
**ОХРАНА, ПОДДЕРЖКА И ПООЩРЕНИЕ
ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ
РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА**

Руководство для врачей

**Москва
2005**

УДК 613.287.8 (07)

Организация-разработчик: Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением

Рецензенты:

В.Ю.Альбицкий – проф., д.м.н. заведующий отделом социальной педиатрии ГУ Научный центр здоровья детей РАМН

В.А. Кулавский – член-корр. РАЕН, проф., д.м.н. заведующий кафедрой акушерства и гинекологии института последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета, заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный врач Республики Башкортостан

В.Е.Ломовских – д.м.н., заместитель Председателя Комитета здравоохранения Волгоградской области, заслуженный врач Российской Федерации

Под научной редакцией:

В.З.Кучеренко – член-корр. РАМН, проф., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М.Сеченова

Абольян Л.В.

Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства: Руководство для врачей. - М.: ММА им. И.М.Сеченова, 2005. - 110 с.

ISBN 5-9243-0095-1

В руководстве представлены материалы по внедрению принципов успешного грудного вскармливания, лежащих в основе Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», в практику лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства. Оно содержит информацию о преимуществах грудного вскармливания, сведения об Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку» и результатах ее внедрения в России, национальные критерии соответствия учреждений стандартам Инициативы, инструмент внешней оценки учреждений, справочный материал относительно организации работы по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

При подготовке руководства использовались данные отечественной и зарубежной литературы, в том числе материалы ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также результаты собственных исследований и наблюдений.

Предназначено для организаторов здравоохранения, руководителей службы и учреждений родовспоможения и детства, врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров, а также для национальных и региональных экспертов и координаторов программ по охране и поддержке грудного вскармливания.

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	
Введение	6
1. Роль медицинских учреждений родовспоможения и детства в охране и поддержке грудного вскармливания	8
1.1. Медико-биологические и социальные аспекты грудного вскармливания	8
1.2. Эпидемиология грудного вскармливания	12
1.3. Современные рекомендации по грудному вскармливанию и Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»	15
2. Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации	18
3. Десять принципов успешного грудного вскармливания и Глобальные критерии Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»	26
4. Национальные критерии оценки женских консультаций на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	30
5. Национальные критерии оценки детских поликлиник на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	35
6. Как стать «Больницей, доброжелательной к ребенку»	40
6.1. Организация работы лечебно-профилактических учреждений по внедрению десяти принципов успешного грудного вскармливания	40
6.2. Самооценка лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	43
6.3. Внешняя оценка лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	45
6.4. Переаттестация лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	46
7. Показатели грудного вскармливания, принятые в Российской Федерации и рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения	47
8. Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока	48
9. Трудовое законодательство Российской Федерации об охране материнства и детства	49
Термины и определения	50
Литература	51
Полезные адреса	56
Список акушерских стационаров, удостоенных международного статуса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку», 1996-2005 гг.	57
Список детских амбулаторно-поликлинических учреждений, удостоенных национального статуса «Больница, доброжелательная к ребенку», 2003-2005 гг.	61
Список женских консультаций, удостоенных национального статуса «Больница, доброжелательная к ребенку», 2003-2005 гг.	63

Приложения

Приложение 1. Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	65
Приложение 2. Медицинские показания для использования заменителей грудного молока	67
Приложение 3. Программа 40-часового обучающего курса ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию»	68
Приложение 4. Политика поддержки грудного вскармливания в женской консультации	69
Приложение 5. Политика поддержки грудного вскармливания в родильном доме/отделении	72
Приложение 6. Политика поддержки грудного вскармливания в детской поликлинике	76
Приложение 7. Функциональные обязанности медицинского персонала женских консультаций, родильных домов/отделений и детских поликлиник по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания	80
Приложение 8. Контрольный лист навыков по грудному вскармливанию: дородовая подготовка беременных женщин	83
Приложение 9. Послеродовый патронаж: оценка кормления грудью	84
Приложение 10. Памятка родителям и членам семьи, в которой появился Малыш	85
Приложение 11. Контрольный лист оценки грудного вскармливания на педиатрическом участке	87
Приложение 12. Анкета самооценки женской консультации на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	88
Приложение 13. Анкета самооценки родильного дома/отделения на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	93
Приложение 14. Анкета самооценки детской поликлиники на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	99
Приложение 15. Динамика грудного вскармливания в детской поликлинике (форма записи данных официальной статистики - Форма 31)	104
Приложение 16. Количественные критерии оценки детской поликлиники на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»	105
Приложение 17. Ретроспективный анализ длительности грудного вскармливания в детской поликлинике	106
Приложение 18. Динамика показателей грудного вскармливания в субъектах федерации, по данным официальной статистики Минздрава России за 1999, 2001 и 2003 гг. (%)	107
Приложение 19. Выдержки из Федерального Закона «Трудовой кодекс Российской Федерации» (от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ)	109

ПРЕДИСЛОВИЕ

Грудное вскармливание является естественным способом обеспечения идеальным питанием грудных детей для их полноценного роста, развития и оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье матери и ребенка. Пропаганда и защита грудного вскармливания продолжает оставаться одной из важнейших задач акушерской и педиатрической службы Российской Федерации.

В настоящее время в нашей стране разработана и успешно внедряется новая медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. В основе этой модели лежат российские традиции и современные принципы грудного вскармливания Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку».

В ряде территорий и субъектах федерации новые принципы охраны и поддержки грудного вскармливания внедрены на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку - женской консультации, родильном доме и детской поликлинике. Внедрение и дальнейшее развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ в Российской Федерации показало ее важное значение для повышения уровня грудного вскармливания и снижения заболеваемости детей первого года жизни; улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку и ее гуманизации; экономии материальных ресурсов как отдельных медицинских учреждений, так и субъектов федерации в целом.

Настоящее руководство может служить справочным материалом для организаторов здравоохранения по разработке и внедрению профилактических программ, направленных на охрану и поддержку грудного вскармливания.

Искренне желаю, чтобы учреждения здравоохранения использовали все лучшее и полезное, что было накоплено богатым отечественным и международным опытом в охране здоровья матери и ребенка.

Директор Департамента медико-социальных проблем семьи,
материнства и детства Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
проф., д.м.н. О.В. Шарапова



ВВЕДЕНИЕ

*«Вкладывать ресурсы в грудное вскармливание – значит,
вкладывать ресурсы в здоровье»*

— из доклада Евробюро ВОЗ, 1995

*«Поддержка грудного вскармливания - важнейшая часть
и мировоззрения, и практики каждого врача нашей планеты»*

— проф. И.М.Воронцов, 1998

В документах Всемирной организации здравоохранения отмечается, что во всем мире более, чем одна треть детей в возрасте до 5 лет не получает достаточного и правильного питания, что проявляется в задержке роста, похудании, недостаточности йода, витамина А или железа. Определяя политику здравоохранения в области питания и укрепления здоровья матери и ребенка в 21 веке, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский Фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) первостепенное внимание уделяют вопросам грудного вскармливания.

В обращении 54 сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения к странам-участницам определяются основные направления стратегии по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания:

— принимая к сведению руководящие принципы Конвенции о правах ребенка, в частности Статью 24, в которой признается, среди прочего, необходимость обеспечить доступность и наличие как надлежащей поддержки, так и информации, касающейся использования основных знаний о здоровье и питании ребенка, а также о преимуществах грудного вскармливания для всех групп общества, особенно родителей и детей, необходимо укреплять мероприятия и разрабатывать новые в целях защиты, пропаганды и поддержки грудного вскармливания **в течение шести месяцев** в качестве глобальной рекомендации общественного здравоохранения, учитывая результаты консультативного совещания экспертов ВОЗ по вопросам оптимальной продолжительности исключительно грудного вскармливания, и обеспечивать безопасное и соответствующее прикармливание с продолжением грудного вскармливания до двух или более лет, обращая особое внимание на общественные каналы распространения этих концепций с целью обеспечения более широкой приверженности населения этим видам практики;

— поддерживать Инициативу по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания, и создавать механизмы, включая правила, законодательство или другие меры, прямо или косвенно направленные на проведение периодической переоценки больниц и на обеспечение поддержания стандартов и долгосрочной стабильности этой Инициативы и доверия к ней.

Эти положения вошли в качестве основополагающих в Глобальную стратегию по питанию детей грудного и раннего возраста, принятой на 55 сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (2002).

Актуальность проблемы грудного вскармливания для многих стран состоит еще и в том, что, несмотря на предпринимаемые усилия, распространенность исключительно грудного вскармливания, которое обеспечивает в полной мере полноценное питание, защиту от инфекций и гармоничное развитие ребенка в первые шесть месяцев жизни, остается невысокой. Глобальный банк данных ВОЗ по грудному вскармливанию, располагая информацией в отношении 94 стран и 65 % общего числа грудных детей в мире, указывает на то, что лишь приблизительно 35 % всех грудных детей получают исключительно грудное вскармливание в возрасте от 0 до 4 месяцев (Питание детей грудного и раннего возраста, ВАЗ, 2001; 2002).

Изложенные в настоящем пособии материалы могут послужить руководством к действию для организаторов здравоохранения, национальных преподавателей и экспертов Инициативы

«Больница, доброжелательная к ребенку», практических врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и среднего медицинского персонала, работающих с беременными и кормящими женщинами, новорожденными и детьми раннего возраста. В него включены вопросы, отражающие современные представления о медико-биологических и социальных аспектах грудного вскармливания, о национальных традициях и роли лечебно-профилактических учреждений в его охране и поддержке, а также о современных рекомендациях и принципах, лежащих в основе Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Приводится описание основных направлений национальной политики, проводимой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в области грудного вскармливания; результаты внедрения Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в практику учреждений родовспоможения и детства субъектов федерации; международные и национальные критерии соответствия медицинских учреждений статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» и справочный материал по организации работы акушерских стационаров, женских консультаций и детских амбулаторно-поликлинических учреждений в направлении охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания.

1. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА В ОХРАНЕ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

1.1. Медико-биологические и социальные аспекты грудного вскармливания

Грудное вскармливание является не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием грудных детей для их полноценного роста, развития. Оно оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье, как матери, так и ребенка (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998; Зелинская Д.И., Ладодо К.С., Конь И.Я., 1998, 2000; Ладодо К.С., 1998, 1999; 1999; Фатеева Е.М., Попович М.В., 1999 и др.). Глубокая физиологическая и психологическая связь матери и ребенка, заложенная еще во внутриутробном периоде, продолжается и после рождения именно посредством кормления грудью.

Все более значимым становится понимание значения кормления грудью для жизни младенца, для обеспечения максимально высоких стандартов здоровья, для эффективного развития психологических и познавательных навыков и для долгосрочного здоровья. Грудное вскармливание является не только средством питания младенца, но и эссенциально необходимым элементом экологии детства. Грудное молочное вскармливание представляет собой одну из наиболее гениальных находок естественной эволюции жизни. Феномен питания материнским молоком можно назвать «золотым стандартом» биологии питания (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998). Оно определяет свойства развития и здоровья, как на период детства, так и на последующие периоды.

Для ребенка первого полугодия жизни единственным по-настоящему сбалансированным и оптимальным видом питания является молоко матери. В Методических рекомендациях для Европейского региона ВОЗ «Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста» (2001) приводятся современные данные о нутриентном составе грудного молока в сравнении с искусственными смесями. Материнское молоко имеет неповторимый индивидуальный состав, все ингредиенты грудного молока максимально близки составу тканей ребенка. Оно содержит легко усвояемые протеины, жиры и углеводы, незаменимые аминокислоты, полиненасыщенные жирные кислоты, витамины и микроэлементы. В процессе лактации состав грудного молока не остается постоянным. Грудное молоко отличается по составу у разных матерей и в разные сроки лактации. Изменения, происходящие в составе грудного молока на протяжении всей лактации, имеют функциональный характер и всегда отвечают требованиям младенца.

Оптимальное содержание нутриентов грудного молока и их хорошая усвояемость уменьшают вероятность развития у детей первых месяцев жизни алиментарно-зависимых заболеваний, таких как анемия, рахит, диатез, а также функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта в виде срыгиваний, колик, запоров, дисбиотических нарушений и др. Среди детей на грудном вскармливании меньше вероятность развития аллергических заболеваний: пищевой аллергии, аллергического бронхита и бронхиальной астмы.

Помимо выгод пищевого характера, грудное молоко также дает грудным детям целый ряд преимуществ, не связанных с питанием. К ним относится защита от различных инфекций и хронических неинфекционных заболеваний.

В последнее время активно ведутся научные исследования о значении грудного вскармливания для гармоничного физического, нервно-психического и когнитивного развития ребенка.

Оптимальные темпы физического развития наблюдаются в группе детей, получающих грудное молоко. Среди детей на искусственном вскармливании чаще встречаются дети, как с недостаточной массой тела, так и с признаками ожирения. Также было выявлено, что дети на искусственном вскармливании опережают свой биологический возраст - на 20% к 7 месяцам

жизни (Воронцов И.М., 1994).

Чем дольше кормят ребенка грудью, тем меньше вероятность неправильного формирования прикуса и появления кариеса. При грудном вскармливании до 1,5-2 лет у детей крайне редко возникают логопедические и стоматологические проблемы. Грудное вскармливание благоприятно влияет на развитие челюстно-лицевого скелета, прорезывание зубов, развитие лицевого аппарата, снижает частоту формирования неправильного прикуса, ортодонтической и логопедической патологии (Образцов Ю.Л., 1988; Ахмедова А.А. с соавт., 1989; Смоляр Н.И., Солонько Г.М., 1989; Сомова К.Т. с соавт., 1993).

Оптимальный состав женского молока формирует такие особенности жирового, углеводного, минерального и энергетического обмена, при которых обеспечиваются оптимальные условия для физического и интеллектуального развития ребенка, долголетие, социальная адаптация, снижается последующий риск развития атеросклероза, гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета, лейкоза и хронических заболеваний кишечника (Fewtrell M.S., 2004; Global strategy on diet, physical activity and health, 2004).

Исследования последних лет показали тесную связь между организмом матери и младенца посредством вскармливания грудью. Вскармливание материнским молоком обеспечивает не только полноценное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, но также способствует хорошему эмоциональному состоянию, спокойному поведению младенца.

Материнское молоко имеет не только неповторимый индивидуальный состав, но многие младенцы по запаху отличают «свое» молоко от «чужого». Грудной ребенок живет не только одним молоком, все остальные его потребности – физические, социальные, психические и духовные, удовлетворяются одновременно с прикосновениями к материнской груди, ощущая рядом биение родного сердца, слыша голос матери, который закладывает основы для дальнейшего речевого развития.

Физический контакт матери и ребенка после рождения, прикладывание новорожденного к груди, а в последующие дни и месяцы кормление грудью, обеспечивают младенцу чувство защищенности и уверенности в материнской поддержке, а матери – устойчивую лактацию. Отсутствие телесного контакта между матерью и ребенком, приводит к снижению активности сосания, отказу от груди, появлению комплекса недоверия в адрес окружающих, отрицательной установке по отношению к внешнему миру, потере сенсорных ориентиров, нарушению восприятия своего собственного Я.

Кормление грудью создает все условия для более тесного контакта матери и ребенка, формирует самые близкие их связи, сохраняющиеся на долгие годы. Особенно для молодой матери естественное вскармливание ребенка является наилучшим и единственным путем формирования материнского поведения и развития материнских чувств. Уровни материнской заботы и тревоги, степень отклика на возникающие у ребенка потребности, точность интуитивного поведения на его потребности, степень реакции на реальную или потенциальную угрозу, не насыщаемая потребность в общении с ребенком и радость от длительного общения – все это определяется не родами, а исключительно, прикладыванием к материнской груди.

Прикладывание к груди является полноценным средством для компенсации стрессов ребенка, он очень быстро успокаивается, забыв о своем горе и переживании. Новорожденный ребенок наделен способностью испытывать те же эмоции, которые испытывает его мать, малыш нуждается в общении с ней. Для полноценного общения матери и ребенка огромное значение имеет акт кормления грудью, при условии его достаточной длительности и отсутствия спешки. Ребенок должен сосать материнскую грудь пока сам не удовлетворится процессом сосания. Отклик матери кормлением не только на голод, но также на беспокойство, тревогу создают для ребенка ту атмосферу любви и защищенности, без которых невозможно полноценное развитие его, как личности, развитие его интеллекта и психики. Естественно, что при

такой степени связи матери и младенца в процессе грудного вскармливания формируется цельный комплекс еще более сложных психофизиологических отношений – базы будущей социализации ребенка. Впоследствии зависимость ребенка от материнского молока будет уменьшаться, но сформированные в процессе их физического и эмоционального общения психофизиологические связи, а также отношения матери и ребенка останутся пожизненной основой внутрисемейных отношений, отношений между поколениями и, возможно, в обществе в целом (Тонкова-Ямпольская Р.В., 1984; Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998; Пономарева Л.П., 1999; Джумагазиев А.А. с соавт., 2004, 2005).

Нервно-психическое развитие детей на естественном вскармливании опережает развитие детей на бутылочном кормлении, хотя эти различия несколько сглаживаются при использовании в питании детей современных адаптированных смесей. Даже в первые дни жизни дети, получающие материнскую грудь, эмоционально и двигателью более активны. В обстановке «доброжелательной стимуляции» происходит первый этап социализации ребенка. Младенец получает положительные стимулы от матери во время сосания груди, покачиваний, поглаживаний и начинает их реализацию на сложнейшем сугубо человеческом индивидуальном пути формирования души и личности (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1998). Грудное вскармливание имеет свои отдаленные последствия, которые проявляются в положительном влиянии грудного вскармливания на развитие познавательных способностей ребенка, интеллекта и свойств личности. Значительно более высокий коэффициент интеллектуального развития и лучшие способности к обучению показывали школьники, которые в раннем детстве вскармливались молоком матери (Перевощикова Н.К. с соавт., 1997, 2002; Angelsen N.K. et al., 2001; Mortensen E.L. et al., 2002). Наименьшее число случаев грубого поведения, в том числе антисоциальных поступков, отмечено в группе школьников, получавших грудное молоко в течение 11-24 месяцев (Джумагазиев А.А. с соавт., 2004, 2005; Childers A., Hamil B., 1932).

Вскармливание ребенка грудью оказывает положительное влияние на здоровье не только ребенка, но и матери. Прикладывание ребенка к груди в течение первых 30 минут после рождения, снижает развитие послеродовых кровотечений в 2,5 раза. Раннее начало грудного кормления ускоряет процесс восстановления организма женщины после родов, так как рефлекторная связь между молочными железами и маткой способствует сокращению матки и восстановлению ее прежних размеров. Кормление грудью помогает матерям избавиться от лишних килограммов, которые были набраны во время беременности (Малярчук Н.И., 2000; Буцык И.И., 2003; Heinig M.J., Dewey K.G., 1997; Naylor A.J., Morrow A.L., 2001).

Кормление грудью предотвращает развитие новой беременности на 98% в первые месяцы после родов, если мать кормит ребенка исключительно грудью (Labbok M.H., 1994; Zue B.P. et al., 1999).

Кроме того, грудное вскармливание предупреждает развитие раковых заболеваний груди и яичников у женщин, что одинаково как для развивающихся, так и для индустриальных стран. Вероятность развития рака яичников снижается на 20-25% при каждом рождении ребенка, если его кормили грудью, по крайней мере, 2 месяца (Rosenblatt K.A. et al., 1993). Риск рака груди уменьшается вдвое, если женщина выкормила 3-х детей. Такой же эффект наблюдается, если женщина кормила одного ребенка не менее 13 месяцев. В ряде других исследований было показано, что риск рака груди уменьшается на 7% с каждой беременностью и на 4,3% с каждым месяцем кормления грудью (Breast cancer and breastfeeding, 2003).

У женщин, вскармливающих своих детей грудью в течение 9 месяцев после рождения, вероятность развития остеопороза в возрасте старше 65 лет уменьшается на 25% (Cummins S.R. et al., 1985; 1993; Hayslip C.L., 1989).

Помимо медико-биологических преимуществ грудного вскармливания, связанных с улучшением здоровья и более гармоничным развитием детей, улучшением репродуктивного здо-

ровья женщин немаловажен и экономический аспект грудного вскармливания для семьи и общества. Значительные средства, людские и природные ресурсы могут быть сэкономлены с увеличением числа детей на естественном вскармливании. В масштабах государства экономия средств может выражаться в сокращении производства или закупок заменителей грудного молока, а также в уменьшении затрат, связанных с лечением детей в условиях детских стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений. Для семьи - это значительная экономия денежных средств на приобретение смесей, воды, бутылочек и сосок, оплату электроэнергии. Учитывая, что число кормлений ребенка первого полугодия составляет 8 раз в первый месяц, 7 раз - во второй и не менее 6 раз в последующие 4 месяца, ощутимы и затраты времени на приготовление смесей и мытье посуды («Консультирование по ВИЧ и вскармливанию грудных детей», ВОЗ, 2000).

В своих исследованиях И.В. Глушко (2003) дала оценку экономии средств на лечение и медицинское обслуживание больных детей первого года жизни в лечебно-профилактических учреждениях города Владивостока в результате внедрения программ по охране и поддержке грудного вскармливания. Ею было подсчитано, что в результате внедрения программы «Больница, доброжелательная к ребенку» во всех пяти родильных домах города будет сэкономлено за год на лечении детей в детской больнице 59 млн. руб. при расчете нормативной стоимости из территориального фонда ОМС. На этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи детям первого года жизни (посещение врача детской поликлиники и вызов врача на дом) экономия средств могла бы составить свыше 2,5 млн. рублей при условии, если бы все дети находились на грудном вскармливании не менее 6 месяцев.

Чтобы представить затраты, связанные с производством смесей в масштабах целой страны следует произвести следующие расчеты. По данным Всемирной организации здравоохранения, в среднем для питания младенца в течение первых шести месяцев жизни нужно 40 пачек по 500 г, или 20 кг сухой смеси и 130,5 л воды для ее разведения. В 2003 году число детей, достигших 1 года жизни, составило в России 1 274 413 («Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2003 году», 2004). Таким образом, для обеспечения молочным питанием всех детей в течение первых 6 месяцев жизни понадобилось бы сухих смесей около 25 489 т и воды около 166 311 тыс. л.

Расчеты затрат на питание детей особенно актуальны в условиях происходящих в стране экономических, политических и социальных изменений, которые негативно сказались на социальном статусе, качестве жизни и жизненном уровне многих семей. В наиболее трудном положении оказались молодые семьи с детьми, многодетные семьи, а также неполные семьи. Около 30% женщин рожают детей, не состоя в зарегистрированном браке. По данным Госкомстата России, в 2002 году 54,4% семей с детьми в возрасте до 16 лет, имели среднедушевые денежные доходы ниже прожиточного минимума (1808 руб.). Число малообеспеченных семей больше среди семей, имеющих двух - 62,3%, трех и более детей - 74,3% («О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад. 2003 год»). Ежемесячного пособия на ребенка до 1,5 лет (500 руб.) едва хватит на приобретение смесей не самого лучшего качества в случае искусственного вскармливания младенца.

В обзоре Американского Комитета по грудному вскармливанию «Экономические преимущества грудного вскармливания/ Economic benefits of breastfeeding» приводятся данные о том, что ежегодно в США приходится утилизировать 550 миллионов банок и коробок из под молочных смесей, или 86000 т металла и 800000 фунтов бумаги (Raleigh N.C., 2002).

По данным Всемирной организации здравоохранения программы и мероприятия по поддержке грудного вскармливания являются эффективным, с точки зрения затрат, средством снижения детской заболеваемости или смертности. По мнению Изабеллы де Зойса с соавт. (1992), затраты органов здравоохранения на стимулирование грудного вскармливания могут

быть в значительной степени компенсированы за счет экономии средств, идущих на покупку детского питания и бутылочек и меньших затрат времени и средств на лечение больных детей. В одном из исследований была проведена оценка затрат на реализацию пакета мероприятий по стимулированию грудного вскармливания в рамках Программы борьбы с диареей. Учитывались все возможные ресурсы: изменения порядка содержания в больницах; персональное обучение и поддержка; пропаганда в средствах массовой информации и законодательные меры контроля продажи заменителей грудного молока. В результате проведенного анализа оказалось, что стоимость программы составила от 1 до 10 долл. США на одну мать, охваченную этим мероприятием. При самом дешевом вмешательстве (около 1 долл. США на одну мать) экономия средств, связанных с предотвращением одного случая заболевания была не менее 15 долл. США (Shepard D.S., Brenzel L.E., 1985).

Заключая, следует отметить, что естественное вскармливание младенца его биологической матерью не потеряло своей актуальности и в наше время, с точки зрения его медико-биологической и социальной значимости для семьи и общества. Российские педиатры И.М. Воронцов и Е.М. Фатеева (1998) так оценивают актуальность грудного вскармливания в условиях современной индустрии искусственного питания — *в наши дни искусственное вскармливание уже не представляется обязательной и неизбежной жизненной драмой и реальным ухудшением качества жизни, но вскармливание грудью дает каждому человеку ряд весомых новых или дополнительных возможностей на достижение таланта и обретение счастья. Поэтому, поддержка грудного вскармливания - важнейшая часть и мировоззрения, и практики каждого врача нашей планеты.*

1.2. Эпидемиология грудного вскармливания

Развитие учения о естественном вскармливании в педиатрии и нутрициологии шло параллельно с интенсивным поиском путей отказа от него. Каждый новый этап в познании состава женского молока и путей метаболизма его компонентов служил одновременно совершенствованию технологии изготовления смесей для искусственного кормления младенцев, так называемых «заменителей» женского молока. В связи с этим росла убежденность в наличии альтернативы естественному вскармливанию. В 1968 году Lee Forrest Hill утверждал, что «вскармливание смесями стало настолько простым, безопасным и однозначно успешным, что видимо больше не существует проблемы грудного вскармливания» (Cunningham A.S. et al., 1992). Отсюда катастрофическое снижение продолжительности и распространенности грудного вскармливания детей в большинстве развитых стран вплоть до 1970-1980 гг. нашего столетия.

На протяжении более чем 150 лет истории науки о детском питании, естественное вскармливание и женское молоко были «золотыми стандартами» в отечественной детской диетологии. Традиционная практика пропаганды грудного вскармливания основывалась на глубоких научных знаниях, но всегда подчеркивала нравственную обязанность матери кормить свое дитя грудным молоком (Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В., 1998).

Еще в конце XIX века приват-доцент Московского Университета Н.Ф. Миллер писал: «всякая мать обязана кормить сама; она должна помнить, что ее молоко не заменит никакая кормилица и что ее - даже лишь непосредственное молоко — будет лучше вскармливать ее родного ребенка, нежели самое лучшее молоко чужой женщины» (1888).

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

С целью пропаганды грудного вскармливания и оказания матерям необходимой консультативной помощи с начала XX в России стали создаваться первые детские консультации под

названием «Капля молока» (Гершензон А.О., 1909, 1913; Ямпольский С.М., 1913).

В России и Советском Союзе кормление грудью считалось «здоровой вековой традицией, общей у всех проживающих в Союзе народов» (Мичник О.З., 1940). Советские педиатры и организаторы здравоохранения были наиболее последовательны в борьбе за грудное вскармливание. Детские консультации, а позже детские поликлиники проводили активную пропаганду грудного вскармливания, а в детских яслях было организовано кормление грудью работающими женщинами. В 1927 году на IV Всесоюзном съезде детских врачей Е.Н. Сафоновой были представлены данные о том, что из 7318 обследованных женщин, имеющих детей раннего возраста, кормили грудью 93,3%. Причем, на искусственном и смешанном вскармливании находилось всего лишь 13,1% детей.

Доцентом кафедры социальной гигиены Ленинградского государственного педиатрического медицинского института О.З.Мичник (1941) был проведен сравнительный анализ вскармливания грудных детей за 1918, 1921, 1928 и 1938 гг. по материалам детских консультаций Ленинграда. В результате исследований были выявлены высокие количественные показатели лактационной способности матерей, частоты и длительности грудного вскармливания, незначительное влияние на цифры грудного вскармливания работы матери вне дома и самое важное — отсутствие тенденции к снижению грудного вскармливания. В 1938 году на 1-м месяце исключительно грудное, или естественное вскармливание (по терминологии автора) получали 96,5% детей, смешанное — 3,4% и искусственное — 0,1%; на 6-м месяце — 72,0%, 21,9% и 6,1%, соответственно. До 1 года получали молоко матери 87,7% и до 14-15 месяцев — 75% детей.

Еще в конце 60-х годов в исследованиях Л.И. Плетневой (1969), о причинах перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание в поликлиниках Волгограда, приводились довольно высокие цифры грудного вскармливания. К пяти месяцам жизни находились на естественном вскармливании (по терминологии автора) 75% детей, на смешанном — 16,6% и на искусственном — 8,4%. В 12 месяцев получали молоко матери 62,7% детей, а свыше одного года — 8,8%.

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

По данным О.К. Нетребенко (1996, 1997), средняя продолжительность грудного вскармливания в трех крупнейших регионах России (Москва и Московская область, Санкт-Петербург и Ленинградская область, Екатеринбург и Свердловская область) составляет 3,4-4,2 месяца, а частота исключительно грудного вскармливания не превышает 2,5%.

Примерно такие же цифры приводит О.А.Васильева (2002) по результатам собственных исследований, проведенным в Нижнем Новгороде. Средняя продолжительность грудного вскармливания составляла 4,6 месяца. Детей на исключительно грудном вскармливании в возрасте 1-го месяца было 13,1%, так как большинство детей в этом возрасте получали дополнительно воду или другие жидкости (соки, морсы, чай), а в возрасте 4-х месяцев - всего лишь 2%. В возрасте 4-х месяцев почти половина детей (49,2%) были полностью переведены на искусственное вскармливание. Из числа же детей на грудном вскармливании каждый третий в этом возрасте (33,8%) находился на смешанном вскармливании. К 6-и месяцам не получали молоко матери 69%, а к году 83% детей.

В наших собственных исследованиях, проведенных в 14 субъектах федерации, было выявлено, что большинство российских женщин (90%-100%) начинают кормить грудью своих детей в родильном доме. По данным Х.Армстронг (1999), во многих индустриальных странах этот показатель значительно ниже и колеблется от 30% в Ирландии до 60%-70% во Франции, США, Хорватии, Великобритании, Люксембурге, Нидерландах. Средняя длительность грудного вскармливания в нашей стране составляет 6,2 мес. и колеблется от 4-5 мес. в Центральной России до 6-9 мес. на Юге и национальных республиках Карачаево-Черкессии, Тыве, Калмыкии (Корсунский А.А., Абольян Л.В., 2004).

В целом по Российской Федерации показатели грудного вскармливания на протяжении последних 10 лет оставались на стабильно низком уровне. По данным официальной статистики Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2003 году доля детей 3-6 месяцев, получавших молоко матери составляла 41,7%, а доля детей 6-12 месяцев - 33,9% (таблица 1).

Таблица 1

Доля детей, находившихся на грудном вскармливании,
к числу детей, достигших возраста 1 год (%)

	1993	1995	1997	1999	2001	2003
3-6 месяцев	45,6	45,1	43,5	41,9	42,2	41,7
6-12 месяцев	32,7	32,5	32,3	27,6	31,0	33,9

Как показывают статистические данные, а также специальные исследования, проводимые Институтом питания РАМН, основной причиной раннего перевода детей на искусственное вскармливание является гипогалактия, развивающаяся у матерей в первые недели и месяцы после рождения ребенка. Было показано, что в 53,3% случаев ранний перевод на искусственное вскармливание был связан с недостаточностью молока у матери, 8,6% — с болезнью матери и 6,3% — с заболеваниями ребенка (Нетребенко О.К., Ладодо К.С., Вэлч К., 1996; Решетник Л.А., 1998).

Недостаточность молока у матерей носит в основном приобретенный характер (вторичная гипогалактия) и связана с отсутствием должной поддержки грудного вскармливания в родильных домах и детских поликлиниках, а также с недостаточной информированностью матерей о технике и принципах успешного кормления грудью и отсутствием у них доминанты лактации (Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я., 2003; Фурцев В.И., 2003).

