№1
ПРОЕКТ
ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ

О.Д. Руднева, М.Б. Хамошина, Н.И. Захарова, Е.В. Радзинская

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИОДА ЛАКТАЦИИ

Приложение к журналу

StatusPraesens

УДК 618.2
ББК 57.16
Р83

Р83 **Дискуссионные вопросы периода лактации** / О.Д. Руднева, М.Б. Хамошина, Н.И. Захарова, Е.В. Радзинская. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 20 с.
ISBN 978-5-905796-25-8

В настоящей брошюре представлены методические рекомендации по решению наиболее важных и дискуссионных проблем лактационного периода. Помимо ключевых принципов и экономического обоснования рациональной организации грудного вскармливания (в рамках внедрения современных перинатальных технологий) освещены современные доказательные данные о наиболее благоприятной для здоровья матери и ребёнка суммарной длительности кормления грудью, способах достижения оптимального интергенетического интервала, противопоказаниях к продолжению естественного вскармливания, а также о безопасности лекарственных средств, в том числе контрацептивных, при необходимости их приёма кормящей.

Издание предназначено для акушеров-гинекологов родильных домов и женских консультаций, врачей общей практики, сотрудников профильных кафедр, слушателей факультета повышения квалификации, аспирантов, клинических ординаторов, интернов и студентов медицинских вузов.

УДК 618.2
ББК 57.16

ISBN 978-5-905796-25-8

© Руднева О.Д., Хамошина М.Б., Захарова Н.И., Радзинская Е.В., 2013
© ООО Медиабюро «Статус презенс», 2013

Практически все вопросы, касающиеся кормления грудью, на сегодняшний день остаются предельно контраверсионными. За время существования Советского Союза традиции естественного вскармливания новорождённых были во многом утрачены, передача личного успешного опыта от матери к дочери стала большой редкостью. Заметную роль в этом сыграла Великая Отечественная война, когда экономическая ситуация в стране диктовала необходимость скорейшего возвращения новоявленной матери на работу. Всё это не могло не отразиться и на школе акушерства и педиатрии того времени. До сих пор представление многих практикующих специалистов о физиологии лактации в значительной мере искажено неверными сведениями, полученными ещё в высшем учебном заведении. Однако сегодня накоплено достаточно большое количество достоверных (с позиций доказательной медицины) данных о чрезвычайной значимости грудного вскармливания для здоровья матери и её ребёнка, и научный поиск далёк от завершения. Следовательно, максимально широкое освещение этой информации критически необходимо для того, чтобы положение вещей изменилось в лучшую сторону.

Ведущие зарубежные и отечественные кураторы вопросов детской нутрициологии опубликовали официальные рекомендации по суммарной длительности кормления грудью. Американская академия педиатрии (ААП) советует продолжать его «столько, сколько пожелают мать и ребёнок, но не менее 12 мес»[1], ВОЗ и ЮНИСЕФ считают, что «почти все матери могут продолжать грудное вскармливание до 2 лет и дольше»[2], а Министерство здравоохранения РФ в приказе №572н от 1 ноября 2012 года оговаривает, что «...при выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 мес до 2 лет с момента рождения ребёнка)». Необходимо подчеркнуть, что указанная «верхняя граница» (2 года) довольно условна, поскольку до сих пор нет доказательств негативного воздействия более длительного периода кормления грудью на состояние здоровья как матери, так и ребёнка. При этом оптимальной длительностью эксклюзивного грудного вскармливания единодушно признаны первые 6 мес жизни. В дополнительной пище и/или питье в этот период нет ровным счётом никакой необходимости. Между тем мировые статистические данные представляют довольно мрачную картину.

Терминология грудного вскармливания

Исключительно грудное вскармливание (эксклюзивное грудное вскармливание, ЭГВ) — кормление ребёнка только грудным молоком. При необходимости возможно введение лекарственных форм, солей или витаминов (в незначительном количестве) в смеси со сцеженным грудным молоком.

Преимущественно грудное вскармливание — вскармливание материнским молоком в сочетании с допаиванием водой или соками в объёме до 30 г/сут либо докормом молочными смесями не более 100 мл/сут.

Дополненное (частичное) грудное вскармливание — вскармливание грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями (более 100 мл/сут) или введением прикорма (более 30 г/сут).

Говоря о статистике, нужно отметить, что если в экономически благополучных странах удручающие цифры отчётов можно в какой-то степени связать с коротким оплачиваемым послеродовым отпуском (США и Великобритания — 12 нед, Германия — 8 нед), то к России такое объяснение применить очевидно нельзя. Огорчает и методология учёта статистических показателей в России — во внимание принимают только факты продолжения кормления грудью в 6 и 12 мес жизни ребёнка; при этом и характер вскармливания (полное/частичное), и время его завершения остаются неизвестными.

[Оптимальной длительностью эксклюзивного грудного вскармливания единодушно признаны первые 6 мес жизни ребёнка. В дополнительной пище и/или питье в этот период нет ровным счётом никакой необходимости.]

Современное представление об основных организационных моментах, которые необходимо соблюдать для достижения озвученных целей, изложены ААП и Академией медицины грудного вскармливания. Впервые они были сформулированы в рамках инициативы ВОЗ «Больница, доброжелательная к ребёнку» в 1992 году, с тех пор их обозначают термином «современные перинатальные технологии» (СПТ)[1,11].

- Обеспечение контакта матери и новорождённого «кожа к коже» сразу после родов и до того момента, когда ребёнок окажется в состоянии впервые взять

грудь (обычно до появления признаков готовности новорождённого к кормлению — поисковое поведение, рефлекс ползания — проходит от 20 мин до 1 ч после родов). Если ребёнок здоров, неонатолог может осмотреть его, не нарушая этот контакт. Измерение массы тела и роста, обработку кожи и глаз целесообразно отложить до перевода в послеродовое отделение. Любой другой сценарий нарушает так называемую «тепловую цепочку» и — в широком смысле — препятствует нейтрализации негативных последствий «родового стресса» новорождённого[12]. Всё вышеперечисленное отражено и в Методическом письме Минздравсоцразвития РФ №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» (2011 год). Чрезвычайно важен этот момент с точки зрения контаминации новорождённого микрофлорой: в отсутствие контакта с матерью как кожа, так и желудочно-кишечный тракт ребёнка заселяют агрессивные госпитальные микроорганизмы.

