World Health Organization
Kazakhstan

EFSD
EURASIAN FUND FOR STABILIZATION AND DEVELOPMENT

**Учебное пособие**

# ОХРАНА, ПОДДЕРЖКА И ПООЩРЕНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

## В БОЛЬНИЦЕ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ

Пересмотренная инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ
по созданию в больницах благоприятных условий
для грудного вскармливания

**АСТАНА 2025**



**УДК 616 (057.8)**
**ББК**
**Ч-82**

**Учебное пособие подготовлено д.м.н., проф. Чуваковой Т. К.**

В данном учебном пособии представлены обновленные материалы по реализации Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания. Материалы оцениваются по критериям соответствия медицинских организаций стандартам Инициативы, инструменту самооценки организаций, оказывающих услуги беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста, а также информационным материалам по организации работы по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

При подготовке данного руководства использованы материалы ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также систематические обзоры и метаанализы научных публикаций последних лет, касающихся грудного вскармливания, адаптированные к условиям Казахстана.

Руководство предназначено для администрации медицинских организаций родовспоможения, детства и первичной медико-санитарной помощи, для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, а также для национальных и региональных экспертов и координаторов программ по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

Данный материал подготовлен в рамках проекта «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в больнице доброжелательного отношения к ребенку», финансируемого Евразийским фондом стабилизации и развития (ЕФСР). Мнения, выводы и заключения, изложенные в настоящей публикации, принадлежат исключительно авторам и не обязательно отражают официальную позицию ЕФСР. ЕФСР не несет ответственности за использование информации, содержащейся в настоящей публикации.

**Редактор** Каукенова Ботагоз
**Художественный редактор** Еремкин Максим
**Компьютерная верстка и макет** Осипов Илья
**Менеджмент** Демесинова Инкар

**ISBN 978-8556-8888**

# СОДЕРЖАНИЕ

Выражение признательности 4
Сокращения 5
Введение 6
1. Грудное вскармливание - глобальный приоритет 8
1.1. Рациональное вскармливание - основа здоровья и выживания детей 9
1.2. Роль грудного молока в формировании кишечной микробиоты и становлении здоровья детей 22
1.3. Нутритивный состав грудного молока и его значение для здоровья детей 35
2. Роль организаций родовспоможения и детства в охране, поддержке и поощрении грудного вскармливания 44
2.1. Важнейшие процедуры управления для поддержки грудного вскармливания 49
3. Охрана грудного вскармливания 58
4. Механизм кормления грудью 70
5. Оценка кормления грудью 84
5.1. Практическое занятие по оценке кормления грудью 89
5.2. Практическое занятие по использованию формы «Наблюдение за кормлением грудью» 94
6. Состояние молочных желез 101
6.1. Наполнение, нагрубание, лактостаз и мастит 108
7. Навыки общения 121
7.1. Упражнения по навыкам общения 129
8. Основные клинические практики для поддержки грудного вскармливания 133
8.1. Подготовка беременных женщин к кормлению грудью 134
8.2. Практические меры, способствующие грудному вскармливанию 147
8.3. Помощь матерям в поддержке и продолжении грудного вскармливания 154
9. Недостаточно молока 171
10. Увеличение лактации и релактация 179
11. Отказ от груди 184
12. Плач 190
13. Особенности кормления маловесных новорожденных детей 196
14. Сцеживание грудного молока 205
15. Внедрение в практику медицинских организаций программы ВОЗ/ЮНИСЕФ Инициатива «Больница доброжелательного отношения к ребенку» 214
15.1. Самооценка лечебно-профилактических организаций на соответствие статусу «Больница доброжелательного отношения к ребенку» 229
15.2. Внешняя оценка лечебно-профилактических организаций на соответствие статусу «Больница доброжелательного отношения к ребенку» 237

# ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

**Настоящее учебное пособие подготовлено Тамарой Курмангалиевной Чуваковой** - доктором медицинских наук, профессором, одной из ведущих неонатологов Республики Казахстан.

Материал разработано при технической поддержке Странового офиса Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Казахстане и Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Авторы и партнеры выражают признательность экспертному сообществу и специалистам системы здравоохранения, принявшим участие в обсуждении и доработке материалов пособия.

**Финансирование разработки и подготовки издания осуществлено при поддержке Евразийского фонда стабилизации и развития.**

## СОКРАЩЕНИЯ:

**АРТ** – антиретровирусная терапия
**БДОР** – больница доброжелательного отношения к ребенку
**ВАЗ** – Всемирная ассамблея здравоохранения
**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека
**ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения
**ГВ** – грудное вскармливание
**ГМ** – грудное молоко
**ГОС** – галактоолигосахариды
**ГПГВ** - группа поддержки грудного вскармливания
**ДМС** – детские молочные смеси
**ЗГМ** – заменители грудного молока
**ИБДОР** – инициатива больница доброжелательного отношения к ребенку
**ИПФР** – инсулиноподобные факторы роста
**КМС** – коммерческие молочные смеси
**МК** – метод кенгуру
**МО** – медицинская организация
**НПО** – неправительственные организации
**НФР** – нейрональный фактор роста
**ОНМТ** – очень низкая масса тела
**ООН** – Организация Объединенных Наций
**ОС** – олигосахариды
**ОСГМ** - олигосахариды грудного молока
**СМИ** - средства массовой информации
**ПМСП** – первичная медико-санитарная помощь
**ФОС** – фруктановые олигосахариды
**ЭНМТ** – экстремально низкая масса тела
**ЭФР** – эпидермальный фактор роста
**ЮНИСЕФ** – Детский фонд ООН
**VEGF** – васкулярный эндотелиальный фактор роста

# ВВЕДЕНИЕ

При разработке политики здравоохранения в области питания и укрепления здоровья матери и ребенка в XXI веке Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) придают первостепенное значение вопросам грудного вскармливания. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДОР) рассматривается как одна из наиболее эффективных программ по охране и поддержке грудного вскармливания при участии сектора здравоохранения (65-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2012). Грудное вскармливание признано ВОЗ одной из экономически эффективных мер профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

Замена грудного молока коммерческими молочными смесями (КМС) за последние полтора столетия представляет собой серьезный сдвиг в питании и уходе за детьми грудного и раннего возраста во всем мире. Такая смена рациона вызывает значительную обеспокоенность состоянием здоровья населения, учитывая установленную связь между воздействием маркетинга КМС и ухудшением показателей здоровья, а также ростом смертности среди детей грудного и раннего возраста в условиях ограниченных ресурсов.

Многочисленные исследования демонстрируют: дети грудного и раннего возраста имеют более высокие показатели выживаемости, роста и полноценного развития при вскармливании материнским молоком. Это обусловлено уникальными нутритивными и многофункциональными свойствами грудного молока (ГМ). Грудное вскармливание способствует здоровому развитию мозга ребенка и играет ключевую роль в предотвращении тройного бремени неполноценного питания, инфекционных заболеваний и смертности, а также снижает риск ожирения и хронических заболеваний как в странах с низким, так и с высоким уровнем дохода. Одновременно грудное вскармливание обеспечивает защитный эффект для здоровья матери, снижая риск хронических заболеваний, включая рак груди и яичников, сахарный диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания.

В 1989 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ опубликовали совместную декларацию «***Защита, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль служб родовспоможения***», в которой был представлен перечень рекомендаций, известных как «***Десять шагов на пути к успешному грудному вскармливанию***» (далее – Десять шагов). Эти рекомендации были разработаны с целью защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания в медицинских организациях. В 1991 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ официально представили Инициативу ***"Больница доброжелательного отношения к ребенку"*** (ИБДОР).

Медицинские организации, которые задокументировали полное соблюдение ***Десяти шагов и Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока*** в соответствии с резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ), могут получить звание «***Больница доброжелательного отношения к ребенку***».

Начиная с 2015 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ координируют процесс обновления научных данных, лежащих в основе выполнения Десяти шагов и усиления мер по реализации БДОР. Эта работа включает систематические обзоры научной литературы,

а также анализ факторов успеха и трудностей, связанных с внедрением данной Инициативы.

В октябре 2016 г. на Конгрессе по ИБДОР был представлен предварительный проект обновленного руководства. Около 300 участников из более чем 130 стран, а также 20 партнеров по развитию (НПО, международные профессиональные объединения и донорские организации) обсуждали документ на заседаниях рабочих групп в течение трех дней и внесли существенный вклад в подготовку пересмотренной версии руководства.

В октябре 2017 г. в рамках онлайн-консультаций руководством ВОЗ были распространены комментарии, предоставленные респондентами. Эти замечания были учтены при подготовке окончательной версии документа, опубликованного в 2018 г.

Обновленное руководство «***Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018» (Защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания. 2018 г.)*** отражает совместные усилия ВОЗ и ЮНИСЕФ, направленные на создание более тщательно продуманной программы, обеспечивающей здоровье и устойчиво высокое качество медицинской помощи матерям и детям.

В руководстве подчеркивается важное значение внедрения в практику медицинских организаций (МО) ***Десяти шагов*** для обеспечения здоровья детей грудного и раннего возраста: как доношенных, так и недоношенных, родившихся в государственных и частных медицинских организациях. Обновленное руководство однозначно рекомендует странам интегрировать ***Десять шагов*** в другие программы и инициативы, направленные на охрану здоровья матерей и детей, а также в практику организаций, оказывающих помощь беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста.

Целью данного учебного пособия является поддержка медицинских организаций в реализации ***Десяти шагов*** путем предоставления информации, необходимой для проведения системных и долгосрочных изменений политики, направленных на внедрение в практику МО ИБДОР.

Данное учебное пособие может использоваться для клинического обучения по вопросам грудного вскармливания и для приобретения знаний, необходимых всему медицинскому персоналу и администрации медицинских организаций.

# 1. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ - ГЛОБАЛЬНЫЙ ПРИОРИТЕТ

# 1. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ - ГЛОБАЛЬНЫЙ ПРИОРИТЕТ

## 1.1. Рациональное вскармливание - основа здоровья и выживания детей грудного и раннего возраста.

**Определяя политику здравоохранения в области питания и укрепления здоровья матери и ребенка в XXI веке, ВОЗ и ЮНИСЕФ уделяют первостепенное внимание вопросам ГВ. В обращении 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) к государствам-участникам были определены основные направления стратегии по охране, поддержке и поощрению ГВ:**

- принять к сведению руководящие принципы Конвенции о правах ребенка, в частности статью 24, которая подчеркивает необходимость обеспечения доступности надлежащей поддержки и информации о здоровье и питании ребенка, а также о преимуществах ГВ для всех групп населения;

- укреплять существующие мероприятия и разрабатывать новые меры, направленные на защиту, пропаганду и поддержку исключительно ГВ в течение первых шести месяцев жизни. Эта рекомендация является глобальной для общественного здравоохранения и основана на результатах консультативного совещания экспертов ВОЗ по вопросам оптимальной продолжительности исключительно ГВ, а также обеспечения безопасного и адекватного прикорма с продолжением ГВ до двух лет и более. Особое внимание следует уделять общественным каналам распространения информации для обеспечения широкой приверженности населения указанным практикам;

- поддерживать Инициативу по созданию в лечебных учреждениях условий, благоприятных для ГВ. Разрабатывать и внедрять механизмы (правила, законодательные акты и другие меры), направленные на проведение периодической переоценки практики больниц, поддержание стандартов, а также обеспечение долгосрочной устойчивости и доверия к данной Инициативе.

Эти положения легли в основу Глобальной стратегии по питанию детей грудного и раннего возраста, принятой на 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в 2002 году. В связи с появлением новых научно обоснованных рекомендаций стратегия была обновлена в 2018 году.

**Основная цель стратегии:** обеспечить улучшение питания, здоровья, роста, развития и выживаемости детей грудного и раннего возраста на основе оптимальной практики кормления.

Для достижения этой цели предусмотрены следующие задачи:

- повысить информированность общественности всех стран о ключевых проблемах, связанных с кормлением детей грудного и раннего возраста, определить подходы к их решению и реализации ключевых мероприятий;
- укрепить приверженность правительств, международных организаций и других заинтересованных сторон к внедрению оптимальных практик питания детей грудного и раннего возраста;
- сформировать такую социальную и институциональную среду, которая позволит матерям и другим членам семьи в любых условиях принимать и реализовывать информированный и обоснованный выбор в отношении оптимальных практик кормления.

Обновленная стратегия основана на выводах и рекомендациях экспертов ВОЗ, сформированных на основе систематических обзоров и мета-анализов научных публикаций последних лет, посвященных ГВ. Эти исследования подтверждают решающую роль достаточного питания в первые месяцы и годы жизни для достижения оптимальных показателей здоровья детей.

По данным ВОЗ, в 2023 году в мире умерло 4,8 миллиона детей в возрасте до пяти лет. Доступ к основным жизненно важным вмешательствам, таким как квалифицированная помощь при родах, качественный послеродовый уход, раннее и исключительное ГВ, достаточное питание, вакцинация и лечение распространенных детских заболеваний, может спасти множество жизней. По расчетам ВОЗ, недоедание связано с 2,7 миллионами случаев детской смертности ежегодно, что составляет около 45% всех случаев детской смертности. Недостаточное питание и ухудшение здоровья формируют взаимно поддерживающий патологический цикл: дефицит питания ослабляет здоровье, а плохое здоровье усиливает дефицит питания.

Неправильные практики вскармливания и их последствия являются значимыми факторами риска заболеваемости и смертности детей грудного и раннего возраста. Эти последствия проявляются на протяжении всей жизни: приводят к ухудшению здоровья, снижению когнитивных функций и учебной успеваемости, уменьшению производительности труда и ограничению интеллектуального и социального потенциала. Более того, неправильные практики вскармливания остаются одним из ключевых препятствий на пути устойчивого социально-экономического развития стран. Правительства не смогут достичь долгосрочного прогресса в ускорении экономического развития, если не будут созданы условия, необходимые для оптимального роста и развития детей, включая широкое внедрение эффективных практик вскармливания.

Кроме того, по данным ВОЗ, ежегодно в мире умирает около 2 млн младенцев, не достигших месячного возраста. Исследования экспертов организации показывают, что большинство случаев гибели новорожденных можно предотвратить путем внедрения в практику здравоохранения профилактических, диагностических и терапевтических мероприятий, основанных на научных доказательствах и не требующих применения сложных или дорогостоящих технологий.

Одной из эффективных и экономически доступных мер является ГВ. Согласно оценкам ВОЗ, оптимальные практики ГВ могли бы ежегодно предотвращать около 820 000 случаев смерти детей в возрасте до пяти лет.

В Казахстане внедрение программы «Охрана, поощрение и поддержка ГВ» в практику родовспомогательных организаций началось в 1994 году после совещания, проведенного в Алматы Агентством США по международному развитию (USAID) в 1993 году для ключевых представителей систем здравоохранения стран Центральной Азии, включая Казахстан.

В 1997 году Министерство здравоохранения Республики Казахстан утвердило Государственную политику по охране, поощрению и поддержке ГВ, оформив ее приказом №113 от 25 июля 1997 года.

Внедрение программы способствовало значительному снижению младенческой смертности, что подтверждено результатами исследования ЮНИСЕФ. Было показано, что благодаря реализации программы ГВ уровень младенческой смертности в Казахстане за период с 2000 по 2005 год снизился с 60,2 до 31,8 случаев на 1000 живорожденных, то есть на 52,8%.

Современные научные данные показывают, что женское молоко, сформировавшееся в ходе биологической эволюции человечества, обладает уникальным нутритивным и иммунорегуляторным потенциалом и является единственным физиологически адекватным питанием для большинства новорожденных, за исключением немногих медицинских показаний. Помимо легкоусвояемых питательных веществ в оптимальном соотношении, с молоком матери ребенок получает широкий спектр специфических и неспецифических факторов защиты, а также комплекс гормонов и биологически активных веществ, обеспечивающих иммунологическую регуляцию и формирование толерантности, способствуя укреплению здоровья. ГВ также является неотъемлемой частью репродуктивного процесса и имеет важные последствия для здоровья матери.

В 2016 году в первом номере журнала ***The Lancet*** была опубликована серия статей, посвященных ГВ. Одна из них, «***Грудное вскармливание в XXI веке: эпидемиология, механизмы влияния и эффект на всех этапах жизни***», подготовлена группой специалистов из семи стран: Австралии, Бразилии, Вьетнама, Индии, Норвегии, США и Южной Африки. Материалы для анализа были собраны на основе 28 систематических обзоров и мета-анализов, и представлены профессором C.G. Victora с соавторами в виде обобщенного обзора, посвященного взаимосвязи между ГВ и показателями здоровья детей и матерей. По заключению авторов, ***ГВ является одним из ключевых факторов снижения смертности детей в возрасте до пяти лет.*** Расширение его масштабов до почти универсального уровня могло бы по оценкам предотвратить около 823000 случаев смерти детей ежегодно (13.8% всех смертей среди детей младше 24 месяцев), а также порядка 20000 случаев смерти матерей от рака молочной железы.
Продолжительный период ГВ (в течение двух лет и более) снижает вероятность избыточного веса и ожирения у матерей на 13%, а риск развития диабета 2 типа на 35%. Отсутствие ГВ ассоциировано с более низкими показателями интеллекта у детей и возможными ежегодными экономическими потерями, превышающими 341,3 млрд долларов США (0,49% мирового валового национального дохода). Эти потери обусловлены нереализованными преимуществами ГВ для здоровья и развития человеческого потенциала, а также недостаточными инвестициями в его защиту, поддержку и поощрение.

ГВ оказывает значительное влияние на социальные и экономические аспекты

жизни человека. Реализация программ по его защите, поддержке и продвижению способствует достижению Целей устойчивого развития ООН на 2016–2030 годы, прежде всего таких, как обеспечение хорошего здоровья и благополучия, качественного образования, достойной работы и экономического роста. Эти цели напрямую связаны с внедрением мер по охране, поощрению и поддержке ГВ.

ГВ не приводит к загрязнению окружающей среды, не требует значительных ресурсов и является стабильным и естественным источником питания и жизнеобеспечения. В отличие от него, производство и использование заменителей грудного молока (ЗГМ) сопровождается выбросами парниковых газов на всех этапах: от изготовления и транспортировки до приготовления и утилизации. Среди парниковых газов выделяются метан, оксид азота и диоксид углерода.

Согласно недавнему отчету, выбросы диоксида углерода, связанные с производством детских смесей в странах Азии, оцениваются примерно в 2,9 млн тонн. Кроме того, использование ЗГМ приводит к образованию значительных объемов отходов, требующих утилизации. В обзоре Американского комитета по ГВ указано, что ежегодно в США утилизируется около 550 миллионов банок и коробок из-под молочных смесей, что составляет 86000 тонн металла и 800000 фунтов бумаги.

Следует отметить, что последние десятилетия характеризуются многочисленными открытиями, подтверждающими не только уникальный питательный состав материнского молока, но и его многофункциональность, обеспечивающую здоровье каждого ребенка, вскармливаемого ГМ, не только в период лактации, но и в последующие годы жизни. Молекулярно-биологические исследования показали, что питательные вещества могут оказывать значительное влияние на экспрессию генов, то есть на процесс считывания генетической информации, как напрямую, так и через гормональные механизмы регуляции.

Это научное направление получило название нутритивной эпигенетики – области, изучающей изменения активности и работы генов без структурных нарушений ДНК. Она объясняет, как компоненты питания (например, биоактивные компоненты пищи, определенные типы диет и другие факторы) потенциально могут влиять на экспрессию генов.

Все процессы в организме человека происходят при участии экспрессии генов. Нарушения питания в критические периоды развития, особенно в пренатальном периоде и раннем детстве, ассоциируются с повышенным риском хронических заболеваний во взрослом возрасте.

Основными эпигенетическими процессами являются ДНК-метилирование (один из ключевых механизмов регуляции экспрессии генов), модификация гистонов (ДНК-связывающих белков), перестройка хроматина и регуляция с участием микроРНК. Наиболее изученный механизм эпигенетической регуляции активности генов связан с ДНК-метилированием. Аномальное метилирование – химический процесс, при котором метильная группа присоединяется к другим молекулам, – может быть связано с развитием ряда заболеваний, выступая одним из ключевых механизмов взаимодействия генетических и средовых факторов.

Эпигенетические факторы воздействуют на организм человека на протяжении всей жизни, вызывая как кратковременные, так и отдаленные последствия, что связано с феноменом «метаболического импринтинга».

Метаболический импринтинг – это совокупность адаптивных реакций на различные факторы, в том числе на раннее питание, которые могут оказывать длительное, сохраняющееся действие во взрослом возрасте. Возникновение этих реакций возможно только в критические периоды развития.

**Особенно важными являются первые 1000 дней с момента зачатия,** охватывающие весь период внутриутробного развития и два года после рождения. Это критический период жизни плода и ребенка, когда формируются органы и системы, происходит созревание и становление функций.

В этот период характер питания матери и ребенка играет важную роль **в программировании активности генов**, влияющих на дифференцировку клеток, развитие органов, а также на особенности метаболизма и состояние здоровья в последующие годы. ГВ ассоциируется с более благоприятным метаболическим и иммунным профилем, однако важно отметить, что развитие и здоровье ребенка формируются под влиянием множества факторов среды и ухода, а не только особенностей вскармливания.

Это подтверждают данные, полученные американскими и европейскими учеными при обследовании пожилых голландцев, родившихся сразу после Второй мировой войны в 1944–1945 годах. У этих людей было выявлено снижение уровня ДНК-метилирования гена инсулиноподобного фактора роста 2 (IGF2) по сравнению с теми, кто не испытывал голода. Эти эпигенетические различия рассматриваются как возможный механизм повышенного риска метаболических и сердечно-сосудистых заболеваний, однако связь между уровнем IGF2 и продолжительностью жизни у человека остается предметом исследований.

Дополнительно установлено, что сильный эмоциональный стресс и полуголодное питание матерей во время беременности оказали негативное воздействие на здоровье их детей. Родившись с низкой массой тела, эти люди во взрослом возрасте чаще страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением и сахарным диабетом по сравнению с теми, кто родился до или после войны. Показано, что при недостаточном поступлении питательных веществ во время внутриутробного развития у плода происходят метаболические перестройки, направленные на экономию и накопление энергетических ресурсов.

Если после рождения питание действительно ограничено, такая адаптация помогает выжить. Однако, когда ребенок рождается в более благополучных условиях, «запасающий» тип метаболизма может способствовать развитию ожирения и сахарного диабета 2 типа в более поздние годы жизни.

Следовательно, ***обеспечение оптимального питания детей грудного и раннего возраста, направленного на поддержание здоровья и выживаемости, должно начинаться в антенатальный период.*** Оно включает организацию питания беременной женщины и контроль за состоянием беременных, особенно с избыточной массой тела, ожирением или сахарным диабетом.

Недоедание и стресс во время беременности негативно влияют на концен-

трацию ряда гормонов в организме матери и плода – глюкокортикоидов, катехоламинов, инсулина, гормона роста и других. В результате у плода могут происходить эпигенетические изменения в клетках гипоталамуса и гипофиза, что приводит к нарушению функций гипоталамо-гипофизарной регуляторной системы. Это повышает риск того, что ребенок будет менее устойчив к стрессовым воздействиям различной природы – инфекционным, физическим и психоэмоциональным.

Питание плода в период гестации, а также ребенка в неонатальном периоде и в грудном возрасте через эпигенетические механизмы влияет на формирование обменных процессов, физическое и интеллектуальное развитие и состояние здоровья в последующей жизни.

Оптимальным питанием для ребенка с первых дней жизни является ГМ, которое не ограничивается ролью источника питательных веществ, а выступает важным постнатальным фактором, связанным с более благоприятными иммунными и метаболическими исходами у младенцев.

Научные данные убедительно демонстрируют, что ГМ обладает уникальными биологическими свойствами и функциональной полноценностью, обеспечивая оптимальные условия для питания и развития ребенка на ранних этапах жизни. Исследования последних лет показали, что внеклеточные везикулы ГМ (экзосомы) содержат не менее 633 белков, о существовании которых ранее не было известно. Эти везикулы также включают микроРНК, регулирующие экспрессию генов, контролирующих рост, воспаление и активацию Т-регуляторных клеток, что может способствовать формированию иммунной толерантности и снижению риска воспалительных состояний, включая некротизирующий энтероколит; потенциальная роль таких микроРНК в защите от аутоиммунных заболеваний остается предметом дальнейших исследований. По данным ряда исследований, микроРНК участвуют в регуляции экспрессии большого числа генов человека, обеспечивая функционирование множества физиологических процессов: репрограммирование стволовых клеток, регуляцию иммунного ответа, развитие Т- и В-лимфоцитов, пролиферацию нейтрофилов, высвобождение медиаторов воспаления, дифференцировку дендритных клеток и другие важные механизмы. ГМ, содержащее до 1400 различных типов микроРНК, является важным дополнительным их источником для обеспечения полноценного развития младенца.

МикроРНК, поступающие из материнского молока в кровоток ребенка, регулируют клеточные процессы: они влияют на уровень глюкозы в крови, участвуют в развитии печени, обладают противоопухолевой активностью и даже передают младенцу циркадные ритмы матери.
Компоненты ГМ участвуют в регуляции баланса про- и противовоспалительных реакций, играющих важную роль в поддержании нормальной функции кишечника. В экспериментальных моделях in vitro в клетках кишечного эпителия показано, что отдельные компоненты ГМ могут снижать экспрессию промотора гена IL-8: одного из основных провоспалительных хемокинов, – ингибируя при этом активацию ядерного фактора каппа-В (NF-κB; nuclear factor kappa-light-chain-enhancer of activated B cells). NF-κB – универсальный фактор транскрипции, контролирующий экспрессию генов, связанных с иммунным ответом, апоптозом и клеточным циклом. Нарушение его регуляции ассоциируется с развитием воспалительных и аутоиммунных заболеваний, вирусных инфекций

и злокачественных новообразований.

Ряд исследований, посвященных иммуномодулирующей роли ГМ через регуляцию экспрессии генов, связывает эти эффекты с функцией лактоферрина – одного из основных белков ГМ. Считается, что лактоферрин способен связывать провоспалительные участки бактериальной ДНК (CpG-мотивы – характерные последовательности нуклеотидов) в межклеточном пространстве, и такое связывание, по-видимому, ингибирует ДНК-индуцируемую активацию генов, регулируемых фактором NF-κB, включая IL-8 и IL-12 в В-клетках.

Показано, что вскармливание ГМ ассоциируется с изменениями экспрессии генов и эпигенетических маркеров без изменения нуклеотидной последовательности ДНК, что может быть связано с более благоприятными метаболическими и клиническими исходами, даже при наличии генетической предрасположенности к некоторым заболеваниям.

Таким образом, приведенные данные экспериментальных и клинических исследований, отражающие уникальный состав ГМ, указывают на то, что оно, участвуя ***в процессах программирования и регуляции экспрессии генов, способствует развитию иммунных функций и ассоциируется с более низким риском ряда инфекционных и некоторых неинфекционных заболеваний.***

В настоящее время изучение компонентов ГМ и открытие новых его составляющих продолжаются, а интерес научного сообщества к этой теме остается стабильно высоким. Поэтому медицинским работникам, оказывающим помощь беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста, следует в полной мере использовать в своей практике рекомендации программ ВОЗ и ЮНИСЕФ, направленные на обеспечение выживаемости и здоровья детей и матерей.

***Ключевым элементом стратегии по выживанию детей является программа ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания».***

В течение первых шести месяцев жизни исключительно ГВ, как правило, полностью удовлетворяет физиологические потребности ребенка в воде, пище и энергии. Однако начиная со второго полугодия жизни потребность ребенка в энергии и питательных веществах возрастает и уже не может быть обеспечена только ГМ. К этому времени ребенок становится физиологически более зрелым, его пищеварительная система готова к усвоению других видов пищи, дополняющих ГМ. Эти обстоятельства служат научным обоснованием необходимости введения прикорма начиная с шестого месяца жизни (180 дней). Несвоевременное введение прикорма может привести к развитию нарушений питания, которые могут иметь долгосрочные последствия для здоровья и развития ребенка.

## Грудное вскармливание имеет важное значение не только для ребенка, но и для здоровья женщины.

Являясь естественным физиологическим этапом, следующим за беременностью, оно оказывает благоприятное влияние на материнский организм, способствуя восстановлению и улучшению ряда функций в послеродовом периоде. ГВ стимулирует сокращение матки, ***снижает риск послеродовых кровотечений и ускоряет ее инволюцию*** благодаря окситоцину, который усиливает сократительную активность миометрия во время сосания груди ребенком.

***ГВ также обладает естественным противозачаточным эффектом,*** задерживая восстановление овуляции и менструации. Этот эффект наблюдается только при условии **исключительно ГВ,** то есть если мать кормит ребенка исключительно грудью, часто, по требованию, как днем, так и ночью, не менее 8–10 раз в сутки. При достижении ребенком шестимесячного возраста эффективность ГВ как метода предотвращения беременности снижается, поскольку в этот период вводится прикорм и вскармливание перестает быть исключительным. Однако частое кормление грудью в сочетании с прикормом частично сохраняет контрацептивный эффект. Мать должна предлагать грудь при каждом требовании ребенка. С момента восстановления менструального цикла женщина вновь становится фертильной, и ГВ уже не обеспечивает защиту от беременности, даже если ребенку меньше шести месяцев. В этом случае необходимо использовать другие методы планирования семьи.

Возобновление менструации является основным признаком восстановления фертильности, однако у некоторых женщин овуляция может наступить еще до первой менструации. Это чаще происходит, когда возраст ребенка превышает шесть месяцев.

## Физиология лактационной инфертильности / лактационной аменореи

ГВ влияет на фертильность через сложный гипоталамо-гипофизарно-яичниковый механизм обратной связи. Регуляция как менструального цикла, так и продукции молока при лактации начинается с процесса сосания и его воздействия на гипоталамус и гипофиз. Комплекс сосок-ареола содержит большое количество нервных рецепторов. Их стимуляция во время сосания запускает нейроэндокринные механизмы, способствующие выделению гипофизом пролактина и окситоцина. Эти гормоны обеспечивают выработку и выделение молока, одновременно подавляя активность яичников. Процесс сосания снижает секрецию гипоталамусом гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ), что, в свою очередь, приводит к уменьшению секреции лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов. В результате ограничивается продукция эстрогенов и не происходит овуляции, что и определяет физиологическую инфертильность в период ГВ.

Таким образом, если у матери не возобновились менструации, ребенку меньше шести месяцев, и он находится на исключительно ГВ по требованию, риск наступления новой беременности крайне низок: менее 2 %. В этой ситуации метод лактационной аменореи может использоваться как временный метод контрацепции при информированном выборе женщины.
Если менструации возобновились или ребенку более шести месяцев и ему начали вводить прикорм, женщине рекомендуется использовать дополнительные методы контрацепции, поскольку ее фертильность восстановилась.
Если женщина не желает полагаться на ГВ как на метод планирования семьи (например, в связи с выходом на работу и невозможностью кормить ребенка по требованию), ей следует выбрать другой метод контрацепции в раннем послеродовом периоде, не позднее четырех-шести недель после родов.

ГВ также снижает риск развития рака молочной железы как через изменение

гормонального фона, так и косвенно за счет задержки восстановления овуляции и связанных с этим морфофункциональных изменений ткани молочных желез. Кроме того, ГВ экономически выгодно для семьи: не требует затрат на приобретение смесей и аксессуаров для кормления, экономит время матери, обеспечивает ребенка питанием оптимальной температуры и состава. Оно также снижает частоту заболеваний у детей, вскармливаемых материнским молоком, что уменьшает расходы семьи и системы здравоохранения на медицинскую помощь.

Таким образом, наличие научно обоснованных данных о положительном влиянии вскармливания ГМ на здоровье человека как в раннем, так и во взрослом возрасте подтверждает необходимость всесторонней поддержки и реализации Глобальной стратегии ВОЗ/ЮНИСЕФ по кормлению детей грудного и раннего возраста, направленной на обеспечение здоровья, развития и процветания общества.

## Текущая ситуация в Казахстане

Анализ данных последних лет показывает, что достигнутое в 2000–2006 годах улучшение ситуации с поддержкой исключительно ГВ на уровне родовспомогательных организаций не распространилось на амбулаторно-поликлиническое звено. Согласно «Кластерному обследованию по всем показателям 2016», проведенному ЮНИСЕФ, доля младенцев в Казахстане, находящихся на исключительно ГВ до шестимесячного возраста, составляет всего 37,8%. При этом доля детей, продолжающих ГВ до одного года, достигает 59,8%, а до двух лет – 21,1%.

По данным национального исследования в рамках инициативы ВОЗ по эпидемиологическому надзору за детским ожирением, питанием и физической активностью (2020), по данным опроса родителей, 40,4% детей в младенчестве находились на исключительно ГВ шесть месяцев и более, что ниже целевого ориентира ≥50%, установленного в соответствии с Глобальными целями по питанию.

Одним из важных факторов, способствующих снижению указанных показателей, является агрессивная маркетинговая политика компаний-производителей и дистрибьюторов ЗГМ, направленная на активное продвижение их продукции. В 2022 году ВОЗ/ЮНИСЕФ опубликовали глобальный статус-отчет, в котором оцениваются меры, действующие в разных странах, включая Казахстан, касающихся регулирования маркетинга продуктов, подпадающих под действие Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока (Кодекс ВОЗ), принятого Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1981 году, а также последующих резолюций ВАЗ и ВОЗ, включая «Руководство по прекращению ненадлежащей рекламы продуктов питания для детей грудного и раннего возраста». Оценка проводилась в соответствии с методологией, представленной в Политическом обзоре Европейского регионального бюро ВОЗ «Эффективная нормативно-правовая база для прекращения ненадлежащего маркетинга ЗГМ и продуктов питания для детей грудного и раннего возраста в Европейском регионе ВОЗ» (2022). В этом документе используется сравнительный анализ национальных мер регулирования, изложенных в отчете «Маркетинг заменителей грудного молока: национальное внедрение. Отчет о состоянии Международного кодекса, 2022».

Национальные нормативно-правовые акты оценивались с точки зрения того,

насколько полно они отражают положения Кодекса, последующих резолюций ВАЗ, а также рекомендации, изложенные в Руководстве 2016 года по прекращению ненадлежащего продвижения продуктов питания для детей грудного и раннего возраста. Каждому разделу присваивалось определенное количество баллов; максимальная сумма составляла 100. Положения были сгруппированы в семь категорий, каждая из которых имела установленный диапазон возможных оценок (см. таблицу 1).

**Таблица 1.** *Из Приложения 1 Отчета о ходе работы за 2022 год. Алгоритм подсчета баллов, используемый для классификации национальных правовых мер по Кодексу (баллы за категорию).*

| **Category (Категория)** | **Maximum points available (максимальное количество баллов)** |
|---|---|
| Scope (объем/охват) | 20 |
| Monitoring and enforcement (мониторинг и правоприменение) | 10 |
| Informational/educational materials on IYCF (информационные/образовательные материалы) | 10 |
| Promotion to general public (продвижение среди широкой публики) | 20 |
| Promotion in health care facilities (продвижение в медицинских организациях) | 10 |
| Engagement with health workers and systems (взаимодействие с работниками здравоохранения и системами здравоохранения) | 15 |
| Labelling (маркировка) | 15 |
| **Total (итого)** | 100 |

Исходя из максимально возможного количества – 100 баллов, государства-члены ВОЗ классифицируются следующим образом:

- **В значительной степени соответствует Кодексу:** страны, принявшие законодательные, нормативные или иные юридически обязательные меры, охватывающие большую часть положений Кодекса (75–100 баллов).
- **Умеренное соответствие Кодексу:** страны, принявшие законодательные или иные меры, охватывающие большинство положений Кодекса (50–75 баллов).
- **Некоторые положения Кодекса включены:** страны, принявшие законодательные, нормативные или иные меры, охватывающие менее половины положений Кодекса (<50 баллов).
- **Отсутствие правовых мер:** страны, которые не предприняли действий по внедрению Кодекса либо реализовали его только через добровольные соглашения или другие неправовые механизмы (включая государства, разработавшие, но не утвердившие соответствующие законодательные акты).

Из 53 стран Европейского региона ВОЗ 51 страна приняла правовые меры для реализации хотя бы некоторых положений Кодекса. Только одна страна – Армения – внедрила меры, которые в значительной степени соответствуют положениям Кодекса.

Согласно оценке правового статуса внедрения Кодекса, Казахстан отнесен к категории стран, где **включены лишь отдельные положения Кодекса**, набрав 14 из 100 возможных баллов. В частности, Казахстан получил:

- 2 из 20 баллов – по охвату всех положений Кодекса
- 3 из 10 баллов – по категории мониторинга и правоприменению
- 7 из 20 баллов – по запрету рекламы и иных форм продвижения продукции среди населения
- 2 из 10 баллов – по регулированию продвижения в МО

*По оставшимся трем категориям Казахстан получил 0 баллов.*

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в Казахстане соблюдение положений Кодекса ВОЗ остается недостаточным. Между тем Кодекс является ключевым элементом системы мер, направленных на создание благоприятной среды, в которой матери могут принимать оптимальные решения относительно кормления своих детей, опираясь на достоверную информацию и не подвергаясь коммерческому давлению, а также получать необходимую поддержку со стороны системы здравоохранения.

Защита, поддержка и продвижение ГВ представляют собой одни из самых эффективных мер по повышению выживаемости детей и обеспечению высокого качества жизни в долгосрочной перспективе.

Полученные результаты подтверждают необходимость дальнейшего укрепления и расширения мер по внедрению в практику МО Казахстана всех положений программы **«Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания»** с особым акцентом на развитие потенциала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

## Список использованной литературы

1. World Health Organization. Fifty-fourth World Health Assembly: resolutions and decisions. Geneva: WHO; 2001.
2. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9241562218
3. World Health Organization. World health statistics 2025: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2025.
4. United Nations Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey 2006: final report. Astana: UNICEF; 2007. 223 p.
5. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012;129:827–841.
6. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, Franca GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. Lancet. 2016;387(10017):475–490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
7. Orta BL, Rollins N, Dias M, Garces V, Perez-Escamilla R. Systematic review and meta-analysis of breastfeeding and subsequent overweight or obesity. Acta Paediatr. 2022. doi:10.1111/apa.16460.
8. United Nations. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. Available from: https://www.un.org/sustainabledevelopment/
9. Dadhich JP, Smith J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia-Pacific region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016. Available from: http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf
10. Mead MN. Nutrigenomics: the genome:-food interface. Environ Health Perspect. 2007;115:582–589.
11. Stover PJ, Caudill MA. Genetic and epigenetic contributions to human nutrition and health: managing genome:-diet interactions. J Am Diet Assoc. 2008;108:1480–1487.
12. Zeisel SH. Nutrigenomics and metabolomics will change clinical nutrition and public health practice: insights from studies on dietary requirements for choline. Am J Clin Nutr. 2007;86:542–548.
13. Liotto N, Miozzo M, Giani ML, Taronti F, et al. Early nutrition: the role of genetics and epigenetics. Paediatr Med Chir. 2009;31:65–71.
14. Cutforth WS, Hofman PL, Mitchell M, Morrison IM. Could epigenetics play a role in the developmental origins of health and disease? Pediatr Res. 2007;61:68R–75R.
15. Tammen SA, Friso S, Choi SW. Epigenetics: the link between nature and nurture. Mol Aspects Med. 2013;34:753–764. doi:10.1016/j.mam.2012.07.018.
16. Waterland RA, Michels KB. Epigenetic epidemiology of the developmental origins hypothesis. Annu Rev Nutr. 2007;27:363–388. doi:10.1146/annurev.nutr.27.061406.093705.
17. Garza C, Waterland RA. Potential mechanisms of metabolic imprinting that lead to chronic disease. Am J Clin Nutr. 1999;69(2):179–197. doi:10.1093/ajcn/69.2.179.
18. Barker DJ. Developmental origins of chronic disease. Public Health. 2012;126:185–189. doi:10.1016/j.puhe.2011.11.014.
19. Soubry A, Schildkraut JM, Murtha A, Wang F, Huang Z, Bernal A, et al. Paternal obesity is associated with IGF2 hypomethylation in newborns: results from the NEST cohort. BMC Med. 2013;11:29. doi:10.1186/1741-7015-11-29.
20. Field CJ. The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. J Nutr. 2005;135:1–4. doi:10.1093/jn/135.1.1.
21. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et

al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Arch Gen Psychiatry. 2008;65:578–584. doi:10.1001/archpsyc.65.5.578.
22. Oddy WH. The impact of breast milk on infant and child health. Breastfeed Rev. 2002;10:5–18.
23. Verduci E, Banderali G, Barberi S, Radaelli G, Lops A, Betti F, et al. Epigenetic effects of human breast milk. Nutrients. 2014;6:1711–1724. doi:10.3390/nu6041711.
24. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: WHO; 2013.
25. Rodriguez JM, Fernandez L, Verhasselt V. The gut:-breast axis: programming health for life. Nutrients. 2021;13:606. doi:10.3390/nu13020606.
26. Pisano S, Galley J, Elbahrawy M, et al. Human milk-derived extracellular vesicles protect against experimental necrotizing enterocolitis. J Pediatr Surg. 2020;55:54–58. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.09.021.
27. Lönnerdal B. Human milk microRNAs and exosomes: composition and biological effects. Nestle Nutr Inst Workshop Ser. 2019;90:83–92. doi:10.1159/000493693.
28. Takeda T, Sakata M, Hayashi M, Isobe A, Yamamoto T, Tasaka K, et al. Human breast milk suppresses IL-1β:-induced NF-κB signaling in human intestinal cells. Am J Physiol Cell Physiol. 2004;287:C1404–C1411. doi:10.1152/ajpcell.00174.2004.
29. Lillycrop KA, Burdge GC. Epigenetic changes in early life and future risk of obesity. Int J Obes. 2011;35:72–83. doi:10.1038/ijo.2010.122.
30. Mulligan P, White RJN, Monteleone G, Wang P, Wilson WJ, Ohtsuka Y, et al. Breast milk lactoferrin regulates gene expression by binding bacterial DNA CpG motifs. Pediatr Res. 2006;59:656–661. doi:10.1203/01.pdr.0000214976.06675.9d.
31. Nobili V, Bedogni G, Alisi A, Pietrobattista A, Alterio A, Tiribelli C, et al. Protective effect of breastfeeding on progression of nonalcoholic fatty liver disease. Arch Dis Child. 2009;94:801–805. doi:10.1136/adc.2008.150854.
32. World Health Organization. Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: WHO; 2023.
33. Glasier A, Howie PW. Endocrine control of lactational infertility. In: Dobbing J, editor. Maternal nutrition and lactational infertility. New York: Raven Press; 1985. p. 1–24.
34. Jernström H, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, Neuhausen S, Isaacs C, et al. Breastfeeding and breast cancer risk in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. J Natl Cancer Inst. 2004;96:1094–1098. doi:10.1093/jnci/djh195.
35. United Nations Children's Fund. Multiple Indicator Cluster Survey, Kazakhstan 2015. Astana: UNICEF; 2016. 334 p.
36. World Health Organization, United Nations Children's Fund, International Baby Food Action Network. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code. Status report 2022. Geneva: WHO; 2022.
37. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO; 1981.
38. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. Geneva: WHO; 2016.

## 1.2. Роль грудного молока в формировании кишечной микробиоты и становлении здоровья детей.

С начала текущего столетия были широко внедрены высокоинформативные молекулярно-генетические технологии, в частности ПЦР-амплификация с последующим секвенированием нуклеотидной последовательности гена 16S рРНК, присутствующего в геноме всех бактерий и содержащего видоспецифические участки, используемые для их идентификации.

Внедрение этих технологий привело к ряду открытий, демонстрирующих значимую роль микробного сообщества в формировании здоровья человека, его влияния на развитие иммунитета и функционирование систем макроорганизма. Это существенно изменило прежние представления о значении микробной популяции. Показано, что человек несет в себе не просто набор бактерий. С экологической точки зрения это крупная экосистема: микробиота, представленная разнообразными по количественному и качественному составу ассоциациями микроорганизмов и продуктами их биохимической активности, обитающими в определенных биотопах (кожа, дыхательные пути, мочеполовая система, желудочно-кишечный тракт) и формирующими биопленку.

Состав микроорганизмов биопленки у здоровых людей относительно стабилен, тогда как при патологических состояниях изменяется. Это приводит к изменению участия бактерий в физиологических процессах на слизистых оболочках и коже организма-хозяина. При этом может возникать дисбаланс в обеспечении органов метаболитами микробного происхождения, нарушается гомеостаз метаболических процессов и стабильность иммунной системы. При превышении компенсаторных возможностей организма развивается каскад нарушений физиологических, биохимических и иммунных процессов с клинически выраженными последствиями.

В настоящее время многие микробиологи рассматривают совокупность микроорганизмов, населяющих тело человека, как «суперорганизм», включающий не только сами микробы, но и все микробные гены: микробиом, определяющий свойства микробиоты и особенности ее функционирования. Индивидуальный микробиом называют «вторым геномом», поскольку уникальный набор бактерий наряду с генетическими факторами определяет потенциал иммунной системы и предрасположенность к различным заболеваниям.

Наиболее многочисленная микробная популяция обитает в желудочно-кишечном тракте, преимущественно в толстой кишке. По оценкам исследователей, в этой экологической нише присутствует от 400 до 1500 видов микробов, а суммарный геном бактерий желудочно-кишечного тракта включает около 3 миллионов генов, что примерно в 150 раз превышает размер генома человека.

Микробиота каждого человека имеет уникальный состав, формируется на протяжении всей жизни и играет важную роль в поддержании здоровья, обеспечивая гомеостаз организма.

Установлено, что микробиота кишечника функционирует как сбалансированная микроэкологическая система, которая играет важную роль в поддержании здоровья человека. Представители микробиоты влияют на иммунный ответ

и устойчивость к патогенам, участвуют в обмене широкого спектра микро- и макронутриентов. Микробиота кишечника осуществляет необходимые для организма функции: иммуномодулирующую, детоксикационную, пищеварительную, обеспечивает колонизационную резистентность, а также поддерживает биохимическое, метаболическое и иммунное равновесие, необходимое для стабильности внутренней среды и здоровья человека.

Примечательно, что микробиом меняется не только с возрастом, но и зависит от того, каким образом человек появился на свет: в ходе естественных родов или путем кесарева сечения, как он вскармливался (ГМ или смесями), а также получал ли он антибиотики, особенно в раннем детстве.

Особое значение имеет формирование микробиоты в раннем онтогенезе. Традиционно считалось, что развитие плода происходит в стерильной среде и микробная колонизация ребенка начинается во время родов при прохождении через родовые пути матери и после рождения. С внедрением молекулярно-генетических методов исследования состава микробиоты человека появились данные о присутствии микробной ДНК в материнских и перинатальных тканях, что позволило выдвинуть гипотезу о возможном поступлении микробных сигналов от матери на протяжении беременности, родов и периода ГВ. В ряде исследований сообщалось об обнаружении микробной ДНК в плаценте, околоплодных водах, пуповинной крови и меконии новорожденных, однако вопрос о наличии жизнеспособных микроорганизмов внутриутробно остается предметом научной дискуссии.

Считается, что внутриутробный и неонатальный периоды являются критическими этапами формирования микробиома ребенка, от которого во многом зависит состояние его здоровья в течение последующей жизни. При этом обсуждается роль материнских иммунных и метаболических сигналов, воздействующих на развивающуюся иммунную систему плода еще в утробе. Во время родов и постнатально ребенок активно колонизируется материнскими штаммами кишечника, влагалища, кожи и ГМ.

Женское молоко представляет собой сложную видоспецифичную жидкость, адаптированную под потребности быстро растущего организма ребенка. Оно способствует созреванию иммунной системы и обеспечивает защиту от патогенных микроорганизмов. Недавние исследования показали, что для кишечника младенца ГМ является постоянным источником разнообразных бактерий, включая симбионтов, микроорганизмы с взаимополезными свойствами (мутуализм) и потенциально пробиотические штаммы. Этот вывод особенно важен, поскольку ГМ в пределах грудных желез традиционно считалось стерильным.

Находящийся на ГВ ребенок получает примерно 800 мл молока в день и ежедневно переваривает от $10^5$ до $10^7$ бактерий. Это объясняет, почему бактериальный состав кишечника грудничка близок к микробиоте ГМ его матери, а также то, что наиболее интенсивное развитие микробиоты ребенка совпадает с периодом ГВ. В ряде исследований показано, что в ГМ выявляются бифидобактерии или их ДНК, что указывает на возможность их участия в формировании кишечной микробиоты младенца.
То, что представители этого рода обнаруживались в свежем ГМ здоровых женщин из разных стран, подтверждает обычность их присутствия. Кроме того, существуют данные, позволяющие рассматривать бактерии как возможные

компоненты естественной микробиоты молочной железы, хотя механизмы их появления остаются предметом исследования.

Микробиота молочных желез обладает специфическими особенностями, поскольку предполагается, что ее состав изменяется во времени: развитие начинается в последнем триместре беременности, достигает максимального разнообразия к его завершению, сохраняется в период лактации, упрощается после прекращения ГВ и исчезает, когда молочные железы перестают вырабатывать молоко и запускается процесс апоптоза, являющийся ключевым механизмом завершения лактации.

ГМ является источником сотен бактериальных филотипов для желудочно-кишечного тракта младенца. Предполагается, что поступление такого количества филотипов оказывает благоприятное воздействие, повышая устойчивость к кишечным инфекциям с диарейным синдромом и респираторным заболеваниям, а также снижая риск развития диабета и ожирения в последующие годы жизни. Применение молекулярных технологий, основанных на выявлении генов 16S рРНК, позволило подтвердить разнообразие микробиома ГМ и показать доминирование стафилококков и стрептококков, присутствие молочнокислых бактерий, пропионо- и бифидобактерий, а также обнаружить ДНК других бактериальных групп.

Бактериальный состав ГМ изменяется под влиянием различных факторов. Это подтверждено данными изучения метагенома проб женского молока, полученных от здоровых женщин, а также женщин с маститом и ожирением. Установлено, что бактериальный профиль ГМ различается в зависимости от состояния здоровья кормящей женщины. Наряду с доминирующими факультативными анаэробами ***(Staphylococcus, Streptococcus, Lactobacillus и Propionibacterium)*** в ГМ выявляется и ДНК облигатных анаэробов, включая Bifidobacterium. Основными штаммами бифидобактерий оказались младенческие виды: ***Bifidobacterium longum, B. infantis, B. suis, B. lactis, B. bifidum, B. adolescentis***. Данное исследование также выявило присутствие в ГМ ДНК основных кишечных облигатных анаэробов, например Bacteroides, а также бутиратпродуцирующих видов ***(Roseburia spp., Eubacterium rectale, Faecalibacterium prausnitzii)***, которые играют важную роль в поддержании здоровья толстой кишки. Эти данные поддерживают гипотезу о существовании бактериального кишечно-маммарного проводящего пути в конце беременности и в период ГВ.

Исследования 2004–2006 гг. показали, что бактерии ГМ оказывают многообразное влияние на состояние кишечника ребенка. Во-первых, они способствуют снижению частоты инфекционных заболеваний и их тяжести за счет разных механизмов, включая конкурентное вытеснение патогенных микроорганизмов, выработку антимикробных веществ, а также усиление кишечного барьера посредством повышения секреции слизи и уменьшения кишечной проницаемости. Комменсальные коагулазонегативные стафилококки и зеленящие стрептококки ***(Streptococcus viridans)***, выделенные из ГМ, могут снижать восприимчивость детей, находящихся на лечении в стационаре, к патогенным микроорганизмам. Показано, что некоторые штаммы ***Staphylococcus epidermidis*** подавляют жизнедеятельность ***Staphylococcus aureus in vivo***, что способствует устранению подобных патогенов на слизистых оболочках. Аналогичным образом ***Streptococcus viridans*** препятствует оральной колонизации метициллинрезистентными ***S. aureus*** у новорожденных высокого риска в условиях стационара.

Бактерии ГМ играют важную роль в созревании иммунной системы младенца, поскольку отдельные штаммы способны воздействовать как на врожденный, так и на приобретенный иммунитет. Предполагается, что их функция состоит в обеспечении определенной степени пластичности в ответ на условия, преобладающие в кишечной среде. Исследования ***Pérez-Cano FJ*** и соавт. показали, что ***Lactobacillus fermentum CECT5716 и Lactobacillus salivarius CECT5713*** оказывают множественные иммуномодулирующие эффекты. Эти штаммы проявляли свойства потенциальных активаторов NK-клеток, а также умеренных активаторов CD4+, CD8+ и регуляторных Т-клеток, воздействуя на оба звена иммунитета. Лактобациллы также влияют на противовоспалительные цитокины и хемокины. Авторы сравнили указанные штаммы лактобацил с другими штаммами тех же видов, не выделенными из ГМ. Было установлено, что специфические эффекты характерны именно для штаммов молочного происхождения, включая усиление продукции IL-10 и IL-1, поддерживающих целостность кишечного барьера, усиление антителообразования и секреции защитных факторов. Интересно отметить, что присутствие зеленящих стрептококков, одной из доминирующих бактериальных групп в женском молоке, характерно для кишечника здорового младенца и отличается от микробиоты детей с атопией.

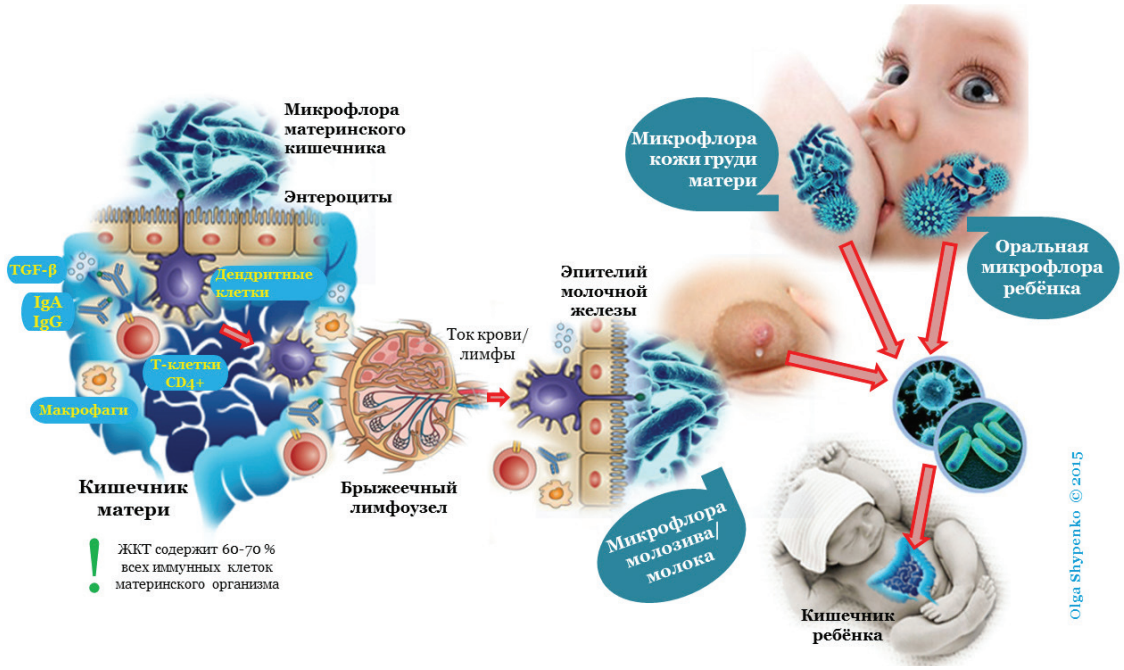
Бактерии ГМ влияют на обмен веществ в организме ребенка. Гликобиом некоторых лактобацилл и бифидобактерий, включая виды, выделенные из женского молока, может способствовать формированию здоровой кишечной микробиоты. Эти микроорганизмы участвуют в расщеплении сахаров и белков в процессе пищеварения, что особенно важно с учетом того, что время прохождения пищи через желудочно-кишечный тракт у детей короче, чем у взрослых, а кислотность желудочного содержимого выше. Штаммы лактобацилл женского молока обладают метаболической активностью в кишечнике ребенка: они повышают выработку функциональных метаболитов, таких как бутираты, которые являются основным источником энергии для колоноцитов и важным элементом регуляции функций кишечника. В результате улучшается моторика кишечника, повышается влажность фекалий, увеличиваются объем и частота стула.

Относительно происхождения бактерий ГМ в настоящее время существует две теории, каждая из которых имеет своих сторонников и доказательства. Экзогенный путь предполагает поступление бактерий извне: входными воротами становятся выводные отверстия млечных синусов, расположенные на верхушке соска, куда попадают микроорганизмы с кожи матери и (или) из ротовой полости ребенка. Наглядной демонстрацией такого переноса является ультразвуковая картина физиологического процесса сосания и глотания ГМ В исследовании D. T. Ramsay et al. 2004 г. было показано, что во время глотания молоко, уже смешанное со слюной ребенка, под давлением возвращается в молочные протоки. Таким образом происходит перенос бактерий как из ротовой полости младенца, так и микроорганизмов, смываемых с кожи матери.

Эндогенный (энтеромаммарный) путь предполагает возможный перенос материнских бактерий в молочную железу из наиболее богатого бактериального «резерва» организма: кишечника. Этот процесс связан с деятельностью дендритных клеток, которые способны проникать сквозь кишечный эпителий и захватывать комменсальные бактерии, при этом сохраняя целостность эпителиального барьера. Также показано, что дендритные клетки кишечника могут удерживать небольшое количество жизнеспособных комменсальных бактерий в мезентериальных лимфатических узлах в течение нескольких дней. Данные,

основанные на животных моделях, показывают, что, оказавшись внутри дендритных клеток или макрофагов, бактерии кишечника могут распространяться по организму благодаря циркуляции лимфоцитов в лимфоидной ткани. Антиген-стимулированные клетки перемещаются из слизистой оболочки кишечника и заселяют слизистые оболочки органов дыхательной и мочеполовой системы, слюнных и слезных желез, а также молочных желез. Кроме того, показано, что колонизация молочной железы клетками иммунной системы регулируется пролактином. Отмечено, что этот путь играет значительную роль в конце беременности и в период лактации.

## Энтеромамарный путь поступления бактерий в грудное молоко




Физиологические и гормональные изменения, происходящие в женском организме во время беременности, сопровождаются перестройкой иммунной и микробной регуляции кишечника, что может создавать условия для переноса бактериальных компонентов из кишечника матери в молочную железу. Наиболее активно эти процессы идут на поздних сроках беременности в период подготовки молочной железы к секреции первых порций молока. Это может частично объяснять различия в составе микробиоты ГМ у женщин при доношенной беременности и преждевременных родах. В частности, в ГМ при преждевременных родах выявляются низкие концентрации иммуноактивных ***Bifidobacterium***, что связывают с запоздалой, недостаточной и измененной кишечной колонизацией у недоношенных детей, характеризующейся высокой восприимчивостью к инфекционным заболеваниям и тяжестью их течения.

В совокупности эти результаты позволяют предположить, что развитие иммунной системы новорожденного включает ранние механизмы распознавания

бактериальных сигналов и соответствующее реагирование на патогенные и синантропные микроорганизмы. Позже были проведены два успешных эксперимента, в которых изучались три штамма лактобацилл, введенных перорально и выделенных из ГМ. Полученные данные поддержали гипотезу о возможном кишечно-маммарном пути бактериального заселения в период лактации.

Таким образом, данные многочисленных исследований подтверждают, что ГВ влияет на формирование и развитие кишечной микробиоты младенцев, ***а ГМ является одним из важных факторов послеродового периода, модулирующим метаболическое и иммунологическое программирование и оказывающим долгосрочное влияние на здоровье ребенка.*** Разнообразие микробиома ГМ определяет характер контактов с бактериальными антигенами и обеспечивает созревание иммунной системы. P. Perez и соавт. показали наличие бактериальных ДНК в ГМ, обсуждая их потенциальную роль в процессах иммунного развития новорожденных.

