



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



РГП НА ПХВ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



BalajAn

ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД
«СОЮЗ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ BALAJAN»



ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО
ДЕТСКОГО ФОНДА
ООН (ЮНИСЕФ)
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ОХРАНА, ПОДДЕРЖКА И ПООЩРЕНИЕ ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Т.К. ЧУВАКОВА,
А.Т. АЙЫПХАНОВА,
Э.А. КУРМАНГАЛИЕВА,
О.Б. ЧУЕНБЕКОВА



УДК 616-053.2

ББК 57.3

Ч.

Авторы:

Т.К. Чувакова — д.м.н., проф., старший ординатор-консультант НЦМД КФ «УМС»

А.Т. Айыпханова — генеральный директор Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК

Э.А. Курмангалиева — к.м.н., Общественный фонд «Союз медицинских работников BalaJan», президент.

Чуенбекова О.Б. — к.м.н., доцент каф. нутрициологии и профилактической медицины АО Нац. мед. университета им. С.Д. Асфендиярова.

Рецензенты:

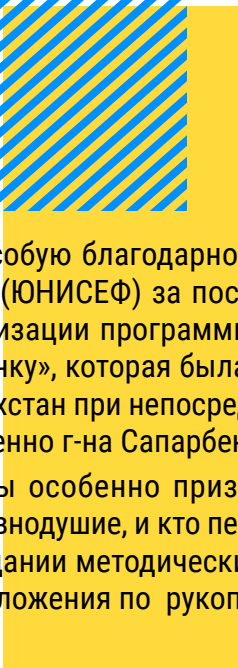
1. **Бапаева Г.Б.**, д.м.н., проф., руководитель департамента женского здоровья и неонатологии КФ УМС ННЦМД.
2. **Суханбердиев К.А.**, к.м.н., координатор программ по здравоохранению и питанию Детского Фонда ООН в РК (Health & Nutrition Officer. United Nations Children's Fund)

Данные методические рекомендации составлены на основе анализа литературных данных последних лет и собственного клинического опыта с целью обеспечения медицинских работников современной информацией по грудному вскармливанию — единственному физиологически адекватному питанию младенцев, которое удовлетворяет их потребности не только в питании, но и выполняет защитные функции, обеспечивая здоровье на все годы жизни.

Методические рекомендации предназначены в качестве руководства для медицинского персонала в, оказывающие медицинскую помощь матерям и детям для принятия конкретных мер по внедрению в практику «10 шагов успешного грудного вскармливания» ВОЗ/ЮНИСЕФ, а также для студентов медицинских ВУЗов, резидентов.

Данные методические рекомендации приняты на заседании Экспертного совета РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, протокол №37 от 07 августа 2019 года.

Любая перепечатка издания, должна иметь ссылку на данные методические рекомендации.



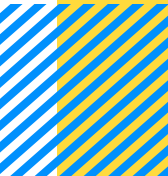
Особую благодарность мы хотим выразить Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ) за постоянную и всемерную поддержку в деле реализации программы «Больница дружелюбного отношения к ребенку», которая была начата почти 20 лет назад в Республики Казахстан при непосредственном участии сотрудников ЮНИСЕФ, а именно г-на Сапарбекова А., г-жи Нургабиловой А.

Мы особенно признательны г-ну Суханбердиеву К. за его неравнодушие, и кто первый предложил свою помощь в переводе и издании методических рекомендаций, за ценные советы и его предложения по рукописным вариантам.

СОДЕРЖАНИЕ



Понятия, используемые в методических рекомендациях	5
Список сокращений	8
Введение.....	9
1. Почему важно грудное вскармливание	12
1.1 Иммунологические аспекты грудного вскармливания	22
2. Десять шагов успешного грудного вскармливания	31
3. Рекомендации по выполнению десяти принципов/шагов успешного грудного вскармливания .	43
Список использованной литературы.....	61
Приложение 1	64



ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ

Исключительное грудное вскармливание – младенец вскармливается материнским грудным молоком без докармливания другой пищей или питьем, в том числе и водой (за исключением лекарств или витаминов и минеральных добавок), допускается также вскармливание сцеженным грудным молоком.

Преимущественно грудное вскармливание – помимо грудного молока ребенку дают небольшое количество воды или содержащее воду питье.

Полное грудное вскармливание – либо исключительно грудное вскармливание, либо преимущественно грудное вскармливание.

Вскармливание из бутылочки – кормление младенца из бутылочки чем бы то ни было, в том числе сцеженным ГМ.

Искусственное вскармливание – кормление ребенка искусственными смесями, при этом полностью исключено грудное вскармливание.

Частичное грудное вскармливание – кормление ребенка, как грудью, так и искусственными смесями, или коровьим молоком, либо кашей или другой едой.

Своевременное введение прикорма – кормление ребенка другой пищей, вдобавок к грудному вскармливанию после 6 месяцев.

Кормление «по требованию» – грудное вскармливание, когда ребенок проявляет признаки голода, при этом не ограничивается ни количество кормлений, ни их длительность, ни время суток.

Молозиво – это особое грудное молоко, которое вырабатывается у женщин в первые несколько дней после родов в небольшом объеме, но с большим содержанием антител и других антиинфекционных белков.

Зрелое молоко – это грудное молоко, которое вырабатывается в большом количестве после молозива (этот процесс называют «молоко прибыло»).

Переднее молоко – это грудное молоко, вырабатываемое в начале кормления.

Заднее молоко – это грудное молоко, вырабатываемое в конце кормления.

Лактация – наиболее эффективный способ удовлетворения потребности младенца в пище, включающий синтез молока в молочных альвеолах, его накопление и периодическое выведение.

Охрана грудного вскармливания – способ защиты, предпринимаемый для претворения в жизнь принципов и целей Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока и последующих соответствующих Резолюций Всемирной Ассамблеи Здравоохранения в их поддержку и тем самым обеспечение всем новорождённым доступа к преимуществам грудного питания.

Поддержка грудного вскармливания – содействие надлежащей практике кормления детей путем осуществления десяти принципов (шагов) успешного грудного вскармливания.

Поощрение грудного вскармливания – предоставление полной информации о преимуществах грудного молока для здоровья, полноценного физического и умственного развития детей, а также квалифицированной помощи матерям в становлении и поддержке лактации и ее значимости для здоровья матерей.



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГВ – грудное вскармливание

ГМ – грудное молоко

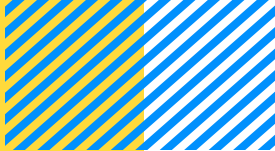
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИБДОР – Инициатива за больницы доброжелательного отношения к ребенку

МО – медицинская организация

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ЮНИСЕФ – Детский фонд Организации Объединенных Наций



ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения [1] в мире умирает около 3 млн. младенцев, не достигнув 4-недельного возраста. Подавляющее большинство этих смертей приходится на первые дни жизни. Ранние случаи смерти и тяжелые последствия, которые могут развиваться у выживших младенцев, можно значительно сократить с помощью простых технологий, основанных на научных доказательствах. Так, исследованиями экспертов ВОЗ было показано, что если бы всех детей с рождения вскармливали исключительно грудным молоком, то это позволило бы ежегодно спасать от смерти около 1,5 миллионов детей. И не просто спасать, но и укреплять их здоровье, поскольку грудное молоко удовлетворяет потребности детей не только в питании, но и выполняет широкий круг защитных функций и тончайшей регуляции управления развитием и дифференцировкой.

Процесс кормления детей грудью является общим для всех культур во все времена, поскольку от этого зависит вопрос выживания человечества. Поэтому вскармливание грудью является универсальным «природным императивом», который обеспечивает ребенку выживание и здоровье на все последующие годы жизни. На определенных этапах роста младенца изменяется структура пищевых потребностей и биологической регуляции. Соответственно изменяется и состав грудного молока, что рассматривается как строго скорректированный биологический механизм развития и питания [2]. С 6 месяцев жизни в состав питания младенцев включаются другие компоненты пищи и, даже на этом этапе их развития, грудное молоко продолжает оставаться важным источником энергии и питательных компонентов, обеспечивая процессы роста и развития, защиты от инфекций и снижение младенческой заболеваемости и смертности.



Совершенно очевидно, что при разработке программ, направленных на спасение миллионов детских жизней, их основополагающим компонентом должно быть грудное вскармливание. В этой связи Всемирная Организация Здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) еще в 1989 г разработали Совместную декларацию «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания. Особая роль родовспомогательных служб» [3]. В этой декларации были разработаны 10 принципов успешного грудного вскармливания и представлен свод рекомендаций для медицинских организаций. Внедрение этих рекомендаций в практику здравоохранения обеспечивает здоровье матери и ребенку.

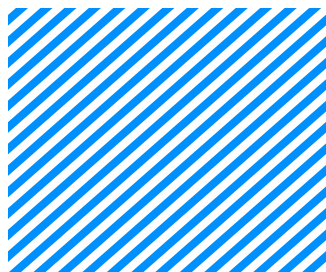
В 1990 году была разработана и принята Декларация Инноченти (в некоторых переводах - Инносенти) «О защите, содействии и поддержке практики грудного вскармливания» [4]. Декларация призывает правительства всех стран принять конкретные меры для внедрения в практику “10 принципов успешного грудного вскармливания” и положений «Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока», интеграции политики грудного

вскармливания в планы общего развития и здравоохранения для достижения конкретных целей по распространению грудного вскармливания и снижению младенческой заболеваемости и смертности.

В Казахстане с 1997 года проводится целенаправленная государственная политика по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания. Это способствовало существенному прогрессу в отношении сроков начала грудного вскармливания (ГВ). Так, если в 1999 году только 27% новорожденных были приложены к груди в течение первого часа после рождения и 66,1% получили материнское молоко в течение первого дня своей жизни, то, по данным Мультииндикаторного кластерного обследования (МИКО), проведенного ЮНИСЕФ, эти показатели в 2006 г повысились соответственно до 64,2% и 87,8% [5]. Более того, в этом исследовании было показано, что внедрение программы грудного вскармливания в практику только организаций родовспоможения способствовало снижению младенческой смертности в РК с 60,2‰ в 1999 г (данные независимого медико-демографического исследования) до 31,8‰ в 2006 г (почти в 2 раза!).

Однако улучшение ситуации с поддержкой исключительно грудного вскармливания, достигнутое на уровне родовспомогательных организаций, не распространялось на амбулаторно-поликлиническую службу. Это доказывается данными «Кластерного обследования по многим показателям 2015» [6], проведенном ЮНИСЕФ, где показано, что в Казахстане доля младенцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании, составляет всего лишь 37,8%, а продолжительность грудного вскармливания до 1 года – 59,8% и до 2-х лет – 21,1%. То есть, нет понимания значимости ГВ в обеспечении здоровья детям.

Данные методические рекомендации предназначены в качестве руководства для медицинского персонала всех организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матерям и детям для принятия конкретных мер по внедрению в практику «10 принципов успешного грудного вскармливания».



ПОЧЕМУ ВАЖНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Грудное вскармливание (ГВ) является единственной формой питания, которое было сформировано в ходе биологической эволюции человечества, и поэтому оно должно быть отнесено к единственному физиологически адекватному питанию новорожденного и грудного ребенка. Само выживание и прогресс многих возможностей человека в значительной степени обязаны тем защитным и стимулирующим функциям, которые обеспечиваются грудным молоком. Состав грудного молока очень сложен и включает не только питательные вещества уникального качества и усвояемости, но и широкий комплекс регулирующих и информационных носителей – гормонов, биологически активных веществ, факторов иммунологического регулирования и толерантности [7,8].

Современный уровень знаний однозначно свидетельствует о том, что только грудное молоко обеспечивает соответствие нутриентов возможностям пищеварения, всасывания и метаболизма ребенка в первые два года жизни. Грудное молоко (ГМ) является самой идеальной пищей для младенца первых 2-х лет и особенно первых месяцев жизни, так как вследствие незрелости пищеварительных ферментов младенец не готов к приему другой пищи. Материнское же молоко полностью соответствует особенностям пищеварения и обмена веществ в его организме. Более того, грудное молоко и предшествующее

ему молозиво обеспечивают адаптацию новорожденного к внеутробным условиям жизни [7,8].

