

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ИНСТИТУТ ПИТАНИЯ РАМН

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. И.М.СЕЧЕНОВА

Утверждаю
Председатель секции по педиатрии
Ученого совета Минздрава
и социального развития РФ
доктор медицинских наук,
профессор Л.С.Балева



**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ И ПОДДЕРЖКЕ
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА**

Пособие для врачей

Москва 2005

УДК 613.287.8 (07)

Учреждения-разработчики: НИИ питания РАМН; НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М.Сеченова

Составители: академик РАЕН, профессор, д.м.н. И.Я.Конь; к.м.н. Л.В.Абольян; профессор, д.м.н. Е.М.Фатеева; к.м.н. М.В.Гмошинская

Рецензенты: заведующий отделом социальной педиатрии ГУ Научный центр здоровья детей РАМН профессор, д.м.н. В.Ю.Альбицкий; заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии профессор, д.м.н. А.Н.Иванян, заслуженный врач Российской Федерации; руководитель отделения для недоношенных детей ГУ Научный центр здоровья детей РАМН академик РАЕН, профессор, д.м.н. Г.В.Яцык, заслуженный деятель науки Российской Федерации

Предназначение: для врачей педиатров, неонатологов, акушеров-гинекологов, организаторов службы охраны материнства и детства

Издание осуществлено при поддержке Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) в России

©Конь И.Я, Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., 2005
©НИИ питания АМН РФ
©ММА им. И.М.Сеченова, 2005
©Оформление Касин В., Гурьев С., 2005

ISBN 5-9243-0096-X

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении более чем 150 лет истории науки о детском питании, естественное вскармливание и женское молоко были «золотыми стандартами» в отечественной детской диетологии. Традиционная практика пропаганды грудного вскармливания основывалась на глубоких научных знаниях, но всегда подчеркивала нравственную обязанность матери кормить свое дитя грудным молоком.

Грудное вскармливание является не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием грудных детей. Оно оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье, как матери, так и ребенка.

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничное развитие ребенка — адекватное созревание различных органов и тканей, оптимальные показатели физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость младенца к воздействию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов. Характер вскармливания в первые годы жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка в последующие периоды его жизни. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы и других заболеваний.

Кормление грудью создает все условия для тесного контакта матери и ребенка, формирует их близкие связи, сохраняющиеся на долгие годы. Естественное вскармливание ребенка является для молодой матери наилучшим путем формирования материнского поведения и развития материнских чувств.

Значительные средства, людские и природные ресурсы могут быть сэкономлены с увеличением числа детей, находящихся на естественном вскармливании. В масштабах государства

экономия средств может выражаться в сокращении производства или закупок заменителей грудного молока, а также в уменьшении затрат, связанных с лечением детей в условиях детских стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений. Для семьи — это значительная экономия денежных средств на приобретение смесей, воды, бутылочек и сосок, оплату электроэнергии.

В течение многих лет распространенность грудного вскармливания в Российской Федерации находится на низком уровне. Однако в последние годы в ряде регионов отмечается ощутимый рост числа кормящих грудью женщин. В значительной мере это связано с большой работой по охране и поддержке грудного вскармливания, проводимой многими учеными, организаторами здравоохранения и практическими врачами: педиатрами, неонатологами, акушерами-гинекологами. Важную роль в инициировании и дальнейшем осуществлении этой работы сыграла деятельность Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в нашей стране.

Цель настоящего документа заключается в обобщении накопленного опыта и информировании руководителей здравоохранения и практических врачей об основных подходах в организации работы по охране и поддержке грудного вскармливания. Пособие для врачей описывает 10 принципов (шагов) успешного грудного вскармливания применительно к различным типам лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства, а также отечественные подходы в осуществлении работы по поддержке грудного вскармливания, в том числе, личный опыт авторов. Приводятся рекомендации по профилактике гипогалактии и питанию кормящей женщины. Представлен широкий список работ российских и зарубежных авторов по данному вопросу.

1. Современные принципы организации грудного вскармливания и Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ

«Больница, доброжелательная к ребенку»

Учитывая важность проблемы грудного вскармливания в мировом масштабе, Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, принимая Конвенцию «О правах ребенка», в одной из статей этого документа закрепила право младенца на вскармливание материнским молоком (1989).

Современные рекомендации по грудному вскармливанию отражены в Глобальной стратегии по питанию младенцев и детей раннего возраста, принятой на 55 Всемирной Ассамблее здравоохранения (2002).

В 1991 году ВОЗ и ЮНИСЕФ предприняли совместную Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». Инициатива была направлена на то, чтобы поддержать женщин в осуществлении их права кормить грудью и добиться прекращения поставок в родильные стационары детских питательных смесей бесплатно или по низким ценам. В Инициативе признается, что существующая во многих родильных домах практика (позднее прикладывание к груди, разделение матерей и новорожденных, стимулирование искусственного вскармливания и др.) в значительной мере способствует отходу от грудного вскармливания. Предпринятая изначально в целях поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах, Инициатива распространяется в настоящее время и на другие учреждения, оказывающие медицинские услуги.

В Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989) изложены «Десять шагов успешного грудного вскармливания», которые необходимо внедрить в практику учреждения для получения статуса «Больница, доброжелательная к ребенку».

Десять шагов 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.
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.

2. Внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации

Для претворения в жизнь основных положений Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» Министерством здравоохранения Российской Федерации была подготовлена нормативно-правовая база, изданы информационно-методические письма и приказы:

— Информационно-методическое письмо «Поощрение и поддержка грудного вскармливания в сети практического здравоохранения» (1989);

— Информационное письмо по вопросам поддержания грудного вскармливания и план мероприятий в Российской Федерации на 1994-1995 гг. (1994);

— Инструктивно-методическое письмо «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: в развитие совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ» (1996);

— Приказ № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (1997);

— Информационное письмо «О программе действий по совершенствованию системы профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение смертности детей первого года жизни (1998);

— Информационное письмо «Система организационных мероприятий по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания младенцев по опыту работы органов и учреждений здравоохранения г. Электросталь Московской области» (1998);

— Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (1999);

— Типовая региональная программа мероприятий по поддержке грудного вскармливания младенцев (1999);

— Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации (2002);

— Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (2003);

— Приказ № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» (2003).

Современные подходы в охране и поддержке грудного вскармливания также нашли отражение в Методических указаниях Министерства здравоохранения Российской Федерации №225 «Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни» (1999).

Кроме того, важность проблемы грудного вскармливания была закреплена в Федеральной целевой программе «Безопасное материнство» (1997) и «Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года» (1998).