- Организация круглосуточного совместного пребывания матери и новорождённого.
- Обучение правильному прикладыванию ребёнка к груди и методам поддержания лактации, даже если мать не имеет возможности круглосуточно находиться рядом с новорождённым.
- Поощрение грудного вскармливания «по требованию» (не менее 8—12 кормлений в сутки); при этом длительность каждого кормления должен определять ребёнок.
- Отказ от использования приспособлений, имитирующих материнскую грудь («пустышек»), в течение как минимум 3—4 нед после родов.
- Вскармливание новорождённых только грудным молоком, за исключением ситуаций, когда для этого есть медицинские показания. В последнем случае альтернативное питание и медикаменты следует давать ребёнку без использования бутылочки с соской: с ложки, из чашки, при помощи шприца (без иглы) или системы дополнительного кормления у груди.
- Обеспечение ранней выписки из родильного стационара — на 3-и сутки после самопроизвольных родов и на 5—7-е сутки после оперативных.
- Физиологический уход за пуповинным остатком (использование клеммы с последующим «сухим» ведением до самостоятельного отделения).
- Поощрение деятельности групп поддержки грудного вскармливания и информирование родильниц о существовании этих групп. В России с 2004 года работает Межрегиональная общественная организация «Ассоциация консультантов по естественному вскармливанию» (АКЕВ, www.akev.ru); в её состав входят 283 участника из 107 городов России и ближнего зарубежья. Обязательные условия вступления в организацию — обучение по программе ВОЗ[13] в объёме не менее 40 ч и личный опыт успешного грудного вскармливания. Есть и международные организации, которые эффективно предоставляют кормящим необходимую помощь: это общественная организация La Leche League и профессиональная Ассоциация специалистов по лактации International Lactation Consultant Association[1,11]; последнюю представляют и некоторые члены АКЕВ.

Ничего, кроме пользы

Преимущества естественного вскармливания для здоровья ребёнка и само́й кормящей можно разделить на ближайшие и отдалённые.

В ранний послеродовый период кормление грудью обеспечивает действенную профилактику кровотечения; в дальнейшем у кормящей родильницы меньше шансов на реализацию гнойно-септических заболеваний гениталий и относительно распространённых расстройств психики (послеродовая меланхолия, депрессия, психоз). Это положительное влияние можно объяснить рефлекторным выбросом эндогенного окситоцина в ответ на сосание.

Продолжение грудного вскармливания приносит не менее впечатляющие плоды, причём благотворный эффект зачастую «дозозависим», т.е. прямо коррелирует с длительностью процесса.

Масштабный анализ данных 47 эпидемиологических исследований, проведённых в 30 странах, показал, что суммарная продолжительность кормления грудью более 12 мес в течение жизни обеспечивает на 28% меньшую заболеваемость раком груди (ОШ 0,72; 95% ДИ 0,65–0,8) и яичников (ОШ 0,72; 95% ДИ 0,54–0,97). Для женщины с общим «стажем» кормления более 31 мес относительный риск рака яичников равен 0,09 (95% ДИ 0,04–0,19) в сравнении с женщинами, кормившими грудью менее 10 мес[14]. Относительный риск рака груди уменьшается на 4,3% с каждым последующим годом кормления (95% ДИ 2,9–5,8; $p<0,0001$)[15]. Носительницы мутантного гена *BRCA1* могут сократить вероятность этого грозного заболевания на 32% (ОШ 0,68; 95% ДИ 0,52–0,91; $p=0,008$), если будут кормить грудью хотя бы год. Грудное вскармливание длительностью более 2 лет в этой популяции снижает риск вдвое (ОШ 0,51; 95% ДИ 0,35–0,74)[16].

Лактация — весьма энергозатратный процесс (кормящая расходует 500 ккал ежедневно, что закономерно сказывается на её метаболизме)[17]. Никогда не кормившие грудью матери заболевают сахарным диабетом 2-го типа в 1,5 раза чаще, чем когда-либо кормившие (ОШ 1,41; 95% ДИ 1,03–1,92), и в 2 раза чаще, чем нерожавшие (ОШ 1,93; 95% ДИ 1,14–3,27)[18]. Площадь висцеральной жировой ткани у таких женщин через 7 лет после родов оказывается больше на 36,96 см^2 (95% ДИ 20,92–53,01) в сравнении с теми, чей стаж грудного вскармливания составил хотя бы 3 мес, и на 20,38 см^2 больше, чем у кормивших грудью менее 3 мес (95% ДИ 2,70–38,06)[19]. Кормление более года предотвращает постменопаузальную гиперлипидемию у одной женщины из 40, а постменопаузальную артериальную гипертензию — у одной женщины из 29[20].

Грудное молоко в частности и СПТ в целом также действенно защищают новорождённого от гнойно-септических заболеваний (пиодермия, конъюнктивит, дакриоцистит, омфалит)[21]. Впоследствии дети, вскармливаемые искусственно, более подвержены респираторным и кишечным инфекциям, аллергическим заболеваниям (включая атопический дерматит и астму)[22], метаболическим нарушениям (ожирению, сахарному диабету), заболеваниям сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензии, атеросклерозу), аномалиям прикуса[23–27]. В частности, в контексте актуальнейшей проблемы преждевременных родов можно сказать, что вскармливание адаптированной смесью на 77% увеличивает риск некротизи-

рующего энтероколита (НЭК), одной из главных катастроф в жизни недоношенных детей[28]. В современной литературе есть и немало доказательств положительного влияния грудного вскармливания на интеллектуальное и речевое развитие детей (в том числе и приёмных) в будущем[29–32].

Дополнительные преимущества

Грудное вскармливание может оказывать значимое влияние даже на жизнь общества в целом и отдельных государств в частности.

Оценить упомянутое влияние можно уже в масштабах работы одного отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения. К примеру, через 10 лет после внедрения СПТ на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов гнойно-септическая заболеваемость родильниц сократилась в 6,5 раза, а новорождённых — более чем в 2,5 раза[21]!

Показательно в этом отношении исследование, результаты которого были опубликованы в 2000 году. В ходе работы сравнивали частоту отказов от новорождённых в одном из родильных домов Санкт-Петербурга в течение 6 лет до (группа 1) и 6 лет после (группа 2) внедрения СПТ. До появления в роддоме СПТ в среднем 50 матерей из каждых 10 000 покидали роддом без детей, а вот после их внедрения этот показатель был почти в 2 раза ниже: в среднем 28 отказов на 10 000 родов[33]. В контексте поистине катастрофичных показателей социального сиротства в России пренебрегать таким простым и абсолютно незатратным способом профилактики отказов от новорождённых бесспорно недопустимо.

В литературе можно найти и некоторые любопытные экономические выкладки. По приблизительным подсчётам Национальной службы здравоохранения Великобритании, продолжительность эксклюзивного грудного вскармливания 45% младенцев в течение первых 4 мес их жизни может сохранить в бюджете государства £40 млн. В действительности эта сумма скорее всего окажется гораздо больше[34]. Результаты финансового планирования в США не менее убедительны: если 90% матерей будут придерживаться принципа эксклюзивного грудного вскармливания в течение первых 6 мес после родов, расходы государства снизятся на $13 млрд в год[35]. В первую очередь ощутимо сократятся затраты на медицинскую помощь: дети, вскармливаемые грудным молоком, доказанно реже болеют. К примеру, каждый эпизод НЭК после очень ранних преждевременных родов удорожает выхаживание новорождённого на $74 тыс. (95% ДИ $47 051–100 957). Если же такому ребёнку показано оперативное лечение, то стоимость его пребывания в стационаре увеличивается уже на $198 тыс. (95% ДИ $159 261–236 819)[36].

Однако есть вторая значимая статья расходов, связанная с искусственным вскармливанием. Речь идёт о стоимости как самого́ заменителя грудного молока, так и аксессуаров, необходимых для его применения: бутылочки с сосками, стерилизаторы, подогреватели и пр. К тому же организация альтернативного питания требует не менее 3 л чистой воды в день на одного ребёнка: 1 л уходит на приготовление смеси и 2 л — на мытьё и стерилизацию бутылочек и сосок[37].