Проведенные медико-биологические исследования показали, что после рождения в течение первых 2-3 суток в крови новорожденных отмечается подъем уровня неопиатных пептидов-аналгетиков. Эти пептиды вовлечены в процессы ранней метаболической адаптации к условиям внеутробной жизни, так как участвуют в регуляции выделения ряда



гормонов, способствующих установлению охранительного режима в условиях перинатального стресса. Важно, что участие в синтезе этих пептидных гормонов и медиаторных нейроаминов принимает APUD (Amine and Amine Precursor Uptake and Decarboxylation) система желудочно-кишечного тракта, активирование которой происходит с началом грудного вскармливания [9]. Отсюда очень существенна роль раннего начала грудного вскармливания и раннего воссоединения новорожденного с мамой для нивелирования родового стресса.

Раннее начало грудного вскармливания, и ранний контакт новорожденного с матерью обеспечивают запоминание образа матери и отношение окружающего нового мира к нему. Создается благоприятный фон для импринтинга – запечатления в памяти новорожденного отличительных черт, воздействующих на него жизненно важных объектов и таких факторов как доброта, сочувствие, понимание, любовь [10].

После рождения ребенка прекращается подавляющее влияние плацентарных гормонов на выработку молока. Грудные железы в течение первых 30-и часов наполняются молозивом и у матерей,

МОЛОЗИВО

представляет собой клейкую желтоватую жидкость с небольшим объемом и высокой плотностью.

начинающих кормить своих детей сразу после родов, уже через 24-48 часов начинают вырабатываться его достаточные количества [11].

Молозиво представляет собой клейкую желтоватую жидкость с небольшим объемом и высокой плотностью. Оно содержит меньше лактозы, жира и водорастворимых витаминов, чем зрелое грудное молоко, но зато больше жирорастворимых витаминов таких как А, Е, К и больше натрия и цинка. Такой состав молозива хорошо соответствует специфическим потребностям новорожденных [7,8]. Так, его высокая плотность и поступление в небольших объемах предупреждает чрезмерную жидкостную нагрузку на незрелые почки новорожденных. Их почки не могут перерабатывать большие объемы жидкости, не испытывая метаболического стресса. К моменту рождения почки еще функционально незрелы, что определяется низкой скоростью клубочковой фильтрации и их низкой концентрирующей способностью. Высокое содержание натрия в молозиве способствует водоконсервирующему механизму почек. Поэтому младенец, вскармливаемый исключительно молозивом так часто и так долго, как ему хочется, не нуждается в дополнительном введении жидкости. Частое прикладывание новорожденного к груди матери как днем, так и ночью, обеспечивает его необходимым объемом питания и всеми компонентами, содержащимися в молозиве и в последующем в зрелом грудном молоке [11].

Выработка лактазы и других кишечных энзимов еще только начинается, поэтому содержание в молозиве лактозы, по сравнению со зрелым грудным молоком, ниже. Этим определяется противопоказание к вскармливанию новорожденных первых дней

жизни донорским зрелым грудным молоком, так как возможно развитие искусственно обусловленной лактазной недостаточности, проявляющейся беспокойством ребенка, срыгиваниями, вздутием живота, частым жидким стулом [7,8].

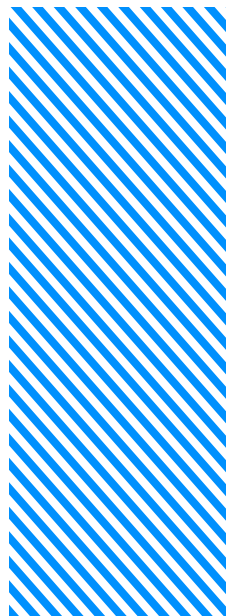
В молозиве содержание белка выше, чем в зрелом грудном молоке, но это не вызывает излишнюю азотистую нагрузку на незрелые почки новорожденного, так как молозиво полностью усваивается и не возникают трудности с выведением метаболитических отходов [7,8].

С началом легочного дыхания в организм родившегося младенца поступает больше кислорода, чем в периоде его внутриутробного развития. Имеющийся в молозиве витамин Е – естественный антиоксидант, защищающий клеточные мембраны от окислительных повреждений. Этот витамин участвует и в биосинтезе гема, билирубина, пролиферации клеток, в тканевом дыхании и других важнейших процессах клеточного метаболизма, становление которых особенно важно в первые дни после рождения.

Высокое содержание витамина А также способствует становлению метаболизма, функции зрения, росту и развитию младенца, повышению устойчивости к заболеваниям.

Биологическая роль витамина К заключается в активировании процесса гамма-карбоксилирования остатков глютаминовой кислоты в протромбине [II фактор], проконвертине [VII фактор], антигемофилическом глобулине В [IX фактор] и факторе Стюарта-Проуэра [X фактор]. При недостатке витамина К в печени образуются неактивные акарбоксии-II, VII, IX, X-факторы, не способные связывать ионы кальция [VI фактор] и полноценно участвовать в процессах свертывания крови. Вскармливание молозивом не предупреждает К-гиповитаминоз, но способствует формированию кишечной флоры, участвующей в синтезе менахинона – витамина К₂ и тем самым предупреждает развитие геморрагической болезни новорожденных [12,13].

На 3-14 день после родов молозиво переходит в зрелое молоко, состав которого изменяется соответственно меняющимся потребностям ребенка и его индивидуальным



запросам. Зрелое грудное молоко отличается по составу не только у разных матерей, но даже у одной женщины в разных молочных железах, от кормления к кормлению и даже в течение одного кормления. Эти изменения не случайны, а функционально целесообразны и отвечают индивидуальным потребностям детей.

В зрелом грудном молоке содержание белка ниже, чем в молозиве и, тем не менее, его совершенно достаточно для обеспечения оптимального роста и развития детей, так как с каждым кормлением увеличивается объем потребляемого молока. Белок женского молока представлен в основном сывороточными альбуминами, которые легко перевариваются и усваиваются. В коровьем молоке, на основе которого наиболее часто изготавливаются искусственные смеси, белок в большей концентрации представлен казеином [14].

В женском молоке соотношение сыворотки к казеину составляет ориентировочно 80:20, что позволяет образовывать более мягкий для желудка творожок, облегчающий пищеварение. Соотношение аналогичных белков в коровьем молоке 20:80, а в искусственных смесях от 18:82 до 40:60, что определяет повышенные уровни мочевины и аминокислот в крови новорожденных, вскармливаемых этими смесями и, следовательно, их незрелые почки испытывают высокую метаболическую нагрузку. Кроме того, искусственные смеси могут привести к гиперосмолярности вследствие высокого содержания в них не только белка, но и солей, что может обусловить развитие вялости, вплоть до летаргии, повреждения ЦНС [15].

Ни один белок грудного молока не идентичен с белками коровьева молока. Белки женского молока представлены альфа-лактоальбумином – важным компонентом энзимной системы в синтезе лактозы. Основным белком коровьего молока является бета-лактоглобулин, способный вызывать антигенную реакцию у подверженных аллергии детей [15].

В женском молоке высокое содержание свободных аминокислот, а также цистина и таурина. У младенцев, в отличие от взрослых, не синтезируется цистин из метионина и таурин из цистина и метионина

ввиду отсутствия соответствующих ферментов в мозге и печени. Эти аминокислоты считаются незаменимыми для детей, так как важны для развития структур мозга. Таурин также необходим для соединения солей желчи и, следовательно, для усвоения жиров. Он также служит нейротрансмиттером и нейромодулятором при развитии центральной нервной системы, дифференцировка основных структур которой продолжается после рождения ребенка [14].

Содержание жиров в грудном молоке повышается с 2,0 г в 100 мл молозива до 4,0-4,5 г в 100 мл зрелого молока на 15 день после родов, хотя индивидуальные его значения могут колебаться в широких пределах. Это справедливо не только для общего содержания жиров, но и для состава жирных кислот и связано с повышением энергетических потребностей младенцев. Жиры являются наиболее изменчивым компонентом грудного молока. Наблюдаются суточные колебания жиров с максимумом, регистрируемым поздним утром и непосредственно после полудня, а также в течение кормлений. Так, у некоторых женщин концентрация жиров в молоке к концу кормления в 4-5 раз выше, чем в начале. Считается, что высокий уровень жиров в конце кормления действует как регулятор насыщения. Поэтому продолжительность кормления не должна ограничиваться. Необходимо отметить, что дети способны регулировать энергетические потребности организма и жиры покрывают до 35-50% дневной энергетической потребности младенца [7,8,9].

В женском молоке жиры находятся в виде микроскопических шариков, по размерам значительно меньших, чем в коровьем. Мембраны шариков содержат фосфолипиды, стеролы и белки. Фосфолипиды на 98% представлены триглицеридами. Жир грудного молока усваивается значительно легче, чем жир искусственных смесей, поскольку, обладая высокой дисперсностью, легко эмульгируется и всасывается. Усвоение жира женского молока составляет 85-90%.

По составу жирных кислот женское молоко относительно стабильно и содержит около 42% насыщенных и 57% ненасыщенных жирных кислот. Присутствие неспецифической липазы в грудном молоке способствует усвоению жиров в течение 2 часов. Это особенно важно при кормлении недоношенных детей, у которых выработка солей желчи и панкреатической липазы наиболее несовершенны. Необходимо помнить, что липаза присутствует только в женском молоке и не может быть обеспечена ни при каком другом вскармливании. Кроме того, жиры женского молока на 60-70% представлены длинноцепочечными полиненасыщенными жирными кислотами (линолевая, линоленовая, арахидоновая, докозагексаеновая), которые очень важны для созревания структур мозга, миелинизации нервных путей [7].

Заменители грудного молока не содержат эти кислоты. Линоленовая и арахидоновая жирные кислоты участвуют в синтезе простагландинов, которые влияют на множество физиологических функций, активирующих пищеварение наряду с созреванием клеток кишечника, влияя, таким образом, на весь защитный механизм. Заменители грудного молока не содержат эти компоненты [7-9].

Основным углеводом женского молока является ЛАКТОЗА и в незначительном количестве содержатся ГАЛАКТОЗА, ФРУКТОЗА и ДРУГИЕ МОНОСАХАРИДЫ.

Основным углеводом женского молока является лактоза и в незначительном количестве содержатся галактоза, фруктоза и другие моносахариды. Лактоза присуща только молоку и женское молоко содержит его наивысшие

концентрации: в среднем 4% в молозиве и 7% в зрелом молоке. Она обеспечивает около 40% энергетических потребностей младенца. В ходе обмена веществ она преобразуется в глюкозу (источник энергии) и галактозу – составную часть галактолипидов, необходимых для развития ЦНС. Лактоза способствует поглощению кальция и железа, стимулирует образование кишечных колоний *Lactobacillus bifidus*. Эти бактерии обеспечивают кислую среду в желудочно-кишечном тракте, подавляющую рост патогенных бактерий, грибков и паразитов. Добавки к питанию в первые месяцы после рождения мешают формированию должного кишечного микробиома и становлению защитных механизмов. Поэтому у детей на искусственном вскармливании кишечная среда имеет более высокий показатель pH, что способствует развитию преимущественно болезнетворных бактерий [7-9].

В практике нередко приходится сталкиваться с такой ситуацией, при которой мать жалуется, что у нее раздражительный крикливый ребенок с частым жидким стулом, часто писающий и срыгивающий. Возможно, что мать не дает ребенку достаточное время насытиться молоком одной груди. Вместо этого она, спустя некоторое время, меняет на другую, и ребенок получает преимущественно «переднее» молоко, богатое лактозой и меньшим содержанием жира. Избыток лактозы при недостаточной выработке расщепляющего фермента лактазы, приводит к чрезвычайно кислой реакции, которая сама по себе может вызвать повреждение щетинок кишечника. У ребенка возникает боль в животе, частый жидкий пенный стул и в экстремальных ситуациях может развиваться обезвоживание. Такая мнимая непереносимость грудного молока может исчезнуть через 24 часа, если мать даст своему ребенку возможность “закончить” первую грудь, прежде чем предложить вторую, если ребенок не насытился.

