития ребенка" (форма 112-У)
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ N _____**

Ф.И.О. ребенка _____ Пол: М Д
 Дата рождения _____ Дата выписки _____
 Дата первого патронажа _____ Масса тела при выписке (г) _____
 Масса тела при рождении (г) _____
 Ранее прикладывание к груди в родильном зале: Да Нет Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме: Да Нет
 Длительность ГВ _____ мес. Длительность ИГВ _____ мес. Возраст введения первого прикорма _____ мес.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ (ГВ)

Роддом	Первый патронаж	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.	12 мес.
2-й и 3-й год жизни		_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.	_____ мес.

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ (ИГВ)

Роддом (с рожд. до выписки)	Первый патронаж	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.

КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА

Возраст	При рождении	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.
Масса тела (г)							

БУТЫЛОЧНОЕ КОРМЛЕНИЕ: Находясь на грудном вскармливании, одновременно получал (а) питание или питье из бутылочки: Да Нет

Схема 5: Вкладной лист к «Истории новорожденного» (форма 097-У)

Фамилия, имя, отчество матери _____

ВСКАРМЛИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Родовой блок

	Время после рождения														
	Минуты												Часы		
	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	2	3	4
Контакт "кожа-к-коже"															
Первое прикладывание к груди															

Послеродовое отделение

Палата № _____

Время поступления _____

	Время пребывания в отделении															
	Часы					Сутки										
	1	2	3-6	7-12	13-24	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Совместно с матерью																
Раздельно																
Обучение технике прикладывания к груди																
Обучение сцеживанию																
Чем кормился ребенок:																
- Грудь																
- Сцеженное грудное молоко																
- Грудное молоко+смесь																
- Грудное молоко+глюкоза																
- Смесь																
-Парентеральное питание																
Используемые методы кормления:																
- мензурка																
- ложка, шприц																
- бутылочка с соской																
- зондовое питание																

5. НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ

5.1. Персонал:

Медицинский персонал ЛПУ родовспоможения и детства (женские консультации, родильные дома, детские поликлиники) осуществляет работу по охране и поддержке грудного вскармливания в соответствии со своими должностными инструкциями. Внедрения ПГР по улучшению практики грудного вскармливания не увеличивает нагрузку на персонал.

5.2. Оборудование:

Необходимо оборудование для проведения обучения медицинского персонала, а также для проведения занятий с беременными женщинами и кормящими мамами, членами их семей в «школах материнства» или «школах для родителей».

Занятия проводятся в специально выделенном помещении, оборудованном аппаратурой для демонстрации презентаций и видеофильмов: компьютер, мультимедийная установка, экран, колонки для усиления звука, указка.

Необходимый ресурс	количество
Стерилизатор	1
Молокоотсосы индивидуальные	По необходимости
Расходные материалы для молокоотсосов	По необходимости
Устройства для кормления: - мягкие ложки - поильники - система кормления новорожденных, имитирующая естественное кормление	По необходимости

5.3. Материалы

- Плакаты и стенды, отражающие преимущества грудного вскармливания и современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания.
- Плакаты или набор транспарантов для проведения обучения беременных женщин, кормящих мам и членов их семей (можно использовать транспаранты 40-часового курса).
- Буклеты для раздачи беременным женщинам и кормящим матерям.
- Кукла и муляж молочной железы.

5.4. Обучение персонала

Обучение медицинского персонала проводится два раза в год со сдачей зачета. Рекомендуется первое обучение медицинского персонала провести по 40-часовой программе ВОЗ/ЮНИСЕФ "Консультирование по грудному вскармливанию", включая не менее 6 часов практических занятий по темам: "Слушать и узнавать", "Оценка

кормления грудью", "Формирование уверенности и оказание поддержки", "Положение ребенка у груди", "Составление истории грудного вскармливания" и "Консультирование матерей, находящихся в различных ситуациях". В последующем программу можно сократить до 20 часов, включая не менее 3-х часов практических занятий. Занятия проводят 2-3 сотрудника медицинского учреждения, прошедшие обучение и имеющие диплом преподавателя или слушателя.

Вновь поступающий на работу медицинский персонал проходит краткий инструктаж по политике, проводимой данным учреждением по охране и поддержке грудного вскармливания. В течение полугода они обучаются по утвержденной программе вместе с другими медицинскими работниками.

Санитарки, работники регистратуры и другой обслуживающий персонал также проходят краткое обучение, которое включает знакомство с принципами успешного грудного вскармливания и практикой данного учреждения по поддержке грудного вскармливания.

Порядок проведения и программа курса

- Длительность курса 5 полных рабочих дней. Занятия могут проводиться 5 дней подряд или быть растянутыми на более продолжительный срок (но не более 1 месяца, например, 1 раз в неделю).
- Курс включает в себя три 2-х часовые клинические практики в родильных домах, детских поликлиниках и больницах, на которой отрабатываются навыки общения и консультирования кормящих женщин.
- Занятия в аудитории проходят в виде лекций, демонстраций, ролевых игр и выполнения упражнений.
- Контроль знаний осуществляется в конце обучения в виде устного опроса или письменного выполнения заданий с использованием вопросов для тестирования знаний. Обсудить ошибки и неточности с участниками курса.
- Обучение охватывает весь медицинский персонал учреждения. В качестве преподавателей (2-3 человека) выступают ранее обученные специалисты (врачи, медсестры, акушерки, психолог), имеющие диплом преподавателя или слушателя курса.
- Общая информация об обучающем курсе, вариант программы курса и основные вопросы для включения в тестовые задания по контролю знаний приводятся в Приложении.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Подготовка и участие ЛПУ в инициативе «Больница, доброжелательная ребенку»

1. Документы ВОЗ и ЮНИСЕФ по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания

В подготовленном Постоянным Комитетом ООН по питанию документе "Роль питания и вскармливания детей грудного и раннего возраста в выполнении Целей тысячелетия в области развития" (2004) отмечается, что все 8 Целей (Millennium Development Goals) прямо или косвенно связаны с реализацией национальных программ по поддержке грудного вскармливания: ликвидировать крайнюю нищету и голод; обеспечить всеобщее начальное образование; расширить права и возможности женщин и поощрять равенство женщин и мужчин; сократить детскую смертность; улучшить охрану материнства и детства; бороться с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями; обеспечить экологическую устойчивость; сформировать глобальное партнерство в целях развития.

ВОЗ и ЮНИСЕФ, являясь подразделениями ООН, начиная с 70-х годов прошлого столетия, ведут активную работу по возрождению культуры грудного вскармливания. Ими разработаны и приняты следующие документы: "Международный Свод правил маркетинга заменителей грудного молока" (1981), Совместная Декларация ВОЗ и ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989); Инночентийская Декларация "По защите, пропаганде и поддержке практики грудного вскармливания" (1990), "Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего детского возраста" (2002), "Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья" (2004) и др.

Инночентийская Декларация обращена к главам государств: "национальным властям настоятельно предлагается сделать стратегии поощрения грудного вскармливания одним из элементов их общей политики здравоохранения и развития". В этом документе также отмечается важная роль медицинских работников в претворении приоритета грудного вскармливания: "все работники здравоохранения должны получить подготовку, необходимую для осуществления этих стратегий".

В "Глобальной стратегии в области питания, физической активности и здоровья", направленной на профилактику, так называемых, "болезней цивилизации" отмечается, что "исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни имеет важное значение для профилактики неинфекционных заболеваний у взрослых: сердечно-сосудистых, сахарного диабета, ожирения, бронхиальной астмы и др."

Исходя из Глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста, "грудное вскармливание является наилучшим способом предоставления идеального питания для здорового роста и развития детей грудного возраста; оно также

является составной частью репродуктивного процесса с важными последствиями для здоровья матерей". Лишение ребенка грудного вскармливания, и особенно исключительно грудного вскармливания в течение первого полугодия жизни, является важным фактором риска заболеваемости и смертности детей грудного и более старшего возраста, который лишь усугубляется несоответствующим прикормом. Последствия, которые сказываются на протяжении всей последующей жизни, включают слабую успеваемость в школе, пониженную производительность труда и ущерб интеллектуальному и социальному развитию.

2. Роль сектора здравоохранения в расширении практики грудного вскармливания

Необходимость изменения практики родовспомогательных учреждений в соответствии с современными принципами успешного грудного вскармливания была сформулирована в Инночентийской Декларации «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания» (1990), принятой главами более 30 государств. С целью закрепления положений Инночентийской Декларации в 1991 году ВОЗ и ЮНИСЕФ провозгласили Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». Работа в рамках Инициативы по созданию в акушерских стационарах условий, благоприятных для грудного вскармливания и содействия практике исключительно грудного вскармливания (кормление только грудным молоком без дополнительного питья и еды, за исключением лекарств, витаминов и минеральных добавок по медицинским показаниям), в настоящее время осуществляется более чем в 200 000 больницах в 156 странах мира. В 36 промышленно развитых странах 37% родов проходят в медицинских учреждениях, в которых созданы благоприятные условия для грудных детей.

Для того чтобы получить статус «Больницы, доброжелательной к ребенку», каждое учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, принимает на себя обязательства по осуществлению «Десяти принципов успешного грудного вскармливания». К ним относятся мероприятия по подготовке медицинского персонала; обучению беременных женщин; обеспечению условий для раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка; кормления по требованию младенца; исключительно грудного вскармливания; отказа от использования пустышек, сосок и кормления из бутылочки; последующая поддержка кормящих матерей после выписки из родильного дома.

C. Vallenas, F. Savage (1998) подготовили специальный обзор имеющихся научных доказательств эффективности «Десяти принципов». Результаты последних научных исследований по данному вопросу представлены также в обновленных материалах ВОЗ по внедрению Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку». Учитывая, что в развитых странах основная доля младенческой смертности приходится на первую неделю и месяц жизни, раннее прикладывание к груди (в первый час после рождения) и исключительно грудное вскармливание с рождения являются одним из факторов снижения младенческой смертности.

Внедрение современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания оказывает положительное влияние на решение матери кормить малыша грудью и способствует увеличению распространенности грудного вскармливания, в том числе, исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни. Например, в Швеции за период с 1993 по 1997 гг., когда все родильные дома страны были вовлечены в Инициативу и получили звание «Больница, доброжелательная к ребенку», уровень грудного вскармливания повысился среди детей 6-и мес. с 50% до 73%. В США по данным научных исследований, проведенных в 28 акушерских стационарах, аттестованных на звание «Больница, доброжелательная к ребенку», показатели грудного (83,8%) и исключительно грудного вскармливания (78,4%), за время пребывания в стационаре были значительно выше, чем эти же показатели в среднем по всем акушерским стационарам страны (69,5% и 46,3% соответственно). По данным ВОЗ, в течение последних 10 лет в ряде стран доля исключительно грудного вскармливания увеличилась на 20% и более, что является выдающимся успехом. Однако наблюдаемый прогресс не является равномерным, и в глобальном плане доля исключительно грудного вскармливания остается неизменной. Во всем мире лишь 34,6% детей грудного возраста до 6 месяцев вскармливаются исключительно грудью. Эта цифра варьирует от 43,2% для региона Юго-Восточной Азии до 17,7% в Европейском регионе.

Особая роль сектора здравоохранения и Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в охране и поддержке грудного подтверждена в резолюции 63-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения, проходившей в мае 2010 года.

Международная неделя грудного вскармливания, ежегодно проводимая 1-7 августа Международным альянсом действий в защиту грудного вскармливания (ВАБА) при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2010 году была посвящена Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку». Неделя-2010 проходила под лозунгом «Грудное вскармливание: Только 10 шагов – путь доброжелательного отношения к ребенку».

3. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в России

Министерством здравоохранения Российской Федерации при участии Научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания, работающего на базе НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, подготовлены "Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу "Больница, доброжелательная к ребенку" (1999) и пакет документов по организации работы ЛПУ родовспоможения и детства первичного звена по охране и поддержке грудного вскармливания. Этот пакет документов включает в себя пособия и руководства для врачей, плакаты и буклеты для населения.

За последние годы значительно укрепилась нормативно-правовая база охраны и поддержки грудного вскармливания в первичном и вторичном звене здравоохранения. Вышли в свет следующие нормативные документы:

- Критерии оценки эффективности работы врача педиатра участкового (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 283 от 19.04.07);
- Об утверждении критериев оценки эффективности работы врача общей практики/семейного врача (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 325 от 11.05.07 г.);
- Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» (Приказ № 808н от 02.10.2009 г.);
- Об утверждении порядка оказания неонатологической медицинской помощи (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 409-н от 01.06.10 г.);
- Новые «Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (СанПиН 2.1.3.2630-10) значительно облегчили внедрение современных организационных принципов, направленных на повышение уровня грудного вскармливания в акушерских стационарах.
- Методическое письмо Минздравсоцразвития России №15-4/10/2-6796 от 13 июля 2011 г. «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий», которое рекомендует поддержку грудного вскармливания во всех ЛПУ родовспоможения и детства.
- Информационно-методическое письмо № 15-4/1700-07 от 31 мая 2011 г. «Результаты реализации политики по защите и поддержке грудного вскармливания в Волгоградской области», которое предназначено для использования опыта учреждений охраны материнства и детства Волгоградской области (внедряющий принципы Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» с 1998 года) в работе медицинских организаций субъектов Российской Федерации.
- Повышение уровня грудного вскармливания, внедрение современных организационных технологий по поощрению, поддержке и охране грудного вскармливания в работу родовспомогательных служб и детских лечебно-профилактических учреждений является одной из основных задач «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», принятой к действию Союзом педиатров России и Национальной ассоциацией диетологов и нутрициологов (2009).

На 1 ноября 2011 года 286 учреждений родовспоможения в 50 субъектах Российской Федерации удостоены международного звания ВОЗ и ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку". На долю этих учреждений приходится около 21% всех принимаемых ежегодно в России родов. В настоящее время в Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники, из них аттестованы 145 и 190 учреждений соответственно. Начата работа по внедрению принципов Инициативы в практику детских стационаров – отделений патологии новорожденных и недоношенных

детей. В 2010 году аттестовано первое такое отделение в Тамбовской областной детской клинической больнице, в 2011 году – в Тульской детской областной клинической больнице.

Показатели грудного вскармливания за время внедрения Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" повысились в территориях, активно внедряющих новые организационные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания в 1,5-2,5 раза. Это Республики Башкирия, Калмыкия и Коми, Волгоградская область. В 1999 году уровень грудного вскармливания среди детей 6-12 мес. составлял в этих территориях 32,9%; 56,7%; 25,0% и 49,4%, а в 2010 году – 81,2%; 74,4%; 68,4% и 74,3% соответственно.

В целом по Российской Федерации наметилась тенденция к улучшению показателей грудного вскармливания: за последние десять лет увеличилась доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6-12 месяцев с 27,6% в 1999 г. до 40,4% в 2010 г.

Таким образом, научные исследования доказывают значительную роль грудного вскармливания для общественного здоровья и здравоохранения. Грудное вскармливание в раннем возрасте и особенно исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни младенца важно не только для здоровья и развития детей, снижения показателей младенческой заболеваемости и смертности. Оно имеет долговременные последствия для здоровья, являясь профилактикой ожирения, сахарного диабета, бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых, онкологических и других неинфекционных заболеваний взрослого населения. Кроме того, грудное вскармливание оказывает положительное влияние на здоровье и репродуктивное здоровье женщин.

Внедрение современных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания, изложенных в Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», в практику здравоохранения позволяет в значительной степени увеличить распространенность и длительность грудного вскармливания.

Укрепление нормативно-правовой базы российского здравоохранения, направленной на охрану и поддержку грудного вскармливания, внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в ЛПУ родовспоможения и детства оказывает положительное влияние на динамику грудного вскармливания в ЛПУ, субъектах Российской Федерации и в целом по стране.

4. Динамика грудного вскармливания в регионах, принимающих участие в проекте «Улучшение помощи мамам и малышам» и РФ за 1999-2010 гг.

В медицинских учреждениях, принимавших участие в проекте по грудному вскармливанию, отмечаются позитивные сдвиги в показателях грудного вскармливания – увеличивается доля детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании на момент выписки из родильного дома и в первые 6 месяцев жизни младенцев; увеличивается доля матерей, кормящих своих детей грудью в различные возрастные периоды жизни ребенка вплоть до 2-х летнего возраста; увеличивается средняя

продолжительность кормления грудью. Однако ввиду небольшого числа учреждений, вовлеченных в проект и изменивших свою практику в отношении охраны и поддержки грудного вскармливания, в целом по Костромской и Тамбовской областям показатели грудного вскармливания остаются низкими (по данным 2010 года, доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6-12 мес, составила 29,0% в Костромской и 31,7% в Тамбовской области; в среднем по РФ - 40,4%). В Ярославской области этот показатель значительно выше и составляет 58,8%. За период с 2000 по 2010 гг. в Ярославской области доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6-12 мес. увеличилась в 2 раза. Это можно связать с активной работой кафедры Ярославской государственной медицинской академии (зав. кафедрой д.м.н., проф. Мозжухина Л.И.), уделяющей большое внимание вопросам грудного вскармливания при проведении последипломной подготовки специалистов. Динамика грудного вскармливания в пилотных территориях и РФ за период с 1999 по 2010 гг. (официальные данные Минздравсоцразвития РФ) представлена в таблице.

Динамика грудного вскармливания в территориях, занятых в проекте «Улучшение помощи мамам и малышам», 1999-2010 гг. (Минздравсоцразвития России, %)

Территории	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3-6 мес.												
Костромская обл.	36,7	33,0	34,5	34,1	30,9	31,9	33,1	33,6	37,3	36,8	42,6	47,9
Тамбовская обл.	45,5	48,7	49,9	48,1	50,1	46,8	48,4	50,3	54,4	52,6	49,3	52,8
Ярославская обл.	39,9	41,0	43,6	41,9	44,3	34,7	26,1	27,0	26,0	29,8	31,6	30,9
РФ	41,9	42,3	42,2	41,0	41,7	40,5	40,1	40,4	40,3	40,8	40,0	39,9
6-12 мес.												
Костромская обл.	19,3	18,7	19,9	20,9	19,5	20,6	19,9	22,3	24,3	28,7	26,8	29,0
Тамбовская обл.	27,2	29,8	27,1	25,4	26,9	27,7	27,2	29,9	29,5	29,3	31,0	31,7
Ярославская обл.	26,5	28,5	30,2	34,6	37,4	42,6	49,1	51,3	49,4	56,8	55,9	58,8
РФ	27,6	29,5	31,0	32,6	33,9	35,1	35,9	36,4	38,7	39,3	40,0	40,4

5. Процесс аттестации на статус БДР (ВОЗ, 2006)

Самооценка

- Подготовка к получению статуса БДР начинается с того момента, когда медицинское учреждение решает провести необходимые для этого изменения и создает группу или комитет во главе с координатором, на которого возлагается вся ответственность. Обычно в состав такого органа включается руководство больницы, которое принимает решения, и персонал, заинтересованный в грудном вскармливании и разбирающийся в нем.
- Комитет назначает 2-3 лиц, которые с помощью инструмента самооценки изучают действующие инструкции и практические методики, способствующие грудному вскармливанию, либо мешающие ему. Основными источниками необходимой для этого информации служат отзывы матерей и персонала.

- Галочки в полях Да/Нет формы должны соответствовать условиям обычного рабочего дня. То, что лишь планируется или ожидается в будущем, текущего положения вещей не отражает. Поставьте себя на место проверяющего, которых только сегодня пришел в вашу клинику – что он здесь увидит именно сейчас?
- Зная, что в больнице способствует грудному вскармливанию, а что мешает ему, можно подготовить план действий по совершенствованию практической деятельности. Такой план с временным графиком необходим для реализации проекта. Кроме того, он помогает определению его бюджета и получению финансирования.
- В начале процесса необходимо провести учебную подготовку, например, в рамках настоящего курса. После того, как персонал получит должную квалификацию и будут реализованы намеченные практические меры, самооценку можно повторить.
- Как только на все вопросы в форме самооценки можно будет дать утвердительные ответы, больница может посылать запрос на внешнюю аттестацию.

Внешняя аттестация

- После проведения самооценки комитет и координатор должны вместе с другими сотрудниками внести необходимые изменения. После того, как достигнутые результаты будут сочтены удовлетворительными, наступает черед внешней аттестации, которую производит национальный орган ИБДР на основании Глобальных критериев. Эти критерии едины для всего мира. Их нельзя смягчать с учетом стандартов отдельных стран или больниц, однако ужесточение критериев допускается.
- Как правило, сначала больницу посещает один или несколько представителей программы ИБДР, которые объясняют процесс аттестации, проверяют политику и процесс подготовки персонала, убеждаются в готовности учреждения к аттестации и помогают спланировать устранение выявленных недостатков. Все это позволяет убедиться, что процесс подготовки, если он еще не завершен, носит воспитательный, а не формальный характер. Бывает очень жалко, когда после огромных усилий, затраченных на совершенствование практических методик, больница не может пройти аттестацию.
- Для окончательной аттестации в роддом прибывает многопрофильная команда, члены которой беседуют с сотрудниками и матерями, контролируют практическую работу и проверяют документацию. В зависимости от масштаба больницы такой процесс может занять два дня (и ночи) и более.
- Еще до прибытия в больницу группы внешней аттестации, если это возможно, проводится изучение документации – учебного плана подготовки персонала, действующих инструкций, статистики по грудному вскармливанию, сведений о родовом обслуживании и послеродовом обслуживании.
- Ключевую роль в оценке играют беседы с беременными и матерями новорожденных. Очень много внимания уделяется также собеседованиям с теми сотрудниками, которые напрямую заняты медицинским обслуживанием матерей, – это необходимо для определения уровня их знаний и практических навыков. Одного лишь доклада руководства о проводимой работе недостаточно.

- Группа внешней аттестации не уполномочена присваивать статус "Доброжелательного отношения к ребенку". Она только составляет протокол, который затем передается в национальный орган ИБДР, национальную комиссию по грудному вскармливанию или другую уполномоченную организацию (*в России: Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания МЗСР РФ; Российская Ассоциация движения врачей в поддержку грудного вскармливания – РАГВ*).
- Решение о присвоении статуса "Доброжелательного отношения к ребенку" принимают власти страны, которые при необходимости консультируются с ВОЗ и ЮНИСЕФ. Если клиника предъявляемым требованиям не отвечает, ей может быть выдано Свидетельство о намерении получить статус БДР и рекомендованы меры, которые необходимо для этого реализовать.

