

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет  
имени И.М. Сеченова

II ВСЕРОССИЙСКАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ  
МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

12-14 октября 2016 года  
Москва

УДК 614.2; 618.2

ББК 51.1; 57.3

Г90

Г90 Грудное вскармливание в современном мире: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (г. Москва, 12–14 октября 2016 г.) / под ред. Л.В. Абольян, В.А. Полесского; ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. – М.: Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, 2016. – 106 с.

ISBN 978-5-600-01558-6

В материалах конференции рассматриваются вопросы краткосрочного, среднесрочного и отдаленного влияния грудного молока и грудного вскармливания на рост и развитие ребенка, формирование здоровья и профилактику хронических неинфекционных заболеваний взрослого человека, а также значение грудного вскармливания для репродуктивного здоровья женщины с позиций последних достижений современной науки. Особое внимание уделяется практике здравоохранения и внедрению современных технологий поддержки грудного вскармливания в медицинских учреждениях родовспоможения и детства, в том числе в отделениях для больных и недоношенных новорожденных перинатальных центров и детских больниц. Приводятся итоги развития Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в России. В сборнике отражены вопросы, касающиеся внедрения Международного Свода правил маркетинга заменителей грудного молока, а также подготовки медицинских кадров и консультантов по грудному вскармливанию с учетом российского и зарубежного опыта.

УДК 614.2; 618.2

ББК 51.1; 57.3

ISBN 978-5-600-01558-6

© ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2016

© Издательство Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2016

## ПРИВЕТСТВУЕМ УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Глубокоуважаемые коллеги и друзья!

Мы рады приветствовать Вас на II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Грудное вскармливание в современном мире», которая проводится в стенах старейшего медицинского вуза страны. Конференция направлена на обмен опытом и обсуждение актуальных вопросов охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в Российской Федерации.

В числе участников конференции представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, ученые и профессора ведущих вузов страны – педиатры, неонатологи, акушеры-гинекологи, психологи и специалисты общественного здоровья, руководители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, врачи практического здравоохранения, консультанты по грудному вскармливанию и члены Ассоциации консультантов по естественному вскармливанию (АКЕВ).

Конференция проходит с международным участием. Для нас большая честь присутствие на конференции руководителя странового офиса ВОЗ в Российской Федерации д.м.н., профессора Г. Никогосяна; руководителя программы питания, физической активности и ожирения департамента неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ д-ра Жоао Вреда; профессора Департамента питания, науки и технологии питания Политехнического университета Мадрида Juan Miguel Rodríguez и заместителя председателя Эстонского Комитета по поддержке грудного вскармливания, национального координатора Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» Эстонии, IBCLC г-жи А. Вахтрик.

Программа конференции включает 38 устных докладов на пленарных и секционных заседаниях, круглом столе, постерную сессию – 15 докладов, обучающий семинар (7 часов) и выставку "Здоровое начало жизни".

Мы благодарим Выставочный конгресс-центр Первого МГМУ имени И.М. Сеченова за помощь в организации и проведении конференции.

Желаем Вам плодотворной работы и выражаем надежду, что проводимая научно-практическая конференция станет важной вехой в продвижении грудного вскармливания в России, профилактике заболеваний и улучшении здоровья матери и ребенка, повышении престижа материнства и укреплении духовных ценностей в семье и обществе.

*Оргкомитет конференции*



Участники круглого стола в рамках I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Грудное вскармливание в современном мире: Роль сектора здравоохранения в охране и поддержке грудного вскармливания», 12-14 мая 2014 г., Москва

25 ЛЕТ ИНИЦИАТИВЕ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА,  
ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»: ОСНОВНЫЕ ИТОГИ,  
ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В РОССИИ  
Абольян Л.В.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ И.М. Сеченова Минздрава России

Современные научные исследования подтверждают, что естественное вскармливание младенцев материнским молоком остается идеальным видом питания, способным обеспечить оптимальное развитие ребенка и адекватное состояние его здоровья. В январе 2016 г. в специальном выпуске журнала *Lancet* (Volum 387, Issue 10017) опубликованы статьи, подводящие итоги современных научных исследований о значении грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка, а также данные по эпидемиологии грудного вскармливания по странам мира. В этих материалах приводятся такие цифры: грудное вскармливание может предотвратить ежегодно 823000 смертей среди детей первых 5-и лет жизни и 20000 смертей от рака молочной железы у женщин. Отмечается коллективная ответственность общества за поддержку грудного вскармливания и кормящих матерей *«Успех в кормлении грудью не является ответственностью только женщины, но поддержка грудного вскармливания – это коллективная социальная ответственность»*. Ведущее место в охране и поддержке грудного вскармливания отводится медицинским работникам и медицинским учреждениям, которые отвечают за здоровье матери и ребенка.

Необходимость изменения практики родовспомогательных учреждений в соответствии с современными принципами успешного грудного вскармливания была сформулирована ВОЗ и ЮНИСЕФ (Детский фонд ООН) в Инночентийской Декларации «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания» (1990), принятой главами более 30 государств. С целью закрепления положений Инночентийской Декларации в 1991 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ провозгласили Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». Работа в рамках Инициативы по созданию в акушерских стационарах условий, благоприятных для грудного вскармливания и содействия практике исключительно грудного вскармливания (кормление только грудным молоком без дополнительного питья и еды, за исключением лекарств, витаминов и минеральных добавок по медицинским показаниям), в настоящее время осуществляется более чем в 20 000 больницах в 156 странах мира. В 36 промышленно развитых странах 37% родов проходят в медицинских учреждениях, в которых созданы благоприятные условия для грудных детей.

Чтобы получить статус «Больницы, доброжелательной к ребенку», каждое учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, принимает на себя обязательства по осуществлению «Десяти принципов успешного грудного вскармливания». К ним относятся мероприятия по подготов-

ке медицинского персонала, обучению беременных женщин, обеспечению условий для раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка, кормления по требованию младенца, исключительно грудного вскармливания, отказа от использования пустышек, сосок и кормления из бутылочки, последующей поддержки кормящих матерей после выписки из родильного дома.

Внедрение современных принципов охраны и поддержки грудного вскармливания оказывает положительное влияние на решение матери кормить малыша грудью и способствует увеличению распространенности грудного вскармливания, в том числе исключительно грудного вскармливания в первые 6 мес. жизни. Особая роль сектора здравоохранения и Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в охране и поддержке грудного подтверждена в резолюции 63-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, проходившей в мае 2010 года.

Минздравом России при участии Научно-практического центра по пропаганде, поощрению и поддержке грудного вскармливания (Приказ Минздрава России от 13 октября 1997 г. № 302 «Об организации научно-практического центра по пропаганде, поощрению и поддержке грудного вскармливания»), работающего на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, подготовлены «Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (1999) и пакет документов по организации работы лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства первичного звена по охране и поддержке грудного вскармливания, который включает в себя пособия и руководства для врачей, плакаты и буклеты для населения. С апреля 2016 года на базе Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России проводится программа повышения квалификации медицинских работников «Консультирование по грудному вскармливанию» (36 часов). За последние годы значительно укрепилась нормативно-правовая база охраны и поддержки грудного вскармливания в первичном звене здравоохранения. Вышел в свет ряд приказов Минздрава России.

На 1 сентября 2016 года 299 учреждений родовспоможения в 52 субъектах Российской Федерации удостоены международного звания ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». На долю этих учреждений приходится около 21% всех принимаемых ежегодно в России родов. В настоящее время в Инициативе участвуют также женские консультации и детские поликлиники, из них аттестованы 150 и 200 учреждений соответственно. Начата работа по внедрению принципов Инициативы в практику детских стационаров – отделений патологии новорожденных и недоношенных детей. В 2010 году аттестовано первое такое отделение в Тамбовской областной детской клинической больнице, а в 2011 году – в Тульской детской областной клинической больнице. Аттестованы перинатальные центры в гг. Екатеринбурге, Волгограде, Краснодаре, Томске и др.

За годы внедрения в России Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку», начиная с 1996 года, при содействии Минздрава России, ВОЗ и ЮНИСЕФ, в нашей стране создана и активно работает команда национальных и региональных преподавателей и экспертов Инициативы, которые объединились в общественную профессиональную организацию – «Российскую ассоциацию врачей в поддержку грудного вскармливания» (РАГВ) [www.ragv.info](http://www.ragv.info) Она постоянно пополняется новыми членами из числа наиболее активных представителей регионов. В ряде территорий созданы центры поддержки грудного вскармливания, которые выполняют организационно-методическую и координирующую функции, а также организуют работу по консультированию беременных женщин и кормящих матерей – Архангельск, Астрахань, Волгоград, Воронеж, Краснодар, Красноярск, Томск, Уфа, Элиста, Южно-Сахалинск, Якутск и др. В последние годы налаживаются контакты медицинских работников с общественными объединениями матерей по вопросам поддержки грудного вскармливания - группами материнской поддержки, клубами родительской культуры, Ассоциацией консультантов по естественному вскармливанию (АКЕВ) и др.

Повышение уровня грудного вскармливания, внедрение современных организационных технологий по поощрению, поддержке и охране грудного вскармливания в работу родовспомогательных служб и детских медицинских учреждений является одной из основных задач «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», принятой к действию Союзом педиатров России и Национальной ассоциацией диетологов и нутрициологов (2009).

Показатели грудного вскармливания за время внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» повысились в территориях, активно внедряющих новые организационные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания в 1,5–2,5 раза. В их числе Республики Башкирия и Калмыкия, Астраханская и Волгоградская области, Красноярский край. В 1999 году уровень грудного вскармливания среди детей 6–12 мес. составлял в этих территориях 32,9%, 56,7%, 34,8%, 49,4% и 22,6%, а в 2015 году – 72,7%, 74,9%, 62,1%, 71,4% и 57,9%. 76,5, 68,0 и 71,0% соответственно.

В целом по Российской Федерации наметилась тенденция к улучшению показателей грудного вскармливания: за последние пятнадцать лет увеличилась доля детей, получавших молоко матери в возрасте 6–12 мес. с 27,6% в 1999 г. до 40,1% в 2015 году. Однако на протяжении последних пяти лет эти показатели практически не меняются.

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

*Извлеченные уроки и перспективы развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) в России:*

1. Почти все матери могут успешно кормить грудью, включая раннее начало грудного вскармливания и исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни.
2. Медицинским работникам учреждений родовспоможения и детства отводится ведущая роль в охране и поддержке грудного вскармливания.
3. Медицинские работники несут ответственность за выполнение положений Международного Свода правил маркетинга заменителей грудного молока в учреждениях родовспоможения и детства.
4. Современная практика охраны и поддержки грудного вскармливания внедряется еще не во всех родильных домах и неонатальных отделениях. Имеет место разделение матери и ребенка. Часто это связано с недостаточными знаниями медицинских работников по вопросам грудного вскармливания.
5. Раннее успешное начало грудного вскармливания в родильном доме значительной степени определяет его длительность после выписки из стационара. ИБДР обеспечивает практику исключительно грудного вскармливания с рождения ребенка.
6. ИБДР приемлема во всех учреждениях родовспоможения и детства.
7. Политика ИБДР может быть адаптирована под особенности медицинских учреждений, оказывающих помощь матери и ребенку (женские консультации, детские поликлиники, перинатальные центры, детские больницы и пр.).
8. Необходимо соблюдать все 10 шагов успешного кормления грудью и Положения Международного Свода правил маркетинга заменителей грудного молока, не сокращая их и не смягчая.
9. Результаты внедрения ИБДР наиболее стабильны, если проводится внутренний мониторинг практики поддержки грудного вскармливания самим учреждением.
10. Для более успешного внедрения современных перинатальных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания и ИБДР необходима административная поддержка этого движения в России.
11. Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» будет более успешна, если она войдет в систему аккредитации учреждений.
12. Необходимо разработать и внедрить систему подготовки медицинских кадров в медицинских вузах и колледжах по вопросам грудного вскармливания и консультирования матерей.
13. Необходимо разработать и внедрить национальную систему мониторинга ИБДР, включая аттестацию и переаттестацию медицинских учреждений.
14. Необходимо пересмотреть индикаторы оценки грудного вскармливания в соответствии с существующими международными рекомендациями.
15. Для успешного продвижения мероприятий по поддержке грудного вскармливания важно организовать сотрудничество медицинских работников с об-



шественными объединениями матерей, группами материнской поддержки и консультантами-волонтерами, которые могут оказать существенную помощь в пропаганде грудного вскармливания и в работе с беременными и кормящими матерями.

## ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Абольян Л.В., Новикова С.В.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

*Введение:* Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» внедряется в России с 1996 года. В настоящее время в ней принимают участие родильные дома, перинатальные центры, женские консультации, детские поликлиники и неонатальные отделения детских больниц. Ежегодно около 20% родов проходит в родильных домах, имеющих звание «Больница, доброжелательная к ребенку». В соответствии с 2-м шагом обучение медицинского персонала осуществляется с использованием 40 и 20-часового курсов ВОЗ/ЮНИСЕФ.

*Цель:*

1. Оценить практику грудного вскармливания среди кормящих женщин.
2. Оценить отношение и знания медицинских работников по вопросам грудного вскармливания.
3. Разработать современную программу подготовки медицинских кадров и консультантов по вопросам грудного вскармливания, исходя из существующей в России ситуации по грудному вскармливанию.

*Методы:* Оценка практики грудного вскармливания проводилась ретроспективно на основе опроса матерей, имеющих детей в возрасте 12-36 мес. Всего опрошено 911 матерей в 8-и детских поликлиниках, в 5-и субъектах Российской Федерации. Критериями отбора служили здоровые дети, рожденные в срок.

Оценка знаний медицинских работников по вопросам грудного вскармливания проводилась на основе опроса медицинских работников учреждений родовспоможения и детства - акушеры, педиатры, неонатологи, акушерки и медицинские сестры. Всего опрошено 797 медицинских работников. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы SPSS 17.

*Результаты:* Большинство российских женщин положительно настроены на кормление грудью. Более 90% женщин начинают кормить грудью в родильных домах. Средняя длительность грудного вскармливания в различных медицинских учреждениях и регионах колебалась от 7,7 до 14,7 мес. Выявлена взаимосвязь между длительностью кормления грудью и внедрением в медицинских учреж-

дениях родовспоможения и детства 10 принципов успешного грудного вскармливания.

Большинство медицинских работников считают важной работу по охране и поддержке грудного вскармливания. Однако около 70,0% респондентов выразили мнение, что необходимо усилить эту работу в их медицинских учреждениях. Выявлены недостаточные знания медицинских работников по ряду вопросов, касающихся консультирования кормящих матерей. Более половины респондентов хотели бы пройти специальное обучение по грудному вскармливанию.

*Заключение:* На основе проведенных исследований пересмотрены и обновлены обучающие материалы по базовой подготовке медицинского персонала и консультантов по грудному вскармливанию. За основу взят 40-часовой курс ВОЗ/ЮНИСЕФ. Обновлены разделы, касающиеся анатомии молочной железы и механизма сосания, приемлемые причины использования заменителей грудного молока, грудное вскармливание больных и недоношенных детей, внедрение ИБДР в неонатальных отделениях для больных и недоношенных детей, сцеживание и хранение сцеженного грудного молока, банки донорского грудного молока.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ:  
РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ  
И ГРУПП МАТЕРИНСКОЙ ПОДДЕРЖКИ В РОССИИ

Абольян Л.В.<sup>1</sup>, Новикова С.В.<sup>1</sup>, Коняева Н.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Первый МГМУ И.М. Сеченова

<sup>2</sup>Московская областная благотворительная общественная организация  
«Лига молодых матерей Подмосковья», г. Ступино

*Введение:* Поиск оптимальных путей повышения уровня грудного вскармливания и увеличения его длительности является актуальным. В России после выписки из родильного дома дети наблюдаются в детских поликлиниках. С 2003 года детские поликлиники принимают участие в Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». В России создаются также группы материнской поддержки, в которые входят женщины, имеющие успешный опыт кормления грудью. Одна из таких групп носит название «Лига молодых матерей Подмосковья» и представляет собой общественную организацию, созданную при поддержке администрации города Ступино Московской области.

*Цель:* Оценить практику грудного вскармливания в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР и НБДР). Оценить практику грудного вскармливания среди матерей, посещающих группу материнской поддержки «Лига молодых матерей Подмосковья».

*Методы:* Оценка практики грудного вскармливания проводилась ретроспективно на основе опроса матерей, имеющих детей в возрасте 12-36 мес. Всего опрошено 617 матерей в 6-и детских поликлиниках, из них 3 имели статус БДР и 3 не имели такого статуса. 1-ю группу составили матери, посещающие детские поликлиники БДР (305 чел.), 2-ю группы – матери, посещавшие НБДР (263 чел.) и 3-ю группу – матери, посещавшие группу материнской поддержки (49 чел.). Критериями отбора служили здоровые дети, рожденные в срок. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы SPSS 17.

*Результаты:* Средняя длительность кормления грудью ( $X \pm m$ ) составила в 1-й группе  $12,6 \pm 0,35$  мес., во 2-й –  $7,8 \pm 0,35$  мес. и в 3-й –  $19,7 \pm 1,0$  мес. Доля детей на полном грудном вскармливании до 6-и мес. составила 69,3%; 32,0% и 68,6% в 1-й, 2-й и 3-й группах соответственно. Выявлены различия в практике грудного вскармливания и основных причинах его прекращения среди матерей трех групп. Матери 1-й и 3-й групп высоко оценивали помощь медицинских работников и групп материнской поддержки по вопросам грудного вскармливания.

*Заключение:* Внедрение 10 шагов успешного кормления грудью в детских поликлиниках и создание групп материнской поддержки значительно улучшает качество консультирования матерей по грудному вскармливанию и способствует повышению показателей распространенности и длительности грудного и исключительно грудного вскармливания.

## ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В ТВЕРИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ Апенченко Ю.С., Алексеева Ю.А., Копцева А.В., Козлов С.А.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет  
Минздрава России

Одной из актуальных задач современной педиатрии остается поддержание на должном уровне грудного вскармливания на первом году жизни ребенка.

Целью исследования явилось изучение состояния естественного вскармливания детей в г. Твери. Для решения поставленных задач опрошено 227 матерей детей в возрасте от 1 до 3 лет жизни. Оценивалась продолжительность естественного вскармливания, возраст и образование матери, прибавка массы тела и частота заболеваний у детей на первом году жизни. Грудное вскармливание сохранялось до 3-х месяцев у 66,1%, до 6-и месяцев – у 49,8% и до года и более – 30,8% детей.

Для дальнейшего анализа дети были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 114 детей, которых кормили грудью до 3-х месяцев, во 2 – 113 детей, грудное

вскармливание которых продолжалось 6 месяцев и более. В 1 группе средний возраст матерей составил 27,7 лет, во 2 группе – 28,5 лет, что не имело статистически значимых различий. В 1 группе среднее образование на момент родов имели 28,9% матерей (против 19,5% во 2 группе,  $p < 0,05$ ), среднее специальное – 28,9% (против 26,5%,  $p > 0,05$ ), высшее – 42,1% (против 54,0%,  $p < 0,05$ ). В возрасте 1 год масса детей в двух группах не отличалась и составила в среднем 10,0 кг. На первом году жизни дети 1 группы болели в среднем 1,8 раз, во 2 группе – 1,4 раза ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Таким образом, уровень грудного вскармливания в Твери сохраняется на достаточно высоком уровне. Женщины с высшим образованием предпочитают сохранять грудное вскармливание дольше. Частота острых заболеваний выше у детей с ранним прекращением грудного вскармливания.

## СОСТОЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ТВЕРИ И ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Апенченко Ю.С., Носелидзе О.Б., Ярцева В.Ю.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет  
Минздрава России

Поддержка грудного вскармливания остается одним из главных направлений в формировании здоровья ребенка. Помимо основных приоритетов показаны долгосрочные эффекты грудного вскармливания: влияние на интеллект, снижение риска развития ряда заболеваний.

Целью исследования явилось изучение состояния уровня грудного вскармливания в Тверском регионе.

Для решения поставленных задач анализировались данные формы № 31 Росстата по Тверской области за десятилетний период (2006-2015).

Результаты: На протяжении последних 10 лет удельный вес детей, находившихся на грудном вскармливании, остается стабильным и составляет для грудного вскармливания до 6-и месяцев  $45,6 \pm 0,8\%$ , для грудного вскармливания до года –  $32,0 \pm 0,4\%$ . Максимальные цифры достигнуты в 2014 году (соответственно  $49,3\%$  и  $33,4\%$ ).

При сравнении указанных показателей по городу и области выявлено, что в Твери выше удельный вес детей, которых кормят грудью длительно. Так, за десять лет в среднем в Твери на грудном вскармливании до 6-и месяцев находились  $45,8 \pm 1,5\%$  детей (в области  $45,8 \pm 0,7\%$ ), в 2014 году –  $50,6\%$  детей (в области  $48,5\%$ ,  $p < 0,05$ ). На грудном вскармливании до года за десять лет в Твери в среднем находились  $36,4 \pm 1,4\%$  детей (в области  $29,7 \pm 0,6$ ), в 2014 году –  $42,0\%$  детей (в области  $27,9\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Выводы: Таким образом, уровень грудного вскармливания в Тверском регионе остается на достаточно высоком уровне. При этом в последние годы в Твери процент матерей, кормящих грудью до года, значительно превышает таковой показатель в области.

## ЛАКТАЦИЯ ПОСЛЕ СРОЧНЫХ ВАГИНАЛЬНЫХ И ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ

Белобородова О.В., Усынина А.А.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет, Архангельск  
Минздрава России

Кормления грудью после оперативных родов иногда вызывают затруднения. Цель работы – выявить особенности становления лактации у женщин после срочных оперативных родов.

Из 30 пациенток родильного отделения ГБУЗ АО «Архангельской областной клинической больницы», добровольно согласившихся участвовать в анонимном анкетировании, у 15 роды были вагинальными, остальные были родоразрешены оперативным путем. Все дети были доношенными, здоровыми. В обеих группах каждая третья женщина была первородящей. Только 3 ребенка, родившихся вагинальным путем, не прикладывались к груди в родильном зале. В группе оперативных родов у всех детей старт кормлений приходился на возраст ребенка более 2 часов. Прилив молока на 2-3 сутки после родов отметили все родившие естественным путем; после оперативных родов две трети пациенток ощущали прилив на четвертые, остальные - после пятых суток. Только одна женщина из 30 отказалась от предложенной помощи в прикладывании ребенка к груди. Две трети пациенток в обеих группах нуждались в подобной помощи, причем женщины после кесарева сечения испытывали необходимость в ней три и более дня. В нашей выборке эти пациентки меньше требовали помощи в сцеживании; только треть указала необходимость в этом. В группе вагинальных родов нуждающихся в помощи при сцеживании было в два раза больше. Наличие трещин на сосках отметила каждая третья женщина в обеих группах, вместе с тем жалоб на дефицит молока и отказ ребенка от груди было в два раза больше среди родивших оперативным путем. Две пациентки после кесарева сечения не кормили детей в ночное время. Каждая третья пациентка после срочных родов хотела бы продолжать кормление и на втором году жизни ребенка, в то время как все женщины после кесарева сечения намеревались завершить лактацию через 6-12 месяцев.

Таким образом, требующими внимания вопросами после оперативных родов были прикладывание ребенка к груди, ночные кормления, отказ ребенка от груди и недостаточная лактация.

ЗАЩИТА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ  
ПОЛОЖЕНИЙ МЕЖДУНАРОДНОГО СВОДА ПРАВИЛ МАРКЕТИГА  
ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Бердикова Т.К.<sup>1</sup>, Ломовских В.Е., Веровская Т.А.<sup>1</sup>,  
Емельянова С.Е.<sup>2</sup>, Аксенова М.В.<sup>2</sup>

ГБУЗ Областной клинический перинатальный центр № 2, Волгоград  
ГБУЗ Областная детская клиническая больница, Волгоград

Идеальным способом обеспечить наилучшим питанием детей раннего возраста, предоставить им реальную защиту от инфекции, аллергии, других угрожающих факторов внешней среды не только в младенчестве, но и в более старшем возрасте, а также утешить ребенка, а его мать защитить от анемии, остеопороза, сохранить ее репродуктивное здоровье и др. является грудное вскармливание. На протяжении более чем 150 лет истории о детском питании естественное вскармливание и женское молоко были «золотыми стандартами» вскармливания детей раннего возраста (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998).

Все больше удивительных открытий появляется в мире, подтверждающих важность и превосходство именно грудного вскармливания младенцев – исключительно грудным молоком в первые 6 месяцев жизни, а затем, при условии постепенного введения надлежащего прикорма - до двух лет и более (Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста, Женева, 2002).

Перевод ребенка на искусственные смеси в первые месяцы его жизни является пусковым механизмом формирования заболеваний и хронической патологии в последующие годы. Грудное молоко и грудное вскармливание нуждаются в защите от агрессивной рекламы заменителей грудного молока (ЗГМ). С целью отрегулировать их распространение и продажу в 1981 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Международный Свод правил маркетинга заменителей грудного молока (Свод правил), за который проголосовали 118 стран-участниц, против – только одна страна – США.

К ЗГМ относятся детские смеси и другие продукты питания и напитки, которые могут быть использованы вместо грудного молока – частично или полностью, а также бутылочки и соски. «Маркетинг – продвижение, распространение, реклама и продажа продукта, все виды деятельности, направленной на повышение спроса на продукт, а также информационное обеспечение» (Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока, 1981).

Свод правил не запрещает изготовление и продажу ЗГМ, но запрещает их активное продвижение. Свод правил обязывает медицинских работников ответственно и грамотно информировать беременных, матерей и членов их семей о преимуществах грудного и опасностях искусственного вскармливания и эффективно помогать матерям при трудностях в кормлении грудью.

Свод правил рекомендует каждой стране разработать свои правила защиты грудного вскармливания с учетом национальных особенностей. При отсутствии такого национального документа производителям и распространителям ЗГМ необходимо исполнять Международный свод правил.

В Волгоградской области программа защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания активно реализуется с 1998 г. Разработана программа в соответствии с международными, национальными и региональными рекомендациями по организации питания новорожденных, младенцев и детей раннего возраста. Исходными составляющими этого направления являются активное внедрение в лечебных учреждениях родовспоможения и детства, начиная с акушерских стационаров всех уровней Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и выполнение положений Международного свода правил.

В процессе развития ИБДР защита и поддержка грудного вскармливания осуществлялась по трем направлениям:

- организация массового переучивания медицинского персонала в соответствии с рекомендациями ВОЗ на выездных 40-часовых, 18-часовых, а с 2012 г. на 20-часовых семинарах по соответствующим программам ВОЗ;
- активное использование административного ресурса;
- вовлечение в продвижение ИБДР общественных организаций (Волгоградское областное отделение Детского фонда, Областной союз женщин, СМИ и др.).

За первые 10 лет реализации в регионе ИБДР было проведено более 40 выездных семинаров по 40-часовой программе ВОЗ «Консультирование по грудному вскармливанию», в каждом их 170 учреждений здравоохранения, аттестованных на звание БДР, соответственно, были проведены с повторением 18-часовые семинары, а с 2012 г. освоили и стали проводить 20-часовые семинары «Охрана и поддержка грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку». Одним из главных вопросов на каждом семинаре был вопрос изучения и горячее обсуждение основных статей Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока.

Другое направление в реализации защиты грудного вскармливания в регионе – использование административного ресурса, активная и целенаправленная работа областного комитета по здравоохранению по разработке региональной нормативно-правовой базы для защиты и продвижения грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения и в административных территориях области.

Приказы комитета здравоохранения:

1. О запрете рекламы «заменителей» грудного молока в лечебных учреждениях Волгоградской области (1999)
2. О мерах по выполнению Правил маркетинга заменителей грудного молока в учреждениях здравоохранения Волгоградской области» (2007)
3. Об утверждении Положения «Больница, доброжелательная к ребенку»

4. Постановление Главы администрации области: О мерах по применению Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока на территории Волгоградской области (2007)

5. Положение об аптеке «Аптека улыбается ребенку»

6. О присвоении статуса «Территория доброжелательного отношения к ребенку (2007)

Политика защиты, поддержки и поощрения грудного вскармливания в двух аттестованных административных территориях региона – город Камышин и Котовский муниципальный район – была утверждена Главой администрации и опубликована в местных СМИ. При подготовке к аттестации были проведены в каждой из этих территорий дополнительные семинары и круглые столы для руководителей и работников аптек и предприятий торговли с обсуждением вопросов «Почему важно грудное вскармливание» и «Защита грудного вскармливания». При проведении аттестации проверялись не только все учреждения здравоохранения, но и аптеки, магазины, торгующие продуктами и товарами для детей на наличие рекламы ЗГМ, наличия в витринах товаров, входящих в сферу действия свода правил, у сотрудников проверяли наличие элементарных знаний в области грудного вскармливания. Результаты аттестации обсуждены на пресс-конференциях и опубликованы в СМИ.

7. Постановление главы администрации Волгоградской области от 30 июня 2008 г. № 809 О присвоении Котовскому муниципальному району статуса «Территория доброжелательного отношения к ребенку»

8. Об утверждении Концепции формирования системы поддержки и поощрения грудного вскармливания детей на территории Волгоградской области (2010).

В дополнение к каждому постановлению, в помощь районным администрациям и заинтересованным ведомствам, главные специалисты комитета здравоохранения разрабатывали методические рекомендации для успешной реализации политики защиты и поддержки грудного вскармливания.

9. Закон Волгоградской области «О мерах социальной поддержки беременных женщин, кормящих матерей и детей от одного года до трех лет, имеющих среднедушевой доход ниже прожиточного минимума, Установленного на территории волгоградской области (2007)

Правом на получение мер социальной поддержки наделены кормящие матери – женщины, кормящие ребенка первого года жизни, проживающие на территории Волгоградской области и имеющие среднедушевой доход ниже прожиточного минимума, установленного на территории Волгоградской области

10. Закон Волгоградской области «О пропаганде и поддержке грудного вскармливания» (2008)

Статья 4. Поддержка грудного вскармливания:

1. В целях поддержки грудного вскармливания глава администрации Волгоградской области осуществляет координацию деятельности органов исполнительной власти Волгоградской области, субъектов государственной, муниципаль-



ной и частной систем здравоохранения, иных хозяйствующих субъектов в области защиты и поддержки грудного вскармливания.

2. Орган исполнительной власти Волгоградской области в сфере здравоохранения в рамках действующего законодательства принимает меры по предупреждению случаев:

- участия работников учреждений здравоохранения как на платной, так и на безвозмездной основе в процессе маркетинга продуктов искусственного питания детей в любой форме, а также в учебных поездках, конференциях и иных мероприятиях, организуемых за счет средств изготовителей или распространителей продуктов искусственного питания детей;
- получения работниками учреждений здравоохранения от изготовителей или распространителей продуктов искусственного питания детей стипендий, грантов и иных выплат на научные исследования в области искусственного питания ребенка.

В местных СМИ стала редкостью «прямая» реклама ЗГМ, однако по центральным каналам ТВ часто повторяется реклама продукции компании Нутриция, что вызывает у части матерей неуверенность в своей способности и целесообразности продолжения кормления ребенка грудью.

Комплексный, межведомственный подход к реализации в регионе политики защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания, развитие ИБДР не только в акушерских стационарах (имеют звание БДР – 23 учреждения), но и в женских консультациях (17), детских поликлиниках (20), детских отделениях и больницах (11), сельских учреждениях здравоохранения (94, в т.ч. 83 фельдшерско-акушерских пункта) позволил удерживать уровень распространенности грудного вскармливания с 6 до 12 месяцев среди детей первого года жизни на уровне 71%-74 %, а в учреждениях, имеющих статус БДР - до 82%-85%, где доля детей на исключительно грудном вскармливании до 6-месяцев достигает 70%-80%. В регионе в течение последних 5 лет сохраняется тенденция к улучшению основных показателей, что соответствует ожидаемому, определенному в Концепции формирования системы поддержки и поощрения грудного вскармливания в 2010 г.; уровень младенческой смертности снизился на 34, 7% за счет не только неонатальной, но и постнеонатальной смертности – -23,8% (ожидаемое снижение – 5%-10%) за счет снижения количества предотвратимых случаев – от кишечных инфекций (снижение с 0, 05 до 0, 03 промилле), пневмонии (-34,7%), снижения заболеваемости по классам, связанным с влиянием алиментарных факторов (инфекционные заболевания, анемия, пневмония, атопический дерматит).

Настоящий этап развития в Волгоградском регионе инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ – серьезный и значимый шаг к «Обществу, дружественному к ребенку». Только межведомственный подход создаст условия для реализации, через поддержку и защиту грудного вскармливания всем гражданским сообществом в каждом регионе России, осуществления национальной идеи - получить поколение умных, здоровых и талантливых вскормленных грудью детей.

ИНФОРМАЦИЯ О РЕКОМЕНАЦИЯХ КРУГЛОГО СТОЛА  
КОМИТЕТА ФЕДЕРАЦИИ РОССИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ  
НА ТЕМУ: «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОИЗВОДСТВА,  
КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ  
ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ» ОТ 16 ИЮНЯ 2016 Г.

Боровик Т.Э.

ФГАУ Научный центр здоровья детей Минздрава России

Участники «Круглого стола»: члены Совета Федерации, депутаты Государственной Думы, представители федеральных органов исполнительной власти (Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство образования и науки Российской Федерации), руководители и представители органов государственной власти субъектов Российской Федерации, представители экспертного сообщества.

Основные вопросы, предложенные для рассмотрения:

- вопросы организации здорового питания беременных и кормящих матерей, детей раннего, дошкольного и школьного возраста, в учреждениях социальной сферы;
- повышение качества диетотерапии, улучшение эффективности лечения пациентов и использования новых технологий лечебного питания, новых современных клинически эффективных специализированных продуктов питания;
- использование современных технологий диетического питания в качестве лечебных факторов;
- обеспечение качества, безопасности и доступности продуктов детского и лечебного питания, отвечающих физиологическим потребностям человека;
- скрытые угрозы для здоровья населения при существующей тенденции роста замены молочного жира пальмовым маслом в производстве молочной, масложировой и кондитерской продукции, используемой как взрослым, так и детским населением;
- дальнейшее развитие сети отечественных промышленных предприятий для производства овощных и мясных продуктов детского и лечебного питания;
- необходимость приведения в соответствие с Техническим регламентом Таможенного союза отдельных национальных и межгосударственных стандартов на продукцию детского питания

В решении Круглого стола отмечено, что адекватное, сбалансированное питание - одна из главных составляющих здоровья в любом возрасте, и тем более в детстве. Рациональное питание в детском и подростковом возрасте способствует гармоничному физическому и умственному развитию, высо-

кой работоспособности и успеваемости школьника, создает условия для адаптации к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на качество жизни, является необходимым условием формирования и сохранения здоровья нации.

Постановлением Правительства Российской Федерации утверждены Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года, а также План мероприятий по их реализации.