Содержание витаминов в женском молоке почти всегда соответствует потребностям ребенка, хотя оно может изменяться в зависимости от рациона питания женщины. Количество получаемых ребенком жирорастворимых

витаминов может существенно меняться в зависимости от содержания жиров в материнском рационе. Содержание витамина А в женском молоке значительно выше, чем в коровьем, за исключением популяций, имеющих его дефицит. На втором году жизни недостаток витамина А отмечается преимущественно у детей, рано отнятых от груди, чем у тех, кого продолжали кормить до двух лет. Это объясняется тем, что к концу второго года состав грудного молока вновь приближается к молозивному с высоким содержанием витамина А [7-9].

Концентрация витамина К в зрелом молоке ниже, чем в молозиве. Тем не менее его дефицит не возникает, так как уже через две недели после рождения у детей на грудном вскармливании сформирована кишечная микрофлора, являющаяся поставщиком этого витамина.

Уровень витамина Д в женском молоке невелик и считается недостаточным для младенца. Ученые пришли к выводу, что оптимальный путь его введения в организм не связан с желудочно-кишечным трактом, через который он может быть поглощен в токсических дозах. Кожа является органом, позволяющим при солнечном свете как производить витамин Д, так и препятствовать его поглощению в количествах больших, чем организм может безопасно использовать и накапливать. Чтобы обеспечить недельную потребность ребенка в витамине Д, достаточно погулять с ним на солнце с открытым личиком в течение 30 минут или подержать его на солнце раздетым (в летний период времени) 10 минут.

Концентрация витамина В12 в грудном молоке очень низка, но его биологическая ценность усиливается наличием в грудном молоке фактора переноса, отсутствующего в коровьем. Содержание никотиновой, фолиевой и аскорбиновой кислот обычно выше, чем в молоке жвачных животных. У женщин, длительное время употреблявших противозачаточные средства, может наблюдаться дефицит витамина В12 в молоке. Единственным путем устранения витаминной недостаточности у вскармливаемых грудью младенцев является улучшение рациона питания матери.

Содержание минеральных веществ в грудном молоке таких как фосфор, кальций, железо, магний, цинк, калий и фтористые соединения ниже, чем в любом его заменителе, мало зависит от рациона питания матери и больше соответствуют потребностям и возможностям обмена веществ младенцев. Кальций всасывается более эффективно, поскольку в грудном молоке соотношение кальция к фосфору 2:1. Коровье молоко более богато фосфором, что ведет к его предпочтительному всасыванию и служит причиной недостаточности кальция у детей на искусственном вскармливании. Повышенная кислотность желудочно-кишечного тракта, наличие адекватных количеств цинка и меди, фактора переноса железа (лактоферрина) – все это способствует всасыванию 70% железа, содержащегося в женском молоке, по сравнению с 30% из коровьего и 10% – из смесей. Чтобы повысить всасываемость железа из смесей, его дополнительно вносят в них в большом количестве, что способствует размножению патогенных кишечных бактерий, питающихся за счет железа и может снизить поглощение цинка или меди [7-9].



Содержание цинка в грудном молоке достаточно для удовлетворения потребностей ребенка и не нарушает поглощение меди и железа. Биологическая ценность цинка женского молока высока по сравнению с цинком, добавляемым в смеси. Грудное молоко является незаменимым лечебным средством при энтеропатическом акродерматите, связанном с дефицитом цинка. Это заболевание присуще детям на искусственном вскармливании и особенно у получающих смеси на основе соевых бобов.

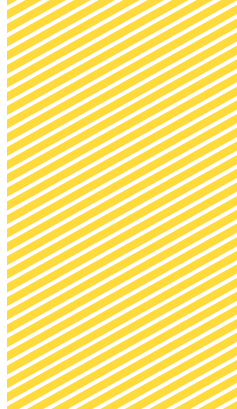
Содержание меди, кобальта и селена в женском молоке больше, чем в коровьем. Повышенная биологическая ценность меди грудного молока объясняется тем, что она вступает в связь с белками, имеющими низкий молекулярный вес. Недостаточность меди, вызывающая гипохромную микроцитарную анемию и неврологические отклонения, встречаются только у детей на искусственном вскармливании [7-9].



1.1

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Представление о ГМ, как источнике только нутриентов, ушло в прошлое. Открытия последних лет демонстрируют, что ГМ влияет на формирование и развитие кишечной микробиоты у младенцев и служит одним из наиболее важных факторов в послеродовом периоде, который модулирует метаболическое и иммунологическое программирование и оказывает долгосрочное влияние на здоровье ребенка.



Кишечная микробиота имеет важнейшее значение для состояния здоровья человека, поскольку обеспечивает колонизационную резистентность слизистых пищеварительного тракта, регулирует важные метаболические и физиологические функции, стимулирует развитие иммунной системы, поддерживает гомеостаз организма человека в течение всей его жизни.

Как известно, слизистая оболочка кишечника обладает собственной лимфоидной тканью, известной как GALT (gut-associated lymphoid tissue), которая является одним из значимых компонентов иммунной системы макроорганизма. В слизистой оболочке кишечника локализовано около 80% иммунокомпетентных клеток, 25% слизистой оболочки кишечника состоит из иммунологически активной ткани. Таким образом, кишечник можно рассматривать как самый большой «иммунный орган» человека. А. М. O'Hara и F. Shanahan назвали кишечную микробиоту «забытым» органом иммунной системы, который участвует в ее функциональном становлении [16].

Важным фактором в формировании кишечного микробиома новорожденного является характер питания. Следует отметить, что грудное молоко матерей, придерживающихся исключительно грудного вскармливания, имеет более высокий базовый уровень содержания иммунных клеток, чем грудное молоко матерей, которые применяют смешанное вскармливание. Дети на грудном вскармливании имеют в составе кишечной микробиоты почти в два раза больше бактериальных клеток, чем сверстники, получающие молочные смеси, у которых обнаружены более высокие количества *Atopobium* на фоне снижения *Bifidobacterium* и повышения относительного количества *Bacteroides*. [17].

Различия в колонизации кишечника у детей на грудном вскармливании, по сравнению с младенцами, получающими молочные смеси, как полагают, могут быть обусловлены наличием в грудном молоке собственного богатого микробиома и олигосахаридов, которые выборочно стимулируют рост и/или активность *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* [18].

Долгое время присутствие бактерий в молоке считалось признаком инфекции. Однако это положение было пересмотрено, т. к. новые молекулярно-генетические методы исследования, применяемые для характеристики микробного сообщества, показали, что грудное молоко здоровых женщин не стерильно. Наибольшим разнообразием микрофлоры обладает молозиво – именно в нем ученые обнаружили более 700 видов бактерий. В молозиве преобладали микроорганизмы родов *Streptococcus*, *Lactococcus*, *Leuconostoc*, *Weissella* и *Staphylococcus*. В образцах грудного молока, собранных через один и шесть месяцев после начала лактации, преобладали обычно населяющие ротовую полость бактерии родов *Veillonella*, *Leptotrichia* и *Prevotella*. То есть состав «молочного» микробиома постепенно меняется [19].

Относительно происхождения бактерий грудного молока, показано, что некоторые бактерии, присутствующие в материнском ЖКТ, могут достигать молочной железы на поздних сроках беременности и во время лактации по пути миграции макрофагов или с помощью дендритных клеток. Эти клетки способны проникать в кишечный эпителий и непосредственно захватывать бактерии, сохраняя при этом целостность эпителиального барьера через экспрессию белков с жесткой связью. После прикрепления к дендритным клеткам бактерии через циркуляцию моноцитов в лимфоидной системе, связанной со слизистой оболочкой, проникают в молочную железу и ГМ. [20].

Еще одним механизмом колонизации грудного молока и различий в составе микробиоты детей, получающих различные виды вскармливания, является способность бактерий при грудном вскармливании попадать из ротовой полости ребенка в молочные протоки грудной железы, внося свой вклад в микробиоту грудного молока [21].

Для новорожденных детей микробный мир гастроинтестинального тракта имеет решающее значение в поддержании целостности кишечного барьера и в этом важна роль грудного вскармливания. Повреждение целостности кишечного барьера может привести к сепсису, некротическому энтероколиту (НЭК) и синдрому системной воспалительной реакции. Отдаленные исходы повреждения органов

при синдроме системной воспалительной реакции связаны с серьезными заболеваниями у новорожденных детей, в том числе с поражением головного мозга у недоношенных (перивентрикулярная лейкомаляция) и повреждением легких (бронхолегочная дисплазия). [22]

Доказано, что лейкоциты из грудного молока способны закрепляться на эпителии кишечника ребенка, стимулируя иммунную систему и помогая ее правильному формированию. [23]. С первых дней жизни именно ГМ защищает ребенка от инфекционных болезней и способствует снижению смертности за счет содержания множества иммунных факторов: Т- и В-лимфоцитов, плазматических клеток, иммуноглобулинов (в первую очередь IgA) и антимикробных ферментов (лизоцима и лактоферрина). Установлено, что для младенцев материнское молоко является единственным источником IgA, который составляет до 95,2% всех классов иммуноглобулинов. Известно, что иммуноглобулины грудного молока, в большей степени секреторный иммуноглобулин А (sIgA), защищают слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта от заселения патогенными микробами и вирусами, способствуют формированию нормального кишечного микробиома, регулируют хемотаксис нейтрофилов и адгезию микроорганизмов, защищают от инфекций. Наиболее высокая концентрация sIgA обнаружена в молозиве. Со 2-3-го дня лактации его уровень постепенно снижается и стабилизируется с 6-го дня, оставаясь на постоянном уровне в последующие 8-10 месяцев. При этом защита, предоставляемая младенцу весьма значительна. В пересчете на 1 кг массы тела при исключительно грудном вскармливании ребенок получает 0,5г SIgA в сутки, что примерно составляет 50 доз глобулина, вводимого больному с гипоглобулинемией. Также отмечено, что уровень sIgA выявляется в меньшей концентрации в молоке у повторнородящих женщин. Более высокий показатель данного белка в молозиве и зрелом молоке регистрируется в первые месяцы лактации, а также у женщин с преждевременными родами [24].

К неспецифическим факторам гуморальной защиты относят лизоцим, который способствует росту бифидофлоры в кишечнике и оказывает бактериостатическое действие на большую часть

грамположительных бактерий, являясь коактиватором IgA. Согласно данным N. Mathur [25], количество лизоцима в молозиве женщин после преждевременных родов значительно выше, чем после срочных родов (1,5 мг/г против 1,1 мг/г белка). Полагают, что лизоцим является одним из компонентов, влияющих на развитие кишечника новорожденного за счет того, что компенсирует незрелость иммунной системы слизистой кишечного тракта, ограничивает размножение патогенной кишечной флоры [26-28].

Лактоферрин – негемовый железосвязывающий гликопротеин, основной функцией которого предположительно является образование комплексов с вирусными и бактериальными частицами, что выражается в бактериостатических, бактерицидных, фунгицидных, противовирусных, детоксицирующих эффектах. Показана компенсаторная роль лактоферрина в становлении кишечной флоры на фоне функциональной незрелости слизистых барьеров, что способствует защите от инфекций и воспаления [27, 29].

Олигосахариды грудного молока – углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, относятся к группе непищевых гликанов, не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизменном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. Создавая кислую среду в толстой кишке, предотвращая развитие патогенных микроорганизмов, олигосахариды обеспечивают пассивную защиту организма (связываясь с патогенами – бактериями, токсинами, вирусами, подавляют их адгезию к слизистой оболочке кишечника), способствуют становлению локального иммунитета, стимулируя продукцию IgA, улучшают всасывание кальция, снижают уровень холестерина и общих липидов. [30].


Основной сывороточный белок женского молока α-лактальбумин характеризуется высоким содержанием цистеина, триптофана и лизина. Этот белок является активным компонентом галактозилтрансферазы – ферментной системы, катализирующей в

грудной железе синтез лактозы из глюкозы.