В 1999 году вышло Положение Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку», в котором были изложены 10 принципов (шагов) ВОЗ/ЮНИСЕФ для внедрения их в российских медицинских учреждениях родовспоможения и детства. С целью координации этой работы, подготовки медицинских кадров и их методического обеспечения был создан Федеральный научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания (1997).

С самого начала внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в России в Положении об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу

«Больница, доброжелательная к ребенку» отмечалась важная роль всех звеньев оказания помощи матери и ребенку: женских консультаций, родильных домов, детских амбулаторно-поликлинических учреждений, в охране и поддержке грудного вскармливания.

Подводя итоги развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации, следует сказать, что за период с 1996 г. по 31 декабря 2004 г. 195 родильных домов (отделений) в 38 субъектах федерации удостоены международного статуса «Больница, доброжелательная к ребенку».

В 2003 г. были аттестованы первые женские консультации и детские поликлиники на соответствие званию «Больница, доброжелательная к ребенку». В ряде территорий (Нижегородской и Саранской, отдельных районах Волгограда и Волгоградской области, Астраханской, Белгородской, Воронежской и Смоленской областей, Республик Башкортостан и Мордовия, ХМАО, Краснодарского края) и субъектах федерации (Республике Калмыкия) современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания внедрены на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку — женской консультации, родильном доме и детской поликлинике. Эти территории могут быть названы по терминологии ВОЗ и ЮНИСЕФ «Территориями, доброжелательными к ребенку».

Внедрение и дальнейшее развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ в Российской Федерации показало ее важное значение для повышения уровня грудного вскармливания и снижения заболеваемости детей первого года жизни; улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку и ее гуманизации; экономии материальных ресурсов, как отдельных медицинских учреждений, так и субъектов федерации в целом. Разработанная на основе принципов Инициативы меди-

ко-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства может рассматриваться как современная низкозатратная и высокоэффективная технология улучшения здоровья детей раннего возраста.

3. Организация работы лечебно-профилактического учреждения по внедрению 10 шагов успешного грудного вскармливания

Работа по поддержке грудного вскармливания должна осуществляться на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку: беременность, роды, послеродовый период и период лактации.

Акушерские стационары, женские консультации и детские амбулаторно-поликлинические учреждения, участвующие в Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку», организуют свою работу по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания на основании 10 шагов успешного грудного вскармливания и национального «Положения об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку». В приложениях 1 и 2 приводятся 10 шагов успешного грудного вскармливания применительно к российским женским консультациям и детским амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

Каждое учреждение готовит письменный документ политики, который включает в себя подробное описание внедрения всех десяти шагов в практику данного учреждения. Она 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.

В приложении 3 представлены функциональные обязанности медицинского персонала учреждений родовспоможения и

детства по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания, в которых отражен отечественный опыт организации этого вида работы.

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» (приложение 4). В последующем программу можно сократить до 18 часов, включая не менее 3-х часов практических занятий. Вновь поступающий на работу медицинский персонал проходит краткий инструктаж по политике, проводимой данным учреждением по охране и поддержке грудного вскармливания. Не позднее чем, через полгода они проходят обучение по полной программе вместе 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 его поддержке.

Женская консультация. Обучение беременных женщин осуществляется посредством групповых занятий и индивидуальных бесед. В обучении беременных женщин принимают участие врачи акушеры-гинекологи и 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. Партнерство во время родов и послеродовом периоде способствует изме-

нению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка. Наряду с семейной формой рекомендуется использование традиционных методов по подготовке беременных к рождению ребенка в «школах материнства», организуемых в женских консультациях. Некоторые детские поликлиники также проводят на своей базе «школы материнства» или создают клубы для беременных и матерей. Для активного привлечения будущих отцов, а также других членов семьи на занятия необходимо обеспечить доступную информацию о программах и времени их проведения.

С момента постановки беременной женщины на учет она постоянно находится в контакте с медицинскими работниками, регулярно посещая женскую консультацию или во время родовых 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 исключительно грудного вскармливания в течение первых месяцев жизни младенца и продолжения грудного вскармливания до 1 года и более.
- Важность раннего прикладывания младенца к груди в родильном зале.
- Техника кормления грудью (расположение и прикладывание ребенка к груди).
- Важность совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре.
- Важность грудного вскармливания по требованию ребенка.
- Как обеспечить достаточное количество молока.
- О вреде использования сосок и пустышек.
- Знакомство с работой акушерского стационара, в кото-

ром планируются роды.

— Помощь матерям после выписки из родильного дома.

Отметка об обучении заносится в индивидуальную и обменную карту беременной женщины.

После рождения ребенка сведения о характере вскармливания новорожденного поступают из родильного дома в женскую консультацию в выписном эпикризе. На 2-3 сутки после родов акушерка осуществляет патронаж матери на дому. Позже родившие женщины самостоятельно посещают консультацию. Все эти контакты с матерью необходимо использовать для контроля грудного вскармливания и оказания ей и семье необходимой помощи.

Акушерский стационар. Совместная Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ и Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР), возведенная в ранг международной, отражают значение, в первую очередь, акушерских стационаров для успешного начала и продолжения грудного вскармливания. В России все, без исключения, родильные дома (отделения), удостоенные международного статуса, 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 и ребенку. 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. В ряде случаев сложность для внедрения составляют шаги 4, 5, 6, 7 и 10.

В родильном зале контакт «кожа-к-коже» должен составлять не менее 30 минут. 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 индивидуаль-

ных родильных залов. Помощь в прикладывании младенца к груди обычно оказывает акушерка, медицинская сестра или врач-неонатолог. В случае оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение контакт «кожа-к-коже» осуществляется в первые 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). С этого момента новорожденный находится вместе с матерью.

Раннее прикладывание ребенка к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но также 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.

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;
- нарушения мозгового кровообращения II-III степени;
- глубокая недоношенность;
- тяжелые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

В послеродовом отделении совместного пребывания мама и ребенок находятся вместе 24 часа в сутки. Ребенок кормится по требованию, помогают матери в этом акушерка и медицинская сестра. Новорожденный ребенок может «требовать» до 10-12 прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 минут. К концу первого месяца жизни частота кормлений обычно снижается до 8 раз и уменьшается длительность кормления. При кормлении по требованию, или свободном вскармливании поощряются ночные кормления, которые способствуют выработке молока и профилактике нагрубаний молочной железы. Свободное грудное вскармливание важно для оптимальной лактации и установления тесного психо-эмоционального контакта между матерью и ребенком.

Большое значение имеет правильная техника кормления грудью. Кормить следует в удобной для матери позе, лежа или сидя. Для профилактики трещин сосков и нагрубания молочной железы необходимо обучать матерей принципам правильного прикладывания к груди: подбородок касается груди матери, рот широко открыт, нижняя губка вывернута, ребенок за-

хватывает большую часть ареолы, больше снизу, чем сверху. Если молока достаточно, то мать кормит одной грудью в одно кормление. Это необходимо для того, чтобы ребенок получал не только «переднее», но и «заднее», отличающееся более высоким содержанием жира молоко.