Текущий мониторинг

- Получив статус БДР, медицинское учреждение, чтобы не лишиться его, должно выдерживать стандарты Глобальных критериев и соблюдать Международный кодекс. Помочь соблюдать стандарты позволяет мониторинг практической деятельности, проводимый в промежутках между переаттестациями клиники.
- В целях контроля необходимо постоянно собирать информацию о практике медицинского обслуживания в клинике. Лучше, если она будет учитывать не то, что здесь делается, а достигнутые результаты. Гораздо полезнее, скажем, знать, сколько было контактов "кожа-к-коже" сразу после рождения ребенка, чем учитывать количество информационных объявлений о пользе такого контакта.
- Контроль упрощается, когда служебные инструкции поддаются оценке. Очень трудно проверить выполнение такого требования, например, как: "Предлагать матерям устанавливать с ребенком контакт "кожа-к-коже" при первой же возможности после родов, желательно в течение получаса". Разве можно однозначно оценить такие определения, как "при первой возможности" или "желательно"?
- Гораздо легче оценивать, как выполняется то же требования в другой форме: "Независимо от того, как мать собирается вскармливать своего ребенка, новорожденный не позднее, чем через 5 минут после родов, выкладывается на живот матери (прикладывается к матери) для поддержания контакта "кожа-к-коже" не менее 60 минут".

Внешняя переаттестация

- Не менее важно, чтобы медицинские учреждения со статусом БДР регулярно проходили переаттестацию. Это подтверждает, что приверженность медицинского учреждения "Десяти принципам" и Международному кодексу не изменяется со временем, а матери и их дети по-прежнему получают здесь необходимый им уход.
- ЮНИСЕФ рекомендует проводить переаттестацию клиник через каждые 2-3 года, однако окончательное решение относительно графика повторных проверок и порядка их проведения оставляет за национальными органами ИБДР конкретной страны (*в России: каждые три года*).
- Переаттестация, как и начальная аттестация, производится внешней группой. Хотя этот процесс и может выполняться по полной схеме аттестации, но во многих странах он несколько упрощается и сокращается, да и привлекается к нему меньшие силы.

ЮНИСЕФ разработала инструкции по планированию переаттестации, а также предлагает ряд инструментов, которыми могут воспользоваться национальные органы власти.

- Как только клиника успешно пройдет переаттестацию, ее статус БДР возобновляется, однако при выявлении недостатков учреждению может быть предложено до официального подтверждения статуса принять меры для полного выполнения каких-либо принципов.

6. Разработка политики в отношении политики грудного вскармливания

Учреждения, заинтересованные в получении почетного звания "Больница, доброжелательная к ребенку" проводят самооценку своей работы путем заполнения специальной анкеты. Анкета самооценки вместе с сопроводительным письмом-заявкой о проведении оценки учреждения высылаются на адрес регионального или федерального центра по поддержке грудного вскармливания. Этот документ является основанием для организации внешней оценки учреждения на соответствие званию БДР.

В случае успешного прохождения аттестации учреждению выдаются международный Памятный знак ВОЗ/ЮНИСЕФ и национальный Диплом "Больница, доброжелательная к ребенку".

Контроль выполнения 10 принципов успешного грудного вскармливания (см. таблицу А) в учреждениях БДР осуществляется федеральными и региональными центрами поддержки грудного вскармливания путем проведения мониторинга по оценке показателей грудного вскармливания и выполнения принципов успешного кормления грудью или приглашения внешних экспертов для проведения переаттестации этих учреждений – один раз в три года.

7. Обучение персонала принципам и навыкам поддержки грудного вскармливания

Обучение медицинского персонала проводится два раза в год со сдачей зачета. Рекомендуются первое обучение 2-х представителей от ЛПУ провести по 40-часовой программе ВОЗ/ЮНИСЕФ "Консультирование по грудному вскармливанию", включая не менее 6 часов практических занятий по темам: "Слушать и узнавать", "Оценка кормления грудью", "Формирование уверенности и оказание поддержки", "Положение ребенка у груди", "Составление истории грудного вскармливания" и "Консультирование матерей, находящихся в различных ситуациях". В последующем, для остального медицинского персонала программу можно сократить до 20 часов, включая не менее 3-х часов практических занятий (курс ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана и поддержка грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку", редакция 2006 г.). Вновь поступающий на работу медицинский персонал проходит краткий инструктаж по политике, проводимой данным учреждением по охране и поддержке грудного вскармливания. В течение полугода они обучаются по утвержденной программе вместе с другими медицинскими работниками.

Санитарки, работники регистратуры и другой обслуживающий персонал также проходят краткое обучение, которое включает знакомство с принципами успешного грудного вскармливания и практикой данного учреждения по поддержке грудного вскармливания.

ПРОГРАММА 40-ЧАСОВОГО ОБУЧАЮЩЕГО КУРСА ВОЗ/ЮНИСЕФ "КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ"

- Занятие 1. Почему важно грудное вскармливание
- Занятие 2. Состояние грудного вскармливания в регионе
- Занятие 3. Механизм кормления грудью
- Занятие 4. Оценка кормления грудью
- Занятие 5. Наблюдение за кормлением грудью
- Занятие 6. Слушать и узнавать
- Занятие 7. Упражнения по навыкам слушать и узнавать
- Занятие 8. Практика здравоохранения
- Занятие 9. Клиническое занятие 1. Слушать и узнавать. Оценка кормления грудью
- Занятие 10. Положение ребенка у груди
- Занятие 11. Формирование уверенности и оказание поддержки
- Занятие 12. Упражнения по формированию уверенности и оказанию поддержки
- Занятие 13. Клиническое занятие 2. Формирование уверенности и оказание поддержки
- Занятие 14. Состояние молочных желез
- Занятие 15. Упражнения по теме: "Состояние молочных желез"
- Занятие 16. Отказ от груди
- Занятие 17. Составление истории грудного вскармливания
- Занятие 18. Практическое занятие: составление истории грудного вскармливания
- Занятие 19. Обследование молочных желез
- Занятие 20. Сцеживание грудного молока
- Занятие 21. "Недостаточно молока"
- Занятие 22. Плач
- Занятие 23. Упражнения по темам: "Недостаточно молока" и "Плач"
- Занятие 24. Клиническое занятие 3. Составление истории грудного вскармливания
- Занятие 25. Практика консультирования
- Занятие 26. Низковесные и больные дети
- Занятие 27. Увеличение лактации и релактация
- Занятие 28. Поддержка продолжения грудного вскармливания
- Занятие 29. Клиническое занятие 4. Консультирование матерей, находящихся в различных ситуациях
- Занятие 30. Изменение существующей практики
- Занятие 31. Питание, здоровье и фертильность женщины
- Занятие 32. Женщина и работа
- Занятие 33. Коммерческое содействие продаже заменителей грудного молока

**ПРОГРАММА 20-ЧАСОВОГО ОБУЧАЮЩЕГО КУРСА ВОЗ/ЮНИСЕФ
"ОХРАНА И ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ,
ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОЙ К РЕБЕНКУ" (редакция 2006 г.)**

- Занятие 1. Инициатива "Больница, доброжелательная к ребенку" как часть Глобальной стратегии ВОЗ по питанию детей грудного и раннего возраста
- Занятие 2. Искусство общения
- Занятие 3. Обучение беременных женщин вопросам грудного вскармливания - принцип 3
- Занятие 4. Защита грудного вскармливания
- Занятие 5. Раннее начало грудного вскармливания – шаг 4
- Занятие 6. Как младенец получает грудное молоко
- Занятие 7. Помощь матери в кормлении грудью - шаг 5
- Занятие 8. Практическая помощь в поддержке грудного вскармливания - шаги 6, 7, 8 и 9
- Занятие 9. Выработка грудного молока
- Занятие 10. Дети с ограниченными возможностями
- Занятие 11. Когда младенец не может сосать грудь - шаг 5
- Занятие 12. Состояние груди и сосков
- Занятие 13. Охрана здоровья матери
- Занятие 14. Поддержка кормящей матери - шаг 10
- Занятие 15. Аттестация медицинского учреждения на соответствие званию "Больница, доброжелательная к ребенку"
- Заключительное занятие
- Клиническая практика 1. Наблюдение за кормлением грудью и помощь матерям
- Клиническая практика 2. Искусство общения
- Клиническая практика 3. Ручное сцеживание и кормлением из чашечки

Материалы для обучения, доступны на веб-портале, www.healthquality.ru

- Руководство для преподавателя содержит детальное описание всех 33 занятий, информацию о методике проведения каждого занятия, а также правильные ответы на задания всех упражнений. Включает в себя транспаранты и слайды по темам занятий.
- Руководство для слушателя построено по тому же принципу, что и руководство для преподавателя и включает описание всех 33 занятий. Оно содержит основную информацию по каждой лекции и другим занятиям. На письменные упражнения слушатели пишут карандашом ответы непосредственно в руководстве.
- Лечение кормящих женщин: рекомендации по препаратам, включенным в Список основных медицинских препаратов.
- Видеофильмы:
 - Мама - лучше (ВОЗ; Норвегия)
 - Техника прикладывания ребенка к груди (Медицинский колледж для акушерок, Великобритания)
 - Естественное вскармливание (г. Электросталь МО, Минздрав РФ).

Клинические аспекты расширения практики грудного вскармливания с целью гармоничного развития и улучшения здоровья детей раннего возраста

1. Преимущества грудного вскармливания

1.1. Состав и преимущества грудного молока

Достоверно доказано, что грудное женское молоко превосходит все заменители, в том числе детские питательные смеси промышленного производства

Оптимальным продуктом питания для ребенка в первые 6 месяцев жизни является грудное молоко, соответствующее особенностям его пищеварительной системы и обмена веществ, обеспечивающее адекватное развитие детского организма при рациональном питании кормящей

женщины. Вставка лишняя, это повтор

Следует пояснить, что “6 месяцев” означает конец первых шести месяцев жизни грудного ребенка, т.е. когда ребенку исполняется 26 недель, а не начало шестого месяца жизни (21– 22 недели).

Все нутриенты грудного молока легко усваиваются, поскольку их состав и соотношение соответствуют функциональным возможностям желудочно-кишечного тракта грудного ребенка, а так же благодаря наличию в женском молоке ферментов (амилазы, липазы, фосфатазы, протеаз и т.д.) и транспортных белков. Грудное молоко является источником гормонов и различных факторов роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка.

За счет присутствия антител, иммунных комплексов, активных лейкоцитов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина и других биологически активных веществ грудное молоко способствует повышению защитных функций у новорожденного. Поэтому дети, находящиеся на естественном вскармливании, значительно реже болеют инфекционными заболеваниями. Так же в женском молоке обнаружены бифидо- и лактобактерии, способствующие оптимальному становлению кишечной микрофлоры (см. схему 1). Кроме того, рост здоровой кишечной микрофлоры стимулирует наличие в молоке олигосахаридов, низкий уровень белка и фосфора, что так же оказывает благоприятное влияние на становление иммунитета грудного ребенка в целом.

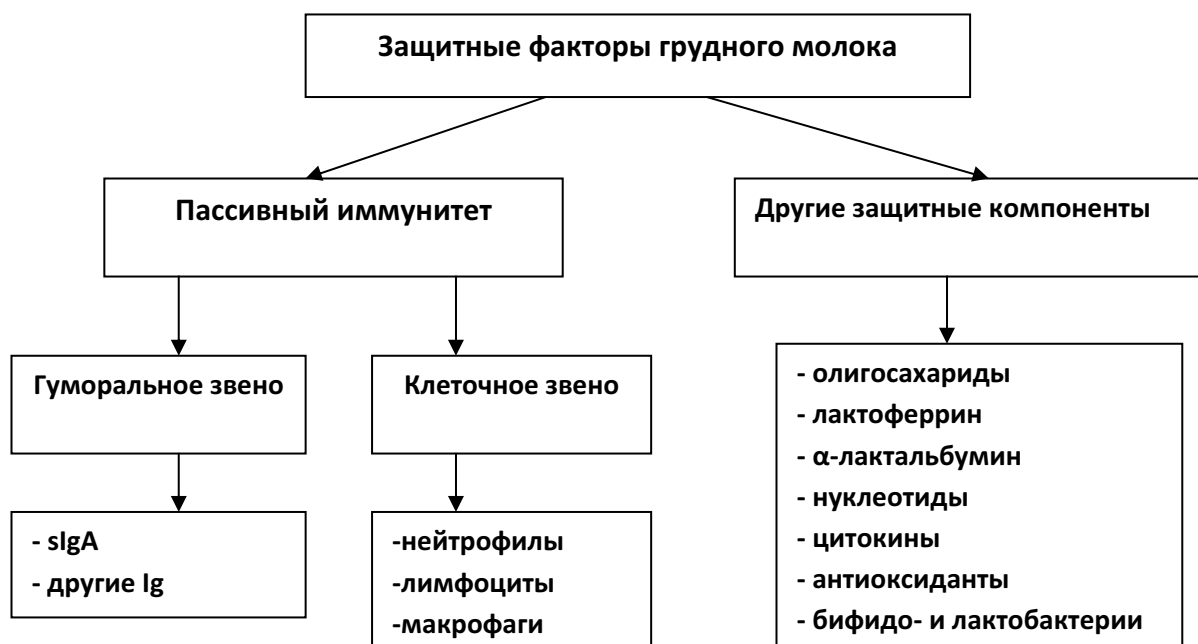


Схема 6. Защитные факторы грудного молока

Состав грудного молока не является постоянным. Он изменяется в процессе лактации, особенно на протяжении первых дней и месяцев кормления грудью, что позволяет наиболее полно обеспечить потребности грудного ребенка. Небольшой объем молока (молозива) в первые дни лактации компенсируется относительно высоким содержанием белка и защитных факторов, в последующие недели концентрация белка в молоке снижается и в дальнейшем остается практически неизменной. Наиболее лабильный компонент грудного молока – жир, уровень которого зависит от его содержания в рационе кормящей матери и изменяется как во время каждого кормления, нарастая к его окончанию, так и в течение дня. Углеводы – более стабильная составляющая, но их уровень тоже изменяется во время кормления, будучи максимальным в первых порциях молока.

Общий объем выработки грудного молока и потребления его ребенком чрезвычайно изменчив, и хотя, говоря о среднем потреблении молока грудными детьми, часто называют цифры 650–850 мл в день, величины могут колебаться от очень малых количеств до более одного литра в день, что почти целиком зависит от частоты и эффективности сосания. Потребление грудного молока ребенком в период исключительно грудного вскармливания увеличивается, достигая постоянного уровня 700–800 мл в день примерно через 1–2 месяца, а после этого возрастает лишь незначительно.

Молозиво

Молозиво – это «предвестник молока», которое вырабатывается в груди женщины в первые несколько дней после родов. Обычно, молозиво – это жидкость жёлтоватого

Молозиво - это именно то, что необходимо ребёнку в первые дни жизни. Молозиво настолько ценно, что даже мизерное его количество будет бесценным даром, ради которого стоит приложить все возможные усилия

цвета, более густая, чем грудное молоко. Однако, бывает молозиво и совсем прозрачное, похожее на слюну. Молозиво продуцируется в очень небольших количествах (в среднем всего 7,4 чайных ложки (36,23 мл) в сутки, примерно 1,4 – 2,8 чайных ложки (6,86 – 13,72 мл) за кормление) и немедленно проглатывается ребенком⁵. Молозива

немного по объему, зато его питательная ценность высоко концентрирована, в нем мало жиров и углеводов и много белков; именно такой баланс питательных веществ необходим ребенку в первые несколько дней. Молозиво легко переваривается и содержит активные клетки, защищающие новорожденного от бактерий, вирусов и аллергенов. Молозиво обволакивает изнутри слизистую оболочку кишечника и препятствует всасыванию веществ, провоцирующих аллергию. Иммуноглобулины IgG и IgA в молозиве присутствуют в более высокой концентрации, чем в зрелом молоке. Эти иммуноглобулины также стимулируют и укрепляют собственную иммунную систему ребенка, и исследования указывают на то, что польза от этого воздействия продолжается всю жизнь. Молозиво обладает мягким послабляющим эффектом и способствует своевременному очищению кишечника новорожденного от мекония.

Таблица 1. Характеристики молозива и его значение для новорожденного⁶

ХАРАКТЕРИСТИКИ	ЗНАЧЕНИЕ
• Богато иммуноглобулинами	Обеспечивает защиту от инфекций и аллергии
• Много лейкоцитов	Защищает от инфекций
• Обладает послабляющим эффектом	Способствует выведению мекония и помогает предотвратить желтуху
• Содержит факторы роста	Способствует созреванию кишечника, предотвращает проявление аллергии, пищевой непереносимости
• Богато витамином А	Уменьшает восприимчивость к инфекции, предотвращает заболевания глаз

Молозиво не исчезает внезапно, - переход от молозива к «зрелому» молоку осуществляется постепенно, в течение первых двух недель. Именно поэтому сцеженное в этот период молоко будет на вид более желтым, чем молоко, сцеженное позже.

⁵ Hartmann 1987; Hartmann и Prosser 1984; Houston et al. 1983

⁶ Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста - ВОЗ, 2003

На протяжении одного кормления состав грудного молока меняется. **Раннее (переднее) молоко** ребёнок высасывает в начале кормления. Это серо-голубоватого цвета и водянистое молоко, богатое протеином, лактозой, витаминами, минералами и водой. **Позднее (заднее) молоко** выделяется в конце кормления, имеет насыщенный белый, иногда желтоватый цвет. В «заднем» молоке содержится больше жира, чем в переднем. Жиры повышают энергоёмкость позднего молока и составляют более 50% от его количества.

Для роста и развития ребёнка требуется как раннее, так и позднее молоко. Важно не отрывать медленно сосущего ребёнка от груди преждевременно, иначе он недополучит позднего молока

Состав грудного молока в сравнении с составом детской питательной смеси промышленного производства, коровьего молока и питательной смеси домашнего приготовления показан в **таблице 2**.

Таблица 2. Состав (на 100 мл) зрелого грудного молока, коровьего молока и рекомендации о составе детской питательной смеси

Компонент	Единицы измерения	Средние величины для зрелого грудного молока	Детская питательная смесь ^a	Коровье молоко	Питательная смесь домашнего приготовления
Энергия	кДж	280	250-315	276	221
Энергия	ккал	67	60-75	66	63
Белок	г	1,3 ^c	1,2-1,95	3,2	2,1
Жир	г	4,2	2,1-4,2	3,9	2,5
Углеводы	г	7	4,6-9,1	4,6	8,0
Натрий	мг	15	13-39	55	36
Хлор	мг	43	32,5-81	97	63
Кальций	мг	35	59	120	75
Фосфор	мг	15	16,3-58,5	92	60
Железо	мг	76 ^d	325-975 ^e	60	39
Витамин А	мг	60	39-117	35	23
Витамин С	мг	3,8	5,2	1,8	1,2
Витамин D	мг	0,01	0,65-1,63	0,08	0,05

Примечания к таблице

- a* Допустимый диапазон (одна величина указывает минимальные допустимые значения).
- b* Рассчитано, исходя из рецепта детской питательной смеси домашнего приготовления.
- c* Подлинный белок=0,85 г на 100 мл (исключая небелковый азот), хотя некоторая часть небелкового азота используется для жизнеобеспечения и физического развития грудных детей.
- d* Железо в грудном молоке характеризуется высокой биологической доступностью, всасывание составляет 50–70%.
- e* Железо в детской питательной смеси характеризуется низкой биологической доступностью, всасывание составляет всего 10%.

Жир

Энергетическая плотность грудного молока составляет приблизительно 280 кДж (67 ккал)/100 мл. На долю жира приходится около 50% общей калорийности грудного молока. Коровье молоко и грудное молоко значительно отличаются друг от друга по процентному содержанию жирных кислот (таблица 1). По сравнению с коровьим молоком, в грудном молоке выше процент ненасыщенных жирных кислот и выше концентрация незаменимых жирных кислот. Кроме того, содержащиеся в грудном молоке полиненасыщенные жирные кислоты с длинной цепью (ПНЖКДЦ) всасываются лучше, чем ПНЖКДЦ из коровьего молока. Имеющиеся данные также свидетельствуют о том, что ПНЖКДЦ важны для нормального развития нервной ткани и зрительной функции коры головного мозга. Поскольку в первые несколько месяцев жизни способности новорожденного превращать жирные кислоты в ПНЖКДЦ ограничены, потребности организма ребенка обеспечиваются за счет эффективной передачи ПНЖКДЦ от матери: в дородовой период через плаценту, а в послеродовой – с грудным молоком. Содержащиеся в молоке жиры также являются носителями для поглощения жирорастворимых витаминов А, D, Е и К.

Углеводы

Основным видом углеводов в грудном молоке является лактоза, на долю которой приходится около 40% его калорийности и которая хорошо переваривается и всасывается (> 90%) в тонкой кишке под влиянием лактазы из эпителия. Неусвоенная лактоза переходит в толстую кишку, где в результате ферментации под действием присутствующих там бактерий превращается в жирные кислоты с короткой цепью и лактат, которые, в свою очередь, всасываются и вносят свой вклад в потребление энергии, а также уменьшают показатель рН в толстой кишке, улучшая всасывание кальция.

Кроме этого, лактоза способствует росту лактобацилл и может содействовать развитию благоприятной флоры в толстой кишке, которая защищает от гастроэнтерита. Во время острой желудочно-кишечной инфекции у детей, вскармливаемых питательной смесью, иногда вырабатывается непереносимость лактозы вследствие повреждения эпителия и потери активности лактазы, и поэтому может возникнуть необходимость перевести их на питательные смеси без лактозы. Дети же, вскармливаемые грудью,

сохраняют способность переносить высокое содержание лактозы в грудном молоке и должны продолжать кормиться грудью.

Грудное молоко также содержит значительные концентрации олигосахаридов. Количество этих компонентов составляет примерно 15 г/л, и, согласно расчетам, дети, вскармливаемые грудью, поглощают в сутки несколько грамм олигосахаридов. Примерно 40% выводится с калом и небольшое количество (1–2%) с мочой. Поскольку предполагается, что остающееся количество частично преобразуется в ходе обмена веществ под действием кишечной флоры, есть предположение, что эти компоненты действуют как некая форма пищевых волокон в рационе питания грудных детей, вскармливаемых грудью. Эти олигосахариды могут выполнять важную функцию в обеспечении защиты от вирусов и бактерий или их токсинов и в содействии росту флоры толстой кишки, включая штаммы, которые могут иметь пробиотические эффекты, такие как бифидобактерии.