Микробиом ГМ способствует относительно низкому распространению генов устойчивости к антибиотикам, особенно у детей, находящихся на ГВ не менее двух месяцев.

Состав кишечной микробиоты у детей на ГВ играет важную роль в формировании полноценного кишечного барьера. Повреждение его целостности, наблюдаемое у недоношенных детей, лишенных ГМ, может повысить риск транслокаций бактерий в кровь, что может вызвать сепсис, некротизирующий энтероколит (НЭК) и синдром системной воспалительной реакции. Отдаленные последствия органного повреждения при синдроме системной воспалительной реакции ассоциируются с тяжелыми заболеваниями у новорожденных, включая поражение головного мозга у недоношенных (перивентрикулярная лейкомаляция) и повреждение легких (бронхолегочная дисплазия).

Особое значение имеет поступление в пищеварительный тракт младенца первых порций молозива сразу после рождения. Молозиво содержит не только ценные питательные, иммунные и бифидогенные факторы, но и живые микроорганизмы, играющие важную роль в становлении физиологического микробиома. В мартовском номере научного журнала ***«Иммунология и аллергические реакции в педиатрии»*** за 2018 год (статья ***Breastmilk cell trafficking induces microchimerism-mediated immune system maturation in the infant***) сообщалось, что **для формирования иммунитета важно приложить ребенка к груди как можно раньше, в течение первого часа после родов.** В этот период кишечник младенца обладает высокой проницаемостью для веществ, выполняющих иммунные функции и поддерживающих формирование его иммунной системы. Раннее прикладывание к груди связано с более благоприятными иммунными исходами. Если по объективным причинам (тяжелое состояние ребенка или матери) раннее прикладывание невозможно, медицинский работник должен сцедить молозиво и поместить его за щеку новорожденного.

Микроорганизмы кишечника вырабатывают множество антимикробных веществ, одним из которых является ксантиноксидаза (КО). В присутствии биохимических субстратов, таких как гипоксантин или ксантин, этот фермент продуцирует микробиоцидные супероксид и пероксид водорода. Пероксид водорода далее служит субстратом для лактопероксидазы, присутствующей в молоке и слюне, которая превращает, например, тиоцианат в антибактериальный гипо-

тиоцианат. КО также катализирует анаэробное восстановление неорганического нитрита до оксида азота, а супероксид, образующийся при участии молекулярного кислорода, быстро реагирует с оксидом азота, образуя высокоэффективный антибактериальный агент пероксинитрит.

Исследования воздействия лактопероксидазы на патогенные микроорганизмы показали, что ее концентрация в ГМ и слюне достаточна для подавления роста Staphylococcus aureus и Salmonella spp., одновременно стимулируя рост лактобактерий. Следовательно, ***поддержка ГВ особенно важна для больных младенцев, получающих антибактериальную терапию.***

С первых дней жизни именно ГМ снижает риск инфекционных заболеваний, а у недоношенных – риск развития язвенно-некротизирующего энтероколита, благодаря широкому спектру иммунных факторов, включая Т- и В-лимфоциты, стволовые и плазматические клетки, IgA и антимикробные ферменты, такие как лизоцим и лактоферрин. ГМ также содержит вещества с бифидогенным эффектом: олигосахариды, лактозу, короткоцепочечные жирные кислоты, α-лактоальбумин, нуклеотиды и нуклеозиды, необходимые для формирования нормальной кишечной микробиоты ребенка.

Влияние комменсальных бактерий на защиту младенца реализуется через повышение выработки sIgA в кишечнике. Большая часть sIgA, а также других иммуноглобулинов, синтезируется плазматическими клетками кишечной стенки. Защитные свойства sIgA как первой линии иммунной защиты обусловлены его способностью предотвращать адгезию и проникновение патогенов.

Вторая линия защиты связана со способностью sIgA проникать в эпителиальные клетки слизистой оболочки кишечника и воздействовать на репликационный цикл вирусов, находящихся внутриклеточно. sIgA, в отличие от других иммуноглобулинов, выполняет функцию специфического иммунологического барьера, связывая патогены на поверхности эпителия и препятствуя их проникновению внутрь организма, тем самым снижая активность иммунного ответа и уменьшая вероятность как воспалительных, так и аллергических реакций.

Лактоза ГМ стимулирует формирование кишечных колоний ***Lactobacillus bifidus.*** Эти бактерии создают кислую среду в желудочно-кишечном тракте, подавляющую рост патогенных бактерий, грибков и паразитов. Введение пищевых добавок в первые месяцы жизни нарушает формирование полноценной микробиоты кишечника и становление защитных механизмов. Поэтому у детей на искусственном вскармливании кишечная среда обычно имеет более высокий показатель pH и отличается по составу микробиоты.

Преобладание младенческих видов бифидобактерий в составе кишечной микробиоты у детей на ГВ обусловлено наличием олигосахаридов грудного молока (ОСГМ), которые поступают в желудочно-кишечный тракт младенца с первыми порциями молозива и служат субстратом для собственной резидентной микробиоты.

ОСГМ также обеспечивают естественную защиту организма от инфекций, выступая аналогами рецепторов эпителиоцитов и ***предотвращая адгезию энтеропатогенов к слизистой оболочке кишечника и их проникновение во внутреннюю среду организма.*** ОСГМ являются необходимым субстратом для продукции

короткоцепочечных жирных кислот, обеспечивающих пролиферацию бифидобактерий и лактобацилл. Следовательно, ОСГМ выполняют важную функцию защиты организма ребенка.

ОСГМ часто используют как модель при производстве детских молочных смесей (ДМС), в которые добавляют искусственно синтезированные галактоолигосахариды (ГОС) и фруктановые олигосахариды (ФОС). Однако ***синтетические ОС не способны воспроизвести многообразие и индивидуальность структуры материнских ОС, то есть они не идентичны ОСГМ ни по качественному составу, ни по функциональным свойствам. Такие олигосахариды не могут соответствовать индивидуальной структуре гликозилированных рецепторов слизистой оболочки кишечника и выполнять их функции.***

Росту бифидофлоры в кишечнике способствует ***лизоцим***, обладающий бактериостатическим действием на большинство грамположительных бактерий и выступающий коактиватором IgA. По данным N. Mathur, ***концентрация лизоцима в молозиве женщин после преждевременных родов значительно выше, чем после доношенной беременности*** (1,5 мг/г против 1,1 мг/г белка). Считается, что ***лизоцим*** является одним из факторов, влияющих на развитие кишечника новорожденного, поскольку ***компенсирует незрелость иммунной системы слизистой оболочки кишечного тракта и ограничивает размножение патогенной кишечной флоры.***

**Лактоферрин грудного молока** представляет собой негемовый железосвязывающий гликопротеин, основной функцией которого считается образование комплексов с вирусными и бактериальными частицами, что проявляется бактериостатическими, бактерицидными, фунгицидными, противовирусными и детоксицирующими эффектами. Показано, что лактоферрин участвует в формировании кишечной микробиоты на фоне функциональной незрелости слизистых барьеров и способствует снижению риска инфекций и воспаления.

Недавние исследования показали, что кишечный ***микробиом участвует в регуляции процессов, связанных с развитием нейронных сетей и нейротрансмиттерной активности, особенно в раннем постнатальном возрасте.*** Этот эффект реализуется через изменение экспрессии генов, продукты которых модулируют активность нейротрансмиттеров. Влияние двустороннее: не только микрофлора воздействует на функции мозга, но и мозг способен модулировать секрецию, моторику и проницаемость кишечника, тем самым косвенно влияя на условия существования микробиоты.
Сигнальные молекулы, освобождающиеся в просвет кишечника клетками собственной пластинки слизистой оболочки под контролем центральной нервной системы, могут изменять моторику, секрецию и кишечную проницаемость, тем самым влияя на условия существования бактерий в гастроинтестинальной среде. ***Метаболиты кишечных микроорганизмов играют важную роль в формировании и функционировании головного мозга и, следовательно, способны влиять на развитие когнитивных функций и поведение ребенка.***

ГМ, обладая низкой буферной емкостью вследствие низкого содержания фосфора и белка, позволяет быстро снижать pH кишечного содержимого, тем самым стимулируя рост бифидобактерий и подавляя развитие микроорганизмов, неспособных размножаться в кислой среде. Детские молочные смеси обычно содержат более высокий, по сравнению с ГМ, уровень белка и фосфора и характеризуются высокой буферной емкостью, что уменьшает продукцию кислоты

и поддерживает стабильный pH кишечного содержимого. Кроме того, повышенное содержание фосфора в смесях может быть неблагоприятным для новорожденного: нарушается метаболизм кальция, повышается уровень фосфора в плазме крови, что негативно отражается на процессах минерализации костной ткани, снижается всасывание железа и цинка, увеличивается буферная емкость и нарушается рост бифидобактерий.

Основной сывороточный белок женского молока - ***α-лактальбумин*** - способствует росту бифидобактерий и образованию пептидов с антибактериальными и иммунорегулирующими свойствами. В желудочно-кишечном тракте молекулы α-лактальбумина, соединяясь с олеиновой кислотой, образуют белково-липидный комплекс HAMLET (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumour) – вариант человеческого α-лактальбумина, подавляющий рост опухолевых клеток. Экспериментальные данные на животных и клеточных культурах показывают, что этот комплекс обладает выраженными антиканцерогенными свойствами и способен нейтрализовать до 40 типов раковых клеток. Предполагают, что этим частично объясняется более низкая частота рака молочной железы у женщин, кормящих грудью. В литературе также описано снижение риска новообразований молочной железы и яичников при полноценной и продолжительной лактации.

Новые данные о содержании свободных аминокислот в ГМ свидетельствуют о многофункциональности этого ранее недооцененного компонента биологической системы. Глутамат и глутамин являются наиболее распространенными свободными аминокислотами и вместе составляют более 70% их суммарного содержания в разные периоды лактации. Исследования, проведенные в разных географических регионах, показывают, что концентрации нескольких свободных аминокислот (глутамина, глутамата, глицина, серина и аланина) увеличиваются в течение первых трех месяцев лактации, а уровень свободного глутамина, вероятно, зависит от пола ребенка. Свободный глутамат способствует росту эпителиальных клеток кишечника и, наряду со свободным глутамином, рассматривается как потенциальный иммуномодулирующий фактор, который может влиять на состояние кишечной микробиоты. Кроме того, в ряде исследований отмечены ассоциации между концентрацией свободного глутамата в ГМ и темпом прибавки массы тела ребенка. Учитывая динамический характер изменения пропорций этих аминокислот даже в пределах одной диады «мать–ребенок», ***добавление отдельных свободных аминокислот в коммерческие смеси не позволяет полностью воспроизвести профиль свободных аминокислот ГМ и его комплексное влияние на младенца.***

**К отклонениям в формировании нормальной кишечной микробиоты могут приводить многочисленные факторы риска.**

- **Со стороны матери:** наличие очагов хронической инфекции, нарушение микробиоценоза родовых путей, антибактериальная терапия во время беременности, патология беременности (угроза прерывания, раннее излитие околоплодных вод), роды путем кесарева сечения.
- **Со стороны ребенка:** позднее прикладывание к груди, недоношенность, патология перинатального периода, длительное лечение в отделениях реанимации новорожденных и (или) второго этапа выхаживания, антибактериальная терапия, искусственное вскармливание и др. Примечание: недоношенность не является противопоказанием для ГВ. Необходимо сцедить

молозиво и ввести его ребенку через зонд. Рекомендуется организовать комнату для сцеживания и обеспечивать недоношенным детям нативное ГМ.

Перечисленные факторы приводят к формированию у младенца неоптимального микробиома со сниженной микробной колонизацией. Такой тип микробиома может негативно отражаться на иммунном ответе и метаболических процессах и ассоциирован с повышенным риском неблагоприятных исходов в дальнейшем.

Таким образом, приведенные данные подтверждают, что ***ГМ остается оптимальным видом питания для полноценного роста и развития ребенка,*** сформированным в ходе эволюции.

## Список использованной литературы

1. Turnbaugh PG, Ley RE, Hamady M, Fraser-Liggett CM, Knight R, Gordon JI. The human microbiome project. Nature. 2007;449(7164):804–810. doi:10.1038/nature06244.
2. Wylie KM, Truty RM, Sharpton TJ, Mihindukulasuriya KA, Zhou Y, Gao H, et al. Novel bacterial taxa in the human microbiome. PLoS One. 2012;7(6):e35294. doi:10.1371/journal.pone.0035294.
3. Dishaw LJ, Cannon JP, Litman GW, Parker W. Immune-directed support of rich microbial communities in the gut has ancient roots. Dev Comp Immunol. 2014;47:36–51. doi:10.1016/j.dci.2014.05.010.
4. Friedrich MJ. Genomes of microbes inhabiting the body offer clues to human health and disease. JAMA. 2013;309:1447–1449. doi:10.1001/jama.2013.285.
5. Mshvildadze M, Neu J. The infant intestinal microbiome: friend or foe? Early Hum Dev. 2010;86(Suppl 1):67–71. doi:10.1016/j.earlhumdev.2010.01.018.
6. Munyaka PM, Khafipour E, Ghia J. External influence of early childhood establishment of gut microbiota and subsequent health implications. Front Pediatr. 2014;2:109. doi:10.3389/fped.2014.00109.
7. Qin J, Li R, Raes J, Arumugam M, Burgdorf KS, Manichanh C, et al. A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing. Nature. 2010;464(7285):59–65. doi:10.1038/nature08821.
8. Landman C, Quevrain E. Gut microbiota: description, role and pathophysiologic implications. Rev Med Interne. 2016;37(6):418–423. doi:10.1016/j.revmed.2015.12.012.
9. Lyte M. The microbial organ in the gut as a driver of homeostasis and disease. Med Hypotheses. 2010;74(4):634–638. doi:10.1016/j.mehy.2009.10.040.
10. Eckburg PB, Bik EM, Bernstein CN, Purdom E, Dethlefsen L, Sargent M, et al. Diversity of the human intestinal microbial flora. Science. 2005;308(5728):1635–1638. doi:10.1126/science.1110591.
11. DiGiulio DB. Diversity of microbes in amniotic fluid. Semin Fetal Neonatal Med. 2012;17(1):2–11. doi:10.1016/j.siny.2011.10.001.
12. Hansen R, Scott KP, Khan S, Martin JC, Berry SH, Stevenson M, et al. First-pass meconium samples from healthy term vaginally delivered neonates: analysis of the microbiota. PLoS One. 2015;10(7):e0133320. doi:10.1371/journal.pone.0133320.
13. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. Sci Transl Med. 2014;6(237):237ra65. doi:10.1126/scitranslmed.3008599.
14. Marchesi JR, Adams DH, Fava F, Hermes GDA, Hirschfield GM, Hold G, et al. The gut microbiota and host health. Gut. 2016;65:330–339. doi:10.1136/

gutjnl-2015-309990.
15. Fernandez L, Langa S, Martin V, et al. The human milk microbiota: origin and potential roles in health and disease. Pharmacol Res. 2013;69:1–10. doi:10.1016/j.phrs.2012.09.001.
16. Martin R, Langa S, Reviriego C, et al. Human milk is a source of lactic acid bacteria for the infant gut. J Pediatr. 2003;143:754–758. doi:10.1067/S0022-3476(03)00525-4.
17. Heikkila MP, Saris PEJ. Inhibition of Staphylococcus aureus by commensal bacteria of human milk. J Appl Microbiol. 2003;95:471–478. doi:10.1046/j.1365-2672.2003.01903.x.
18. Beasley SS, Saris PEJ. Nisin-producing Lactococcus lactis strains isolated from human milk. Appl Environ Microbiol. 2004;70:5051–5053. doi:10.1128/AEM.70.8.5051-5053.2004.
19. Jiménez E, Delgado S, Maldonado A, et al. Staphylococcus epidermidis: a differential trait of the fecal microbiota of breast-fed infants. BMC Microbiol. 2008;8:143. doi:10.1186/1471-2180-8-143.
20. Jiménez E, Fernández L, Delgado S, et al. Bacterial diversity of human colostrum by culture-based assessment. Res Microbiol. 2008;159:595–601. doi:10.1016/j.resmic.2008.09.002.
21. Martín R, Olivares M, Marín ML, et al. Probiotic potential of three lactobacilli strains isolated from breast milk. J Hum Lact. 2005;21:8–17. doi:10.1177/0890334404272393.
22. Martín R, Jiménez E, Olivares M, et al. Lactobacillus salivarius CECT5713, a probiotic strain from infant feces and breast milk. Int J Food Microbiol. 2006;112:35–43. doi:10.1016/j.ijfoodmicro.2006.06.011.
23. Martín R, Jiménez E, Heilig H, et al. Isolation of bifidobacteria from breast milk. Appl Environ Microbiol. 2009;75:965–969. doi:10.1128/AEM.02063-08.
24. Hunt KM, Foster JA, Forney LJ, et al. Diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk. PLoS One. 2011;6(6):e21313. doi:10.1371/journal.pone.0021313.
25. Martín R, Heilig H, Zoetendal EG, et al. Bacterial diversity of breast milk among healthy women. Res Microbiol. 2007;158(1):31–37. doi:10.1016/j.resmic.2006.10.013.
26. Martín R, Heilig H, Zoetendal EG, et al. Diversity of Lactobacillus in breast milk and vagina. J Appl Microbiol. 2007;103(6):2638–2644. doi:10.1111/j.1365-2672.2007.03497.x.
27. Gueimonde M, Laitinen K, Salminen S, Isolauri E. Breast milk: a source of bifidobacteria? Neonatology. 2007;92:64–66. doi:10.1159/000100009.
28. Cabrera-Rubio R, Collado MC, Laitinen K, et al. Human milk microbiome changes over lactation. Am J Clin Nutr. 2012;96:544–555. doi:10.3945/ajcn.112.037382.
29. Jost T, Lacroix C, Braegger C, Chassard C. Bacterial diversity of breast milk. Br J Nutr. 2013;110:1253–1262. doi:10.1017/S0007114513000597.
30. Jiménez E, de Andrés J, Manrique M, et al. Metagenomic analysis of milk in mastitis. J Hum Lact. 2015;31:406–415. doi:10.1177/0890334415585073.
31. Olivares M, Díaz-Ropero MP, Martín R, et al. Antimicrobial potential of Lactobacillus strains from breast milk. J Appl Microbiol. 2006;101:72–79. doi:10.1111/j.1365-2672.2006.02981.x.
32. Pérez-Cano FJ, Dong H, Yaqoob P. In vitro immunomodulatory activity of Lactobacillus fermentum CECT5716 and Lactobacillus salivarius CECT5713. Immunobiology. 2010;215:996–1004. doi:10.1016/j.imbio.2009.12.005.
33. Ramsay DT, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Ultrasound imaging of milk ejection. Pediatrics. 2004;113:361–367. doi:10.1542/peds.113.2.361.
34. Rodríguez JM. Origin of human milk bacteria. Adv Nutr. 2014;5:779–784.

doi:10.3945/an.114.006643.
35. Zhang X, Mushajiang S, Luo B, et al. Concordance of Lactobacillus populations in infant gut, breast milk and maternal gut. Front Microbiol. 2020;11:597911. doi:10.3389/fmicb.2020.597911.
36. Rodríguez JM. The human milk microbiota. Consilium Medicum Pediatria. 2016;(4):35–40.
37. Martín R, Langa S, Reviriego C, et al. Commensal microflora of human milk. Trends Food Sci Technol. 2004;15:121–127. doi:10.1016/j.tifs.2003.09.010.
38. Perez PF, Dore J, Leclerc M, et al. Bacterial imprinting of the neonatal immune system. Pediatrics. 2007;119:e724–e732. doi:10.1542/peds.2006-1649.
39. Pärnänen K, Karkman A, Hultman J, et al. Maternal gut and milk microbiota affect infant resistance to antibiotics. Nat Commun. 2018;9:3891. doi:10.1038/s41467-018-06393-w.
40. Neu J, Douglas-Escobar M, Lopez M. Microbes and the developing GI tract. Nutr Clin Pract. 2007;22:174–182. doi:10.1177/0115426507022002174.
41. Al-Shehri SS, Knox CL, Liley HG, et al. Breastmilk:-saliva interactions boost innate immunity. PLoS One. 2015;10(9):e0135047. doi:10.1371/journal.pone.0135047.
42. Lamm ME. Interaction of antigens and antibodies at mucosal surfaces. Annu Rev Microbiol. 1997;51:311–340. doi:10.1146/annurev.micro.51.1.311.
43. Lamm ME. Mucosal immunity and epithelial transport of IgA. Am J Physiol. 1998;274:G614–G617. doi:10.1152/ajpgi.1998.274.4.G614.
44. Grote V, Verduci E, Scaglioni S, et al. Breast milk composition and infant nutrient intakes. Eur J Clin Nutr. 2015;69:162–167. doi:10.1038/ejcn.2014.198.
45. Ruiz-Palacios GM, Cervantes LE, Ramos P, et al. Human milk oligosaccharides inhibit Campylobacter adhesion. J Biol Chem. 2003;278:14112–14120. doi:10.1074/jbc.M207744200.
46. Boehm G, Stahl B. Oligosaccharides. In: Mattila-Sandholm T, editor. Functional dairy products. Cambridge: Woodhead Publishing; 2003. p. 203–243.
47. Kunz C, Rudloff S, Baier W, et al. Oligosaccharides in human milk. Annu Rev Nutr. 2000;20:699–722. doi:10.1146/annurev.nutr.20.1.699.
48. Mathur NB, Dwarkadas AM, Sharma VK, et al. Anti-infective factors in preterm colostrum. Acta Paediatr Scand. 1990;79:1039–1044. doi:10.1111/j.1651-2227.1990.tb11359.x.
49. Baker HM, Anderson BF, Kidd RD, Shewry SC, Baker EN. Lactoferrin structure and function. In: Shimazaki K, editor. Lactoferrin: structure, function and application. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 3–15.
50. Krajmalnik-Brown R, Lozupone C, Kang DW, Adams JB. Gut bacteria in autism spectrum disorders. Microb Ecol Health Dis. 2015;26:26914. doi:10.3402/mehd.v26.26914.
51. Li Q, Han Y, Dy ABC, Hagerman RJ. The gut microbiota and autism spectrum disorders. Front Cell Neurosci. 2017;11:120.
52. Gustafsson L, Hallgren O, Mossberg AK, et al. HAMLET (human alpha:a lactalbumin made lethal to tumor cells) kills tumor cells by an apoptosis:l-like mechanism: specific activation of caspases and lysosomal cathepsins. J Nutr. 2005;135:1299–1303.
53. Zonneveld MI, Herweijer M, Fernández-Gutiérrez MM, et al. Human milk extracellular vesicles target nodes in interconnected signalling pathways that enhance oral epithelial barrier function and dampen immune responses. J Extracell Vesicles. 2021;10:e12071.
54. van Herwijnen MJC, Zonneveld MI, Gerday S, et al. Comprehensive proteomic analysis of human milk:derived extracellular vesicles. Mol Cell Proteomics. 2016;15:3412–3423.

55. Rodríguez JM, Fernández L, Verhasselt V. The gut:-breast axis: programming health for life. Nutrients. 2021;13:606.
56. Pisano S, Galli J, Elbahrawy M, et al. Human milk:derived extracellular vesicles protect against experimental necrotizing enterocolitis. J Pediatr Surg. 2020;55:54–58.
57. van Sadelhoff JJ, Mastorakou D, Vinen H, Stahl B, Garssen J, Hartog A. Free amino acids in human milk: differences between foremilk and hindmilk. Nutrients. 2018;10:1828.
58. van Sadelhoff JJ, van de Heijning BMH, Stahl B, et al. Longitudinal variation in free amino acids in human milk and the influence of infant sex. Nutrients. 2018;10:1233.
59. van Sadelhoff JJ, Wirtzema SP, Garssen J, Hogenkamp A. Free amino acids in human milk and their associations with infant immune status. Front Immunol. 2020;11:1007.
60. Baldeón ME, Zertuche F, Flores N, Fornasini M. Free amino acids in breast milk and their association with infant weight gain. Nutrients. 2019;11:2239.
61. Ventura AK, Beauchamp GK, Mennella JA. Infant formula with free glutamate alters infants' acceptance of a savory flavored formula. Am J Clin Nutr. 2012;95:875–881.
62. Larnkjær A, Bruun S, Pedersen D, et al. Free amino acids in human milk and associations with infant growth and body composition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016;63:374–378.
63. van Sadelhoff JJ, Siziba LP, Buchenauer L, et al. Free amino acids in human milk: interindividual variability, associations with child growth and health. Nutrients. 2021;13:2009.

## 1.3. Нутритивный состав грудного молока и его значимость в формировании здоровья детей

Современные данные свидетельствуют о том, что только ГМ оптимально обеспечивает соответствие нутриентов возможностям пищеварения, всасывания и метаболизма ребенка в первые шесть месяцев жизни и остается ключевым компонентом питания во втором полугодии при введении прикорма. ГМ является идеальной пищей для младенца в первые шесть месяцев жизни, поскольку вследствие незрелости пищеварительных ферментов младенец не готов к приему иной пищи. Материнское молоко полностью соответствует особенностям пищеварения и обмена веществ в его организме. Кроме того, ГМ и предшествующее ему молозиво обеспечивают адаптацию новорожденного к внеутробным условиям жизни.

Проведенные медико-биологические исследования показали, что после рождения, в течение первых 2–3 суток, в организме новорожденных происходят физиологические изменения, связанные с адаптацией к условиям внеутробной жизни. Эти процессы сопровождаются изменениями гормональной регуляции, способствующими установлению охранительного режима в условиях перинатального стресса. Раннее начало ГВ и ранний контакт новорожденного с матерью ассоциированы с более благоприятным течением раннего послеродового периода, включая физиологическую стабильность новорожденного и становление ГВ. Отсюда следует ***значимость раннего начала ГВ и раннего контакта новорожденного с матерью.***

Раннее начало ГВ и ранний контакт новорожденного с матерью обеспечивают формирование устойчивой сенсорной памяти о матери и условиях окружающей среды. Формируется благоприятный фон для импринтинга: запечатления в памяти новорожденного отличительных свойств жизненно важных объектов и факторов, связанных с безопасностью и заботой, включая доброжелательное тактильное и эмоциональное взаимодействие.

После рождения прекращается подавляющее влияние плацентарных гормонов на лактацию. Грудные железы в течение первых 30 часов наполняются молозивом. У женщин, начинающих кормить ребенка сразу после родов, уже через 24–48 часов формируется достаточный объем молозива.

***Молозиво*** представляет собой клейкую желтоватую жидкость с небольшим объемом и высокой плотностью. Оно содержит меньше лактозы, жира и водорастворимых витаминов, чем зрелое ГМ, но больше жирорастворимых витаминов (А, Е, К), а также больше натрия и цинка. Такой ***состав молозива полностью соответствует специфическим потребностям новорожденных.*** Высокая плотность молозива и его поступление в малых объемах предупреждают чрезмерную жидкостную нагрузку на незрелые почки новорожденного. Почки ребенка в момент рождения остаются функционально незрелыми, что обусловлено низкой скоростью клубочковой фильтрации и ограниченной концентрационной способностью. Высокое содержание натрия в молозиве и зрелом ГМ способствует водосберегающему механизму почек. ***Поэтому младенец, вскармливаемый исключительно молозивом, а затем исключительно зрелым ГМ в течение первых 6 месяцев жизни, при частом и свободном прикладывании к груди днем и ночью, не нуждается в дополнительном введении жидкости при отсутствии медицинских***

***показаний.*** Частое прикладывание обеспечивает поступление необходимого объема питания и всех компонентов, содержащихся в молозиве, а впоследствии в зрелом ГМ.

Активность лактазы и других кишечных ферментов в первые дни жизни снижена и постепенно нарастает, что сопровождается более низким содержанием лактозы в молозиве по сравнению со зрелым ГМ. В этой связи при вскармливании новорожденных в первые дни жизни предпочтение отдается материнскому молозиву, поскольку его состав физиологически адаптирован к возможностям пищеварительной системы новорожденного.

Молозиво является естественной гастроэнтеральной защитой младенца, поскольку содержит высокие концентрации иммуноглобулинов всех классов, особенно секреторного IgA (sIgA). Покрывая незрелую слизистую желудочно-кишечного тракта, sIgA защищает новорожденного от проникновения бактериальных, вирусных, грибковых и паразитарных патогенов, способствует формированию нормального кишечного микробиома, регулирует хемотаксис нейтрофилов и адгезию микроорганизмов, предотвращает развитие кишечных инфекций. Ряд авторов высказывает гипотезу о локальном синтезе иммуноглобулинов клетками молочной железы. Уровень sIgA изменяется по мере лактации: от 6,4–16 мг/мл в молозиве до 0,5–1,8 мг/мл в зрелом ГМ. Более высокие показатели регистрируются у женщин, родивших преждевременно.

С началом легочного дыхания в организм новорожденного поступает больше кислорода, чем в период внутриутробного развития. Содержащийся в молозиве витамин Е является естественным антиоксидантом, защищающим клеточные мембраны от окислительных повреждений. Этот витамин участвует в биосинтезе гема и билирубина, пролиферации клеток, тканевом дыхании и других ключевых процессах клеточного метаболизма, становление которых особенно важно в первые дни после рождения.

Высокое содержание витамина А способствует формированию обменных процессов, развитию зрительной функции, росту и общему развитию младенца, а также повышению его устойчивости к инфекционным заболеваниям.

Биологическая роль витамина К заключается в активировании процесса гамма-карбоксилирования остатков глутаминовой кислоты в протромбине (фактор II), проконвертине (фактор VII), антигемофилическом глобулине В (фактор IX) и факторе Стюарта–Проуэра (фактор X). При недостатке витамина К в печени формируются неактивные акарбокси-II, VII, IX и X факторы, которые не способны связывать ионы кальция (фактор IV) и полноценно участвовать в процессах свертывания крови. Вскармливание молозивом не предотвращает К-гиповитаминоз, но способствует формированию кишечной микробиоты, бактерии которой синтезируют менахинон (витамин К2), что помогает снижать риск развития геморрагической болезни новорожденных. Для предотвращения геморрагической болезни новорожденных или кровотечений, связанных с дефицитом витамина К, всем детям после рождения необходимо профилактическое введение витамина К.

Многообразие биологических функций эссенциального микроэлемента цинка определяет его высокое содержание в молозиве. Цинк участвует во всех видах обмена веществ, поскольку является компонентом более чем 100 металлофер-

ментов, стабилизирует клеточные мембраны, участвует в мембранном транспорте и играет ключевую роль в иммунных механизмах.

***Молозиво*** обладает естественным слабительным действием, способствуя выведению мекония, что уменьшает энтерогепатическую циркуляцию билирубина и снижает риск выраженной гипербилирубинемии, особенно у новорожденных групп высокого риска по развитию билирубиновой энцефалопатии.

Приведенные данные подчеркивают необходимость получения молозива с момента рождения. Новорожденным не следует давать какое-либо питье или пищу до начала ГВ, за исключением случаев, предусмотренных медицинскими показаниями. Дополнение смесями без показаний может нарушать становление лактации и лишать ребенка преимуществ молозива.

На 3–14-й день после родов молозиво переходит в зрелое молоко, состав которого изменяется в соответствии с меняющимися потребностями ребенка. Зрелое ГМ отличается по составу не только у разных матерей, но и у одной женщины: в разных молочных железах, от кормления к кормлению и даже в течение одного кормления. Эти изменения не случайны, функционально целесообразны и соответствуют индивидуальным потребностям ребенка. Они обусловлены эволюционным феноменом ГВ – сохранением баланса между возможностями организма матери обеспечивать ребенка полным набором нутриентов и способностью организма ребенка максимально полно и эффективно их усваивать.

В зрелом ГМ содержание белка ниже, чем в молозиве, однако его достаточно для оптимального роста и развития, поскольку с каждым кормлением увеличивается объем потребляемого молока. Белок женского молока представлен преимущественно сывороточными белками, которые легко перевариваются и усваиваются. Высокая степень усвоения белков ГМ приводит к тому, что бактерии-протеолитики не получают достаточного количества белка для активного размножения и не доминируют над бифидобактериями, участвующими в формировании нормальной кишечной микробиоты. В коровьем молоке, на основе которого наиболее часто изготавливаются искусственные смеси, белок в большей степени представлен казеином, способствующим образованию плотного, трудно перевариваемого сгустка в желудке ребенка.

В ГМ, помимо иммуноглобулинов всех классов, присутствует белок CD14, играющий важную роль в иммунорегуляции. CD14 является растворимым компонентом TLR-системы ***(Toll-like receptor)*** и способен связываться с липополисахаридами грамотрицательных бактерий, что подчеркивает роль ГМ в формировании и модуляции иммунного ответа ребенка.

В женском молоке соотношение сывороточных белков к казеину составляет примерно 80:20, что обеспечивает формирование мягкого творожистого сгустка, более легкого для переваривания. В коровьем молоке аналогичное соотношение составляет около 20:80, а в большинстве искусственных смесей оно ближе к коровьему типу. Такое различие сопровождается более высокой белковой и солевой нагрузкой по сравнению с ГМ и может приводить к повышению уровней азотсодержащих метаболитов в крови новорожденных, особенно при избыточном объеме или неправильном разведении смеси. Кроме того, при высокой солевой нагрузке возможно развитие гиперосмолярности, что способно вызвать вялость, летаргию и риск неврологических нарушений.

Ни один белок ГМ не идентичен белкам коровьего или козьего молока. Белки женского молока представлены ***альфа-лактоальбумином***, который характеризуется высоким содержанием цистеина, триптофана и лизина. У младенцев, в отличие от взрослых, цистеин, триптофан и лизин относятся к незаменимым (или условно незаменимым) аминокислотам из-за ограниченных возможностей их эндогенного синтеза и высокой потребности в период интенсивного роста. Эти аминокислоты являются незаменимыми для детей, поскольку играют важную роль в развитии структур мозга.

***Альфа-лактоальбумин*** является активным компонентом галактозилтрансферазы – ферментной системы, катализирующей в молочной железе синтез лактозы из глюкозы. Он участвует в усвоении кальция и цинка, а также в образовании пептидов с антибактериальными и иммуномодулирующими свойствами. Основным белком коровьего молока является бета-лактоглобулин, способный вызывать антигенную реакцию у детей с предрасположенностью к аллергии. Содержание жиров в ГМ повышается с 2,0 г в 100 мл молозива до 4,0–4,5 г в 100 мл зрелого молока к 15-му дню после родов, хотя индивидуальные значения могут колебаться в широких пределах. Это относится не только к общему уровню жиров, но и к составу жирных кислот и связано с ростом энергетических потребностей младенцев. Жиры являются наиболее изменчивым компонентом ГМ. Отмечаются суточные колебания содержания жиров: максимальные значения регистрируются поздним утром и сразу после полудня, а также в течение одного кормления. Концентрация жиров к концу кормления в 4–5 раз выше, чем в его начале. Считается, что высокий уровень жиров в конце кормления выполняет функцию регуляции насыщения. Поэтому продолжительность кормления не должна искусственно ограничиваться. Дети способны самостоятельно регулировать свои энергетические потребности механизмами, которые остаются недостаточно изученными, однако установлено, что жиры обеспечивают до 35–50 % суточной энергетической потребности младенца.

В женском молоке жиры находятся в виде микроскопических жировых шариков, размеры которых значительно меньше, чем в коровьем молоке. Мембраны этих шариков содержат фосфолипиды, стеролы и белки. Около 98 % липидов представлены триглицеридами. Жиры ГМ усваиваются значительно легче, чем жиры искусственных смесей, поскольку, обладая высокой дисперсностью, легко эмульгируются и всасываются. Усвоение жиров женского молока составляет 85–90 %.

По составу жирных кислот женское молоко относительно стабильно и содержит около 42 % насыщенных и 57 % ненасыщенных жирных кислот. Наличие липазы в ГМ обеспечивает усвоение жиров в течение двух часов. Это особенно важно при кормлении недоношенных детей, у которых продукция солей желчи и панкреатической липазы снижена. ГМ содержит уникальную билиарно-стимулируемую липазу (BSSL), отсутствующую в коровьем молоке и недоступную в обычных смесях, что обеспечивает преимущество в переваривании жиров.

Жиры ГМ содержат значительную долю длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (линолевой, линоленовой, арахидоновой, докозагексаеновой), которые играют ключевую роль в развитии мозга и миелинизации нервных путей. Современные ЗГМ могут содержать DHA и ARA, однако их биодоступность и профиль отличаются от природных компонентов ГМ.

Основным углеводом женского молока является лактоза; в небольших количествах присутствуют галактоза, фруктоза и другие моносахариды. Лактоза содержится преимущественно в молоке, и женское молоко имеет наивысшие ее концентрации: в среднем около 4 % в молозиве и около 7 % в зрелом молоке. Она обеспечивает примерно 40 % энергетических потребностей младенца. В процессе обмена веществ лактоза превращается в глюкозу, являющуюся источником энергии, и галактозу – компонент галактолипидов, необходимых для развития центральной нервной системы.

В практике нередко встречаются жалобы матерей на повышенную раздражительность ребенка, частый жидкий стул, частые мочеиспускания и срыгивания. Причиной может быть слишком ранняя смена груди во время кормления. В этом случае ребенок получает преимущественно «переднее» молоко, содержащее высокие концентрации лактозы и меньшее количество жира. Избыток лактозы при недостаточной активности лактазы вызывает выраженное снижение pH кишечного содержимого, что сопровождается болями в животе и кислым пенистым стулом, а в тяжелых случаях возможно развитие обезвоживания. Такая ложная непереносимость ГМ обычно быстро уменьшается при условии, что мать позволяет ребенку полностью опорожнить первую грудь перед тем, как предложить вторую.

Содержание витаминов в женском молоке зависит от рациона питания женщины.

Содержание витамина А в женском молоке значительно выше, чем в коровьем, за исключением популяций, испытывающих его дефицит. На втором году жизни дефицит витамина А чаще наблюдается у детей, рано отнятых от груди, по сравнению с детьми, которых продолжали кормить до двух лет и дольше. Это связано с тем, что к концу второго года лактации состав ГМ вновь приближается к молозивному, характеризуясь более высоким содержанием витамина А. Уровень витамина D в женском молоке невелик и считается недостаточным для удовлетворения потребностей младенца. Детям рекомендовано профилактическое назначение витамина D в дозе 400 МЕ.

Концентрация витамина B12 в ГМ низкая, однако его биологическая доступность повышается благодаря наличию в женском молоке специфического транспортного фактора, отсутствующего в коровьем молоке. У женщин, длительно использовавших оральные контрацептивы, может наблюдаться снижение содержания витамина B12 в молоке. Содержание никотиновой, фолиевой и аскорбиновой кислот в женском молоке обычно выше, чем в молоке жвачных животных. Единственным безопасным способом устранения витаминной недостаточности у младенцев, находящихся на ГВ, является оптимизация рациона питания матери.

Содержание минеральных веществ в ГМ, включая фосфор, кальций, железо, магний, цинк, калий и фториды, ниже, чем в большинстве ЗГМ, однако их биодоступность существенно выше. Уровень мало зависит от рациона матери и в большей степени соответствует потребностям и метаболическим возможностям младенца.

Кальций всасывается более эффективно, поскольку в ГМ соотношение кальция к фосфору составляет 2:1. В коровьем молоке содержится больше фосфора, что

приводит к его преимущественному всасыванию и служит причиной относительного дефицита кальция у детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Повышенная кислотность желудочно-кишечного тракта, наличие адекватных концентраций цинка и меди, а также транспортного фактора железа (лактоферрина) способствуют всасыванию 50–70 % железа, содержащегося в женском молоке, по сравнению с 30 % из коровьего молока и 10 % из искусственных смесей. Для повышения всасываемости железа из смесей его добавляют в повышенных количествах, что может стимулировать рост патогенных кишечных бактерий, использующих железо, и снижать поглощение цинка или меди.

Содержание цинка в ГМ достаточно для удовлетворения потребностей ребенка и не нарушает всасывание меди и железа. Биологическая доступность цинка из женского молока значительно выше по сравнению с цинком, добавляемым в искусственные смеси. ГМ является незаменимым лечебным средством при энтеропатическом акродерматите, связанном с дефицитом цинка. Это заболевание чаще отмечается у детей, находящихся на искусственном вскармливании, особенно при использовании смесей на основе соевых бобов.

Цинк относится к микронутриентам ГМ с доказанным влиянием на функцию иммунной системы. Входя в состав сотен металлоферментов, цинк является важным структурным компонентом клеточных мембран и определяет их функциональные особенности. Первым звеном защиты организма являются клетки эпителия кожи и слизистых оболочек. Дефицит цинка, проявляющийся у детей на искусственном вскармливании, нарушает целостность этого барьера и в тяжелых случаях приводит к выраженным повреждениям кожи, слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей.

Одним из первых проявлений дефицита цинка является снижение уровня лимфоцитов периферической крови. По данным ряда исследований, недостаток цинка в рационе вызывает уменьшение размеров тимуса, которое может сохраняться даже после нормализации уровня цинка в крови при длительном выраженном дефиците. Цинк участвует в ранних стадиях созревания Т-клеток, что связано с его ролью в качестве кофактора тимулина, секретируемого эпителиальными клетками тимуса. Тимулин не только стимулирует созревание Т-лимфоцитов, но и регулирует активность зрелых Т-клеток в периферической крови.

Дефицит цинка снижает количество ***Т- и В-клеток*** и нарушает их функции, включая реакции замедленного типа. Снижение количества ***Т и В лимфоцитов*** сопровождается уменьшением синтеза антител. Отдельная роль цинка связана с его участием в нейросекреторных процессах. Он содержится в высоких концентрациях в синаптических пузырьках цинксодержащих нейронов, которые способны секвестрировать и удерживать свободный цинк благодаря наличию специфического транспортера Zn-Т3, расположенного на мембране нейронов. Предполагается, что дефицит цинка может приводить к выраженным нарушениям когнитивных функций.

Содержание меди, кобальта и селена в женском молоке выше, чем в коровьем. Повышенная биологическая доступность меди из ГМ объясняется ее связыванием с белками низкой молекулярной массы. Дефицит меди, приводящий к гипохромной микроцитарной анемии и неврологическим нарушениям, чаще

выявляется у детей на искусственном вскармливании, особенно при низкой биодоступности меди из смесей.

Исследования, посвященные наличию факторов роста в ГМ и подтверждению их биологических функций, постоянно расширяются, и регулярно появляются новые данные. **Эпидермальный фактор роста (ЭФР)**, обнаруженный как в амниотической жидкости, так и в ГМ, ***имеет ключевое значение для созревания и восстановления слизистой оболочки кишечника.*** Устойчивость ЭФР к низкому pH желудка и действию пищеварительных ферментов позволяет ему ***проходить через желудок в кишечник, где он стимулирует дифференцировку энтероцитов, синтез ДНК, клеточное деление, абсорбцию воды и глюкозы, а также синтез белка.***

**Гепарин-связывающий фактор роста** относится к семейству ЭФР и является основным ***фактором, участвующим в восстановлении тканей после гипоксии, геморрагического шока и некротизирующего энтероколита.*** Уровень ЭФР максимален в раннем молоке и снижается в ходе лактации. Средняя концентрация ЭФР в молозиве превышает уровень в сыворотке крови матери примерно в 2000 раз, а в зрелом молоке – в 100 раз. Кроме того, молоко матерей недоношенных детей содержит более высокие уровни ЭФР по сравнению с молоком для доношенных детей.

**Нейрональный фактор роста (НФР)**. Незрелость кишечника новорожденного распространяется и на энтеральную нервную систему, для развития которой необходимы нейротрофический фактор и глиальные клетки. НФР может ***усиливать перистальтику (в экспериментальных моделях), которая часто нарушена у новорожденных, особенно недоношенных.*** Исследования также показали, что ***НФР повышает выживаемость и способствует росту нейронов.*** Его концентрация в ГМ обнаруживается в ранние сроки лактации.

**Инсулиноподобные факторы роста (ИПФР-1 и ИПФР-2)** обнаруживаются в ГМ; наиболее высокие их уровни характерны для молозива и постепенно снижаются в течение лактации. Присутствие ИПФР усиливает тканевой рост, может снижать риск атрофии кишечника в экспериментальных моделях, а также может играть роль в выживании энтероцитов после повреждения кишечника в условиях окислительного стресса.

**Васкулярный эндотелиальный фактор роста (VEGF)** является основным фактором, регулирующим ангиогенез. Его в значительных количествах выявляют в молозиве, и он рассматривается как потенциально важный фактор в развитии сосудистой поддержки у недоношенных.

**Эритропоэтин.** ГМ содержит значительные количества эритропоэтина, основного гормона, регулирующего эритропоэз. Потеря крови, кишечная патология и незрелость гемопоэтической системы у недоношенных детей способствуют развитию анемии, что существенно влияет на процессы их роста и развития. Исследования компонентов ГМ и выявление новых биологически активных веществ продолжаются, и интерес к ним не ослабевает.

В 2007 г. профессор Питер Хартманн (Peter Hartmann) и его группа из Университета Западной Австралии впервые обнаружили стволовые клетки в ГМ. Это были универсальные стволовые клетки, которые могут развиваться во все три зародышевых листка (эндодерму, мезодерму и эктодерму) как и эмбриональные

стволовые клетки, а значит, могут дифференцироваться в любую ткань организма, то есть являются плюрипотентными, или универсальными. Попав в организм младенца с молоком матери, ***стволовые клетки приобретают необходимую функциональность и интегрируются с различными тканями организма, оказывая влияние на экспрессию генов*** и, в целом, на развитие младенца. Стволовые клетки грудного молока встраиваются в организм ребенка и становятся родоначальниками совершенно нормальных клеток любого органа, компенсируя повреждения тканей, если они были. Наибольшее содержание молочных стволовых клеток отмечается в молозиве, что также свидетельствует об особой важности раннего начала исключительно ГВ.

Исследователи отмечают, что стволовые клетки ГМ, в отличие от эмбриональных, менее склонны к неограниченному клеточному делению и, как показывают экспериментальные данные, не вызывают образования опухолей при трансплантации.

Стволовые клетки, полученные из ГМ, могут быть культивированы и сохранены для последующего применения с целью коррекции различных нарушений здоровья у ребенка. В серии оригинальных исследований продемонстрированы терапевтические эффекты стволовых клеток, выделенных из ГМ, а также потенциальные возможности оптимизации протоколов лечения разных патологических состояний. Эти данные рассматриваются как основа для дальнейших исследований в области персонализированной регенеративной медицины, включая обсуждаемую возможность создания банков стволовых клеток ГМ новорожденных.

Таким образом, приведенные данные, подтверждающие доказанную важность ГМ в обеспечении здоровья младенцев и их матерей не только в период ГВ, но и в последующие годы жизни, обосновывают необходимость усиления и расширения мероприятий по внедрению в практику организаций родовспоможения и детства «Десяти шагов к успешному грудному вскармливанию».
Внедрение Десяти шагов в практику организаций родовспоможения и детства, а также интеграция политики поддержки ГВ в национальные планы здравоохранения будут способствовать снижению неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности, а также обеспечению долгосрочного здоровья матерей и детей, вскармливаемых ГМ.

## Список использованной литературы

1. Akre J, editor. Infant feeding: the physiological basis. Supplement to Volume 67 of the Bulletin of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1991. 120 p.
2. Grote V, Verduci E, Scaglioni S, Vecchi F, Contarini G, Giovannini M, Koletzko B, Agostoni C. Breast milk composition and infant nutrient intakes during the first 12 months of life. Eur J Clin Nutr. 2015. doi:10.1038/ejcn.2015.162.
3. Matthews MK. The relationship between maternal labour, analgesia and delay in initiation of breastfeeding in healthy neonates. Midwifery. 1989;5:3–10.
4. Newton N. Psycho-social aspects of the mother:father:child unit. In: Hambraeus I, Sjölin S, editors. The mother:child dyad: nutritional aspects. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1979. p. 18.
5. Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2004.

6. von Kries R, Goldman FS, et al. Vitamin K deficiency in breast-fed infants. In: Goldman FS, et al., editors. Human lactation. Vol. 3: effects on the recipient infant. New York: Plenum Press; 1987. p. 513–517.
7. Sankar MJ, et al. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. J Perinatol. 2016;36(S1):S29–S35. doi:10.1038/jp.2016.30.
8. Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. Pediatr Clin North Am. 2013;60(1):49–74. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.002.
9. Haschke F, et al. Nutritive and bioactive proteins in breast milk. Ann Nutr Metab. 2016;69(Suppl 2):17–26. doi:10.1159/000452821.
10. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am. 2001;48(1):87–104. doi:10.1016/S0031-3955(05)70289-9.
11. Frederickson CJ, Suh SW, Silva D, Thompson RB. Importance of zinc in the central nervous system: the zinc-containing neuron. J Nutr. 2000;130(5S Suppl):1471S–1483S. doi:10.1093/jn/130.5.1471S.
12. Colvin RA, Davis N, Nipper RW, Carter PA. Zinc transport in the brain: routes of influx and efflux in neurons. J Nutr. 2000;130(5S Suppl):1484S–1487S. doi:10.1093/jn/130.5.1484S.
13. Hassiotou F, Beltran A, Chetwynd E, Stuebe AM, Twigger AJ, Metzger P, et al. Breastmilk is a novel source of stem cells with multilineage differentiation potential. Stem Cells. 2012;30(10):2164–2174. doi:10.1002/stem.1188.
14. Ninkina N, Kukharsky MS, Hewitt MV, Lysikova EA, Skuratovska LN, Deykin AV, et al. Stem cells in human breast milk. Hum Cell. 2019;32(3):223–230. doi:10.1007/s13577-019-00251-7.
15. Pacheco CMR, Ferreira PE, Saçaki CS, Tannous LA, Zotarelli-Filho IJ, Guarita-Souza LC, et al. In vitro differentiation capacity of human breastmilk stem cells: a systematic review. World J Stem Cells. 2019;11(11):1005–1019. doi:10.4252/wjsc.v11.i11.1005.
16. Joo HS, Suh JH, Lee HJ, Bang ES, Lee JM. Current knowledge and future perspectives on mesenchymal stem cell-derived exosomes as therapeutic agents. Int J Mol Sci. 2020;21(3):727. doi:10.3390/ijms21030727.
17. Brown KS, Rao MS, Brown HL. The future state of newborn stem cell banking. J Clin Med. 2019;8(1):117. doi:10.3390/jcm8010117.

# 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА В ОХРАНЕ, ПОДДЕРЖКЕ И ПООЩРЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

# 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА В ОХРАНЕ, ПОДДЕРЖКЕ И ПООЩРЕНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

В становлении успешного ГВ важна поддержка, оказываемая матерям в организациях родовспоможения в первые часы и дни после родов для налаживания лактации. Однако такая поддержка предоставляется не всегда, что подтверждается данными ЮНИСЕФ: 78 % родов происходят с участием квалифицированных медицинских работников, но только 45 % новорожденных начинают ГВ в течение первого часа жизни.

Несмотря на то, что ГВ является биологической нормой, медицинские работники иногда применяют процедуры, препятствующие его началу: раздельное пребывание матери и ребенка, отсрочка первого прикладывания к груди, предоставление другого питания до начала ГВ, введение дополнительного питания без медицинских показаний. Эти вмешательства значительно повышают риск возникновения трудностей с ГВ и могут приводить к его раннему прекращению. Семьи должны получать основанную на научных данных информацию и рекомендации по ГВ. Важно также обеспечивать их защиту от влияния коммерческих компаний, негативно воздействующих на практику ГВ.

«Десять шагов», обновленные в 2018 г. в руководстве ВОЗ и ЮНИСЕФ «***Защита, продвижение и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, оказывающих услуги матерям и детям: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания»,*** служат основой для изменения практики МО, стремящейся внедрить обновленные рекомендации и выполнить глобальные критерии по каждому шагу.
ИБДОР обеспечивает условия, необходимые для получения матерями знаний и навыков, способствующих исключительно ГВ младенцев до шестимесячного возраста, своевременному введению безопасного и адекватного прикорма, а также продолжению кормления ГМ до двух лет и дольше.

Больницы, имеющие статус доброжелательного отношения к ребенку, помогают родителям принимать информированные решения и обеспечивать надлежащий уход, включая поддержку матерей, не кормящих грудью.

Внедрение «Десяти шагов» в практику организаций родовспоможения и детства и интеграция политики грудного вскармливания в планы национальных органов здравоохранения способствует снижению неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности, а также укреплению здоровья матерей и детей, вскармливаемых ГМ.

Основная цель ИБДОР заключается в обеспечении своевременной и надлежащей медицинской помощи женщинам до поступления в медицинское учреждение,

во время пребывания в нем и после выписки, а также в содействии оптимальному питанию младенцев с момента рождения, способствующему их физическому и когнитивному развитию.

Учитывая доказанное значение ГВ, ИБДОР защищает, продвигает и поддерживает ГВ. Одновременно она направлена на обеспечение безопасного и надлежащего ухода за младенцами, которые временно или полностью не могут получать ГМ по медицинским показаниям.

Персонал МО, оказывающих услуги беременным женщинам, матерям, новорожденным и детям раннего возраста, несет ответственность за содействие ГВ. В то же время сотрудники должны уважать предпочтения матерей и предоставлять им информацию, необходимую для принятия обоснованного решения относительно способа кормления. МО должна поддерживать выбранный матерью способ кормления младенца. В рамках комплексного, ориентированного на людей медицинского обслуживания, важно обеспечить равную доступность качественных медицинских услуг, соответствующих потребностям населения на протяжении всей жизни, безопасных, эффективных, своевременных и приемлемых.

Важным аспектом является оказание помощи с учетом культурной специфики, включая предоставление информационных материалов на понятных пациентам языках.

«Десять шагов» не охватывают всех аспектов качественной медико-санитарной помощи матерям и новорожденным. Вместе с тем выделены «практики, благоприятные для женщин», которые имеют существенное значение для благополучия матери, сохранения ее достоинства и прав. Многие из этих практик способствуют успешному ГВ.

Женщины не должны подвергаться ненужным, вредным или потенциально опасным вмешательствам во время схваток, родов и в раннем послеродовом периоде. К таким вмешательствам относятся необоснованная эпизиотомия, инструментальные роды, проведение кесарева сечения при отсутствии медицинских показаний.

Женщины должны иметь возможность выбирать удобное положение во время схваток, получать уважительное отношение, поддержку, защиту приватности и возможность выбора партнера для родов.

В руководстве ВОЗ и ЮНИСЕФ 2016 г. «***Guideline: updates on HIV and infant feeding***» подчеркивается, что национальные органы здравоохранения должны разрабатывать рекомендации по кормлению детей грудного возраста в контексте ВИЧ-инфекции.

Если рекомендовано ГВ в сочетании с антиретровирусной терапией (АРТ), то оно должно начинаться в течение первого часа после рождения и быть исключительно грудным в течение первых шести месяцев жизни, с последующим введением безопасного прикорма. ГВ может продолжаться до 24 месяцев и дольше, при условии, что мать получает эффективную АРТ и имеет поддержку для поддержания высокой приверженности.

Если рекомендовано избегать ГВ, необходима профессиональная и скоординированная поддержка в организации безопасного кормления ЗГМ. ИБДОР может применяться в обоих контекстах.

Обновленный вариант «Десяти шагов» включает четыре ключевые управленческие процедуры, обязательные для выполнения персоналом организаций родовспоможения и детства для обеспечения устойчивого внедрения основных клинических практик.

Первые три процедуры – соблюдение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, наличие документированной политики по кормлению детей грудного возраста и функционирование систем постоянного мониторинга и управления данными – составляют содержание «Шага 1», относящегося к политике МО.

«Шаг 2» подчеркивает необходимость обеспечения достаточного профессионального потенциала всех сотрудников МО.

Основные клинические практики (шаги 3–10) определяют уход и медицинскую помощь, которые должны предоставляться каждой матери и каждому ребенку.

# Десять шагов на пути к успешному грудному вскармливанию

*(редакция 2018 г.)*

## Важнейшие процедуры управления

**Шаг 1.** Политика медицинских учреждений.

*1a.* Соблюдать в полном объеме Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.

*1b.* Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении кормления детей грудного возраста и регулярно доводить ее до сведения медицинского персонала и родителей.

*1c.* Создать системы постоянного мониторинга и управления данными.

**Шаг 2.** Обеспечить, чтобы персонал обладал достаточными знаниями, компетенциями и навыками для того, чтобы надлежащим образом поддерживать ГВ.

## Основные клинические практики

**Шаг 3.** Обсуждать с беременными женщинами и членами их семей важное значение и практику ГВ.

**Шаг 4.** Следует поощрять ранний и непрерывный контакт «кожа к коже» матери и ребенка после родов и помогать матерям начинать ГВ как можно раньше.

**Шаг 5.** Оказывать матерям практическую поддержку для начала и продолжения ГВ и для преодоления связанных с ним трудностей.

**Шаг 6.** Не давать новорожденным, находящимся на ГВ, никакого питания или питья, кроме ГМ, за исключением случаев медицинских показаний.

**Шаг 7.** Давать матерям возможность совместного пребывания с ребенком 24 часа в сутки.

**Шаг 8.** Поддерживать матерей, обучая их распознавать потребности ребенка в кормлении и реагировать на признаки готовности к кормлению.

**Шаг 9.** Консультировать матерей относительно использования бутылочек, сосок, пустышек и связанных с этим рисков.

**Шаг 10.** Обеспечивать координацию выписки так, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и соответствующему уходу.

## 2.1. Важнейшие процедуры управления для поддержки грудного вскармливания

МО, обслуживающие беременных, матерей и детей грудного и раннего возраста, должны принять четыре важнейшие процедуры управления и последовательно их выполнять, чтобы обеспечить универсальное и устойчивое применение основных клинических практик. Как было отмечено выше, первые три процедуры: соблюдение Свода правил, разработка и фиксирование в письменном виде политики, создание и использование систем мониторинга и управления данными – являются компонентами «Шага 1», касающегося политики медицинских учреждений. «Шаг 2» акцентирует внимание на необходимости обеспечения надлежащего профессионального потенциала всех сотрудников медучреждения.

# Шаг 1. Политика медицинских учреждений

### Шаг 1а. *Соблюдать в полном объеме Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ).*

Внедрение Международного свода правил по продвижению сбыта заменителей грудного молока (Кодекс ВОЗ) и последующих резолюций ВАЗ путем принятия и обеспечения применения надежных национальных правовых мер имеет ключевое значение для защиты родителей и иных лиц, осуществляющих уход, от недостоверной и вводящей в заблуждение информации. Внедрение Кодекса обеспечивает, что работники здравоохранения, профессиональные ассоциации и медицинские учреждения не продвигают заменители грудного молока (ЗГМ) и не принимают поддержку от производителей или дистрибьюторов ЗГМ.

Соблюдение Свода правил особенно важно для МО, поскольку продвижение ЗГМ является одним из основных факторов, негативно влияющих на ГВ. Многократно отмечалось, что компании, продвигающие ЗГМ, а также бутылочки и соски для кормления, систематически нарушают Кодекс. Продажи ЗГМ продолжают расти, что отрицательно влияет на выживаемость и здоровье детей во всем мире. Поэтому требуются постоянные согласованные меры по защите, поддержке и продвижению ГВ, включая участие МО.

В Своде правил определены обязательства систем здравоохранения в отношении запрета на продвижение детских смесей, бутылочек и сосок, а также недопустимости использования производителей и дистрибьюторов этих товаров в качестве каналов продвижения.

