

И.А. Беляева¹, Л.С. Намазова-Баранова^{1, 2, 3}, Т.В. Турти^{1, 3}, О.Л. Лукоянова¹, Е.П. Бомбардинова¹

¹ Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

³ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Внедрение принципов успешного грудного вскармливания в системе оказания медицинской помощи детям, родившимся раньше срока

Контактная информация:

Беляева Ирина Анатольевна, доктор медицинских наук, заведующая отделением для недоношенных детей ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-15-19, e-mail: belyaeva@nczd.ru

Статья поступила: 02.08.2014 г., принята к печати: 17.09.2014 г.

Проблемы оптимального вскармливания в раннем постнатальном онтогенезе имеют особую актуальность у детей, родившихся преждевременно и страдающих сочетанной перинатальной патологией. Известно, что уникальные качества грудного молока позволяют обеспечить адекватное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, гармоничное становление метаболизма, что наиболее значимо для недоношенных новорожденных. Представлены основные этапы обеспечения приоритетности грудного вскармливания в отношении здоровых младенцев: история разработки общеизвестных «Десяти шагов» грудного вскармливания для родовспомогательных учреждений, объективные препятствия для осуществления этих шагов в условиях отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных. Группой экспертов Всемирной организации здравоохранения был обобщен опыт работы отдельных неонатальных стационаров в рамках программы «Больница, доброжелательная к ребенку» и сформулированы основные принципы продвижения грудного вскармливания в ОРИТН. На основе этих принципов десять общеизвестных шагов к грудному вскармливанию были адаптированы экспертами из стран Северной Европы и Канады для использования в ОРИТН. Эксперты подчеркивают, что особенную важность для обеспечения грудного вскармливания недоношенных имеет продолжительный контакт с матерью (кожа к коже), а также обучение матерей приемам поддержания лактации. Установка на отказ от использования других способов питания, сосок и пустышек, организацию грудного вскармливания «по требованию» у недоношенных детей имеет ограниченное применение в связи с особенностями их состояния и физиологической зрелости. Утверждается обязательность круглосуточного совместного пребывания недоношенного ребенка с матерью, контакта с другими членами семьи. Подчеркивается важность подготовки родителей к продолжению грудного вскармливания после выписки из стационара. Ожидается, что внедрение этих модифицированных подходов будет способствовать успешному пролонгированному грудному вскармливанию недоношенных детей.

Ключевые слова: естественное вскармливание, грудное молоко, недоношенные дети, поддержка грудного вскармливания, семейно-ориентированная помощь.

(Педиатрическая фармакология. 2014; 11 (5): 71–76)

71

I.A. Belyayeva¹, L.S. Namazova-Baranova^{1, 2, 3}, T.V. Turti^{1, 3}, O.L. Lukoyanova¹, E.P. Bombardirova¹

¹ Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University, Russian Federation

³ Pirogov Russian National Medical Research University, Moscow, Russian Federation

Introduction of Successful Breastfeeding Principles to the System of Medical Care Delivery to Premature Infants

Optimal feeding in the early postnatal ontogenesis are especially important for premature infants with overlapping perinatal pathologies. As is known, unique properties of breast milk ensure adequate physical and neuropsychic development of children, as well as balanced development of metabolism; this is especially important for premature infants. The article presents the main stages of securing priority of breastfeeding for healthy infants: the history of development of the commonly known "ten steps" of breastfeeding for obstetric institutions and the objective impediments to implementation of these steps at neonatal resuscitation and intensive care units (NRICUs) and neonatal pathology units. A group of experts of the World Health Organization summarized experience of several neonatal inpatient hospitals in the framework of the Baby Friendly Hospital Initiative and formulated the basic principles of breastfeeding support for implementation at NRICUs. The experts emphasize utmost importance of a long-lasting contact with the mother (skin-to-skin) and teaching lactation preservation methods to mothers for the support of breastfeeding of premature infants. An attitude toward withdrawal from other feeding methods, rubber teats and pacifiers, as well as organization of breastfeeding "upon request" from premature infants is restricted due to peculiarities of health status and physiological maturity of such children. The experts state that mothers must remain with premature infants around the clock and the necessity of contact with other family members. They also emphasize the importance of preparation of parents to breastfeeding maintenance after discharge from hospital. Implementation of these modified approaches is expected to contribute to successful prolonged breastfeeding of premature infants.

Key words: breastfeeding, breast milk, premature infants, breastfeeding support, family-targeted aid.