Белок

Содержание белка в грудном молоке соответствует пищевым потребностям грудных детей. Оно составляет менее одной трети от того количества белка, которое содержится в коровьем молоке. Кроме того, грудное молоко содержит преимущественно белок молочной сыворотки, тогда как в коровьем молоке содержится преимущественно казеиновый белок и только 20% белка молочной сыворотки.

Из белков сыворотки грудного молока в наибольших количествах присутствуют лактальбумин и лактоферрин, которые представляют собой источник всех незаменимых аминокислот для грудного ребенка. В противоположность этому, главный белок молочной сыворотки, присутствующий в коровьем молоке (а значит и в детских питательных смесях), – это лактоглобулин, который не содержится в грудном молоке и который может вызывать отрицательную антигенную реакцию при кормлении им грудных детей.

Содержащийся в грудном молоке казеин обладает химическими свойствами, которые позволяют ребенку легче переваривать его, чем казеин, содержащийся в молоке других млекопитающих. Некоторая часть молочного белка, особенно в молозиве, присутствует в виде иммунозащитных белков иммуноглобулина А, лактоферрина, лизоцима и других макромолекул, играющих определенную роль в защите ребенка от микробиологических инфекций.

В грудном молоке присутствуют нуклеотиды, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Нуклеотиды являются исходными компонентами для построения РНК и ДНК, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки эритроцитов.

Витамины и минералы

Хотя женщины с предельно низким пищевым статусом и могут вырабатывать молоко в достаточном количестве и достаточного качества для нормального развития грудного ребенка, оптимальный состав грудного молока по питательным микроэлементам, а, следовательно, и оптимальное содержание таких питательных микроэлементов грудного ребенка зависит от того, в какой степени поддерживается нормальный пищевой статус матери.

Для того, чтобы можно было прогнозировать риск недостаточности питательных микроэлементов у грудного ребенка или у матери и потенциальное влияние получения матерью добавок на состав грудного молока, а также планировать соответствующие меры вмешательства, представляется полезным разделить содержащиеся в грудном молоке питательные микроэлементы на две группы (**таблица 3**):

- Питательные микроэлементы, на которые **влияет** состояние здоровья матери
- Питательные элементы, на которые **не влияет** состояние здоровья матери

Таблица 3. Влияние потребления и состояния здоровья матери на содержание питательных микроэлементов в грудном молоке

Питательные микроэлементы, на которые влияет состояние здоровья матери	Питательные микроэлементы, на которые не влияет состояние здоровья матери
Тиамин Витамин B ₆ Витамин D Йод	Рибофлавин Витамин B ₁₂ Витамин A Селен
Цинк Железо Фолат Кальций	
Характеристики	
1. Низкий уровень потребления или статус у матери снижает количество этих питательных веществ, выделяемое в молоко, а низкие концентрации в грудном молоке могут отрицательно повлиять на развитие ребенка 2. Запасы большинства этих питательных веществ в организме ребенка малы и легко истощаются, вследствие чего увеличивается зависимость ребенка от устойчивого и достаточного поступления с грудным молоком и/или прикормом 3. Концентрация в грудном молоке может быть быстро восстановлена за счет увеличения уровня потребления матерью	1. Потребление матерью (включая добавки) и недостаточность у матери относительно мало влияют на выделение этих веществ в грудное молоко 2. Поскольку концентрации в молоке не снижаются, когда мать испытывает недостаточность, она не защищена от дальнейшего истощения запасов этих веществ во время лактации 3. Получение матерью добавок этих питательных веществ во время лактации скорее пойдет на пользу матери, чем ее ребенку 4. Низкий уровень потребления или запасы этих пищевых веществ у матери мало влияют на количества, которые будут требоваться ребенку из прикорма

Питательные вещества, содержащиеся в грудном молоке, на которые больше всего влияют величины их потребления с пищей матерью, – это, прежде всего, водорастворимые витамины и, в меньшей степени, жирорастворимые витамины.

На количество же минералов, выделяемых в грудное молоко, напротив, не влияют, за малым исключением, ни их потребление матерью с пищей, ни запасы в материнском организме. В тех случаях, когда потребление матерью может повлиять на выделение питательных веществ в молоко, обычно есть некоторый уровень стабилизации, выше которого дальнейшее увеличение потребления не оказывает никакого действия на повышение их концентраций в молоке.

У детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, недостаточность питательных микроэлементов с клиническими признаками в течение первых 6 месяцев жизни встречается редко. Если положение с питательными микроэлементами у матери во время беременности и лактации удовлетворительно, детям до 6 месяцев, находящимся на исключительно грудном вскармливании, добавки витаминов или минералов не требуются. Когда же имеет место дефицит питательных микроэлементов, то улучшение питания матери или получение ею добавок будет, скорее всего, давать положительные результаты и принесет пользу как самой матери, так и ребенку.

Витамин А

Витамин А имеет жизненно важное значение для роста и развития и дифференциации тканей, особенно эпителия желудочно-кишечного и дыхательного трактов. Витамин А также играет важную роль в формировании стенок сосудов, головного мозга и органа зрения ребенка. Грудное молоко, в особенности молозиво, является хорошим источником витамина А. У грудных детей на грудном вскармливании редко бывают признаки недостаточности даже при малых дозах потребления, однако в случае дефицита витамина А у матери, у ребенка может проявляться субклиническая недостаточность.

Витамин D

Витамин D вырабатывается, главным образом, посредством фотосинтеза в коже под действием ультрафиолетовых лучей. Витамин D у новорожденного зависит от степени наличия витамина D в организме матери во время беременности и лактации. При нехватке его запасы в организме ребенка будут низкими, и содержания витамина D в грудном молоке будет недостаточно, если ребенок не будет получать достаточного облучения ультрафиолетовыми лучами.

Фолат

Грудное молоко имеет высокое содержание фолата, которое поддерживается за счет запасов в организме матери. Концентрации фолата в грудном молоке не снижаются, если только мать не страдает тяжелым истощением, а в тех странах Европы, где введение добавок всем беременным и кормящим женщинам является вопросом политики, недостаточность фолата маловероятна.

Железо

Несмотря на относительно низкую концентрацию железа в грудном молоке (которое, тем не менее, отличается высокой биологической доступностью), детям с нормальной массой тела при рождении, которые находятся на исключительно грудном вскармливании по меньшей мере в течение 4 месяцев и которые продолжают кормиться грудью по требованию, железо-дефицитная анемия до 9 месяцев практически не угрожает.

Концентрации железа в грудном молоке не зависят от содержания железа в организме матери, и на них относительно мало влияет содержание железа в рационе питания матери. Низкие уровни гемоглобина или анемия у матери не являются противопоказанием для грудного вскармливания. Фактически потери железа из организма матери с молоком во время грудного вскармливания меньше, чем потери при менструации. Таким образом, грудное вскармливание помогает предупреждать анемию, и анемичным матерям следует рекомендовать продолжать кормление грудью.

Цинк

Как и в случае железа, концентрация цинка в грудном молоке относительно низка, но он отличается высокой биологической доступностью и всасывается намного лучше, чем цинк, содержащийся в детских питательных смесях промышленного производства или в коровьем молоке. Поэтому потребности в цинке у детей на искусственном вскармливании могут быть примерно на треть больше, чем у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании. У детей, вскармливаемых исключительно грудью, недостаточность цинка до 6 месяцев бывает редко. В течение первых шести месяцев лактации колебания в потреблении цинка с пищей (включая добавки) или в статусе цинка у женщин с хорошим пищевым статусом на концентрации цинка в грудном молоке не влияют.

Потребление ребенком иной пищи, кроме грудного молока, может значительно снизить биологическую доступность цинка и железа в грудном молоке.

Йод

Информации о содержании йода в грудном молоке в районах с низким потреблением йода с пищей имеется немного. Возможно, что при йодной недостаточности молочная железа захватывает достаточно йода из материнской плазмы и тем самым не позволяет значительно понизиться уровням йода в грудном молоке.

3.2. Значение грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка

Помимо выгод пищевого характера, грудное молоко также дает грудным детям целый ряд преимуществ, не связанных с питанием (таблица 4). К ним относятся защита от различных острых и хронических инфекций и улучшение показателей физиологического и психического развития.

Таблица 4. Преимущества грудного вскармливания для здоровья грудных детей и матерей

Грудной ребенок	Мать
<ul style="list-style-type: none">• Снижается частота и продолжительность диспептических заболеваний.• Обеспечивается защита от респираторной инфекции.• Снижается частота случаев отита и рецидивов отита.• Возможна защита от некротического энтероколита новорожденных, бактериемии, менингита, ботулизма и инфекции мочевыводящих путей.• Возможно снижение риска аутоиммунных болезней, таких, как сахарный диабет I типа и воспалительные заболевания пищеварительного тракта.• Возможно снижение риска синдрома внезапной смерти внешне здорового ребенка.• Снижается риск развития аллергии к коровьему молоку.• Возможно снижение риска ожирения в более старшем детском возрасте.• Улучшается острота зрения и психомоторное развитие, что может быть обусловлено наличием в молоке полиненасыщенных жирных кислот, в частности, докозагексаэновой кислоты.• Повышаются показатели умственного развития по шкале IQ, что может быть обусловлено присутствующими в молоке факторами или повышенным стимулированием.• Уменьшаются аномалии прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей.	<ul style="list-style-type: none">• Раннее начало грудного вскармливания после рождения ребенка способствует восстановлению сил матери после родов, ускоряет инволюцию матки и уменьшает риск кровотечения, тем самым снижая материнскую смертность, а также сохраняет запасы гемоглобина у матери благодаря снижению кровопотери, что ведет к улучшению положения с содержанием железа в ее организме.• Увеличивается период послеродового бесплодия, что ведет к увеличению интервала между беременностями, если не используются противозачаточные средства.• Возможно ускорение потери массы тела и возвращения к массе тела, которая была до беременности.• Уменьшается риск рака груди в предклимактерическом возрасте.• Возможно уменьшение риска рака яичников.• Возможно улучшение минерализации костей и за счет этого уменьшение риска переломов бедра в постклимактерическом возрасте.

Инфекции

Грудное вскармливание защищает грудных детей от инфекций посредством двух механизмов. Грудное молоко содержит противомикробные факторы и другие вещества (таблица 5), которые укрепляют незрелую иммунную систему и защищают пищеварительную систему новорожденного ребенка, тем самым создавая защиту от инфекций, в частности, инфекций желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Молозиво (молоко, вырабатываемое в первые несколько дней после родов) особенно богато защитными белками. Основными иммуноглобулинами в грудном молоке являются секреторный иммуноглобулин А и лактоферрин. Первый действует на

поверхностях слизистой оболочки и защищает их от повреждения поглощенными микробными антигенами. Второй является связывающим железо белком, который конкурирует с бактериями за железо, снижая жизнеспособность бактерий и тем самым риск желудочных инфекций, в частности, вызываемых *Escherichia coli* и *Staphylococcus spp.* В адаптированных искусственных смесях или в пище для прикорма этих иммунологических факторов нет. Поэтому дети, находящиеся на искусственном вскармливании, меньше защищены от инфекции. Грудное молоко также содержит много других защитных и трофических факторов, которые могут участвовать в защите и созревании пищеварительного тракта. Есть много подтверждений того, что исключительно грудное вскармливание в течение первых примерно 6 месяцев снижает младенческую заболеваемость и смертность.

Таблица 5. Некоторые защитные и другие биологически активные факторы, присутствующие в грудном молоке

Фактор	Функция
Секреторный иммуноглобулин А (sIg А)	Защищает эпителий кишечника от антигенов в полости кишечника и может активно стимулировать иммунную систему новорожденного
Лактоферрин	Конкурирует с бактериями за железо
Лизоцим	Антибактериальный фермент: осуществляет лизис клеточных стенок
Бифидус-фактор	Стимулирует молочнокислые бактерии, такие, как бифидобактерии в толстой кишке
Макрофаги	Поглощают бактерии
Лимфоциты	Выделяют иммуноглобулины (В-клетки) и лимфокины (Т-клетки)
Ингибиторы протеазы	Тормозят переработку биологически активных белков в молоке
Комплемент	Помогает в лизисе бактерий
Интерферон	Противовирусный фактор
Олигосахариды	Ингибиторы склеивания бактерий
Белки, связывающие В ₁₂ и фолат	Конкурируют с бактериями за эти витамины
Антистафилококковый фактор	Липид с антистафилококковым действием
Антилямблиозный фактор	Липид с антилямблиозным действием
Трофические факторы	Ускоряют развитие кишечника
Липаза, стимулируемая солями желчных кислот	Улучшает расщепление жиров у новорожденного
Докозагексаэновая и арахидоновая кислота	Составляющие клеточных мембран в ткани головного мозга и нервной ткани
Антиоксиданты	Защищают от воздействия свободных радикалов

Это благотворное действие более всего заметно там, где наиболее высока вероятность распространения кишечных инфекций, что зависит от уровня гигиены и санитарии, хотя известно, что грудное молоко защищает ребенка во время эпидемий

ОРВИ. Кроме этого, дети обычно продолжают принимать грудное молоко во время заболеваний, сопровождающихся диареей, тогда как потребление других видов пищи и жидкостей может снижаться. Концентрации противомикробных веществ в грудном молоке сохраняются и после первого года жизни, продолжая обеспечивать защиту от инфекции и после года. Кроме этого, выработка иммуноглобулинов не зависит от пищевого и социально-экономического статуса женщин. В целом ряде исследований, проведенных в странах с высокой распространенностью инфекции, у детей, продолжающих кормиться грудью и на втором году жизни, оказалась значительно более высокая степень выживания, чем у детей, которые прекратили кормиться грудью.

Больше всего данных, подтверждающих, что грудное вскармливание защищает организм от инфекционных заболеваний, имеется в отношении диспептических заболеваний: у детей на искусственном вскармливании значительно выше заболеваемость диареей, чем у детей, вскармливаемых грудью. У недоношенных детей, получающих смеси, выше риск возникновения некротического энтероколита, чем у детей на грудном вскармливании. Защитное действие грудного молока сохраняется и в том случае, когда грудные дети кормятся молоком матери лишь частично.

Имеются убедительные подтверждения того, что грудное молоко также защищает от заболеваний нижних дыхательных путей. Целым рядом исследований было продемонстрировано защитное действие грудного вскармливания против воспаления среднего уха. Грудное вскармливание может также защищать от бактериемии и менингита, ботулизма и инфекции мочевых путей, хотя здесь данные не так убедительны.

Влияние грудного вскармливания на вероятность развития ожирения

Было высказано мнение о том, что грудное вскармливание позволяет предупредить развитие ожирения в более позднем детском возрасте. В исследовании, охватившем более 13 000 детей в Германии, те из них, кто дольше всего находился на грудном вскармливании, имели значительно меньшую вероятность стать тучными в возрасте 5–6 лет. Результаты других исследований указывают на аналогичный эффект.

Влияние грудного вскармливания на развитие аллергических заболеваний

Было выдвинуто предположение о том, что грудное вскармливание защищает от аллергических заболеваний. Во-первых, грудное молоко содержит иммунологические факторы, которые могут защищать грудного ребенка от воздействия антигенов и реакции на них. Во-вторых, грудное вскармливание приводит к отсрочке воздействия многих потенциально аллергенных веществ, присутствующих в пище. Грудное вскармливание защищает от развития аллергии на коровье молоко, однако вопрос о том, защищает ли оно от других аллергических болезней и выходит ли защита от симптомов пищевой аллергии за временные рамки периода исключительно грудного

вскармливания, остается нерешенным. Для определения сложной взаимосвязи между кормлением грудных детей и атопическими заболеваниями нужны новые исследования.

Грудное вскармливание и развитие познавательных способностей

В нескольких исследованиях было установлено благотворное долговременное влияние грудного вскармливания на коэффициент умственного развития и познавательные способности. В результате метаанализа исследований, посвященных сравнению различий в развитии познавательных способностей между детьми, вскармливаемыми грудью, и детьми, которых кормили детскими питательными смесями, было выявлено, что дети, находившиеся на грудном вскармливании, опережали искусственников на три балла даже после поправки на побочные обстоятельства, такие, как социально-экономический статус и уровень образования матери. Особое значение грудное молоко имеет для развития головного мозга и когнитивных способностей недоношенных детей.

Эмоциональная связь между матерью и ребенком и развитие грудного ребенка

Грудное вскармливание благоприятствует раннему установлению эмоциональной связи между матерью и грудным ребенком, и это может играть ключевую роль в выработке оптимальной поведенческой установки на родительскую заботу. Кормящие матери могут более тонко чувствовать своих детей и откликаться на изменения в их состоянии, чем матери, кормящие своих детей из бутылочки. Более того, вполне возможно, что молодая женщина, которая имеет потенциальную склонность к жестокому обращению со своим ребенком, сможет установить более благоприятные отношения, если ей вовремя оказать поддержку в грудном вскармливании. Эта область еще требует своего изучения. Сообщалось также о благоприятном влиянии грудного вскармливания на развитие в долгосрочной перспективе и коэффициент умственного развития как недоношенных, так и доношенных детей, однако очень трудно отделить влияние кормления от влияния других факторов, в том числе умений и навыков родительского ухода, коэффициента умственного развития и уровня образования родителей. Ребенок, которого не кормят грудью, может получать меньше внимания и стимулирования со стороны своей матери. Матерей, которые решили не кормить ребенка грудью, нужно поощрять к тому, чтобы они разговаривали и общались со своим ребенком в такой же степени, как и кормящие матери, чтобы облегчить установление эмоциональных связей и стимулировать развитие речи и психики ребенка.

Лактационная аменорея

Лактационная аменорея означает тормозящее действие, которое оказывает грудное вскармливание на овуляцию в послеродовой период. Грудное вскармливание увеличивает продолжительность послеродового бесплодия пропорционально частоте и продолжительности сосания груди ребенком. Сосание увеличивает секрецию

пролактина и тормозит выделение гормона, выделяющего гонадотропин. Взаимодействие между пролактином и гонадотропиновыделяющим гормоном препятствует возобновлению нормального предовуляционного выброса лютеинизирующего гормона и тем самым подавляет овуляцию.

Снижение материнской фертильности увеличивает интервалы между беременностями и приводит к снижению числа родов, если не применяются другие формы контрацепции. Увеличение интервалов между родами настолько, чтобы зачатие детей происходило через 18–23 месяца после предыдущего рождения живого ребенка, напрямую связано с улучшением здоровья и выживания детей и имеет ряд положительных эффектов для здоровья матери.

Согласно оценкам, у женщин, у которых отсутствует менструация и которые кормят своего ребенка исключительно или почти исключительно грудью и по требованию, эффективность противозачаточного действия грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев после родов составляет 98%. Таким образом, исключительно грудное кормление по требованию ребенка представляет собой ценный противозачаточный метод в тех случаях, когда другие методы недоступны или неприемлемы. Поэтому его следует поощрять не только за его прямые преимущества для ребенка с точки зрения питания и защиты от болезней, но и за его косвенное действие, которое оно оказывает на фертильность матери и, следовательно, на интервал между рождением детей и на здоровье и выживание будущих детей.

Грудное вскармливание и снижение массы тела матери после родов

Исследования взаимосвязи между лактацией и массой тела матери после родов дают противоречивые результаты, что во многом объясняется недостатками в плане и структуре исследований. Однако в большинстве из тех исследований, в которых продолжительность грудного вскармливания была определена как превышающая 3 месяца, сообщалось о положительной связи между потерей веса и продолжительностью лактации, в то время как в остальных двух исследованиях никакой связи установлено не было. По-видимому, нет никаких достоверных данных, которые бы подтверждали опасения о том, что грудное вскармливание увеличивает риск ожирения у матери, но есть вероятность того, что кормление грудью помогает матерям восстановить массу тела, которая была у них до беременности. Постепенное снижение массы тела (до 2 кг в месяц) во время лактации является нормальным.

Механизм кормления грудью

1. Анатомия молочной железы

Анатомия груди обеспечивает оптимальные условия для выполнения своих главных физиологических функций: образования молока и кормления ребенка.

Грудь состоит из кожи, под которой скрывается собственно молочная железа, которая крепится с помощью соединительной ткани к мышцам грудной клетки. Приблизительно посредине наиболее выпуклой части груди, что соответствует уровню V ребра, имеется пигментированный участок кожи – ареола, диаметром 3-5 см, в центре которой выступает сосок молочной железы. В околососковом кружке имеется некоторое количество небольших рудиментарных молочных желёз, так называемых желёз Монтгомери. У верхушки соска находятся небольшие отверстия - млечные поры, которые представляют собой окончания молочных протоков, идущих от верхушек молочных долей.

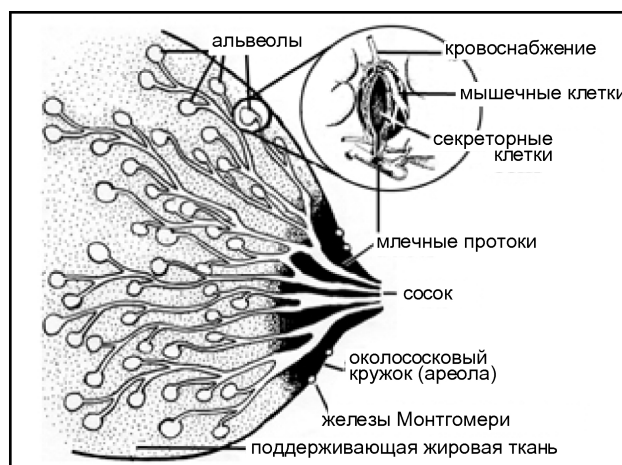


Рисунок 1. Анатомия молочной железы

На внешней стороне млечной железы видна так называемая ареола или околососковый кружок – темная область вокруг соска. Чтобы младенец мог хорошо сосать, ему нужно взять в рот довольно большую часть ареолы. Сюда выходят протоки желез Монтгомери, из которых выделяется маслянистый секрет, необходимый для поддержания кожи в здоровом состоянии. Именно они создают запах матери, помогающий младенцу находить грудь и узнавать ее.

Внутри млечной железы находятся:

- жировая и **поддерживающая ткань**, которая определяет размер груди и придает ей форму;

- **нервы**, передающие сигналы из молочной железы в мозг, по команде которого начинается выработка лактационных гормонов;
- небольшие мешочки клеток под названием **альвеолы**, где вырабатывается молоко;
- млечные **протоки**, по которым молоко поступает к **соску**. В процессе сосания младенец захватывает грудь и под влиянием вакуума, который создается в ротовой полости извлекает материнское молоко.