α -Лактальбумин участвует в усвоении кальция и цинка, способствует росту бифидобактерий и образованию пептидов с антибактериальными и иммунорегулирующими свойствами. В желудочно-кишечном тракте молекулы α -лактальбумина, соединяясь с олеиновой кислотой, образуют белково-липидный комплекс HAMLET (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumour – человеческий α -лактальбумин, подавляющий рост опухолей). Данный комплекс, как показано в экспериментах, является активным антиканцерогенным веществом, способным нейтрализовать до 40 разновидностей раковых клеток [31]. Возможно этим объясняется отсутствие рака грудной железы у женщин, вскармливающих своих детей грудным молоком. В литературе имеются данные о том, что при полноценной и продолжительной лактации снижается риск возникновения новообразований молочной железы и яичников.

В 2007 г. профессор Питер Хартманн (Peter Hartmann) и его группа из Университета Западной Австралии впервые обнаружили присутствие стволовых клеток в грудном молоке [32]. Это были универсальные стволовые клетки, которые могут развиваться во все три зародышевых листка (энтодерму, мезодерму и эктодерму), как и эмбриональные стволовые клетки, а значит, могут дифференцироваться в любую ткань организма. Доказательством этому послужили исследования группы Фотейни Хассиоту (Foteini Hassiotou) из Университета Западной Австралии, проследивших путь стволовых клеток от матери к потомству, вырастив специальных лабораторных мышей, обладающих геном tdTomato [32]. Этот особый ген позволяет разглядеть стволовые клетки, которые, будучи подсвечены флуоресцентной лампой, приобретают характерный красный цвет. Изучая подросший молодняк мышей, произошедший от мышей с геном tdTomato, ученые стали обнаруживать искомые клетки повсеместно: в мозгу, вилочковой железе, печени, почках, поджелудочной железе, селезенке и, наконец, в самой крови. Более того, анализ показал, что, попав в организм с молоком матери, стволовые клетки приобретали необходимую функциональность и интегрировались с различными





тканями организма. Так, одни клетки стали нейронами головного мозга, другие – специфическими клетками печени, ответственными за синтез альбумина, третьи – вошли в состав поджелудочной железы, где стали участвовать в выработке инсулина. Специалисты отмечают, что «молочные» стволовые клетки, в отличие от эмбриональных, менее склонны к неограниченному клеточному делению и, как показывают опыты, не вызывают образования опухолей при трансплантации. Не исключено, что использование таких стволовых клеток позволит снизить риск развития раковых заболеваний [32]. Лайл Армстронг из Университета Ньюкасла (Великобритания) указывает на то, что стволовые клетки можно было бы замораживать, а затем пересаживать тем же женщинам при развитии у них, например, диабета – для формирования бета-клеток поджелудочной железы.

Следовательно, кормление грудью имеет не менее важное значение и для самой женщины. Являясь качественно новым этапом по окончании беременности, кормление грудью оказывает положительное влияние на материнский организм, улучшая ряд функций в послеродовом периоде: благоприятно влияет на сокращение матки, тем самым уменьшает вероятность послеродовых кровотечений и ускоряет инволюцию матки, благодаря опосредованному окситоцином усилению сократительной активности миометрия во время сосания груди ребенком.

Грудное вскармливание экономически выгодно для семьи, для общества в целом, так как не требуются затраты на изготовление и приобретение смесей, бутылочек, экономится время матери, уменьшаются расходы на оказание медицинской помощи в связи со снижением заболеваемости детей, вскармливаемых материнским молоком.

Таким образом, приведенные данные, свидетельствующие о важности грудного вскармливания в обеспечении здоровья младенцам и их матерям, обосновывают необходимость усиления и расширения мероприятий, по внедрению в практику организаций родовспоможения и детства 10 принципов успешного грудного вскармливания, обновленных в новом руководстве ВОЗ и ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания в медицинских организациях, оказывающих услуги матерям и

новорожденным» в 2018 г. Внедрение 10 принципов успешного грудного вскармливания в практику организаций родовспоможения и детства, интеграция политики грудного вскармливания в планы министерства здравоохранения страны будут способствовать снижению как неонатальной, так и младенческой заболеваемости, и смертности и, в целом, — обеспечению здоровья матерям и каждому ребенку, вскормленному материнским грудным молоком, на все последующие годы.

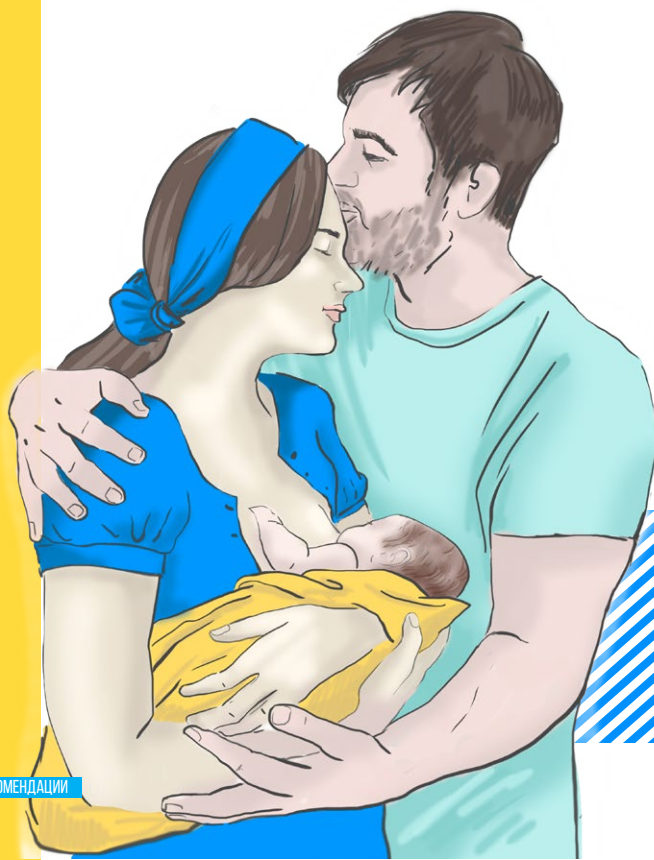
10 принципов были положены в основу документа ВОЗ/ЮНИСЕФ «Инициатива за больницы доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДОР), направленного на устранение больничных барьеров на пути грудного вскармливания. В деле успешного внедрения ИБДОР особая роль придается родовспомогательным организациям. Это определяется тем, что грудное вскармливание начинается в этих стационарах и отношение медиков, их советы и рекомендации относительно пользы грудного вскармливания особенно важны при принятии матерями решения о том, как кормить своих детей. Однако внедрение всех принципов БДОР важно и на уровне всех организаций системы материнства и детства, в том числе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для поддержки продолжительного грудного вскармливания (до 2-х лет и более).

Сведения о внедрении в практику медицинских организаций Инициативы за больницы доброжелательного отношения к ребенку содержатся в руководстве ВОЗ и ЮНИСЕФ, изданном в 2018 г [33]. В этом руководстве приводится модификация пакета, разработанного ВОЗ и ЮНИСЕФ в 2009 г, отражающего новые доказательства для некоторых шагов.

Организации здравоохранения, полностью внедрившие в практику все принципы успешного грудного вскармливания, могут подать заявку на получение почетного звания «Больница дружелюбного отношения к ребенку» после проведенной самооценки (приложение №1). В программе на получение звания «БДОР» могут принять участие все медицинские организации, аккредитованные в РК не зависимо от форм собственности, где оказываются медицинские услуги беременным женщинам, кормящим матерям и их детям.

ДЕСЯТЬ ШАГОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

В данном разделе представлены обновленные рекомендации «Десять шагов успешного грудного вскармливания»: обновленная версия». ВОЗ/ЮНИСЕФ, 2018 год).



Шаги успешного грудного вскармливания	Осуществление:
<p>1. Политика медицинских учреждений. «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока» и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения</p> <p>1. а. В полной мере соблюдать «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока» (далее – Свод)) и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.</p>	<p>В Своде четко оговорены обязательства систем медико-санитарной помощи в отношении недопустимости продвижения сбыта детских смесей, бутылочек и сосок для кормления, а также недопустимо использование с этой целью производителями и агентами по продаже продукции, подпадающей под действие Свода правил. Это означает, что медучреждения, оказывающие услуги матерям и новорождённым должны закупать необходимые заменители грудного молока, бутылочки и соски для кормления с соблюдением нормальных закупочных процессов и не должны получать продукцию от компаний на основе бесплатного или субсидированного распределения (Резолюция WHA). Кроме того, персонал медучреждений не должен участвовать в продвижении сбыта заменителей грудного молока в какой бы то ни было форме или разрешать демонстрировать какой-либо рекламный материал о заменителях грудного молока, в том числе демонстрировать или распределять какое-либо оборудование или материалы, на которых стоит фирменный знак производителей заменителей грудного молока, а также купоны со скидкой; сотрудники медучреждений не должны раздавать образцы детских смесей матерям для использования в медицинском учреждении или дома после выписки.</p>
<p>1. б. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.</p>	<p>Медучреждения, оказывающие услуги матерям и новорожденным, должны иметь четкую, зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения медицинского персонала и родителей. Политика медучреждения в отношении практики грудного вскармливания оформляется в виде отдельного документа, в нее должны быть включены рекомендации по осуществлению каждой клинической и медико-санитарной практики, чтобы обеспечить их последовательное применение в отношении всех матерей. Помимо этого, в политике должно быть четко прописано, как следует выполнять процедуры управления</p>

Обоснование

Соблюдение Свода правил имеет большое значение для медучреждений, обслуживающих матерей и новорожденных, поскольку продвижение сбыта заменителей грудного молока является одним из главных факторов, оказывающих негативное влияние на грудное вскармливание.

Политика приводит в действие практику. Поставщики медицинских услуг и учреждения здравоохранения обязаны действовать в соответствии с установленной политикой

<p>1.с. Создать постоянный мониторинг и систему управления данными</p>	<p>Медучреждения должны проводить постоянный мониторинг и управление данными относительно соблюдения восьми основных клинических практик.</p>
<p>2. Профессиональная компетенция медицинских работников</p>	<p>Медучреждения, предоставляющие услуги в области кормления грудных детей, в том числе оказывающих поддержку грудному вскармливанию, должны владеть достаточными знаниями, профессиональной компетенцией и навыками в отношении грудного вскармливания (рекомендация 13).</p>
<p>Основная клиническая практика для поддержки грудного вскармливания</p>	
<p>3: Обсуждать с беременными женщинами и их семьями важное значение и технику грудного вскармливания.</p>	<p>Просвещение по вопросам грудного вскармливания должно включать информацию о его важном значении, как для младенцев, так и для матерей, а также о рисках, сопряженных с кормлением детскими смесями и другими заменителями грудного молока.</p>
<p>4. Незамедлительная послеродовая помощь</p>	<p>Следует поощрять как можно более ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» после родов и помогать матерям начинать грудное вскармливание как можно раньше после родов.</p>

Внутренний мониторинг будет способствовать тому, чтобы внедрение «Десяти шагов успешного грудного вскармливания» носило устойчивый характер в течение длительного периода времени

Своевременная и надлежащая помощь кормящим матерям может оказываться лишь в том случае, если персонал обладает достаточными знаниями, компетенциями и навыками для того, чтобы оказывать такую помощь. Обучение медицинских сотрудников дает им возможность развивать эффективные навыки, последовательно заниматься информационной работой и соблюдать закрепленные в политике стандарты.

Все беременные женщины должны располагать базовой информацией о грудном вскармливании, чтобы иметь возможность принимать обоснованные решения.

Ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» стимулирует физиологический поисковый рефлекс новорожденного, который помогает сформировать и закрепить такой поведенческий навык, как поиск груди и сосание груди. Раннее начало сосания груди запустит процесс выработки грудного молока и ускорит лактацию. Кроме того, ранний контакт матери и ребенка - «кожа к коже» способствует заселению кишечника новорожденного микрофлорой и предотвращает охлаждение организма младенца

<p>5: Практическая поддержка в вопросах грудного вскармливания</p>	<p>Помогать матерям в правильном положении ребенка у груди и его правильному прикладыванию к груди.</p>
<p>6: Не давать новорожденным, получающим грудное вскармливание, никакого питания или питья кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.</p>	<p>Новорожденным следует давать только грудное молоко, если нет медицинских противопоказаний. В большинстве случаев введение дополнительного питания по медицинским показаниям носит временный характер и продолжается лишь до тех пор, пока новорожденный не сможет начать питаться грудным молоком матери, и/или пока его мать не сможет начать кормить грудью. Следует оказывать поддержку матерям и поощрять сцеживание молока, чтобы продолжать стимулировать выработку грудного молока. Даже если непосредственно грудное вскармливание в течение какого-то периода времени затруднено, следует способствовать приоритетному использованию матерями своего собственного грудного молока. Матерей, которые кормят ребенка заменителями грудного молока (в силу необходимости или следуя собственному решению), необходимо научить безопасному приготовлению и хранению заменителей грудного молока.</p>
<p>7. Давать матерям возможность оставаться вместе со своими грудными детьми и совместно пребывать в одной палате днем и ночью</p>	<p>Совместное пребывание подразумевает пребывание матери и младенца в одной палате сразу же после родов (вагинальных родов или родов с использованием кесарева сечения) или с того момента, когда мать в состоянии реагировать на сигналы младенца, и вплоть до выписки из медучреждения. Это означает, что мать и младенец остаются вместе днем и ночью. В тех случаях, когда мать и ребенок временно отделены друг от друга по медицинским показаниям, следует обеспечить условия, чтобы матери могли оставаться рядом со своими младенцами и иметь возможность беспрепятственного посещения своего ребенка.</p>

Матерям следует предоставлять практическую поддержку, чтобы они могли начать и продолжать грудное вскармливание и научились преодолевать обычные связанные с этим практические трудности. Своевременная корректировка позы и прикладывания малыша к груди может предотвратить возникновение каких-либо проблем с грудным вскармливанием на более позднем этапе. Частое инструктирование матери и оказание поддержки придают ей больше уверенности.

Предоставление новорожденному любого дополнительного питания или питья кроме грудного молока в первые несколько дней после рождения помешает началу процесса выработки грудного молока у матери. Новорожденные, которым дают какое-то питание или питье кроме грудного молока, будут не так энергично сосать грудь, а значит в недостаточной степени стимулировать выработку грудного молока. Это приведет к образованию замкнутого цикла «недостаточное количество молока – введение дополнительного питания – недостаточное количество молока», в результате чего может прекратиться грудное вскармливание.

Совместное пребывание в одной палате необходимо для того, чтобы дать возможность матерям заниматься кормлением с учетом реакции ребенка.

Матери будет легче научиться распознавать сигналы и реакции ребенка в том, что касается потребностей в кормлении, и реагировать на эти сигналы. Это, а также непосредственная близость матери к младенцу, будет способствовать налаживанию грудного вскармливания.

8. Кормление с учетом реакции ребенка

Матерям следует оказывать поддержку и обучать их распознавать сигналы и реакции ребенка в отношении потребностей в кормлении и его готовности к кормлению, что очень важно для установления отношений близости и любви между матерью и ребенком.

Матерям рекомендуется кормить ребенка грудью всегда, когда он голоден, и так часто, как он того требует.

Если мать и младенец не находятся в одной палате по медицинским причинам (проведено кесарево сечение, ребенок родился недоношенным или больным), сотрудники медучреждения должны помочь матери посещать младенца как можно чаще с тем, чтобы она научилась распознавать сигналы и реакции ребенка в том, что касается потребностей в кормлении.

Когда сотрудники медучреждения сами замечают подаваемые ребенком сигналы о том, что его пора кормить, они должны сделать все необходимое для того, чтобы мать и ребенок оказались вместе.

9. Консультировать матерей риске в отношении использования бутылочек и сосок для кормления, пустышек.

Если есть медицинские показания для использования сцеженного грудного молока или другого питания для доношенных младенцев во время их пребывания в медицинском учреждении можно использовать такие методы, как кормление с помощью чашечки, ложечки. Важно, чтобы сотрудники медучреждения не слишком полагались на соски в качестве легкого решения проблем с сосанием вместо того, чтобы рекомендовать и помогать матерям правильно прикладывать младенцев к груди, чтобы они могли эффективно сосать.

Персонал медучреждения должен также проинформировать матерей и членов их семей в отношении рисков, связанных с несоблюдением правил гигиены и ненадлежащим мытьем посуды и предметов, используемых для кормления ребенка, что позволит матерям и членам их семей делать обоснованный выбор метода кормления.

Кормление с учетом реакции ребенка (кормление по первому требованию младенца) не предполагает каких-либо ограничений в отношении частоты и продолжительности кормления.

Надлежащее руководство и консультирование матерей и других членов семьи позволяет им принимать обоснованные решения в отношении использования или неиспользования пустышек, бутылочек и сосок для кормления до того, как будет успешно налажено грудное вскармливание.

Использование бутылочек и сосок для кормления может привести к возникновению трудностей при грудном вскармливании, особенно в случае их продолжительного использования.

Использование бутылочек с сосками для кормления мешает ребенку научиться сосать грудь.

10. Обеспечить координацию выписки с тем, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу.

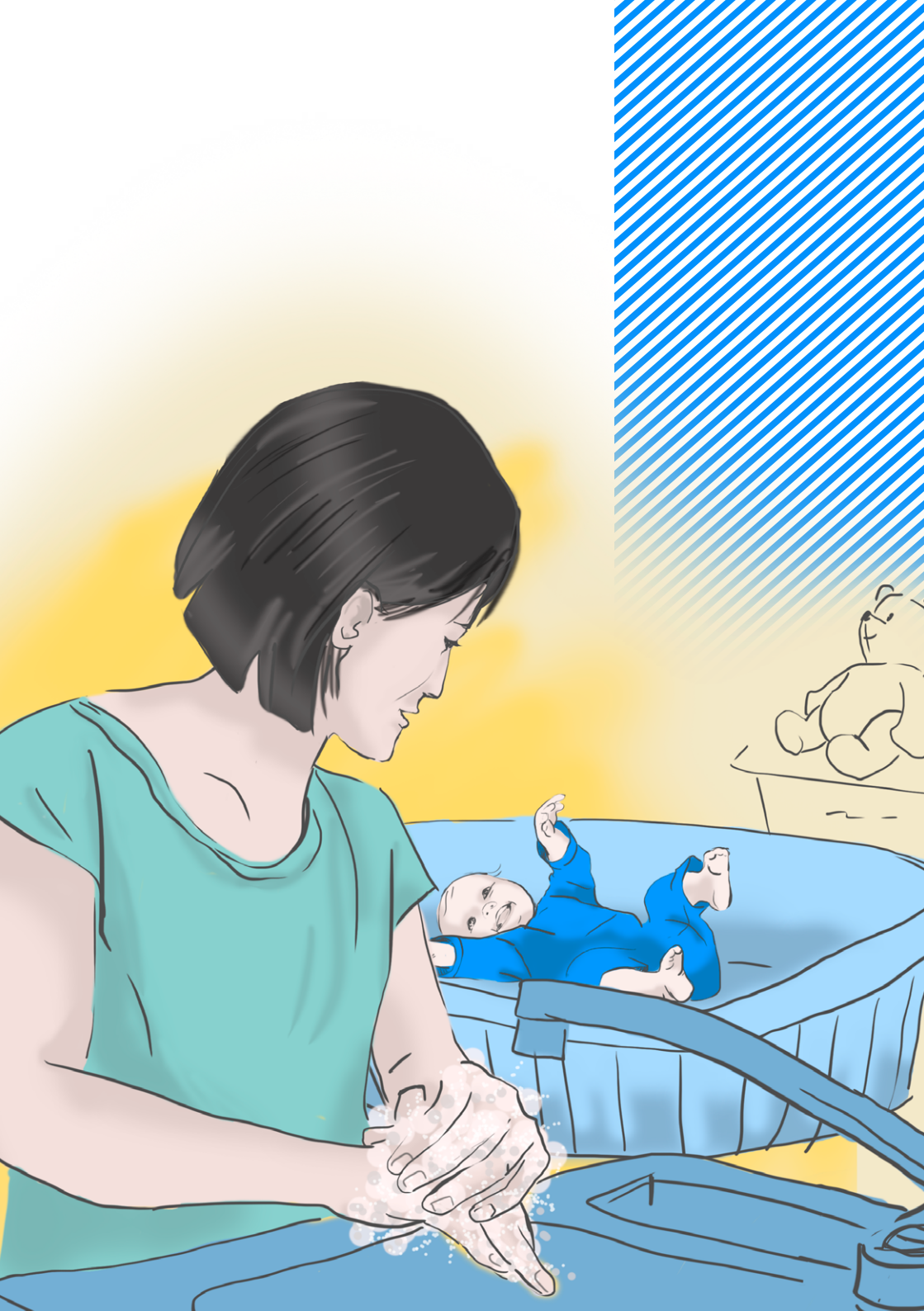
В рамках защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания, необходимо планировать и координировать выписку матерей с новорожденными из медорганизаций, с тем, чтобы у родителей и их детей был доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу, в том числе и грудного вскармливания.

При выписке каждая мать должна быть прикреплена к ресурсам на уровне местного сообщества (ПМСП группы взаимоподдержки, «горячая линия»), которые оказывают поддержку, необходимую для лактации.

Медицинским учреждениям следует надлежащим образом организовать направление матерей и новорожденных к специалистам ПМСП, чтобы их мог осмотреть медицинский работник через 2–4 дня после родов, а затем еще раз в течение второй недели, и оценить ситуацию с кормлением младенца. Информация на бумажном носителе и/или в Интернете может оказаться полезной для установления контактов с целью оказания поддержки в случае возникновения вопросов, сомнений или трудностей. Однако это не должно заменять активное последующее наблюдение, осуществляемое квалифицированным медицинским работником на уровне ПМСП, продолжающей оказывать последовательную поддержку грудного вскармливания с учетом потребностей матерей и новорожденных.

Медорганизации несут ответственность за установление взаимосвязей с местным сообществом в целях укрепления этих ресурсов. К числу ресурсов на уровне местного сообщества относятся центры по оказанию первичной медико-санитарной помощи; клиники, специализирующиеся на грудном вскармливании; медсестры и акушерки; консультанты по вопросам лактации и грудного вскармливания.

Матерям требуется поддержка в течение длительного времени для продолжения грудного вскармливания. Несмотря на то, что за время, проведенное в медорганизации, обслуживающей матерей и новорожденных, мать должна успеть приобрести базовые навыки грудного вскармливания, вполне возможно, что процесс налаживания лактации не будет завершен вплоть до выписки. В те дни и недели, которые следуют за выпиской из медучреждения, поддержка грудного вскармливания особенно важна для выявления и решения возникающих на раннем этапе проблем с грудным вскармливанием. Матери предстоит пройти несколько разных этапов как с точки зрения выработки грудного молока, роста и развития ее ребенка, так и с точки зрения возможных изменений в ее собственной ситуации (например, возвращение на работу или на учебу), в ходе которых ей потребуется применять свои навыки разными способами, для чего ей будет необходима дополнительная поддержка. Своевременное получение поддержки после выписки из медучреждения играет важную роль в поддержании показателей грудного вскармливания на определенном уровне. Родовспомогательные организации должны иметь информацию о различных ресурсах на уровне местного сообщества и направлять матерей после выписки к ним.



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ДЕСЯТИ ПРИНЦИПОВ/ШАГОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Шаг 1.

В организациях здравоохранения, оказывающих услуги беременным женщинам, матерям и их детям, создается рабочая группа (или координационный совет), представители которой прошли обучение по программе «Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения» (40 часов), разработанные ВОЗ/ЮНИСЕФ или проводимые ОФ «BalaJan» и имеют сертификат тренера по ведению лактации и грудному вскармливанию.

Члены рабочей группы (далее Рабочая группа) совместно с первым руководителем медицинской организации (МО) разрабатывают проект Политики по охране, поддержке и поощрению практики грудного вскармливания.