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2014; 11 (5): 71–76)

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

В 1992 г. вышла в свет совместная программа ВОЗ/ЮНИСЕФ (Всемирная организация здравоохранения/международная организация, действующая под эгидой ООН) по защите, продвижению и поддержке грудного вскармливания для родовспомогательных учреждений [1]. Разработка этой программы была обусловлена широким распространением искусственного вскармливания младенцев в большинстве промышленно развитых стран, причем заменители грудного молока начинали активно применяться с первых дней жизни ребенка. Следствием этого явилось сокращение частоты и длительности грудного вскармливания, раннее введение докорма и прикорма, с чем многие исследователи связывали отдаленные нарушения здоровья детей — избыточный вес, гастроэнтерологические заболевания. В связи с этим группой экспертов ВОЗ была подчеркнута важная роль начального этапа грудного вскармливания в родильном доме и разработаны основные принципы (шаги) успешного грудного вскармливания [2].

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания, регулярно доводить их до сведения персонала и рожениц.
2. Обучать медицинский персонал навыкам проведения грудного вскармливания.
3. Информировать беременных о преимуществах и технике грудного вскармливания.
4. Помогать матери приложить ребенка к груди в течение 30 мин после родов.
5. Обучать мать приемам грудного вскармливания и сохранения лактации, даже если она временно отделена от ребенка.
6. Не давать новорожденным ничего, кроме груди матери (другое питание, питье), за исключением детей, нуждающихся в этом по медицинским показаниям.
7. Обеспечить круглосуточное пребывание ребенка рядом с матерью.
8. Поощрять прикладывание младенца к груди по требованию, а не по расписанию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, устройств, имитирующих грудь (соска-пустышка).
10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы при выписке из родильного дома.

Все эти принципы были разработаны и внедрены для здоровых матерей и здоровых доношенных детей. Естественно, пункт 6 настоящих правил ограничивал их применение у новорожденных с различной патологией, в первую очередь у недоношенных младенцев. В отношении этих детей определяющими факторами в выборе способа вскармливания являются степень их зрелости и характер перинатальной патологии [3].

В реальной практике как доношенные с тяжелыми заболеваниями, так и недоношенные новорожденные гораздо реже получают в первые дни жизни грудное молоко, чем здоровые дети, хотя именно для этой категории пациентов значимость женского молока особенно велика, и разработаны индивидуализированные подходы к его введению [3]. Именно поэтому эксперты ВОЗ/ЮНИСЕФ с учетом совершенствования технологий неонатальной медицинской помощи в 2009 г. [4] рекомендовали частичное использование принципов успешного грудного вскармливания в деятельности отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей «для поддержки наиболее уязвимых матерей и младенцев».

Концепция «Десяти шагов» за истекшие десятилетия доказала свою эффективность в обеспечении опти-

мальной продолжительности грудного вскармливания и профилактике отдаленных нарушений здоровья [5–14], и хотя это положение использовалось для поддержки грудного вскармливания здоровых доношенных детей, косвенно способствовало увеличению частоты использования материнского молока в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) [15–17].

Установлено, что наиболее важно использование грудного молока у недоношенных детей первых дней и недель жизни, так как у незрелых младенцев оно обладает протективными свойствами в плане профилактики некротизирующего энтероколита и неонатального сепсиса; помимо этого, доказан более низкий риск развития ретинопатии и бронхолегочной дисплазии у недоношенных, получавших грудное молоко; описано более гармоничное физическое и психомоторное развитие [18–21].

ОСНОВНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ К ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ОРИТН И В СТАЦИОНАРЕ ВТОРОГО ЭТАПА ВЫХАЖИВАНИЯ

Причины, по которым в ОРИТН и отделениях патологии новорожденных (выхаживания недоношенных) недостаточно используется грудное молоко, имеют как медико-биологический, так и медико-социальный характер [22–24]:

- медико-биологические факторы — это состояние здоровья матерей (невозможность эффективной лактации) и патология у детей (невозможность раннего начала энтерального кормления);
- медико-социальные факторы — раздельное содержание ребенка и матери в подавляющем большинстве ОРИТН и отделениях патологии новорожденных как в нашей стране, так и за рубежом [25, 26].

Помимо этого, существуют психологические факторы, существенно затрудняющие кормление грудью (или даже сцеживание) в условиях стационара, среди которых зарубежные авторы упоминают психологический дискомфорт у матери, отсутствие конфиденциальности [26], а также объективные причины позднего становления лактации у преждевременно родивших женщин [27].