Каждая альвеола окружена небольшими мышцами, которые, сжимаясь, вытесняют из нее молоко в млечный проток. Кроме того, альвеолы охвачены сетью кровеносных сосудов, доставляющих питательные вещества секреторным клеткам молочной железы, непосредственно вырабатывающим молоко.

Очень важно, чтобы мать поняла: млечные железы женщины могут иметь самую разную форму и размеры, но количество вырабатываемого в них молока несколько от этого не зависит. Обязательно скажите каждой матери, что ее грудь отлично подходит для вскармливания младенца, и ни в коем случае не пользуйтесь такими пугающими словами как "проблема". В небольших по размеру млечных железах, конечно, не может храниться столько же молока, сколько и в больших. Матери в этом случае приходится кормить младенца почаще, однако за сутки маленькая грудь способна выработать столько же молока, сколько и большая.

Строение молочной железы

За последние годы представления об анатомии молочной железы претерпели существенные изменения. Это было связано с проведением специальных научных исследований учеными Западного Австралийского университета (Ramsay DT, Kent JC, Hartmann PE, 2005). Основу более ранних представлений о строении молочной железы составляли исследования английского хирурга начала 19 века А.П. Купера (Cooper AP, 1840).

Непосредственно железистая часть молочной железы, называемая **телом молочной железы** и расположена в основании железы. Тело молочной железы состоит из 4-18 долей, разделенных между собой прослойками соединительной и жировой ткани. Каждая доля молочной железы содержит неодинаковое число долек (от 10 до 100), разнящихся по величине и форме, и напоминающие гроздь винограда. Каждая долька состоит из альвеол диаметром 0,05 - 0,07 мм. Клетки альвеолы производят молоко из компонентов крови. Снаружи альвеола покрыта мышечными клетками, их сокращение приводит к энергичному продвижению молока по внутридольковым, а затем внедольковым концевым протокам. Диаметр молочных протоков колеблется от 1 до 4,4 мм. Некоторые молочные протоки сливаются между собой, поэтому количество молочных отверстий всегда меньше количества протоков (обычно их бывает от 4 до 18, в среднем 9). Главные молочные протоки начинают ветвиться в непосредственной близости от соска, не образуя, так называемых синусов. Система молочных протоков

обеспечивает транспорт молока, но не его хранение (ранее считалось, что в синусах скапливается молоко в перерывах между кормлениями). В соответствии с современными представлениями, альвеолярная ткань подходит близко к соску и около 65% альвеолярной ткани находится в радиусе 3 см от основания соска. Жировая ткань подразделяется на подкожную, внутри железистую и жировую ткань, которую находится у основания молочной железы и прилегает к грудной клетке. У основания соска находится совсем небольшой слой подкожного жира, толщина которого увеличивается по мере удаления от соска. Соотношение железистой и жировой ткани составляет 2:1. Соединительнотканый каркас молочной железы составляют связки Купера. С возрастом связки теряют свою эластичность, что приводит к изменению формы груди.

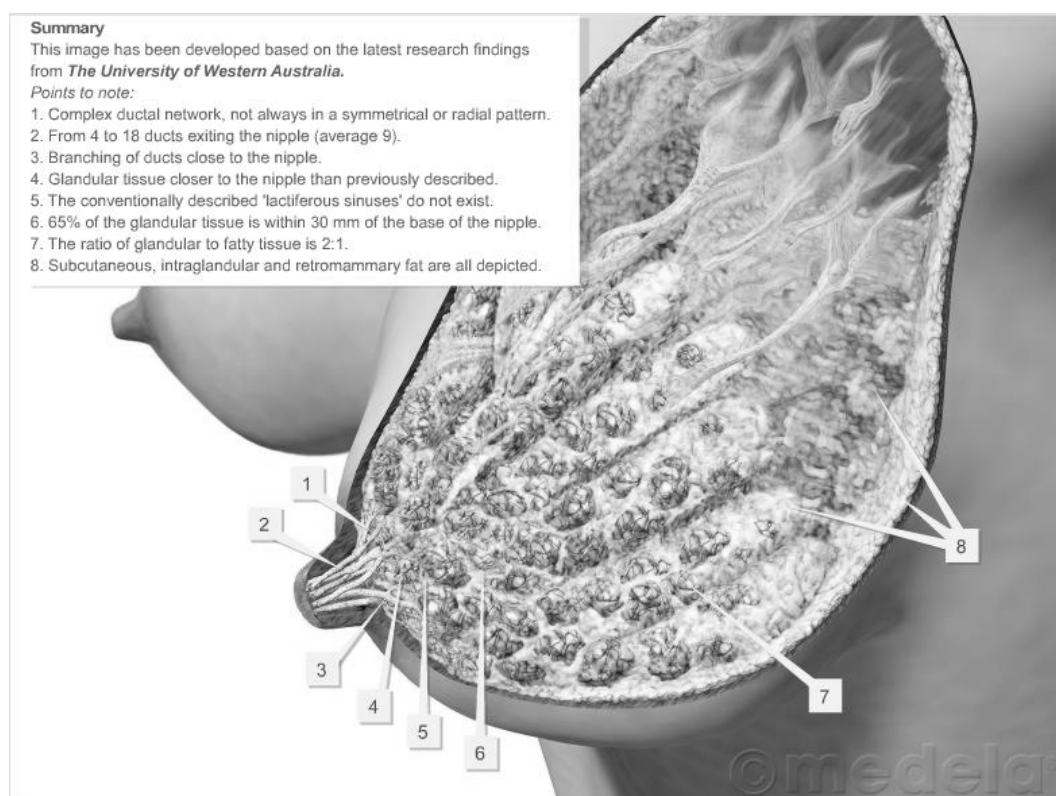


Рисунок 2. Строение молочной железы (резюме)

1 – система молочных протоков не всегда расположена симметрично и имеет радиальную направленность;

2 – на поверхность соска выходит 4-18 протоков, в среднем 9;

3 – молочные протоки начинают ветвиться вблизи соска;

4 – железистая ткань находится вблизи соска;

5 – ранее описываемые молочные синусы отсутствуют;

6 – 65% железистой ткани находится в радиусе 3 см от основания соска;

7 - соотношение железистой и жировой ткани составляет 2:1;

8 – различают подкожную, внутрижелезистую жировую ткань и жировую ткань, расположенную за молочной железой на поверхности грудной клетки.

Изменения молочной железы во время беременности и лактации

Во время менструального цикла молочная железа подвержена циклическим изменениям, однако наибольшие изменения происходят в период беременности. За время беременности молочная железа достигает полного развития и уже с середины беременности становится способной вырабатывать молоко. Но вплоть до родов эта способность тормозится гормонами плаценты.

Хотя увеличение молочной железы начинается с наступлением беременности, этот процесс протекает неравномерно, со значительными индивидуальными колебаниями. Выделяют начальный десятидневный период, характеризующийся быстрым увеличением размеров желез, затем скрытый, даже слегка инволюционный двух-четырёхнедельный этап, далее развитие желез возобновляется и постепенно нарастает вплоть до начала лактации.

Наращение веса каждой грудной железы в отдельности в течение беременности достигает примерно 700 г, что соответствует увеличению объема примерно на 200 мл. Одновременно с увеличением молочных желез наблюдаются изменения сосков и околососковых кружков (ареол). Ареола во время беременности увеличивается в диаметре, становится более пигментированной, железы Монтгомери начинают вырабатывать сальное вещество, обладающее антибактериальными свойствами. Сосок становится более упругим и подвижным.

Изменение соска во время беременности влияет на последующую способность новорожденного эффективно отсасывать молоко

В основе макроскопических изменений молочной железы лежит ряд микроскопических изменений, заключающихся в разрастании протоков, дифференциации альвеолярных элементов, особенностях соединительнотканного и жирового распределения. Разрастание млечных протоков происходит не только в длину и толщину, но также и за счет разветвления путем почкования. В конце разветвлений образуются новые альвеолярные структуры. Дифференциация альвеолярных элементов от канальцевых структур предполагает достижение определенной стадии зрелости, которая отражается в структурных и биохимических изменениях. Одновременно с альвеолярно-канальцевым разрастанием отмечается и некоторое усиление кровоснабжения и микроциркуляции. Процессы разрастания и усиления выделительной способности продолжаются в послеродовом периоде, достигая максимума в первые две недели лактации.

Рост, развитие и дифференциация молочных желез различны у первородящих и повторнородящих. Так, у первородящих, изменения более выражены и полной регрессии к состоянию до беременности с окончанием вскармливания грудью не происходит. После вторых родов индуцируемые беременностью и кормлением

изменения подвергаются меньшему, чем после первых родов регрессу, а после третьих родов эти изменения приобретают стойкий характер.

2. Лактация

Процесс подготовки молочной железы к выработке молока называется **лактогенезом**, а процесс поддержания лактации у кормящей женщины называется **лактопозом**. Изучение действия отдельных гормонов, влияющих на развитие молочной железы и лактацию, показывает, что **стероидные гормоны яичников и плаценты**, наряду с **пролактином, гонадотропинами и плацентарным лактогеном** играют ведущую роль, в то время как остальные гормоны - лишь второстепенную. Подробнее о влиянии гормонов на функционирование молочной железы в **приложении**.

В момент начала синтеза молока сердечнососудистая система матери претерпевает значительные изменения, включая повышение притока крови к груди, что может вызвать ощущение тепла и «наполнения» груди, даже если объем секреции молока еще не очень большой.

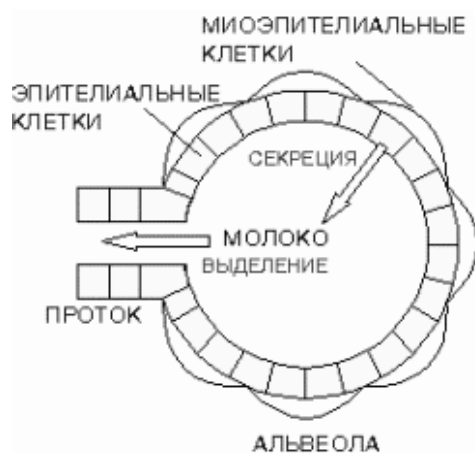


Рисунок 3. Процесс выработки грудного молока в альвеолах

Продолжительность лактации у женщины колеблется в норме от пяти до двадцати-четырёх месяцев, а продуцируемое количество колеблется от 600 до 1 300 мл в сутки. Максимальная секреция молока достигается к 6 - 12 дням послеродового периода, затем отмечается период стабилизации, в течение которого количество выделяемого молока может обеспечить адекватное питание новорожденного в течение первых трех-шести месяцев послеродового периода.

У родившей женщины выделение молока, как правило, начинается со 2-го или 3-го дня после родов и устанавливается в течение некоторого времени. Этот период является *критическим для лактации* потому, что рефлекс выделения молока очень ранним и легко подавляется. Нарушить выделение молока могут тревога, страх, психическое напряжение или травма, болевые и прочие дискомфортные ощущения,

равно как и физическая усталость. Вот почему для поддержания стабильной и достаточной лактации так важны психологический комфорт, уверенность женщины в своих возможностях и полноценный отдых.

Если рефлекс выделения подавлен, молоко задерживается в груди. Процесс выработки молока в альвеолах прекращается и одновременно тормозится выделение гормонов, стимулирующих лактацию - пролактина и окситоцина. В итоге, естественно, образуется меньшее количество молока. Если ситуация с неполным опорожнением груди повторяется, это неизбежно запускает процесс подавления лактации.

Задержка молока в груди может также провоцироваться нерегулярным и неадекватным по силе сосанием груди ребенком или недостаточным сцеживанием молока. Поэтому кормящие матери должны помнить, что **регулярное активное сосание ребенка (или сцеживание) является главным условием поддержания эффективной лактации.**

3. Поддержание лактации

3.1 Материнские рефлекс

В лактации участвуют два материнских рефлекса:

- Выработка молока
- Выделение молока.

В обоих рефлексах участвуют гормоны: пролактин и окситоцин, чья концентрация в крови у родильниц во многом зависит от адекватного механического раздражения (сжатие, растяжение, вакуум) молочной железы ртом ребенка во время кормления. Стимуляция ребенком комплекса сосок-ареола посылает нервно-рефлекторные импульсы в гипоталамус, вызывая секрецию пролактина в передней доле гипофиза и окситоцина - в задней.

И окситоцин, и пролактин влияют на настроение и физическое состояние матери, а пролактин также считается решающим при формировании поведения матери в различных ситуациях.

Материнские признаки, готовности к лактации:

- Активные сосательные движения ребенка не причиняющие матери болезненности в груди
- Жажда
- Сокращения матки или увеличение выделений во время или после кормления в течение первых 3-5 дней
- Молоко, просачивающееся из противоположной груди при кормлении
- Расслабление или сонливость
- Смягчение груди при кормлении

Если мать искренне верит, что сможет обеспечить молоком собственное дитя, то она, даже в стрессовых условиях будет успешно кормить грудью, что доказано опытом большинства кормящих женщин мира

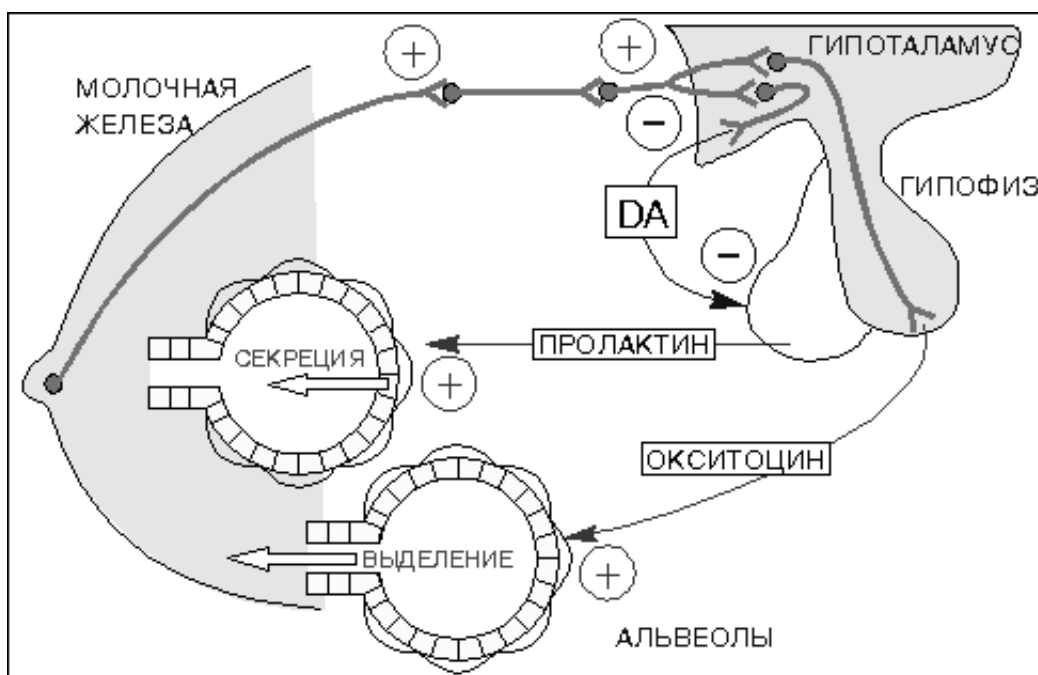


Рисунок 4. Выработка и выделение молока

Выработка молока

Действие пролактина ингибируется высоким уровнем плацентарных стероидных гормонов, прогестерона и эстрогена, и секреция молока не может начаться до тех пор, пока уровень содержания этих гормонов не упадет достаточно низко после отделения плаценты. Промежуток времени между отхождением плаценты и полноценной секрецией молока бывает разный, но, в среднем, составляет 48-96 часов или 2-4 дня после родов. Молочные железы наполняются молоком, представляющим собой молозиво, далее происходит быстрое изменение состава молока вследствие увеличения количества вырабатываемой лактозы, в результате, объем молока увеличивается.

При кормлении новорожденный, захватив грудь и сдавливая деснами ареолу, активно сосет молоко, создавая при этом разрежение в 200-220 мм.рт.ст. Своим сосанием он вызывает выработку в организме матери **пролактина (рисунок)**, который является ключевым лактогенным гормоном. Под неингибированным действием пролактина секреция молока начинается в основании альвеолярных клеток, где формируются небольшие капельки, мигрирующие затем к апикальной клеточной мембране и попадающие в альвеолярные протоки.

Пролактиновые рецепторы в основном расположены в лактоцитах, производящих молоко клетках молочной железы. Когда женщина не беременна и не кормит, у нее имеется лишь «базовое число» пролактиновых рецепторов в молочных железах. Беременность приводит к увеличению числа рецепторов, но не до максимального числа. Окончательным фактором, определяющим число развивающихся пролактиновых рецепторов, является частота стимуляции: чем чаще ребенок сосет

грудь или мать сцеживается, тем больше развивается пролактиновых рецепторов. Чем больше у матери пролактиновых рецепторов, тем больше молока вырабатывает имеющаяся железистая ткань. Эксперты полагают, что частые кормления в первые недели жизни ребенка исключительно важны для развития максимального числа рецепторов, обеспечивающих достаточное производство молока в длительной перспективе. Без этих рецепторов производство молока будет под угрозой, когда пролактин вернется к нормальному, низкому уровню через два-три месяца.

**Выделяется ПОСЛЕ
кормления для подготовки
СЛЕДУЮЩЕГО кормления**



Рисунок 5. Рефлекс пролактина (транспарант ВОЗ)

Высокий уровень пролактина в первые месяцы сохранится, если:

- Ребенок правильно прикладывается к груди и не получает сосок-пустышек, использование которых может отрицательно отразиться на его сосании;
- Ребенок получает кормление так часто, как он этого желает, обычно через 1-3 часа;
- Кормление продолжается так долго, как этого желает ребенок;
- Кормление продолжается и ночью, когда уровень выработки пролактина, как ответная реакция на сосание, особенно высок.

Пролактин также определяет функцию консервации почками соли и воды, продление послеродовой аменореи (вследствие его взаимодействия с яичниками) - обе эти функции снижают метаболический стресс от лактации.

Выделение молока

Сосание груди запускает выработку еще одного гормона – **окситоцина (рисунок 6)**. Окситоцин стимулирует сокращение мышечных клеток, окружающих альвеолы. Это

обеспечивает энергичное продвижение молока по протокам и синусам с активным «выбросом» его через сосок. Окситоцин, таким образом, влияет на эффективность выделения молока из груди.

**Выделяется ДО и ВО ВРЕМЯ
кормления, заставляет молоко
ВЫДЕЛЯТЬСЯ**

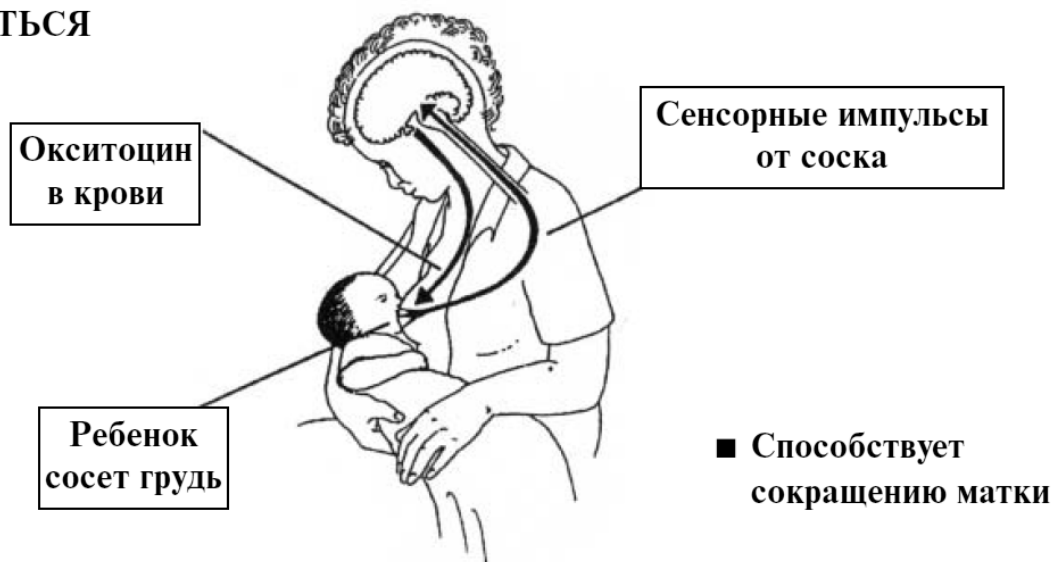


Рисунок 6. Рефлекс окситоцина (транспарант ВОЗ)

Рефлекс «окситоцина» или «рефлекс вытекания» является вначале безусловным, возникающим исключительно на физическую стимуляцию, переходя затем в условный рефлекс, когда взгляд на ребенка, мысли о нем или его плач могут стимулировать приток молока.

Матери необходимо держать ребенка рядом с собой все время, чтобы она могла видеть, касаться его и заботиться о нем. Это настраивает ее на грудное вскармливание и способствует поступлению грудного молока. В том случае, когда мать разлучена с ребенком, рефлекс окситоцина не срабатывает так быстро.

Если мать разлучена с ребенком, или у нее не хватает уверенности в своих способностях кормить грудью, или она очень расстроена, то ее рефлекс «окситоцина» может быть угнетен. Однако, это состояние временное, и может быть преодолено

В том случае, когда рефлекс окситоцина не срабатывает, у ребенка могут возникнуть трудности в получении молока. Может показаться, что молочные железы прекратили вырабатывать молоко. На самом деле,

молочные железы продолжают вырабатывать молоко, но оно не вытекает.

Чтобы активировать рефлекс окситоцина, необходимо помогать матери психологически и практически — устранить любые источники боли или тревоги, стараться вызывать приятные мысли и позитивные эмоции по отношению к ребенку.

Признаки и ощущения активного рефлекса окситоцина у матери:

- Сжатие или покалывание в молочных железах до начала кормления ребенка или во время кормления
- Выделение молока из молочных желез, когда она думает о ребенке или слышит его плач
- Выделение молока из одной груди в то время, когда ребенок сосет вторую грудь
- Выделение молока из молочных желез тонкой струйкой, если ребенок отрывается от груди во время кормления
- Боль при сокращении матки, иногда сопровождающаяся приливами крови, во время кормления в течение первой недели
- Медленное глубокое сосание и глотание ребенком, что свидетельствует о поступлении молока в его рот.

Исследования последних лет свидетельствуют об участии окситоцина в гипоталамической регуляции секреции пролактина. Повышение содержания окситоцина в крови предшествует возрастанию концентрации пролактина, индуцируемому кормлением ребенка. Если грудь не опорожнять, секреция молока прекращается.