Национальная стратегия действий в интересах детей (на 2012-2017 гг.) в данной области в качестве приоритета определяет вопросы организации детского и диетического (лечебного и профилактического) питания, формирования культуры здорового питания детей и подростков, совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных, лечебных и лечебно-профилактических, санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Для организации здорового питания населения используется комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения. В частности, развитие производства пищевых продуктов, обогащенных незаменимыми компонентами, специализированных продуктов детского питания, продуктов функционального назначения, диетических (лечебных и профилактических) пищевых продуктов и биологически активных добавок к пище, в том числе для питания в организованных коллективах (трудовые, образовательные и т.д.); совершенствование организации питания в организованных коллективах, обеспечения полноценным питанием беременных и кормящих женщин, а также детей в возрасте до 3 лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины, совершенствование диетического (лечебного и профилактического) питания в лечебно-профилактических учреждениях как неотъемлемой части лечебного процесса; мониторинг состояния питания населения.

В области обеспечения безопасности пищевых продуктов и создания условий для здорового питания населения в Российской Федерации принят большой пакет стратегических документов, законодательных и нормативных правовых актов.

На решение проблем в области детского питания направлены «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» и «Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте 1 года до 3 лет в Российской Федерации», разработанные Союзом педиатров России, Российским Союзом нутрициологов, диетологов и специалистов пищевой индустрии и других организаций.

Совершенствование механизмов обеспечения детей специализированными продуктами лечебного питания в амбулаторных условиях реализуется в

рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294.

Во всех субъектах Российской Федерации проводится работа по совершенствованию питания обучающихся в образовательных организациях: разработаны и реализуются региональные и муниципальные программы по совершенствованию питания школьников, в образовательных организациях введены как отдельные, так и интегрированные курсы по формированию культуры здорового питания как важнейшей составной части общей культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Вместе с тем, в группе риска по развитию алиментарно-зависимой патологии находятся дети в возрасте от 0 до трех лет. Отказ от грудного вскармливания, нерациональное питание беременных женщин, кормящих матерей и детей в первые годы жизни обуславливают неблагоприятную динамику показателей состояния здоровья детей и населения в целом.

С каждым годом в мире растет количество людей с различными формами непереносимости отдельных видов пищевых продуктов. К таким заболеваниям можно отнести целиакию. При выборе продуктов питания жизненно важных для этой категории больных необходимо иметь достоверную информацию о содержании в них глютена.

Несмотря на то, что уровень качества и безопасности продуктов детского питания в целом выше, чем продуктов массового потребления, в организации питания детей раннего возраста существует *ряд серьезных проблем*:

- до сих пор не разработаны рекомендации по питанию детей в возрасте от одного года до трех лет;
- отсутствуют единые подходы и инструменты регламентации, предъявляемые к диабетической продукции;
- до настоящего времени в Российской Федерации не принят Международный свод правил продвижения заменителей грудного молока, что снижает распространенность грудного вскармливания. Речь идет о запрете рекламы заменителей грудного молока для детей первого года жизни в средствах массовой информации и их бесплатного распространения в родильных домах и перинатальных центрах;
- недостаточно осуществляется поддержка беременных женщин и кормящих матерей специализированными продуктами;
- в отдельных субъектах Российской Федерации не предусмотрены субсидии на адаптированные молочные смеси (для детей, лишенных материнского молока) и продукты прикорма для здоровых детей раннего возраста, при этом расходы на них целиком ложатся на родителей, что в первую очередь значительно для семей с низким уровнем дохода;

- отсутствует действенный контроль за целевым использованием средств, выделяемых на детское питание в регионах, где введена монетизация, вследствие чего дети, особенно из социально неблагополучных семей, не получают необходимых им продуктов детского питания;
- встречаются проблемы в обеспечении больных детей специализированными (лечебными) детскими смесями и продуктами, зафиксированными в федеральных клинических рекомендациях (протоколах) по оказанию медицинской помощи и входящими в стандарты ведения ряда заболеваний, при которых диетотерапия является основным или одним из основных методов лечения (пищевая аллергия, недоношенность, белково-энергетическая недостаточность и др.);
- для больных целиакией, не имеющих статуса «инвалид детства», законодательно не предусмотрено обеспечения лечебными безглютеновыми продуктами, которые являются основой патогенетической терапии;
- для больных фенилкетонурией и другими наследственными аминокислотопатиями и органическими ацидуриями не предусмотрено обеспечение низкобелковыми продуктами, необходимыми для оптимальной патогенетической диетотерапии;
- дети с муковисцидозом также не обеспечиваются высокоэнергетическими продуктами лечебного питания;
- дети, получающие паллиативную помощь в виде энтерального питания через гастростому или зонд, а также парентеральное питание, как в специализированных учреждениях, так и на дому (с онкологическими, неврологическими заболеваниями, с муковисцидозом и др.) не обеспечиваются необходимыми специализированными продуктами и препаратами;
- рынок детского питания обеспечен отечественными адаптированными молочными и лечебными смесями только на 5-7 %, а продуктами прикорма - на 35-38%;
- несоответствие Техническому регламенту Таможенного союза отдельных национальных и межгосударственных стандартов на продукцию детского питания.

*Предложено Правительству Российской Федерации:*

1. Рассмотреть возможность:

1.1. Разработки федеральной целевой программы «Питание детей», предусматривающей:

- совершенствование организации обеспечения детей раннего возраста специальными продуктами питания через сеть молочных кухонь, позволяющей обеспечивать детей качественной молочной продукцией;
- развитие сети отечественных промышленных предприятий для производства овощных и мясных продуктов детского питания, а также продуктов лечебного детского питания;
- осуществление мер по совершенствованию системы обеспечения качественным горячим питанием воспитанников дошкольных учреждений и обучающихся-

ся в общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального профессионального образования, организации контроля за обеспечением качественным питанием больных детей, страдающих социально значимыми заболеваниями.

- 1.2. Создания режима налогового благоприятствования для отечественных производителей детского и специализированного питания, выпускающих продукцию, отвечающую современным требованиям.
- 1.3. Включения детского молочного питания в перечень отдельных видов социально значимых продовольственных товаров первой необходимости, в отношении которых могут устанавливаться предельно допустимые розничные цены, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 2010 г. № 530.
- 1.4. Отнесения к полномочиям органов социальной защиты вопроса об обеспечении специальными продуктами питания детей из малоимущих семей как меры государственной социальной помощи, определив форму предоставления помощи как предоставление денежных средств, в том числе, с использованием электронных средств или прямые поставки продуктов питания в специальные пункты питания и организации торговли.
2. Разработать концепцию формирования основ культуры питания, являющейся методологической базой для разработки конкретных программ и форм работы в школе.
3. Законодательно закрепить право здоровых детей раннего возраста, больных детей, беременных женщин и кормящих матерей на обеспечение бесплатными продуктами питания, специализированными продуктами питания, обогащенными микронутриентами.
4. Разработать и внедрить новые рационы питания в домах ребенка с использованием современных функциональных продуктов питания, обогащенных витаминами, минеральными веществами, пре- и пробиотиками, длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами и др.
5. Разработать нормативный правовой акт о безопасности детского питания, который содержал бы все необходимые единые требования ко всем видам продуктов детского питания.
6. Разработать общие требования пищевой ценности и безопасности к инновационным продуктам детского питания, требования к которым отсутствуют в технических регламентах Евразийского Экономического союза.
7. Ввести отдельные требования в Технический регламент Таможенного союза к смесям для недоношенных детей после выписки из стационара.
8. Установить обязательность внесения в маркировку пищевой продукции обозначения стандарта или технического документа организации, в соответствии с которым произведена и может быть идентифицирована данная продукция.
9. Организовать и провести общероссийскую кампанию за грудное вскармливание; введение запрета на рекламу детского фастфуда; сокращение объемов

рекламы, направленной на продвижение продукции ресторанов быстрого питания; ограничение строительства новых ресторанов быстрого питания.

10. Активизировать информационно-просветительскую работу среди различных групп населения по вопросам здорового питания и профилактики заболеваний, связанных с нарушением питания.

*Министерству здравоохранения Российской Федерации:*

1. Доработать и утвердить «Правила маркетинга заменителей грудного молока в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
2. Разработать отдельные стандарты оказания медицинской помощи для пациентов с диагнозом целиакия с учетом возрастных групп.
3. Совместно с Министерством образования и науки Российской Федерации разработать программы обучения медицинских работников, учителей, воспитателей дошкольных учреждений, студентов медицинских и педагогических вузов основам оптимального питания.
4. Внедрить в медицинские образовательные учреждения практико-ориентированную программу обучения студентов базовым принципам здорового питания и навыку эффективного консультирования, а также подготовку специалистов высшей квалификации, обладающих междисциплинарными знаниями в области пищевой технологии, нутрициологии и медицины с учетом современных требований.

*Министерству образования и науки Российской Федерации:*

Совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации разработать программы обучения медицинских работников, учителей, воспитателей дошкольных учреждений, студентов медицинских и педагогических вузов основам оптимального питания.

*Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор):*

С целью снижения временных и материальных затрат предприятий-производителей продуктов детского питания на регистрацию нового продукта рассмотреть вопрос о целесообразности передачи полномочий по государственной регистрации и выдаче свидетельств о государственной регистрации продуктов детского питания с первых дней жизни и до 3 лет на уровень территориальных органов Роспотребнадзора.

*Комитету Совета Федерации по социальной политике:*

1. Направить рекомендации в Правительство Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Министерство образования и науки Российской Федерации, Роспотребнадзор, Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии, исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации для использования в работе и подготовке предложений по дальнейшему совершенствованию законодательства, регулирующего вопросы в области здорового питания.
2. Материалы круглого стола разместить на сайтах Комитета и Совета Федерации.

РАЗВИТИЕ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ  
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» НА ТЕРРИТОРИИ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Букина Т.А.

ГБУЗ СО Клинико-диагностический центр  
«Охрана здоровья матери и ребенка», Екатеринбург

2016 г. – юбилейный. Свердловскому областному центру поддержки и поощрения грудного вскармливания (далее Центр) исполнилось 15 лет.

Создан Центр приказом Министра здравоохранения Свердловской области М.С. Скляром по инициативе Министерства здравоохранения РФ на базе Областного Центра планирования семьи и репродукции (главный врач Е.Б. Николаева ) в 2000 г. Параллельно с созданием Центра формировалась нормативно-правовая база и проводилась подготовка медицинских работников по технологии охраны и поддержки грудного вскармливания. Решающее значение для активного внедрения Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в деятельность лечебных учреждений области имел двухдневный обучающий семинар для руководителей службы, проведенный при поддержке представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ в 2001 г. Уже в 2002 г. 5 акушерских стационаров успешно прошли аттестацию и получили Международный статус «Больница, доброжелательная к ребенку». На июнь 2016 г. 21 акушерский стационар, 17 женских консультаций и 18 детских поликлиник имеют звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» признана одной из самых удачных инициатив XX столетия. Эффективность ее на всех этапах службы детства и родовспоможения подтверждена практикой. Сегодня охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания – одна из базовых технологий современной перинатологии. Задача на данном этапе – внедрение технологии в отделениях новорожденных, на II этапе выхаживания.

В Свердловской области в 2015 г. областной и городской перинатальные центры III уровня, родоразрешающие женщин группы высокого перинатального риска, прошли аттестацию и получили международные дипломы «Больница, доброжелательная к ребенку». Путь к этому был очень сложным. С одной стороны новорожденный, сначала являющийся зачастую пациентом РАО, а затем длительно находящийся на интенсивной терапии, который или не может сосать или не может высосать достаточное количество молока, что тормозит становление лактации. С другой стороны – «новорожденная мать», находящаяся на фоне послеродового блюза в состоянии стресса (в силу многих объективных причин), что не способствует успешному выделению молока.



И наконец, для неонатологов в течение многих десятилетий главной задачей было выхаживание и лечение новорожденного. Он был главным, отделенным, как правило, от матери пациентом.

Учитывая особую биологическую ценность грудного молока и важность его для недоношенного и больного ребенка в современной перинатологии, уже на этапах выхаживания вопросам охраны и поддержки грудного вскармливания уделяется большое внимание. В каждом конкретном случае рассматривается возможность осуществить кожный контакт и первое прикладывание к груди сразу после родов. В послеоперационном отделении персонал помогает в первом кормлении в палате, при отсутствии противопоказаний младенец находится здесь вместе с мамой до перевода в послеродовое отделение. ПИТы организованы по принципу «Мать и дитя». В реанимационных палатах новорожденных размещается кресло-качалка, и мама может долгое время находиться со своим малышом в контакте, ухаживать за ним, использовать метод кенгуру. С каждой женщиной работает психолог, помогая адаптироваться ей в случившейся ситуации. В отделении выделена ставка инструктора грудного вскармливания, который обучает мать сцеживанию. Психологическая поддержка и эффективное сцеживание на этом этапе, пока ребенок не может эффективно сосать, имеют решающее значение.

Основными качественными критериями работы по поддержке грудного вскармливания в отделениях II этапа выхаживания новорожденных является положительная динамика показателей грудного вскармливания, в т.ч. исключительного грудного вскармливания при поступлении в отделение и при выписке.

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ОХРАНЕ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ЭСТОНИЯ

Вахтрик А.

Женская клиника Восточно-Таллиннской центральной больницы, г. Таллинн, Эстония

Кормить грудью могут 98% женщин, настоящих противопоказаний к этому очень мало. Начало грудного вскармливания эмоциональный и легко уязвимый процесс. Удачное начало и продолжение кормления во многом зависит от того, как организована работа в родильных домах. Лучшим признанным способом организации работы для обеспечения современного качества родовспоможения является следование принципам «Больницы, доброжелательной к ребенку» (10 шагов). Сегодня в этом движении участвуют 156 стран и более 20 000 больниц во всем мире. В последние годы инициатива получила широкий размах именно в индустриальных странах, особенно в Скандинавских странах, которые известны хорошими показателями родовспоможения и грудного вскармливания.

Население Эстонии составляет около 1,3 млн. человек. По данным 2012 года в республике родилось 14056 детей. Несмотря на то, что большинство женщин начинают кормить грудью в роддомах, к 6-и мес. на грудном вскармливании находится всего лишь 55,3% (2012). С 2013 года в республике учитываются показатели исключительно грудного вскармливания в 6 мес. Они составляли 44,7% в 2013 г. и 34,9% в 2014 г.

В 2010 году в Эстонии создан Комитет по поддержке грудного вскармливания, который является рекомендательным органом при Министерстве социальных дел. Задачей Комитета является акцентирование государственного значения грудного вскармливания как одного из наиболее эффективных методов сохранения и улучшения здоровья народонаселения. Комитет занимается вопросами статистики, обучения медицинских работников и подготовки медицинских кадров в целом, выпускает материалы по пропаганде здорового начала жизни – кормления грудью. Председатель Комитета – известный педиатр Адик Левин.

Единственным в Эстонии медицинским учреждением, удостоенным титула «Больница, доброжелательная к ребенку», является Женская клиника Восточно-Таллиннской центральной больницы. Ежегодно в клинике осуществляется около 4 000 родов, на долю операций кесарево сечение приходится 18,5% от общего количества родов. Основные направления деятельности по внедрению Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в практику клиники: контакт «кожа-кожа» при нормальных родах и после операции кесарево сечение, а также в неонатальном отделении во время лечения недоношенных и больных младенцев, возможность ранней выписки домой при отсутствии проблем и последующие визиты акушерки на дом, 85% партнерских родов, лекции в семейной школе для подготовки к родам, поддержка по грудному вскармливанию после выписки из роддома в центре грудного вскармливания. В клинике создан банк грудного молока, которое используется для вскармливания больных и недоношенных новорожденных в неонатальном отделении.

РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ПРИКОРМА  
В ФОРМИРОВАНИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА.  
Гмошинская М.В.<sup>1</sup>, Георгиева О.В.<sup>1</sup>, Бочарова Т.И.<sup>1</sup>, Воробьева И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Московский педагогический государственный университет  
Министерства образования и науки Российской Федерации

Формирование пищевого поведения ребенка - междисциплинарный раздел, который интересует и педиатров, и психологов, и педагогов. Пищевое поведение начинается формироваться задолго до рождения ребенка - во время беременности.

Именно во время беременности через амниотическую жидкость ребенок знакомится с различными продуктами. Запах и вкус амниотической жидкости может отражать особенности диеты беременной женщины. Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о том, что знакомство детей с запахом/вкусом как внутриутробно — через амниотическую жидкость, так и через грудное молоко в значительной степени определяет реакцию детей на этот вкус в более старшем возрасте. Человек относится к классу млекопитающих. Незрелость новорожденного человека имеет адаптивный характер, поскольку его поведение, формирование структур мозга происходит под внешним воздействием, что связано, прежде всего, с контактом ребенка с биологической матерью (кормление грудью). Благодаря незрелости новорожденного и необходимости его продолжительного контакта с матерью, формируются специфические «человеческие» черты его поведения. Благодаря внедрению новых перинатальных технологий: раннее прикладывание к груди, совместное пребывание мамы и ребенка в родильном доме, свободное вскармливание, многие здоровые новорожденные дети находятся совместно с мамами, начиная с роддома. Большинство младенцев находится на свободном вскармливании, однако нередко оно приобретает характер беспорядочных кормлений. После 1-1,5 мес. лактации, ребенок, как правило, сам устанавливает свой режим кормления. В 4-6 мес. ребенок начинает получать прикорм. Первый прикорм - это знакомство с новым продуктом, непривычным для ребенка. Очень важно первое введение первого продукта. Это ответственный шаг для родителей, они вместе с малышом вступают на новую ступень развития. К моменту начала введения прикорма ребенок не может снимать пищу губами с ложки - этому предстоит ему научиться. Ребенку предстоит научиться откусывать пищу и жевать, в связи с чем с 6 мес. ребенку следует предлагать твердую пищу (сушки, сухарики). При жевании изменяются движения языка. Язык будет двигаться не вперед-назад, как при сосании, но и из стороны в сторону и вверх вниз, что имеет большое значение для развития артикуляции. При акте жевания пища двигается все время между внутренней поверхностью щек, твердым нёбом и языком, причем прижатием языка о твердое нёбо достигается дальнейшее разминание, раздавливание пищи и более или менее совершенное смешение её со слюной с целью образования пищевого кома (bolus), удобного для проглатывания. За 6-7 мес. ребенку предстоит познакомиться с большим количеством продуктов, которые имеют различный вкус, цвет, запах, разную консистенцию. Знакомясь с различными продуктами, ребенок знакомится с их различным цветом, размерами, формой. Благодаря большому ассортименту продуктов и блюд промышленного производства значительно расширен ассортимент продуктов, с которым может познакомиться ребенок. Меняется и консистенция продуктов. Ребенку предстоит научиться пользоваться ложкой. Ручное действие ложкой (рука подстраивается под предмет-орудие), действие с ложкой сменяется орудийным после длительного обучения. Самостоятель-

ное пользование ложкой – результат совместной деятельности ребенка со взрослым (предметная деятельность). Образец рационального способа дает ребенку взрослый. В процессе совместной деятельности взрослый изменяет положение руки ребенка, и ребенок не приспосабливается к свойствам предмета, а включает ложку в образец его правильного использования. Именно в этот период неопределима роль взрослого, который учит ребенка пить из чашки, пользоваться ложкой. Модель пищевого поведения человека формируется в раннем возрасте, когда закладываются устойчивые вкусовые предпочтения и воспитывается отношение к процедуре приема пищи (режиму, объему порции, культуре поведения за столом). В связи с этим большое значение играет семья в формировании пищевого поведения ребенка:

1. Дети «копируют» пищевое поведение членов семьи, в связи с чем, если родители осознают необходимость правильного, здорового питания в семье, оно должно быть организовано в период планирования семьи, хотя бы во время беременности.
2. Доминанта грудного вскармливания играет определяющую роль в сохранении лактации.
3. Семье необходимо помогать кормящей матери в становлении лактации. Только поддержка семьи и медицинских работников поможет матери сохранить лактацию в трудных ситуациях.
4. При введении прикорма необходимы: спокойствие, терпимость, медленный старт, последовательность. Питание и воспитание неразрывно связаны в процессе формирования пищевого поведения. Только взрослый может научить ребенка пить из чашки, пользоваться ложкой.
5. В повседневной жизни должны использоваться различные пособия, игрушки, позволяющие ребенку разобраться в предметах, имеющих отношение к питанию (плакаты с изображением продуктов питания, книжки, дидактический материал, игрушечная посуда, игрушки - продукты питания и т.п.).

#### КАК ПИТАЮТСЯ СОВРЕМЕННЫЕ БЕРЕМЕННЫЕ И КОРМЯЩИЕ ЖЕНЩИНЫ

Гмошинская М.В., Конь И.Я., Черезова С.А., Бочарова Т.И.

ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии

*Введение:* Несмотря на многочисленные проводимые исследования многие факторы, влияющие на распространенность грудного вскармливания, остаются малоизученными. Это относится, в частности, к питанию беременных и кормящих женщин, которое характеризуется значительной динамикой в связи с существенными изменениями социально-экономических условий.

*Цель исследования:* Анализ фактического питания женщин во время беременности и лактации в современных условиях.

*Материалы и методы:* Для решения поставленной задачи была разработана анкета, включающая особенности питания матери во время беременности и лактации. Анкета предназначена для матерей, имеющих детей от года до трех лет. Критериями отбора служили: гестационный возраст не менее 37 недель беременности, масса тела детей при рождении не менее 2500 г, отсутствие тяжелой перинатальной патологии. Окончательно для обсчета поступило 258 анкет от матерей, проживающих в различных городах Российской Федерации. Средний возраст анкетированных женщин составил  $29,5 \pm 0,29$  лет. Первородящие составили 73% женщин. Фактическое питание беременных и кормящих женщин изучали частотным методом.

*Результаты исследования:* Как показали результаты проведенного исследования большая часть женщин (78,1% женщин во время беременности и 76,9% женщин соответственно во время лактации) принимают пищу не чаще 4-5 раз в день.

Регулярно во время беременности (не менее 4-5 раз в неделю) потребляли молоко, кисломолочные продукты, мясо, птицу, овощи, фрукты, хлеб и хлебобулочные изделия 41,5%-78,9% женщин, а во время лактации – 50,4%-79,6%. Вместе с тем, значительная часть женщин (36,8% беременных и 24,8% кормящих женщин) не менее 4-5 раз в неделю используют колбасные изделия (сосиски, колбасы), хотя их рекомендуют использовать в питании не чаще 2-х раз в неделю. Редкое потребление рыбы женщинами отмечается как во время беременности, так и во время лактации (8,3%-13,0%). Примечательно, что отклонения в наборе продуктов, используемых женщинами во время беременности и лактации, были сходны, что указывает на консерватизм пищевого поведения и пищевых привычек женщин в эти периоды, а также на необходимость регулярного обучения принципам здорового питания и индивидуальной работе с женщинами по организации их питания в период беременности и лактации. Так, 55,7% беременных женщин использовали витаминно-минеральные комплексы (ВМК) регулярно на протяжении беременности, 20,8% использовали нерегулярно и 23,5% их не использовали. Среди кормящих матерей – 22,0% использовали ВМК, 31,0% нерегулярно использовали и 47,0% не использовали. В проведенном исследовании не было установлено влияние приема витаминных комплексов во время беременности на антропометрические показатели новорожденных. Как показали результаты опроса, только 16,5% беременных женщин и 21,2% кормящих матерей использовали специализированные продукты, 46,7% кормящих матерей – лактогенные чаи.

*Выводы:* Полученные данные свидетельствуют о нерациональном питании многих беременных и кормящих женщин, что отражает недостаточно сформированное отношение к питанию во время беременности и лактации как важнейшему фактору формирования здоровья ребенка в дальнейшие возрастные периоды, способствующему полноценной и длительной лактации, этапу формирования пищевого поведения ребенка. В связи с чем необходимо проводить работу среди беременных и кормящих женщин, направленную на осознание необходимости правильного питания.

МОНИТОРИНГ ИНДИКАТОРОВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ  
ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ  
К РЕБЕНКУ» В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ РЕСПУБЛИКИ КАЛМЫКИЯ

Дакинова Л.Н., Ермошкаева Т.У., Антудинова К.Б.

БУ РК Перинатальный центр имени О.А. Шунгаевой, Элиста

*Актуальность:* Контакт «кожа - к - коже» с первой минуты жизни и в течение 60 минут, грудное вскармливание, начатое в первые 30-60 минут после рождения, совместное пребывание, кормление по требованию позволяют облегчить состояние детей во время периода адаптации и улучшить прогноз дальнейшего физического и нервно-психического развития; предупреждают развитие некротического энтероколита, сепсиса новорожденных, острых инфекционных заболеваний и имеют долгосрочное влияние, снижающее в последующие годы риск развития атеросклероза, гипертонической болезни, ожирения и сахарного диабета 2-го типа, хронических бронхо-легочных заболеваний, аллергии, повышают показатели умственного развития, способствуют налаживанию тесных любящих отношений между матерью и ребенком. Кормление грудью полезно и для здоровья матери, так как снижает риск послеродовых кровотечений, развития анемии в детородном возрасте, заболеваний раком молочной железы, яичников и остеопороза в пожилом возрасте.

В 1998 г. перинатальный центр, как и все медицинские учреждения республики активно включился в Инициативу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР). Ее продвижение поддерживалось Министерством здравоохранения республики. Были определены главные цели по продвижению ИБДР – увеличение распространенности и длительности исключительно грудного вскармливания, снижение гнойно-септической инфекции у новорожденных, у родильниц и снижение ранней неонатальной смертности.

Внедрение принципов успешного грудного вскармливания новорожденных требует мониторинга индикаторов и эффективности внедрения ИБДР, без чего невозможно оценить степень их устойчивости в работе коллектива родовспомогательного учреждения.

*Цель исследования:* Оценить уровень внедрения принципов ИБДР и их эффективность в практике перинатального центра.

*Материалы и методы:* Проанализированы показатели мониторинга за 1998-2015 гг. по ключевым индикаторам, рекомендованным ВОЗ и Научно-практическим центром по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Минздрава России с использованием журнала «Учетная форма питания новорожденного», отчетов отделения «Мать и дитя» и акушерских отделений. Оценка эффективности внедрения принципов ИБДР осуществлялась по данным официальной отчетности акушерского стационара: «Сведе-

ния о медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам» (ф. 32); «Внутрибольничные инфекции» (ф. № 2, таблица 3).

*Результаты:* По данным мониторинга ключевых индикаторов ИБДР за анализируемый период возрос уровень контакта «кожа-к-коже» в течение 60 минут до 40,4 %, с ранним началом грудного вскармливания до 42,2 %. Возросли уровень детей на исключительно грудном вскармливании (ИГВ) к выписке из акушерского стационара до 91,7 %, на совместном пребывании в палате «Мать и дитя» с 1-х суток – до 53,8 % и на момент выписки – до 95,1 %. Снизились: заболеваемость новорожденных до 647,8, за счет снижения всех заболеваний, в том числе и неонатальных желтух в 1,3 раза до 245,0; внутрибольничной инфекции (ВБИ) новорожденных детей в 1,7 раза до 3,6 на 1000 новорожденных детей. Наблюдалось снижение ранней неонатальной смертности в 2 раза до 2,1 на 1000 новорожденных. В структуре смертности преобладали: синдром дыхательных расстройств – 62,5 %, внутрижелудочковые кровоизлияния – 25,0 %, врожденная пневмония – 12,5 %. Случаев смерти от сепсиса в последние годы не было. Уменьшилось количество детей, от которых отказались мамы до 4 детей.

Мониторинг основных показателей ИБДР по родовспоможению в последние три года показал снижение уровня эпизиотомий с 19,3 % до 15,8 % (рекомендации ВОЗ – 5 % или менее), стимуляций родов с 16,9 % до 14,4 % (ВОЗ – 10 % случаев), общего наркоза до 17,4 %. Количество кровотечений в раннем и позднем послеродовом периодах сократилось в 1,5 раза – до 12,4 на 1000 родов. Сохранялся дальнейший рост операций кесарево сечение до 33,9 % (ВОЗ – 10 % или менее).

*Заключение:* Большое значение в устойчивом внедрении принципов грудного вскармливания имеет мониторинг основных показателей ИБДР и оценка эффективности проводимых мероприятий. Для оценки проводимых мероприятий по внедрению принципов ИБДР и оценки распространенности исключительно грудного вскармливания необходимо использовать следующие показатели:

- уровень контакта «кожа - к - коже» в течение 60 минут, раннего прикладывания новорожденных к груди, совместного пребывания в палате «Мать и дитя» с 1-х суток и на момент выписки;
- уровень детей на ИГВ с момента рождения до выписки и на момент выписки из родильного дома.

Оценка эффективности проводимых мероприятий по внедрению принципов ИБДР может осуществляться по показателям динамики распространенности инфекции кожи и подкожной клетчатки, неонатальной желтухи, внутрибольничной инфекции на 1000 новорожденных детей, количества детей, от которых отказались мамы и по основным показателям родовспоможения, рекомендованным ВОЗ.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ОТ 0  
ДО 14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ КАЛМЫКИЯ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ  
ИНИЦИАТИВЫ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

Дакинова Л.Н.<sup>1</sup>, Джанджиева А.И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>БУ РК Перинатальный центр им. О.А. Шунгаевой, Элиста

<sup>2</sup>БУ РК Республиканский детский медицинский центр, Элиста

*Введение:* В питании детей раннего возраста «золотым стандартом» является исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев (ИГВ) и грудное вскармливание до 2-х лет и более, которое обеспечивает гармоничное развитие ребенка на первом году и в последующие годы жизни. В нашей стране с начала 90-х годов прошлого века проводилась политика охраны и поддержки грудного вскармливания (ГВ), которая стала внедряться активнее с организацией в 1997 г. Научно-практического центра по пропаганде, поощрению и поддержке грудного вскармливания Минздрава России и проведением в России 40-часового курса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию».

Внедрение ИБДР проводится в Республике Калмыкия с 1998 г. Министерством здравоохранения республики создан Координационный совет и принята ведомственная программа по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания, подготовлена нормативно-правовая база, направленная на внедрение принципов Инициативы. В ее основу были положены приказы, информационные письма Минздрава России и Научно-практического центра Минздрава России по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания (НПЦ МЗ РФ), а также международные документы ВОЗ и ЮНИСЕФ. Внедрение Инициативы было начато с обучения руководителей и медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства на 40-часовом курсе на базе медицинского колледжа с 2001 г. по 2012 г., с 2013 г. обучение проводилось на базе перинатального центра. Обучение по 18-часовому курсу «Руководство и пропаганда грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» и 20-часовому курсу «Охрана и поддержка грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку» проводились на базе медицинских организаций. За период с 2000 г. по 2015 г. на 40 часовом курсе были обучены 1321 медицинских работников, которые в дальнейшем обучались 2 раза в год по 18-часовому и по 20-часовому курсам на базе медицинских организаций. Принципы ИБДР в республике внедрялись одноэтапно на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матерям и детям. В функциональные обязанности медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства были внесены пункты по вопросам охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания. Были разработаны политики по внедрению десяти принципов успешного грудного вскармливания на этапах оказания



медицинской помощи матерям и детям в соответствии с рекомендациями ВОЗ/ЮНИСЕФ и НПЦ МЗ РФ. Подготовлены и размещены информационные материалы по грудному вскармливанию в местах доступных для беременных женщин, кормящих матерей и их родственников. Работа по обучению беременных женщин и родильниц на уровне женских консультаций и родильных отделений проводилась в специально отведенных уголках (комнатах) грудного вскармливания или проводилось их индивидуальное обучение. В офисах врачей общей практики, на фельдшерско-акушерских пунктах, в детских поликлиниках и консультациях, в детских отделениях детей раннего возраста эта работа осуществлялась в уголках грудного вскармливания, в кабинетах здорового ребёнка.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и НПЦ МЗ РФ в медицинских организациях родовспоможения и детства проводился мониторинг раннего контакта «кожа-к-коже», первого прикладывания к груди, исключительно грудного вскармливания от рождения до выписки и на момент выписки из акушерского стационара, совместного пребывания в палатах, распространенности исключительно грудного вскармливания детей ежемесячно от 1 мес. до 6 мес., грудного вскармливания детей до 12 мес., до 18 мес. и до 24 мес. и более.

*Цель:* Оценить результаты внедрения ИБДР в практику медицинских организаций родовспоможения и детства республики за период с 1997 г. по 2015 г.

*Материалы и методы:* Сбор информации по оценке эффективности внедрения принципов ИБДР проводили с использованием итоговых таблиц и форм: «Основные показатели по оценке эффективности мероприятий по поддержке грудного вскармливания в акушерском стационаре, в женской консультации»; «Основные показатели по оценке эффективности мероприятий по поддержке грудного вскармливания в детской поликлинике, в детском стационаре». Использовались также данные официальной отчетности акушерских стационаров и детских поликлиник по гнойно-септическим инфекциям (ф. № 2, таблица 3 «Внутрибольничные инфекции») и ф. 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» и ф. № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам».

*Результаты.* Обучение по 40-часовому курсу позволило передать знания о важности кормления грудью детей раннего возраста медработникам службы охраны здоровья матери и ребенка. На 1 января 2008 года в республике были аттестованы 71,4 % медицинских учреждений родовспоможения и детства.

За анализируемый период возросли: уровень контакта «кожа-к-коже» в течение 60 минут до 57,8 %, раннее начало исключительно грудного вскармливания до 60,1 %, исключительно грудного вскармливания (ИГВ) к выписке из акушерского стационара до 97,2 %, совместное пребывание в палате «Мать и дитя» на момент выписки из акушерского стационара до 97,2 %. Анализ заболеваемости новорожденных детей, в связи с изменением ф. 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» проводился в сравнении с 2009 г.

За данный период снизились: заболеваемость новорожденных в 1,5 раза до 581,1, за счет снижения всех заболеваний, в том числе за счет снижения неонатальных желтух в 1,4 раза до 219,3; гнойно-септической инфекции новорожденных детей с 1998 г. в акушерских стационарах в 1,5 раза до 3,7 на 1000 новорожденных детей. Наблюдалось снижение ранней неонатальной смертности в 2,9 раза до 2,3 на 1000 новорожденных. В структуре смертности преобладали: синдром дыхательных расстройств – 33,3 %, внутрижелудочковые кровоизлияния и аспирационная пневмония – 22,2 %, врожденная пневмония и врожденные аномалии развития – 11,1 %. Случаев смерти от сепсиса в последние годы не было. Уменьшилось количество детей, от которых отказались мамы с 32 до 6 детей.

По данным детских поликлиник республики, распространенность исключительно грудного вскармливания составляла: в 1 мес. – 96,6 %, в 2 мес. – 96,0 %, в 3 мес. – 94,3 %, в 4 мес. – 92,1 %, в 5 мес. – 88,6 %, в 6 мес. – 85,5 %, а грудного вскармливания: в 12 мес. – 76,9 %, в 18 мес. – 19,4 % и в 24 мес. – 13,6 %. По данным официальной статистики – ф. № 31, отмечались следующие закономерности в динамике показателей грудного вскармливания: уменьшение доли детей, получавших молоко матери в возрастном интервале 3-6 мес. с 43,3 % до 18,9 %; повышение в возрастной группе 6-12 мес. с 48,1 % до 74,9 % (РФ – 40,4 %). За данный период снизились общая заболеваемость детей первого года жизни в 1,4 раза – до 1509,0, госпитальная заболеваемость детей первого года жизни в 1,3 раза – до 898,4 на 1000 детей данного возраста за счет снижения алиментарно-зависимых заболеваний, младенческая смертность снизилась в 2,1 раза – до 8,63 на 1000 родившихся живыми.