В 2009 г. ВОЗ была принята расширенная версия программы «Больница, доброжелательная к ребенку» [25], включающей упоминание об отделениях интенсивной терапии новорожденных и необходимости поддержки матери, особенно на этапе выписки из стационара домой.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, РАЗРАБОТАННЫЕ ГРУППОЙ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, ДЛЯ УСПЕШНОГО ПРОДВИЖЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В НЕОНАТАЛЬНЫЕ СТАЦИОНАРЫ

В стратегии продвижения грудного вскармливания в ОРИТН Всемирная организация здравоохранения использовала опыт работы отдельных стационаров для новорожденных, которые участвовали в программе «Больница, доброжелательная к ребенку» [28–31], в Канаде, Норвегии, Дании и Швеции. Особую значимость при поддержке грудного вскармливания в ОРИТН имеет совместное пребывание матери с больным новорожденным, осуществление контакта кожа-к-коже («кенгуру»), эффективная психологическая помощь матери [32–34]. Для недоношенных детей все эти подходы особенно важны: они способствуют раннему началу грудного вскармливания у младенцев, длительно находившихся на парентеральном питании [35–37]. Зарубежные специалисты отмечают особую необходимость поддержки семьи, в которой родился недоношенный ребенок. Для этого группа экспертов ВОЗ из Северной Европы и Канады подготовила дополнение к программе по про-

движению грудного вскармливания в ОРИТН и отделениях патологии новорожденных [38].

Дополнение включает в себя 3 руководящих принципа:

- 1) индивидуальный подход медицинского персонала к каждой матери;
- 2) организация семейно-ориентированной поддержки кормящей матери;
- 3) преемственность пре-, пери- и постнатального ухода за ребенком и помощи ему после выписки из стационара.

Следует отметить, что вышеперечисленные принципы уже давно осуществляются в практической деятельности многих отечественных стационаров для новорожденных и недоношенных детей [39].

Принцип 1. Индивидуальный подход к каждой матери

Помимо нейроэндокринных и соматофизических причин, препятствующих своевременному становлению лактации, у матерей, родивших преждевременно, имеются также психологические факторы, нарушающие лактогенез: эти женщины, как правило, находятся в состоянии постоянного эмоционального стресса и тревоги за здоровье недоношенного младенца [40–42]. Посттравматический стресс матери может иметь долгосрочные неблагоприятные последствия, нарушения формирования материнской привязанности [43–45]. При этом основное препятствие укрепления контактов в диаде мать–дитя в ОРИТН — это отделение ребенка от матери, ограниченное присутствие ее в стационаре и недопущение к ребенку других родственников [46], вот почему важен принцип «неразделения», обозначенный в англоязычной литературе как *non separation* [38]. Этот принцип совместного пребывания матери с ребенком в стационаре важен еще и потому, что позволяет обучить мать приемам ухода за ослабленным младенцем и уменьшить ее тревожность в связи с предстоящей выпиской из стационара.

Матери недоношенных детей описывают представление о своем молоке как о связи между собой и младенцем, лактация у них прочно ассоциируется с понятием «материнство», а при невозможности начать грудное вскармливание они воспринимают свое психологическое состояние как невозможность ощущать себя матерью [47, 48].

Понимая преимущества грудного вскармливания для развития ребенка, мать может чувствовать себя обязанной обеспечить определенный объем молока. Невозможность удовлетворить предполагаемые ожидания в инициации и/или объеме лактации может привести к чувствам неудачи, неудовлетворенности и стыда. Женщина может воспринимать грудное вскармливание только как необходимую задачу, утрачивая чувство взаимовыгодного удовольствия от общения с ребенком [49].

В связи с недостаточностью лактации многие матери испытывают депрессию, чувство вины перед ребенком [47–50]. Наиболее «уязвимыми» (т.е. склонными к депрессивным состояниям) являются первородящие матери больных и недоношенных младенцев, а также повторнородящие с длительным интервалом между родами, женщины с низким социально-экономическим статусом, наркотической или никотиновой зависимостью, а также юные матери [51]. Каждая из этих матерей нуждается в специальном консультировании врача и психолога по проблемам лактации, в доверительном отношении к ее особым проблемам [42, 52]. При этом женщины подчеркивают, чтобы поддержка в момент начала лактации и грудного вскармливания предлагалась с сочувствием и уважением, этически и психологически приемлемым способом.