Это означает, что МО, обслуживающие беременных, матерей и детей грудного возраста, должны закупать необходимые ЗГМ, бутылочки и соски исключительно в соответствии со стандартными процедурами закупок и не должны получать продукцию бесплатно или по сниженной стоимости. Персонал МО не должен участвовать в продвижении ЗГМ ни в какой форме, а также не должен разрешать

размещение рекламных материалов, демонстрацию оборудования, логотипов производителей ЗГМ или предоставление скидочных купонов. Сотрудники не должны раздавать образцы смесей матерям ни в учреждении, ни после выписки.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и ВАЗ 2016 г. по прекращению ненадлежащего продвижения продуктов питания для детей грудного возраста медицинские работники должны предотвращать конфликт интересов с производителями детских смесей.

Компании-производители искусственных смесей не должны выступать спонсорами образовательных мероприятий или участвовать в программах просвещения родителей.

## Шаг 1b. *Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении кормления детей грудного возраста и регулярно доводить ее до сведения медицинского персонала и родителей.*

МО, обслуживающие беременных, матерей и детей грудного и раннего возраста, должны иметь четко сформулированную и зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики ГВ и регулярно доводить ее до сведения медицинского персонала и родителей.

Политика МО должна быть оформлена в виде отдельного документа. В нее включают рекомендации по выполнению каждого клинического шага по охране, поддержке и поощрению ГВ, чтобы обеспечить их последовательное применение ко всем матерям и детям. Кроме того, в политике должно быть подробно прописано, каким образом выполняются процедуры практической реализации Свода правил и как проводится регулярная оценка компетенций.

Члены рабочей группы совместно с первым руководителем МО разрабатывают проект политики, который затем обсуждается во всех подразделениях учреждения, оказывающих помощь беременным, матерям и детям. Окончательный вариант политики по ГВ, учитывающий замечания и предложения, принимается коллективом на общем собрании, утверждается первым руководителем и становится инструкцией к действию для всего персонала.

Рекомендуемый объем документа – не более 2–3 машинописных страниц, поскольку чрезмерный объем затрудняет восприятие и ограничивает возможности демонстрации.

Политика учреждения должна быть доведена до сведения всего персонала с последующей аттестацией сотрудников на знание ее содержания. Документ размещается на видных местах в каждом подразделении роддома, больницы или поликлиники и должен быть доступен как персоналу, так и беременным женщинам, матерям и членам их семей.

Документ следует оформлять на языке или языках, наиболее понятных для пациентов и персонала, и регулярно представлять к ознакомлению медицинским работникам и родителям.

Поставщики медицинских услуг и организации здравоохранения обязаны действовать в соответствии с установленной политикой. Основные клинические практики, сформулированные в «Десяти шагах» и включенные в политику МО, должны обеспечивать надлежащую помощь всем матерям и детям, независимо от предпочтений отдельных специалистов.

Письменно зафиксированная политика является механизмом, который гарантирует пациентам получение сбалансированной, основанной на фактических данных помощи, и одновременно служит важным инструментом обеспечения подотчетности персонала. Меры политики способствуют устойчивости практики на протяжении длительного времени и доведению до сведения работников стандартного набора ожидаемых результатов. Таким образом, все медицинские работники, оказывающие помощь до родов, во время родов и детям грудного и раннего возраста, могут разъяснить компоненты политики, влияющие на их должностные обязанности в медицинском учреждении.

Шаг 1c. Создать системы постоянного мониторинга и управления данными. МО, обслуживающие беременных, матерей и детей грудного и раннего возраста, должны проводить постоянный мониторинг и управление данными о соблюдении основных клинических практик.

Для мониторинга на уровне МО рекомендуются следующие показатели основных клинических практик.

Два показателя – раннее начало ГВ и исключительно ГВ – считаются «сигнальными» показателями. Все медицинские учреждения должны регулярно отслеживать эти показатели для каждой пары «мать-младенец». Информация о «сигнальных» показателях должна вноситься в медицинские карты и сводиться воедино в соответствующих реестрах.

Группа или комитет, координирующие мероприятия ИБДОР внутри учреждения, должны проводить обзор достигнутого прогресса не реже одного раза в шесть месяцев. В периоды активной работы по улучшению качества следует проводить ежемесячный обзор.

Цель обзора состоит в постоянном отслеживании значений «сигнальных» показателей, определении достижения целевых уровней и, при необходимости, планировании корректирующих действий. Если в учреждении действует постоянная система опросов матерей при выписке, в нее можно добавить дополнительные вопросы для контроля или периодических проверок. Также рекомендуется использовать вспомогательные показатели процесса для мониторинга соблюдения основных клинических практик. Такие показатели особенно важны в период активного улучшения качества, когда оценка должна проводиться ежемесячно. После достижения приемлемых уровней соблюдения периодичность может быть уменьшена (например, до одного раза в год).

Однако если уровень «сигнальных» показателей ниже 80% (или ниже национальных стандартов), необходимо провести оценку клинических практик и всех управленческих процедур для выявления несоответствий и определения мер по достижению стандартов. Учреждения могут добавлять дополнительные показатели при возможности.

Рекомендуются два альтернативных метода контроля: ведение реестров новорожденных детей и проведение опросов матерей при выписке (в письменной или устной форме, а также при помощи мобильного телефона, включая SMS). Не предполагается, что учреждения будут использовать оба метода одновременно. Конкретный выбор зависит от существующих систем мониторинга и доступных ресурсов.

Периодичность сбора данных зависит от выбранного метода. Если вопросы включены в опросные листы при выписке, периодичность определяется частотой заполнения этих листов. Если данные собирают по реестрам новорожденных и уже проводится их обзор для оценки «сигнальных» показателей, рекомендуется собирать данные по основным клиническим практикам для всех новорожденных. В качестве альтернативы можно раз в шесть месяцев проводить выборочный обзор реестров, чтобы сократить объем работы. При внедрении новой системы опросов матерей минимальная периодичность составляет раз в шесть месяцев. Важно сделать мониторинг управляемым с учетом ресурсов учреждения. То же касается объема собираемых данных: их увеличение не повышает качество, если отсутствуют системы анализа и практического использования информации для улучшения поддержки ГВ.

Наиболее эффективным считается мониторинг, основанный на информации, которую сообщают матери. Сбор данных по части показателей может осуществляться с использованием электронных карт или бумажных отчетов по каждой паре «мать-младенец», однако существует риск завышения данных сотрудниками, участвующими в обработке информации.

**Варианты сбора данных от матерей:**

- беседы при выписке (предпочтительно, чтобы их проводил сотрудник, не участвующий в оказании непосредственной помощи);
- короткие вопросники для самостоятельного заполнения с соблюдением конфиденциальности;
- рассылка вопросов через SMS.

При обзоре данных рекомендуется использовать сведения минимум по 20 парам «мать-младенец», однако малые медицинские учреждения могут использовать меньшее число пар из-за ограниченного объема наблюдений.

Глобальные стандарты предусматривают не менее 80% соблюдения всех показателей процессов и итоговых результатов, включая раннее начало и исключительно ГВ. В условиях, когда значительная часть женщин отказывается от ГВ, достижение таких уровней может быть затруднено. В этом случае допускается установление более низких локальных стандартов с последующим постепенным повышением на фоне улучшения поддержки ГВ в сообществе.

Каждая МО должна стремиться регулярно достигать уровня не менее 80% по каждому показателю. Те учреждения, которые не достигают целевых значений, должны сосредоточиться на постепенном увеличении этого процента.

У МО должен быть протокол системы постоянного мониторинга и управления данными для соблюдения восьми основных клинических практик.

Медицинский персонал учреждения проводит совещания по обзору внедрения системы не реже одного раза в шесть месяцев.

# Шаг 2. Профессиональная компетенция персонала

***Обеспечить, чтобы персонал обладал достаточными знаниями, компетенциями и навыками для того, чтобы надлежащим образом поддерживать грудное вскармливание.***

Своевременная и надлежащая помощь кормящим матерям может оказываться лишь в том случае, если персонал обладает достаточными знаниями, компетенциями и навыками для оказания такой помощи. Обучение медицинских сотрудников дает им возможность развивать эффективные навыки, последовательно проводить информационную работу и соблюдать закрепленные в политике стандарты.

Сотрудники МО, предоставляющие помощь в области кормления детей грудного возраста и оказывающие поддержку ГВ, должны обладать достаточными знаниями, профессиональными компетенциями и навыками, чтобы оказывать практическую поддержку женщинам. Обычно ответственность за формирование такого профессионального потенциала лежит на национальной системе образования до начала трудовой деятельности будущих сотрудников. Однако если потенциал персонала недостаточен, МО, обслуживающим матерей и детей грудного и раннего возраста, необходимо предпринимать корректирующие меры для его укрепления. Например, МО могут проводить соответствующие учебные курсы на своей территории или рекомендовать сотрудникам пройти их в другом учреждении.

Часть материалов может преподаваться в формате дидактических лекций (в том числе с использованием электронных ресурсов), однако слушатели должны получить клинический опыт под контролем наставников с последующим тестированием компетентности. Важно акцентировать внимание не на конкретной учебной программе, а на фактическом уровне полученных знаний и приобретенных навыков.

**Следует проводить оценку компетенции всех сотрудников, которые оказывают матерям практическую помощь в вопросах кормления детей грудного возраста, с учетом их способности:**

1) использовать при консультировании матери умение внимательно слушать, выявлять ее проблемы и применять навыки обучения;
2) применять свои навыки для создания атмосферы доверия и оказания поддержки в процессе консультирования;
3) консультировать беременную женщину по вопросам ГВ;
4) оценивать эффективность кормления грудью;
5) помогать матери выбирать удобное положение для себя и ребенка при кормлении грудью;
6) помогать матери правильно прикладывать младенца к груди;

7) объяснять матери оптимальный режим ГВ;
8) обучать мать правильному сцеживанию ГМ;
9) помогать матери кормить младенца с помощью чашки или специальной ложки;
10) помогать матери начинать ГВ в течение первого часа после родов;
11) оказывать помощь матери, которая считает, что у нее недостаточно молока;
12) помогать матери, ребенок которой часто плачет;
13) помогать матери, чей ребенок отказывается от груди;
14) помогать матери с плоскими или втянутыми сосками;
15) помогать матери при нагрубании молочных желез;
16) помогать матери при болезненности сосков или наличии трещин;
17) помогать матери при мастите;
18) помогать матери кормить грудью младенца с низкой массой тела при рождении или больного новорожденного;
19) консультировать мать по вопросам ее собственного здоровья;
20) соблюдать Кодекс ВОЗ в стенах МО.

Для сотрудников немедицинского профиля (работники АХЧ, бухгалтерии, кухни и др.) проводится вводный инструктаж с последующим обучением по трехчасовой программе.

Обучающие семинары для всего персонала МО проводятся один раз в шесть месяцев с обязательной последующей оценкой теоретических знаний и практических навыков медицинских сотрудников.

## Координация и процесс улучшения качества

В каждой МО, где находятся под наблюдением беременные, кормящие женщины и дети грудного и раннего возраста, должна быть структура для координации, защиты, содействия и поддержки ГВ. Рекомендуется включать эту сферу деятельности в обязанности утвержденного комитета или рабочей группы, состоящей из лиц, принимающих решения в области охраны здоровья беременных, матерей и детей, обеспечения качества и управления. Если такая структура отсутствует, правильным шагом будет создание отдельного органа. Этот орган должен поддерживать тесные связи со структурами, занимающимися охраной здоровья матерей и детей, обеспечением качества и управлением, а также с руководителями, принимающими решения.

Процесс изменения медицинских практик требует времени. Существуют документально подтвержденные методы осуществления необходимых изменений и создания систем, обеспечивающих устойчивость достигнутых улучшений. Реализация мер по улучшению качества является подходом к управлению, которым могут пользоваться работники здравоохранения для реорганизации системы оказания помощи в целях обеспечения качественных медицинских услуг. Улучшение качества определяется как «систематические и непрерывные действия, которые приводят к значительному улучшению медицинского обслуживания и состояния здоровья целевых групп пациентов».

Существуют хорошо разработанные модели улучшения качества в области оказания медико-санитарной помощи, включая модели, подготовленные Региональным бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, Институтом улучшения

здравоохранения IHI, а также Департаментом здравоохранения и социального обеспечения США.

**Процессы улучшения качества имеют циклический характер и включают следующие шаги:**

- планирование улучшения качества помощи;
- осуществление изменений;
- оценка изменений в практике оказания помощи и итоговых результатов;
- анализ изменившейся ситуации и осуществление дополнительных действий для дальнейшего улучшения или сохранения практик.

Эти шаги известны как цикл Деминга, или цикл улучшения качества PDCA (планирование-выполнение-проверка-действие). В контексте ИБДОР этот цикл может использоваться для улучшения реализации каждого из Десяти шагов. Подход, основанный на улучшении качества, является крайне важным для ИБДОР и настоятельно рекомендуется к применению на уровне страны. Он способствует повышению устойчивости, поскольку стандартные процессы требуют меньшего количества внешних ресурсов или дополнительного персонала. Аспекты, связанные с ИБДОР, могут сочетаться с другими инициативами по улучшению качества, которые уже осуществляются в сфере здоровья матери и ребенка на объекте.

**Таким образом, ключевыми принципами улучшения качества являются:**

- Триада «планирование-улучшение-контроль», занимающая центральное место в методологии улучшения качества.
- Активное участие основных поставщиков медицинских услуг или непосредственных исполнителей: группа сотрудников МО (медицинские сестры, акушерки, врачи) должна пересмотреть собственную практику и системный порядок и принять решение о процессах или действиях, которые требуют изменения.
- Участие руководящих сотрудников: администраторов МО, руководителей медицинских департаментов и «идейных лидеров». Их необходимо убедить в значимости защиты, содействия и поддержки ГВ и достижения высоких показателей раннего начала и исключительно ГВ. Руководители должны поощрять медицинских работников к внесению необходимых изменений, содействовать проведению преобразований и активно поддерживать их. Кроме того, они играют ключевую роль в реализации важнейших процедур управления.
- Оценка и анализ достигнутого прогресса: использование данных для выявления проблемных зон позволяет осуществлять более целенаправленный подход к их решению. Команда должна принимать решения по оценке основных показателей.
- Проведение внешней оценки: системы обеспечения качества, внедряемые национальными органами власти или органами власти субнационального уровня (в условиях децентрализованного управления здравоохранением) на регулярной согласованной основе, могут быть полезны для подтверждения результатов и соблюдения утвержденных стандартов.

## Список использованной литературы

1. United Nations Children's Fund. UNICEF Data: monitoring the situation of children and women: Infant and young child feeding. New York: UNICEF; 2018. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/. Accessed 7 March 2018.
2. United Nations Children's Fund. UNICEF/WHO Joint Database 2016 on skilled health personnel: delivery care. New York: UNICEF; 2016. Available from: https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/. Accessed 7 March 2018.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Implementation guidance. Geneva: WHO; 2018. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943.
4. World Health Organization. Framework on integrated people-centred health services. Report of the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Geneva: WHO; 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253303/A69_39-en.pdf. Accessed 7 March 2018.
5. World Health Organization. Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588. Accessed 7 March 2018.
6. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/246260. Accessed 7 March 2018.
7. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: WHO; 1981. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9241541601. Accessed 7 March 2018.
8. World Health Organization. Frequently asked questions: International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Updated version 2017. Geneva: WHO; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513470. Accessed 7 March 2018.
9. World Health Organization. The Code and subsequent resolutions. Geneva: WHO. Available from: https://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/. Accessed 7 March 2018.
10. Piwoz E, Huffman S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. Food Nutr Bull. 2015;36(4):373–386. doi:10.1177/0379572115602174.
11. International Baby Food Action Network. Breaking the rules, stretching the rules 2014: Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang: IBFAN ICDC; 2014. Available from: http://www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1_Preliminary_pages_5-2-2014.pdf. Accessed 7 March 2018.
12. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al; The Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387:491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
13. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? Public Health Nutr. 2016;19(14):2540–2550. doi:10.1017/S1368980016001117.
14. World Health Organization. Resolution WHA39.28: Infant and young child feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Geneva: WHO; 1986. Available from: https://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_iycn_en.pdf. Accessed 7 March 2018.
15. World Health Organization. Maternal, infant and young child nutrition: ending

inappropriate promotion of foods for infants and young children. Report of the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Geneva: WHO; 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260365. Accessed 7 March 2018.
16. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: POCQI coaching manual. New Delhi: WHO SEARO; 2017. Available from: http://apps.who.int/iris/handle/10665/255876. Accessed 7 March 2018.
17. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. Quality improvement. Rockville (MD): HRSA; 2011. Available from: https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf. Accessed 7 March 2018.
18. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: POCQI learner manual. New Delhi: WHO SEARO; 2017. Available from: https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf. Accessed 7 March 2018.
19. Institute for Healthcare Improvement. How to improve. Boston (MA): IHI. Available from: http://www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx. Accessed 7 March 2018.
20. Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit. Boston (MA): IHI. Available from: http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx. Accessed 7 March 2018.

# 3. ОХРАНА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

# 3. ОХРАНА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

На тридцать четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ) в 1981 г. был принят ***Международный свод правил по сбыту заместителей грудного молока*** (далее: Свод правил, Международный кодекс по маркетингу ЗГМ или Кодекс ВОЗ) в качестве минимальных требований для защиты и продвижения надлежащего кормления детей грудного и раннего возраста. После 1981 г. был принят ряд резолюций ВАЗ, касающихся сбыта и распространения ЗГМ, разъясняющих и дополняющих положения Свода правил.

Свод правил был разработан как международная политика в сфере здравоохранения и представляет собой набор рекомендаций по регулированию сбыта ЗГМ, бутылочек и сосок для кормления. Он создан с целью ***остановить агрессивные и ненадлежащие формы продвижения и сбыта ЗГМ, чтобы «способствовать обеспечению безопасного и адекватного питания для младенцев*** путем защиты и пропаганды ГВ, а также правильного использования ЗГМ, когда это необходимо, на основе адекватной информации и с помощью надлежащих методов сбыта и распространения».

***Ненадлежащие формы продвижения продуктов питания, конкурирующих с ГВ,*** являются существенным фактором, который нередко оказывает негативное влияние на мать, побуждая ее отказаться от ГВ, хотя именно оно является оптимальным вариантом кормления ее ребенка.

В докладе Генерального директора ВОЗ на 150-й сессии, состоявшейся 16 ноября 2021 г. указывалось, что ***реклама ЗГМ наносит ущерб представлениям о ценности ГВ и подрывает уверенность матерей в своей способности кормить ребенка грудью.*** Реклама формирует тревогу и ожидания, связанные с кормлением, ***продвигая искусственные смеси как более предпочтительное решение.*** Нарастает продвижение ЗГМ для детей грудного и раннего возраста, в том числе «последующих» смесей (для детей от 7 до 12 месяцев) и молочных смесей для растущего организма (для детей от 13 до 36 месяцев, включая детей ясельного возраста). Эти продукты подрывают усилия по поддержанию ГВ до достижения ребенком возраста двух лет и старше. Поскольку упаковка и маркетинг таких продуктов часто схожи с упаковкой питательных смесей, предназначенных детям раннего возраста, матери могут ошибочно использовать их для кормления детей в первые шесть месяцев жизни.

Компании-производители ЗГМ распространяют информацию о своей продукции с целью расширения сбыта и получения прибыли, поэтому такие сведения нельзя считать непредвзятыми. Продажи ЗГМ в мире продолжают быстро расти. Согласно рыночным аналитическим отчетам, в 2014 г. они оценивались в 44,8 миллиарда долларов США. Ожидается, что эта сумма вырастет до 70,6 миллиарда долларов и выше.

Маркетинг (деятельность, направленная на удовлетворение рыночных потребностей с целью извлечения прибыли) коммерческих заменителей материнского молока препятствует широкому внедрению ГВ и является одной из причин постепенного снижения его практики в глобальных масштабах. Информация,

потенциально вводящая в заблуждение, мешает женщине принять обоснованное решение о том, чем кормить своего ребенка.

В серии статей журнала Lancet за 2023 год, посвященных ГВ, описываются многогранные и высокоэффективные стратегии производителей коммерческих смесей, ориентированные на родителей, медицинских работников и политиков, **представляющих свою продукцию как оптимальное решение распространенных проблем здоровья и развития детей грудного возраста при отсутствии достаточных научно доказанных данных.**

## Перечень маркетинговых приемов, используемых производителями ЗГМ:



**Используемые каналы продвижения:**

- реклама по радио и телевидению
- размещение рекламы в газетах и журналах
- размещение рекламных материалов на досках объявлений
- рекламные веб-сайты

**Ценовые и стимулирующие механизмы:**

- специальные предложения
- продажа продукции по сниженным ценам
- раздача скидочных купонов

**Таргетированное обращение к матерям и беременным:**

- рассылка писем беременным женщинам и матерям младенцев
- предоставление справок по телефону

**Маркетинговые материалы в учреждениях здравоохранения:**

- размещение плакатов, календарей и других материалов в клиниках
- советы врачей и медсестер
- подарки
- бесплатные образцы
- распространение образовательных материалов (с потенциально коммерческой окраской)

Кроме того, используется цифровой маркетинг для существенного расширения охвата и влияния маркетинговых кампаний, а также для лоббирования интересов компаний с целью предотвращения усиления законов о защите ГВ и оспаривания положений о пищевых стандартах.

В настоящее время цифровой маркетинг стал основным каналом рыночного продвижения ЗГМ (как брендов, так и продукции) для национальных и многонациональных производителей и дистрибьюторов: на него приходится до 70% рекламных бюджетов в некоторых рынках.

Цифровой маркетинг ЗГМ широко распространен и включает множество инновационных методов и стратегий, которые невозможно было предусмотреть в период разработки Международного свода правил по сбыту ЗГМ. Производители и дистрибьюторы используют цифровые платформы для адресной рекламы ЗГМ беременным женщинам и матерям, оперативного реагирования на индивидуальные запросы, привлечения «лидеров мнений» для воздействия на решения матерей, формирования позитивного информационного фона и создания клубов в социальных сетях. Известно, что эти экономичные и эффективные методы способствуют росту продаж ЗГМ.

Цифровой маркетинг создает значительные проблемы для мониторинга и обеспечения соблюдения национального законодательства, особенно в случаях, когда агент маркетинговой деятельности находится в другой стране. Более того, когда общество в целом лишено достоверной информации о ГВ и обучения ему, женщины, хорошо понимающие его важность и значение, не получают поддержки ни на личном, ни на социальном уровне. Слабо осведомленные в этом вопросе члены семьи, подруги и, тем более, медицинские работники могут подорвать уверенность даже у хорошо информированных женщин: их противоречивые советы и скрытое давление нередко заставляют молодую мать сомневаться в своей способности кормить ребенка грудью.

В 2017 г. ВОЗ издала брошюру «Международный свод правил по сбыту заместителей грудного молока. Часто задаваемые вопросы. Обновленная версия, 2017 г.». Цель брошюры состоит в том, чтобы предоставить читателю подробную информацию по конкретным вопросам, имеющим отношение к Своду правил, в удобном формате. Она предназначена для лиц, формирующих политику, для работников здравоохранения и для населения в целом, чтобы обеспечить поддержку ГВ и охрану здоровья матерей и детей в каждой стране через совершенствование законодательства, разработку стратегии мониторинга и правоприменения, а также создание международных правовых механизмов в соответствии с Международным сводом правил по сбыту ЗГМ.

Международный свод правил не является законом – он содержит рекомендации, выработанные и утвержденные членами высшего международного органа в области здравоохранения. Главная цель Международного свода правил по сбыту ЗГМ состоит в обеспечении безопасного и адекватного кормления всех детей грудного и раннего возраста.

**Чтобы достичь этой цели, медицинские работники должны:**

- защищать, пропагандировать и поддерживать ГВ
- следить за правильным использованием ЗГМ (когда без них невозможно обойтись)
- распространять научно обоснованную информацию о кормлении младенцев
- не допускать рекламы и других форм продвижения ЗГМ

Свод правил ни в коем случае не направлен на принуждение женщин к ГВ против их воли. Он предназначен для того, чтобы гарантировать предоставление им непредвзятой и основанной на научных доказательствах информации о пользе ГМ. Этот документ также защищает права младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, обеспечивая непредвзятый и научно обоснованный выбор детского питания и тем самым оберегая их здоровье. Согласно требованиям Свода правил, на этикетки такой продукции должны наноситься

предупреждения и инструкции по ее приготовлению, позволяющие обеспечить безопасное искусственное питание, когда без него невозможно обойтись. Свод правил допускает производство ЗГМ и безопасной продукции, соответствующей предъявляемым требованиям, однако подчеркивает, что она не должна продвигаться на рынок теми же способами, что и большинство потребительских товаров.

## Свод правил и его выполнение на местах

Страны-участницы ВОЗ считают своим политическим обязательством следовать Своду правил, однако оставляют за собой право адаптировать его с учетом национальных условий. В государствах, где вопросы охраны здоровья регулируются законодательством, Свод правил может быть принят в качестве закона. Если же юридическая практика предполагает издание указов главы государства или распоряжений на уровне министерств, Свод правил может быть оформлен и в такой форме.

Свод правил утвержден как минимальный стандарт, и страны-участницы обязались выполнять его основные принципы и поддерживать положения в соответствии со своими социальными потребностями. Им разрешено ужесточать положения Свода правил для более надежной защиты жизни и здоровья детей, однако ослаблять или исключать какие-либо его элементы они не вправе. Ответственность за выполнение Свода правил возлагается на правительства, хотя они должны сотрудничать с производителями и распространителями искусственного детского питания, профессиональными группами и неправительственными организациями. При этом система контроля должна быть свободна от коммерческого влияния.

**Свод правил содержит подробные положения, затрагивающие следующие аспекты:**

- информацию и просвещение по вопросам кормления детей грудного и раннего возраста
- методы продвижения ЗГМ и сопутствующих товаров, ориентированные на матерей и население
- методы продвижения ЗГМ и сопутствующих товаров, ориентированные на медицинских работников и учреждения здравоохранения
- требования к маркировке и качеству ЗГМ и сопутствующих товаров
- механизмы осуществления Свода правил и мониторинга его применения

Как уже указывалось в главе 2 данного руководства («ГВ: глобальный приоритет»), для достижения оптимальных показателей роста, развития и здоровья ВОЗ рекомендует начинать ГВ не позже первого часа после рождения ребенка и обеспечивать исключительно ГВ в первые шесть месяцев жизни. Далее, с учетом изменяющихся потребностей, дети должны получать адекватное и безопасное дополнительное питание (прикорм), продолжая ГВ до достижения двухлетнего возраста или дольше. Любая другая пища и напитки, которые даются младенцам до достижения ими шестимесячного возраста, заменяют ГМ и, следовательно, относятся к категории его заменителей.

Для младенцев старше шести месяцев к категории ЗГМ относится все то, что хотя бы частично замещает ту часть рациона, которая в идеале должна обеспечиваться ГМ. Это могут быть, например, молочные смеси для подросших младенцев или каши, предлагаемые для кормления из бутылочки.

## Продвижение на рынке и предоставление информации

Принятая в 2016 г. резолюция о необходимости прекращения всех ненадлежащих форм продвижения продуктов питания для детей грудного и раннего возраста призывает государства-члены, изготовителей и агентов по продаже, работников здравоохранения и средства массовой информации выполнять рекомендации руководства, содержащие положения, затрагивающие Международный свод правил по сбыту ЗГМ.

**В документе указано, что:**

- продукты, предназначенные для использования в качестве ЗГМ (включая «последующие» смеси и молочные смеси третьего уровня), не подлежат продвижению
- положения Международного свода правил должны распространяться на все категории таких продуктов
- сообщения, размещаемые на продуктах для дополнительного питания, должны содержать информацию о важности непрерывного ГВ до двухлетнего возраста и о необходимости введения прикорма не ранее шести месяцев
- по маркировке и форме упаковки продукты дополнительного питания должны отчетливо отличаться от ЗГМ, чтобы исключить их совместное продвижение
- любые добровольные пожертвования в пользу системы здравоохранения (включая работников здравоохранения и профессиональные организации) со стороны компаний, реализующих детское питание, создают конфликт интересов и недопустимы
- производителям продуктов питания для детей грудного и раннего возраста не следует выступать спонсорами мероприятий в сфере здравоохранения и научных инициатив

На этикетках ЗГМ должны быть четко указаны преимущества ГВ, необходимость консультации с врачом, а также предупреждение о последствиях ненадлежащего использования ЗГМ для здоровья. На упаковке не должно быть изображений детей или иных иллюстраций и текстов, идеализирующих применение детской смеси. Свод правил не допускает публичной рекламы ЗГМ.
Компании-производители могут предоставлять медицинским специалистам информацию об ингредиентах и использовании своей продукции. Такие сведения должны быть научно обоснованными и опираться на проверенные данные, а не выступать в роли маркетинговых материалов. Донесение этой информации до матерей запрещено.

**Если родителям предлагаются какие-либо образовательные материалы, в них обязательно должны освещаться:**

- важность ГВ
- риски для здоровья, связанные с кормлением из бутылочки
- стоимость искусственного вскармливания младенца
- трудности возобновления ГВ после отказа от него

## Образцы и поставки

ЗГМ не должны раздаваться бесплатно или продаваться по сниженным ценам ни в каких учреждениях здравоохранения. Если в клинике находятся младенцы, которые не получают ГМ по медицинским показаниям, для них разрешается

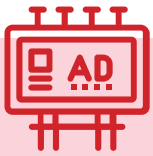
приобретать детские смеси в небольших количествах через стандартные процедуры закупок.

Бесплатные образцы не должны распространяться среди матерей, их семей и медицинских работников. Не допускается также выдача матерям небольших количеств молочных смесей в виде подарков при выписке из МО, обслуживающих матерей и детей, поскольку такие образцы подталкивают женщину к использованию этой продукции.

В отдельных случаях МО, обслуживающие матерей и детей, обеспечивают ЗГМ бесплатное снабжение или продажу по сниженной стоимости матерям или опекунам в рамках программ социального обеспечения (например, ВИЧ-инфицированным матерям или тем, кто по обоснованным медицинским показаниям отказался от ГВ). В таких ситуациях необходимо обеспечить непрерывное снабжение данной смесью каждого младенца, подпадающего под действие программы, пока он нуждается в таком питании.

Дети должны получать питание независимо от благотворительности. Добровольные пожертвования могут прекратиться в любой момент, но младенец должен продолжать получать молочную смесь. Детям, которые не получают ГМ, требуется в первые шесть месяцев жизни около 20 кг порошкообразных молочных смесей, а также соответствующее количество ЗГМ для питания до двух лет. Все детское питание должно быть высококачественным, учитывать климатические особенности страны, где оно используется, и условия хранения. Не допускается распространение продукции с истекшим сроком годности.

## Недопустимые приемы маркетинга через систему здравоохранения



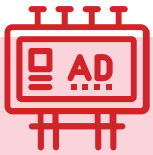

**Подарки и материальные бонусы:**

- бесплатное снабжение больниц или отдельных специалистов
- раздача сувениров (ручки, бланки рецептов, таблицы роста, календари, плакаты, недорогое оборудование)
- передача в дар дорогостоящего оборудования (инкубаторы, техника, холодильники, кондиционеры, компьютеры)
- личные подарки (поездки, бытовая техника, угощения, развлекательные мероприятия)

**Спонсорство и финансирование:**

- поддержка больниц, клиник, профессиональных ассоциаций
- субсидирование исследований, оплата зарплаты персонала
- финансирование участия специалистов в конференциях, семинарах, съездах
- поддержка студентов-медиков, участие в образовательных программах

## Недопустимые приемы маркетинга через систему здравоохранения




**Маркетинговое влияние в профессиональной среде:**

- размещение рекламы в профессиональных журналах и периодических изданиях
- публикация рекламных материалов под видом научных
- публикация результатов исследований, содержащих скрытую рекламу

**Продвижение через персональные контакты:**

- формирование дружественных связей с врачами и медиками (поздравления, открытки, подарки)
- визиты представителей компаний к врачам, в клиники и госорганы
- установление контактов с министерством здравоохранения и лоббирование интересов

## Что может сделать медицинский работник

*Работники системы здравоохранения,* лично и совместно со своими коллегами, способны внести значительный вклад в защиту младенцев и их матерей от маркетинга ЗГМ. Они могут и должны:

- удалять размещенные рекламные материалы ЗГМ, чаев, соков, каш, бутылочек и сосок и предотвращать размещение новых
- отказываться от подарков компаний
- препятствовать раздаче матерям подарков, образцов и рекламных буклетов
- исключать из дородовых консультаций обучение приготовлению смесей, если занятия проводят представители компаний
- обучать приготовлению искусственного питания только индивидуально и только при наличии медицинских показаний
- сообщать о нарушениях положений Кодекса или местного законодательства компетентным органам
- принимать информацию от компаний только научно обоснованного характера и использовать ее исключительно для профессионального изучения

*Получить статус БДОР могут лишь те клиники, которые строго придерживаются всех условий Международного свода правил.*

## Пожертвования в чрезвычайных ситуациях

При чрезвычайных ситуациях возникает острая нехватка, а иногда и полное отсутствие самого необходимого для искусственного кормления, например чистой воды и топлива. В таких условиях искусственное вскармливание младенцев может привести к недоеданию, болезням и даже смерти. Кроме того, младенцы, не получающие ГМ, лишены преимуществ ГМ, то есть природной защиты, и гораздо больше подвержены инфекциям и заболеваниям.

В чрезвычайных ситуациях, как правило, начинаются массовые пожертвования, включая детское питание, бутылочки и соски, от отдельных лиц и групп, действующих из добрых намерений, но плохо осведомленных о реальной ситуации. Из новостных сообщений нередко складывается ложное впечатление, будто женщины в условиях кризиса не могут кормить грудью.

## Почему от пожертвований следует отказываться

- избыток продукции может привести к тому, что смеси получат младенцы, которым они не требуются
- возникают проблемы хранения пригодных смесей, а также утилизации просроченных
- изображения брендов на упаковке или в СМИ могут восприниматься как рекомендация
- пожертвованные смеси могут быть просроченными или непригодными для употребления
- часто отсутствуют инструкции по использованию на местном языке
- использование бутылочек и сосок увеличивает риск инфекций (в ЧС безопаснее использовать чашку или ложку)

**Дополнительные сложности неограниченного снабжения в чрезвычайных ситуациях**

- наличие больших объемов смесей может снизить уверенность матерей в ГВ
- семьи могут стать зависимыми от поставок ЗГМ
- прекращение гуманитарной помощи оставляет младенцев в риске недоедания
- компании могут пытаться использовать ЧС для расширения рынка сбыта своей продукции
- распространяется убеждение, что искусственное кормление – более надежный вариант

Если отказ от пожертвований полностью невозможен, смеси рекомендуется использовать преимущественно для детей старшего возраста или взрослых (в виде готовой пищи и каш) либо как часть релактационных устройств при восстановлении лактации.

Маркетинг ЗГМ и детских бутылочек способен умалять важность ГВ не только в сознании матерей, но и в обществе в целом.

***Таким образом, Международный свод правил и последующие резолюции ВАЗ способствуют безопасному и адекватному питанию младенцев*** по нескольким направлениям. Они защищают медицинских работников и матерей от предвзятой информации, препятствующей ГВ, обеспечивают правильное использование ЗГМ лишь тогда, когда без них действительно невозможно обойтись, и предоставляют достаточную информацию о кормлении младенцев, маркетинге и распространении детского питания.

Медицинские работники способны внести значительный вклад в защиту семей от маркетинга ЗГМ. Для этого им необходимо строго соблюдать Свод правил, не допускать даже случайных действий, которые могут восприниматься как одобрение того или иного искусственного детского питания, не принимать подарков от компаний-производителей, а также отказываться от распространения предметов с их фирменной символикой, маркетинговых материалов и образцов.

Следует также с большой осторожностью относиться к пожертвованиям ЗГМ в зонах чрезвычайных ситуаций, поскольку такие пожертвования могут ухудшить состояние питания и здоровья младенцев.

## Приемлемые медицинские причины использования ЗГМ

В предыдущих главах подчеркивалось, что исключительно ГВ до шестимесячного возраста, введение прикорма с шести месяцев и продолжение ГВ (в сочетании с соответствующим возрасту прикормом) до двух лет и дольше имеют исключительное значение для здоровья младенцев и матерей.

Положительное воздействие ГВ на здоровье не зависит от места проживания. Оно снижает риск острых инфекционных заболеваний, включая диарею, пневмонию, отиты, простудные заболевания *(включая инфекции, вызванные Haemophilus influenzae)* и инфекции мочевых путей. ГВ снижает риск развития ряда хронических заболеваний в будущем, таких как диабет 1-го типа, язвенный колит и болезнь Крона. ГВ в младенчестве связано с более низкими уровнями артериального давления и общего холестерина, а также со снижением распространенности диабета 2-го типа, избыточной массы тела и ожирения среди подростков и взрослых.

ГВ задерживает восстановление фертильности у матери после родов и снижает риск послеродовых кровотечений, а также развития рака груди и яичников. Только в небольшом числе случаев, связанных с состоянием здоровья младенцев или матерей, могут быть оправданы рекомендации по временному или длительному прекращению ГВ. В каждом случае принятие решения об остановке ГВ требует взвешивания его преимуществ и того риска, который несут особые состояния, перечисленные ниже.

## Состояния младенцев, при которых ГМ противопоказано

**В этих случаях требуется использование специальных смесей.**

- классическая галактоземия → применяются смеси, не содержащие галактозу
- болезнь «кленового сиропа» (валинолейцинурия) → смеси без лейцина, изолейцина и валина
- фенилкетонурия → смеси без фенилаланина
  *(допускается частичное ГВ при условии тщательного мониторинга)*

**Младенцы, для которых ГМ предпочтительно, но может потребоваться временное дополнение**

- экстремально низкая масса тела при рождении (<1000 г)
- очень низкая масса тела (<1500 г)
- гестационный возраст менее 32 недель
- высокий риск гипогликемии при снижении уровня сахара, несмотря на оптимальное ГВ или кормление сцеженным ГМ
  *(недоношенные, малые для гестационного возраста, перенесшие гипоксически-ишемический стресс, дети от матерей с диабетом)*

## Состояния матерей

Матери, имеющие состояния, перечисленные ниже, нуждаются в лечении в соответствии с установленными стандартами.

**Состояния, при которых может потребоваться прекращение ГВ**

- ВИЧ-инфекция, если возможно безопасное альтернативное питание
- тяжелые заболевания, препятствующие уходу за ребенком (например, сепсис)
- поражение вирусом простого герпеса HSV-I: исключить контакт пораженной области груди со ртом младенца до заживления
- использование лекарственных препаратов, представляющих риск для ребенка:
  - *седативные, психотропные, антиэпилептические препараты и опиоиды → возможны угнетение дыхания и сонливость*
  - *радиоактивный йод-131 → прекратить за 4–8 недель до терапии; ГВ не возобновлять для этого ребенка*
  - *интенсивное применение топического йода/йодофора на раны/слизистые → риск подавления щитовидной функции или нарушения электролитов у младенца*
  - *цитотоксическая химиотерапия → требует прекращения ГВ на период лечения*

## Состояния, при которых ГВ возможно (с коррекцией лечения)

- абсцесс груди → ГВ продолжается из здоровой груди, кормление пораженной возможно после начала лечения
- гепатит В → новорожденный должен быть вакцинирован в первые 12 часов
- мастит → сцеживание помогает предотвратить прогрессирование, кормление возможно
- туберкулез → ведение согласно национальным рекомендациям
- употребление наркотических веществ:
  - *употребление никотина, алкоголя, экстази, амфетамина, кокаина и стимуляторов оказывает отрицательное воздействие на младенцев на ГВ*
  - *при кратковременном употреблении возможно временное прекращение ГВ при условии предоставления индивидуальной консультации для матери*
  - *алкоголь, опиоиды, бензодиазепины и каннабис вызывают седативный эффект (матери должна быть доступна поддержка в воздержании от употребления)*

## Список использованной литературы

1. World Health Organization. Resolution WHA34.22: International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. In: Thirty-fourth World Health Assembly, Geneva, 4–22 May 1981. Geneva: WHO; 1981.

2. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/340706. Accessed 16 November 2021.

3. Rollins N, Piwoz E, Baker P, Kingston D, Mabaso KM, McCoy D, Augusto P, et al. Marketing of commercial milk formula: a system to capture parents, communities, science and policy. Lancet. 2023;401:486–502. doi:10.1016/S0140-6736(22)01952-4.

4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet. 2016;387:491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.

5. World Health Organization. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, status report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/332183. Accessed 16 November 2021.

6. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: frequently asked questions. Updated version 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241513470.

7. World Health Organization. Resolution WHA69.9: Ending inappropriate promotion of foods for infants and young children. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016.

# 4. МЕХАНИЗМ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

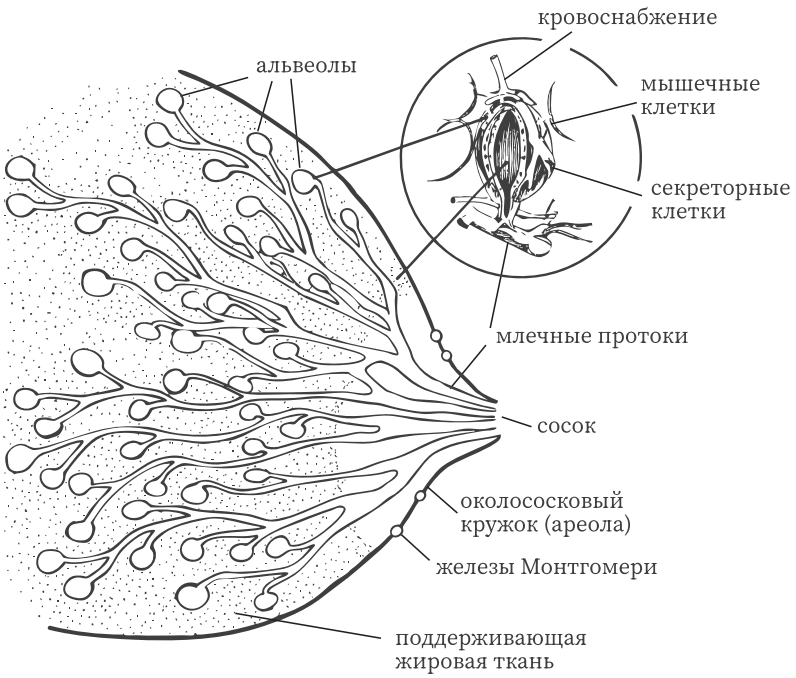
# 4. МЕХАНИЗМ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

**Знание физиологии лактации и механизма поступления ГМ к ребенку в процессе сосания необходимо каждому медицинскому работнику при оказании помощи матерям в решении проблем, связанных с ГВ.**

Для полного понимания процесса лактации требуется знание анатомии молочной железы, ее основных функций, а также механизмов регуляции выработки и выделения ГМ.

## Анатомия молочной железы

Зрелая молочная железа состоит из сегментов железистой ткани. Каждый сегмент содержит множество собранных в гроздья мельчайших пузырьков – альвеол, в которых располагаются железистые клетки, вырабатывающие молоко. Гормон пролактин стимулирует продукцию молока этими клетками.




Сегменты железистой ткани заключены в коллагеновые оболочки. Эти оболочки пронизаны канальцами, которые впадают в выводные молочные протоки. Вокруг альвеол расположены мышечные волокна – миоэпителиальные клетки, сокращение которых способствует выжиманию молока из альвеол в молочные протоки. Гормон окситоцин стимулирует сокращение этих мышечных волокон.

При подходе к ареоле молочные протоки могут слегка расширяться и открываются несколькими отверстиями на вершине соска. Основной объем молока находится в альвеолах и поступает в протоки во время сосания под действием окситоцина и сокращения миоэпителиальных клеток. Для эффективного кормления важно правильное прикладывание ребенка к груди: младенец должен широко открыть рот и захватить значительную часть ареолы и подлежащей

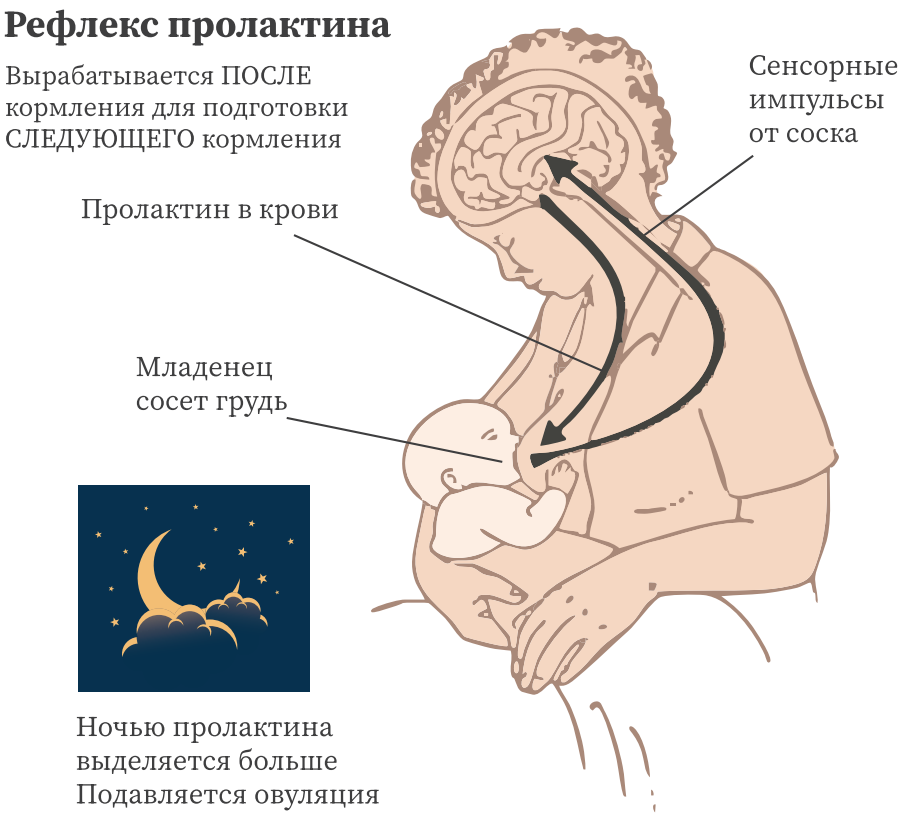
ткани груди. При таком прикладывании язык и создаваемый вакуум продвигают молоко по протокам в рот ребенка, обеспечивая эффективное сосание без травмы соска.

Секреторные альвеолы и протоки окружены поддерживающей соединительной тканью и жировой тканью. Именно эти структуры придают форму молочной железе и определяют ее размер. Малые и большие молочные железы содержат одинаковое количество железистой ткани, способной вырабатывать достаточный объем молока.

Размер и форма соска у каждой женщины индивидуальны и не влияют на функцию молочной железы. Диаметр ареолы также варьирует. Ареола содержит многочисленные железы Монтгомери, секретирующие маслянистое вещество, поддерживающее кожу молочной железы в здоровом состоянии.

Комплекс сосок–ареола снабжен большим количеством нервных рецепторов, чувствительность которых возрастает по мере увеличения срока беременности и достигает максимума в первые дни после родов. Раздражение этих рецепторов при сосании запускает рефлекторные механизмы, приводящие к выработке гипофизом пролактина и окситоцина – гормонов, регулирующих лактацию.

Гормоны пролактин и окситоцин начинают активно вырабатываться в организме матери к концу беременности, и в железистой ткани груди формируется молозиво. Гормоны беременности препятствуют образованию большого количества молозива до родов. После снижения их уровня (особенно прогестерона) начинается выработка значительного количества молока, обычно через 30–40 часов после родов. Это зависит от частоты и правильности прикладывания младенца к груди и эффективности отсасывания молока.



***Выработка ГМ стимулируется процессом его отсасывания и опустошением альвеол молочной железы,*** что активирует передачу нервных импульсов. Под их действием в передней доле гипофиза усиливается выделение пролактина. Гормон ***пролактин стимулирует продукцию молока, вновь заполняющего опустошенные альвеолы, подготавливая грудь к следующему кормлению.*** Во время последующего кормления ребенок получает молоко, которое уже поступило в молочные железы.

Следовательно, ***при частом и эффективном отсасывании молока рефлекс пролактина активируется чаще и вырабатывается большее количество молока.*** У женщин, которые кормят ребенка часто и продолжительно, днем и ночью, объем выработки молока обычно превышает реальную потребность ребенка. Ночью выработка пролактина повышается, поэтому ***ночные кормления особенно важны для поддержания лактации.***

Ночные кормления могут способствовать повышению уровня пролактина, который обладает успокаивающим эффектом и у некоторых женщин улучшает качество отдыха. Однако выраженность этого эффекта индивидуальна, и восприятие ночных кормлений как утомительных или, напротив, расслабляющих, различается у разных матерей.

Ночные кормления также поддерживают высокий уровень пролактина, участвующего в подавлении овуляции при частом и преимущественно ГВ, особенно в первые месяцы после родов. Этот механизм лежит в основе метода лактационной аменореи, который эффективен только при соблюдении критериев частоты кормлений и отсутствии возобновления менструаций.

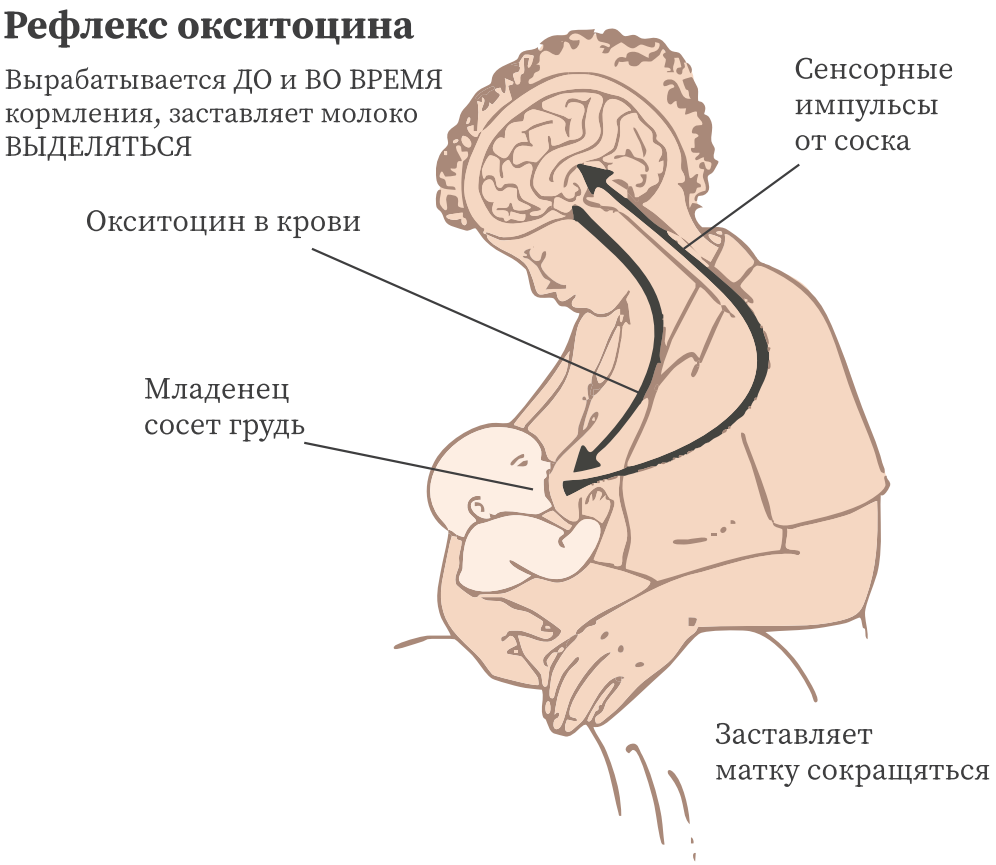
Если мать кормит грудью двоих детей, ее молочные железы могут адаптировать объем выработки молока к потребностям обоих при условии частого и эффективного сосания. Объем продукции молока напрямую зависит от степени и регулярности опорожнения груди: если ребенок сосет редко или недолго, выработка молока постепенно снижается. При полном прекращении сосания стимуляция лактации исчезает, и продукция молока угасает в течение последующих дней или недель.

ГМ содержит вещества, участвующие в аутокринной регуляции лактации и способные снижать дальнейшую выработку молока, если грудь остается переполненной. Когда в груди накапливается значительное количество молока, эти местные механизмы замедляют секрецию железистыми клетками, предотвращая чрезмерное наполнение. По мере удаления молока через сосание или сцеживание действие этих регуляторных факторов уменьшается, и выработка молока снова усиливается. Если ребенок перестает сосать одну грудь, лактация в ней постепенно угасает. Если же он чаще прикладывается к одной стороне, именно в этой груди со временем вырабатывается больший объем молока, и она может становиться заметно больше.

Если ребенок по медицинским показаниям не сосет грудь ни с одной, ни с другой стороны, ГМ необходимо сцеживать, чтобы поддерживать его выработку.

Итак, для того чтобы ***молочные железы продолжали вырабатывать молоко, они должны регулярно опорожняться – это обеспечивает стабильную и достаточную лактацию.***

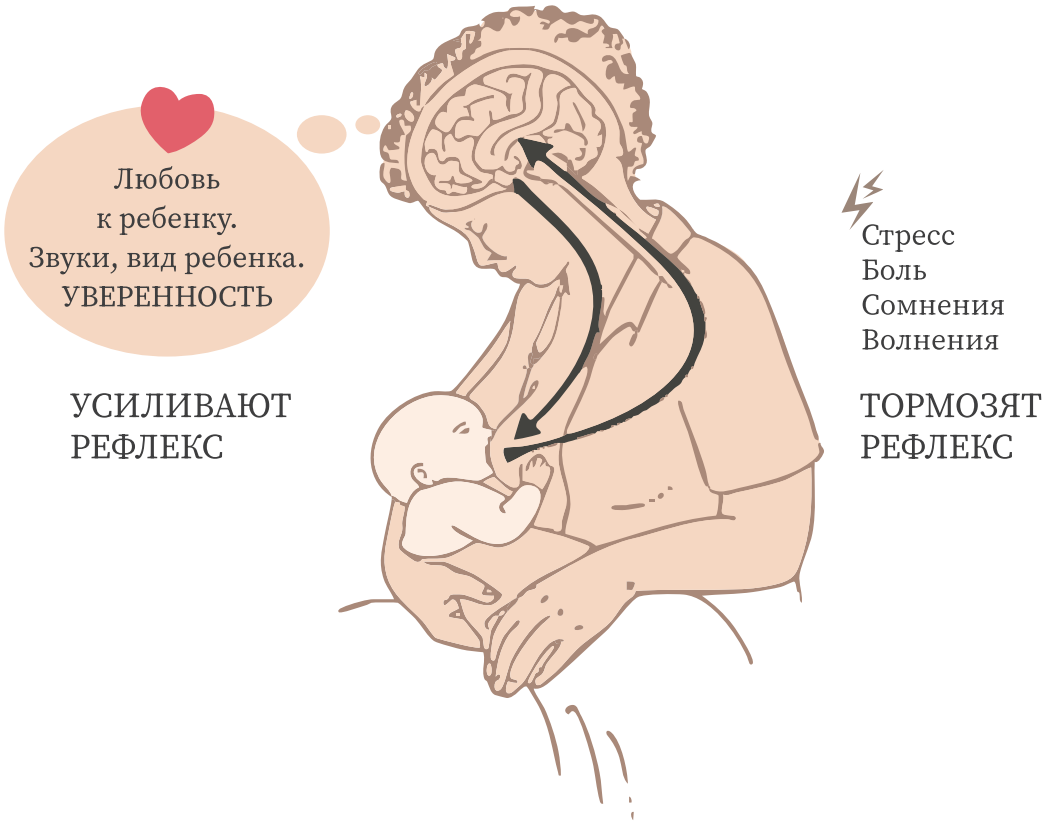
Во время сосания груди тактильное раздражение нервных окончаний в области соска и ареолы стимулирует передачу нервных импульсов, под действием которых в задней доле гипофиза усиливается секреция окситоцина. Окситоцин вызывает сокращение миоэпителиальных клеток, расположенных вокруг альвеол молочной железы. Молоко, собравшееся в альвеолах, продвигается по протокам к основанию соска, а затем – в рот ребенка. Таким образом, окситоцин обеспечивает поступление молока по протокам во время кормления.




Рефлекс окситоцина может вызываться не только тактильным раздражением рецепторов ареолы и соска, но и визуальными, обонятельными и слуховыми сигналами. Физическая близость матери и ребенка, звуковое общение с ним даже на расстоянии, а также положительные эмоции, связанные с этим взаимодействием, способствуют выделению молока. Напротив, боль или выраженное психологическое напряжение у матери могут подавлять этот рефлекс.

В тех случаях, когда рефлекс окситоцина не срабатывает, у ребенка могут возникать трудности с получением молока. Может сложиться впечатление, что молочные железы прекратили выработку молока. Однако молоко продолжает вырабатываться, но не выделяется наружу.

## Рефлекс окситоцина




Следующий важный аспект действия окситоцина заключается в том, что он способствует сокращению матки после родов. Это, в свою очередь, помогает остановить кровотечение, но может вызывать маточные боли в течение первых нескольких дней. Иногда болевые ощущения бывают достаточно выраженными.

**Существуют симптомы, свидетельствующие об активном рефлексе окситоцина:**

- сжатие или покалывание в молочных железах до начала кормления ребенка или во время кормления
- выделение молока из молочных желез, когда мать думает о ребенке или слышит его плач
- выделение молока из одной груди в то время, когда ребенок сосет вторую грудь
- выделение молока 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 после родов
- медленное, глубокое сосание и глотание, которые свидетельствуют о поступлении молока в рот ребенка

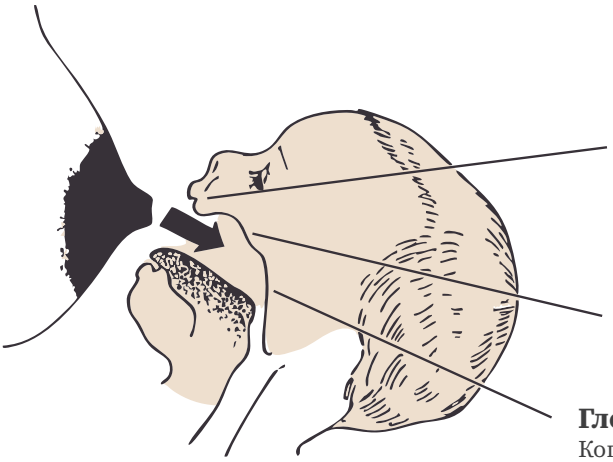
Таким образом, ***круглосуточное пребывание ребенка рядом с матерью, когда она может видеть и касаться его, заботиться о нем, настраивает мать на ГВ и способствует секреции ГМ.*** Если мать разлучена с ребенком, рефлекс окситоцина срабатывает медленнее.

Необходимо учитывать чувства матери при разговоре с ней. Не следует говорить ничего такого, что могло бы ее расстроить или заставить сомневаться в способности вырабатывать достаточное количество ГМ. Важно поддерживать ее эмоционально, укреплять уверенность и тем самым способствовать поступлению ГМ.

Продукция и выделение молока поддерживаются не только рефлексами матери, но и врожденными рефлексами ребенка. У здорового младенца эти рефлексы хорошо выражены с момента рождения.

## Рефлексы ребенка

Существует три основных рефлекса: захватывающий, сосательный и глотательный. При прикосновении к губам или щеке ребенка чем-либо он открывает рот и поворачивает голову в поисках груди. Ребенок опускает язык и выдвигает его вперед. Это движение называется «захватывающим рефлексом». Естественно, должна быть грудь, ее ареола и сосок, которые захватывает ребенок. В этот момент сосок выпрямляется, касается неба младенца, ребенок начинает сосать и, как только рот наполняется молоком, он его проглатывает.