Следующей важным фактом в отношении окситоцина является то, что он индуцирует сокращение матки, что способствует скорой и полной ее инволюции после родов. Это, в свою очередь, останавливает кровотечение, но иногда вызывает маточные боли и прилив крови в течение первых нескольких дней.

3.2 Рефлексы ребенка

Нормальный доношенный ребенок к моменту рождения имеет все для того, чтобы успешно сосать грудь. При кормлении ребенка включается ряд рефлексов, которыми одарила его природа в ходе эволюции:

- **Поисковый рефлекс.** При прикосновении к детским губам или щеке чем-либо ребенок открывает рот и поворачивает голову в поисках груди. Он опускает язык и выдвигает его вперед. Это движение называется «поисковым рефлексом».
- **Захватывающий рефлекс.** Найдя сосок, ребенок самостоятельно захватывает его ртом,
- **Сосательный рефлекс** – ритмичные движения челюстей, что создает отрицательное давление, и перистальтические движения языка, снимающего молоко с молочных желез и перемещающего его в горло. Если что-нибудь, попадая в рот ребёнку, касается его нёба, он начинает сосать. Сосательный рефлекс может быть очень сильным в первые часы жизни ребёнка.

Обратите внимание на то, что нет рефлекса, помогающего ребёнку правильно захватить и удерживать во рту грудь. Мать должна знать, как держать грудь и выбирать такое положение ребенка у груди, которое обеспечивает эффективное сосание.

- **Глотательный рефлекс.** Как только рот ребенка наполняется молоком, он совершает глотательное движение.

Захватывающий рефлекс

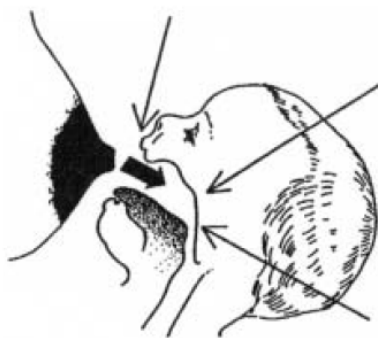
Когда что-то касается губ ребенка, он открывает рот, язык опускается вниз и выдвигается вперед

Сосательный рефлекс

Когда что-то касается неба ребенка он начинает сосать

Навыки

Мать учится прикладывать ребенка к груди
Ребенок учится правильно брать грудь



Глотательный рефлекс

Когда рот ребенка наполняется молоком он глотает

Рисунок 7. Рефлексы ребенка (транспарант ВОЗ)

Важно, чтобы кормящая женщина ела и пила в достаточном количестве, но это не способствует производству молока, если ребенок не сосет грудь. Чем больше ребенок стимулирует грудь, тем больше вырабатывается молока. «Опорожнить» грудь невозможно, так как клетки постоянно вырабатывают молоко. Достаточно полное удаление молока поддерживает его постоянную выработку. Если время кормления ограничивается либо по причине отсутствия доступа ребенка к груди, либо из-за отъема ребенка от груди до того, как он сам закончит кормление, то выработка молока не может стимулироваться в достаточной степени.

Факторы, влияющие на лактацию

Доказано, что масса тела матери не влияет на успешность лактации. Требования к рациону питания кормящей матери варьируют в достаточно широком диапазоне. Потребность женщины в этот период в белках, жирах, углеводах, витаминах и минеральных веществах повышена, но если эти потребности в дополнительной энергии и питательных веществах не удовлетворяются, синтез грудного молока будет происходить за счет ресурсов матери. Нормально питающаяся женщина накапливает во время беременности необходимые запасы, используемые для компенсации возросших потребностей в первые месяцы лактации.

Распространенное мнение о том, что для нормальной лактации необходимо значительное увеличение потребления жидкости, не подтверждено научными

исследованиями. Когда матери не хватает жидкости, моча становится концентрированной, женщина испытывает жажду. Поэтому обычно женщина сама регулирует поступление жидкости.

Форма и размер груди также не влияют на количество молока и возможности грудного вскармливания. Часто причину неудачного прикладывания ребенка к груди объясняют формой сосков. В большинстве случаев плоские соски не препятствуют грудному вскармливанию, чаще причину неудачного кормления следует искать в неправильном прикладывания ребенка к груди.

Как только ребенок прекращает сосать одну грудь, молочные железы этой груди прекращают вырабатывать молоко, в то время как молочные железы другой груди вырабатывают больше молока и, соответственно, эта грудь становится больше.

Форма и размер груди также не влияют на количество молока и возможности грудного вскармливания. Часто причину неудачного прикладывания ребенка к груди объясняют формой сосков. В большинстве случаев плоские соски не препятствуют грудному вскармливанию, чаще причину неудачного кормления следует искать в неправильном прикладывания ребенка к груди.

Факторы, сдерживающие выработку грудного молока (ингибиторы)

Поскольку лактация является энергетически-интенсивным процессом, то эволюционно оправдана необходимость наличия стражей, следящих за бесполезным перепроизводством, наряду с механизмами, позволяющими удовлетворить возрастающие потребности ребенка. Объем молока, вырабатываемый каждой железой, строго регулируется эффективностью отсасывания молока ребенком и/или сцеживанием. Кроме этого, производство грудного молока контролируется самими молочными железами. Грудное молоко содержит в себе вещество, супрессорный пептид, называемый *обратный ингибитор лактации*, которое позволяет секретировать молоко в объеме, равном объему, выведенному из груди. В том случае, когда в груди остается много молока, ингибитор прекращает дальнейшую секрецию его железистыми клетками. Это предохраняет молочные железы от чрезмерного наполнения и необходимо в том случае, если ребенок умирает или прекращает сосать грудь по другой причине. Если грудное молоко при сосании или сцеживании удаляется из молочных желез, ингибитор тоже удаляется, тогда молочные железы больше вырабатывают молока.

Именно поэтому, для того, чтобы молочные железы продолжали вырабатывать молоко, они должны быть опустошенными. Если ребенок не сосет ни одну, ни вторую грудь, в этом случае грудное молоко необходимо сцедить, чтобы выработка молока продолжалась.

Прикладывание к груди

Ранние признаки готовности ребенка к кормлению:

- Сосущие движения
- Причмокивания
- Движения рук ко рту
- Быстрые движения глаз
- Мягкие воркующие или призывные звуки
- Беспокойство

Термин «прикладывание» описывает процесс принятия ртом ребенком груди, а термин «расположение» служит для описания того, как тело ребенка располагается относительно тела матери. Именно правильное положение тела ребенка является предпосылкой для правильного прикладывания.

Необходимо помочь матери правильно приложить ребенка к груди как можно раньше, лучше всего в первый день после родов, до того как «прибудет молоко» и грудь станет полной. Если по каким-то причинам ребенок не может сосать грудь, следует рекомендовать матери сцеживать молоко и кормить его из чашки. Не следует кормить ребенка из бутылочки, так как это затрудняет в дальнейшем прикладывание ребенка к груди.

Перед кормлением нет необходимости мыть грудь и соски, грудное молоко обладает дезинфицирующими свойствами. Мыло, дезинфицирующие средства или спирт удаляют естественную жировую смазку кожи, сушат кожу и повышают риск возникновения трещин. Достаточно одной ежедневной гигиенической процедуры (например, утренний теплый душ). Однако перед каждым кормлением мать должна тщательно вымыть руки с мылом.

Прикладывание к груди по шагам:

1. Мать должна занять удобную позу для кормления, чтобы была возможность оставаться расслабленной длительное время
2. После следует поднести ребенка к груди, а не грудь к ребенку. Ребёнок всем телом должен быть повернут к груди так, чтобы ему не нужно было во время кормления поворачивать или наклонять голову.
3. Голова и тело ребенка должны находиться на одной прямой линии, так как ребенок не может легко сосать грудь или глотать, если его голова повернута в сторону или он держит перед собой руку. Основной принцип правильного грудного вскармливания заключается в том, что ребенок должен иметь возможность легко взять грудь полным ртом. Для этого не должно быть препятствий движениям головы

новорожденного. Если необходимо, поддержите ребёнка сзади за плечи, но не за затылок. Его голова должна свободно слегка откидываться назад.

4. Лицо ребенка должно быть обращено к груди, а носик расположен на уровне соска.

5. Подождите, пока ребёнок широко откроет рот и захочет сосать. Быстро приложите ребёнка к груди. Ребенок должен захватить не только сосок, но и большую нижнюю часть ареолы.

Некоторые ошибки в положении:

- слишком высокое положение (например, сидеть, высоко подняв колени);
- слишком низкое положение (например, не поддерживая ребенка, так что приходится наклоняться вперед);
- слишком далеко отнеся ребенка в сторону (например, положив маленького ребенка слишком высоко на изгиб руки, а не на предплечье. Это происходит тогда,

Если ребёнок сосёт в неправильном положении, как мать, так и ребёнок нуждаются в помощи, чтобы это положение изменить. Чем дольше ребёнок сосёт в неправильном положении, тем сложнее его исправить

когда мать поддерживает ребенка снизу кистью руки, которая находится со стороны груди, которой она кормит).

Если мать держит ребенка подобным образом, то его рот не будет находиться напротив соска матери и, ребенку трудно будет захватить грудь.

Процесс сосания груди (см. рисунок 1)

1. Вытягивание груди по форме соски

Ребёнок захватывает ртом не только сосок, но и ареолу и участок груди, расположенный ниже. Между кожей соска и ртом ребенка не должно быть трения. Ребёнок должен вытянуть грудь по форме соски, что значительно длиннее, чем сам сосок. Сосок составляет лишь треть "соски". Иногда в момент, когда ребенок только что бросил сосать грудь, можно увидеть, как вытянулась грудь.

2. Прижатие вытянутой ареолы языком к нёбу

1. Рот ребенка широко открыт и губы вывернуты наружу. Особенно заметно, что нижняя губа вывернута назад и подбородок ребенка касается материнской груди.

2. Сосок находится глубоко во рту ребенка, и кончик соска касается твердого неба в непосредственной близости от места соединения твердого и мягкого неба.

3. При сосании ребенок производит два одновременных движения: нижняя челюсть движется вверх и вниз. Благодаря этим движениям в ротовой полости создается вакуум, под влиянием которого молоко извлекается из молочных протоков. При этом диаметр основных молочных протоков увеличивается примерно на 60% (раньше считалось, что это синусы).

4. При сосании ребенок делает сначала краткие быстрые движения, но затем меняет ритм, переходя, при продолжающемся выделении молока, к более постоянному медленному и ритмически глубокому сосанию, отсутствует звук от втягивания воздуха.

5. В ходе кормления ребенок делает паузы, которые становятся все дольше по мере насыщения младенца.

6. Щеки ребенка округлены, а не втянуты, иногда при сосании могут двигаться уши. См рисунок №7.

7. При правильном положении ребенка кормление безболезненно.



1 ПРАВИЛЬНО

2 НЕПРАВИЛЬНО

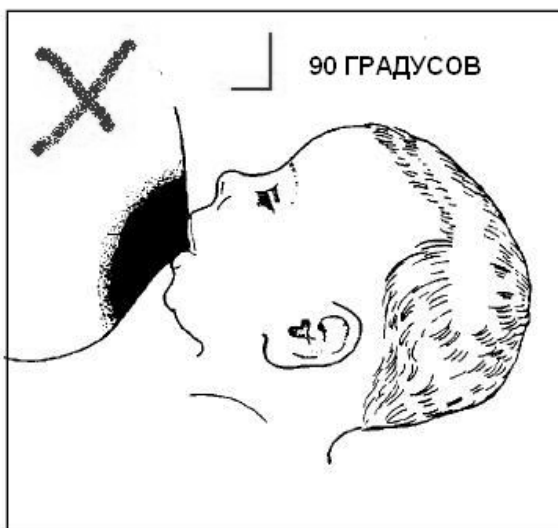
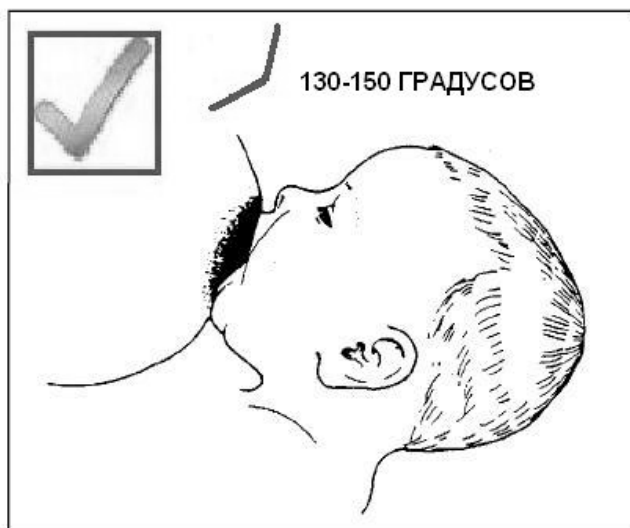


Рисунок 8. Положение ребенка, правильно приложенного к груди

Одновременно с исследованиями по изучению анатомии молочной железы группа исследователей Западного Австралийского университета изучала и механизм сосания. В результате этих исследований были получены новые данные, которые изменили представления о механизме сосания ребенком груди (Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE, 2008).

Можно выделить 4 ключевых момента в современных представлениях о механизме сосания:

1. Основную роль в извлечении грудного молока играет вакуум. Когда язык находится в нижней точке, молоко начинает течь из протоков.
2. Язык не совершает перистальтических движений. Ребенок не выдавливает молоко из протоков.
3. Сосок не сдавливается и не деформируется. Во время кормления сосок сохраняет свою начальную форму вследствие отсутствия перистальтических движений языка.
4. Кончик языка не достигает точки соединения твердого и мягкого неба. Сосок находится в непосредственной близости от точки соединения твердого и мягкого неба, на расстоянии от 1,3 до 6,9 мм.

Если ребенок правильно приложен к груди, он с легкостью выдавливает молоко и этот процесс называется «эффективное сосание». Важно также понять, что при таком сосании груди, рот и язык ребенка не повреждают кожу груди и соска

Старые представления



Современные представления

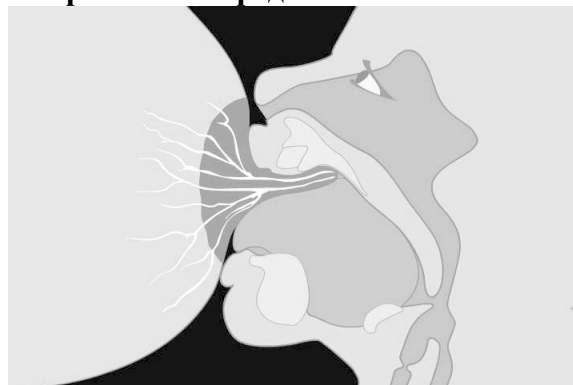


Рисунок 9. Процесс сосания

Признаки того, что к ребенку поступает молоко:

- Соблюдается ритм сосания/глотания с паузами между сосательными движениями
- Слышимые глотательные движения
- Расслабленные конечности
- Влажный ротик

- Ребенок после кормления выглядит удовлетворенным
- Удлиненный после кормления сосок, но не сплюснутый или треснувший

Окончание кормления

Если ребёнок насытился, он прекращает сосать и сам отпускает грудь. Он либо сыт, либо готов сосать другую грудь. Бывает, что ребёнок засыпает, как только отпускает грудь. Нет нужды прерывать кормление через определённый промежуток времени или отнимать у ребенка грудь. Дело в том, что одни дети ленивые "сосуны", а другие наоборот. Предоставьте ребёнку возможность самому решать, когда прекращать кормление.

Признаки, определяющие неправильное положение ребёнка при кормлении

- Корпус ребенка отвернут от материнского и не прижат к нему.
- Подбородок ребёнка не касается груди
- Складывается впечатление, что рот ребёнка закрыт.
- Ребенок сосет ("жует") только сосок, это явление называется "сосковым сосанием"
- Губы ребенка вытянуты вперёд или втянуты вовнутрь.
- Виден большой участок ареолы, в том числе и под нижней губой.
- Ребёнок делает быстрые, короткие сосательные движения.
- Во время кормления щёки ребёнка могут быть втянуты внутрь.
- Ребёнок может нервничать и отказываться от кормления, так как он недополучает грудного молока.
- Мать может испытывать боль в области сосков.
- Во время кормления ребёнок может издавать "причмокивающие" звуки.
- Сосок может быть плоским в конце кормления и с полоской на кончике.

Причины неправильного прикладывания к груди

<i>Использование питания из бутылочки</i>	До начала грудного вскармливания При последующих дополнениях к питанию
<i>Неопытная мать</i>	Первый ребенок Предыдущий ребенок вскармливался из бутылочки Маловесный или слабый ребенок
<i>Функциональные затруднения</i>	Плохая проходимость млечных протоков Нагрубание груди Позднее начало кормления
<i>Отсутствие надлежащей поддержки</i>	Недостаточная традиционная помощь и поддержка Врачи, акушерки и медицинские сестры не обладают достаточными навыками

- *Использование бутылочки для кормления*

Если кормление ребенка из бутылочки предшествовало грудному вскармливанию, у ребенка могут возникнуть трудности при сосании груди. Дети, которых кормят из бутылочки, через несколько недель начинают неэффективно сосать грудь.

Процесс сосания из бутылочки отличается от процесса сосания груди. Искусственно вскармливаемые дети могут сосать грудь таким же образом, как и бутылку, и в этом случае можно сказать, что они «засасывают сосок». Такое явление иногда называют «путаница в сосании» или «путаница сосков». Таким образом, кормление ребенка из бутылочки может помешать грудному вскармливанию. Чтобы решить эту проблему, необходима квалифицированная помощь.

- *Неопытная мать*

Если у матери не было прежде ребенка или он был искусственником или у нее были проблемы с грудным вскармливанием предыдущего ребенка, у нее могут быть трудности с правильным прикладыванием ребенка к груди. Однако даже те матери, которые прежде успешно вскармливали грудью, иногда тоже испытывают трудности.

- *Функциональные трудности*

Существуют ситуации, при которых значительно труднее правильно приложить ребенка к груди.

Например:

— если ребенок мал или слаб;

— если соски матери и ткани околососкового кружка трудно вытянуть в форме «соски»;

— если молочные железы увеличены;

— если задерживается начало грудного вскармливания.

Матери могут вскармливать грудью своих детей во всех этих ситуациях, но чтобы преуспеть в этом, им необходима квалифицированная помощь.

- *Отсутствие квалифицированной поддержки*

Отсутствие квалифицированной помощи и поддержки — это основная причина неправильного прикладывания ребенка к груди. Некоторые женщины изолированы и лишены поддержки общества. Им не оказывается помощь опытных женщин, например, помощь их матерей или традиционных сиделок, которые зачастую могут оказать квалифицированную помощь в грудном вскармливании.

Женщины из среды, где искусственное вскармливание традиционно, возможно не знакомы с тем, как кормящая грудью мать держит и кормит грудью своего ребенка. Они, возможно, никогда не видели вскармливаемого грудью малыша.



Схема 7. Последствия неправильного прикладывания к груди

- *Ребенок может причинить боль и повредить сосок.*

Если ребенок неправильно приложен к груди и «засасывает сосок», это причиняет боль матери. Неправильное прикладывание к груди — основная причина воспаления сосков. Стараясь получить молоко, ребенок усердно сосет, втягивая и выталкивая сосок. В результате чего, в этом месте растирается кожа соска. При длительном сосании ребенком груди таким образом повреждается кожа соска и появляются трещины. Сосание кончика соска может вызвать трещину на кончике. Растирание кожи у основания соска может привести к трещине на основании.

- *Ребенок не сосет эффективно грудное молоко.*

Если ребенок неправильно приложен к груди, он не сосет эффективно грудное молоко. Такое сосание называют неэффективным. В результате его:

— Молочные железы увеличиваются.

— Ребенок может быть неудовлетворенным, так как грудное молоко медленно поступает. Он может много плакать и требовать частого кормления или увеличения продолжительности каждого кормления.

— Ребенку может не хватать молока. Он может быть настолько расстроен, что вообще откажется от кормления. Он может не прибавлять в весе. При хорошем рефлексе окситоцина и при очень частом кормлении ребенок может, в конечном счете, получать достаточное количество молока в течение нескольких недель. Но это может утомить его мать.

— Молочные железы могут вырабатывать меньше молока, потому что молоко не отсасывается.

При неправильном прикладывании к груди может **показаться**, что у матери вырабатывается молока в недостаточном количестве. Другими словами, у нее недостаточно молока. И если ситуация не изменится, ее молочные железы действительно могут меньше вырабатывать молока. Подобная ситуация может привести к плохой прибавке веса ребенка и прекращению грудного вскармливания.

Поддержание лактации

1. Успешное продолжение лактации

Первые несколько дней после родов имеют большое значение. Вероятность того, что мать будет кормить своего ребенка грудью, выше в том случае, если ребёнок с самого рождения находится вместе с ней, и если они с самого начала получают квалифицированную помощь и поддержку.

Для успешного и продолжительного вскармливания ребенка грудью необходимо учитывать физиологические механизмы, способствующие отделению молока у женщины:

- Сразу после родов, как уже говорилось выше, снижается тормозящее влияние гормонов плаценты на выделение молока. Этому способствует **наиболее раннее прикладывание новорожденного к груди** (в первые 30 минут после рождения), что способствует выбросу пролактина, стимулирующего выработку молока, в кровь, кроме того, **тактильный контакт "кожа к коже"** сразу после рождения, способствует установлению более тесной эмоциональной связи между матерью и ребенком.

- Успешному становлению лактации способствует **более частое прикладывание ребенка к груди** (приблизительно каждые два часа), когда, наряду с рефлекторным механизмом происходит постоянное опорожнение молочной железы стимулирует выделение пролактина и как следствие выработку молока. Кроме того, одновременно происходит выработка окситоцина, который стимулирует рефлекс "отдачи", способствуя поступлению молока ребенку и обеспечивая послеродовое сокращение матки и ее инволюцию.

- **Свободный режим вскармливания** оказывает положительное влияние не только на мать, но и на ребенка, помогая ему получить достаточное количество молозива - "незрелого молока".

Первое кормление

Лучше всего начинать кормление сразу же после родов, как только ребенок готов к прикладыванию. Здоровый доношенный новорожденный обычно испытывает пик потребности в сосании через 20-30 минут после рождения, если не находится под снотворным влиянием лекарств или анестезии, введенной матери во время родов. В первый час жизни новорожденные ведут себя тихо, бодрствуют и могут прикладываться к груди и эффективно сосать. Исследования показывают, что большинство новорожденных, если сразу положить их на живот матери, находят грудь и начинают сосать менее чем через 50 минут.