Политика — это служебная инструкция организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь беременным женщинам, матерям, их новорожденным и детям первых двух лет и более, которая должна:

- 1) полностью соблюдать «Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока» и все последующие резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения;
- 2) включать «10 шагов успешного грудного вскармливания»;
- 3) содержать стандарты (индикаторы, критерии) эффективности внедрения 10 шагов успешного грудного вскармливания, проводить постоянный мониторинг их выполнения;
- 4) иметь письменные рекомендации по грудному вскармливанию, которые необходимо довести до сведения всего медицинского персонала, беременных женщин, матерей и членов их семей;
- 5) обучить весь медицинский персонал навыкам, необходимым для практического осуществления этих рекомендаций;
- 6) все положения программы «Больница дружелюбного отношения к ребенку» (далее - «БДОР») интегрировать с программами по уходу и помощи беременным, матерям и их детям, рекомендуемых ВОЗ и ЮНИСЕФ;
- 7) информировать всех беременных женщин, матерей и членов их семей о преимуществах и методах грудного вскармливания;
- 8) утвердить медицинские показания к назначению другого питания или питья.

Проект политики по ГВ должен быть обсужден во всех подразделениях медицинской организации, осуществляющей уход и помощь беременным, матерям и детям. Окончательный вариант политики по ГВ, учитывающий все пожелания и предложения, должен быть зафиксирован в письменном виде на наиболее используемых пациентами и медицинским персоналом казахском и русском языках, принят всем коллективом на общем собрании и утвержден первым руководителем организации здравоохранения. Рекомендуемый объем документа — 2-3 машинописных листа, т.к. большой объем затрудняет демонстрационные возможности и восприятие. Политика учреждения должна быть доведена до сведения всего персонала и желательно провести аттестацию на знание сотрудниками содержания политики. Документ должен быть

размещен на видных местах в каждом подразделении роддома/больницы/поликлиники и быть доступным не только для персонала медицинской организации, но самое главное, для беременных, матерей и членов их семей.

Шаг 2.

Для полного соответствия второго шага всем критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания» члены рабочей группы разрабатывают план подготовки МО к внедрению в практику «10 шагов успешного грудного вскармливания», готовят информационные материалы для беременных женщин и матерей, используя при этом только рекомендации ВОЗ/ЮНИСЕФ, МЗ РК, ОФ «BalaJan» составляют график обучения всего персонала МО. План утверждается первым руководителем МО.

В МО должно быть выделено место (комната), где возможен показ видеоматериалов, проведение теоретических и практических занятий и наличие наглядных и информационных пособий, используемых в процессе обучения.

Обучение всего персонала медицинской организации навыкам по ведению лактации и грудного вскармливания, по рекомендациям «Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока» проводится по следующим программам:

- для врачей и среднего медицинского персонала по программе «Содействие и ведение грудного вскармливания в медицинской организации: 18-часовой курс и 3 часа клинической практики для медицинского персонала» (ВОЗ/ЮНИСЕФ) или 40-часовой курс «Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения» (ВОЗ/ЮНИСЕФ) [9];
- для младшего медицинского персонала и сотрудников административно-хозяйственной части курс по 3-х часовой программе, включающей следующие темы:
 - Преимущества ГВ.
 - Существующая практика медицинской организации по поддержке и защите

грудного вскармливания: совместное пребывание матери и ребенка, раннее начало грудного вскармливания, кормление по требованию и т.д.

- Важность исключительно грудного вскармливания.

- Риск искусственного вскармливания и использования бутылочек и сосок;

- для вновь принятых на работу сотрудников проводится инструктаж с последующим обучением на курсе по 18 или 40-часовой программе не позже 6 месяцев после поступления;
- для вновь принятых на работу сотрудников немедицинского профиля (работники АХЧ, бухгалтерии, кухни и т.д.) также проводится водный инструктаж с последующим обучением на курсе по 3-х часовой программе.

Обучающие семинары для всего персонала МО проводятся ежегодно (1 раз в 6 месяцев) с обязательной последующей оценкой теоретических и практических навыков медицинского персонала с учетом их способности:

- 1) использовать при консультировании матери свое умение выслушивать ее и навыки обучения;
- 2) применять свои навыки для создания атмосферы доверия и оказания поддержки в целях консультирования матери;
- 3) консультировать беременную женщину в вопросах грудного вскармливания;
- 4) оценивать кормление грудью;
- 5) помогать матери выбрать удобную позу для себя и ребенка при кормлении грудью;
- 6) помогать матери правильно прикладывать младенца к груди;
- 7) объяснять матери оптимальный режим грудного вскармливания;
- 8) оказывать помощь матери, обучая ее правильно сцеживать грудное молоко;
- 9) помогать матери кормить ее младенца с помощью чашечки;

- 10) помогать матери начать грудное вскармливание в течение первого часа после родов;
- 11) оказать помощь матери, которая полагает, что у нее недостаточно молока;
- 12) помогать матери, ребенок которой часто плачет, отказывается от груди, у которой плоские или втянутые соски, у которой наблюдается отечность молочных желез, у которой наблюдается болезненность сосков или имеются трещины на сосках, страдающей маститом,
- 13) помогать матери кормить грудью младенца с низкой массой тела при рождении или больного младенца;
- 14) консультировать мать в отношении ее собственного здоровья;
- 15) осуществлять соблюдение свода правил в стенах медучреждения.

Шаг 3.

Для полного соответствия третьего шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания» члены рабочей группы МО на постоянной основе проводят предродовое обучение беременных женщин и матерей по вопросам грудного вскармливания.

Протокол дородового обсуждения темы грудного вскармливания, как минимум, включает следующие вопросы:

- Преимущества грудного вскармливания;
- Глобальные рекомендации в отношении исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни, рисков, связанных с кормлением детскими смесями или другими заменителями грудного молока, а также того факта, что грудное вскармливание сохраняет важное значение и после достижения возраста 6 месяцев, когда ребенку начинают добавлять другие пищевые продукты;
- Преимущества раннего и непрерывного контакта матери и ребенка «кожа к коже»;

- Преимущества совместного пребывания в одной палате матери и новорожденного;
- Основы правильного выбора удобной позы для кормления и прикладывания младенца к груди;
- Умение распознавать сигналы и реакции ребенка в том, что касается потребностей в кормлении.
- Как обеспечить достаточное количество грудного молока, сцеживание грудного молока;
- Важность продолжения ГВ до 2-х лет и более;
- Риск искусственного вскармливания и использования бутылочек и сосок.

Дородовое обучение проводится для женщин со сроком беременности 32 недели и более. Не следует обучать матерей, вскармливающих своих детей грудью, приготовлению и использованию искусственных смесей. В случае необходимости, при наличии медицинских противопоказаний к кормлению грудным молоком, такие занятия следует проводить отдельно, в специально отведенном месте обученным медицинским персоналом.

Шаг 4.

Для полного соответствия четвертого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания» персоналу родильного блока необходимо:

- 1) обеспечить оптимальный температурный режим в родильной комнате/зале (температура воздуха $\geq 25^{\circ}\text{C}$) для профилактики гипотермии у новорожденных;
- 2) предоставить возможность немедленного кожного контакта (кожа-к-коже) матери с ребенком и раннего начала грудного вскармливания, иметь необходимые навыки для оказания требуемой помощи матерям (помогать матерям в обеспечении правильного прикладывания ребенка к груди);
- 3) знать, что контакт ребенка «кожа к коже» с матерью обеспечивает профилактику гипотермии и его преимущественную колонизацию материнской микрофлорой, антитела против

которой младенец получит с грудным молоком матери, что имеет важное значение в предупреждении развития постнальных инфекций;

- 4) способствовать продолжительному (не менее 2 часов) телесному контакту матери и ребенка (кожа-к-коже) после родов в родильной комнате/зале;
- 5) создать для пары «мать-ребенок» спокойную окружающую обстановку, неяркое освещение, с минимальным количеством медицинского персонала в комнате, уменьшить использование сложных технологий в родах низкого риска и т.д.
- 6) в медицинской документации (история родов, история ребенка) регистрировать время и продолжительность первого прикладывания к груди;
- 7) знать о физиологических и психологических преимуществах раннего начала ГВ и что первый час — очень важное и особое время в этой связи.

Шаг 5.

Для полного соответствия пятого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» необходимо:

- 1) при проведении обучения матерей обязательно предусмотреть и удостовериться, что:
 - клиническая практика по работе с кормящими грудью матерями о возможных проблемах, возникающих при ГВ, интегрирована в процесс обучения;
 - клиническая практика по работе с кормящими грудью матерями в послеродовой палате закрепляет навыки персонала по правильному расположению ребенка у груди и правильному его прикладыванию к груди матери, технике сцеживания молока, безопасному хранению грудного молока;
 - организован просмотр видеофильмов для того, чтобы закрепить правила правильного расположения и

- прикладывания ребенка у груди, техники сцеживания молока, особенно, если время для обучения ограничено;
- 2) обязать персонал обучать и оказывать практическую помощь каждой матери в прикладывании, расположении ребенка у груди и сцеживании молочных желез в первые 6 часов после родов;
 - 3) обеспечить сохранение лактации у матерей, временно разлученных с детьми, путем регулярного сцеживания молока через 2-3 часа без ночного перерыва, не реже 6-8 раз в сутки;
 - 4) в случаях тяжелого состояния матери медицинский персонал обязан обеспечить регулярное сцеживание молока (не реже 8 раз в сутки) и кормление новорожденного сцеженным материнским молоком;
 - 5) определить места, где матери могут сцеживать и хранить грудное молоко и обеспечить их необходимым оборудованием: посуда для сцеженного молока, чашки, мензурки, молокоотсос и т.д.;
 - 6) обеспечивать постоянное участие матерей в уходе за здоровым ребенком, а также в процессе выхаживания и кормления своих детей, находящихся в отделении или палате интенсивной терапии;
 - 7) обеспечить медицинские организации информационными материалами (брошюры, книги, листовки, плакаты и т.д.), в которых содержатся необходимые знания по ГВ и поддержанию лактации, даже если матери временно отделены от своих детей, а также советы по решению наиболее часто встречающихся проблем ГВ и их устранению. Эти материалы предназначаются для использования матерями и должны содержать информацию, соответствующую рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ и быть доступными для них в любое время.
 - 8) персонал медицинских организаций должен наблюдать по крайней мере одно грудное вскармливание у каждой кормящей женщины, чтобы, при необходимости, внести коррекцию по правильному положению ребенка у груди матери и по его правильному прикладыванию к груди для обеспечения эффективного отсасывания молока.



Шаг 6.

Для полного соответствия шестого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» медицинским организациям необходимо:

- 1) пересмотреть сложившуюся практику использования заменителей грудного молока, утвердить медицинские показания к назначению другого питания или питья, зафиксированные в Политике учреждения и довести эти

показания до сведения всего персонала, удостовериться, чтобы эти показания соответствуют списку ВОЗ/ЮНИСЕФ «Приемлемые медицинские причины для использования заменителей грудного молока»;

- в случае необходимости использования дополнительного питания, следует отдать приоритет донорскому грудному молоку;
 - противопоказаниями к кормлению детей грудным молоком, являются:
 - наследственные ферментопатии (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь «кленового сиропа»);
 - матери принимают препараты, противопоказанные при кормлении грудью (цитостатики, радиоактивные и противотиреоидные препараты);
 - ВИЧ-инфицированная мать, не прошедшая полный курс антиретровирусной профилактики во время данной беременности;
 - младенцам с экстремально низкой (менее 1000 г) и гестационным возрастом менее 28 недель, а также с очень низкой массой тела (менее 1500 грамм) и гестационным возрастом менее 32 недель и больным детям, находящимся в тяжелом состоянии, при проведении по обоснованным медицинским показаниям парентерального питания, следует также проводить минимальное трофическое питание сцеженным материнским молоком, используя при этом только альтернативные методы (шприц, зонд, чашка, мензурка, ложка);
- 2) удостовериться, что персонал знаком со списком приемлемых медицинских показаний для использования заменителей грудного молока путем проведения аттестации;
 - 3) убрать растворы глюкозы из отделения, предназначенные для питья;
 - 4) информировать матерей во время дородовых занятий и в раннем послеродовом периоде о тех проблемах, которые могут возникнуть при использовании заменителей грудного молока;



- 5) заменители грудного молока, используемые по медицинским показаниям, должны закупаться также, как и любой лекарственный препарат;
- 6) хранить заменители грудного молока и связанное с ними оборудование вне поля зрения кормящих грудью женщин;
- 7) не поощрять и не рекламировать любое другое питание или питье, не являющихся грудным молоком, а также не проводить их распределение среди матерей и сотрудников;
- 8) организовать специальные помещения и оборудование для сцеживания и хранения грудного молока.