**Навыки**
Мать учится прикладывать ребенка к груди. Ребенок учится правильно брать грудь.

**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

**Глотательный рефлекс**
Когда рот ребенка наполняется молоком он глотает

Все эти рефлексы проявляются автоматически, без какого-либо предварительного обучения ребенка. Младенец, уложенный на живот матери сразу после рождения, под действием врожденного поискового рефлекса постепенно приближается к груди и, широко раскрывая рот, захватывает значительную часть ареолы вместе с подлежащей тканью, вытягивая ее в длинную «сосковую» форму, при этом сам сосок составляет лишь небольшую часть этой структуры. Таким образом, ребенок сосет именно грудь, а не только сосок.

В процессе правильного сосания важным является и положение языка младенца: при широком открытии рта язык выдвигается вперед и располагается между

нижней десной и тканью груди. Язык принимает чашевидную форму вокруг захваченной части груди, и под действием нервных импульсов, регулирующих его волнообразные движения, сосок с прилежащей тканью прижимается к твердому небу младенца. Под давлением языка молоко из протоков в области основания соска поступает в рот младенца, и он его проглатывает.

Если ребенок берет грудь так, как было описано выше, значит, он правильно приложен к груди. При правильном прикладывании ребенок с легкостью выдавливает молоко, и этот процесс называется «эффективное сосание», при котором младенец не только хорошо отсасывает молоко, но и не травмирует кожу и сосок молочной железы.

Существует мнение, что для повышения продукции молока матери необходимо больше есть и пить, больше отдыхать или принимать медикаменты. Важно, чтобы мать ела и пила в достаточном количестве, однако это не влияет на объем вырабатываемого молока. Для того чтобы молочные железы производили молоко в достаточном количестве, необходимо частое и эффективное сосание груди ребенком.

Эффективное отсасывание молока обеспечивается правильным положением ребенка у груди и его правильным прикладыванием.

***Мать должна знать, как держать грудь и выбирать такое положение ребенка у груди, которое позволит правильно приложить его к груди.***

## Как помочь матери выбрать правильное положение ребенка у груди:

1. Убедиться, что матери удобно и она расслаблена.

2. Показать правильное положение ребенка у груди:
   ***a. голова и туловище ребенка находятся на одной прямой линии***
   ***b. лицо ребенка обращено к груди матери, нос расположен напротив соска***
   ***c. туловище ребенка плотно прижато к телу матери (положение «живот к животу»)***
   ***d. если ребенок новорожденный, мать поддерживает все тело ребенка снизу, а не только плечи и голову.***

# Положения при грудном вскармливании



## Лежа на боку

Помогает матери отдохнуть. Удобно после кесарева сечения. Следите, чтобы нос младенца находился на уровне соска матери и чтобы малышу не приходилось изгибать шею в поисках материнской груди.



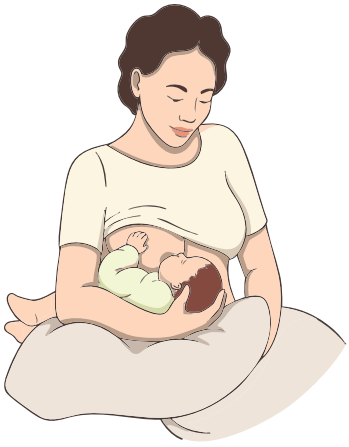
## Классическое положение («колыбель»)

Нижняя рука младенца прижата к матери, но не между ними.
Следите, чтобы голова младенца не была слишком утоплена в изгиб материнской руки, так как в этом случае грудь матери окажется сильно оттянута в сторону и ребенку будет трудно удерживать ее во рту.



## Перекрестная позиция

Рекомендуется для кормления детей с малым весом и больных. Мать хорошо контролирует положение головы и тела младенца, поэтому данная позиция полезна при обучении кормлению. Нужно только следить, чтобы голова ребенка не была слишком зажата и могла двигаться.



## Положение «из-под руки»

Удобно для кормления близнецов, помогает опорожнить все области груди. Позволяет матери хорошо видеть, как ребенок захватил грудь.
Нужно следить, чтобы младенцу не приходилось изгибать шею и прижимать подбородок к своей груди.

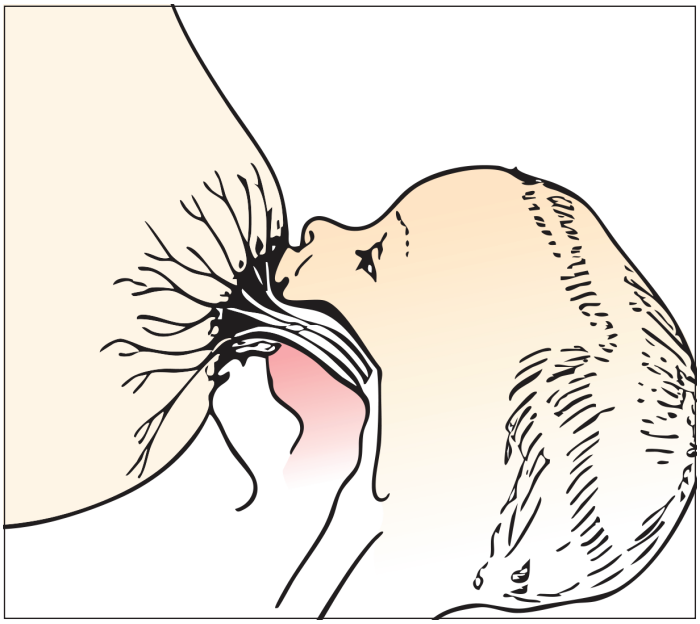
## Показать матери, как держать грудь

Мать поддерживает всю грудь рукой перпендикулярно грудной клетке, что облегчает эффективное сосание при большой груди, или удерживает грудь, располагая указательный палец снизу, а большой палец сверху. При этом пальцы не должны находиться близко к соску.

**Для стимулирования захватывающего рефлекса мать должна:**

- прикоснуться соском к губам ребенка
- подождать, пока ребенок широко откроет рот
- быстро придвинуть ребенка к груди, направив его нижнюю губу ниже соска
- проверить признаки правильного прикладывания ребенка к груди

## Признаки правильного прикладывания ребенка к груди:



- рот ребенка широко открыт, губы вывернуты наружу
- язык расположен в нижней части рта, его можно видеть между губами и грудью
- подбородок ребенка касается груди
- большая часть нижней ареолы находится во рту ребенка

***При правильном прикладывании к груди ребенок равномерно и медленно высасывает молоко, глотательные движения часто можно видеть и слышать. Эти признаки указывают на эффективное отсасывание молока.***

При правильном прикладывании ГВ остается безболезненным.

**Правильное и неправильное прикладывание ребенка к груди** показано ниже на рисунках 1 и 2.

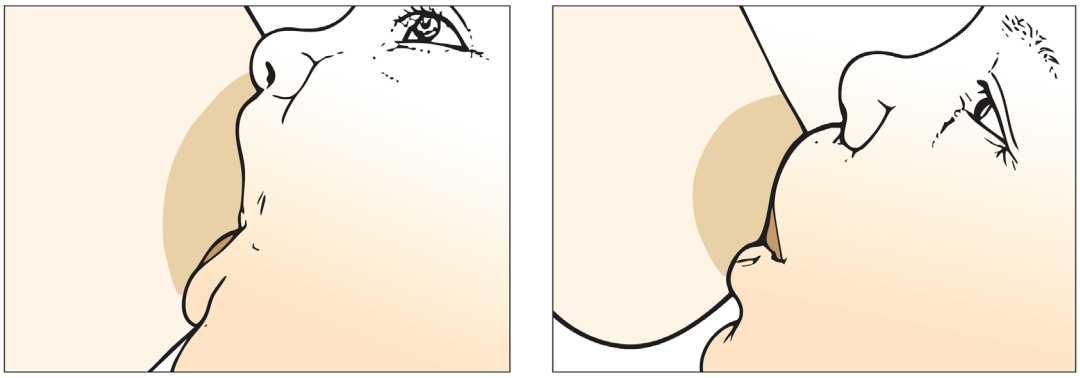


**Рис. 1. Правильное *(слева)* и неправильное *(справа)* прикладывание младенца к материнской груди**

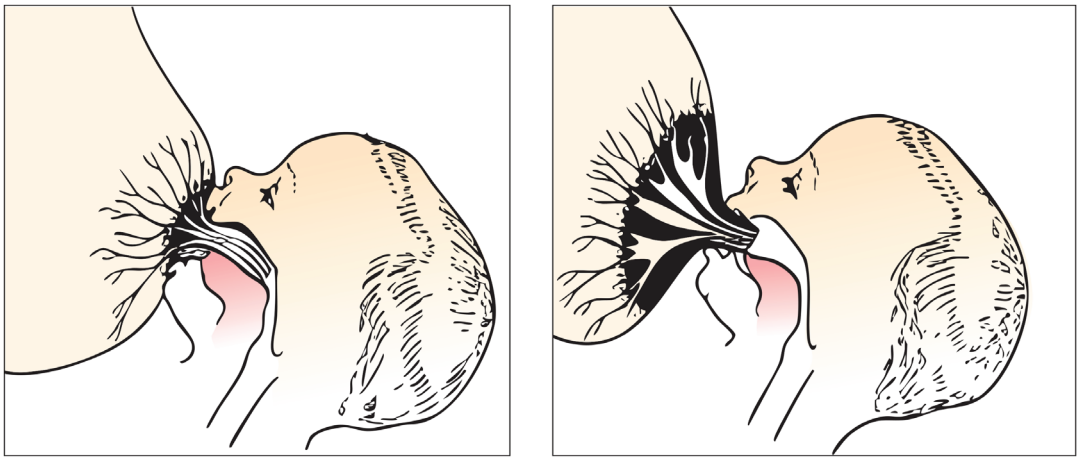


**Рис. 2. Правильное *(слева)* и неправильное *(справа)* прикладывание — вид в разрезе.**

При просмотре двух представленных рисунков выявляется, что на первом из них ребенок правильно приложен к груди.

На втором рисунке:

- во рту малыша находится только сосок
- рот открыт недостаточно широко, губы вытянуты вперед
- нижняя губа не вывернута
- язык ребенка расположен глубоко во рту и не контактирует с тканью груди у основания соска
- над ртом и под ним видны одинаковые участки ареолы, то есть ареола видна полностью, что свидетельствует о том, что ребенок не захватывает достаточный объем ткани груди
-

*Ребенок на втором рисунке неправильно приложен к груди.*

Однако если видна большая часть ареолы, это еще не означает неправильное прикладывание. У некоторых матерей ареола очень большая, и ее значительная часть остается видимой даже при правильном прикладывании ребенка. ***Разумнее сравнивать участки ареолы, которые видны над ртом ребенка и под ним.***

У матери также может быть очень маленькая ареола, которую ребенок полностью захватывает в рот.

Если ребенок неправильно приложен к груди и «засасывает сосок», это причиняет боль матери и может повредить сосок. Неправильное прикладывание к груди является наиболее частой причиной воспаления сосков.

Стараясь получить молоко, ребенок активно сосет, втягивая и выталкивая сосок, в результате чего кожа соска растирается. При длительном таком сосании кожа повреждается, и появляются трещины.
Сосание только кончика соска может привести к трещине на его вершине.
Растирание кожи у основания соска может вызвать трещину у основания.

**Если ребенок неправильно приложен к груди, он не отсасывает ГМ эффективно. Такое сосание называют неэффективным. В результате:**

- молочные железы увеличиваются из-за неполного опорожнения
- ребенок может быть неудовлетворен, поскольку молоко поступает медленно: он может часто плакать, требовать более частых кормлений или увеличения их длительности
- при недостаточном получении молока ребенок может становиться беспокойным, отказываться от груди и плохо прибавлять в весе (после улучшения прикладывания эффективность сосания, как правило, восстанавливается постепенно, что требует времени и усилий со стороны матери)
- при отсутствии достаточного удаления молока выработка снижается, поскольку молочные железы реагируют на степень опорожнения

При неправильном прикладывании к груди может показаться, что у матери вырабатывается недостаточно молока. И если ситуация не изменится, молочные железы действительно могут начать вырабатывать его меньше. Подобная ситуация может привести к плохой прибавке веса ребенка и преждевременному прекращению ГВ.

## Дополнительная информация

Может показаться, что утверждение о том, что «частое сосание обусловлено неэффективным сосанием», противоречит фразе «чем больше ребенок сосет, тем больше молока вырабатывается». Последнее справедливо только тогда, когда ребенок правильно приложен к груди, эффективно сосет и его не отрывают преждевременно, то есть он действительно отсасывает молоко. В этом случае, если ребенок сосет чаще, молочные железы вырабатывают больше молока.

Когда ребенок хорошо захватывает грудь и эффективно получает молоко, ему обычно не требуется очень частое прикладывание, даже если интервалы остаются неодинаковыми. Если просьбы о груди повторяются слишком часто, особенно раньше чем через 1–1,5 часа, это может говорить о том, что он не успевает получить достаточный объем молока: либо прикладывание не вполне оптималь-

ное, либо кормление прерывается слишком рано. В таких случаях увеличение частоты прикладываний само по себе не приводит к большему поступлению молока, пока не устранены факторы, мешающие эффективному сосанию.

## Причины неправильного прикладывания к груди

*Использование бутылочки с соской для кормления*

Если кормление ребенка из бутылочки с соской предшествовало ГВ, у ребенка могут возникнуть трудности при сосании груди, так как механизмы сосания различаются. При сосании из бутылочки губы ребенка вытягиваются вперед, язык поднимается, чтобы приостановить сильный поток молока. Поэтому сочетание ГВ и кормления из бутылочки может привести к тому, что ребенок начинает сосать грудь так же, как соску: в этом случае говорят, что он «засасывает сосок». Такое явление называют «путаницей в сосании» или «путаницей сосков».

Таким образом, кормление ребенка из бутылочки с соской может повышать риск трудностей при прикладывании. Для решения этой проблемы требуется квалифицированная помощь.

*Недостаток опыта у мамы*

Если женщина впервые родила ребенка, или предыдущий ребенок был на искусственном вскармливании, или у нее были проблемы с ГВ предыдущего ребенка, у нее могут возникнуть трудности с правильным прикладыванием ребенка к груди. Однако даже те матери, которые ранее 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 ГВ

Матери могут вскармливать грудью своих детей при всех этих ситуациях, но для успешного результата им требуется квалифицированная помощь.

Отсутствие квалифицированной помощи и поддержки является одной из причин неправильного прикладывания ребенка к груди. Некоторые женщины лишены поддержки общества. Им не оказывают помощь опытные женщины, например их матери или традиционные сиделки, которые нередко могут оказать квалифицированную помощь в ГВ.
Женщины из среды, где искусственное вскармливание является традиционным, возможно, не знают, как кормящая грудью мать держит и кормит ребенка. Они, возможно, никогда не видели малыша, находящегося на ГВ. Бывают и ситуации, когда медработники, проявляющие заботу о матерях и детях, например врачи и акушерки, оказываются не готовы помочь кормящим матерям.

Таким образом:

- чтобы поддержать матерей в ГВ, необходимо понимать, как именно работает механизм кормления грудью
- важно учитывать, что выделение ГМ частично связано с эмоциональным состоянием матери и тем, как она себя ощущает
- имеет значение постоянное совместное пребывание матери и ребенка в течение дня и ночи
- также важно помочь матери сформировать уверенность и позитивный настрой на ГВ

***Причиной многих трудностей является как неправильное положение ребенка у груди, так и его неправильное прикладывание к груди.*** Эти трудности можно преодолеть, помогая матери исправить положение ребенка у груди в первые несколько дней.

Количество молока, вырабатываемое молочными железами, зависит от того, насколько регулярно и полно удаляется молоко из груди. Когда молоко удаляется чаще и эффективнее, его продукция увеличивается. У большинства матерей грудь способна вырабатывать объем молока, достаточный для потребностей ребенка, и при соответствующей стимуляции молока обычно хватает даже для двойни.

Для того чтобы молочные железы продолжали вырабатывать молоко, необходимо поощрять частое отсасывание, обеспечив ребенку правильное положение у груди и правильное прикладывание.

**ГВ будет успешным в большинстве случаев, если:**

- мать чувствует себя удовлетворительно
- ребенок расположен у груди и приложен таким образом, что может эффективно получать молоко
- после установления эффективного сосания ребенку позволяют прикладываться так часто и так долго, как ему требуется, в том числе днем и ночью
- окружающая обстановка поддерживает ГВ

# 5. ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

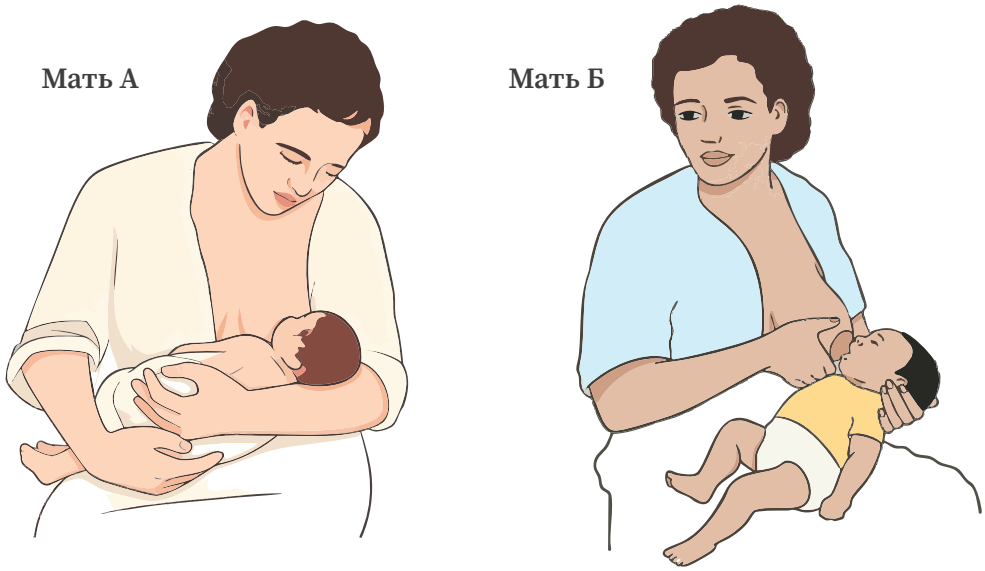
# 5. ОЦЕНКА КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

**Оценка кормления грудью помогает определить, нужна ли матери помощь и, если нужна, то какая именно.** Это такой же важный раздел клинической практики, как и другие методы обследования, например распознавание симптомов обезвоживания или определение частоты дыхания ребенка.

**При проведении оценки кормления грудью важно получить ответы на следующие вопросы:**

**1. Что вы можете сказать о матери?**
**2. Как мать держит ребенка у груди?**
**3. Что вы можете сказать о ребенке?**
**4. Какова реакция ребенка?**
**5. Как мать прикладывает ребенка к груди?**
**6. Как мать поддерживает свою грудь во время кормления?**
**7. Ребенок правильно приложен к груди?**
**8. Ребенок сосет эффективно?**
**9. Как заканчивается кормление грудью?**
**10. Ребенок кажется удовлетворенным?**
**11. В каком состоянии находятся молочные железы?**
**12. Какое чувство вызывает у матери кормление грудью?**

*Для того чтобы понять суть первых двух вопросов,* следует посмотреть на приводимый ниже рисунок:




**Мать А** сидит спокойно и расслабленно, выглядит счастливой и довольной ребенком. Она держит ребенка правильно: близко, повернув его лицом к груди и поддерживая снизу. Она смотрит на ребенка нежно и ласкает его.

**Мать Б** сидит неудобно, напряжена, нервозна и не проявляет интереса к ребенку. Она держит его на расстоянии, а не близко; шея ребенка искривлена, и она не поддерживает его снизу. Она не смотрит на него и не любуется им. Она трясет или толкает ребенка, пытаясь заставить его продолжать сосание.

Если мать держит ребенка близко к груди, повернув его лицом к ней, ребенок значительно эффективнее сосет грудь (мать А). Если она держит ребенка свободно или разворачивает его так, что шея искривлена, ребенку значительно труднее сосать эффективно **(мать Б)**.

Если мать держит ребенка правильно, надежно и уверенно, ему легче сосать, и молоко выделяется свободно **(мать А)**.

Если мать нервничает и не уверена в себе, что проявляется в тряске или дергании ребенка, такое поведение может препятствовать поступлению молока, вызывать расстройство ребенка и нарушать процесс сосания **(мать Б)**.
Если мать смотрит на ребенка, гладит его и разговаривает с ним, такие признаки внимания способствуют ГВ **(мать А)**.

Если она не смотрит на ребенка, не гладит его и не разговаривает с ним, это может указывать на недостаточную вовлеченность и повышать риск сложностей с ГВ **(мать Б)**.

Новорожденному легче брать грудь, если его поддерживают снизу, а не держат за голову **(мать А)**.

Если мать позитивно относится к ГВ и положение ребенка способствует эффективному сосанию, ГВ, скорее всего, будет успешным.

*Для ответа на третий вопрос «Что вы можете сказать о ребенке» необходимо:*
**Обратить внимание на:**
- общее состояние здоровья
- питание
- подвижность

**Выявить возможные признаки, препятствующие ГВ:**
- заложенный нос
- затрудненное дыхание
- молочница
- желтуха
- обезвоживание
- короткая уздечка языка
- расщелина губы и неба

*Для ответа на вопрос «Какова реакция ребенка?» необходимо оценить:*
- ребенок ищет грудь, когда готов сосать – поворачивает голову из стороны в сторону, открывает рот, выдвигает язык; у детей постарше возможны движения рукой
- ребенок плачет, выталкивает грудь, отворачивается – это указывает на нежелание сосать и трудности с ГВ
- ребенок во время кормления спокоен, расслаблен и удовлетворен – значит получает молоко
- ребенок беспокоен, выплевывает грудь, отказывается сосать – вероятно прикладывание неэффективно или молоко не поступает

*Для ответа на вопрос «Как мать прикладывает ребенка к груди?» следует оценить:*
- старается ли мать затолкнуть сосок в рот ребенка: она может наклоняться вперед или сжимать сосок, что затрудняет прикладывание
- как мать держит ребенка у груди

*Для ответа на вопрос «Как мать поддерживает грудь во время кормления?» следует обратить внимание на следующие признаки:*
- поддерживает грудь слишком близко к ареоле, в связи с чем ребенку трудно сосать из-за частичной блокировки молочных протоков
- отводит грудь от носа ребенка – в большинстве случаев это не требуется
- поддерживает грудь «как сигарету» (указательный палец находится сверху, а средний – снизу) – это затрудняет захват груди, давление пальцев блокирует протоки
- поддерживает грудь ладонью перпендикулярно грудной клетке – это обычно эффективно, особенно если у матери большая грудь

*Для ответа на вопрос «Ребенок правильно приложен к груди?» следует:*
**Проверить признаки правильного прикладывания к груди:**
- рот ребенка широко открыт
- подбородок касается груди матери
- нижняя губа вывернута наружу
- большая часть нижней ареолы находится во рту ребенка, а не над ним

**Проверить признаки неправильного прикладывания:**
- рот открыт нешироко (особенно если грудь большая)
- подбородок ребенка не касается груди
- губы вытянуты вперед или нижняя губа подвернута внутрь
- под ртом ребенка видна большая часть ареолы, либо вся ареола
- щеки напряжены или западают при сосании
- грудь во время кормления напрягается или вытягивается.

*Для ответа на 8-й вопрос «Ребенок сосет эффективно?» следует проверить наличие следующих признаков:*
**Признаки эффективного сосания:**
- ребенок сосет медленно и глубоко
- глотательные движения часто можно видеть и слышать
- щеки округлены

Эти признаки свидетельствуют о том, что ребенок получает ГМ. Он правильно приложен к груди и сосет эффективно. При возобновлении окситоцинового рефлекса ребенок обычно начинает сосать быстро. Затем, как только начинает поступать молоко и рот ребенка наполняется молоком, он сосет глубже и медленнее. После этого он делает короткую паузу и снова начинает быстро сосать.

**Если выявляется, что:**
- ребенок быстро и поверхностно сосет грудь в течение всего кормления
- ребенок издает чмокающие звуки во время сосания

это свидетельствует о том, что ребенок неправильно приложен к груди, сосет неэффективно и не получает достаточного количества ГМ.

**Также может наблюдаться:**
- ребенок «давится» при глотании

При глотании большого объема молока одновременно издаются громкие клокочущие звуки. Это признак того, что ребенок получает много молока. Иногда это указывает на то, что у матери избыточная выработка молока, и ребенок получает слишком большой объем за короткое время и слишком быстро. Излишки ГМ могут быть причиной возникающих во время вскармливания трудностей.

*Для ответа на вопросы «Как заканчивается кормление грудью?» и «Ребенок кажется удовлетворенным?» следует отыскать следующие признаки:*

**Признаки успешного завершения кормления:**
- ребенок сам отпускает грудь, выглядит сонным и спокойным

**Признаки, требующие внимания:**
- мать отнимает ребенка от груди до того, как он закончит сосать – это увеличивает риск недополучения молока

Следует помнить, что точная продолжительность кормления грудью не имеет большого значения, так как она естественно меняется в течение суток. Однако чрезмерно продолжительное кормление (более часа) или, наоборот, слишком короткое (менее 4 минут) может указывать на то, что матери может понадобиться помощь. Для маловесных детей или в первые дни жизни у здоровых новорожденных длительное кормление может быть нормой.

*Для ответа на вопросы «В каком состоянии находятся молочные железы?» и «Какое чувство вызывает у матери кормление грудью?» следует:*

- **Отметить размер и форму груди и сосков.**

Все груди подходят для ГВ, но мать может беспокоиться о размере своих грудей и терять уверенность в возможности кормить. Иногда из-за особенностей сосков ребенку действительно трудно приложиться к груди.

- **Выявить наличие симптомов активного окситоцинового рефлекса:**
  - молоко капает или брызжет из груди матери. Однако отсутствие выделения молока само по себе не свидетельствует об отсутствии рефлекса
  - маточные боли во время кормления в течение первых нескольких дней (болезненные послеродовые схватки) – еще один признак активного окситоцинового рефлекса

- **Отыскать следующие признаки:**
  - груди полные до кормления и мягкие после – свидетельствует о том, что ребенок высосал молоко
  - груди очень полные или нагрубевшие – признак неэффективного отсасывания
  - здоровый внешний вид кожи груди и сосков – свидетельствует об отсутствии проблем
  - покраснение кожи или трещины – указывает на наличие проблемы
  - втянутые соски или соски со складкой сверху или снизу после того, как ребенок отпускает грудь, – признак плохого прикладывания

- **Спросить у матери о ее ощущениях во время кормления:**
  - если она спокойна и довольна – ребенок правильно приложен
  - если она беспокойна и испытывает боль – возможна неправильная техника

Оценку кормления грудью необходимо провести не позднее первых шести часов после родов. Это позволяет своевременно определить, нужна ли матери помощь, и при необходимости оказать ее без задержки.

## 5.1. Практическое занятие по оценке кормления грудью

Для отработки навыков оценки кормления грудью далее приведен ряд слайдов с изображениями детей, находящихся у груди. По ним необходимо определить признаки правильного и неправильного положения и прикладывания.

**На слайде 5.1/1 хорошо различимы следующие признаки:**

- ребенок расположен близко к матери и повернут лицом к груди
- рот широко открыт
- нижняя губа вывернута
- подбородок почти касается груди
- щеки округлены
- большая часть околососкового кружка видна над ртом, а не под ним

*Эти признаки указывают на правильное прикладывание.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/1:** ребенок дышит свободно, мать не поддерживает грудь пальцами.



Слайд 5.1/1

**На слайде 5.1/2 видны следующие признаки:**

- подбородок ребенка не касается груди
- рот вытянут вперед
- щеки западают

*Такое положение свидетельствует о неправильном прикладывании к груди.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/2:** мать удерживает грудь «как сигарету» (указательный палец сверху, средний снизу). Это затрудняет ребенку захват груди, а давление пальцев может частично блокировать молочные протоки.



Слайд 5.1/2

**На слайде 5.1/3 видны следующие признаки:**

- ребенок расположен далеко от груди
- подбородок не касается груди (иногда это заметно даже тогда, когда подбородок частично прикрыт рукой матери)
- рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- большая часть околососкового кружка видна под ртом ребенка, а не над ним

*Такое положение указывает на неправильное прикладывание к груди.*



**Слайд 5.1/3**

**Признаки, которые можно увидеть на слайде 5.1/4:**

- ребенок расположен очень близко к груди (поэтому часть признаков трудно рассмотреть)
- его подбородок касается груди
- щеки округлые, без втяжений
- над ртом видна большая часть околососкового кружка

*Это указывает на правильное прикладывание к груди.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/4:** изображен тот же ребенок, что и на слайде 5.1/3, но после того, как медработник помог матери правильно расположить его у груди.



**Слайд 5.1/4**

**На слайде 5.1/5 можно увидеть следующие признаки:**

- тело ребенка находится на расстоянии от матери
- его подбородок не касается ее груди
- рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ребенок захватил только сосок, поэтому околососковый кружок виден полностью и над ртом, и под ним

*Это неправильное прикладывание к груди. Положение ребенка напоминает сосание из бутылочки.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/5:** ареола у этой матери очень большая, поэтому ее значительная часть будет видна даже при правильном прикладывании. В таком случае над ртом ребенка будет видна большая часть ареолы, а не под ним.



**Слайд 5.1/5**

**Признаки, которые видны на слайде 5.1/6:**

- подбородок ребенка расположен близко к груди
- рот широко открыт
- нижняя губа вывернута
- щеки округлены
- большая часть околососкового кружка находится над ртом ребенка, а не под ним

*Ребенок правильно приложен к груди.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/6:** околососковый кружок у этой матери намного меньше, чем у матери на слайде 5.1/5, поэтому он практически не виден ни над ртом, ни под ртом ребенка. Тело ребенка слегка повернуто в сторону от матери, шея немного искривлена.
*Таким образом, положение тела ребенка не вполне правильное, хотя прикладывание выглядит корректным.*



**Слайд 5.1/6**

**На рисунке А слайда 5.1/8 изображен ребенок, который сосет грудь, а на рисунке Б тот же ребенок несколькими минутами позже.**

**Признаки на рисунке А:**
- тело ребенка повернуто в сторону от матери
- подбородок касается ее груди
- рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- щеки запавшие

**Признаки на рисунке Б:**
- ребенок отвернулся от груди
- он плачет и выглядит расстроенным
- сосок матери большой и длинный

*Этот ребенок неправильно приложен к груди. Он не может эффективно сосать молоко, поэтому расстраивается и отворачивается.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/8:** иногда при большом и длинном соске ребенок не получает достаточного количества молока. В таких случаях матери и ребенку требуется помощь для налаживания правильного прикладывания.

Рисунок А



Рисунок Б



Слайд 5.1/8

**Признаки, которые можно увидеть на слайде 5.1/9:**

- ребенок расположен близко к груди и повернут лицом к ней
- подбородок касается груди
- рот открыт нешироко
- нижняя губа не вывернута наружу
- щеки округлены
- большая часть околососкового кружка видна над ртом ребенка, а не под ним

*Этот ребенок приложен к груди неправильно.*



**Слайд 5.1/9**

**Признаки, которые можно увидеть на слайде 5.1/10:**

- ребенок расположен близко к груди и повернут лицом к ней
- подбородок почти касается груди
- рот широко открыт
- нижняя губа вывернута
- щеки округлены (ямочки видны, но втяжения нет)
- большая часть околососкового кружка находится над ртом ребенка, а не под ним

*Ребенок правильно приложен к груди, хотя не все признаки идеальны.*

**Дополнительная информация к слайду 5.1/10:** между грудью и носом ребенка есть пространство, что обеспечивает нормальное дыхание во время кормления.



**Слайд 5.1/10**

**На слайде 5.1/11 можно увидеть:**

- тело ребенка повернуто в сторону от матери
- шея ребенка искривлена
- мать поддерживает только голову, но не поддерживает ребенка снизу, хотя в этом возрасте ему требуется опора под всем телом

***Этот ребенок находится в неправильном положении у груди, что указывает на неуспешное кормление. Он не может хорошо приложиться к груди, когда его тело развернуто в сторону от матери. При искривленной шее младенцу также трудно сосать и проглатывать молоко.***



**Слайд 5.1/11**

## 5.2. Практическое занятие по использованию формы «Наблюдение за кормлением грудью»

***Эта форма, разработанная проф. Х. К. Армстронгом, отражает ключевые аспекты оценки кормления грудью.*** Все признаки сгруппированы по шести разделам: положение тела, реакции матери и ребенка, эмоциональная связь, анатомия молочных желез, сосание и продолжительность сосания.

Признаки слева указывают на успешное кормление. Признаки справа указывают на возможные трудности и то, что матери требуется помощь. Перед каждым признаком находится квадрат для отметки: если признак есть, ставят «галочку», если нет оставляют пустым. Отрицательные признаки вроде «нет выделения молока» или «не видно языка» сами по себе не являются признаком проблемы.

Если мать считает кормление успешным, но наблюдение выявляет иное, необходимо вмешаться, помочь скорректировать технику и позже повторно провести наблюдение, включая оценку прибавки веса ребенка. Вмешательство требуется только при реальных трудностях. ***Все важные наблюдения, не отраженные отдельным пунктом, вносят в раздел «Примечания».***

***Во время практических занятий в клинике форма заполняется полностью.***

## ФОРМА: НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОРМЛЕНИЕМ ГРУДЬЮ

Имя матери ..... Дата .....

Имя ребенка ..... Возраст ребенка .....

Ребенок сосал ..... минут

[Признаки, данные в квадратных скобках, относятся только к новорожденным]

### Признаки правильного кормления

#### Положение тела

- ☐ Матери удобно, она расслаблена
- ☐ Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди
- ☐ Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости
- ☐ Подбородок ребенка касается груди
- ☐ [Ребенка поддерживают за ягодицы)

#### Реакции матери и ребенка

- ☐ Ребенок берет грудь, когда он голоден
- ☐ [При касании груди происходит захватывающий рефлекс]
- ☐ Ребенок облизывает грудь
- ☐ Ребенок спокоен и внимателен у груди
- ☐ Ребенок не выпускает грудь
- ☐ Признаки рефлекса окситоцина

#### Эмоциональная связь

- ☐ Мать спокойна, уверена
- ☐ Мать смотрит на ребенка
- ☐ Мать гладит ребенка

#### Анатомия молочных желез

- ☐ После кормления грудь мягкая
- ☐ Соски набухшие, вытянуты вперед
- ☐ Кожа выглядит здоровой
- ☐ Во время кормления грудь кажется круглой

#### Сосание

- ☐ Рот широко открыт
- ☐ Нижняя губа вывернута наружу
- ☐ Язык изогнут вокруг груди
- ☐ Щеки круглые
- ☐ Ареола больше видна над ртом
- ☐ Медленное глубокое сосание
- ☐ Можно видеть и слышать глотание

#### Продолжительность сосания

- ☐ Ребенок отпустил грудь

### Признаки, указывающие на возможные трудности

- ☐ Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком
- ☐ Тело ребенка не прижато к матери

- ☐ Шея ребенка повернута
- ☐ Подбородок ребенка не касается груди
- ☐ [Ребенка держат только за голову и плечи]

- ☐ Реакция на грудь отсутствует
- ☐ Захватывающий рефлекс не наблюдается

- ☐ Ребенка не интересует грудь
- ☐ Ребенок неспокоен, может плакать
- ☐ Ребенок выпускает грудь
- ☐ Признаки рефлекса окситоцина отсутствуют

- ☐ Мать и ребенок не смотрят друг на друга
- ☐ Мать качает ребенка
- ☐ Нервное, напряженное состояние
- ☐ Мать не гладит ребенка

- ☐ Нагрубания груди
- ☐ Соски плоские или втянутые
- ☐ Трещины или покраснения кожи
- ☐ Грудь кажется вытянутой

- ☐ Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ☐ Нижняя губа не вывернута наружу
- ☐ Язык ребенка не виден
- ☐ Щеки напряжены и втянуты
- ☐ Ареола больше видна под ртом ребенка
- ☐ Только быстрое сосание
- ☐ Можно слышать чмоканье и щелканье

**Примечания:**



**Слайд 5.2/1**

**Признаки правильного кормления**

**Положение тела**

- ☑ Матери удобно, она расслаблена
- ☐ Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди
- ☐ Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости
- ☐ Подбородок ребенка касается груди
- ☐ [Ребенка поддерживают за ягодицы)

**Сосание**

- ☐ Рот широко открыт
- ☐ Нижняя губа вывернута наружу
- ☐ Язык изогнут вокруг груди
- ☐ Щеки круглые
- ☐ Ареола больше видна над ртом
- ☐ Медленное глубокое сосание
- ☐ Можно видеть и слышать глотание

**Признаки, указывающие на возможные трудности**

- ☐ Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком
- ☑ Тело ребенка не прижато к матери

- ☑ Шея ребенка повернута
- ☑ Подбородок ребенка не касается груди
- ☑ [Ребенка держат только за голову и плечи]

- ☑ Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ☑ Нижняя губа не вывернута наружу
- ☑ Язык ребенка не виден
- ☑ Щеки напряжены и втянуты
- ☑ Ареола больше видна под ртом ребенка
- ☑ Только быстрое сосание
- ☑ Можно слышать чмоканье и щелканье

## Заключение

Большинство «✓» расположено с правой стороны под «Признаками, свидетельствующими о возможных трудностях». Таким образом, ***ребенок на слайде 5.2/1 находится в неправильном положении и неправильно приложен к груди.***



**Слайд 5.2/2**

**Признаки правильного кормления**

**Положение тела**

- ☐ Матери удобно, она расслаблена
- ☐ Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди
- ☐ Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости
- ☐ Подбородок ребенка касается груди
- ☐ [Ребенка поддерживают за ягодицы)

**Сосание**

- ☐ Рот широко открыт
- ☐ Нижняя губа вывернута наружу
- ☐ Язык изогнут вокруг груди
- ☐ Щеки круглые
- ☐ Ареола больше видна над ртом

**Признаки, указывающие на возможные трудности**

- ☐ Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком
- ☑ Тело ребенка не прижато к матери

- ☑ Шея ребенка повернута
- ☑ Подбородок ребенка не касается груди
- ☑ [Ребенка держат только за голову и плечи]

- ☑ Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ☐ Нижняя губа не вывернута наружу
- ☑ Язык ребенка не виден
- ☐ Щеки напряжены и втянуты
- ☑ Ареола больше видна под ртом ребенка

На слайде 5.2/2 большинство «☑» расположено с правой стороны под «Признаками, свидетельствующими о возможных трудностях». ***Таким образом, ребенок на слайде 5.2/2 находится в неправильном положении и неправильно приложен к груди.***



**Слайд 5.2/3**

**Признаки правильного кормления**

**Положение тела**

- ☑ Матери удобно, она расслаблена
- ☑ Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди
- ☑ Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости
- ☑ Подбородок ребенка касается груди
- ☑ [Ребенка поддерживают за ягодицы)

**Сосание**

- ☐ Рот широко открыт
- ☐ Нижняя губа вывернута наружу
- ☐ Язык изогнут вокруг груди
- ☑ Щеки круглые
- ☐ Ареола больше видна над ртом

**Признаки, указывающие на возможные трудности**

- ☐ Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком
- ☐ Тело ребенка не прижато к матери

- ☐ Шея ребенка повернута
- ☐ Подбородок ребенка не касается груди
- ☐ [Ребенка держат только за голову и плечи]

- ☐ Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ☐ Нижняя губа не вывернута наружу
- ☐ Язык ребенка не виден
- ☐ Щеки напряжены и втянуты
- ☐ Ареола больше видна под ртом ребенка

Ребенок на слайде 5.2/3 тот же, что и на слайде 5.2/2, но после того, как медработник помог матери изменить положение ее ребенка. Большинство «☑» находится с левой стороны под «Признаками, свидетельствующими об успешном кормлении грудью». Таким образом, на слайде 5.2/3 ребенок правильно расположен у груди. Возможно, он правильно приложен к груди, хотя он настолько близко расположен к груди, что трудно увидеть его рот.



**Слайд 5.2/4**

**Признаки правильного кормления**

**Положение тела**

- ☑ Матери удобно, она расслаблена
- ☑ Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди
- ☑ Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости
- ☑ Подбородок ребенка касается груди
- ☑ [Ребенка поддерживают за ягодицы)

**Сосание**

- ☑ Рот широко открыт
- ☐ Нижняя губа вывернута наружу
- ☐ Язык изогнут вокруг груди
- ☑ Щеки круглые
- ☐ Ареола больше видна над ртом

**Признаки, указывающие на возможные трудности**

- ☐ Плечи напряжены, мать наклоняется над ребенком
- ☐ Тело ребенка не прижато к матери

- ☐ Шея ребенка повернута
- ☐ Подбородок ребенка не касается груди
- ☐ [Ребенка держат только за голову и плечи]

- ☐ Рот открыт нешироко, губы вытянуты вперед
- ☐ Нижняя губа не вывернута наружу
- ☐ Язык ребенка не виден
- ☐ Щеки напряжены и втянуты
- ☐ Ареола больше видна под ртом ребенка

Большинство «✓» расположено с левой стороны под «Признаками, свидетельствующими об успешном ГВ». Таким образом, ребенок на слайде 5.2/4 находится в правильном положении и почти правильно приложен к груди. Трудно увидеть рот ребенка, так как он расположен очень близко к груди матери. ***У матери достаточно маленькие груди, и ей нет необходимости их поддерживать.***

## Выводы по теме «Наблюдение за кормлением грудью»

На представленных слайдах невозможно было увидеть все признаки у каждого ребенка. Иногда были заметны лишь один или два признака неправильного положения, при том, что остальные признаки были правильными. Это могло вызвать сомнения относительно правильного или неправильного прикладывания ребенка к груди и создать неуверенность в том, нуждается ли мать в помощи.

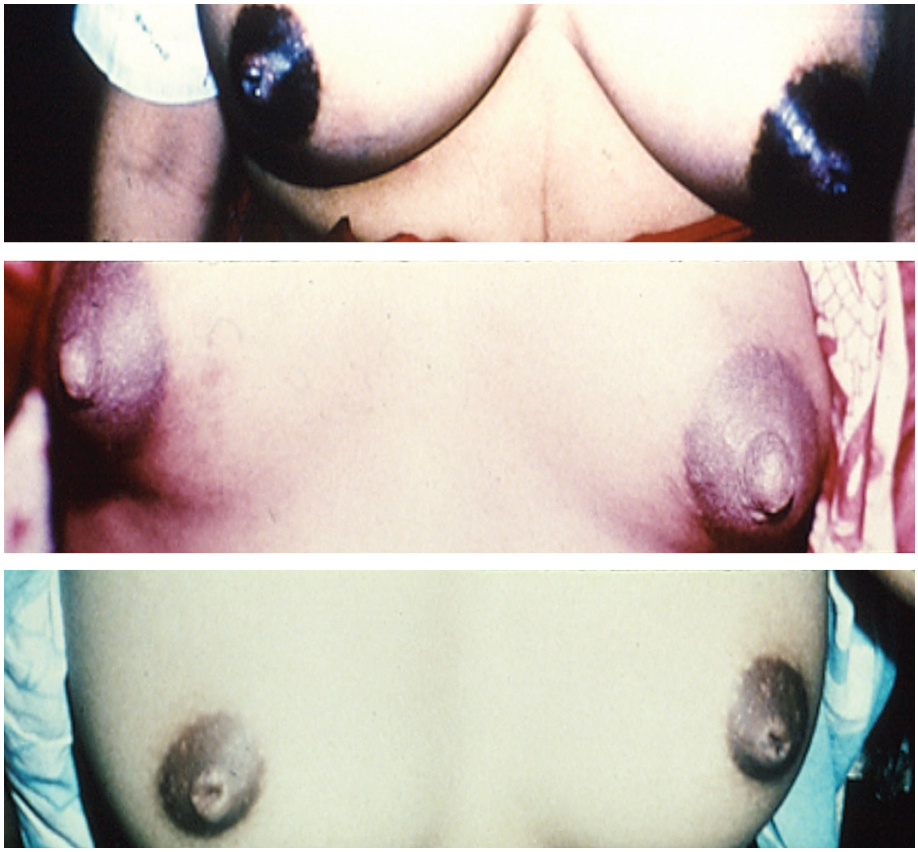
**Однако следует запомнить:**

- если ребенок сосет глубоко и медленно, он, вероятно, правильно приложен к груди;
- если мать во время кормления неспокойна и испытывает боль, возможно, ее ребенок неправильно приложен; если она спокойна, значит ребенок, скорее всего, приложен правильно;
- при оценке правильного или неправильного прикладывания необходимо учитывать состояние здоровья ребенка, его развитие и правильность положения у груди.

# 6. СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

# СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

**Многих матерей тревожит размер их груди.** Женщины с небольшой грудью часто беспокоятся, что не смогут вырабатывать достаточное количество молока. Однако различия в размерах молочных желез связаны главным образом с количеством жировой ткани, а не железистой. ***Важно убедить женщин в том, что они способны производить достаточный объем молока вне зависимости от размера груди.***



**Слайд 6/1. Молочные железы различной формы и размеров**

На слайде 6/1 представлены молочные железы, различающиеся по форме и размеру. Все они являются нормальными: каждая из этих желез может вырабатывать достаточное количество молока как для одного, так и для двух или даже трех детей.

Иногда форма груди затрудняет правильное прикладывание ребенка. На первых порах матери может понадобиться помощь, чтобы убедиться, что ребенок способен эффективно сосать. Дети могут успешно кормиться из груди любого размера и при почти любой форме сосков. Важно учитывать, что ребенок может оказаться неправильно приложенным к груди вне зависимости от формы сосков, если его ранее кормили из бутылочки или если рядом с матерью нет человека, способного помочь ей улучшить технику кормления.

Форма и размер груди частично наследуются. У девочек, которые еще не рожали, грудь может быть большой, а у женщин, выкормивших нескольких детей,

небольшой или плоской. В редких случаях молочные железы могут не развиться полностью, и тогда выработка молока бывает недостаточной.

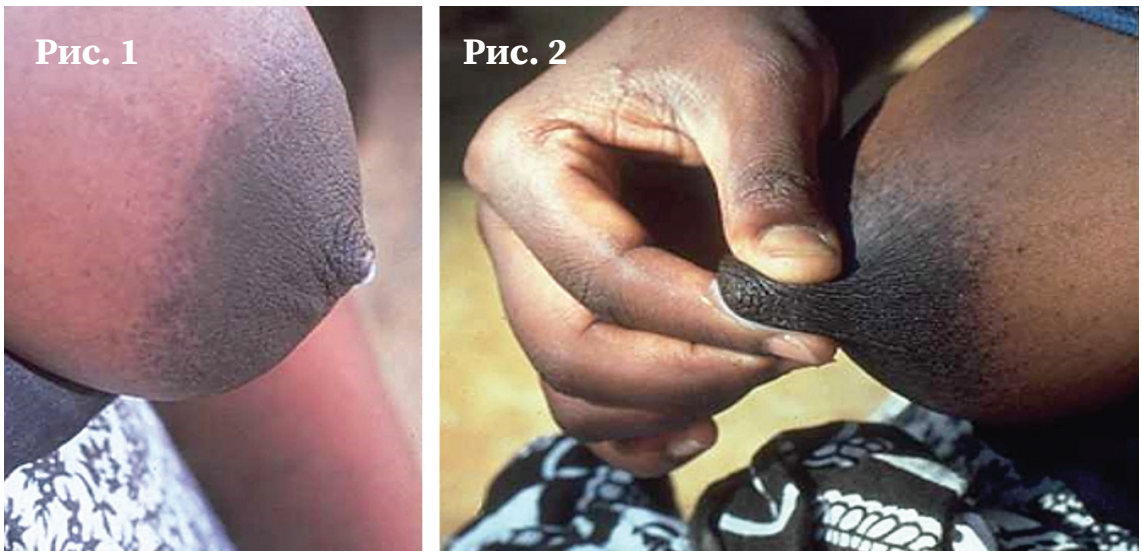
***Существует несколько распространенных состояний молочных желез, которые могут осложнять кормление:***

- плоские или втянутые соски
- нагрубание
- закупорка молочного протока
- мастит
- воспаленные соски и трещины сосков

Диагностика и своевременное ведение этих состояний важны для уменьшения дискомфорта у матери и для поддержания возможности продолжать ГВ.

## Плоские соски

**На рис. 1** слайда 6/2 показан плоский сосок матери, которая считает, что не сможет кормить грудью. Следует помнить: ребенок сосет не из соска. Чтобы сформировать функциональную «соску», он захватывает сосок и часть ткани молочной железы под ареолой. Сам сосок составляет лишь около одной трети структуры, находящейся во рту ребенка во время сосания.
**На рис. 2** того же слайда мать проверяет способность груди вытягиваться. Она убеждается, что ткань под соском легко растягивается. Изображенная грудь хорошо тянется, поэтому ребенку будет просто вытянуть ее до формирования «соски» во рту. Такая грудь обеспечивает комфортное эффективное сосание.




**Слайд 6/2. Плоские соски и способность вытягиваться**

**Способность груди вытягиваться важнее, чем форма соска.**

Эта способность усиливается во время беременности и в течение первой недели после родов или сразу после рождения ребенка. Поэтому даже при визуально плоских сосках на ранних сроках беременности ребенок обычно способен эффективно сосать такую грудь.



**Слайд 6/3. Втянутые соски**

***На слайде 6/3 показан втянутый сосок.*** Если такая женщина проверит способность груди вытягиваться, сосок будет втягиваться внутрь, а не выдвигаться наружу. По рубцу на груди видно, что у нее ранее был абсцесс, вероятно, связанный с проблемами прикладывания: ребенок был плохо приложен, что привело к трещинам, воспалению сосков и неэффективному удалению молока. При своевременной квалифицированной помощи она, вероятно, могла бы успешно кормить грудью. К счастью, подобные значимые аномалии сосков встречаются редко.

Ниже приведены подходы к ведению плоских и втянутых сосков. ***Антенатальное «лечение» неэффективно:*** вытягивание сосков или ношение специальных накладок не дает результата. У большинства женщин растяжимость тканей ареолы обычно увеличивается к родам, что облегчает прикладывание.

**ВЕДЕНИЕ ПЛОСКИХ И ВТЯНУТЫХ СОСКОВ**

| | |
|---|---|
| *Антенатальное лечение* | • Возможно не даст эффекта |
| *Вскоре после родов* | • Придайте уверенности матери - грудь исправится<br>• Объясните, что ребенок сосет из ГРУДИ, а не из соска. Дайте ребенку обследовать грудь, организуйте контакт кожа-к-коже. Помогите матери рано приложить ребенка к груди<br>• Испробуйте различные позиции, например, из-под руки. Помогите матери сделать так, чтобы сосок больше стоял.<br>• Пользуйтесь молокоотсосом, шприцем |
| *При необходимости, в течение недели или двух* | • Сцеживать молоко и кормить из чашки<br>• Сцеживать молоко прямо в рот ребенку |

**Очень важно оказать помощь сразу после родов, когда ребенка начинают кормить грудью:**

- Придайте матери уверенность. Объясните, что поначалу может быть трудно, но при настойчивости и терпении кормление станет успешным. Уточните, что через одну-две недели после родов грудь изменит форму и станет мягче.

- Объясните, что ребенок сосет грудь, а не сосок. Ребенку необходимо захватывать ртом большую часть груди. Уточните, что во время кормления он будет вытягивать грудь и сосок.

- Посоветуйте обеспечивать постоянный контакт кожа к коже и позволять ребенку самостоятельно исследовать грудь и прикладываться, когда он проявляет интерес. Некоторые дети лучше осваивают прикладывание именно таким способом.

- Если ребенок сам не может хорошо приложиться, помогите матери расположить его удобно. Такая помощь особенно важна в первые шесть часов после родов, до прихода молока, когда грудь еще не стала полной.

- Предложите матери попробовать разные положения для кормления. Иногда изменение позиции облегчает прикладывание. Например, многим помогает положение «из-под руки».

- В отдельных случаях перед кормлением стоит стимулировать соски, чтобы они немного выступили, что облегчает прикладывание. Иногда этого достаточно.

- Для вытягивания сосков мать может использовать молокоотсос или шприц. Иногда помогает придание груди формы: мать поддерживает грудь снизу пальцами, а сверху слегка прижимает большим пальцем. Важно не располагать пальцы слишком близко к соску.

**Если ребенок не может эффективно сосать в первую неделю или две, помогите матери:**

- Сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки. Это делает грудь мягче и облегчает прикладывание, а также поддерживает достаточную выработку молока.

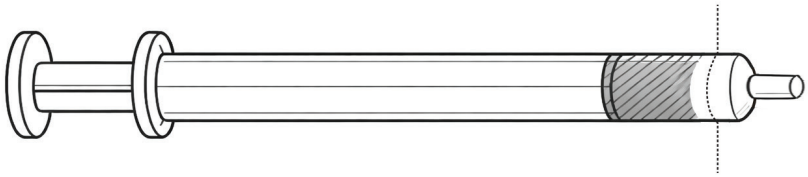
- Сцедить несколько капель непосредственно в рот ребенка. Некоторые матери считают этот прием полезным: ребенок получает молоко без усилия, меньше расстраивается и охотнее возобновляет сосание.

- Позволять ребенку чаще исследовать грудь. Мать должна поддерживать постоянный контакт кожа к коже и давать ребенку возможность самостоятельно прикладываться.

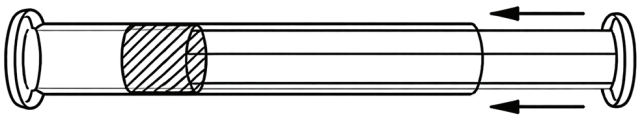
## Метод лечения втянутых сосков с использованием шприца

Данный метод может использоваться кратковременно как вспомогательный метод при условии отсутствия боли и травмы. Проводится в постнатальный период и направлено на облегчение прикладывания ребенка к груди.

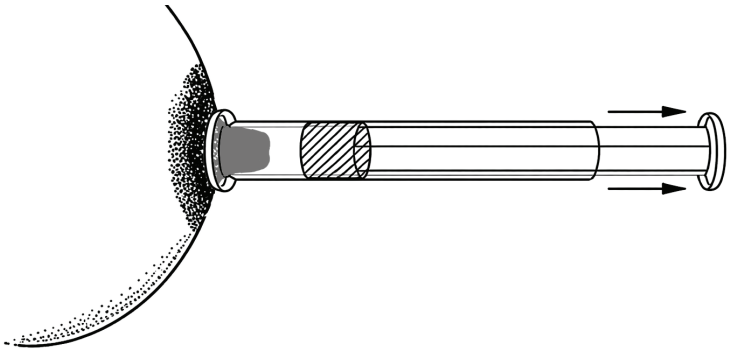
## Подготовка и использование шприца



*Этап 1. По пунктирной линии аккуратно обрезать конец шприца острым лезвием*



*Этап 2. Вставить поршень со стороны обрезанного конца.*



*Этап 3. Приложить гладкий конец шприца к соску. Легко потягивать поршень, создавая всасывающий эффект и постоянное небольшое давление.*

**Мать должна использовать шприц самостоятельно:**

- выполнять процедуру в течение 30 секунд – 1 минуты несколько раз в день;
- при появлении боли слегка толкнуть поршень назад, уменьшая давление: это защищает кожу соска и ареолы от повреждений;
- перед снятием шприца толкнуть поршень обратно, чтобы ослабить всасывание;
- пользоваться шприцем для вытягивания сосков непосредственно перед кормлением ребенка.

## Длинные соски







**Слайд 6/4. Длинные соски**

На слайде 6/4, **рис. 1** показано, что длинные соски также могут создавать трудности. Ребенок вынужден сосать только сосок и не всегда может захватить необходимый участок груди, то есть не может правильно приложиться. Это видно на **рис. 2**: во рту ребенка находится только сосок, подбородок удален от груди, рот закрыт, а грудь выглядит вытянутой.

Чтобы помочь такой матери, необходимо аккуратно коснуться соском верхней губы ребенка, побуждая его широко открыть рот. Чем шире он открывает рот, тем легче ему правильно захватить грудь. Когда ребенок широко откроет рот и опустит язык на нижнюю десну, нужно прижать его к груди, направляя сосок к небу.

Если из-за большого соска у младенца возникают рвотные движения, возможно временно сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки в качестве поддерживающей меры. ***Новорожденные растут быстро, и их рот увеличивается в размерах в течение нескольких дней.***

## 6.1. Наполнение, нагрубание, лактостаз и мастит

**Наполнение молочных желез** наблюдается в период «прихода молока», когда к груди поступает больше крови и начинает активно накапливаться молоко.

**Под нагрубанием понимают чрезмерное наполнение молочной железы,** которое чаще возникает на 3–5 сутки лактации при наступлении II стадии лактогенеза вследствие резкого снижения уровня прогестерона и быстрого повышения уровня пролактина.

**Лактостаз [от лат. lac (lactis) – молоко + греч. stasis – стояние, застой]** представляет собой застой молока в протоках молочной железы и относится к осложнениям ГВ. Лактостаз – это дисфункциональное состояние лактирующей груди, возникающее при несоответствии процессов молокообразования и молокоотдачи.

**Мастит – воспаление тканей молочной железы** у кормящей женщины с образованием серозного или гнойного экссудата. Неинфицированный мастит развивается, когда одна из долей груди не опорожняется при лактостазе, что приводит к воспалительной реакции. Инфицированный мастит возникает при проникновении в ткань молочной железы бактериальной флоры.

## Наполнение и нагрубание молочных желез

Наполнение молочных желез наблюдается в период «прихода молока», когда к груди поступает больше крови и начинает накапливаться молоко. В результате женщина ощущает, что грудь стала теплее, полнее и тяжелее. Это физиологично.

У женщины, изображенной на **рис. 1** слайда 6/5, грудь находится в состоянии наполнения. Прошло всего несколько дней после родов, и у нее «прибыло» молоко. Молочные железы горячие, тугие и твердые, но молоко выделяется хорошо: на рисунке видно, как оно капает. Это нормальная полнота.







**Слайд 6/5. Наполнение и нагрубание груди**

Иногда наполненная грудь выглядит бугристой. Единственная необходимая мера – чаще прикладывать ребенка, чтобы он хорошо опорожнял грудь. После кормления тяжесть, твердость и бугристость уменьшаются, грудь становится мягче, и женщина чувствует облегчение. Через несколько дней выработка молока стабилизируется на уровне, соответствующем потребностям младенца.

У женщины, изображенной на **рис. 2** слайда 6/5, наблюдается нагрубание молочных желез, которое характеризуется переполнением молоком и повышенным содержанием тканевой жидкости и крови, препятствующими току молока. Молочные железы становятся горячими, тугими и болезненными, выглядят твердыми и лоснящимися. Соски могут стать настолько плотными и плоскими, что младенцу трудно приложиться, что повышает риск трещин.
При длительном нагрубании активируется механизм обратной связи: ингибитор лактации снижает секрецию молока.

**Нагрубание может возникать по следующим причинам:**
- кормление грудью началось не сразу после рождения;
- младенец плохо берет грудь и не может получить достаточное количество молока;
- младенца кормят слишком редко, не дают грудь по ночам или преждевременно завершают кормление.

Иногда застой молока сопровождается покраснением кожи и повышением температуры, что может напоминать мастит. Как правило, после начала эффективного отсасывания молока температура снижается в течение суток. Важно уметь различать наполнение и нагрубание груди.

**КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РАЗЛИЧИЙ МЕЖДУ НАПОЛНЕНИЕМ И НАГРУБАНИЕМ ГРУДИ**

| *НАПОЛНЕНИЕ ГРУДИ* | *НАГРУБАНИЕ ГРУДИ* |
|---|---|
| • Горячая<br>• Тугая<br>• Твердая<br>• Молоко вытекает<br>• Температуры нет | • Болезненная<br>• Отечная<br>• Плотная, особенно соски<br>• Блестящая<br>• Может быть покрасневш<br>• Молоко НЕ вытекает<br>• Температура может держаться сутки |

Нагрубание сложно поддается коррекции, но возможно при частом эффективном удалении молока и принятию мер по снижению отека. При нагрубании молоко оттекает плохо: частично из-за повышенного давления тканевой жидкости внутри молочной железы, частично из-за недостаточной выраженности окситоцинового рефлекса.