Разлучение матери и новорожденного в это критическое время означает, что эта первая возможность упускается. Позже ребенок может захотеть спать и потерять

естественную потребность поиска соска, что может создать определенные трудности при налаживании кормления. (Righard и Alade 1990; Widstrom et al. 1990; Wang и Wu 1994).

Одно из самых важных действий по налаживанию кормления с достаточным количеством молока – дать ребёнку возможность сосать грудь в первый час после рождения

Если кормление ребенка в первые часы после родов невозможно, наилучшей альтернативой является сцеживание вручную или молокоотсосом автоматического цикла в течение 10-20 минут каждые два-три часа, до тех пор, пока ребенок не начнет кормиться

самостоятельно. Это поможет активизировать максимум пролактиновых рецепторов и свести к минимуму последствия отложенного начала кормления.

Раннее прикладывание ребенка к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но так же способствует более быстрому отхождению плаценты, профилактике послеродовых кровотечений у рожениц, а также формированию нормальной микрофлоры кишечника, адекватного иммунного ответа и ускорению отхождения мекония у новорожденного. По мнению российских ученых И.А. Аршавского (1952), П.С.Кравицкой (1959) и Г.П.Поляковой с соавт. (1970), кормление грудью тотчас после рождения является немаловажным положительным фактором для матери, не только не углубляющим, а напротив, могущим снять состояние «утомления» в связи с родовой деятельностью.

Совместное пребывание

Хотя в прошлом новорожденные обычно находились в отдельных детских палатах, исследования показали, что не существует оснований для разделения матерей и здоровых новорожденных даже на короткое время (Yamauchi и Yamanouchi 1990; Buranasin 1991; Oslislo и Kaminski 2000). Более того, контакт “кожа-к-коже” способствует стимуляции пролактина – гормона, отвечающего за выработку молока (Hurst 1997). Согласно изданной в 2005 г рекомендации Американской академии педиатрии (ААП), совместное пребывание полезно и для матери и для ребенка и, позволяет как можно раньше наладить кормление по потребности ребенка, что является оптимальным условием для выделения достаточного количества молока.

При совместном пребывании матери и ребенка рекомендуется брать ребенка в постель матери и кормить лежа. Это облегчает процесс кормления грудью и сохраняет силы матери. Поощряется также совместный сон матери ребенка. Однако совместный сон требует выполнение определенных правил, чтобы он был безопасен для младенца (ВОЗ, 2006; Co-Sleeping, Protocol N6 of the Academy of Breastfeeding Medicine, USA, 2004, 2010).

Совместный сон не рекомендуется, если мать ребенка:

- курит;

- находится под воздействием вызывающих сонливость препаратов;
- очень устала и не способна адекватно реагировать на младенца;
- больна или может потерять сознание;
- страдает сильным ожирением.

Как обеспечить безопасность сна в общей постели:

- Обсудите с матерью достоинства сна в одной постели с младенцем и имеющиеся для этого противопоказания.
- Пользуйтесь жестким матрасом, который не прогибается.
- Кладите подушки подальше от младенца.
- Матери нужно располагаться рядом с младенцем лицом к нему, а ребенок, когда его не кормят, должен лежать на спине.
- Следите, чтобы младенец не мог выпасть из постели или проскользнуть в зазор между кроватью и стеной.
- Необходимо предоставить матери средства, с помощью которых она может без труда обратиться за помощью, как бы трудно ей не было двигаться в кровати.
- Следует чаще проверять состояние матери и младенца, следя за тем, чтобы не была ничем покрыта голова ребенка, а сам он все время, пока его не кормят, проводил на спине.
- При передаче дежурства другому медицинскому работнику его нужно предупреждать о тех матерях и младенцах, которые лежат вместе в одной постели.

Кормление грудью по требованию

Как известно, ребенка надо кормить так часто, как он хочет. Ребенка нужно прикладывать к груди каждые два-три часа днем и каждые четыре-пять часов ночью, итого – минимум 8-12 кормлений в сутки. Время между кормлениями считается от начала одного кормления до начала следующего. Обычно кормление длится 20 - 40 минут, но продолжительность кормления не обязательно отслеживать. В период новорожденности, особенно в первую неделю, кажется, что кормления длятся постоянно, и у мамы ни на что не хватает времени в короткие промежутки между кормлениями. Некоторые новорожденные кормятся довольно жадно до прихода зрелого молока, поскольку они голодны.

Первый месяц жизни ребенка – время обучения для обоих. В это время ребенок совершенствует свои сосательные навыки, чтобы сосать эффективнее, получая необходимое количество молока за более короткое время. Тесный контакт с ребенком дает возможность матери вовремя распознавать ранние признаки голода (беспокойство, открывание рта, и т.д.), что позволяет кормить ребенка, не дожидаясь голодного крика. Постепенно промежутки между кормлениями увеличатся и кормления станут более удобными. У ребенка сложатся определенные привычки, связанные с кормлением, и режим, к которому придет ребенок, будет отвечать именно его индивидуальным эмоциональным и физиологическим потребностям.

Возможные проблемы с неограниченным кормлением

- *Ребёнок недостаточно часто требует есть*

Некоторые дети настолько спокойны, что не кричат, когда голодны. Если новорожденный спит более трех часов – его следует будить для кормления в течение нескольких дней, пока ребенок не начнет стабильно прибывать в весе. Стимулировать сосание можно так: развернуть ребенка, убрать теплое одеяло и кофточки, поменять пеленки, поместить ребенка «кожа-к-коже» к маме или отцу, поглаживать ручки и ножки.

- *Ребёнок слишком часто требует есть*

Некоторые дети производят впечатление постоянно голодных, иногда это связано с тем, что они сосут грудь в неправильном положении и не получают достаточного количества молока и\или недостаточно долго сосут каждую грудь.

Продолжительность одного кормления

Разные дети остаются у груди разное по продолжительности время. Большинство насыщается уже через 5-10 минут, но некоторым требуется для этого 20-30 минут. Последние исследования показали, что "ленивые сосуны" съедают такое же количество молока, что и "проворные". Если у "ленивого сосуна" преждевременно забрать грудь, он не насытится и может не получить позднего молока, необходимого ему для нормального роста.

2. Анализ адекватности лактации

Оценка адекватности лактации и достаточного для ребенка количества секретируемого женского молока требует тщательного анализа поведения ребенка, характера стула, частоты мочеиспусканий.

Признаки того, что ребенок может получать недостаточно грудного молока:

1. Достоверные

- Низкая прибавка массы тела (Меньше 500 г в месяц, через две недели вес стал меньше, чем был при рождении)
- Выделение небольшого количества концентрированной мочи (менее 6 раз за сутки, моча желтая с резким запахом)

2. Вероятные

- Ребенок не удовлетворен после кормления грудью, беспокойно спит
- Ребенок часто плачет во время или сразу после кормления
- Необходимость в очень частых прикладываниях к груди
- Ребенок долго сосет грудь, совершает много сосательных движений при отсутствии глотательных
- Ребенок отказывается от груди
- У ребенка плотный, сухой или зеленый стул
- У ребенка редкий стул и в небольшом объеме
- При сцеживании молока нет
- Молочные железы не увеличились (во время беременности)
- Молоко «не прибыло» (после родов)

Важными критериями эффективности грудного вскармливания являются также состояние тургора кожи и хорошее общее самочувствие ребенка. Каждый ребенок требует индивидуального подхода и систематического наблюдения за его развитием. Нельзя допускать недоедания ребенка. При снижении лактации и нехватке молока необходимо, в первую очередь, увеличить частоту прикладываний ребенка к груди.

Гипогалактия

Недостаточная лактация может обнаружиться в течение первых 10 дней послеродового периода (ранняя форма) и позже этого периода (поздняя форма). Первичная (истинная) гипогалактия, то есть такая, когда у матери уже с первых дней лактации выявляется резкий недостаток молока, встречается редко — от 2,8 до 8 % (Е. М. Фатеева, Ж. В. Цареградская).

Критериями постановки диагноза гипогалактии являются:

- недостаточное для данных суток выделение молока
- отсутствие тенденции к его увеличению, после устранения всех видимых причин, которые могут снижать лактацию.

Принципы постановки диагноза гипогалактия в родильном доме

- отсутствие достаточного количества молока на 4-е сутки после родов
- имеются признаки, что ребенку не хватает молока:

- а) ребенок кричит после кормления
- б) плохо прибавляет или имеет плоскую весовую кривую
- в) снижен объем разового кормления.

Выделение групп высокого риска по развитию гипогалактии

- женщины с поздними менархе и поздно установившимся менструальным циклом
- женщины с ранними менархе
- женщины с дисфункцией яичников
- женщины с эндокринной патологией: ожирением, патологией щитовидной железы
- женщины с хроническим тонзиллитом в анамнезе
- женщины с анемией в анамнезе
- женщины с пиелонефритом в анамнезе
- женщины после кесарева сечения
- женщины со слабостью родовой деятельности и получавшие стимуляцию в родах (витамино-гормональную терапию, окситоцин, эстрогены, простагландины)
- женщины после преждевременных и запоздалых родов
- женщины после метилэргометриновой профилактики кровотечений

Причинами первичной гипогалактии являются нейрогормональные нарушения, определяющие несостоятельность лактопоэза. Дигормональные состояния влекут за собой нарушение роста и развития молочных желез, изменение их секреторной и моторной функции. В этом отношении следует отметить функциональную неполноценность молочных желез при инфантилизме, заболеваниях внутренних органов. При наличии признаков общего недоразвития гипогалактия встречается у 20 % кормящих матерей. Нередко первичная гипогалактия возникает после кесарева сечения, вследствие отсутствия родовой доминанты. Весьма высока частота гипогалактии у женщин после преждевременных родов, тяжелых поздних токсикозов, кровотечений в послеродовом периоде, травматичных акушерских операций, послеродовых инфекций.

Гораздо чаще встречается вторичная гипогалактия, при которой у матери вначале бывает достаточное количество молока, но в дальнейшем лактация начинает снижаться или остается на таком уровне, который не удовлетворяет потребности растущего ребёнка. Вторичная гипогалактия может быть следствием нерационального образа жизни кормящей матери, неправильного кормления новорожденного грудью, физических перегрузок и эмоциональных переживаний.

Причинами недостатка молока являются:

Частые причины		Редкие причины	
Факторы, связанные с кормлением	Психологические факторы матери	Состояние матери	Состояние ребенка
1. Задержка начала кормления грудью 2. Редкие кормления грудью 3. Короткие кормления грудью, или кормление «по часам» 4. Отсутствие ночных кормлений 5. Неправильное прикладывание к груди 6. Повреждения молочных желез 7. Использование бутылочек, пустышек 8. Введение докорма и допаивания раньше 6 месяцев 9. Выраженная аэрофагия у ребенка при кормлении	1. Недостаточная уверенность 2. Беспокойство, стресс 3. Неприязнь к кормлению грудью 4. Неприятие ребенка 5. Значительные нагрузки после родов 6. Отсутствие заботы и помощи со стороны близких 7. Усталость	1. Контрацептивы, диуретики 2. Беременность 3. Резкое истощение 4. Употребление алкоголя 5. Курение	1. Болезнь 2. Аномалии развития

Существенное значение в развитии гипогалактии придают аэрофагии у новорожденных. Заглатывание воздуха наблюдается у всех детей. Однако в тех случаях, когда объем заглатываемого воздуха не превышает 10% объема желудка, наполненного молоком, аэрофагия является физиологической. Заглатывание большого количества воздуха является патологическим. При резко выраженной аэрофагии ребенок не высасывает положенного количества молока, так как желудок у него растягивается за счет воздуха и создает ложное ощущение сытости. Недостаточное раздражение молочной железы быстро приводит к угнетению лактации.

Если снижение лактации происходит по какой-либо явной причине, то параллельно с коррекцией техники кормления необходимо устранить саму причину снижения лактации или, по крайней мере, снизить ее влияние

физиологической. Заглатывание большого количества воздуха является патологическим. При резко выраженной аэрофагии ребенок не высасывает положенного количества молока, так как желудок у него растягивается за счет воздуха и создает ложное ощущение сытости. Недостаточное раздражение молочной железы быстро приводит к угнетению лактации.

Возможный подход к ведению женщин с гипогалактией в родильном доме изложен в Методических указаниях Комитета здравоохранения Правительства Москвы и Российского государственного медицинского университета "О прогнозировании нарушений лактации, профилактике и лечении гипогалактии" (утв. Комитетом здравоохранения Правительства Москвы, Российским Государственным Медицинский Университетом), 2000 г.

Если снижение лактации произошло внезапно и беспричинно, то можно предположить, что имеет место **лактационный криз**. Это состояние связано со скачками в развитии ребенка и с гормональными изменениями в организме матери. Лактационный криз - явление физиологическое, и чаще всего

наблюдается в первые 3-6 недель жизни ребенка, а затем может повторяться в 3, 7, 11 и 12 месяцев. Обычно лактационный криз длится от 2 до 7 дней и не представляет опасности для здоровья ребенка.

При грамотно организованном грудном вскармливании лактационные кризы кратковременны и практически не ощущаются ребёнком и матерью

Мероприятия, которые можно рекомендовать матери для восстановления лактации, при вторичной гипогалактии и во время лактационных кризов:

- Более частые прикладывания к груди
- Налаживание своего режима дня и питания (полноценное питание и дополнительный прием 1 л.жидкости)
- Коррекция своего психологического настроения
- Ориентация всех членов семьи на поддержку грудного вскармливания
- Контрастный душ на область молочных желез, мягкий массаж
- Не вводить докорм и допаивание без рекомендаций врача

Гиперлактация характеризуется избытком грудного молока у матери. В отдельных случаях гиперлактация является врожденной особенностью матери. Однако чаще всего избыток молока возникает при чрезмерном приеме лактогенных средств и сцеживании после кормления.

Количество производимого грудью молока растет вместе с потребностями ребенка по принципу «спрос-предложение»: сколько молока было высосано ребенком в кормление, столько прибудет в следующее. Поэтому, если после кормления еще

сцеживаться, то к следующему кормлению прибудет больше молока, чем требуется ребенку.

При гиперлактации возникает чувство распираия в груди, молочные железы наливаются и становятся очень болезненными, появляются застои и постоянное подтекание молока, проблемы со сцеживанием. Кроме того, организм матери расходует лишние силы на продукцию дополнительного количества молока, возрастает потребность в питательных веществах и витаминах.

Возможные проблемы при грудном вскармливании и пути их решения

1. Отказ от груди

В отдельных случаях даже при достаточном количестве молока мать прекращает кормить ребенка грудью вследствие **отказа младенца от груди**, при этом:

- Ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало
- При попытке матери дать грудь ребенок кричит и сопротивляется
- После непродолжительного сосания отрывается от груди, давясь от плача
- Ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой

Причины могут быть разными, среди которых наиболее распространенными являются:

<i>Болезнь, боль или действие лекарственных средств</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Инфекция (ОРВИ) - Перинатальное поражение нервной системы - Прорезывание зубов - Воспалительный процесс (отит, ринит, стоматит) - Молочница - Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии - Прием матерью седативных лекарственных средств
<i>Нарушение организации и техники кормления грудью</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Кормление из бутылочки - Использование пустышек - Давление сзади на голову при прикладывании к груди - Нагрубание груди - Мать двигает грудью при кормлении - Ограниченное кормление грудью, кормление одной грудью - Избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро
<i>Внешние перемены, расстраивающие ребенка, (особенно в возрасте 3-12 месяцев)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Разлука с матерью - Новое ухаживающее лицо, слишком много людей рядом - Перемены в распорядке дня - Заболевание матери, мастит - Менструация - Изменение запаха от матери (кремы, моющие средства, духи)
<i>«Кажущийся» отказ</i>	<ul style="list-style-type: none"> - «прицеливание» на грудь: новорожденный при поднесении к груди может начать вертеть головой из стороны в сторону, как будто говорит «нет» - Отвлечение: между 4 и 8 месяцами ребенок легко отвлекается при смене обстановки, шуме - Отлучение от груди: после года ребенок начинает постепенно отказываться от груди

Если ребенок отказывается брать грудь, постарайтесь устранить причину, вызвавшую отказ. Помогите матери и ребенку снова получать удовольствие от кормления грудью.

«Обучение» ребенка, отказывающегося от груди

- *Постоянный контакт матери и ребенка, отсутствие других лиц, ухаживающих за ребенком*

Оставляйте мать и ребенка вместе и днём, и ночью. Не допускайте, чтобы ребёнок брал на руки кто-либо другой. Пусть мать берёт его на руки, носит его, обнимает как можно больше, спит вместе с ним. Необходим тесный контакт ребёнка с матерью - она должна его поглаживать, играть с ним, разговаривать.

- *Кормление по требованию*

Убедите мать давать ребёнку грудь каждый раз, когда он этого захочет, или когда она почувствует проявления рефлекса выделения молока. Ей не следует заставлять ребёнка. Иногда перед началом кормления стоит сцедить немного молока ребёнку в рот.

- *Правильное прикладывание*

Убедитесь, что ребёнок сосёт грудь в правильном положении, а также в том, что мать умеет правильно прикладывать ребёнка к груди и использует удобную позу для кормления. Избегать давления на головку ребенка сзади и движения грудью

- *Кормление из чашки*

Не кормите ребёнка из бутылочки. Если ребёнок не насыщается во время грудного кормления, мать должна сцеживать молоко каждые 2-3 часа и кормить его сцеженным молоком. Сцеживание помогает поддерживать поступление молока.

Если ребёнок очень голоден, можно дать ему немного сцеженного грудного молока из чашки, а затем, когда он немного успокоится, приложить к груди. Если ребенок голоден и расслаблен, и вам кажется, что он будет сосать, приложите его к груди. Некоторые дети лучше сосут грудь во время сна.

- *Избегать использования сосок, пустышек.*

2. Проблемы с молочными железами

Боль в сосках

Умеренный дискомфорт может происходить в начале каждого кормления, когда ребенок сжимает сосок. Часто боль - результат неправильного положения ребенка и захватывания груди. Результаты последних исследований показывают, что боль в

сосках может быть также связана с высоким уровнем отрицательного давления в ротовой полости, которое создается при сосании младенцем груди.

Боль, которая сохраняется в течение и\или после кормления, не должна быть оставлена без внимания, поэтому необходимо исключить такие причины, как трещины, молочница или прочие воспалительные заболевания.

Трещины соска

Трещины - это повреждение целостности кожи соска, которые могут иметь разную форму, глубину и локализацию (у основания или на верхушке соска). Сосок становится покрасневшим, припухлым и болезненным, из ранки может выделяться кровь.

Причины возникновения трещин:

- неправильное прикладывание ребенка к груди
- насильственное отнятие ребенка от груди до окончания кормления
- использование в уходе за кожей груди средств, которые сушат кожу и снижают ее эластичность (например, спирт, зеленка), частое мытье с мылом.
- пребывание долгое время в мокром белье
- недостаточность витаминов в организме кормящей женщины, в частности, витамины групп А, В, D, Е и С.

Тактика кормления при наличии трещин:

- кормить ребенка как можно чаще (ребенок тогда захватывает грудь спокойнее)
- каждое кормление начинать со здоровой (менее болезненной) молочной железы и завершать больной
- следить за правильным прикладыванием ребенка к груди, что уменьшит болезненные ощущения и будет способствовать быстрому заживанию трещины
- смазывать сосок после кормления «поздним» молоком и высушить на воздухе
- после кормления не надевать сразу белье, делать воздушные ванны для груди
- ванночки или компрессы в перерывах между кормлениями
- при сильной боли можно временно воспользоваться силиконовыми накладками

Если трещина не заживает в течение 2-7 дней, то может возникнуть необходимость в прекращении прикладывания ребенка к больной груди хотя бы на 1-3 дня. Ребенок при этом может быть сытым, получая только одну грудь, и в отдельных случаях ему будет необходим "докорм" с ложки молоком, сцеженным из больной железы. Через один-три дня можно вернуться к прикладыванию, но на

Появление трещин сосков ни в коем случае не должно стать причиной отказа от грудного вскармливания. Сразу после заживления трещин на сосках грудное вскармливание следует возобновить

первых порах используя больную грудь как дополнение к кормлению из здоровой.

Если у женщины вырабатывается много молока и между кормлениями оно подтекает из груди, лучше использовать пористые многоразовые прокладки либо специальные вентилируемые молокосорбники, которые соберут лишнее молоко и дадут соску подсохнуть.

Нагрубание молочной железы

Начиная с 3го и до 6го дня после родов, когда, обычно, молоко начинает «приходить», груди могут быть сильно переполнены. Это физиологическое явление, которое быстро исчезает с помощью эффективного сосания и вывода молока младенцем. Однако, это переполнение может перерасти в нагрубание груди и оба эти состояния, обычно, трудно различить между собой. При *нагрубании* грудь, обычно, переполняется молоком и тканевой жидкостью. Венозный и лимфатический дренаж затруднен, поток молока ограничен, и давление в молочных протоках и альвеолах увеличивается. Грудь отекает и набухает. Как при физиологическом наполнении, так и при нагрубании, обычно, обе груди поражены полностью. Однако, существуют значительные различия:

- **полная** грудь горячая, тяжелая и твердая на ощупь. Нет видимой блестящей поверхности, отека или покраснения. Молоко, обычно, течет нормально и иногда самопроизвольно просачивается из соска. Младенцу легко сосать и выводить молоко из груди.

- **нагрубевшая** грудь увеличена в размерах, набухшая и болезненная. Она может блестеть и выглядеть отекшей с расплывчатыми участками покрасневшей кожи. Сосок может быть растянут до плоского состояния. Молоко, часто, не может легко вытекать из груди, и младенцу может быть трудно приложиться к груди и сосать до тех пор, пока не спадет воспаление. В некоторых случаях у матери может наблюдаться лихорадка. Однако, лихорадка, обычно, прекращается через 24 часа.

Причины, усиливающие нагрубание молочных желез:

- позднее начало грудного вскармливания
- нарушение правил прикладывания к груди
- кормление по режиму
- докармливание ребенка

Лактостаз

Возникает тогда, когда молоко неэффективно выводится из груди. Эта проблема может возникнуть, если груди переполняются вскоре после родов или в любое другое время, когда младенец не берет все молоко, секретированное частью или всей грудью.