Отсутствует взаимосвязь медицинских учреждений родовспоможения и детства, не проводится реорганизация работы в родильных домах, обучение медицинского персонала принципам «поддержки грудного вскармливания». Участковые педиатры назначают детские смеси после однократно проведенного контрольного взвешивания, не пытаясь оказать матери квалифицированную помощь по сохранению кормления грудью. Редко практикуется кормление исключительно грудью даже в первые месяцы жизни. У врачей, как и у матерей, нет четкого убеждения в необходимости грудного вскармливания, и его легко прекращают при самых небольших затруднениях или проблемах, например, после посевов молока на «стерильность», все еще широко практикуемых в некоторых регионах. Абсолютная доступность смесей и скрытая реклама способствуют быстрому переводу детей на смешанное, а затем искусственное вскармливание (Воронцов И.М., Фатеева Е.М., 1996; Ильенко Л.И., 1997; Конь И.Я. с соавт., 1997, 2003; Качалова О.В., 1999; Лебедькова С.Е., Степанова О.Ю., Суменко В.В. с соавт., 2000; Коровина Н.А., Захарова И.Н., 2002; Лебедев А.Г., 2002; Мальцев С.В., Заболотная Л.Н., Сафина Л.З., 2002; Нетребенко О.К., 2002; Фурцев В.И., Прахин Е.И., Грицан А.И. с соавт., 2002).

Число детей, получающих докорм в родильном доме приближается к 100%, большая часть

детей (60%) впервые прикладываются к груди только через несколько дней после рождения и лишь 20% - в течение первого получаса после рождения, каждая вторая женщина кормит грудью строго по часам, даже после выписки из родильного дома (Лукушкина Е.Ф., Нетребенко О.К., Васильева О.А. с соавт., 2002).

По данным Е.П. Перевошиковой (2000), большинство детей — независимо от вида вскармливания, начинают получать коррекцию в питании с 1,5-3 месяцев, а прикорм с 4,5-5 месяцев. Среди детей практикуется допаивание с первых месяцев жизни (50%-86% случаев), регламентированный режим кормления грудью (21%-47%), использование сосок и бутылочек для допаивания и докармливания, как в родильном доме (38%-60%), так и на участке детской поликлиники (50%-70%).

Комплексные социально-гигиенические исследования, проведенные в Москве, Ульяновске и Карачаево-Черкессии показали, что на длительность грудного вскармливания оказывают влияние, в первую очередь, время первого прикладывания младенца к груди, режим кормления грудью (свободный или строго по часам, ночные кормления), информированность матерей о технике кормления грудью и факторах, влияющих на выработку молока, посещение «школы материнства» в женских консультациях. Наряду с этим следует отметить, что медицинские работники остаются основным источником информации для матерей: 61% получают информацию от медицинских работников, 40% от родственников и знакомых и 32% из СМИ и научно-популярной литературы (Абольян Л.В., Черепанова И.С., Джатдоева Ф.А. с соавт., 2004).

Таким образом, исследования, проведенные в нашей стране, показали необходимость пересмотра принципов и методов вскармливания детей первого года жизни, важность обучения медицинского персонала и изменения практики учреждений родовспоможения и детства в соответствии с современными рекомендациями по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания.

1.3. Современные рекомендации по грудному вскармливанию и Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»

Движение в защиту и за новое признание грудного вскармливания началось в мире и очень быстро было подхвачено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) уже в конце 70-х годов. Учитывая важность, в мировом масштабе, проблемы грудного вскармливания, Генеральная Ассамблея ООН, принимая Конвенцию «О правах ребенка», в одной из статей закрепила право младенца на вскармливание материнским молоком (1989).

Современные рекомендации по грудному вскармливанию отражены в Глобальной стратегии по кормлению детей грудного и раннего возраста, принятой на 55 Всемирной Ассамблее Здравоохранения (2002). Глобальной стратегии предшествовали более ранние документы ВОЗ и ЮНИСЕФ, Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока (1981) и «Инночентийская декларация об охране, поощрении и поддержке грудного вскармливания» (1990), в которых было отражено основное содержание национальных политик и программ действий в области содействия грудному вскармливанию.

Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста глобальная рекомендация общественного здравоохранения состоит в необходимости исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни. Соответственно для удовлетворения своих возрастных потребностей в питании дети грудного возраста должны получать адекватный в питательном отношении и безопасный прикорм при продолжении грудного вскармливания до двух лет или более.

Современные рекомендации относительно грудного вскармливания в раннем детстве также нашли свое отражение в документе ВОЗ, направленном на комплексную профилактику неинфекционных болезней: «Глобальная стратегия в области питания, физической активно-

сти и здоровья» (2004).

Длительное время продолжались дискуссии по вопросу длительности исключительно грудного вскармливания. Изначально его продолжительность распространялась на возрастной интервал 4-6 месяцев. Современные рекомендации ВОЗ относительно продолжительности исключительно грудного вскармливания до 6-и месяцев касаются как развивающихся, так и индустриальных стран. Научные основы этих рекомендаций изложены в ряде обзоров, которые были подготовлены для консультативных совещаний экспертов ВОЗ. Авторы систематического обзора «Оптимальная продолжительность грудного вскармливания» M.S.Kramer, R.Kakuma (2002) на основании анализа 2668 источников литературы пришли к заключению, что дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании до 6-и месяцев меньше подвержены инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, среди них не наблюдалось отставания в физическом развитии. Кроме того, у матерей отмечается более длительный период лактационной аменореи. И хотя каждый ребенок нуждается в индивидуальном подходе и наблюдении, имеющиеся факты демонстрируют правомерность рекомендаций ВОЗ для формирования политики общественного здравоохранения. Научное обоснование длительности исключительно грудного вскармливания до 6-и месяцев приводится также в обзоре N.F. Butte, M.G. Lopez-Alarcon, C. Garza «Достаточность нутриентов для доношенных детей при исключительно грудном вскармливании в первые 6 месяцев жизни» (2002) и руководстве американских авторов K.Dewey, J. Martines, B.Daelmans «Руководящие принципы прикармливания детей, вскармливаемых грудью» (2003).

В докладе Генерального секретаря ООН «Мы, дети» (2001) был отмечен заметный прогресс в деле обеспечения кормления всеми женщинами своих детей только грудью в течение первых четырех-шести месяцев жизни. Показатели кормления исключительно грудью (ИГВ) в течение первых 4-х месяцев жизни возросли с 39% до 46%.

В странах, которые в числе первых включились в Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку» - Австралии, Канаде, Китае, Норвегии, США и Швеции, наблюдается рост числа детей на исключительно грудном вскармливании. Например, уровень исключительно грудного вскармливания в Швеции достиг 76% («Контроль за ходом достижения целей Инночентийской декларации», ВОЗ, 1999).

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

Работа в рамках Инициативы по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания и содействия практике исключительно грудного вскармливания, в настоящее время осуществляется более чем в 19 000 больницах. Она вошла в число наиболее успешных Инициатив десятилетия. В четырех странах: Малайзии, Намибии, Омане и Швеции требованиям Инициативы отвечают все родовспомогательные учреждения (Питание детей и прогресс в осуществлении Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока, ВОЗ, 2002).

Значительный прогресс достигнут благодаря объединенному партнерству многих участвующих сторон, включая правительства стран, неправительственные организации и учреждения здравоохранения совместно с государственными органами и международными организациями.

Швеция признана лидером в продвижении Инициативы «Больница, доброжелательная к

ребенку». За период с 1993 по 1997 годы все 65 родильных стационаров страны (около 100000 родов в год) были удостоены международного статуса. С 1999 года проводится переаттестация этих учреждений и около 2/3 из них подтвердили высокое звание.

В Норвегии около 75% родов проходит в акушерских стационарах, имеющих статус «Больница, доброжелательная к ребенку». Инициатива внедряется с 1992 года Национальным комитетом по поддержке грудного вскармливания.

Центральное место в реализации целей Инициативы занимает подготовка кадров и повышение квалификации медицинских работников. С помощью разработанных ВОЗ и ЮНИСЕФ программ администрация, медицинский персонал учреждений родовспоможения и детства обучаются организации мероприятий по поддержке грудного вскармливания, ведению и поддержке лактации среди кормящих матерей (Консультирование по грудному вскармливанию: 40-часовой курс, ВОЗ, 1993; Руководство и пропаганда грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку: 18-часовой курс, ВОЗ, 1993; Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях, ВОЗ, 1996). Весь персонал родильного стационара и все медицинские работники, оказывающие последующую помощь матерям после выписки, должны давать согласованные и точные консультации по вопросам грудного вскармливания.

Для того, чтобы получить статус «Больница, доброжелательная к ребенку», каждое учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, принимает на себя обязательство осуществить «Десять шагов успешного грудного вскармливания», которые изложены в Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989). К ним относятся обязательства по обеспечению условий для раннего прикладывания малыша к груди в родильном зале; совместного пребывания матери и ребенка с момента появления малыша на свет и продолжения исключительно грудного вскармливания по требованию ребенка в течение всего времени пребывания в стационаре. С целью поддержания устойчивого результата в долгосрочном плане, ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали комплекс средств по мониторингу и повторной оценке родовспомогательных учреждений на соответствие международному статусу (Инициатива по созданию в больницах условий, благоприятных для грудного вскармливания. Мониторинг и оценка: методика устойчивого развития, ВОЗ, 1999).

Предпринятая изначально в целях поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах, Инициатива распространяется в настоящее время и на другие учреждения, оказывающие медицинские услуги такие, как частные больницы, перинатальные центры, центры здоровья, детские медицинские учреждения и др. (Implementing the Baby Friendly best practice standards, UK Baby Friendly Initiative, 2001; Saadeh R., Labbok M., 2003).

С точки зрения доказательной медицины, политика и практика медицинских учреждений должны основываться на научных данных, а не на предположениях и сложившихся традициях (Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1998; Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М. с соавт., 2003). В связи с этим C.Vallenas, K.Savage (1998) подготовили специальный обзор имеющихся научных доказательств эффективности «Десяти шагов». Авторы пришли к заключению, что до тех пор, пока не будет улучшена практика медицинских учреждений, попытки воздействовать на грудное вскармливание вне службы здравоохранения будут безуспешны. Несмотря на то, что для достижения соответствующего и стабильного увеличения распространенности грудного вскармливания необходимо выполнение компонентов других программ, включая законодательство в отношении работающих женщин, широкие образовательные программы, поддержка общества и выполнение положений Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока, тем не менее, основным остается улучшение практики учреждений здравоохранения.

2. ИНИЦИАТИВА «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С 90-х годов прошлого столетия Министерством здравоохранения Российской Федерации активно проводится политика охраны и поддержки грудного вскармливания в соответствии с международными стандартами. Подготовлена нормативно-правовая база поддержки грудного вскармливания; создан Федеральный научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания; внедряется Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку»; пересматриваются сроки введения прикормов в питании младенцев; ведется работа по совершенствованию показателей официальной статистики в соответствии с требованиями ВОЗ; новое трудовое законодательство направлено на поддержку и оказание помощи кормящим матерям (Зелинская Д.И., Ладодо К.С., 2000; Фатеева Е.М. с соавт., 2000; Конь И.Я. с соавт., 2003; 2004; Корсунский А.А., Абольян Л.В., 2003; 2004). Совместно с Представительством ЮНИСЕФ в Российской Федерации ежегодно выпускается национальный бюллетень «Российские новости Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку».

Следует особенно отметить, что современные рекомендации ВОЗ и ЮНИСЕФ напрямую согласуются с результатами наблюдений и научных исследований российских ученых конца XIX - первой половины XX века: Н.Ф. Миллера (1888), М.Я. Брейтмана (1907), А.Н. Шкарина (1906, 1908, 1911, 1912), В.Е. Чернова (1910), А.О. Гершензона (1912), С.М. Ямпольского (1912), Г.Н. Сперанского (1927, 1934, 1960), А.В. Поповой (1929), Я.Ф. Жорно (1937); Р.О. Лунца (1938); А.Ф. Тура (1940, 1952, 1957), И.А. Аршавского (1952) и многих других.

Важной вехой в организации работы учреждений родовспоможения и детства по охране и поддержке грудного вскармливания и, в первую очередь, акушерских стационаров явился выход в свет в 1989 году Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» (Ладодо К.С., 1998; Зелинская Д.И., Ладодо К.С., 2000). Для претворения в жизнь ее основных положений Министерством здравоохранения Российской Федерации была подготовлена нормативно-правовая база, изданы информационно-методические письма и приказы:

- Информационно-методическое письмо «Поощрение и поддержка грудного вскармливания в сети практического здравоохранения» (1989);
- Информационное письмо по вопросам поддержания грудного вскармливания и план мероприятий в Российской Федерации на 1994-1995 гг. (1994);
- Инструктивно-методическое письмо «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: в развитие совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ» (1996);
- Приказ № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» (1997);
- Информационное письмо «О программе действий по совершенствованию системы профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на снижение смертности детей первого года жизни» (1998);
- Информационное письмо «Система организационных мероприятий по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания младенцев по опыту работы органов и учреждений здравоохранения г. Электросталь Московской области» (1998);
- Положение об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (1999);
- Типовая региональная программа мероприятий по поддержке грудного вскармливания младенцев (1999);
- Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации (2002);
- Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбула-

торно-поликлинических учреждениях (2003);

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

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

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

В 1998 году вышло Положение Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку», в котором были изложены 10 принципов (шагов) ВОЗ/ЮНИСЕФ для внедрения их в российских медицинских учреждениях родовспоможения и детства (приложение 1). С целью координации этой работы, подготовки медицинских кадров и их методического обеспечения приказом Министерства здравоохранения был создан Федеральный Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания (1997).

В 2003 году исполнилось ровно десять лет, когда новые подходы к ведению и оказанию помощи роженице и родильнице, направленные на поддержку грудного вскармливания, стали внедряться в практику российских акушерских стационаров. Пилотными регионами в этом проекте были гг. Электросталь, Санкт-Петербург, Москва, Мурманск и Архангельск. Первый родильный дом был удостоен звания «Больница, доброжелательная к ребенку» в 1996 году в подмосковном городе Электросталь. За четыре года внедрения принципов Инициативы в практику родильного дома и детской поликлиники г. Электросталь увеличилось число детей на грудном вскармливании в возрасте 4-х месяцев до 71% (в 1993 году - 38%). Снизилась заболеваемость детей первого года жизни по причине кишечных инфекций на 40%, острой пневмонии - на 50% и общая заболеваемость - на 18%. В 66 раз сократилось потребление заменителей грудного молока через молочную кухню города (Вартапетова Н.В., Романчук Л.И., Шмарова Л.М. с соавт., 1998).

В числе первых аттестованных в России учреждений были также родильный дом №6 Москвы и акушерское отделение клинической больницы №1 Смоленска. На их базе проводились специальные научные исследования и доказано положительное влияние новой технологии охраны и поддержки грудного вскармливания на здоровье матери и ребенка, а также на успех кормления грудью после выписки из родильного дома (Конь И.Я., Попович М.В., Фатеева Е.М. с соавт., 1999; Попович М.В., 1999; Фатеева Е.М., Прошин В.А., 2000; Буцык И.И., 2004).

С тех пор произошла коренная ломка стереотипов мышления врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения важность раннего прикладывания к груди, совместного пребывания матери и ребенка, отказ от дополнительного питания и питья младенца первых дней жизни, если он получает молоко матери, опасность использования бутылочек и сосок для становления грудного вскармливания в родильном доме.

С самого начала внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в России в Положении об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» отмечалась важная роль всех звеньев оказания помощи матери и ребенку: женских консультаций, родильных домов, детских амбулаторно-поликлинических учреждений, в охране и поддержке грудного вскармливания.

Подводя итоги развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Россий-

ской Федерации, следует привести следующие данные: за период с 1996 по 31 декабря 2004 г. 195 родильных домов (отделений) в 38 субъектах федерации удостоены международного статуса «Больница, доброжелательная к ребенку» (таблица 2).

Количество родов, принятых в родильных домах, «доброжелательных к ребенку», увеличилось в среднем по Российской Федерации с 0,1% в 1996 г. до 15,7% в 2004 г. Однако, в ряде субъектов внедрили принципы Инициативы и прошли аттестацию практически все учреждения родовспоможения и, в первую очередь, крупные стационары: республиканские, областные, краевые, межтерриториальные, в том числе, и перинатальные центры. К таким субъектам, в которых основная часть родов проходит в стационарах, внедривших современную технологию охраны и поддержки грудного вскармливания, относятся республики Калмыкия (100%), Коми (94%) и Мордовия (96%), Архангельская (61%), Астраханская (96%), Волгоградская (91%), Мурманская (88%) и Смоленская области (81%), Санкт-Петербург (72%).

Таблица 2

Динамика числа акушерских стационаров и территорий, включившихся в Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку», 1996-2004 гг.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Стационары	1	3	5	17	41	75	122	160	195
Субъекты РФ	1	3	4	8	16	25	29	35	38
Общее число родов, %	0,1	0,4	0,6	2,4	5,2	7,7	11,3	13,0	15,7

Распределение родильных домов, имеющих международный статус «Больница, доброжелательная к ребенку», по округам: в Южном Федеральном округе – 50 (Волгоградская и Астраханская области, Республика Калмыкия, Краснодарский и Ставропольский края); Северо-Западном – 41 (Санкт-Петербург, Республики Карелия и Коми, Архангельская, Мурманская и Новгородская области); Центральном округе – 31 (Москва, Московская, Белгородская, Воронежская, Калужская, Курская, Липецкая, Смоленская, Тверская, Тульская и Ярославская области); Приволжском – 31 (Республики Башкортостан, Марий-Эл, Мордовия, Удмуртия и Чувашия, Самарская и Пермская области); Уральском – 21 (Кемеровская, Курганская и Свердловская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа); Дальневосточном – 8 (Приморский край) и Сибирском – 13 стационаров (Красноярский край, Республики Тыва и Хакасия).

В акушерских стационарах, удостоенных звания, имеет место увеличение числа детей, получающих молоко матери. Распространенность грудного вскармливания на момент выписки составляет в этих учреждениях 94 % - 100 %, причем от 81 % до 100 % младенцев находятся исключительно на грудном вскармливании с рождения до выписки, то есть не получают никакого дополнительного питания или питья, кроме материнского молока (Корсунский А.А. с соавт., 2001, 2003).

Практика учреждений родовспоможения, работающих по технологии Инициативы, положительно влияет на показатели здоровья матери и ребенка: снижается частота гнойно-септических заболеваний со стороны, как матери, так и ребенка; отсутствуют случаи вспышек кишечных инфекций новорожденных в стационаре; уменьшается частота конъюнкционных желтух новорожденных; младенцы лучше прибавляют в массе тела. Доброжелательная атмосфера в родильном доме и кормление ребенка грудью приводят к уменьшению числа отказных детей.

Значительно сокращается количество покупаемых молочных смесей. Многие родильные дома практически отказались от их закупки.

В ряде субъектов Российской Федерации показатели грудного вскармливания превышают средние данные по России и имеют положительную динамику. Среди них, основную часть представляют субъекты федерации, активно проводящие политику охраны и поддержки грудного вскармливания: Республики Калмыкия, Коми и Мордовия, Архангельская, Волгоградская и Мурманская области (таблица 3). В этих территориях основная часть родов проходит в стационарах БДР (от 60 до 100%), показатели грудного вскармливания среди детей 6-12 месяцев (официальная статистика) повысились за период с 1998 г. по 2003 г. на 10%-30% и составили в Республике Калмыкия 80%, Волгоградской области 66%, Республике Коми 56% и т.д. В Санкт-Петербурге показатели грудного вскармливания, хотя и ниже средних данных по России, но они в 2,5 раза выше, чем в Москве.

Таблица 3

Динамика грудного вскармливания среди детей 6-12 месяцев
в некоторых субъектах Российской Федерации за 1998, 2001 и 2003 гг. (в %)

Субъекты Российской Федерации	% родов в БДР	1998	2001	2003
Республика Калмыкия	100,0	48,1	70,5	79,6
Волгоградская область	91,3	60,2	55,8	66,2
Республика Коми	94,0	37,5	44,5	55,9
Республика Мордовия	96,6	38,2	34,7	44,6
Архангельская область	61,0	28,0	39,9	43,5
Мурманская область	87,7	28,1	35,7	42,7
Санкт-Петербург	71,7	29,9	24,6	28,9
Москва	8,0	9,7	10,1	11,5
Российская Федерация	15,7	32,4	31,0	33,9

Накопленный опыт внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» показал, что она успешно продвигается в России и вызывает большой интерес и поддержку у администрации субъектов федерации, медицинских работников и самого населения. В Инициативе принимают участие не только акушерские стационары, но и женские консультации, детские амбулаторно-поликлинические учреждения и детские стационары, а также целые медицинские объединения, как, например, центральные районные больницы в сельском здравоохранении или муниципальные объединения, например городская больница «Мать и дитя» в г. Нижневартовске.

В 2003 г. были аттестованы первые детские поликлиники на соответствие званию «Больница, доброжелательная к ребенку». Организационные принципы работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений по охране и поддержке грудного вскармливания с учетом современных рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ изложены в пособии для врачей «Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях» (2003). Первыми прошли аттестацию учреждения Астраханской, Волгоградской, Московской, Свердловской, Смоленской и Ярославской областей, Краснодарского и Красноярского края, Республик Башкортостан, Калмыкия, Мордовия и Коми, Ханты-Мансийского АО, в числе которых были городские детские поликлиники и детские консультации центральных районных больниц.

В ряде территорий (отдельные районы Волгограда и Волгоградской области, Нижневартовск, Саранск, Дюртюлинский район Республики Башкортостан) и субъектах федерации (Республика Калмыкия) современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания

ния внедрены на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку — женской консультации, родильном доме и детской поликлинике. Эти территории могут быть названы по терминологии ВОЗ и ЮНИСЕФ «Территориями, доброжелательными к ребенку».

Наиболее важными количественными показателями эффективности работы медицинских учреждений по консультированию и поддержке кормящих матерей, являются показатели распространенности и длительности грудного вскармливания. Нами были проведены одномоментные исследования в родильных домах и детских поликлиниках по оценке показателей грудного вскармливания в соответствии с индикаторами, предложенными ВОЗ. Выявлено, что в результате проводимой работы по охране и поддержке грудного вскармливания отмечалось значительное увеличение числа детей на грудном вскармливании, в том числе и на исключительно грудном вскармливании, а также длительности грудного вскармливания. На момент выписки из родильного дома 100% новорожденных находились на грудном вскармливании, причем за все время пребывания в родильном доме не менее 80% детей получали только молоко матери без дополнительного докармливания или допаивания (исключительно грудное вскармливание). Средняя длительность грудного вскармливания, по данным детских поликлиник, составляла 7,0-10,8 мес.

Для оптимального роста, развития и здоровья детей грудного возраста глобальная рекомендация общественного здравоохранения состоит в необходимости исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни и продолжении грудного вскармливания до 2-х и более лет в сочетании с продуктами дополнительного питания.

В детских поликлиниках увеличилось число детей, находившихся на грудном вскармливании на 2-м году жизни: в 12-15 мес. продолжали получать молоко матери от 14% до 64% детей, а в 20-23 мес. — 8%-46%. Исключительно грудное вскармливание в 5 месяцев (на 6-м месяце жизни) составляло 54%-87%, а среди детей от 0 до 6 мес. — 65%-92%. Значительно сократилось число детей, получавших питание или питье из бутылочки. Известно, что бутылочное кормление снижает продолжительность кормления грудью. Среди обследуемых детей получали питание или питье из бутылочки от 2% до 20% (Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Гурьянова В.Ф. с соавт., 2005).

Улучшение показателей грудного вскармливания в территориях, внедривших современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку, оказало положительное влияние и на состояние здоровья детей первого года жизни. Отмечалось снижение заболеваемости по основным классам управляемых заболеваний: инфекционным и паразитарным болезням, эндокринной системы, уха и сосцевидного отростка, органов дыхания и пищеварения, мочеполовой системы, травмам и отравлениям. Так, например, в Республике Калмыкия, где были достигнуты самые высокие показатели грудного вскармливания, общая заболеваемость снизилась за период с 1998 по 2003 гг. на 19%, а по отдельным классам заболеваний это снижение составило: по причине инфекционных и паразитарных болезней — 35%, кишечных инфекций — 48%, мочеполовой системы — 27%, органов пищеварения — 25%, эндокринной системы — 19%, органов дыхания — 17%, острых инфекций верхних дыхательных путей — 15%, травм и отравлений — 12%, болезней уха и сосцевидного отростка — 5% (Тачиев Б.А., Дакинова Л.Н., Корсунский А.А. с соавт., 2002; Дакинова Л.Н. с соавт., 2004).

В работах, посвященных изучению результатов внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в субъектах федерации, описываются различные аспекты эффективности осуществляемых программ - медицинские, экономические и социальные.

В Волгоградской области в 1999 году для внедрения Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» был организован центр охраны здоровья матери и ребен-

ка. Одной из задач центра является обучение специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка по 40-часовой программе «Консультирование по грудному вскармливанию». За период 1998-2002 гг. на 52 выездных курсах прошли обучение 1368 медицинских работников. Программа охраны и поддержки грудного вскармливания осуществляется не только в родильных стационарах, но и детских поликлиниках, женских консультациях, отделениях выхаживания больных новорожденных и детей с низкой массой тела, участковых больницах и фельдшерско-акушерских пунктах (Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Абольян Л.В. с соавт., 2003). Для каждого типа учреждения были разработаны областное положение и критерии оценки. Проводимая в области комплексная работа по охране и поддержке грудного вскармливания оказала положительное влияние на показатели работы педиатрической службы и состояние здоровья детей. Реализация в акушерских стационарах принципов Инициативы позволила значительно снизить уровень гнойно-септических заболеваний среди новорожденных с 11,9% в 1995 г. до 1,95% в 2001 г. Отмечалось снижение младенческой смертности от кишечных инфекций и пневмоний. В 2001 г. по отношению к 2000 г. снизилась заболеваемость детей первого года жизни по следующим классам заболеваний: инфекционные и паразитарные (-14,5%), эндокринной системы (-10,7%), органов дыхания (-3,3%), травмы и отравления (-14,5%).

В Республике Калмыкия мероприятия по охране и поддержке грудного вскармливания реализуются с 1998 года. Министерством здравоохранения республики принята программа мероприятий по охране и поддержке грудного вскармливания, издано Указание: «О внедрении в родовспомогательных и детских учреждениях Республики Калмыкия принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания» (Тачиев Б.А. с соавт., 2002; Дакинова Л.Н. с соавт., 2004). Особенностью внедрения этой современной технологии в республике являлся широкий охват медицинских учреждений ввиду ее компактности. В результате проводимых мероприятий все лечебно-профилактические учреждения родовспоможения и детства внедрили в свою практику 10 принципов успешного грудного вскармливания. По данным Минздрава России, с 2001 года в республике отмечаются самые высокие показатели грудного вскармливания среди субъектов федерации. Исходя из результатов специально проведенных исследований, в 2002 году число детей, получавших молоко матери до 1-го года составляло 80%, а до 2-х лет — 14%. Уровень исключительно грудного вскармливания до 6-и месяцев повысился до 84%. С увеличением числа детей, находящихся на грудном вскармливании на первом году жизни, можно связать наметившуюся в республике тенденцию стабилизации уровня общей заболеваемости детей первого года жизни в основном за счет болезней органов дыхания, эндокринной системы, органов пищеварения и инфекционно-паразитарных болезней; снижение уровня госпитализации по причине этих заболеваний, а также неуклонное снижение младенческой смертности.

В Республике Коми с целью внедрения Инициативы был издан приказ Министерства здравоохранения республики «О поддержке грудного вскармливания в учреждениях здравоохранения Республики Коми» (2002). Принята целевая республиканская программа «Дети Республики Коми», включает отдельный раздел «Питание беременных, младенцев и детей». За период с 2001 по 2002 гг. аттестованы крупнейшие акушерские стационары, в которых проходит основная часть родов: в Сыктывкаре, Ухте и Воркуте. С 2001 года все родовспомогательные учреждения республики работают по принципу совместного пребывания. По итогам 2002 г. впервые в республике отмечалось снижение заболеваемости детей первого года жизни, что также связано с проводимой работой по поддержке грудного вскармливания. Экономия средств, выделяемых в республике ежегодно на приобретение молочных смесей для акушерских стационаров, составила в 2000 г. 317233 руб., в 2001 г. — 413892 руб. и в 2002 г. — 513147 руб. (Льюрова Т.М., Абольян Л.В., Доронина Н.Г. с соавт., 2003).

Важным шагом в работе Департамента здравоохранения Калужской области по внедрению Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» явилось формирование нормативно-правовой базы. Была разработана и реализована целевая программа «Охрана и поддержка грудного вскармливания в Калужской области на 2000-2002 гг.», изданы совместный приказ Департамента здравоохранения и областного центра Госсанэпиднадзора «Об организации совместного пребывания родильницы и новорожденного ребенка в родильном доме (отделении)» и приказ Департамента здравоохранения «О мерах по выполнению Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока в лечебных учреждениях Калужской области». Совместно с Департаментом социальной политики осуществлялись программы медико-социальной поддержки беременных женщин «Живана» и «Колыбель». В результате проводимых мероприятий было увеличено число коек совместного пребывания в акушерских стационарах области с 16% от общего их числа в 1999 г. до 60% в 2002 г. Три родильных дома области, в том числе областной родильный дом, удостоены почетного звания «Больница, доброжелательная к ребенку». Удалось снизить распространенность гнойно-септических инфекций среди родильниц с 2,8‰ в 1999 г. до 1,8‰ в 2002 г. и среди новорожденных — с 6,3‰ до 1,7‰, соответственно. За 5 лет (1998-2002) распространенность грудного вскармливания при выписке из родильного дома увеличилась с 74,9 до 96%, в возрасте 3 мес. — с 52,3 до 85,1%, в возрасте 6 мес. — с 26,2 до 46,7% и в возрасте 12 мес. — с 13,7 до 20,8% (Боровикова М.П., Новицкая И.А., Темникова Е.И., 2003).

В Красноярске Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» стала широко внедряться с 2001 года. При поддержке администрации города и участии Красноярской государственной медицинской академии на базе детской поликлиники №2 был создан городской центр пропаганды, поддержки и поощрения грудного вскармливания, который осуществляет организационно-методическую работу в Красноярске и Красноярском крае. Сотрудники центра проводят обучение медицинских работников учреждений родовспоможения и детства, организовали работу «школы материнства» для беременных женщин, осуществляют консультирование кормящих матерей. С целью привлечения внимания широкого круга медицинских работников, ученых и населения к проблеме грудного вскармливания в Красноярске ежегодно проводится «Неделя грудного вскармливания». В результате внедрения комплекса мероприятий по охране грудного вскармливания 4 родильных дома и 6 детских поликлиник города удостоены почетного звания «Больница, доброжелательная к ребенку». По данным детских поликлиник, показатели грудного вскармливания среди детей в возрасте 6-12 месяцев повысились до 63% (официальная статистика). Возросло число детей, длительно находящихся на грудном вскармливании: в возрасте 12-15 месяцев продолжают получать молоко матери 47% детей, в 21-23 месяца — 11% (Фурцев В.И., Прахин Е.И., Будникова Е.В. с соавт., 2002, 2003, 2004).

Во Владивостоке были проведены исследования по оценке экономической эффективности внедрения программы грудного вскармливания, рекомендованной ВОЗ и ЮНИСЕФ, в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства (Глушко И.В., 2003; Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Лучанинова В.Н. с соавт., 2004; Лучанинова В.Н. с соавт., 2004). Изучалась экономия средств, связанная с лечением новорожденных детей в детских стационарах и с оказанием первичной медицинской помощи детям первого года жизни в детских поликлиниках. Было выявлено, что дети из родильных домов совместного пребывания в 2,6 раза реже находились на стационарном лечении, чем дети из родильных домов с практикой раздельного пребывания матери ребенка. Наиболее часто дети с диагнозом ранняя постнатальная пневмония поступали из родильных домов раздельного пребывания (21%), в отличие от родильных домов совместного пребывания (14%). Кроме того, среди детей из родильных домов совместного пребывания не было пациентов с другими нозологическими формами заболеваний. В то же время из родильных домов раздельного пребывания поступали дети с диаг-

нозами: пузырьчатка, гнойный конъюнктивит, гнойный омфалит и др. В 2001 году в городе родилось 5500 детей, а число детей, достигших 1 года жизни, составило 4350 человек. В результате внедрения принципов Инициативы в практику всех акушерских стационаров экономия средств, затрачиваемых на стационарное лечение новорожденных, могла бы составить в масштабе города за год около 59 млн. руб. (при расчете нормативной стоимости). Среднее количество посещений детской поликлиники и вызовов педиатра за первый год жизни составляли среди детей на искусственном и смешанном вскармливании 25, а среди детей на грудном вскармливании (не менее 6 месяцев) - 19 раз. Затраты на год на обслуживание одного ребенка на грудном вскармливании в среднем на 678 руб. (при нормативных расчетах) ниже, чем затраты на ребенка на искусственном или смешанном вскармливании. В целом по городу экономия средств на обслуживание детей в поликлинике могла бы составить около 2,5 млн. руб. при условии, что каждый ребенок находился на грудном вскармливании минимум 6 месяцев.