От теории к практике

Как известно, распространённость истинной гипогалактии в популяции не превышает 1–3%[38]. Чаще всего она обусловлена гипоплазией молочных желёз и/или гипофизарной недостаточностью (как идиопатической, так и постгеморрагической, например в результате кровотечения в родах или после них).

Наиболее действенным способом свести к минимуму риск ложной гипогалактии по праву признана рациональная организация грудного вскармливания. Дело в том, что залог успеха в данном случае — технически правильное прикладывание ребёнка к груди матери. Только эффективное и достаточно частое сосание обеспечивает должное опорожнение молочной железы, а застой молока чреват как присоединением инфекции и воспалением, так и подавлением лактопоэза по механизму «обратной связи». Во-первых, в состав молока входит синтезируемый лактоцитами протеин, ингибирующий молокообразование. Чем реже ребёнок высасывает молоко, тем выше оказывается концентрация ингибитора и выраженнее его действие. Во-вторых, в случае переполнения груди рецепторы пролактина в железистой ткани деформируются и становятся неспособны связываться с этим основным регулятором лактации[39].

Главный «технический» момент в прикладывании ребёнка — обеспечение глубокого захвата груди. Если сосок расположен слишком близко к преддверию рта, сосание оказывается неэффективным (для опорожнения груди необходимо сжатие ареолы, а сосок выполняет лишь роль «проводника») и травматичным. Неизбежное обсеменение повреждённого соска условно-патогенной микрофлорой чревато не только инфекцией кожи, но и лактостазом и/или маститом.

Признаки правильного прикладывания

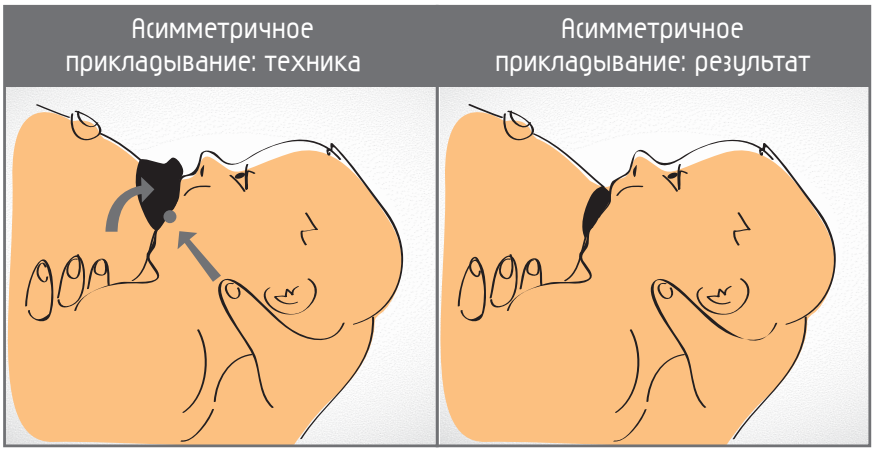
- Тишина во время кормления (за исключением звуков при глотании очередной порции молока). «Цоканье» или «чмоканье» свидетельствуют о нарушенном вакууме и сниженной эффективности сосания.

- Рот ребёнка широко раскрыт (угол не менее 130–140°), подбородок плотно прижат к груди матери, нижняя губа полностью вывернута, язык прикрывает нижнюю десну и виден в углу рта.
- Матери не больно кормить, сосок по окончании кормления равномерно вытянут, имеет форму цилиндра. Деформированный (скошенный/сплюснутый) сосок говорит о нарушенной технике прикладывания.

Прикладывание в действии

Ребёнка следует развернуть всем телом к матери и проследить, чтобы его голова не была чрезмерно запрокинута или опущена.

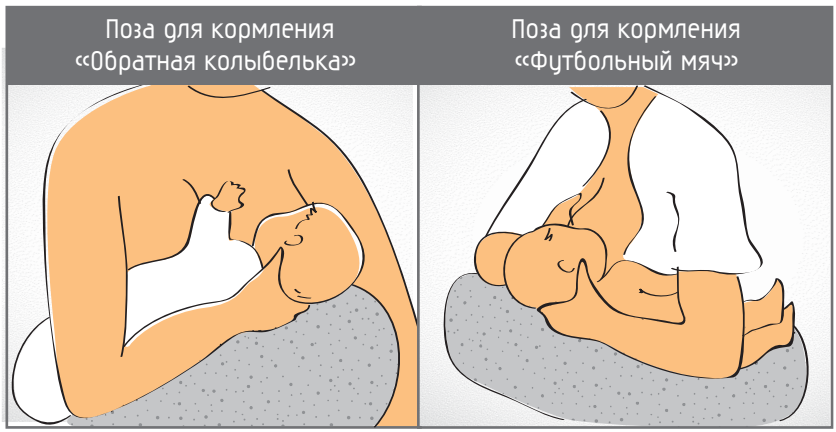
Грудь можно поддерживать ладонью, но достаточно далеко от ареолы, чтобы обеспечить нужную глубину захвата. При этом большой палец должен быть противопоставлен остальным: поддержка «ножницами» (между указательным и средним

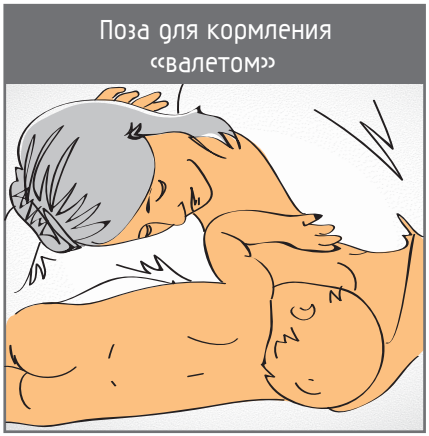


пальцами) чревата пережатием протоков и застоем молока. Тотчас после того, как ребёнок максимально широко откроет рот (этого можно добиться, дотрагиваясь соском и ареолой до его губ и щёк), следует быстрым движением приложить его к груди. Необходимо следить за асимметричностью прикладывания, чтобы ребёнок захватывал ареолу со стороны подбородка больше, чем со стороны носа.

Выбор позы

- «Колыбелька». Это самая распространённая, классическая поза. Опорой для головы ребёнка служит или локтевой сгиб руки, соответствующей кормящей груди, или ладонь руки противоположной («обратная колыбелька»). В последнем случае мать может наиболее действенно контролировать захват: эта поза наилучшим образом подходит новорождённым.
- «Футбольный мяч». Ребёнок расположен сбоку от матери. Поза может быть полезна в период новорождённости, особенно после оперативных родов (отсутствует давление на переднюю брюшную стенку); при застое молока в добавочных долях молочной железы (обычно лучше всего опорожняются участки железы со стороны нижней челюсти ребёнка); при травмах шейного отдела позвоночника ребёнка, когда для него комфортно положение лишь на определённом боку.
- Лёжа. В зависимости от размера груди и времени, прошедшего после родов, ребёнка можно расположить либо на сгибе руки, либо на подушке (в первом случае кормящая грудь будет соответствовать стороне тела, на которой лежит мать), либо без дополнительной поддержки (такой вариант подходит для подросших детей). Поза незаменима при лактостазе в нижних долях железы, а также ночью: для успешной лактации необходим полноценный ночной отдых всех участников процесса.
- «Валетом». Кормление в этой позе поможет устранить застой в верхних долях груди.