Особенные потребности матери должны быть учтены при разработке и реализации клинических руководств, прежде всего в отношении тех из них, которые:

- не сумели начать лактацию;
- не сумели предоставить необходимое количество молока своему ребенку;
- решили не кормить грудным молоком вообще [38].

Принцип 2. Поддержка семьи — семейно-ориентированное выхаживание больных новорожденных

Концепция семейно-ориентированной помощи в неонатологии основывается на признании важной роли родителей и их активного участия в выхаживании больного младенца. Эта концепция предусматривает доверительное сотрудничество медицинского персонала ОРИТН и отделений патологии новорожденных с родителями, взаимное информирование об особенностях реакций ребенка, организацию в стационаре возможного размещения не только матери, но и других членов семьи, прежде всего отца, что требует не только соответствующих материально-бытовых условий, но и достаточно высокого уровня общей культуры как со стороны родителей, так и со стороны медицинского персонала [53, 54].

Права и обязанности обоих родителей закреплены в известной конвенции ООН о правах ребенка [55, 56]: так, в статье 7-й говорится о том, что ребенок от рождения имеет право знать своих родителей и пользоваться их уходом, а в статье 9-й — что ребенок не должен быть отделен от своих родителей против их воли, за исключением случаев, когда компетентные органы определяют, что такое разлучение необходимо в его интересах.

Концепция семейно-ориентированной помощи находит все большее распространение в ведущих неонатальных клиниках мира и основана на понимании, что родители являются самыми важными людьми в жизни их младенца и должны выступать в качестве основных опекунов (с учетом состояния ребенка и оказываемой медицинской помощи).

Основные компоненты семейно-ориентированной помощи — достоинство и уважение, обмен информацией, участие и сотрудничество.

Необходимо учитывать не только права матери, но и права отца на контакт с ребенком и участие в его выхаживании, особенно в тех нередких случаях, когда состояние матери после родов не позволяет ей находиться рядом с младенцем: отцы могут осуществлять (при создании для этого соответствующих условий) контакт кожа-к-коже («кенгуру»), обучаться приемам ухода, готовить ребенка ко встрече с матерью [57–60]. В ОРИТН трудно создать условия для конфиденциального (изолированного) пребывания родителей с ребенком из-за необходимости постоянного контроля над состоянием младенца, многочисленных диагностических и лечебных процедур, но к комфортным для родителей условиям следует стремиться, размещать соответствующую мебель (удобные кресла), оборудование, в том числе для обеспечения кормления грудью [61]. Конфиденциальность кормящих матерей и родителей в ОРИТН должна быть защищена экранами или занавесками, а уровни света, звука и активности медицинского ухода должны быть модифицированы в соответствии с потребностями каждого младенца и родителей.

В отделении совместного пребывания матерей с больными новорожденными успешно осуществляются принципы программы индивидуального щадящего и развивающего ухода за новорожденным (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program, NIDCAP),

благодаря которым дети раньше переводятся с зондового питания на грудное вскармливание [61–63].

Принцип 3. Необходимость обеспечения преемственности оказания медицинской помощи новорожденному на всех этапах, начиная с пренатального наблюдения

Для персонала ОРИТН и отделений второго этапа особенно важны как преемственность в выхаживании новорожденного между этими этапами, так и обеспечение адекватной заботы о ребенке после выписки из стационара. Так, помощь ребенку должна быть непрерывной; разъяснительная работа медиков с членами семьи обязана затрагивать наиболее тревожные для родителей проблемы, включая пренатальный период [63–66]: ситуации риска рождения больного и незрелого ребенка (неожиданное начало преждевременных родов, осложнения в процессе родов), первые минуты и часы жизни ребенка, выявление перинатальной патологии, необходимость продолжительной реанимации и интенсивного ухода; необходимость и возможность транспортировки ребенка в учреждение более высокого уровня или из ОРИТН в стационар второго этапа, необходимость повторной транспортировки новорожденного в профильный стационар для специализированного лечения.

Преемственность в уходе достигается, когда родо-вспоможение согласуется с изменяющимися потребностями младенца или семьи [67]. Кроме того, в любой момент оказания медицинской помощи ребенку родители должны понимать, что мероприятия по уходу основаны на политике, разделяемой всем персоналом, и они не получают противоречивой информации или совета.

Матери описывают среди основных причин «барьера» на пути к успешному грудному вскармливанию противоречивые советы разных медицинских работников, частую смену видов вскармливания и стратегий ухода за недоношенным ребенком, а также практический подход в консультировании по грудному вскармливанию, производимый с осуждением, критическим или незаботливым отношением и отсутствием сочувствия.