Немаловажное значение имеет оценка самими женщинами новой практики родильных домов, направленной на охрану и поддержку грудного вскармливания. Впервые такие исследования были проведены в Норвегии и России в 2000 и 2002 гг. в рамках совместного российско-норвежского проекта «Голоса женщин в Баренц регионе» (Хейберг Э., Кандакова Н.И., Динекина Т.Я. с соавт., 2004; Helsing E., Chalmers B.E., Dinekina T.Y. et al., 2002). Результаты этих исследований показали улучшение практики родильных домов, имеющих статус «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР), по ряду показателей. Однако было также выявлено, что достижение роддомом статуса БДР не является гарантией того, что этот высокий гуманистический стандарт будет поддерживаться больницей и впредь. Работа в соответствии с принципами доброжелательного отношения к ребенку, матери и семье требует постоянного внимания и контроля со стороны администрации до тех пор, пока эта практика не станет обычной и повсеместной для всех медицинских учреждений.

Опрос родильниц в 8-и родильных домах Московской области, имеющих и не имеющих статус БДР, позволил сделать выводы о положительном влиянии практики родильных домов БДР на ряд параметров таких, как становление лактации у матерей, повышение уровня исключительно грудного вскармливания с рождения до выписки, состояние здоровья матери и ребенка, решение матери кормить грудью. При соответствующей дородовой подготовке и разъяснительной работе среди матерей в БДР они положительно оценивают совместное пребывание матери и ребенка, кормление по требованию и самостоятельный уход за своим ребенком. Успешное начало грудного вскармливания в родильных домах БДР способствовало повышению распространенности грудного вскармливания среди детей первого года жизни. Сами родильницы положительно оценивали новую практику акушерских стационаров: считали важным и очень важным раннее прикладывание к груди — 92%, обучение мам технике грудного вскармливания — 98%, кормление малыша по требованию — 91%, совместное пребывание матери и ребенка — 87% опрошенных (Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Тамазян Г.В., 2005).

Таким образом, внедрение и дальнейшее развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ в Российской Федерации показало ее важное значение для повышения уровня грудного вскармливания и снижения заболеваемости детей первого года жизни; улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку и ее гуманизации; экономии материальных ресурсов как отдельных медицинских учреждений, так и субъектов федерации в целом. Разработанная на основе принципов Инициативы медико-организационная модель охраны и поддержки грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства может рассматриваться как современная низкозатратная и высокоэффективная технология улучшения здоровья детей раннего возраста.

Рекомендуя включение раздела охраны и поддержки грудного вскармливания, в соответствии с новыми организационно-методическими подходами в работе лечебно-профилактиче-

ских учреждений, в национальные и региональные программы, особенно следует отметить необходимость разработки индикаторов оценки этих программ. Ведущее место среди индикаторов приходится на показатели грудного вскармливания. Уровень естественного вскармливания служит одним из важнейших критериев качества и эффективности службы охраны здоровья матери и ребенка в области профилактических программ (Ваганов Н.Н., 1997; Чичерин Л.П., 1999). В этой связи актуальным становится внесение изменений в существующую официальную статистику Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по грудному вскармливанию с учетом рекомендаций ВОЗ и накопленного территориями опыта работы (Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М. с соавт., 2004).

3. ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ И ГЛОБАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

В основе Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» лежат десять принципов (шагов) успешного грудного вскармливания, изложенные в Совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989). Глобальные критерии представляют собой перечень конкретных мероприятий, которые необходимо осуществить для выполнения каждого принципа. Это минимальные международные стандарты, которые предъявляются к учреждениям, включившимся в Инициативу (Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях, ВОЗ, 1996).

Десять принципов успешного грудного вскармливания

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

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного — решать им находиться вместе в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств (имитирующих грудь или успокаивающих).
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

Глобальные критерии

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

Учреждению здравоохранения следует иметь зафиксированную в письменном виде политику по грудному вскармливанию, охватывающую все 10 шагов и обеспечивающую защиту практики грудного вскармливания. Старшая медицинская сестра учреждения (старшая акушерка) должна иметь экземпляр документа о политике и перечислить способы ознакомления с ней других сотрудников.

Документ о политике должен всегда быть в наличии, чтобы весь персонал, осуществляющий уход за матерями и их младенцами, мог бы ознакомиться с ним. Документ политики должен размещаться на видных местах по всему медицинскому учреждению, обслуживающему матерей и младенцев, особенно в родильном отделении, включая отделение интенсивной помощи младенцам, а также службы предродовой помощи.

Документ с изложением политики должен иметься на языке (языках), который является наиболее понятным для пациентов и персонала.

2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

Старшая медицинская сестра учреждения (старшая акушерка) должна сообщить, что весь медико-санитарный персонал, имеющий любого рода контакт с матерями и младенцами, получил инструктаж по вопросам выполнения политики грудного вскармливания, и быть в состоянии описать, как был проведен данный инструктаж.

Экземпляр учебных планов/программ или краткого описания курса обучения по грудному вскармливанию и ведению лактации, применительно к различным категориям персонала, должен иметься для обозрения, равно как и план/программа обучения новых сотрудников. Обучение должно длиться в общей сложности не менее 18 часов, включая минимум три часа на приобретение соответствующего клинического опыта (под наблюдением), и охватывать все 10 шагов.

Старшая медицинская сестра учреждения (старшая акушерка) должна сообщить, что весь персонал, осуществляющий уход за женщинами и младенцами, прошел обучение по грудному вскармливанию и ведению лактации либо, если речь идет о новых сотрудниках, получил инструктаж при поступлении на работу и включен в план обучения в течение предстоящих 6 месяцев.

Из 10 отобранных методом случайной выборки сотрудников родильного дома (отделения) не менее 80% должны подтвердить, что они получили вышеназванную подготовку или, если они работают в учреждении менее 6 месяцев, прошли вводный инструктаж. 80% должны правильно ответить на 4 вопроса из 5 по ведению грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

Если при учреждении имеется женская консультация или предродовое отделение (отделение патологии беременности), старшая медицинская сестра (старшая акушерка) должна доложить, что консультирование по грудному вскармливанию проводится с большей частью беременных женщин.

Должно иметься письменное описание содержания предродового обучения. Предродовое

обучение должно отмечать важность исключительно грудного вскармливания впервые 6 месяцев, выгоды и преимущества грудного вскармливания, а также основы ведения грудного вскармливания.

Из 10 отобранных методом случайной выборки беременных женщин, у которых гестационный период составляет 32 недели и более, не менее 80% должны подтвердить, что преимущества грудного вскармливания обсуждались с ними, и быть в состоянии назвать хотя бы два преимущества:

- * В отношении питания.
- * Защитное, включая роль молозива.
- * Усиление привязанности.
- * Преимущества для здоровья матери.

Кроме того, не менее 80% этих женщин должны подтвердить, что они не получали группового просвещения по вопросам использования питательных смесей для младенцев. Они должны быть в состоянии дать характеристику хотя бы двум из следующих тем по ведению грудного вскармливания:

- * Важность нахождения новорожденного постоянно в одной палате с матерью.
- * Важность вскармливания по требованию младенца.
- * Как обеспечить достаточное количество молока.
- * Правильное расположение и прикладывание младенца к груди.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

Из 10 выбранных по принципу случайной выборки матерей, у которых было нормальное вагинальное родоразрешение, 80% должны подтвердить, что в течение получаса после родов был обеспечен кожный контакт с младенцем на протяжении не менее 30 минут, а также была оказана помощь медицинским работником в правильном прикладывании младенца к груди для начала грудного вскармливания.

Наблюдение в родильном зале до десяти нормальных родоразрешений подтверждает данную практику.

Из пяти отобранных методом случайной выборки матерей, родоразрешение у которых осуществлялось с помощью операции кесарево сечение, не менее 50% должны подтвердить, что в течение получаса того периода, когда они были в состоянии реагировать, им дали поддержать их младенцев с обеспечением кожного контакта на протяжении не менее 30 минут (30-60 минут), а также была оказана помощь медицинским работником в начале грудного вскармливания.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

Из 15 отобранных методом случайной выборки женщин (включая родоразрешение с помощью операции кесарево сечение), не менее 80% сообщают, что медицинский персонал предложил им дальнейшую помощь в грудном вскармливании в течение шести часов после родоразрешения и что им было показано, как сцеживать грудное молоко, или дана письменная информация о сцеживании и/или даны рекомендации о том, откуда они могут получить помощь в случае такой необходимости. Из той же группы матерей не менее 80% тех, кто кормит грудью, в состоянии показать, как им следует располагать/прикладывать к груди своих младенцев.

Из пяти отобранных методом случайной выборки родильниц, чьим младенцам оказывается специальная медицинская помощь, в палате интенсивной терапии, не менее 80% сообщают, что им была оказана помощь с тем, чтобы они могли начать и осуществлять лактацию путем частого сцеживания грудного молока.

Из десяти медицинских сотрудников, отобранных методом случайной выборки, 80% сообщают, что они обучают матерей располагать/прикладывать к груди младенцев и методам ручного сцеживания грудного молока. 80% этих же сотрудников демонстрируют правильное обучение размещению/прикладыванию к груди. Кроме того, 80% могут описать метод ручного сцеживания молока, которому они обучают матерей.

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

Следует пронаблюдать родильниц и их младенцев в послеродовых палатах на протяжении не менее двух часов. Если тем или иным младенцам дается пища или питье, не являющееся грудным молоком, спросите у матерей, кормят ли они вообще грудью. Если вскармливаемым грудью младенцам дается пища или питье, кроме грудного молока, спросите у персонала, почему это делается. Приемлемые медицинские причины и обоснования должны иметься не менее, чем в 80% случаев, за исключением случаев, когда родильницы специально и заведомо отказываются от грудного вскармливания по причинам, не зависящим от больниц.

Не должно осуществляться никакое поощрение или рекламирование питания или питья для младенцев, не являющихся грудным молоком, равно как и не должно проводиться их распределение среди матерей, сотрудников или в учреждении.

Спросите у 15 отобранных по принципу случайной выборки матерей в послеродовых отделениях (включая 5 после операции кесарево сечение), получали ли их младенцы питание или питье, не являющееся грудным молоком, в больнице. Медицинский персонал должен быть в состоянии привести приемлемые медицинские причины для этих случаев, когда вскармливаемые грудью младенцы получают другое питание или питье (приложение 2).

7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного - разрешать им находиться вместе в одной палате.

Из 15 отобранных методом случайной выборки родильниц (включая 5 с операцией кесарево сечение) не менее 80% сообщают, что со времени их нахождения в палате после родов их младенцы оставались с ними в одном помещении на протяжении суток, за исключением периодов до одного часа на больничные процедуры.

Из 10 матерей с нормальными вагинальными родами не менее 80% сообщают, что их младенцы были отделены на протяжении не более чем одного часа до начала их совместного пребывания в палате.

Необходимо проследить за тем, чтобы все матери после нормальных родов находились вместе со своими младенцами (детская кроватка рядом с кроватью матери и на одном уровне), за исключением тех случаев, когда младенцы уносятся на непродолжительное время для той или иной больничной процедуры, или случаев, когда показано раздельное размещение. Если позволяет состояние ребенка и созданы подходящие условия, стараться осуществлять медицинские процедуры в присутствии матери, не унося ребенка из палаты.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

Из 15 отобранных методом случайной выборки родильниц (включая 5 после операции кесарево сечение) не менее 80% кормящих грудью сообщают об отсутствии каких-либо ограничений частоты или продолжительности кормления грудью. Кроме того, из 15 матерей не менее 80% сообщают, что им было рекомендовано кормить младенцев грудью всегда, когда они голодны, или столько раз, сколько этого хотят младенцы. Кроме того, были даны рекомендации относительно того, что матерям следует будить своих младенцев для кормления грудью, если малыши спят слишком долго или в материнской груди слишком много молока.

Медицинские сотрудники послеродового отделения подтверждают отсутствие каких-либо ограничений частоты или продолжительности грудного вскармливания.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств (имитирующих грудь или успокаивающих).

Из 15 отобранных методом случайной выборки родильниц (включая 5 после операции кесарево сечение) не менее 80% кормящих грудью сообщают, что насколько им известно, питание их младенцев не проводилось с использованием бутылочек с сосками и, что им не давались пустышки (успокаивающие средства).

Медицинские сотрудники послеродового отделения сообщают, что младенцам на грудном вскармливании не даются бутылочки с сосками или пустышки. На протяжении двух часов наблюдения в послеродовом отделении не было отмечено ни одного случая использования вышеназванных средств.

10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

Из 15 отобранных методом случайной выборки матерей (включая 5 после операции кесарево сечение) 80% кормящих грудью должны подтвердить, что их планы кормления младенцев после выписки обсуждались. Они должны быть в состоянии дать описание одной данной им рекомендации для того, чтобы они обратились к той или иной группе поддержки грудного вскармливания (если надлежащая поддержка отсутствует в их собственных семьях), или сообщить, что больница будет оказывать последующую помощь по вопросу грудного вскармливания, если такая помощь понадобится.

Медицинские сотрудники должны знать о существовании любых групп поддержки грудного вскармливания и, если таковые имеются, дать описание хотя бы одного способа направления к ним матерей (с помощью письменных материалов или консультирования). В противном случае, они должны быть в состоянии дать описание системы последующей поддержки всех кормящих грудью матерей после их выписки (своевременный послеродовой патронаж, посещение женской консультации или детской поликлиники, справки по телефону и др.).

4. НАЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

Обучение беременных женщин вопросам грудного вскармливания включено отдельным третьим шагом в число 10 шагов успешного грудного вскармливания, лежащих в основе Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку».

Женские консультации проводят большую профилактическую работу по подготовке беременной женщины к родам и грудному вскармливанию в «школах матерей» и в индивидуальных беседах на приеме у врача. Все чаще в занятиях для беременных женщин принимают участие и будущие папы, готовясь к партнерским родам и к оказанию помощи по уходу и воспитанию младенца.

Молодые семьи нуждаются в обучении со стороны медицинского персонала и, как показали исследования, именно в женской консультации медицинские работники проводят лекции и беседы для будущих родителей.

Большинство российских женщин изначально настроены на грудное вскармливание, поэтому задача медицинских работников состоит в обучении их технике кормления и правилам ведения грудного вскармливания, грамотном консультировании и поддержке кормящих матерей.

Национальные принципы и критерии соответствия женских консультаций званию «Больница, доброжелательная к ребенку» разработаны на основании документов ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также Положения Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (приложение 1).

Десять принципов успешного грудного вскармливания применительно к женской консультации

Каждой женской консультации, оказывающей услуги по наблюдению за беременными женщинами, следует:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.
4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.
5. Информировать беременных (кормящих) женщин о том, как кормить грудью и как сохранить лактацию, если они должны быть отделены от своих детей.
6. Информировать беременных женщин о важности исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2 лет и более (при условии своевременного и адекватного введения продуктов прикорма).
7. Информировать беременных женщин о важности совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре (в одной комнате дома).
8. Информировать беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию ребенка.
9. Информировать беременных женщин о вреде использования сосок и пустышек среди детей, находящихся на грудном вскармливании.

10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять в них матерей после выписки из родильного дома.

Осуществлять преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.

**Национальные критерии соответствия женской консультации званию
«Больница, доброжелательная к ребенку»**

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

Женская консультация должна иметь письменный документ с изложением политики по грудному вскармливанию, которая охватывает все 10 шагов успешного грудного вскармливания применительно к женской консультации.

Старшая акушерка женской консультации должна предоставить экземпляр документов с изложением этой политики и рассказать, каким образом сотрудники женской консультации были ознакомлены с политикой.

Должен быть обеспечен доступ к политике с тем, чтобы весь медицинский персонал мог применять эту политику.

Плакаты с изложением политики должны быть размещены на видных местах в женской консультации.

Политика должна быть изложена на языке (языках), который понятен для подавляющей части пациентов и медицинского персонала.

2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.

Старшая акушерка женской консультации должна сообщить о том, что весь медицинский персонал женской консультации получил инструктаж в отношении применения на практике политики по грудному вскармливанию и в состоянии рассказать о том, каким образом этот инструктаж осуществлялся.

Для проведения оценки должен иметься в наличии экземпляр учебной программы с кратким описанием ее содержания в области подготовки по грудному вскармливанию и ведению лактации для различных категорий сотрудников, а также график подготовки для новых сотрудников. Обучение должно проводиться по 40-часовой программе, включая 6 часов практических занятий, или, по крайней мере, 18 часов в целом, включая, как минимум 3 часа практических занятий. Это обучение должно охватывать все 10 Шагов.

Заведующий (ая) женской консультацией должен (а) сообщить о том, что весь медицинский персонал женской консультации прошел подготовку в области грудного вскармливания и ведения лактации или, если речь идет о новых сотрудниках, то они прошли инструктаж при поступлении на работу, и их обучение планируется провести в течение ближайших 6 месяцев.

Из 10 случайно выбранных сотрудников женской консультации, по крайней мере, 80% должны подтвердить, что они прошли упомянутую выше подготовку или, в том случае, если

они работают в женской консультации менее 6 месяцев, то они, по крайней мере, прошли инструктаж. 80% сотрудников должны правильно ответить на 4 из 5 вопросов в области ведения грудного вскармливания.

3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

Заведующий (ая) женской консультацией должен (а) сообщить о том, что рекомендации по грудному вскармливанию были даны большинству беременных женщин, которых обслуживает эта женская консультация. Должно быть представлено краткое письменное описание программы обучения беременных женщин. В беседах по дородовому обучению необходимо подчеркивать важное значение раннего начала грудного вскармливания и исключительно грудного вскармливания для первых 6 месяцев, преимущества грудного вскармливания и основные методы ведения лактации.

Из 10 беременных женщин, желательно со сроком 30-32 и более недель беременности, по крайней мере, 80% опрошенных должны подтвердить, что с ними проводились занятия по грудному вскармливанию и обсуждались преимущества грудного вскармливания. Женщины могут назвать следующие преимущества:

- * Полноценное питание.
- * Возникновение привязанности.
- * Защитное, включая роль молозива.
- * Преимущества, связанные со здоровьем матери.

Кроме того, по крайней мере, 80% этих женщин должны уметь подтвердить, что они не проходили группового обучения по использованию смесей. Они должны уметь раскрыть, по крайней мере, 2 из следующих тем по ведению грудного вскармливания:

- * Важность раннего начала грудного вскармливания.
- * Важность исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев и продолжения кормления грудью до 2-х лет и более.
- * Важность постоянного пребывания ребенка в одной палате с матерью (в одной комнате дома).
- * Важность кормления по требованию.
- * Как обеспечить достаточное количество молока.
- * Расположение и прикладывание ребенка к груди.

4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

Необходимо информировать всех беременных женщин о важности начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% опрошенных должны подтвердить, что они получили информацию о важности начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

5. Информировать беременных (кормящих) женщин о том, как кормить грудью и как сохранить лактацию, если они должны быть отделены от своих детей.

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% опрошенных должны подтвердить,

что они получили информацию о правильном расположении/прикладывании ребенка к груди.

Из 10 случайно отобранных сотрудников женской консультации 80% сообщили о том, что они обучают беременных женщин, как правильно располагать (прикладывать) к груди ребенка и методам сцеживания молока вручную. 80% этих же сотрудников показали, как правильно обучать беременных женщин расположению (прикладыванию) к груди детей. Кроме того, 80% сотрудников смогли описать один из приемлемых методов сцеживания молока, которому они обучают беременных и кормящих женщин (послеродовый патронаж).

6. Информировать беременных женщин о важности исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2 лет и более (при условии своевременного и адекватного введения продуктов прикорма).

Необходимо информировать беременных женщин о том, что не следует давать детям никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока до 6 месяцев.

Из 10 случайно отобранных беременных женщин, по крайней мере, 80% из опрошенных сообщили, что они получили информацию о том, что не следует давать детям никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока до 6 месяцев. Следует продолжать грудное вскармливание до 2-х лет и более при соответствующем возрасте введении дополнительного питания.

Не должно распространяться или пропагандироваться среди беременных женщин и сотрудников женской консультации какой-либо рекламы детского питания, помимо грудного молока.

7. Информировать беременных женщин о важности совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре (в одной комнате дома).

Необходимо информировать всех беременных женщин о важности совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре (дома).

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% опрошенных должны подтвердить, что они получили информацию о необходимости совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре (в одной комнате дома).

8. Информировать беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию ребенка.

Необходимо информировать всех беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию ребенка.

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% опрошенных должны подтвердить, что они получили информацию о необходимости кормления не по расписанию, а по требованию ребенка без ограничения частоты и длительности кормлений.

Распространяемые среди беременных женщин письменные материалы не содержат рекомендаций в отношении кормления грудью по часам, а также ограничений частоты и длительности грудных кормлений.

9. Информировать беременных женщин о вреде использования сосок и пустышек среди детей, находящихся на грудном вскармливании.

Необходимо информировать всех беременных женщин о вреде использования бутылочек с соской или пустышек в случае, если ребенок находится на грудном вскармливании.

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% опрошенных должны подтвердить, что они получили информацию о вреде использования бутылочек с соской или пустышек в случае, если ребенок находится на грудном вскармливании.

10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять в них матерей после выписки из родильного дома.

Осуществлять преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.

Заведующий (ая) женской консультацией должен (а) знать о системе последующей поддержки беременных женщин (информация об акушерских стационарах, которые внедрили 10 принципов успешного грудного вскармливания; о системе поддержки грудного вскармливания, существующей в детской поликлинике; о группах поддержки матерей; о последующей поддержке после выписки из акушерского стационара, по мере необходимости, со стороны непосредственно женской консультации: послеродовый патронаж, телефонные звонки, направления в группы поддержки матерей и др.).

Из 10 случайно отобранных беременных женщин 80% должны подтвердить, что их спрашивали относительно намерения кормить грудью. Они должны рассказать о рекомендациях в выборе акушерского стационара; о последующей поддержке после выписки из акушерского стационара со стороны женской консультации и детской поликлиники, о группах поддержки матерей или о том, что женская консультация обеспечит, по мере необходимости, последующую помощь в грудном вскармливании.

В женской консультации должно быть специально выделенное и оборудованное помещение для обучения беременных женщин (членов их семей), оказания последующей консультативной помощи по грудному вскармливанию, занятий групп поддержки матерей, кормления грудью в случае необходимости, и пр.

5. НАЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

Вопрос рационального вскармливания детей раннего возраста и естественного вскармливания является одним из основных разделов профилактической работы детских амбулаторно-поликлинических учреждений. Уровень естественного вскармливания служит одним из важнейших критериев качества и эффективности работы, проводимой среди детского населения.

Патронажные медицинские сестры и участковые врачи проводят пропаганду грудного вскармливания, осуществляют родовые и послеродовые патронажи, регулярные профилактические осмотры, в детских поликлиниках создаются комнаты молодой матери или кабинеты здорового ребенка, работают врачебные комиссии по оценке питания детей первого года жизни.

Охрана и поддержка грудного вскармливания в детских поликлиниках (консультациях) является естественным продолжением работы, начатой медицинским персоналом женских консультаций и родильных домов (отделений).

На основании предложенных ВОЗ и ЮНИСЕФ десяти принципов успешного грудного

вскармливания и Глобальных критериев Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку», а также Положения Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (приложение 1) разработаны принципы и национальные критерии соответствия детских амбулаторно-поликлинических учреждений званию «Больница, доброжелательная к ребенку».

**Десять принципов успешного грудного вскармливания
применительно к детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению**

Каждому детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению, осуществляющему медико-профилактическую работу среди детей раннего возраста, следует:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

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

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

**Национальные критерии соответствия детской поликлиники
званию «Больница, доброжелательная к ребенку»**

1. Необходимо иметь письменный документ с изложением политики по грудному вскармливанию, которая регулярно сообщается всему медицинскому персоналу.

Детская поликлиника должна иметь письменный документ с изложением политики по грудному вскармливанию, которая охватывает все 10 принципов успешного грудного вскармливания применительно к детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению.

Старшая медсестра детской поликлиники может предоставить экземпляр документов с изложением этой политики и рассказать, каким образом другие сотрудники были ознакомлены с политикой.

Должен быть обеспечен доступ к политике с тем, чтобы весь медицинский персонал мог применять эту политику.

Плакаты с изложением политики должны быть размещены на видных местах медицинского учреждения.

Политика должна быть изложена на языке (языках), который понятен для подавляющей части пациентов и медицинского персонала.

2. Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам консультирования матерей для осуществления этой политики.

Старшая медсестра детской поликлиники должна сообщить о том, что весь медицинский персонал детской поликлиники получил инструктаж в отношении применения на практике политики по грудному вскармливанию и в состоянии рассказать о том, каким образом этот инструктаж был ими получен.

Для проведения оценки внешними экспертами должен иметься в наличии экземпляр учебной программы или краткого курса обучения в области подготовки по грудному вскармливанию и ведению лактации для различных категорий сотрудников, в том числе медицинских сестер кабинета здорового ребенка и сотрудников регистратуры, и должен существовать график подготовки для новых сотрудников. Обучение должно проводиться по 40-часовой программе, включая 6 часов клинического опыта или, по крайней мере, по 18 часовой программе, включая, как минимум 3 часа клинического опыта. Это обучение должно охватывать все 10 шагов.

Заведующий (ая) педиатрическим отделением детской поликлиники должен (на) сообщить, что весь медицинский персонал детской поликлиники прошел подготовку по вопросам грудного вскармливания и ведения лактации или, если речь идет о новых сотрудниках, то они прошли инструктаж при поступлении на работу, и их обучение планируется провести в течение ближайших 6 месяцев.

Из 10 случайно выбранных сотрудников детской поликлиники, включая медицинскую сестру кабинета здорового ребенка, по крайней мере, 80% должны подтвердить, что они прошли упомянутую выше подготовку или, в том случае, если они работают в учреждении менее 6 месяцев, то они, по крайней мере, прошли инструктаж. 80% сотрудников должны правильно ответить на 4 из 5 вопросов по ведению грудного вскармливания.

3. Необходимо информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах ведения грудного вскармливания.

Заведующий (ая) педиатрическим отделением детской поликлиники должен (на) сообщить о системе подготовки беременных женщин, осуществляемой данным учреждением, и о проценте охвата беременных женщин этим обучением (дороговые патронажи, школа матерей и отцов, клубы будущих родителей и др.).

Учреждение должно иметь в наличии краткое письменное описание программы обучения беременных женщин. В беседах по дороговому обучению необходимо подчеркивать преимущества грудного вскармливания, основные методы ведения лактации, а также важность исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев. Охват беременных женщин дороговой подготовкой по вопросам грудного вскармливания должен быть не менее 80%.

4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

Из 10 выбранных методом случайной выборки матерей 80% должны подтвердить, что они были проинформированы сотрудниками детской поликлиники при дородовой подготовке о важности раннего прикладывания к груди. В родильном доме в течение получаса после родов им дали подержать их младенцев с обеспечением кожного контакта на протяжении не менее 30 минут (30–60 минут), а также им была предложена помощь медицинского сотрудника при первых кормлениях грудью.

5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

Из 10 отобранных методом случайной выборки кормящих матерей не менее 80% сообщают, что медицинский персонал предложил им дальнейшую помощь по грудному вскармливанию во время первого послеродового патронажа и последующих патронажей, а также посещения детской поликлиники. Им также было рассказано о показаниях к сцеживанию грудного молока и объяснено, как сцеживать молоко вручную, или дана письменная информация по вопросу сцеживания грудного молока. Из той же группы матерей не менее 80% в состоянии показать, как им следует располагать (прикладывать) к груди своих младенцев.

Из 10 случайно отобранных сотрудников детской поликлиники 80% сообщают о том, что они обучают матерей, как правильно располагать (прикладывать) к груди ребенка и методам сцеживания молока вручную. 80% этих же сотрудников демонстрируют правильное обучение расположению (прикладыванию) младенца к груди. Кроме того, 80% сотрудников могут описать один из приемлемых методов сцеживания молока, которому они обучают матерей.

6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.

Из 10 случайно отобранных матерей, по крайней мере, 80% из опрошенных сообщили, что они получили информацию о том, что не следует давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока до 6 месяцев. Следует продолжать грудное вскармливание до 2-х лет и более при соответствующем возрасту введении продуктов прикорма.

Следует понаблюдать за матерями и их младенцами в детской поликлинике на протяжении не менее двух часов. Если тем или иным младенцам в возрасте до 6 месяцев дается пища или питье, не являющееся грудным молоком, спросите у матерей, кормят ли они вообще грудью. Спросите у медицинского персонала, почему это делается. Приемлемые медицинские причины должны быть приведены не менее, чем в 80% случаев (приложение 2).

Не должно осуществляться никакое поощрение или рекламирование питания или питья для младенцев, не являющегося грудным молоком, равно как и не должно проводиться их распределение среди матерей, медицинских сотрудников или в медицинском учреждении.

7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.

Из 10 отобранных методом случайной выборки кормящих матерей со здоровыми младенцами не менее 80% сообщают, что сотрудниками детской поликлиники были даны рекомендации относительно постоянного нахождения младенца с матерью на протяжении суток, особенно в первые шесть месяцев, для обеспечения кормления младенца по его требованию.

Во время первых послеродовых патронажей необходимо проследить за тем, чтобы матери находились в одной комнате со своими младенцами. Кровать ребенка размещается рядом с кроватью матери. Мать имеет возможность брать младенца к себе в постель.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

Из 10 отобранных по принципу случайной выборки матерей со здоровыми младенцами не менее 80% кормящих грудью сообщают об отсутствии каких-либо ограничений частоты или продолжительности кормления грудью. Кроме того, из 10 матерей не менее 80% сообщают, что им было рекомендовано кормить младенцев всегда, когда они голодны, или столько раз, сколько этого хотят младенцы, и что им следует будить своих младенцев для грудного вскармливания, если младенцы спят слишком долго или в материнской груди слишком много молока.

9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, бутылочки с соской или пустышки.

Из 10 отобранных методом случайной выборки матерей со здоровыми детьми, по крайней мере, 80% из числа кормящих грудью, сообщили о том, что они не кормили своих детей из бутылочек с сосками или не использовали пустышки.

На протяжении 2 часов наблюдения в детской поликлинике было отмечено не более 2 случаев, когда вскармливаемые грудью младенцы получали питание/питье из бутылочки с соской или им давали пустышку.

Из 10 отобранных методом случайной выборки матерей не менее 80% кормящих грудью сообщают, что им дали рекомендации в отношении отказа от использования бутылочек с сосками и пустышек.

10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью. Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети, вскармливаемые грудью.

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

Из 10 случайно отобранных матерей 80% должны подтвердить, что в акушерском стационаре оказывалась помощь по раннему началу и становлению лактации (в соответствии с 10 принципами) или в детской поликлинике при подготовке беременных женщин была дана информация о пользе раннего начала грудного вскармливания и совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре.

Из 10 случайно отобранных матерей 80% должны подтвердить, что их планы кормления грудью обсуждались с медицинским персоналом. Они также должны рассказать о рекомендациях в отношении поддержки грудного вскармливания со стороны детской поликлиники, групп поддержки матерей или о том, что детская поликлиника обеспечит, по мере необходимости, последующую помощь в грудном вскармливании.

Из 10 случайно отобранных сотрудников детской поликлиники 80% сообщают о том, что детская поликлиника имеет систему оказания поддержки матерей, которые хотели бы кормить грудью.

Старшая медицинская сестра детской поликлиники должна описать систему взаимодейст-

вия/преимущества поликлиники, женской консультации и акушерского стационара по вопросам охраны и поддержки грудного вскармливания, участия этих учреждений в Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку».

Необходимо создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, дети которых находятся на грудном вскармливании. В детской поликлинике должно быть специально выделенное и оборудованное помещение для обучения матерей (членов их семей), оказания консультативной помощи по грудному вскармливанию, занятий групп поддержки матерей, кормления грудью в случае необходимости, и пр. — кабинет здорового ребенка.

6. КАК СТАТЬ «БОЛЬНИЦЕЙ, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОЙ К РЕБЕНКУ»

6.1. Организация работы лечебно-профилактических учреждений по внедрению 10 принципов успешного грудного вскармливания

Акушерские стационары, женские консультации и детские амбулаторно-поликлинические учреждения, участвующие в Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку», организуют свою работу по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания на основании 10 шагов успешного грудного вскармливания и национального «Положения об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку» (приложение 1).

Большое значение для изменения практики учреждений в отношении грудного вскармливания имеет обучение руководителей службы и учреждений родовспоможения и детства, а также непосредственных исполнителей мероприятий по поддержке грудного вскармливания — медицинского персонала женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник. Именно обучающие семинары, которые регулярно проводятся в России с конца 1997 года: «Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях: краткий курс для руководителей и организаторов» (2 дня) и 40-часовой курс «Консультирование матерей по грудному вскармливанию» (5 дней) положили начало Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку» в регионах (приложение 3).