- «Расслабленное» или «биологическое» кормление. Результаты исследования, проведённого в 2007 году в Англии (40 пар «мать — своевременно родившийся здоровый ребёнок»), позволяют утверждать, что многие из физиологических рефлексов новорождённых «антигравитационные» и при определённых условиях облегчают сосание[40]. Любопытно, что в зависимости от позы все они могут как способствовать, так и препятствовать кормлению. Благоприятна с этой точки зрения поза матери «полуоткинувшись назад», когда ребёнок лежит на её животе лицом вниз. В этой ситуации моторные рефлексы (опоры и автоматической походки, ползания [Бауэра], кивательный и хватательный) не только не мешают (в других позах ребёнок зачастую «отталкивается» от груди), но и вызывают рефлексы поисковые, а также способствуют правильному захвату. Если сразу после родов здоровый новорождённый оказывается в этой позе на животе матери, через некоторое время он самостоятельно находит грудь и присасывается к ней. При этом нет необходимости следить за выполнением всех вышеперечисленных требований к прикладыванию. Кстати сказать, равным образом врождённые рефлексы помогают и детёнышам других млекопитающих.

Когда действительно нельзя

В свете всего перечисленного очевидно непозволительно запрещать кормление грудью без веских причин. Сегодня таких причин значительно меньше, чем несколько десятилетий назад, дискуссии по этому вопросу до сих пор не завершены.

По мнению ВОЗ, полный отказ от грудного вскармливания оправдан только в случае ВИЧ-положительного статуса матери; при этом альтернативное питание должно быть «приемлемо, осуществимо, финансово доступно, надёжно обеспечено и безопасно; в иных случаях следует придерживаться исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 мес жизни ребёнка». Конечно, в первую очередь здесь идёт речь о безопасности эпидемиологической — в экономически неразвитых регионах как сам заменитель грудного молока, так и вода могут быть заражены патогенными микроорганизмами. Однако и в благополучных странах искусственное вскармливание сопряжено с определёнными рисками. Результаты популяционного исследования, проведённого в Швеции (10 041 случай), свидетельствуют о том, что риск целиакии при введении глютена в рацион детей, вскармливаемых искусственно, в 3 раза выше, чем для детей, получающих грудное молоко[41]. Однако всё хорошо в меру: независимо от вида вскармливания целиакия чаще развивается у детей, в чей рацион глютен вводят либо слишком рано (до 4 мес), либо слишком поздно (после 7 мес)[42]. Небезынтересно также, что кормление из бутылочки в 4,6 раза повышает риск стеноза привратника желудка в сравнении с детьми, которых не кормили иначе, чем грудью (95% ДИ 2,78–7,65). Если же говорить только об искусственно вскармливаемых детях, то выше всего риск у тех, кто получал заменители грудного молока с рождения (ОШ 6,32; 95% ДИ 2,45–16,26), затем следуют дети, которых прежде кормили грудью (ОШ 5,38; 95% ДИ 2,88–10,06), в группе наименьшей опасности дети на смешанном вскармливании (ОШ 3,36; 95% ДИ 1,6–7,03)[43].

Оснований для временного прекращения кормления грудью также немного. Ниже приведён перечень противопоказаний, объединяющий рекомендации ВОЗ и ААП.

- Заболевания, категорически не позволяющие матери заботиться о ребёнке, — преэклампсия и эклампсия, массивные кровотечения во время и после родов, сепсис, декомпенсация хронических экстрагенитальных заболеваний.
- Обострение герпетической инфекции (вирус простого герпеса 1-го типа) при локализации высыпаний непосредственно на коже груди: до исчезновения клинических проявлений необходимо избегать прямого контакта между поражённым участком и ртом ребёнка. На время обострения ребёнка можно перевести на вскармливание сцеженным материнским молоком.
- Впервые диагностированная активная форма туберкулёза (все противотуберкулёзные препараты совместимы с кормлением грудью, однако в указанной ситуации следует временно его прекратить до завершения курса химиотерапии).
- Бруцеллёз до начала лечения.
- Приём матерью некоторых лекарственных средств:
  - седативных психотропных, противоэпилептических препаратов и опиоидов;
  - радиоактивного йода-131 (возобновить кормление грудью можно через 2 мес после окончания терапии);
  - йода или его соединений (речь идёт о местном применении в больших дозах);
  - химиотерапии цитотоксическими препаратами, включая антиметаболиты[1,2].

Весьма распространённые респираторно-вирусные и инфекционные заболевания (в том числе мастит, абсцесс груди, острый пиелонефрит и др.) не требуют даже временного отлучения ребёнка от груди, поскольку в каждом случае можно подобрать

совместимые с кормлением лекарственные средства. Здесь нужно сказать, что зачастую отечественные и зарубежные данные о совместимости того или иного вещества сильно разнятся. Ситуацию объясняют особенности российской действительности, в которой фармацевтическим компаниям оказывается экономически невыгодным проходить полную процедуру регистрации средства как безопасного во время лактации. Выяснить, проводились ли качественные исследования безопасности препарата, можно, в том числе обратившись к международным источникам данных в интернете: база Национального института здоровья США «LactMed» (http://toxnet.nlm.nih.gov/) и база Испанской педиатрической ассоциации (http://www.e-lactancia.org)[44–47]. Единственная сложность — подписание информированного согласия.

Курение, алкогольная и наркотическая зависимость матери, по мнению ВОЗ и ААП, не может служить категорическим показанием к прекращению грудного вскармливания, однако при этом не исключены проблемы со здоровьем ребёнка. И в этих ситуациях важно взвесить возможные пользу и вред от альтернативного питания.

Контраверсии интергенетического интервала*

Ещё одна неоднозначная ситуация — кормление грудью во время последующей беременности. Основные (и необоснованные!) опасения практикующих специалистов связаны с потенциальной угрозой, которую представляет вырабатываемый в момент сосания окситоцин (эндогенный утеротоник). Как известно, концентрация эстрогенов в начале гестации низка и нарастает постепенно, достигая максимума к сроку родов. В частности, такие изменения нужны потому, что именно эстрогены модулируют экспрессию и чувствительность рецепторов окситоцина в миометрии и молочной железе[48]. Это значит, что в норме матка становится способной к регулярной сократительной деятельности, а молочная железа — к лактации только на поздних сроках беременности[49–51]. Практические доказательства теоретических выкладок представлены в исследовании 2009 года[52]. Различия в частоте самопроизвольного прерывания беременности в группе матерей, продолжающих кормить старшего ребёнка грудью после наступления новой беременности (n=110), и в группе некормящих беременных (n=774) оказались статистически недостоверны (7,3 против 8,4%).