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 следует позволять матери ухаживать за ребенком, кормить его грудью или сцеженным грудным молоком, используя чашечку, ложечку, шприц или пипетку. Искусственные смеси используются в исключительных случаях, также как и допаивание водой (приложение 5). Даже в условиях жаркого климата здоровые новорожденные не нуждаются в дополнительном питье (при свободном режиме вскармливания).

Медицинский персонал акушерского стационара обязательно обучает матерей технике ручного сцеживания грудного молока. При свободном вскармливании нет необходимости в сцеживании грудного молока. Показаниями к сцеживанию являются переполнение молоком или нагрубание молочной железы, временное разлучение матери и ребенка по причине болезни, учеба или работа матери. Для сцеживания молока мать также может использовать молокоотсосы. Они могут быть особенно полезны в случаях сильного нагрубания молочной железы.

Поддержка матерей после выписки из акушерского стационара по вопросам грудного вскармливания в большинстве случаев осуществляется самим стационаром путем организации консультаций по телефону. В идеальном случае поддерж-

ку матерям оказывает детская поликлиника. При консультировании матерей и членов семьи необходимо обращать внимание на роль семьи в поддержке кормящей матери: сохранение спокойной и доброжелательной обстановки, помощь со стороны близких по уходу за ребенком, рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых матери, рациональное питание.

Детская поликлиника. Поддержка матерей в кормлении грудью в соответствии с шагами 5-9, содержание которых заключается в консультировании матерей по вопросам сохранения исключительно грудного вскармливания в течение первых месяцев жизни и продолжения грудного вскармливания до 1 года и более, осуществляется медицинскими сестрами, педиатрами и врачами специалистами во время послеродовых патронажей и посещений детской поликлиники матерью с ребенком.

На первом году жизни регулярно проводятся патронажные сестринские и врачебные посещения, начиная с первого дня после выписки из родильного дома. Во время первых патронажных посещений ребенка медицинской сестрой и педиатром необходимо понаблюдать 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 малыша в свою постель для кормления), 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 случае болезни ребенка и необходимости его госпитали-

зации, рассмотреть возможность совместного пребывания матери и ребенка для ухода за малышом и сохранения грудного вскармливания. Если ребенок временно не берет грудь, кормить его сцеженным грудным молоком из чашечки, ложечки или с использованием пипетки, шприца.

Если мама вынуждена выйти на работу, 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.

Во время патронажных посещений и профилактических приемов объяснять матерям и членам семьи важность исключительно грудного вскармливания в первые месяцы жизни, консультировать матерей и оказывать им необходимую помощь в сохранении лактации. Оценка достаточности молока проводится путем двух достоверных критериев: ежемесячного контроля прибавки массы тела и частоты мочеиспусканий («метод сухих пеленок»). Практика одноразовых контрольных кормлений для определения достаточности молока у матери в настоящее время признана ошибочной.

Необходимо следить за своевременным введением продуктов прикорма и объяснять важность сохранения грудного вскармливания до 1 года и более.

Десятый шаг направлен на создание групп поддержки матерей. Опыт внедрения Инициативы в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях России 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 и необходимой мебелью. В кабинете здорового ребенка также создаются условия для кормления ребенка грудью. Каждая мама, посещающая детскую поликлинику информируется о такой возможности.

Информация о группах поддержки матерей должна быть доступна для каждой семьи. 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.

4. Профилактика гипогалактии

Гипогалактия (от греческих «hypo + galactios» — «низкое + молоко») — состояние, характеризующееся понижением секреторной деятельности молочных желез в период лактации.

Отечественные педиатры были убеждены в способности каждой женщины, за редким исключением, к кормлению грудью — «настоящей агалактии не существует: терпением и настойчивостью можно увеличить секрецию каждой грудной железы настолько, что возможно будет полное или частичное вскармливание ребенка грудью матери» (Ямпольский С.М., 1913).

В 70-е годы А.Ф. Тур (1973) отмечал, что, к сожалению, естественное вскармливание и у нас и за рубежом все больше и больше сокращается и очень большое число детей, во всяком случае, в условиях больших промышленных городов с 2-3 месяцев получают докорм, а нередко переводятся на искусственное вскармливание. Это объясняется рядом объективных причин: широким вовлечением женщин в общественный труд, успехами в организации искусственного вскармливания и не менее существенная причина — недостаточная борьба врачей за целесообразно длительное естественное вскармливание, а нередко и неправильная тактика врачей в назначении питания

детям с первых дней их жизни.

С точки зрения современных представлений, истинная, или первичная гипогалактия встречается не более чем у 5% женщин. Недостаточность молока у матерей носит в основном приобретенный характер (вторичная гипогалактия) и во многом связана с отсутствием должной поддержки грудного вскармливания в родильных домах и детских поликлиниках, а также с недостаточной информированностью матерей о технике и принципах успешного кормления грудью. Снижение лактации могут вызывать следующие основные причины: отсутствие у женщины доминанты лактации, позднее прикладывание младенца к груди в родильном доме, редкие кормления, неправильное прикладывание младенца к груди, раннее и необоснованное введение докорма заменителями женского молока, неблагоприятные семейные обстоятельства, стресс, необходимость выхода на работу и др.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде, так называемых, лактационных кризов, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, которое возникает без явной видимой причины. В их основе лежат сдвиги в гормональной системе женщин, связанные с периодичностью гормональной регуляции лактации в сочетании с интенсивным ростом младенца, приводящим к увеличению у него аппетита.

Лактационные кризы возникают на 3-6 неделе, 3, 4, 7 и 8 месяце лактации. Их продолжительность, в среднем, составляет 3-4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. Если мать проинструктирована врачом о возможности возникновения лактационных кризов и своевременно увеличивает частоту прикладывания к груди, то тем самым она успешно увеличивает объем лактации.

Вместе с тем, если мать не подготовлена к такой ситуации, то при первых признаках снижения лактации и нехватки мо-

лока она пытается добавить ребенку докорм смесями, как правило, из бутылочки. В связи с этим одной из важнейших задач участкового врача и медицинской сестры детских поликлиник является грамотное консультирование матери и поддержка ее в кормлении грудью.

Основными признаками недостаточной выработки молока у матери являются:

1. Малая прибавка массы тела младенца за месяц или за неделю.
2. Симптом «сухих пеленок», свидетельствующий об уменьшении суточного объема мочи. Ребенок первых месяцев, находящийся исключительно на грудном вскармливании, должен мочиться не менее 6 раз в сутки, причем моча должна быть без резкого запаха, бесцветной или бледно-желтой. Этот тест может быть использован только, если ребенок не получает дополнительно воду или другие напитки.