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

Примеры политики женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники по поддержке грудного вскармливания приводятся в приложениях 4, 5 и 6.

В приложении 7 представлены функциональные обязанности медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства по вопросам поддержки и поощрения грудного вскармливания, разработанные Комитетом здравоохранения Москвы (2000).

Обучение медицинского персонала проводится два раза в год со сдачей зачета. Рекомендуется первое обучение медицинского персонала провести по 40-часовой программе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», включая не менее 6 часов практических занятий по темам: «Слушать и узнавать», «Оценка кормления грудью», «Формирование уверенности и оказание поддержки», «Положение ребенка у груди», «Составление истории грудного вскармливания» и «Консультирование матерей, находящихся в различных ситуациях». В последующем программу можно сократить до 18 часов, включая не менее 3-х часов практических занятий. Вновь поступающий на работу медицинский персонал проходит краткий инструктаж по политике, проводимой данным учреждением по охране и поддержке

грудного вскармливания. В течение полугода они обучаются по утвержденной программе вместе с другими медицинскими работниками. Санитарки, работники регистратуры и другой обслуживающий персонал также проходят краткое обучение, которое включает знакомство с принципами успешного грудного вскармливания и практикой данного учреждения по поддержке грудного вскармливания.

Женская консультация. Обучение беременных женщин осуществляется посредством групповых занятий и индивидуальных бесед. В обучении беременных женщин принимают участие акушеры, педиатры, психологи, акушерки и медицинские сестры. Наиболее перспективной и эффективной формой занятий является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. Партнерство во время родов и послеродовом периоде способствует изменению образа жизни беременной и ее семьи, ориентирует на рождение желанного ребенка. Наряду с семейной формой подготовки к деторождению рекомендуется использование традиционных методов по подготовке беременных к рождению ребенка в «школах материнства», организуемых в женских консультациях. Некоторые детские поликлиники также проводят на своей базе «школы материнства» или создают клубы для беременных и матерей. Для активного привлечения будущих отцов, а также других членов семьи на занятия по подготовке к деторождению необходимо обеспечить доступную информацию о программах и времени проведения занятий.

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

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

- Преимущества грудного вскармливания для ребенка.
- Преимущества грудного вскармливания для матери.
- Важность исключительно грудного вскармливания в течение 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более.
- Важность раннего прикладывания младенца к груди в родильном зале.
- Техника кормления грудью (расположение и прикладывание ребенка к груди).
- Важность совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре и дома.
- Важность грудного вскармливания по требованию ребенка.
- Как обеспечить достаточное количество молока.
- О вреде использования сосок и пустышек.
- Знакомство с работой акушерского стационара, в котором планируются роды.
- Помощь матерям после выписки из родильного дома.

Отметка об обучении заносится в индивидуальную и обменную карту беременной женщины. Для контроля проводимого обучения беременной женщины может быть использована форма «Контрольный лист навыков по грудному вскармливанию: дородовая подготовка беременных женщин», куда заносятся сведения о теме и дате проведения группового занятия или индивидуальной беседы, выдаче письменных материалов (приложение 8).

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

Акушерский стационар. Совместная Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ и Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР), возведенная в ранг международной, отражают значе-

ние, в первую очередь, акушерских стационаров для успешного начала и продолжения грудного вскармливания. В России все, без исключения, родильные дома (отделения), удостоенные международного статуса, прошли сложный путь переобучения медицинского персонала, ломки сложившихся стереотипов мышления и практики родовспоможения и ухода за новорожденными прежде, чем стать по настоящему доброжелательными к матери, ребенку и семье. Документ политики определяет работу каждого структурного подразделения: приемного покоя, родильного блока, акушерских отделений, палат интенсивной терапии для родильниц и новорожденных, отделения патологии беременности и др. В ряде случаев сложность для внедрения составляют шаги 4, 5, 6, 7 и 10. В родильном зале контакт «кожа-к-коже» должен составлять не менее 30 минут (30-60 минут), не нужно форсировать начало сосания ребенком груди. Родильница остается с малышом вплоть до перевода ее в палату совместного пребывания, такой практике в значительной степени способствует создание индивидуальных родильных залов. Помощь в прикладывании младенца к груди обычно оказывает акушерка, медицинская сестра или врач-неонатолог. В случае оперативного родоразрешения путем операции кесарево сечение контакт «кожа-к-коже» осуществляется в первые 30 минут после родов при местном обезболивании или в первые 30 минут после того, как мать может реагировать на ребенка при эндотрахеальном наркозе (не позднее, чем через 6 часов после операции). С этого момента новорожденный находится в одной палате с матерью. Ребенок также кормится по требованию, помогают матери в этом акушерка и медицинская сестра.

Для раздельного пребывания матери и ребенка существует небольшой перечень показаний либо со стороны матери, либо со стороны младенца. При раздельном пребывании нужно помочь матери сохранить лактацию путем частого сцеживания молозива или молока не реже 6-8 раз в сутки. В случае нахождения недоношенного маловесного или больного ребенка в палате интенсивной терапии позволять матери ухаживать за ребенком, кормить его грудью или сцеженным грудным молоком, используя чашечку, мензурку, ложечку, шприц или пипетку. Искусственные смеси можно использовать в исключительных случаях, также как и допаивание водой (приложение 2). Даже в условиях жаркого климата здоровые новорожденные на свободном режиме вскармливания (по требованию младенца) не нуждаются в дополнительном питье.

Поддержка матерей после выписки из акушерского стационара по вопросам грудного вскармливания в большинстве случаев осуществляется самим стационаром путем организации консультаций по телефону. В идеальном случае поддержку матерям оказывает детская поликлиника.

Детская поликлиника. Поддержка матерей в кормлении грудью в соответствии с шагами 5-9, суть которых заключается в консультировании матерей по вопросам сохранения исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни и продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более, осуществляется медицинскими сестрами, педиатрами и врачами специалистами во время послеродовых патронажей и посещений детской поликлиники матерью с ребенком (членами семьи).

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

организации патронажей на первом месяце жизни ребенка может оказать помощь форма «Послеродовый патронаж: оценка кормления грудью», которая приводится в приложении 9. Если есть возможность, раздать памятки или брошюры по грудному вскармливанию. Пример памятки для родителей представлен в приложении 10.

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

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

Во время патронажных посещений и профилактических приемов объяснять матерям и членам семьи важность исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни, консультировать матерей и оказывать им необходимую помощь в сохранении лактации. Оценка достаточности молока проводится путем двух достоверных критериев: частоты мочеиспусканий не менее 6 раз за сутки (при условии, что ребенок не получает дополнительного питья) и ежемесячного контроля прибавки массы тела. Практика одноразовых контрольных кормлений для определения достаточности молока у матери в настоящее время признана ошибочной.

После шести месяцев жизни следить за своевременным введением продуктов прикорма и объяснять важность сохранения грудного вскармливания до двух лет и более.

Данные о грудном вскармливании по каждому ребенку могут заноситься в форму «Контрольный лист оценки грудного вскармливания на педиатрическом участке» (приложение 11), которая позволит оценить характер вскармливания конкретного ребенка, а также в последующем провести анализ уровня грудного вскармливания на педиатрическом участке.

Десятый шаг направлен на создание групп поддержки матерей. Опыт внедрения Инициативы в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях России показал, что группы поддержки матерей организуются как из самих медицинских работников, так и из кормящих матерей. Работу по консультированию матерей и членов их семей, кроме участкового педиатра и патронажной медицинской сестры проводят также медицинские сестры кабинетов здорового ребенка. Медицинская сестра кабинета здорового ребенка может организовать работу с группами поддержки из кормящих матерей. Кабинет здорового ребенка должен быть уютным и оснащен наглядными материалами, видеотехникой, необходимой мебелью для возможности проведения занятий с кормящей женщиной или группой женщин (членами их семей). В кабинете здорового ребенка также должны быть созданы условия для кормления ребенка грудью. Каждая мама, посещающая детскую поликлинику, должна быть проинформирована о возможности кормления грудью в специально отведенном для этого помещении.

Информация о группах поддержки матерей должна быть доступна для каждой семьи, в которой есть ребенок, вскармливаемый грудью. Она вывешивается на стендах в детской поликлинике, кабинете участкового педиатра, кабинете здорового ребенка или приводится в памятках и брошюрах, раздаваемых родителям и членам их семей.

6.2. Самооценка лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»

Каждому учреждению, заинтересованному в получении статуса «Больница, доброжелательная к ребенку», следует в качестве первого шага провести самооценку своей деятельности согласно 10 шагам и требованиям глобальных и национальных критериев.

Самооценка проводится путем заполнения анкеты, которая позволяет достаточно быстро

оценить работу учреждения по созданию условий, благоприятных для осуществления мероприятий по охране и поддержке грудного вскармливания. Анкета включает вопросы, на которые следует отвечать «да» или «нет». Кроме того, анкета содержит раздел, касающийся общих сведений об учреждении (название, почтовый адрес, мощность, структура и пр.) и ряд вопросов относительно количественных показателей грудного вскармливания.

В анкету самооценки женской консультации заносятся показатели, имеющие отношение к практике женской консультации и акушерского стационара по поддержке грудного вскармливания: число родивших женщин за последний отчетный год, охват беременных женщин дородовой подготовкой по вопросам грудного вскармливания, процент раннего прикладывания и совместного пребывания среди родивших женщин, характер вскармливания младенцев на момент проведения послеродового патронажа (приложение 12). Охват беременных женщин дородовой подготовкой должен быть не ниже 80%.

Анкета самооценки родильного дома/отделения содержит информацию о числе детей на грудном вскармливании на момент выписки из стационара, в том числе на исключительно грудном вскармливании с рождения до выписки (приложение 13). Рекомендуемый показатель исключительно грудного вскармливания с рождения до выписки, должен быть не ниже 75% (среди пар мать-дитя). Бутылочное кормление может быть использовано только при кормлении отказных детей.

Анкета самооценки детской поликлиники содержит данные официальной статистики по грудному вскармливанию и специальные показатели по оценке грудного вскармливания, рекомендуемые ВОЗ (приложение 14). Условием для проведения оценки детской поликлиники является положительная динамика грудного вскармливания по данным официальной статистики за последние пять лет (приложение 15). Кроме того, учитывая важность сохранения исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни младенца, предлагается представить показатели исключительно грудного вскармливания на момент проведения оценки среди детей в возрасте 0- < 6 месяцев и среди детей в возрасте 5 месяцев. Эти данные можно получить путем опроса матерей о характере грудного вскармливания ребенка за последние 24 часа (во время патронажного посещения ребенка, приема в поликлинике или по телефону).

Рекомендуемые значения грудного вскармливания для детских поликлиник, претендующих на получение статуса «Больница, доброжелательная к ребенку»:

1. Доля детей в возрасте 6-12 месяцев на грудном вскармливании к числу детей, достигших возраста 1 год, за последний отчетный год - не менее 60%.

2. Исключительно грудное вскармливание на момент проведения оценки среди детей 0- < 6 месяцев – не менее 60%.

3. Исключительно грудное вскармливание на момент проведения оценки среди детей 5 месяцев (на 6-м месяце жизни) – не менее 50%.

Описание количественных показателей грудного вскармливания и формы сбора этих данных представлены в приложениях 15, 16 и 17.

Заполнение анкеты проводится руководителем учреждения (координационным комитетом) с участием региональных координаторов или экспертов и является первой стадией оценки.

Анкета самооценки вместе с сопроводительным письмом-заявкой о проведении оценки учреждения высылаются на адрес Регионального центра по поддержке грудного вскармливания или Научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

6.3. Внешняя оценка лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»

В отличие от инструмента самооценки, при помощи которого обобщается мнение коллектива учреждения о готовности к аттестации, внешняя оценка почти полностью базируется на результатах опроса случайной выборки из медицинского персонала, а также беременных женщин и матерей. Также используются данные наблюдений в учреждении и обзоров письменных материалов. Обычно процедура внешней оценки занимает 1-2 дня.

Обязательным условием для проведения оценки учреждений родовспоможения и детства является наличие документа политики, отражающей внедрение всех 10 шагов успешного грудного вскармливания, программ обучения медицинского персонала, беременных женщин и кормящих матерей, а также отсутствие в учреждении рекламы заменителей грудного молока.

Знания и практические навыки беременных женщин и матерей являются наилучшими показателями эффективности проводимой учреждениями работы по поддержке грудного вскармливания. Навыки, которые медицинский персонал может действительно продемонстрировать на практике, свидетельствуют об их способности оказывать помощь матерям. Опрос медицинского персонала, беременных женщин и матерей осуществляется по специально разработанным анкетам.

Информация о проводимой учреждением политике по охране и поддержке грудного вскармливания, а также об организации работы по ее внедрению и показатели эффективности собираются путем опроса главного врача и старшей медицинской сестры (акушерки).

Хотя внешняя оценка учреждения и представляется достаточно трудоемким делом, она оправдана долгосрочной экономией средств, связанных с искусственным кормлением и его негативными последствиями для здоровья детей.

Национальные эксперты. Внешняя оценка учреждения проводится национальными экспертами. Они выбираются из числа национальных и региональных преподавателей, координаторов (исполнителей) программ по поддержке грудного вскармливания в регионах. Эксперты прошли специальные курсы обучения и имеют опыт проведения внешней оценки.

В интересах объективности и беспристрастности принимают участие во внешней оценке только те специалисты, которые непосредственно не связаны с оцениваемым учреждением.

Группа экспертов по проведению оценки в своем оптимальном составе должна включать 2-х опытных национальных экспертов и 2-3-х региональных экспертов, которые оказывают помощь в проведении опроса матерей и медицинских работников. Опыт показывает целесообразность включения в группу экспертов также матерей из группы поддержки.

Обзор письменных документов. Учреждение представляет для оценки внешними экспертами экземпляры следующих документов: политику по грудному вскармливанию, учебные программы подготовки медицинского персонала, беременных женщин и кормящих матерей, краткое описание этих программ, санитарно-просветительные материалы. Обзор письменных документов проводится с помощью специально подготовленных для этой цели анкет.

Наблюдения в учреждении. В ходе проведения внешней оценки эксперты оценивают оформление учреждения наглядными материалами, стендами и плакатами по вопросам грудного вскармливания. Наблюдают за матерями, как они кормят своих детей, используют ли они соски и бутылочки, пустышки, выборочно проводят опрос относительно характера вскармливания малышей. В родильном доме эксперты обязательно присутствуют на родах, оценивают ранний контакт «кожа-к-коже» и прикладывание к груди. В женской консультации эксперты знакомятся с работой «школы материнства», а в детской поликлинике - кабинета здорового ребенка. В ходе наблюдений у экспертов складывается впечатление о проводимой работе по содействию практике грудного вскармливания, подготовке беременных женщин и поддержке кормящих матерей.

Представление выводов на уровне учреждения. По окончании оценки эксперты представляют резюме своих выводов руководителю и коллективу учреждения, отмечают сильные стороны выполнения программы, высказывают предложения по возможному улучшению работы.

Официальный отчет по итогам внешней оценки содержит в себе следующие документы:

- * Таблицу общих сведений об учреждении.
- * Политику учреждения по поддержке грудного вскармливания.
- * Программы обучения медицинского персонала.
- * Программы обучения беременных женщин и кормящих матерей.
- * Санитарно-просветительные материалы.
- * Итоговые таблицы, определяющие степень соответствия глобальным и национальным критериям для десяти шагов применительно к данному медицинскому учреждению, дополнительные замечания и рекомендации.

Официальный отчет, содержащий выше перечисленные документы, представляется в Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. По итогам аттестации учреждению выдается Национальный Диплом «Больница, доброжелательная к ребенку».

6.4. Переаттестация лечебно-профилактических учреждений на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»

С момента зарождения в 1991 г. Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) привлекла к себе всеобщее внимание и стала пользоваться поддержкой как политических деятелей, так и работников здравоохранения. В исключительно короткие сроки ИБДР сплотила вокруг себя лидеров стран, неправительственные организации, средства массовой информации, матерей и широкую общественность.

При большой численности больниц, доброжелательных к ребенку, страны обратили внимание на необходимость наличия методик мониторинга и переаттестации с целью обеспечения функционирования аттестованных больниц на должном уровне и закрепления уже достигнутого успеха.

Методика переаттестации призвана содействовать вовлечению администрации и персонала медицинских учреждений в процесс выявления проблем и планирования мероприятий для обеспечения или активизации усилий по реализации рекомендаций, изложенных в «Десяти шагах, ведущих к успешному грудному вскармливанию». Данная стратегия направлена на создание благоприятных условий для придания ИБДР необходимой устойчивости в долгосрочной перспективе, а также на сохранение доверия к ней (The baby friendly hospital initiative. Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress, WHO, 1999).

Переаттестацию можно охарактеризовать как «процесс переоценки» больниц с уже присвоенным статусом «Больница, доброжелательная к ребенку», чтобы убедиться в том, что они продолжают следовать «Десяти шагам» и другим критериям доброжелательного отношения к ребенку. В связи с необходимостью выделения людских и финансовых ресурсов рекомендуется проводить переаттестацию учреждений только один раз в 2-3 года. Результаты пересылаются внешними экспертами в национальный руководящий орган по вопросам ИБДР (Научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания), который, информирует об итогах переаттестации администрацию учреждений. Переаттестация призвана помочь национальному руководящему органу и самим учреждениям уточнить сферы деятельности, которые требуют улучшения.

В Российской Федерации переаттестация родовспомогательных учреждений стала проводиться с 2003 года. На 1 января 2005 года прошли переаттестацию 22 родильных дома (отделения): в Электростали (1), Санкт-Петербурге (5), Краснодаре (1), Мурманске (1), Нижневар-

товске (1), Новомосковске (1), Норильске (1), Смоленске (1), Волгоградской (7) и Астраханской областях (2), Республике Башкортостан (1).

7. ПОКАЗАТЕЛИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ, ПРИНЯТЫЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В ежегодном сборнике Министерства здравоохранения Российской Федерации «Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2001 году» приводятся данные динамики грудного вскармливания за период с 1997 по 2001 год. Для оценки грудного вскармливания используются два показателя: доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев (до 3-х месяцев) и доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до 1 года (до 6 месяцев), к числу детей, достигших возраста 1 год (таблица 4).

Таблица 4

Доля детей, находившихся на грудном вскармливании,
к числу детей, достигших возраста 1 год

	1996	1997	1998	1999		2000	2001
до 3-х месяцев	44,8	53,5	43,4	41,9	от 3 до 6 месяцев	42,3	42,2
до 6 месяцев	32,3	32,3	32,4	27,6	от 6 месяцев до 1 года	29,5	31,0

Эти цифры высчитываются на основании сведений, которые ежегодно подаются детскими амбулаторно-поликлиническими учреждениями в отчетной форме №31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам». В раздел 3 «Работа с детьми, достигшими 1 года и проживающими в районе обслуживания данного учреждения» этой формы заносятся следующие данные: число детей, достигших в отчетном году 1 года (всего), из них находилось на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев; от 6 месяцев до 1 года.

В 2000 г. были внесены изменения в формулировку показателей грудного вскармливания, однако смысл этих показателей остался тот же:

— *доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев* определяется путем деления числа детей, достигших возраста 1 год и получавших молоко матери не менее 3 месяцев, но не более 5 месяцев 29 дней, на общее число детей, достигших возраста 1 год (в %);

— *доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до 1 года* определяется путем деления числа детей, достигших возраста 1 год и получавших молоко матери 6 месяцев и более, на общее число детей, достигших возраста 1 год (в %). В эту группу входят также дети, которые получали молоко матери более 1 года.

В приложении 18 приводятся показатели грудного вскармливания по Российской Федерации и субъектам федерации, а также их динамика за 1999, 2001 и 2003 гг. (данные официальной статистики Минздрава России).

К сожалению, в нашей стране, как и во многих европейских странах, отсутствуют стандартные определения в отношении грудного вскармливания и стандартная методика оценки уровней грудного вскармливания в соответствии с требованиями Глобального банка данных по грудному вскармливанию ВОЗ (WHO Global data bank on breastfeeding, 1996; Global breastfeeding data, 2000). Это не позволяет в полной мере оценить ситуацию в стране и сравнить с данными других стран.

Рекомендации ВОЗ по оценке практики грудного вскармливания в акушерском стационаре и в домашних условиях включают в себя показатели, характеризующие раннее начало грудного вскармливания в течение первого получаса после родов, среднюю и медиану продолжительности грудного вскармливания, исключительно и преимущественно грудное вскармливани-

ние в течение первых шести месяцев жизни, своевременное введение дополнительного питания, продолжающееся грудное вскармливание на втором году жизни, бутылочное кормление.

Некоторые из показателей, которые рекомендуются ВОЗ включены в анкеты самооценки и внешней оценки родильных домов и детских амбулаторно-поликлинических учреждений: исключительно грудное вскармливание на момент выписки из акушерского стационара, а также среди детей в возрасте 5 месяцев и в возрасте 0<6 месяцев; средняя и медиана продолжительности грудного вскармливания среди детей, достигших возраста 1 год; продолжающееся грудное вскармливание среди детей в возрасте 12-15 и 20-23 месяцев; бутылочное кормление среди детей на грудном вскармливании (приложения 14, 16, 17).

Совершенствование показателей официальной статистики по грудному вскармливанию с учетом отечественного опыта и рекомендаций ВОЗ позволит дать более полную оценку существующей практики по охране и поддержке грудного вскармливания на уровне отдельных учреждений и в целом по территориям и наметить конкретные мероприятия по улучшению ситуации с питанием детей раннего возраста (Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатева Е.М. с соавт., 2004).

8. МЕЖДУНАРОДНЫЙ СВОД ПРАВИЛ МАРКЕТИНГА ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА

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

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

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

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

10 основных положений Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока

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

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

В России общественная неправительственная организация «Колыбель» представляет собой рабочую группу ИБФАН. Членами «Колыбели» являются работники здравоохранения и представители обществ потребителей.

При участии общественной организации «Колыбель» подготовлен документ «Выполнение Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока в Российской Федерации» (2001), а также разработан проект нормативного документа Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующий маркетинг заменителей грудного молока в учреждениях здравоохранения «Правила маркетинга заменителей грудного молока в учреждениях системы здравоохранения Российской Федерации» (Вартапетова Н.В., Чернова М.Г., 2001).

Следующий шаг – разработка национального законодательства, регламентирующего маркетинг заменителей грудного молока в Российской Федерации, в основу которого ляжет Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока.

9. ТРУДОВОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Существует целый ряд внешних факторов, влияющих на продолжительность времени, в течение которого мать в состоянии кормить грудью своего ребенка. Среди них, в первую очередь, требуют внимания отпуск по уходу за ребенком и права работающих женщин на кормление грудью.

В большинстве европейских стран женщины представляют значительную часть работающих. Экономические трудности вынуждают многих из этих женщин выходить на работу, ко-

гда они еще продолжают кормить грудью. Сохранить выработку молока позволяет сцеживание грудного молока, которое потом дается ребенку, или кормление грудью в ночное время. Благодаря этому сохраняется возможность продолжения грудного вскармливания не менее двух-трех раз в день в течение позднего периода грудного возраста и дольше. Предоставление времени и условий для сцеживания грудного молока или кормления ребенка грудью, содержание специальных комнат, где матери могут сцеживать и хранить свое молоко, детских садов и яслей, приближенных к месту работы, помогает матерям продолжать кормить грудью.

В связи с этим в Конвенции Международной организации труда «Об охране материнства» предусматривается отпуск по беременности и родам продолжительностью 12 недель, бесплатное медицинское обслуживание и два получасовых перерыва для кормления грудью для женщин, работающих в промышленности и торговле (Maternity protection convention, 2000).

В России также принято трудовое законодательство, защищающее права работающих женщин на грудное вскармливание. Оплачиваемый отпуск по беременности и родам в общей сложности составляет 20 недель или более. Женщине предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет. Кормящая женщина, имеющая ребенка до полутора лет, имеет право на два дополнительных получасовых перерыва для кормления грудью или сокращенный рабочий день. Основные статьи «Трудового кодекса Российской Федерации» (2001), касающиеся охраны материнства и детства, приведены в приложении 19.

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Принятые в России

Естественное или грудное вскармливание — кормление ребенка материнским молоком.

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

Искусственное вскармливание — вскармливание ребенка заменителями женского молока.

Рекомендуемые Всемирной организацией здравоохранения

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

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

Полное грудное вскармливание — исключительно грудное или преимущественно грудное вскармливание.

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

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

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

Своевременное прикармливание — введение продуктов прикорма дополнительно к грудному вскармливанию после 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян Л.В., Мартынов В.Л., Остапюк С.Ф., Самусенко И.Ю., Барноходжаева Ф.Я., Богачев П.В. Информированность кормящих матерей об основных принципах грудного вскармливания. Роль медицинских учреждений в гигиеническом обучении женщин // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1998. - №3. - С. 22-25.
2. Абольян Л.В. Итоги и перспективы развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - №6 (7). - С. 48-52.
3. Абольян Л.В., Черепанова И.С., Джатдоева Ф.А., Смоленская И.М., Негодов А.А., Кочешнова О.Е. Социально-психологические факторы распространенности грудного вскармливания детей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004. - №2. - С. 39-43.
4. Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Тамазян Г.В. Сравнительный анализ практики охраны и поддержки грудного вскармливания в акушерских стационарах Московской области, имеющих и не имеющих статус «Больница, доброжелательная к ребенку» // Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - №4.
5. Абольян Л.В., Кучеренко В.З., Гурьянова В.Ф., Бердикова Т.К., Дакинова Л.Н., Мустафин Р.М., Огрызко Е.В., Каплина В.И., Загинайко А.С., Горожанина Т.Д., Денисова Р.А., Киселева М.И., Козина В.Н. Динамика грудного вскармливания и заболеваемость детей первого года жизни в ЛПУ, внедряющих современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания // Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - №3
6. Армстронг Х. Грудное вскармливание как основа заботы // Food and Nutrition Bulletin: Пер. с англ. - Boston, USA, 1999. - С. 101-118.
7. Ахмедова А.А., Гусейнов Е.Г., Мамедов Р.М. Характеристика кариеса зубов у детей г. Баку в зависимости от типа вскармливания // Азербайджанский медицинский журнал. - 1989. - №10. - С. 8-13.
8. Боровикова М.П., Новицкая И.А., Темникова Е.Н. Особенности работы по пропаганде грудного вскармливания в Калужской области // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Т. 1, №3. - С. 74-76.
9. Бурмистрова Т.И., Глушко И.В., Лучанинова В.Н., Абольян Л.В. Экономическая эффективность внедрения программы грудного вскармливания // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - №3 (16). - С. 54-56.
10. Буцык И.И. Особенности течения послеродового периода и периода новорожденности при совместном пребывании матери и ребенка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Смоленск, 2004. - 28 с.
11. Ваганов Н.Н. Комментарий к статье Н.К. Перевощиковой и соавторов «Опыт работы городского центра по поддержанию и пропаганде грудного вскармливания» // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1997. - №2. - С. 61.
12. Вартапетова Н.В., Романчук Л.И., Шмарова Л.М., Потемкина Р.А., Усова Е.В. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ: «Больницы, доброжелательные к ребенку». Возможности реализации в России // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 1998. - №1. - С. 24-29.
13. Вартапетова Н.В., Чернова М.Г. Международный свод правил маркетинга заменителей грудного молока – средство защиты и пропаганды грудного вскармливания / Практическое руководство для занятий с медицинскими работниками. - М.: Межрегиональная общественная организация «Колыбель», 2001. - 66 с.
14. Васильева О.А. Практика вскармливания детей раннего возраста и распространенность алиментарно-зависимых заболеваний в Нижнем Новгороде // Нижегородский медицинский журнал. - 2002. - № 2. - С. 144-146.
15. Васильева О.А. Характеристика питания детей раннего возраста в крупном промышленном центре и пути его совершенствования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Н.Новгород, 2002. - 27 с.
16. Воронцов И.М. К закономерностям роста и развития детей при разных видах вскармливания // Питание женщины во время беременности, лактации и отлучения ребенка от груди. Материалы третьего Международного симпозиума Института питания Хайнц в России. - М., 1994.
17. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Современная концепция естественного вскармливания // Вопросы питания. - 1996. - № 5. - С. 35-40.
18. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. - СПб., 1998. - 262 с.
19. Выполнение Международного свода правил маркетинга заменителей грудного молока в Российской Федерации. Отчет по проекту мониторинга ИБФАН. - М.: Межрегиональная общественная организация «Колыбель», 2001. - С. 34.
20. Гершензон А.О. Консультация для грудных детей в Одессе // Медицинское обозрение. - 1909. - Т. 72, №16. - С. 453-459.
21. Гершензон А.О. «Капля молока» и консультации для грудных детей в Одессе // Труды первого Всероссийского съезда детских врачей. - СПб., 1913. - С. 51-58.
22. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста: Пер. с англ. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2003. - 34 с.
23. Глушко И.В. Грудное вскармливание. Медико-экономический аспект (на примере г. Владивостока): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Владивосток, 2003. - 24 с.
24. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования и роль доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Т. 1, №2. - С. 35-37.

25. Дакинова Л.Н., Абольян Л.В., Черепанова И.С. Современные технологии улучшения состояния здоровья детей первого года жизни, на примере охраны и поддержки грудного вскармливания в Республике Калмыкии. // Проблемы управления здравоохранением. - 2004. - №3 (16). - С. 57-63.
26. Джумагазиев А.А. с соавт. Проблемы вскармливания детей первого года жизни в г. Астрахань // Педиатрия. - 2004. - №6. - С. 87-89.
27. Джумагазиев А.А. с соавт. Значение грудного вскармливания и психологического единства мать и дитя для нервно-психического развития ребенка // Вопросы детской диетологии. - 2004. - Том 2, №6. - С. 13-15.
28. Джумагазиев А.А., Рожкова О.Н., Козина Т.Ф. Грудное вскармливание и нервно-психическое развитие ребенка // Сборник материалов X Съезда педиатров России: Пути повышения эффективности медицинской помощи. - М., 2005. - С. 151.
29. Зелинская Д. И., Ладодо К.С., Конь И.Я. Организация питания детей в Российской Федерации: проблемы и пути решения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1998. - № 6. - С. 6-9.
30. Зелинская Д.И., Ладодо К.С. Организационная поддержка грудного вскармливания в России // Российский педиатрический журнал. - 2000. - №2. - С. 44-47.
31. Зойса И., Реа М., Мартинес Х. Почему грудное вскармливание показано в целях борьбы с диареей? // The Journal of Pediatrics. - 1992. - Vol. 118. - P. 659-664.
32. Ильенко Л.И. Проблемы нарушений адаптации в единой системе «мать-новорожденный» и их коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1997.
33. Качалова О.В. Возможности естественного вскармливания детей у матерей с гипогалактией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1999. - 22 с.
34. Княжева Н.Н., Петрушина А.Д., Смирнягина Н.Н., Ворсина Т.А. Опыт организации вскармливания детей первого года жизни в детской поликлинике // Педиатрия. - 2001. - №6. - С. 96-98.
35. Конвенция о правах ребенка. - Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, 1989.
36. Консультирование по ВИЧ и вскармливанию грудных детей: курс обучения: Пер. с англ. - Женева: ВОЗ, 2000. - 118 с.
37. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. ВОЗ/ЮНИСЕФ (40-часовой курс для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства): Пер. с англ. - Женева: ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1993. - 422 с.
38. Контроль за ходом достижения целей Инночентийской декларации в отношении защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания. Сравнительный анализ осуществления Инночентийской декларации в европейских государствах-членах ВОЗ: Пер. с англ. - Женева: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 1999. - 45 с.
39. Конь И.Я., Сорвачева Т.Н., Куркова В.И. Современная схема вскармливания детей первого года жизни // Педиатрия. - 1997. - №3. - С. 62-65.
40. Конь И.Я., Попович М.В., Фатеева Е.М., Шилина Н.М., Коновалова Л.С., Воробьева Л.Ш. Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и вскармливания по часам // Российский педиатрический журнал. - 1999. - №4. - С. 19-22.
41. Конь И.Я. Фатеева Е.М., Сорвачева Т.Н. К дискуссии по проблемам вскармливания детей первого года жизни // Педиатрия. - 2003. - №1. - С. 69-74.
42. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., Каплина В.И. Новые подходы к статистике распространности грудного вскармливания в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. - 2004. - Т. 2, №4. - С. 38-41.
43. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза: Пер. с англ. - Копенгаген: ВОЗ, 2001. - 369 с.
44. Коровина Н.А., Захарова И.Н. К дискуссии по проблеме рационального вскармливания детей раннего возраста // Педиатрия. - 2002. - №1. - С. 56 - 60.
45. Корсунский А.А., Абольян Л.В., Кириченко В.Ф. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». - М.: МЗ РФ, 2001. - 40 с.
46. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: стратегия развития в Российской Федерации. // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Т. 1, №1. - С. 16-17.
47. Корсунский А.А., Поддержка грудного вскармливания в России: достижения и проблемы. // Вопросы детской диетологии. - 2004. - Т. 2, №3, том 2. - С. 5-8.
48. Корсунский А.А., Абольян Л.В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в детских лечебно-профилактических учреждениях // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2004. - №6. - С. 54-61.
49. Ладодо К.С. Питание детей: современные аспекты // Российский педиатрический журнал. - 1998. - №2. - с. 52-55.
50. Ладодо К. С. Проблемы грудного вскармливания на современном этапе // Планирование семьи. - 1999. - №1. - С. 27-28.
51. Лебедев А.Г. Современная схема вскармливания детей первого года жизни - противоречия и проблемы //

Педиатрия. - 2002. - №1. - С. 52 - 56.