С ростом уровня детей, находившихся на исключительно грудном вскармливании до 6-и месячного возраста и на грудном вскармливании до года жизни, в группе детей от 0 до 14 лет отмечалось снижение общей заболеваемости с 2009 г. в 1,2 раза до 1860, преимущественно за счет снижения алиментарно-зависимых заболеваний: инфекционно-паразитарных болезней в 1,4 раза; болезней крови и кроветворных органов в 1,6 раза; сахарного диабета в 1,7 раза; бронхиальной астмы в 1,4 раза; болезней органов пищеварения в 1,2 раза, за счет снижения язвы желудка в 1,6 раза; болезней кожи и подкожной клетчатки в 1,2 раза за счет снижения экземы в 10,8 раза; болезней нервной системы в 1,7 раза; болезней костно-мышечной системы в 1,3 раза.

*Закключение:* Работа по поддержке грудного вскармливания является высокоэффективной, она способствовала увеличению числа детей, находившихся на грудном вскармливании и снижению заболеваемости и смертности детей первого года жизни и старших возрастов. Для более успешного внедрения современных рекомендаций по охране и поддержке грудного вскармливания, поддержания достигнутых результатов и устойчивости в работе коллективов медицинских учреждений родовспоможения и детства по внедрению ИБДР необходимо осуществление следующих мероприятий:

1. Включение Статуса БДР в обязательный критерий лицензирования медицинских учреждений родовспоможения и детства.
2. Переаттестация медицинских учреждений родовспоможения и детства, удостоенных статуса БДР через каждые 3 года с целью поддержания достигнутых результатов.
3. Введение в формы национальной статистики: в ф. № 32 - контакта «кожа - к - коже» в течение 60-120 мин., раннего прикладывания новорожденных к груди, совместного пребывания в палате «мать и дитя» с 1-х суток и на момент выписки, уровня исключительно грудного вскармливания с рождения до выписки и на момент выписки из акушерского стационара; в ф. № 31 – исключительно грудного вскармливания с 1-го по 6-й месяц ежемесячно и грудного вскармливания - в 12, 18 и 24 мес. и более.
4. Включение в программы подготовки студентов высших и средних медицинских образовательных учреждений, а также в программы повышения квалификации врачей и средних медицинских работников раздела охраны и поддержки грудного вскармливания в медицинских организациях родовспоможения и детства.
5. Создание региональных центров грудного вскармливания с целью координации работы по охране и поддержке грудного вскармливания в регионах.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В РЕПРОДУКТИВНОМ АНАМНЕЗЕ  
ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
Даутова Л.А., Галеев М.Г., Рамазанова Л.И.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Вскармливание младенца грудным молоком является уникальным эволюционно значимым механизмом выживания человеческого вида. Оно представляет огромные преимущества для организма матери и ребёнка не только в краткосрочной, но, что не менее значимо, в долгосрочной перспективе. Многочисленные клинические и эпидемиологические исследования последних десятилетий значительно расширили известные преимущества грудного вскармливания, демонстрируя его протективное влияние на риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, обменных и эндокринных нарушений в возрастном периоде гораздо более отдалённом от рождения и лактации. Одним из таких преимуществ для организма матери является снижение частоты рака молочной железы при длительном грудном вскармливании. Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространённым среди всех онкологических заболеваний у женщин. Ежегодно в мире регистрируется до 720 000 случаев первичного выявления РМЖ и

6-23 случаев смерти на 100 000. По мнению экспертов ВОЗ при грудном вскармливании риск рака груди уменьшается на 4,3% на каждые 12 месяцев лактации, тем самым предотвращаются более 20 000 случаев смерти женщин от РМЖ. Эффективность достигает 19% даже в случаях генетической предрасположенности к злокачественному заболеванию груди у женщин-носительниц мутации генов *brca1*. Степень защиты может варьировать в зависимости от подтипа рака, его рецепторной активности, генетической предрасположенности, но в целом, потенциальные риски снижаются во всех случаях. Биологические защитные механизмы грудного вскармливания реализуются за счёт гормональных изменений, к которым относятся снижение эстроген-прогестеронового и увеличение пролактинового воздействия на лактирующую молочную железу, генетически предусмотренная дифференцировка и функционирование молочной железы, подавление овуляторных циклов в яичнике. Выявлена чёткая взаимосвязь между длительностью грудного вскармливания и риском развития РМЖ.

Для оценки характера грудного вскармливания нами был проанализирован репродуктивный анамнез 36 женщин с злокачественным заболеванием молочных желёз, получающих лечение в маммологическом отделении онкологического диспансера. Детально оценены менструальная, детородная функции, особенности акушерско-гинекологического анамнеза, состояние грудного вскармливания. Все пациентки находились в возрастной группе от 43 до 79 лет, в том числе в возрасте 40-49 лет – 22,2% женщин, в группе 50-59 лет была каждая третья (33,4%), подавляющее большинство находились в возрасте 60-69 лет (41,7%). Репродуктивными факторами, влияющими на риск развития РМЖ, являются возраст менархе и рождения первенца, паритет беременностей и родов, методы контрацепции. При анализе становления менструальной функции нами было установлено, что 30,5% женщин имели поздний возраст менархе. Неблагоприятным фактором следует считать отсутствие беременностей, родов и, соответственно, грудного вскармливания у 8,3% обследованных. В этой группе женщин рак молочной железы манифестировал рано, в репродуктивном возрасте 45-47 лет. Оценка акушерского анамнеза рожавших пациенток показала роды только одного ребёнка у 27,3%, двое детей было у 48,5%, только 24,3% имели трёх и более детей. Сокращение числа деторождений у данного поколения было значительно выражено по сравнению с поколением бабушек по материнской линии, имевших преимущественно 7 и более детей, и поколением матерей, с рождением 4 и более детей. При низком уровне деторождений в анамнезе всех женщин регистрировался высокий паритет аборт. Каждая третья имела более 5 абортов (7-12). Причиной такой частоты хирургического прерывания нежелательной беременности служило отсутствие эффективных и доступных методов контрацепции. Наиболее предпочтительным способом являлось использование внутриматочной спирали, наиболее распространёнными - барьерный (презерватив) и прерванный половой акт. У подавляющего большинства пациенток аборт

регистрировался в первый год после родов, что негативно влияло на продолжительность грудного вскармливания.

Необходимо отметить, что реализации детородной функции данного контингента женщин происходила в 70-90 годы прошлого столетия, характеризующиеся низким уровнем грудного вскармливания в стране в целом, неблагоприятной практикой деятельности акушерских стационаров по его становлению и поддержке. Несмотря на сильные национальные традиции естественного вскармливания младенцев в нашем регионе, Республике Башкортостан, обращает на себя внимание короткий промежуток лактации в анамнезе женщин с РМЖ. Длительное грудное вскармливание более 12-18 месяцев зарегистрировано только у 12,1%, в остальных случаях оно отсутствовало или имело короткую продолжительность. В 32% прекращению лактации послужила недостаточность молока, в 32% - семейные обстоятельства, 25,8% - состояние ребёнка и в 9,7% - воспалительные заболевания молочных желёз. Причины прекращения грудного кормления были обусловлены как социальными аспектами (необходимость выхода на работу, учёба), так и медицинскими, которые с позиций сегодняшнего дня можно объяснить отсутствием квалифицированной консультативно-практической помощи, самой системой организации службы родовспоможения и детства. К ним следует отнести наиболее распространённые причины недостаточности молока и активное применение искусственных смесей, мастит. Нами установлено, что медицинские проблемы, приводящие к прекращению грудного вскармливания, возникали очень рано, в первый-третий месяц жизни ребёнка, женщины не получив полноценную консультативную помощь, быстро переходили на искусственное вскармливание. В целом, при оценке удельного веса периода беременности и грудного вскармливания в общей продолжительности репродуктивного цикла каждой женщины, выявлена негативная тенденция его сокращения до 12-15%. Только у 2 пациенток он превысил 20%.

Таким образом, следует отметить, что сокращению продолжительности грудного вскармливания в репродуктивном анамнезе женщин с раком молочной железы способствовала существовавшая в то время практика деятельности акушерских стационаров и детских поликлиник. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что очень низкая, физиологически недостаточная продолжительность активного репродуктивного возраста женщин с РМЖ была реализована в генетически кодированной детородной функции и длительном грудном вскармливании. Сложно предполагать, что ситуация с раком молочной железы может кардинально измениться в ближайшее время. При этом, по мнению международных экспертов, свыше 50% всех случаев рака молочной железы могут быть потенциально предотвращены с помощью стратегии уменьшения модифицируемых факторов риска. С данных позиций грудное вскармливание в настоящее время необходимо рассматривать как наиболее эффективный метод первичной профилактики рака молочной железы в долгосрочной перспективе.

ДИНАМИКА ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПТИМИЗАЦИЕЙ  
ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ  
Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В., Богданьянц М.В.

ФГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет  
Минздрава России

*Цель:* Оценить изменения по вскармливанию детей первого года жизни в областном центре в течение пяти лет (по данным анкетирования матерей).

*Материалы и методы:* Проведено унифицированное анкетирование 414 матерей, имеющих детей двухлетнего возраста. В 2010 году опрошено 256 женщин, в 2012 году – 69, в 2014 году – 89. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Excel-XP».

*Результаты:* По данным анкетирования за 5 лет более, чем в 3 раза возросло количество отягощенных родов. Это можно расценивать, как неблагоприятный фактор в связи с отсрочкой прикладывания к груди. Несущественно изменились значения средней массы тела и роста детей при рождении, как и количество маловесных и крупноплодных детей. В лучшую сторону, изменилось соотношение детей, приложенных к груди в первые минуты после рождения к детям, по вскармливанию в роддоме по требованию, по совместному пребыванию в роддоме с матерью, по ночному вскармливанию, по оказанию помощи сотрудниками роддома при прикладывании ребенка к груди. Резко сократилось число матерей, переставших кормить грудью до 1 месяца жизни ребенка (с 11,4% в 2010 до 2,2% в 2014). Улучшились показатели, характеризующие сроки отлучения детей от груди. Если в 2010 году максимальное число детей, отлученных от груди, приходилось на интервал до 6-и месяцев, то в 2012 и в 2014 гг. большая часть отлучений от груди приходилась на возраст от 6-и до 12-и месяцев. Увеличилась средняя продолжительность вскармливания детей грудным молоком до 8,5 месяцев при сохранении исключительно грудного вскармливания в среднем до 4-х месяцев в 2012 году и до 8-и мес. при сохранении исключительно грудного вскармливания в среднем до 4,7 месяцев в 2014 году. Произошла переоценка матерями причин перевода детей на смешанное вскармливание. И, хотя, по-прежнему (более 40% в 2012 и 62,7% в 2014 году) опрошенных считают основной причиной докорма гипогалактию, меньшее число респондентов объясняют потребность во введении молочных смесей отказом ребенка от груди. В динамике за 2010-2014 гг. отмечается положительная тенденция по срокам введения фруктовых соков (4,37 мес.). Введение пюре максимальное количество матерей сместили с 4-х месячного на 5-и месячный возраст. В 2014 году средний срок введения каш, как продуктов прикорма, составил 6,2 месяца. Основным источником знаний по питанию детей грудного возраста

являются медицинские работники. Отмечается сокращение интереса к этой проблеме со стороны СМИ.

*Выводы:* Отмеченное улучшение большинства параметров по естественному вскармливанию можно связать с внедрением в практику с 2009 года Национальной программы по вскармливанию детей первого года жизни в Российской Федерации.

### ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ ЛЕТ ЖИЗНИ С ПОЗИЦИЙ НУТРИЕНТНОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ

Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В., Богданьянц М.В., Акмаева Л.М.

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет  
Минздрава России

*Цель:* Оценка состояние здоровья детей первых двух лет жизни в зависимости от вида вскармливания в грудном возрасте.

*Материалы и методы:* В течение 5 лет по унифицированной анкете с интервалом в 2 года во всех детских поликлиниках г. Астрахани проведен рандомизированный опрос 414 матерей детей раннего возраста. В 2010 году опрошено 256 женщин, в 2012 году – 69, в 2014 году - 89. Дети респондентов на момент анкетирования достигли возраста 24 месяцев жизни. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Excel-XP».

*Результаты:* Грудное вскармливание (ГВ) более 6-и мес. и исключительно ГВ более 4-х мес. играет протекторную роль в развитии пищевой аллергии, анемии, срыгиваний, запоров, острых респираторных инфекций. Установлено статистически значимое отсутствие влияния продолжительности грудного и исключительно грудного вскармливания на физическое и психомоторное развитие детей первых двух лет жизни.

*Выводы:* Оптимизация продолжительности грудного вскармливания приводит к уменьшению распространенности алиментарно-зависимых и респираторных заболеваний в первые два года жизни. Для оценки возможной связи между вскармливанием на первом году и дальнейшим развитием ребенка необходимо более продолжительное наблюдение.

## ОСТЕОПАТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Долгова Е.А., Егорова И.А., Бучнов А.Д.

Институт остеопатической медицины им. В.Л. Андрианова, Санкт-Петербург  
ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет  
им. Ярослава Мудрого (кафедра восстановительной медицины и остеопатии)  
Министерства образования и науки Российской Федерации

*Цель исследования:* Оценка эффективности остеопатической коррекции состояния детей первого года жизни при нарушениях грудного вскармливания.

*Задачи исследования:* Оценить уровень психомоторного развития детей, остеопатический статус, частоту и особенности нарушений грудного вскармливания; исследовать эффективность остеопатической коррекции нарушений грудного вскармливания.

*Материалы и методы:* На базе медицинского центра г. Москвы обследовано 32 ребенка с нарушениями грудного вскармливания, возраст от 1 недели до 3,5 мес. Критерии исключения: искусственное вскармливание, органические повреждения головного мозга, врожденная патология нервной системы, аномалии развития челюстно-лицевой области. Оценка нарушений сосания проведена по анкете жалоб и состояния детей в баллах (опрос родителей). Остеопатический статус оценивался по общепринятым методикам. До и через 3-4 недели после коррекции оценивалась функция грудного сосания, остеопатический и неврологический статус.

*Результаты:* По шкале Журбы-Мастюковой вариант возрастной нормы встречался в 24% случаев, задержка психомоторного развития - в 24% случаев, группа риска - 52% детей. Выявлены: нарушение позы, запрокидывание головы при кормлении (84% случаев); предпочтительное сосание одной груди и быстрое отрывание от неё (67% случаев); асимметрия лица ребёнка, выгибание при кормлении и плохое присасывание к груди (58% случаев), асимметрия рта и нижней челюсти, длительное кормление (35% случаев).

После коррекции отмечалось уменьшение количества жалоб на плохое присасывание и сосание одной груди (в 4,5 раза,  $p < 0,05$ ) – быстрое отрывание от груди (в 10 раз,  $p < 0,05$ ); запрокидывание головы, болезненность груди, нарушения позы при кормлении (в 3 раза,  $p < 0,05$ ). Выявлено улучшение значений показателей кранио-сакрального механизма, уменьшение признаков соматических дисфункций кранио-сакральной системы и позвоночника (в 3 раза,  $p < 0,05$ ). По данным корреляционного анализа выявлены достоверные взаимосвязи показателей остеопатического статуса и признаков нарушения грудного сосания у детей ( $r = 0,5-0,7$ ,  $p < 0,05$ ).



*Заключение:*

При планировании мероприятий по улучшению состояния здоровья детей 1 года жизни предлагается учитывать вероятные факторы риска протекания беременности и родов и взаимосвязанные с ними признаки нарушения грудного сосания, а также осуществлять раннюю остеопатическую диагностику и коррекцию состояния ребёнка с обязательным учётом показателей кранио-сакральной системы, как важных составляющих в лечении.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ МАТЕРЕЙ,  
ИМЕЮЩИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ О ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ  
Жушьева Е.И.

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Современные научные исследования подтверждают, что грудное вскармливание новорожденных и детей первых лет жизни физиологично, функционально и наиболее оптимально. Однако в первые дни/недели после рождения ребенка с проблемами налаживания грудного вскармливания встречаются до 80% матерей, что побуждает их искать информацию о кормлении грудью.

С целью выявления ведущих источников информации по получению сведений о грудном вскармливании нами было проведено анонимное анкетирование 143 женщин, имеющих новорожденных детей в городском перинатальном центре г. Иркутска. Средний возраст женщин составил 27,4 года. Все респонденты были городскими жителями. Уровень образования распределился следующим образом: 72% имели высшее образование и по 14 % среднее специальное и среднее. Матери первенцев составили 56% от общего числа опрошенных, матерей новорожденных мальчиков было 60% и 40% девочек.

Результаты анкетирования показали, что ведущим источником информации для респондентов является врач-педиатр (63%). Данный факт можно объяснить отражением отношения в российском обществе к вопросам продвижения и поддержки грудного вскармливания, которые рассматриваются с точки зрения медицины, хотя передача материнского опыта по кормлению ребенка грудью не требует специальных медицинских знаний.

В сети Интернет ответы на вопросы по кормлению грудью ищут 47% матерей. Благодаря развитию Интернет доступность информации о грудном вскармливании стала шире, однако, просматривая видео, фотоматериалы, общаясь в социальных сетях, матери получают возможность ознакомиться не только с достоверной информацией по вопросам кормления грудью, но с откровенно вредными рекомендациями. Некоторые ситуации невозможно решить с помощью Интернет,

и необходима очная консультация специалиста. Так, помощью консультанта по грудному вскармливанию пользуются 42% женщин.

В нашей стране с 2004 г. существует Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию (АКЕВ), участницы которой оказывают информационную поддержку кормящим матерям по телефону, при личных встречах, проводят лекции в роддомах, поликлиниках или иных медицинских учреждениях, занимаются поддержкой и пропагандой грудного вскармливания в СМИ, на форумах, сайтах, среди беременных и кормящих женщин в своем городе, участвуют в проведении Международной недели грудного вскармливания (1-7августа). В настоящее время в АКЕВ более 300 участниц из 56 городов и областей России.

Учитывая возможность доступа к ресурсам Интернет, тем не менее, 88% матерей не знают о возможности получить информационную и личную помощь по вопросам грудного вскармливания в своем городе. К мнению подруг и специалистов на курсах для беременных по подготовке к материнству и грудному вскармливанию прислушиваются 28% и 26% опрошенных женщин соответственно. Среди наименее значимых источников по вопросам грудного вскармливания оказались средства массовой информации (19%). При анализе ответов матерей первенцев было установлено, что они достоверно чаще ориентируются на такие источники информации по вопросам кормления грудью как курсы для беременных и мнение подруг.

Таким образом, информирование и оказание адекватной помощи матерям по вопросам грудного вскармливания требует специальных подходов для практической реализации. Нам представляется, что роль специалистов по грудному вскармливанию в формировании знаний и помощи кормящим матерям может быть более значимой.

## ТРАДИЦИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В МНОГОНАЦИОНАЛЬНОЙ РОССИИ

Захарова И.Н., Мачнева Е.Б.

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России

«Грудное вскармливание является золотым стандартом оптимального питания, отработанным тысячелетней эволюцией» - этими словами профессор И.М. Воронцов, как нельзя лучше, выразил мысль о том, что вскармливание грудью не имеет равных среди всех прочих способов питания младенца. Значение грудного вскармливания не ограничивается лишь удовлетворением биологической потребности младенца в необходимых для его роста и развития питательных веществах.

Традиции русского народа формировались под влиянием христианства, многонациональности состава, пережитков языческого прошлого и многих других факторов. Все эти аспекты влияли и на традиции грудного вскармливания в нашей стране.

Крестьянки в русской деревне самостоятельно кормили детей грудью. Материнское молоко воспринималось как основа жизни здоровья ребенка. В Смоленской губернии даже существовала загадка: «Кругленька, маленька, вес мир питает, на столе не бывает (*зрудь*)». Согласно народным представлениям, молоко и кровь – это две субстанции, на основе которых идет формирование плода в утробе матери. Отсюда и представления о красоте и здоровье – «кровь с молоком». В некоторых губерниях среди простых людей отказ матери от кормления ребенка грудью считалось большим грехом, и он случался только в крайних случаях, например, при болезни матери. В таких случаях ребенка докармливали коровьим молоком из рожка. Если мать погибала во время родов (что случалось достаточно часто), ребенка по очереди носили к кормящим женщинам деревни. При живой матери к помощи кормилицы прибегали крайне редко, так как в разных губерниях считали это неприемлемым по разным причинам: где-то считали, что кормление чужого ребенка могло привести к смерти своего собственного, в других губерниях кормилицу не допускали из-за опасения болезни ребенка после кормления «порченным» молоком, а в других верили, что ребенок, вскормленный чужой женщиной, не будет любить родную мать и станет для нее чужим. Крестьяне верили в особую крепкую связь между ребенком и кормящей матерью. Эта связь не прерывалась даже после смерти ребенка или матери. Бытовало поверье, что умершая мать может приходить к младенцу ночью и кормит его, а умерший младенец некоторое время может еще сосать грудь матери также во сне.

Для сохранения и восстановления лактации женщины прибегали обычно к средствам народной медицины: ели лепешки, замешанные на молоке другой женщины, использовали специальную траву «молокосос», использовали различные обереги. Продолжительность грудного вскармливания была четко регламентирована Церковью: три больших поста (считались только Великий и Успенский посты). Поэтому продолжительность вскармливания зависела от времени рождения малыша и составляла 1-2 года. Кормить дольше считалось грехом, однако, нередко кормление грудью продолжалось до 3-х лет, так как в народе знали о его контрацептивном эффекте.

Грудному вскармливанию препятствовало то, что крестьянка должна была в летнее время ежедневно работать в поле, а ребенок оставался под присмотром старших детей или стариков. В некоторых местностях встречались такие традиции: новорожденного ребенка укутывали в пеленки, клали в колыбель со специально прорезанным отверстием для стока, вставляли ему в рот коровий рог с отрезанным концом, куда был набит смоченный сладкой водой ржаной хлеб, и

уходили работать на весь день до вечера. Подобные традиции и создавали в дореволюционной России огромную младенческую смертность.

Среди жен русского дворянства и знати, как и в Европе, не принято было кормить своих детей грудью. Потому широко привлекались кормилицы, о которых мы видим упоминания во многих произведениях русских писателей. Причем, такое явление социальной жизни России, как «кормиличный промысел» возникло достаточно давно, однако, что обычай нанимать кормилицу к новорожденному младенцу во второй половине XIX в. стал практически повсеместным среди слоев общества, которые могли оплатить ее услуги.

Интересна история царских кормилиц. Поскольку все понимали, что фундамент здоровья детей закладывался вскармливанием, а высокородные матери своих детей, конечно, не кормили, то к подбору кормилиц подходили очень тщательно. Как правило, это были крестьянки из деревень, их выбирали придворные медики. Поскольку детей в царской семье рождалось много, то и кормилиц требовалось много. Кормилиц уважали и к ним прислушивались. Знаменитая картина «Иван Грозный и его мамка» показывает грозного царя в совершенно непривычном для него амплуа, когда его стыдит старая женщина, когда-то выкормившая его.

Цари из династии Романовых благодарно относились к своим кормилицам, или «мамкам». По окончании двухлетней службы при наследнике их щедро награждали, давая новый дом, памятную драгоценную брошь, одежду и деньги. Выбор кормилиц «из народа» имел еще одну очень важную сторону – политическую. То, что российского императора вскармливала простая русская крестьянка и у царя имелись молочные братья и сестры из крестьянской среды, было очень важным в поддержании мнения о неразрывно-мистической связи царя и народа. Имена кормилиц оставались в истории. Для самих кормилиц, кроме статуса, наверное, была очень важна пожизненная пенсия и денежные подарки к тезоименитству, Рождеству и Пасхе. Кормилицей Николая I была красносельская крестьянка Ефросинья Ершова.

Императрица Александра Федоровна Романова отказалась от традиции «мамок» и кормила всех пятерых детей самостоятельно, хотя кормилицы ей все же помогали, поскольку императрица не всегда справлялась. Это потребовало от нее немало усилий и наряду с трудными беременностями практически изолировало ее от светской жизни и зимних балов. Двор был недоволен императрицей, которая «не царица, а только мать».

Выдающиеся российские врачи и ученые давали рациональное и научное обоснование пользы грудного вскармливания. Труды С.Ф. Хотовицкого, Н.М. Максимовича-Амбодика, Н.Ф. Филатова, Н.П. Гундобина, основателя нашей кафедры Г.Н.Сперанского и многих других являются основой современных представлений о грудном вскармливании.

С начала революции 1905 г. наша страна пережила целый ряд потрясений и катастроф – две революции, две страшных войны, вследствие чего потеряла боль-

шую часть населения. Менялось все, в том числе и традиции грудного вскармливания. После образования Советского Союза требования к женщине были высоки – она не только должна была вести домашнее хозяйство, заботиться о детях, но и работать полный рабочий день на пользу СССР. Поэтому организовывались ясли для совсем маленьких детей. Служба здравоохранения разрабатывала правила вскармливания детей и гигиенические правила, неся их в народ. Очень интересным является лозунг 1940 г.: *«Наши дети не должны болеть поносами!»: «Кормите ребенка до шести месяцев только грудным молоком. С шести месяцев назначайте прикорм по указанию врача. Не снимайте ребенка от груди летом. Летом одевайте ребенка в легкую одежду. Тщательно мойте посуду и игрушки ребенка, а также свои руки. Защищайте ребенка и его пищу от мух. Аккуратно посещайте детскую консультацию».*

Цицерон называл историю учительницей жизни, а испанский писатель Мигель Сервантес отмечал, что «история — сокровищница наших деяний, свідетельница прошлого и поучение для настоящего, предостережение для будущего». В этих высказываниях подчеркивается мысль о том, что знание прошлого помогает лучше понять настоящее и даже предвидеть будущее. История вскармливания детей не является исключением. На протяжении тысячелетий женщины кормили своих детей, иногда руководствуясь предрассудками и мистицизмом, иногда – мнением медицинской науки и паранауки, иногда – влиянием социо-культурной среды, иногда – собственным инстинктом. Тем не менее, знание этих исторических фактов может помочь в осмыслении нынешнего положения науки о питании детей, а также предположить перспективы ее дальнейшего развития.

<http://www.russianbreastfeedingweek.org/parents/the-history-of-breastfeeding>

#### ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ГИПОГАЛАКТИЯ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ильенко Л.И.<sup>1</sup>, Семашина Г.А.<sup>1</sup>, Гайнова Л.В.<sup>1</sup>, Качалова О.В.<sup>2</sup>, Житова Е.П.<sup>2</sup>,  
Степанова С.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

<sup>2</sup>Педиатрический стационар Перинатального центра ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ

*Актуальность:* Среди множества проблем, связанных с обеспечением рождения здорового поколения, ведущее место принадлежит проблеме взаимосвязи здоровья детей и вскармливания на первом году жизни

Гипогалактия – неполноценное проявление секреторной функции молочной железы у женщин после родов, так же как и ее преждевременное угасание на сегодняшний день представляет собой одну из актуальных проблем охраны ма-

теринства и детства. Эта патология отрицательно сказывается на здоровье как матери, так и ее ребенка

*Цель:* Провести многофакторный анализ особенностей состояния здоровья у женщин, имеющих нарушение лактации в послеродовом периоде; выявить основные причины развития ранней и поздней гипогалактии в условиях мегаполиса. Увеличить частоту естественного вскармливания детей у матерей с гипогалактией, используя традиционные методы лечения.

*Материал и методы:* Под нашим наблюдением находились 124 родильницы, страдающие гипогалактией и их дети, 70 женщин - контрольной группы, 183 пары – мать и ребенок первого года жизни, находящийся на естественном или искусственном вскармливании.

*Результаты:* На основании сравнительного анализа данных анамнеза женщин, страдающих гипогалактией и женщин контрольной группы нами были выявлены факторы риска по развитию гипогалактии. Было установлено, что гипогалактия является следствием нарушения соматического и репродуктивного здоровья женщины и развивается в зависимости от сочетания и выраженности патологии. Обращает на себя внимание высокий удельный вес пациенток, выходящих по своим физическим данным за границы нормальных показателей (12% женщин имели дефицит веса, а 18% - избыточную массу тела). Значительное количество женщин с гипогалактией (67%) испытывали эмоциональное перенапряжение, а каждая третья имела отягощенный профессиональный анамнез.

Частота заболеваемости хроническим тонзиллитом тесно коррелирует с нарушением репродуктивного здоровья, так среди женщин с гипогалактией этой патологией страдали более половины.

Три четверти пациенток имели соматические заболевания, среди которых достоверно коррелировали с гипогалактией патология сердечно-сосудистой системы, анемия и заболевания почек.

Среди гинекологической патологии доминировали воспалительные заболевания, дисфункция яичников, в частности нарушения становления менструального цикла (в два раза чаще по сравнению с контрольной группой).

Беременность у пациенток с гипогалактией также протекала с осложнениями, что, в определенной мере, может объясняться описанными выше отклонениями в состоянии их здоровья.

Изучение течения настоящей беременности показало, что достоверно высокой была частота такой патологии как угроза прерывания (22,6% против 15,7% в контрольной группе), в полтора раза чаще у женщин с гипогалактией отмечались поздние гестозы и гипохромная анемия.

- Неблагоприятное течение беременности закономерно приводило к различным аномалиям родовой деятельности. У женщин с гипогалактией отмечалась тенденция к пролонгированию беременности: средняя продолжительность составила  $39,9 \pm$  Мотивационно-смысловой уровень

- Личностный уровень
- Когнитивный уровень
- Эмоциональный уровень
- Физиологический уровень

В данной публикации мы кратко опишем эти уровни и обозначим возможные способы коррекции.

#### *Мотивационно-смысловой уровень*

Нарушения происходят на уровне смыслов. Женщина не заинтересована в грудном вскармливании. В таких случаях ребенок может иметь низкую ценность, в приоритете могут быть ценности карьеры, сохранения фигуры и т.д. На мотивацию женщины могут негативно влиять социальные факторы, например, ближайшее окружение транслирует идеи об отказе от кормления грудью. Снижать мотивацию будут и неудачи в организации грудного вскармливания в прошлом. Коррекция нарушений на уровне смыслов крайне затруднительна и для врача и для психолога. Убеждения человек меняет очень неохотно и медленно. Иногда, под влиянием событий, способных трансформировать всю систему ценностей и смыслов женщины, изменения все же могут происходить (например, в случае риска утраты ребенка). В связи с этим, для матерей недоношенных детей целесообразно подробно и авторитетно объяснять, почему ребенку жизненно необходимо грудное молоко, и повторять объяснения не один раз. Наибольший эффект будет иметь профилактическая работа, например, статьи и лекции о ценности грудного вскармливания, которые затронут чувства женщины еще во время беременности. Если мотивация женщины неочевидна, необходимо ее прояснить. В первую очередь, уточнить, как она сама и ее семья относятся к кормлению грудью, кормят ли подруги. Если мотивационно-смысловой уровень не сформирован, малоэффективно прилагать усилия в направлении решения других проблем с грудным вскармливанием.

#### *Личностный уровень*

Женщина, может иметь ряд личностных особенностей, которые создают трудности в процессе налаживания грудного вскармливания. Среди них, например, невротизация, инфантильность, слабая волевая сфера, высокий уровень тревожности и др. Стрессовая ситуация такая, как рождение больного или недоношенного ребенка может значительно обострить дисфункциональные проявления личностных особенностей женщины. Врачу важно уметь распознавать сложности такого уровня и запрашивать психологическую помощь для пациентки. Возможности психологической помощи в этом случае также ограничены. Коррекция личностных особенностей предполагает длительную психотерапевтическую работу. В условиях стационара психолог может лишь несколько ослабить их негативное влияние на процесс налаживания грудного вскармливания.

#### *Когнитивный уровень*

К этому уровню относится недостаточная информированность, заблуждения и неверные установки в вопросах вскармливания. Примеров может быть множе-

ство. Например, при недостатке молока мать откладывает кормление, чтобы молоко накопилось. Для преждевременно родивших женщин очень важны подробные разъяснения о том, что их молоко востребовано, о том, как им нужно поступать, чтобы обеспечить становление лактации др. Если женщина имеет высокую мотивацию, достаточно высокий уровень личностной зрелости и когнитивного развития, то разъяснительная работа не представляет сложности. Специалисту важно уметь верно определить наличие пробелов или искажений в информировании. Индивидуальная работа по информированию матерей требует много времени. Эффективны также групповые занятия.

#### *Эмоциональный уровень*

Преждевременные роды, рождение ребенка с нарушениями в состоянии здоровья, лечение малыша в отделении реанимации – это серьезные испытания для психики матери. Нередко женщина, с которой нам необходимо работать, пребывает в состоянии шока, либо переживает весь спектр эмоциональных реакций, сопровождающих психотравмирующую ситуацию (вина, агрессия, отчаяние, депрессия). Эмоциональные нарушения могут быть обусловлены также гормональными факторами или семейными и др. обстоятельствами. Негативные эмоциональные состояния матери могут создать множество затруднений в грудном вскармливании, сделать невозможным увеличение лактации или выделение молока из груди и др. Психологическая помощь в таком случае предполагает фокусировку на эмоциональных реакциях, поиск индивидуальных копинг-стратегий. Для преждевременно родивших женщин большой эффект дает работа в направлении восстановления психоэмоционального контакта с ребенком, интеграция в уход за ним.

#### *Физиологический уровень*

На данном уровне встают вопросы техники кормления, затруднений у ребенка в процессе сосания, выделения молока у матери, количества молока и др. При наличии опыта психолог может помочь матери научиться более тонко распознавать сигналы ребенка, лучше понимать его поведение в процессе кормления. Женщина может научиться прислушиваться к своему телу, замечать новые для себя реакции и влиять на них.

Предложенная систематизация проблем в налаживании грудного вскармливания расширяет общее смысловое поле в деятельности медицинских работников и психологов. Мы предполагаем проведение дальнейших исследований с целью обоснования и уточнения изложенных выше обобщений. Эти исследования могут служить основой для поиска наиболее эффективных методов диагностики и психологической помощи матерям в сфере кормления грудью. Четкое понимание специалистами объективных ограничений в возможностях коррекции тех или иных проблем с грудным вскармливанием играет большую роль в профилактике синдрома профессионального выгорания помогающих специалистов.



## МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Ипполитова Л.И., Коротаева Н.В., Лобанова О.А., Початков В.А.

БУЗ ВО Воронежская областная клиническая больница № 1,  
перинатальный центр

Процесс подготовки к формированию постнатальной привязанности к ребенку начинается еще во время беременности, особенно интенсивно протекая в последнем триместре. При преждевременном рождении ребенка еще не сформированы оптимальные условия для проявления постнатальной привязанности. Критическое состояние здоровья малыша оказывает дополнительное негативное влияние на процесс становления взаимодействия между родителями и ребенком и, особенно, на детскую привязанность.