Шаг 7.

Совместное пребывание матери и ребенка рядом в одной палате обеспечивает грудное вскармливание новорожденного по требованию днем и ночью. При этом ограничивается контакт новорожденного с постоянно меняющимся медицинским персоналом и снижается

возможность его инфицирования госпитальной микрофлорой. Кроме того, постоянный контакт между матерью и ребенком способствует колонизации кожи и кишечника преимущественно материнской микрофлорой, против которой мать имеет антитела в грудном молоке. Это способствует профилактике реализации постнатальных инфекций у новорожденных и детей раннего возраста.

Совместное пребывание способствует активному обучению матери навыкам ухода за новорожденным, повышает ее ответственность за соблюдением правил личной гигиены и санитарии, а также усилению привязанности к ребенку, его быстрой адаптации к условиям внеутробной жизни.

Для полного соответствия седьмого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» следует:

- 1) обеспечить необходимые изменения в практике медицинской организации, которые способствуют совместному пребыванию матери и ребенка во всех отделениях, где проводятся уход и медицинская помощь матерям и детям;
- 2) в послеродовых палатах разместить детские кроватки рядом с материнскими (в одной палате) при этом желательно учитывать, чтобы высота детской кроватки находилась на одном уровне с материнской и расстояние между ними давало возможность матери свободно, находясь в своей кровати, взять ребенка для кормления; если в медицинской организации нет детских кроваток, то можно организовать нахождение матери и ребенка в одной кровати, которая должна быть достаточно широкой;
- 3) организовать перекрестное обучение персонала медицинской организации, умению, навыкам ухода и помощи, как матери, так и ребенку;
- 4) проводить индивидуальное или групповое обучение матерей по самостоятельному уходу за ребенком, убедить матерей, что при необходимости им будет оказана помощь медицинским персоналом в любое время;
- 5) удостовериться, что персонал знает как помочь матерям, у которых было кесарево сечение, а именно: разместить детскую кроватку рядом с материнской (в одной палате даже,

если мать находится в отделении интенсивной терапии), при этом желательно учитывать, чтобы высота детской кроватки находилась на одном уровне с материнской и расстояние между ними давало возможность матери свободно, находясь в своей кровати, взять ребенка для кормления, помочь матери выбрать удобную позу и технику для кормления ребенка грудью, постоянно помогать по уходу как за матерью, так и за новорожденным.

- 6) пересмотреть рутинную практику по уходу за новорожденными (например, взвешивание, обработка пуповины и т.д.) с учетом совместного пребывания. Желательно все процедуры проводить в палате и обеспечить присутствие матери во время их проведения.
- 7) Некоторые состояния со стороны ребенка, препятствующие успешному грудному вскармливанию: необходимо следить за состояниями ребенка, которые могут способствовать плохому прикладыванию, если, например, у ребенка заложенный нос, он не сможет эффективно и долго сосать грудь матери, поэтому возможно улучшить состояние вначале - использование изотонического раствора морской воды в каплях, и обязательно обратиться к врачу.

Шаг 8.

Для полного соответствия восьмого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания» необходимо:

- 1) обеспечить кормление ребенка с учетом реакции (так называемое кормление по первому требованию младенца), не предполагающего каких-либо ограничений в отношении частоты и продолжительности кормления, матерям рекомендуется кормить ребенка грудью всегда, когда он голоден, и так часто, как он того требует;
- 2) убедиться, что персонал знает и обучает матерей признакам готовности ребенка к кормлению.

- 3) убедиться, что персонал знает и предоставляет матерям возможность соответствующим образом реагировать на эти сигналы;
- 4) матери умеют распознавать сигналы и реагировать на сигналы ребенка о том, что он голоден, а также его сигналы и реакции в отношении потребностей в кормлении и его готовности к кормлению, что очень важно для установления отношений близости и любви между матерью и ребенком;

Шаг 9.

Для полного соответствия девятого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания» необходимо:

- 1) прекратить использование во всех отделениях МО бутылочек с сосками, пустышек;
- 2) в случае невозможности грудного вскармливания — использовать альтернативные методы кормления (с помощью ложечки, чашки, шприца, и др.) и обучать матерей этим методам кормления;
- 3) убеждать матерей и членов их семей не приносить из вне и не использовать соски для кормления детей;
- 4) если мать просит пустышку, бутылочку с соской для своего ребенка, следует обсудить с ней риски, которые могут быть с этим связаны;
- 5) если мать настаивает на использовании бутылочки с соской или пустышки, попросить ее подписать письменную форму, разъясняющую риск снижения выработки молока и инфицирования ребенка при использовании пустышки и бутылочки с соской.

Шаг 10.

Для полного соответствия десятого шага критериям программы «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» необходимо оказывать поддержку продолжения практики грудного

вскармливания путем создания “горячей линии” и посещений на дому (патронаж) после выписки из роддома/больницы. Лучше всего использовать для “горячей линии” телефон приемного покоя или отделения интенсивной терапии, т.к. матери в таком случае могут получать консультацию круглосуточно. Следует убедиться, что сотрудники данных отделений подготовлены и консультируют адекватно. Необходимо записывать в специальный журнал все консультации, проводимые по телефонам “горячей линии”. Ниже приведен пример оформления журнала “горячей линии”.

№	Ф.И. ребенка, возраст	Адрес, телефон	Проблема/вопрос	Консультация/ответ	Кто консультировал
1					

Один раз в квартал необходимо проводить анализ вопросов, с которыми обращаются матери по “горячей линии” для коррекции своей работы с ними. Данная “обратная связь” помогает вносить изменения или дополнения в обучение по грудному вскармливанию беременных женщин и кормящих матерей.

Параллельно с организацией «горячей линии» следует:

- 1) при МО организовать работу группы поддержки матерей (ГПМ), основной целью деятельности, которой является содействовать грудному вскармливанию путем взаимодействия с матерями после выписки из МО;
- 2) выделить помещение для ГПМ, где могут собираться матери с детьми, беременные женщины и члены их семей; помещение должно быть теплым, с приятным интерьером, наглядной информацией по ГВ (плакаты, рисунки, фотографии детей и т.д.);
- 3) назначить медицинского работника (врач, акушерка, медсестра), ответственного за работу ГПМ, который должен обязательно пройти обучение как минимум по 18-часовой программе (из них 3 часа клинической практики).
- 4) организовать обучение членов ГПМ по вопросам грудного вскармливания, которое проводится медицинским работником, прошедшим соответствующую подготовку;

- 5) организовать «телефон доверия» в медицинских организациях, по которому женщина могла бы получить необходимую для себя информацию или консультативную помощь специалиста. Телефон доверия организовывается на базе стационарного или мобильного телефона и сотрудники, отвечающие на вопросы, имеют информационный материал, тексты и сценарии для ответов;
- 6) убедиться, что информация, которую дают при консультации члены ГПМ является достоверной, соответствующей рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ.

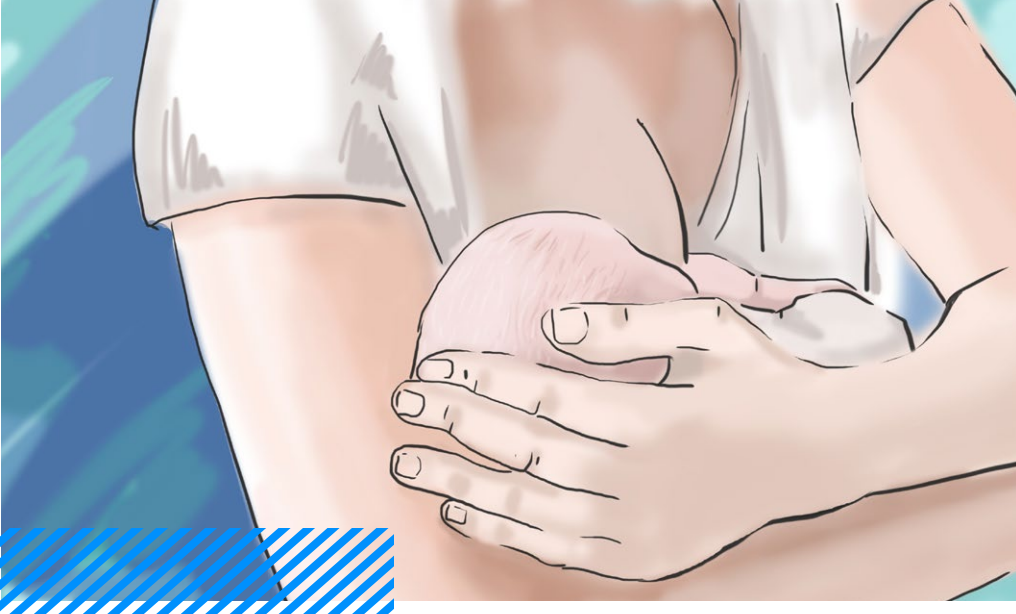
В обязанности медицинского работника, ответственного за работу ГПМ, входит формирование и подбор активных матерей для работы в ГПМ, распространение сведений о деятельности ГПМ среди родителей, организация информационных стендов о графике работы, составе ГПМ и т.д. Эта информация распространяется во всех медицинских организациях, осуществляющих уход и помощь матерям и детям.

Критериями отбора матерей для работы в ГПМ являются: положительный опыт продолжительного грудного вскармливания, желание поделиться этим опытом, умение общаться с людьми.

Членами ГПМ могут быть и матери, имевшие трудности с грудным вскармливанием в анамнезе (кесарево сечение, влияние родственников на выбор матери детской смеси, как метода кормления ребенка, использование матерями в прошлом заменителей грудного молока, трещины, маститы, нагрубание молочных желез, неуверенность матери в своих возможностях по уходу за ребенком и грудному вскармливанию, многодетность, многоплодная беременность т.д.) и преодолевших эти трудности.

В ГПМ могут входить и родственники: отцы, бабушки и т.д. Они также должны иметь собственный опыт длительного грудного вскармливания младенцев в семье, опыт оказания помощи матери в поддержке грудного вскармливания.

Численный состав ГПМ в среднем 8-10 человек, но может меняться в зависимости от местных условий. Состав ГПМ может меняться по мере прекращения матерями грудного вскармливания, выхода на работу и т.д., но желающие продолжать работу в ГПМ могут участвовать в работе группы и дальше.



Обучение матерей по вопросам грудного вскармливания проводится медицинским работником, прошедшим соответствующую подготовку. В его обязанности входит и постоянный контроль за достоверностью информации, которую дают члены ГПМ при консультации матерей.

Информация о ГПМ должна даваться каждой родильнице в роддоме/больнице при выписке. Кроме того, эта информация должна вывешиваться на стендах, расположенных на видных местах в поликлинике, консультации. Данная информация должна содержать расписание работы ГПМ, адрес, а также телефоны или адреса членов ГПМ, по которым можно обратиться за помощью.

С учетом сложившегося в регионе доверия к медработникам и опыта обращения к ним по всем возникающим проблемам, связанным со здоровьем, как ребенка, так и матери, целесообразно организовать работу ГПМ так, чтобы ежедневно кто-либо из медработников, входящих в ГПМ работал бы определенное время в кабинете, выделенном для ГПМ. Ежемесячно (2-3 раза) по определенным дням необходимо организовывать заседания ГПМ, на которые могут приходиться все желающие или нуждающиеся в помощи. Лучше всего, если эти заседания будут совпадать с днями "Здорового ребенка" в детской поликлинике, когда матери с детьми приходят на ежемесячный осмотр к врачу. В другое время члены ГПМ работают с кормящими матерями в ГПМ по мере своих возможностей. Когда такой возможности нет, работу ГПМ обеспечивают медработники

— члены ГПМ. Во внерабочее время работу ГПМ должны обеспечивать члены ГПМ, имеющие телефон. Если в населенном пункте нет телефонной связи, то желательно, чтобы члены ГПМ жили в различных районах для удобства обращения к ним.