Напротив, непрерывность в оказании помощи медицинским персоналом/специалистами по грудному вскармливанию улучшает восприятие женщиной мероприятий по поддержке грудного вскармливания. Подход к семейно-ориентированному уходу также предусматривает содействие в присутствии родителей и обеспечении им главной роли в уходе за ребенком. Родители должны быть уверены, что медицинский персонал, осуществляющий уход, знает историю болезни их младенца и объем лечебной помощи, что родители будут неоднократно информированы персоналом о текущей ситуации. Непрерывность физического окружения ребенка в неонатальном отделении (сестринский уход, комнаты для родителей и другие возможности для семьи) также должна быть обеспечена.

Для отделений второго этапа особенно важен контакт с родителями в подготовительный период выписки ребенка домой, в том числе обеспечение связи родителей с соответствующими медико-социальными структурами, если состояние ребенка требует продолжения некоторых элементов интенсивного лечения на дому (дотации кислорода, зондовое питание), чтобы постепенно подготовить ребенка к осуществлению грудного вскармливания. В этой связи серьезное значение приобретают образовательные программы для родителей, индивидуальные и групповые тренинги [67]. Необходима непрерывная пропаганда преимуществ грудного вскармливания медицинскими работниками на всех этапах наблюде-

ния за ребенком [68]. Непрерывное участие родителей в уходе за младенцем способствует оптимизации их психоэмоционального статуса, увеличивает возможность полноценного естественного вскармливания [69].

Принцип 4. Модификация «Десяти шагов к успешному грудному вскармливанию» для условий ОРИТН

С учетом новых подходов и возможностей в выхаживании тяжелобольных и недоношенных новорожденных, группа экспертов ВОЗ, сформулировавшая три вышеизложенных ведущих принципа грудного вскармливания, в 2013 г. представила адаптированные к условиям ОРИТН формулировки «Десяти шагов к успешному грудному вскармливанию» [70]. В целом эти формулировки характеризуются более четкой конкретизацией каждого из принципов продвижения грудного вскармливания.

Шаг 1 предусматривает письменное оформление признания приоритетности грудного вскармливания медицинскими работниками (персоналом отделения).

Шаг 2 предусматривает специальную подготовку (обучение) сотрудников ОРИТН для осуществления программ грудного вскармливания.

Шаг 3 декларирует обязательное информирование госпитализированных беременных из группы риска по недоношиванию или патологии доношенного ребенка об особом приоритете грудного вскармливания для ослабленных младенцев и методиках обеспечения лактации.

Шаг 4. Имеет особенное значение для подготовки к грудному вскармливанию недоношенных младенцев. Декларирует обязательное осуществление в неонатальном стационаре продолжительного контакта ребенка с матерью кожа-к-коже, или «кенгуру».

Авторы указывают, что в хорошо оснащенном ОРИТН этот метод может использоваться у недоношенных с постменструальным возрастом от 28 нед при массе тела при рождении от 600 г, если состояние ребенка стабильное. Установлено, что этот метод увеличивает объем лактации, ускоряет начало грудного вскармливания и удлиняет его продолжительность, особенно если мать продолжает практиковать такой контакт с ребенком и после выписки его из стационара.

Шаг 5. Обязывает медицинский персонал обучать матерей поддержанию лактации, в том числе с использованием ручного сцеживания и молокоотсоса. Единственным критерием для определения срока начала прикладывания недоношенного ребенка к груди должна быть стабильность его состояния.

Шаг 6. Регламентирует отказ от любого другого питания и питья (кроме грудного молока). Имеет ограничения в отношении больных и недоношенных младенцев или у детей с тяжелым состоянием при рождении (которые нуждаются в длительном полном или частичном парентеральном питании, или вскармливании специализированной смесью в связи, например, с галактоземией, или пероральном применении смесей на основе аминокислот, или обильном питье в связи с эксикозом или желтухой, или в связи с отсутствием молока у матери, ее нежеланием кормить грудью и отказом от донорского грудного молока).

Специально оговорено, что получение недоношенным младенцем фортификатора вместе с грудным молоком расценивается как грудное вскармливание.

В стационаре не допускается распространение рекламных материалов от фирм, производящих смеси-заменители грудного молока.