**Причины нагрубания тесно связаны с его профилактикой.**

1. Ребенок должен эффективно сосать уже в первые часы после родов.
2. Продолжительность и частоту кормлений не следует ограничивать.

При таких условиях давление молока в молочных железах не нарастает, и риск застоя существенно снижается. Добиться этого помогает соблюдение шагов 4–8 из «Десяти шагов к успешному ГВ».

## ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА НАГРУБАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

| *ПРИЧИНЫ* | *ПРОФИЛАКТИКА* |
|---|---|
| • Много молока<br>• Задержка с началом кормления грудью<br>• Плохое прикладывание ребенка к груди<br>• Редкое опорожнение груди от молока<br>• Ограничение продолжительности кормления грудью | • Начинать кормление грудью вскоре после родов<br>• Обеспечить хорошее прикладывание ребенка к груди<br>• Поощрять неограниченное кормление грудью |

При лечении нагрубания крайне важно обеспечить удаление молока из груди. Если молоко не выводится, повышается риск мастита, формирования абсцесса и снижения выработки молока. Поэтому нельзя советовать матери «давать груди отдыхать».

Если ребенок может сосать, его следует кормить часто. Это наиболее эффективный способ опорожнить грудь. Помогите матери расположить ребенка так, чтобы он мог правильно приложиться: тогда сосание будет эффективным и соски не пострадают.

Если ребенок не в состоянии сосать, помогите матери сцедить молоко. Она может сцеживать руками, использовать молокоотсос или применять метод с теплой бутылкой (описан в главе «Сцеживание грудного молока»). Иногда достаточно сцедить небольшое количество, чтобы грудь стала мягче и ребенку было легче приложиться.

**Перед кормлением или сцеживанием следует стимулировать окситоциновый рефлекс, предложив матери:**

- приложить теплый компресс или принять теплый душ;
- сделать массаж шеи и спины;
- слегка помассировать молочные железы;
- стимулировать кожу груди и сосков;
- создать условия для расслабления.

Теплый душ или ванна способствуют вытеканию молока и размягчают грудь, облегчая сосание. После кормления рекомендуется приложить холодный компресс, чтобы уменьшить отечность. Важно поддержать мать и объяснить, что вскоре кормление станет легче и комфортнее.

**ЛЕЧЕНИЕ НАГРУБАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Не давайте груди "отдыхать"**

| | |
|---|---|
| **Если ребенок в состоянии сосать:** | Кормить часто, оказывать помощь в прикладывании к груди |
| **Если ребенок в состоянии сосать:** | Сцеживать молоко вручную или молокоотсосом |
| **Перед кормлением для стимуляции эффекта окситоцина:** | • Теплый компресс или теплый душ<br>• Массаж шеи и спины<br>• Легкий массаж молочных желез Стимуляция кожи сосков<br>• Оказание помощи матери в расслаблении |
| **После кормления для уменьшения отечности:** | Холодный компресс на молочные железы |

## Мастит

***Нагрубание обычно охватывает всю грудь и нередко обе молочные железы одновременно.*** Мастит, напротив, поражает ограниченную часть груди и чаще развивается только на одной стороне. Нелеченое нагрубание может привести к маститу. Мастит может возникнуть как на фоне нагрубания, так и после состояния, называемого закупоркой молочного протока. Клинически мастит нередко путают с лактостазом.

## Закупорка молочного протока

***Закупорка развивается тогда, когда молоко из одной из зон груди не удаляется.*** Иногда проток блокируется сгустком молока. Основные признаки: болезненная бугристость и нередко покраснение кожи над этим участком. Температура тела при этом нормальная, общее самочувствие сохранено.

***Состояние, при котором молоко остается в части груди из-за закупорки или нагрубания, называется лактостазом.*** Если молоко не удалить, может развиться воспаление ткани молочной железы, называемое неинфицированным маститом.

***Неинфицированный мастит возникает вследствие воспалительной реакции на задержку молока и отек тканей.*** В результате возникают боль, отек и повышение температуры даже при отсутствии бактериальной инфекции. Неинфицированный мастит может возникнуть и вследствие травмы ткани молочной железы, когда молоко забрасывается обратно в поврежденные участки.

## ПРИЧИНЫ ЗАКУПОРКИ МЛЕЧНОГО ПРОТОКА И МАСТИТА

| | |
|---|---|
| **Плохой дренаж части или всей груди** | из-за:<br>• нечастого кормления грудью<br>• неэффективного сосания<br>• давления одежды<br>• нажима пальцами на грудь во время кормления<br>• большой плохо дренируемой груди<br>• редкое и непродолжительное прикладывание ребенка к груди |
| **Стресс, чрезмерная физическа нагрузка**<br><br>**Травма груди**<br><br>**Трещины сосков** | • повреждение ткани молочной железы<br>•<br>• проникновение бактерий |

При инфицировании ткани молочной железы бактериями развивается инфицированный мастит. По клиническим проявлениям сложно определить, инфицирован ли мастит. Однако при выраженной симптоматике женщине, вероятно, потребуется лечение антибиотиками.

Основной причиной мастита является недостаточный дренаж всей груди или ее части.

**Плохой дренаж всей груди может возникать вследствие:**

- редких кормлений, например, если мать занята или если ребенок начинает реже есть из-за длительного сна или нерегулярного режима;
- изменения режима кормлений по любой причине, включая поездки;
- неэффективного сосания при неправильном прикладывании.

**Плохой дренаж части груди возможен при:**

- неэффективном сосании, когда ребенок, плохо приложенный к груди, опорожняет только часть молочной железы;
- давлении тесной одежды или бюстгальтера, особенно если женщина носит его ночью;
- давлении на ткань груди пальцами во время кормления, что может блокировать поток молока;
- недостаточном дренировании нижних отделов груди при ее большом размере и провисании.

Стресс и чрезмерная физическая нагрузка также могут ухудшать дренаж, вероятно потому, что мать начинает кормить реже или сокращает продолжительность кормлений.

Иногда мастит развивается после травмы молочной железы, например при резком ударе или случайном толчке старшего ребенка.

Трещины сосков создают входные ворота для бактерий и при неудачном прикладывании могут способствовать развитию мастита.

## Лечение закупорки молочного протока и мастита

**СНАЧАЛА**

**Улучшить дренаж груди**

*Найти причину и исправить:*

- плохое прикладывание ребенка к груди
- давление одежды или пальцев
- плохой дренаж большой по размеру груди

**Посоветовать:**

- чаще кормить грудью
- делать легкий массаж груди по направлению к соскам
- теплые компрессы на грудь

**Если помогает, то предложите:**

- начать кормить здоровой грудью
- менять позиции при кормлении

**ЗАТЕМ**

**При наличии хотя бы одного из нижеперечисленных явлений:**

- признаки тяжелого состояния
- трещины
- нет улучшения в состоянии по истечении суток

**Дополнительно пролечить:**

- антибиотиками
- полным покоем
- анальгетиками (парацетамол)

Самым важным способом лечения закупорки молочного протока является улучшение дренажа молока из пораженного участка груди. **Необходимо выявить причину нарушенного оттока и устранить ее:**

- убедиться, что ребенок правильно приложен к груди;
- проверить, не сдавливает ли грудь тесная одежда, особенно бюстгальтер, который женщина может не снимать ночью;
- обратить внимание на положение пальцев во время кормления: поддерживает ли женщина ареолу и не блокирует ли этим поток молока;
- если грудь большая и провисает, а закупорка расположена в нижнем отделе, предложить приподнимать грудь во время кормления для улучшения оттока из этой зоны.

**Независимо от того, удается ли определить причину, следует рекомендовать матери:**

- чаще кормить ребенка и устраивать совместный отдых, чтобы лучше реагировать на его инициативу и кормить по требованию в любое время суток;
- слегка массировать грудь во время сосания; показать матери, как выполнять массаж над закупоренным участком и по ходу протока к соску: это помогает удалить пробку; иногда видны выходящие сгустки молока (проглатывание их безопасно для ребенка);
- между кормлениями прикладывать теплые компрессы.

**Дополнительно могут помочь следующие меры:**

- начать кормление здоровой грудью, если боль препятствует возникновению окситоцинового рефлекса; после его появления приложить ребенка к пораженной груди;
- менять положение при каждом кормлении, чтобы равномерно опорожнять разные участки; можно предложить держать ребенка в положении «из-под руки» или кормить лежа;
- однако важно не заставлять мать кормить в неудобной позе.

Если мать не хочет кормить пораженной грудью из-за боли, а ребенок может отказываться из-за изменения вкуса молока, сцеживание обязательно. Задержка молока повышает риск абсцесса.

При улучшении дренажа симптомы закупорки или мастита обычно уменьшаются в течение суток. **Дополнительное лечение требуется, если:**

- симптомы выражены резко уже при первом осмотре;
- присутствуют трещины сосков, через которые могут проникать бактерии;
- нет улучшения в течение 24 часов после восстановления дренажа.

## Рекомендуемое дополнительное лечение:

### Антибиотики

Наиболее распространенный возбудитель абсцессов молочной железы: *Staphylococcus aureus*. Поэтому инфицированный мастит следует лечить пенициллиназо-резистентными антибиотиками: флуклоксациллином или эритромицином.

**Флуклоксациллин:** 500 мг внутрь каждые 6 часов в течение 10–14 дней.
**Эритромицин:** 500 мг внутрь каждые 6-12 часов в течение 10–14 дней.

*Антибиотики принимать согласно инструкции к препарату.*

Ампициллин и другие часто используемые препараты обычно неэффективны. Матери необходимо пояснить важность завершения полного курса лечения: преждевременная отмена с высокой вероятностью приведет к обострению мастита.

## Полный покой

Посоветуйте матери взять больничный, если она работает. По возможности обсудите с членами семьи необходимость снять с нее часть домашних обязанностей. Если мать находится в состоянии стресса или переутомления, важно убедить ее больше отдыхать. Совместный отдых с ребенком помогает чаще кормить грудью, что улучшает дренаж молока.

## Анальгетики

При болях можно дать парацетамол. Объясните матери, что необходимо продолжать частые кормления, делать массаж и использовать теплые компрессы. Если у нее снижен аппетит, подчеркните важность полноценного питания и достаточного питьевого режима.

**Альтернативные антибиотики для лечения инфицированного мастита**

**При необходимости могут использоваться:**
- Клоксациллин 500 мг каждые 6 часов в течение 10–14 дней.
- Цефалексин 500 мг каждые 6 часов в течение 10–14 дней.

## Абсцесс молочной железы

Абсцесс – это скопление гноя в одном из участков груди. Формируется болезненная припухлость, заполненная жидкостью. При абсцессе требуется хирургическое вмешательство и дренирование. Если возможно, матери следует продолжать кормить пораженной грудью. Если боль слишком выражена или женщина отказывается, нужно научить ее сцеживать молоко и разрешить вновь прикладывать ребенка к этой груди, когда боль уменьшится, обычно через 1–2 дня. В это время кормление продолжается другой грудью. ***Своевременное и адекватное лечение мастита предотвращает развитие абсцесса.***

## Трещины сосков







**Слайд 6/6.**

**На рис. 1** слайда 6/6 показана молочная железа матери, у которой вокруг основания соска имеется трещина. Видно также нагрубание груди. **На рис. 2** изображен ребенок этой же матери, приложенный к груди. Его тело отклонено в сторону, он находится далеко от груди. Рот закрыт, губы вытянуты вперед, то есть ребенок плохо приложен. Такое прикладывание могло привести и к появлению трещины соска, и к нагрубанию молочной железы. Это одна из самых частых причин болезненности сосков.

При неправильном прикладывании ребенок во время сосания тянет и выталкивает сосок, а также трет кожей рта по коже груди. Это вызывает сильную боль. На ранних этапах трещин может не быть: сосок выглядит нормальным или после сосания становится расплющенным с продольной полосой на кончике. Если ребенок продолжает сосать так же, кожа соска повреждается и формируется трещина.

На слайде 6/7 показан тот же ребенок. Медработник помог матери сцедить немного молока и улучшить положение ребенка. Теперь он повернут лицом к груди и находится ближе к ней. Однако прикладывание пока остается не полностью правильным.



**Слайд 6/7.**

Рот ребенка открыт недостаточно широко, а нижняя губа не вывернута наружу. Когда мать поймет, как правильно располагать ребенка у груди, ей следует дать возможность немного попрактиковаться: это неизбежно приведет к правильному прикладыванию.

Если у матери болят соски, необходимо помочь ей улучшить положение ребенка так, чтобы он был хорошо приложен. Как только прикладывание становится правильным, боль уменьшается. Ребенок продолжает сосать в нормальном положении, поэтому необходимости «оставлять грудь в покое» для заживления сосков нет.

На слайде 6/8 видно, что на кончике соска имеется трещина. Кожа груди натянута, блестит и выглядит отечной: это признаки нагрубания. Эта мать ожидала «прихода молока» и не прикладывала ребенка к груди почти 3 дня. Кожа стала настолько напряженной, что соски уплощились, а грудь перестала хорошо вытягиваться.



**Слайд 6/8. Нагрубание молочной железы и трещина соска**

Этот слайд демонстрирует ключевые доводы в пользу раннего начала ГВ. Кормление вскоре после родов предотвращает нарастание давления в молочных железах за счет своевременного удаления молока, что снижает риск нагрубания.

Ребенку также легче правильно приложиться, пока грудь остается мягкой, и таким образом уменьшается вероятность повреждения сосков.

## Инфекция Candida (кандидоз)

Инфекция *Candida* нередко возникает после приема антибиотиков при мастите или других инфекциях. Мать может отмечать жжение или покалывание, сохраняющееся после кормления. Иногда боль ощущается глубоко в груди. Женщины описывают это как «уколы иголками». Кожа может быть красной, блестящей, расслаивающейся. На отдельных участках соска и ареолы пигментация может исчезать. В некоторых случаях сосок выглядит обычным.

У матери на слайде 6/9 выраженная болезненность и зуд сосков. На соске и ареоле виден блестящий красный участок кожи. Это инфекция Candida (молочница), которая вызывает боль и зуд.



**Слайд 6/9.**

Инфекцию ***Candida*** следует предполагать при стойкой болезненности сосков, даже если ребенок хорошо приложен к груди.

Необходимо осмотреть ребенка на наличие молочницы: на внутренней поверхности щек или на языке могут появляться белые пятна; молочница может проявляться и в области ягодиц.

Лечение должны получать и мать, и ребенок: используется нистатин или миконазол *(см. Таблицу 2)*. Следует рекомендовать тщательно очищать и стерилизовать пустышки, и рассмотреть ограничение их использования. Также нужно помочь ей отказаться от накладок на сосок. Если она продолжает ими пользоваться, накладки следует кипятить ежедневно по 20 минут и менять на новые каждую неделю.

## ЛЕЧЕНИЕ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

**Генцианвиолетом обрабатывают:**

**Рот ребенка:** ежедневно или через день наносят 0,25% раствор в течение 5 дней и еще не менее 3 дней после исчезновения признаков болезни.

**Соски матери:** ежедневно 0,5% раствор в течение 5 дней.

**ИЛИ**

Нистатиновая мазь 100 ООО МЕ/г. Наносить на соски 4 раза в день после кормления грудью. Продолжать применять еще в течение 7 дней после исчезновения признаков болезни.

Суспензия нистатина 100 000 МЕ/мл. Наносить гашеткой по 1 мл в рот ребенка

4 раза в день после кормления в течение 7 дней или столько времени, сколько будет лечиться мать.

***Перестать пользоваться всевозможными успокоителями (пустышками), сосками и накладками на сосок.***

## Укороченная уздечка языка (анкилоглоссия)



**Слайд 6/10. Укороченная уздечка языка.**

**На слайде 6/10 показан ребенок с укороченной уздечкой языка.** Хотя это состояние напрямую не связано с молочной железой, оно иногда может приводить к воспалению сосков. Многие матери беспокоятся из-за того, что у их ребенка «приросший» язык. В большинстве случаев язык оказывается нормальным, лишь немного укороченным. Большинство детей с укороченной уздечкой способны эффективно сосать грудь. ***Им требуется помощь в правильном прикладывании, и они обычно быстро обучаются.***

Однако иногда ребенок не может высунуть язык достаточно далеко над нижней десной и не достигает области молочных синусов. В таких случаях ему трудно эффективно сосать, он может получать недостаточно ГМ, а у матери развивается воспаление сосков.

Если уздечка слишком короткая или если у ребенка сохраняются трудности с сосанием, может потребоваться консультация врача по поводу хирургического рассечения уздечки.

## Ведение женщин с воспалением сосков

**Найдите причину:**

- Проверьте правильность прикладывания ребенка к груди.
- Осмотрите грудь на предмет нагрубания, трещин, Candida
- Осмотрите ребенка на предмет Candida и укороченной уздечки языка

**Назначьте соответствующее лечение:**

- Придайте уверенность матери.
- Исправьте прикладывание ребенка у груди и продолжайте кормление грудью.
- Устраните нагрубание молочных желез - предложите чаще кормить ребенка грудью, сцеживать молоко.
- Лечите инфекцию *Candida*, если кожа покрасневшая, блестящая, потрескавшаяся, если есть зуд или глубокая боль, или если воспаление персистирует.

**Посоветуйте матери:**

- Мыть грудь только раз в день и избегать пользоваться мылом.
- Избегать содержащих лекарства лосьонов и мазей.
- После кормления протирать околососковый кружок поздним молоком.

**Согласно приведенным выше рекомендациям, вначале необходимо установить причину воспаления путем наблюдения за кормлением ребенка и выявления признаков неправильного прикладывания.** Затем следует осмотреть молочные железы на предмет возможной инфекции *Candida*, закупорки молочного протока и трещин сосков.

При осмотре рта ребенка также следует искать признаки кандидозной инфекции и укороченной уздечки языка. Дополнительно необходимо осмотреть ягодицы ребенка на наличие кандидозной сыпи.

После установления причины воспаления сосков назначается соответствующее лечение. Важно поддержать мать, объяснив, что болезненность сосков является временным явлением и что вскоре кормление станет комфортным.

Необходимо помочь матери исправить неправильное прикладывание ребенка к груди. Во многих случаях этого достаточно, и мать может продолжать ГВ.

Если причиной воспаления является закупорка молочного протока, нужно помочь матери устранить ее и рекомендовать частые кормления и сцеживание для профилактики повторного застоя.

При наличии кандидозной инфекции проводится лечение в соответствии с действующими рекомендациями.

Следует посоветовать матери не мыть грудь перед каждым кормлением и после него: достаточно ежедневного утреннего душа. Частое мытье удаляет защитную кожную смазку, выделяемую железами Монтгомери, обладающую антибактериальными свойствами, и может усугублять воспаление.

# 7. НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ

# 7. НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ

В повседневной работе медицинский персонал организаций родовспоможения и детского профиля постоянно взаимодействует с беременными, кормящими матерями и членами их семей.

**Каждая такая встреча направлена на помощь женщине в решении возникающих вопросов: предоставление своевременных и грамотных консультаций,** поддержка, разъяснение шагов ухода и поведения. При этом важно помнить, что консультирование не тождественно предоставлению совета. При предоставлении совета медицинский работник предлагает готовое решение, тогда как консультирование помогает женщине принять собственное решение на основе информации. Медицинский работник не должен подталкивать женщину к какому-либо конкретному варианту выбора медицинских услуг или метода лечения. ***Эффективное общение*** предполагает уважение к мнению собеседницы, ее верованиям и культурным особенностям. Нельзя настаивать, чтобы она поступала так, как считает правильным консультант, или настойчиво пытаться склонить женщину к определенным действиям. В то же время медицинский работник не может ограничиваться лишь передачей информации. ***Он обязан помочь матери выявить причину возникающих трудностей (провести диагностику) и научить ее самостоятельно справляться с проблемами.***

Женщины часто сомневаются в правильности своих действий, легко утрачивают уверенность в себе и нередко полагают, что с ними или с их молоком что-то не так, что они действуют неправильно или допускают ошибки. ***Медицинским работникам необходимо уметь поддерживать, одобрять и проявлять сочувствие, укреплять уверенность пациенток.*** Поддержка повышает уверенность женщины, что способствует продолжению ГВ наряду с эффективным прикладыванием и частыми кормлениями.

Нередко бывает и так, что у молодой матери нет объективных трудностей, однако ей важно убедиться, что все идет нормально.

**Искусство общения медицинского работника состоит в следующем:**

- уметь выслушать женщину и понять, что именно она хочет сказать, что уже знает и умеет;
- установить доверие и предоставить информацию о вариантах ухода и кормления в понятной форме;
- излагать информацию доступно, без излишних медицинских терминов;
- корректно и эффективно предлагать варианты, которые могут помочь женщине справляться с трудностями;
- получать согласие на последующие встречи и беседы;
- выстраивать общение с членами семьи, которые могут поддержать молодую мать, особенно с теми, кто способен отрицательно повлиять на ее решение относительно способов кормления ребенка.

Итак, при общении с пациенткой ***важно не только задавать вопросы, но и выслушивать ее, давая почувствовать, что она действительно вас интересует и что вы стремитесь понять и решить ее проблему.*** Обладая навыками общения, медицинский работник помогает женщине укрепить уверенность в себе и

осознать, что она способна быть хорошей матерью. Это позволяет ей принимать взвешенные решения и не поддаваться внешнему давлению.

Медицинский работник демонстрирует заинтересованность своей позой, выражением лица, жестами, кивками головы, улыбкой, то есть ***используя приемы невербального общения.*** Такая манера поведения помогает пациентке понять, что медицинский работник готов помочь, и побуждает ее откровеннее рассказывать о себе и своих трудностях.

При общении ***не следует спешить и начинать разговор «на бегу».*** Предложите женщине присесть и сядьте рядом, на одном уровне, чтобы не занимать доминирующее положение: ***не стойте, глядя на нее сверху вниз, и не сидите за столом, перелистывая документы или поглядывая на часы, демонстрируя занятость или спешку.***

***Не садитесь слишком далеко,*** чтобы не пришлось говорить громко. Громкий голос может вызвать у собеседницы тревогу (ей может показаться, что разговор услышат посторонние или что вы говорите на повышенных тонах).

***Поддерживайте зрительный контакт,*** но не смотрите пристально. Чтобы ***поощрить женщину к продолжению разговора,*** используйте подбадривающие невербальные сигналы: кивание, легкую улыбку, а также короткие поощряющие междометия типа «м-м», «ага» или слова «продолжайте», «а дальше?». ***Это демонстрирует вашу вовлеченность и готовность помочь.***

***Касайтесь собеседницы только после явного согласия, только если это необходимо для поддержки или демонстрации и в пределах приличий*** (например, можно слегка коснуться руки). Без ее разрешения категорически нельзя прикасаться к груди женщины или к ребенку.

***Задавайте открытые вопросы.*** Чтобы помочь матери, необходимо понять ее ситуацию: какие трудности она испытывает, что делает, что для нее подходит, а что нет. Важно формулировать вопросы так, чтобы побуждать женщину к откровенному рассказу. Тогда она сама будет подробно отвечать, и необходимость в настойчивых расспросах отпадет.

***Открытые вопросы предполагают развернутые ответы и дают надежную, полноценную информацию о трудностях женщины, ее потребностях и ожиданиях, что обеспечивает качественный анализ ситуации.*** Обычно они начинаются со слов: «Как?», «Когда?», «Где?», «Почему?» и других. Например: «Как вы кормите ребенка?»

Закрытые вопросы предполагают односложные ответы «да» или «нет» и дают гораздо меньше информации. Такие вопросы, как правило, формулируются так: «Вы делаете то-то?», «Вы были там-то?», «Ваш ребенок…?».

***Закрытые вопросы*** менее полезны: они подсказывают ожидаемые ответы. На такие вопросы можно ответить односложно, обычно словами «да» или «нет». Например: «Вы кормите ребенка грудью?» – «Да». Даже при утвердительном ответе медицинский работник не узнает, правильно ли мать это делает.

Иногда в начале разговора закрытый вопрос может быть полезен, чтобы уточнить факт. Например, **медработник:** «Вы покормили ребенка?» После ответа матери «Да» можно задать открытый уточняющий вопрос: «Расскажите, как вы кормите своего малыша?»
**Мать:** «Я часто даю ему грудь, а на ночь даю бутылочку».
**Медработник:** «Почему вы решили давать бутылочку на ночь?»
**Мать:** «Ребенок часто просыпается, наверно, ему моего молока не хватает».

Таким образом, на открытые вопросы женщина отвечала более информативно, и медицинский работник получил гораздо больше данных.
Задавайте вопросы с доброжелательной интонацией, демонстрируя заинтересованность и уважение к пациентке. Формулируйте по одному вопросу и внимательно ожидайте ответа. Если вопрос деликатный или личный, следует объяснить его цель.

**Используйте прием отражения.** Повторяйте услышанное от пациентки в слегка измененной форме, сочетая ее слова со своими. Так вы покажете, что внимательно слушаете, и побудите ее продолжать разговор.

Например, если мать говорит: «Мой ребенок прошлую ночь много плакал», не следует спрашивать: «Сколько раз он будил вас?» Такой вопрос малоинформативен. Лучше переформулировать услышанное: «Понимаю: ваш малыш будил вас своим плачем всю ночь». Это передает сочувствие и понимание, после чего женщина, скорее всего, продолжит рассказ.

Повторение ключевого слова позволяет собеседнице услышать собственную мысль и осознать ее более ясно.

## Например:

**Пациентка:** «Я очень боюсь предстоящих родов».
**Медработник:** «Многие первородящие боятся родов».
**Пациентка:** «Да, я не знаю, как смогу перенести боль и…»
Так женщина продолжает беседу, раскрывая свои переживания и предоставляя дополнительную информацию.

Избегайте частого употребления ***оценивающих слов:*** «правильно», «неправильно», «хорошо», «плохо», «достаточно» и т. д. Частые оценки могут заставить женщину думать, что ее действия неверны, и ослабить уверенность. Например, вместо вопроса «Вы хорошо подготовились к родам?» лучше спросить: ***«Как вы подготовились к родам?»*** Так возможные отклонения не будут восприняты пациенткой как ее личные ошибки.

Оценивающие формулировки могут вызвать у женщины ощущение, что существуют определенные стандарты, которым она должна соответствовать, а ее ребенок ведет себя «неправильно».

***Например, вопрос «Ваш ребенок хорошо ест?»*** может содержать для матери скрытый намек на несоответствие нормам, что побудит ее скрыть правду. Кроме того, мать и медработник могут по-разному понимать, что значит «есть хорошо». Поэтому гораздо корректнее спросить: «Как вы кормите своего ребенка?»

**Принимайте все, что думает и чувствует пациентка.**

Принимать означает реагировать спокойно, без выражения согласия или несогласия. Иногда точка зрения женщины может быть ошибочной, и вы с ней не согласны. Иногда пациентка расстраивается из-за пустяков, и вы это понимаете. Если сразу сказать ей, что повода для тревоги нет, она решит, что вы ее не понимаете, и это снизит ее уверенность в себе. Уверенность уменьшится и тогда, когда высказывается несогласие или критика.

Гораздо полезнее сначала с пониманием отнестись к чувствам женщины и выразить уважение к ее мнению, то есть ***принять ее эмоции и мысли.*** Например, если пациентка говорит: «Не думаю, что смогу вынести боль в родах!», стоит ответить: «Многие женщины вначале испытывают такой страх».

Важно не дать женщине почувствовать, что она сделала что-то неправильно. Она легко верит, что с ней или с ее молоком что-то не так или что она поступает неверно. Такие переживания снижают ее уверенность в себе.

**Примером может служить следующий диалог.**

**Ошибочное представление матери:** «Мое молоко тощее и синеватого цвета, поэтому я должна кормить малыша искусственно».
**Медработник:** «Ну нет! Молоко не может быть тощим и синеватым. Оно просто кажется вам таким».
Это ***неподходящая*** реакция, поскольку она выражает прямое несогласие.

И другая неподходящая реакция, выражающая согласие:
«Да, тощее и синеватого цвета молоко может быть проблемой».

Подходящая реакция, демонстрирующая ***принятие:***
«Понимаю. Вы тревожитесь из-за молока».
Или альтернативный вариант:
«Ну-ну, понимаю вас».

Естественно, что медицинскому работнику хочется сразу дать информацию и исправить заблуждение. Например, объяснить, что ГМ действительно выглядит более жидким в начале кормления, но при этом содержит все необходимые питательные вещества. Эту информацию можно сообщить позже, ***тактично,*** чтобы она не прозвучала критически. Однако сначала женщине важно почувствовать, что ее мысли приняты и услышаны.

***Одобряйте положительные действия со стороны пациентки и ее родственников.*** Медицинских работников обычно учат искать проблемы: они прежде всего замечают отклонения от нормы и стремятся их исправлять. Однако важно ***уметь распознавать и положительные действия пациентов и их семей и одобрять их.***

Похвала за то, что уже получается хорошо, ***формирует у женщины уверенность в собственных силах и желание продолжать успешные действия.*** Она начинает больше доверять вашим рекомендациям. Например, ребенка прикармливают из бутылочки днем, пока мать на работе. Вечером женщина сразу берет ребенка к груди, но ей кажется, что он стал сосать менее охотно. В такой ситуации не следует критиковать ее решения. Сначала проявите уважение к ее беспокойству.

И, прежде чем объяснять, как поступить в этой ситуации, подчеркните положительное: похвалите мать за то, что она продолжает кормить ребенка грудью, даже выйдя на работу.

***Оказывайте практическую помощь.*** Иногда, при наличии четкой и конкретной проблемы, требующей вмешательства, сначала следует оказать практическую помощь, а уже затем давать советы. Например, если женщине после родов больно сидеть, и она еще не кормила ребенка, лучше сначала помочь ей удобно устроиться в постели. Объяснение правильного положения ребенка у груди и техники прикладывания можно дать после того, как ей станет комфортнее.

Давайте немного необходимой и уместной информации. ***Необходимая уместная информация*** – это та, которая действительно полезна в данной ситуации и в данный момент. Информацию следует давать доброжелательно, чтобы она не звучала как критика и не заставляла мать думать, что она делала что-то неправильно. Это особенно важно, когда требуется корректно изменить ее ошибочное представление.

**Например, мать говорит:** «Асан в последнее время так часто хочет есть. Внезапно становится голодным. Думаю, что у меня недостаточно молока».

**Ответы медработника:**
1. «Асан растет хорошо. Не беспокойтесь о количестве молока. Лучше всего продолжать кормить его грудью до 6 месяцев, а затем можно начать подкармливать, продолжая ГВ».
2. «Асан быстро растет, что подтверждается хорошей прибавкой веса. Это показывает, что он получает нужное ему количество молока. У здоровых детей бывают периоды, когда ребенок кажется более голодным: он растет быстрее и просит грудь чаще. Через несколько дней все приходит в норму».

**Ответ 1** не объясняет текущее поведение Асана и в данный момент неуместен. Сообщение о том, что беспокоиться не надо, не помогает матери понять ситуацию.
**Ответ 2** объясняет как поведение ребенка, так и тревогу матери, поэтому такая информация уместна и действительно необходима в данной ситуации. Пользуйтесь простым языком. Постарайтесь понять, что именно интересует женщину в данный момент. Объясняйте доступно, используя понятные матери слова. Не перегружайте ее избыточной информацией.

**Пример:**
1. «Вашему малышу надо захватить в рот ***ткань молочной железы,*** чтобы он мог **эффективнее сосать».**
2. «Вашему малышу будет **легче сосать молоко, если он захватит в рот больший участок околососкового кружка снизу».**

Второе утверждение легче понять, поскольку в нем нет медицинских терминов.

***Предлагайте, а не приказывайте.*** Следует быть внимательным и избегать приказного тона. Лучше предложить что-либо изменить, оставив решение за пациенткой. Возможность самостоятельно выбирать формирует у женщины уверенность в себе.

***При умелом поведении медицинского работника беседа помогает женщине более ясно осознать свои трудности*** и выбрать наиболее разумный путь их решения.

**Например, беременная женщина говорит:** «Я не знаю, стоит ли мне кормить ребенка грудью, когда он родится. Боюсь, что малыш может получить ВИЧ-инфекцию».
**Медработник:** «Вирус при ГВ передается от ВИЧ-инфицированных матерей примерно в 5–15% случаев. Однако этот показатель различается в зависимости от района. Он может быть выше у матерей, которые недавно заразились, имеют высокую вирусную нагрузку или симптоматический СПИД. Кроме того, если кормящая мать вступает в незащищенный половой контакт, она может получить ВИЧ, который затем с высокой вероятностью перейдет ребенку. Но если вы не будете кормить грудью, ребенок подвергнется риску других смертельно опасных заболеваний, например кишечных или респираторных инфекций. К сожалению, вы пришли слишком поздно, но я бы на вашем месте...»

Такой ответ содержит слишком много информации, которая сейчас женщине не нужна. Часть терминов ей может быть непонятна. Кроме того, медицинский работник фактически подсказывает, что ей следует делать, вместо того чтобы помочь ей принять собственное решение.

**Альтернативный ответ медицинского работника:**
«Если у вас есть ВИЧ-инфекция, она может передаться ребенку. Вы делали тест на ВИЧ?»
**Беременная:** «Нет. Я не знала, куда обращаться».
**Медработник:** «Лучше заранее узнать, есть ли ВИЧ-инфекция. После этого можно спокойно решать вопрос о способе кормления. Я могу подсказать, куда обратиться, чтобы пройти тест. Хотите?»
**Беременная:** «Да, хотелось бы узнать больше».
**Комментарий:** медицинский работник дал пациентке самую важную на данный момент информацию. Женщина поняла, что прежде всего необходимо узнать результат теста на ВИЧ, и уже затем решать вопрос о кормлении. Медработник использовал понятный язык, избегал оценок и не навязывал решения. Он предложил поддержку и направил женщину к специалисту для прохождения теста.

## Обсудить текущую и последующую поддержку

После окончания беседы у матери могут остаться вопросы, на обсуждение которых просто не хватило времени, или возникнуть новые мысли, которые ей хотелось бы прояснить. Возможно появление и практических проблем. С учетом этого особую важность приобретает последующая работа с пациенткой.

- Следует узнать, какую поддержку женщина может получить от членов своей семьи и друзей.
- Следует договориться о времени, когда медицинский работник сможет снова встретиться или поговорить с ней.
- Предложить женщине обращаться со всеми возникающими сомнениями и вопросами к вам или к другому указанному специалисту.
- Дать контактные данные общественной группы поддержки ГВ, если такая группа имеется.
- При необходимости направить женщину на консультацию к профильным специалистам.

Многим женщинам бывает непросто реализовывать то, что они считают правильным, поэтому в ходе беседы важно разобраться с ситуацией в семье. Что пациентка может сделать самостоятельно, а что нет, часто определяется поддержкой семьи, наличием свободного времени и финансовых возможностей, состоянием ее здоровья, а также семейными и общественными традициями. При этом консультанту важно помнить: он не должен принимать решения за женщину или пытаться заставить ее поступать так, как считает нужным. Задача консультанта – выслушать, оказать поддержку и завоевать доверие, чтобы женщина могла сама выбрать наилучший вариант поведения из предложенных, оптимальный для нее и ребенка.

## Заключение

Таким образом, чтобы помочь женщине в решении возникающих трудностей, научить ее самостоятельно справляться с проблемами и завоевать доверие, медицинский работник должен владеть основными навыками общения:

- использовать действенное невербальное общение;
- задавать открытые вопросы;
- принимать то, что чувствует пациентка;
- отражать слова пациентки;
- показывать, что вам понятны ее переживания;
- избегать употребления оценивающих слов;
- одобрять все, что пациентка и ее родственники делают правильно;
- пользоваться простым, доступным языком.

## 7.1. Упражнения по навыкам общения

Это занятие направлено на отработку навыков общения и получения информации.

### 1. Полезные формы невербального общения

a. Следить за уровнем головы.
b. Внимательно слушать.
c. Убирать барьеры.
d. Не торопиться.
e. Прикасаться только для демонстрации техники.

### 2. Задавать открытые вопросы

Слева представлены закрытые вопросы, на которые легко ответить словами «да» или «нет». Справа – открытые вопросы, ответы на которые следует сформулировать слушателю.

| «Закрытые» вопросы | «Открытые» вопросы |
|---|---|
| • Вы кормите ребенка грудью?<br>• Ваш ребенок спит с вами?<br>• Ваш ребенок часто остается без вас?<br>• Сара ест кашу?<br>• Вы часто даете ребенку фрукты? | • Как вы кормите ребенка?<br>• Где спит ваш ребенок?<br>• Сколько времени вы проводите без ребенка?<br>• Какая еда нравится Саре?<br>• Как часто ваш ребенок ест фрукты? |

### 3. Отражать слова матери

Предложения 1–4 – это примеры высказываний, которые могут произносить матери. Под каждым предложением приведены три возможных ответа. Необходимо отметить тот ответ, который отражает слова матери.

Для предложения 5 следует составить собственный ответ, передающий мысль и эмоциональный смысл высказывания матери.

**1. «Моя мать говорит, что у меня недостаточно молока».**

a) А вы думаете, что у вас его достаточно?
b) Почему она так считает?
*c) Она говорит, что у вас недостаточно молока?*

**2. «Марату не нравится густая каша».**

*a) Похоже, что Марату не нравится густая еда?*
b) Какую еду вы пробовали давать Марату?
c) Марату можно давать густую еду, ему уже больше шести месяцев.

**3. «Кажется, он не хочет сосать мою грудь».**

a) Его кормили из бутылочки?

b) Он уже давно отказывается?
*c) Он отказывается сосать грудь?*

**4. «Я пыталась кормить его из бутылочки, но он выплевывает пищу».**
a) Зачем вы решили использовать бутылочку?
*b) Он отказывается сосать из бутылочки?*
c) А вы пытались использовать чашку?

**5. «Мой муж говорит, что наш ребенок уже вырос и его можно прекратить кормить грудью».**
*Ваш муж хочет, чтобы вы прекратили кормить ребенка грудью?*

## 4. Проникнуться – показать, что вам понятны чувства матери

Предложения 1–4 – это примеры высказываний, которые могут произносить матери. К каждому предложению даны три возможных ответа. Слушателям предлагается подчеркнуть слова в высказываниях матерей, которые выражают их чувства. Затем необходимо отметить тот ответ, который демонстрирует ***наибольшее сочувствие.***

В ситуациях 5 и 6 следует подчеркнуть слова, выражающие чувства, а затем составить собственный ответ, в котором передано сочувствие к переживаниям матери.

**Пример**

**Мать:** «Мой ребенок так часто хочет есть ночью, что *я чувствую себя измотанной».*
a. Сколько всего раз он ест?
b. Он будит вас каждую ночь?
*c. Вы действительно устаете от ночных кормлений.*

Ответить:

**1. «Али плохо ел всю прошлую неделю. Я очень за него волнуюсь».**
*a. Вы волнуетесь, потому что Али не ест?*
b. Что Али ел вчера?
c. У детей часто бывают периоды, когда они плохо едят.

**2. «Мое грудное молоко кажется таким жидким – я боюсь, что с ним что-то не так».**
a. Это раннее молоко: оно всегда выглядит водянистым.
*b. Вас беспокоит то, как выглядит ваше грудное молоко?*
c. Так, а сколько весит ребенок?

**3. «Мне кажется, что у меня в груди нет молока, а ребенку уже исполнился один день».**
*a. Вы расстроены, потому что у вас еще не прибыло молоко?*
b. Он уже начал сосать?
c. Для того, чтобы прибыло молоко, требуется несколько дней.

**4. «Меня волнует, что, если я буду кормить грудью, я передам своему ребенку ВИЧ».**

a. Я вижу, что вы беспокоитесь по поводу кормления ребенка грудью?
b. Объяснить вам, как ВИЧ передается от матери к ребенку?
c. Что вы знаете о других вариантах кормления вашего ребенка?

5. Гульнара приходит к вам с Анваром. Ему девять месяцев. Гульнара обеспокоена и говорит: **«Анвар по-прежнему кормится грудью, и я дополнительно кормлю его три раза в день другой едой, но я так расстроена: он по-прежнему такой худой».**

Что вы скажете Гульнаре, чтобы показать ей свое сочувствие?
Некоторые из возможных ответов:

*1. «Вас тревожит то, как Анвар выглядит?»*

*2. «Вы беспокоитесь за Анвара?»*

## 5. Избегать употребления оценивающих слов

| **Хорошо** | **Нормально** | **Достаточно** | **Трудности** | **Слишком много плачет** |
|---|---|---|---|---|
| хороший | правильно | адекватный | провал | несчастлив |
| плохой | неправильно | удовлетвори-тельный | неудача | счастлив |
| плохо | безошибочно | неадекватный | успех | боль |
| | | значительно | успешно | нервный |

Слова, выделенные жирным шрифтом в начале каждой группы, представляют собой общепринятые выражения. Ниже под каждым заголовком расположен список других слов с упрощенными значениями. Например, слова «адекватный» и «удовлетворительный» включены в группу под словом «достаточно».

В пределах одной группы также находятся ***антонимы***, такие как «хороший» и «плохой». Все эти слова являются оценивающими, и крайне важно избегать их употребления в беседе с матерями.

Ниже приведены примеры оценивающих и неоценивающих вопросов, сопоставленных с соответствующими оценивающими словами.

## ИЗБЕГАЙТЕ ОЦЕНИВАЮЩИХ СЛОВ

| Слова | Оценивающие вопросы | Неоценивающие вопросы |
|---|---|---|
| Хорошо | Он сосет хорошо? | Как он сосет? |
| Нормальный | У него нормальный стул? | Какой у него стул? |
| Достаточно | Он достаточно прибавил в весе? | Сколько он прибавил в весе за последний месяц? |
| Проблема | У Вас возникают проблемы при кормлении грудью? | Как у Вас дела с кормлением грудью? |
| Слишком много плачет | Он слишком много плачет? | Как он себя ведет? |

# 8. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

# 8. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

## 8.1. Подготовка беременных женщин к кормлению грудью

Основные клинические практики в поддержку ГВ начинаются с дородового обучения беременных женщин вопросам ГВ. Это обучение предусмотрено шагом 3: *«Обсуждать с беременными женщинами и их семьями важное значение и технику ГВ»*.

Обучение проводится в ходе индивидуальных и групповых консультаций для женщин, состоящих на учете по беременности в организациях первичной медико-санитарной помощи, а также в родовспомогательных организациях, которые самостоятельно оказывают дородовую помощь и предлагают специальные подготовительные курсы. При планировании индивидуальных и групповых консультаций необходимо учитывать и беременных женщин, находящихся на стационарном лечении по поводу сохранения беременности.

Обучение направлено на то, чтобы матери и семьи получали информацию о **преимуществах и технике ГВ**, а также о его значении для здоровья ребенка и самой матери. Обучение проводится для всех женщин, посещающих антенатальную клинику. Особое внимание уделяется женщинам, ожидающим первого ребенка, поскольку именно они чаще всего нуждаются в дополнительной поддержке.

**Темы дородового обучения беременных женщин по вопросам ГВ включают:**

- Важность ГВ для ребенка и матери.
- Раннее начало кормления грудью.
- Значение совместного пребывания матери и ребенка.
- Необходимость кормления ребенка по требованию (по его инициативе).
- Способы обеспечения достаточного количества ГМ.
- Правила расположения ребенка у груди и техники правильного прикладывания.
- Значение исключительно ГВ.
- Риски искусственного вскармливания и использования бутылочек и сосок.

Необходимо составить график проведения группового дородового обучения с освещением основных тем по ГВ и обеспечить его выполнение. Следует обеспечить практическое обучение технике прикладывания, индивидуально или в группе.

**Индивидуальные консультации** проводятся при каждом посещении беременной женской консультации, а также во время врачебных обходов в отделении патологии беременности. В каждом случае предоставляется информация, соответствующая сроку беременности, и обсуждаются ключевые аспекты ГВ.

Индивидуальные консультации должны помочь женщине обрести уверенность в возможности вскормить ребенка грудью. ***Для индивидуальной работы рекомендуются следующие темы:***

1. Выяснить предыдущий опыт ГВ. При наличии неудач определить их причины и объяснить, что можно предпринять в текущую беременность для успешного ГВ.
2. Уточнить, есть ли у женщины тревоги или сомнения относительно предстоящего кормления грудью. При их наличии необходимо их обсудить, дать разъяснения и привести убедительные доводы, подтверждающие ее возможности.
3. Подчеркнуть, что медработники в родовспомогательной организации и после выписки готовы оказывать поддержку и сопровождение.

Необходимо помочь женщине определить ключевых членов семьи, которые будут ее основными помощниками, и при необходимости встретиться с ними, чтобы предоставить информацию о том, какую поддержку должна получать мать. Если кто-либо из родственников выступает против ГВ, можно предложить обсудить поддержку с членами семьи, если женщина сама хочет их привлечь. Во время дородовых консультаций беременная обычно посещает разных специалистов, и каждый из них играет важную роль в содействии и поддержке ГВ. Все проведенные беседы фиксируются в дородовой карте беременной или в журнале учета с указанием аспектов, требующих внимания при следующем визите (ниже приведен пример дородовой карты).

Дородовое обучение необходимо начинать уже при первом или втором посещении медицинской организации дородовой помощи, чтобы обеспечить достаточное время для обсуждения возможных проблем. Подпись и дата проставляются медицинским работником, проводившим консультацию.

# Дородовая карта: вскармливание младенцев

**Имя и фамилия беременной:** _____
**Предполагаемая дата родов:** _____

| Тема | Обсуждалась или мать отказалась | Подпись | Дата |
|---|---|---|---|
| **Важность ГВ для ребенка**<br><br>ГМ является оптимальной пищей для младенцев. Оно способствует здоровому развитию мозга, играет ключевую роль в предотвращении тройного бремени неполноценного питания, снижает заболеваемость распространенными детскими инфекциями и уменьшает риск смертности. ГВ также снижает вероятность ожирения и хронических заболеваний в дальнейшем. ГМ рекомендуется всем детям до двухлетнего возраста и дольше, так как его состав адаптируется к потребностям растущего организма. Отсутствие ГВ повышает риск развития различных заболеваний. | | | |
| **Важность ГВ для матери**<br><br>ГВ способствует естественной регуляции рождаемости: при регулярном прикладывании ребенка к груди в организме женщины вырабатываются гормоны, подавляющие овуляцию, что приводит к лактационной аменорее. Кормление грудью снижает риск неинфекционных заболеваний, включая рак молочной железы и яичников, сахарный диабет 2 типа и сердечно-сосудистые заболевания. Оно усиливает эмоциональную близость между матерью и ребенком и избавляет семью от дополнительных расходов на искусственное питание. | | | |
| **Важность исключительно ГВ, своевременного введения прикорма** в возрасте шести месяцев и продолжения кормления грудью до 1,5–2 лет. | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Важность контакта «кожа к коже» сразу после рождения и раннего начала ГВ**<br><br>Контакт «кожа к коже» обеспечивает новорожденному тепло и ощущение безопасности, поддерживает стабильность новорожденного и облегчает начало ГВ. | | | |
| **Важность правильного положения ребенка у груди и правильного прикладывания**<br><br>При правильном положении и прикладывании ребенок получает больше молока, а мать избегает трещин сосков и не испытывает боли в молочных железах. Помощь в обучении ГВ можно получить в ____. | | | |
| **Важность кормления младенца по требованию, днем и ночью**<br><br>• Знание признаков того, что младенец получает достаточное количество молока.<br>• Значение совместного пребывания матери и ребенка.<br>• Избегать использование бутылочек и пустышек в период становления ГВ при возможности. | | | |
| **Опасность использования заменителей ГМ**<br><br>• Снижается уровень защитных эффектов ГВ и повышаются риски инфекций.<br>• Риск загрязнения питания и ошибок при его приготовлении.<br>• Дополнительные финансовые затраты на приобретение заменителей.<br>• • Возвращение к ГВ может потребовать поддержки, но часто возможно при правильном сопровождении. | | | |

Во многих странах и сообществах принято кормить младенцев грудью. Однако в регионах, где активно рекламируются и продвигаются ЗГМ, перед женщинами и семьями еще до рождения ребенка нередко возникает дилемма: кормить младенца грудью или использовать смеси. Медицинским работникам дородовой помощи важно как можно раньше предоставить беременным женщинам информацию о значимости ГВ для здоровья матери и ребенка, а также своевременно выявлять женщин, у которых могут возникнуть трудности с кормлением грудью.

**Чтобы принять осознанное решение о способе кормления своего малыша, женщине необходимы:**

- точная, научно обоснованная информация о важности ГВ и рисках альтернативных методов, поскольку одного личного мнения медицинского работника или воздействия маркетинговых кампаний производителей заменителей ГМ недостаточно;
- понимание того, как применить полученную информацию в своей конкретной ситуации, что требует обсуждения простым и понятным языком без использования медицинских терминов;
- уверенность в том, что она сможет вскормить ребенка исключительно ГМ, а при невозможности ГВ по медицинским показаниям – уверенность в том, что будет выбран наиболее безопасный для ее ситуации альтернативный способ вскармливания;
- поддержка в выполнении своего решения, необходимая как для успешного вскармливания, так и для преодоления возможных трудностей.

Индивидуальные беседы не должны быть длительными. Краткое, но целенаправленное общение может быть весьма эффективным. В начале беседы следует задавать открытые вопросы, например: «Что вы знаете о ГВ?» Вопросы такого типа позволяют обсудить возможные барьеры, трудности при предыдущем опыте кормления и укрепить решение беременной кормить ребенка грудью.

Беременной необходимо дать возможность высказать свои переживания и ожидания относительно вскармливания будущего ребенка. Беседа должна иметь двусторонний характер и не превращаться в лекцию. Если женщина уже хорошо осведомлена о раннем и исключительно ГВ, следует уточнить ее знания, проверить их корректность и дополнить при необходимости.

На решение женщины о способе кормления новорожденного могут влиять партнер, мать беременной и другие близкие родственники. Поэтому целесообразно спросить: «Кто из близких поддерживает идею ГВ?» Можно предложить женщине прийти на следующий прием с тем членом семьи, чье мнение для нее важно, чтобы он также получил информацию о вскармливании младенца.

Во время индивидуальных дородовых консультаций медицинский работник может определить, что беременная уже знает о ГВ, и начать обучение необходимым навыкам. Кроме того, специалист должен обсудить возможные проблемы, которые могут возникать у женщины, и рассказать о способах, помогающих улучшить кормление грудью, одновременно формируя у нее уверенность в собственной способности вскормить ребенка.

Если существует вероятность, что новорожденному потребуется особый уход (например, при риске преждевременных родов), в беседах следует уделять больше внимания значению ГВ для недоношенных детей и мерам поддержки вскармливания детей с особыми потребностями.

***Групповые беседы также крайне полезны:*** участницы могут свободно задавать вопросы, включая самые деликатные темы, такие как страх испортить фигуру, опасения, что кормление грудью привяжет их к ребенку, беспокойство о реакции родственников и партнера, необходимость совмещать работу дома или вне дома с уходом за младенцем.

Групповые занятия рекомендуется начинать с обсуждения вопроса: «Почему так важно ГВ?» Разговор должен вестись на понятном для женщин языке, без использования медицинской терминологии, то есть простыми и доступными словами.

**Материнское молоко:**

- является оптимальным питанием для младенца, обеспечивая его всеми необходимыми веществами для роста и развития;
- защищает ребенка от многих заболеваний и снижает риск детской смертности;
- уменьшает вероятность развития аллергии и сахарного диабета в семьях с наследственной предрасположенностью;
- помогает формированию систем организма, регулирующих кровяное давление, а также ассоциируется с более низким риском ожирения и некоторыми метаболическими нарушениями в будущем;
- всегда доступно и не требует приготовления.

Материнское молоко наилучшим образом подходит именно для своего ребенка, поскольку его состав адаптируется к потребностям младенца. Многие эффекты ГВ имеют «дозозависимый» характер: чем дольше продолжается кормление грудью, тем более выражены его преимущества.

**По сравнению с кормящими матерями у женщин,** ***которые не кормят своих детей грудью, повышается риск:***

- рака молочной железы и некоторых форм карциномы яичников;
- перелома шейки бедра в пожилом возрасте;
- накопления жировых отложений, сформировавшихся во время беременности, что в дальнейшем может привести к ожирению;
- анемии, связанной со слабой сократительной деятельностью матки после родов (в отсутствие окситоцинового рефлекса) и слишком ранним возобновлением менструаций;
- частых беременностей из-за отсутствия контрацептивного эффекта, который наблюдается при исключительно ГВ;
- эмоционального отдаления от ребенка в связи с меньшим количеством тесных и регулярных контактов.

**Страдает и семья. Когда мать не кормит ребенка грудью:**

- она теряет часть заработка из-за частых отпусков по уходу за больным ребенком;
- семейный бюджет расходуется на покупку и приготовление искусственного питания, а также на дополнительное время, необходимое для кормления смесями и уход за ребенком, который чаще болеет.

**Дети, выращенные на искусственном питании, болеют чаще,** поэтому родителям приходится чаще обращаться к врачу и нести расходы на лечение не только в младенчестве, но и в старшем возрасте.

**Дети, получавшие ГВ, вырастают более здоровыми и демонстрируют лучшие когнитивные и социальные показатели,** что позволяет им в дальнейшем вносить значимый вклад в общественное благополучие.

**Учитывая уникальный состав материнского молока, который обеспечивает младенца всеми необходимыми веществами, рекомендуется следующее:**

- до достижения ребенком возраста шести месяцев его следует кормить исключительно ГМ: в этот период ему не требуется никакая другая пища, вода или жидкости;
- после шести месяцев ГВ продолжает играть важную роль, даже при введении прикорма;
- материнское молоко наилучшим образом подходит именно ее ребенку: его состав меняется день ото дня, месяц за месяцем и даже от одного кормления к другому, полностью соответствуя потребностям младенца;
- через запах материнского молока ребенок постепенно знакомится с вкусами пищи, которая употребляется в семье.

**Материнское молоко уникально:** это биологически активная жидкость, способная обеспечить защиту здоровья не только в период ГВ, но и в последующие годы жизни. Искусственные смеси не воспроизводят эти функции полностью.

**ГМ всегда доступно:** его не нужно покупать, готовить или хранить. Кормление грудью не требует специального оборудования и приготовления пищи. Если младенец не получает ГМ, семье приходится приобретать заменители, тратить время на их приготовление и соблюдать строгую чистоту принадлежностей для кормления.

**Отказ от ГВ может повлиять на доход семьи,** поскольку может приводить к более частым обращениям за медпомощью и дополнительным расходам. Женщину необходимо информировать о различиях между ГМ и искусственными смесями, разъяснив, что заменители могут содержать больше ингредиентов, однако их концентрация не делает такие смеси лучше материнского молока. ***Ни одна искусственная смесь не может повторить уникальный состав ГМ.*** Следует также напомнить о стоимости заменителей в сравнении с бесплатным ГМ.

***При наличии медицинских показаний*** к использованию искусственного вскармливания беременную следует обучать безопасному приготовлению альтернативного питания, но делать это необходимо только индивидуально, в отдельном помещении и с участием подготовленного медицинского персонала.

Групповое обучение методам альтернативного вскармливания в дородовом периоде может сформировать у женщин ошибочное впечатление, что им так или иначе придется использовать искусственное питание. Это может подтолкнуть некоторых беременных к выбору заменителей материнского молока вместо исключительно ГВ.

Поэтому одной из важнейших задач медицинских работников является предоставление беременной женщине своевременной и достаточной информации о ГВ и раннее выявление тех, кто может столкнуться с трудностями при кормлении грудью. Такой подход позволяет подготовить женщину именно к моменту, когда знания о ГВ будут востребованы больше всего: ко времени рождения ребенка.

Медицинский работник, готовящий беременную к ГВ, должен не только предоставить необходимую информацию и поддержку, но и убедиться, что информационные потребности женщины полностью удовлетворены.

При проведении индивидуальных бесед необходимо убедиться, что каждая беременная женщина ознакомлена со всеми вопросами, обсуждавшимися на групповых занятиях. **Кроме того, во время индивидуального общения следует:**

- Расспросить женщину о предыдущем опыте ГВ, если у нее уже есть дети. Если прошлое кормление грудью было успешным, высока вероятность, что она будет кормить грудью снова. Если же возникали трудности или женщина использовала бутылочку с соской, необходимо объяснить, какие действия помогут ей успешно кормить грудью в текущую беременность, и подчеркнуть, что при любых трудностях ей окажут поддержку.
- Уточнить, есть ли у женщины вопросы или тревоги. Следует поощрить ее открыто рассказать о своих сомнениях относительно кормления грудью и помочь ей разобраться в сомнениях и принять информированное решение.
- Осмотреть молочные железы при наличии жалоб или вопросов со стороны женщины. Она может волноваться о размере груди или форме сосков. Рутинный осмотр не обязателен, если у беременной нет сомнений.
- Укрепить уверенность женщины в своей способности кормить грудью. Важно предоставить корректную информацию и объяснить, что большинство женщин способно успешно кормить грудью и что при возникновении трудностей она получит поддержку.

## Дополнительная информация

Не следует рутинно осматривать молочные железы беременных женщин, поскольку такой осмотр часто не приносит пользы и может вызвать беспокойство у тех, кто раньше не испытывал тревоги по этому поводу. Однако в некоторых случаях подобный осмотр может являться частью политики, установленной местными органами здравоохранения. В таких ситуациях он дает возможность обсудить с женщиной вопросы ГВ и убедить ее, что ее молочные железы пригодны для кормления грудью.

Важно заверить пациентку, что подавляющее большинство женщин успешно кормят своих детей грудью. Части тела человека – уши, нос, пальцы, ноги – отличаются по форме и размерам, но никто не считает, что люди с большими ушами слышат лучше, чем люди с маленькими. Точно так же молочные железы

и соски, независимо от их внешнего вида, за редчайшими исключениями способны эффективно выполнять свою природную функцию.

Во время беременности не требуется специально подготавливать грудь к ГВ. Ни один дородовой метод – ношение специальных бюстгальтеров или накладок, использование кремов, массаж груди, упражнения для сосков – не улучшает способность женщины кормить грудью. Напротив, такие методы «укрепления» сосков, как растирание грубым полотенцем, протирание спиртом или интенсивное пощипывание, могут повредить кожу и мелкие мышцы, участвующие в процессе кормления, поэтому их не следует рекомендовать.

Форма сосков может изменяться в конце беременности или после родов, но успешное вскармливание возможно при любой форме сосков. Сосок, казавшийся неудобным для кормления во время беременности, зачастую не представляет проблемы после рождения ребенка. Поэтому, если женщина беспокоится по поводу втянутых сосков, необходимо объяснить, что в медицинской организации ей помогут наладить ГВ.

Если у женщины имеется проблема с грудью, которую невозможно устранить, например последствия хирургических операций или рубцы после ожогов, следует привлекать более опытного специалиста. Это позволит вселить уверенность в том, что многие дети успешно сосут и из оперированной груди, а при невозможности кормить пораженной грудью ребенок может получить достаточное количество молока из одной здоровой груди.