Преждевременные роды, как правило, приводят к необходимости оказания интенсивной медицинской помощи как матери, так и ребенку. Встреча матери и ребенка непосредственно после родов невозможна, и первый контакт проходит спустя несколько часов, суток в условиях отделения интенсивной терапии или реанимации. Формирование системы материнской заботы зависит во многом от медицинского персонала и работающей системы выхаживания недоношенных детей в данном лечебном учреждении. Важную роль, а может быть, и определяющую играет правильный подход к энтеральному вскармливанию маловесных новорожденных. Естественное вскармливание – оптимальный способ кормления недоношенного ребенка, который нуждается в материнском молоке еще в большей степени, чем зрелый, доношенный ребенок.

С момента открытия Воронежского перинатального центра (ПЦ) выживаемость детей, массой менее 1 000 грамм выросла с 61% до 89% (к году). И одним из направлений в полном комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий является условие вскармливания ребенка материнским молоком. В утвержденном протоколе энтерального вскармливания маловесных детей в ПЦ отмечено участие многих специалистов: акушеров-гинекологов, неонатологов, реаниматологов, акушерок, медицинских сестер, лаборантов и, конечно же, психолога. Разработана система на всех уровнях пребывания родильницы и роженицы в ПЦ по подготовке и поддержке к грудному вскармливанию. У каждого члена команды свои обязанности и функции, направленные на то, чтобы ребенок любого гестационного возраста и любой тяжести состояния получал с первых минут и в дальнейшем грудное молоко.

Огромную помощь в активации материнской заботы и сохранении лактации у каждой конкретной мамы оказывает психолог, который работает в отделениях ЦП в тесном контакте с медицинским персоналом. Главная цель – обязательная преемственность между отделениями стационара и единые подходы, закрепленные протоколом, утвержденным в учреждении.

В отделениях патологии беременности проводится «Психологическое сопровождение по М.Е. Ланцбург». Широко используется «Опросник материнского онтогенеза», который позволяет выявить формирование чувства материнства у конкретной мамы с детства, определить каков опыт общения с мамой, какие сформированы навыки и ценности, какова роль и место семьи в данной ситуации. Отношение родителей к появлению в их жизни недоношенного ребенка оценивалось с помощью психологического теста «Родительское отношение» (Варга А.Я., Столин В.В.), который позволяет выявить эмоциональное отношение к ребенку, форму контроля за поведением ребенка, особенности восприятия и понимания ребенка родителями. Тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется как: отвержение, социальная желательность, симбиоз, гиперсоциализация и инфантилизация. Все тесты направлены на раннее выявление тревожности и неуверенности мамы, своевременную коррекцию и поддержку в вопросах вскармливания и ухода за своим малышом.

Очень важно донести до родителей необходимость или даже их личную «выгоду» от вскармливания недоношенного ребёнка грудным молоком. С 2012 года работает постоянно действующая Школа будущих мам. С 2013 года график работы размещен на сайте ПЦ, 2 раза в неделю занятия посещают беременные (не только из отделения патологии), будущие папы и бабушки.

Заклучения психолога помогают медицинскому персоналу и после рождения ребенка: индивидуализированный подход к каждой маме позволил добиться того, что 91% недоношенных детей в условиях отделения реанимации и второго этапа выхаживания получают энтерально грудное молоко. Сегодня отсутствие грудного вскармливания у ребенка трактуется сотрудниками ПЦ как «иммунодефицит».

Социально-медицинская и психологическая поддержка семей недоношенных детей очень важна. А кормление грудным молоком важно не только для выживания и улучшения качества жизни малышей, но и для формирования у матери чувства привязанности, заботы, уверенности и психоэмоциональной устойчивости.

#### ОБУЧЕНИЕ КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ РАЦИОНАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ – СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМОГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Калгина С.Е.<sup>1</sup>, Мозжухина Л.И.<sup>1</sup>, Строева Л.Е.<sup>1</sup>, Горячева Н.Ю.<sup>2</sup>, Тейф В.А.<sup>2</sup>,  
Кондакова Н.Н.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет  
Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница, Ярославль

<sup>3</sup>ГБУЗ ЯО Областной перинатальный центр, Ярославль

*Актуальность:* Наиболее частое нарушение гемостаза у новорожденных детей – геморрагический синдром, связанный с дефицитом витамина К (К-ЗГС) и сни-

жением активности факторов свертывания крови, от него зависимых, что может сопровождаться тяжелыми и летальными осложнениями.

*Цель исследования:* Выявить роль нарушения абсорбции липидов в кишечнике в патогенезе поздней формы витамин-К-зависимого геморрагического синдрома.

*Материалы и методы:* Обследованы 44 ребёнка, проходивших лечение в ОДКБ в 2014-2016 гг. Всем выполнена липидограмма кала методом тонкослойной хроматографии.

*Результаты и их обсуждение:* Возраст пациентов 15,1±12 дней, что соответствует срокам развития классической и/или поздней формы К-ЗГС. Отягощенности анамнеза не выявлено, срок гестации 39,5±1,5 недель, оценка по Апгар 8/9-9/9 баллов, морфофункциональная зрелость по шкале Боллард у 97,8% детей соответствовала сроку гестации. Средняя масса тела при рождении - 3411±1015 г, из них 9% имели дефицит массы I степени, 9% - крупные к сроку гестации. У 61% детей проведена профилактика К-ЗГС в родильном зале однократным внутримышечным введением викасола в дозе 1 мг/кг. Но, поступая в ОДКБ все они имели один или несколько локусов кровоточивости: пупочные сосуды – 80%, желудочное кровотечение - 6%, кишечное кровотечение - 10%, внутричерепное кровоизлияние - 4%. Общий и биохимический анализы крови были в пределах нормы в то время, как по коагулограмме выявлены нарушения, характерные для К-ЗГС со снижением активности витамин-К-зависимых факторов свертываемости без изменения других факторов. Отмечались невысокие прибавки массы тела после рождения (в среднем 146 г к 12 суткам жизни), 75% детей получали естественное вскармливание. У всех пациентов выявлена клиника вторичной экссудативной энтеропатии: учащение и увеличение объема стула, снижение прибавок массы тела; у 50% была водянистая диарея, в отдельных случаях – прожилки крови в стуле (мелена). При анализе пищевого дневника матерей обнаружено избыточное потребление белка коровьего молока в виде цельного молока, кефира или творога, а также продуктов, имевших в своём составе красители, усилители вкуса и аромата (курицы, рыбы, консервов, печенья, соков промышленного производства, бананов, маргарина).

Проведено качественное и количественное исследование спектра липидных фракций в образце кала методом тонкослойной хроматографии липидов. При анализе липидограмм выявлены потери общих липидов и липидных фракций, особенно копростерола, высших жирных кислот, холестерина и фосфолипидов. Интенсивность потери всех выше перечисленных веществ коррелировала с клинической выраженностью кровоточивости и патологическими изменениями в коагулограмме.

У всех детей проведена нормализация питания матери. В 78,5% случаев введён викасол, в 14% проведена трансфузия свежезамороженной плазмы. В первый же день после коррекции активность витамин-К-зависимых факторов восстановилась до 50% нормы, по остальным показателям коагулограммы отмечалось

улучшение. Проявления энтеропатии уменьшились к 4-5 суткам терапии, постепенно снизилась кровоточивость.

*Заключение:* Употребление кормящей матерью в пищу химически загрязненных продуктов и избытка белка коровьего молока приводит к развитию вторичной экссудативной энтеропатии у ребенка. В результате этого нарушается всасывание жиров в тонком кишечнике, что приводит к дефициту жирорастворимого витамина К, нарушению синтеза факторов протромбинового комплекса и геморрагическим нарушениям у детей. Общее количество липидов в кале напрямую коррелирует со степенью выраженности геморрагического синдрома.

При консультировании матерей по грудному вскармливанию следует больше внимания уделять их рациональному питанию. Это предупредит возникновение витамин-К-зависимого геморрагического синдрома у детей, получающих грудное молоко.

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ПРЕОДОЛЕНИИ ТРУДНОСТЕЙ РАЗНОГО УРОВНЯ ПРИ НАЛАЖИВАНИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ У МАТЕРЕЙ, РОДИВШИХ РАНЬШЕ СРОКА

Калинина О.Н.

ГБУЗ ЯО Областной перинатальный центр, Ярославль

Для женщин, родивших раньше срока, грудное вскармливание может быть сопряжено с целым рядом трудностей. Помощь в преодолении этих трудностей в Ярославском областном перинатальном центре осуществляется благодаря работе междисциплинарной команды. В ней участвуют врачи-реаниматологи отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных, врачи-неонатологи отделения патологии новорожденных, врачи-педиатры амбулаторного отделения для детей раннего возраста, медсестры, врач-логопед и психолог. Все специалисты плотно взаимодействуют между собой, оказывая женщинам помощь посредством проведения регулярных индивидуальных консультаций и групповых занятий. Затруднения в налаживании грудного вскармливания имеют самые разные причины, нередко именно психологические. Опираясь на трехлетний опыт сопровождения матерей, родивших глубоко недоношенных детей в условиях Ярославского областного перинатального центра, мы предприняли попытку систематизации различных трудностей в налаживании грудного вскармливания. За основу мы взяли широко принятый в отечественной психологии подход Б.Г. Ананьева, описывающий системную модель личности. На основе этой модели встречающиеся причины тех или затруднений в грудном вскармливании можно отнести к различным уровням. И если мы предполагаем, что корни затруднений относятся к какому-либо уровню, к этому уровню необходимо обращаться и в

процессе коррекции. Мы предлагаем рассматривать причины затруднений в грудном вскармливании, распределив их по следующим уровням:

- Мотивационно-смысловой уровень
- Личностный уровень
- Когнитивный уровень
- Эмоциональный уровень
- Физиологический уровень

В данной публикации мы кратко опишем эти уровни и обозначим возможные способы коррекции.

#### *Мотивационно-смысловой уровень*

Нарушения происходят на уровне смыслов. Женщина не заинтересована в грудном вскармливании. В таких случаях ребенок может иметь низкую ценность, в приоритете могут быть ценности карьеры, сохранения фигуры и т.д. На мотивацию женщины могут негативно влиять социальные факторы, например, ближайшее окружение транслирует идеи об отказе от кормления грудью. Снижать мотивацию будут и неудачи в организации грудного вскармливания в прошлом. Коррекция нарушений на уровне смыслов крайне затруднительна и для врача и для психолога. Убеждения человек меняет очень неохотно и медленно. Иногда, под влиянием событий, способных трансформировать всю систему ценностей и смыслов женщины, изменения все же могут происходить (например, в случае риска утраты ребенка). В связи с этим, для матерей недоношенных детей целесообразно подробно и авторитетно объяснять, почему ребенку жизненно необходимо грудное молоко, и повторять объяснения не один раз. Наибольший эффект будет иметь профилактическая работа, например, статьи и лекции о ценности грудного вскармливания, которые затронут чувства женщины еще во время беременности. Если мотивация женщины неочевидна, необходимо ее прояснить. В первую очередь, уточнить, как она сама и ее семья относятся к кормлению грудью, кормят ли подруги. Если мотивационно-смысловой уровень не сформирован, малоэффективно прилагать усилия в направлении решения других проблем с грудным вскармливанием.

#### *Личностный уровень*

Женщина, может иметь ряд личностных особенностей, которые создают трудности в процессе налаживания грудного вскармливания. Среди них, например, невротизация, инфантильность, слабая волевая сфера, высокий уровень тревожности и др. Стрессовая ситуация такая, как рождение больного или недоношенного ребенка может значительно обострить дисфункциональные проявления личностных особенностей женщины. Врачу важно уметь распознавать сложности такого уровня и запрашивать психологическую помощь для пациентки. Возможности психологической помощи в этом случае также ограничены. Коррекция личностных особенностей предполагает длительную психотерапевтическую работу. В условиях стационара психолог может лишь несколько ослабить их негативное влияние на процесс налаживания грудного вскармливания.

### *Когнитивный уровень*

К этому уровню относится недостаточная информированность, заблуждения и неверные установки в вопросах вскармливания. Примеров может быть множество. Например, при недостатке молока мать откладывает кормление, чтобы молоко накопилось. Для преждевременно родивших женщин очень важны подробные разъяснения о том, что их молоко востребовано, о том, как им нужно поступать, чтобы обеспечить становление лактации др. Если женщина имеет высокую мотивацию, достаточно высокий уровень личностной зрелости и когнитивного развития, то разъяснительная работа не представляет сложности. Специалисту важно уметь верно определить наличие пробелов или искажений в информировании. Индивидуальная работа по информированию матерей требует много времени. Эффективны также групповые занятия.

### *Эмоциональный уровень*

Преждевременные роды, рождение ребенка с нарушениями в состоянии здоровья, лечение малыша в отделении реанимации – это серьезные испытания для психики матери. Нередко женщина, с которой нам необходимо работать, пребывает в состоянии шока, либо переживает весь спектр эмоциональных реакций, сопровождающих психотравмирующую ситуацию (вина, агрессия, отчаяние, депрессия). Эмоциональные нарушения могут быть обусловлены также гормональными факторами или семейными и др. обстоятельствами. Негативные эмоциональные состояния матери могут создать множество затруднений в грудном вскармливании, сделать невозможным увеличение лактации или выделение молока из груди и др. Психологическая помощь в таком случае предполагает фокусировку на эмоциональных реакциях, поиск индивидуальных копинг-стратегий. Для преждевременно родивших женщин большой эффект дает работа в направлении восстановления психоэмоционального контакта с ребенком, интеграция в уход за ним.

### *Физиологический уровень*

На данном уровне встают вопросы техники кормления, затруднений у ребенка в процессе сосания, выделения молока у матери, количества молока и др. При наличии опыта психолог может помочь матери научиться более тонко распознавать сигналы ребенка, лучше понимать его поведение в процессе кормления. Женщина может научиться прислушиваться к своему телу, замечать новые для себя реакции и влиять на них.

Предложенная систематизация проблем в налаживании грудного вскармливания расширяет общее смысловое поле в деятельности медицинских работников и психологов. Мы предполагаем проведение дальнейших исследований с целью обоснования и уточнения изложенных выше обобщений. Эти исследования могут служить основой для поиска наиболее эффективных методов диагностики и психологической помощи матерям в сфере кормления грудью. Четкое понимание специалистами объективных ограничений в возможностях коррекции тех или иных проблем с грудным вскармливанием играет большую роль в профилактике синдрома профессионального выгорания помогающих специалистов.

СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ  
В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА  
Качалова О.В., Горбачева М.М., Бахтина А.Е., Зеленкин С.А., Житов П.В.

Педиатрический стационар Перинатального центра ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ

*Актуальность:* Преждевременные роды в настоящее время остаются одной из основных причин высокой заболеваемости, инвалидности и смертности новорожденных. Отмечается рост перинатальной заболеваемости и увеличение числа детей, имеющих тяжелые патологические исходы. Правильная организация постнатального ведения недоношенных и новорожденных с отягощенным перинатальным анамнезом позволяет значительно снизить риск тяжелых осложнений и показателей смертности среди недоношенных и новорожденных вскоре после родов и в более позднем периоде их жизни. Мероприятия по поддержке грудного вскармливания увеличивают частоту грудного вскармливания и оптимизируют выхаживание этих детей

*Цель:* Разработка предложений по совершенствованию организации медицинской помощи недоношенным детям на всех этапах выхаживания.

*Материал и методы:* Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации в педиатрическом отделении (с реабилитационными койками) педиатрического стационара Перинатального центра (ПОПЦПС) ГКБ ИМ. Е.О. Мухина с применением информационно-аналитического, математического и статистического методов, а также метода логического обобщения. Временной горизонт: 2012-2014гг.

*Результаты:* Основной контингент детей, нуждающихся в комплексной индивидуальной реабилитации – недоношенные дети в возрасте от 1 до 6 месяцев (41,6%-53,8%). В структуре заболеваемости пролеченных больных преобладали заболевания центральной нервной системы гипоксически-ишемического или гипоксически-геморрагического генеза (77,7%-87,6%). 18% пациентов имели респираторные нарушения, среди которых бронхолегочная дисплазия, врожденная пневмония и аспирационный синдром. В группе недоношенных детей каждый 4-й имеет ретинопатию I-II степени. 61,3% - поступили по направлению амбулаторно-поликлинических учреждений. 20% детей - на 3-й этап выхаживания из отделений патологии новорожденных и недоношенных детей Перинатального центра ГКБ № 70 и других стационаров. Алгоритм наблюдения недоношенных детей включал ежемесячные осмотры педиатра, невролога, окулиста, плановые осмотры ортопеда и отоларинголога, мониторинг лабораторных анализов крови и мочи, нейросонографии, эхокардиографии, электрокардиографии и проведение электроэнцефалографии. Консультации эндокринолога, хирурга, кардиолога – по показаниям. Комплекс реабилитационных мероприятий для детей на этапе ранней реабилитации включал следующее: поддержку грудного вскармливания, индивидуальный подбор питания, ЛФК, массаж, физиотерапию, бальнеотерапию,

плавание, медикаментозные и традиционные методы лечения, обучение матери уходу и занятиям на дому. На этапе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных использовали практику поддержки грудного вскармливания в виде мотивации матери, регулярного сцеживания, метод кенгуру, вскармливание нативным молоком. В результате проводимых мероприятий частота грудного вскармливания на этапе ОРИТН составила 60%, а при выписке 74%. Последующие курсы реабилитации включали индивидуальные и групповые занятия с логопедом, психологом и специалистами лечебной физкультуры.

*Заключение:* При раннем начале реабилитационных методов и индивидуальном подборе курса реабилитации возрастает частота грудного вскармливания и сокращается количество пациентов, нуждающихся в комплексной стационарной реабилитации после 2 лет.

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ СПОСОБА ПЕРЕНОСКИ МЛАДЕНЦЕВ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

Кильдиярова Р.Р.<sup>1</sup>, Сергиенко Е.В.<sup>2</sup>, Гаприндашвили Е.Г.<sup>3</sup>, Углова Д.Ф.<sup>4</sup>,  
Плескань О.Ю.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России

<sup>2</sup>Центр повышения квалификации медицинских работников  
со средним медицинским образованием, Ижевск

<sup>3</sup>Корпорация «Нестле», Екатеринбург

<sup>4</sup>Республиканский клинико-диагностический центр, Ижевск

<sup>5</sup>НП «Лига слингоконсультантов», Пермь

*Цель:* Определить влияние физиологичного метода переноски на лактацию, качество и продолжительность грудного вскармливания.

*Задачи:* Оценить состояние здоровья детей раннего возраста с использовавшимися способами транспортировки и взаимосвязь с видом вскармливания.

*Материал и методы:* Анкетирование родителей центра слингоношения – 1145 участников г. Ижевска и г. Екатеринбурга (группа наблюдения), анализ 60 карт – формы 026/у-2000 организованных детей, родители которых не использовали слинги (контроль).

*Результаты:* При сравнении двух групп детей с использованием слингоношения и без него достоверных различий в состоянии здоровья не было выявлено. Средний возраст исследуемых детей составил 2,4±1,3 лет в основной группе и 2,9±1,4 – контроле. Обращает на себя внимание вид вскармливания и способ переноски детей. При слингоношении грудное вскармливание имело место у 91,5% детей, искусственное – 1,6%, смешанное – 6,9%. В контрольной группе получе-



ны следующие результаты: естественное вскармливание – 75%, искусственное – 10% и смешанное – 15% ( $p < 0,001$ ). Заметим, что 33,5% младенцев при sling-ношении удалось вернуть к грудному вскармливанию, что свидетельствует, что данный вид переноски способствует увеличению лактации кормящей матери. В контрольной группе такие результаты отсутствовали.

При анкетировании женщин, использовавших слинги выявлен комфорт при кормлении – 76,7%, комфорт при прикладывании к груди для ребенка – 85%. Большинство женщин (96,5%) кормят грудью ребенка в слинге вертикально, что, возможно, способствует уменьшению срыгиваний. Дискомфорта и нагрузки на позвоночник во время sling-ношения не испытывали также большинство матерей (95,5%), при этом приливы грудного молока отмечено у 66,8%.

*Выводы:* На основании проведенной работы можно говорить о положительном влиянии слинга на лактацию и практических рекомендаций использования кормящими матерями физиологического вида переноски их детей с целью продления и даже возврата естественного вскармливания.

ОПЫТ ПРОДВИЖЕНИЯ ИНИЦИАТИВЫ  
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»  
НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Киньшина М.М.<sup>1</sup>, Когутницкая М.И.<sup>2</sup>, Мошурова Л.В.<sup>2</sup>, Савельева Ю.Е.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Департамент здравоохранения Воронежской области

<sup>2</sup>Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко  
Минздрава России

<sup>3</sup>Детская поликлиника № 2 г. Воронежа

Воронежская область одна из крупных территорий в ЦФО, с населением 2,3 млн. человек; 382,2 тыс. детей и подростков и 25, тыс. детей 1-го года. В области 50 детских поликлиник и консультаций, 1 Перинатальный центр на 240 мест, 4 родильных дома, 3 межрайонных акушерских центра, 48 женских консультаций. Большинство акушерских стационаров области работают в режиме совместного пребывания матери и ребенка (90%).

Воронежская область – одна из территорий Российской Федерации, где проводится большая работа по продвижению Инициативы ВОЗ и Детского Фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) по охране и поддержке грудного вскармливания.

В 1998 г. в области впервые был проведен 40 часовой семинар ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию» группой национальных преподавателей. С этого момента в области начато планомерное внедрение программы успешного грудного вскармливания. В 2001 г. первая районная больница – Бобровская РБ получила статус «Больница, доброжелательная к ребенку».

Сегодня в Воронежской области 15 учреждений детства и родовспоможения прошли аттестацию и имеют международное звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Результат работы по продвижению Инициативы – не только снижение заболеваемости детей первого года жизни, но и снижение младенческой смертности. По официальным данным за 2015 год, этот показатель в регионе составил 4,9 промилле, тогда как общероссийский – 6,5 промилле. Заболеваемость детей первого года жизни за последние пять лет снизилась на 14% (1610 случаев на 1000 детского населения).

В 2015 г. в Воронеже был создан Областной центр пропаганды и поддержки грудного вскармливания. Основной целью создания центра является поддержка и пропаганда грудного вскармливания на территории Воронежской области, распространение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», снижение детской заболеваемости, а также совершенствование профилактической работы в семье, медицинских организациях и обществе, способствующей пониманию важности грудного вскармливания. Центр является структурным подразделением детской поликлиники № 2 БУЗ ВО «Воронежская городская поликлиника № 1». Организационно-методическое руководство осуществляет Департамент здравоохранения Воронежской области, научное руководство – ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

В центре реализуется работа по совершенствованию профессиональных знаний, практических навыков консультирования по вопросам грудного вскармливания участковых педиатров, акушеров-гинекологов, среднего медицинского персонала женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник. На базе центра работает Школа осознанного материнства, а также проводятся индивидуальные занятия с кормящими мамами и членами их семей, осуществляются индивидуальные консультации пар «мать-ребенок». В области с 2005 г. работает группа поддержки по грудному вскармливанию из числа общественных консультантов и матерей, длительно и успешно кормивших своих детей грудью.

Работа по вскармливанию больных и недоношенных детей, находящихся в отделении интенсивной терапии и реанимации, отделениях патологии новорожденных, активно проводится в областных учреждениях родовспоможения и детства. В Перинатальном центре БУЗ «ВОКБ № 1» организовано самостоятельное подразделение – молочный блок, функционируют три комнаты сцеживания для матерей ОРИТ и второго этапа выхаживания. Организован молочный блок и в ОРИТ БУЗ «ВОД-КБ № 1». Использование материнского молока в ОРИТ, расширение энтерального питания (в сочетании с элементами развивающего ухода, жестким контролем за гигиеной рук) позволило сократить длительность парентерального питания у детей с низкой массой тела и сроки пребывания новорожденных в ОРИТ.

Для оценки количественных показателей эффективности работы детской поликлиники по консультированию и поддержке кормящих матерей в области проводится оценка показателей распространенности и длительности грудного

вскармливания (ГВ). В основу оценки этих показателей были положены показатели официальной статистики, а также некоторые индикаторы Глобального банка данных по ГВ, разработанного ВОЗ (1996, 2002), в том числе, и исключительно грудное вскармливание среди младенцев от 0 до 6 мес.

При проведении ретроспективного анализа длительности грудного вскармливания в Воронежской области было выявлено, что доля детей находившихся на грудном вскармливании в возрасте от 3 до 6 месяцев составила 35,3%. Доля детей на грудном вскармливании от 6 до 12 месяцев составила 56,1%. Средняя продолжительность ГВ по области 7,8 месяцев. Таким образом, отмечается четкая тенденция к росту продолжительности ГВ, сохранению и поддержке лактации после 6 месяцев жизни ребенка.

В области было проведено анкетирование по изучению информированности медицинских работников и матерей детей в возрасте 12-24 месяцев по вопросам поощрения и поддержки грудного вскармливания. Всего было проанализировано 720 анкет опроса медицинских работников и 1720 анкет матерей детей в возрасте 12-24 месяца.

Анализ показал, что большинство женщин встают на учет по беременности в ранние сроки, до 12 нед. Посещают занятия по вопросам ГВ 60,0% городских и 50,0% сельских женщин. Практика родильных домов области характеризуется внедрением современных принципов, направленных на успешное начало ГВ: раннее прикладывание младенца к груди в родильном зале (70,0%), в т.ч., длительностью не менее 30 мин. (50,0%), совместное пребывание матери и ребенка (80,0%), исключительно грудное вскармливание (ИГВ) и отказ от использования сосок и пустышек (80,0%). Большинство женщин не испытывают трудностей с ГВ в родильном доме (80,0%–90,0%).

После выписки из родильного дома женщины продолжают кормить младенцев по их требованию (около 90,0%), большинство кормят ночью (85,0%), придерживаются режима ИГВ до 6 мес. – 65,0% городских матерей и 45,0% сельских. Допаивают младенцев водой и используют пустышки чаще городские женщины по сравнению с сельскими. Опрос матерей показал, что длительность ГВ напрямую связана с положительным настроением матери на кормление грудью, обучением матери современным принципам сохранения лактации, практикой медицинских учреждений родовспоможения и детства. Источником информации о физиологии лактации, ее становлении, возможных затруднений при ГВ и их преодолении для многих женщин являются не только школы мам и медицинские работники, но и родственники, подруги, интернет и СМИ.

Анкетирование медицинских работников показало необходимость дополнительного обучения по вопросам поддержки грудного вскармливания в медицинских учреждениях, не имеющих звание «Больница, доброжелательная к ребенку». Повышение уровня знаний о лактации способствует росту уровня доверия медицинским работникам со стороны кормящих матерей и членов их семей.

## ПОТЕНЦИАЛ ТАКТИЛЬНЫХ МЕТОДИК РЕАБИЛИТАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ДЕЗАДАПТИВНОГО ПЕРИОДА

Коваленко Н.М., д.м.н., Воронеж

Последние годы в России удельный вес физиологических родов достигает не более 25%. Нарастает частота вспомогательных технологий в процессе родов: кесарево сечение, эпидуральная анестезия и пр. В ходе чего нарушается паттерн адаптации систем жизнедеятельности ребенка. Увеличивается частота и вариации родовых повреждений костей черепа и позвоночника у новорожденных, провоцируя различной степени соматические дисфункции. В 2013 г. эксперты ВОЗ определили ведущие принципы грудного вскармливания при выхаживании детей с родовыми проблемами. Непременным условием благоприятного прогноза обостран тактильный контакт «кожа к коже».

Степень тяжести поражения и индивидуальные особенности ребенка определяют процессы восстановления ЦНС, и активность реабилитационной программы. Помимо медикаментозной терапии, у доношенных детей на фоне улучшения состояния с конца 3-й недели жизни (у недоношенных детей - позже) могут быть назначены курс массажа с постепенным добавлением лечебной гимнастики, физиолечение. Внедрение современных адекватных методик ранней реабилитации (преимущественно немедикаментозной) снижает тяжесть последствий перинатальной патологии и повышает качество жизни малыша и родителей. Остеопатия с первых дней жизни оказывает этиопатогенетическое действие, восстанавливая биомеханику организма, является универсальным методом комплексного лечения. Достоверно установлено благотворное воздействие мягких остеопатических техник на рефлекторные реакции глотания, жевания, ферментных систем и последующее формирование предречевых проявлений.

## КАБИНЕТ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Лазарева С.И., Сугян Н.Г., Дорофеева О.С.

ГБУЗ Детская городская поликлиника № 133 ДЗМ

Показатели длительности грудного вскармливания по городу Москве довольно низкие: доля детей 3 месячного возраста находящихся полностью или частично на грудном вскармливании составляет 40%.

В 2016 году на базе городской детской поликлиники № 133 Департамента здравоохранения г. Москвы организован кабинет поддержки грудного вскармливания, целью которого является повышение распространенности грудного вскармливания среди детей первого года жизни.

Основные задачи работы кабинета грудного вскармливания:

1. Увеличить количество детей 1-го года жизни, находящихся на грудном вскармливании.
2. Повысить уровень информированности населения по вопросам грудного вскармливания, а также мотивацию женщины на продолжительное кормление грудью.
3. Оценить динамику инфекционной и неинфекционной заболеваемости детей в зависимости от характера вскармливания.

На первом этапе организации кабинета проведено уточнение статистических данных по количеству детей, находящихся на грудном вскармливании в возрасте до 1 года. По нашим данным переход на искусственное вскармливание до 6 месячного возраста зарегистрировано у 59,5% детей. Отдельно проведен анализ причин прекращения грудного вскармливания. Основной причиной перехода на искусственное вскармливание являлась «нехватка грудного молока» или гипогалактия – 56,7%. Около 14,0% детей переводились на искусственное вскармливание по причине необоснованного докорма и остальные причины составили болезнь матери – 12,3%; болезнь ребенка – 8,2%; отказ ребенка от груди – 8,2% и выход матери на работу – 0,5%.

В кабинете по поддержке грудного вскармливания родители обучаются технике прикладывания к груди, получают помощь в решении трудностей, возникающих при кормлении грудью. Также проводятся консультации по срокам введения прикорма, питанию беременных и кормящих матерей.

#### ОПЫТ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАНТА ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лакович М.В., Емельянцева Г.И., Киселёва О.А.

ГБУЗ АО Северодвинская городская детская клиническая больница,  
Северодвинск Архангельской области

*Цель:* Показать необходимость работы консультанта по грудному вскармливанию (ГВ) для сохранения лактации у женщин в условиях отделения патологии детей раннего возраста (ОПДРВ).

*Материалы и методы:* Анкетирование матерей с детьми, поступившими в ОПДРВ за 2013-2015 гг. Оценивалась работа с диадами «мать-дитя», годовые отчеты, должностные инструкции медработников.

*Результаты:* В ОПДРВ ежегодно получают лечение в среднем 1114 детей от 0 до 3 лет, из них 82% (911 чел.) 1-го года, 51,4% (468 чел.) до 1-го месяца. Установлено, что на исключительно грудном вскармливании (ИГВ) находилось до 1 мес. жизни 92% детей, на ГВ до 3-х мес. – 66%, до 6 мес. – 54%. В штате ОПДРВ работает консультант по ГВ, выполняет более 1000 индивидуальных консультаций в год, анализирует причины использования матерями докорма смесями. В группе риска ограничения ИГВ, отказа от ГВ дети из двойни, тройни, недоношенные,

дети без матерей. Ежегодно поступает в среднем 97 матерей с гипогалактией, 21 - с лактостазом. Для релактации использовали системы для кормления, поильник Хабермана, мягкие ложечки, мензурки, демонстрационные стенды, брошюры, плакаты о пользе продолжительного грудного и исключительно грудного вскармливания. Положительная динамика при гипогалактии достигнута в среднем в 73% (71 чел.), при лактостазе – 95% (20 чел.). За 2015 г. из 100 недоношенных со сроками гестации 29-36 нед. 93% диад выписано на грудном вскармливании.

*Выводы:* Работа консультанта по грудному вскармливанию является необходимым звеном в охране и поддержке грудного вскармливания и оптимального питания детей раннего возраста, включая сложные клинические ситуации при оказании специализированной медицинской помощи.

## ВСЕМИРНАЯ НЕДЕЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Лебедева У.М.<sup>1,2,3,4</sup>, Борисова П.П.<sup>3</sup>, Охлопков М.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)

<sup>2</sup>Центр питания НИИ здоровья СВФУ имени М.К. Аммосова

<sup>3</sup>ЯРО ВОД «Матери России»

<sup>4</sup>ЯРО ООО «Российский союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии»

*Введение:* 26 лет назад, в августе 1990 года была принята Инночентийская Декларация о защите, поощрении и поддержке грудного вскармливания. Эту Декларацию подписали 32 страны и 10 агентств Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ). Всемирная неделя грудного вскармливания (World Breastfeeding Week) была задумана как один из стратегических методов популяризации и поддержки грудного вскармливания в условиях современности, утерянной традиции – кормления материнским молоком. Сегодня эти мероприятия проводятся более чем в 120 странах мира.

*Цель:* Популяризация идей по поддержке, пропаганде и поощрению грудного вскармливания в Республике Саха (Якутия) для сохранения здоровья и повышения качества жизни населения.

*Материалы и методы:* В работе использованы материалы из статистического сборника «Здравоохранение в Республике Саха (Якутия)» за 2015 год, статистические показатели из сборников Якутского республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава республики, Государственных докладов о состоянии здоровья, показатели специализированного регионального мониторинга состояния здоровья и питания населения республики.

*Результаты:* Как показывают данные МЗ РФ по Республике Саха (Якутия), за последние 10 лет (2005-2015 гг.), около 50 % детей получали грудное молоко не

более 3-х месяцев, и только около 30 % детей получали его более 6 месяцев. Хотя охрана грудного вскармливания в республике ставится приоритетным направлением: подготовлены сертифицированные консультанты по вопросам грудного вскармливания (2005, 2012); внедряются международные и российские проекты, в том числе, проект ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (апрель, 2012); создан Координационный совет и организован Центр по поддержке и пропаганде грудного вскармливания МЗ РС (Я) (ноябрь, 2012); ведущими региональными общественными организациями в области охраны здоровья матери и ребенка активно приветствуется волонтерская деятельность, в динамике за 10 лет статистические данные по уровню грудного вскармливания остаются низкими.

В возрасте от 3 до 6 мес. наибольшие показатели грудного вскармливания среди арктических районов наблюдаются в Булуномском (58,2%), сельскохозяйственных – в Таттинском (61,7%), промышленных – в Алданском (61,9%). В возрасте от 6 до 12 месяцев эти показатели снижаются, почти в 1,5-2,5 раза и составляют: в арктических – Верхнеколымском – 41,5%, в сельскохозяйственных районах кормят грудным молоком 35,4% женщин из Чурапчинского района, меньше всех поддерживают грудное вскармливание матери в Горном районе – до 22,5%.

С 2013 года Министерством здравоохранения РС (Я) ведется систематический мониторинг грудного вскармливания по разработанным региональным формам отчетности. В разные периоды раннего детства (0-3 мес., 3-6 мес., 6-12 мес., 1-2 лет, 2-3 лет) получены новые параметры, определяющие уровень грудного вскармливания по республике среди детей в возрасте от рождения до 3 лет. По результатам этого специализированного мониторинга 2015 года выявлено, что с рождения до 3 месяцев на грудном вскармливании находилось 55,8%, 3-6 мес. – 42,5%, 6-12 мес. – 32,2%, с 1 года до 2 лет – 24,7% и с 2 до 3 лет – 3,8% детей.