Что касается гипотетического влияния материнских гормонов на состояние плода, то доказательств негативного воздействия основных «регуляторов» лактации, пролактина и окситоцина, до сих пор в источниках литературы найти нельзя. К тому же физиологический рост концентрации эстрогенов, известных антагонистов пролактина, приводит к постепенному снижению продукции молока и приближению его состава к молозиву: этим можно объяснить нередкое самопроизвольное завершение грудного вскармливания к середине или концу беременности. По поводу влияния материнских гормонов на здоровье старшего ребёнка можно сказать, что натуральные эстрогены и прогестерон разрушаются желудочно-кишечным

* Интергенетическим называется интервал между датой предшествующих родов и датой последующего зачатия.

трактом и печенью, поэтому фармацевтической промышленности и приходится прикладывать определённые усилия для разработки максимально приближённых к натуральным, но поступающих в системный кровоток синтетических аналогов половых гормонов.

Таким образом, беременность в группе низкого риска недонашивания нельзя считать противопоказанием к продолжению вскармливания старшего ребёнка, хотя в целом сама по себе ситуация (беременность у только что родившей женщины) не может быть признана удовлетворительной. Основные усилия акушера-гинеколога должны быть направлены на предупреждение такого чрезмерно раннего наступления последующей беременности. И для этого есть веские основания.

В 2011 году были опубликованы результаты масштабного исследования (662 730 детей), проведённого в Калифорнии (США). Согласно результатам, относительный риск аутизма составил 3,39 (95% ДИ 3,00–3,82), если интергенетический интервал был менее 12 мес (в сравнении с интервалом, равным или превышавшим 36 мес). Если с момента предыдущих родов прошло 12–23 мес, вероятность заболевания составила 1,86 (95% ДИ 1,65–2,10), а если 24–35 мес — 1,26 (95% ДИ 1,10–1,45) соответственно[53]. В другом исследовании (183 921 ребёнок) показано, что риск шизофрении у младшего ребёнка, зачатого менее чем через 6 мес после предыдущих родов, выше в 3,3 раза, чем у детей, беременность которыми началась через 13 мес после рождения старшего ребёнка (95% ДИ 2,00–5,41; $p<0,001$). Если же интервал между беременностями составил 7–12 мес, относительный риск шизофрении был равен 1,96 (95% ДИ 1,27–3,05)[54]. В 2012 году было установлено, что в случае интергенетического интервала меньше чем 12 мес риск гастрошизиса у плода увеличивается в 1,7 раза (95% ДИ 1,1–2,5)[55].

Авторы систематического обзора 58 наблюдательных исследований предположили, что негативные последствия короткого интергенетического интервала могут быть обусловлены неадекватным питанием матери, в первую очередь фолатным дефицитом, истмико-цервикальной недостаточностью, несостоятельностью рубца на матке после предшествующего кесарева сечения, аномальным ремоделированием сосудов эндометрия, вертикальной трансмиссией инфекций, неадекватной лактацией в случае продолжения грудного вскармливания во время новой беременности, конкуренцией между сиблингами и перекрёстным инфицированием[56].

Вопрос оптимальной длительности интергенетического интервала пока остаётся не вполне однозначным. В этом плане весьма любопытны результаты ещё одного исследования, в котором приняли участие 9214 женщин с общим числом подтверждённых беременностей 10 453. Оказалось, что зачатие через 3 мес или менее после эпизода невынашивания с меньшей вероятностью, чем в случае интервала, равного 6–12 мес, окончится повторным самопроизвольным завершением гестации (ОШ 0,70; 95% ДИ 0,57–0,86) или абортом (ОШ 0,50; 95% ДИ 0,29–0,89). Однако в данной когорте регистрировали значительно более высокий уровень неонатальной смертности (ОР 1,74; 95% ДИ 1,06–2,84), хотя, по мнению авторов (Бангладеш), это может быть связано с социокультурными особенностями жизни представительниц когорты[57].

Приведённые выкладки перекликаются с результатами более масштабной работы (30 937 женщин, забеременевших после самопроизвольного прерывания первой в их жизни беременности).

В сравнении с пациентками, зачавшими через 6–12 мес после спонтанного аборта, те, чья беременность наступила в течение первых 6 мес, имели меньше шансов на повторение трагического сценария невынашивания (ОШ 0,66; 95% ДИ 0,57–0,77), недонашивания (ОШ 0,43; 95% ДИ 0,33–0,57), эктопической беременности (ОШ 0,48; 95% ДИ 0,34–0,69), кесарева сечения (ОШ 0,90; 95% ДИ 0,83–0,98) и маловесности ребёнка (ОШ 0,84; 95% ДИ 0,71–0,89). А вот роды у них несколько чаще оказывались индуцированными (ОШ 1,08; 95% ДИ 1,02–1,23)[58].

Между тем 26% родильниц становятся сексуально активными в течение 6 нед после родов, 61% — в течение 7–12 нед и 13% — через 12 нед[59]. Это значит, что перед каждой женщиной сразу после родов предстаёт перспектива искусственного прерывания нежеланной беременности. Труднопредотвратимые пагубные последствия сопровождают аборт всегда, однако особенно опасно выполнять его вскоре после оперативных родов: истончение рубца матки и разрыв последней во время последующих беременности и родоразрешения — катастрофа, достойная того, чтобы на её предупреждение были брошены все силы[60]. А данные статистики свидетельствуют, что 10% всех женщин, прервавших беременность, недавно родили[61].

[26% родильниц становятся сексуально активными в течение 6 нед после родов, 61% — в течение 7–12 нед и 13% — через 12 нед.]

Департамент экономических и социальных вопросов подразделения ООН, занимающегося проблемами населения, совместно с Национальным университетом Сингапура в 2013 году опубликовал масштабный анализ мировых контрацептивных тенденций. Согласно этому документу, на территории Российской Федерации потребность в современных высокоэффективных методах (стерилизация, оральные и барьерные контрацептивы, импланты, препараты экстренной контрацепции) существует у 4 млн 690 тыс. сексуально активных женщин. Всего же в нашей стране 19 млн женщин нуждаются в контрацепции. В дополнение к этим цифрам авторы исследования предложили термин «неудовлетворённая потребность в контрацепции» для определения количества женщин, которые хотели бы временно или насовсем прекратить выполнение репродуктивной функции, однако не используют никаких методов контрацепции (в России 1 млн 390 тыс. таких женщин)[62].

В первую очередь, когда говорят о контрацептивных стратегиях кормящих, подразумевают метод лактационной аменореи. Он доказал свою эффективность (около 98%), однако только при условии безукоснительного соблюдения ряда условий[63].

- После родов не было ни одной менструации.
- Ребёнок находится на эксклюзивном грудном вскармливании. Поскольку этот режим подразумевает полное отсутствие какого-либо докорма или допаивания, очевидно, что кормления должны быть достаточно частыми и продолжительными (в том числе и ночью), чтобы обеспечивать энергетические потребности растущего организма. К тому же основной «принцип действия» лактационной аменореи — нарушение ритма секреции гонадотропин-рилизинг-гормона в ответ на механическую стимуляцию соска и ареолы. Это в свою очередь пре-

пятствует достижению необходимых для созревания фолликула концентраций лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

- Возраст ребёнка не более 6 мес. Дело в том, что именно в этом возрасте рекомендован ввод прикорма, а значит, можно ожидать снижения частоты и продолжительности кормлений. Фактически же лактационная аменорея зачастую длится дольше (около 9 мес), поскольку объём прикорма увеличивается постепенно[64].