Причины этого могут включать плохое прикладывание младенца к груди, неэффективное сосание, ограничение частоты или продолжительности кормлений, а также закупорка молочных протоков. Другие условия, предрасполагающие к развитию молочного стаза, включают чрезмерную секрецию молока или кормление грудью двух или большего числа близнецов.

Тактика ведения

- более часто прикладывать к груди
- до кормления сцеживать немного молока, чтобы грудь стала легче
- во время кормления массировать грудь (поглаживая в сторону соска)
- сцеживать молоко после кормления, пока грудь не станет мягкой
- теплый компресс на грудь
- использовать бюстгальтер, который хорошо держит грудь, но при этом не очень тугой
- обратить внимание на технику сосания

Закупорка молочных протоков

Местный молочный стаз, поражающий часть груди, например, одну из долей, часто называется закупоркой молочного протока. Предполагается, что данное состояние вызывается значительной обструкцией молочных протоков, однако, оно может быть вызвано одним лишь неэффективным выводом молока из данной части груди.

Клинические признаки включают наличие болезненного узла на одной из грудей, часто с покрасневшим участком кожи над ним. Поражается только часть одной из грудей. У женщины, обычно, нет лихорадки, и она чувствует себя хорошо. Некоторые женщины с закупоркой молочных протоков отмечают наличие твердых частиц в сцеженном молоке. Симптомы быстро исчезают после сцеживания из груди твердых частиц и вывода молока из пораженной части груди.

Мастит

Двумя основными причинами мастита являются *лактостаз и инфекция*. Молочный стаз, обычно, является основной причиной мастита и может сопровождаться или прогрессировать в инфекцию или нет. Часто мастит возникает вследствие лактостаза в начале лактации, когда мать только учится кормить ребенка.

Воспаление обуславливает наличие признаков и симптомов мастита. Часть груди болезненная, покрасневшая, набухшая и твердая на ощупь. Обычно, поражается только одна из грудей. У женщины часто бывает лихорадка и плохое самочувствие. Однако, два исследования показали, что от одной трети до половины обследованных женщин с маститом обнаруживали только местные признаки. Раскрытие межклеточных проходов приводит к изменению в составе молока. Уровень содержания натрия и хлора повышается, а уровень лактозы и калия снижается. Вкус молока изменяется: молоко

становится более соленым и менее сладким. Обычно, соленый привкус - временное явление, продолжающееся около недели.

Ограничение грудного вскармливания и неправильное прикладывание ребенка к груди могут привести к закупорке молочных протоков, образованию твердого, болезненного образования в ткани молочной железы, покраснению кожи над ним; возможна лихорадка и озноб. Такое состояние иногда называют неинфицированным маститом. Состояние женщины можно улучшить частым прикладыванием ребенка к груди, полным опорожнением путем сцеживания молока, оставшегося после кормления.

Если состояние женщины ухудшается, назначают антибактериальные препараты (полусинтетические пенициллины 250 мг каждые 6 ч в течение 7 – 10 дней или 250 мг эритромицина каждые 6 ч в течение 7 – 10 дней, за 30 мин до еды). Лечение данными антибактериальными препаратами не препятствует грудному вскармливанию.

Острый инфекционный процесс в молочной железе — показание для прекращения кормления ребенка этой грудью, но кормление ребенка здоровой грудью допустимо. В случаях стафилококкового мастита кормление способствует разрешению процесса, если вскармливание прервать, может сформироваться абсцесс. Следует рекомендовать продолжить грудное вскармливание под прикрытием антибактериальной терапии.

Абсцесс груди

Абсцесс или локализованное скопление гноя в груди – это тяжелое осложнение при мастите, которое представляет собой сильно болезненное воспаленное выбухание или ком красного цвета, горячий на ощупь с отеком окружающей кожи. В редких случаях этот ком может быть флюктуирующим с обесцвечиванием кожи и некрозом. У женщины может быть лихорадка, но не обязательно. Для подтверждения диагноза гной можно аспирировать с помощью шприца и широкой боровой иглы. Дифференциальный диагноз проводится с галактоцеле фиброаденомой и карциномой.

Показана госпитализация в хирургическое отделение

i. Сцеживание грудного молока

Очень часто сцеживание полезно и играет важную роль в успешном начале и продолжении кормления грудью. Сцеживание молока полезно, чтобы:

- облегчить состояние при нагрубании груди;
- облегчить состояние при закупорке млечного протока или лактостазе;
- кормить ребенка, пока он учится сосать при втянутых сосках у матери;
- кормить ребенка, у которого затруднения в координации сосания;
- кормить ребенка, который отказывается "брать грудь", пока он учится получать удовольствие от кормления грудью;
- кормить ребенка, родившегося с низким весом, который не может сосать;

- кормить больного ребенка, который не может высосать достаточное количество молока;
- поддерживать лактацию, пока мать или ребенок болеет;
- оставлять грудное молоко ребенку, когда мать временно отсутствует или выходит на работу;
- предотвратить потерю молока при разлуке с ребенком;
- помочь ребенку лучше приладиться к наполненной груди;
- сцеживать молоко непосредственно в рот ребенка;
- предотвратить сухость и воспаление сосков и околососковых кружков.

Всем матерям полезно знать, как сцеживать молоко на случай, если когда-нибудь в этом возникнет необходимость.

Проще всего сцеживать молоко вручную. Для этого не нужно никаких приспособлений, так их сцеживать можно в любое время в любом месте. При хорошей технике оно очень эффективно. Вручную легко сцеживать мягкую грудь и гораздо труднее - нагрудившую и болезненную. Научите матерей сцеживать молоко в первый-второй день после родов.

Если же женщина хочет использовать молокоотсос, помогите ей выбрать подходящую модель, покажите, как с ней работать и изучите вместе с матерью прилагаемую к молокоотсосу инструкцию производителя.

Как часто мать должна сцеживать грудное молоко?

- *Для установления лактации, кормления низковесного (РНВ) или ослабленного новорожденного ребенка:*

Мать должна, если возможно, начать сцеживать молоко в первый день в течение шести часов после родов. Сначала она может выжать только несколько капелек молозива, но это помогает началу выработки молока, так же, как и ребенок, начав сосать вскоре после родов, помогает началу выработки молока.

Она должна сцеживать как можно больше и так часто, как часто хотел бы есть ее ребенок. Самое малое, она должна сцеживать молоко каждые три часа, включая и сцеживание ночью. Если мать сцеживает молоко только несколько раз или с большими интервалами между сцеживаниями, у нее может не выработаться достаточное количество молока.

- *Для поддержания количества молока, чтобы кормить ослабленного ребенка:*
- Сцеживать, самое меньшее, через каждые три часа.

- *Для увеличения количества молока, если оказалось, что через несколько недель его стало меньше:*

В течение нескольких дней сцеживать очень часто (каждые полчаса - час) и не реже, чем через каждые три часа ночью.

- *Чтобы оставить молоко ребенку, когда она на работе:*

Перед уходом на работу сцедить для ребенка столько молока, сколько сможет. Также очень важно сцеживать молоко, находясь на работе, чтобы поддерживать на достаточном уровне количество молока.

- *Для уменьшения симптомов, как, например, нагрубание или вытекание молока на работе:* Сцеживать столько, сколько нужно.

- *Чтобы была здорова кожа сосков:* Сцедить каплю для втирания в соски после ванны или душа. Также рекомендуется смазывать сосок грудным молоком после кормления.

Рефлекс окситоцина может не срабатывать при сцеживании молока. Матери нужно знать, как его стимулировать, в противном случае сцеживание будет затруднительным.

Рефлекс окситоцина можно стимулировать следующим образом:

1. Помогите матери *психологически*:

- Придайте ей уверенность
- Постарайтесь устранить или ослабить любые источники боли или тревоги
- Помогите ей набраться хороших мыслей и ощущений по поводу ребенка

2. Помогите матери *практически*. Помогите или посоветуйте ей:

- Сидеть спокойно и отдельно или в компании с поддерживающей ее подругой
- Если возможно, поддерживать с ребенком контакт кожа-к-коже.
- Сцеживая молоко, мать может держать ребенка на коленях.
- Если это невозможно, она может смотреть на ребенка. А если и это невозможно, то иногда помогает даже фотография ребенка перед глазами
- Выпить что-нибудь теплое, успокаивающее.
- Согреть грудь.

Например, мать может положить на грудь теплый компресс или принять теплый душ

- Стимулировать соски.
- Массировать грудь или слегка похлопывать по ней.
- Попросить помощницу матери помассировать ей спину.

Последовательность действий при сцеживании грудного молока рукой следующая:

1. Тщательно вымыть руки.
2. Сесть или встать удобно и расположить емкость для молока близко от груди.

3. Положить большой палец СВЕРХУ соска и околососкового кружка, а указательный НИЖЕ соска и околососкового кружка напротив большого пальца. Остальными пальцами поддерживать грудь.

4. Слегка надавливать большим и указательным пальцами на грудь по направлению к грудной стенке. Избегать слишком глубокого надавливания, иначе можно закупорить млечные протоки.

5. Большим и указательным пальцами сжимать участок груди за соском и околососковым кружком. Процедура не должна причинять боль. Если все-таки

Иногда во время лактации синусы можно прощупать. Они похожи на горошины или фасолинки. Если женщина их прощупает, то она может нажимать на них. Нажимать и отпускать, нажимать и отпускать.

процедура болезненная, значит техника сцеживания неправильная.

Сначала молоко может не появиться, но после нескольких нажатий оно начинает капать. Оно может течь струей, если рефлекс окситоцина активный.

6. Подобным же образом нажимать на околососковый кружок с боков, чтобы

убедиться, что молоко сцежено из всех сегментов молочной железы.

Избегать трения кожи пальцами или скольжения пальцев по коже. Движения пальцев должны быть больше похожи на катание.

Избегать сжимания самих сосков. Надавливанием на соски или толканием их молока не сцедить. Это то же самое, как если бы ребенок сосал один только сосок.

Сцеживать одну грудь не менее 5-6 минут, пока не замедлится поток молока; затем сцеживать вторую; затем обе повторно. Можно каждую грудь сцеживать одной рукой или менять их, если устали.

Объясните, что сцеживание молока надлежащим образом занимает 20 - 30 минут, особенно в первые несколько дней, когда еще может вырабатываться мало молока. Важно не пытаться сцеживать молоко за меньшее время.

Найдите рядом с соском место, где млечная железа по-другому воспринимается на ощупь. В этом месте чувствуется как бы нитка с узелками или ряд из бугорков. Именно в этом месте лучше всего давить при сцеживании молока. Положите большой палец своей руки на одну сторону млечной железы и 2-3 пальца – на другую.



Сожмите млечную железу над протоками. Попробуйте слегка сдвинуть большой палец вместе с другими в сторону грудной клетки, а затем сожмите их и выдавите молоко из соска. Ослабьте жим и повторяйте такие же движения до тех пор, пока не начнет выделяться молоко.



Рисунок 10. Сцеживание грудного молока

Это полезный прием для облегчения тяжелого нагрубания груди в тех случаях, когда грудь очень воспалена и сосок очень напряженный, что затрудняет сцеживание вручную.

Российские рекомендации по хранению и использованию сцеженного грудного молока приведены в СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования, предъявляемые к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»:

3.5.4. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделение реанимации и т.п.), собранное грудное молоко подвергают пастеризации.

Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования, закрывают и пастеризуют в водяной бане (не более 5-7 минут от начала закипания воды), уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 12 часов.

Существуют рекомендации по хранению сцеженного грудного молока ВОЗ, 2006 и Академии грудного вскармливания, США, 2008, которые несколько отличаются (Хранение грудного молока, протокол № 8 - Human Milk Storage, Protocol N 8, Academy of Breastfeeding Medicine, USA). В частности, сроки хранения грудного молока в холодильнике увеличены до 8 суток. Также по данным рекомендациям допускается замораживание грудного молока.

Кормление детей с низкой массой тела и больных детей

1. Принципы грудного вскармливания детей с низкой массой тела и больных детей

Термин *низкая масса тела при рождении* (НМТР) подразумевает массу тела при рождении менее, чем 2.500 г. Сюда относятся дети, родившиеся преждевременно, которые являются *недоношенными* и дети малые для гестационного возраста. И те, и другие дети могут иметь низкую массу тела.

Доля детей с низкой массой тела во многих странах достигает 15-20% от всех родившихся живыми детей. В России доля таких детей составляет около 6,0% (данные Минздравсоцразвития России за 2009 год).

Дети с низкой массой тела подвержены большему риску инфекции, и они в большей степени нуждаются в грудном молоке, чем более крупные дети. До сих пор этих детей значительно чаще кормят искусственным питанием и из бутылочки, нежели детей с нормальным весом.

Методы кормления детей с низкой массой тела

Кормление грудным молоком рекомендуется в первые часы после рождения. В течение первых нескольких дней ребенок с низкой массой тела может нуждаться в парентеральном питании. И даже в этом случае рекомендуется вводить минимальное количество грудного молока через зонд (трофическое питание). Это стимулирует работу желудочно-кишечного тракта и защищает ребенка от инфекций. Как только позволяет состояние ребенка, вводится энтеральное питание. Для вскармливания недоношенных детей используется сцеженное грудное молоко матери или специальные смеси для недоношенных детей. Для глубоко недоношенных с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г) требуется обогащение сцеженного грудного молока специальными белково-минерально-витаминными комплексами (фортификаторами грудного молока).

- ***Детей с гестационным возрастом менее 30-32 недель*** можно кормить сцеженным грудным молоком через назогастральный зонд. Мать может участвовать в кормлении младенца через зонд. Во время кормления она может дать младенцу сосать свой палец. Это стимулирует работу пищеварительного тракта и может способствовать более быстрому прибавлению веса ребенка.
- При кормлении через зонд следует учитывать, что к стенкам трубки может прилипнуть жир, что снижает энергетическую ценность питания. Если молоко должно поступать постоянно, наклоните контейнер и поместите зонд так, чтобы его входное отверстие располагалось в наивысшей точке контейнера – в этом случае младенец прежде всего получит самую жирную фракцию.

Если мать имеет возможность находиться со своим ребенком в палате интенсивной терапии, то она может держать ребенка на руках и быть с ним в контакте кожа-к-коже каждый день («метод кенгуру»). Контакт кожа-к-коже будет способствовать налаживанию связей между матерью и ребенком и выработке грудного молока у матери, и тем самым способствовать налаживанию грудного вскармливания.

- **Детей в гестационном возрасте 30-32 недели** можно пытаться кормить из маленькой чашки, с помощью маленькой ложечки или из шприца. Можно начинать кормить из чашки (ложки, шприца) один или два раза в день во время кормления его через зонд. Если он хорошо ест из чашки (ложки, шприца), можно реже кормить его через зонд. Другим способом кормления в этом возрасте является сцеживание грудного молока непосредственно в рот ребенка.

- **Дети в гестационном возрасте 32 недели и старше** могут начинать сосать грудь. Разрешите матери приложить ребенка к груди, как только он себя почувствует хорошо. Сначала он может только хватать соски и лизать их или слегка сосать. Продолжая кормление сцеженным молоком через зонд или с помощью чашки (ложки, шприца), убедитесь в том, что ребенок наедается досыта.

Как только ребенок с низкой массой тела начинает активно сосать, он может делать частые и длинные паузы во время кормления. Например, после 4-5 сосаний он может сделать паузу на 4 или 5 минут. Очень важно не отрывать сразу же ребенка от груди. Оставьте ребенка у груди матери, чтобы после паузы он мог снова начать сосать. Младенец может продолжать сосать в течение часа, если необходимо. Предложите ему еду из чашки после кормления грудью. Или предложите другую грудь и еду из чашки.

Оцените положение ребенка у груди матери. Убедитесь, что ребенок сосет в правильном положении.

Оцените, правильно ли ребенок приложен к груди матери. Правильное прикладывание к груди способствует эффективному сосанию и получению большего количества молока.

Лучшими положениями, при которых мать может держать ребенка с низкой массой тела у груди, являются:

- горизонтально к своему телу, придерживая его рукой с противоположной от груди стороны;
- положение из-под руки.

В обоих случаях она поддерживает тело ребенка своей рукой и контролирует его голову кистью руки.

- **Дети с гестационным возрастом 34-36 недель и старше** (иногда и раньше) могут получать все необходимое количество молока из груди матери. Хотя иногда есть

необходимость докармливать малыша сцеженным грудным молоком (из чашки, ложки, шприца).

Обучите медицинский персонал отделения и маму кормлению младенца из чашечки.

Таблица 6: КАК КОРМИТЬ РЕБЕНКА ИЗ ЧАШКИ

- Держите ребенка в подоле в сидячем вертикально или полулежа положении.
- Держите маленькую чашку с молоком у губ ребенка.
- Слегка прикоснитесь чашкой к губам так, чтобы молоко коснулось губ ребенка.

Чашка слегка лежит на нижней губе ребенка, а края чашки касаются наружной стороны верхней губы ребенка.

- Ребенок настораживается и открывает свои рот и глаза.
- *Ребенок с низкой массой тела берет молоко в рот, помогая языком (лакает).*
- *Доношенный ребенок или старше способен пить, проливая при этом часть*

молока.

- НЕ ЛЕЙТЕ молоко в рот ребенка. Держите чашку у его губ и дайте ему возможность самому пить.

- Как только ребенок наестся, он закрывает рот и больше не пьет. Если ребенок не выпил положенную норму, он выпьет ее в следующий раз или вам необходимо кормить его чаще.

- Рассчитайте норму приема еды в течение суток - а не на каждое кормление.

Почему кормление ребенка из чашки безопасней и лучше, чем из бутылочки?

- Чашки легче мыть.
- На кормление из чашки уходит меньше времени.
- Чашку нельзя оставить рядом с ребенком, чтобы он сам поел. Мать (медицинская сестра), кормящая ребенка из чашки, должна держать ребенка и смотреть на него, тем самым оказывая необходимое ему внимание.
- Кормление из чашки не вызывает отказа от груди вследствие «путаницы сосков».

Желтуха

Желтуха не является показанием к прекращению кормления грудью или к введению дополнительного питания.

Физиологическая желтуха обычно появляется между 2-м и 10-м днями жизни. Она встречается чаще и в более тяжелой форме у детей, *которые получают мало грудного молока.* Дополнительное питье, вода или вода с глюкозой не помогает, потому что оно сокращает потребление грудного молока.

Чтобы предотвратить развитие тяжелой желтухи, детям необходимо давать больше грудного молока.

- Детей необходимо начать кормить грудью сразу же после родов.
- Детей необходимо кормить грудью часто, в неограниченном количестве.
- Дети, которых кормят сцеженным грудным молоком, должны получать грудного молока на 20% больше с учетом того, что часть молока проливается ребенком во время кормления.

Раннее кормление особенно полезно, так как ребенок получает молозиво. Молозиво обладает мягким слабительным эффектом, в результате которого выделяется меконий (первый детский стул темного цвета). Билирубин выделяется со стулом и таким образом молозиво предотвращает развитие желтухи.

Как помочь матери продолжить грудное вскармливание, если ребенок болен

- *Если ребенок в больнице:*

Оптимальным для сохранения грудного вскармливания и психологического комфорта младенца (ребенка раннего возраста) является его госпитализация вместе с мамой.

- *Если ребенок умеет хорошо сосать грудь:*

Убедите маму кормить грудью чаще. Она может увеличить число кормлений до 12 раз в сутки или больше, если ребенок болен. Иногда ребенок отказывается от другой еды, но продолжает сосать грудь. Это обычное явление, если у ребенка имеются признаки диареи.

Более частое кормление грудью способствует увеличению выработки грудного молока.

- *Если ребенок меньше сосет грудь при каждом кормлении, чем прежде:*

Посоветуйте маме чаще кормить ребенка, даже если продолжительность кормления короче.

- *Если ребенок не может сосать грудь или отказывается, или сосет недостаточно:*

Помогите маме сцедить молоко и дать его из чашки или ложки.

Пусть ребенок продолжит сосать грудь, если он этого хочет. Даже те дети, которым вводят жидкость внутривенно, могут сосать грудь или пить сцеженное грудное молоко.

- *Если ребенок не может пить сцеженное грудное молоко из чашки:*

В этом случае, вероятно, необходимо давать на несколько кормлений сцеженное грудное молоко через назогастральный зонд.

- *Если ребенок не может есть через рот:*

Убедите маму в необходимости сцеживания молока для сохранения лактации до того времени, когда ее ребенок снова сможет есть через рот. Она должна сцеживать молоко в условное время кормления, в том числе и ночью. Она может сохранять излишки молока для последующих кормлений.

После выздоровления ребенка мама сможет продолжать кормить его грудью. Если вначале малыш откажется от груди, помогите маме наладить кормление грудью. Посоветуйте ей кормить грудью часто, чтобы восстановить лактацию.

Таблица 7. КОЛИЧЕСТВО МОЛОКА ДЛЯ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ НЕ МОГУТ КОРМИТЬСЯ ГРУДЬЮ

Какое молоко давать:

Вариант 1: Сцеженное материнское грудное молоко (СГМ)

Вариант 2: Детское питание, приготовленное согласно инструкции

Необходимое количество молока:

Дети с весом 2,5 кг и более:

150 мл молока на килограмм веса в день

Разделить общее количество молока на 8 кормлений и давать каждые 3 часа.

Дети с весом менее 2,5 кг (низкая масса тела):

Начинать с 60 мл/кг веса

Увеличивать общий объем молока на 20 мл на кг веса каждый день до тех пор, пока ребенок не начнет получать по 200 мл на кг веса в день.

Разделить общий объем молока на 8 -12 кормлений, кормить каждые 2-3 часа.

Продолжать кормить сцеженным молоком (или смесью по показаниям) до тех пор, пока вес ребенка не достигнет 1800 г или более, и пока он не перейдет полностью на грудное вскармливание.

Проверить суточный объем принятого ребенком молока.

Частота индивидуальных кормлений может меняться.

Объем молока для детей

Количество молока, которое получает ребенок за одно кормление, варьирует в зависимости от метода кормления. Пусть ребенок сам решает, когда ему хватит. Если ребенок съел мало, дайте ему больше на следующее кормление, или покормите его раньше, особенно, если ребенок проголодался. Оцените объем кормления за сутки. Докармливайте через назогастральный зонд только, если суточный объем недостаточен.

Если у матери мало молока, необходимо его все отдать ребенку.

Помогите ей поверить, что даже это малое количество ценно, особенно для предотвращения инфекции. Это поможет ей поверить в себя и продуцировать больше молока.