Другими менее значимыми (вероятными) признаками недостаточности молока могут служить плач ребенка; очень частые или продолжительные кормления грудью; отказ ребенка от груди; плотный, сухой или зеленый стул; редкий стул и в небольшом объеме; отсутствие молока при попытке сцеживания; мягкие молочные железы — молоко «не прибыло».

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. В случае необходимости в качестве докорма назначаются адаптированные молочные смеси, которые следует давать из ложечки или чашечки. По этому поводу А.Ф.Тур (1973) писал «дети, привыкшие к докорму, получаемому из бутылочки, очень рано отказываются от груди совсем или очень вяло сосут материнское молоко».

При снижении лактации и нехватке молока необходимо, в первую очередь, увеличить частоту прикладываний ребенка к груди. Несмотря на то, что в отечественной педиатрии долгое время были приняты рекомендации относительно кормления младенцев по часам, тем не менее, российские педиатры были единодушны во мнении, что импульсом к усилению лактации служит механический акт сосания. По высказыванию Г.Н.Сперанского (1960) «наиболее действенным для успешной выработки молока остается отсасывание молока здоровым ребенком, так что в случае вторичной гипогалактии рекомендуется более частое кормление той и другой грудью в течение нескольких дней».

Эффективным может оказаться также комплекс мероприятий по стимуляции лактации, включая рационализацию питания матери, назначение лактогенных напитков, физиотерапевтических процедур, витаминно-минеральных комплексов и медикаментозных препаратов. Эффективным является применение специализированных белково-витаминных продуктов для кормящих мам. В качестве лактогенных напитков можно рекомендовать настой семян тмина или укропа, чай с душицей или мелиссой, морковный сок, напиток из семян листового салата, настой аниса, напиток из аниса, фенхеля и душицы и др.

К числу физиотерапевтических процедур, стимулирующих лактацию, относятся УФО грудных желез, лазерная терапия, ультразвук, массаж груди, обливание груди теплым душем. Хороший лактогенный эффект может оказывать назначение женщинам апилака, комплексов поливитаминов и минеральных веществ.

5. Питание кормящих матерей

Важным моментом в успешном кормлении грудью имеет рациональное питание кормящей женщины, которое должно

обеспечивать:

1. Удовлетворение физиологических потребностей матери в энергии и основных пищевых веществах.

2. Дополнительное снабжение женщин энергией и пищевыми веществами, необходимыми для продукции достаточного количества молока с высокой пищевой ценностью.

3. Предотвращение поступления с молоком матери в организм младенцев аллергенов и соединений, способных вызвать раздражение слизистой пищеварительного тракта.

Пищевые рационы кормящих женщин должны дополнительно включать 30-40 г белка, 15 г жира, 40 г углеводов, что соответствует 450-500 ккал. Нормы физиологической потребности в основных пищевых веществах и энергии для кормящих матерей приводятся в приложении 6.

Это особенно важно в первые месяцы лактации, когда объем грудного молока может достигать 1 л и более. По мере увеличения квоты продуктов прикорма количество необходимого ребенку женского молока снижается, и, соответственно, уменьшается потребность матери в дополнительных количествах энергии и пищевых веществ.

Рационы кормящих женщин должны быть полноценными, разнообразными и включать все основные группы продуктов — мясо и мясопродукты, рыбу и рыбные изделия, молоко и молочные продукты, хлеб, крупы и макаронные изделия, растительное и сливочное масло, овощи, фрукты, соки, сахар и кондитерские изделия (приложение 7). Предпочтительнее использовать различные виды мяса (говядина, нежирные сорта свинины, баранина, курица, индейка, кролик), но не колбасы, сосиски или сардельки; нежирные сорта рыбы (судак, карп, треска, хек и др.). Следует широко использовать творог и сыр, за счет которых наиболее целесообразно увеличивать квоту белка в рационе. Цельное коровье молоко, избыток которого в рационе может вызывать у детей аллергические реакции,

предпочтительнее заменять различными кисломолочными продуктами (кефиром, йогуртом, ряженкой и др.).

Очень важно, чтобы рационы кормящих матерей содержали достаточно пищевых волокон, стимулирующих двигательную активность кишечника. С этой целью рационы должны включать значительное количество (не менее 400 г) свежих или подвергнутых тепловой обработке овощей (морковь, свеклу, капусту, кабачки, тыкву и др.); фруктов и ягод (300 г), включая яблоки, груши, сливы, абрикосы, персики, вишню, малину и др.; соков (200–300 мл), особенно с мякотью как свежеприготовленных, так и консервированных. Пищевыми волокнами богаты также пшенная, гречневая и овсяные крупы, хлеб грубого помола и, особенно, сухофрукты (чернослив, курага).

Наряду с обеспечением кормящих женщин широким спектром продуктов питания и, следовательно, необходимых пищевых веществ, другой задачей является защита младенца от неблагоприятных эффектов, которые могут возникать при поступлении в его организм с молоком матери алиментарных факторов, способных вызывать явления пищевой непереносимости, включая пищевую аллергию. В связи с этим необходимо ограничить употребление в питании кормящих матерей продуктов, содержащих значительные количества экстрактивных веществ, эфирных масел и соли (мясные и рыбные бульоны, лук, чеснок, закусочные консервы, соленья, маринады, соленая и копченая рыба, колбасные изделия); продуктов, вызывающих брожение в кишечнике и, тем самым, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (виноград, большие количества сахара и кондитерских изделий, сладкие творожные пасты и сырки, сладкие безалкогольные напитки, сладкие каши и другие продукты, содержащие большое количество сахара). Необходимо также элиминировать из рациона продукты с высокой сенсibilизирующей активностью: шоколад, ка-

као, арахис, крабы, креветки, раки, а также любые продукты, которые в прошлом вызывали у женщин явления пищевой непереносимости. По этим же соображениям следует ограничить или даже исключить употребление яиц, цитрусовых, клубники, томатов.

Чрезвычайно важным для поддержания полноценной лактации является питьевой режим матери. Она должна выпивать дополнительно к обычному объему не менее 1000 мл жидкости в виде чая, молока, соков, напитков и др.

С учетом ограниченных ассигнований на питание в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения, для улучшения питания кормящих матерей можно использовать передачи продуктов из дома. Обязательным условием при этом является обеспечение полной санитарной безопасности этих продуктов с учетом необходимости их транспортировки и хранения. В связи с этим, использование в передачах скоропортящихся продуктов питания (вареных колбас, паштетов, пирожных, тортов и т.п.) исключено. Рекомендуемый набор продуктов для передач родильницам в условиях родильного дома приводится в приложении 8.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Принятые в России

Естественное или грудное вскармливание — кормление ребенка материнским молоком.