Эффективной работой в поддержании наибольшего уровня грудного вскармливания отличились Амгинский, Булунский, Кобяйский, Мегино-Кангаласский, Мирнинский, Нерюнгринский, Оленекский, Таттинский, Усть-Янский, Хангаласский районы и город Якутск. В настоящее время в 74,2% Центральных районных больницах республики имеются «Школы грудного вскармливания», но сертификаты специалиста-консультанта по проведению этих школ имеют работники только 14,2% больниц.

Учитывая вышеизложенные проблемы, в последние годы в республике активно внедряются международные и российские проекты в области охраны грудного вскармливания с использованием современных технологий поддержки, пропаганды и поощрения грудного вскармливания. Таким образом, начиная с 2012 года и в этом году уже в пятый раз с 22 по 28 августа проведена Всемирная неделя грудного вскармливания в Республике Саха (Якутия) под девизом «Грудное вскармливание – ключ к устойчивому развитию».

Все мероприятия по Неделе проводятся согласно Плану организационных мероприятий Минздрава республики. Эту инициативу Минздрава республики в

2016 году поддержали Министерство по развитию институтов гражданского общества РС (Я), Министерство по делам молодежи и семейной политике РС (Я), Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по РС (Я), Администрация города Якутска, Общественная палата Республики Саха (Якутия), Якутское региональное отделение ВОД «Матери России», Якутское региональное отделение ООО «Российский союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии» и другие общественные организации и производственные подразделения.

В рамках Плана мероприятий состоялись торжественные выписки в родильных отделениях, акушерских стационарах, перинатальных центрах. В течение недели проводилась информационно-разъяснительная и агитационно-пропагандистская работа по вопросам охраны грудного вскармливания (лекции, беседы, консультации специалистов) в медицинских организациях и по телефонной горячей линии. Прошли аттестацию две медицинских организации (Медицинский центр города Якутска и Хангаласская центральная районная больница) на присуждение звания «Больница, доброжелательная к ребенку».

В Парке культуры и отдыха города Якутска состоялась родительская акция для населения «Праздник грудного вскармливания в Республике Саха (Якутия)». Во время акции состоялась презентация новых книг, для мам «Лучшей маме: путь к успешному грудному вскармливанию» и для специалистов «Грудное вскармливание: методические рекомендации». Состоялось распространение информационного материала по вопросам охраны здоровья матерей и детей, грудного вскармливания, питанию кормящих мам. Работала выставка товаропроизводителей, прошли консультации специалистов, мастер-классы работников общественного питания республики, поздравления. Также прошло награждение победителей конкурса видеороликов, фотографий, рисунков, стихотворений, посвященных Неделе грудного вскармливания. Лучшие работы переданы в Центр по поддержке и пропаганде грудного вскармливания Минздрава республики.

В зале заседаний Дома Правительства состоялся методический семинар «Грудное вскармливание – ключ к устойчивому развитию» с участием ведущих специалистов д.м.н. Гмошинской М.В., к.м.н. Лукояновой О.Л., к.м.н. Качаловой О.В. (ФИЦ питания, биотехнологий и безопасности пищи, Научный центр здоровья детей, РНИМУ им. Н.И.Пирогова). На семинаре были подготовлены 32 пропагандиста грудного вскармливания в республике. Это женщины разных возрастов из разных районов, представители движения «Матери России».

*Заключение:* По итогам Недели участники-общественницы, пропагандисты грудного вскармливания направили ряд предложений Главе и Правительству республики, в том числе, предложения по разработке национальной госпрограммы по подготовке пропагандистов грудного вскармливания, а также на долгосрочную перспективу – предложения по разработке механизмов социальной поддержки беременных, кормящих матерей и детей раннего возраста.



О СОХРАННОСТИ ГРУДНОГО МОЛОКА В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ,  
ВЫПИСАННЫХ ИЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ.  
Леденёва О.В.

ОГАУЗ Областной перинатальный центр, Томск

На сегодняшний день в Томской области активно ведется работа по поддержке грудного вскармливания как на уровне родильных домов и перинатальных центров, так и на уровне общественных организаций и интернет-ресурсов.

Областной перинатальный центр г. Томска, принимающий в год до 3500 родов вносит весомый вклад в дело пропаганды и поддержки грудного вскармливания. Разрабатываются методические пособия для мам акушерского отделения, а также специализированные пособия для мам с детьми, находящимися на лечении в отделениях реанимации и патологии новорожденных с учетом специфики организации грудного вскармливания в этих отделениях. При выписке из перинатального центра мамы получают в подарок методическое пособие. Для пациентов работает «горячая линия» по грудному вскармливанию. В отделениях реанимации и патологии новорожденных используются современные технологии охраны и поддержки грудного вскармливания, включая метод «Кенгуру». Как только состояние ребенка позволяет, его начинают прикладывать к груди. Это делается даже, если основную массу питания ребенок получает еще через зонд. Используются системы докорма у груди, позволяющие исключить использование бутылочек с соской. В результате на момент выписки из отделения патологии новорожденных около 80% детей имеют в своем рационе грудное молоко. Проводятся исследования по оценке показателей грудного вскармливания: процент детей, находящихся на грудном вскармливании в палатах «мать и дитя», палатах интенсивной терапии и на момент выписки из акушерского стационара; мониторинг сохранности грудного вскармливания в рационе детей, выписанных из отделения патологии новорожденных и наблюдающихся в отделении катамнеза до года.

В рамках настоящего исследования были изучены карты 86 детей, проходивших наблюдение в отделении катамнеза до достижения ими возраста одного года. Все они были выписаны из отделения патологии новорожденных и имели в своем рационе грудное молоко. 60 детей (70%) питались исключительно грудным молоком, 26 (30%) – находились на смешанном вскармливании. Из всей группы только 10 детей родились в срок. Остальные 76 имели разную степень недоношенности, а значит, сохранение в их рационе грудного молока было особенно важным для минимизации возможных осложнений. Результаты исследования приведены в таблице.

Таблица

Динамика грудного вскармливания среди детей первого года жизни, выписанных из перинатального центра

Характер вскармливания на момент выписки из ОПЦ	Динамика грудного вскармливания на первом году жизни ребенка		
	6 мес.	9 мес.	12 мес.
Грудное молоко 60 детей (70%)	29 детей (48%)	23 ребенка (38%)	20 детей (33%)
Грудное молоко и смеси 26 детей (30%)	8 детей (30%)	5 детей (19%)	3 ребенка (12%)
Всего 86 детей (100%)	37 детей (43%)	28 детей (32%)	23 ребенка (27%)

На основании полученных данных можно сделать вывод, что почти половина детей, выписанных из отделения патологии новорожденных на исключительно грудном вскармливании в 6 месяцев были переведены на кормление смесью. С учетом того, что в большинстве своем это были недоношенные дети, их постконцептуальный возраст колеблется от 2,5 до 6 месяцев.

Данное исследование не позволяет нам сделать выводы о причинах раннего прекращения кормления грудным молоком, но акцентирует наше внимание на том, что для успешного и длительного вскармливания детей грудным молоком важна помощь матери не только в условиях акушерского стационара, но и последующая помощь после выписки.

#### ПРАКТИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

Лобанов А.В., Карамян В.Г., Псутури О.А., Каменская Е.Н., Дергач Е.В.

ГБУЗ АО Архангельский клинический родильный дом им. К. Н. Самойловой

*Цель:* Комплексная оценка энтерального питания в неонатальном периоде у новорожденных с массой тела при рождении до 1500 граммов на этапе акушерского стационара. В рамках данного исследования нас интересовала сохранность грудного молока в рационе детей до года, поэтому здесь и далее под вскармливанием грудным молоком будет пониматься как непосредственно грудное вскармливание, так и вскармливание детей сцеженным грудным молоком.

*Материалы и методы:* Анализ историй развития новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ),

пролеченных в отделении реанимации новорожденных за 2014-2015 гг. Статистическая оценка результатов осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics.

*Результаты:* В исследование включены 131 новорожденный с массой тела при рождении менее 1500 граммов. У всех детей энтеральное питание начиналось с трофического (объем питания менее 20 мл/кг массы тела) в первые сутки. Его длительность в среднем составила 3 суток. Основным субстратом трофического питания в группе новорожденных с массой тела до 750 граммов стало грудное молоко (42%). У остальных детей это были молочные смеси на основе гидролизата белков или пре-формула (50%). Полное энтеральное питание новорожденные ОНМТ получали с 7 суток, а дети ЭНМТ на 14 сутки. В 90% случаев основным субстратом при полном энтеральном питании было грудное молоко. При переводе детей на второй этап выхаживания на полном энтеральном питании (грудное молоко и смесь) находилось 96% новорожденных, из них 80% получали только грудное молоко. Грудное молоко обогащалось фортификатором у 50% детей, обогащение питательного субстрата белковой добавкой у 60%. Интолерантность к энтеральной нагрузке возникала у новорожденных с ЭНМТ в 45%. Причинами нарушения усвояемости энтерального питания стали меконияльная обструкция (43%) и некротический энтероколит (40%).

*Выводы:* Необходимо оптимизировать трофическое питание в раннем неонатальном периоде с акцентом на нативное грудное молоко.

ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО  
ВСКАРМЛИВАНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
Лукоянова О.Л.

ФГАУ Научный центр здоровья детей Минздрава России

Современной технологией поддержки грудного вскармливания (ГВ) в стационаре является создание банка грудного молока, включающего организацию индивидуального банка грудного молока и банка донорского грудного молока.

Индивидуальный банк молока представляет собой запасы сцеженного грудного молока, хранимого при определенных условиях.

Доказанная многочисленными исследованиями нутритивная ценность и микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока, хранимого при низких температурах в течение 3 мес., обосновывает возможность широкого практического применения технологии замораживания грудного молока, в том числе, с целью создания индивидуального банка грудного молока.

Индивидуальный банк грудного молока (ИБГМ) является удобным и современным способом сохранения ГВ у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери. ИБГМ представляет собой запасы замороженного сцеженного грудного молока, собранные от одной женщины и размещенные порционно в удобные емкости, хранящиеся при низких температурах ( $-20^{\circ}\text{C}$ ) и готовые к использованию для кормления ребенка в любой момент.

Для создания запасов грудного молока удобнее всего сцеживаться с помощью молокоотсоса, который обеспечит комфортное, щадящее и быстрое опорожнение молочной железы. Сцеживание желательно проводить в специальный контейнер для грудного молока. После сцеживания молоко помещается в холодильник, где может храниться при  $t\ 4-6^{\circ}\text{C}$  в течение 24 часов и быть использовано в течение этого времени для кормления ребенка. Не использованное за сутки молоко можно заморозить.

Если сцеживаемое молоко собирается исключительно для создания запасов, то сразу после сцеживания эта порция должна быть охлаждена в холодильнике в течение 30 мин. и заморожена. Если женщина в течение дня несколько раз сцеживает небольшие порции молока, то после предварительного охлаждения они каждый раз могут доливаться к предыдущей порции, хранящейся в холодильнике в отдельном контейнере, который в конце суток должен быть помещен в морозильную камеру.

Размораживать молоко можно путем предварительного размещения его на ночь в холодильную камеру ( $4-6^{\circ}\text{C}$ ), так и под струей теплой воды или в подогревателе для детского питания. Размороженное грудное молоко не требует пастеризации, не подлежит повторному замораживанию, его необходимо хранить в холодильнике ( $4-6^{\circ}\text{C}$ ) и использовать в течение 24 часов. Оно требует дополнительного введения обогачителей грудного молока для кормления глубоко недоношенного ребенка.

Применение новых технологий поддержки ГВ, включающих использование современных молокоотсосов и создание индивидуального банка грудного молока, позволяет большинству женщин максимально продлить срок успешного кормления грудью.

При отсутствии материнского молока или наличии противопоказаний для его применения предоставление недоношенному ребенку донорского молока входит в число основных его прав (AAP, 2014). Технология применения донорского молока получила широкое распространение во всем мире в связи с наличием ее высокой экономической и клинической эффективности.

Организация банка донорского грудного молока включает соблюдение правил отбора женщин-доноров, правил сбора и сортировки донорского грудного молока, порядка его бактериологического тестирования и контроля качества, протокола пастеризации, правил хранения, замораживания и размораживания.

## КОНСУЛЬТАНТ ПО ЛАКТАЦИИ РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ Лыкова П.П.

Консультант по лактации, член АКЕВ, Москва

Консультант по лактации или консультант по грудному вскармливанию, так называется эта профессия в русскоязычных регионах – относительно новая область деятельности, созданная для помощи кормящим матерям и их поддержки.

В 1956 году в США кормящие матери создали общественную организацию в поддержку грудного вскармливания – Ла Лече Лиг (Молочная Лига, La Leche Ligue). Спустя почти 30 лет в 1985 году по инициативе Ла Лече Лиг 60 экспертов в разных областях науки из разных стран установили необходимые стандарты для новой профессии – консультанта по лактации. Они определили минимальный объем знаний и навыков, которые нужны для безопасной и эффективной практики консультанта. Тогда же были созданы Международная Ассоциация консультантов по лактации (ILCA) и Международный комитет экзаменаторов консультантов по лактации (IBLCE).

Международная Ассоциация консультантов по лактации (International Association of Lactation Consultants – ILCA) является общественной организацией, которая объединяет сертифицированных консультантов по лактации и других специалистов в системе здравоохранения – акушерок, медицинских сестер, врачей, диетологов, преподавателей по лактации, которые помогают семьям в вопросах грудного вскармливания. ИЛКА насчитывает более 6000 членов примерно в 90 странах мира. Международная Ассоциация консультантов по лактации занимается вопросами подготовки и сертификации консультантов по лактации. Она сотрудничает с ВОЗ и ЮНИСЕФ, издает журнал «Journal of Human Lactation», проводит ежегодные международные научно-практические конференции.

Международный комитет экзаменаторов консультантов по лактации (IBLCE) занимается разработкой стандартов и требований к экзамену, а также проведением самого экзамена. Перечень вопросов, которые включены в программу сдачи экзамена, отражены в документе – IBCLCE Exam Blueprint. Для подготовки к сдаче экзамена Международный комитет экзаменаторов рекомендует консультантам без медицинского образования пройти обучение по одной из программ, которые одобрены специальным Комитетом по аккредитации (Lactation Education Accreditation and Approve Review Committee – LEAARC). К сдаче экзамена для получения диплома сертифицированного консультанта по лактации допускаются консультанты вне зависимости от опыта кормления и пола, которые имеют более 1000 часов помощи кормящим женщинам. Помимо этого, требуется пройти курс обучения по ряду общеобразовательных дисциплин, имеющих отношение к консультированию по грудному вскармливанию

таких, как анатомия и физиология, социология, диетология, детское развитие, психология, а также курс по медицинской терминологии. Экзамен проводится на нескольких иностранных языках ежегодно, в один и тот же день в нескольких странах. С 2016 года экзамен проводят дважды в год. Вопрос о переводе экзамена на русский язык решается.

В 2011 году Международная Ассоциация консультантов по лактации издала «Меморандум о роли и влиянии международного сертифицированного консультанта по лактации – IBCLC». В соответствии с этим документом консультанты IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant), сертифицированные в соответствии со стандартами Международного Экзаменационного Комитета, являются единственными сертифицированными на международном уровне специалистами в области клинического ведения грудного вскармливания и лактации. Сертификация консультанта по лактации гарантирует, что сертифицированный консультант соответствует определенным требованиям и обладает стандартным набором знаний, необходимых для работы с кормящими матерями. Звание IBCLC – это наивысший стандарт знаний в области лактации и грудного вскармливания. Для продления действия сертификата IBCLC необходимо продолжение образования в области лактации, грудного вскармливания и профессиональной этики. Спустя пять лет после сдачи экзамена консультант должен подтвердить звание, предоставив сертификаты о повышении квалификации в системе непрерывного образования (посещение конференций, дистанционное обучение или обучение в режиме он-лайн и пр.). После определенного периода деятельности – в настоящее время это 10 лет – для подтверждения сертификации консультанту IBCLC требуется повторно сдать экзамен Экзаменационному комитету. Необходимость совмещения сертификата IBCLC с дополнительным лицензированием определяется законодательством страны, в которой практикует консультант.

На территории Европы работает также Европейское объединение консультантов по лактации – European Lactation Consultants Alliance (ELACTA). ELACTA базируется в Австрии и также, как и ИЛКА организует научно-практические конференции для специалистов. Периодичность конференций ЕЛАКТА – один раз в два года.

Сертифицированные консультанты по лактации работают в роддомах, в педиатрических и частных практиках, в государственных учреждениях здравоохранения, а также в качестве корпоративных консультантов по лактации для налаживания программ поддержки кормящих женщин по месту их работы. В настоящее время насчитывается 28105 сертифицированных консультантов по грудному вскармливанию в 102 странах мира.

Кроме сертифицированных консультантов по лактации, поддержку кормящим матерям оказывают несертифицированные лица, прослушавшие базовые курсы по лактации и/или поддержке грудного вскармливания, а также

общественные организации, поддерживающие грудное вскармливание. Эта поддержка является дополнением к деятельности консультантов IBCLC. Однако она не заменяет профессиональные знания и опыт консультанта IBCLC. Поэтому рекомендация о важности привлечения профессиональных консультантов IBCLC к решению вопросов, связанных с лактацией и грудным вскармливанием, стала стандартной – это позволяет улучшить продвижение, охрану и поддержку грудного вскармливания на местном, региональном, национальном и мировом уровнях.

В России в настоящее время 12 сертифицированных консультантов по лактации IBCLC. Действующие российские консультанты по лактации сдавали экзамен на английском языке в 2011 г, в 2012 г и в 2014 г.

Одной из общественных организаций, оказывающей помощь кормящим матерям на территории России, является АКЕВ (Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию). Образование АКЕВ было инициировано в 2004 г. врачом-педиатром Лилией Казаковой, которая является Председателем Правления ассоциации. В настоящее время в состав АКЕВ входят врачи, поддерживающие грудное вскармливание, консультанты по грудному вскармливанию и участники группы поддержки кормящих матерей. АКЕВ – международная общественная организация, объединяющая русскоязычных специалистов в нескольких странах. АКЕВ также, как и зарубежные ассоциации, регулярно проводит тематические конференции и обучающие занятия для обмена опытом между специалистами. Для того, чтобы оказывать матерям качественную помощь и поддержку, консультанты по лактации проходят постоянное обучение, повышают уровень квалификации, работают в тесном плодотворном сотрудничестве с врачами-педиатрами. Члены АКЕВ организуют и принимают активное участие в ежегодном международном мероприятии «Всемирная неделя грудного вскармливания», которая проходит с 1 по 7 августа.

АКЕВ сотрудничает с такими международными объединениями, как Всемирный Союз Содействию Грудному Вскармливанию (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA), Международная Сеть Групп по надзору за продуктами для детского питания (International Baby Food Action Network, IBFAN) и другими ассоциациями, поддерживающими грудное вскармливание.

В нашей стране сотрудничество врачей и консультантов по грудному вскармливанию, направленное на оказание качественной помощи кормящим матерям и оптимизацию кормления детей только начинается. Консультанты по грудному вскармливанию могут быть полезны в родильных домах, детских поликлиниках, женских консультациях, организуя обучающие занятия, лекции, встречи кормящих мам. Как показывает опыт лечебных учреждений, сотрудничающих с консультантами по лактации, процент детей, получающих грудное молоко, повышается и матери, имея качественную психологическую поддержку, кормят дольше.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА  
В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

Мамедов А.А.<sup>1,2</sup>, Кучеров Ю.И.<sup>2,3</sup>, Жиркова Ю.В.<sup>2,3</sup>, Макленнан А.Б.<sup>1</sup>,  
Донин И.М.<sup>4</sup>, Рехвиашвили М.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

<sup>2</sup>ФГАУ Научный центр здоровья детей Минздрава России

<sup>3</sup>РГНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

<sup>4</sup>ГБУЗ Морозовская ДКБ ДЗМ

Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) остается по-прежнему актуальной в России в связи с недостаточностью квалифицированной, специализированной помощи детям с такой патологией. В настоящее время в некоторых регионах России имеет место недостаточно эффективная организация оказания помощи, отсутствуют детские челюстно-лицевые хирурги в регионах, операции выполняют общие детские хирурги без привлечения таких специалистов, как ортодонты, логопеды, психологи и др., участие которых необходимо на этапах комплексного лечения детей с периода новорожденности. Детские хирурги общей специализации, к сожалению, вынуждены оказывать первичную хирургическую помощь, т. к. порой администрация области не всегда и не всегда своевременно может отправить пациента и его родителя (опекуна, сопровождающего) в ведущие клиники России. А в некоторых случаях общее соматическое здоровье пациента не позволяет переносить перелеты, переезды и т. д.

Наш 39-тилетний опыт работы с детьми с расщелиной губы и неба, научно-обоснованный подход к стратегии и тактике лечения таких детей позволяет предложить возрожденный алгоритм комплексной реабилитации детей с расщелиной губы и неба. Основной целью нашего алгоритма лечения таких детей является ранняя реабилитация с ранним восстановлением анатомии и функции органов челюстно-лицевой области. Совместная деятельность специалистов различных школ и направлений позволяет обогатить знания, специальность, выработать единую тактику реабилитации (несмотря на то, что каждый специалист хорош по своему) и приводит к прогрессу в решении проблемы лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба. Высококвалифицированная специализированная реабилитация пациентов с врожденной патологией черепно-челюстно-лицевой области в современных условиях возможна только в специализированных центрах, позволяющих оказывать качественную и эффективную помощь со дня рождения ребенка и на всех ее этапах.

Дважды в 60-х и 80-х гг. прошлого столетия профессор Лариса Евгеньевна Фролова пыталась внедрить методику проведения первичной хелоласти-



ки на 2–3 сутки после рождения ребенку с расщелиной губы и неба. Однако по разным причинам такая тактика не привилась у нас в практике здравоохранения СССР.

Сегодня мы уже можем смело заявить о возможности ранней реабилитации пациентов с полной расщелиной губы и неба в периоде новорожденности. В мае 2013 года появилась возможность перевода детей в отделение хирургии новорожденных (зав. отд. – профессор Ю.И. Кучеров) Научного центра здоровья детей РАМН, где и была впервые произведена первичная хейлопластика на третий день со дня рождения ребенка. Но суть заключается не в том, что ребенок был прооперирован на третий день после рождения, а в том, чтобы мы его «вели» с пренатального периода, с момента выявления скрининговым УЗИ беременных, с 6-го месяца беременности.

Ребенок родился в клинике акушерства и гинекологии им. Снегирева Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, затем был переведен в отделение хирургии новорожденных Научного центра здоровья детей РАМН, где был прооперирован с положительным результатом. Главное отличие нашей системы реабилитации – кормление грудью на 1–2-е сутки после операции. Это наше достижение в системе оказания ранней реабилитации детям с ВРГН. Нами были успешно прооперированы еще шесть пациентов в эти же сроки. Дети поступали из 4-го Московского родильного дома и Щелковского родильного дома.

Таким образом, повышение эффективности, медико-психолого-педагогическая и социальная реабилитация, дальнейшее развитие комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба, имеет непосредственную связь с созданием систем оценки качества состояния и реабилитации таких пациентов, аккумулирующих профессиональные знания и умения высококвалифицированных специалистов. Объединение творческих, организационных сил специалистов, занимающихся проблемой лечения детей с врожденной черепно-челюстно-лицевой патологией, врожденной расщелиной губы и неба, создание центров диспансеризации и учета пациентов, позволит оказывать раннюю высококвалифицированную, специализированную, комплексную медицинскую помощь, что в свою очередь приводит к ранней медико-психолого-педагогической и социальной реабилитации.

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ:  
ОБУЧЕНИЕ В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
Мозжухина Л.И., Строева Л.Е., Ратынская Н.В., Калгина С.Е.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Кафедра педиатрии ИПДО Ярославского государственного медицинского университета на протяжении 15 лет преподаёт грудное вскармливание по программе, предложенной ВОЗ. За этот период в Ярославской, а также Костромской и Вологодской областях, в городе Кирове обучено на циклах тематического усовершенствования по грудному вскармливанию около 1000 слушателей: врачей педиатров, неонатологов, акушеров, медицинских сестёр и акушерок, а также – общественных консультантов. Также прошли обучение около 300 ординаторов и интернов по педиатрии и неонатологии. Для закрепления знаний медицинских работников и последующего обучения матерей мы создали электронные и печатные пособия.

Показатели грудного вскармливания в Ярославской области существенно лучше, чем в среднем по России: в 3 месяца получают материнское молоко 85% детей, в 6 месяцев - 69%, в 9 месяцев - 60% и в возрасте 1 год - 50% (данные годового отчета за 2015 г.). Однако большой опыт этой работы не позволяет пока оптимистично воспринимать сложившуюся ситуацию. Мы видим, что кормящие матери нередко не знают технологии вскармливания грудью, способов увеличения лактации, не понимают, как контролировать эффективность питания ребёнка. Они имеют много проблем с организацией собственного меню, недостаточно разбираются в причинах колик и аэрофагии, не умеют организовать полноценную диету и технику вскармливания, препятствующие функциональным нарушениям ЖКТ. Рекомендации медицинских работников по всем этим вопросам не всегда бывают адекватными. Медики активно пропагандируют грудное вскармливание, но пока не умеют эффективно помочь в его проведении. Наши тестовые задания и ситуационные задачи на итоговой аттестации нередко выявляют недостаточные или устаревшие знания даже среди врачей. Матери, получая разные ответы на одни и те же вопросы, теряют уверенность, выбирают порой неверные способы решения своих проблем.

Наиболее значительный резерв в освоении технологии грудного вскармливания – совместная работа участковой службы и матерей во время беременности, а также конкретная практическая помощь матери и ребёнку в первые недели после родов. Следует вспомнить слова известного педиатра профессора И.М.Воронцова: «Поддержка грудного вскармливания - важнейшая часть и мировоззрения, и практики каждого врача нашей планеты».

Длительная преподавательская работа авторов, наш опыт педиатрических и неонатальных консультаций, мнение слушателей циклов убеждают, что должны быть постоянные обучающие программы не только для родителей, но и для медицинского персонала. Эти программы обязательно сочетают теоретическое обучение с достаточной по времени клинической практикой. Использование тренингов дает возможность слушателям получить более глубокие практические навыки.

В 2016 г. в стране начался планомерный (поэтапный) переход на систему непрерывного медицинского образования (вместо классического обучения 1 раз в 5 лет). В связи с этим, кафедра планирует регулярные очные циклы повышения квалификации «Консультирование по грудному вскармливанию» в объеме 36 часов, дистанционное обучение, а также создание электронных модулей по актуальным вопросам вскармливания младенцев (грудное вскармливание – основа здоровья; техника грудного вскармливания; проблемы грудного вскармливания; организация грудного вскармливания; психологическая поддержка грудного вскармливания; питание беременной и кормящей женщины, искусственное вскармливание).

**ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:  
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СТАНДАРТИЗОВАННОГО  
ПОДХОДА В УСЛОВИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**  
Нароган М.В., Грошева Е.В., Рюмина И.И.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. академика В.И.Кулакова Минздрава России

С 2015 года в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И.Кулакова» были приняты новые стандартизованные подходы к энтеральному питанию глубоко недоношенных детей. Приоритетом стало раннее введение молозива, энтеральное питание (ЭП) грудным молоком и стандартизованная схема увеличения объема кормлений. При хорошем усвоении ЭП была принята схема его увеличения на 20-30 мл/кг/сутки у детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и на 10-20 мл/кг/сутки у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Цель исследования – оценить клиническую эффективность нового стандартизованного подхода к вскармливанию глубоко недоношенных детей.

В исследование были включены дети, родившиеся до 32 недели гестации, с массой тела менее 1500 г. Исключались пациенты с хирургическими болезнями, не связанными с некротизирующим энтероколитом (НЭК), генетическими заболеваниями и тяжелой формой гемолитической болезни. Группу 1 составили

52 ребенка, родившиеся в 2015 г. Во 2-ю группу вошло 45 детей, родившихся в 2014 г. Гестационный возраст в группах составил  $28,8 \pm 0,2$  и  $29,3 \pm 0,3$  недель, масса тела при рождении -  $1117 \pm 41$  и  $1134 \pm 42$  г, соответственно. Различий в группах по частоте задержки внутриутробного роста, открытого артериального протока, применения кардиотонических препаратов не было. Проведен сравнительный анализ времени начала ЭП, сроков достижения объема ЭП 150 мл/кг/сут., частоты и причин искусственного вскармливания, а также частоты развития некротизирующего энтероколита (НЭК).

В 2015 г. начало ЭП стало более ранним, медиана составила 7,5 часов (min 3,5 - max 23) против 12 часов (6-48) в 2014 г.,  $p < 0,05$ . При этом в 2015 году 77% детей получили введение молозива в 1-е сутки жизни, тогда как в 2014 году такой практики еще не существовало. Данное обстоятельство значимо повлияло на сроки первого кормления глубоко недоношенных детей грудным молоком. В 2015 г. возраст введения грудного молока составил 1,4 (1-5) дней, тогда как в 2014 г. он был значимо больше - 9,8 (2-28) дней. Достижение 150 мл/кг/сутки ЭП также осуществлялось достоверно раньше: 12 суток (6-48) в 1-й группе против 17 (13-44) - во 2-й,  $p < 0,05$ .

Частота искусственного вскармливания в 2015 г. имела тенденцию к снижению, составляя 23% против 27% в 2014 г. Среди причин искусственного вскармливания серьезные заболевания матери составили 23% в 2014 г. и 50% в 2015г.; социально-психологические причины прекращения лактации регистрировались в 62% и 50% соответственно. Гипогалактия наблюдалась у 15% матерей только в 2014 г. Частота вскармливания исключительно фортифицированным грудным молоком (без докорма молочной смесью) к выписке была в 2,3 раза выше в 2015 году: 27% против 11%,  $p < 0,05$ .

На фоне принятых новых подходов к ЭП частота НЭК имела тенденцию к снижению. В 2014 г. НЭК 1-2 стадии развивался в 25% случаев, НЭК 3 - в 2%. В 2015 г. частота НЭК 1-2 стадии по Бэллу снизилась до 15%, НЭК 3 стадии не зарегистрирован.

Применение новых подходов к ЭП глубоко недоношенных детей, основанных на раннем введении молозива, приоритете вскармливания грудным молоком, стандартизованной схемы увеличения ЭП, позволяет раньше достигнуть полного ЭП, увеличить процент грудного вскармливания и снизить частоту развития НЭК.

XXI ВЕК: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ  
В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ  
Пастбина И.М.

Министерство здравоохранения Архангельской области

*Цель:* Оценка распространенности грудного вскармливания (ГВ) среди детей 1-го года жизни в Архангельской области (АО) в сравнении с показателями Северо-Западного федерального округа (СЗФО).

*Материалы и методы:* Показатели ГВ АО оценивались за 2000-2013 гг. по отчетным формам № 31. Учитывалась доля детей на грудном вскармливании от 3 до 6 мес. и 6-12 мес. в % от числа детей, достигших 1 года, также определялась доля детей на ГВ от 0 до 3 мес.

*Результаты:* С 2000-2013 гг. охват ГВ от 3 до 12 мес. увеличился в РФ на 11%, СЗФО – 15,6%, АО – 24% за счет сокращения доли детей, завершивших ГВ от 0 до 3-х мес. ( $p<0,001$ ); от 6 до 12 мес. рост во всех субъектах СЗФО ( $p<0,001$ ), от 3 до 6 мес. – в 8-и, в 3-х – без динамики, в т. ч., АО ( $p<0,001$ ). Максимальная доля детей, завершивших ГВ в 2000 г. в Псковской обл. (53,9%), минимальная в Мурманской (18,5%). Максимальная динамика в Новгородской – 40,5%, в АО – 24%. К 2013 г. наиболее высокая доля отказа от ГВ в Псковской обл. (39,0%).

*Выводы:* С 2000 г. распространенность грудного вскармливания в Архангельской области имеет положительную динамику и более высокий темп роста по сравнению с Российской Федерацией и Северо-Западным федеральным округом за счет охвата грудным вскармливанием детей старше 6 мес.

Разница показателей грудного вскармливания в возрастной группе от 0 до 3-х мес. определяет актуальность поиска резервов увеличения охвата грудным вскармливанием в каждом конкретном субъекте, включая Архангельскую область, необходимость дальнейшего мониторинга на уровне органа управления

здравоохранения Северо-Западного федерального округа, внесение изменений в статистические формы отчетности на уровне Российской Федерации.

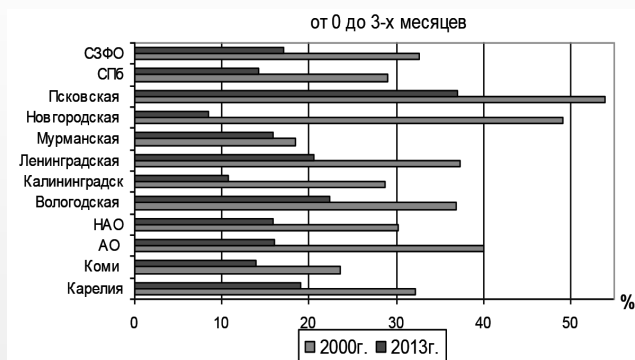


Рис. 1. Доля детей, завершивших ГВ от 0 до 3-х мес. в субъектах СЗФО в 2000 г. и 2013 г. (в %).

## ТЕКУЩИЙ АУДИТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015 ГОД

Пастбина И.М.

Министерство здравоохранения Архангельской области

*Цель:* Повышение распространенности грудного вскармливания (ГВ) среди детей 1-го года жизни путем целевого аудита показателей педиатрической службы.

*Материалы и методы:* Аудит показателей ГВ проводится в Архангельской области (АО) с 2010 г. Изучаются показатели отчетной формы № 31 государственных медицинских организаций, имеющих педиатрическую службу (ГМО). Учитывается доля детей на ГВ от 0 до 3 мес., от 3 до 6 мес. и 6-12 мес. (в % от числа детей, достигших возраста 1 год).

*Результаты:* В АО с 2010 по 2015 гг. отмечается рост на 2,1% доли детей, находившихся на ГВ от 6 до 12 мес. (от 50,6% до 52,7%). Доля детей, завершивших ГВ от 0 до 3 мес., сократилась на 3,7% (от 20,2% до 16,5%). Треть детей (29,2%-30,8%) завершают ГВ от 3 до 6 мес. Стабильно высокий уровень ГВ в 5-и ГМО г. Архангельска, где в среднем менее 16% детей завершают ГВ от 3 до 6 мес., 68% продолжают ГВ во 2-м полугодии жизни. Определены ГМО с наиболее низким охватом ГВ в группах детей от 3 до 12 мес.: в среднем 68,8% (в селе) и 74,1% (в городе). Суммарные показатели одного ГМО в 3-х возрастных группах детей превысили 100% и расценены, как необъективные. Неудовлетворительные показатели зарегистрированы в 4-х сельских районах, где 54%-59% детей завершают ГВ до 6 мес., что является отражением неэффективности профилактической работы специалистов неонатальной и педиатрической службы.