52. Лебедевкова С.Е., Степанова О.Ю., Суменко В.В., Заборскис А., Левинене Г., Говорун З.А., Масленникова Г.А., Канунникова Е.А., Соловьева И.М. Сравнительный анализ причин прекращения грудного вскармливания в Оренбурге и Каунасе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2000. - №5. - С. 28-30.

53. Ломовских В.Е., Бердикова Т.К., Абольян Л.В., Филипов А.Г. Опыт работы по внедрению современных принципов грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения и детства // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Т.1, №1. - С. 23-26.

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

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

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

57. Мальцев С.В., Заболотная Л.Н., Сафина Л.З. Современные проблемы естественного вскармливания. К дискуссии по статье А.Г. Лебедева «Современная схема вскармливания детей первого года жизни - противоречия и проблемы. Естественное вскармливание» // Педиатрия. - 2002. - №1. - С. 60 -62.

58. Малярчук Н.И. Особенности послеродовой реабилитации родильниц, которые используют метод лактационной аменореи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Одесса, 2000. - С. 19.

59. Микирчичан Г.Л., Суворова Р.В. История отечественной педиатрии. - СПб: С-П. государственная педиатрическая медицинская академия, 1998. - 156 с.

60. Миллер Н.Ф. Женское молоко и выбор кормилиц. - М., 1888. - 232 с.

61. Мичник З.О. Состояние дела вскармливания грудных детей (по материалам консультаций в Ленинграде) и задачи консультаций // Вопросы педиатрии и охраны материнства и детства. - 1940. - Т. 12, №9. - С. 437-449.

62. Мы, дети: десятилетний обзор деятельности по итогам Всемирной встречи на высшем уровне в интересах детей: Пер. с англ. - Нью-Йорк: Генеральная Ассамблея ООН, 2001. - 148 с.

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

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

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

66. Нетребенко О.К. Современные проблемы вскармливания детей грудного и раннего возраста (к дискуссии по данному вопросу) // Педиатрия. - 2002. - №1. - С. 63 - 64.

67. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад. 2003 год. - М., 2003. - 127 с.

68. Образцов Ю.Л. Пропаганда грудного вскармливания детей – важная проблема первичной профилактики стоматологических заболеваний (Обзор) // Стоматология. - 1988. – Т. 67, №5. - С. 87-89.

69. Организация работы по поддержке и поощрению грудного вскармливания медицинскими работниками ЛПУ родовспоможения и детства / Методические рекомендации Комитета здравоохранения г. Москвы (№2). - М., 2000. - 22 с.

70. Перевощикова Е.П. Ориентация населения и медицинской службы г. Ижевска на естественном вскармливании младенцев // Педиатрия. - 2000. - №4. - С. 67-69.

71. Перевощикова Н.К., Басманова Е.Д., Коба В.И., Жилинская Н.К., Титаренко Л.М. Опыт городского центра по пропаганде и поддержанию грудного вскармливания // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 1997. - №2. - С. 59-61.

72. Перевощикова Н.К., Басманова Е.Д., Коба В.И., Кобылянская Г.В., Титаренко Л.М. Состояние здоровья детей в зависимости от вида вскармливания в детском возрасте // Российский педиатрический журнал. - 2002. - №1. - С. 4-6.

73. Питание детей грудного и раннего возраста. Пятьдесят четвертая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. 18 мая 2001 г.

74. Питание детей и прогресс в осуществлении Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока. Доклад секретариата. Пятьдесят пятая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. 19 марта 2002 г.

75. Питание детей грудного и раннего возраста. Пятьдесят пятая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. 18 мая 2002 г.

76. Пономарева Л.П. Грудное вскармливание (его преимущества, психосоциальные и культурные аспекты) // Материалы I Всероссийской научно-практической конференции по пренатальному воспитанию: «Медико-психологические аспекты современной перинатологии». - М., 1999. - С. 9-12

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

78. Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации. - М.: МЗ РФ, 2000. - 64 с.
79. Развитие международной инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку в Северо-Западном регионе» / Под ред. Т.Я. Динекиной, Н.И. Кандаковой, Э. Хелсинг, Э. Хейберг - Мурманск, 2003. - 60 с.
80. Руководство и пропаганда грудного вскармливания в больнице, доброжелательной к ребенку (18-часовой курс для медперсонала акушерского и неонатального отделений больниц): Пер. с англ. - Женева: ВОЗ/ЮНИСЕФ, 1993. - 135 с.
81. Сафонова Е.Н. О гипогалактии // Материалы IV Всесоюзного съезда детских врачей в Москве. - М., 1927. - С. 75-76.
82. Служба охраны здоровья матери и ребенка в 2003 году. - М.: МЗ и СР РФ, 2004. - 92 с.
83. Смоляр Н.И., Солонько Г.М. Влияние вскармливания на 1-ом году жизни на поражаемость зубов кариесом у дошкольников // Стоматология. - 1989. - Т. 68, №2. - С. 61-63.
84. Содействие грудному вскармливанию в медицинских учреждениях. Краткий курс для администрации и руководства больниц: Пер. с англ. - Женева: ВОЗ, Веллстарт Интернэшнл, 1996. - 210 с.
85. Сомова К.Т., Попова О.И., Мальков В.Т., Третьяков С.П. Распространенность кариеса молочных зубов у детей в связи с вскармливанием // Сборник научных трудов. - Кемерово: Кемеровский государственный медицинский институт, 1993. - С. 239-241.
86. Сравнительный анализ осуществления Инноцентийской декларации в европейских государствах-членах ВОЗ. - Женева: Евробюро ВОЗ, ЮНИСЕФ, 1999. - 45 с.
87. Тачиев Б.А., Дакинова Л.Н., Корсунский А.А., Абольян Л.В. Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» в республике Калмыкия // Южно-Российский медицинский журнал. - 2002. - №4. - С. 4-10.
88. Тонкова-Ямпольская Р.В. Внешняя среда и психическое развитие ребенка. - М.: Медицина, 1984.
89. «Трудовой кодекс Российской Федерации». Федеральный закон от 30 декабря 2001 г. №197-ФЗ.
90. Тур А.Ф. О некоторых вопросах в питании здоровых детей первого года жизни // Педиатрия. - 1973. - №11. - С. 3-9.
91. Фатеева Е.М., Попович М.В. Биологические, социальные и экономические приоритеты грудного вскармливания // Материалы V-го конгресса педиатров России «Здоровый ребенок».- М., 1999.- 495 с.
92. Фатеева Е.М., Прошин В.А. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в Москве // Российский педиатрический журнал. - 2000. - №3. - С. 34-37.
93. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. - М.: Медиа Сфера, 1998. - 347 с.
94. Фурцев В.И., Прахин Е.И., Грицан А.И., Будникова Е.В. Изменение политики педиатрической службы здравоохранения в отношении практики грудного вскармливания // Педиатрия. - 2002. - №1. - С. 69-71.
95. Фурцев В.И. Роль служб родовспоможения и поликлинической педиатрии в расширении практики грудного вскармливания в педиатрии // Вопросы детской диетологии. - 2003. - Т.1, №3. - С. 72-73.
96. Хейберг Э., Кандакова Н.И., Динекина Т.Я., Кабаков В.Л., Скурвейт С. Голоса женщин в Баренц регионе. - Осло: Норвежский институт общественного здравоохранения, 2004. - 134 с.
97. Чичерин Л.П. Научное обоснование путей совершенствования и развития амбулаторно-поликлинической помощи детям и подросткам: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1999.
98. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М., Нейлсон Д., Краутер К., Дьюли Л., Ходнет Э., Хофмейер. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка: Пер. с англ. под ред. А.В.Михайлова. - СПб: «Петрополис», 2003. - 477 с.
99. Ямпольский С.М. «Капля молока» Харьковского отдела Союза борьбы с детской смертностью // Труды первого Всероссийского съезда детских врачей. - СПб., 1913. - 113 с.
100. Angelsen N.K., Vic T., Jacobsen G., Bakketeig L.S. Breast-feeding and cognitive development at ages 1 and 5 years // Arch. Dis. Child. - Vol. 85. - P. 183-188.
101. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease // The Lancet. - 2002. - Vol. 360. - P. 187-195.
102. Butte N., Lopez-Alarcon M.G., Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. - Geneva: WHO, 2002. - 47 pgs.
103. Childers A. Emotional problems in children as related to the direction of breastfeeding in infancy // Amer. J. Orthopsychiatr. - 1932. - N. 2. - P. 134.
104. Cumming R.G., Kesley J.L., Nevitt M.C., O'Down K.J. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures // Epidemiol. Rev. - 1985. - №7. - P. 178-203.
105. Cumming R.G., Klineberg R.J. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women // Int. J. Epidemiol. - 1993. - Vol. 22. - P. 684-691.
106. Cunningham A.S., Jelliffe D.B., Jelliffe E.F.P. Breast-feeding and health in 1980s: A global epidemiologic review // The Journal of Pediatrics. - 1992. - Vol. 118. - P. 659-664.

107. Dewey K., Martines J., Daelmans B. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. - Washington: WHO, 2003. - 37 pgs.
108. Fewtrell M.S. The long-term benefits of having been breast-fed // *Current Paediatrics*. - 2004. - Vol. 14. - P. 97-103.
109. Global breastfeeding data: sources, prevalence, trends and association with global programmers. Draft paper for WHO/UNICEF technical consultation on infant and young child feeding. - Geneva: WHO, 2000.
110. Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh Health Assembly. - Geneva: WHO, 2004. - 20 pgs.
111. Hayslip C.L., Klein T.A., Wray K.L., Duncan W.E. The effects of lactation on bone mineral content in healthy postpartum women // *Obstet. Gynaecol.* - 1989. - Vol. 73. - P. 588-592.
112. Heinig M.J., Dewey K.G. Health effects of breastfeeding for mothers: a critical review // *Nutrition research reviews*. - 1997. - №10. - P. 35-56.
113. Helsing E., Chalmers B.E., Dinekina T.Y., Kondakova N.I. Breastfeeding, baby friendliness and birth in transition in North Western Russia: a study of women's perceptions of the care they receive when giving birth in six maternity homes in the cities of Archangelsk and Murmansk, 1999 // *Acta Paediatrica*. - 2002. - Vol. 91. - P. 578-83.
114. Implementing the Baby Friendly best practice standards. A guide to implementing the Baby Friendly best practice standards for breastfeeding in maternity and community health care facilities. - London: UNICEF UK Baby friendly Initiative, 2001. - 62 pgs.
115. Kramer M.S., Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. - Geneva: WHO, 2002. - 47 pgs.
116. Labbok M.H. et al. The lactation Amenorrhea (LAM): a postpartum introductory family planning method with policy and program implications // *Advances in contraception*. - 1994. - №10. - P. 93-109.
117. Maternity protection convention a victory for breastfeeding advocates // *BFHI News*. - 2000. - July-August. - 8 pgs.
118. Mortensen E.L., Michaelsen K.F., Sanders S.A., Reinisch J.M. The association between duration of breast-feeding and adult intelligence // *JAMA*. - 2002. - Vol. 287. - P. 2365-2371.
119. Naylor A.J., Morrow A.L. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. - Washington, San Diego: Lincages, Wellstart International, 2001. - 36 pgs.
120. Raleigh N.C. Economic benefits of breastfeeding. - United States Breastfeeding Committee, 2002.
121. Report of a technical consultation on infant and young child feeding. - Geneva: WHO, UNICEF, 2000. - 42 pgs.
122. Rosenblatt K.A. et al. Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer - The WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives // *Int. J. Epidemiol.* - 1993. - Vol. 22. - P. 499-503.
123. Saadeh R., Labbok M. The Baby-friendly Hospital Initiative - achievements and future directions // Meeting report: Implementing the global strategy for infant and young child feeding. - Geneva: World Health Organization, 2003. - P. 27-28.
124. Shepard D.S., Brenzel L.E. Cost-effectiveness of the mass media and health practices project // A report from Stanford University to USAID prepared by Applied Communication Technology. - 1985.
125. The baby friendly hospital initiative. Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress. - Geneva: World Health Organization, 1999. - 150 pgs.
126. Vallenias C., Savage F. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. - Geneva: World Health Organization, 1998. - 111 pgs.
127. WHO Global data bank on breastfeeding - Geneva: World Health Organization, 1996. - 10 pgs.
128. Zue B.P. et al. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes // *New England journal of medicine*. - 1999. - Vol. 340. - P. 589-594.

ПОЛЕЗНЫЕ АДРЕСА

НПЦ по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации
119021, Москва, Зубовский бульвар, 37/1
ММА им. И.М.Сеченова
НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением
e-mail: dove.ole@mtu-net.ru

ВОЗ (WHO)
World Health Organization
Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27
Switzerland
<http://www.who.org>

Региональное Европейское бюро ВОЗ
World Health Organization
Regional Office for Europe (EURO)
8. Scherfigsvej
DK-2100 Kobenhavn O
Denmark
<http://www.who.dk>

ЮНИСЕФ (UNICEF)
UNICEF House, 3 Unated Nations Plaza
44 street, New York NY 11375, USA
<http://www.unicef.org>

Региональное Европейское бюро ЮНИСЕФ
United Nations Children's Fund (UNICEF)
Regional Office for Europe
Palais des Nations
1211 Geneva 10
Switzerland

ИБФАН (IBFAN)
International Baby Food Action Network
Международная сеть для проведения действий в защиту детского питания
<http://www.ibfan.org>

ВАБА (WABA)
World Alliance for Breastfeeding Actions
Всемирный союз действий в защиту грудного вскармливания
P.O.Box 1200, 10850 Penang, Malaysia
<http://www.elogica.com.br/waba>

Wellstart International
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103-2045
<http://www.wellstart.org>

La Leche League International (LLL)
Молочная Лига (США)
<http://www.lalecheleague.org>
<http://www.lalecheleague.org/Russian.html>

Международная общественная организация «Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию» (Россия)
www.lactoconsultant.org/index.htm

Ссылки на источники в Интернете:

<http://www.who.int/nut/publications.htm>

<http://www.who.int/child-adolescent-health>

<http://www.who.int/nutgrowthdb>

Библиотека Кохрейна (Cochrane Library)
<http://www.cochrane.org>

Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» в Великобритании (UNICEF UK Baby Friendly Initiative)
<http://www.babyfriendly.org.uk>

**СПИСОК АКУШЕРСКИХ СТАЦИОНАРОВ, УДОСТОЕННЫХ
МЕЖДУНАРОДНОГО СТАТУСА ВОЗ/ЮНИСЕФ
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ», 1996-2005 гг.**

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. ГУЗ «Родильный дом № 1», Санкт-Петербург
2. ЛПУ «Родильный дом №2», Санкт-Петербург
3. ГУЗ «Родильный дом № 9», Санкт-Петербург
4. ГУЗ «Родильный дом № 10», Санкт-Петербург
5. ГУЗ «Родильный дом № 11», Санкт-Петербург
6. ГУЗ «Родильный дом №13», Санкт-Петербург
7. ГУЗ «Родильный дом №15», Санкт-Петербург
8. ГУЗ «Родильный дом № 16», Санкт-Петербург
9. ГУЗ «Родильный дом №18», Санкт-Петербург
10. Акушерско-гинекологическое отделение ГУЗ «Городская больница №36», Кронштадт, Ленинградская область
11. Акушерское отделение МУ «Городская клиническая больница № 7», Архангельск
12. МУЗ «Родильный дом им. К.Н.Самойловой», Архангельск
13. Родильное отделение ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница», Архангельск
14. МУЗ «Родильный дом г. Северодвинска», Архангельская область
15. Акушерское отделение Новодвинской ЦРБ, Архангельская область
16. Родильное отделение МУЗ «Котласская ЦГБ», Архангельская область
17. ММУ «Родильный дом №2», Великий Новгород
18. ГУЗ «Родильный дом № 1», Мурманск
19. МУЗ «Родильный дом №2», Мурманск
20. ГУЗ «Родильный дом № 3», Мурманск
21. Акушерское отделение МУЗ «Городская больница г. Заозерска», Мурманская область
22. Акушерское отделение Кандалакшской ЦРБ, г. Кандалакша, Мурманская область
23. Акушерское отделение Ковдорской ЦРБ, Мурманская область
24. Акушерское отделение Мончегорской ЦГБ, Мурманская область
25. Акушерско-гинекологическое отделение Кировской ЦГБ, Мурманская область
26. Акушерско-гинекологическое отделение Кольской ЦРБ, г. Кола, Мурманская область
27. Родильное отделение МУЗ «Апатитская ЦГБ», г. Апатиты, Мурманская область
28. Родильное отделение Печенгской ЦРБ, г. Никель, Мурманская область
29. Городской родильный дом № 1 имени К.А. Гуткина, Петрозаводск, Республика Карелия
30. Коми Республиканский перинатальный центр, Сыктывкар, Республика Коми
31. Родильный дом ГУ РК «Кардиологический диспансер», Сыктывкар, Республика Коми
32. Ухтинский межтерриториальный родильный дом, Ухта, Республика Коми
33. МУЗ «Городской родильный дом», Воркута, Республика Коми
34. Акушерское отделение Прилузской ЦРБ, с. Объячево, Республика Коми
35. Акушерско-гинекологическое отделение Троицко-Печорской ЦРБ, Республика Коми
36. Родильное отделение ММУ Ижемская ЦРБ, Республика Коми
37. Родильное отделение МУ «Княжпогостская ЦРБ», Республика Коми
38. Родильное отделение Корткеросской ЦРБ, Республика Коми
39. Родильное отделение Печорской ЦРБ, Республика Коми
40. Родильное отделение МУ «Сыктывдинская ЦРБ», Республика Коми
41. Родильное отделение МУ «Усть-Вымская ЦРБ», Республика Коми
42. Родильное отделение МУ «Усть-Цилемская ЦРБ», Республика Коми

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. Родильный дом №4, Москва
2. ГУЗ «Родильный дом № 6 имени А.А. Абрикосовой», Москва
3. Родильный дом №25, Москва
4. Родильный дом МУЗ ЦГБ, г. Электросталь, Московская область
5. Родильный дом Мытищинской городской клинической больницы, г. Мытищи, Московская область
6. Родильный дом МУЗ «Ногинская ЦРБ», г. Ногинск, Московская область
7. Акушерское отделение МУ «Луховицкая ЦРБ», г. Луховицы, Московская область
8. Родильное отделение муниципальной городской больницы №1, Белгород
9. Родильное отделение МУ «Грайворонская ЦРБ», Белгородская область
10. Родильное отделение Губкинской ЦРБ, Белгородская область
11. Родильное отделение Корочанской МЦРБ, Белгородская область
12. Родильное отделение Красногвардейской ЦРБ, Белгородская область
13. Родильное отделение Яковлевской ЦРБ, Белгородская область
14. Акушерское отделение МУЗ «Бобровская ЦРБ, г. Бобров, Воронежская область
15. Родильный дом Калужской областной больницы, Калуга
16. Родильное отделение Боровской ЦРБ, г. Боровск, Калужская область
17. Родильное отделение Малоярославецкой ЦРБ, г. Малоярославец, Калужская область
18. МУЗ «Городской родильный дом г. Железногорск», Курская область
19. Родильное отделение Льговской ЦРБ, г. Льгов, Курская область
20. Родильный дом (перинатальный центр) Липецкой областной клинической больницы, Липецк
21. МЛПУ «Клинический родильный дом», Смоленск
22. Родильный дом МЛПУ «Клиническая больница №1», Смоленск
23. Акушерское отделение МЛПУ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», Смоленск
24. Родильное отделение МУЗ «Велижская ЦРБ», Смоленская область
25. Акушерское отделение ММУ «Рославльская ЦРБ», Смоленская область
26. Родильное отделение Руднянской ЦРБ, Смоленская область
27. Акушерское отделение ММУ «Сафоновская ЦРБ», Смоленская область
28. Родильное отделение ММУ «Ярцевская ЦРБ», Смоленская область
29. МУЗ «Новомосковский родильный дом», Новомосковск, Тульская область
30. Родильное отделение МУЗ «Клиническая больница №2», Ярославль
31. МУЗ Рыбинский перинатальный центр, Ярославская область
32. Родильный дом №5, Тверь

ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. Родильное отделение МЛПУ «Городская клиническая больница №8», Уфа
2. Акушерское отделение Архангельской ЦРБ, с. Архангельское, Республика Башкортостан
3. Акушерское отделение Баймакской ЦРБ, г. Баймак, Республика Башкортостан
4. Акушерское отделение МУЗ Балтачевская ЦРБ, с. Старобалтачево, Республика Башкортостан
5. Акушерское отделение МУЗ ЦРБ Белебеевского района, г. Белебей, Республика Башкортостан
6. Акушерское отделение Дюртюлинской ЦРБ, г. Дюртюли, Республика Башкортостан
7. Акушерское отделение Миякинской ЦРБ, г. Мияки, Республика Башкортостан
8. Акушерское отделение Чишминской ЦРБ, г. Чишмы, Республика Башкортостан
9. Акушерское отделение Янаульской ЦРБ, г. Янаул, Республика Башкортостан
10. Родильный дом МУЗ «Перинатальный центр г. Сибай, Республика Башкортостан
11. Родильный дом Туймазинской ЦРБ, г. Туймазы, Республика Башкортостан

12. ЛП МУЗ «Перинатальный центр Республики Марий-Эл», Йошкар-Ола
13. МУЗ «Городской родильный дом №2», Саранск
14. Родильное отделение ГУЗ «Инсарская ЦРБ», г. Инсар, Республика Мордовия
15. Родильное отделение ГУЗ «Ковылкинская ЦРБ», Республика Мордовия
16. Родильное отделение МУЗ «Краснослободская ЦРБ», Республика Мордовия
17. Родильное отделение МУЗ «Рузаевская ЦРБ», г. Рузаевка, Республика Мордовия
18. Родильное отделение ГУЗ «Темниковская ЦРБ», г. Темников, Республика Мордовия
19. Акушерское отделение ГУЗ «Ардатовская ЦРБ», Республика Мордовия
20. Акушерское отделение ГУЗ «Ичалковская ЦРБ», Республика Мордовия
21. Акушерское отделение ГУЗ «Теньгушевская ЦРБ», Республика Мордовия
22. Акушерско-гинекологическое отделение государственной организации здравоохранения «Комсомольская ЦРБ», Республика Мордовия
23. МУЗ «Родильный дом г. Сарапул», Республика Удмуртия
24. ГУЗ «Чувашский Республиканский перинатальный центр», Чебоксары
25. МУ «Родильный дом г. Березники», Пермская область
26. МУЗ МСЧ №9 ГПЦ им. М.А.Тверье, Пермская область
27. Родильное отделение Самарской областной клинической больницы им. М.И.Калинина, Самара
28. Родильный дом ООО «Близнецы-2000», Самара
29. Родильный дом ММУ «Центральная городская больница г. Новокуйбышевск», Самарская область
30. ООО «Экспериментальный родильный дом №1 г. Тольятти», Самарская область
31. Родильный дом МУЗ «Городская клиническая больница №5 МедВАЗ г. Тольятти», Самарская область

ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. Родильное отделение Александро-Мариинской областной клинической больницы, Астрахань
2. МУЗ «Городской клинический родильный дом №2», Астрахань
3. Акушерское отделение Наримановской ЦРБ, г. Нариманов, Астраханская область
4. Акушерско-гинекологическое отделение Камызякской ЦРБ, г. Камызяк, Астраханская область
5. Родильное отделение Ахтубинской ЦРБ, г. Ахтубинск, Астраханская область
6. Родильное отделение Володарской ЦРБ, Астраханская область
7. Родильное отделение Знаменской ЦРБ, Астраханская область
8. Родильное отделение Красноярской ЦРБ, г. Красный Яр, Астраханская область
9. Родильное отделение Лиманской ЦРБ, с. Лиман, Астраханская область
10. Родильное отделение МУЗ «Харабалинская ЦРБ», г. Харабали, Астраханская область
11. Родильное отделение МУЗ «Черноярская ЦРБ», с. Черный Яр, Астраханская область
12. ГУЗ «Родильный дом № 1», Волгоград
13. МУЗ «Клинический родильный дом №2», Волгоград
14. ММУ «Родильный дом № 3», Волгоград
15. ГУЗ «Родильный дом № 4», Волгоград
16. Родильный дом городского перинатального центра ММУ «Клиническая больница №5», Волгоград
17. Родильный дом ММУ «Клиническая больница № 7», Волгоград
18. Областной клинический родильный дом, г. Волжский, Волгоградская область
19. Акушерское отделение больницы скорой медицинской помощи, г. Волжский, Волгоградская область

20. Родильный дом Камышинской ЦГБ, г. Камышин, Волгоградская область
21. МУЗ «Межрайонный родильный дом г. Михайловка», Волгоградская область
22. Акушерское отделение МУЗ «Еланская ЦРБ», Волгоградская область
23. Акушерское отделение МУЗ «Клетская ЦРБ», ст. Клетская, Волгоградская область
24. Акушерское отделение МУЗ «Ленинская ЦРБ», Волгоградская область
25. Акушерское отделение МУЗ «Палласовская ЦРБ», ст. Палласовка, Волгоградская область
26. Акушерское отделение МУЗ «Старополтавская ЦРБ», ст. Старая Полтавка, Волгоградская область
27. Акушерское отделение МУЗ «Урюпинская ЦРБ», г. Урюпинск, Волгоградская область
28. Акушерское отделение МУЗ «Фроловская ЦГБ», г. Фролово, Волгоградская область
29. Родильное отделение МУЗ «Быковская ЦРБ», Волгоградская область
30. Родильное отделение МУЗ «Городищенская ЦРБ», г. Городище, Волгоградская область
31. Родильное отделение МУЗ «Жирновская ЦРБ», Волгоградская область
32. Родильное отделение МУЗ «Котовская ЦРБ», г. Котово, Волгоградская область
33. Родильное отделение МУЗ «Новоаннинская ЦРБ», Волгоградская область
34. Родильное отделение МУЗ Ольховской ЦРБ, Волгоградская область
35. Родильное отделение МУЗ «Суровикинская ЦРБ», Волгоградская область
36. Краснодарское муниципальное лечебно-диагностическое объединение «Родильный дом перинатального центра», Краснодар
37. Родильный дом Краснодарской городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Краснодар
38. МУЗ «Родильный дом», Краснодар
39. Акушерское отделение Ейской ЦРБ, г. Ейск, Краснодарский край
40. Акушерское отделение Славянской ЦРБ, г. Славянск на Кубани, Краснодарский край
41. МУЗ «Родильный дом г. Анапа», Краснодарский край
42. Городской клинический родильный дом, Ставрополь
43. МУ «Родильный дом г. Кисловодск», Ставропольский край
44. Родильное отделение ЦГБ г. Невинномысск, Ставропольский край
45. Родильное отделение Благодарненской ЦРБ, Ставропольский край
46. Родильное отделение Изобильненской ЦРБ, Ставропольский край
47. МУ «Элистинский родильный дом имени А.А. Шунгаевой», Элиста
48. Акушерское отделение МЛПУ «Городовиковская ЦРБ», Республика Калмыкия
49. Акушерское отделение МЛПУ «Ики-Бурульская ЦРБ», Республика Калмыкия
50. Акушерское отделение МЛПУ «Лаганская ЦРБ», Республика Калмыкия
51. Акушерское отделение МЛПУ «Малодербетовская ЦРБ», Республика Калмыкия
52. Акушерское отделение МЛПУ «Приютненская ЦРБ», Республика Калмыкия
53. Акушерское отделение МЛПУ «Черноземельская ЦРБ», Республика Калмыкия
54. Акушерское отделение МЛПУ «Яшалтинская ЦРБ», Республика Калмыкия
55. Акушерское отделение МЛПУ «Яшкульская ЦРБ», Республика Калмыкия

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. Акушерское отделение Приморской краевой клинической больницы, Владивосток
2. ГУЗ «Родильный дом № 4», Владивосток
3. Городской родильный дом г. Арсеньев, Приморский край
4. МЛПУ «Родильный дом г. Артем», Приморский край
5. Родильное отделение МУ ЦГБ №1 г. Дальнореченск, Приморский край
6. Родильное отделение ЦГБ г. Лесозаводск, Приморский край
7. Родильное отделение городской больницы г. Уссурийск, Приморский край

8. Родильное отделение ЦРБ Хорольского района, Приморский край

УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. Родильный дом МУЗ «Детская городская клиническая больница №5», Кемерово
2. Родильное отделение МУЗ «Городская больница №1 г. Прокопьевск», Кемеровская область
3. МУ «Родильный дом №1», Курган
4. Родильный дом МЛУ ЦГБ г. Алапаевск, Свердловская область
5. Родильный дом МУЗ ЦГБ г. Асбест, Свердловская область
6. Родильный дом филиала МУ «Верхнепышминская ЦГБ», Свердловская область
7. Родильный дом Демидовской ЦГБ, Свердловская область
8. Родильный дом МУЗ «Перинатальный центр г. Краснотурьинск», Свердловская область
9. Родильный дом МУЗ «Городская больница №1 г. Первоуральск, Свердловская область
10. Родильное отделение МУЗ «ЦГБ г. Кушва», Свердловская область
11. Родильное отделение МУЗ «Городская больница №1 г. Серов, Свердловская область
12. Акушерское отделение МУ «ЦГБ г. Полевской», Свердловская область
13. Акушерское отделение ЦГБ им. Шестовских Л.Г. г. Ирбит, Свердловская область
14. Родильное отделение окружной клинической больницы ХМАО, Ханты-Мансийск
15. Родильный дом МУГБ «Мать и дитя», Нижневартовск, Ханты-Мансийский авт. округ
16. Родильное отделение Няганской городской больницы, г. Нягань, Ханты-Мансийский автономный округ
17. Родильное отделение МУЗ «ЦГБ г. Покачи», Ханты-Мансийский автономный округ
18. Родильное отделение МУЗ «ЦГБ г. Радужный», Ханты-Мансийский автономный округ
19. Родильное отделение МУЗ «Городская больница г. Губкинский», Ямало-Ненецкий автономный округ
20. Родильный дом ЦРБ г. Надым, Ямало-Ненецкий автономный округ

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

1. МУЗ «Родильный дом №1», Красноярск
2. МУЗ «Родильный дом №4», Красноярск
3. МУЗ «Родильный дом №5», Красноярск
4. Родильный дом дорожной больницы ст. Красноярск
5. МУЗ «Родильный дом г. Ачинск», Красноярский край
6. МУЗ «Родильный дом» г. Норильск, Красноярский край
7. Родильный дом ЦМСЧ-51, г. Железногорск, Красноярский край
8. Акушерское отделение МСЧ-42 «Медбиоэкстрем», г. Зеленогорск, Красноярский край
9. Перинатальный центр Республики Тыва, Кызыл
10. МУЗ «Родильный дом №1», Кызыл
11. Родильное отделение Барун-Хемчикской ЦРБ, Республика Тыва
12. Родильное отделение Тандынской центральной кожунной больницы, Республика Тыва
13. МУЗ «Родильный дом г. Абакан», Республика Хакасия

СПИСОК ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, УДОСТОЕННЫХ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ», 2003-2005 гг.