Шаг 7. Предусматривает круглосуточное совместное пребывание матерей с детьми в ОРИТН и в стационаре

выхаживания (совместная госпитализация, организация отделения по принципу «Мать и дитя»), в идеале — отдельные палаты совместного пребывания ребенка с обоими родителями. Установлено, что такой порядок работы стационара способствует более быстрому нарастанию веса у недоношенных детей и большей частоте их грудного вскармливания к моменту выписки из стационара.

Шаг 8. Регламентирует вскармливание здоровых доношенных новорожденных «по требованию»; у больных и недоношенных детей требует указания на ограниченное его применение в сочетании с кормлением по часам (частичное свободное вскармливание по времени), контролем объема полученной ребенком пищи (взвешивание) и использованием при необходимости других методов введения молока (докорм через зонд, бутылочку). Необходима психологическая поддержка и помощь матери при прикладывании недоношенного ребенка к груди, разъяснение временной необходимости в докармливании, длительность которого определяется индивидуальными особенностями и степенью зрелости ребенка.

Шаг 9. Допускает у больных и недоношенных детей минимальное использование вскармливания сцеженным молоком через чашку, соску в переходном периоде к полноценному сосанию из груди; допускается также ограниченное использование соски-пустышки для успокоения ребенка. Зарубежные педиатры указывают на то, что «кормление из чашки» имеет меньшее негативное влияние на приучение ребенка к груди, нежели кормление через соску.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization (WHO)/UNICEF. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. Geneva, Switzerland: World Health Organization/UNICEF. 1989.
2. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Child Health and Development. 1998. WHO/CHD/98.9.
3. Рациональное вскармливание недоношенных детей: методич. указ. 3-е изд., доп. и перераб. Москва: Союз педиатров России. 2012. 72 с.
4. Renfrew M.J., Craig D., Dyson L. et al. Breastfeeding promotion or infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess.* 2009; 13: 1–146.
5. Rice S.J., Craig D., McCormick F., Renfrew M.J., Williams A.F. Economic evaluation of enhanced staff contact for the promotion of breastfeeding for low birth weight infants. *Health Technol Assess.* 2010; 26: 133–140.
6. Kramer M.S., Chalmers B., Hodnett E.D. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413–420.
7. Declercq E., Labbok M.H., Sakala C., O'Hara M. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health.* 2009; 99: 929–935.
8. Merten S., Dratva J., Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics.* 2005; 116: e702–708.
9. Toronto Public Health. Breastfeeding in Toronto: Promoting Supportive Environments. Toronto: Toronto Public Health. 2010. P. 109.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding-related maternity practices at hospitals and birth centers — United States, 2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2008; 57: 621–625.
11. DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth.* 2001; 28: 94–100.
12. DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S.B. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics.* 2008; 122 (Suppl. 2): S43–49.
13. Murray E. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth.* 2006; 34: 202–210.

Шаг 10. Предусматривает обучение и подготовку родителей к продолжению грудного вскармливания после выписки ребенка из стационара, а также обеспечение связи родителей с группами поддержки грудного вскармливания (Школа для матерей в условиях стационара, индивидуальные или групповые тренинги, беседы с психологом); а также информирование матерей о возможностях профессиональной поддержки грудного вскармливания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поскольку существуют особые преимущества грудного молока и грудного вскармливания для недоношенных детей и их матерей, важно, чтобы лактация и грудное вскармливание поддерживались профессионально, при этом вся необходимая помощь и предоставляемая информация должны быть доказательными, индивидуализированными и последовательными. Все медицинские работники, работающие на разных этапах обеспечения помощи недоношенным детям, должны обладать знаниями модифицированных основных принципов с учетом особых потребностей недоношенных пациентов и «Десяти шагов» успешного грудного вскармливания. Внедрение этих принципов станет важным инструментом в обеспечении грудного вскармливания недоношенных детей.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Статья подготовлена при поддержке компании ООО «НТС «Градиент» и Pigeon Corporation (Япония).