*Выводы:* Несмотря на увеличение в целом распространенности грудного вскармливания в Архангельской области на протяжении последних 5 лет, в 2015 г. каждый 6-й ребенок находился на искусственном вскармливании с рождения или переводился на смеси до 3-х месяцев. Это сохраняет актуальность дальнейшего текущего аудита показателей и оптимизации мер по охране и поддержке грудного вскармливания.

## ТАБАКОКУРЕНИЕ, КАК ПРИЗНАК НЕКАЧЕСТВЕННОГО ФОРМИРОВАНИЯ ДОМИНАНТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Пастбина И.М.<sup>1</sup>, Чумакова Г.Н.<sup>2</sup>, Харькова О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Министерство здравоохранения Архангельской области

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет,  
Архангельск  
Минздрава России

*Цель:* Установить распространенность табакокурения у беременных, оценить отношения к табакокурению в семьях в период грудного вскармливания (ГВ).

*Материалы и методы:* Проведено анкетирование матерей после родов (n=226), через 6 мес. (n=216) в межрайонном центре родовспоможения (МРЦ) Архангельской области. Использованы: статистическая обработка с помощью пакета SPSS version 21. В случае поиска взаимосвязи между 2 качественными переменными вычислялся Хи-квадрат Пирсона, между 2 дихотомическими переменными «до-после» - критерий Мак-Нимара.

*Результаты:* Доля женщин, куривших до беременности составила 24%. Большинство сокращают потребление табака с 8 штук до 1-7 сигарет в сутки ( $p < 0,001$ ). С высшим образованием курят реже (18,1% и 1,27%,  $p < 0,001$ ) и чаще кормят грудью более 6-и мес. (46,3% и 27,3%,  $p = 0,007$ ), чем со средним. Эмоциональные нарушения до родов чаще испытывают отказавшихся от курения (83,3%), чем не курящие (54,9%), продолжающие курить (60,7%) ( $p = 0,030$ ). Беременные женщины реже отказываются от курения в семьях, где курит муж (15,9% и 7,7%,  $p = 0,047$ ). Отцы курят чаще и отказываются от курения реже, чем матери. Продолжают курить после рождения ребенка не менее 50% отцов и 15,0% матерей.

*Выводы:* Высокая распространенность курения среди беременных женщин и кормящих матерей, отцов, низкая мотивация к отказу от табакокурения – проявление некачественного формирования доминанты грудного вскармливания, материнства и отцовства. Актуальным является формирование с участием психологов группы по целевой работе с семьями для увеличения прегравидарного отказа от курения, увеличения распространенности и продолжительности грудного вскармливания.

## ПОДДЕРЖКА И ПРОПАГАНДА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ В 1998-2015 ГГ.

Покатилов А.Б., Сарванова С.В., Хворостова А.В.

ГКУЗ Волгоградский областной центр медицинской профилактики

Волгоградская область расположена на юго-востоке Европейской части страны в степной зоне на междуречье Волги и Дона. Демографическая ситуация в Волгоградской области отражает основные тенденции демографических процессов, происходящих в Российской Федерации в целом. Уровень рождаемости в области за последние годы остается ниже показателей по РФ (РФ – 13,3, ВО – 11,5). В результате комплекса мер этот период отмечен в регионе и значительным снижением уровня младенческой смертности – в 2015 году в регионе впервые зарегистрирован уровень младенческой смертности ниже, чем в среднем по РФ (6,4 ‰ в регионе и 6,5 ‰ в РФ).

Демографические проблемы только подчеркивают значение грудного вскармливания как одного из факторов в снижении младенческой смертности, заболеваемости детей раннего возраста, а также в формировании у молодого поколения положительных установок на приоритет здорового образа жизни, формирование семейно-ориентированных ценностей.

В комплексе решаемых задач одним из приоритетных направлений охраны здоровья детей и женщин для органов управления Волгоградской области является реализация Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница доброжелательная к ребенку», (БДР). Пионером этого движения в 1998 году стала Волгоградская область. Создана региональная нормативно-правовая база, включающая 12 основополагающих документов. И сейчас данная инициатива получает поддержку на самых высоких уровнях регионального руководства, включена в «План первоочередных мероприятий на 2015-2017 годы по реализации важнейших положений «Стратегии действий в интересах детей Волгоградской области на 2012- 2017 годы».

С 2003 года в Волгоградской области впервые в Российской Федерации внедрена практика мониторинга грудного вскармливания, которая позволяет осуществлять анализ состояния грудного вскармливания, начиная с акушерских стационаров, отделений второго этапа выхаживания и далее в поликлиническом звене (женские консультации, детские поликлиники).

По данным мониторинга питания новорожденных детей, проводимого службой родовспоможения, доля детей, приложенных к груди матери в течение первого часа после рождения составила в 2012 году 96,8% от общей численности новорожденных, 2013 – 96,4%, 2014 – 96,3% и в 2015 году – 96,2%.

Показатель исключительно грудного вскармливания детей при выписке из родильного стационара составлял в 2012 году 96,4%, 2013 – 95,9%, 2014 – 94% и в



2015 году – 96,2%, что может расцениваться как устойчиво высокий. Его незначительное снижение объясняется ростом количества выхаживаемых детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Следует отметить, что в мониторинге не участвовал один из акушерских стационаров третьего уровня – ОКПЦ № 2, так как он был аттестован на статус БДР только в конце 2015 года.

Основным результатом работы по пропаганде грудного вскармливания в медицинских организациях, имеющих статус «Больница доброжелательная к ребенку», стала значительная динамика роста количества женщин, кормящих естественным способом. И если в год вступления региона в движение БДР показатель грудного вскармливания детей первого года жизни составлял 42,3%, то в 2015 году – уже 76,2%.

В педиатрической службе области существует четкая установка на поддержку грудного вскармливания детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Одним из направлений деятельности ГКУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики» является активная методическая работа по поддержке и пропаганде Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку»: подготовка методических разработок для печатных и электронных изданий, проведение на местах 40-часовых или 20-часовых семинаров, консультации по грудному вскармливанию на массовых региональных акциях по популяризации здорового образа жизни. Для оптимизации непрерывного учебного процесса по грудному вскармливанию на местах Центром создано 7 презентационных материалов по основным темам программы «Охрана и поддержка грудного вскармливания в больнице БДР». Сотрудниками ГКУЗ «ВОЦМП» за 2012-2016 годы на выездных семинарах обучено 407 медицинских работников. При поддержке комитета здравоохранения Волгоградской области с 2014 года постоянно проводятся видеоконференции по актуальным вопросам грудного вскармливания с трансляцией на все районы нашего региона. Таким образом за эти годы 544 человека из числа медицинских работников, психологов и социальных работников получили необходимую информацию.

Подготовлены и используются в работе «Школами беременных» 8 презентационных материалов, в том числе 6 по подготовке беременных к кормлению грудью.

Сотрудниками отдела ежегодно осуществляется анализ заболеваемости молочной железы, связанной с деторождением и кормлением грудью, на основе сведений, предоставленных ТФОМС в разрезе всех медицинских организаций области. Полученная информация учитывается при переаттестации медицинских организаций на статус «Больница, доброжелательная к ребенку».

Вопросы грудного вскармливания освещаются на официальном сайте ГКУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики». В рубрике «Здоровый образ жизни» ведется раздел «Поддержка и пропаганда грудного

вскармливания», где систематически обновляются методические и оперативные материалы.

Инновационным информационно-пропагандистским направлением деятельности центра является применение технологии M-health – создание мобильных приложений на платформе Android. Мобильное приложение «Женсовет по...» уже находится в свободном доступе и активно используется заинтересованным контингентом. В разработке находятся мобильные приложения по грудному вскармливанию и ряду других вопросов из серии «Моя кроха».

Внедрение Инициативы БДР на протяжении всех 18 лет было одним из приоритетов для медицинских руководителей всех уровней и сейчас рассматривается как резерв для снижения младенческой смертности и укрепления здоровья будущих поколений.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРМЛЕНИЯ МАТЕРИНСКИМ МОЛОКОМ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Попова И.Н., Боронина И.В., Рудометов Е.В., Лебедева О.Б.

БУЗ ВО Воронежская областная детская клиническая больница № 1

В течение последних лет в неонатологии превалирует концепция энтерального кормления новорождённых, подразумевающая его более раннее начало, «агрессивное» увеличение его объёма, предпочтение материнского молока его искусственным заменителям.

*Целью нашего исследования* при внедрении в практику данной концепции стало изучение влияния раннего начала и быстрого увеличения энтерального кормления материнским молоком на частоту развития хирургической стадии некротизирующего энтероколита (НЭК) у пациентов массой тела менее 1500 г, летальности и длительность пребывания в ОРИТ пациентов данной группы.

*Объект исследования и методы исследования:* Проведен ретроспективный анализ частоты развития НЭК у пациентов массой тела при рождении менее 1500 г в два временные периоды: 2012 г., когда в ОРИТ практически не использовали раннее кормление и в 2015 г., когда было широко внедрено раннее начало энтерального кормления материнским молоком и политика агрессивного расширения энтерального кормления.

В 2012 году в отделении реанимации и интенсивной терапии получили лечение 38 новорожденных детей с массой тела при рождении от 1000 г до 1500 г ( $1214 \pm 203$  г,  $M \pm \sigma$ ) и 23 ребенка с массой тела менее 1000 г ( $844 \pm 102$  г).

В период пребывания в ОРИТ никто из них не получал материнского молока. В 2015 году детей с массой тела при рождении от 1000 г до 1500 г прошло 68 ( $1342 \pm 193$  г), а с массой менее 1000 г — 43 ребенка ( $854 \pm 184$  г,  $M \pm \sigma$ ). Из 111 детей с массой тела при рождении менее 1500 граммов 69 детей (62,1%) получали в период пребывания в ОРИТ материнское молоко в объеме более 50% от общего суточного объема кормления.

Все дети поступали в ОРИТ в 2012 году на 2-3 сутки жизни и получали парентеральное питание. В 2012 году энтеральное питание назначалось детям с 4-6 суток жизни только адаптированной молочной смесью. В 2015 г дети поступали в отделение, как правило, на первые сутки жизни и получали энтеральное питание с момента поступления. Детям перед транспортировкой проводилось в 2015 году ведение за щеку нескольких капель материнского молока для заселения желудочно-кишечного тракта ребенка материнской флорой. Новорождённые транспортировались в отделение из родильных домов чаще в первые сутки жизни, и поэтому первые 2-3 дня в ОРИТ материнское молоко не назначалось по причине задержки матерей в родильных домах. При первой же возможности женщина госпитализировалась в детскую больницу для обеспечения вскармливания ребенка материнским молоком. Интенсивное увеличение объема кормления осуществлялось по протоколу, в среднем, на 20 мл/кг/сутки, достигая к 10-12 дню жизни общего объема кормления 120-130 мл/кг/в сутки.

*Результаты:* В 2012 году у новорожденных детей с массой тела менее 1500 г было зарегистрировано 6 случаев НЭК (9,8%), в 2015 году было 2 случая НЭК (1,8%) — оба у детей, не получавших материнского молока (хи-квадрат 3,46;  $p=0,06$ ). Переносимость материнского молока при интенсивном наращивании объема кормления была хорошей. При раннем начале и интенсификации энтерального кормления материнским молоком за всё время наблюдения нами не отмечено ни одного случая развития энтероколита. Быстрое обеспечение ребёнка нутриентами позволило в течение короткого времени (7-10 суток в зависимости от веса и возраста) отказаться от парентерального питания, в первую очередь, от инфузии липидов. Уменьшилась летальность как детей с массой тела от 1000 г до 1500 г с 13,8% в 2012 г. до 8,8% в 2015 г., так и детей с массой тела менее 1000 г — с 34,4% до 19,6% соответственно. Длительность пребывания в ОРИТ детей с массой тела менее 1000 г уменьшилась с 33,3 до 19,5 дней, а детей с массой тела от 1000 г до 1500 г — с 13,3 до 10,7 дней соответственно за период с 2012 по 2015 гг.

*Заключение:* Использование кормления недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в отделении реанимации материнским молоком приводит к значимому уменьшению числа некротизирующего энтероколита, снижению летальности и длительности пребывания в ОРИТ пациентов данной весовой группы.

ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ  
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ  
НОВОРОЖДЕННЫХ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Рюмина И.И., Орловская И.В.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии  
и перинатологии им. академика  
В.И. Кулакова Минздрава России

В настоящее время приоритет грудного вскармливания является неоспоримым как для здорового доношенного ребенка, так и для больного, в том числе, родившегося преждевременно. Однако в условиях неонатологического стационара для того, чтобы обеспечить полноценное грудное вскармливание приходится преодолевать гораздо больше препятствий, чем при вскармливании здорового доношенного ребенка. Чем выше уровень лечебного учреждения и, чем больше высокотехнологичных методов, используемых для лечения и выхаживания новорожденных, тем сложнее обеспечить грудное вскармливание, максимально приближенное к естественным условиям. Тем не менее, повышение уровня грудного вскармливания, внедрение современных организационных технологий по поощрению, поддержке и охране грудного вскармливания, наряду со сложнейшими лечебными мероприятиями, является одной из основных задач перинатального центра – учреждения, которое является важнейшим звеном в системе оказания помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям. Перинатальный центр отличается от родильного дома (отделения) наличием в его составе женской консультации, гинекологического отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН), отделения патологии новорожденных и недоношенных (ОПННД), а также поликлинического отделения. Консультирование по вопросам, связанным с грудным вскармливанием, должно осуществляться во всех, без исключения, подразделениях перинатального центра, особое внимание необходимо уделять объективности, доказательности и преемственности при предоставлении информации.

Организация перинатальных центров была определена приказом Минздрава СССР от 15.12.1988 г. «О создании перинатальных центров». В дальнейшем в 2004 году был издан приказ № 308 от 09.12.2004 г. «О вопросах организации деятельности перинатальных центров», где были утверждены положение о перинатальном центре, его структура, штатные нормативы, табель оснащения. Основные задачи перинатального центра определены в приложениях к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных техноло-

гий)» утвержденному приказом МЗ РФ от 01.11.2012 г. № 572н и к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» утвержденному Приказом МЗ РФ от 15. 11.2012 г. N 921н. Санитарно-противоэпидемический режим в акушерских и неонатологических стационарах организуется по правилам, изложенным в САН ПИН 2630-10. Однако, по мере накопления опыта и совершенствования медицинской помощи становится очевидным, что организация вскармливания новорожденных, прежде всего, больных и недоношенных детей, не нашла своего полного отражения в этих документах, а многие положения, относящиеся к вскармливанию, противоречат современной концепции питания в неонатальном периоде.

Вскармливание исключительно грудным молоком является приоритетом как для здоровых доношенных детей, так и для больных новорожденных и недоношенных детей, поэтому организация комнаты для сцеживания грудного молока в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных является важным условием эффективного выхаживания ребенка, находящегося в тяжелом и критическом состоянии. Согласно документам, регламентирующим структуру перинатального центра, в отделениях реанимации и в наблюдательных отделениях эти помещения не предусмотрены. Организация такой комнаты, где матери могут сцеживать молоко в комфортных условиях не только рукой, но и с помощью стационарных и индивидуальных молокоотсосов, очень важно для поддержания лактации в этом периоде.

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России была разработана методика сцеживания, хранения, транспортировки и использования сцеженного материнского молока, в том случае, если мама не находится с ребенком в отделении постоянно. Для сцеживания молока и в ОРИТН, и в ОПНиНД выделены специальные комнаты для сцеживания. Комнаты оснащены удобными мягкими креслами, специальными столами и индивидуальными шкафчиками, где хранятся индивидуальные молокоотсосы, холодильником, предназначенным только для хранения молока.

Сцеженное молоко из стерильного контейнера переливается в стерильную бутылочку (шприц) и нативное молоко используется для кормления. Избыток молока в стерильной емкости может храниться в холодильнике до следующего кормления. Емкость с молоком должна быть подписана с указанием ФИО матери, даты и времени сцеживания.

Для сцеживания может использоваться стационарный молокоотсос, преимущественно в ОРИТН и ОПНиНД используются индивидуальные электрические и ручные молокоотсосы со стерильными контейнерами. Необходимо разработать правила использования индивидуальных молокоотсосов и стерилизаторов в условиях неонатологического стационара.

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

В условиях работы такого крупного учреждения, как перинатальный центр, в состав которого входит несколько неонатальных отделений, куда дети могут госпитализироваться на достаточно большой срок (отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, отделение хирургии новорожденных) и нуждаться в специализированном и лечебном питании, целесообразно организовать самостоятельное подразделение для приготовления молочных смесей и пастеризации сцеженного грудного молока. В Приложении № 9 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от «01» ноября 2012 г. № 572н «Правила организации деятельности перинатального центра» пунктом 13.4 предусмотрена организация централизованного молочного блока в составе неонатологического стационара. Такое отделение в круглосуточном режиме обеспечивает приготовление молочных смесей и пастеризацию грудного молока, если это необходимо, для всех отделений ПЦ по специальным заявкам, поступающим из неонатологических отделений ПЦ.

Опыт работы отделения по сбору и обработке грудного молока и приготовлению заменителей Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии в течение более 15 лет показал, что наличие единого подразделения, в задачи которого входит приготовление молочных смесей, пастеризация молока, обработка и стерилизация бутылочек и сосок, позволяет не только эффективно поддерживать грудное вскармливание, но и обеспечить санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим и контролировать его исполнение.

При пастеризации молока в водяной бане высока вероятность несоблюдения теплового режима и длительности экспозиции, что не позволяет с уверенностью говорить об эффективности такого способа пастеризации и сохранности биологической ценности грудного молока. В настоящее время наиболее эффективной признана пастеризация грудного молока по методу Холдера, который предусматривает фазу быстрого нагревания, фазу постоянного поддержания температуры и фазу быстрого охлаждения.

Таким образом, проблемы организации грудного вскармливания в неонатологическом стационаре можно решить только с привлечением различных специалистов – организаторов здравоохранения, неонатологов и эпидемиологов.

## ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Семикопенко В.А., Сырцова Л.Е.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

*Введение:* Молочная железа – поверхностно расположенный, доступный для исследования орган, занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин в России и мире. Интерес ученых и практических врачей в разных странах с различными моделями организации медицинской помощи направлен на раннее выявление заболеваний молочной железы.

Нам представляется необходимым обратить внимание на то, как сохранить здоровье молочной железы. Какие факторы риска приводят к развитию заболевания. Какие методы исследования позволяют выявить начальные признаки изменений на этапах возрастной и физиологической трансформации молочной железы у женщин. Что могут сделать женщины самостоятельно для профилактики заболеваний молочной железы. Когда необходимо обратиться к врачу.

*Цель:* Рассмотреть периоды развития и функциональной трансформации молочной железы; методы исследования с учетом возрастных особенностей и определить медицинских работников, ответственных за сохранение нормального состояния молочной железы.

*Материалы и методы:* Контент-анализ отечественной и зарубежной литературы за период с 1963-2016 гг. (523 источника), результаты работы в должности окружного маммолога Западного административного округа г. Москвы при реализации программы маммографического скрининга и 25 летний практический опыт врача рентгенолога-маммолога. Осмотрено более 300 тысяч женщин, среди которых в 50% выявлена неизменённая молочная железа, в 48% - доброкачественная дисплазия и в 2% - рак молочной железы. Методы исследований: хронологический, статистический, аналитический, диагностические методы - клиническое исследование, маммография, ультразвуковое и иммуногистохимическое исследование, лабораторные анализы: биохимические показатели белкового, липидного и углеводного обмена, гормонов крови и результатов молекулярно-генетического исследования.

*Результаты:* Медицинский термин норма подразумевает, что молочная железа может продуцировать молоко, и это не вызывает неприятных ощущений и эстетического дискомфорта. Молочную железу можно расценивать как стратегический ресурс нации. Результаты научных исследований показали, что среди детей, которые получали молоко матери, отмечались более показатели интеллектуального развития (коэффициент IQ в 10 превышал показатели среди детей, находившихся на искусственном вскармливании), и они были более успешны в жизни. Анализ эстетических и фи-

зиологических критериев нормы и красоты молочной железы показал, что в различные исторические периоды, в разных странах понятие о красоте менялось от восхищения пышными формами (в Африке, Индии, Аргентине) до полного сглаживания бюста (в XIV веке в Испании).

Анализ возрастной периодизации показал отсутствие единой общепринятой классификации. Мы рассмотрим основные периоды: эмбриональный (утробный), новорожденности, детство, юность, зрелость (взрослость), старость, в которых происходят качественные изменения молочной железы, нуждающиеся в контроле со стороны медицинских работников и со стороны женщины. Практика показала, что ранние жизненные события на внутриутробном этапе влияют на риск развития рака молочной железы (РМЖ). Отсутствие прямых методов исследования молочной железы на эмбриональном этапе позволяет выявить нарушения только при наступлении полового созревания или возникновении проблем с послеродовой лактацией. Прогнозировать риск РМЖ в 80%-95% возможно при выявлении мутации генов. У новорожденного в случае выявления увеличения молочных желез (за счет воздействия эстрогенов матери на железистую ткань плода) не требуется лечения, если нагрубание проходит самостоятельно в течение от 2 недель до 6 мес. Более продолжительное нагрубание нуждается в консультации врача. В период детства молочная железа растет неравномерно, односторонняя асимметрия, выявляемая в 8-9 лет к 11 годам выравнивается и к 15 годам молочная железа приобретает полусферическую форму. Сохранению асимметрии может способствовать сколиоз позвоночника. Нарушения в развитии железистой ткани в виде инволютивных изменений молочной железы, не соответствующих возрасту, выявляются у 1,5% девушек в подростковом возрасте, что определяет агалактию в послеродовом периоде. Нерегулярный менструальный цикл и гинекологические заболевания сопровождаются дефицитами жизненно необходимых химических элементов, коррекция которых нормализует периодичность цикла и повышает эффективность лечения. Нами получены количественные различия при неинвазивном исследовании химических элементов в трихологическом биосубстрате у женщин в различные возрастные периоды жизни с различными состояниями молочной железы (норма, доброкачественная дисплазия, РМЖ).

Реализация репродуктивной функции оказывает определяющее влияние на состояние молочной железы, так как в период беременности завершается её развитие. Первая беременность у здоровых женщин, завершившаяся родами до 20 лет, защищает от РМЖ на всю жизнь. По нашим данным у больных РМЖ в 42% первая беременность завершалась искусственным прерыванием. Послеродовая лактация в течение двух лет защищает от фиброзно-кистозной болезни на 4 года. Период репродуктивного



расцвета сменяется на период менопаузы. Возраст менопаузы 48-50 лет. Увеличение возраста менопаузы до 56 лет приводит к избыточному гормональному воздействию на ткани молочной железы и повышает риск развития РМЖ.

Факторами риска общими для всех хронических неинфекционных заболеваний, к которым относится РМЖ, и которыми можно управлять, являются избыточный вес и хронические психоэмоциональные перегрузки. Социологические исследования показали, что здоровые женщины отмечают равноправные отношения с мужем в решении семейных вопросов в 79,8%. Определить состояние молочной железы позволяют клиническое исследование и применение аппаратных методов, к которым относится сонография, маммография, микроволновая радиотермометрия, электроимпедансная томомаммография и магнитно-резонансная томография, выявляющие структурные и метаболические изменения в ткани молочной железы.

Законодательную поддержку сохранению здоровья и контролю нормального состояния молочной железы создают Приказы Минздрава России от 19.08.2009 г. № 597 (в ред. 26.09. 2011 г. № 1074) «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан России, включая потребление алкоголя и табака», от 06.12.2012 г. № 1011 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра», от 01.11.2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»». На основании анализа этапов развития молочной железы и участвующих в этом наблюдении врачей получен перечень мультидисциплинарной команды, от работы которой зависит своевременность оценки состояния молочной железы – акушеры-гинекологи, терапевты (семейные врачи), врачи лучевой диагностики, хирурги, онкологи.

*Заключение:* Сохранение здоровой молочной железы является многоплановой задачей женщины, семьи, системы здравоохранения и государства в целом. Каждая женщина может активно влиять на процесс сохранения здоровья своей молочной железой, а также молочных желез своей дочери и внучки. Здоровое развитие молочной железы в первом и втором триместре беременности, сбалансированное питание для обеспечения организма необходимыми пищевыми компонентами, психологически комфортная обстановка в семье, регулярные плановые осмотры молочной железы в амбулаторно-поликлинических условиях территориальной поликлиники, контроль за состоянием репродуктивной системы, обучение в школе здоровья самообследованию – доступные на сегодняшний день и законодательно закрепленные мероприятия, обеспечивающие здоровое состояние молочной железы.

## ПРОГРАММИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Скворцова В.А.

ФГАУ Научный центр здоровья детей Минздрава России

В последние годы концепция «метаболического программирования» на ранних этапах развития человека получила широкое распространение. Появляются данные клинических и экспериментальных исследований, подтверждающие влияние неадекватного питания на рост и состояние здоровья детей, имеющее отдаленные негативные последствия.

Усилия генетиков, направленные на расшифровку генома человека, привела к пониманию того, что под влиянием факторов окружающей среды, в том числе питания, при одинаковых геномах возможно формирование различных фенотипов. Возникло новое направление – эпигенетика – наука о наследуемых свойствах организма, которые не связаны с изменением нуклеотидной последовательности ДНК. Изменения активности метилирования ДНК и искажение других эпигенетических сигналов приводят к преждевременному старению и таким заболеваниям, как диабет, ожирение, бронхиальная астма, рак, различные тяжелые психические расстройства и др.

Питание является мощным эпигенетическим фактором, влияющим на метаболизм. Особенно важным является адекватное поступление пищевых веществ на протяжении первых 1000 дней от момента зачатия – в период быстрого роста и максимальной пластичности обменных процессов.

Оптимальным способом питания для новорожденного ребенка является грудное вскармливание. Грудное молоко как единственный источник пищевых веществ содержит все эссенциальные макро- и микронутриенты, необходимые для нормального роста и развития. Оно представляет собой высокоструктурированный комплекс биомолекул и помимо пищевых веществ является источником гормонов и факторов роста, играющих важнейшую роль в регуляции метаболизма, роста и дифференцировки органов и тканей. Присутствие антител, иммунных комплексов, пре- и пробиотиков, активных лейкоцитов, лизоцима, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина, а также других биологически активных веществ в грудном молоке определяет его защитные свойства. Протективный эффект женского молока не ограничиваются только противомикробной защитой.

Грудное вскармливание снижает риск развития в последующие годы жизни человека повышенного артериального давления, гиперхолестеринемии, сахарного диабета I и II типа, лейкозов и др. Как показывает ряд исследований избыточная масса тела у детей и подростков, получавших на первом году жизни материнское молоко, встречается реже, чем у детей, находившихся на искусственном вскармливании. В то же время, четкой зависимости между избыточной массой тела и продолжительностью грудного вскармливания не выявлено.

До конца неясным остается вопрос о профилактической роли грудного молока в отношении аллергических заболеваний. В материнском молоке содержатся аллергены коровьего молока, куриного яйца, арахиса и др., которые в одних случаях могут способствовать выработке пищевой толерантности, в других - приводить к развитию сенсибилизации. Установлено, что грудное молоко содержит ряд факторов, способствующих оптимальному развитию иммунной системы: секреторный иммуноглобулин А, трансформирующий фактор роста  $\beta$ , длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты, нуклеотиды и др., и снижают риск развития аллергии.

Обсуждается роль лютеина, природного каротиноида, который защищает сетчатку глаза грудных детей от повреждающего действия голубого света и свободных радикалов, способствует улучшению качества оптического изображения на глазном дне.

Из мембран жировых глобул выделены липиды (фосфолипиды, цереброзиды, ганглиозиды), которые способствуют формированию мозга и развитию когнитивных функций, созреванию желудочно-кишечного тракта, защите от инфекций и др.

Грудное молоко является природным синбиотиком, содержащим комплекс олигосахаридов и разнообразных бактерий, оптимизирующих формирование кишечной микробиоты. Это оказывает положительное влияние на формирование иммунного ответа. Пути попадания бактерий в грудное молоко остаются до конца не выясненными и активно изучаются.

Нарушения в составе кишечной микробиоты в раннем детстве не только провоцируют развитие различных заболеваний ЖКТ, но и влияют на развитие пищевой аллергии. В настоящее время рассматривается взаимосвязь кишечной флоры с такими заболеваниями, как ожирение, метаболический синдром и даже аутизм и депрессия.

Грудное молоко содержит сигнальные компоненты, которые регулируют чувствительность к гормонам, активность метаболических процессов, формирование нейрорегуляции, причем уровень активности различных реакций сохраняется и после завершения грудного вскармливания.

Помимо уникального состава грудного молока благоприятно влияет на развитие ребенка и его психический статус сам процесс кормления грудью. Единение матери и ребенка при кормлении грудью оказывает глубокое взаимное эмоциональное воздействие. Отмечено, что дети, которые длительно вскарммливались материнским молоком, отличаются гармоничным физическим развитием, они более спокойны, уравновешенны, приветливы и доброжелательны по сравнению с детьми, находившимися на искусственном вскармливании, а впоследствии сами становятся внимательными и заботливыми родителями.

В связи с тем, что на количество грудного молока и его состав могут оказывать влияние такие факторы, как состояние здоровья кормящей матери, характер ее питания и экологическая ситуация, при организации грудного вскармливания этим вопросам следует уделять должное внимание.

ПЕРВООЧЕРЕДНОСТЬ В ТАКТИКЕ ПИТАНИЯ  
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: МОЛОЗИВО – «ИММУННЫЙ СОК»  
Софронова Л.Н.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет Минздрава России

Роль молозива в первые дни жизни новорожденных детей трудно переоценить. Молозиво выполняет роль плавного перехода с внутриутробного энтерального питания плода к внеутробному питанию новорожденного ребенка. Энтеральное питание для новорожденного не новость – в третьем триместре плод поглощает 750 мл амниотической жидкости в день. Согласно последним данным, молозиво и амниотическая жидкость имеют сходный профиль по факторам роста и антиинфекционным компонентам. Более того, обнаружены специальные физиологические механизмы – «открытые пути» – в первые дни после рождения как в грудных протоках у матери, так и в функционировании ЖКТ у ребенка, способствующие прямому проникновению высокомолекулярных факторов роста и антиинфекционных компонентов первоначально в молозиво, а затем – из молозива к новорожденному. Плотные соединения клеток эпителия протоков грудной железы открыты, также как и парацеллюлярные пути в слизистой ЖКТ ребенка.

Кроме крайне необходимых в первые дни в высокой концентрации, но в малом объеме, факторов роста и компонентов антимикробной защиты, не менее важен следующий физиологический аспект. Во время роста плода формируется микробиома пары «мама-ребенок». Каждая пара «мама-ребенок» имеют свои специфические и уникальные паттерны микробиомы, что также подчеркивает важную роль молозива матери и контакта с ней для ребенка после рождения.

Более высокая концентрация в молозиве, чем в зрелом молоке таких важных компонентов, как секреторный Ig A, лактоферрин, факторы роста, цитокины и хемокины, олигосахариды, антиоксиданты и др. позволили именовать молозиво как «иммунный сок». Недавние исследования обнаружили не только количественное отличие олигосахаридов молозива по сравнению со зрелым молоком, но и качественное отличие. Олигосахариды молозива являются иммуномодуляторами в незрелом кишечнике.

Преждевременные роды особым образом влияют на состав иммунологических компонентов молозива. Так, содержание IL-8, TNF-RI, TGF в молозиве при преждевременных родах выше. Уровень секреции Ig As в молозиво матерей недоношенных детей также выше по сравнению с секрецией в молозиво матерей, родивших доношенных детей. Известно, что у недо-

ношенных детей в первые 1-2 месяца жизни снижена продукция Ig As по сравнению с доношенными детьми.

Экспериментальные работы на животных при сравнении групп, вскармливаемых молозивом или искусственными смесями, показали значительное уменьшение случаев НЭК в группе, получавших молозиво.

Учитывая вышеприведенные преимущества молозива и конкретные данные по молозиву при преждевременных родах, особую роль оно приобретает для недоношенных детей с первых минут их жизни. Необходимо отметить особую важность такого подхода также и при извлечении недоношенных детей путем операции Кесарево сечение. В настоящее время разработаны методики оро-фарингеального орошения молозивом, начиная сразу после рождения ребенка в родильном зале и далее в отделениях интенсивной терапии. Происходит взаимодействие компонентов молозива с системами лимфоидной ткани в оро-фарингеальной области и ЖКТ, что обеспечивает защиту против инфекции. Так, олигосахариды обеспечивают местную барьерную функцию, основанную на их способности ингибировать адгезию патогенов поверхностными рецепторами эпителиальных клеток – потенциальный защитный эффект против, к примеру, вентилятор-ассоциированной пневмонии. Цитокины абсорбируются системой лимфоидной ткани и, взаимодействуя с лимфоидными клетками, осуществляют местный и системный иммуномодулирующий эффект. Подобный механизм описан для лактоферрина, Ig As.

Помимо оро-фарингеального орошения, что является первоочередной задачей, следующий этап – трофическое энтеральное питание. Существуют убедительные доказательства, что трофическое энтеральное питание целесообразно начинать в первые дни только молозивом собственной матери, что будет способствовать надежной профилактике тяжелых заболеваний недоношенных детей. Чрезвычайно важен такой подход для крайне незрелых детей с ЭНМТ, подверженных сложной патологии, зачастую не имеющей этиологического лечения, когда профилактика этих заболеваний – единственная действенная помощь для их здоровья.

ВНЕДРЕНИЕ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА,  
ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» В Г. ТОМСКЕ:  
ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Станкевич С.С.<sup>1</sup>, Барабаш Н.А.<sup>2</sup>, Загоровская Н.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ОБУЗ «Центр медицинской профилактики», Томск

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Томск

*Актуальность:* Современная технология поддержки и повышения уровня грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства время признана во всём мире. За четверть века она доказала свою универсальность и эффективность.

Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» в г. Томске внедряется с 2007 года. За 9 лет аттестовано 3 женских консультации, 3 родильных дома, областной перинатальный центр, 2 детские поликлиники.

*Материалы и методы:* Проведена оценка качества оказания помощи беременным и кормящим женщинам в учреждениях родовспоможения и детства по итогам мониторинга десяти шагов Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку». Мониторинг проводился 2 раза в год в промежутках между очередными переаттестациями по методике, рекомендуемой ВОЗ (1999г.).