1. Детская поликлиника МУЗ «Городская больница №5», Астрахань
2. МУЗ «Городская детская поликлиника №4», Астрахань
3. МУЗ «Городская детская поликлиника №5, Астрахань
4. Детская поликлиника МУЗ «Наримановская ЦРБ», Астраханская область

5. Детская поликлиника МУЗ «Харабалинская ЦРБ», Астраханская область
6. Детская консультация МУЗ «Черноярская ЦРБ», Астраханская область
7. Детская городская поликлиника №5, Волгоград
8. Детская городская поликлиника №7, Волгоград
9. Детская городская поликлиника №10, Волгоград
10. Детская городская поликлиника №16, Волгоград
11. Детская городская поликлиника №17, Волгоград
12. Детская городская поликлиника №26, Волгоград
13. Детская городская поликлиника №27, Волгоград
14. Детское отделение поликлиники Городищенской ЦРБ, г. Городище, Волгоградская область
15. Детская поликлиника №2 МУЗ «Камышинская детская городская больница», г. Камышин, Волгоградская область
16. Детская поликлиника МУЗ «Урюпинская ЦРБ», г. Урюпинск, Волгоградская область
17. Детская поликлиника Фроловской ЦРБ, г. Фролово, Волгоградская область
18. МУЗ «Детская городская поликлиника №1», Краснодар
19. МУЗ «Детская городская поликлиника №6», Краснодар
20. Детская поликлиника №1 Городской детской больницы №4, Красноярск
21. Детская поликлиника №2 Городской детской больницы №4, Красноярск
22. Детская поликлиника №3 Городской детской больницы №4, Красноярск
23. Детская городская поликлиника №2, Красноярск
24. Филиал №2 детской городской поликлиники №5, Красноярск
25. Детская поликлиника дорожной больницы ст. Красноярск
26. Детская поликлиника ЦМСЧ-51, г. Железногорск, Красноярский край
27. Детская городская поликлиника №1 г. Электросталь, Московская область
28. Детская поликлиника Купавинской городской больницы, Ногинский район, Московская область
29. Детская городская поликлиника г. Кушва, Свердловская область
30. Детская городская поликлиника №5, Смоленск
31. Детская городская поликлиника №3 ДКБ №3, Ярославль
32. Детская поликлиника Белебеевской ЦРБ, г. Белебей, Республика Башкортостан
33. Детская поликлиника Дюртюлинской ЦРБ, г. Дюртюли, Республика Башкортостан
34. Детская поликлиника МУЗ «Детская городская больница г. Сибай», Республика Башкортостан
35. Детская поликлиника Туймазинской ЦРБ, г. Туймазы, Республика Башкортостан
36. МУ «Детская городская поликлиника», Элиста
37. Детская консультация МЛПУ «Городовиковская ЦРБ», Республика Калмыкия
38. Детская консультация МЛПУ «Ики-Бурульская ЦРБ», Республика Калмыкия
39. Детская консультация МЛПУ «Лаганская ЦРБ», Республика Калмыкия
40. Детская консультация МЛПУ «Малодербетовская ЦРБ», Республика Калмыкия
41. Детская консультация МЛПУ «Приютненская ЦРБ», Республика Калмыкия
42. Детская консультация МЛПУ «Черноземельская ЦРБ», Республика Калмыкия
43. Детская консультация МЛПУ «Яшалтинская ЦРБ», Республика Калмыкия
44. Детская консультация МЛПУ «Яшкульская ЦРБ», Республика Калмыкия
45. Детская городская поликлиника №2, Сыктывкар
46. Детская городская поликлиника №1 г. Воркута, Республика Коми
47. Детская городская поликлиника №2 г. Воркута, Республика Коми
48. Детская поликлиника №3 пос. Варгашов г. Воркута, Республика Коми
49. Детская городская поликлиника ГМУ «Детская больница» г. Ухта, Республика Коми

50. Детская консультация Княжпогостской ЦРБ, Республика Коми
51. Детская консультация Корткеросской ЦРБ, Республика Коми
52. Детская поликлиника Печорской ЦРБ, Республика Коми
53. Детская поликлиника Сосногорской ЦРБ, Республика Коми
54. Детская консультация Сыктывдинской ЦРБ, Республика Коми
55. Детская консультация Троицко-Печорской ЦРБ, Республика Коми
56. Детская городская поликлиника №1, Саранск
57. Детская городская поликлиника №2, Саранск
58. Детская городская поликлиника №3, Саранск
59. Детская городская поликлиника №4, Саранск
60. Детская консультация ГУЗ «Ардатовская ЦРБ», Республика Мордовия
61. Детская консультация ГУЗ «Ичалковская ЦРБ», Республика Мордовия
62. Детская консультация ГУЗ «Теньгушевская ЦРБ», Республика Мордовия
63. Детская поликлиника окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа, Ханты-Мансийск
64. МУ «Детская городская поликлиника г. Нижневартовск», Ханты-Мансийский автономный округ
65. Детская поликлиника МЛПУ «Городская больница г. Мегион», Ханты-Мансийский автономный округ
66. Детская поликлиника МУЗ «ЦГБ г. Покачи», Ханты-Мансийский автономный округ
67. Детская поликлиника МУЗ «ЦГБ г. Радужный», Ханты-Мансийский автономный округ

**СПИСОК ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ, УДОСТОЕННЫХ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ», 2003-2005 гг.**

1. Женская консультация Новодвинской ЦРБ, Архангельская область
2. Женская консультация МУЗ «Городская клиническая больница №2», Астрахань
3. Женская консультация МУЗ «Наримановская ЦРБ», Астраханская область
4. Женская консультация МУЗ «Харабалинская ЦРБ», Астраханская область
5. Женская консультация МУЗ «Черноярская ЦРБ», Астраханская область
6. Женская консультация МУ «Грайворонская ЦРБ», Белгородская область
7. Женская консультация Короченской ЦРБ, Белгородская область
8. Женская консультация №4, Волгоград
9. Женская консультация №16, Волгоград
10. Женская консультация МУЗ «Городская клиническая больница №5», Волгоград
11. Женская консультация ММУ «Клиническая больница №7», Волгоград
12. Женская консультация МУЗ «Городская больница им. С.З. Фишера», г. Волжский, Волгоградская область
13. Женская консультация №2 МУЗ «Камышинская ЦГБ», г. Камышин, Волгоградская область
14. Женская консультация МУЗ «Котовская ЦРБ», г. Котово, Волгоградская область
15. Женская консультация МУЗ «Михайловский родильный дом», г. Михайловка, Волгоградская область
16. Женская консультация МУЗ «Старополтавская ЦРБ», пос. Старая Полтавка, Волгоградская область
17. Женская консультация МУЗ «Урюпинская ЦРБ», г. Урюпинск, Волгоградская область
18. Женская консультация МУЗ «Фроловская ЦРБ», г. Фролово, Волгоградская область
19. Женская консультация №4 г. Калуга
20. Женская консультация Купавинской городской больницы, Ногинский район, Московская обл.
21. Женская консультация городской клинической больницы №1, Смоленск

22. Женская консультация №5, Тверь
23. Женская консультация МУЗ «Новомосковский родильный дом», Новомосковск, Тульская область
24. Женская консультация Балтачевской ЦРБ, г. Балтачево, Республика Башкортостан
25. Женская консультация Белебеевской ЦРБ, г. Белебей, Республика Башкортостан
26. Женская консультация Дюртюлинской ЦРБ, г. Дюртюли, Республика Башкортостан
27. Женская консультация Туймазинской ЦРБ, г. Туймазы, Республика Башкортостан
28. Женская консультация МУЗ «Перинатальный центр г. Сибай», Республика Башкортостан
29. МУ «Женская консультация», Элиста
30. Женская консультация МЛПУ «Городовиковская ЦРБ», Республика Калмыкия
31. Женская консультация МЛПУ «Ики-Бурульская ЦРБ», Республика Калмыкия
32. Женская консультация МЛПУ «Лаганская ЦРБ», Республика Калмыкия
33. Женская консультация МЛПУ «Малодербетовская ЦРБ», Республика Калмыкия
34. Женская консультация МЛПУ «Приютненская ЦРБ», Республика Калмыкия
35. Женская консультация МЛПУ «Черноземельская ЦРБ», Республика Калмыкия
36. Женская консультация МЛПУ «Яшалтинская ЦРБ», Республика Калмыкия
37. Женская консультация МЛПУ «Яшкульская ЦРБ», Республика Калмыкия
38. Женская консультация родильного дома г. Воркута, Республика Коми
39. Женская консультация пос. Варгашов г. Воркута, Республика Коми
40. Женская консультация Княжпогостской ЦРБ, Республика Коми
41. Женская консультация Печорской ЦРБ, Республика Коми
42. Женская консультация Троицко-Печорской ЦРБ, Республика Коми
43. Женская консультация перинатального центра г. Йошкар-Ола, Республика Марий-Эл
44. Женская консультация родильного дома №2, Саранск
45. Женская консультация МУЗ «Городская поликлиника №3», Саранск
46. Женская консультация МУЗ «Городская поликлиника №5», Саранск
47. Женская консультация ГУЗ «Республиканский диагностический центр», Республика Мордовия
48. Женская консультация ГУЗ «Ардатовская ЦРБ», Республика Мордовия
49. Женская консультация ГУЗ «Ичалковская ЦРБ», Республика Мордовия
50. Женская консультация ГУЗ «Теньгушевская ЦРБ», Республика Мордовия
51. Женская консультация ЦМСЧ-51 г. Железнодорожск, Красноярский край
52. Женская консультация окружной клинической больницы Ханты-Мансийского автономного округа, Ханты-Мансийск
53. Женская консультация №1 МУ «Перинатальный центр», Нижневартовск, Ханты-Мансийский автономный округ
54. Женская консультация МЛПУ «Городская больница г. Мегион», Ханты-Мансийский автономный округ
55. Женская консультация Няганской городской больницы, г. Нягань, Ханты-Мансийский автономный округ
56. Женская консультация МУЗ «ЦГБ г. Покачи», Ханты-Мансийский автономный округ
57. Женская консультация МУЗ «Центральная городская больница г. Радужный», Ханты-Мансийский автономный округ
58. Женская консультация №1 МУЗ «Родильный дом», Краснодар
59. Женская консультация №4 МУЗ «Родильный дом», Краснодар
60. Женская консультация №3 МУЗ «Краснодарский краевой перинатальный центр», Краснодар
61. Женская консультация №5 МУЗ «Краснодарский краевой перинатальный центр», Краснодар

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ УЧРЕЖДЕНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
СООТВЕТСТВУЮЩЕМ СТАТУСУ
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»**

*(утверждено Начальником Управления охраны здоровья матери и ребенка
Министерства здравоохранения Российской Федерации 17 ноября 1999 г.)*

К числу учреждений здравоохранения, претендующих на присвоение звания «Больница, доброжелательная к ребенку», могут относиться женские консультации, родильные дома (отделения), детские амбулаторно-поликлинические учреждения.

Эти учреждения должны четко выполнять все требования, изложенные в десяти принципах успешного грудного вскармливания совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ 1989 года «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания». С этой целью учреждениям необходимо проводить работу в следующих направлениях:

1. Иметь специально разработанный и утвержденный руководителем учреждения план конкретных мероприятий по поощрению и поддержке грудного вскармливания младенцев; строго придерживаться изложенных в нем требований и регулярно доводить их до сведения медицинского персонала данного учреждения, беременных женщин, рожениц, матерей, имеющих грудных детей, и членов их семей.

2. Обучать весь медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления поддержки грудного вскармливания; иметь специально разработанные планы обучения для различных категорий медицинского персонала; проводить обязательный предварительный инструктаж каждого вновь поступающего сотрудника.

3. Информировать всех беременных женщин и матерей, имеющих грудных детей, а также членов их семей о преимуществах и технике грудного вскармливания младенцев; иметь специально подготовленную информацию по данным вопросам.

4. Создавать в родильных домах (отделениях) необходимые условия для осуществления максимально раннего прикладывания новорожденных к груди матери и помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов; обеспечивать непосредственный кожный контакт матери и новорожденного младенца (контакт «кожа к коже») в течение не менее 30 минут.

5. Показывать матерям, как кормить грудью младенца, какое наиболее удобное положение выбрать для успешного грудного вскармливания, как лучше сохранять лактацию даже в том случае, если мать временно отделена от ребенка; обучать матерей технике ручного сцеживания молока.

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями; при необходимости допаивания или докармливания младенца использовать с этой целью пипетку, ложечку, чашечку и др., но не бутылочку с соской.

7. В родильных домах (отделениях) практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате, обеспечивая матери необходимую помощь со стороны медицинского персонала.

8. Поощрять грудное вскармливание не по расписанию, а по требованию младенца, в том числе и в ночные часы.

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь, (соски, пустышки); информировать матерей о вреде использования средств, имитирующих грудь или успокаивающих

ребенка; проводить постоянную работу по предупреждению рекламирования и бесплатного распределения искусственных детских молочных смесей, а также бутылочек и сосок.

10. Содействовать организации групп поддержки грудного вскармливания и направлять в них матерей после выписки из родильного дома (отделения); обеспечивать контроль за деятельностью этих групп со стороны специально подготовленного медицинского персонала путем проведения целенаправленных патронажей силами работников детских поликлиник, осуществления консультации матерей в комнатах здорового ребенка, организации работы «телефона доверия» и др.

В учреждениях, претендующих на звание «Больница, доброжелательная к ребенку», должно иметься достаточное количество наглядной инструктивной и просветительной информации по всем проблемам грудного вскармливания младенцев (стенды, альбомы, плакаты, памятки). Эта информация должна быть размещена в местах, широко доступных как для персонала учреждения, так и для беременных женщин, матерей, имеющих грудных детей, а также членов их семей. Учреждение должно иметь возможность снабжать матерей необходимыми памятками по поддержке и поощрению грудного вскармливания младенцев, обращая особое внимание на первородящих и женщин, имевших ранее трудности с грудным вскармливанием ребенка.

Важными показателями четкого выполнения данных требований являются явные положительные сдвиги в работе по оказанию лечебно-профилактической помощи грудным детям и улучшению состояния их здоровья, характеризующиеся следующим:

- достаточно высоким охватом детей первого года жизни естественным вскармливанием, показатель которого должен составлять не менее 90 % среди новорожденных, выписываемых из родильного дома или отделения, и не менее 80 % среди детей, достигших 4-месячного возраста;

- резким снижением использования искусственных адаптированных молочных смесей в районе деятельности учреждения, претендующего на звание «Больница, доброжелательная к ребенку»;

- существенным улучшением показателей состояния здоровья детей первого года жизни, снижением их заболеваемости, в первую очередь гнойно-септическими инфекциями новорожденных, респираторными инфекциями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а также аллергической патологии;

- снижением показателей перинатальной смертности, ранней детской смертности и смертности детей первого года жизни.

Учреждения, полностью соответствующие статусу «Больницы, доброжелательной к ребенку», что подтверждается заключением группы экспертов, получают от Министерства здравоохранения Российской Федерации специальный Диплом.

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАМЕНИТЕЛЕЙ ГРУДНОГО МОЛОКА

(Приложение к Глобальным критериям ВОЗ/ЮНИСЕФ)

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

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

— младенцы с очень малым весом при рождении (менее 1000 г) или родившиеся недоношенными (менее 32 недель);

— грудные младенцы с серьезным нарушением созревания и с потенциально тяжелой гипогликемией, либо нуждающиеся в лечении по поводу гипогликемии и состояние которых не улучшается при усилении грудного вскармливания или от кормления грудным молоком.

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

— младенцы, матери которых страдают серьезным заболеванием (например, психоз, эклампсия или шок);

— младенцы с врожденными нарушениями метаболизма (например, галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа» - валинолейцинурия);

— младенцы, страдающие острой формой обезвоживания (например, во время фототерапии при желтухе) во всех случаях, когда усиление грудного вскармливания не сопровождается надлежащей гидратацией организма;

— грудные младенцы, матери которых принимают лекарства, являющиеся противопоказанными при грудном вскармливании (например, цитотоксичные лекарственные препараты, радиоактивные лекарственные препараты, а также лекарственные препараты, используемые для лечения заболеваний щитовидной железы, за исключением пропилтиоурацила).

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

**ПРОГРАММА 40-ЧАСОВОГО
ОБУЧАЮЩЕГО КУРСА ВОЗ/ЮНИСЕФ
«КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ»**

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

ПОЛИТИКА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Материнское молоко – это щедрый дар природы и самое совершенное питание.

Коллектив женской консультации стремится возродить культуру грудного вскармливания и обязуется соблюдать все принципы успешного кормления грудью.

Врачи, акушерки, медицинские сестры и санитарки готовы мобилизовать все свои силы для оказания помощи беременным женщинам, кормящим матерям, поощряя и поддерживая их желание кормить грудью.

Наша цель – обеспечить будущему малышу и его маме физическое здоровье, эмоциональный комфорт и близость.

Шаг 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

1.1. Женская консультация имеет четко зафиксированную в письменном виде политику по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания, охватывающую все десять шагов успешного грудного вскармливания. Эта политика запрещает рекламирование и групповой инструктаж в отношении заменителей грудного молока, бутылочек и сосок.

1.2. Политика по грудному вскармливанию размещена во всех подразделениях женской консультации, обслуживающих беременных женщин.

1.3. В женской консультации создан координационный совет. Составлен план работы по охране и поддержке грудного вскармливания. Руководитель координационного совета – заместитель главного врача по лечебной работе.

1.4. Политика женской консультации доступна для сотрудников и пациентов.

Шаг 2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.

2.1. Весь медико-санитарный персонал осознает преимущества грудного вскармливания и осведомлен о современных принципах ведения лактации.

2.2. При поступлении на работу все сотрудники получают инструктаж по политике грудного вскармливания, проводимой женской консультацией, с отметкой в журнале.

2.3. Обучение медицинского персонала проводится по 40-часовой программе, включая 6 часов практических занятий. Повторное обучение осуществляется по 18-часовой программе, включая 3 часа практических занятий. Занятия с персоналом проводятся 2 раза в год с принятием зачета.

Шаг 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

3.1. Для улучшения качества ведения беременных женщин в женской консультации организован отдельный прием беременных женщин и гинекологических больных. Акушерское отделение оформлено в соответствии с подготовкой беременных женщин к родам и обучением их современным принципам грудного вскармливания.

3.2. Все беременные женщины получают информацию о преимуществах и ведении грудного вскармливания на занятиях школы матерей и в индивидуальных беседах с медицинским персоналом.

3.3. В индивидуальной карте ведения беременных и в обменной карте делается запись, ука-

зывающая на то, что вопросы грудного вскармливания были обсуждены с беременной женщиной.

3.4. Групповые занятия проводятся по утвержденному плану, включая следующие темы:

- * Преимущества грудного вскармливания.
- * Опасность искусственного вскармливания.
- * Значение раннего начала грудного вскармливания.
- * Важность совместного пребывания матери и ребенка и кормления ребенка по требованию.
- * Техника кормления грудью.
- * Как обеспечить достаточное количество молока.
- * Знакомство с родильным домом.

3.5. Обучение беременных женщин проводится с привлечением специалистов из детской поликлиники, а также женщин из групп поддержки матерей.

3.6. В обменной карте беременной женщины делается отметка о прохождении обучения по программе подготовки к родам и грудному вскармливанию.

3.7. Беременные женщины и члены семьи информируются об Инициативе «Больница, доброжелательная к ребенку» и о родовспомогательных учреждениях, внедряющих 10 принципов успешного грудного вскармливания. В женской консультации вывешен стенд с информацией о практике родильного дома по поддержке грудного вскармливания.

3.8. Все беременные женщины ограждены от устного или письменного инструктажа по искусственному вскармливанию.

3.8. Женщины информируются о негативном влиянии седативных и анальгезирующих средств во время родоразрешения на раннее начало грудного вскармливания.

3.9. При сборе анамнеза особое внимание обращается на ранее имевшиеся трудности с грудным вскармливанием. Поэтому особое внимание и поддержку медицинский персонал оказывает первородящим женщинам и женщинам, имевшим ранее трудности с грудным вскармливанием.

Шаг 4. Информировать матерей о значении раннего начала грудного вскармливания.

4.1. Во время занятий беременные женщины информируются о том, что в течение первого получаса после родов новорожденный будет приложен к груди матери.

4.2. К концу беременности женщина имеет представление о значении раннего прикладывания младенца к груди в течение первого получаса после родов и контакте «кожа-к-коже».

4.3. Раннее начало грудного вскармливания способствует возникновению привязанности между матерью и ребенком, защищает ребенка от инфекций, способствует сокращению матки и профилактике послеродовых кровотечений.

Шаг 5. Информировать беременных женщин о том, как кормить грудью и как сохранить лактацию, если они должны быть отделены от своих детей.

5.1. В женской консультации беременные женщины обучаются технике кормления грудью – правильному расположению и прикладыванию к груди. Правильное расположение и прикладывание младенца к груди способствуют эффективному сосанию, профилактике трещин сосков, нагрубаний молочной железы и маститов.

5.2. Кроме того, беременные женщины информируются о показаниях к сцеживанию грудного молока, а также обучаются технике ручного сцеживания.

5.3. В случае болезни ребенка следует продолжать кормление грудью. Если ребенок ослаблен и не может сосать грудь, то он кормится сцеженным грудным молоком, используя чашки, ложки, пипетки, шприцы, но не бутылочки с сосками.

Шаг 6. Информировать беременных женщин о важности исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев и продолжения грудного вскармливания до 2 лет и более (при условии своевременного и адекватного введения продуктов прикорма).

6.1. Беременные женщины информируются на групповых занятиях и в индивидуальных беседах о важности исключительно грудного вскармливания в первые шесть месяцев жизни и о необходимости продолжения грудного вскармливания до 2 лет и более. В первые дни после рождения ребенка молозиво является достаточным, чтобы удовлетворить потребности ребенка в питании и питье. Дополнительное питание и питье из бутылочки мешает становлению лактации, может привести к отказу ребенка от груди.

6.2. В женской консультации запрещена реклама заменителей грудного молока, сосок, бутылочек и пустышек.

Шаг 7. Информировать беременных женщин о важности совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре (в одной комнате дома).

7.1. Беременные женщины получают информацию о важности совместного пребывания матери и ребенка в акушерском стационаре или в одной комнате дома. При этом материнская кровать и кровать младенца должны быть рядом.

7.2. Совместное пребывание позволяет матери кормить младенца по требованию и осуществлять уход за ним.

Шаг 8. Информировать беременных женщин о важности кормления по требованию ребенка.

8.1. Беременным женщинам дается информация о важности кормления ребенка по требованию, в том числе и в ночные часы. Кормления грудью не ограничиваются по длительности и частоте кормлений.

Шаг 9. Информировать беременных женщин о вреде использования сосок и пустышек среди детей, находящихся на грудном вскармливании.

9.1. Беременная женщина получает информацию о вреде использования бутылочек с сосками и пустышек. Использование сосок и пустышек снижает интерес ребенка к грудному вскармливанию, приводит к путанице сосков из-за разного механизма сосания груди и соски, может привести к отказу от груди.

Шаг 10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять в них матерей после выписки из родильного дома.

Осуществлять преемственность в работе женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.

10.1. Персонал женской консультации осуществляет послеродовой патронаж в первые дни после выписки женщины из родильного дома. При проведении послеродового патронажа проводится оценка кормления грудью и консультирование матерей по вопросам грудного вскармливания.

10.2. Медицинский персонал информирует мать о группах поддержки грудного вскармливания, имеющихся в районе, и рекомендует кормящим женщинам обращаться в эти группы.

10.3. Женская консультация, родильный дом и детская поликлиника оказывают последующую помощь матерям в кормлении грудью.

10.4. В женской консультации действует группа поддержки грудного вскармливания, сформированная из опытных медицинских работников женской консультации, а также из кормящих матерей. Выписанная из родильного дома женщина направляется в эту группу. Сведения о составе группы, контактные телефоны находятся в холе женской консультации. Позвонив по телефону, во время послеродового патронажа или на приеме у врача кормящая женщина может получить ответы на свои вопросы.

ПОЛИТИКА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ / ОТДЕЛЕНИИ

Обращение коллектива родовспомогательного учреждения к женщинам и членам их семей:
Дорогие мамы и папы, бабушки и дедушки!

В Вашей семье появился Малыш. Мы счастливы вместе с вами разделить это радостное событие. Коллектив нашего родильного дома носит почетное звание Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) «Больница, доброжелательная к ребенку». Мы поддерживаем и поощряем международную политику охраны грудного вскармливания и берем на себя следующие обязательства:

1. Информировать матерей и членов их семей о преимуществах грудного вскармливания.
2. Обучать беременных женщин и кормящих матерей современным принципам грудного вскармливания.
3. Помогать матерям начинать грудное вскармливание сразу после рождения ребенка.
4. Пропагандировать только грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни и продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более.
5. Не допускать рекламирования и использования в родильном доме искусственных детских смесей, сосок, бутылочек и пустышек.
6. Оказывать помощь кормящим матерям после выписки из родильного дома.
7. В нашем родильном доме мать и ребенок находятся в одной палате с рождения и до выписки. Ребенок получает только молоко матери, за исключением отдельных случаев. Мы не используем бутылочки и соски для кормления детей, а также пустышки.

ШАГ 1. Родильный дом имеет зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводит ее до сведения всего медицинского персонала.

- 1.1. В родильном доме имеется документально оформленная политика поддержки грудного вскармливания.
- 1.2. Политика охватывает все десять шагов успешного грудного вскармливания.
Персонал принял политику поддержки грудного вскармливания на общем собрании коллектива.
- 1.3. Политика доступна для всех сотрудников, а также беременных, рожениц и родильниц.
- 1.4. В родильном доме категорически запрещена реклама заменителей грудного молока, бутылочек и сосок.
- 1.5. Запрещена бесплатная поставка в виде гуманитарной помощи детских молочных смесей.
- 1.6. Первичный инструктаж медицинского персонала, принимаемого на работу, обязательно включает в себя знакомство с политикой родильного дома по поддержке грудного вскармливания.

ШАГ 2. В родильном доме регулярно проводится обучение всего медико-санитарного персонала необходимым навыкам для осуществления этой политики.

- 2.1. Весь медицинский персонал родильного дома прошел обучение по 40-часовому курсу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», включая 6 часов клинической практики.
- 2.2. Повторное обучение персонала проводится каждые 6 месяцев по 18-часовой программе, включая 3 часа клинической практики.
- 2.3. Вновь поступающий на работу персонал получает инструктаж по имеющейся у родильного дома политике в течение 3-х часов с последующим полным обучением по 40- или 18-часовой программе в течение ближайших 6 месяцев.

ШАГ 3. Все беременные женщины информируются о преимуществах и методах грудного вскармливания.

3.1. Обучение беременных женщин основным принципам грудного вскармливания осуществляется по специальным программам в городской женской консультации, в детской поликлинике (в школе матерей) и в отделении патологии беременности родильного дома.

3.2. В женской консультации проводится подготовка семейных пар к партнерским родам.

3.3. В отделении патологии беременности проводятся групповые и индивидуальные занятия с женщинами. Групповые занятия осуществляют медицинские работники и психолог. При обучении используются видеофильмы. Индивидуальные беседы проводятся ежедневно лечащими врачами и акушерками.

3.4. Отметка о проведенном обучении беременной осуществляется в обменной карте беременной и родильницы в женской консультации и в истории родов родильного дома.

3.5. Первородящим женщинам и женщинам, имевшим ранее трудности с грудным вскармливанием, персонал оказывает особое внимание и поддержку.

3.6. В родильном доме организуются дни открытых дверей для беременных женщин и членов их семей.

ШАГ 4. В течение первого получаса после родов новорожденные выкладываются на живот и грудь матери для осуществления контакта «кожа-к-коже» и раннего начала грудного вскармливания.

4.1. В родильном доме женщина рожает в индивидуальном родильном зале. Широко практикуются партнерские роды или роды в присутствии близких людей.

4.2. Все новорожденные при отсутствии противопоказаний выкладываются на живот матери сразу после рождения еще до пересечения пуповины для осуществления контакта «кожа-к-коже».

4.3. Приложенный к матери в течение первого получаса после рождения ребенок остается с ней вплоть до перевода в послеродовое отделение. Длительность контакта «кожа к коже» составляет не менее 30-60 минут.

4.4. Первичный осмотр ребенка, отсечение пуповины осуществляется в период, когда ребенок находится на груди матери.

4.5. При готовности ребенка сосать персонал помогает маме приложить ребенка к груди для осуществления кормления длительностью не менее 30 минут.

4.6. Персонал родильного дома в период родоразрешения использует седативные, анальгезирующие и анестезирующие средства только в исключительных случаях, при абсолютных показаниях.

4.7. В случаях родоразрешения путем операции кесарево сечение ребенка прикладывают к груди матери в течение первого получаса после выхода ее из наркоза; новорожденный остается у груди в последующие 30 минут и более.

4.8. Обработка ребенка, взвешивание, осмотр проводится при отсутствии противопоказаний после осуществления кожного контакта и первого кормления.

ШАГ 5. Все матери, находящиеся в родильных отделениях, обучаются технике кормления грудью и методам стимуляции лактации в случае отделения от своих детей.

5.1. В течение 6 часов после родоразрешения медицинский персонал послеродового отделения проводит обучение каждой родильницы технике прикладывания и правильному положению ребенка у груди.

5.2. В течение первых суток персонал присутствует при каждом кормлении грудью ребенка с целью контроля за его правильностью и оказания необходимой помощи матерям.

5.3. Особое внимание оказывается первородящим женщинам, а также женщинам, которые имели трудности с грудным вскармливанием при предыдущих родах.

5.4. Медицинский персонал проводит обучение всех родильниц технике ручного сцежива-

ния грудного молока на 2-е сутки после родов. Каждая мать знакомится с показаниями к сцеживанию молока.

5.5. Матерей, дети которых находятся на интенсивной терапии, персонал обучает сцеживанию грудного молока не позднее, чем через 6 часов после родов. Рекомендуется сцеживать грудное молоко не менее 8 раз в сутки.

5.6. Обеспечивается доступ мамы в палату интенсивной терапии. При улучшении состояния младенца мать прикладывает его к груди, затем персонал или мама допаивают ребенка сцеженным молоком. Весь медицинский персонал владеет методикой выпаивания из чашечки (или с помощью ложечки, шприца, пипетки).

ШАГ 6. Новорожденным в родильных отделениях не дается никакое питье или питание, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

6.1. В родильных отделениях младенцы вскармливаются только грудным молоком, кроме единичных случаев, когда для этого имеются медицинские показания.

6.2. Медицинский персонал обязательно информирует мать о причине дачи ребенку дополнительного питания или питья.

6.3. Родильный дом приобретает детские молочные смеси в ограниченном количестве по рыночным ценам. Не допускаются гуманитарные поставки заменителей грудного молока.

6.4. Запрещена реклама заменителей грудного молока среди медицинского персонала, беременных женщин, родильниц и членов их семей.

6.5. Медицинский персонал ознакомлен с медицинскими показаниями для дополнительного питания новорожденных.

ШАГ 7. В родильном доме принято круглосуточное совместное пребывание матери и новорожденного с момента рождения и до выписки.

7.1. Все матери и новорожденные размещаются совместно в одной палате, за исключением медицинских показаний к разделению по состоянию здоровья матери или ребенка.

7.2. При проведении родов путем операции кесарево сечение совместное пребывание матери с ребенком начинается с того момента, когда мать становится способной реагировать на своего ребенка.

7.3. В случае необходимости проведения врачебных манипуляций ребенку, разделение мамы и ребенка допускается длительностью не более 1 часа.

7.4. В случае нахождения ребенка в палате интенсивной терапии мать имеет возможность посещать его, кормить грудью и ухаживать за ним. Создаются условия для сцеживания молока. По возможности, мама обеспечивается дополнительной кроватью в палате интенсивной терапии.

ШАГ 8. В родильном доме поощряется грудное вскармливание по требованию младенца.

8.1. Медицинский персонал информирован о важности грудного вскармливания по требованию ребенка и не ограничивает матерей в длительности и частоте кормлений.

8.2. Персонал информирует мать о важности ночных кормлений младенца грудью.

8.3. Персонал информирует мать о необходимости будить ребенка в случае больших перерывов в кормлении (более 3-4 часов) или в случае переполнения груди молоком.

8.4. После оперативного родоразрешения при отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка медицинский персонал оказывает помощь матери в кормлении ребенка по его требованию.

8.5. В послеродовых отделениях допускается посещение родственников с целью ухода за матерью и ребенком.

ШАГ 9. Новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, не даются никакие средства, имитирующие грудь или успокаивающие.

9.1. В родильном доме не используются для питания или успокоения детей соски, пустышки и бутылочки.

9.2. Медицинские сестры обучены кормлению детей из чашечки (или с помощью ложечки, шприца, пипетки).

9.3. При выписке из родильного дома проводятся беседы с матерями и членами их семей о вреде использования сосок и пустышек.

ШАГ 10. В родильном доме, женской консультации и детской поликлинике выделены методисты по грудному вскармливанию, оказывающие матери консультативную помощь после выписки из родильного дома.

10.1. При выписке мать получает памятку с телефонами горячей линии родильного дома, по которым можно получить консультативную помощь в любое время суток.

10.2. При выписке матери получают информацию о работе группы поддержки кормящих матерей при городской женской консультации или детской поликлинике.