Смешанное вскармливание — сочетание кормления грудным молоком (не менее 150–200 мл) и его искусственными заменителями.

Искусственное вскармливание — вскармливание ребенка заменителями женского молока.

Рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения

Исключительно грудное вскармливание — грудное вскармливание без введения дополнительной еды или питья, в том числе и воды (за исключением лекарств, витаминов или 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 или преимущественно грудное вскармливание.

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

Искусственное вскармливание — кормление ребенка искусственным питанием, исключая полностью грудное вскармливание.

Вскармливание из бутылочки — вскармливание ребенка из бутылочки, чтобы в ней ни было, в том числе сцеженное грудное молоко.

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. Аршавский И.А. Физиологическое обоснование вскармливания грудью новорожденных детей тотчас после рождения (К предупреждению, так называемой физиологической потери веса) // Вопросы педиатрии, охраны материнства и детства. — 1952. — №. 5. — С. 45-50.
3. Боровикова М.П., Новицкая И.А., Темникова Е.Н. Особенности работы по пропаганде грудного вскармливания в Калужской области // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1, №. 3. — С. 74-76.
4. Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Лучанинова В.Н., Абольян Л.В. Экономическая эффективность внедрения программы грудного вскармливания // Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — №3 (16). — С. 54-56.
5. 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.
6. Вартапетова Н.В., Романчук Л.И., Шмарова Л.М., Потемкина Р.А., Усова Е.В. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ: «Больницы, доброжелательные к ребенку». Возможности реализации в России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 1998. — №. 1. — С. 24-29.
7. Вартапетова Н.В., Чернова М.Г. Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока — средство защиты и пропаганды грудного вскармливания / Практическое руководство для занятий с медицинскими работниками. — М.: Межрегиональная общественная организация «Колыбель», 2001. — 66 с.
8. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Современная концепция естественного вскармливания // Вопросы питания. — 1996. — № 5. — С. 35-40.

9. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. — СПб., 1998. — 262 с.

10. Выполнение Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока в Российской Федерации. Отчет по проекту мониторинга ИБФАН. — М.: Межрегиональная общественная организация «Колыбель», 2001. — С. 34.

11. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста: Пер. с англ. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2003. — 34 с.

12. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования роли доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1, № 2. — С. 35-37.

13. Глушко И.В. Грудное вскармливание. Медико-экономический аспект (на примере г. Владивостока): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Владивосток, 2003. — 24 с.

14. Дакинова Л.Н., Аболян 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. — №3 (16). — С. 57-63.

15. Джумагазиев А.А., Рожкова О.Н., Козина Т.Ф. Грудное вскармливание и нервно-психическое развитие ребенка // Сборник материалов X Съезда педиатров России: Пути повышения эффективности медицинской помощи. — М., 2005. — С. 151.

16. Зелинская Д. И., Ладодо К.С., Конь И.Я. Организация питания детей в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 1998.- № 6. — С. 6-9.

17. Зелинская Д.И., Ладодо К.С. Организационная поддержка грудного вскармливания в России // Российский педиатрический журнал. — 2000. — №2. — С. 44-47.

18. Качалова О.В. Возможности естественного вскармливания

детей у матерей с гипогалактией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 22 с.

19. Консультирование по ВИЧ и вскармливание грудных детей: курс обучения: Пер. с англ. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000. — 118 с.

20. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. ВОЗ/ЮНИСЕФ (40-часовой курс для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства): Пер. с англ. — Женева: ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1993. — 422 с.

21. Конь И.Я., Сорвачева Т.Н., Куркова В.И. Современная схема вскармливания детей первого года жизни // Педиатрия. — 1997. — №3. — С. 62-65.

22. Конь И.Я., Попович М.В., Фатеева Е.М., Шилина Н.М., Коновалова Л.С., Воробьева Л.Ш. Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и вскармливания по часам // Российский педиатрический журнал. — 1999. — №4. — С. 19-22.

23. Конь И.Я., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., Сорвачева Т.Н., Попович М.В. Организация работы по поддержке и поощрению грудного вскармливания медицинскими работниками ЛПУ родовспоможения и детства / Методические рекомендации Комитета здравоохранения г. Москвы (№2). — М., 2000. — 18 с.

24. Конь И.Я., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., Басова Л.И., Каменева Г.В. Современные подходы к организации рационального питания беременных женщин и кормящих матерей / Методические рекомендации. — М., 2002. — 23 с.

25. Конь И.Я., Гмошинская М.В., Фатеева Е.М. основные подходы к рационализации питания беременных женщин // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т.1, №3. — С. 83-88.

26. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., Каплина В.И. Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. — 2004. — Т. 2, №4. — С. 38-41.

27. 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.

28. Коровина Н.А., Захарова И.Н. К дискуссии по проблеме рационального вскармливания детей раннего возраста // Педиатрия. — 2002. — №1. — С. 56 — 60.

29. Корсунский А.А., Аболян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: стратегия развития в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т. 1, №1. — С. 16-17.

30. Корсунский А.А., Аболян Л.В. Поддержка грудного вскармливания в России: достижения и проблемы // Вопросы детской диетологии. — 2004. — Т. 2, №3. — С. 5-8.

31. Корсунский А.А., Аболян 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.

32. Кравицкая П.С. Механизмы регуляции секреторной и двигательной функции желудка в различные возрастные периоды /Материалы к обоснованию первого кормления новорожденных: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. — Алма-Ата, 1959.

33. Ладодо К.С. Питание детей: современные аспекты // Российский педиатрический журнал. — 1998. — №2. — с. 52-55.

34. Ладодо К. С. Проблемы грудного вскармливания на современном этапе // Планирование семьи. — 1999. — №1. — С. 27-28.

35. Лебедев А.Г. Современная схема вскармливания детей первого года жизни — противоречия и проблемы // Педиатрия. — 2002. — №1. — С. 52 — 56.

36. Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Аболян Л.В., Филипов А.Г. Опыт работы по внедрению современных принципов грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства // Попро-

сы детской диетологии. — 2003. — Т.1, №1. — С. 23-26.

37. Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К., Васильева О.А., Аболян Л.В., Корсунский А.А. Проблемы практического внедрения принципов успешного грудного вскармливания ВОЗ/ЮНИСЕФ // Нижегородский медицинский журнал. — 2002. — №2. — С. 33-38.

38. Лучанинова В.Н., Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Аболян Л.В. Современные подходы к обоснованию приоритета грудного вскармливания детей // Проблемы управления здравоохранением. — 2004. — №3 (16). — С. 54-56.