*Обсуждение результатов:* В первый год проведения мониторинга было выявлено, что из 10 шагов Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» чаще всего нарушения были выявлены по первому, третьему, четвёртому, пятому и шестому шагам. Первичный инструктаж медицинского персонала, принимаемого на работу, проводился нерегулярно в 60% случаев. Данная ситуация была связана с «текучестью» кадров и частой сменой ответственных лиц за работу по организации грудного вскармливания в учреждении. Нерегулярное информирование беременных женщин о преимуществах и методах ведения грудного вскармливания (36%) связано с проблемами организации групповых занятий в условиях женской консультации (отсутствие помещений, современной мультимедийной техники, профессионального подхода к организации занятий и подаче материала). Различный уровень квалификации персонала родильных отделений приводил к нарушению техники первого прикладывания и кормления в родильном зале в 48% случаев (несоблюдение длительности контакта «кожа к коже», позднее прикладывание ребёнка к груди в случаях оперативного родоразрешения). Недостаточный контроль со стороны руководства родильных отделений сказывался на качестве оказания помощи кормящей женщине после родов в 37% случаев. Персонал не оказывал своевременную помощь в раннем прикладывании ребёнка к груди (в течение 6 часов

после родоразрешения) и ручном сцеживании грудного молока. Медицинский персонал не всегда информировал мать о причине дачи ребёнку дополнительного питания – 10%.

По результатам мониторинга сотрудниками Центра поддержки грудного и рационального вскармливания даются рекомендации и оказывается активная помощь персоналу по устранению недостатков в работе по поддержке грудного вскармливания: разработка методических материалов для беременных и кормящих женщин, подготовка консультантов, проведение открытых занятий в школах для будущих матерей. Это привело к положительной динамике реализации десяти шагов успешного кормления грудью. За период с 2015 по 2016 годы регулярность проведения инструктажа увеличилась до 70%, нарушения в технике первого прикладывания и кормления в родильном зале отмечаются только в 15% случаев, своевременность оказания первой помощи в организации грудного вскармливания женщинам после родоразрешения улучшилась в 1,5 раза.

В связи с тем, что с 2014 года Центр поддержки грудного и рационального вскармливания получил статус областного, одной из задач его стало внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» в областные учреждения родовспоможения и детства. На первом этапе сотрудники Центра провели обучение 165 человек среднего медицинского персонала в пяти районах Томской области.

*Выводы:* Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что совместная работа сотрудников Центра поддержки грудного и рационального вскармливания и медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства повышает эффективность внедрения Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку».

**ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ:  
ЧТО ПОМОГАЕТ И ЧТО МЕШАЕТ ЕМУ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫМ**  
Строева Л.Е., Мозжухина Л.И., Ратынская Н.В., Калгина С.Е.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный  
медицинский университет Минздрава России

*Актуальность:* Несмотря на активную работу по пропаганде грудного вскармливания, не отмечается существенного увеличения показателей грудного вскармливания.

*Цель исследования:* Выявить, что нарушает естественное вскармливание детей.

*Материалы и методы:* Было опрошено 744 матери, кормящие грудью с детьми от 3-х дней до 12 месяцев в гг. Ярославле, Вологде, Череповце, Костроме и

Буе. Анкета содержала 50 вопросов, опрос проводился анонимно. Практически все дети были доношенными со средней массой тела.

*Результаты и их обсуждение:* Более половины опрошенных матерей были в возрасте 25-30 лет и имели высшее образование. Несмотря на ожидаемую зрелость, матери не имели достаточных знаний по питанию ребёнка. Посещали «Школу беременных» только 15-20%. В первый месяц после родов более 90% мам настроены на свободное грудное вскармливание, планируют кормить грудью до 1-1,5 лет. Однако, уже через 1-3 месяца после родов, столкнувшись с трудностями и не всегда получив поддержку, только одна из трёх женщин имеет желание кормить детей грудью дольше года и ещё около половины – более полугода.

Известно, что кормление грудью редко оказывается успешным без соответствующей поддержки кормящей мамы. Выявлено отсутствие правильных ответов на важные вопросы: как часто и продолжительно кормить грудью ребёнка различного возраста, как увеличить лактацию, как понять получает ли малыш молоко из груди, как предупредить колики и аэрофагию. Матери не придают должного значения роли рефлекса окситоцина. В конце беременности спонтанное выделение молока из груди отмечали более половины женщин, а после родов - единицы. Во многом именно поэтому очень большое число детей предлактационно и в дальнейшем периодически получали докорм молочными смесями. Практически все мамы отмечают важность поддержки близких людей, обычно не осознавая, что это тоже поможет ребёнку получить молоко.

К сожалению, по-прежнему достаточно редки партнёрские роды и традиционная поддержка грудного вскармливания в семье. На увеличение лактации, по мнению большинства матерей, влияет частое прикладывание к груди (без указания, что при этом молоко должно эффективно извлекаться), обильное питьё и еда женщины и даже сцеживание. Единичные матери указали важность «настроения на кормление». Никто не отметил самого главного: как получить достаточное выделение молока из груди. Матери считают, что в кормлении главное - сосание ребёнком груди, тогда он обязательно получит молоко. Многие матери отмечают также важность правильного прикладывания к груди, но решают его неудачно. О чём свидетельствует наличие более, чем у половины женщин трещин сосков и аэрофагии у детей. Большинство женщин верно написали, какие продукты должны быть в их питании, а какие употреблять нельзя. Но на практике полного понимания и доверия врачам в этом вопросе нет. Семья не помогает в его организации, так как не считает это важным. Как результат описанных проблем – грудное вскармливание из наслаждения превращается в мучение. Такой опыт приносит разочарование, желание прекратить его и не рекомендовать другим женщинам. Немногим более половины матерей нашли эффективную помощь у медиков, которые, судя по анкетам, и сами недостаточно глубоко освоили технологию грудного вскармливания.



При введении прикорма обнаружена тенденция к перекорму продуктами с высоким содержанием белка, особенно творога, и раннего введения фруктовых соков.

*Заключение:* Хотя показатели грудного вскармливания в анкетированных регионах не хуже, а у многих даже лучше, чем в целом по стране, однако выявлены негативные моменты, которые требуют коррекции. Необходимо научить женщину пониманию рефлекса окситоцина и контролю за получением младенцем молока, способам увеличения лактации, что снизит необходимость назначения детям молочных смесей. Важно обсуждать рациональное питание самой матери и введение прикорма. Качественную подготовку к кормлению грудью следует проводить до родов. Эффективная помощь медицинских работников необходима, но она возможна только при наличии у них глубоких знаний и единых подходах в рекомендациях при консультировании кормящих матерей.

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ КАК ОЧЕРЕДНОЙ ЭТАП СТАНОВЛЕНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У РЕБЕНКА

Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Постулат о стерильности грудного молока перестал существовать с появлением научных исследований, подтверждающих наличие в грудном молоке широкого спектра живых микроорганизмов. Вместе с ним ушла в прошлое практика посевов грудного молока с последующей отменой грудного вскармливания здоровой матерью в связи с высевом из него патогенных микроорганизмов, прежде всего, стафилококков. Это позволило сохранять грудное вскармливание в случаях, которые ранее рассматривались как противопоказание к кормлению ребенка грудью. На сегодняшний день факт наличия бактерий в грудном молоке не вызывает сомнений – изучается микробиота грудного молока, сложность и многообразность которой поражает. Являясь важным этапом становления кишечной микробиоты у ребенка, грудное вскармливание, тем не менее, не является первым знакомством ребенка с микробами. Новые научные исследования позволили полностью изменить наше отношение к становлению кишечной микробиоты у детей - теперь даже не процесс родов является начальным этапом формирования микробиоты ребенка. Показано наличие бактерий в плаценте и амниотической жидкости, что свидетельствует о том, что первый контакт ребенка с микробиотой матери происходит внутриутробно.

Адекватное становление кишечной микробиоты является фактором защиты ребенка от многих заболеваний, в том числе ожирения и аллергии. Поддержка грудного вскармливания, играющего важнейшую роль в процессе становления кишечной микробиоты, позволяет помочь ребенку в формировании здорового будущего, выходящего далеко за рамки первого года жизни.

**ХРОНОБИОЛОГИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА  
ИЛИ ЕЩЕ РАЗ О ТОМ, ПОЧЕМУ НУЖНО ПООЦРЯТЬ  
И ПОДДЕРЖИВАТЬ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Положение о безусловном превосходстве грудного молока для вскармливания здоровых новорожденных давно является общепринятым и распространенным утверждением. Не оспаривая его актуальность и правомочность, частое применение этого постулата может привести к недооценке уникальных свойств грудного молока, понимание которых может существенно помочь в сохранении грудного вскармливания как со стороны медицинских работников, так и со стороны матерей.

Состав грудного молока обеспечивает ребенку оптимальные темпы роста и развития, постоянно изменяясь в соответствии с меняющимися потребностями ребенка. Одним из наиболее значимых таких изменений является снижение уровня белка в грудном молоке, который отражает замедление темпов роста ребенка на протяжении первого года жизни. Существуют и другие, в пределах суток, колебания в содержании компонентов грудного молока, и они играют важнейшую роль в самых разных аспектах жизни ребенка и его адаптации к новым условиям внеутробной жизни. Хронобиология состава грудного молока играет роль в регуляции аппетита, формировании циркадных ритмов сна и бодрствования, и, возможно, формировании поведения ребенка. Эти данные позволяют по-новому посмотреть на грудное молоко как на продукт, созданный природой с целью формирования здоровья ребенка на долгие годы вперед.

**ПОСЛЕДСТВИЯ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ  
В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ**

Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Важность грудного вскармливания для детей первого года жизни понятна, однако сложно переоценить влияние грудного молока на здоровье ребенка в первые дни жизни. Традиционно питание ребенка в родильном доме обсуждается с точки зрения преимуществ грудного вскармливания и внедрения мероприятий по его поддержанию. За последние годы существенно снизилось число противопоказаний для грудного вскармливания, и на сегодняшний день даже операция кесарева сечения не предполагает исключения раннего прикладывания ребенка к груди.

Несмотря на наличие политик и принципов поддержки грудного вскармливания, реальная ситуация с грудным вскармливанием в родильных домах бывает далека от идеальной. В последние годы появились исследования, анализирующие ситуацию с назначением докорма в родильных домах. Изучаются причины применения детских молочных смесей, и, что более важно, возможные последствия докорма для здоровья ребенка. Убедительно продемонстрировано, что необоснованное назначение детских молочных смесей существует, неся с собой значительные риски для здоровья ребенка. Подобные исследования помогают лучше понять реальную ситуацию с питанием детей в родильном доме и значительно её улучшить, максимально снижая при этом риск формирования у детей самых разных заболеваний, связанных с неадекватным способом питания в первые дни после рождения.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ОТЧЕТ ПО СЛУЧАЯМ ПЕРЕВОДА ДЕТЕЙ  
НА ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 6 МЕС. –  
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ДЕТЕЙ,  
ЛИШЕННЫХ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА

Фурцев В. И.<sup>1</sup>, Маслова М.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

<sup>2</sup>Красноярская городская детская больница № 8

Широкомасштабное просвещение населения, обучающие курсы для беременных женщин, совершенствование образовательных программ в системе высшего, среднего и последиplomного непрерывного образования для медицинских работников, выпуск популярных и специальных изданий по вопросам вскармливания детей грудного возраста позволят год от года снижать количество детей, лишенных грудного молока как в целом по России, так и в отдельных федеральных и муниципальных образованиях.

С целью выявления основных причин, препятствующих успешному становлению и поддержанию практики грудного вскармливания нами разработана и предложена для внедрения в учреждения здравоохранения Красноярского края форма персонифицированного отчёта по детям, достигшим 1 года в отчетном году, лишенных грудного молока ранее 6 мес.

Данная форма отчётности предлагает указывать причину перевода ребёнка на искусственное вскармливание. В форме отчётности приведен раздел, касающийся возможных причин перевода ребёнка на искусственное вскармливание, начиная с родильного дома и детского стационара (таблица).

Таблица

Список детей, прекративших получать грудное вскармливание в возрасте до 6 мес.

№	Фамилия, имя ребенка	Возраст прекращения ГВ (мес)	Донош/ Недоношенный	Р/Д №	2-ой этап выхаживания новорожденного	Причина (указать обязательно, пользуясь приведенным ниже списком)*

\*Список возможных причин: болезнь матери (диагноз), болезнь ребенка (диагноз), из родильного дома выписан с докормом, выход матери на работу/учебу, невыполнение рекомендаций медицинских работников, введение докорма самостоятельно, гипогалактия. Если причина другая – укажите.

Систематически проводимый анализ полученных данных позволяет своевременно определять управляемые причины необоснованного лишения ребенка вскармливания материнским молоком. Так, начиная с 2006 г., ежегодный анализ по данной форме, проводимый в Красноярске, позволил значительно увеличить долю детей, находящихся на грудном вскармливании свыше 6-и мес. В 2006 году этот показатель находился на уровне 56%-57%. За последние 8 лет, он значительно достигает 70%-75%. С 2015 года этот вариант отчета стал внедряться в другие города и районы Красноярского края. В 2015 . доля детей Красноярского края, находящихся на грудном вскармливании более 6-и мес. жизни составила 57,9%.

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – СОЦИАЛЬНЫЙ ВОПРОС Фурцев В.И.<sup>1,2,3</sup>, Будникова Е.В.<sup>2,3</sup>, Лавыгина М.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

<sup>2</sup>Красноярская городская детская больница № 8

<sup>3</sup>Красноярский центр грудного вскармливания

В последние два десятилетия в мировой научной литературе публикуются материалы исследований, показывающие преимущества грудного вскармливания в сравнении со вскармливанием детей искусственными смесями. Преимущества грудного вскармливания многогранны. Вскармливание ребенка материнским молоком с момента его рождения позволяет ему оптимально преодолеть период адаптации новорожденности. В составе материнского молока ребенок получает макро- и микронутриенты, предназначенные, именно, ему и в соответствующий период его жизни. Материнское молоко содержит необходимое количество защитных факторов, предупреждающих у ребенка развитие инфекционных и неинфек-

ционных заболеваний в раннем возрасте и последующей жизни. С первых капель материнского молока ребенок начинает получать факторы роста, позволяющие его различным органам и системам расти и развиваться без значительного напряжения приспособительных механизмов. Кроме того, материнское молоко для ребенка грудного возраста является самой оптимальной пищей и субстратом для наиболее полного раскрытия его физического и интеллектуального потенциала.

Наиболее тесное общение матери и ребенка происходит, конечно же, во время сосания ребенком материнской груди. Выкладывание новорожденного на живот матери сразу после его рождения, обнюхивание и облизывание соска, первое присасывание ребенка к груди вызывают у матери возвышенные чувства радости, удовлетворения, востребованности. В большинстве случаев у первородящих матерей эти чувства позволяют значительно быстрее проявиться «материнскому инстинкту». Фактор развития «материнского инстинкта» необходимо использовать особенно при работе с юными первородящими не планировавшими иметь ребенка, из неполных семей. Формирование «материнского инстинкта», создание условий для его более раннего и полного раскрытия позволит значительно сократить число отказных детей. Дети, выросшие и воспитанные в семьях имеют более реальный шанс благополучной социальной адаптации по сравнению со сверстниками – воспитанниками специальных детских учреждений.

За последние 10-15 лет в нашем обществе сформировались мнения, не отстаивающие положительную роль грудного вскармливания в формировании физического и психического здоровья новых поколений. И, прежде всего, это сформировавшееся общественное мнение о существующем альтернативном грудному виде вскармливания. Второе, но не менее ошибочное мнение, что не каждая женщина способна выкормить своего малыша грудью. Многочисленные исследования, проведенные в последние годы в различных странах, показывают, что при выполнении определенных условий практически каждая мать способна выкормить грудью своего ребенка.

Проведенное нами социологическое исследование среди школьниц старших классов, учащихся училищ и техникумов показало потерю института грудного вскармливания. Интервьюируемые респонденты в большинстве случаев не могли определить для себя, какое вскармливание должен получать новорожденный ребенок. Еще более сложным для них был вопрос о механизме начала и поддержания лактации на необходимом уровне. Практически ни один из интервьюируемых не мог назвать, и тем более, перечислить факторы отрицательного влияния искусственных смесей на состояние здоровья детей. На вопросы, из каких источников или от кого получена информация о грудном вскармливании и его значении, более 80% интервьюируемых школьниц ответили, что такой информации не получали. Наши респонденты в 74% случаев не смогли ответить четко на поставленный вопрос, какую часть семейного бюджета необходимо расходовать при условии искусственного вскармливания ребенка. Вместе с тем, экономиче-

ская сторона вопроса, возникающая в молодых семьях с рождением ребенка при условии вскармливания его искусственными смесями имеет социальные последствия, и не всегда положительные. На сегодняшний день, не сложно подсчитать какие дополнительные финансовые расходы появляются при переводе ребенка на искусственные смеси. Одну пачку (банку) адаптированной молочной смеси можно купить в среднем за 300-400 рублей, которой хватит на 4 -7 дней. К этим расходам необходимо еще добавить расходы на приобретение: бутылок, сосок, воды, подогревателей, энергоносители и пр.

По нашему мнению привлечения внимания широкой общественности, средств массовой информации, администрации различных уровней и ведомств к проблеме восстановления института грудного вскармливания среди населения позволит снизить социальную напряженность в обществе и значительно улучшить качество его жизни.

О роли и значении грудного вскармливания для человеческого детеныша мы должны узнавать с детского возраста. Когда дети начинают смотреть различные иллюстрации, желательно им видеть изображения как собака кормит щенят, кошка – котят, женщина – ребенка, а не зайчонка или медвежонка с бутылкой и соской и т.п. Пропаганда грудного вскармливания должна стать частью предметов изучаемых в школах (биология, психология, социология и др.). Тема о грудном вскармливании должна быть включена на всех уровнях образовательных программ средней школы, училищ, техникумов, ВУЗов. На занятие с учащимися и студентами желательно приглашать матерей, имеющих положительный опыт кормления грудью. Эти женщины с удовольствием расскажут о своих ощущения во время кормления ребенка грудью, ответят на вопросы учащихся. К данной работе необходимо привлекать медицинских работников, имеющих непосредственный практический опыт и теоретический багаж по вопросам вскармливания грудных детей. В этих же учебных заведениях могут быть созданы «университеты матери и ребенка». Для того, чтобы грудное вскармливание стало культурной нормой важно включить основные понятия о грудном вскармливании в образовательную систему, размещать данные материалы в средствах массовой информации. В любом месте кормящие матери должны встречать приветливое отношение. Они имеют право кормить грудью в школах, религиозных учреждениях, ресторанах, общественном транспорте, на работе, посещая друзей, навещая больных в больнице, совершая покупки и т.д.

Особое внимание должно уделяться образовательной деятельности среди беременных женщин, женщин с маленькими детьми и семей, в которых есть дети. Такая образовательная деятельность должна проводиться в женских консультациях, родильных домах, детских поликлиниках и детских стационарах для детей грудного возраста. На уровне муниципальных и региональных образований необходимо разрабатывать и осуществлять программы, направленные на расширение практики грудного вскармливания. Данные программы, имеющие социальную значимость должны иметь приоритетное финансирование.

## НЕПРЕРЫВНЫЙ КОНТАКТ «КОЖА К КОЖЕ» В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ЧАСА ПОСЛЕ РОДОВ

Хамошина М.Б., Руднева О.Д.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов

Как показали наблюдения последних лет, здоровые новорождённые, получившие возможность находиться в непрерывном и неограниченном во времени контакте «кожа к коже с матерью тотчас после родов, демонстрируют универсальный паттерн поведения. Всего описано 9 сменяющих друг друга в определённом порядке фаз покоя и активности, пройдя которые ребёнок самостоятельно находит грудь и присасывается к ней.

*Плач.* Сразу после рождения новорождённый плачет, в это время расправляются его лёгкие. Крик обычно прекращается, как только ребёнок оказывается на животе или груди матери.

*Релаксация* длится в среднем 2–3 мин, ребёнок полностью расслаблен, в это время его следует накрыть тёплым сухим полотенцем или пелёнкой.

*Пробуждение.* Новорождённый пробует качать головой, открывает глаза, приоткрывает рот. Средняя продолжительность также 3 мин.

*Активность.* Глаза ребёнка открыты, можно наблюдать сосательные и поисковые движения. Стадия длится около 8 мин.

*Покой.* В течение всего паттерна новорождённый может периодически отдыхать, что не следует расценивать как «неудачу» и пытаться помочь ему найти грудь.

*Движение.* Ребёнок приподнимает голову и верхнюю часть туловища, отталкивается ногами, что позволяет ему поползти до груди. На это может уйти около 35 мин.

*Осваивание.* Добравшись до соска, младенец начинает облизывать его, трогать и «массировать» грудь ручками. Эта стадия наступает в среднем через 45 мин после родов и длится около 20 мин.

*Сосание.* Полностью освоившись, ребёнок широко открывает рот и присасывается к груди, язычок при этом принимает форму желобка и лежит на дне полости рта.

*Сон.* Примерно через 1,5–2 ч после родов ребёнок засыпает.

Очень важно, чтобы ребёнок имел достаточно времени на прохождение каждой из стадий: форсирование событий чревато срывом всего адаптационного процесса. Так, например, во время стадии осваивания язычок младенца плоский и приподнят к верхнему нёбу, что априори делает прикладывание к груди невозможным. В среднем на это уходит около 1 ч. В англоязычной литературе первый час после родов называют «священным» или «магическим», а такой тип кормления грудью — контролируемым ребёнком («baby-led breastfeeding»).

В работе 2007 года Сьюзан Колсон (Suzanne Colson) разделила 20 известных примитивных неонатальных рефлексов новорождённого на 4 типа — эндогенные, моторные, ритмические и антигравитационные — и 2 кластера, поисковый и «молокодобывающий». Когда мать полулежит на спине, а ребёнок находится на ней, моторные рефлексы (опоры и автоматической походки, ползания – Бауэра, кивательный и хватательный) не только не мешают, но и оказываются «антигравитационными», вызывают рефлексы поисковые, а также способствуют правильному захвату груди. Кормление в такой позе называют «расслабленным» или «биологическим».

С точки зрения ребёнка, отделение его от матери на сколь угодно короткий промежуток угрожает его жизни. Поэтому первой универсальной реакцией детёныша любого млекопитающего на разделение будет громкий плач и повышенная двигательная активность с целью привлечь внимание матери и спастись. В это время его лёгкие работают в усиленном режиме, внутричерепное давление повышается, как и уровень стрессорных гормонов в крови, и даже овальное окно может закрыться раньше времени. Если сепарация длительна, крик сменяется «отчаянием», когда детёныш замирает, температура его тела и ЧСС падают, метаболизм замедляется для того, чтобы, во-первых, не привлечь к себе хищников, а во-вторых, «продержаться» до возвращения матери как можно более длительное время. Именно поэтому так часто регистрируют гипотермию, брадикардию и гипогликемию в отделениях интенсивной терапии новорождённых, если в них не организовано совместное пребывание с матерью. Иначе как печальным, нельзя назвать тот факт, что современной науке приходится доказывать преимущества неразлучного с первой минуты после родов пребывания ребёнка с матерью. Напротив, в исследованиях на животных, предметом изучения становятся последствия экспериментального отделения новорождённого детёныша, невысшимого в естественных условиях.

Обеспечение контакта матери и новорождённого «кожа к коже» сразу после родов и до того момента, когда он окажется в состоянии впервые взять грудь, отражено и в Методическом письме Минздравсоцразвития РФ № 15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» (2011). Ребёнок должен быть обсушен, укрыт тёплой сухой пелёнкой и/или одеялом, а первичную обработку новорождённого, антропометрию и пеленание следует проводить не менее чем через час от момента рождения. В письме особо отмечено, что невыполнение хотя бы одного из этих мероприятий разрывает «тепловую цепочку» и ставит новорождённого под угрозу переохлаждения.

Ранние положительные последствия соблюдения неприкосновенности «магического» часа включают стабильность состояния новорождённого — речь идёт о параметрах функционирования сердечно-сосудистой и дыхатель-



ной систем, а также об уровне гликемии; а также увеличение распространённости и продолжительности грудного вскармливания. Так, сохранение контакта «кожа к коже» в течение 15 мин после родов повышает вероятность эксклюзивного грудного вскармливания в течение всего периода послеродовой госпитализации в 1,4 раза; 30 мин — в 1,7 раз; 60 мин — в 2,4 раза; более 60 мин — в 3,1 раза. Во время оперативных родов выкладывание ребёнка на грудь матери вплоть до завершения операции предоставляет те же самые преимущества и позволяет матери менее болезненно воспринять «ненатуральность» своих родов.

Техническую трудность при этом может представлять пластиковая скоба, наложенная на пуповину перед её пересечением. Согласно современным рекомендациям, длина пуповинного остатка не должна составлять менее 5 см во избежание защемления внутренних органов в случае недиагностированного омфалоцеле. Чтобы скоба не мешала новорождённому пройти все девять адаптационных стадий и мать могла кормить его в позиции «биологического прикладывания» в дальнейшем, пуповинный остаток может быть пересечён на расстоянии 20–25 см от пупочного кольца. Через некоторое время скобу можно снять, пуповинный остаток при этом оставляют до его полной мумификации и самопроизвольного отделения. В современной англоязычной литературе допустимым сроком снятия скобы называют 24 часа после родов. В монографии одного из ведущих отечественных педиатров второй половины XX века профессора Б.Ф. Шагана (1959) среди прочих можно найти следующую рекомендацию по ведению пуповинного остатка: «На протертую спиртом пуповину на расстоянии 1 см от пупочного кольца накладывают зажим, затем, отступив еще на 2 см, пуповину перевязывают стерильной тесьмой и перерезают над самым зажимом. Зажим снимают через 12 ч и на пупочную культю накладывают стерильную повязку. Если остаток пуповины при любом методе ведения не отпадает в течение 7-9 дней, его следует дополнительно перевязать стерильной шелковой лигатурой».

Таким образом, мгновенный послеродовой контакт кожа-к-коже повышает физиологическую стабильность и обеспечивает оптимальное психо-эмоциональное состояние и развитие головного мозга ребёнка. Как для родильницы, так и для новорождённого, первый час после родов — это поистине «священный» час, который никогда не повторится, именно в это время начинается новая семья. Вот почему следует сделать всё возможное, чтобы не нарушать его без жизненных на то показаний.

## АНКИЛОГЛОССИЯ КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Хамошина М.Б., Руднева О.Д.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов

Термин «анкилоглоссия» складывается из греческих слов «agkilos» (петля) и «glossa» (язык). Короткую уздечку языка диагностируют в случае, если у ребёнка ограничена его подвижность, что встречается у 2%–5% детей в популяции. У 50% таких младенцев регистрируют нарушения грудного вскармливания, также могут возникать речевые дисфункции и другие моторные проблемы (например, со сглатыванием или лизанием). При наличии такого патологического состояния ребёнок не может дотронуться кончиком языка до нижней губы. При попытках сделать это кончик языка принимает форму «сердца» и остаётся за внутренним краем альвеолярного отростка нижней челюсти. Также неудачными оказываются попытки поднять кончик языка к верхнему нёбу или дотронуться до него.

На сегодняшний день установлено, что в акте сосания материнской груди участвуют нижняя челюсть ребёнка, жировые тела его щёк и язык, когда передний край последнего, выдвигаясь вперёд и принимая форму чашки, совершает перистальтические движения по направлению к корню, совместно с нижней челюстью «выжимая» молоко из груди, а корень языка опускается вниз, создавая вакуум и позволяя некоторому количеству молока накопиться в орофарингеальной области перед сглатыванием.

Тактика ведения детей с короткой уздечкой языка зависит от степени её укорочения. Так, полная неподвижность языка требует френулэктомии, тогда как при частичной анкилоглоссии достаточно френулотомии или френулопластики.

Для диагностики обсуждаемого состояния в грудном возрасте используют так называемый «пальцевой тест», когда ребёнку вместо груди предлагают палец в стерильной перчатке. Подушечку пальца в начале обследования располагают таким образом, чтобы ноготь лежал на спинке языка. Это позволяет обнаружить нарушения перистальтических движений языка ребёнка при сосании — в том числе мышечный гипер- или гипотонус, — а также оценить анатомические особенности органов ротовой полости. Для оценки функции языка на сегодняшний день наиболее целесообразно использовать шкалу А. Хэзелбейкер (A. Hazelbaker) и Бристольская шкала оценки функции языка – The Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT). Первая предполагает оценку семи функциональных и пяти внешних признаков – в их числе форма кончика языка, возможность его подъёма к верхнему нёбу, выдвигения за наружный край альвеолярного отростка нижней челюсти, латерализации. «Стоимость» каждого признака варьирует от 0 до 2 баллов. В случае, когда по результатам обследования специалист насчитывает 14 функциональных баллов – коррекция не нужна, при 11 функциональных и 10 баллах за

внешний вид – коррекция не требуется, однако следует оценить остальные параметры, влияющие на кормление грудью, менее 11 функциональных и менее 8 баллов за внешний вид означают необходимость хирургической коррекции. Бристольская шкала разработана для оценки четырёх внешних признаков, оценивать которые следует в диапазоне от 0 до 2 баллов. Сумма баллов при этом может варьировать от 0 до 8, когда результат от 0 до 3 баллов свидетельствует в пользу существенного ограничения подвижности языка ребёнка.

### СОВРЕМЕННЫЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ УСПЕШНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ Хамошина М.Б., Руднева О.Д.

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов

Неопытные матери не всегда могут дать ребёнку грудь таким образом, чтобы обеспечить полноценное, эффективное в контексте насыщения ребёнка и безболезненное сосание. Важно обучать будущих матерей основам правильного кормления. Главный «технический» момент в прикладывании ребёнка – обеспечение глубокого захвата груди. При этом сосок вытягивается, пластически трансформируется, приспосабливаясь к форме рта ребёнка. В этом – ключевое отличие сосания ребёнком груди от сосания бутылочки, в котором для создания вакуума и перетекания жидкости из соски в рот ребёнка по принципу разницы давления участвуют преимущественно губы и щёки. Если сосок расположен слишком близко к преддверию рта, сосание будет неэффективным (для опорожнения груди необходимо сжатие ареолы, а сосок выполняет лишь роль «проводника»), болезненным и травматичным. Неизбежное обсеменение повреждённого соска условно-патогенной микрофлорой чревато не только инфекцией кожи, но и лактостазом, нагрубанием молочной железы и/или маститом.

Признаки правильного прикладывания следующие:

- Тишина во время кормления (за исключением звуков при глотании очередной порции молока). «Цоканье» или «чмокание» свидетельствуют о нарушенном вакууме и сниженной эффективности сосания.
- Рот ребёнка широко раскрыт (угол не менее 130–140°), подбородок плотно прижат к груди матери, нижняя губа полностью вывернута, язык прикрывает нижнюю десну и виден в углу рта.
- Матери не больно кормить, сосок по окончании кормления равномерно вытянут, имеет форму цилиндра. Деформированный (скошенный/сплюснутый) сосок говорит о нарушенной технике прикладывания.

К наиболее распространённым причинам начала использования имитаторов груди (бутылочек с соской) в первую неделю после родов относят на-

рушения техники прикладывания ребёнка, болезненность сосков матери и её ощущение, что ребёнок не получает достаточного для него количества молока. В настоящее время в мире широкое распространение получили шкалы оценки успешности грудного вскармливания, из которых наибольшей популярностью пользуются LATCH-шкала и Бристольская шкала – Bristol Breastfeeding Assessment Tool (BBAT). Первая представляет собой ни что иное, как модификацию шкалы Апгар, когда оценивают от 0 до 2 баллов каждый из пяти признаков: сосание (Latch), звук сглатывания (Audible swallowing), тип соска (nipple Type), комфорт матери во время кормления (Comfort) и прикладывание (positioning, Hold). Общая сумма баллов при этом прямо коррелирует с благополучностью течения грудного вскармливания. Бристольская шкала разработана для оценки (от 0 до 2 баллов) также пяти признаков – сосания, сглатывания, комфорта матери, прикладывания и расположения у груди.

Обсуждаемые шкалы эффективны и удобны в использовании средним медицинским персоналом, консультантами по лактации и другими специалистами, оказывающими помощь кормящим, как в рутинной практике, так и в рамках научных исследований. Равным образом их можно применять для сравнительной оценки успешности грудного вскармливания до и после стандартной консультации или таких процедур, как френотомия.

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ, КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Шульдайс В.А.<sup>1</sup>, Клюева Н.В.<sup>1</sup>, Столыпина М.В.<sup>1</sup>, Джумагазиев А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ АО ДГП № 4, Астрахань, РФ

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский  
университет Минздрава России

*Цель:* Изучение здоровья детей в зависимости от вида вскармливания как фактора качества жизни в грудном возрасте.

*Материал и методы:* Анализ медицинских форм 112/у детей первого года жизни, проживающих в г. Астрахани за период 2012-2014 гг.

*Результаты:* В 2012 году в структуре пациентов на грудном вскармливании находились 58% и искусственном вскармливании 39%, в 2013 – 61% и 35%, а в 2014 – 62% и 34% соответственно.

Установлено, что в 2012 на первом году жизни году из детей, находящихся на грудном вскармливании переболели острой респираторно-вирусной инфекцией (ОРВИ) 6%, в 2013 – 5% и в 2014 – 4%. На искусственном вскармливании болели ОРВИ 15%, 17% и 15% детей соответственно. Имели место осложнения и тяже-

лое течение ОРВИ на грудном вскармливании 0,5%, 0,7% и 0,4%, а на искусственном вскармливании – 2,5%, 2,9% и 2,7% соответственно за 2012-2014 гг.

Сбой в суточных пищевых биологических ритмах фиксировался у детей на грудном вскармливании в 8%, 5% и 7% случаев, а на искусственном вскармливании – 8%, 11% и 9% случаев соответственно за эти три года.

Задержка психомоторного развития на грудном вскармливании отмечалась у 5%, 11% и 8%, а на искусственном – в 12%, 19%, и 18% случаев за 2012-2014 гг. соответственно. Алиментарно-зависимые заболевания встречались у 3%, 2% и 1% детей на грудном вскармливании и у 6%, 9% и 7% детей на искусственном вскармливании соответственно за эти три года наблюдения.

Таким образом, отмечено что, показатели заболеваемости, задержка психомоторного развития, показатели суточных пищевых биологических ритмов детей первого года жизни во все исследуемые эпикризные периоды в группе пациентов находившихся на грудном вскармливании благоприятнее, чем среди детей, которые были переведены на искусственное вскармливание.

*Выводы:* Грудное вскармливание у детей первого года жизни является наиболее эффективным видом вскармливания, его продление сопровождается улучшением показателей здоровья детей этой возрастной группы.

## СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ: МНЕНИЕ МАТЕРЕЙ

Шуилова Е.А., Усынина А.А.

ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет, Архангельск  
Минздрава России

Вскармливание материнским молоком является важным для развития и роста недоношенного ребенка. Цель работы – изучить мнение матерей о лактации после преждевременных родов. Проведено анонимное анкетирование 30 пациенток послеродового отделения. У всех опрошенных роды были преждевременными, две трети родили в сроке менее 35 недель. Каждый третий ребенок родился с массой менее 1500 г, каждые вторые роды были оперативными. На момент анкетирования возраст 6-и детей составлял 4-6 суток, остальные были младше 2 суток. Две трети опрошенных прикладывали детей к груди. Половина матерей отметили, что кормили детей в течение первых суток, причем трое – в первые 2 часа после родов. Причиной позднего прикладывания ребенка к груди в равной степени были оперативные роды и тяжелое состояние ребенка. Треть женщин указали, что прикладывают ребенка к груди 3-7 раз за сутки, остальные - 8 и более раз. Большинство пациенток сцеживают грудь из-за того, что ребенок не может взять грудь или

плохо сосет. Две трети начали сцеживаться с первых суток, только половина сцеживается ночью.