10.3. Матери из группы поддержки имеют возможность посещать родильный дом, информировать матерей о работе своей группы, проводить беседы с матерями и беременными женщинами.

ПОЛИТИКА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Мы, коллектив детской поликлиники, в целях успешной реализации принципов поддержки грудного вскармливания младенцев, лежащих в основе Инициативы Всемирной организации здравоохранения и Детского Фонда ООН «Больница, доброжелательная к ребенку», берем на себя следующие обязательства:

- информировать матерей и членов их семей о преимуществах грудного вскармливания;
- обучать беременных женщин и кормящих матерей современным принципам грудного вскармливания;
- пропагандировать исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни и продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более (при условии своевременного и адекватного введения продуктов прикорма);
- помогать матерям в сохранении грудного вскармливания в случае выхода на работу;
- не допускать рекламирования искусственных детских смесей, сосок, бутылочек и пустышек среди беременных женщин, кормящих матерей и членов их семей;
- содействовать созданию групп поддержки матерей и оказывать помощь кормящим матерям в случае появления у них трудностей с грудным вскармливанием.

ШАГ 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

1.1. В детской поликлинике имеется наглядная инструктивная и просветительная информация по грудному вскармливанию (стенды, альбомы, плакаты, памятки).

1.2. Информация размещена в местах, доступных для медицинского персонала, беременных женщин, кормящих матерей и членов их семей.

1.4. В детской поликлинике запрещена реклама заменителей грудного молока, бутылочек, сосок и пустышек.

1.5. Запрещено инструктирование фирмами-производителями персонала акушерских учреждений по использованию заменителей грудного молока.

1.6. Политика поддержки грудного вскармливания регулярно доводится до сведения всего медицинского персонала.

1.7. Проводится инструктаж по политике грудного вскармливания со всеми вновь поступающими на работу.

ШАГ 2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

2.1. Два раза в год проводится обучение всего медицинского персонала по 18-часовой (40-часовой программе), включая 3-часовое (6-часовое) практическое обучение, по вопросам преимуществ грудного вскармливания, технике грудного вскармливания и консультирования матерей, кормящих грудью.

2.2. Ежегодно проводится аттестация всех медицинских работников по грудному вскармливанию.

2.3. Проводится обязательный инструктаж всех вновь поступающих на работу сотрудников по программе поддержки грудного вскармливания.

ШАГ 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

3.1. Обучение беременных женщин основным принципам грудного вскармливания осуществляется по специальным программам в женской консультации и в детской поликлинике.

3.2. Отметка о проведенном обучении беременной женщины осуществляется в индивиду-

альной и обменной карте беременной.

3.3 Первородящим женщинам и женщинам, имевшим ранее трудности с грудным вскармливанием, медицинский персонал детской поликлиники оказывает особое внимание и поддержку.

3.4. Программа занятий с беременными женщинами включает следующие темы:

- преимущества грудного вскармливания;
- опасность искусственного вскармливания;
- значение раннего начала грудного вскармливания;
- важность совместного пребывания матери и ребенка и кормления ребенка по требованию;
- техника кормления грудью;
- как обеспечить достаточное количество молока;
- знакомство с родильным домом.

ШАГ 4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

4.1. Беременные женщины во время посещения занятий в женской консультации и детской поликлинике информируются о важности раннего начала грудного вскармливания.

ШАГ 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

5.1. После выписки из родильного дома при первом посещении ребенка на дому патронажная медицинская сестра и врач помогают осуществить правильное прикладывание ребенка к груди.

5.2. Оценка расположения и прикладывание ребенка к груди осуществляется при первых патронажах на дому и во время посещений детской поликлиники.

5.3. Если по состоянию здоровья ребенок временно отделен от своей мамы, то необходимо обучить ее сцеживанию грудного молока. Сцеживать грудное молоко необходимо так часто, как если бы мама кормила ребенка грудью (не реже 8 раз за сутки). Если есть возможность, то использовать сцеженное грудное молоко для кормления ребенка из ложечки, чашки, пипетки, шприца и др.

5.4. В историю развития ребенка вносится запись о результатах наблюдений за грудным вскармливанием и рекомендациях, которые даются матери во время послеродового патронажа.

5.5. Если мама вынуждена выйти на работу, то ей рекомендуется:

- продолжать кормить ребенка в ночные часы;
- кормить утром и сцедить молоко для кормления ребенка сцеженным молоком;
- на работе продолжать сцеживать грудное молоко;
- обучить лицо, ухаживающее за ребенком, кормить сцеженным грудным молоком с использованием ложечки или чашки.

ШАГ 6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.

6.1. Медицинский персонал информирует матерей о важности исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни. В этом возрасте ребенок не нуждается в дополнительном питании или питье.

6.2. Медицинский персонал обучает матерей, как увеличить выработку грудного молока во время возможных лактационных кризов (чаще прикладывать малыша к груди) и признакам достаточности молока (недостаточная прибавка массы тела и частота мочеиспусканий не реже 6 раз за сутки при условии исключительно грудного вскармливания).

6.3. Медицинский персонал информирует матерей о необходимости введения дополнительного питания после шести месяцев.

6.4. Медицинский персонал информирует матерей о важности продолжения грудного вскармливания до двух лет и более. Грудное вскармливание на втором году жизни ребенка может обеспечить около 30% суточной потребности ребенка в калориях. Оно обеспечивает также защиту ребенка от инфекций и психо-эмоциональный комфорт ребенка.

6.5. Информация о характере вскармливания ребенка должна регулярно заноситься в историю развития ребенка.

ШАГ 7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.

7.1. Медицинский персонал при патронажах на дому обращает внимание на расположение детской кроватки. Она должна стоять рядом с кроватью матери.

7.2. Медицинский персонал информирует матерей и членов их семей о важности совместного нахождения матери и ребенка в одной комнате с малышом днем и ночью. Это обеспечивает возможность кормления ребенка по требованию, а также облегчает уход за ребенком.

7.3. Медицинский персонал советует матерям брать малыша для кормления в свою постель, что облегчает кормление грудью, особенно в ночное время (исключение составляют матери, принимающие снотворные препараты, употребляющие алкоголь, матери с большим избыточным весом и случаи, когда материнская кровать узкая и неудобная).

ШАГ 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка.

8.1. Медицинский персонал информирован о важности грудного вскармливания по требованию ребенка и не дает в своих рекомендациях ограничений по частоте и длительности кормления.

8.2. Персонал информирует мать о важности свободного режима кормления по требованию малыша, в первый месяц жизни от 8 до 12 раз за сутки.

8.3. Персонал информирует мать о важности ночного кормления младенца грудью, поощряя его.

8.4. Персонал информирует мать о необходимости будить ребенка в случае больших перебоев в кормлении (более 3-4 часов) или в случае переполнения груди молоком.

ШАГ 9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.

9.1. В детской поликлинике проводятся беседы с матерями и членами их семей о вреде использования бутылочек и сосок для кормления детей, находящихся на грудном вскармливании. В случае необходимости для докорма ребенка могут быть использованы чашечки, ложки, шприцы и пипетки.

9.2. Кормящие матери и члены их семьи информируются о вреде использования пустышек. Использование пустышек снижает интерес к грудному вскармливанию у ребенка, мешает кормлению грудью и уходу за младенцем.

ШАГ 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

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

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

10.1. В детской поликлинике создана группа поддержки матерей, состоящая из медицинских работников, имеющих положительный личный опыт грудного вскармливания и прошедших курс обучения по поддержке грудного вскармливания.

10.2. Медицинские работники выявляют матерей, успешно вскармливающих детей грудью и формируют из них группы поддержки матерей по месту жительства.

10.3. Медицинский персонал детской поликлиники проводит инструктаж членов семьи по поддержке кормящей женщины дома, бережному отношению к матери и ребенку.

10.4. Все матери и члены их семей осведомлены о том, куда им можно обратиться в случае возникновения вопросов по грудному вскармливанию.

10.5. В детской поликлинике имеется оборудованный кабинет здорового ребенка, в котором созданы все условия для обучения и консультирования беременных и кормящих женщин, а также членов их семей. При посещении детской поликлиники мамы имеют возможность кормить своего ребенка в удобных условиях кабинета здорового ребенка.

10.6. В детской поликлинике отработана система преемственности в работе по поддержке грудного вскармливания между женской консультацией, родильным домом и детской поликлиникой. Обучение беременных женщин проводится по единой программе специалистами женской консультации и детской поликлиники. Во время обучения беременная женщина получает информацию о принципах работы и поддержке грудного вскармливания в родильном доме. Отметка об обучении по вопросам грудного вскармливания имеется в индивидуальной и обменной карте беременной. В выписке из истории новорожденного дается информация о раннем прикладывании младенца к груди, совместном пребывании матери и ребенка, характере вскармливания новорожденного с рождения и до выписки из акушерского стационара.

ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ МАТЕРЕЙ

Группа поддержки матерей может быть организована медицинскими работниками детской поликлиники из числа женщин, успешно кормящих своих малышей грудью. Эти женщины обычно уже встречались в женской консультации или детской поликлинике до родов или находились вместе в родильном доме. Они готовы продолжать эти встречи и помогать друг другу.

Группа кормящих матерей может регулярно собираться в квартире одной из них, детской поликлинике или в другом общественном месте. Они обмениваются опытом, поддерживают друг друга, помогают преодолевать возникшие трудности. Матери помогают друг другу не только во время таких собраний. Они также могут звонить друг другу по телефону или обсуждать интересующие их вопросы во время прогулок с детьми.

В группе должна быть хотя бы одна обученная медицинским персоналом мама, которая владеет современной информацией о технике грудного вскармливания, его поддержке и готова обучать своих подруг. Они могут оказывать и другую помощь, в которой нуждаются матери, и которой нельзя получить от медицинского работника.

Группе нужен консультант по грудному вскармливанию, к которому можно было бы обратиться в случае необходимости. Это может быть специально подготовленный медицинский работник, с которым матери регулярно встречаются. Группе также необходимы печатные, наглядные и видеоматериалы материалы по грудному вскармливанию. Медицинский работник может помочь им в обеспечении этими материалами.

Информация о группах поддержки грудного вскармливания из числа матерей должна быть доступна кормящим матерям и членам их семей. Она может быть представлена в памятках, которые раздаются матерям при выписке из родильного дома, при посещении женской консультации или детской поликлиники; на стендах в детской поликлинике; в кабинете участкового педиатра и кабинете здорового ребенка.

**Функциональные обязанности
медицинского персонала женских консультаций, родильных домов/отделений
и детских поликлиник по вопросам поддержки и поощрения
грудного вскармливания**

1. В период беременности**Женская консультация**

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

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

Детская поликлиника

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

2. В период поступления на роды, родов и первые дни после родов**Родильный дом (приемное отделение)**

Акушерка: приветливая встреча, сбор анамнеза, обработка беременной.

Родильный блок

Врачи акушер-гинеколог и неонатолог: врач акушер-гинеколог родильного блока совместно с неонатологом, присутствующим на родах, проводит оценку состояния роженицы и младенца и при отсутствии противопоказаний рекомендует акушерке или медицинской сестре осуществить первое прикладывание не позднее, чем через 30 минут после родов; врачи акушер-гинеколог и неонатолог решают вопрос о совместном пребывании матери и ребенка в палате «мать и дитя» и контролируют их перевод в послеродовое отделение в течение 2 часов после рождения.

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

Послеродовое отделение совместного пребывания матери и ребенка

Врач неонатолог: осматривает ребенка, помогает матери правильно приложить ребенка к груди, дает рекомендации по положению и прикладыванию ребенка к груди, технике свобод-

ного вскармливания; рекомендует при отсутствии медицинских показаний не допаивать ребенка; подробно разъясняет матери преимущества грудного вскармливания; сообщает матери об изменении количества молока на протяжении суток; контролирует динамику физического развития новорожденного; осуществляет контроль за тем, чтобы новорожденному не давали никаких заменителей грудного молока и питья, а также пустышек по усмотрению медсестер или по просьбе матери.

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

Врач акушер-гинеколог: ежедневно контролирует состояние молочных желез, в первый день дает рекомендации по уходу за грудью (не следует мыть грудь с мылом перед каждым кормлением, достаточно гигиенического душа один раз в сутки, рекомендуется сцедить каплю молока в конце кормления и обработать кожу соска и околососкового кружка); обучает женщину технике ручного сцеживания грудного молока и объясняет показания для сцеживания; контролирует работу акушерки по обучению женщины сцеживанию; разъясняет матери преимущества свободного вскармливания; объясняет матери важность грудного вскармливания для ее здоровья; дает необходимые медицинские советы, связанные с организацией свободного вскармливания детей, ухода за грудью и необходимыми действиями матери при нагрубании грудных желез.

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

3. После выписки из родильного дома

Детская поликлиника (первый месяц жизни)

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

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

Детская поликлиника (после первого месяца жизни)

Участковый врач педиатр: контролирует соблюдение свободного вскармливания и технику грудного кормления; дает рекомендации по преодолению лактационных кризов (более частое

прикладывание ребенка к груди; кормление обеими грудями, не исключая ночных кормлений); проводит рационализацию питания и питьевого режима матери (фиточаи, поливитамины и другие методы стимуляции лактации), оказывает необходимую помощь матери при возникновении трудностей в кормлении грудью. Помогает матери сохранить грудное вскармливание в случае выхода на работу.

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

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

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

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

Женская консультация (послеродовый период)

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

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

**КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ НАВЫКОВ
ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ:
ДОРОДОВАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Ф.И.О. пациентки _____

Дата первого визита _____ Срок беременности _____ нед.

Обсуждались следующие навыки

Дата

**Подпись
медработника**

Преимущества грудного вскармливания для ребенка

(гармоничное психо-эмоциональное и физическое развитие ребенка, защита от желудочно-кишечных инфекций и диареи, инфекций мочевыделительной системы, простудных заболеваний и отита, предупреждает развитие аллергических реакций и сахарного диабета)

Обсуждались _____

Преимущества грудного вскармливания для матери

(развитие психо-эмоциональной близости и привязанности между матерью и ребенком, защита от рака молочной железы и яичников, остеопороза в пожилом возрасте)

Обсуждались _____

Исключительно грудное вскармливание в течение

первых 6-и месяцев жизни младенца
(никакого дополнительного питания и питья в первые 6 месяцев, кроме случаев, обусловленных медицинскими показаниями)

Обсуждались _____

Важность раннего прикладывания к груди и контакта «кожа-к-коже»

(помогает сохранить тепло ребенку, ребенок спокоен, способствует возникновению привязанности, помогает началу грудного вскармливания)

Обсуждались _____

Важность правильного положения у груди и прикладывания к груди

Обсуждались _____

Способствует успешному началу грудного вскармливания:

Совместное пребывание матери и ребенка

Обсуждались _____

Кормление по требованию

Обсуждались _____

Отказ от сосок и пустышек

Обсуждались _____

Помощь со стороны медицинского персонала

Обсуждались _____

Выданы или обсуждались памятки

Обсуждались _____

Какие: _____

Лицо, ответственное за дородовую подготовку (ФИО, должность) _____

**ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ:
ОЦЕНКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Дата рождения ребенка _____ Масса тела при рождении _____

Характер родов: Вагинальные Кесарево сечение

Практика родильного дома по поддержке грудного вскармливания:

Раннее прикладывание к груди в родильном зале Да Нет

Совместное пребывание матери и ребенка Да Нет

Характер вскармливания при выписке:

Грудное Исключительно грудное Искусственное Бутылочное

Характер вскармливания по результатам наблюдений и опроса (послеродовый патронаж):

Грудное Исключительно грудное Искусственное Бутылочное

Обсуждались следующие вопросы:

Важность постоянного нахождения вместе матери и ребенка ... Да Нет

Кормление по требованию Да Нет

Отказ от сосок и пустышек Да Нет

Как обеспечить достаточное количество молока Да Нет

Профилактика трещин сосков Да Нет

Профилактика нагрубаний молочных желез и маститов Да Нет

Последующая помощь со стороны медицинского персонала ... Да Нет

Проводилась оценка:

Положения и прикладывания ребенка к груди Да Нет

Состояния молочных желез Да Нет

Ручного сцеживание молочных желез Да Нет

Рекомендации по результатам наблюдений и опроса:

Выдан письменный материал Да Нет

(какой) _____

Дата проведения послеродового патронажа _____

ФИО, должность сотрудника, проводившего патронаж _____

ПАМЯТКА РОДИТЕЛЯМ И ЧЛЕНАМ СЕМЬИ, В КОТОРОЙ ПОЯВИЛСЯ МАЛЫШ

В Вашей семье появился Малыш, советуем кормить его грудью

Все женщины наделены природной способностью кормить грудью своих детей. Ранний и тесный контакт с ребенком обеспечит достаточное количество молока.

Грудное вскармливание должно начинаться в течение 30 минут после рождения ребенка. Чем раньше ребенок начинает сосать, тем быстрее организм матери начинает продукцию молока.

Кормящая мама должна постоянно находиться в одном помещении с ребенком - это будет способствовать не только более тесному физическому, но и психо-эмоциональному контакту.

Количество молока у матери регулируется, в основном, потребностью ребенка. Увеличение частоты кормления стимулирует выработку молока, поэтому ребенок должен *кормиться по его желанию*, а не по часам и так часто, как он этого хочет.

Ночные кормления очень важны для увеличения количества молока у матери. В течение ночи не следует ограничивать желания ребенка — прикладывайте его к груди столько раз, сколько он хочет.

Продолжительность каждого кормления тоже определяется самим ребенком — он находится у груди так долго, как хочет. Состав молока меняется даже в процессе одного кормления - ограничение продолжительности кормления снижает калорийность полученной пищи.

Прикладывайте ребенка к груди правильно. Мама и ребенок должны получать удовольствие от кормления грудью. Неудобное положение ребенка может вызвать боль в сосках, плач ребенка, если он не получает достаточного количества молока. Если возникли проблемы с кормлением, обратитесь за советом к медицинскому работнику детской поликлиники.

Кроме материнского молока, ребенок не нуждается ни в каких других продуктах питания или дополнительном питье до 6 месяцев. *Не давайте ребенку бутылочек с сосками и пустышки* — это снижает у малыша интерес к материнской груди и мешает ему правильно сосать грудь.

В молочных железах образуется столько молока, сколько требуется ребенку. Ребенок сам регулирует выработку нужного его количества. Нет необходимости в сцеживании грудного молока после каждого кормления. Сцеживание молока показано лишь в определенных случаях — при признаках нагрубания молочной железы; выходе мамы на работу; при болезни ребенка, если он отделен от мамы и др.

Противопоказаний для грудного вскармливания немного. Не должны кормить грудью женщины, страдающие открытой формой туберкулеза или принимающие, по медицинским показаниям, некоторых лекарственных препараты. Не стоит прекращать грудное вскармливание даже в случае заболевания матери. При заболевании кормящей мамы ее организм вырабатывает антитела, которые поступают с молоком к ребенку и защищают его от инфекции.

Важным является вопрос питания кормящей женщины. Питание должно быть сбалансированным и разнообразным. Но оно мало отличается от питания здоровой не кормящей женщины, лишь на 500 ккал превышая его калорийность.

Мы уверены, что Вы хорошо знаете о необходимости достаточной продолжительности сна, прогулках для кормящей матери. Надеемся, что кормящая мама не курит — это вредно для здоровья самой мамы и, тем более, для здоровья малыша.

Кормление малыша должно доставлять матери истинную радость и блаженство. Психологи рекомендуют женщине перед кормлением настроиться на очень приятный процесс: раздеться до пояса, ласково поговорить с малышом, затем нежно приложить его к груди, наслаждаясь близостью ребенка, даря ему свое бесценное молоко. Необходимо учитывать, что даже сам акт сосания несет в себе большой смысл: он сближает мать и ребенка, способствует уста-

новлению между ними особого контакта и устраняет возможный дефицит сосания.

Дети, находящиеся на грудном вскармливании, развиваются более высокими темпами, они, как правило, реже болеют, легче переносят заболевания. Эти дети в дальнейшем более привязаны к своей матери и близким; меньше вероятность, что из них вырастут агрессивные и жестокие люди.

Преимущества грудного вскармливания для Малыша

Грудное молоко — лучшая пища для ребенка. По любому из компонентов женское молоко превосходит молоко животных и, конечно, различные искусственные питательные смеси. В женском молоке — кладовая полезных микроэлементов и витаминов, и они находятся в легкоусвояемой форме. Материнское молоко содержит все необходимые для малыша вещества в идеальном соотношении. Кроме того, оно легко переваривается и усваивается ребенком.

Грудное молоко предупреждает возникновение аллергических заболеваний у ребенка. Сосание только материнской груди обеспечивает правильное развитие зубов, челюстей, мышц лица.

Грудное молоко содержит антитела, которые защищают ребенка от болезнетворных вирусов и бактерий. Молозиво, которое образуется после родов, содержит самые высокие концентрации антител и является первой защитой от инфекций.

Грудное молоко содержит факторы роста, которые увеличивают темпы роста и развития ребенка по сравнению с детьми на искусственном вскармливании. Грудное молоко обеспечивает лучшее развитие нервной системы, желудочно-кишечного тракта, дыхательной и эндокринной систем.

Итак, какой ни возьми компонент женского молока, он обладает исключительной ценностью и незаменимостью. Именно незаменимостью, ученые еще не смогли придумать такие продукты, которые могли бы полностью заменить его. И нужно всеми силами сохранить этот природный дар. Пусть малыш наслаждается бесценным материнским молоком, набирает больше сил и здоровья.

Преимущества грудного вскармливания для мамы и семьи

Ребенок, приложенный к материнской груди в родильном зале, стимулирует освобождение окситоцина, который сокращает матку и ускоряет возвращение ее к нормальным размерам. Это помогает предупредить возможные осложнения после родов.

Вскармливание грудью снижает риск заболевания раком молочной железы и яичников. Кормление грудью повышает уровень гормона пролактина, благодаря этому оказывает противозачаточный эффект в первые месяцы после родов.

Грудное вскармливание - удобно и стерильно. Материнское молоко всегда нужной температуры. Нет необходимости стерилизовать бутылки и соски, готовить смеси. Грудное вскармливание экономически выгодно для семьи. Нет необходимости в закупке детских молочных смесей и оборудования.

Матери, вскормившие грудью ребенка, сохраняют более высокую степень внимания, ласки и заботы к ребенку в последующие годы, чем при вскармливании из бутылки. Грудное вскармливание укрепляет связь между матерью и ребенком не только в раннем возрасте, но и на всю жизнь.

Грудное вскармливание способствует налаживанию более дружных и прочных отношений в семье.

Преимущества грудного вскармливания настолько очевидны, что возможно, в самом недалеком будущем мы будем рассматривать случаи отказа от грудного вскармливания, как чрезвычайное событие и приравнивать его по значимости к обнаружению редкого и тяжелого заболевания.

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ОЦЕНКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ N _____

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

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ (ГВ)

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

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ (ИГВ)

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

КОНТРОЛЬ МАССЫ ТЕЛА

Возраст	При рождении	1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.

БУТЫЛОЧНОЕ КОРМЛЕНИЕ:

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

Дата оценки _____ 200__ г.

**АНКЕТА САМООЦЕНКИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»**

Название медицинского учреждения _____

Адрес _____

Город, район, регион _____ Страна _____

Ф.И.О. главного врача (заведующего) женской консультации _____

_____ Телефон _____

Ф.И.О. старшей акушерки _____

Телефон _____

Тип женской консультации: государственная муниципальная частная
 другие виды

Женщин фертильного возраста в районе обслуживания (15-45 лет) _____ чел.

Количество участков _____

Число беременных женщин, родивших в 200_____ году _____ чел.

Из них:

Было охвачено занятиями по грудному вскармливанию _____ чел. (_____ %)

Кесаревых сечений _____ чел. _____ %

Раннее прикладывание к груди _____ чел. _____ %

Совместное пребывание матери и ребенка _____ чел. _____ %

Данные о кормлении грудных детей из записей и отчетов медицинского персонала:

_____ пары мать/ребенок, выписанные в прошлом месяце _____ %

_____ пары мать/ребенок охвачены послеродовым патронажем _____ %

_____ пары мать/ребенок с грудным вскармливанием _____ %
(на момент проведения послеродового патронажа)_____ пары мать/ребенок с исключительно грудным вскармливанием
(на момент проведения послеродового патронажа) _____ %_____ из числа детей, находящихся на грудном вскармливании, получают
питание или питье из бутылочки _____ %
(на момент проведения послеродового патронажа)

Как были получены данные о кормлении грудных детей?

 Из записей Показатели являются оценкой, данной: _____

ПРИНЦИП 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

1.1. Имеет ли женская консультация четкую зафиксированную в письменном виде политику по охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания, охватывающую все 10 шагов успешного грудного вскармливания? Да Нет

1.2. Способствует ли эта политика грудному вскармливанию путем запрещения рекламы или групповых занятий по использованию заменителей грудного молока, бутылочек для кормления и сосок? Да Нет

1.3. Доступна ли политика по грудному вскармливанию всему персоналу, который оказывает помощь беременным женщинам и матерям с тем, чтобы персонал мог обращаться к этой политике? Да Нет

1.4. Вывешена ли политика по грудному вскармливанию во всех отделениях женской консультации, которые обслуживают беременных женщин и матерей? Да Нет

1.5. Существует ли механизм оценки эффективности этой политики? Да Нет

ПРИНЦИП 2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

2.1. Знает ли персонал значение и преимущества грудного вскармливания и ознакомлен ли с политикой женской консультации по защите, содействию и поддержке грудного вскармливания? Да Нет

2.2. Получает ли весь персонал, который обслуживает беременных женщин и матерей, инструктаж по политике грудного вскармливания при поступлении на работу? . Да Нет

2.3. Проводится ли обучение по грудному вскармливанию и ведению лактации со всем медицинским персоналом, осуществляющим обслуживание беременных женщин и матерей в течение шести месяцев после поступления их на работу в женскую консультацию?
..... Да Нет

2.4. Охватывает ли обучение десять шагов успешного грудного вскармливания?
..... Да Нет

2.5. Составляет ли подготовка по грудному вскармливанию и ведению лактации в целом 40 часов, включая 6 часов клинической практики или, по крайней мере, 18 часов, включая как минимум 3 часа клинической практики под наблюдением старшего персонала?
..... Да Нет

ПРИНЦИП 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

3.1. Получает ли большинство беременных женщин информацию о преимуществах и ведении грудного вскармливания? Да Нет

3.2. Содержится ли в медицинской документации информация о том, обсуждались ли вопросы грудного вскармливания с беременной женщиной? Да Нет

3.3. Привлекаются ли для занятий с беременными женщинами врачи-педиатры?
..... Да Нет

3.4. Защищены ли женщины от устного или письменного инструктажа по искусственному вскармливанию младенцев? Да Нет

3.5. Знает ли медицинский персонал о негативном влиянии седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств во время родоразрешения на грудное вскармливание?
..... Да Нет

3.6. Информированы ли беременные женщины о негативном влиянии седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств во время родоразрешения на грудное вскармливание? Да Нет

3.7. Получала ли беременная женщина, которая ни разу не вскармливала грудью или которая ранее имела проблемы, связанные с грудным вскармливанием, особое внимание и поддержку со стороны женской консультации? Да Нет

ПРИНЦИП 4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

4.1. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов и контакта «кожа-к-коже» продолжительностью не менее 30-60 минут? Да Нет

ПРИНЦИП 5. Информировать беременных (кормящих) женщин о том, как кормить грудью и как сохранить лактацию в случае, если они должны быть отделены от своих детей.

5.1. Может ли большинство беременных женщин показать, как правильно расположить и приложить ребенка у груди? Да Нет

5.2. Показывают ли беременным (кормящим) женщинам, как сцеживать молоко или дают информацию о сцеживании и/или советуют, где они могут получить помощь в случае необходимости? Да Нет

5.3. Владеет ли медицинский персонал информацией о показаниях к сцеживанию грудного молока? Да Нет

ПРИНЦИП 6. Информировать беременных женщин о пользе исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.

6.1. Знает ли медицинский персонал о том, каковы несколько приемлемых причин для предписания добавлений иной, чем грудное молоко пищи или питья детям на грудном вскармливании? Да Нет
(См. Приложение 2)

6.2. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни? Да Нет

6.3. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более при введении соответствующего возрасту дополнительного питания? Да Нет

6.4. Полностью ли отсутствует в медицинском учреждении реклама детского питания или напитков для детей других, чем грудное молоко? Да Нет

ПРИНЦИП 7. Информировать беременных женщин о важности круглосуточного совместного размещения матери и ребенка.

“7.1. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности нахождения в одной палате с новорожденным в акушерском стационаре (в одной комнате дома) ?
..... Да Нет

ПРИНЦИП 8. Информировать беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию.

8.1. Знает ли медицинский персонал о важности грудного вскармливания по требованию без ограничений его частоты или длительности? Да Нет

8.2. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности кормления детей грудью в любое время, когда дети голодны или так часто, как дети хотят получать кормление грудью? Да Нет

ПРИНЦИП 9. Информировать беременных женщин о важности отказа от использования искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.

“9.1. При обучении беременных женщин дается ли информация об опасности использования бутылочек, сосок и пустышек для сохранения грудного вскармливания? . Да Нет

9.2. Демонстрируют ли женская консультация и медицинский персонал, что следует избегать бутылочек, сосок и пустышек путем отказа от распространения среди беременных женщин бесплатных или недорогих образцов? Да Нет

ПРИНЦИП 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать беременных женщин о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

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

10.1. Проводит ли женская консультация обучение для основных членов семьи с тем, чтобы они поддерживали грудное вскармливание дома? Да Нет

10.2. Имеет ли женская консультация систему последующей помощи кормящей маме после выписки из акушерского стационара, как например, послеродовый патронаж, телефон доверия и пр.? Да Нет

10.3. Поощряет ли женская консультация создание групп поддержки из медицинских работников или из числа кормящих матерей? Да Нет

10.4. Направляют ли родивших женщин в группы поддержки грудного вскармливания, если они доступны? Да Нет

10.5. Отработана ли в женской консультации система преемственности в работе по поддержке грудного вскармливания между женской консультацией, акушерским стационаром и детской поликлиникой? Да Нет

10.6. В женской консультации есть специально выделенное и оборудованное помещение для обучения беременных женщин (членов их семей), оказания последующей консультативной помощи по кормлению грудью, занятий групп поддержки матерей, кормления грудью, в случае необходимости, и пр Да Нет

Резюме

Следует ли Ваша женская консультация 10 шагам для содействия и защиты грудного вскармливания? Да Нет

Если нет, то какие улучшения (усовершенствования) необходимы?

Если улучшения необходимы, нужна ли вам какая-либо помощь? Да Нет

Если да, опишите, пожалуйста:

Ф.И.О., должность лица, заполнившего анкету:

Дата оценки _____ 200__ г.