Мониторинг продвижения программы по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания в МО проводится 1 раз в год. Рабочая группа МО во главе с первым руководителем подводит анализ (самооценку) деятельности МО по внедрению в практику всех отделений «Инициативы за больницы доброжелательного отношения к ребенку». Анализ позволяет выявить факторы, как стимулирующие, так и затрудняющие продвижение всех принципов по охране, поддержке и поощрению успешного грудного вскармливания. Результаты самооценки обсуждаются на общем собрании коллектива МО и разрабатываются действия по осуществлению необходимых изменений.

Для самооценки используются документы, разработанные ВОЗ/ЮНИСЕФ: «Механизм больничной самооценки для ИБДОР» (см. Приложение 1). МО может проводить самооценку с использованием указанного механизма неоднократно для определения соответствия текущей практики данной организации десяти принципам успешного грудного вскармливания не только в отношении здоровых младенцев и детей, но и больных, и недоношенных и др.

Следующим этапом оценки соответствия МО всем принципам ИБДОР является ее проведение членами региональной рабочей группы, положительное заключение которой позволяет принять решение о готовности участия медицинской организации к внешней сертификации на звание БДОР.

Внешняя сертификация проводится группой компетентных экспертов, прошедших специальное обучение в Wellstart International (USA), организованное Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), ОФ «BalaJan». Экспертиза проводится по специальному вопроснику в Руководстве для внешних экспертов, разработанному ВОЗ/ЮНИСЕФ в 2009 г.

В программе на получение звания «БДОР» могут принять участие все медицинские организации, аккредитованные в РК, не зависимо от форм собственности, где оказываются медицинские услуги беременным женщинам, кормящим матерям и их детям.



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. 2014 г.
2. WHO. Infant and young child nutrition. Geneva (Switzerland): WHO; 2003. [Электронный ресурс]. Режим доступа. [http://www.who.int/nutrition/publications/infant feeding/en](http://www.who.int/nutrition/publications/infant%20feeding/en).
3. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб». ВОЗ/ЮНИСЕФ, Женева, 1989.
4. Декларация Инноченти «О защите, содействии и поддержке грудного вскармливания». Флоренция, Италия, 1 августа 1990.
5. Мультииндикаторное кластерное обследование 2006. ЮНИСЕФ, Итоговый доклад, Астана, 2007, 223 с
6. Кластерное обследование по многим показателям в республике Казахстан, 2015», ЮНИСЕФ, Астана, 2016 г, 334 с.
7. Кормление детей первого года жизни: физиологические основы: прил. к тому 67, 1989 Бюллетень Всемирн. орг. здравоохранения/ под ред. Дж. Акре. - Женева: ВОЗ, 1991; 120 с
8. Grote V, Verduci E, Scaglioni S, Vecchi F, Contarini G, Giovannini M, Koletzko B, Agostoni C. Breast milk composition and infant nutrient intakes during the first 12 months of life. European Childhood Obesity Project European Journal of Clinical Nutrition advance online publication. 30 September 2015, 162.
9. Mattews MK. The relationship between maternal labour, analgesia and delay in the initiation of breastfeeding on healthy neonates in the early neonatal period. Midwifery, 5:3-10, 1989.

10. Newton N. Psycho-social aspects of the mother/father/child unit. In: Hambreaus I., Sjion S. The mother/child dyad. Nutrition's aspects (Symposia of the Swedish nutrition Foundation XIV). Stockholm, Almquist and Wiksell, 1979, p.18.
11. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. Jones and Bartlett Publishers, 2004.
12. Von Kries, R. et al. Vitamin K deficiency in breast-fed infants. Goldman F.S. et al. Human lactation, 3: Effects on the recipient infant. New York, Plenum Press, 1987; 22: 513-517.
13. Sankar Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. J Perinatol. 2016.
14. Ballard O, Morrow AL. MSc Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*, 2013, 60(1): 49-74.
15. Haschke F. et al. Nutritive and Bioactive Proteins in Breast Milk *Ann Nutr Metab*, 2016; 69(suppl 2): 17-26.
16. O'Hara A. M., Shanahan F. The gut flora as a forgotten organ. *EMBO Rep*. 2006; 7 (7): 688–693.
17. Bode L, McGuire M, Rodriguez JM, Geddes DT, Hassiotou F, Hartmann PE, McGuire MK. It's alive: microbes and cells in human milk and their potential benefits to mother and infant. *Adv Nutr*, 2014 Sep, 5(5): 571-573.
18. Bezirtzoglou E., Tsiotsias A., Welling G. W. Microbiota profile in feces of breast- and formula-fed newborns by using fluorescence in situ hybridization (FISH). *Anaerobe*. 2011; 17: 478–482.
19. Cabrera-Rubio R., Collado M. C., Laitinen K., Salminen S., Isolauri E., Mira A. The human milk microbiome changes over lactation and is shaped by maternal weight and mode of delivery. *Am J Clin Nutr*. 2012; 96: 544–51.
20. Fernandez L., Langa S., Martin V., Maldonado A., Jimenez E., Martin R., Rodriguez J. M. The human milk microbiota: Origin and potential roles in health and disease. *Pharmacological Res*. 2013; 69: 1–10.
21. Ramsay D. T., Kent J. C., Owens R. A., Hartmann P. E. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. *Pediatrics*. 2004; 113: 361–7.
22. Neu J., Douglas-Escobar M., Lopez M. Microbes and the developing

- gastrointestinal tract. *Nutr Clin Pract.* 2007; 22: 174–82.
23. Chen Y., Chou K., Fuchs E. et al. Protection of the intestinal mucosa by intraepithelial gamma delta T cells. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2002; 99: 14338–14343.
 24. Булатова Е.М. Вскармливание детей раннего возраста в современных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст-Петербург 2005; 50.
 25. Mathur N.B., Dwarkadas A.M., Sharma V.K. et al. Anti-infective factors in preterm human colostrum. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79: 11: 1039–1044.
 26. Labbok M.H., Clark D., Goldman A.S. Breastfeeding: maintaining an irreplaceable immunological resource. *Nat Rev Immunol* 2004; 4: 565–572.
 27. Goldman A.S., Chheda S., Garofalo R. Evolution of immunologic functions of the mammary gland and the postnatal development of immunity. *Pediatr Res* 1998; 43: 2: 155–162.
 28. Agostoni C., Bounocore G., Carnielli V.P. et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50: 1: 85–91.
 29. Киселева Е.С., Мохова Ю.А. Грудное молоко и его компоненты: влияние на иммунитет ребенка. *Педиатрия* 2010; 89; 6: 62–69.
 30. Kunz C., Rudloff S., Baier W. et al. Oligosaccharides in human milk: structural, functional, and metabolic aspects. *Ann Rev Nutr* 2000; 20: 699–722.
 31. Hilton S. Breast milk breaks new boundaries. *Pract Midwife* 2012; 15: 7: 37–39.
 32. Hassiotou F, Beltran A, Chetwynd E, Stuebe AM, Twigger AJ, Metzger P, Trengove N, Lai CT, Filgueira L, Blancafort P, Hartmann PE. Breastmilk is a novel source of stem cells with multilineage differentiation potential. *Stem Cells*, 2012, 30(10): 2164-74.
 33. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>, accessed 7 March 2018).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Дата оценки _____ 20__ г.

**АНКЕТА
САМООЦЕНКИ РОДИЛЬНОГО ДОМА/ОТДЕЛЕНИЯ
НА СООТВЕТСТВИЕ СТАТУСУ
«БОЛЬНИЦА ДРУЖЕЛЮБНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ»**

Наименование 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 _____ году _____ из них _____
с помощью кесарева сечения

Процент кесаревых сечений _____%

_____ младенцев с низкой массой тела

Процент маловесных детей _____% (< 2500 г)

Процент побывавших в _____ было в отделении интенсивной
терапии 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: _____

ШАГ 1. Политика медицинских учреждений Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения

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

..... Да Нет

1.2. Включает ли эта Политика по грудному вскармливанию запрещение рекламы и 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 МО, обслуживающего родильниц и младенцев?

..... Да Нет

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

1.6. Имеется ли в учреждении реклама заменителей грудного молока/сосок/пустышек?

.....Да Нет

ШАГ 2. Обеспечить, чтобы персонал обладал достаточными знаниями, компетенциями и навыками для того, чтобы надлежащим образом поддерживать грудное вскармливание.

2.1. Знает ли персонал значение и преимущества грудного вскармливания и ознакомлен ли с Политикой родильного дома (отделения)/больницы по охране, поддержке и поощрению 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)/больнице специальная подготовка по вопросам грудного вскармливания для конкретных сотрудников?
..... Да Нет

ШАГ 3. Обсудить с беременными женщинами и их семьями важное значение и технику грудного вскармливания.

3.1 Имеется ли при родильном доме (отделении)/больнице отделение по обслуживанию 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 по грудному вскармливанию 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

ШАГ 4. Следует поощрять как можно более ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» после родов и помогать матерям начинать грудное вскармливание как можно раньше после родов.

4.1. Осуществляется ли контакт кожа-к-коже сразу после рождения ребенка и остается ли он с матерью в течение не менее 2 часов?
..... Да Нет

4.2. Предлагает ли медицинский персонал помощь, чтобы начать грудное вскармливание в течение первого часа после родов (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 сразу же, 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 на 60 минут?
..... Да Нет

ШАГ 5. Матерям следует предоставлять практическую поддержку, чтобы они могли начать и продолжать грудное вскармливание и научились преодолевать связанные с этим практические трудности.

5.1. Оказывает ли медицинский персонал дополнительную помощь всем роженицам в отношении грудного вскармливания в течение 6-ти 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 (ручным способом), 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

ШАГ 6. Не давать новорожденным, получающим грудное вскармливание, никакого питания 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

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

ШАГ 7. Давать матерям возможность оставаться вместе со своими грудными детьми и совместно пребывать в одной палате днем и ночью.

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 кесарева сечения, в состоянии реагировать на своего младенца?
..... Да Нет

ШАГ 8. Матерям следует оказывать поддержку и обучать их распознавать сигналы и реакции их ребенка в том, что касается потребностей в кормлении, и реагировать на эти сигналы.

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

Шаг 9: Консультировать матерей в отношении использования бутылочек и сосок для кормления, пустышек, а также связанных с этим рисков.

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/больница) и медицинский персонал, что следует избегать бутылочек, сосок и пустышек путем отказа от распространения среди родильниц их бесплатных или недорогих образцов?
..... Да Нет

Шаг 10: Обеспечить координацию выписки с тем, чтобы родители и их дети своевременно получали доступ к постоянной поддержке и надлежащему уходу.

10.1. 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)/больница 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)/больница 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 успешного 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:

Информация об авторах:

№	Ф.И.О.	Ученая/ академическая степень, ученое звание	Должность, место работы	Электронный адрес	Контактный телефон
1	Чувакова Т.К.	Доктор мед.наук, профессор	Старший ординатор- консультант, КФ «УМС» ННЦМД	ch.tamara @ mail.ru	8701999 68 80
2	Айыпханова А.Т.		Генеральный директор Ре- спубликан- ского центра развития здра- воохранения МЗ РК		87023371657
3	Курмангалиева Э.А.	Кандидат мед. наук	Президент ОО «Союз медицинских работников BalaJa»	elnar_kz@ bk.ru	87019980405
4	Чуенбекова А.Б.	Кандидат мед. наук	доцент каф. нутрициологии и профилак- тической меди- цины АО Нац. мед. универ им. С.Д. Асфендия- рова.	kaf_ardak@ mail.ru	8 701 764 7053

Информация о рецензентах:

№	Ф.И.О.	Ученая/ академическая степень, ученое звание	Должность, место работы	Электронный адрес	Контактный телефон
1	Бапаева Г.Б.	Доктор мед. наук, проф.	Руководитель Департамента перинатологии и неонатологии КФ «УМС» ННЦМД		8 701 746 28 00
2	Суханбердиев К.А.	Кандидат мед. наук	Координатор программ по здравоохранению и питанию Детского Фонда ООН в РК (UNICEF)	ksukhanberdiev@unicef.org.	8 7077567615