**Дополнительные консультации и особая поддержка могут потребоваться женщинам, которые:**

- испытывали трудности при ГВ предыдущего ребенка, преждевременно прекращали кормление или не начинали его вовсе;
- вынуждены проводить время вдали от младенца из-за работы или учебы; таким матерям необходимо объяснить, что ребенок может получать сцеженное ГМ даже в отсутствие матери;
- сталкиваются с семейными трудностями; таким женщинам следует помочь определить, кто из родственников выступает против ГВ, и обсудить причины их позиции;
- находятся в состоянии депрессии;
- ощущают одиночество или недостаток социальной поддержки;
- являются очень молодыми матерями или матерями одиночками;
- не планируют забирать ребенка из роддома;
- перенесли операции или травмы молочной железы, что может повлиять на секрецию молока;
- имеют хронические заболевания или нуждаются в постоянной медикаментозной терапии;
- опасаются, что ребенку после рождения потребуется особый уход, например при многоплодной беременности;
- получили положительный результат теста на ВИЧ.

Консультация врача обязательна, ***если у женщины в анамнезе были преждевременные роды.***
Как и любая беременная женщина, кормящая мать во время вынашивания следующего ребенка должна особенно внимательно относиться к своему здоровью,

полноценно питаться и достаточно отдыхать. Полноценное питание беременной и родившей женщины является основным условием обеспечения ребенка всеми необходимыми веществами как во время внутриутробного развития, так и после рождения.

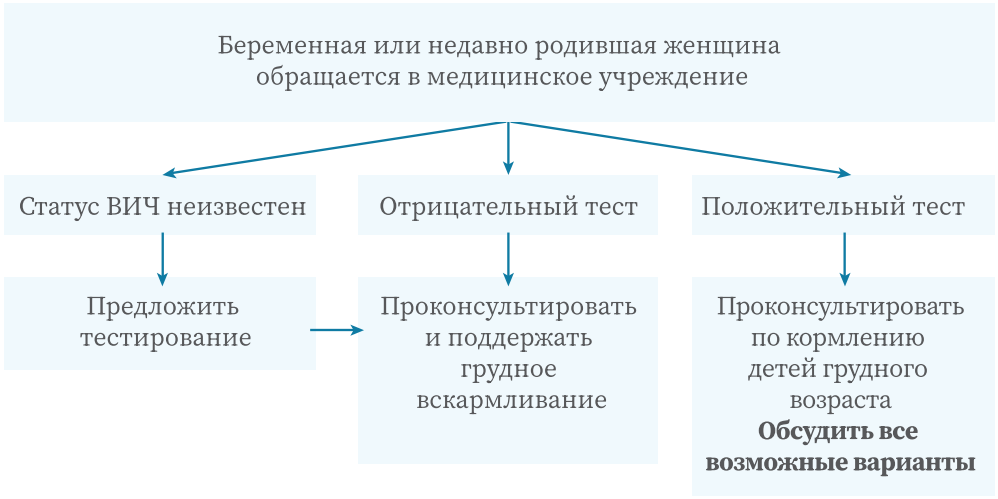
Во втором триместре беременности может наблюдаться размягчение молочных желез, а в послеродовом периоде – временное снижение секреции молока. Эти состояния не являются основанием для прекращения ГВ. Прерывание кормления грудью создает риск для здоровья ребенка.
Прекращение ГВ может повышать риски инфекций и недоедания у ребенка; важно, чтобы женщина принимала информированное решение.

Во время групповых занятий можно предложить женщинам, имеющим опыт ГВ, поделиться своими положительными примерами, а также рассказать о трудностях, с которыми сталкивались они или их знакомые, и способах их преодоления.

Беременным следует предоставить дополнительную практическую информацию, продемонстрировав на кукле, как правильно держать ребенка при кормлении и обеспечить правильное прикладывание к груди.
После прохождения антенатальной подготовки каждая беременная женщина должна знать основные преимущества ГВ, владеть практическими навыками прикладывания ребенка к груди и быть уверенной в своей способности кормить грудью.

**Информация о вскармливании младенцев, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей**
Всем беременным предлагается добровольно пройти конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ. У ВИЧ-положительной женщины, в зависимости от уровня вирусной нагрузки, существует риск передачи вируса ребенку во время беременности, родов и ГВ. Такой женщине назначается пожизненная антиретровирусная терапия (АРТ), которая проводится на протяжении всей беременности, родов и продолжается в послеродовом периоде. Информация о собственном диагнозе дает женщине возможность принимать осознанные решения.

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО КОРМЛЕНИЮ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА В СВЯЗИ С ВИЧ**



Не все дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, заражаются вирусом даже при отсутствии вмешательства. Исключительное ГВ в первые шесть месяцев жизни менее рискованно с точки зрения передачи ВИЧ, чем смешанное вскармливание. Исследования показывают, что риск передачи инфекции младенцу при исключительно ГВ ниже, чем при комбинированном питании.

При проведении АРТ матери и антиретровирусной профилактики (АРП) ребенку риск передачи ВИЧ при неопределяемой вирусной нагрузке – ниже 1–2% за период ГВ.

Если ВИЧ-положительная мать решает кормить ребенка грудью, передача ВИЧ возможна. Однако риск существует и при отказе от ГВ. В некоторых условиях опасность заболеваний и смерти, связанных с отсутствием ГВ, может превышать риск передачи ВИЧ при кормлении грудью.

## Факторы, влияющие на передачу ВИЧ от матери ребенку

### Недавнее заражение ВИЧ

Если женщина инфицируется ВИЧ во время беременности или периода ГВ, концентрация вируса в крови существенно повышается, что увеличивает вероятность передачи инфекции ребенку. В этот период особенно важно предотвращать заражение ВИЧ-отрицательных женщин, поскольку риск возникает как для матери, так и для ребенка.

### Степень тяжести ВИЧ-инфекции

Если у матери имеется заболевание, связанное с ВИЧ, или диагностирован СПИД, и при этом она не получает лечения, вирусная нагрузка в ее организме выше. Соответственно повышается риск передачи ВИЧ ребенку.

### Исключительно ГВ или смешанное вскармливание

При исключительно ГВ риск передачи ВИЧ от матери ребенку ниже. При смешанном вскармливании риск передачи возрастает, особенно если в первые месяцы жизни ребенок получает вместе с ГМ другую пищу или питье. Введение иных продуктов может нарушить формирование кишечной микробиоты и повредить целостность кишечного барьера, облегчая проникновение вируса в организм ребенка. Отказ от ГВ также имеет значительные недостатки, включая угрозу для жизни ребенка.

### Состояние груди

Трещины сосков, особенно сопровождающиеся кровоточивостью, а также мастит или абсцесс молочной железы могут повышать риск передачи ВИЧ во время ГВ. Соблюдение правильной техники кормления помогает предотвратить развитие этих состояний и снижает вероятность передачи вируса.

### Состояние рта ребенка

Наличие язв или кандидоза (молочницы) в полости рта ребенка облегчает проникновение вируса через поврежденную слизистую оболочку.

**Антиретровирусная терапия для матери**

У ВИЧ-инфицированных женщин, которые получают пожизненную антиретровирусную терапию, риск передачи ВИЧ детям значительно ниже.

**Антиретровирусная профилактика для ребенка**

Проведение ребенку антиретровирусной профилактики сразу после рождения и в период ГВ существенно снижает вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку.

АРТ ВИЧ-инфицированных матерей является основным методом снижения риска передачи вируса от матери к ребенку. Продолжение терапии в период ГВ и параллельное проведение профилактики ребенку уменьшают вероятность передачи инфекции через ГМ.

## Основные рекомендации по кормлению детей грудного возраста для ВИЧ-положительных женщин

**Матери с подтвержденным ВИЧ-положительным статусом должны получать АРТ на протяжении всей жизни,** что снижает вероятность передачи вируса при ГВ. В первые шесть месяцев жизни ребенка таким матерям рекомендуется исключительно ГВ, после чего необходимо вводить соответствующий возрасту прикорм, продолжая кормление грудью до 12 месяцев.

**Если женщина принимает решение использовать заместительное вскармливание,** медицинские работники должны помочь ей обеспечить выполнение всех необходимых условий для его безопасного и успешного применения.

**Существуют следующие альтернативы ГВ:**

**Для детей младше шести месяцев:**
- детские молочные смеси промышленного производства;
- сцеженное материнское молоко после высокотемпературной обработки.

**Для детей старше шести месяцев:**
- детские молочные смеси промышленного производства;
- молоко животных как часть рациона, обеспечивающего необходимое количество микронутриентов;
- начиная с шести месяцев, все дети нуждаются в прикорме.

**Если мать выбирает использование детской молочной смеси как замену ГВ, необходимо обеспечить выполнение следующих условий:**
- наличие безопасной воды и соблюдение санитарно-гигиенических требований в домашнем хозяйстве;
- мать или попечитель должны иметь возможность обеспечить достаточное количество молочной смеси для нормального роста и развития ребенка;
- смесь должна готовиться с соблюдением правил гигиены и достаточно часто, чтобы снизить риск диареи и нарушений питания;
- в первые шесть месяцев мать или попечитель должны обеспечивать ребенку исключительно питание молочными смесями;

- семья должна поддерживать выбранный способ вскармливания;
- мать или попечитель должны иметь доступ к медико-санитарной помощи для комплексного ухода за ребенком.

Такую же информацию должна получить ВИЧ-инфицированная женщина, не прошедшая полный курс антиретровирусной профилактики во время данной беременности. Эти женщины должны владеть этой информацией к моменту рождения ребенка, чтобы при необходимости начать альтернативное вскармливание сразу после его появления на свет.

Если ВИЧ-инфицированная женщина, прошедшая полный курс АРТ во время беременности, родов и в послеродовом периоде, после консультации принимает решение кормить ребенка грудью, оптимальным является исключительно ГВ, поскольку оно снижает вероятность передачи вируса младенцу. При ГВ при неопределяемой вирусной нагрузке риск передачи ВИЧ составляет ниже 1–2%. Об этом необходимо предупредить женщину. Это означает, что при эффективной терапии большинство детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, не заражаются ВИЧ через ГМ.

Женщину следует предупредить об опасности смешанного вскармливания, поскольку в условиях отсутствия исключительно ГВ возрастает риск заболеваний и смерти младенца, и этот риск нередко превышает вероятность передачи ВИЧ через ГМ.

Детям, матери которых не знают свой ВИЧ-статус (не проходили обследования перед родами), рекомендуется исключительно ГВ в течение первых шести месяцев жизни.

С беременными, которые по медицинским причинам или по собственному решению отказываются от ГВ, необходимо проводить индивидуальные беседы об альтернативных методах питания и обучать безопасному приготовлению питания для младенца.

**Если женщина не проходила тестирование или не знает его результатов, следует:**

- обсудить с ней преимущества тестирования на ВИЧ для нее и ее семьи;
- направить в подходящий центр тестирования и консультирования, если она выражает желание пройти тест;
- при отсутствии результата тестирования обсудить интересующие ее вопросы и рекомендовать кормить ребенка так, как если бы она была ВИЧ-отрицательной: первые шесть месяцев исключительно грудью, затем продолжить ГВ с соответствующим возрасту прикормом до двух лет и дольше;
- объяснить, что в большинстве случаев для ребенка более безопасным вариантом является ГВ, поскольку отказ от него увеличивает риск заболеваний;
- при консультировании подчеркивать, что ГВ является наиболее безопасным вариантом для ребенка женщины с неизвестным ВИЧ-статусом и предложить ей тестирование;
- предложить женщинам, родившим дома, пройти тестирование и получить консультацию при обращении в медицинское учреждение.

## 8.2. Практические меры, способствующие грудному вскармливанию

К числу мер, поддерживающих ГВ, относится ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» после родов, а также раннее начало кормления грудью. Эти меры рекомендованы ВОЗ/ЮНИСЕФ в шаге 4: ***«Следует поощрять как можно более ранний и непрерывный контакт матери и ребенка 'кожа к коже' и помогать матерям начинать ГВ как можно раньше после родов»***. Для реализации данной рекомендации необходимо соблюдать приведенные ниже практические меры, которые способствуют лучшей выработке ГМ.

Желательно, чтобы во время родов рядом с женщиной находился близкий человек (отец ребенка, мать, сестра, подруга), поддержка которого помогает ей чувствовать себя более комфортно.

**Присутствие близкого человека во время родов:**

- помогает переносить болевые ощущения;
- повышает подвижность роженицы;
- снижает уровень стресса;
- способствует ускорению родового процесса;
- уменьшает потребность в медицинском вмешательстве;
- укрепляет уверенность роженицы в своих силах.

Следует ***избегать необоснованных вмешательств в родовую деятельность; обезболивание применяется по медицинским показаниям или желанию женщины.*** Проведение кесарева сечения – только если для этого существуют обоснованные медицинские показания.

***Необходимо обеспечить оптимальный температурный режим*** в родильной комнате или в родовом зале (температура воздуха 25–28 °С) для профилактики гипотермии у новорожденных. Важно создать для пары «мать ребенок» спокойную обстановку: мягкое освещение, минимальное присутствие медицинского персонала и отсутствие лишнего шума.

***Следует обеспечить немедленный контакт «кожа к коже»*** между матерью и новорожденным: ребенка сразу после рождения кладут на живот или грудь матери, обсушивают теплой пеленкой, затем мокрую пеленку убирают и накрывают сухой. Ребенку надевают шапочку и носочки и вместе с матерью укрывают одним одеялом.

Эти меры способствуют температурной адаптации, удовлетворяют потребность матери и ребенка в формировании эмоциональной связи, способствуют формированию микробиоты матери и ассоциируются с более низким риском инфекций. Нахождение ребенка на груди у матери стимулирует врожденный поисковый рефлекс и способствует раннему началу ГВ.



**Слайд 8.2/1**

**На слайде 8.2/1** изображена мать с новорожденным, лежащим на ее груди сразу после родов: оба обнажены, обеспечивается контакт «кожа к коже».

Мать должна удерживать ребенка в таком положении как можно дольше после родов и позволить ему начать ГВ, как только он проявит готовность. Это и есть ранний контакт, который помогает установить эмоциональную связь между матерью и ребенком.

В медицинскую карту роженицы следует внести отдельный пункт для регистрации времени начала и завершения контакта «кожа к коже». ***Это подчеркнет значимость процедуры, сопоставимую с другими важными моментами родов.***

У большинства новорожденных готовность к сосанию проявляется в течение первых 30–60 минут после рождения. Если первое кормление откладывается дольше часа, вероятность успешного ГВ может снижаться, а риск раннего прекращения кормления увеличивается.

Не следует принуждать ребенка брать грудь сразу после рождения: врожденный поисковый рефлекс требует времени. Мать и новорожденный должны спокойно находиться в контакте «кожа к коже» до тех пор, пока оба не будут готовы к кормлению.

Когда ребенок готов, он начинает быстро двигать глазами под закрытыми веками или открывает их, широко открывает рот, вытягивает язык и поворачивает голову в поисках груди (как на слайдах 8.2/2 и 8.2/3). Коснувшись груди, младенец обычно успешно присасывается (слайд 8.2/4). При необходимости следует помочь матери правильно приложить ребенка, особенно если это ее первенец.



**Слайд 8.2/2**



**Слайд 8.2/3**



**Слайд 8.2/4. Ребенок успешно присосался к груди.**

Ранние прикосновения к соску и ареоле стимулируют выделение окситоцина.

**Под действием этого гормона:**

- быстрее сокращается матка, что уменьшает риск кровотечения, однако профилактика послеродового кровотечения проводится медикаментозно согласно протоколу;
- усиливается чувство привязанности и эмоциональной связи между матерью и ребенком.

Первый контакт «кожа к коже» и первоначальное кормление должны быть непрерывны как минимум в первый «золотой час» и дольше, если нет показаний к прерыванию.

Таким образом, следует избегать раздельного пребывания матери и новорожденного в родильном зале и не допускать задержки начала ГВ. Подобная практика нарушает формирование связи «мать ребенок» и может затруднять начало ГВ, а также увеличивать риск позднего прикладывания.

Младенцу, рожденному путем кесарева сечения, также необходимо обеспечить контакт «кожа к коже», если операция выполнялась под эпидуральной анестезией. В таких случаях мать находится в сознании и может сразу реагировать на ребенка. Поэтому ей следует предоставить возможность раннего контакта «кожа к коже» сразу после извлечения младенца, как показано на слайде 8.2/5. Во многих случаях после эпидуральной анестезии женщина может начать кормить ребенка грудью в течение первого часа после операции.



**Слайд 8.2/5**

Если операция выполнялась под общей анестезией, контакт матери с ребенком и начало ГВ могут состояться в послеоперационной палате, когда женщина начнет реагировать на новорожденного. Чтобы обеспечить тепло и комфорт младенцу до возвращения матери из операционной, контакт «кожа к коже» может поддерживать отец или другой близкий член семьи (слайд 8.2/6).



**Слайд 8.2/6. Ранний контакт «кожа-к-коже» с отцом.**

Когда рождаются близнецы, интервал между их появлением на свет может значительно варьировать. В таких случаях первый новорожденный, как правило, не прикладывается к груди до рождения второго. В это время его может прижать к себе другой член семьи и согревать через контакт «кожа к коже». После рождения второго младенца обоих детей выкладывают на грудь матери и при необходимости помогают ей организовать кормление.

***Ранний контакт матери и ребенка «кожа к коже» обеспечивает своевременное начало ГВ и повышает вероятность того, что женщина будет кормить грудью в течение последующих двух лет и дольше,*** как рекомендовано во время антенатальной подготовки. ***Если первое кормление откладывается более чем на час, вероятность успешного ГВ снижается, а риск раннего его прекращения возрастает.***

Контакт «кожа к коже» особенно важен для недоношенных детей и новорожденных с низкой массой тела. Выхаживание таких детей методом «кенгуру» предполагает ранний, непрерывный и длительный контакт матери с ребенком. Этот метод следует использовать как основной с того момента, когда состояние новорожденного стабильно (отсутствуют тяжелое дыхательное расстройство, десатурация или брадикардия). Метод «кенгуру» улучшает выживаемость, способствует поддержанию температуры тела и облегчает начало ГВ.

Обычно новорожденного размещают на груди матери, фиксируя его между молочными железами. Мать находится в положении «полулежа» и получает помощь в поддержании удобной позы.

Недоношенные дети с гестационным возрастом 27 недель и более могут начинать искать грудь, прикладываться и сосать. Если состояние преждевременно родившегося ребенка стабильно, без признаков выраженного дыхательного расстройства, десатурации или брадикардии, можно начинать ГВ.

Однако раннее эффективное кормление грудью у недоношенных детей может быть затруднено из-за незрелости сосательного рефлекса и/или отсутствия у матери достаточной секреции молока. Особенно важно дать ребенку молозиво за щечку. В таких случаях ключевое значение имеет раннее и частое сцеживание молока, поскольку оно стимулирует выработку и секрецию молока для преждевременно родившихся детей, которые пока не способны сосать. Тем не менее переход к непосредственному, исключительно ГВ должен оставаться целью во всех возможных случаях, и длительный контакт «кожа к коже» существенно способствует ее достижению.

## Что мешает успешному началу грудного вскармливания

На слайде 8.2/7 изображен ребенок, родившийся примерно полчаса назад и находящийся отдельно от матери. Он раскрывает рот и ищет грудь, что свидетельствует о его готовности сосать. Однако мать отсутствует рядом, и никто не может помочь ему приложиться к груди, которую он ищет.



**Слайд 8.2/7. Ребенок, отделенный от матери после родов.**

Следует избегать раздельного пребывания матери и новорожденного и не допускать задержки раннего начала ГВ. Такие практики нарушают формирование связи «мать ребенок» и снижают вероятность успешного кормления грудью. Обратите внимание на покраснение глаз ребенка: вскоре после рождения ему закапали нитрат серебра, что способно вызвать реактивный конъюнктивит или химическое раздражение. Профилактику конъюнктивита следует проводить после начала ГВ, но не позднее первого часа жизни, чтобы не нарушать установление зрительного контакта между матерью и новорожденным. Более раннее закапывание препарата, а также другие рутинные процедуры (например, отсасывание содержимого желудка сразу после рождения) могут повлиять на поведение ребенка и помешать раннему началу кормления. По возможности от избыточных процедур следует отказываться.

Другим фактором, затрудняющим успешное начало ГВ, является введение роженице некоторых обезболивающих и седативных препаратов во время родов. Эти препараты проникают через плаценту и делают ребенка вялым и менее заинтересованным в сосании. Использовать такие средства следует только при наличии медицинских показаний.

Успешному началу ГВ также препятствует предлактационное питание – любое искусственное питание, которое новорожденный получает до первого прикладывания к груди. Даже несколько эпизодов предлактационного кормления повышают вероятность трудностей с молочными железами у матери (например, застой молока) и увеличивают риск раннего прекращения ГВ.

Предлактационное кормление заменяет молозиво – оптимальную раннюю пищу ребенка, богатую питательными веществами, антителами и иммунными факторами. Оно нарушает передачу материнской микробиоты и формирование собственной кишечной микробиоты младенца, влияющей на развитие иммунной системы. Это повышает риск тяжелых бактериальных инфекций, непереносимости белков искусственного питания и аллергии.

**Предлактационное кормление препятствует установлению эффективного сосания:**

- ребенок частично насыщен, поэтому проявляет меньшую заинтересованность в сосании груди;
- кормление из бутылочки с соской затрудняет последующее прикладывание к груди;
- ребенок сосет меньше, вследствие чего снижается стимуляция молочных желез и выработка молока;
- увеличивается время «прихода» молока, что дополнительно осложняет установление ГВ.

Итак, среди мер, способствующих ГВ, ключевое значение имеют ***ранний и непрерывный контакт матери и новорожденного «кожа к коже» сразу после родов и начало ГВ*** в любой момент ***в течение первого часа жизни,*** как только ребенок проявит готовность. Необходимо поддерживать спокойную обстановку и не торопить ни младенца, ни мать.

Ранний контакт «кожа к коже» и раннее начало кормления грудью способствуют заселению ребенка безопасными комменсальными бактериями матери. Микробиота женского молока представляет собой дополнительный источник физиоло-

гических микроорганизмов, которые попадают per os в пищеварительный тракт младенца. Эти безвредные бактерии защищают ребенка от потенциально опасных микробов, включая внутрибольничные и передающиеся от медицинского персонала.

ГМ обеспечивает новорожденному с первых минут жизни поступление не только оптимального пищевого субстрата, но и широкого комплекса иммунных факторов. Высокое содержание секреторного иммуноглобулина А (sIgA) в молозиве формирует пассивный иммунитет к патогенам, защищает от проникновения болезнетворных бактерий, вирусов, паразитов, грибов и иных инфекционных факторов, способствует установлению нормального кишечного микробиома, регулирует хемотаксис нейтрофилов и адгезию микроорганизмов.

Несоблюдение этих компонентов ухода повышает риск развития тяжелых заболеваний, особенно бактериальных инфекций, которые могут приводить к летальным исходам. Согласно данным исследований, риск смерти в первые 28 дней жизни увеличивается на 33% у новорожденных, начавших получать ГВ только через 2–23 часа после родов, и удваивается или более у тех, кто начал получать ГМ спустя сутки или позже по сравнению с детьми, которым обеспечили кормление в течение первого часа жизни.

**Таким образом, для реализации четвертого шага медицинскому персоналу родовспомогательной организации необходимо:**

- обладать навыками, позволяющими оказывать матерям необходимую помощь: обеспечивать контакт «кожа к коже», правильное положение новорожденного и правильное прикладывание к груди
- способствовать длительному контакту «кожа к коже» матери и ребенка (не менее 2 часов) сразу после родов в родильной комнате или зале
- не давать новорожденному никакого питания до первого кормления грудью, поскольку предлактационное кормление препятствует установлению эффективного сосания
- обеспечивать спокойную обстановку для пары «мать ребенок»: мягкое освещение, минимальное присутствие персонала, отсутствие лишних вмешательств
- поддерживать проявление врожденного поискового рефлекса и раннее начало ГВ
- понимать физиологические и психологические преимущества начала кормления в первый час жизни, осознавая особую значимость этого периода
- оказывать такую же поддержку ВИЧ-положительным женщинам

## 8.3. Помощь матерям в поддержке и продолжении грудного вскармливания

***В соответствии с шагом 5 рекомендуется «предоставлять матерям практическую поддержку,*** чтобы они могли начать и продолжать ГВ и научились преодолевать обычные связанные с этим трудности».

Хотя ГВ является естественным поведением человека, большинство женщин нуждается в практической помощи, чтобы научиться кормить грудью. Даже опытные матери могут столкнуться с новыми трудностями при кормлении новорожденного. Поэтому оценку ГВ следует проводить как можно раньше, не позднее чем через первые шесть часов после родов, ***чтобы определить, требуется ли женщине помощь.***

Установлено, что консультирование и поддержка по вопросам ГВ в послеродовом периоде улучшают показатели ГВ, в том числе обеспечивают более высокую частоту исключительно ГВ до шести месяцев.

Своевременная корректировка положения и прикладывания ребенка к груди позволяет предотвратить развитие проблем на последующих этапах. Медицинский персонал должен наблюдать кормление, когда это возможно, у каждой женщины, чтобы при необходимости скорректировать положение ребенка и прикладывание к груди для обеспечения эффективного отсасывания молока.

Использование формы «Наблюдение за кормлением грудью» помогает определить трудности, с которыми сталкивается мать, и дать ей соответствующие рекомендации.

***Мать может кормить младенца в разных положениях:*** сидя, лежа, стоя и даже двигаясь.

**Если женщина сидит или лежит, важно убедиться, что:**

- ей комфортно и спина имеет опору;
- в сидячем положении ноги опираются на поверхность и не свисают;
- при необходимости обеспечена поддержка груди.

Младенец может находиться у груди матери в разных положениях, однако при любом варианте **необходимо соблюдать основные условия, обеспечивающие комфорт и эффективность кормления:**

- голова и туловище ребенка расположены на одной прямой линии;
- лицо обращено к груди, нос находится напротив соска;
- туловище плотно прижато к матери;
- если ребенок новорожденный, мать поддерживает все его тело снизу, а голову и плечи фиксирует рукой.

Если младенец правильно расположен у груди, правильно приложен и эффективно сосет, вмешиваться в процесс кормления не требуется. Достаточно объяснить матери ключевые моменты, на которые следует обращать внимание: это укрепляет ее уверенность в собственных навыках кормления.



**Слайд 8.3/1. Первое кормление грудью**

**На слайде 8.3/1** показан ребенок, который впервые сосет грудь. Он хорошо расположен и правильно приложился. Большинство новорожденных в первые часы после родов готовы сосать и легко прикладываются к груди.



**Слайд 8.3/2. Необходимость оказания помощи на раннем этапе ГВ**

**На слайде 8.3/2** изображена мать в послеродовой палате, испытывающая трудности при прикладывании ребенка. Рядом нет человека, который мог бы оказать помощь. Такая ситуация является типичной для многих родовспомогательных организаций, где женщинам приходится самостоятельно справляться с возникающими трудностями, что нередко приводит к проблемам, а в дальнейшем и к отказу от ГВ.

***Следовательно, помощь матерям на раннем этапе ГВ имеет решающее значение для успешного начала и последующего поддержания кормления грудью.***

Многим женщинам не требуется помощь или нужна минимальная поддержка. Однако мать может не осознавать, требуется ли ей помощь. Поэтому на первых кормлениях необходимо присутствие акушерки, чтобы убедиться, что прикладывание проходит правильно. Такая практика должна стать рутинной в послеродовых палатах вплоть до выписки. Ее внедрение требует организационной поддержки и распределения обязанностей персонала.

Слайд 8.3/3 демонстрирует, как акушерка помогает женщине после кесарева сечения приложить ребенка к груди в послеродовой палате. Это может быть первое кормление сразу после восстановления сознания или одно из последующих кормлений. Чем раньше начинается помощь, тем легче наладить ГВ.



**Слайд 8.3/3. Оказание помощи матери на раннем этапе кормления грудью**

**Итак, для эффективной поддержки матери на раннем этапе ГВ необходимо:**

1. Избегать спешки и лишнего шума.
2. Говорить спокойно и размеренно.
3. Спросить у женщины, как она себя чувствует и как проходит кормление.
4. Дать ей возможность рассказать о своих ощущениях и, при необходимости, оказать помощь до того, как давать рекомендации.
5. Понаблюдать за кормлением грудью: спокойно подойти в момент кормления и оценить, как мать и ребенок справляются. Если положение и прикладывание корректные, следует похвалить женщину и отметить, что она и ребенок хорошо справляются. В этом случае вмешательство не требуется.
6. Помочь матери принять удобное положение и правильно приложить ребенка, если есть затруднения.
7. Предоставить уместную информацию: о кормлении по требованию, сигналах готовности ребенка к кормлению и механизме «прихода» молока.
8. Ответить на вопросы матери: она может быть обеспокоена или неуверенна в каких-то аспектах, поэтому важно объяснять необходимую информацию просто и понятно.

## Как ребенок показывает, что хочет есть?

Он находится в бодрствовании, тянет руки ко рту, делает сосательные движения, сосет пальцы, поворачивает голову и ищет грудь.

**Дополнительное питание**
В шаге 6 рекомендуется не давать новорожденным никакого питания или питья, кроме ГМ, за исключением ситуаций, когда имеются обоснованные медицинские показания.

Предоставление новорожденному любого дополнительного питания или жидкости в первые дни жизни может препятствовать становлению лактации и снижать стимуляцию груди. Ребенок будет сосать грудь менее активно, что приведет к недостаточной стимуляции лактации. В дальнейшем это повышает риск преждевременного прекращения ГВ.

Кроме того, дополнительные продукты или жидкости могут содержать вредные микроорганизмы и создавать риск инфицирования. Искусственные смеси формируют отличающуюся микробиоту и, как следствие, могут нарушать выработку широкого спектра антимикробных и защитных веществ, которые в норме препятствуют росту патогенных микроорганизмов.

Докорм на ограниченный период может потребоваться младенцам при наличии определенных патологических состояний как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Обычно докорм применяется временно, до момента, когда младенец сможет перейти на полноценное ГВ.

**Возможные медицинские показания для докорма, связанные с патологиями новорожденного:**

1. **Низкая масса тела при рождении (<1500 г) или недоношенность (до 32-й недели гестации).** У таких детей часто отсутствует сформированный сосательный рефлекс. При возможности их следует кормить сцеженным ГМ матери через чашку или зонд. Если материнское молоко недоступно, назначается лечебная или искусственная смесь до появления способности сосать грудь.
2. **Гипогликемия (низкий уровень глюкозы крови, который не корректируется поступлением ГМ).** Недоношенные дети, дети с низким весом для гестационного возраста и новорожденные с факторами риска могут развивать гипогликемию. Таким младенцам требуется докорм согласно назначению врача.
3. **Признаки потребления недостаточного количества ГМ.** Если младенец демонстрирует симптомы недостаточного питания, необходимо обследование для выявления причины. Если ситуация сохраняется несмотря на предпринятые меры, требуется временное введение докорма.
4. **Высокий уровень билирубина, связанный с недостаточным потреблением ГМ.** В первую неделю жизни у младенцев часто развивается желтуха вследствие повышенного уровня билирубина. Молозиво способствует выделению мекония, который выводит билирубин. Ребенок, который хорошо сосет и имеет нормальный уровень билирубина, не нуждается в докорме. Если гипербилирубинемия вызвана недостаточным потреблением молока, докорм может быть необходим.

Возможные медицинские показания со стороны матери, обосновывающие временный докорм новорожденного искусственной смесью. Как правило, докорм требуется лишь до восстановления здоровья женщины.

**1. Задержка начала выработки молока при недостаточном его потреблении младенцем.**
Иногда лактация у матери начинается позднее. Если секреция молока не устанавливается к третьему–пятому дню и у ребенка появляются признаки недостаточного получения молока, может потребоваться временный докорм до «прихода» молока.

**2. Гормональные нарушения.**
Недостаточная выработка молока может быть связана с нарушениями работы эндокринной системы, регулирующей лактацию, например при поликистозе яичников или недостаточном уровне пролактина.

**3. Недостаточная выработка молока** вследствие патологий груди или перенесенных операций.

**4. Задержка фрагментов плаценты в полости матки.**
Оставшаяся часть плаценты может задерживать начало лактации до момента ее полного удаления.

**5. Тяжелое заболевание, препятствующее уходу за ребенком.**
Тяжелые послеродовые осложнения, включая сепсис, могут лишить мать возможности ухаживать за ребенком. Если состояние позволяет, женщина может сцеживать молоко. В противном случае ребенку требуется временное использование заменителей ГМ до восстановления здоровья и возобновления лактации.

**6. Инфекция вирусом простого герпеса первого типа с открытыми поражениями на груди.**
При наличии открытых язв на коже груди или сосках необходимо исключить прямой контакт рта ребенка с пораженными участками до заживления. Если поражена только одна грудь, кормление следует проводить здоровой грудью.

Для матерей, которые заявляют о своем намерении не кормить грудью или планируют «комбинированное кормление» (сочетание ГВ и использования ЗГМ), необходимо провести консультацию о значении исключительно ГВ в первые 6 месяцев жизни, о способах установления и поддержания лактации и о том, как добиться эффективного сосания и поступления молока из груди. Тем не менее, если женщина окончательно выбирает отказ от ГВ, необходимо организовать кормление ЗГМ.

Матерей, которые используют заменители ГМ по медицинским показаниям или по выбору, следует обучить безопасному приготовлению и хранению молочной смеси, а также тому, как правильно реагировать на признаки готовности ребенка к кормлению.

Следует пересмотреть существующую практику использования ЗГМ, утвердить перечень медицинских показаний для назначения альтернативного питания, закрепленный в Политике учреждения, и довести его до сведения всего персонала. Необходимо убедиться, что эти показания соответствуют перечню ВОЗ/

ЮНИСЕФ «Приемлемые медицинские причины для использования ЗГМ».
При необходимости назначения дополнительного питания приоритет должен отдаваться донорскому ГМ (если его использование разрешено в вашей стране).

**Противопоказаниями к кормлению детей ГМ являются:**

- наследственные ферментопатии (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа»)
- прием матерью препаратов, противопоказанных при ГВ (цитостатики, радиоактивные препараты, противотиреоидные препараты)
- ВИЧ-инфицированная мать, не прошедшая полный курс антиретровирусной профилактики во время данной беременности

Младенцам с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) и гестационным возрастом менее 28 недель, а также детям с очень низкой массой тела (менее 1500 г) и гестационным возрастом менее 32 недель, а также больным новорожденным в тяжелом состоянии, получающим по медицинским показаниям парентеральное питание, следует одновременно назначать минимальное трофическое питание сцеженным материнским молоком. Для этого используются альтернативные методы кормления (шприц, зонд, чашка, ложка). В таких ситуациях необходимо оказывать поддержку матерям и поощрять регулярное сцеживание, чтобы стимулировать выработку молока и обеспечивать ребенка собственным молоком на период, когда прямое ГВ временно невозможно.

**Следует удостовериться, что:**

- медицинский персонал знаком со списком приемлемых медицинских показаний для использования заменителей ГМ, что подтверждается проведением аттестации;
- матери получают информацию во время дородовых занятий и в раннем послеродовом периоде о рисках и проблемах, связанных с применением заменителей ГМ;
- заменители ГМ, назначаемые по медицинским показаниям в медицинской организации, закупаются так же, как и лекарственные препараты;
- ЗГМ и связанное с ними оборудование хранятся вне поля зрения женщин;
- персонал не поощряет и не рекомендует любое питание или питье, не являющееся ГМ, и не распространяет такие продукты среди матерей
- организованы специальные помещения и оборудование для сцеживания и хранения ГМ.

## Круглосуточное пребывание матери и новорожденного в одной палате

***Совместное пребывание матери и новорожденного в одной палате, рекомендуемое в шаге 7, обеспечивает кормление грудью по требованию: так часто и так долго, как этого хочет ребенок, днем и ночью.*** Такой подход снижает количество контактов новорожденного с различными сотрудниками медицинской организации и уменьшает риск инфицирования госпитальной микрофлорой.

Постоянная близость матери и ребенка способствует раннему началу ГВ и обеспечивает заселение кожи и желудочно-кишечного тракта новорожденного пре-

имущественно материнской микрофлорой, против которой в ГМ уже присутствуют антитела. Одновременно формируется кишечный микробиом младенца. Все это снижает вероятность развития постнатальных инфекций у новорожденных и детей грудного возраста.

***Кроме того, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате дает женщине возможность ориентироваться на сигналы и поведение младенца,*** кормить его по требованию без ограничений по частоте и длительности в любое время суток.

Совместное пребывание способствует активному освоению матерью навыков ухода за новорожденным, повышает ее ответственность за соблюдение личной гигиены и санитарии, укрепляет привязанность и ускоряет адаптацию ребенка к внеутробной среде.

Эти аргументы подтверждают необходимость размещения детских кроваток в послеродовых палатах рядом с кроватями матерей. Желательно, чтобы высота детской кроватки соответствовала высоте материнской, а расстояние позволяло женщине самостоятельно взять младенца для кормления, не вставая с кровати. Если в медицинской организации отсутствуют детские кроватки, возможно размещение матери и ребенка в одной достаточно широкой кровати при условии соблюдения мер безопасности для новорожденного.

У женщин после кесарева сечения детскую кроватку также следует размещать рядом с материнской, даже если мать временно находится в отделении интенсивной терапии. Высота кроваток должна быть одинаковой, а расстояние между ними – удобным для самостоятельного кормления. Медицинскому персоналу необходимо помогать матери подобрать удобное положение и технику кормления, а также оказывать постоянную помощь в уходе за женщиной и ребенком. Все процедуры по уходу за новорожденным желательно проводить в палате в присутствии матери.



**Слайд 8.3/4**

На слайде 8.3/4 ребенок находится в детской палате отдельно от матери. Он плачет, но мать находится в другой комнате и не может откликнуться на его потребности. Женщина кормит его каждые три часа, когда медсестра приносит младенца.
Когда новорожденные размещены в отдельной детской палате, они плачут чаще.

В таких условиях возрастает вероятность того, что медсестры, пытаясь успокоить ребенка, предложат смесь из бутылочки. У матерей формируется меньшая уверенность в собственных навыках ГВ, что увеличивает риск возникновения трудностей и преждевременного прекращения кормления грудью.

***Разделение матери и ребенка нарушает установление связи «мать-ребенок» и препятствует успешному ГВ.*** Разделение не должно допускаться, кроме случаев, когда это требуется по медицинским показаниям.

## Дополнительная информация

Существует четыре наиболее распространенных довода, которыми объясняют раздельное пребывание матери и ребенка в роддомах и больницах. Намерения нередко бывают положительными, однако сами доводы необоснованны.

**1. Необходимость отдыха матери.**
Сразу после родов и мать, и ребенок находятся в состоянии возбуждения и нуждаются в тесном контакте. Они могут отдыхать вместе, не разлучаясь.

**2. Профилактика инфекции.**
Нет доказательств, что нахождение ребенка в детской палате снижает риск инфицирования. Напротив, это может повышать вероятность перекрестного заражения среди новорожденных, источником которого может быть медицинский персонал.

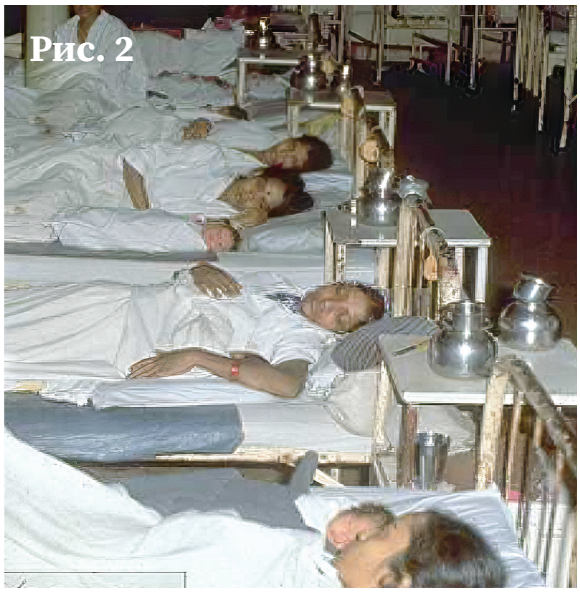
**3. Недостаток места для детских кроваток.**
В большинстве случаев проблема размещения решаема, если администрация осознает важность совместного пребывания. В некоторых учреждениях дети находятся в одной кровати с матерью – при строгом соблюдении мер безопасности – что позволяет избежать необходимости выделять дополнительное пространство. Если по медицинским причинам совместное пребывание временно нежелательно, эти причины должны быть зафиксированы в медицинской документации матери и ребенка. Необходимость раздельного размещения требуется регулярно пересматривать, чтобы минимизировать время разлуки.

**4. Необходимость наблюдения за ребенком.**
Матери внимательно наблюдают за своими младенцами и нередко замечают отклонения в их состоянии раньше занятого персонала. Разделение в ожидании осмотра врача не имеет обоснований.

**На рисунке 1 слайда 8.3/5** показано круглосуточное совместное пребывание матери и новорожденного с момента рождения. На рисунке 1 ребенок лежит в кроватке, размещенной рядом с кроватью матери. Такое расположение позволяет женщине легко дотянуться до младенца, не вставая с постели.

**На рисунке 2 слайда 8.3/5** дети находятся в одной кровати с матерями. Такое размещение дает дополнительные преимущества для ГВ, поскольку в этой ситуации женщине легче кормить и одновременно отдыхать. Мать может приложить ребенка к груди ночью или в любое другое время, не вставая с постели. Этот вариант также позволяет решить проблему нехватки места для размещения детских кроваток в палате.




**Слайд 8.3/5. Совместное пребывание матери и ребенка.**

**Таким образом, совместное пребывание дает ряд преимуществ:**

- Мать может реагировать на ребенка и кормить его в любое время по его сигналам, что укрепляет связь «мать-ребенок» и поддерживает ГВ.
- Дети плачут меньше, поэтому снижается вероятность докорма из бутылочки с соской.
- ГВ становится более стабильным и длительным, а ребенок лучше прибавляет в массе.
- Кормление по требованию упрощается, когда ребенок постоянно рядом, что стимулирует лучшую выработку молока.
- У матери растет уверенность в собственных навыках ухода.
- Мать постоянно видит состояние ребенка и легче замечает малейшие изменения.
- Риск инфекций ниже, чем при нахождении младенца в детской палате.
- Повышается уверенность женщины в успешности ГВ.
- Поддерживает ранний контакт и взаимодействие матери и ребенка, даже если грудное кормление невозможно.

## Кормление с учетом реакции ребенка

**Шаг 8 гласит:** ***матерям следует оказывать поддержку и обучать их распознавать сигналы и реакции ребенка, связанные с потребностью в кормлении, и правильно реагировать на эти сигналы.***

Как уже отмечалось выше, совместное пребывание дает матери возможность кормить ребенка так часто и так долго, как он хочет, днем и ночью. Матери не нужно ждать, пока младенец потеряет терпение и начнет плакать, чтобы предложить ему грудь. Именно поэтому предпочтительнее использовать термин «кормление по инициативе ребенка», а не «кормление по требованию». Мать учится реагировать на ранние признаки, подаваемые младенцем: движения головы в поисках груди, открывание рта, высовывание языка, чмоканье и облизывание губ, что свидетельствует о его готовности к кормлению.

Нет необходимости ограничивать продолжительность кормления грудью при условии, что ребенок хорошо приложен к груди и у матери отсутствуют болезненные ощущения в сосках.

Важно, чтобы матери знали: плач младенца – запоздалый сигнал, и лучше предложить грудь раньше, поскольку при выраженном беспокойстве ребенку труднее принять удобное положение и правильно приложиться.

Некоторые дети высасывают необходимое количество молока за несколько минут, другим требуется больше времени, особенно в первую неделю или две. Варианты индивидуальны, но чрезмерно длительные кормления требуют оценки эффективности прикладывания. Насытившийся ребенок обычно сам отпускает грудь. Если мать отнимает малыша раньше, чем он закончит сосание, он может недополучить молоко, которое выделяется в конце кормления.

Нет необходимости предлагать обе груди в каждое кормление. Если ребенок не берет вторую грудь, значит он наелся. В следующее кормление эту грудь следует предложить первой, чтобы обе груди стимулировались равномерно.

**Преимущества кормления по требованию (по инициативе ребенка):**

- ГМ быстрее «прибывает».
- Ребенок быстрее набирает массу тела.
- Реже возникают проблемы с грудью, такие как нагрубание молочных желез.
- Легче наладить процесс ГВ.

**Совместное пребывание матери и ребенка и кормление по инициативе ребенка способствуют формированию эмоциональных связей и успешному ГВ.**

Иногда мать отделяют от ребенка из-за его заболевания или низкой массы тела при рождении, что требует специального ухода. В такой ситуации мать особенно нуждается в поддержке. Ей необходима помощь в сцеживании молока, как показано на слайде 8.3/6.



**Слайд 8.3/6**

***Сцеживание молока необходимо как для установления и поддержания лактации,*** так и для обеспечения ребенка ГМ.

Матери может понадобиться поддержка, чтобы осознать, что ее молоко крайне важно для ребенка и что его получение принесет ему значительную пользу.

**Ей также требуется помощь в том, чтобы научиться поддерживать ребенка в переходе к сосанию груди,** как только он будет к этому готов.



**Слайд 8.3/7**

**На слайде 8.3/7 изображен маловесный ребенок,** которого кормят сцеженным молоком матери с помощью чашки.

***Ранее его кормили через назогастральный зонд.***

Теперь мать может давать ему свое молоко из чашки. Нет необходимости предлагать таким детям бутылочку с соской: сосание из бутылки для них сложнее, чем сосание груди.

**На слайде 8.3/8** показана мать после кесарева сечения, кормящая ребенка грудью. Как отмечалось ранее, после кесарева сечения женщина в большинстве случаев может кормить грудью.

Это зависит от общего состояния матери и типа примененной анестезии. После эпидуральной анестезии кормление грудью обычно возможно в течение 30–60 минут после рождения ребенка, когда женщина клинически готова. Если операция проводилась под общей анестезией, кормление становится возможным сразу после того, как женщина приходит в сознание.



**Слайд 8.3/8**

Ребенок, рожденный путем кесарева сечения, должен находиться в одной палате с матерью, и она может кормить его сразу, как только он подаст признаки голода. Большинству матерей требуется помощь, чтобы подобрать удобное положение в первые дни после операции.

**Часто самым комфортным вариантом становится кормление лежа, как показано на слайде 8.3/8.**

- Мать может лежать на спине, размещая ребенка сверху.
- Ей может быть удобнее лежать на боку, располагая ребенка рядом, лицом к себе. В таком положении малыш не давит на область послеоперационной раны. Матери может понадобиться помощь, чтобы повернуться на другой бок и переложить ребенка.
- Позже может подойти положение сидя: ребенок располагается поперек живота выше линии разреза или в позиции «из-под руки».

Независимо от выбранного положения необходимо убедиться, что младенец правильно расположен у груди и правильно приложен.

**Матери после кесарева сечения могут использовать следующие рекомендации по выбору поз:**

- первые 24 часа: кормление лежа на спине;
- следующие 24 часа: кормление, поворачиваясь с боку на бок;
- начиная с третьих суток: кормление сидя, опираясь на подушки и удерживая ребенка перед собой.

## Шаг 9. Консультировать матерей в отношении использования бутылочек и сосок для кормления, пустышек, а также связанных с этим рисков.

Надлежащее консультирование матерей и других членов семьи позволяет им принимать обоснованные решения об использовании или неиспользовании пустышек и бутылочек с сосками до того, как ГВ будет успешно налажено. Существует ряд причин, по которым следует соблюдать осторожность при их применении, в том числе необходимость строгого соблюдения правил гигиены при очистке пустышек, бутылочек и сосок, поскольку они могут служить источником бактериального загрязнения. Продолжительное использование бутылочек и сосок может вызвать трудности при ГВ. Применение пустышек может помешать матери распознавать ранние сигналы ребенка о желании есть: если из-за пустышки мать не замечает, как младенец чмокает, делает поисковые движения или тянется к груди, кормление может начаться поздно, когда ребенок уже плачет.

Что касается недоношенных младенцев: данные свидетельствуют, что кормление из бутылочки с соской затрудняет формирование навыка сосания груди. Если имеются медицинские показания для использования сцеженного ГМ или другого питания, предпочтительны методы кормления из чашечки или ложечки. Сосание пустышки заменяет сосание груди, снижая физиологическую стимуляцию молочной железы, что может уменьшать выработку молока.

**В связи с этим необходимо:**
- избегать использования сосок, пустышек, бутылочек и других приспособлений;
- при невозможности ГВ применять альтернативные методы (ложечка, чашечка, мензурка) и обучать матерей этим способам;
- если мать приносит пустышку или бутылочку с соской, медперсоналу следует обсудить с ней возможные риски.

Глубоконедоношенным детям с экстремально низкой массой тела допускается стимуляция сосательного рефлекса с помощью пустышки.

## Последующая поддержка кормящих матерей

Последующая поддержка кормящих матерей осуществляется в рамках выполнения 10-го шага: *«Обеспечить координацию выписки с тем, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу».*

Матерям требуется длительная поддержка для продолжения ГВ. Несмотря на то, что за время пребывания в медучреждении, обслуживающем матерей и новорожденных, женщина должна успеть приобрести базовые навыки ГВ, процесс становления лактации может быть не завершен к моменту выписки. В дни и недели после выписки поддержка особенно важна для выявления и решения возникающих на раннем этапе трудностей.

**Мать проходит несколько этапов:** становление выработки молока, рост и развитие ребенка, а также возможные изменения в ее собственной жизни (например,

возвращение к работе или учебе). На каждом из этих этапов ей требуется применять навыки по-разному и получать дополнительную поддержку.

В рамках защиты, содействия и поддержки ГВ необходимо планировать и координировать выписку из учреждений родовспоможения так, чтобы родители и дети имели доступ к постоянной помощи. Своевременная поддержка после выписки играет ключевую роль в поддержании устойчивых показателей ГВ. МО должны располагать информацией о ресурсах местного сообщества и направлять матерей к ним. К таким ресурсам относятся учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), группы материнской поддержки ГВ, телефонные «горячие линии».

При выписке каждая мать должна быть прикреплена к ресурсам местного сообщества, оказывающим поддержку, необходимую для лактации.

В 2016 г. Pérez-Escamilla назвал поддержку на уровне местного сообщества важнейшим элементом поддержания устойчивого ГВ не только в первые недели жизни новорожденного, но и позднее [1]. Доказано, что вмешательства, направленные на улучшение показателей ГВ, значительно эффективнее, если мероприятия в рамках медико-санитарной помощи сочетаются с активностью на уровне местных сообществ [2].

Медицинским учреждениям следует надлежащим образом организовать направление матерей и новорожденных к специалистам ПМСП, чтобы ребенок был осмотрен медицинским работником через 2–4 дня после родов, а затем еще раз в течение второй недели, и была оценена ситуация с кормлением младенца. Информация на бумажном носителе или в Интернете может быть полезна для установления контактов и получения поддержки при возникновении вопросов, сомнений или трудностей. Однако это не должно заменять активное последующее наблюдение квалифицированными медицинскими работниками на уровне ПМСП, которые обеспечивают последовательную поддержку ГВ в соответствии с потребностями матери и новорожденного. Последующее наблюдение имеет особое значение в отношении недоношенных младенцев и новорожденных с низкой массой тела при рождении. В этих случаях отсутствие четкого плана наблюдения может привести к серьезным угрозам для здоровья, поэтому постоянная поддержка со стороны квалифицированных специалистов обязательна. Многих матерей выписывают через один-два дня после родов, когда у них еще не успело «прибыть» молоко и не наладилось ГВ, что создает риск возникновения трудностей при кормлении дома. Даже хорошо организованная практика в стационаре не может устранить все возможные проблемы. Поэтому крайне важно предусмотреть, что может произойти после возвращения матери домой.

**Трудности, которые могут возникнуть у матери дома**

- У матери могут появляться физиологические трудности при кормлении грудью.
- Ей может потребоваться противостоять требованиям членов семьи о введении прикорма.
- Она может сталкиваться с большим количеством разноречивых советов о способах кормления ребенка.
- Она может оказаться в изоляции и лишиться своевременной помощи.
- Она может быть вынуждена рано вернуться к работе.

*Даже при успешном продолжении ГВ матери необходима поддержка.*

**Возможные источники помощи кормящим грудью матерям включают:**

**Поддержка семьи и друзей.**
Часто это основной источник поддержки. Такая помощь бывает особенно эффективной там, где сохраняются устойчивые традиции ГВ, и родственники живут рядом. Однако некоторые традиционные представления могут быть ошибочными. Многие женщины, особенно в городах, не имеют достаточной поддержки, а друзья или родственники могут, напротив, поощрять кормление из бутылочки с соской.

**Ранний постнатальный контроль в течение недели после выписки из больницы.**
Такой контроль должен включать наблюдение за кормлением грудью и обсуждение того, как оно проходит. В этот период можно своевременно помочь матери справиться с небольшими трудностями, пока они не переросли в серьезные проблемы.

**Регулярный контроль и продолжение оказания помощи со стороны служб здравоохранения.**
Этот контроль должен включать наблюдение за кормлением грудью, а также обсуждение вопросов планирования семьи и поддержки ГВ до 2 лет и более.

Поддержка продолжения практики ГВ обеспечивается путем организации «горячей линии» и посещений на дому (патронаж) после выписки из роддома или больницы. Наиболее удобным вариантом для «горячей линии» является телефон приемного покоя, поскольку матери могут получать консультацию круглосуточно. Следует убедиться, что сотрудники данного подразделения обучены, консультируют компетентно, а также, что сотрудников достаточно для обеспечения бесперебойной работы приемного покоя. Необходимо фиксировать в специальном журнале все консультации, проведенные по телефонам «горячей линии». Ниже приведен пример оформления журнала «горячей линии».

| № | Ф.И. ребенка, возраст | Адрес, телефон | Проблема/ вопрос | Консультация/ ответ | Кто консультировал |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |

Один раз в квартал требуется проводить анализ вопросов, с которыми матери обращаются на «горячую линию», чтобы корректировать работу медицинского персонала с семьями. Такая «обратная связь» помогает своевременно вносить изменения или дополнения в обучение по ГВ беременных и кормящих женщин.

**Параллельно с организацией «горячей линии» следует:**
1. При МО организовать работу группы поддержки ГВ (ГПГВ), основной целью которой является содействие ГВ путем взаимодействия с матерями после выписки из МО.

2. Выделить помещение для ГПГВ, где могут собираться матери с детьми, беременные женщины и члены их семей; помещение должно быть теплым, с приятным интерьером и наглядной информацией по ГВ (плакаты, рисунки, фотографии).
3. Назначить медицинского работника (врача, акушерку, медсестру), ответственного за работу ГПГВ; специалист должен пройти соответствующую подготовку.
4. Организовать обучение членов ГПГВ вопросам ГВ, которое проводит медицинский работник, прошедший подготовку.
5. Организовать «телефон доверия» в медицинской организации, по которому женщина может получить необходимую информацию или консультативную помощь специалиста. Телефон доверия создается на базе стационарного или мобильного телефона, а сотрудники, отвечающие на вопросы, должны иметь информационные материалы, тексты и сценарии ответов.
6. Убедиться, что информация, предоставляемая членами ГПГВ при консультировании, соответствует рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ.

В обязанности медицинского работника, ответственного за работу ГПГВ, входит формирование и подбор активных матерей для участия в работе группы, распространение информации о деятельности ГПГВ среди родителей, организация информационных стендов с графиком работы и составом ГПГВ. Эта информация распространяется во всех МО, оказывающих уход и помощь беременным, матерям и детям. Критериями отбора матерей для работы в ГПГВ являются: положительный опыт продолжительного ГВ, желание делиться этим опытом и умение общаться с людьми.

Членами ГПГВ могут быть и матери, имевшие в анамнезе трудности с ГВ (кесарево сечение, влияние родственников на выбор искусственного вскармливания, использование заменителей ГМ, трещины сосков, маститы, нагрубание молочных желез, неуверенность в своих возможностях по уходу за ребенком, многодетность, многоплодная беременность) и успешно их преодолевшие.

Численность ГПГВ в среднем составляет 8–10 человек, однако может варьировать в зависимости от местных условий. Состав группы может меняться по мере прекращения матерями ГВ или выхода на работу, но матери, желающие продолжать участие, могут оставаться в группе дольше.

Обучение матерей вопросам ГВ проводит медицинский работник, прошедший соответствующую подготовку. В его обязанности также входит постоянный контроль за достоверностью информации, которую члены ГПГВ предоставляют матерям.

Информация о ГПГВ должна предоставляться каждой родильнице при выписке из роддома/больницы. Кроме того, она должна размещаться на стендах в видимых местах поликлиники или женской консультации. Информация должна содержать расписание работы ГПГВ, адрес и контактные телефоны или адреса членов группы, к которым можно обратиться за помощью. Учитывая высокий уровень доверия населения к медицинским работникам, целесообразно организовать работу ГПГВ таким образом, чтобы ежедневно один из медработников, входящих в группу, находился определенное время в выделенном для ГПГВ кабинете.

Ежемесячно (2–3 раза) по определенным дням необходимо организовывать заседания ГПГВ, на которые могут приходить все желающие или нуждающиеся в помощи. Желательно, чтобы эти заседания совпадали с днями «Здорового ребенка» в детской поликлинике, когда матери с детьми приходят на ежемесячный осмотр к врачу. В другое время члены ГПГВ работают с кормящими матерями по мере своих возможностей. Если такой возможности нет, работу ГПГВ обеспечивают обученные медицинские работники поликлиники. Во внерабочее время деятельность ГПГВ должны обеспечивать члены группы, имеющие телефон.

Если в населенном пункте отсутствует телефонная связь, желательно, чтобы члены ГПГВ проживали в разных районах для удобства обращения к ним. Мониторинг реализации программы по охране, поддержке и поощрению ГВ в МО проводится один раз в год. Рабочая группа МО во главе с первым руководителем проводит анализ (самооценку) деятельности учреждения по внедрению инициативы «Больницы доброжелательного отношения к ребенку» во всех отделениях. Анализ позволяет выявить факторы, как способствующие, так и затрудняющие продвижение всех шагов по охране, поддержке и поощрению успешного ГВ. Результаты самооценки обсуждаются на общем собрании коллектива МО, после чего разрабатываются мероприятия по выполнению необходимых изменений.

## Список использованной литературы:

1. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. Matern Child Nutr. 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294.

2. Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martines J, Teneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr. 2015;104:114–34. doi:10.1111/apa.13127.

# 9. НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА

# 9. НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА

Одной из наиболее распространенных причин, по которой матери прекращают кормить грудью и переходят на смеси, является убеждение, что у них «недостаточно молока».
На практике, даже если мать так считает, ребенок чаще всего получает все необходимое. Почти все женщины способны вырабатывать молока больше, чем требуется их ребенку.

Иногда ребенку действительно может не хватать молока. Обычно это происходит потому, что кормление длится недолго: ребенок сосет непродолжительное время или делает это неэффективно. Лишь в исключительных случаях причиной является реальная неспособность матери вырабатывать достаточный объем молока. Поэтому важно обращать внимание ***не на предполагаемое количество молока у матери, а на то, сколько молока получает ребенок.***

Проблема «недостаточно молока» может возникнуть до установления полноценного ГВ, в первые дни после родов. В таких ситуациях матери требуется помощь в налаживании кормления. Она может появиться и позже, уже после стабилизации процесса ГВ, когда ребенку около месяца. В этом случае необходимо поддержать дальнейшую выработку молока.

Некоторые женщины отмечают, что молока кажется меньше в определенное время суток, чаще всего вечером. Причины и потребности матери при этом могут различаться, и важно учитывать эти особенности. Тем не менее применяются одни и те же принципы оценки ситуации.

## Как определить, получает ли ребенок достаточно молока?

**Существуют лишь два достоверных признака того, что ребенок получает недостаточно молока:**
- плохая прибавка массы тела;
- небольшое количество выделяемой, концентрированной мочи.