39. Лыурова Т.М., Аболян Л.В., Доронина Н.Г., Помаскина Е.Н., Кораблев А.В., Веселова Н.А. Об опыте работы по сохранению и распространению грудного вскармливания в Республике Коми // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — №6 (13). — С. 82-86.

40. Нетребенко О.К. Анализ ошибок и проблем в практике питания грудного возраста в России // Вопросы питания. — 1996. — №5. — С. 9-14.

41. Нетребенко О.К. Состояние здоровья и питание детей первых двух лет жизни в отдельных регионах России: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1997.

42. Нетребенко О.К., Ладодо К.С., Вэлч К. Практика вскармливания детей первых двух лет жизни в некоторых регионах России // Педиатрия. — 1996. — №4. — С. 9-14.

43. Полякова Г.П., Тылькуджи Ю.А., Бадюк Е.Е., Корнева Р.Ф. Динамика веса здоровых доношенных новорожденных в первую неделю жизни в связи с различными режимами // Тезисы докладов Всероссийской конференции детских врачей. — Челябинск, 1970. — С. 634-35.

44. Попович М.В. Состояние лактации при различных режимах кормления новорожденных и грудных детей: Автореф. дис. ... канд. мед наук. — М., 1999. — 22 с.

45. Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации. — М.: МЗ РФ, 2000. — 64 с.

46. Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях. Краткий курс для администрации и руководства больниц: Пер. с англ. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, Веллстарт Интернэшнл, 1996. — 210 с.

47. Сперанский Г.Н. Вскармливание здорового ребенка в возрасте до одного года // Многотомное руководство по педиатрии. — М., 1960. — Т.1. — С. 283-332.

48. 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.

49. Тур А.Ф. О некоторых вопросах в питании здоровых детей первого года жизни // Педиатрия. — 1973. — № 11. — С. 3-9.

50. Фатеева Е.М., Прошин В.А. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в Москве // Российский педиатрический журнал. — 2000. — №3. — С. 34-37.

51. Фатеева Е.М., Конь И.Я., Мазо В.К., Ширина Л.И., Гмошинская М.В. Использование специализированного продукта «Млечный путь» для профилактики гипогалактии // Вопросы детской диетологии. — 2003. — Т.1, №3. — С. 15-17.

52. 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.

53. Хейберг Э., Кандакова Н.И., Динекина Т.Я., Кабаков В.Л., Скурвейт С. Голоса женщин в Баренц регионе. — Осло: Норвежский институт общественного здравоохранения, 2004. — 134 с.

54. Энкин М., Кейрс М., Ренфрю М., Нейлсон Д., Краутер К., Дьюли Л., Ходнет Э., Хофмейер. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: Пер. с англ. под ред. А.В.Михайлова. — СПб: «Петрополис», 2003. — 477 с.

55. Ямпольский С.М. «Капля молока» Харьковского отдела Союза борьбы с детской смертностью // Труды первого Всероссийского

съезда детских врачей. — Спб., 1913. — С. 113.

56. Cunningham A.S., Jelliffe D.B., Jelliffe E.F.P. Breast-feeding and health in 1980s: A global epidemiologic review // The Journal of Pediatrics. — 1992. — Vol. 118. — P. 659-664.

57. Dewey K., Martines J., Daelmans B. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. — Washington: WHO, 2003. — 37 pgs.

58. Fewtrell M.S. The long-term benefits of having been breast-fed // Current Pediatrics. — 2004. — Vol. 14. — P. 97-103.

59. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh Health Assembly. — Geneva: WHO, 2004. — 20 pgs.

60. Implementing the Baby Friendly best practice standards. A guide to implementing the Baby Friendly best practice standards for breastfeeding in maternity and community health care facilities. — London: UNICEF UK Baby friendly Initiative, 2001. — 62 pgs.

61. Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. — Geneva: WHO, 2003. — 140 pgs.

62. Kramer M.S., Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. — Geneva: WHO, 2002. — 47 pgs.

63. The baby friendly hospital initiative. Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress. — Geneva: WHO, 1999. — 150 pgs.

Приложение 1

Десять шагов успешного грудного вскармливания применительно к женской консультации

Каждой женской консультации, оказывающей услуги по наблюдению за беременными женщинами, 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. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.
5. Информировать беременных (кормящих) женщин о том, как кормить грудью и как сохранить лактацию, если они должны быть отделены от своих детей.
6. Информировать беременных женщин о пользе исключительно грудного вскармливания в течение первых месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 1 года и более в сочетании с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.
7. Информировать беременных женщин о важности круглосуточного совместного размещения матери и ребенка в родильном доме.
8. Информировать беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию.
9. Информировать беременных женщин о важности отказа от использования искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

Осуществлять преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники.

Приложение 2

Десять шагов успешного грудного вскармливания применительно к детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению

Каждому детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению, осуществляющему медико-профилактическую работу среди детей раннего возраста, 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. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 1 года и более в сочетании с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.
7. Информировать матерей о важности нахождения кровати матери и ребенка рядом в одной комнате для осуществления кормления по требованию.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети вскармливаемые грудью.

Осуществлять преемственность в работе детской поликлиники, женской консультации и акушерского стационара.

Приложение 3

Функциональные обязанности медицинского персонала женских консультаций, родильных домов (отделений) и детских амбулаторно-поликлинических учреждений по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания

1. В период беременности

Женская консультация

Врач акушер-гинеколог: наблюдает за здоровьем беременной и состоянием ее грудных желез; контролирует деятельность акушерки женской консультации, обучающей беременную женщину технике и практике грудного вскармливания; дает индивидуальные рекомендации по питанию беременной женщины с учетом ее особенностей, привычек, рекомендаций терапевта; добивается выработки доминанты лактации путем проведения индивидуальных бесед о пользе грудного вскармливания и его неоспоримых преимуществах перед искусственным вскармливанием, условиях становления и сохранения полноценной лактации; читает лекции в школе материнства; знакомит мать с современными подходами к успешному кормлению грудью.

Акушерка: обучает беременных технике и практике грудного вскармливания, гигиеническим правилам ухода за грудными железами; контролирует выполнение режима питания и отдыха беременной; участвует в занятиях в школе материнства; распространяет памятки и брошюры по поддержке грудного вскармливания.

Детская поликлиника

Участковая медсестра: проводит дородовой патронаж (дважды в период беременности), в ходе которого осуществляет знакомство с анамнезом беременной, особенностями течения беременности; оценивает отношение беременной к грудному вскармливанию; проводит индивидуальные беседы с беременной женщиной, направленные на выработку доминанты лактации и психологический настрой членов семьи на поддержку грудного вскармливания; обучает технике грудного вскармливания.