**АНКЕТА САМООЦЕНКИ РОДИЛЬНОГО ДОМА/ОТДЕЛЕНИЯ
НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»**

Название медицинского учреждения _____

Адрес _____

Город, район, регион _____ Страна _____

Ф.И.О. главного врача _____

_____ Телефон _____

Ф.И.О. старшей(медсестры (акушерки) _____

Телефон _____

Тип больницы: государственная муниципальная частная другие виды _____

Итого койко-мест: _____

_____ в родильном блоке

_____ в физиологическом акушерском отделении (палаты мать и дитя)

_____ в наблюдательном акушерском отделении (палаты мать и дитя)

_____ в отделении интенсивной терапии для новорожденных

_____ в отделении патологии беременности

_____ в других отделениях

Итого родоразрешений в 200__ году _____

_____ с помощью кесарева сечения Процент кесаревых сечений _____%

_____ младенцев с низкой массой тела Процент маловесных детей _____%
(< 2500 г)_____ было в отделении интенсивной терапии Процент побывавших в
отделении интенсивной терапии _____%

Данные о кормлении грудных детей по регистрационным записям или сообщениям персонала:

_____ пары мать/младенец, выписанные в прошлом месяце

_____ пары мать/младенец с грудным вскармливанием при выписке
в прошлом месяце _____%_____ пары мать/младенец с исключительно грудным вскармливанием
с рождения до выписки в прошлом месяце _____%_____ младенцев, выписанных в прошлом месяце и которых кормили
из бутылочки хотя бы раз с момента рождения _____%

Способы получения данных о кормлении грудных младенцев:

 Из регистрационных записей Показатели являются оценкой, данной: _____

ПРИНЦИП 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

1.1. Имеет ли родильный дом (отделение) четкую зафиксированную в письменном виде политику по охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания, охватывающую все 10 шагов успешного грудного вскармливания? Да Нет

1.2. Способствует ли эта политика грудному вскармливанию путем запрещения рекламы или групповых занятий по использованию заменителей грудного молока, бутылочек для кормления и сосок? Да Нет

1.3. Доступна ли информация по грудному вскармливанию всему персоналу, который ухаживает за родильницами и младенцами с тем, чтобы персонал мог на нее ссылаться? Да Нет

1.4. Размещена ли документация по грудному вскармливанию или выставлена ли она во всех помещениях учреждения, обслуживающего родильниц и младенцев? ... Да Нет

1.5. Существует ли механизм оценки эффективности проводимых мероприятий? Да Нет

ПРИНЦИП 2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

2.1. Знает ли персонал значение и преимущества грудного вскармливания и ознакомлен ли с политикой родильного дома (отделения) по защите, содействию и поддержке грудного вскармливания? Да Нет

2.2. Получает ли весь персонал, который осуществляет уход за родильницами и младенцами, инструктаж по политике грудного вскармливания при поступлении на работу? Да Нет

2.3. Проводится ли обучение по грудному вскармливанию и ведению лактации со всем медицинским персоналом, осуществляющим уход за родильницами и младенцами в течение шести месяцев после поступления их на работу? Да Нет

2.4. Охватывает ли обучение десять шагов успешного грудного вскармливания? Да Нет

2.5. Составляет ли подготовка по грудному вскармливанию и ведению лактации в целом 40 часов, включая 6 часов клинической практики или, по крайней мере, 18 часов, включая как минимум 3 часа клинической практики под наблюдением старшего персонала? Да Нет

2.6. Устраивалась ли в родильном доме (отделении) специальная подготовка по вопросам грудного вскармливания для конкретных сотрудников? Да Нет

ПРИНЦИП 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

3.1 Имеется ли при родильном доме (отделении) отделение по обслуживанию для беременных женщин? Да Нет

3.2. Получает ли большинство беременных женщин информацию о преимуществах и ведении грудного вскармливания? Да Нет

3.3. Содержится ли в медицинской документации информация о том, что вопросы грудного вскармливания обсуждались с беременной женщиной? Да Нет

3.4. Имеются ли в наличии во время родов дородовые записи о состоянии роженицы? Да Нет

3.5. Защищены ли все беременные женщины от устного или письменного инструктажа по искусственному вскармливанию младенцев? Да Нет

3.8. Принимает ли во внимание медицинский персонал намерение женщины вскармливать грудью, когда принимается решение об использовании седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств во время родоразрешений, если возникает необходимость в таких средствах? Да Нет

3.7. Знает ли медицинский персонал о негативном влиянии седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств во время родоразрешения на грудное вскармливание? Да Нет

3.8. Получала ли беременная женщина, которая ни разу не вскармливала грудью или которая ранее имела проблемы, связанные с грудным вскармливанием, особое внимание и поддержку со стороны женской консультации? Да Нет

ПРИНЦИП 4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

4.1. Передаются ли новорожденные дети в руки своих матерей и прикладываются ли к груди в течение получаса после второй стадии родов и остаются ли они с ними в течение не менее 30-60 минут? Да Нет

4.2. Предлагает ли медицинский персонал помощь, чтобы начать грудное вскармливание в течение первых 30-60 минут (по мере готовности новорожденного)? Да Нет

4.3. Передаются ли родильницам после операции кесарево сечение их новорожденные младенцы, чтобы их можно было подержать в руках и приложить к груди в течение получаса после того, как они оказываются в состоянии реагировать на своих младенцев? Да Нет

4.4. Остаются ли младенцы, рожденные с применением операции кесарево сечение, с их матерями с обеспечением кожного контакта хотя бы 30 минут? Да Нет

ПРИНЦИП 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как поддерживать лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

5.1. Оказывает ли медицинский персонал дополнительную помощь всем родильницам в отношении грудного вскармливания в течение шести часов после родоразрешения?

..... Да Нет

5.2. Может ли большинство кормящих грудью матерей показать как правильно расположить и приложить к груди своих младенцев для грудного вскармливания? ... Да Нет

5.3. Всем ли кормящим грудью матерям было показано как сцеживать их молоко, сообщалась ли информация о сцеживании и/или давались консультации о том, где они могут получить помощь в случае необходимости? Да Нет

5.4. Доступен ли медицинский персонал в течение всего времени для консультирования кормящих матерей в течение всего времени для консультирования матерей во время их пребывания в родильном доме (отделении) и при подготовке к выписке? Да Нет

5.5. Уделялось ли матерям, которые ни разу не вскармливали грудью или которые раньше сталкивались с проблемами в отношении грудного вскармливания, особое внимание и получали ли они поддержку со стороны медицинского персонала? Да Нет

5.6. Оказывается ли помощь матерям, чьи младенцы подвергаются интенсивной терапии, помощь по установлению и поддержанию лактации путем частого сцеживания молока?

..... Да Нет

ПРИНЦИП 6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

6.1. Знает ли медицинский персонал о том, каковы несколько приемлемых причин для предписания добавлений иной, чем грудное молоко пищи или питья детям на грудном вскармливании? Да Нет

(См. Приложение 2)

6.2. Действительно ли вскармливаемые грудью младенцы не получают другого питания или питья (не являющегося грудным молоком), кроме случаев, когда это необходимо с медицинской точки зрения? Да Нет

6.3. Закупаются ли те или иные заменители грудного молока, включая специальные питательные смеси, используемые в родильном доме (отделении), точно также, как и любое другое питание или лекарство? Да Нет

6.4. Отказывается ли родильный дом (отделение) от бесплатных или дешевых (менее 80% розничной стоимости) поставок заменителей грудного молока? Да Нет

6.5. Полностью ли отсутствует в родильном доме (отделении) элемент какого-либо рекламирования питания или питья для грудных младенцев, не считая грудное молоко?

..... Да Нет

ПРИНЦИП 7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного - разрешать им находиться вместе в одной палате.

7.1. Остаются ли родильницы со своими младенцами (совместное пребывание) круглосуточно, за исключением периодов до 1 часа для проведения необходимых медицинских процедур, или если раздельное пребывание показано по каким-либо медицинским причинам?

..... Да Нет

7.2. Начинается ли совместное пребывание в течение первого часа после нормального родоразрешения?

Да Нет

7.3. Начинается ли совместное пребывание в течение первого часа после того, как родильница, родоразрешение которой проводилось с помощью операции кесарево сечение, в состоянии реагировать на своего младенца?

Да Нет

ПРИНЦИП 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

“8.1. Осознает ли медицинский персонал важность грудного вскармливания по требованию, не ограничивая частоту или длительность кормления грудью,?

Да Нет

8.2. Рекомендуются ли родильницам кормить своих младенцев грудью в любое время, когда их младенцы испытывают голод или столько раз, сколько младенцы этого желают?

..... Да Нет

ПРИНЦИП 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств имитирующих грудь или успокаивающих.

“9.1. Объясняется ли матерям, кормящим грудью, опасность использования бутылочек с сосками и пустышек для сохранения грудного вскармливания?

Да Нет

9.2. Демонстрирует ли родильный дом (отделение) и медицинский персонал, что следует избегать бутылочек, сосок и пустышек путем отказа от распространения среди родильниц их бесплатных или недорогих образцов?

Да Нет

ПРИНЦИП 10. Поощрять создание групп поддержки и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома/отделения.

10.1. Получают ли члены семьи какую-либо подготовку или инструктаж, с тем чтобы оказывать поддержку кормящей грудью матери?

Да Нет

10.2. Направляют ли кормящие грудью матери в группы поддержки грудного вскармливания, если таковые имеются?

Да Нет

10.3. Располагает ли родильный дом (отделение) системой последующей поддержки кормящих матерей после выписки с помощью, например, послеродовых патронажей, собеседований по телефону и др.?

Да Нет

10.4. Способствует ли родильный дом (отделение) созданию групп материнской взаимопомощи и поддержки из числа медицинских работников или самих кормящих матерей? Да Нет

10.5. Допускает ли родильный дом (отделение) консультирование по вопросам грудного вскармливания специально подготовленными консультантами из групп материнской поддержки в работе своего учреждения? Да Нет

Резюме

Следует ли Ваш родильный дом (отделение) 10 шагам для содействия и защиты грудного вскармливания? Да Нет

Если нет, то какие улучшения (усовершенствования) необходимы?

Если улучшения необходимы, нужна ли вам какая-либо помощь? Да Нет
Если да, опишите, пожалуйста:

Ф.И.О., должность лица, заполнившего анкету:

Дата оценки _____ 200__ г.

**АНКЕТА САМООЦЕНКИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ
«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»**

Название медицинского учреждения _____

Адрес _____

Город, район, регион _____ Страна _____

Ф.И.О. главного врача (заведующего) детской поликлиники _____

Телефон _____

Ф.И.О. заведующего педиатрическим отделением _____

Телефон _____

Ф.И.О. старшей медицинской сестры _____

Телефон _____

Ф.И.О. старшей участковой медицинской сестры _____

Телефон _____

Тип детской поликлиники: государственная муниципальная частная другие виды _____

Мощность детской поликлиники: _____

Число детей в районе обслуживания от 0 до 18 лет _____

Количество педиатрических участков _____

Число детей, достигших 1 года жизни в 200__ году: _____ (Ф.31)

**Данные о кормлении грудных младенцев по регистрационным записям
или сообщениям медицинского персонала:**

_____ число детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до 1 года
в 200__ году (официальная статистика, Ф.31) _____ %

_____ число детей в возрасте 12-15 месяцев на момент проведения оценки _____ %

_____ из них на грудном вскармливании _____ %

_____ число детей в возрасте 20-23 месяцев на момент проведения оценки _____ %

_____ из них на грудном вскармливании _____ %

Исключительно грудное вскармливание:

_____ число детей, выписанных из акушерского стационара в прошлом месяце _____ %

_____ из них находилось исключительно на грудном вскармливании
при выписке (первом патронаже) _____ %

_____ число детей в возрасте 0-6 месяцев на момент проведения оценки _____ %

_____ из них находится исключительно на грудном вскармливании _____ %

_____ число детей в возрасте 5 месяцев на момент проведения оценки _____ %

_____ из них находится исключительно на грудном вскармливании _____ %

Бутылочное кормление:

_____ из числа детей в возрасте 0-6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании, получают
питание или питье из бутылочек с сосками _____ %

Как были получены данные о кормлении грудных детей?

Из записей Показатели являются оценкой, данной: _____

ПРИНЦИП 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.

1.1. Имеет ли учреждение четкую зафиксированную в письменном виде политику по охране, поощрению и поддержке практики грудного вскармливания, охватывающую все 10 шагов успешного грудного вскармливания? Да Нет

1.2. Способствует ли эта политика грудному вскармливанию путем запрещения рекламы или групповых занятий по использованию заменителей грудного молока, бутылок для кормления и сосок? Да Нет

1.3. Доступна ли политика по грудному вскармливанию всему персоналу, который оказывает помощь беременным женщинам и матерям с тем, чтобы персонал мог обращаться к этой политике? Да Нет

1.4. Вывешена ли политика по грудному вскармливанию во всех отделениях детской поликлиники, которые обслуживают беременных женщин и матерей, имеющих детей первого года жизни и раннего возраста? Да Нет

1.5. Существует ли механизм оценки эффективности этой политики? Да Нет

ПРИНЦИП 2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

2.1. Знает ли персонал значение и преимущества грудного вскармливания и ознакомлен ли с политикой детской поликлиники по защите, содействию и поддержке грудного вскармливания? Да Нет

2.2. Получает ли весь персонал, который обслуживает беременных женщин и матерей, инструктаж по политике грудного вскармливания при поступлении на работу? . Да Нет

2.3. Проводится ли обучение по грудному вскармливанию и ведению лактации со всем медицинским персоналом, осуществляющим обслуживание беременных женщин и матерей в течение шести месяцев после поступления их на работу в детскую поликлинику?
..... Да Нет

2.4. Охватывает ли обучение десять шагов успешного грудного вскармливания?
..... Да Нет

2.5. Составляет ли подготовка по грудному вскармливанию и ведению лактации в целом 40 часов, включая 6 часов клинического опыта или, по крайней мере, не менее 18 часов, включая как минимум 3 часа практических занятий? Да Нет

2.6. Организовало ли медицинское учреждение специальное обучение по ведению лактации для конкретных сотрудников? Да Нет

ПРИНЦИП 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

3.1. Проводит ли детская поликлиника работу по обучению беременных женщин уходу за новорожденным и кормлению грудью? Да Нет

3.2. Если да, то получает ли большинство беременных женщин информацию о преимуществах и ведении грудного вскармливания? Да Нет

3.3. Включают ли медицинские документы информацию о том, обсуждалось ли грудное вскармливание с беременными женщинами? Да Нет

3.4. Доступны ли дородовые записи о состоянии женщины? Да Нет

3.5. Защищены ли женщины от устного или письменного инструктажа по искусственному вскармливанию младенцев? Да Нет

3.6. Знает ли медицинский персонал о влиянии седативных, анальгезирующих или анестезирующих средств во время родоразрешения на грудное вскармливание? Да Нет

3.7. Получала ли беременная женщина, которая ни разу не вскармливала грудью или которая ранее имела проблемы, связанные с грудным вскармливанием, особое внимание и поддержку со стороны детской поликлиники? Да Нет

ПРИНЦИП 4. Информировать всех беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов.

4.1. При обучении беременных женщин дается ли информация о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого получаса после родов и контакта «кожа-к-коже» в течение, по крайней мере, 30-60 минут? Да Нет

ПРИНЦИП 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

5.1. Может ли большинство матерей показать, как правильно расположить и приложить ребенка к груди? Да Нет

5.2. Показывают ли матерям, как сцеживать молоко или дают информацию о сцеживании и/или советуют, где они могут получить помощь в случае необходимости? . . . Да Нет

5.3. Дается ли информация о поддержании лактации в случае, если матери должны быть отделены от своих детей (частое сцеживание)? Да Нет

ПРИНЦИП 6. Не давать младенцам никакой пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2-х лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.

6.1. Имеет ли медицинский персонал четкое понимание того, каковы несколько приемлемых причин для предписания добавлений иной, чем грудное молоко пищи или питья детям на грудном вскармливании? Да Нет
(См. Приложение 2)

6.2. Дается ли матерям информация о важности исключительно грудного вскармливания в первые 6 месяцев жизни? Да Нет

6.3. Дается ли информация матерям о важности продолжения грудного вскармливания до 2-х лет и более при введении соответствующего возрасту дополнительного питания? Да Нет

6.4. Полностью ли отсутствует в детской поликлинике реклама детского питания или напитков для детей первых шести месяцев жизни, не считая грудного молока? . Да Нет

ПРИНЦИП 7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.

7.1. Дается ли информация матерям о важности нахождения в одной комнате с младенцем, особенно в первые шесть месяцев? Да Нет

ПРИНЦИП 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

8.1. Демонстрирует ли персонал понимание важности грудного вскармливания по требованию, не ограничивая никак частоту или длительность грудных кормлений? . . Да Нет

8.2. Дается ли информация матерям о важности кормления детей грудью в любое время, когда дети голодны или так часто, как дети хотят получать кормление грудью? Да Нет

ПРИНЦИП 9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, бутылочки с соской или пустышки.

9.1. Дается ли информация матерям об опасности использования бутылочек, сосок и пустышек для сохранения грудного вскармливания? Да Нет

9.2. Демонстрируют ли медицинское учреждение и персонал, что следует избегать бутылок, сосок и пустышек путем непринятия бесплатных или недорогих образцов? . . . Да Нет

ПРИНЦИП 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью. Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети, вскармливаемые грудью.

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

10.1. Имеет ли детская поликлиника систему последующего наблюдения за кормящими грудью матерями после выписки из акушерского стационара, как например, патронажные посещения, профилактические осмотры, телефонные звонки? Да Нет

10.2. Поощряет ли детская поликлиника создание групп материнской поддержки из числа медицинских работников или кормящих мам? Да Нет

10.3. Допускает ли детская поликлиника консультирование по грудному вскармливанию через обучение консультантов групп поддержки матерей? Да Нет

10.4. Направляют ли кормящих женщин в группы поддержки грудного вскармливания, если эти группы доступны? Да Нет

10.5. Проводит ли детская поликлиника обучение или инструктаж основных членов семьи с тем, чтобы они поддерживали грудное вскармливание дома? Да Нет

10.6. Есть ли в детской поликлинике специально выделенное и оборудованное помещение для обучения кормящих матерей и членов их семей, оказания последующей консультативной помощи по кормлению грудью, занятий групп поддержки матерей, кормления грудью в случае необходимости и пр. (кабинет здорового ребенка)? Да Нет

10.7. Может ли каждый сотрудник поликлиники дать разъяснения относительно проводимых в поликлинике мероприятий по поддержке кормящих матерей и членов их семей? Да Нет

10.8. Отработана ли в детской поликлинике система преемственности в работе по поддержке грудного вскармливания между детской поликлиникой, женской консультацией и акушерским стационаром? Да Нет

Резюме

Следует ли Ваша детская поликлиника 10 шагам для содействия и защиты грудного вскармливания? Да Нет

Если нет, то какие улучшения (усовершенствования) необходимы?

Если улучшения необходимы, нужна ли вам какая-либо помощь? Да Нет

Если да, опишите, пожалуйста:

Ф.И.О., должность лица, заполнившего анкету:

**ДИНАМИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ***(форма записи данных официальной статистики - Форма 31)*

	1999	2000	2002	2003	2004
Число детей, достигших в отчетном году возраста 1 год					
из них находилось на грудном вскармливании от 3-х до 6-и месяцев					
из них находилось на грудном вскармливании от 6-и месяцев до 1 года					
Доля детей на грудном вскармливании от 3-х до 6-и месяцев (%)					
Доля детей на грудном вскармливании от 6-и месяцев до 1 года (%)					

Количественные критерии оценки детской поликлиники на соответствие статусу «Больница, доброжелательная к ребенку»

В основу количественных критериев оценки работы детской поликлиники по поддержке грудного вскармливания взяты показатели официальной статистики и некоторые индикаторы, предлагаемые ВОЗ:

1. Показатели официальной статистики

1.1. Доля детей от 3 до 6 месяцев, находившихся на грудном вскармливании к числу детей, достигших возраста 1 год – вычисляется путем деления числа младенцев, которые получали молоко матери на протяжении не менее 3 месяцев, но не более 5 месяцев 29 дней, на общее число детей, достигших возраста 1 год за отчетный период (в %).

1.2. Доля детей, находившихся на грудном вскармливании от 6 месяцев до 1 года к общему числу детей, достигших возраста 1 год – вычисляется путем деления числа младенцев, которые получали молоко матери на протяжении 6 или более месяцев на общее число детей, достигших возраста 1 год за отчетный период (в %).

2. Исключительно грудное вскармливание – младенец получает только грудное молоко, исключая какую-либо другую пищу или питье. Ребенок может получать лекарственные препараты в виде капель или микстур по медицинским показаниям, а также сцеженное грудное молоко.

2.1. Исключительно грудное вскармливание среди детей 0- <6 месяцев на момент проведения оценки – вычисляется путем деления числа детей в возрасте от 0 до 5 месяцев 29 дней, которые находятся исключительно на грудном вскармливании, на общее число детей этого возраста на момент проведения оценки (в %).

2.2. Исключительно грудное вскармливание среди детей в 5 месяцев на момент проведения оценки – вычисляется путем деления числа детей в 5 месяцев (группа детей от 5 месяцев до 5 месяцев 29 дней), которые находятся исключительно на грудном вскармливании, на общее число детей этого возраста на момент проведения оценки (в %).

3. Продолжающееся грудное вскармливание:

3.1. Продолжающееся грудное вскармливание среди детей в возрасте 12-15 месяцев на момент проведения оценки – вычисляется путем деления числа детей в возрасте от 12 до 15 месяцев (15 полных месяцев), продолжающих получать молоко матери, на общее число детей этого возраста на момент проведения оценки (в %).

3.2. Продолжающееся грудное вскармливание среди детей в возрасте 20-23 месяцев на момент проведения оценки – вычисляется путем деления числа детей в возрасте от 20 до 23 месяцев (23 полных месяца), продолжающих получать молоко матери, на общее число детей этого возраста на момент проведения оценки (в %).

4. Бутылочное кормление среди детей на грудном вскармливании на момент проведения оценки – вычисляется путем деления числа детей в возрасте от 0- < 6 месяцев, которые получают молоко матери и одновременно какое-либо питание (в том числе и грудное молоко) или питье из бутылочки с соской, на общее число детей этого возраста на момент обследования (в %).

5. Средняя и медиана продолжительности грудного вскармливания

5.1. Средняя продолжительность грудного вскармливания (в мес.) – определяет среднюю длительность грудного вскармливания среди обследуемого контингента детей.

5.2. Медиана продолжительности грудного вскармливания (в мес.) – определяет величину длительности грудного вскармливания, при которой половина детей получают молоко матери дольше этой величины, а половина меньше этой величины.

5.3. При нормальной форме распределения изучаемого признака средняя и медиана совпадают или близки по значению.

Для избежания большого разброса данных представляется целесообразным высчитывать среднюю и медиану длительности грудного вскармливания среди детей, достигших возраста 1 год (то есть в вариационном ряду длительность грудного вскармливания не будет превышать 12 месяцев).

Средняя (M) и медиана (Me) продолжительности грудного вскармливания вычисляются с помощью специальных программ статистической обработки данных вариационного ряда (например, XL таблиц).

Для сбора информации предлагается ретроспективный анализ данных длительности грудного вскармливания из амбулаторных карт детей, достигших возраста 1 год на момент проведения оценки (приложение 17).

**Динамика показателей грудного вскармливания в субъектах федерации,
по данным официальной статистики Минздрава России
за 1999, 2001 и 2003 гг. (%)**

Субъекты федерации	3-6 мес.			6-12 мес.		
	1999	2001	2003	1999	2001	2003
1	2	3	4	5	6	7
1. Российская Федерация	41.9	42.2	41.7	27.6	31.0	33.9
2. Центральный Федеральный округ	36.1	38.2	-	17.7	19.2	-
3. Белгородская область	42.8	44.3	48.0	20.6	21.1	25.6
4. Брянская область	38.7	41.5	36.8	17.9	18.0	16.6
5. Владимирская область	40.8	40.8	42.1	22.1	23.3	23.4
6. Воронежская область	43.1	57.3	58.9	29.3	30.9	31.6
7. Ивановская область	37.1	38.0	36.5	16.6	16.9	14.1
8. Калужская область	36.3	41.7	60.9	16.3	8.9	21.9
9. Костромская область	36.7	34.5	30.9	19.3	19.9	19.5
10. Курская область	35.4	45.2	34.6	14.5	25.0	36.8
11. Липецкая область	33.5	34.7	37.6	16.8	15.3	23.2
12. Московская область	38.0	40.3	43.1	16.9	19.2	21.9
13. Орловская область	40.1	34.6	34.1	17.7	18.7	20.7
14. Рязанская область	48.8	48.9	46.6	26.4	26.9	26.7
15. Смоленская область	35.8	35.4	52.6	18.5	11.3	33.9
16. Тамбовская область	45.5	49.9	50.1	7.2	27.1	26.9
17. Тверская область	39.4	40.5	38.5	20.1	24.1	26.7
18. Тульская область	44.1	46.2	47.5	21.8	27.5	31.2
19. Ярославская область	39.9	43.6	44.3	26.5	30.2	37.4
20. Москва	25.2	25.3	28.0	9.7	10.1	11.5
21. Северо-Западный Федеральный округ	40.5	39.8	-	23.4	28.6	-
22. Республика Карелия	37.7	33.9	33.7	29.4	36.4	40.8
23. Республика Коми	42.4	36.3	22.4	25.0	44.5	55.9
24. Архангельская область	35.0	33.9	31.0	32.6	39.9	43.5
25. Ненецкий АО	43.7	38.2	-	36.1	45.8	-
26. Вологодская область	29.8	25.6	24.9	21.5	27.3	30.8
27. Калининградская область	45.9	42.0	42.6	19.7	25.5	27.2
28. Ленинградская область	38.8	40.7	41.9	18.1	18.5	21.7
29. Мурманская область	48.1	49.5	46.0	27.2	35.7	42.7
30. Новгородская область	36.6	40.4	45.6	14.0	25.1	26.5
31. Псковская область	35.3	37.6	37.1	15.9	16.1	16.9
32. Санкт-Петербург	44.7	45.6	44.2	24.1	24.6	28.9
33. Южный Федеральный округ	45.1	45.9	-	29.2	32.7	-
34. Республика Адыгея	41.0	46.7	53.6	24.8	23.7	28.3
35. Республика Дагестан	47.5	53.4	47.2	22.5	26.5	24.9
36. Ингушская Республика	68.5	54.4	38.0	31.5	44.9	24.0
37. Кабардино-Балкарская Респ.	50.4	63.6	58.8	22.1	24.3	29.2
38. Республика Калмыкия	34.8	24.0	15.8	56.7	70.5	79.6
39. Карачаево-Черкесская Респ.	63.2	46.8	36.9	24.2	41.8	41.7
40. Респу. Северная Осетия-Алания	53.6	54.8	46.0	30.4	25.6	31.9
41. Чеченская Республика	-	-	53.5	-	-	20.8
42. Краснодарский край	43.3	41.3	48.2	25.2	27.7	33.9
43. Ставропольский край	47.6	48.2	51.5	34.0	37.5	38.1
44. Астраханская область	42.5	46.9	48.3	34.8	39.3	41.3
45. Волгоградская область	33.5	31.7	25.4	49.4	55.8	66.2
46. Ростовская область	44.6	46.0	48.9	24.1	24.8	26.3

1	2	3	4	5	6	7
47. Приволжский Федеральный округ	45.6	43.2	-	34.2	38.8	-
48. Республика Башкортостан	55.2	40.8	27.1	32.9	49.5	64.3
49. Республика Марий-Эл	42.4	41.2	34.1	38.8	37.6	45.6
50. Республика Мордовия	42.7	51.0	41.9	24.4	34.7	44.6
51. Республика Татарстан	40.0	34.9	33.6	45.2	47.9	30.7
52. Удмуртская Республика	20.9	25.0	19.2	63.3	59.8	67.0
53. Чувашская Республика	71.2	52.8	66.2	28.8	47.2	32.2
54. Кировская область	41.7	43.8	38.0	32.6	36.0	38.5
55. Нижегородская область	42.4	41.1	42.4	25.1	21.7	22.1
56. Оренбургская область	62.4	53.1	51.8	37.6	37.0	37.7
57. Пензенская область	43.2	42.5	43.9	28.8	29.3	26.3
58. Пермская область	37.6	44.1	46.2	29.5	34.6	38.2
59. Коми-Пермяцкий АО	44.2	40.6	52.0	39.0	37.5	34.3
60. Самарская область	50.5	61.0	53.2	34.5	29.1	36.1
61. Саратовская область	38.8	36.8	38.6	22.6	35.9	36.4
62. Ульяновская область	44.0	48.9	47.2	26.1	27.5	30.1
63. Уральский Федеральный округ	37.9	40.7	-	25.8	29.8	-
64. Курганская область	-	53.0	52.8	-	29.5	27.1
65. Свердловская область	31.1	32.6	33.5	24.2	26.6	31.4
66. Тюменская область	41.0	42.8	43.4	23.8	31.9	36.0
67. Ханты-Мансийский АО	39.2	44.5	43.1	19.9	28.7	33.0
68. Ямало-Ненецкий АО	52.5	50.1	52.3	26.3	30.3	30.2
69. Челябинская область	42.3	44.1	40.1	30.2	31.3	39.7
70. Сибирский Федеральный округ	43.6	43.5	-	34.1	38.5	-
71. Республика Алтай	55.9	56.9	49.2	34.8	34.5	36.4
72. Республика Бурятия	56.3	61.3	58.4	33.7	35.5	36.5
73. Республика Тыва	38.7	82.3	76.2	29.1	14.8	19.3
74. Республика Хакассия	48.9	38.6	38.2	38.2	40.8	48.5
75. Алтайский край	36.9	36.4	34.0	46.0	48.7	48.4
76. Красноярский край	42.2	51.0	47.3	22.6	29.4	30.1
77. Таймыр АО	38.5	44.7	41.9	27.3	22.1	17.7
78. Эвенкийский АО	35.9	51.4	50.7	52.6	31.3	29.1
79. Иркутская область	52.1	52.4	50.6	32.0	29.3	29.6
80. Усть-Ордынский Бурятский АО	47.7	50.3	47.2	33.2	33.4	29.5
81. Кемеровская область	39.6	39.4	35.8	27.8	30.7	30.3
82. Новосибирская область	50.1	48.5	46.4	28.9	33.2	38.1
83. Омская область	33.4	28.0	25.7	54.5	61.1	64.5
84. Томская область	41.9	42.1	48.7	23.6	25.8	29.5
85. Читинская область	41.7	41.8	50.6	39.1	44.6	38.1
86. Агинский Бурятский АО	18.8	27.1	43.9	67.8	63.6	44.7
87. Дальневосточный Федеральный округ	42.9	45.5	-	25.4	27.8	-
88. Республика Саха	37.4	46.4	47.9	17.6	26.5	27.8
89. Приморский край	46.0	48.4	47.4	32.2	32.6	30.7
90. Хабаровский край	-	47.1	48.8	-	25.4	26.4
91. Амурская область	45.4	44.3	46.7	31.1	31.5	34.0
92. Камчатская область	45.4	39.0	41.8	21.1	23.2	25.0
93. Корякский АО	44.5	43.5	-	40.8	35.0	-
94. Магаданская область	40.6	28.6	27.0	18.8	11.8	11.1
95. Сахалинская область	42.3	42.9	49.8	19.2	21.1	27.8
96. Еврейская АО	48.1	42.7	31.8	32.6	37.5	37.7
97. Чукотский АО	35.3	43.9	52.0	21.4	27.9	27.6
Максимальное значение				67.8	70.5	79.6
Минимальное значение				9.7	10.1	11.1

**ВЫДЕРЖКИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«ТРУДОВОЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

(от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ)

Статья 254. Перевод на другую работу беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до полутора лет

Беременным женщинам в соответствии с медицинским заключением и по их заявлению снижаются нормы выработки, нормы обслуживания либо эти женщины переводятся на другую работу, исключающую воздействие неблагоприятных производственных факторов, с сохранением среднего заработка по прежней работе.

При прохождении обязательного диспансерного обследования в медицинских учреждениях за беременными женщинами сохраняется средний заработок по месту работы.

Женщины, имеющие детей в возрасте до полутора лет, в случае невозможности выполнения прежней работы переводятся по их заявлению на другую работу с сохранением среднего заработка по прежней работе до достижения ребенком возраста полутора лет.

Статья 255. Отпуска по беременности и родам

Женщинам по их заявлению и в соответствии с медицинским заключением предоставляются отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности - 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов - 86, при рождении двух или более детей - 110) календарных дней после родов с выплатой пособия по государственному социальному страхованию в установленном законом размере.

Отпуск по беременности и родам исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью независимо от числа дней, фактически использованных ею до родов.

Статья 256. Отпуска по уходу за ребенком

По заявлению женщины ей предоставляется отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет. Порядок и сроки выплаты пособия по государственному социальному страхованию в период указанного отпуска определяются федеральным законом.

На период отпуска по уходу за ребенком за работником сохраняется место работы (должность).

Отпуска по уходу за ребенком засчитываются в общий и непрерывный трудовой стаж, а также в стаж работы по специальности (за исключением случаев назначения пенсии на льготных условиях).

Статья 258. Перерывы для кормления ребенка

Работающим женщинам, имеющим детей в возрасте до полутора лет, предоставляются помимо перерыва для отдыха и питания дополнительные перерывы для кормления ребенка (детей) не реже чем через каждые три часа непрерывной работы продолжительностью не менее 30 минут каждый.

При наличии у работающей женщины двух и более детей в возрасте до полутора лет продолжительность перерыва для кормления устанавливается не менее одного часа.

По заявлению женщины перерывы для кормления ребенка (детей) присоединяются к перерыву для отдыха и питания либо в суммированном виде переносятся как на начало, так и на конец рабочего дня (рабочей смены) с соответствующим его (ее) сокращением.

Перерывы для кормления ребенка (детей) включаются в рабочее время и подлежат оплате в размере среднего заработка.

Абольян Любовь Викторовна

Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания
в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства
Руководство для врачей

Под научной редакцией: член-корр., проф. В.З. Кучеренко

Художник: В. Касин

Компьютерная верстка: С.Гурьев

Техническое обеспечение: www.tt-design.ru

Подписано в печать 12.05.05. Формат 60х90/8. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Объем 14 п.л. Тираж 1000 экз. Заказ №1857.

Отпечатано в типографии ООО «Экспресспринт ИК»

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