*Эти два показателя являются объективными и надежными.*

**Вероятные признаки недостаточности молока**
- ребенок не выглядит удовлетворенным после кормления грудью;
- ребенок часто плачет;
- очень частые кормления грудью;
- продолжительные кормления грудью;
- ребенок иногда отказывается от груди;
- у ребенка плотный, сухой или редкий стул;
- стул редкий и в небольшом объеме;
- при попытке сцеживания молока практически нет;
- молочные железы не увеличились во время беременности;
- молоко не «прибыло» после родов.

Перечисленные признаки могут указывать на то, что ребенок получает недостаточно молока. Однако, поскольку это вероятные признаки, необходимо искать достоверные показатели.

Наиболее надежным показателем достаточного поступления молока является прибавка массы тела. В первые шесть месяцев оценивают динамику по кривым ВОЗ: большинство детей прибавляют в среднем около 140–200 г в неделю, однако нормой считается индивидуальная траектория роста в пределах центильных диапазонов. Прибавка, устойчиво находящаяся ниже ожидаемой по кривым ВОЗ, расценивается как недостаточная.

Поэтому ребенка следует взвесить и, сравнив текущий вес с данными карты физического развития или предыдущего взвешивания, определить разницу. При отсутствии предыдущей записи ребенка взвешивают и повторяют взвешивание через неделю.

Если ребенок набирает массу недостаточно, значит, он получает мало молока. Когда нет данных о прошлом весе, немедленный вывод сделать невозможно.

***Быстрый метод контроля: оценка количества выделяемой мочи.***

Ребенок, находящийся на исключительно ГВ и получающий достаточное количество молока, обычно мочится 6–8 раз в сутки после установления лактации; моча при этом неконцентрированная. Ребенок, который получает мало молока, мочится реже шести раз в сутки (иногда менее четырех раз). Моча концентрированная, может иметь резкий запах и окраску от темно-желтой до оранжевой (особенно у детей старше четырех недель).

Следовательно, если ребенок выделяет большое количество неконцентрированной мочи, значит он получает достаточный объем молока. Если мочеиспускание с концентрированной мочой происходит реже шести раз в сутки, ребенок скорее всего получает недостаточно молока. Важно уточнить, что концентрированная моча – это поздний неспецифический признак обезвоживания, который, в целом, требует комплексной оценки.

По внешнему виду мочи можно быстро оценить, хватает ли ребенку молока. Однако при получении дополнительного питья такая оценка не дает полной уверенности.

## Причины недостаточного получения молока

**Факторы, связанные с грудным вскармливанием:**
- позднее начало кормления грудью (позже первого часа после рождения);
- редкие кормления;
- короие кормления или кормление «по часам»;
- отсутствие ночных кормлений;
- неправильное прикладывание к груди;
- использование бутылочек и пустышек;
- введение других продуктов и жидкостей.

**Психологические факторы со стороны матери:**
- неуверенность;
- тревога, стресс;
- неприязнь к кормлению грудью;
- трудности в принятии ребенка;
- выраженная усталость.

**Состояния матери:**
- прием контрацептивных таблеток и диуретиков;
- беременность;
- выраженное истощение;
- употребление алкоголя;
- курение;
- задержка фрагмента плаценты в матке (редко);
- недостаточное развитие молочной железы (очень редко).

**Состояние ребенка:**
- болезнь;
- аномалии развития.

Из всех факторов, связанных с недостаточным получением молока, наиболее частыми являются факторы, относящиеся к ГВ, а также психологические. Психологические причины часто формируются на фоне проблем с кормлением: например, неуверенность может побудить мать начать использовать бутылочку с соской.

## Факторы, связанные с кормлением грудью

*Задержка начала кормления грудью*

Если кормление не началось в первый час после рождения, выработка молока может установиться позже, и ребенок может поздно начать прибавлять в массе.

*Редкие кормления грудью*

Кормление менее восьми раз в сутки в первые четыре недели или менее пяти-шести раз в более старшем возрасте является распространенной причиной недостаточного получения молока.

Иногда мать не реагирует на плач ребенка, пропускает кормления из-за занятости или работы.

Некоторые дети выглядят спокойными, даже когда получают мало молока. В таких случаях мать не должна ждать «требования»: ребенка необходимо будить и кормить каждые 2–3 часа днем и ночью.

*Отсутствие кормлений ночью*

Если мать прекращает ночные кормления раньше, чем ребенок сам откажется от них, количество молока может уменьшиться из-за недостаточной стимуляции рефлекса пролактина.

*Короткие кормления грудью или кормление «по часам»*

Кормление может быть слишком коротким, поспешным или строго по графику, что приводит к тому, что ребенок недополучает более жирное позднее молоко. Иногда мать слишком рано снимает ребенка с груди, ошибочно считая паузу насыщением.

Мать может спешить или думать, что ребенок перестал сосать, чтобы перейти ко второй груди.

Ребенок может быстро прекращать сосание, если ему жарко или он слишком укутан.

*Плохое прикладывание к груди*

Неэффективное сосание приводит к недостаточному получению молока.

*Бутылочки и пустышки*

Ребенок, получающий бутылочку или сосущий пустышку, может менее активно брать грудь, что снижает выработку молока.

*Применение других продуктов питания и жидкостей*

Ребенок, получающий прикорм (смеси, твердые продукты или жидкость, включая воду) до шести месяцев, сосет грудь реже, что приводит к снижению выработки молока.

## Психологические факторы матери

*Неуверенность*

Очень молодые матери или женщины без поддержки семьи и друзей часто теряют уверенность.
Неуверенность может усиливаться из-за беспокойства относительно поведения ребенка. Это нередко приводит к преждевременному введению прикорма.

*Беспокойство, стресс*

При беспокойстве или стрессе рефлекс окситоцина может временно работать хуже.

*Неприязнь к кормлению грудью, трудности в принятии ребенка, усталость*

В таких ситуациях у матери могут возникать сложности в реагировании на ребенка. Она может держать его недостаточно близко для правильного прикладывания; кормить нерегулярно или слишком коротко; давать пустышку вместо того, чтобы предложить грудь при плаче.

*Прием медикаментов*

Контрацептивные таблетки, содержащие эстрогены, могут снижать секрецию молока. Рекомендуется заменить их на препараты, содержащие только прогестаген, или на депо-провера: они не уменьшают выработку молока.
Количество молока может снижаться и при приеме диуретиков.

*Беременность*
Если мать снова забеременела, она может заметить уменьшение количества молока. Тем не менее ГВ следует продолжать достаточно часто.

*Выраженное истощение*

Сильно истощенные женщины могут производить мало молока. При легком или умеренном истощении выработка молока сохраняется за счет собственных ресурсов организма, если ребенок сосет достаточно часто.
Алкоголь и курение могут снижать объем молока, который получает ребенок.

*Задержка фрагмента плаценты в матке*

Такое встречается редко. Оставшийся в матке фрагмент плаценты вырабатывает гормоны, подавляющие секрецию молока. После родов у женщины наблюдается более обильное кровотечение, матка плохо сокращается, молоко «не прибывает».

*Недостаточное развитие молочной железы*

Очень редкая ситуация. Во время беременности грудь не увеличивается и не готовится к адекватной выработке молока. Если женщина отмечает увеличение груди во время беременности, этот фактор ее не касается.

## Состояние ребенка

*Болезнь*

Если ребенок болен и плохо сосет грудь, он получает недостаточное количество молока. При дальнейшем ухудшении кормления у матери тоже уменьшится выработка молока. Чтобы поддержать секрецию, необходимо сцеживать молоко и докармливать ребенка сцеженным молоком из чашки.

*Аномалии развития*

Ребенок с врожденными аномалиями, например с врожденным пороком сердца, может плохо набирать массу. Это происходит частично из-за малого объема получаемого молока, а частично из-за влияния сопутствующих нарушений.

У детей с аномалиями развития (например, с расщелиной неба) или с неврологическими нарушениями часто возникают трудности с эффективным сосанием, особенно в первые недели жизни.

**Факторы, не влияющие на количество грудного молока**

- возраст матери
- половая жизнь
- менструация
- неодобрение родственников и соседей
- возвращение на работу (если ребенок продолжает часто сосать грудь)
- возраст ребенка
- кесарево сечение
- преждевременные роды
- многодетность
- простой, обычный рацион питания

**Помощь матери, чей ребенок получает недостаточно молока**

Необходимо установить ***причину***.

**Чтобы найти причину, следует придерживаться следующих этапов:**

- использовать навыки общения (выяснить психологические факторы и самочувствие матери)
- уточнить факторы, связанные непосредственно с ГВ, и лекарственные препараты, которые принимает мать
- оценить кормление (как ребенок приложен к груди, как он сосет, какова привязанность матери к ребенку, и нет ли признаков его неприятия)
- осмотреть ребенка (на предмет болезни, аномалий развития и оценки его роста)
- обследовать мать и ее молочные железы (оценить ее здоровье, питание и состояние молочных желез)

Если появилось представление о причине недостаточного получения молока, можно определить, как помочь ребенку и его матери.

Чтобы помочь матери, необходимо поддержать ее, укрепить уверенность в том, что она способна вырабатывать достаточное количество молока, и помочь ребенку получать больший объем молока.

Иногда причину малого количества молока у матери установить не удается, или количество молока не увеличивается (ребенок не набирает массу) даже после всех предпринятых мер. В таком случае нужно искать менее распространенную причину и, в зависимости от нее, либо продолжить помощь на имеющемся уровне, либо направить женщину к специалисту. Иногда требуется помочь матери подобрать подходящий докорм для ребенка.

**В такой ситуации следует предложить матери:**

- продолжать ГВ настолько часто и долго, насколько возможно
- давать только такое количество докорма, которое необходимо ребенку для адекватного роста
- предлагать докорм из чашки и только один-два раза в день, чтобы ребенок больше сосал грудь

Следует помнить, что необходимость введения докорма ранее 6-месячного возраста должна быть редкостью.

## Заключение

**Итак, чтобы понять ситуацию, необходимо:**

1. Внимательно выслушать мать, чтобы понять, почему ей не хватает уверенности, и выразить сочувствие по поводу ее состояния.

2. Узнать о возможном давлении на мать со стороны других людей с целью введения искусственного вскармливания.

3. Оценить кормление, чтобы увидеть, не является ли проблемой плохое прикладывание ребенка к груди; если ребенок сосет очень часто и долго, он может быть плохо приложен к груди и поэтому сосет неэффективно.

4. Осмотреть мать и ее молочные железы, чтобы оценить форму молочных желез, сосков и околососковых кружков. Матери может недоставать уверенности, если грудь или соски маленькие, плоские, очень большие или необычной формы.

# 10. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛАКТАЦИИ И РЕЛАКТАЦИЯ

# 10. УВЕЛИЧЕНИЕ ЛАКТАЦИИ И РЕЛАКТАЦИЯ

При снижении выработки молока матери требуется поддержка для стимуляции лактации. Уменьшение количества молока чаще всего связано с трудностями ГВ, когда ребенок не получает необходимый объем молока.
Если мать прекратила ГВ, она может захотеть возобновить его. Это называется релактацией.

**Ситуации, при которых женщина стремится восстановить лактацию:**
- ребенок заболел и временно не сосал грудь, а мать не сцеживала молоко
- мать перенесла заболевание и прекратила кормить
- ребенок находится на искусственном вскармливании, но мать хочет возобновить ГВ
- женщина усыновила ребенка

Релактация – процесс сложный и длительный. У матери должна быть сильная мотивация, а также необходима значительная поддержка.

Для увеличения лактации и для релактации применяются одинаковые методы, направленные на стимуляцию молочной железы к выработке достаточного количества ГМ.

**Длительность периода увеличения лактации и релактации**

Время, необходимое для восстановления или увеличения лактации, может значительно варьироваться. На этот процесс положительно влияют сильное желание матери кормить грудью и стремление ребенка часто сосать. Однако матери не следует тревожиться, если период восстановления затянется дольше ожидаемого.

**Лактацию легче восстановить, если:**

- младенец недавно родился (ему менее двух месяцев) и еще не привык к кормлению из бутылочки;
- мать недавно родила или прекратила ГВ незадолго до начала релактации.

Однако восстановить лактацию возможно в любом возрасте ребенка и независимо от того, когда женщина прекратила кормить грудью. Описаны случаи восстановления лактации у усыновивших женщин и даже у бабушек, которые кормили грудью своих внуков, хотя, стоит заметить, такие случаи описаны крайне редко.
Женщине, решившей восстановить или увеличить лактацию, необходимо позволять ребенку сосать грудь как можно чаще днем и ночью для стимуляции рефлексов окситоцина и пролактина. Если ребенок не сосет достаточно часто, восстановление или увеличение лактации не произойдет.
Обильное питание не ускоряет возвращение лактации. Если мать недоедает, ей необходимо улучшить питание для восстановления сил. При нормальном рационе пища и теплое питательное питье помогают женщине расслабиться и чувствовать уверенность. Следует помнить, что увеличенное потребление жидкости не повышает количество ГМ.

В ряде стран женщины употребляют определенные продукты, напитки или травы, которые, как они считают, способствуют выработке ГМ *(galactogogue)*. Это не лекарственные средства, однако они могут помогать женщине расслабиться и укреплять уверенность.

Поддержка матери и ребенка в процессе восстановления лактации чаще всего осуществляется дома. Иногда целесообразна кратковременная госпитализация на одну-две недели, особенно если дома на женщину оказывают давление, заставляя кормить из бутылочки.

***Если женщина хочет восстановить лактацию, ей необходимо придать уверенность в том, что она сможет снова лактировать.***

Ребенок должен находиться рядом с матерью постоянно, в контакте кожа к коже при использовании метода кенгуру. Это позволит ему сосать грудь как можно чаще – не менее десяти раз в сутки и чаще, если он желает.

Мать должна предлагать грудь при первых признаках интереса ребенка и прикладывать его примерно каждые два часа, позволяя сосать дольше.

В процессе ГВ необходимо убедиться, что ребенок находится в правильном положении и правильно приложен к груди.

Во время релактации ребенок продолжает получать искусственное питание до тех пор, пока молочные железы не начнут вырабатывать достаточное количество молока для нормального роста и развития. Искусственное питание следует давать из чашки, а не из бутылочки с соской. Пустышки использовать не рекомендуется, поскольку они уменьшают частоту сосания груди.

Если ребенок отказывается сосать «пустую» грудь, следует помочь матери выбрать способ, позволяющий одновременно предлагать грудь и докармливать смесью, например, с использованием зонда или шприца, как показано на соответствующих рисунках.

Прежде всего мать должна давать ребенку полный объем искусственного питания с учетом его массы или того количества, которое он получал ранее. Как только начинается даже небольшая лактация, мать может постепенно умень-





шать суточную норму искусственного питания. Снижение объема докорма проводится постепенно, индивидуально, под контролем массы тела и количества мочи, обычно примерно на 30 мл в день.

Например, ребенку возрастом четыре недели и массой 4,5 кг, в период ожидания релактации, мать разрешает сосать грудь и одновременно докармливает искусственным питанием с помощью приспособления для докорма. ***Суточная потребность ребенка составляет 150 мл/кг искусственного питания: всего 150 × 4,5 = 675 мл в день.*** Через несколько дней, когда у матери появляется небольшое количество молока, она начинает постепенно снижать объем искусственного питания на 30 мл в день. ***В первый день она даст 675–30 = 645 мл, на следующий день 645–30 = 615 мл и так далее.***

Необходимо контролировать массу тела и диурез ребенка, чтобы убедиться, что он получает достаточное количество молока. Если молока недостаточно, объем искусственного питания не следует снижать в течение нескольких дней. При необходимости его можно временно увеличить на один–два дня.

**Как помочь матери пользоваться приспособлением для докорма при кормлении грудью:**



- Использовать тонкий назогастральный зонд или другую тонкую пластиковую трубку и чашку с молоком. Если трубка недостаточно тонкая, необходимо подобрать более подходящую.
- Вырезать маленькое дополнительное отверстие сбоку на том конце трубки, который будет находиться во рту ребенка (помимо основного отверстия на конце).
- Подготовить чашку со сцеженным ГМ или искусственным питанием в объеме, необходимом ребенку для одного кормления.
- Разместить один конец трубки вдоль соска так, чтобы ребенок одновременно сосал грудь и трубку. Зафиксировать трубку на груди.
- Опустить другой конец трубки в чашку с молоком.
- Если трубка достаточно широкая, завязать на ней узел, использовать бумажный зажим или пережать ее пальцами. Это позволяет регулировать скорость поступления молока и предотвращает слишком быстрое завершение кормления.
- Отрегулировать скорость подачи молока так, чтобы продолжительность кормления составляла около 30 минут. Поднимая чашку, ускоряют подачу молока; опуская ее, замедляют.
- Разрешать ребенку сосать грудь в любое время, когда он проявляет желание, а не только при использовании приспособления.
- После каждого применения тщательно промывать и стерилизовать трубку и чашку.

## Демонстрация других способов докармливания ребенка.

Другие способы докорма допустимы, если ребенок плохо сосет грудь или если матери трудно пользоваться приспособлением, описанным выше.

**Как пользоваться шприцем**



1. Использовать шприц объемом 5 или 10 мл. К нему прикрепить тонкую пластиковую трубочку длиной около 5 см (можно отрезать небольшой фрагмент желудочного зонда вместе с адаптером).

2. Объяснить матери, что необходимое количество молока для одного кормления следует отмерить маленькой чашкой и набрать его в шприц.

3. Мать вводит конец трубочки в угол рта ребенка, который сосет грудь, и медленно выдавливает молоко в моменты сосания.

4. После опорожнения шприца мать вновь наполняет его и продолжает докорм до насыщения ребенка. Желательно, чтобы кормление длилось около 30 минут (приблизительно по 15 минут у каждой груди).

# 11. ОТКАЗ ОТ ГРУДИ

# 11. ОТКАЗ ОТ ГРУДИ

**Существует несколько вариантов отказа от груди:**

- Ребенок берет грудь, но не сосет и не глотает, либо сосет очень вяло.
- Ребенок кричит и сопротивляется, когда мать пытается кормить его грудью.
- Ребенок сосет одну минуту, затем отрывается от груди, давится и плачет, повторяя это несколько раз за одно кормление.
- Ребенок берет одну грудь и отказывается от другой.



***Отказ от груди часто приводит к прекращению ГВ.*** Он может оказывать сильное отрицательное влияние на мать: она может чувствовать себя отвергнутой и ненужной. Важно научиться находить причины отказа и помогать матери и ребенку продолжать ГВ.

## Причины отказа ребенка от груди

**1. Ребенок нездоров, испытывает боль или находится под действием седативных средств.**

a. Если ребенок болен, он может брать грудь, но сосать меньше, чем обычно.
b. Если ребенок кричит и сопротивляется во время попытки прикладывания, возможно, кормление вызывает боль в месте родовой травмы, например после наложения щипцов или вакуум-экстракции.
c. При заложенном носе или воспалении в полости рта (кандидоз, а у более старших детей – прорезывание зубов) ребенок сосет несколько минут, затем прекращает и плачет.
d. Ребенок может быть сонливым и вялым из-за отдельных лекарственных средств, которые мать получала во время родов или принимает по назначению психиатра, поэтому такие препараты следует оценивать индивидуально с учетом их безопасности при ГВ и состояния ребенка.

**2. Трудности в технике кормления грудью.**

a. Иногда использование бутылочек и пустышек может снижать частоту прикладываний и приводить к трудностям ГВ. Однако чаще причина связана с недостаточным получением молока из-за неправильного прикладывания или нагрубания груди.

**К вероятным причинам дискомфорта при кормлении относятся:**

- Нарушение техники кормления: неверный выбор позы, неправильное прикладывание, а также давление на голову ребенка со стороны матери, заставляющее его сопротивляться и отворачиваться.
- Мать держит грудь слишком близко к соску или двигает грудью, мешая ребенку правильно приложиться.
- Ограничение частоты кормлений, например строгое кормление по времени, может снижать эффективность ГВ.
- Слишком быстрое поступление молока, когда в груди его много. Ребенок может сосать одну-две минуты, затем бросать грудь, захлебываться и плакать при срабатывании гиперрефлекса выброса молока. Это может повторяться несколько раз за кормление. Мать может замечать струйное выделение молока, когда ребенок отпускает грудь.
- Ранние трудности в координации техники сосания (некоторые дети осваивают эффективное сосание медленнее других).

**Если ребенок отказывается от груди несколько кормлений подряд, возможные причины:**

- Разлука с матерью, например выход матери на работу.
- Новое ухаживающее лицо или слишком большое число ухаживающих людей.
- Изменения домашней рутины, например переезд или приезд родственников.
- Болезнь матери или мастит могут изменять ритм кормлений и временно влиять на поведение ребенка у груди.
- Во время менструации вкус молока может слегка изменяться, что иногда влияет на поведение ребенка у груди.
- Изменение запаха матери, например использование другого мыла или изменение рациона.

**«Кажущийся» или «нереальный» отказ**

Иногда поведение ребенка заставляет мать предположить, что он отказывается от груди, хотя в действительности это не так.

Если ребенок вертит головой из стороны в сторону, как будто говорит «нет», он на самом деле «прицеливается» к груди. Это нормальное поведение детей в возрасте 4–8 месяцев. Такие дети легко отвлекаются и могут внезапно прекратить сосать при шуме. Это признак настороженности, а не отказа от груди.

**Помощь при отказе от груди**

- Если ребенок отказывается брать грудь, необходимо устранить причину и помочь матери и ребенку вновь получать удовлетворение от ГВ.
- При заболевании ребенка нужно установить диагноз и провести соответствующее лечение. При наличии показаний следует направить его к специалисту.
- Одновременно необходимо помочь матери сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки или через зонд до тех пор, пока он снова не сможет сосать грудь.
- Если боль у ребенка связана с давлением на место родовой травмы (после ва-

куум-экстракции или щипцов), важно помочь матери подобрать такое положение у груди, при котором давление на болезненную область исключается.

- При прорезывании зубов следует убедить мать быть терпеливой и продолжать предлагать грудь. При заложенном носе нужно научить мать очищать его. В течение нескольких дней рекомендуется кормить ребенка чаще, но короче по времени.
- Если мать вынуждена регулярно принимать седативные средства, следует попытаться подобрать альтернативный вариант лечения.
- При нарушении техники ГВ необходимо обсудить с матерью причину трудностей и во время кормления оказать помощь в правильном прикладывании.
- При слишком большом объеме молока, вызванном неправильным прикладыванием, неэффективным отсасыванием, стимуляцией лактации частыми или слишком длительными кормлениями, либо кормлением обеими грудями в одно кормление, необходимо:
  1. ***Помочь матери улучшить положение и прикладывание ребенка.***
  2. ***Предложить кормить ребенка за одно кормление только одной грудью, позволяя ему сосать до естественного завершения. Тогда он получит достаточное количество жирного позднего молока. Следующее кормление следует проводить другой грудью.***
  3. ***Учитывать, что некоторым матерям помогает предварительное сцеживание небольшого количества молока или кормление в положении лежа на спине (когда молоко поступает медленнее), а также удерживание груди пальцами «как ножницами» для замедления потока. Однако такие способы не устраняют первопричину.***
- Для устранения перемен, вызывающих стресс у ребенка, следует обсудить с матерью возможность уменьшения разлуки и рекомендовать отказаться от нового мыла, духов или резкой смены продуктов.
- Если ребенок «прицеливается», необходимо объяснить матери, что это нормальное поведение. Она может держать ребенка у груди, позволяя ему исследовать сосок. Следует помочь ей держать ребенка ближе, чтобы ему было легче приложиться.
- Если ребенок легко отвлекается, следует временно предложить кормление в более спокойной обстановке. Обычно проблема быстро исчезает. Важно рекомендовать матери уделять ребенку максимум внимания, спать рядом с ним и обеспечивать ночные кормления. Нужно помочь ей почувствовать спокойствие и удовольствие от тесного контакта с ребенком.
- Помогите матери сделать следующее:
- Постоянно держать ребенка рядом и уделять ему как можно больше времени. Члены семьи или помощники должны брать на себя бытовые обязанности и заботу о старших детях. Мать должна часто держать ребенка на руках и обеспечивать контакт кожа к коже не только во время кормления. Она также должна спать рядом с ребенком при условии обеспечения безопасности младенца.
- Все рекомендации следует обсудить с отцом ребенка, бабушками и другими помогающими лицами.

## Заключение

Таким образом, прослеживается взаимосвязь между причинами недостаточности молока и отказа от груди. Обе ситуации связаны со снижением потребления ГМ и его секреции и требуют выявления конкретных причин с использованием навыков общения и установления доверительных отношений.

Для удобства запоминания причин отказа и планирования своевременной помощи ниже приводится их суммированное описание.

### ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ГРУДИ

| | |
|---|---|
| Болезнь, боль или действие седативных средств | Инфекция<br>Черепномозговая травма<br>Давление на место травмы (вакуум, щипцы)<br>Заложенный нос<br>Воспаление во рту (молочница, прорезывание зубов) |
| Затруднения с техникой кормления грудью | Кормление из бутылочки, использование успокоителей<br>Получение недостаточного количества молока (плохое прикладывание, нагрубание груди)<br>Давление на голову сзади при прикладывании к груди<br>Мать делает движения грудью<br>Ограниченное кормление грудью<br>Слишком большой запас молока<br>Трудности с координацией сосания |
| Перемены, расстраивающие ребенка (особенно в возрасте 3-12 месяцев) | Разлука с матерью<br>Новое ухаживающее лицо, слишком много ухаживающих лиц<br>Перемены в семейной рутине |
| Кажущийся отказ | Мать больна или у нее мастит<br>У матери менструация<br>Изменения запаха матери<br><br>Новорожденный - "прицеливание"<br>Возраст 4 - 8 месяцев - отвлекается<br>Старше 1 года - отлучается от груди |

# ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ СНОВА НАЛАДИТЬ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

*Помогите матери сделать следующее:*

**Постоянно находиться рядом с ребенком - никаких других лиц по уходу за ребенком.**

- В любое время, а не только во время кормления грудью, обеспечивать тесный контакт кожа-к-коже. Спать с ребенком.
- Попросить других лиц помогать в выполнении других обязанностей.

**Предлагать грудь ребенку когда бы он ни захотел.**

- Сонному ребенку или после кормления из чашки.
- В различных позициях.
- При срабатывании рефлекса высвобождения молока.

**Помочь ребенку взять грудь.**

- Сцедить молоко в рот ребенку.
- Приложить к груди так, чтобы он мог легко взять грудь.
- Избегать давления на головку ребенка сзади и движения грудью.

**Кормить ребенка из чашки.**

- Давать ребенку, если возможно, собственное сцеженное молоко, если нет - давать искусственную пищу.
- Избегать использования бутылочек, сосок, пустышек.

# 12. ПЛАЧ

# 12. ПЛАЧ

***Плач является основным способом маленького ребенка сообщить родителям, что его что-то беспокоит.*** Младенцы первого года жизни еще не могут иначе выразить дискомфорт или потребности и привлекают внимание именно таким образом.

Многие родители воспринимают плач как признак неблагополучия, однако чаще всего за ним стоят базовые потребности новорожденного, которые необходимо удовлетворить.

Нередко матери начинают вводить нецелесообразный прикорм в ответ на крик ребенка. Ранний прикорм не уменьшает плач и не является эффективным способом реакции на беспокойство. Младенец, который много плачет, может вызвать эмоциональное напряжение у матери и создать напряженную атмосферу в семье. Основной мерой помощи кормящей матери является консультация для выявления причин плача.

**Причины плача у детей**

- дискомфорт (испачканный подгузник, жарко, холодно)
- усталость (например, слишком много посетителей или стимулов)
- болезнь или боль (обычно сопровождаются изменением характера плача)
- голод (недостаточное получение молока, в том числе на фоне быстрого роста)
- лекарственные препараты, принимаемые матерью
- избыток поступающего ГМ
- колики
- дети с выраженными потребностями («дети с большими запросами»)

**Чувство голода из-за быстрого роста**

В возрасте примерно 2–6 недель и около трех месяцев у детей наблюдаются периоды ускоренного роста, что сопровождается повышенной потребностью в кормлении. В течение нескольких дней ребенок может казаться очень голодным



и требовать более частых кормлений. Если ребенок чаще сосет грудь в эти дни, объем молока увеличивается, и вскоре он снова переходит на обычный режим. Такие периоды могут возникать и в другом возрасте.

**Питание матери**

Иногда мать замечает, что ребенок беспокоится после употребления ею определенных продуктов. Это возможно, поскольку некоторые компоненты пищи матери проникают в ГМ. Теоретически это может происходить с любыми продуктами, поэтому не существует специальных списков еды, которой следует избегать. Мать может самостоятельно определить продукты, на которые реагирует ребенок. Интересно, что поступление пищевых аллергенов через ГМ снижает риск развития аллергии у младенца.

**Медицинские препараты и стимулирующие вещества, принимаемые матерью**

Лекарственные препараты должны назначаться врачом с учетом их совместимости с ГВ.
Кофеин, содержащийся в кофе, чае и некоторых напитках, особенно в высоких дозах, проникает в ГМ и может вызывать беспокойство у ребенка. Если мать курит или принимает стимулирующие препараты, ее ребенок, вероятнее всего, будет плакать чаще. Курение членов семьи также оказывает отрицательное влияние на ребенка.

**Избыток грудного молока**

Избыток молока может возникать при неправильном прикладывании. Ребенок сосет часто и долго, чрезмерно стимулируя молочные железы, и количество молока увеличивается. Другая частая причина – мать рано отнимает ребенка от груди и предлагает вторую грудь, не позволяя опорожнить первую. В этом случае ребенок получает преимущественно «переднее» молоко, богатое лактозой и менее жирное. При недостатке фермента лактазы избыток лактозы вызывает кислую реакцию в кишечнике. У ребенка возникает боль в животе. Он может плохо прибавлять в массе или, наоборот, расти нормально, но при этом плакать и часто требовать кормления. Эта мнимая непереносимость ГМ может исчезнуть в течение 24 часов, если мать позволит ребенку завершать кормление на первой груди перед предложением второй.

**«Колики» у ребенка**

Термин «колики» не имеет строго определенного значения. Прежде чем использовать его, необходимо исключить все другие возможные причины плача. Младенец с коликами хорошо прибавляет в массе, но склонен плакать в определенное время суток, чаще вечером, оставаясь спокойным в остальное время. Важно проанализировать кормление. При неправильном положении ребенок может заглатывать воздух, что в некоторых случаях способствует дискомфорту. Дискомфорт может быть также связан со слишком быстрым потоком молока или высоким содержанием лактозы в переднем молоке. Правильная техника кормления и регулирование потока молока помогают уменьшить проявления колик. Обычно они прекращаются к 3–4 месяцам, но сроки индивидуальны.

**Дети с «большими запросами»**

Некоторые дети плачут больше других и нуждаются в том, чтобы их чаще носили на руках. В семьях, где мать не разлучается с младенцем, спит рядом с ним и берет его с собой, даже ненадолго уходя из дома, плач встречается реже, чем в семьях, где ребенка оставляют, редко берут на руки или укладывают спать отдельно.

**Как помочь семье с ребенком, который много плачет**

Плач младенца переносится тяжело: он снижает уверенность матери в себе и уменьшает доверие со стороны ее близких. Мать может испытывать чувство вины и считать себя плохой, а по отношению к ребенку – испытывать раздражение. Окружающие могут критиковать ее, внушать, что ребенок «плохой», «капризный» или «недисциплинированный», либо советовать дать докорм, прикорм или успокоительные средства (включая пустышку).

Для определения причины плача необходимо осмотреть ребенка и оценить ГВ. Если ребенок здоров и не испытывает боли, следует оценить его физическое развитие и наблюдать кормление: проверить положение, прикладывание к груди и продолжительность сосания.

Если у ребенка выявлена болезнь или боль, нужно провести лечение и при необходимости направить к специалисту.

Во время консультации необходимо использовать навыки общения: выражать сочувствие, поддерживать мать и формировать уверенность в том, что проблема решаема. Следует принять ее переживания и представление о причинах плача, похвалить все, что она и ребенок уже делают правильно. При хорошей прибавке массы тела важно объяснить матери, что ребенок растет хорошо, а ее молоко полностью удовлетворяет его потребности. Ребенок не «капризный» и не «плохой» – он нуждается в успокоении.

При предоставлении информации следует отметить, что к возрасту 3–4 месяцев дети обычно начинают плакать меньше. Рутинное применение медикаментов при коликах не рекомендуется из-за отсутствия доказанной эффективности и потенциальных побочных эффектов. Дополнительное питание обычно не требуется и часто не помогает. У детей на искусственном вскармливании также бывают колики. Они могут развить аллергическую реакцию или непереносимость коровьего молока, что усугубит ситуацию. Безопаснее всего успокаивать ребенка у груди; пустышки и бутылочки не устраняют причин плача.
Помощь зависит от установленной причины плача.

**Если у матери избыток молока:**

- Помочь ей наладить положение и прикладывание ребенка.
- Предложить кормить за одно кормление только одной грудью.
- Рекомендовать позволять ребенку сосать грудь до естественного завершения.
- При следующем кормлении использовать вторую грудь.
- Объяснить, что длительное сосание одной груди дает ребенку больше жирного позднего молока.
- Уменьшить потребление кофе, чая и других напитков, содержащих кофеин.

- Если мать курит, рекомендовать прекращение курения. Если отказ невозможен сразу, объяснить, что недопустимо курить до или во время кормления.

Сообщить членам семьи, что курение в помещении, особенно рядом с ребенком, категорически недопустимо.

**Окажите семье практическую помощь:**

- Объясните, что лучший способ успокоить плачущего ребенка – держать его близко, мягко поглаживать и слегка надавливать на живот.
- Покажите несколько способов держать и носить ребенка.
- Предложите членам семьи иногда носить младенца, чтобы дать матери отдых.
- При наличии колик показать, как уменьшить дискомфорт ребенка: держать ребенка прямо, в положении «сидя» или прижав его к плечу.
- Консультировать членов семьи, объяснять потребности ребенка и необходимость поддерживать мать. Важно снизить напряженность в семье, чтобы мать не прибегала к ненужным пищевым добавкам.

**Несколько способов держать ребенка с коликами:**



а. Удерживание ребенка на предплечье



б. Удерживание ребенка на коленях, обхватив за живот



в. Отец держит ребенка у груди

## Заключение

Обычная адаптация детей грудного возраста к окружающей среде после рождения, включая плач, беспокойство и короткую продолжительность ночного сна, часто ошибочно воспринимается как признак проблем с кормлением. Маркетинговое продвижение коммерческих молочных смесей (КМС) усиливает эти заблуждения и формирует необоснованные представления о том, что КМС могут улучшить такое поведение.

Необходимо обеспечить дополнительную подготовку медицинских работников, семей и широкой общественности, чтобы они знали: распространенные модели плача, срыгивания и короткой продолжительности ночного сна являются нормальными реакциями детей грудного возраста. Это позволит предотвратить ошибочное ощущение недостатка ГМ, избежать ненужного введения КМС и предупредить прекращение ГВ.

Нестабильное поведение младенцев является наиболее частой причиной обращения за медицинской помощью в первые месяцы жизни. Оно часто интерпретируется матерями и нередко медицинскими работниками как признаки нарушений пищеварения, аллергии, неблагоприятной реакции на ГМ или постоянного чувства голода, вызванного предполагаемым недостатком молока. Плач, нервозность, срыгивание и краткая продолжительность ночного сна являются нормальными явлениями раннего младенчества.

Обзор 28 дневниковых исследований показал, что средняя продолжительность плача или нервозного состояния в первые две недели жизни составляла около двух часов в день, варьируя от одного до трех часов. Через шесть недель этот показатель снижался, а к возрасту 10–12 недель составлял примерно один час. Из-за отсутствия квалифицированной поддержки многие родители переходят от ГВ к использованию КМС. Родители, родственники и медицинские работники нередко интерпретируют поведенческие проявления как свидетельство низкого качества или количества ГМ, недостаточного для удовлетворения потребностей ребенка.

Маркетинговые кампании КМС активно используют неуверенность матерей в ГВ и их способности удовлетворять потребности ребенка, представляя нормальное детское поведение как патологию и предлагая КМС в качестве решения.

# 13. ОСОБЕННОСТИ КОРМЛЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

# 13. ОСОБЕННОСТИ КОРМЛЕНИЯ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

К маловесным относят новорожденных с массой тела при рождении менее 2500 г. Это гетерогенная группа младенцев, среди которых встречаются как недоношенные дети, так и доношенные, но маловесные для своего гестационного возраста (МГВ). Среди недоношенных также встречаются дети с МГВ.

По данным ВОЗ и ЮНИСЕФ (2017 г.), ежегодно в мире около 30 миллионов детей рождаются недоношенными, маловесными или больными, и для их выживания требуется высокотехнологичная специализированная помощь. Одним из ключевых факторов, влияющих на выживание таких детей, наряду с лечебными мероприятиями и созданием оптимальной среды, является адекватное питание, учитывающее не только потребность в пищевых веществах, но и анатомо-физиологические особенности младенцев.

Молоко женщин после преждевременных родов имеет особый состав, который лучше удовлетворяет повышенные потребности недоношенных детей как в питательных веществах, так и в компонентах иммунологической защиты. ГМ преждевременно родившей женщины содержит больше белка, чем молоко матери, родившей в срок. В составе этого «дополнительного» белка присутствуют противоинфекционные белки (иммуноглобулины). Защитные функции компонентов ГМ уникальны, изменяются в динамике лактации и практически не воспроизводимы в смесях для искусственного вскармливания.

Жирнокислотный состав ГМ после преждевременных родов характеризуется повышенным содержанием незаменимых длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот: арахидоновой (AA), докозагексаеновой (DHA) и эйкозапентаеновой (EPA). Эти кислоты являются структурными элементами клеточных мембран, необходимы для миелинизации нервных волокон, формирования сетчатки глаза и развития иммунной системы.

В ГМ женщин после преждевременных родов концентрация некоторых олигосахаридов выше, чем в молоке женщин, родивших в срок. Способность олигосахаридов грудного молока (ОСГМ) предотвращать адгезию патогенов к слизистой оболочке кишечника и снижать риск инфекций подчеркивает важную роль ГВ для недоношенных детей, у которых риск инфекционных заболеваний повышен из-за незрелости иммунной системы.

ОСГМ способны связывать в просвете кишечника патогенные бактерии, вирусы и токсины, препятствуя их прикреплению к слизистой оболочке и проникновению во внутреннюю среду организма. Поступая в желудочно-кишечный тракт новорожденного с первыми каплями молозива, ОСГМ защищают младенца от патогенных микроорганизмов в период созревания иммунной системы, снижают риск инфекций и аллергических реакций.

ОСГМ служат субстратом для образования короткоцепочечных жирных кислот, которые стимулируют рост бифидобактерий и лактобацилл, обеспечивая формирование нормальной кишечной микробиоты новорожденного.

Количество лизоцима в молозиве женщин после преждевременных родов значительно выше, чем в молозиве женщин после срочных родов (1,5 мг/г против 1,1 мг/г белка). Лизоцим рассматривается как один из компонентов, влияющих на развитие кишечника новорожденного: он частично компенсирует незрелость иммунной системы слизистой оболочки кишечника и ограничивает размножение патогенной микрофлоры.

Таким образом, ГМ женщины, родившей преждевременно, по своему составу адаптировано к потребностям недоношенного ребенка. Лучшим питанием для маловесного ребенка является ГМ его матери, полностью удовлетворяющее его физиологические потребности.

Важной задачей является обеспечение ГМ детей, родившихся с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой (ОНМТ) массой тела. Практически все недоношенные новорожденные с ЭНМТ и ОНМТ, особенно в первые дни жизни, нуждаются в парентеральном питании. Однако при отсутствии энтерального питания более 5–7 дней у глубоко недоношенных детей развиваются выраженные нарушения моторики кишечника, атрофия слизистой оболочки (уменьшение ее объема, снижение продукции клеток, уменьшение высоты ворсинок), повышается проницаемость кишечной стенки, нарушается всасывание аминокислот и снижается уровень кишечных гормонов и ферментов.

Поэтому трофическое энтеральное питание сцеженным материнским молоком начинают в первый час после рождения, параллельно с парентеральным питанием. Его вводят в объеме 5–10 мл/кг в сутки, что способствует более быстрому становлению функциональной активности кишечника и сопровождается повышением уровня гастроинтестинальных гормонов (энтероглюкагона, гастрина, гастроингибиторного пептида, мотилина, инсулина, панкреатического полипептида, нейротензина).

Кормление ГМ по сравнению с искусственными смесями значительно снижает риск некротического энтероколита у детей с низкой массой тела при рождении, в ряде исследований снижение достигает 75%, но значения варьируются. Наблюдательные исследования также демонстрируют преимущества в показателях нервно-психического развития.

Применение трофического питания значительно сокращает время, необходимое для перевода недоношенного ребенка на полное энтеральное питание, и уменьшает продолжительность госпитализации. Использование сцеженного ГМ для энтерального трофического питания служит для матери дополнительной мотивацией к поддержанию лактации.

**Позитивные эффекты ГМ** должны быть обеспечены всем больным младенцам, поскольку его использование оказывает пребиотическое, противоинфекционное и противовоспалительное действие, снижает риск инфекционно-воспалительных осложнений, включая некротизирующий энтероколит. Следует учитывать, что в развитии иммунной системы важную роль играют микробиота и клетки материнского ГМ с признаками стволовых (обладающие потенциалом к

дифференцировке, что находится в стадии изучения), а также микроРНК, участвующие в регуляции экспрессии генов у ребенка.

Приведенные данные подтверждают необходимость как можно более раннего начала ГВ маловесных и больных новорожденных. Даже небольшое количество молозива может оказать выраженный защитный эффект. Важно помнить, что координация сосания и глотания быстрее формируется у детей, получающих ГВ. Недоношенные дети, способные к сосанию, должны вскармливаться непосредственно у груди. Те, кто сосать не могут, должны получать сцеженное материнское молоко из чашки или ложки. Младенцев, неспособных к кормлению из чашки или ложки, следует кормить болюсно через желудочный зонд.

Однако более половины женщин после преждевременных родов сообщают о недостаточной лактации. Существенный вклад в ее формирование вносят характерные для недоношенных детей слабость или отсутствие сосательного рефлекса, невозможность или позднее прикладывание к груди, а также раздельное пребывание матери и ребенка в стационаре. Поэтому важнейшим фактором становления лактации является раннее прикладывание новорожденного к груди в родильном зале – в течение первого часа после родов, что способствует функциональной активации гипоталамо-гипофизарной системы. Если прикладывание невозможно, то ключевым фактором является раннее сцеживание (в первые 1–2 часа). Лактопоэз также зависит от тактильного раздражения периферических рецепторов вокруг соска. Длительность и выраженность лактации определяются частотой, эффективностью отсасывания молока и длительностью сосания.
В ноябре 2022 г. ВОЗ опубликовала новое руководство по повышению показателей выживаемости и здорового развития новорожденных, родившихся преждевременно (до 37 недель гестации) или имеющих низкую массу тела (менее 2,5 кг при рождении).

В руководстве показано, что для улучшения перспектив выживания таких маленьких детей не всегда требуются высокотехнологичные решения: необходим доступ к базовым медицинским услугам, основанным на реальных потребностях семей. В большинстве случаев недоношенного ребенка возможно спасти с помощью легко реализуемых и экономически эффективных методов, включающих качественную помощь до, во время и после родоразрешения, профилактику и лечение распространенных инфекций, ***а также выхаживание методом кенгуру.*** Метод предполагает максимально длительный контакт «кожа к коже» младенца со взрослым (как правило, матерью) в специальной переноске или пеленке в сочетании с ***исключительно ГВ.***

Авторы руководства рекомендуют ***обеспечивать кожный контакт сразу после рождения, не помещая новорожденного предварительно в инкубатор, когда это клинически возможно.*** Такое существенное изменение по сравнению с прежними рекомендациями и клинической практикой объясняется тем, что ***возможность непрерывного тесного контакта недоношенного ребенка с близким взрослым сразу после рождения оказывает выраженный положительный эффект на здоровье.***

***У недоношенных младенцев отсутствуют достаточные запасы жира, что затрудняет самостоятельную терморегуляцию; им нередко требуется респираторная поддержка.*** Ранее рекомендовалось временно разлучать таких детей с матерью для стабилизации состояния в инкубаторе или под обогревателем, что

обычно занимало от трех до семи дней. Однако ***новые научные данные показывают, что выхаживание методом кенгуру, начатое непосредственно после рождения, улучшает выживаемость, снижает частоту инфекций и эпизодов переохлаждения и улучшает показатели кормления.***

Следовательно, недоношенным младенцам и новорожденным с низкой массой тела показан метод кенгуру: непрерывный и продолжительный контакт ребенка с матерью «кожа к коже» как можно раньше после рождения. Продолжительность такого контакта должна составлять от 8 до 24 часов в сутки (оптимально – максимально возможное время). Первое объятие родителя имеет не только эмоциональное значение, но и является важнейшим фактором, повышающим шансы на выживание маловесных и недоношенных детей и улучшающим их здоровье.

Во время пандемии COVID-19 многих женщин неоправданно разлучали с младенцами, что привело к серьезным негативным последствиям для недоношенных и маловесных детей. В новом руководстве подчеркивается необходимость комплексной поддержки семей и их недоношенных детей, чтобы обеспечить родителям максимально эффективную помощь в период повышенного стресса и тревоги. Для улучшения состояния здоровья недоношенных и маловесных новорожденных последовательно рекомендуется ГВ, поскольку имеются убедительные данные о том, что оно обеспечивает пребиотическое, противоинфекционное и противовоспалительное действие и снижает риск инфекционно-воспалительных осложнений, включая некротизирующий энтероколит.

ГВ показано новорожденным с низкой массой тела и недоношенным детям, включая родившихся на сроке гестации до 32 недель. При отсутствии материнского молока может использоваться донорское ГМ. Если доступ к материнскому или донорскому молоку отсутствует, детям с гестационным возрастом менее 32 недель можно назначать специализированные смеси для недоношенных. Кормление таких детей следует начинать с первого дня жизни.

Новорожденных, способных сосать грудь, необходимо прикладывать к груди сразу после рождения. Если сосание невозможно, детям следует давать сцеженное материнское молоко. Недоношенные дети и новорожденные с низкой массой тела должны находиться преимущественно на ГВ до шестимесячного возраста. Использование растворов глюкозы или физиологического раствора для первого кормления новорожденного с низкой массой тела не рекомендуется. Во время пребывания в стационаре недоношенным детям с гестационным возрастом менее 34 недель предпочтительно проводить кормление по расписанию в соответствии с клиническим состоянием, а не по требованию, до момента выписки.

Недоношенным детям и новорожденным с низкой массой тела, получающим ГМ, показано назначение добавок железа, цинка и витамина D. Детям с гестационным возрастом менее 32 недель и массой тела при рождении менее 1,5 кг показано назначение витамина A. Добавки кальция, фосфора и комплексы микроэлементов не рекомендуются. Возможно назначение пробиотиков недоношенным детям с гестационным возрастом до 32 недель, находящимся на ГВ.

**ГВ маловесного ребенка требует терпения и сосредоточенности, поскольку такой младенец:**

- сосет грудь недолго, затем отдыхает;
- может засыпать во время кормления;
- делает частые паузы, что удлиняет кормление;
- не всегда самостоятельно просыпается для кормления.

Используя навыки общения, необходимо вселить в мать уверенность в том, что она способна кормить своего ребенка грудью, а также оказывать ей активную поддержку и консультировать на каждом этапе.

**Начинать грудное вскармливание следует:**

- в течение первого часа после рождения и кормить каждые 2–3 часа;
- будить ребенка для кормления каждые 2–3 часа;
- дольше держать ребенка у груди;
- позволять младенцу делать длинные паузы и кормить в более медленном темпе;
- не прекращать кормление, если ребенок продолжает пытаться сосать.

**При появлении клинических признаков респираторного дистресс-синдрома у недоношенных детей с гестационным возрастом менее 37 недель рекомендуется поддерживать постоянное положительное давление в дыхательных путях (CPAP-терапия).** Предпочтительно использование пузырьковой CPAP-системы. У детей с гестационным возрастом менее 32 недель CPAP-терапию можно начинать сразу после рождения, даже при отсутствии признаков респираторного дистресса.

Кофеин рекомендован для лечения апноэ у всех недоношенных детей, а также для профилактики апноэ и для проведения экстубации у детей с гестационным возрастом до 34 недель. ВОЗ рекомендует начинать введение кофеина за 24 часа до планируемой экстубации. В случае незапланированной экстубации кофеин следует вводить как можно раньше и в течение первых шести часов после нее.

Если необходимо усилить поток молока, мать может сцедить небольшое количество молока перед прикладыванием. Если ребенок плохо прибавляет в весе, его следует докармливать более калорийной порцией ГМ.

**Выбор метода кормления**

*1. Новорожденные со сроком гестации 33–35 недель и более:*
a. У таких новорожденных сосание, глотание и дыхание обычно хорошо скоординированы, поэтому ГВ возможно.

*2. Новорожденные со сроком гестации 30–32 недели:*
a. На этом сроке гестации у большинства новорожденных сформирован сосательный рефлекс и наблюдается активное сосание, поэтому ГВ возможно и обычно дополняется альтернативным методом – кормлением сцеженным материнским молоком из чашки.
b. Таким детям необходимо тщательное наблюдение и регулярное взвешивание.

*3. Новорожденные со сроком гестации менее 30 недель:*
a. Для большинства детей основным методом кормления является кормление через желудочный зонд, и лишь у отдельных детей может быть возможно кормление из чашки, в зависимости от зрелости и состояния. Если ребенок хорошо ест из чашки, кормление через зонд следует ограничить или прекратить. Эти дети требуют тщательного наблюдения и регулярного взвешивания.

## Приблизительное количество молока на одно кормление в зависимости от массы тела при рождении

| Масса тела при рождении | Частота кормлений | При рождении | 1 сутки | 2 сутки | 4 сутки | 5 сутки | 6 сутки | ≥7 сутки |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1500-1999 | 8-12 | 15 | 17 | 19 | 21 | 23 | 25 | 27 и > |
| 2000-2499 | 8-12 | 20 | 22 | 25 | 27 | 30 | 32 | 35 и > |
| 2500 и более | 8-12 | 25 | 28 | 30 | 30 | 35 | 40 | 50 и > |

## Переход с зондового питания к грудному вскармливанию

**ГВ становится возможным с 32–34 недель гестации при условии:**
- стабильного состояния маловесного младенца;
- хорошей прибавки массы тела при зондовом питании;
- достаточно зрелой координации сосания, глотания и дыхания;
- способности поддерживать стабильную температуру тела.

Каждое кормление требует значительных усилий и времени как от новорожденного, так и от медицинского персонала.

**Методика перехода:**
- постепенно упрощать вид и режим зондового питания, приучая ребенка к сосанию груди;
- если сосательный рефлекс недостаточно выражен, можно попробовать кормление из чашки;
- увеличивать число прикладываний к груди;
- назначать дополнительный объем питания через зонд, если ребенок не способен самостоятельно получить достаточное количество молока;
- избегать форсирования процесса.

Для становления и поддержания лактации при невозможности непосредственного ГВ и для проведения кормления сцеженным материнским молоком альтернативными методами (из чашки, ложки, через зонд или шприц) необходимо помочь матери начать сцеживание как можно раньше после родов: по 10–20 минут, не менее 6–8 раз в сутки.

## Альтернативные методы кормления

**Кормление с помощью чашки:**
- не нарушает становление ГВ
- чашка легко моется
- метод безопасен
- маловесный новорожденный получает необходимый объем ГМ
- кормление из чашки может дополнять ГВ, если ребенок устает

Вскармливание из чашки можно начинать у детей примерно с 30 недель гестационного возраста. Метод требует минимальных энергозатрат, способствует развитию координации сосания, глотания и дыхания. Ребенок получает визу-

альный, вкусовой и тактильный контакт с молоком и активирует начальную фазу пищеварения во рту.

**Техника кормления из чашки:**
- отмерить необходимое количество молока в чашку
- держать ребенка в полулежачем положении
- коснуться краем чашки губ ребенка
- не вливать молоко в рот
- дать ребенку возможность самостоятельно «лакать» молоко в удобном темпе
- прекратить кормление, когда ребенок закрывает рот и теряет интерес

## Кормление больных маловесных новорожденных детей

Парентеральное питание начинают в первые часы жизни, чтобы как можно раньше обеспечить поступление основных нутриентов, включая белок и энергию. Минимальное энтеральное (трофическое) питание следует вводить как можно раньше при стабильном состоянии ребенка для стимуляции созревания кишечника и становления гормонального гомеостаза.

**При расчете необходимого суточного количества питания учитывают энергетические траты:**

- Около 50 ккал/кг/сут для базового обмена и работы жизненно важных органов;
- 5–10 ккал/кг/сут для двигательной активности;
- 15–20 ккал/кг/сут для экскреторных процессов и стабилизации массы тела;
- Общая потребность составляет минимум 75 ккал/кг/сут.

## Парентеральное питание

Энергетические потребности при парентеральном питании на 10–20% ниже, чем при энтеральном, и составляют 80–100 ккал/кг/сут. Однако заболевание новорожденного, его активность и условия выхаживания могут повышать потребности на 25–75%. Для большинства недоношенных новорожденных достаточно 40–60 ккал/кг/сут, что обеспечивает основной обмен, синтез белка и покрытие затрат, связанных с активностью ребенка.

Полное парентеральное питание проводят маловесным детям, которым невозможно введение материнского молока энтерально (например, при проведении ИВЛ), либо при наличии противопоказаний к энтеральному питанию (состояние после операций на кишечнике).

Частичное парентеральное питание показано, если объем энтерально усваиваемого молока недостаточен для удовлетворения потребностей ребенка в питательных веществах.

У детей, находящихся на полном парентеральном питании, следует как можно раньше при стабильном состоянии начинать минимальное энтеральное (трофическое) питание сцеженным материнским молоком в объеме 0,5–1 мл/кг/час (или эквивалентным суточным объемом 10–20 мл/кг/сут). Это способствует

созреванию пищеварительного тракта, формированию кишечного микробиома, становлению иммунитета и подготовке к переходу на полное энтеральное питание.

**Критерии для выписки маловесного ребенка:**

- стабильная прибавка массы тела как минимум 3 дня подряд (не менее 15–20 г/сут);
- стабильная нормальная температура тела в течение 3 дней подряд;
- налаженное ГВ;
- мать уверена в своих навыках ухода за ребенком, способна ухаживать за ним дома и имеет доступ к медицинской помощи;
- мать не выражает неконтролируемой тревоги относительно здоровья ребенка;
- мать и родственники получили подробные рекомендации по уходу за ребенком:

**Рекомендации по уходу за недоношенными детьми дома**

- поддерживать ребенка в тепле;
- купать в теплой комнате, вытирать предварительно подогретым полотенцем;
- кормить грудью так часто и так долго, как хочет ребенок, минимум 8–12 раз в сутки, днем и ночью;
- не давать других жидкостей или пищи, кроме ГМ;
- укладывать ребенка на спину, избегать перегрева или переохлаждения;
- не допускать курения в помещении.

Немедленно обратиться за медицинской помощью, если ребенок отказывается от кормления или выглядит больным.

**Последующие визиты:**

- если выписан в течение первой недели жизни: через 2 дня;
- если выписан после первой недели: через 3–7 дней.

# 14. СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА

# 14. СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДНОГО МОЛОКА

**Сцеживание грудного молока играет важную роль в ряде клинических ситуаций.**

- **Поддержание нормального состояния молочных желез:** устранение нагрубания, профилактика и коррекция закупорки молочного протока. Если соски болезненны или чувствительны, можно сцедить несколько капель молока на сосок, чтобы снизить дискомфорт.
- **Помощь младенцу при прикладывании к груди:**
  1. *нанести несколько капель молока на сосок, чтобы ребенок почувствовал вкус и запах;*
  2. *сцедить небольшое количество молока прямо в рот младенца при слабом сосании;*
  3. *смягчить ареолу при ее выраженном набухании, чтобы облегчить захват груди.*
- **Поддержание секреции молока в период**, когда младенец временно не может сосать грудь, а также для улучшения и сохранения лактации.
- **Кормление ребенка сцеженным ГМ:** в случаях, когда он не может взять грудь, быстро устает, либо когда мать находится вдали от младенца. Сцеженное молоко может быть использовано и для банков донорского молока.
- **Обеспечение питания младенца** ВИЧ-инфицированной матери безопасно обработанным (пастеризованным) сцеженным ГМ.

Таким образом, сцеживание полезно в многочисленных ситуациях: для облегчения состояния матери, сохранения лактации и обеспечения кормления ребенка. Некоторые специалисты считают необходимым обучать каждой женщине приемам ручного сцеживания, чтобы она могла действовать правильно при возникновении необходимости. Медицинские работники должны владеть техникой сцеживания и уметь обучать ей матерей.

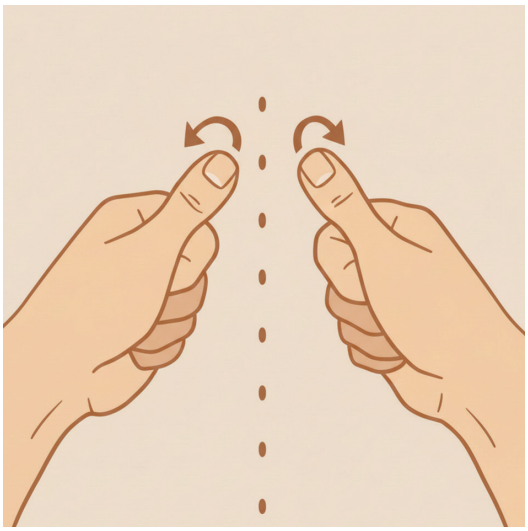
Многие женщины предпочитают ручное сцеживание, поскольку оно не требует оборудования, всегда доступно, бережнее по отношению к груди, особенно при болезненных сосках, и снижает риск передачи инфекции, который возможен при совместном использовании молокоотсоса. При правильной технике ручное сцеживание высокоэффективно.

Для облегчения сцеживания необходимо стимулировать окситоциновый рефлекс. **Для этого матери следует:**
- расслабиться и принять удобное положение;
- устранить факторы боли или тревоги;
- при возможности обеспечить контакт кожа-к-коже с младенцем (при отсутствии такой возможности помогает зрительный контакт или фотография ребенка);
- согреть грудь теплым компрессом или душем;
- мягко стимулировать соски легким поглаживанием или потягиванием;
- выполнять нежный массаж груди;
- при возможности попросить родственника или медицинского работника выполнить массаж верхней части спины.

## Техника массажа

*Мать садится перед столом, наклоняется вперед, складывает руки на столе и кладет на них голову. Грудь должна свободно свисать. Помощница массирует спину по обе стороны от позвоночника сверху вниз, используя круговые движения прямыми большими пальцами. Массаж проводится одновременно с обеих сторон, начиная от шеи и до уровня лопаток, в течение двух-трех минут.*





По мере накопления опыта стимулировать окситоциновый рефлекс становится легче. Когда мать овладеет техникой сцеживания, потребность в дополнительной стимуляции обычно уменьшается.

Для сбора сцеженного ГМ используют емкость с широким горлом: чашку, кружку, стакан или банку, тщательно вымытые с мылом под проточной водой. Перед сцеживанием подготовленную емкость следует обдать кипятком на несколько минут, затем воду вылить.

**Как сцеживать грудное молоко руками**

Перед сцеживанием необходимо тщательно вымыть руки. Мать должна удобно сесть, держа емкость для молока близко к груди. Большой палец располагают на околососковом кружке сверху, указательный палец – на околососковом кружке снизу, напротив большого пальца. Остальные пальцы поддерживают грудь. Легким нажимом большой и указательный пальцы смещают в сторону грудной стенки. Затем пальцы сводят вместе, сжимая молочные синусы под околососковым кружком: это позволяет вытолкнуть молоко в направлении соска. Циклы «нажатие – расслабление» повторяют до появления молока (иногда требуется несколько минут). Молозиво может появляться каплями благодаря более густой консистенции и меньшему объему. После полного включения окситоцинового рефлекса молоко обычно начинает вытекать струйками.