К сожалению, как уже было сказано выше, эксклюзивное грудное вскармливание распространено гораздо менее, чем это необходимо. И в этой ситуации в полный рост встаёт проблема выбора наиболее подходящего контрацептива.

Критерии приемлемости некоторых высокоэффективных методов контрацепции в послеродовом периоде (согласно «Национальным медицинским критериям приемлемости методов контрацепции», 2012[65])

Послеродовый период	Чисто прогестиновый оральный контрацептив	Имплант	Депо-форма медроксипрогестерона ацетата	Комбинированный гормональный контрацептив	Медьсодержащий ВМК	ВМК с левоноргестрелом	Экстренная контрацепция	
							Гормональные методы	Медьсодержащий ВМК
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Менее 6 нед	**2**	3	3	4	–	–	–	–
6 нед и более — менее 6 мес	**1**	**1**	**1**	3	–	–	–	–
6 мес и более	**1**	**1**	**1**	**2**	–	–	–	–
Менее 48 ч после родов (с момента отделения плаценты)	–	–	–	–	**1**	3	–	–
48 ч и более после родов — менее 4 нед	–	–	–	–	3	3	–	–
4 нед и более	–	–	–	–	**1**	**1**	–	–
Послеродовый сепсис	–	–	–	–	4	4	–	–
Менее 21 дня	–	–	–	–	–	–	**1**	4
4 нед и более	–	–	–	–	–	–	**1**	**1**

Расшифровка критериев приемлемости

- Категория 1. Состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции.
- Категория 2. Состояние, при котором преимущества от использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск.
- Категория 3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества от использования метода.
- Категория 4. Состояние, которое представляет неприемлемый риск для здоровья во время использования данного метода контрацепции.

На практике допустимо применение средств, подпадающих под категории 1 и 2.

Следует отметить, что в США адаптация исходного документа «Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции», разработанного ВОЗ, несколько видоизменила первоисточник. По мнению CDC, комбинированные гормональные контрацептивы допустимо назначать уже через 42 дня после родов (категория 2), а оба вида внутриматочных контрацептивов — сразу после отделения плаценты (вплоть до 4 нед после родов — категория 2, далее — категория 1)[66].

Проблема выбора: есть ли она

Из приведённых данных следует, что в России на данный момент практически универсальным средством контрацепции можно признать чисто прогестиновые препараты для перорального применения. Результаты систематического обзора (2010 год) пяти рандомизированных и 38 наблюдательных исследований свидетельствуют о том, что приём этих средств не изменяет количество и/или качество грудного молока, не вредит здоровью ребёнка, не нарушает его рост, развитие, профиль половых гормонов и иммуноглобулинов[67]. Раньше этот метод объединял различные препараты, в обиходе известные как мини-пили (от англ. mini-pill — «маленькая таблетка»). Изменяя вязкость шеечной слизи и состояние эндометрия, они препятствовали имплантации оплодотворённой яйцеклетки[68]. Сегодня эта ниша прочно занята средствами, в состав которых входит дезогестрел. Оттеснив «наследственные» способности метода на второй план, основным контрацептивным механизмом здесь стало действенное подавление овуляции: индекс Перля 0,14 при идеальном применении и 0,41 при типичном[69]. Хотя созревание яйцеклетки нарушается уже при приёме 30 мкг, размеры фолликула минимальны при применении 75 мкг, а частота так называемых «кровотечений прорыва» в этом случае оказывается меньше[70]. Ещё один любопытный факт: не далее чем в 2013 году было обнаружено многообещающее неконтрацептивное свойство дезогестрела облегчать частоту и интенсивность мигренозных атак[71].

Согласно рекомендациям CDC, здоровые женщины не нуждаются в специальном обследовании (включая пальпацию, УЗИ, клинический анализ крови, определение печёночных ферментов, обследование молочных желёз, скрининг на ЗППП) перед назначением чисто прогестинового контрацептива. Динамическое наблюдение также необязательно, достаточно порекомендовать пациентке обратиться вновь в случае побочных эффектов или желания сменить метод предохранения[66].

Назначая комбинированную гормональную контрацепцию кормящей, следует особое внимание обратить на данные её анамнеза. Если женщина старше 35 лет и/или курит, вынужденно иммобилизована, её анамнез отягощён эпизодом тромбоэмболии, тромбофилией, роды были оперативными, сопровождались массивным кровотечением, потребовали переливания крови или протекали на фоне тяжёлого гестоза, необходима тщательная оценка индивидуального риска венозной тромбоэмболии. Хотя нужно заметить, что в целом шансов погибнуть от тромбоэмболии, связанной с приёмом гормонального контрацептива, достаточно мало. Относительный риск* (в сравнении с женщинами, не принимающими контрацептивы) равен 2,0, а избыточный риск** для принимающих современный контрацептив составляет 1,0 на 100 000, что гораздо меньше, чем вероятность смерти при повседневной активности вроде езды на велосипеде. Популяционный риск венозного тромбоза в послеродовый период тем временем составляет 29–300 случаев на 10 000 женщин. К тому же этот фактор — лишь одно из составляющих уравнения в выборе оптимального контрацептивного средства. Другие элементы (эффективность, переносимость, дополнительные неконтрацептивные преимущества, желание и/или возможность пациентки использовать другие средства) недопустимо сбрасывать со счетов в каждой конкретной ситуации[72].

Что касается вероятного влияния этого метода на количество вырабатываемого молока — на сегодняшний день нет достоверных данных, доказывающих или опровергающих этот факт[73]. В связи с этим перед назначением эстроген-гестагенного контрацептива следует убедиться, что в рационе ребёнка уже есть достаточное количество прикорма для обеспечения его энергетических потребностей.

Ещё одно удобное в подборе и применении у лактирующих женщин средство — внутриматочная контрацепция (индекс Перля 0,2–0,6 при типичном использовании)[74]. Причём левоноргестрелсодержащие системы и системы, в состав которых входит сплав меди с золотом, обладают преимуществом перед медьсодержащими в отношении риска воспалительных заболеваний органов малого таза. Любая из этих систем может стать методом экстренной контрацепции (наравне с однократным приёмом 1,5 мг или двукратным приёмом 0,75 мг левоноргестрела) во время грудного вскармливания.

Барьерные методы также могут подойти в качестве основных для предотвращения нежеланной беременности в период лактации, однако их действенность существенно ниже перечисленных средств: для мужского презерватива индекс Перля составляет 2,0 при идеальном и 15 при типичном применении. И хотя именно барьерные методы наилучшим образом защищают от заражения ИППП, при наличии постоянного полового партнёра это свойство теряет актуальность.

Последний из высокоэффективных способов контрацепции сегодня — добровольная стерилизация (индекс Перля 0,4). Недостатками метода можно считать необратимость и правовые нормы, ограничивающие его применение. В России право на стерили-

---

* Относительный риск — отношение заболеваемости у лиц, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию фактора риска.

** Избыточный риск — дополнительные случаи заболевания, обусловленные воздействием факторов риска (разность заболеваемости у лиц, подвергавшихся и не подвергавшихся воздействию фактора риска).