Большинство женщин указали, что для успешной лактации важно находиться рядом с ребенком, чаще прикладывать ребенка к груди, сцеживать молоко. Треть пациенток считала обильное питье залогом успешной лактации. Трудности при сцеживании, связанные с болью и неумением сцеживать, испытывали треть женщин. Из 12 пациенток, уже испытавших прилив молока, восемь указали на его усиление во время кожного контакта с ребенком.

Среди вопросов, вызывающих трудности для интерпретации матерями, лидирующие позиции заняли вопросы питания кормящей матери, прикладывания ребенка к груди и дефицит молока.

При работе персонала с преждевременно родившими женщинами особое внимание следует уделять вопросам регулярного сцеживания (в том числе, в ночное время), его роли для стимуляции лактации. Важно поощрять тактильный контакт матери и ребенка, разъяснять вопросы питания кормящей женщины. Пациентки после оперативных родов нуждаются в большей практической помощи при кормлении ребенка и сцеживании.

TRAINING HEALTH CARE PROFESSIONALS IN THE FIELD  
OF BREASTFEEDING AND LACTATION IN RUSSIAN FEDERATION  
Abolyan L.V., Novikova S.V.

IM Sechenov First Moscow State Medical University, Russia

*Background:* WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) is implemented in Russia since 1996. Maternity hospitals, perinatal centers, children's hospitals and outpatient clinics are taking part in the Initiative. Every year some 20% of newborns are given birth in the Baby Friendly maternity hospitals. According to Step Two, 40-hour and 20-hour WHO/UNICEF training sessions are conducted to train the personnel.

*Objectives:* 1. Assessing the breastfeeding practice among the mothers. 2. Assessing the staff's attitude and knowledge concerning breastfeeding. 3. Developing an advanced training program for medical staff.

*Methods:* Breastfeeding practice was assessed using the results of the poll in which mothers of children from 12 to 36 months took part. 911 mothers at 8 children's outpatient clinics in different regions of Russia were interrogated. Medical staff attitude and knowledge on breastfeeding was assessed using the results of the poll in which maternity and children's facilities' staff (obstetricians, pediatrics, neonatologists, midwives and nurses) took part. 797 respondents were interrogated. The statistical data was processed using SPSS 17 package.

*Results:* More than 90% of women start breastfeeding at maternity clinics. Average duration of breastfeeding at different healthcare facilities and different regions varies from 7.7 to 14.7 months. The correlation was found between the duration of breastfeeding and 10 Steps to Successful Breastfeeding program implementation at health facilities. Healthcare professionals mostly believe breastfeeding protection and promotion is important. Still, some 70% of respondents said that at the facilities they work at such efforts should be strengthened. It turned out the professionals lack knowledge on some issues considering consulting nursing mothers. More than half of the respondents would like to receive training on breastfeeding and lactation issues.

*Conclusion:* The educational content used to provide healthcare professionals with basic training was revised and updated according to the results of the research. WHO/UNICEF 40-hour course was used as a guide. The following sections were updated: breast anatomy and the process of suckling, appropriate reasons to use breastmilk substitutes, breastfeeding for sick and preterm infants, promoting BFHI at NICUs, breastmilk collection and storage, donor breastmilk banks.

Not a conflict of interest.

## LACTATION CONSULTING: THE ROLE OF HEALTHCARE PROFESSIONALS AND MOTHER SUPPORT GROUPS IN RUSSIA

Abolyan L.V.<sup>1</sup>, Novikova S.V.<sup>1</sup>, Konyaeva N.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IM Sechenov First Moscow State Medical University, Russia

<sup>2</sup>League of the Moscow Region Mothers, Stupino, Russia

*Background:* To find optimal ways to promote breastfeeding and increase its duration is actual problem of today. In Russia infants being discharged from the maternity clinic are followed up by children's polyclinics. Since 2003 children's polyclinics take part in WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative. Mother support groups are created in Russia as well. One such group is named League of the Moscow Region Mothers (League). It is a community-based organization established with the aid of local authorities (Stupino, Moscow Region).

*Objectives:* 1. Assessing breastfeeding practices at children's polyclinics that have and do not have Baby-Friendly designation (BF and NBF). 2. Assessing breastfeeding practices among mothers attending League.

*Methods:* Breastfeeding practice was assessed using the results of the poll in which mothers of children from 12 to 36 months took part. 617 mothers were interrogated at 6 children's polyclinics, including 3 polyclinics BF and 3 polyclinics NBF. Group 1 includes mothers attending BF polyclinics (305 women). Group 2 includes mothers

attending NBF polyclinics (263 women). Group 3 includes mothers attending League (49 women). Only mothers with healthy full-term babies were canvassed. The statistical data was processed using SPSS 17 package.

*Results:* Mean duration of breastfeeding ( $X \pm m$ ) in Group 1 was  $12.6 \pm 0.35$ , in Group 2 –  $7.8 \pm 0.35$ , and in Group 3 –  $19.7 \pm 1.0$  months. The percent of babies exclusively breastfed till 6 months was 69.3%; 32.0% and 68.6% in Group 1, 2 and 3 correspondingly. Differences in breastfeeding practices and main reasons of canceling breastfeeding were detected for all three groups. Group 1 and 3 mothers highly appreciated the support received from healthcare professionals and mother support group considering breastfeeding.

*Conclusion:* Implementing 10 Steps to Successful Breastfeeding in children's polyclinics and establishing mother support groups strongly contributes to the quality of lactation consulting and to wider commonness and longer durability of breastfeeding and exclusive breastfeeding.

Not a conflict of interest.

POLICY ACTIONS TO INCREASE BREASTFEEDING AND IMPROVE  
BABY FOOD NUTRITIOANAL QUALITY  
ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ДЕЙСТВИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ УРОВНЯ  
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ  
И УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ  
Breda J.

Programme Manager Nutrition, Physical Activity and Obesity Noncommunicable  
diseases and Health Promotion Division  
WHO Regional Office for Europe

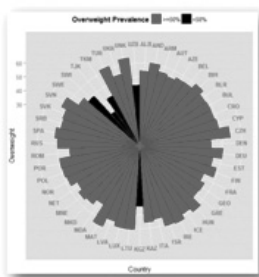
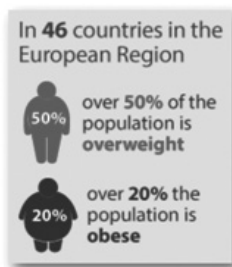


Dr. Joao Breda, PhD, MPH,  
MBA

Ожирение детского возраста  
в Европейском регионе

Рига, 19-20 марта 2014





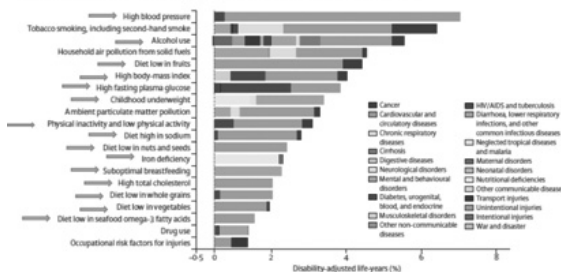
В 46 странах Европейского региона

более, чем у 50% населения избыточная масса тела;

более, чем у 20 - ожирение



**GBD – attributable for 20 RF 2010 as % DALY**



Вклад 20 факторов риска в снижении трудоспособного возраста по причине различных ХНИЗ

15 из 20 факторов риска связаны с питанием



Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2012) 22, 819–822



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)  
SciVerse ScienceDirect

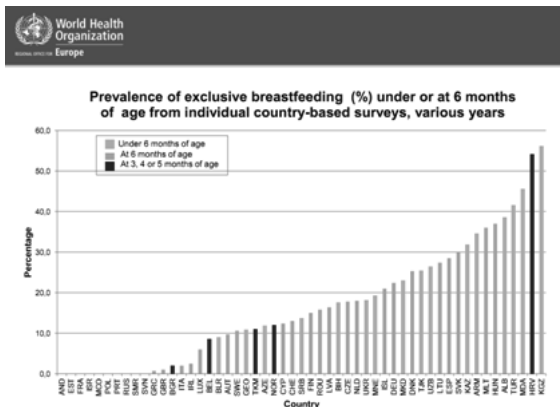
journal homepage: [www.elsevier.com/locate/nmed](http://www.elsevier.com/locate/nmed)

Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases

**Complementary feeding and non communicable diseases: Current knowledge and future research needs**

E.M.E. Poskitt <sup>a,\*</sup>, J. Breda <sup>b</sup>

E.M.E. Poskitt, J. Breda  
Complementary feeding and non communicable diseases: Current knowledge and future research needs//Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases (2012) 22, 819-822



Распространенность исключительно грудного вскармливания (%) среди детей 6 и менее месяцев по данным индивидуальных исследований стран в разные годы (до 6-и мес.; в 6 мес.; в 3, 4 и 5 мес.)



Всесторонний план реализации по вопросам питания матерей, младенцев и детей раннего возраста 2012-2015 (ВОЗ)

6 глобальных целей по питанию, которые должны быть достигнуты к 2025 году: - повышение уровня исключительно грудного вскармливания в первые 6 мес. жизни, по крайней мере, до 50%

**Dr. Joao Breda** – is the Programme Manager Nutrition, Physical Activity and Obesity Non-communicable diseases and Health Promotion Division at WHO Regional Office for Europe and responsible for providing support to the 53 Member States of the WHO European Region on the implementation of the European Charter on Counteracting Obesity and the Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases as well as evaluating their progress implementation. His team is leading for the largest and most comprehensive childhood obesity surveillance



mechanisms globally and developed a new European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020 and the first European Physical Activity for Health Strategy.

*Д-р Joao Breda* – руководитель программы по вопросам питания, физической активности и ожирения отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ. Он отвечает за оказание поддержки 53 государствам-членам Европейского региона ВОЗ в осуществлении Европейской хартии по борьбе с ожирением и отслеживает ход данного процесса. Возглавляемая им группа сотрудников отвечает за работу самого крупного и всеобъемлющего в мировом масштабе механизма эпиднадзора за детским ожирением и разработала новый Европейский план действий по питанию и физической активности 2015-2020.

AN ATTEMPT TO MAKE ONE NATION BABYFRIENDLY.  
ESTONIAN EXPERIENCE  
Raukas R., Vahtrik A.

East-Tallinn Central Hospital

*Background:* Estonia is a small North-European country. In 2012 its population was 1,3 million and the number of deliveries was 14056. Although most if the mothers started to breastfeed only 55,3% of babies were breastfed (exclusively or partially) at 6 months. In 2012 Breastfeeding Promotion Committee, an advisory board by the Ministry of Health and Social Welfare was founded.

*Aim:* To improve infants' feeding habits, enlarge the number of infants breastfed at 6 months through BFHI and unify the knowledge of medical staff involved in the care of infants a postgraduate course „Promoting Breastfeeding in Estonia“ was designed to take place in 2013 to 2015. The expectant number of participants was 646 from maternity and childrens' hospitals and 784 community nurses and family doctors (altogether 1430).

*Description of the activities:* The course duration was 26 hours, among which 16 hours of auditorial work and 10 hours of individual tasks using MOODLE learning management system. Unified slides were prepared by group of specialists to be used by 20 lecturers (midwives and pediatricians). The course was financed by the special fund of Gaming Council. The course was free of charge for the participants. The contribution from the institutions was to provide facilities with a computer and projector and let the staff to participate in the course, released from their regular duties for the particular time.

*Results:* 333 persons (midwives, community nurses, obstetricians, pediatricians etc and 4 non-medical breastfeeding counselors) participated in 22 courses in 2013. In 2014 12 courses with 230 participants took place.

The expectant result of improved breastfeeding rate at 6 months was not seen, as the method for collection of breastfeeding data was changed during period under observation. In 2012 the rate of breastfed babies, either partially or exclusively was 55,3%. Starting from 2013 the data would only be for exclusive breastfeeding, which was 44,7% in 2013 and 34,9% in 2014.

Unfortunately the Estonian UNICEF office was shut down on December 31, 2014 and we have not found an official institution through which the courses could be organized. The good intention has been cut down and no pre-planned courses have taken place since then.

Not a conflict of interest.

## ПОПЫТКА СДЕЛАТЬ ОДНУ НАЦИЮ, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОЙ К РЕБЕНКУ. ОПЫТ ЭСТОНИИ

Раукас Р., Вахтрик А.

Западная Таллиннская Центральная больница

*Введение:* Эстония маленькая страна Северной Европы. В 2012 году население республики составляло 1,3 млн. человек, общее число родов в год – 14056.

*Цель:* Улучшить состояние питания детей первого года жизни, увеличить долю исключительно грудного вскармливания в 6 мес. путем внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) и унифицировать знания медицинских работников на курсах повышения квалификации «Поддержка грудного вскармливания в Эстонии», запланированные на 2013-2015 гг.

*Описание мероприятий:* Длительность курса составляла 26 часов, из которых 16 часов занятия в аудитории и 10 часов индивидуальных заданий с использованием обучающей системы MOODLE. Группой специалистов были подготовлены унифицированные слайды для 20 лекция (для акушеров и педиатров). Курс был профинансирован фондом Gaming Council. Курс был бесплатным для участников. Вклад учреждений заключался в выделении компьютера и проектора и освобождении медицинских работников от их повседневных обязанностей в специальное время.

*Результаты:* 333 специалиста (акушерки, медицинские сестры, акушеры, педиатры и 4 консультанта без медицинского образования) приняли участие в 22 курсах в 2013 году. В 2014 году проведено 12 курсов для 230 участников.

Ожидаемый результат повышения уровня грудного вскармливания не был достигнут, поскольку был изменен метод сбора данных по грудному вскармливанию за период наблюдения. В 2012 году уровень грудного вскармливания составлял 55,3% (смешанное или исключительно грудное вскармливание в 6 мес.). Начиная с 2013 года, оценивались только показатели исключительно грудного вскармливания, которые составляли в 2013 году 44,7% и в 2014 году – 34,9%.

К сожалению, офис ЮНИСЕФ в Эстонии был закрыт 31 декабря 2014 года, и прекратилось финансирование организаций, через которые могли бы быть организованы курсы. Хорошее начинание было остановлено, и с тех пор не проводились ранее запланированные курсы.

Нет конфликта интересов.

**Вахтрик Ада** - дипломированная акушерка, IBCLC

Руководитель центра грудного вскармливания Женской клиники Восточно-Таллиннской центральной больницы, заместитель председателя Эстонского комитета по поддержке грудного вскармливания, координатор инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Республике Эстония



LACTATIONAL MASTITIS: FROM ETIOPATHOGENESIS  
TO TREATMENT  
Rodriguez J.M.

Complutense University of Madrid, Spain

In the last years, breastfeeding has received a renewed interest in both developing and developed countries due to the short-, medium- and long-term health benefits that this feeding practice provides to the mother-child pair. On this basis, international and national health organisations recommend exclusive breastfeeding for the first 6 months of life and, then, a gradual weaning process in which the infant receives human milk for up to 1 year or more, if mutually desired by mother and infant. However, it is often difficult to cope with such recommendations due to several reasons. From the medical point of view, mastitis represents the first cause of undesired precocious weaning, with an incidence among lactating women as high as 35% when any clinical mastitis case is considered. Having in account the benefits provided by breastfeeding, mastitis should be considered a relevant Public Health issue.

Human milk contains a complex microbiota which may have relevant implications not only for short- and long-term infant health but also for mammary health. In fact, mammary dysbiosis, which may be triggered by a variety of host, microbial and medical factors, often leads to acute, subacute or subclinical mastitis, a condition that represents the first medical cause for undesired weaning. Resistance to antibiotics, ability for biofilm forming and iron sequestering, and mechanisms for evasion of the host immune response, are common features among the bacterial agents, mainly staphylococci, streptococci and corynebacteria,

involved in such a condition. This explains why this condition can be elusive to antibiotic therapy, and why there is a need for standardization of human milk cultures (including sample collection) and antibiograms in order to individualize and optimize the treatments. In addition, the development of new strategies for mastitis management based on probiotics is particularly appealing. In fact, selected lactobacilli strains isolated from milk have already shown a high efficacy for the prevention and treatment of such a condition.

Not a conflict of interest.

## ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ ОТ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА К ЛЕЧЕНИЮ Родригес Х.М.

Политехнический университет, Мадрид, Испания

В последние годы в развивающихся и развитых странах вновь проснулся интерес к грудному вскармливанию. Это связано с положительным краткосрочным, среднесрочным и долгосрочным эффектом данной практики для матери и ребенка. В связи с этим международные и государственные организации здравоохранения рекомендуют исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни, а затем постепенное отлучение, при котором ребенок получает грудное молоко до года или более, если того хотят и мать, и дитя. Однако по ряду причин следовать этим рекомендациям бывает трудно. С медицинской точки зрения первой причиной вынужденного преждевременного отлучения от груди является мастит, который развивается у лактирующих женщин в 35% случаев (учитываются все клинические случаи мастита). Поскольку грудное вскармливание имеет большие преимущества, мастит следует рассматривать как проблему, заслуживающую всяческого внимания со стороны органов здравоохранения.

Грудное молоко содержит сложную флору, которая может влиять не только на здоровье ребенка (как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе), так и на здоровье женской груди. На практике дисбиоз молочной железы, причиной которого могут быть самые разные внешние факторы, микробы и лекарства, нередко приводит к развитию острого, подострого или бессимптомного мастита — заболевания, которое является наиболее частой медицинской причиной, влекущей за собой вынужденное отлучение ребенка от груди. Бактериальные агенты, в основном стафилококки, стрептококки и коринебактерии, под влиянием которых возникает мастит, нередко бывают резистентны к антибиотикам, способны формировать биопленки и связывать железо. Становится понятно, почему мастит не всегда поддается лечению антибиотиками и почему для индивидуального подбора и оптимизации решения может потребоваться стандартизация культур в грудном молоке (в том

числе сбор образца) и антибиограммы. Кроме того, особенно перспективно выглядит разработка новых стратегий лечения мастита с помощью пробиотиков. На практике отдельные молочные бактерии, выделенные из молока, уже продемонстрировали высокую способность к предотвращению и лечению мастита.

*Prof Juan Miguel Rodríguez* is Professor in the Department of Nutrition, Food Science and Technology in the Complutense University of Madrid, Spain. As an expert in human nutrition he has treated more than 10,000 women suffering from mastitis with a probiotic therapy developed from his studies on human milk microbiology, biochemistry and immunology.



He is a member of the Scientific Boards of the Spanish Society for Microbiology and the Spanish Society for Probiotics and Prebiotics (SEPyP). He is a director of Perinatal Microbiota, a research group focused on the composition and functional roles of the microbiota/microbiome in the mother-infant pair, including preterm neonates. He is also Director of Probisearch, a spin-off linked to his University that investigates microbial communities inhabiting human beings and other animal species.

*Родригес Хуан Мигель* – профессор отделения питания, науки о питании и технологии Политехнического Университета Мадрида (Испания).

Член научного совета Испанского общества микробиологии и член Испанского общества пробиотиков и пребиотиков (SEPyP).

Являясь экспертом по питанию человека, он вылечил более 10000 женщин, страдающих маститами, используя терапию пробиотиками, разработанную им в результате изучения микробиологии, биохимии и иммунологии грудного молока.

Директор исследовательской группы перинатальной микробиоты, занимающейся изучением состава и функциональной роли микробиоты/микробиома пары мать-дитя, включая недоношенных новорожденных.

Он также руководит исследованиями по изучению микроорганизмов, заселяющих человека и различные виды животных.

## Авторский указатель

- Breda J. 5, 114, 115, 116, 117  
Абольян Л.В. 7, 11, 12  
Акмаева Л.М. 41  
Аксенова М.В. 16  
Алексеева Ю.А. 13  
Антудинова К.Б. 32  
Апенченко Ю.С. 13, 14
- Барабаш Н.А. 96  
Бахтина А.Е. 57  
Безрукова Д.А. 40, 41  
Белобородова О.В. 15  
Бердикова Т.К. 16  
Богданьянц М.В. 40, 41  
Борисова П.П. 64  
Боровик Т.Э. 20  
Боронина И.В. 84  
Бочарова Т.И. 28, 30  
Будникова Е.В. 102  
Букина Т.А. 26  
Бучнов А.Д. 42
- Вахтрик А. 5, 27, 118, 119  
Веровская Т.А. 16  
Воробьева И.Н. 28
- Гайнова Л.В. 47  
Галеев М.Г. 37  
Гаприндашвили Е.Г. 58  
Георгиева О.В. 28  
Гмошинская М.В. 28, 30  
Горбачева М.М. 57  
Горячева Н.Ю. 52  
Грошева Е.В. 77
- Дакинова Л.Н. 32, 34  
Даутова Л.А. 37  
Дергач Е.В. 68  
Джанджиева А.И. 34  
Джумагазиев А.А. 110  
Долгова Е.А. 42  
Донин И.М. 74  
Дорофеева О.С. 62
- Егорова И.А. 42  
Емельянова С.Е. 16  
Емельянцева Г.И. 63  
Ермошкаева Т.У. 32
- Жиркова Ю.В. 74  
Житов П.В. 47, 57
- Житова Е.П. 47  
Жупиева Е.И. 43
- Загоровская Н.А. 96  
Захарова И.Н. 44  
Зеленкин С.А. 57
- Ильенко Л.И. 47  
Ипполитова Л.И. 51
- Калгина С.Е. 52, 76, 97  
Калинина О.Н. 54  
Каменская Е.Н. 68  
Карамян В.Г. 68  
Качалова О.В. 57  
Кильдиярова Р.Р. 58  
Киньшина М.М. 59  
Киселёва О.А. 63  
Клюева Н.В. 110  
Коваленко Н.М. 62  
Когутницкая М.И. 59  
Козлов С.А. 13  
Кондакова Н.Н. 52  
Конь И.Я. 30  
Коняева Н.А. 12  
Копцева А.В. 13  
Кортаева Н.В. 51  
Кучеров Ю.И. 74, 75
- Лавыгина М.В. 102  
Лазарева С.И. 62  
Лакович М.В. 63  
Лебедева О.Б. 64  
Лебедева У.М. 84  
Леденёва О.В. 67  
Лобанов А.В. 51, 68  
Лобанова О.А. 51  
Ломовских В.Е. 16  
Лукоянова О.Л. 69  
Лыкова П.П. 71
- Макленнан А.Б. 74  
Мамедов А.А. 74  
Маслова М.Ю. 101  
Мачнева Е.Б. 44  
Мозжухина Л.И. 52, 76, 97  
Мошурова Л.В. 59
- Нароган М.В. 77  
Нетребенко О.К. 99, 100  
Новикова С.В. 11, 12  
Носелидзе О.Б. 14
- Орловская И.В. 86  
Охлопков М.Е. 64
- Пастбина И.М. 79, 80, 81  
Плескань О.Ю. 58  
Покатилов А.Б. 82  
Попова И.Н. 84  
Початков В.А. 51  
Псутури О.А. 68
- Райский Д.В. 40, 41  
Рамазанова Л.И. 37  
Рагынская Н.В. 76, 97  
Раукас Р. 118  
Рехвиашвили М.Г. 74  
Родригес Х.М. 120, 121  
Руднева О.Д. 105, 108, 109  
Рудометов Е.В. 84  
Рюмина И.И. 77, 86
- Савельева Ю.Е. 59  
Сарванова С.В. 82  
Семашина Г.А. 47  
Семикопенко В.А. 89  
Сергиенко Е.В. 58  
Скворцова В.А. 92  
Софронова Л.Н. 94  
Станкевич С.С. 96  
Степанова С.А. 47  
Столпынина М.В. 110  
Строева Л.Е. 52, 76, 97  
Сугян Н.Г. 62  
Сырцова Л.Е. 89
- Тейф В.А. 52
- Углова Д.Ф. 58  
Украинцев С.Е. 99, 100  
Усынина А.А. 15, 111
- Фурцев В.И. 101, 102
- Хамошина М.Б. 105, 108, 109  
Харькова О.А. 81  
Хворостова А.В. 82
- Черезова С.А. 30  
Чумакова Г.Н. 81
- Шульдайс В.А. 110  
Шумилова Е.А. 111
- Ярцева В.Ю. 14



## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Абольян Л.В.</i> 25 лет Инициативе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»: Основные итоги, извлеченные уроки и перспективы развития в России . . . . .	7
<i>Абольян Л.В., Новикова С.В.</i> Подготовка медицинских кадров по вопросам грудного вскармливания в Российской Федерации . . . . .	11
<i>Абольян Л.В., Новикова С.В., Коняева Н.А.</i> Консультирование по грудному вскармливанию: роль медицинских работников и групп материнской поддержки в России . . . . .	17
<i>Апенченко Ю.С., Алексеева Ю.А., Копцева А.В., Козлов С.А.</i> Естественное вскармливание детей первого года жизни в Твери . . . . .	13
<i>Апенченко Ю.С., Носелидзе О.Б., Ярцева В.Ю.</i> Состояние грудного вскармливания в Твери и Тверской области . . . . .	14
<i>Белобородова О.В., Усынина А.А.</i> Лактация после срочных вагинальных и оперативных родов . . . . .	15
<i>Бердикова Т.К., Ломовских В.Е., Веровская Т.А., Емельянова С.Е., Аксенова М.В.</i> Защита грудного вскармливания и реализация положений Международного Свода правил маркетинга заменителей грудного молока в Волгоградской области . . . . .	16
<i>Боровик Т.Э.</i> Информация о рекомендациях Круглого стола Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему: «Актуальные вопросы производства, качества и доступности детского питания, в том числе лечебного питания» от 16 июня 2016 г. . . . .	20
<i>Букина Т.А.</i> Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» на территории Свердловской области на современном этапе . . . . .	26
<i>Вахтрик А.</i> Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в Республике Эстония . . . . .	27
<i>Гмошинская М.В., Георгиева О.В., Бочарова Т.И., Воробьева И.Н.</i> Роль грудного вскармливания и прикорма в формировании пищевого поведения ребенка . . . . .	28
<i>Гмошинская М.В., Конь И.Я., Черезова С.А., Бочарова Т.И.</i> Как питаются современные беременные и кормящие женщины . . . . .	30

<i>Дакинова Л.Н., Ермошкаева Т.У., Антудинова К.Б.</i> Мониторинг индикаторов и эффективности внедрения Инициативы ВОЗ/ ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) в перинатальном центре Республики Калмыкия . . . . .	32
<i>Дакинова Л.Н., Джанджиева А.И.</i> Основные тенденции в состоянии здоровья детей от 0 до 14 лет в Республике Калмыкия в ходе реализации Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» . . . . .	34
<i>Даутова Л.А., Галеев М.Г., Рамазанова Л.И.</i> Грудное вскармливание в репродуктивном анамнезе женщин со злокачественным заболеванием молочной железы . . . . .	37
<i>Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В., Богданьянц М.В.</i> Динамика факторов, связанных с оптимизацией вскармливания детей первого года жизни . . . . .	40
<i>Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Райский Д.В., Богданьянц М.В., Акмаева Л.М.</i> Здоровье детей первых двух лет жизни с позиций нутриентного программирования . . . . .	41
<i>Долгова Е.А., Егорова И.А., Бучнов А.Д.</i> Остеопатическая коррекция состояния детей первого года жизни при нарушениях грудного вскармливания . . . . .	42
<i>Жутиева Е.И.</i> Источники информации матерей, имеющих новорожденных детей, о грудном вскармливании . . . . .	43
<i>Захарова И.Н., Мачнева Е.Б.</i> Традиции грудного вскармливания в многонациональной России . . . . .	44
<i>Ильенко Л.И., Семашина Г.А., Гайнова Л.В., Качалова О.В., Житова Е.П., Степанова С.А.</i> Первичная и вторичная гипогалактия: прогнозирование профилактики и лечение . . . . .	47
<i>Ипполитова Л.И., Коротаева Н.В., Лобанова О.А., Початков В.А.</i> Медико-психолого-педагогические аспекты грудного вскармливания недоношенных детей . . . . .	51
<i>Калгина С.Е., Мозжухина Л.И., Строева Л.Е., Горячева Н.Ю., Тейф В.А.</i> Кондакова Н.Н. Обучение кормящих матерей рациональному питанию – способ профилактики витамин-К-зависимого геморрагического синдрома . . . . .	52
<i>Калинина О.Н.</i> Роль медицинского психолога в преодолении трудностей разного уровня при налаживании грудного вскармливания у матерей, родивших раньше срока . . . . .	54

<i>Качалова О.В., Горбачева М.М., Бахтина А.Е., Зеленкин С.А., Житов П.В.</i> Система поддержки грудного вскармливания в педиатрическом стационаре перинатального центра . . . . .	57
<i>Кильдиярова Р.Р., Сергиенко Е.В., Гаприндашвили Е.Г., Углова Д.Ф., Плескань О.Ю.</i> Взаимосвязь способов переноски младенцев с грудным вскармливанием . . . . .	58
<i>Киньшина М.М.</i> Опыт организации распространения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» на территории Воронежской области . . . . .	59
<i>Коваленко Н.М.</i> Потенциал тактильных методик реабилитации в коррекции послеродового дезадапционного периода . . . . .	62
<i>Лазарева С.И., Сугян Н.Г., Дорофеева О.С.</i> Кабинет поддержки грудного вскармливания ГБУЗ «ДГП № 133» г. Москвы . . . . .	62
<i>Лакович М.В., Емельянцева Г.И., Киселёва О.А.</i> Опыт работы консультанта по грудному вскармливанию в отделении патологии детей раннего возраста . . . . .	63
<i>Лебедева У.М., Борисова П.П., Охлопков М.Е.</i> Всемирная Неделя грудного вскармливания в Республике Саха (Якутия) . . . . .	64
<i>Леденёва О.В.</i> О сохранности грудного молока в рационе детей, выписанных из отделения патологии новорожденных . . . . .	67
<i>Лобанов А.В., Карамян В.Г., Псутури О.А., Каменская Е.Н., Дергач Е.В.</i> Практика грудного вскармливания в отделении реанимации новорожденных акушерского стационара . . . . .	68
<i>Лукоянова О.Л.</i> Возможности организации успешного грудного вскармливания у больных и недоношенных детей с применением современных технологий . . . . .	69
<i>Лыкова П.П.</i> Консультант по лактации: российский и зарубежный опыт . . . . .	71
<i>Мамедов А.А., Кучеров Ю.И., Жиркова Ю.В., Макленнан А.Б., Донин И.М., Рехвиашвили М.Г.</i> Реабилитация детей с расщелиной губы и неба в периоде новорожденности . . . . .	74
<i>Мозжухина Л.И., Строева Л.Е., Ратынская Н.В., Калгина С.Е.</i> Консультирование по грудному вскармливанию: обучение в рамках непрерывного медицинского образования . . . . .	76

<i>Нароган М.В. Грошева Е.В., Рюмина И.И.</i> Энтеральное питание глубоко недоношенных детей: результаты применения нового стандартизованного подхода в условиях федерального перинатального центра . . . . .	77
<i>Пастбина И.М.</i> XXI век: распространенность грудного вскармливания в Северо-Западном Федеральном округе . . . . .	79
<i>Пастбина И.М.</i> Текущий аудит показателей грудного вскармливания в Архангельской области за 2015 год . . . . .	80
<i>Пастбина И.М., Чумакова Г.Н., Харькова О.А.</i> Табакокурение как признак некачественного формирования доминанты грудного вскармливания . . . . .	81
<i>Покатилов А.Б., Сарванова С.В., Хворостова А.В.</i> Поддержка и пропаганда грудного вскармливания в Волгоградской области . . .	82
<i>Попова И.Н., Боронина И.В., Рудометов Е.В., Лебедева О.Б.</i> Эффективность кормления материнским молоком детей с низкой и экстремально низкой массой тела в отделении реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара . . . . .	84
<i>Рюмина И.И., Орловская И.В.</i> Проблемы, возникающие при организации грудного вскармливания недоношенных новорожденных и пути их решения . . . . .	86
<i>Семикопенко В.А., Сырцова Л.Е.</i> Что необходимо для сохранения здоровой молочной железы? . . . . .	89
<i>Скворцова В.А.</i> Программирующее влияние грудного вскармливания на состояние здоровья . . . . .	92
<i>Софронова Л.Н.</i> Первоочередность в тактике питания недоношенных детей: молозиво – «иммунный сок» . . . . .	94
<i>Станкевич С.С., Барабаш Н.А., Загоровская Н.А.</i> Внедрение Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» в г. Томске. Итоги и перспективы . . . .	96
<i>Строева Л.Е., Мозжухина Л.И., Ратынская Н.В., Калгина С.Е.</i> Грудное вскармливание детей на первом году жизни: что помогает и что мешает ему быть эффективным . . . . .	97

<i>Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.</i> Грудное вскармливание как очередной этап становления кишечной микробиоты у ребенка.....	99
<i>Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.</i> Последствия нерационального вскармливания детей в родильном доме .....	100
<i>Украинцев С.Е., Нетребенко О.К.</i> Хронология грудного молока, или еще раз о том, почему нужно поощрять и поддерживать грудное вскармливание .....	100
<i>Фурцев В. И., Маслова М.Ю.</i> Персонифицированный отчет по случаям перевода детей на искусственное вскармливание в возрасте от 0 до 6 мес. – дополнительный резерв снижения количества детей лишенных материнского молока .....	101
<i>Фурцев В.И., Будникова Е.В., Лавыгина М.В.</i> Грудное вскармливание – социальный вопрос .....	102
<i>Хамошина М.Б., Руднева О.Д.</i> Непрерывный контакт «кожа к коже» в течение первого часа после родов .....	105
<i>Хамошина М.Б., Руднева О.Д.</i> Анкилоглоссия как фактор риска нарушения грудного вскармливания .....	108
<i>Хамошина М.Б., Руднева О.Д.</i> Современные шкалы оценки успешности грудного вскармливания .....	109
<i>Шульдайс В.А., Клоева Н.В., Столыпина М.В., Джумагазиев А.А.</i> Грудное вскармливание, как фактор оптимизации качества жизни ребенка .....	110
<i>Шумилова Е.А., Усынина А.А.</i> Становления лактации после преждевременных родов: мнение матерей .....	111
<i>Abolyan L.V., Novikova S.V.</i> Training health care professionals in the field of breastfeeding and lactation in Russian Federation .....	112
<i>Abolyan L.V., Novikova S.V., Konyaeva N.A.</i> Lactation consulting: The role of health care professionals and mother support groups in Russia .....	113
<i>Breda J.</i> Policy actions to increase Breastfeeding and improve Baby Food nutritional quality/ Политика в отношении действий, направленных на повышение уровня грудного вскармливания и улучшение качества детского питания .....	114

<i>Raukas R., Vahtrik A.</i> An attempt to make one nation babyfriendly. Estonian experience . . . . .	117
<i>Раукас Р., Вахтрик А.</i> Попытка сделать одну нацию, доброжелательной к ребенку. Опыт Эстонии . . . . .	118
<i>Rodriguez J. M.</i> Lactational mastitis: from etiopathogenesis to treatment . . . . .	119
<i>Родригес Х.М.</i> Лактационный мастит: от этиопатогенеза к лечению . . . . .	120
Авторский указатель . . . . .	122