2. В период поступления на роды, родов и первые дни после родов

Родильный дом (приемное отделение)

Акушерка: приветливая встреча, сбор анамнеза, обработка беременной.

Родильный блок

Врачи акушер-гинеколог и неонатолог: врач акушер-гинеколог родильного блока совместно с неонатологом, присутствующим на родах, проводит оценку состояния роженицы и младенца и при отсутствии противопоказаний рекомендует акушерке или медицинской сестре осуществить первое

прикладывание не позднее, чем через 30 минут после родов; врачи акушер-гинеколог и неонатолог решают вопрос о совместном пребывании матери и ребенка в палате «мать и дитя» и контролируют их перевод в послеродовое отделение в течение 2 часов после рождения.

Акушерка: под непосредственным контролем врача акушерка выкладывает ребенка на живот матери еще до отсечения пуповины, пересекает пуповину (после окончания в ней пульсации); выкладывает младенца на грудь матери не позднее, чем через 30 минут после рождения длительною не менее 30–60 минут (при этом ребенок не должен быть спеленут); помогает матери в первом кормлении грудью при появлении признаков готовности младенца к сосанию; переводит мать и ребенка в палату «мать и дитя» (послеродовое отделение).

Послеродовое отделение

совместного пребывания матери и ребенка

Врач неонатолог: осматривает ребенка, помогает матери правильно приложить ребенка к груди, дает рекомендации по положению и прикладыванию ребенка к груди, технике свободного вскармливания; рекомендует при отсутствии медицинских показаний не допаивать ребенка; подробно разъясняет матери преимущества грудного вскармливания; сообщает матери об изменении количества молока на протяжении суток; контролирует динамику физического развития новорожденного; осуществляет контроль за тем, чтобы новорожденному не давали никаких заменителей грудного молока и питья, а также пустышек по усмотрению медсестер или по просьбе матери.

Детская медсестра: обучает мать правильному прикладыванию ребенка к груди в первые 4–6 часов после перевода женщины из родильного блока в послеродовое отделение; осуществляет контроль за тем, чтобы кормление ребенка проводилось в удобной для матери позе; дает рекомендации по выбору оптимального положения для кормления; оказывает помощь матери по уходу за ребенком; следит, чтобы мать не допаивала и не докармливала ребенка по собственной инициативе, без рекомендации врача; информирует мать о возможных отрицательных последствиях искусственного вскармливания и использования пустышек.

Врач акушер-гинеколог: ежедневно контролирует состояние молочных желез, в первый день дает рекомендации по уходу за грудью (не следует мыть грудь с мылом перед каждым кормлением, достаточно гигиенического душа один раз в сутки, рекомендуется сцеживать каплю молока в конце кормления и обработать кожу соска и околососкового кружка); обучает женщину технике ручного сцеживания грудного молока и объясняет показания для сце-

живания; контролирует работу акушерки по обучению женщины сцеживанию; разъясняет матери преимущества свободного вскармливания; объясняет матери важность грудного вскармливания для ее здоровья; дает необходимые медицинские советы, связанные с организацией свободного вскармливания детей, ухода за грудью и необходимыми действиями матери при нагрубании грудных желез.

Акушерка: в первые 4–6 часов после поступления женщины из родильного блока помогает правильно прикладывать ребенка к груди, контролирует проведение свободного вскармливания ребенка и наблюдает за состоянием грудных желез; обучает сцеживанию молока (ручным способом); в случае лактостаза и нагрубания желез оказывает немедленную помощь женщине в сцеживании молока.

3. После выписки из родильного дома

Детская поликлиника (первый месяц жизни)

Участковый врач педиатр: в первые сутки после выписки из роддома, а затем 1 раз в неделю в течение месяца осуществляет патронаж на дому; оценивает состояние ребенка, психологический и социальный климат в семье; беседует с членами семьи о помощи кормящей матери и поддержки ее в кормлении грудью; разъясняет кормящей матери преимущества грудного вскармливания для здоровья ребенка и матери; дает советы по организации свободного вскармливания; обеспечивает психологический настрой матери на длительную лактацию; рекомендует частый контакт «кожа к коже», «глаза в глаза»; знакомит мать с основными критериями достаточного количества молока (динамика массы тела и число мочеиспусканий у ребенка за сутки); дает советы по рациональному питанию кормящей матери как важному фактору выработки полноценного молока; контролирует правильность прикладывания ребенка к груди.

Участковая медсестра: поддерживает мать в кормлении грудью; информирует ее о современных принципах сохранения лактации; обучает мать технике кормления грудью; исправляет ошибки в технике кормления при наблюдении на дому; контролирует прибавку массы тела в конце первого месяца жизни.

Детская поликлиника (после первого месяца жизни)

Участковый врач педиатр: контролирует соблюдение свободного вскармливания и технику грудного кормления; дает рекомендации по преодолению лактационных кризов (более частое прикладывание ребенка к груди; кормление обеими грудями, не исключая ночных кормлений); проводит рационализацию питания и питьевого режима матери (фиточаи, по-

ливитамины и другие методы стимуляции лактации), оказывает необходимую помощь матери при возникновении трудностей в кормлении грудью. Помогает матери сохранить грудное вскармливание в случае выхода на работу.

Выявляет матерей успешно и длительно кормящих грудью для включения их в группу поддержки матерей.

Необходимость перевода на смешанное вскармливание обосновывается участковым врачом педиатром и заведующим педиатрическим отделением с обязательной записью в историю развития ребенка.

Участковая медсестра: контролирует соблюдение свободного вскармливания и техники грудного кормления; дает рекомендации по преодолению лактационных кризов (более частое прикладывание ребенка к груди; кормление обеими грудями, не исключая ночных кормлений); проводит рационализацию питания и питьевого режима матери (фиточаи, поливитамины и другие методы стимуляции лактации), оказывает необходимую помощь матери при возникновении трудностей в кормлении грудью. Помогает матери сохранить грудное вскармливание в случае выхода на работу.

Выявляет матерей успешно и длительно кормящих грудью для включения их в группу поддержки матерей.

Женская консультация (послеродовый период)

Врач акушер-гинеколог: по показаниям осуществляет активный патронаж родильниц на дому и ведет приемы в женской консультации; оценивает состояние молочных желез и правильность прикладывания младенца к груди; оказывает необходимую консультативную помощь матери при возникновении трудностей с грудным вскармливанием, при развитии лактостаза, нагрубании и мастите; обучает показаниям и технике сцеживания грудного молока. Убеждает мать в важности грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка. Осуществляет подбор метода контрацепции с учетом грудного вскармливания.