зацию получают граждане не моложе 35 лет или имеющие двух и более детей; медицинские показания перечислены в особом списке («Основы законодательства РФ по охране здоровья граждан»).

***

Казалось бы, что может быть проще и естественнее, чем кормление новорождённого материнским молоком? Почему же в современном мире, особенно в странах с более или менее развитой экономикой, доля кормящих грудью критически мала? Наиболее распространённые причины происходящего носят исключительно организационный характер, обнажая ключевую проблему: недостаток информации как в профессиональной среде, так и в обществе в целом.

В большинстве случаев совместить с кормлением грудью можно и возвращение к работе вне дома, и приём медикаментов (как амбулаторно, так и в стационаре), и дальнейшее планирование семьи, включая последующую беременность. Кстати, отсутствие должной мотивации поддерживать грудное вскармливание в перечисленных случаях — не что иное, как следствие провала в разработке образовательных программ для медицинских работников и населения. Между тем Американская коллегия акушеров-гинекологов особо подчёркивает важность роли медицинских работников в поддержке и пропаганде грудного вскармливания: никто другой не может настолько сильно повлиять на решение матери о способе вскармливания её ребёнка[75].

Литература

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk // PEDIATRICS. 2012. Vol. 129. №3. P. e827—e841.
2. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes // 2009.
3. Минздрав РФ, Департамент анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития Российской Федерации». Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2012.
4. Особливості вигодовування дітей першого року життя в Україні та його вплив на частоту реакцій харчової гіперчутливості, захворюваність у дітей перших 2 років життя/ Няньковський С.Л. [и др.] // Здоровье Ребёнка. 2010. №3 (24).
5. Минздрав РБ. Справки об итогах деятельности организаций системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2006, 2007, 2009 годы.
6. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Многоиндикаторное кластерное обследование по оценке положения детей и женщин, 2012. Предварительный отчёт. 2013.
7. Infant Feeding Survey 2010 / McAndrew F. [et al]. Health and Social Care Information Centre, 2012.
8. CDC. Breastfeeding Report Card — United States, 2010.
9. Cai X., Wardlaw T., Brown D.W. Global trends in exclusive breastfeeding // Int. Breastfeed. J. 2012. Vol. 7. №1. P. 12.
10. World Breastfeeding Trends Initiative. The State of Breastfeeding in 33 Countries. Tracking Infant and Young Child Feeding Policies and Programmes Worldwide. IBFAN-Asia, 2010. 90 p.
11. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum Breastfeeding Management for the Healthy Mother and Infant at Term Revision, June 2008 // Breastfeed. Med. 2008. Vol. 3. №2. P. 129—132.
12. Быстрова К.С. Температурный «диалог» матери и ребёнка после его рождения. Часть I. Антистресс-эффект контакта «кожа к коже» для новорождённого // Вопросы практической педиатрии. 2008. Т. 3. №5. С. 84—90.
13. Всемирная организация здравоохранения. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. Пер. с англ. Женева, 1993.
14. Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China/ Su D. [et al.] // Am. J. Clin. Nutr. 2013. Vol. 97. №2. P. 354—359.
15. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease // Lancet. 2002. Vol. 360. №9328. P. 187—195.
16. Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers/ Kotsopoulos J. [et al.] // Breast Cancer Res. BCR. 2012. Vol. 14. №2. P. R42.
17. Stuebe A.M., Rich-Edwards J.W. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism // Am. J. Perinatol. 2009. №26. P. 81—88.
18. Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study/ Schwarz E.B. [et al] // Am. J. Med. 2010. Vol. 123. №9. P. 863. e1—6.
19. Maternal Visceral Adiposity by Consistency of Lactation/ McClure C.K. [et al] // Matern. Child. Health. J. 2011. Vol. 16. №2. P. 316—321.
20. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease/ Schwarz E.B. [et al.] // Obstet Gynecol. 2009. №113. P. 974—982.
21. Оленева М.А. Эффективность внедрения современных перинатальных технологий в оптимизации здоровья матерей и новорождённых: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006. 22 с.
22. Greer F.R., Sicherer S.H., Burks A.W. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas // Pediatrics. 2008. Vol. 121. №1. P. 183—191.
23. Armstrong J., Reilly J.J. Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity // Lancet. 2002. Vol. 359. №9322. P. 2003—2004.
24. Bachrach V.R.G., Schwarz E., Bachrach L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2003. Vol. 157. №3. P. 237—243.
25. Cow's milk formula feeding induces primary immunization to insulin in infants at genetic risk for type 1 diabetes / O. Vaarala [et al.] // Diabetes. 1999. Vol. 48. №7. P. 1389—1394.

26. Breastfeeding and atherosclerosis: intima-media thickness and plaques at 65-year follow-up of the Boyd Orr cohort / Martin R.M. [et al.] // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. 2005. Vol. 25. №7. P. 1482–1488.
27. Singhal A. Does breastfeeding protect from growth acceleration and later obesity? // Nestl. Nutr. Work. Ser. Paediatr. Program. 2007. Vol. 60. P. 15–25; discussion 25–29.
28. An Exclusively Human Milk-Based Diet Is Associated with a Lower Rate of Necrotizing Enterocolitis than a Diet of Human Milk and Bovine Milk-Based Products/ Sullivan S. [et al.] // J. Pediatr. 2010. Vol. 156. №4. P. 562–567.e1.
29. Ferguson M., Molfese P.J. Breast-fed infants process speech differently from bottle-fed infants: evidence from neuroelectrophysiology // Dev. Neuropsychol. 2007. Vol. 31. №3. P. 337–347.
30. Gribble K. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers // Int. Breastfeed. J. 2006. Vol. 1. №1. P. 5.
31. Mortensen E M.K. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence // JAMA J. Am. Med. Assoc. 2002. Vol. 287. №18. P. 2365–2371.
32. Richards M., Hardy R., Wadsworth M.E.J. Long-term effects of breast-feeding in a national birth cohort: educational attainment and midlife cognitive function // Public Health Nutr. 2002. Vol. 5. №5. P. 631–635.
33. Lvoff N.M., Lvoff V., Klaus M.H. Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2000. Vol. 154. №5. P. 474–477.
34. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK / Renfrew M.J. [et al.]. UNICEF UK, 2012. 93 p.
35. Bartick M., Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis // PEDIATRICS. 2010. Vol. 125. №5. P. e1048–e1056.
36. Ganapathy V., Hay J.W., Kim J.H. Costs of Necrotizing Enterocolitis and Cost-Effectiveness of Exclusively Human Milk-Based Products in Feeding Extremely Premature Infants // Breastfeed. Med. 2012. Vol. 7. №1. P. 29–37.
37. UNICEF. Breastfeeding: foundation for a healthy future. UNICEF USA, 1999. 16 p.
38. Молочные железы и гинекологические болезни / под ред. В.Е. Радзинского. М.: Медиабюро Статус презенс, 2010. 302 с.
39. Mannel R., Martens P.J., Walker M. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. Jones & Bartlett Publishers, 2012. 903 p.
40. Colson S., Meek J., Hawdon J. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding // Early Hum. Dev. 2008. Vol. 84. №7. P. 441–449.
41. Celiac disease revealed in 3% of Swedish 12-year-olds born during an epidemic/ Myléus A. [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2009. Vol. 49. №2. P. 170–176.
42. Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease / Szajewska H. [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. 2012. Vol. 36. №7. P. 607–618.
43. Bottle-feeding and the Risk of Pyloric Stenosis/ Krogh C. [et al.] // Pediatrics. 2012.
44. Breastfeeding, drugs, herbs, environmental toxins, mother and infant diseases. — URL: www.e-lactancia.org/ingles/inicio.asp.
45. Drug Safety in Lactation. — URL: http://www.medsafe.govt.nz/Profs/PUarticles/lactation.htm#Safety.
46. Drugs and Lactation Database (LactMed). — URL: http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT.
47. U.S. Food and Drug Administration. — URL: http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/.
48. Progesterone (PR), Oestrogen (ER-α and ER-β) and Oxytocin (OTR) Gene Expression in the Oviduct and Uterus of Pregnant and Non-pregnant Bitches / Derussi A. [et al.] // Reprod. Domest. Anim. 2012. Vol. 47. P. 197–199.
49. Amico J.A., Finley B.E. Breast stimulation in cycling women, pregnant women and a woman with induced lactation: pattern of release of oxytocin, prolactin and luteinizing hormone // Clin. Endocrinol. (Oxf.). 1986. Vol. 25. №2. P. 97–106.
50. Expression of oxytocin receptor in human pregnant myometrium / T. Kimura [et al.] // Endocrinology. 1996. Vol. 137. №2. P. 780–785.
51. Oxytocin receptors in the human uterus during pregnancy and parturition / A.R. Fuchs [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. 1984. Vol. 150. №6. P. 734–741.
52. Ishii H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2009. Vol. 35. №5. P. 864–868.
53. Cheslack-Postava K., Liu K., Bearman P.S. Closely Spaced Pregnancies Are Associated With Increased Odds of Autism in California Sibling Births // PEDIATRICS. 2011. Vol. 127. №2. P. 246–253.
54. Pre-conception inter-pregnancy interval and risk of schizophrenia / Gunawardana L. [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2011. Vol. 199. №4. P. 338–339.
55. Short interpregnancy interval and gastroschisis risk in the National Birth Defects Prevention