14. Rosenberg K.D., Stull J.D., Adler M.R., Kasehagen L.J., Crivelli-Kovach A. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med.* 2008; 3: 110–116.
15. Dall'Oglio I., Salvatori G., Bonci E., Nantini B., D'Agostino G., Dotta A. Breastfeeding promotion in the neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high-risk infants. *Acta Paediatr.* 2007; 96: 1626–1631.
16. Merewood A., Philipp B.L., Chawla N., Cimo S. The babyfriendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact.* 2003; 19: 166–171.
17. do Nascimento M.B., Issler H. Breastfeeding the premature infant: experience of a baby-friendly hospital in Brazil. *J Hum Lact.* 2005; 21: 47–52.
18. Isaacs E.B., Fischl B.R., Quinn B.T., Chong W.K., Gadian D.G., Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res.* 2010; 67: 357–362.
19. Sullivan S., Schanler R.J., Kim J.H. et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr.* 2010; 156: 562–567.
20. Ronnestad A., Abrahamsen T.G., Medbo S. et al. Late-onset septicemia in a Norwegian national cohort of extremely premature infants receiving very early full human milk feeding. *Pediatrics.* 2005; 115: e269–276.
21. Maayan-Metzger A., Avivi S., Schushan-Eisen I., Kuint J. Human milk versus formula feeding among preterm infants: short-term outcomes. *Am J Perinatol.* 2012; 29: 121–126.
22. Colaizy T.T., Saftlas A.F., Morriss F.H. Maternal intention to breast-feed and breast-feeding outcomes in term and preterm infants: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000–2003. *Public Health Nutr.* 2011; 22: 1–9.
23. Maia C., Brandao R., Roncalli A., Maranhao H. Length of stay in a neonatal intensive care unit and its association with low rates of exclusive breastfeeding in very low birth weight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011; 24: 774–777.
24. Padovani F.H., Duarte G., Martinez F.E., Linhares M.B. Perceptions of breastfeeding in mothers of babies born preterm in comparison to mothers of full-term babies. *Span J Psychol.* 2011; 14: 884–898.