Если мать сцеживает больше молока, чем нужно ребенку, пусть она сцеживает позднее молоко из каждой груди в отдельную посуду. И при кормлении следует давать

ребенку сначала позднее молоко, из которого он получит дополнительную энергию, так необходимую ему.

2. Показания для использования заменителей грудного молока

Почти все матери могут успешно кормить грудью, включая ранее начало грудного вскармливания в течение первого часа жизни, исключительно грудное вскармливание до 6-и месяцев и продолжение кормления грудью (в сочетании с соответствующим возрасту прикормом) до 2-х лет и более.

Тем не менее, в небольшом числе случаев, обусловленных состоянием здоровья младенцев или матерей, могут быть оправданы рекомендации по временному или длительному прекращению грудного вскармливания. Всякий раз, принимая решение о прекращении грудного вскармливания, следует взвешивать преимущества грудного вскармливания и тот риск, который несет особое состояние.

В 2009 году ВОЗ подготовлена новая редакция документа «Приемлемые медицинские показания для использования заменителей грудного молока». В этом документе описаны состояния младенцев и матерей, при которых показано использование искусственных смесей

Медицинские показания для использования заменителей грудного молока (рекомендации ВОЗ, 2009)

Состояния младенцев

Младенцы, которые не должны получать грудное молоко или какое-либо другое молоко, кроме адаптированных искусственных смесей

1. Младенцы с классической галактоземией: необходимы специальные смеси, не содержащие галактозы.

2. Младенцы с болезнью «кленового сиропа» (валинолейцинурия): необходимы специальные смеси, не содержащие лейцина, изолейцина и валина.

3. Младенцы с фенилкетонурией: необходимы специальные смеси, не содержащие фенилаланина (возможно частичное грудное вскармливание после тщательного мониторинга).

Младенцы, для которых грудное молоко остается наилучшим питанием, но которые могут нуждаться в другом питании в дополнение к грудному молоку некоторый ограниченный период времени

- Младенцы, недоношенные дети рожденные с массой тела менее 1500 г (очень низкая и экстремально низкая масса тела), менее 32 недель гестации. Рекомендуется добавление в сцеженное грудное молоко усилителя (фортификатора).

- Новорожденные с высоким риском гипогликемии в результате ослабленной адаптации или повышенной потребности в глюкозе (недоношенные, с малым сроком гестации, перенесших внутриутробную гипоксию, больные и новорожденные матерей,

страдающих диабетом), если уровень сахара в крови у них снижается, несмотря на оптимальное вскармливание грудным молоком.

Заболевания матери, препятствующее грудному вскармливанию

Заболевания, при котором вскармливание грудным молоком противопоказано

- ВИЧ-инфекция: если возможна замена приемлемым, реальным, доступным, постоянным и безопасным питанием. (В России в соответствии с существующими приказами ВИЧ-инфицированные матери не кормят своих детей грудью – примечание авторов).

Заболевания матери, *которые являются временным противопоказанием для грудного вскармливания*

- Тяжелые заболевания, которые препятствуют уходу матери за ее ребенком, например, сепсис.
- Поражение вирусом простого герпеса типа I (HSV-I): непосредственный контакт пораженной герпесом части груди и губами новорожденного следует избегать до тех пор, пока эта активная форма поражения не будет излечена.
- Использование матерью лекарств, в инструкции которых грудное вскармливание противопоказано:
 - седативные психотерапевтические, анти-эпилептические препараты и опиоиды или их комбинация могут вызвать побочные эффекты и угнетение дыхания; использование этих препаратов лучше избегать, если возможна более безопасная альтернативная замена;
 - радиоактивный йод-131 лучше избегать, если возможна более безопасная альтернативная замена – мать может возобновить грудное вскармливание через два месяца после замены препарата;
 - интенсивное использование топоческого иодина или иодофоса (например, повидон-иодина), особенно через открытую рану или слизистые оболочки может привести к подавлению функции щитовидной железы или к нарушению электролитного баланса у младенцев на грудном вскармливании, и использование этих препаратов следует избегать;
 - применение цитотоксической химиотерапии требует прекращения грудного вскармливания на время терапии.

Состояния матерей, при которых возможно продолжение грудного вскармливания, хотя проблемы со здоровьем требуют решения:

- Абсцесс груди – грудное вскармливание следует продолжать со стороны неинфицированной груди; кормление пораженной грудью может быть возобновлено сразу после начала лечения. Однако гнойный мастит, абсцесс груди, как правило, требуют госпитализации женщины в хирургическое отделение, в

котором невозможно совместное пребывание с ребенком, поэтому рекомендуется на этот период поддерживать лактацию и регулярно сцеживать молоко.

- Гепатит В. Первая вакцинация против гепатита В осуществляется в роддоме в первые 12 часов после рождения В дальнейшем вакцина вводится повторно через месяц и через шесть месяцев после первой вакцинации. Детям, рожденным у матерей, являющихся носителями HBsAg или перенесших данное заболевание в третьем триместре беременности, дополнительно к прививке рекомендуется сразу после рождения (в первые 48 часов) внутримышечное введение 0,5 мл препарата иммуноглобулина (готовые антитела к вирусу гепатита) против гепатита В.
- Гепатит С.
- Туберкулез: матери и дети требуют ведения в соответствии с национальными руководствами.
- Употребление наркотических веществ*:
 - доказано, что употребление матерью никотина, алкоголя, экстази, амфетамина, кокаина и других стимуляторов оказывает отрицательное воздействие на здоровье ребенка при грудном вскармливании;
 - алкоголь, опиоиды, бензодиазепин и марихуана (анаша, гашиш, травка) могут вызывать седативный эффект у обоих, матери и ребенка.

Матери должны поощряться к отказу от употребления этих средств, а также иметь возможность и поддержку к воздержанию от их употребления.

** Матери, которые не собираются прекращать употребление перечисленных наркотических веществ или, которые не в состоянии это сделать, нуждаются в индивидуальном совете в отношении риска и преимуществ грудного вскармливания с учетом их конкретного случая. Для матерей, которые употребляют наркотические вещества короткий период, может быть приемлемым временно отказаться от грудного вскармливания на этот период.*

Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока

В 1981 году Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока был принят 34 сессией Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в виде рекомендации. Всем государствам-членам ВОЗ было настоятельно рекомендовано принять его в качестве минимального требования; перенести его положения в национальное законодательство, нормативно-правовую базу или осуществить иные соответствующие меры; привлечь все заинтересованные стороны к его выполнению и осуществлять контроль за его соблюдением. В резолюции подчеркивается, что принятие и соблюдение свода правил является лишь одним из нескольких важных шагов, которые необходимы для того, чтобы защитить здоровые традиции в отношении кормления младенцев и детей раннего возраста.

Цель Свода правил состоит в том, чтобы способствовать обеспечению грудных детей безопасным и адекватным питанием путем защиты и поощрения практики грудного вскармливания и гарантирования правильного употребления заменителей грудного молока в тех случаях, когда они необходимы, на основе соответствующей информации и посредством надлежащих методов сбыта и распространения. В интересах достижения этой цели Свод устанавливает детальные правила в отношении:

- надлежащего распространения информации и просвещения по вопросам вскармливания грудных детей;
- сбыта заменителей грудного молока, бутылочек и сосок для кормления;
- мер, которые необходимо принять в системах здравоохранения, в отношении работников здравоохранения и персонала, находящегося на службе организаций-производителей и продавцов;
- оформления этикеток и качества заменителей грудного молока и связанных с ними продуктов;
- осуществления Свода правил и контроля за реализацией его положений.

В сфере действия Свода правил находятся все продукты, представленные на рынке в качестве заменителей грудного молока: детские смеси, различные виды молока, продукты питания для младенцев, соки, бутылочки для детского питания и соски.

10 основных положений Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока

1. Среди населения недопустима любая реклама продуктов, находящихся в сфере действия свода правил.
2. Недопустима раздача бесплатных образцов смесей матерям.
3. Недопустимо продвижение продуктов, находящихся в сфере действия Свода правил, в учреждениях здравоохранения, включая поставки на бесплатной основе и по сниженным ценам.
4. Недопустимы контакты представителей компаний с матерями.
5. Недопустимо представление компаниями подарков и образцов работникам здравоохранения, а также передача матерям образцов работниками здравоохранения.
6. На этикетках продуктов, находящихся в сфере действия Свода правил, не должно быть текстов и рисунков, включая изображения младенцев, идеализирующих использование детских смесей.
7. Информация для работников здравоохранения должна быть ограничена научными и фактическими данными.
8. Вся информация по искусственному питанию младенцев должна разъяснять преимущества и выгоду грудного вскармливания, а также финансовые расходы и опасности, связанные с искусственным вскармливанием.
9. Такие продукты, как сгущенное молоко, не могут быть представлены на рынке в качестве продуктов питания для младенцев, будучи для этого неприемлемыми.
10. Компании изготовители или распространители обязаны выполнять положения Свода правил даже в том случае, если страны не приняли соответствующих законов или других актов по выполнению Свода правил.

Для контроля выполнения Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока во многих странах мира действуют неправительственные общественные организации, являющиеся членами ИБФАН (Международная Действующая Сеть Детского Питания).

В России разработан проект нормативного документа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, регламентирующий маркетинг заменителей грудного молока в учреждениях здравоохранения "Правила маркетинга заменителей грудного молока в учреждениях системы здравоохранения Российской Федерации". Следующий шаг – разработка национального законодательства, регламентирующего маркетинг заменителей грудного молока в Российской Федерации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян Л.В. Итоги и перспективы развития Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку" в Российской Федерации // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - № 6 (7). - С. 48-52.
2. Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Тамазян Г.В. Сравнительный анализ практики охраны и поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах Московской области, имеющих и не имеющих статус "Больница, доброжелательная к ребенку" // Проблемы управления здравоохранением. - 2005.
3. Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Гурьянова В.Ф. и др. Динамика грудного вскармливания и заболеваемость детей первого года жизни в ЛПУ, внедряющих современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания // Проблемы управления здравоохранением. - 2005.
4. Абольян Л.В., Зубкова Н.З., Бартенева Е.И. и др. Практика охраны и поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах Московской области, имеющих и не имеющих статуса "Больница, доброжелательная к ребенку" // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006. - № 1. - С. 40-46.
5. Абольян Л.В., Казакова Л.В. Российская национальная школа и роль лечебно-профилактических учреждений в охране и поддержке грудного вскармливания // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2006. - № 3. - С. 55-63.
6. Абольян Л.В., Геппе Н.А., Бузуруков А.Д. Динамика распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации//Вопросы детской диетологии. – 2007. – Том 5. - № 3. – С. 5-8.
7. Абольян Л.В. Современные подходы к обоснованию национальной статистики по оценке уровня грудного вскармливания//Вопросы детской диетологии. - 2009. - Том 7. - № 1. - С. 57-63.
8. Абольян Л.В. Российская национальная школа и «десять принципов успешного грудного вскармливания» Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»//Вопросы детской диетологии. – 2009. – Том 7. - № 6. – С. 14-22.
9. Абольян Л.В., Казакова Л.В., Барабаш Н.А. и др. О роли общественных объединений матерей в охране и поддержке грудного вскармливания: история и современность//Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Том 9. – № 2. – С. 15-18.
10. Абольян Л.В., Лоранский Д.Н., Казакова Л.В. и др. О группах материнской поддержки грудного вскармливания//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. - № 3. – С. 34-37.
11. Абольян Л.В., Бартенева Е.И., Киньшина М.М. Национальная стратегия охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в Соединенных Штатах Америки //Вопросы детской диетологии. – 2010. - № 6. – С. 65-71.
12. Абольян Л.В., Новикова С.В. Современные аспекты грудного вскармливания//Педиатрия. – 2011. – том 90. - № 1. – С. 80-83.
13. Батулин А.К., Нетребенко О.К. Практика вскармливания детей первых лет жизни в Российской Федерации//Педиатрия. – 2010. –Том 89. - № 3. – С. 99-105.

14. Боровикова М.П., Новицкая И.А., Темникова Е.Н. Особенности работы по пропаганде грудного вскармливания в Калужской области // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Том 1. - № 3. - С. 74-76.
15. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Яцык Г.В. и др. Научно-практическая программа «Оптимизация вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации//Педиатрия. – 2008. – Том 87. - № 4. – С. 75-79.
16. Боровик Т.Э., Скворцова В.А., Нетребенко О.К. Прикорм в питании грудных детей. – 2008. – Том 87. - № 4. – С. 79-85.
17. Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Лучанинова В.Н. и Абольян Л.В. Экономическая эффективность внедрения программы грудного вскармливания // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. –Том 16. - № 3. - С. 54-56.
18. Буцык И.И. Особенности течения послеродового периода и периода новорожденности при совместном пребывании матери и ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Смоленск, 2004. - 28 с.
19. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Современная концепция естественного вскармливания // Вопросы питания. - 1996. - № 5. - С. 35-40.
20. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. - СПб., 1998. - 262 с.
21. Глушко И.В. Грудное вскармливание. Медико-экономический аспект (на примере г. Владивостока): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Владивосток, 2003. - 24 с.
22. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. Женева: Пер. с англ. - Женева: ВОЗ, 2003.
23. Дакинова Л.Н., Абольян Л.В., Черепанова И.С. Современные технологии улучшения состояния здоровья детей первого года жизни, на примере охраны и поддержки грудного вскармливания в Республике Калмыкии. // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. – Том 16. - № 3. - С. 57-63.
24. Джумагазиев А.А. Значение грудного вскармливания и психологического единства мать и дитя для нервно-психического развития ребенка//Вопросы детской диетологии. – 2004. – Том 6. - № 2. – С. 13-15.
25. Зелинская Д.И., Ладодо К.С. Организационная поддержка грудного вскармливания в России // Российский педиатрический журнал. - 2000. - № 2. - С. 44-47.
26. Конвенция о правах ребенка. - Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1989.
27. Конь И.Я., Попович М.В., Фатеева Е.М. и др. Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и вскармливания по часам // Российский педиатрический журнал. - 1999. - № 4. - С. 19-22.
28. Конь И.Я. Некоторые актуальные проблемы современной детской диетологии (нутрициологии). Часть 1. Питание здоровых детей. Вопросы детской диетологии, 2003; 1 (1): 8-15.
29. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М. и др. Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. - 2004. - Том 2. - № 4. - С. 38-41.

30. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства: Пособие для врачей//Вопросы детской диетологии. – 2007. – Том 5. - № 4. – С. 44-57.
31. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза: Пер. с англ. - Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2001. - 369 с.
32. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: стратегия развития в Российской Федерации. // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Том 1. - № 1. - С. 16-17.
33. Корсунский А.А., Поддержка грудного вскармливания в России: достижения и проблемы. // Вопросы детской диетологии. - 2004. - Том 2. - № 3. - С. 5-8.
34. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в детских лечебно-профилактических учреждениях // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - № 6. - С. 54-61.
35. Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Абольян Л.В., Филипов А.Г. Опыт работы по внедрению современных принципов грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Том1. - № 1. - С. 23-26.
36. Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К., Васильева О.А. и др. Проблемы практического внедрения принципов успешного грудного вскармливания ВОЗ/ЮНИСЕФ // Нижегородский медицинский журнал. - 2002. - № 2. С. 33-38.
37. Лучанинова В.Н., Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Абольян Л.В. Современные подходы к обоснованию приоритета грудного вскармливания детей // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - № 3 (16). - С. 54-56.
38. Лыурова Т.М., Абольян Л.В., Доронина Н.Г. и др. Об опыте работы по сохранению и распространению грудного вскармливания в Республике Коми // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - № 6 (13). - С. 82-86.
39. Мы, дети: десятилетний обзор деятельности по итогам Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей: Пер. с англ. - Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея ООН, 2001. - 148 с.
40. Нетребенко О.К. Современные проблемы вскармливания детей грудного и раннего возраста (к дискуссии по данному вопросу) // Педиатрия. - 2002. - № 1. - С. 63 - 64.
41. Нетребенко О.К. Влияние питания на развитие мозга//Педиатрия. – 2008. – Том 87. - № 3. – С. 96-103.
42. Нетребенко О.К. Питание и рост грудного ребенка: отдаленные последствия и связь с заболеваниями// Педиатрия/ - 2009. Том 88. - № 5. – С. 72-76.
43. Образцов Ю.Л. Пропаганда грудного вскармливания детей – важная проблема первичной профилактики стоматологических заболеваний (Обзор) // Стоматология. - 1988. – Том 67. - № 5. - С. 87-89.

44. Организация работы кабинета здорового ребенка в детской поликлинике: Методические рекомендации (Утверждены Министерством здравоохранения Московской области). – М., 2007.
45. Организация работы по поддержке и поощрению грудного вскармливания медицинскими работниками ЛПУ родовспоможения и детства / Методические рекомендации Комитета здравоохранения г. Москвы (№ 2). - М., 2000. - 22 с.
46. Перевощикова Е.П. Ориентация населения и медицинской службы г. Ижевска на естественном вскармливании младенцев // Педиатрия. - 2000. - № 4. - С. 67-69.
47. Перевощикова Н.К., Басманова Е.Д., Коба В.И. и др. Состояние здоровья детей в зависимости от вида вскармливания в детском возрасте // Российский педиатрический журнал. - 2002. - № 1. - С. 4-6.
48. Попович М.В. Состояние лактации при различных режимах кормления новорожденных и грудных детей: Автореф. дис. ... канд. мед наук. - М., 1999. - 22 с.
49. Рюмина И.И., Байбарина Е.Н., Курбатова Е.М. и др. Организация вскармливания пациентов в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей//Вопросы детской диетологии. – 2010. – Том 8. - № 3. – С. 30-34.
50. Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях. Краткий курс для администрации и руководства больниц: Пер. с англ. - Женева: ВОЗ, Веллстарт Интернэшнл, 1996. - 210 с.
51. Сорвачева Т.Н., Пашкевич В.В., Конь И.Я. Сравнительная оценка состояния здоровья детей в раннем возрасте в зависимости от характера вскармливания на первом году жизни. Педиатрия, 2001; 3: 72- 76.
52. Тачиев Б.А., Дакинова Л.Н., Корсунский А.А., Абольян Л.В. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку" в Республике Калмыкия // Южно-Российский медицинский журнал. - 2002. - № 4. - С. 4-10.
53. Украинцев С.Е., Нетребенко О.К. Грудное молоко: пребиотик, пробиотик или синбиотик?//Педиатрия. – 2008. – Том 87. - № 1. – С. 96-98.
54. Тутельян В.А., Батурин А.К., Конь И.Я. и др. Характер питания детей грудного и раннего возраста в Российской Федерации: практика введения прикорма. – Педиатрия. – 2009. – Том 88. - № 6. – С. 77-83.
55. Фатеева Е.М., Прошин В.А. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в Москве // Российский педиатрический журнал. - 2000. - № 3. - С. 34-37.
56. Фатеева Е.М., Конь И.Я. Отдаленное влияние грудного вскармливания на здоровье и качество жизни человека// Вопросы детской диетологии. - 2005. – Том 4. - № 3. – С. 34-37.
57. Фатеева Е.М., Абольян Л.В. Роль государственной социальной политики в реализации приоритета грудного вскармливания//Вопросы детской диетологии. – 2006. – Том 4. - № 4. – С. 46.
58. Фурцев В.И., Прахин Е.И., Грицан А.И., Будникова Е.В. Изменение политики педиатрической службы здравоохранения в отношении практики грудного вскармливания // Педиатрия. - 2002. - № 1. - С. 69-71.



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ПРОЕКТ ПО
УЛУЧШЕНИЮ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ACKNOWLEDGEMENTS

This change package was prepared for the USAID Health Care Improvement Project (HCI), which is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The HCI Project is managed by University Research Co., LLC (URC) under the terms of Contract No. GHN-I-00-07-00003.

ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ

Настоящий Комплекс рекомендуемых изменений подготовлен в рамках Проекта по улучшению здравоохранения, который осуществляется при поддержке американского народа через Агентство США по международному развитию и выполняется Университетской исследовательской компанией (URC) по контракту № GHN-I-00-07-00003.

Подписано в печать 01.11.2011 г.

Печать офсетная

Формат 60*90/16 - 1

Заказ № 2412

Тираж: 120 экз.

Типография «Sunprint»

119334, Москва, Ленинский пр-т., д.37А

(495) 626-42-43

www.sunprint.ru

59. Фурцев В.И. Роль служб родовспоможения и поликлинической педиатрии в расширении практики грудного вскармливания в педиатрии // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Том1. - № 3. - С. 72-73.
60. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: Пер. с англ. под ред. А.В.Михайлова. - СПб: "Петрополис", 2003. - 477 с.
61. Breastfeeding. An Illustrated Guide to Diagnosis and Treatment. Both D, Frischknecht K. Elsevier Mosby, 2008.
62. Breastfeeding and Human Lactation. Riordan J, Wambach K. Jones and Bartlett Publishers, 2010.
63. Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional. Lawrence RA, Lawrence RM. Elsevier Mosby, 2011.
64. Breastfeeding Management for the clinician: Using the Evidence. Walker M. Jones and Bartlett Publishers, 2011.
65. Cooper AP. On the anatomy of the breast. London, UK, Longman, Orme, Green, Brown and Longmans, 1840.
66. The Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. Walker M. (ILCA) Jones and Bartlett Publishers, 2008.
67. Co-Sleeping and Breastfeeding, ABM N 6, 2008.
68. Geddes DT, Kent JC, Mitoulas LR, Hartmann PE. Tongue movement and intra oral vacuum in breastfeeding infants. Early Human Development, 2008; 84: 471-477.
69. Murzina E.N., Polyanskaya S.A., Petrov A.I., Novozhilov A.V., Kapitonov B.D., Simmons N., Abolyan L.V. The baby Friendly Hospital Initiative in neonatal units for sick and preterm newborns in Russia//Neo-BFHI 2011. – Uppsala, Sweden, 2011. – P. 16-17.
70. Human Milk Storage, ABM Protocol N 8 2004, 2010.
71. Stroeveva L.T., Mozzhuhina L.I., Kalgina S.E., Ratynskaja N.V., Olendar N.V. Training of mothers – te major step to successful breast feeding//Neo-BFHI 2011. – Uppsala, Sweden, 2011. – P. 76.
72. Textbook of Human Lactation. Hale T, Hartmann P. Hale Publishing, 2007.
73. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. Journal of Anatomy, 2005; 206:525-534

Другие ресурсы по данному вопросу (как и по многим другим) доступны в библиотеке ВЕБ – портала проекта «Улучшение помощи мамам и малышам» по ссылке: <http://www.healthquality.ru/open>