***Когда струя молока ослабевает,*** мать должна смещать пальцы по окружности ареолы и повторять описанные циклы сжатия и расслабления, нажимая на околососковый кружок с разных боков.

Необходимо избегать сжатия самого соска: это имитирует ситуацию, при которой ребенок захватывает только сосок, что препятствует эффективному опорожнению груди. Сцеживание не должно причинять боли. Появление боли свидетельствует о неправильной технике. В процессе сцеживания пальцы не должны скользить по коже или царапать ее, поскольку это может привести к травме.

Когда молоко перестает выделяться из одной молочной железы, при необходимости переходят к другой и повторяют те же действия. Мать может сделать паузу и вновь выполнить массаж груди. В рамках одного сеанса сцеживания допускается многократное чередование грудей.

## Метод «теплой бутылки» для сцеживания молока

Метод применяется при выраженном нагрубании груди: молочная железа переполнена, сосок болезненный, сцеживание затруднено. Используют стеклянную бутылку объемом 1–3 литра с широким горлышком не менее 2–4 см в диаметре, чтобы сосок легко входил внутрь.

Сначала в бутылку наливают немного горячей воды для предварительного нагрева, затем доливают почти до края, чтобы не допустить термического повреждения стекла. Бутылку оставляют на несколько минут для равномерного прогрева, после чего, держа ее в ткани, выливают воду.

Горлышко охлаждают под струей холодной воды снаружи и изнутри, чтобы не обжечь сосок. Затем теплую бутылку плотно прижимают горлышком к соску, обеспечивая герметичность. По мере остывания создается мягкий вакуум, который втягивает сосок в бутылку. Тепло стимулирует окситоциновый рефлекс, и молоко начинает вытекать и собираться в бутылке.

Бутылку удерживают до тех пор, пока продолжается выделение молока. При необходимости процедуру повторяют или проводят на другой груди. После нескольких циклов нагрубание уменьшается, боль ослабевает, и сцеживание вручную или кормление грудью становится возможным.



1. Налейте горячей воды в бутылку



2. Вылейте воду



3. Мать накрывает сосок горячей бутылкой

**Длительность сцеживания зависит от цели**, с которой мать его выполняет. Если необходимо дать молозиво новорожденному, который пока не может сосать, достаточно сцеживать 5–10 минут, чтобы получить чайную ложку этого ценного продукта. Следует помнить, что желудок новорожденного очень мал, поэтому молозиво ему дают в небольших количествах каждые 1–2 часа.

Если требуется увеличить секрецию молока, сцеживание проводят примерно 20 минут не реже шести раз в сутки, включая хотя бы одно сцеживание ночью, ориентируясь на суточный объем и частоту, поддерживающие лактацию. Если матери нужно лишь смягчить ареолу, чтобы помочь младенцу взять грудь, достаточно сжать пальцы 3–4 раза.

Чтобы прочистить молочный проток, грудь массируют мягко, не травмируя ткани, до рассасывания припухлости.

Если матери необходимо обеспечить ребенка ГМ на время ее отсутствия, процедуры сцеживания повторяют до тех пор, пока количество молока не станет достаточным для кормления во время разлуки. Одним женщинам достаточно 15 минут, другим требуется около получаса. Иногда достаточно сцедить молоко из одной груди, а второй покормить младенца.

Недоношенных и больных новорожденных рекомендуется кормить часто и малыми порциями молозива. Даже небольшие количества приносят пользу. Молозиво часто выделяется каплями, но каждая важна для ребенка. Сцеживать его можно в чайную ложку, в маленькую чашку или непосредственно в рот малыша. При наличии помощника удобно собирать молозиво шприцем прямо у соска: один миллилитр в маленьком шприце занимает значительный объем.

Иногда требуется несколько попыток, прежде чем молоко начнет выделяться в достаточном количестве. С опытом сцеживание становится более эффективным. Некоторые матери могут сцеживать молоко из обеих молочных желез одновременно.

Матерям, которые совмещают сцеживание с ГВ (например, при работе вдали от ребенка), следует приложить младенца, а сцеживание выполнять после кормления, когда это возможно.

Даже если ребенок не может взять грудь, оптимальным питанием остается ГМ собственной матери. Если это невозможно, предпочтительнее давать ГМ другой женщины, а не коровье, козье, верблюжье или иное молоко животных, а также использовать растительные напитки.

***Женщину, кормящую грудью чужого ребенка, называют кормилицей, а ее сцеженное молоко – донорским.***

В некоторых регионах существуют банки донорского молока, где можно получить женское молоко для недоношенных и больных младенцев. Все женщины, сдающие молоко, проходят обязательное обследование на ВИЧ и другие инфекции, а молоко подвергается пастеризации. Донорское молоко обычно используется недолго, поскольку его запасы ограничены, поэтому необходимо заранее обсудить дальнейшие варианты вскармливания.

## Кормление младенца сцеженным молоком

**Младенцев, которые не получают ГВ, можно кормить сцеженным ГМ:**

- через назогастральный или орогастральный зонд
- с помощью шприца или инфузомата
- с ложки
- сцеживая молоко непосредственно в рот младенца
- из чашки

Необходимость альтернативного способа кормления и выбор метода определяются индивидуально для каждой матери и ребенка.

Через зонд с использованием инфузомата кормят младенцев, которые не способны сосать и глотать.

Шприц применяют при очень малых объемах молока, например, для кормления молозивом. Вводят небольшое количество (не более 0,5 мл) молока в рот у щеки ребенка, дают ему проглотить и только затем вводят следующую порцию.

При кормлении из ложки, как и при использовании шприца, молоко дают маленькими дозами. Поскольку младенец не может контролировать поток жидкости, слишком быстрое кормление может привести к аспирации. Кормление из ложки может занимать больше времени, и иногда ребенок или взрослый устают, прежде чем малыш насытится. При кормлении из большой ложки соблюдают ту же технику, что и при кормлении из чашки.

Сцеживание молока непосредственно в рот младенца стимулирует сосательный рефлекс. Этот метод иногда применяют при кормлении детей с расщелиной неба.

Из чашки кормят детей, которые способны глотать, но пока не могут эффективно высасывать молоко из груди. Это обычно младенцы, плохо захватывающие грудь, либо быстро устающие и отпускающие грудь. Чашка часто используется при кормлении детей, родившихся примерно на сроке 30–32 недель.

**Преимущества кормления из чашки:**

- метод более комфортен для младенца: в нос или рот ничего не вводится;
- ребенок свободно работает языком и ощущает вкус молока;
- стимулируется пищеварительный процесс;
- формируется координация дыхания, сосания и глотания;
- ребенок находится близко к взрослому, возможен зрительный контакт;
- младенец может сам регулировать объем и темп питания;
- чашку проще мыть, чем бутылочку с соской;
- метод служит переходом к ГВ.

**Недостатки кормления из чашки:**

- увеличиваются потери молока, которое частично вытекает изо рта;
- у доношенных детей при отсутствии регулярных грудных кормлений может формироваться предпочтение способа кормления;
- возникает риск того, что чашка будет использоваться вместо ГВ, например, когда медперсоналу удобнее накормить ребенка из чашки, чем ждать прихода матери для кормления грудью.

Количество полученного младенцем молока варьирует от кормления к кормлению. Если ребенок съел мало, следующее кормление проводят чуть раньше, особенно при появлении признаков голода. Объем питания оценивают не по одному кормлению, а по общему количеству за сутки. Слабых младенцев, которые не могут получить достаточный объем даже при кормлении из чашки, докармливают через зонд.
Матерей, которые не используют чашку, необходимо знакомить с этим методом и демонстрировать его. Обучение проводят так, чтобы у матери формировалась уверенность в своей способности кормить ребенка из чашки.

Гладкая открытая поверхность чашки легко очищается горячей мыльной водой. При выборе посуды для сцеженного молока следует избегать бутылочек, узких носиков, крышек и шероховатых поверхностей, где могут задерживаться остатки молока и размножаться бактерии.

Младенца можно постепенно перевести с кормления через зонд на кормление из чашки, а затем – на полное ГВ. Использование бутылочки с соской не рекомендуется, чтобы не нарушать становление ГВ.

**Техника кормления из чашки**

Посадите младенца на колени так, чтобы верхняя часть его тела находилась в вертикальном или близком к вертикальному положении. Поддерживайте голову, шею и спину. Ребенка удобно завернуть в ткань: это помогает держать спину ровно и предотвращает помехи руками.

Поднесите к губам ребенка маленькую чашку с молоком. Нижний край чашки должен опираться на нижнюю губу, а верхний касаться верхней губы. Наклоните чашку так, чтобы молоко касалось губ.

**Ребенок просыпается, открывает рот и глаза.**

- Недоношенные младенцы захватывают молоко языком.
- Доношенные и дети постарше слегка «подсасывают» молоко, иногда проливая его.

Нельзя вливать молоко в рот младенца. Нужно просто удерживать чашку у губ, позволяя ребенку самостоятельно втягивать молоко в рот.

Когда ребенок наедается, он закрывает рот. Если он съел меньше ожидаемого, это не повод для беспокойства: при следующем кормлении он может съесть больше или попросить еду раньше.

Оценивать количество полученного ребенком молока следует по суточному объему, а не по итогам одного кормления.

**Хранение сцеженного молока**

Для хранения сцеженного ГМ используют стеклянную или пищевую пластиковую емкость с крышкой. Емкость тщательно моют горячей мыльной водой и ополаскивают горячей чистой водой. При ручном сцеживании молоко можно собирать непосредственно в эту емкость.

**Сцеженное молоко можно хранить:**

- до 24 часов при температуре максимум 20–25 °C (в тени, в самой прохладной зоне дома);
- около 72 часов в холодильнике при температуре 4–5 °C;
- до шести месяцев в замороженном виде при температуре –8–20 °C.

*Повторно замораживать размороженное молоко нельзя.*

Если молоко хранится в нескольких емкостях, на каждой указывают дату. В первую очередь используют более ранние порции. Предпочтительно кормить ребенка свежим, а не размороженным молоком.

Замороженное молоко размораживают медленно – в холодильнике. После размораживания его используют в течение 24 часов. Можно поместить емкость в теплую воду и использовать молоко в течение часа, пока оно теплое. Кипятить молоко и разогревать его в микроволновой печи нельзя, поскольку теряются полезные свойства и есть риск ожога ротовой полости ребенка.

## Заключение

**Умение вручную сцеживать ГМ важно для:**

- сохранения здоровья молочных желез;
- помощи младенцу при ГВ;
- поддержания и стимуляции секреции молока;
- кормления ребенка материнским молоком, когда он временно не может взять грудь, либо когда мать отсутствует, а также для сдачи молока в банк донорского молока;
- кормления ребенка ВИЧ-инфицированной матери пастеризованным молоком.

Эффективность сцеживания повышает стимуляция окситоцинового рефлекса и правильная техника сцеживания.

Термическая обработка уничтожает вирус ВИЧ. Поэтому ВИЧ-инфицированная мать может снизить риск передачи инфекции, нагревая молоко в домашних условиях, однако такая обработка применяется только при необходимости: нагрев частично разрушает антиинфекционные компоненты и ферменты. Даже с учетом этого термически обработанное ГМ лучше любых искусственных заменителей.

**Младенцев, лишенных ГВ, можно кормить сцеженным молоком:**

- через назогастральный или орогастральный зонд;
- с помощью шприца или инфузомата (при отсутствии – через систему капельницы);
- с ложки;
- сцеживая молоко непосредственно в рот;
- из чашки.

***Выбор метода альтернативного вскармливания определяется индивидуально для каждой матери и ребенка.***

Из чашки кормят тех младенцев, которые способны глотать, но пока не могут высосать достаточное количество молока из груди. Чашка особенно удобна для детей, находящихся примерно на сроке 30–32 недель, если их состояние позволяет.

# 15. ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ»

# 15. ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ»

Программа по внедрению в практику МО, оказывающих услуги беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста ИБДОР, разработана ВОЗ/ЮНИСЕФ **для достижения двух основных целей:**

1. Реорганизовать существующую практику МО в соответствии с «Десятью шагами успешного ГВ» и тем самым обеспечить всем новорожденным и детям раннего возраста доступ к преимуществам ГВ.
2. Прекратить бесплатные (или крайне дешевые) поставки заменителей ГМ в МО, обслуживающие беременных, матерей и детей грудного и раннего возраста, поскольку продвижение заменителей ГМ является одним из ключевых факторов, сильно подрывающих ГВ.

В программе на получение звания «Больница доброжелательного отношения к ребенку» могут участвовать все МО, аккредитованные в Республике Казахстан, вне зависимости от формы собственности, осуществляющие уход и помощь в сфере охраны здоровья женщин, матерей и детей. Для получения статуса такие организации должны строго выполнять требования, изложенные в «Десяти шагах», представленных в совместной Декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ, обновленной в 2018 году: «Защита, продвижение и поддержка ГВ в МО, оказывающих услуги матерям и детям».

**Для реализации программы ИБДОР необходимо выполнить девять основных задач:**

1. Создать в МО координационный орган по вопросам ГВ.
2. Включить все «Десять шагов» в политику МО и в профессиональные стандарты медицинской помощи.
3. Обеспечить необходимый уровень компетентности медицинских работников и менеджеров при внедрении «Десяти шагов».
4. Использовать системы внешней оценки для регулярного мониторинга соблюдения «Десяти шагов».
5. Разработать и внедрить стимулирующие механизмы за соблюдение и меры воздействия за несоблюдение «Десяти шагов».
6. Оказывать техническую поддержку организациям, внедряющим изменения для принятия «Десяти шагов».
7. Проводить внутренний мониторинг реализации инициативы.
8. Осуществлять адвокацию и продвижение программы ИБДОР среди соответствующих целевых групп.
9. Обеспечить устойчивое финансирование инициативы, включая кадровые, учебные и организационные ресурсы.

***Для выполнения указанных задач в медицинской организации создается рабочая группа (координационный совет) во главе с координатором.***

В состав такого органа входят представители высшего руководства, принимающие решения, а также медицинский персонал, обладающий необходимыми знаниями о пользе ГВ для здоровья матери и ребенка, навыками его поддержки и прошедший официальное обучение по программам ИБДОР и компетентный в вопросах лактации.

Члены рабочей группы во главе с координатором проводят анализ существующей практики с помощью инструмента самооценки, оценивают соответствие «Десяти шагам» и разрабатывают план необходимых изменений.

**Процесс трансформации практики занимает определенное время и включает следующие шаги:**

- планирование улучшения качества помощи беременным, матерям и детям;
- внедрение необходимых изменений;
- оценку изменений в практике и/или итоговых результатов;
- анализ обновленной практики и определение дальнейших действий для улучшения или поддержания соответствия «Десяти шагам».

Рабочая группа совместно с первым руководителем МО разрабатывает проект Политики по охране, поддержке и поощрению ГВ.

*Политика – внутренний нормативный документ организации здравоохранения,* оказывающей медицинскую помощь беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста. **Содержание Политики обязывает:**

1. Полностью соблюдать «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока» и последующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.
2. Соблюдать все «Десять шагов», рекомендованные ВОЗ/ЮНИСЕФ.
3. Выполнять стандарты (индикаторы) эффективности внедрения «10 шагов», проводить постоянный мониторинг их исполнения.
4. Иметь письменные рекомендации по ГВ и доводить их до сведения всего медицинского персонала, беременных женщин, матерей и членов их семей.
5. Обучать весь медицинский персонал навыкам, необходимым для практического применения рекомендаций.
6. Интегрировать положения ИБДОР с программами по уходу и помощи беременным, матерям и детям, рекомендованными ВОЗ и ЮНИСЕФ.
7. Информировать всех беременных женщин, матерей и членов их семей о преимуществах и методах ГВ.
8. Утвердить медицинские показания к назначению другого питания (докорма) или питья.

Политика ГВ определяет обязательные действия медицинского персонала в повседневной работе. Она помогает родителям понимать, какой уход и поддержку они вправе получать. В документе обязательно указывается, что повседневная практика должна включать работу и с матерями, которые не кормят грудью. Проект политики обсуждается во всех подразделениях МО, оказывающей помощь беременным, матерям и детям грудного и раннего возраста. Окон-

чательный вариант, сформированный с учетом предложений коллектива, утверждается руководителем в установленном порядке. Политика оформляется в письменном виде на государственном языке.

Политика является инструкцией к действию для всего медико-санитарного персонала. Владение ее содержанием подлежит аттестации. Документ размещается на видных местах в каждом подразделении (роддоме, больнице, поликлинике) и должен быть доступен персоналу, беременным женщинам, матерям и членам семей.

Рабочая группа подготавливает информационные материалы о пользе ГВ, используя рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ, и формирует график обучения всех сотрудников; график утверждается руководителем организации. В учреждении выделяется помещение для проведения обучения, просмотра видеоматериалов и демонстрации наглядных пособий.

**Обучение компетенциям по лактации, ГВ и соблюдению Международного свода правил проводится по следующим программам:**

- Для врачей и среднего медперсонала – 30-часовой курс «Охрана, поддержка и поощрение ГВ в больнице, доброжелательной к ребенку», адаптированный для Казахстана по материалам ВОЗ/ЮНИСЕФ.
- Для младшего медперсонала и сотрудников административно-хозяйственной части – 3-часовая программа, включающая: преимущества ГВ, практику учреждения по его поддержке, важность исключительного ГВ и др.
- Для новых сотрудников (медицинских) – вводный инструктаж и обязательное прохождение 30-часового курса в течение 6 месяцев после трудоустройства.
- Для новых сотрудников немедицинского профиля – вводный инструктаж и последующее обучение по 3-часовой программе.

**По итогам обучения каждый участник должен:**

- знать, где размещена стратегия организации по ГВ и где получить ее копию;
- понимать значимость поддержки ГВ;
- знать утвержденные в организации практики, направленные на его поддержку.

Обучающие семинары для всего персонала проводятся регулярно: один раз в 6 месяцев, с обязательной оценкой теоретических знаний и практических навыков.

Обучение беременных женщин проводится в женских консультациях посредством групповых занятий и индивидуальных бесед. В обучении участвуют акушеры, педиатры, психологи, акушерки и медицинские сестры.

Наиболее перспективной и эффективной формой считается семейная подготовка к рождению ребенка: она направлена на активное вовлечение членов семьи в дородовую подготовку. Партнерство во время родов и в послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, формирует установку на рождение желанного ребенка. Наряду с семейной формой подготовки рекомендуется использование традиционных методов обучения в «школах

материнства», организуемых в организациях ПМСП (женских консультациях, детских поликлиниках).

Для активного привлечения будущих отцов и других членов семьи к занятиям по дородовой подготовке необходимо обеспечить доступную информацию о программах и расписании.

С момента постановки на учет беременная женщина находится в постоянном контакте с медицинскими работниками, регулярно посещая женскую консультацию. Каждое посещение может использоваться для индивидуальной беседы по подготовке к ГВ.

**Программа обучения по вопросам ГВ должна включать следующие темы:**

- Преимущества ГВ для ребенка.
- Преимущества ГВ для матери.
- Важность исключительно ГВ в течение первых 6 месяцев, своевременного введения полноценных и адекватных по энергетической и питательной ценности прикормов, продолжения ГВ до 2 лет и дольше.
- Важность раннего прикладывания младенца к груди в родильном зале.
- ***Мастер-класс:*** техника кормления грудью (расположение и прикладывание ребенка).
- Важность совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре и дома.
- Значение кормления по требованию ребенка.
- Как обеспечить достаточное количество молока.
- Риск использования сосок и пустышек.
- Ознакомление с Политикой акушерского стационара, где планируются роды.
- Помощь матерям после выписки из родильного дома.

Отметка об обучении заносится в индивидуальную карту и обменную карту беременной.
Для контроля обучающей работы может применяться форма «Контрольный лист навыков по ГВ: дородовая подготовка беременных женщин», куда заносятся сведения о теме и дате группового занятия или индивидуальной беседы, а также о выдаче письменных материалов (Приложение 1).

После рождения ребенка сведения о характере вскармливания поступают в организацию ПМСП (женскую консультацию и детскую поликлинику) из родильного дома или больницы в выписном эпикризе. На 2–3 сутки после родов медицинский работник женской консультации проводит патронаж на дому. Позднее женщины посещают консультацию самостоятельно.

Медицинский работник детской поликлиники осуществляет патронаж матери и ребенка на дому с первого дня после выписки. Контакты с матерью следует использовать для оценки ГВ и оказания необходимой помощи ей и семье.

**Организации родовспоможения**

Внедрение инициативы «Больница, доброжелательной к ребенку» в практику организаций родовспоможения имеет важное значение для успешного начала и продолжения ГВ.

**В родовспомогательных организациях следует создать условия для обеспечения:**

- кожного контакта матери и новорожденного («кожа к коже») сразу после родов и его продолжения в течение как минимум первых двух часов;
- раннего начала ГВ в течение первого часа после родов.

Необходимо показывать матерям, как кормить грудью младенца, какое положение наиболее удобно для успешного кормления, как поддерживать лактацию в случае временного разлучения с ребенком, а также обучать технике ручного сцеживания ГМ.

Новорожденным не следует давать никакой другой пищи или питья, кроме ГМ, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями. При необходимости допаивания или докармливания младенца необходимо использовать ложечку или чашечку, а не бутылочку с соской.

В организациях родовспоможения и больницах следует практиковать круглосуточное совместное пребывание матери и новорожденного в одной палате, обеспечивая женщине необходимую помощь со стороны медицинского персонала. Поощрять кормление грудью по требованию младенца, днем и ночью, без ограничения частоты и длительности кормлений.

Новорожденным, находящимся на ГВ, не следует давать успокаивающие средства и устройства, имитирующие материнскую грудь (соски, пустышки). Мать должна быть информирована о рисках использования таких средств. Следует проводить постоянную работу по предотвращению рекламы и бесплатного распределения искусственных молочных смесей, а также пустышек и бутылочек с соской.

Необходимо содействовать организации групп поддержки ГВ и направлять матерей в эти группы после выписки; обеспечивать контроль за их деятельностью со стороны подготовленного медицинского персонала путем проведения патронажей, консультаций в комнатах здорового ребенка, организации «телефона доверия» и других форм помощи.

МО, претендующие на звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку», должны иметь достаточное количество наглядной инструктивной и просветительной информации по ГВ (стенды, альбомы, плакаты, памятки). Информация должна быть размещена в доступных местах для персонала, беременных женщин, матерей и членов их семей. МО должна иметь возможность снабжать женщин памятками по поддержке и поощрению ГВ, уделяя особое внимание первородящим и женщинам с ранее возникшими трудностями при ГВ.

Четкое выполнение описанных требований приводит к улучшению качества лечебно-профилактической помощи детям грудного возраста и способствует укреплению их здоровья. **На соблюдение вышеперечисленных требований указывают следующие индикаторы:**

1. ***Высокий охват детей исключительно ГВ до 6 месяцев.*** Показатель должен составлять не ниже 80% среди новорожденных, выписываемых из организаций родовспоможения и детства, и не ниже 80% среди детей, достигших 6-месячного возраста.

2. ***Значительное снижение использования искусственных*** адаптированных молочных смесей на территории деятельности организации, претендующей на звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
3. ***Улучшение показателей состояния здоровья детей:*** снижение общей заболеваемости, прежде всего гнойно-септическими, респираторными и желудочно-кишечными инфекциями, а также аллергическими заболеваниями.
4. ***Снижение показателей*** неонатальной и младенческой смертности.

**Организации первичной медико-санитарной помощи**

Поддержка матерей в кормлении грудью в соответствии с шагами 5–9, подразумевающими консультирование по вопросам сохранения исключительно ГВ в течение первых шести месяцев жизни и продолжения ГВ до двух лет и более, осуществляется медицинскими сестрами, педиатрами и врачами во время послеродовых патронажей и плановых визитов здорового ребенка.

В течение первого года жизни патронажные сестринские посещения начинаются с первого дня после выписки из родовспомогательного стационара или детской больницы. **Во время первых патронажных посещений ребенка медицинская сестра и врач ВОП, семейный врач или педиатр должны:**

1. Понаблюдать за кормлением грудью и оценить правильность положения и прикладывания ребенка.
2. Обсудить вопросы, касающиеся важности совместного пребывания матери и ребенка дома (кровать матери и ребенка должна находиться рядом; мать может брать младенца в свою постель для кормления), необходимости исключительно ГВ по требованию без ночных перерывов, отказа от сосок и пустышек.
3. Обучить мать технике сцеживания ГМ, показаниям к сцеживанию, а также кормлению сцеженным ГМ из чашечки.

В организации патронажей на первом месяце жизни может помочь форма «Послеродовый патронаж: оценка кормления грудью» (приложение 2). При наличии возможности следует раздавать памятки или брошюры по ГВ. Пример памятки для родителей приведен в приложении 3.

В случае болезни ребенка и необходимости госпитализации следует рассматривать возможность совместного пребывания матери и ребенка для ухода за младенцем и сохранения ГВ. Если ребенок временно не берет грудь, его необходимо кормить сцеженным ГМ из чашечки, ложечки или шприца, избегая бутылочки с соской.

Если мать вынуждена выйти на работу, ей необходимо помочь сохранить ГВ путем ночных и утренних кормлений, а также регулярного сцеживания. Следует обучить мать и лицо, ухаживающее за ребенком, кормлению сцеженным ГМ из чашечки или ложечки.

Во время патронажных посещений и профилактических приемов необходимо объяснять матерям и членам семьи важность исключительно ГВ в первые шесть месяцев жизни и продолжения ГВ после введения прикормов до двух лет и более, а также консультировать матерей и оказывать помощь в сохранении лактации.

Оценка достаточности ГМ проводится по двум достоверным критериям: частота мочеиспусканий не менее шести раз в сутки при условии отсутствия дополнительного питья и ежемесячный контроль прибавки массы тела. Практика одноразовых контрольных кормлений для определения достаточности молока у матери в настоящее время не рекомендуется.

После шести месяцев жизни необходимо следить за своевременным введением прикорма и объяснять важность сохранения ГВ до двух лет и более. Данные о характере вскармливания каждого ребенка могут заноситься в форму «Контрольный лист оценки ГВ на педиатрическом участке», что позволяет оценить индивидуальную ситуацию, а затем провести анализ уровня ГВ на участке.

Десятый шаг направлен на обеспечение постоянной поддержки и надлежащего ухода для родителей и детей в организациях ПМСП, в группах взаимоподдержки и по телефону «горячей линии». Консультирование матерей и членов их семей, помимо участкового педиатра и патронажной медицинской сестры, проводят медицинские сестры кабинетов здорового ребенка. Медицинская сестра кабинета здорового ребенка может организовывать группы поддержки ГВ из числа кормящих матерей. Кабинет здорового ребенка должен быть уютным и оснащенным наглядными материалами, видеотехникой и необходимой мебелью для проведения занятий с кормящими женщинами или группами матерей и членов их семей. Также необходимо обеспечить условия для кормления ребенка грудью.

Информация о группах поддержки должна быть доступна каждой семье, в которой есть ребенок, находящийся на ГВ. Ее следует размещать на стендах детской поликлиники, в кабинетах участкового педиатра и здорового ребенка, а также включать в памятки и брошюры, выдаваемые родителям.

Далее приводятся приложения, которые каждая МО может использовать в качестве примеров; допускается их дополнение по решению рабочей группы МО.

Приложение 1.

## КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ НАВЫКОВ ПО ГВ: ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ф.И.О. пациентки _____

Дата первого визита _____

Срок беременности _____ недель

Дата _____ Подпись медработника _____

Обсуждались следующие навыки:

**Преимущества грудного вскармливания для ребенка** ☐ **Обсуждались** _____
(гармоничное психоэмоциональное и физическое развитие; защита от распространенных детских заболеваний; повышение выживаемости; меньший риск избыточного веса, ожирения и развития диабета в более позднем возрасте)

**Преимущества грудного вскармливания для матери** ☐ **Обсуждались** _____
(формирование психоэмоциональной близости; снижение риска рака молочной железы и яичников; защита от остеопороза в пожилом возрасте; замедление восстановления фертильности; снижение риска послеродового кровотечения)

**Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни младенца** ☐ **Обсуждались** _____
(отсутствие дополнительного питания и питья в первые шесть месяцев, кроме случаев, обусловленных медицинскими показаниями)

**Важность раннего прикладывания к груди и контакта кожа к коже** ☐ **Обсуждались** _____
(сохранение тепла; успокоение ребенка; формирование привязанности; успешное начало ГВ)

**Важность правильного положения ребенка у груди и прикладывания к груди** ☐ **Обсуждались** _____

**Способствует успешному началу ГВ:**
Совместное пребывание матери и ребенка ☐ **Обсуждались** _____

Кормление по требованию ☐ **Обсуждались** _____

Отказ от сосок и пустышек ☐ **Обсуждались** _____

Помощь со стороны медицинского персонала ☐ **Обсуждались** _____

Выданы или обсуждались памятки ☐ **Обсуждались** _____

Какие: _____

Лицо, ответственное за дородовую подготовку
ФИО, должность _____

Приложение 2.

## ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ: ОЦЕНКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Дата рождения ребенка
Масса тела при рождении
Характер родов: ☐ Вагинальное ☐ Кесарево сечение

**Практика родильного дома по поддержке ГВ:**

| | |
|---|---|
| Раннее прикладывание к груди в родильном зале | ☐ Да ☐ Нет |
| Совместное пребывание матери и ребенка | ☐ Да ☐ Нет |

**Характер вскармливания при выписке:**

☐ Грудное ☐ Искусственное ☐ Смешанное

**Характер вскармливания по результатам наблюдений (послеродовый патронаж):**

☐ Грудное ☐ Искусственное ☐ Смешанное

**Обсуждались следующие вопросы:**

| | |
|---|---|
| Важность постоянного нахождения вместе матери и ребенка | ☐ Да ☐ Нет |
| Кормление по требованию | ☐ Да ☐ Нет |
| Отказ от сосок и пустышек | ☐ Да ☐ Нет |
| Как обеспечить достаточное количество молока | ☐ Да ☐ Нет |
| Профилактика трещин сосков | ☐ Да ☐ Нет |
| Профилактика нагрубания молочных желез и мастита | ☐ Да ☐ Нет |
| Последующая помощь со стороны медицинского персонала | ☐ Да ☐ Нет |

**Проводилась оценка:**

| | |
|---|---|
| Положения и прикладывания ребенка к груди | ☐ Да ☐ Нет |
| Состояния молочных желез | ☐ Да ☐ Нет |
| Ручного сцеживания молочных желез | ☐ Да ☐ Нет |

**Рекомендации по результатам наблюдений и опроса:**

_____

_____

_____

_____

_____

**Выдан письменный материал** ☐ Да ☐ Нет

(какой) _____

Дата проведения
послеродового патронажа

_____

_____

ФИО, должность сотрудника,
проводившего патронаж

_____

_____

Дата оценки _____ 202__г

**Приложение 3.**

# ПАМЯТКА ДЛЯ МАТЕРЕЙ

## Раннее прикладывание к груди

Очень важно приложить ребенка к груди сразу после рождения. Ребенка укладывают маме на живот, в контакт «кожа к коже». Не следует пытаться сразу дать ребенку грудь: дайте ему полежать и отдохнуть. Вскоре ребенок будет готов приложиться к груди и может даже попытаться ползти к ней. Затем он начнет обнюхивать и облизывать грудь, и только после этого попытается приложиться. Желательно, чтобы мама и малыш провели вместе (в контакте «кожа к коже») не менее двух часов после родов.

В это время стимулируется выработка гормона окситоцина, а значит и секреция молока. Окситоцин помогает маме расслабиться, способствует легкому рождению плаценты и уменьшает послеродовое кровотечение. Малыш получает иммуноглобулины, содержащиеся в молозиве: это защищает его от инфекций и помогает формированию собственной микробиоты. Кожа, слизистые и кишечник ребенка заселяются материнскими бактериями, которые для него безопасны. Если этого не происходит, поверхности ребенка могут быстрее заселиться больничными бактериями, которые потенциально опаснее для новорожденного.

## Совместное пребывание матери и ребенка в медицинской организации и дома

Совместное пребывание необходимо для успешного установления ГВ и его последующего поддержания. Вы и ребенок адаптируетесь друг к другу, учитесь распознавать сигналы и потребности малыша. Когда ребенок находится рядом с вами, он сосет грудь без ограничений, а выработка гормонов, отвечающих за секрецию молока, усиливается. В идеале ребенок не должен разлучаться с вами, а все необходимые медицинские процедуры можно проводить в вашем присутствии.

## Кормление по требованию

Не смотрите на часы: смотрите на ребенка. Предлагайте грудь при каждом звуке и любом беспокойстве. Большинство потребностей малыша удовлетворяется, когда вы берете его на руки и прикладываете к груди.

У вас на руках и у груди ребенок согревается, утешается, насыщается, пьет, засыпает, а дискомфорт уменьшается. На беспокойство реагируйте сразу, не ждите, пока малыш расплачется по-настоящему. Не бойтесь избаловать ребенка: позволяйте ему сосать грудь столько, сколько ему нужно, днем и ночью. Частые кормления стимулируют выработку молока, в то время как кормление по часам ведет к его снижению.

Кормление по требованию предполагает и ваше собственное требование. Если грудь переполнена или ребенок слишком долго спит и редко сосет, предлагайте грудь сами. Перекормить ГМ невозможно. Оно переваривается за 15–20 минут, и желудок ребенка готов к следующему кормлению (смесь переваривается около четырех часов).

**Исключительно грудное вскармливание**
До шести месяцев ребенку не следует давать ничего, кроме ГМ. При неограниченном доступе к груди малышу не нужны вода, глюкоза или чай. Не стоит беспокоиться, что в первые дни молока немного: небольшого количества молозива достаточно, чтобы удовлетворить все потребности новорожденного.

Молозиво очень питательно и содержит большое количество биологически активных компонентов, поддерживающих здоровье ребенка. Благодаря низкому содержанию воды оно не нагружает почки. Кроме того, молозиво обладает легким слабительным эффектом и помогает очистить кишечник от мекония, что снижает риск усиления физиологической желтухи.

**Удобное положение**
Найдите удобную позу, чтобы во время кормления вы могли расслабиться, ведь кормления могут быть длительными. Если положение неудобное, усталость наступит быстро, и кормление перестанет приносить удовольствие. Комфортно должно быть и ребенку: он должен лежать плотно прижатым к вам, без необходимости тянуться к груди. Ребенок должен быть повернут к вам всем телом, чтобы ему не приходилось поворачивать голову к груди.

**Правильное прикладывание младенца к груди**
Неправильное прикладывание может вызывать боль, приводить к трещинам сосков, застою молока и снижению его количества. Поэтому важно с самого начала правильно приложить малыша к груди.

**Признаки правильного прикладывания**
Рот ребенка широко открыт; помимо соска захвачена значительная часть ареолы, особенно со стороны нижней губы; губы вывернуты; виден язык на нижней десне; нос и подбородок касаются груди; щеки округлые; при сосании нет цокающих звуков; после кормления сосок остается округлым, а не сплюснутым или скошенным. При правильном прикладывании боли быть не должно. Если боль возникает, прикладывание необходимо изменить.

**Ночные кормления**
Ночные кормления особенно важны в первые месяцы. Ночью вырабатывается наибольшее количество пролактина, гормона, отвечающего за производство молока. Чтобы молока было достаточно, необходимо кормить ребенка ночью. Чтобы облегчить ночные кормления, спите рядом с ребенком. Совместный сон благоприятен и для матери, и для малыша. Рекомендуется использовать приставную кроватку: ребенок будет рядом, а кормления станут легче и спокойнее.

**Сцеживание грудного молока**
Молоко вырабатывается по потребности. Не следует сцеживать остатки после кормления: это тратит время и может стимулировать избыточную выработку молока. **Сцеживание необходимо в следующих случаях:**
- проблемы с грудью (трещины сосков, лактостаз, мастит);
- необходимость временно прекратить кормление при лечении, несовместимом с ГВ;
- временное разлучение с ребенком;
- выход матери на работу;
- необходимость создать запас ГМ.

**Уход за грудью**
Не нужно мыть грудь перед каждым кормлением. Достаточно принимать общий душ один раз в день. Не используйте мыло для мытья груди: оно удаляет естественную защитную смазку, сушит кожу и способствует появлению трещин. Если между кормлениями подтекает молоко, можно использовать одноразовые или многоразовые впитывающие прокладки либо чистые марлевые салфетки, сложенные в несколько слоев. Прокладки необходимо менять часто, чтобы грудь оставалась сухой.

**Как определить, достаточно ли ребенок получает молока**
Существует только два достоверных способа определить, хватает ли ребенку молока: «тест на мокрые пеленки» и контроль прибавки массы тела.
Первый метод заключается в подсчете мочеиспусканий. Если ребенок мочится шесть и более раз в сутки, молока достаточно.

Прибавку массы тела оценивают не чаще одного раза в неделю. Контрольные взвешивания до и после кормления нерелевантны и лишь вызывают стресс у матери и ребенка. Наполненность груди, ее размер или ощущение мягкости после кормления не определяют количество молока. Примерно к 1,5 месяцам лактация стабилизируется: грудь становится мягкой, потому что вырабатывает ровно столько молока, сколько нужно ребенку. Когда ребенку потребуется больше, он сам увеличит частоту и интенсивность кормлений, стимулируя выработку молока.

**Вес ребенка**
В первые дни после рождения ребенок теряет часть массы тела. Если потеря составляет до 7–10%, повода для беспокойства нет. До шести месяцев минимальная ежемесячная прибавка составляет около 500–800 г (или 125–200 г в неделю). После шести месяцев ребенок становится более активным, и прибавки уменьшаются. Минимальная ориентировочная прибавка – 300–500 г в месяц.

**Бутылки, пустышки**
Даже однократное использование бутылочки с соской может навредить ГВ. Пустышки следует полностью исключить. Если по медицинским показаниям требуется докорм или назначено лекарство, используют чашку, ложку или шприц без иглы.
***Одна из опасностей бутылочки в том,*** что получать жидкость из нее гораздо легче: она практически самопроизвольно поступает в рот. После этого ребенок может не хотеть прилагать усилия, необходимые для сосания груди, что ведет к отказу от ГВ.
***Вторая опасность связана с тем,*** что техника сосания груди и техника сосания соски принципиально различаются. Возникает «путаница сосков»: ребенок начинает сосать грудь так же, как соску, нарушается прикладывание.

**Стул ребенка при грудном вскармливании**
В первые дни стул ребенка черный и густой: это меконий. Затем цвет и консистенция стула изменяются. Обычно стул младенца на ГВ кашицеобразный, светло-горчичного цвета.

У детей на ГВ в первые месяц–полтора опорожнение кишечника может происходить практически после каждого кормления, позже стул становится реже.

**Ваше питание**
Вы можете есть все, что употребляли до рождения ребенка. Нет необходимости соблюдать специальную диету: питание должно быть здоровым и разнообразным.

Не рекомендуется употреблять продукты без термической обработки (рыбу, мясо, суши и т. д.), непастеризованные молочные продукты, сырые яйца, сыры с плесенью, продукты с высоким содержанием сахара и экзотические продукты, которые вы раньше не ели.

*Употребление алкоголя, никотина и наркотических веществ строго запрещено.*

Приложение 4.

## КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ГВ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ № _____

Ф.И.О. ребенка
ПОЛ: ☐ М ☐ Ж
Дата рождения _____ Дата выписки _____
Дата первого патронажа
Масса тела при рождении (г) _____ Масса тела при выписке (г) _____
Раннее прикладывание к груди в родильном зале: _____
Совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме: _____
Длительность грудного вскармливания (мес) _____
Длительность исключительно грудного вскармливания (мес) _____
Возраст введения первого прикорма (мес) _____

### Грудное вскармливание

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1-й год жизни (мес) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 2-й год жизни (мес) | | | | | | | | | | | | |
| 3-й год жизни (мес) | | | | | | | | | | | | |

### Исключительно грудное вскармливание

| Род. дом (с рождения до выписки) | 1-й патрионаж | 1 мес | 2 мес | 3 мес | 4 мес | 5 мес | 6 мес |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

### Контроль массы тела

| Возраст | При рождении | 1 мес | 2 мес | 4 мес | 5 мес | 6 мес |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**Находясь на грудном вскармливании, ребенок одновременно получал питание или питье из бутылочки с соской:** ☐ Да ☐ Нет

## 15.1 Самооценка медицинских организаций на соответствие статусу «Больница доброжелательного отношения к ребенку»

Каждая МО, заинтересованная в получении статуса «Больница доброжелательного отношения к ребенку», должна в качестве первого шага провести самооценку своей деятельности в соответствии с десятью шагами и требованиями глобальных критериев.

Самооценка проводится путем заполнения анкеты, позволяющей быстро оценить работу МО по созданию условий, благоприятных для охраны и поддержки ГВ. Анкета включает вопросы, на которые необходимо ответить «да» или «нет». Кроме того, она содержит раздел с общими сведениями об организации (название, почтовый адрес, мощность, структура и др.) и блок вопросов, отражающих количественные показатели ГВ.

Анкета самооценки организации родовспоможения или ПМСП (далее – МО) включает информацию о числе детей на ГВ на момент выписки из стационара, в том числе на исключительно ГВ с рождения до выписки. Рекомендуемый показатель исключительно ГВ с рождения до выписки должен быть не менее 80% среди пар «мать–дитя».

Использование бутылочки с соской допускается только при кормлении детей, оставшихся без материнского попечения.

АНКЕТА САМООЦЕНКИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ **«БОЛЬНИЦА ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ»**

**Название медицинской организации** _____

_____

**Адрес** _____

_____

**Город, район, регион** _____

_____

**Страна** _____

**Ф.И.О. главного врача** _____

**Телефон** _____

**Ф.И.О. старшей медсестры (акушерки)** _____

**Телефон** _____

**Тип больницы:** ☐ **государственная** ☐ **муниципальная** ☐ **частная** ☐ **другие**

**виды** _____

**Итого койко-мест:** _____

**в родильном блоке** _____

**в физиологическом акушерском отделении (палаты «мать и дитя»)** _____

**в обсервационном акушерском отделении (палаты «мать и дитя»)** _____

**в отделении интенсивной терапии для новорожденных** _____

**в отделении патологии беременности** _____

**в других отделениях** _____

_____

_____

_____

Итого родов в 20____году:

из них с помощью кесарева сечения _____

Процент кесаревых сечений _____ %

Процент маловесных детей (<2500 г) _____ %

Процент детей, побывавших в отделении интенсивной терапии ____ %

**Данные о кормлении грудных детей (по регистрационным записям или сообщениям персонала):**
пары «мать–младенец», выписанные в прошлом месяце _____

пары «мать–младенец» с грудным вскармливанием при выписке в прошлом месяце _____ % _____ младенцев

пары «мать–младенец» с исключительно грудным вскармливанием с рождения до выписки в прошлом месяце _____ % _____ младенцев

младенцы, которые получали питание из бутылочки хотя бы один раз с момента рождения _____ %

Способы получения данных о кормлении грудных младенцев:
- ☐ из регистрационных записей
- ☐ показатели являются оценкой, данной медицинской организации:

## ШАГ 1. Политика медицинской организации

***1a. Соблюдать в полном объеме Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения.***

1a. 1. Получают ли сотрудники медорганизации продукцию от компаний на основе бесплатного или субсидированного распределения (Резолюция WHA 39.28) **Да** ☐ **Нет** ☐

1a. 2. Участвуют ли сотрудники медорганизации в продвижении сбыта заменителей грудного молока, бутылочек и сосок для кормления в какой бы то ни было форме? **Да** ☐ **Нет** ☐

1a. 3. Разрешается ли в медорганизации демонстрация какого-либо рекламного материала о заменителях грудного молока, в том числе демонстрация или распределение материалов, на которых стоит фирменный знак производителей заменителей грудного молока, а также купонов со скидкой? **Да** ☐ **Нет** ☐

1a. 4. Раздаются ли в медорганизации образцы детских смесей матерям для использования в медицинском учреждении или дома после выписки? **Да** ☐ **Нет** ☐

1a. 5. Все ли смеси для детского питания, бутылочки для кормления и соски, используемые в медорганизации, приобретены через обычные каналы закупок? **Да** ☐ **Нет** ☐

***1b. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении правил грудного вскармливания и доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.***

1b. 1. Имеет ли медорганизация четкую, зафиксированную в письменном виде политику по охране, поощрению и поддержке ГВ, в которой отражена реализация всех восьми основных клинических практик «Десяти шагов», реализация Свода правил и регулярная оценка компетенций? **Да** ☐ **Нет** ☐

1b. 2. Гарантирует ли политика медорганизации оказание надлежащей медицинской помощи всем беременным, матерям и их детям независимо от предпочтений отдельных поставщиков медицинских услуг? **Да** ☐ **Нет** ☐

1b. 3. Доступна ли политика всему персоналу медорганизации с тем, чтобы персонал мог на нее ссылаться? **Да** ☐ **Нет** ☐

1b. 4. Доступна ли политика медорганизации беременным, матерям и их семьям? **Да** ☐ **Нет** ☐

1b.5. Существует ли механизм оценки эффективности проводимых мероприятий? **Да** ☐ **Нет** ☐

1c. Создать системы постоянного мониторинга и управления данными. **Да** ☐ **Нет** ☐

1c. 1 Проводится ли в медорганизации постоянный мониторинг и управление данными относительно соблюдения восьми основных клинических практик? **Да** ☐ **Нет** ☐

## ШАГ 2. Профессиональная компетенция персонала

2.1. Обладают ли сотрудники медорганизации, предоставляющие услуги в области кормления и поддержки грудного вскармливания, достаточными знаниями, профессиональными компетенциями и навыками? **Да** ☐ **Нет** ☐

2.2. Получает ли весь персонал медицинской организации инструктаж по политике грудного вскармливания при поступлении на работу? **Да** ☐ **Нет** ☐

2.3. Проводится ли обучение медицинского персонала медорганизации, осуществляющего уход за матерями и младенцами в течение шести месяцев после поступления их на работу? **Да** ☐ **Нет** ☐

2.4. Охватывает ли программа обучения все десять шагов успешного грудного вскармливания? **Да** ☐ **Нет** ☐

2.5. Составляет ли обучение медперсонала по грудному вскармливанию и ведению лактации в целом 30 часов, включая 4,5 часа клинической практики? **Да** ☐ **Нет** ☐

2.6. Устраивалась ли в медорганизации специальная подготовка по вопросам ГВ для конкретных сотрудников? **Да** ☐ **Нет** ☐

## ШАГ 3. Обсуждать с беременными и их семьями важное значение и технику грудного вскармливания

3.1. Получают ли беременные базовую информацию о грудном вскармливании? **Да** ☐ **Нет** ☐

3.2. Содержится ли в медицинской документации информация о том, что вопросы грудного вскармливания обсуждались с беременными и матерями? **Да** ☐ **Нет** ☐

3.3. Информированы ли беременные и матери о рисках, сопряженных с кормлением заменителями грудного молока? **Да** ☐ **Нет** ☐

3.4. Защищены ли все беременные и матери от устного или письменного инструктажа по искусственному вскармливанию младенцев? **Да** ☐ **Нет** ☐

3.5. Знает ли медицинский персонал о негативном влиянии седативных, анальгезирующих грудном вскармливании? **Да** ☐ **Нет** ☐

3.6. Получают ли беременные, никогда не кормившие грудью или имевшие ранее проблемы, связанные с грудным вскармливанием, особое внимание и поддержку при дородовых консультациях и после родов? **Да** ☐ **Нет** ☐

## ШАГ 4. Незамедлительная послеродовая помощь

4.1. Обеспечивается ли новорожденным детям контакт кожа-к-коже с матерями сразу после родов и сохраняется ли этот контакт в течение не менее 2-х часов после родов? **Да** ☐ **Нет** ☐

4.2. Предлагает ли медицинский персонал помощь матерям, чтобы начать ГВ в течение первого часа после родов (по мере готовности новорожденного)? **Да** ☐ **Нет** ☐

4.3. Обеспечивается ли родильницам контакт кожа-к-коже с их новорожденными младенцами в течение получаса после операции кесарева сечения, произведенной под эпидуральной анестезией? **Да** ☐ **Нет** ☐

4.4. Обеспечивается ли родильницам после операции кесарева сечения, произведенной под общей анестезией, контакт кожа-к-коже с их новорожденными младенцами в послеоперационной палате, когда мать начнет реагировать на младенца? **Да** ☐ **Нет** ☐

4.5. Обеспечивается ли контакт кожа-к-коже новорожденного после кесарева сечения с отцом или другим членом семьи, пока мать находится в операционной? **Да** ☐ **Нет** ☐

4.6. Предлагает ли медицинский персонал помощь матерям после кесарева сечения, начать ГВ, как только мать начнет реагировать на младенца? **Да** ☐ **Нет** ☐

## Шаг 5. Практическая поддержка в вопросах ГВ

5.1. Оказывает ли медицинский персонал практическую помощь всем матерям в начале и грудного вскармливания? **Да** ☐ **Нет** ☐

5.2. Обучает ли медицинский персонал преодолевать обычные, связанные с грудным вскармливанием трудности? **Да** ☐ **Нет** ☐

5.3. Может ли большинство кормящих грудью матерей показать, как правильно расположить и приложить к груди своих младенцев для эффективного ГВ? **Да** ☐ **Нет** ☐

5.4. Уделяется ли матерям, никогда не вскармливавшим грудью или имевших ранее проблемы в отношении ГВ, особое внимание и поддержку со стороны медицинского персонала в начале и продолжении ГВ и преодолении связанных с этим практических трудностей? **Да** ☐ **Нет** ☐

## Шаг 6. Не давать новорожденным, получающим ГВ, никакого питания или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний

6.1. Знает ли медицинский персонал о приемлемых медицинских причинах для использования заменителей грудного молока? Да ☐ Нет ☐

6.2. Действительно ли вскармливаемые грудью младенцы не получают другого питания или питья (не являющегося грудным молоком), кроме случаев медицинских показаний? Да ☐ Нет ☐

6.3. Всем ли кормящим грудью матерям было показано как сцеживать грудное молоко и сообщалась ли информация о показаниях к сцеживанию молока? Да ☐ Нет ☐

6.4. Обучаются ли матери, которые в силу необходимости или следуя собственному решению, кормят ребенка заменителями грудного молока, их безопасному приготовлению и хранению? Да ☐ Нет ☐

6.5. Полностью ли отсутствует в медорганизации рекламирование любого альтернативного питания или питья для младенцев, кроме грудного молока? Да ☐ Нет ☐

## Шаг 7. Практиковать круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка в одной палате

7.1. Практикуется ли совместное пребывание матери и ребенка в одной палате весь период пребывания в стационаре? Да ☐ Нет ☐

7.2. Остаются ли родильницы со своими младенцами круглосуточно в одной палате, за исключением периодов не более 1 часа для проведения необходимых медицинских процедур, или раздельное пребывание показано по каким-либо медицинским причинам? Да ☐ Нет ☐

7.3. Практикуется ли совместное пребывание матери с ребенком после кесарева сечения в одной палате, даже если мать находится в палате интенсивной терапии? Да ☐ Нет ☐

## Шаг 8. Кормление с учетом реакции ребенка

8.1. Осознает ли медицинский персонал важность грудного вскармливания с учетом реакции ребенка (по его требованию), не ограничивая частоту и продолжительность кормления грудью? **Да** ☐ **Нет** ☐

8.2. Рекомендуется ли матерям кормить своих младенцев грудью в любое время суток, когда их младенцы испытывают голод и так часто, как они того требуют? **Да** ☐ **Нет** ☐

8.3. Рекомендуется ли матерям недоношенных и больных детей кормить своих младенцев грудью по графику? **Да** ☐ **Нет** ☐

8.4. Допускаются ли матери, чьи младенцы по медицинским причинам (больные или недоношенные) находятся в отделении интенсивной терапии, к частому посещению своих детей с тем, чтобы они научились распознавать сигналы и реакции ребенка, касающиеся потребности в кормлении. **Да** ☐ **Нет** ☐

## Шаг 9. Консультировать матерей в отношении использования бутылочек и сосок для кормления, пустышек, и рисков, связанных с их использованием

9.1. Объясняется ли матерям, кормящим грудью, что использование бутылочек с сосками и пустышек может привести к проблемам с грудным вскармливанием? **Да** ☐ **Нет** ☐

9.2. Рекомендует ли медицинский персонал, обеспечивающий уход и помощь матерям и детям, о том, что при наличии медицинских показаний для кормления младенца сцеженным материнским молоком следует использовать чашечку, ложечку или шприц, а не бутылочку с соской? **Да** ☐ **Нет** ☐

9.3. Демонстрирует ли медицинский персонал, что следует избегать бутылочек с сосками и пустышек путем отказа от распространения среди родильниц их бесплатных или недорогих образцов? **Да** ☐ **Нет** ☐

## Шаг 10. Обеспечить координацию выписки с тем, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу.

10.1. Организовано ли своевременное направление матери и новорожденного после выписки из медорганизации к специалистам ПМСП, чтобы медицинский работник ПМСП встретился с матерью и ее младенцем на следующий день после выписки (медработник детской поликлиники) и через 2 дня после рождения (медработник женской консультации) для оценки кормления? **Да** ☐ **Нет** ☐

10.2. Получают ли члены семьи какую-либо подготовку или инструктаж, с тем чтобы оказывать поддержку кормящей грудью матери? **Да** ☐ **Нет** ☐

10.3. Направляются ли кормящие грудью матери в группы поддержки ГВ, если таковые имеются? **Да** ☐ **Нет** ☐

10.4. Располагает ли медорганизация системой последующей поддержки кормящих матерей после выписки с помощью, например, собеседований по телефону и др.? **Да** ☐ **Нет** ☐

10.5. Способствует ли медорганизация созданию групп материнской взаимопомощи и поддержки из числа медицинских работников или самих кормящих матерей? **Да** ☐ **Нет** ☐

10.6. Допускает ли медорганизация консультирование по вопросам ГВ специально подготовленными консультантами из групп материнской поддержки в работе своего учреждения? **Да** ☐ **Нет** ☐

## Резюме

Выполняет ли медорганизация все 10 шагов по защите, поддержке и поощрению практики грудного вскармливания? **Да** ☐ **Нет** ☐

Если нет, то какие улучшения (усовершенствования) необходимы?

_____

_____

Если улучшения необходимы, нужна ли какая-либо помощь? **Да** ☐ **Нет** ☐
***Если да, опишите, пожалуйста:***

_____

_____

Ф.И.О., должность лица, заполнившего анкету: _____

**В анкету самооценки женской консультации заносятся показатели, относящиеся к практике консультативного звена по поддержке ГВ:** число родивших женщин за последний отчетный год, охват беременных дородовой подготовкой по вопросам ГВ, процент раннего прикладывания и совместного пребывания среди родивших женщин, а также характер вскармливания младенцев на момент проведения послеродового патронажа.

Анкета самооценки детской поликлиники включает данные официальной статистики по ГВ и специальные показатели, рекомендуемые ВОЗ/ЮНИСЕФ. Условием проведения оценки детской поликлиники является положительная динамика ГВ по данным официальной статистики за последние пять лет. Учитывая важность сохранения исключительно ГВ в первые шесть месяцев жизни, предлагается представить показатель исключительно ГВ на момент проведения оценки среди детей в возрасте 0–6 месяцев. Эти данные могут быть получены путем опроса матерей о характере вскармливания ребенка во время патронажного посещения, на приеме в поликлинике или по телефону.

**Рекомендуемые показатели ГВ для детских поликлиник, претендующих на получение статуса «Больница доброжелательного отношения к ребенку**

1. Уровень исключительно ГВ среди детей 0–6 месяцев на момент проведения оценки.
2. Доля детей в возрасте 6–12 месяцев, находящихся на ГВ, от числа детей, достигших возраста одного года за последний отчетный год.

## 15.2. Внешняя оценка лечебно-профилактических организаций на соответствие статусу «Больница доброжелательного отношения к ребенку»

В отличие от инструмента самооценки, который отражает мнение коллектива учреждения о его готовности к аттестации, внешняя оценка почти полностью основана на результатах опроса случайной выборки медицинского персонала, а также беременных женщин и матерей. Дополнительно используются данные наблюдений в учреждении и анализ письменных материалов. Обычно процедура внешней оценки занимает один-два дня.

Обязательным условием для проведения оценки организаций родовспоможения, детства и ПМСП является отсутствие в учреждении рекламы заменителей ГМ, наличие документа политики, отражающей внедрение десяти шагов успешного ГВ, а также наличие программ обучения медицинского персонала, беременных женщин и кормящих матерей.

Знания и практические навыки беременных женщин и матерей являются наиболее надежными показателями эффективности работы учреждения по поддержке ГВ. Практические навыки медицинского персонала, которые могут быть продемонстрированы в ходе оценки, позволяют судить об их способности оказывать помощь матерям.

Опрос медицинского персонала, беременных женщин и матерей проводится по специально разработанным анкетам. Информация о политике учреждения по охране и поддержке ГВ, об организации работы по ее внедрению и показателях

эффективности собирается путем опроса главного врача и старшей медицинской сестры (акушерки).

Хотя внешняя оценка может представляться трудоемкой, она оправдывает себя долгосрочной экономией средств, связанных с искусственным вскармливанием и его негативными последствиями для здоровья детей.

**Национальные эксперты**

Внешняя оценка проводится национальными экспертами, выбранными из числа национальных и региональных преподавателей, координаторов и исполнителей программ по поддержке ГВ. Эксперты должны пройти специальную подготовку и иметь опыт проведения внешней оценки. В интересах объективности привлекаются только специалисты, не аффилированные с оцениваемым учреждением.

Оптимальный состав группы экспертов включает двух опытных национальных экспертов и двух-трех региональных экспертов, которые помогают в проведении опросов матерей и медицинских работников. Практика показывает целесообразность включения в группу также матерей из группы поддержки.

**Обзор письменных документов**

*Учреждение предоставляет внешним экспертам следующие документы:*
- политику по ГВ
- учебные программы подготовки медицинского персонала, беременных женщин и кормящих матерей
- краткое описание этих программ
- санитарно-просветительные материалы

*Обзор документов проводится с использованием специально разработанных анкет.*

**Наблюдения в организации**

Во время внешней оценки эксперты оценивают наличие и оформление наглядных материалов, стендов и плакатов по вопросам ГВ. Они наблюдают за тем, как матери кормят детей, применяются ли соски, бутылочки и пустышки, и выборочно опрашивают родителей о характере вскармливания.

В родильном доме эксперты обязательно присутствуют на родах, оценивают ранний контакт «кожа к коже» и прикладывание к груди. В женской консультации они знакомятся с работой «школы материнства», а в детской поликлинике – с работой кабинета здорового ребенка. В ходе наблюдений формируется представление о деятельности учреждения по содействию практике ГВ, подготовке беременных и поддержке матерей.

**Обсуждение выводов на уровне учреждения**

После завершения оценки эксперты представляют свои наблюдения руководителю и коллективу учреждения, отмечают сильные стороны выполнения программы и предлагают возможные пути улучшения работы.

**Официальный отчет по итогам внешней оценки включает:**

- таблицу общих сведений об учреждении
- политику учреждения по поддержке ГВ
- программы обучения медицинского персонала
- программы обучения беременных женщин и кормящих матерей
- санитарно-просветительные материалы
- итоговые таблицы, отражающие степень соответствия глобальным и национальным критериям для десяти шагов, а также дополнительные замечания и рекомендации

*Официальный отчет представляется в профильный департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан. По итогам аттестации учреждению выдается сертификат «Больница доброжелательного отношения к ребенку».*