Акушерка: осуществляет активный патронаж родильниц на дому на 2-3 сутки после выписки и последующие патронажи по показаниям; убеждает мать в важности грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка; оценивает состояние молочных желез, оказывает необходимую помощь матери в кормлении грудью; контролирует выполнение рекомендаций врача; обучает показаниям и технике сцеживания грудного молока.

Приложение 4

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

Приложение 5

Медицинские показания для использования заменителей грудного молока (Приложение к Глобальным критериям ВОЗ/ЮНИСЕФ)

В небольшом случае медицинских показаний для отдельных групп младенцев могут потребоваться жидкости или пища дополнительно к грудному молоку или вместо него.

Предполагается, что тяжелобольные грудные младенцы, младенцы, нуждающиеся в хирургическом вмешательстве, и грудные младенцы с очень низкой массой тела при рождении (менее 1000 г) должны помещаться в отделение по оказанию специальной помощи. Вопрос их кормления должен решаться на индивидуальной основе, учитывая их особые потребности в пище и функциональные возможности, хотя грудное молоко рекомендуется во всех случаях. К числу этих получающих особую медицинскую помощь грудных младенцев относятся:

- младенцы с очень малым весом при рождении (менее 1000 г) или родившиеся недоношенными (менее 32 недель);
- грудные младенцы с серьезным нарушением созревания и с потенциально тяжелой гипогликемией, либо нуждающиеся в лечении по поводу гипогликемии и состояние которых не улучшается при усилении грудного вскармливания или от кормления грудным молоком.

Для младенцев, которые чувствуют себя достаточно хорошо, находясь вместе со своими матерями, заменители грудного молока показаны в очень немногих случаях. К числу младенцев, которые могут получать заменители грудного молока, относятся:

- младенцы, матери которых страдают серьезным заболеванием (например, психоз, эклампсия или шок);
- младенцы с врожденными нарушениями метаболизма (например, галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа» — валинолейцинурия);
- младенцы, страдающие острой формой обезвоживания (например, во время фототерапии при желтухе) во всех случаях, когда усиление грудного вскармливания не сопровождается надлежащей гидратацией организма;
- грудные младенцы, матери которых принимают лекарства, являющиеся противопоказанными при грудном вскармливании (например, цитотоксические лекарственные препараты, радиоактивные лекарственные препараты, а также лекарственные препараты, используемые для лечения заболеваний щитовидной железы, за исключением пропилтиоурацила).

Когда грудное вскармливание приходится временно откладывать или прерывать, матерям следует помочь наладить или поддерживать лактацию (например, путем ручного сцеживания молока или сцеживания с помощью молокоотсоса) в ожидании момента, когда можно будет начать или возобновить грудное вскармливание.

Приложение 6

**Нормы физиологической потребности в основных пищевых
веществах и энергии для кормящих матерей**

Пищевые вещества	Базовая потреб- ность женщины 18-29 лет	Дополнительно в первые 6 месяцев лактации	Дополнительно после 6 месяцев лактации
Энергия, ккал	2200	500	450
Белок, г	66	40	30
в т.ч., животного происхождения, г	36	26	20
Жиры, г	73	15	15
Углеводы, г	318	40	40
Кальций, мг	800	400	400
Фосфор, мг	1200	600	600
Магний, мг	400	50	50
Железо, мг	18	15	15
Цинк, мг	15	10	10
Йод, мг	0,15	0,05	0,05
Витамины:			
С, мг	70	40	40
А, мкг ретинол. экв.	800	400	400
Е, мг	8	4	4
Д, мкг	2,5	10	10
В1, мг	1,1	0,6	0,6
В2, мг	1,3	0,5	0,5
В6, мг	1,8	0,5	0,5
РР, мг ниац. экв.	14	5	5
Фолат, мкг	200	100	100
В12, мкг	3	1	1

Приложение 7

**Рекомендуемый набор продуктов питания
для кормящих матерей, г (брутто)**

Продукты	Количество
Хлеб пшеничный	150
Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	20
Крупы, макаронные изделия	70
Картофель	200
Овощи	500
Фрукты	300
Соки	150
Фрукты сухие	18
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	165
Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5% жирности	600
Творог 9% жирности	50
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Масло растительное	15
Яйцо, шт	?
Сыр	15
Чай	1
Кофе	3
Соль	8
Белок, г	104
в т.ч., животный	60
Жир, г	93
в т.ч., растительный, г	25
Углеводы, г	370
Энергетическая ценность, ккал	2735

Приложение 8

Рекомендуемый ассортимент продуктов питания для передачи из дома родильницам

Кисломолочные продукты промышленного выпуска (кефир, йогурты, простокваша, ряженка и др.):

— расфасованные в герметичные упаковки массой не более 200 г со сроком годности не менее 5 суток

Сок фруктовый (яблочный, грушевый, сливовый и др.) промышленного выпуска:

— в упаковке не более 1,0 л

Свежие фрукты (яблоки, сливы, абрикосы, груши и др.):

— до 400 г

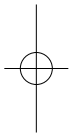
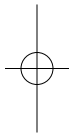
Чернослив, курага:

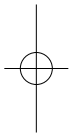
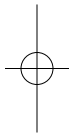
— 50 г

Сыры твердых сортов

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Современные принципы организации грудного вскармливания и Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»	5
2. Внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации	7
3. Организация работы лечебно-профилактического учреждения по внедрению 10 шагов успешного грудного вскармливания	10
4. Профилактика гипогалактии	19
5. Питание кормящих матерей	22
Термины и определения	26
Литература	27
Приложение 1. Десять шагов успешного грудного вскармливания применительно к женской консультации	34
Приложение 2. Десять шагов успешного грудного вскармливания применительно к детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению	35
Приложение 3. Функциональные обязанности медицинского персонала женских консультаций, родильных домов (отделений) и детских амбулаторно- поликлинических учреждений по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания	36
Приложение 4. Программа 40-часового обучающего курса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию»	40
Приложение 5. Медицинские показания для использования заменителей грудного молока	41
Приложение 6. Нормы физиологической потребности в основных пищевых веществах и энергии для кормящих матерей	42
Приложение 7. Рекомендуемый набор продуктов питания для кормящих матерей, г (брутто)	43
Приложение 8. Рекомендуемый ассортимент продуктов питания для передачи из дома родильницам	44





И.Я. Конь, Л.В. Абольян, Е.М. Фатеева, М.В. Гмошинская

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА
Пособие для врачей

Художник: В. Касин

Компьютерная верстка: С. Гурьев

Техническое обеспечение: www.tt-design.ru

Формат 60х90/16. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Объем 3,0 п.л. Тираж 1000 экз. Заказ №1858.

Отпечатано в типографии ООО «Экспресспринт ИК»

115551, Москва, ул. Домодедовская, д.20, кор. 3. Тел./факс: 392-78-00.