25. WHO/UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Section 1: Background and implementation. Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF. 2009. P. 70.
26. Taylor C., Gribble K., Sheehan A., Schmied V., Dykes F. Staff perceptions and experiences of implementing the Baby Friendly Initiative in neonatal intensive care units in Australia. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011; 40: 25–34.
27. Henderson J.J., Hartmann P.E., Newham J.P., Simmer K. Effect of preterm birth and antenatal corticosteroid treatment on lactogenesis II in women. *Pediatrics*. 2008; 121: e 92–100.
28. Spatz D.L. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2004; 18: 385–396.
29. The Baby Friendly Hospital Initiative in Norwegian neonatal units. *Norwegian Resource Centre for Breastfeeding*. 2011. URL: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/nasjonalt-kompetansesenter-for-amming/Sider/enhet.aspx>. Accessed January 25, 2012.
30. Nilsson I. Baby-Friendly Hospitals for preterm infants. Abstract presented at the ILCA/VELB conference. Vienna, Austria. 2008.
31. Nyqvist K.H., Kylberg E. Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. *J Hum Lact*. 2008; 24: 252–262.
32. Rice S.J., Craig D., McCormick F., Renfrew M.J., Williams A.F. Economic evaluation of enhanced staff contact for the promotion of breastfeeding for low birth weight infants. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010; 26: 133–140.
33. Renfrew M.J., Craig D., Dyson L. et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2009; 13: 1–146.
34. McInnes R.J., Chambers J. Infants admitted to neonatal units — interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review 1990–2007. *Matern Child Nutr*. 2008; 4: 235–263.
35. Nyqvist K.H., Sjoden P.O., Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev*. 1999; 55: 247–264.
36. Nyqvist K.H., Farnstrand C., Eeg-Olofsson K.E., Ewald U. Early oral behaviour in preterm infants during breastfeeding: an electromyographic study. *Acta Paediatr*. 2001; 90: 658–663.
37. Nyqvist K.H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008; 97: 776–781.
38. Nyqvist K.H., Haggkvist A.P., Hansen M.N., Kylberg E., Frandsen A.L., Maastrup R., Ezeonodo A., Hannula L., Koskinen K., Haiek L.N. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. *J Hum Lact*. 2012; 28 (3): 289–296.
39. Беляева И.А., Турти Т.В., Лукьянова О.Л., Ивардава М.И., Тарзян Э.О. Обеспечение грудного вскармливания у недоношенных детей: проблемы и пути решения. *Педиатрическая фармакология*. 2014; 11 (4): 51–58.
40. Henderson J.J., Hartmann P.E., Newham J.P., Simmer K. Effect of preterm birth and antenatal corticosteroid treatment on lactogenesis II in women. *Pediatrics*. 2008; 121: e 92–100.
41. Shin H., White-Traut R. The conceptional structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2007; 58: 90–98.
42. Bruschiweiler-Stern N. Early emotional care for mothers and infants. *Pediatrics*. 1998; 102: 1278–1281.
43. Lau R., Morse C.A. Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress Health*. 2003; 19: 69–78.
44. Forcada-Guex M., Borghini A., Pierrehumbert B., Ansermet F., Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev*. 2001; 87: 21–26.
45. Meijssen D., Wolf M.-J., van Bakel H., Koldewijn K., Kok J., van Baar A. Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behav Dev*. 2010; 34: 72–80.
46. Greisen G., Mirante N., Haumont D. et al. ESF Network. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. *Acta Paediatr*. 2009; 98: 1744–1750.
47. Sweet L. Expressed milk as connection and its influence on the construction of motherhood for mothers of preterm infants: a qualitative study. *Int Breastfeed J*. 2008; 3: 30.
48. Lupton D., Fenwick J. They've forgotten that I'm the mum: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Soc Sci Med*. 2001; 53: 2011–2021.
49. Flacking R., Ewald U., Hedberg Nyqvist K., Starrin B. Trustful bonds: a key to «becoming a mother» and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med*. 2006; 62: 70–80.
50. Teti D.M., Hess C.R., O'Connell M. Parental perceptions of infant vulnerability in a preterm sample: Prediction from maternal adaptation to parenthood during the neonatal period. *J Dev Behav Pediatr*. 2005; 26: 283–292.
51. Zachariassen G., Faerk J., Grytter C., Exberg B.H., Juvonen P., Halken S. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2010; 99: 1000–1004.
52. CM 42Lau R., Morse C.A. Stress experiences of parents with premature infants in a special care nursery. *Stress Health*. 2003; 19: 69–78.
53. The Institute for Family-Centered Care. What is patient- and family-centered care? URL: <http://www.familycenteredcare.org/index.html>. Accessed January 25, 2012.
54. Saunders R.P., Abraham M.R., Crosby M.J., Thomas K., Edwards H. Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics*. 2003; 111: e437–449.
55. UNICEF. Convention on the rights of the child. URL: <http://www.unicef.org/crc>. Accessed January 25, 2012.
56. Nyqvist K.H., Engvall G. Parents as their infant's primary caregivers in a neonatal intensive care unit. *J Pediatr Nurs*. 2009; 24: 153–163.
57. Lundqvist P., Jakobsson L. Swedish men's experiences of becoming fathers to their preterm infants. *Neonatal Netw*. 2003; 22: 25–31.
58. Pontes C.M., Osorio M.M., Alexandrino A.C. Building a place for the father as an ally for breastfeeding. *Midwifery*. 2009; 25: 195–202.
59. Blomqvist Y.T., Rubertsson C., Kylberg E., Joreskog K., Nyqvist K.H. Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *J Adv Nurs*. 2011 Nov 23. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x [Epub ahead of print].
60. Beck S.A., Weiss J., Greisen G., Andersen M., Zoffmann V. Room for family-centered care — a qualitative evaluation of a neonatal intensive care unit remodeling project. *J Neonatal Nurs*. 2009; 15: 88–99.
61. Nyqvist K.H., Ewald U., Sjoden P.O. Supporting a preterm infant's behaviour during breastfeeding: a case report. *J Hum Lact*. 1996; 12: 221–228.
62. Solhaug M., Bjork I.R., Sandtro H.P. Staff perception one year after implementation of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *J Pediatr Nurs*. 2010; 25: 89–97.
63. Als H., Duffy F.H., McNulty G.B. Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatr*. 1996; 416 (Suppl.): 21–30.
64. Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E., McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327: 1219–1221.
65. Conner J.M., Nelson E.C. Neonatal intensive care: satisfaction measured from a parent's perspective. *Pediatrics*. 1999; 103: 336–349.
66. Green J.M., Renfrew M.J., Curtis P.A. Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*. 2000; 16: 186–196.
67. Rodriguez C., des Rivières-Pigeon C. A literature review on integrated perinatal care. 2007/09/06 ed., 2007. P. e28. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1963469/>. Accessed January 25, 2012.
68. Ekstrom A., Widstrom A.-M., Nissen E. Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support? *Birth*. 2006; 33: 123–130.
69. Hurst I. Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2001; 15: 65–82.
70. Nyqvist K.H., Haggkvist A.P., Hansen M.N., Kylberg E., Frandsen A.L., Maastrup R., Ezeonodo A., Hannula L., Haiek L.N. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations. *J Hum Lact*. 2013; 29 (3): 300–309.