Study/ Getz K.D. [et al.] // Birt. Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol. 2012. Vol. 94. №9. P. 714–720.
56. Effects of birth spacing on maternal, perinatal, infant, and child health: a systematic review of causal mechanisms / Conde-Agudelo A. [et al.] // Stud. Fam. Plann. 2012. Vol. 43. №2. P. 93–114.
57. DaVanzo J., Hale L., Rahman M. How long after a miscarriage should women wait before becoming pregnant again? Multivariate analysis of cohort data from Matlab, Bangladesh // BMJ Open. 2012. Vol. 2. №4. P. e001591–e001591.
58. Effect of interpregnancy interval on outcomes of pregnancy after miscarriage: retrospective analysis of hospital episode statistics in Scotland / Love E.R. [et al.] // BMJ. 2010. Vol. 341. P. c3967–c3967.
59. Hipp L.E., Kane Low L., Anders S.M. van. Exploring Women's Postpartum Sexuality: Social, Psychological, Relational, and Birth-Related Contextual Factors // J. Sex. Med. 2012. Vol. 9. №9. P. 2330–2341.
60. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. 672 с.
61. Соловьёва А.В. Репродуктивное поведение в России: шаг вперёд и два шага назад // StatusPraesens. 2011. №1 [4]. С. 44–50.
62. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis / Alkema L. [et al.] // The Lancet. 2013. Vol. 381. №9878. P. 1642–1652.
63. Labbok M.H. Breastfeeding, Fertility, and Family Planning // Glob. Libr. Womens Med. 2009.
64. McNeilly A.S. Lactational control of reproduction // Reprod. Fertil. Dev. 2001. Vol. 13. №7–8. P. 583–590.
65. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. М., 2012.
66. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2nd Edition // Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2013. №62 (RR05). P. 1–46.
67. Kapp N., Curtis K., Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review // Contraception. 2010. Vol. 82. №1. P. 17–37.
68. McCann M.F., Potter L.S. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review // Contraception. 1994. Vol. 50. №6. Suppl 1. P. S151–S158.
69. Benagiano G., Primiero F.M. Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception // Ann. N. Y. Acad. Sci. 2003. Vol. 997. P. 163–173.
70. Pena M.Â. Randomized, Crossover and Single-Dose Bioequivalence Study of Two Oral Desogestrel Formulations (Film-Coated Tablets of 75 µg) in Healthy Female Volunteers // Sci. Pharm. 2012. Vol. 80. №2. P. 419–431.
71. Headache frequency and intensity in female migraineurs using desogestrel-only contraception: a retrospective pilot diary study/ Merki-Feld G.S. [et al.] // Cephalalgia Int. J. Headache. 2013. Vol. 33. №5. P. 340–346.
72. Statement on combined hormonal contraceptives containing third- or fourth-generation progestogens or cyproterone acetate, and the associated risk of thromboembolism/ Bitzer J. [et al.] // Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care. 2013. Vol. 18. №3. P. 143–147.
73. Kapp N., Curtis K.M. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review // Contraception. 2010. Vol. 82. №1. P. 10–16.
74. Trussell J. Contraceptive failure in the United States // Contraception. 2011. Vol. 83. №5. P. 397–404.
75. American College of Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Special Report from ACOG. Breastfeeding: Maternal and infant aspects // ACOG Clin. Rev. 2007. №12. P. 1S–16S.

Научно-практическое издание

Дискуссионные вопросы периода лактации

О.Д. Руднева, М.Б. Хамошина, Н.И. Захарова, Е.В. Радзинская

Медицинский директор: канд. мед. наук Маклецова Светлана Александровна
Креативный директор: Кристал Виталий
Ответственные редакторы: Симоновская Хильда Юрьевна, Добрецова Татьяна
Выпускающий редактор: Лёвкина Наталья
Вёрстка: Рябов Роман
Корректор: Соседова Елена
Художник: Горобец Макс

Подписано в печать 02.09.2013. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Формат 60×90 $^{1}/_{16}$. Объём 1,25 п.л. Тираж 15 500.

ООО «Медиабюро Статус презенс».
105082, г. Москва, ул. Б. Почтовая, д. 26в, стр. 2,
Бизнес-центр Post-Plaza, оф. 613.
Тел.: +7 (499) 346 3902, e-mail: info@praesens.ru, www.praesens.ru.

Отпечатано в типографии «Принт Люкс».
107140, Москва, ул. Электродная, д. 8.

9 785905 796258

ШИРОКИЙ ВЫБОР КОНТРАЦЕПТИВНЫХ СРЕДСТВ:
от экстренной *до* плановой контрацепции

ЛАКТИНЕТ®
дезогестрел 0,075 мг

Эффективная контрацепция для кормящих мам

- не содержит эстрогенов
- не подавляет лактацию*
- индекс Перля сопоставим с КОК*

*Инструкция по медицинскому применению препарата Лактинет®
Рег. уд. ЛСР-002481/10-260310

Реклама

Гедеон Рихтер

Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия)
г. Москва 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8
Тел.: (495) 987-15-55, Факс: (495) 987-15-56
e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru