

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УСПЕШНУЮ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНУЮ ЛАКТАЦИЮ: НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ И ВОЗМОЖНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Олеся Дмитриевна Добрынина^{1✉}, Андрей Александрович Тепляков²

^{1,2}Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

¹Dobrynina_od@surgu.ru[✉], <https://orcid.org/0009-0005-1904-9415>

²teplyakov_aa@surgu.ru, <https://orcid.org/0009-0003-0066-6099>

Аннотация. Проблема грудного вскармливания и увеличение его распространенности рассмотрены с позиции трех возможных уровней воздействия на механизмы его реализации – правовом, системы здравоохранения и личностном. Представлен обзор литературы об организационных вопросах по реализации и распространению программ грудного вскармливания, периоде лактации, способов формирования доминанты лактации, сложностях самого процесса лактации и необходимости предлактационной подготовки женщин на этапе беременности с целью повышения приверженности грудному вскармливанию, а также проблем, не позволяющих преодолеть низкий порог распространенности грудного вскармливания.

Ключевые слова: грудное вскармливание, поддержка матерей, лактация, инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ, прекращение грудного вскармливания

Шифр специальности: 3.1.21. Педиатрия.

Для цитирования: Добрынина О. Д., Тепляков А. А. Факторы, влияющие на успешную и продолжительную лактацию: накопленный опыт и возможные перспективы // Вестник СурГУ. Медицина. 2024. Т. 17, № 1. С. 8–20. DOI 10.35266/2949-3447-2024-1-1.

Review article

FACTORS AFFECTING SUCCESSFUL AND PROLONGED LACTATION: CURRENT EXPERIENCE AND POSSIBLE PROSPECTS

Olesya D. Dobrynina^{1✉}, Andrey A. Teplyakov²

^{1,2}Surgut State University, Surgut, Russia

¹Dobrynina_od@surgu.ru[✉], <https://orcid.org/0009-0005-1904-9415>

²teplyakov_aa@surgu.ru, <https://orcid.org/0009-0003-0066-6099>

Abstract. The problem of breastfeeding and an increase in its prevalence are examined at three possible levels of influence on the mechanisms for implementing breastfeeding: state, health care system, and personal. The study reviewed the literature on managing issues of implementation and prevalence of breastfeeding programs, the lactation period, approaches to forming lactation dominants, lactation challenges, and the need for prelactation preparation for pregnant women in order to increase breastfeeding adherence. The study also examined the issues that prevent breastfeeding from overcoming its low barrier.

Keywords: breastfeeding, maternal support, lactation, WHO/UNICEF initiative, ab lactation

Code: 3.1.21. Pediatrics.

For citation: Dobrynina O. D., Teplyakov A. A. Factors affecting successful and prolonged lactation: Current experience and possible prospects. *Vestnik SurGU. Meditsina*. 2024;17(1):8–20. DOI 10.35266/2949-3447-2024-1-1.

ВВЕДЕНИЕ

Питание младенцев как программирующий фактор, оказывающий эпигенетическое воздействие, определяет необходимость создания всех необходимых условий для реализации успешного грудного вскармливания (ГВ) детей [1–3]. Грудное вскармливание является единственной уникальной эволюци-

онно сложившейся формой питания детей раннего возраста. Грудное молоко (ГМ) является регуляторной системой, обеспечивающей неуклонный рост, развитие, дифференцировку тканей ребенка. Невроятно большое количество различных компонентов ГМ – около 400, создают условия для реализации генетического потенциала человека [2]. При этом

содержащиеся компоненты: эссенциальные составляющие, биологически активные вещества органической природы – гормоны, ферменты, иммуноглобулины, компоненты комплимента, сывороточные белки и др., демонстрируют невозможность создания идентичного аналога в виде даже самой сбалансированной адаптированной смеси. Ни одна из самых передовых технологий не позволяет воспроизвести заменители ГМ, которые бы обеспечивали ребенку на каждом из этапов его онтогенеза гармоничный рост и развитие, становление иммунитета, формирование кишечной микробиоты, развитие когнитивной сферы и пр. Кормление грудью ребенка раннего возраста – это перспектива на будущее здоровье взрослого человека за счет протективного и профилактического действия ГМ при риске развития ряда заболеваний, таких как атеросклероз, сахарный диабет, метаболический синдром, ожирение и др. [2]. Кормление грудью рассценивается как простой и экономически малозатратный способ формирования популяционного здоровья в силу оказываемого эпигенетического программирования питанием с момента внутриутробного развития до 2 лет жизни, процесс которого связан с метилированием ДНК [3].

Однако статистические исследования с регулярным постоянством демонстрируют невысокий процент распространенности ГВ, по данным Росстата 2020 г.: до 6 месяцев жизни – 43,9 %, а к 1 году – 39,2 %.

В чем кроется причина дисбаланса между широкими возможностями ГВ и низким уровнем его реализации? На настоящий момент сформировано понимание актуальности проблемы в педиатрическом профессиональном сообществе, вместе с тем, следует констатировать отсутствие необходимых знаний у матерей об отрицательных аспектах влияния на здоровье и развитие ребенка отказа от ГВ [4]. При очевидных, казалось бы, плюсах кормления грудью – здоровье ребенка и взрослого в последующие годы, удобство, экономическая выгода для семьи, безопасность и другие положительные составляющие, статистика неизменно констатирует факт низкой распространенности данного вида вскармливания. Попробуем разобраться в причинах, способствующих созданию условий для успешной реализации ГВ детей раннего возраста и, соответственно, в возможных предпосылках увеличения его распространенности.

Цель – изучить литературу и регламентирующие документы по вопросам сохранения и поддержания лактации, выделить ведущие факторы, влияющие на процент успешной лактации и увеличение распространенности грудного вскармливания детей первого года жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен поиск в электронных научных библиотеках eLIBRARY.RU, КиберЛенинка и базах данных PubMed, Google Scholar с глубиной 10 лет с преимущественным анализом тактических, организационных, образовательных вопросов в отечественных и иностранных источниках за последние 5 лет программ оптимизации вскармливания детей первого года жизни, методических руководств ЮНИСЕФ (United Nations International Children's Emergency Fund, UNICEF).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Рассматривая основные направления данной проблематики, сфокусируемся на трех составляющих: система здравоохранения – институциональные; поддержание и оказание адресной помощи матерям – повышение качества и профессионализма медицинского персонала при оказании консультативной помощи женщинам; личностные – социально-психологические характеристики кормящих матерей.

Вопрос поддержания грудного вскармливания – «дело государственной важности».

Грудное вскармливание следует рассматривать как одну из составляющих, которая вносит существенный вклад в здоровье всего населения планеты, а также обеспечивает высокий уровень и качество жизни, при этом, имея ограниченные сроки по реализации этого процесса, распространяет свое влияние на протяжении всей последующей жизни человека. Проведенные исследования показывают положительные аспекты распространения повсеместной практики ГВ не только с точки зрения здоровья матери и ребенка, но и с точки зрения экономики. Так, опубликованные в феврале 2016 г. в журнале «Lancet» данные указывают на экономический потенциал ГВ, показана современная модель расчета экономических потерь, которая измеряется сотнями миллиардов долларов, что эквивалентно 0,49 % мирового валового национального дохода за год [5]. Данные потери обусловлены: младенческой смертностью; большими затратами на лечение состояний, вызванных отсутствием ГВ, таких как диарея, отиты, респираторные инфекции детей раннего возраста, случаями открытия листков временной нетрудоспособности по причине ухода за больным ребенком в связи с частой заболеваемостью детей, находящихся на искусственном вскармливании (ИВ) в раннем возрасте. При этом, если ГВ реализовано в достаточном объеме, возможно сокращение экономических потерь от 25 до 75 % [5–7]. Среди прочих причин экономического спада обозначен сниженный уровень интеллектуального развития трудоспособного населения, получающих в раннем возрасте заменители ГМ по сравнению с популяцией детей, вскормленных грудью, и, соответственно, потерянный потенциал научного, производственного и экономического развития в целом [5, 8].

При рассмотрении вклада ГВ в распространенность социально значимых заболеваний, таких как сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, онкологические заболевания репродуктивной сферы – на чаше весов вновь экономическая и популяционная составляющие. Так, благодаря пролонгированному ГВ до 1–2 лет снижается риск появления избыточного веса и/или распространенности ожирения на 13 и до 35 % соответственно, а также случаев развития сахарного диабета 2-го типа [8]. Установлена положительная корреляция протективного действия ГВ на предотвращение рака молочной железы до 20 000 случаев в год, что позволило бы снизить риск смерти женщин от данной причины [5, 8].

Учитывая глобальный вклад ГВ в здоровье популяции и в экономическую составляющую страны, вопросы по увеличению числа вскармливаемых гру-

дью детей и поддержанию ГВ должны приобрести статус государственной важности и, соответственно, требуют разработки определенных шагов на законодательном уровне. Так, в августе 2022 г. первый заместитель председателя Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Т. Буцкая заявила о разработке национальной стратегии по поддержке ГВ в России, установлении контроля за оборотом и общедоступностью заменителей ГМ. Принятие мер по поддержанию ГВ не только силами медицинского профессионального сообщества, но и на государственном уровне позволит увеличить распространенность ГВ, что окажет благоприятное влияние на такие показатели, как повышение качества и увеличение продолжительности жизни, которые относятся к приоритетным задачам, реализуемым в рамках национального проекта «Здоровье».

Научные открытия регулярно приводят к накоплению новых данных, фокус исследований все больше смещается в сторону изучения условий, в том числе социально-экономических, психологических и пр., способствующих наращиванию потенциала по увеличению распространенности ГВ и успешной реализации этой практики. Положительный опыт ГВ зависит от влияния сложного комплекса факторов, которые связаны с социально-демографическими характеристиками положения матери и семьи, биомедицинскими факторами, практикой медицинского обслуживания, психосоциальными факторами, социальной поддержкой, отношениями общества и государственной политикой [5, 8, 9].

Проведенные в США исследования продемонстрировали высокую связь между государственной поддержкой матерей на уровне штата и практикой ГВ. В ходе исследования установлена значимая роль государственной поддержки в виде личного сопровождения каждой кормящей женщины сертифицированным консультантом по ГВ (International Board Certified Lactation Consultant, IBCLC) с увеличением случаев ГВ на 5 и 4 % до 6 месяцев и до 1 года соответственно [10]. В проведенном в 2020 г. сравнительном исследовании штатов, где внедрены и действуют утвержденные на федеральном уровне законы по поддержанию ГВ, и штатов, где данные законы не действуют, установлено, что на территории без законодательной базы распространенность ГВ на 26 % ниже [11].

В систематическом обзоре 2020 г. приведены данные об экономической и стратегической составляющей внедрения и закрепления практики ГВ на государственном уровне. Отмечается важность политики, законодательства, а также регулярного мониторинга и обеспечение соблюдения политики, связанной с принципами ВОЗ, что без поддержки государства выполнить практически невозможно [3, 12, 13]. В статьях О. Б. Ладодо и В. Е. Ломовских приводятся данные об отсутствии должного мониторинга со стороны государства для обработки статистических данных по первому прикладыванию к груди, нет разработанной и утвержденной формы протокола по проведению сеанса «кожа-к-коже», кроме того, методика определения распространенности ГВ детей на педиатрическом участке не дает представления о качестве питания детей первого года жизни в медицинских организациях, а значит не ориентирует руководителей

здравоохранения на оценку эффективности работы педиатрической службы [1, 14].

Роль государства в вопросах поддержания ГВ в Российской Федерации на настоящий момент нечетко обозначена, при анализе законодательной базы удалось найти единичные законы, акты (статьи расходов) на уровне субъектов РФ, которые сводятся к выделению части средств из бюджета для оказания адресной помощи женщинам с доходом ниже прожиточного минимума для обеспечения ее молочными и специализированными продуктами с целью стимуляции лактации. При обзоре доступной нормативно-законодательной базы не удалось найти законов или актов, включающих стратегию по поддержанию ГВ в Российской Федерации на федеральном уровне. Продемонстрированный положительный опыт влияния государственной политики по вопросам ГВ мог бы послужить мотивационной составляющей для внесения рассмотрения этого вопроса на федеральном уровне: для разработки стратегии, утверждении ее на законодательном уровне и закреплении в системе здравоохранения.

РевOLUTIONным шагом в девяностых годах прошлого столетия можно назвать внедрение в практическое здравоохранение 10 принципов ГВ. Благодаря инициативе, изложенной в Инноцентийской декларации об охране, содействии и поддержке грудного вскармливания, принятой во Флоренции в 1990 г., данные рекомендации получили повсеместное распространение и реализуются в 150 странах мира. За прошедшие годы информация, полученная в результате социальных исследований, свидетельствует о том, что выполнение инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ привело к наращиванию потенциала в здравоохранении, укреплению мер по содействию и поддержке ГВ во многих медицинских учреждениях, особенно в родовспомогательных отделениях, что положительно повлияло на улучшение показателей раннего начала ГВ во всем мире [7, 15].

В России за период с 1996 по 2023 гг. проделана большая работа по поддержанию ГВ: принципы ВОЗ внедрены в систему здравоохранения, преподаются студентам в высших и средних медицинских учреждениях. Определенный статус медицинской организации (МО) – «Больница, доброжелательная к ребенку» (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI), предполагал, что в данной МО на регулярной основе будут предприниматься все меры для повышения приверженности ГВ и обеспечения ГМ детей с первых минут жизни. Поэтому инициатива по присвоению статуса BFHI в первую очередь касалась исключительно родильных домов, а начиная с 2003 г. данный статус присваивается в том числе и женским консультациям, и детским поликлиникам. На сегодняшний день «доброжелательными к ребенку» считаются 23 000 больниц по всему миру. Так, присвоение лечебным учреждениям статуса «Больница, доброжелательная к ребенку» демонстрирует положительные результаты по увеличению приверженности ГВ, при этом средняя длительность ГВ достигает 11–15 мес., а доля детей, находящихся исключительно на ГВ до 6 мес. составляет 40–80 %. На 2015 г. было зарегистрировано 295 учреждений в 51 субъекте РФ [16, 17]. Однако сводные данные по результатам работы клиник

с присвоенным статусом «Больница, доброжелательная к ребенку» отсутствуют, имеются единичные описания по различным регионам.

Нужно понимать, что полученное звание – это не только статус, но и ответственность по выполнению всех инициатив ВОЗ/ЮНИСЕФ в полном объеме, что, к сожалению, в существующих реалиях не всегда достижимо. Анализ результатов работы клиник демонстрирует, что присвоение статуса не всегда означает повышение результата [16, 18]. При оценке распространенности ГВ обращает на себя внимание снижение доли детей, которые сразу после рождения находились на ГВ, а в дальнейшем в силу различных причин были переведены на ИВ. По данным В. К. Юрьева, наибольший отказ от ГВ регистрировался в возрасте ребенка 3 и 6 месяцев – 21,8 и 25,3 % соответственно [19]. При этом очевидно, что наблюдение за детьми данного возраста производится в условиях поликлинического звена. Значительное уменьшение доли детей, вскармливаемых грудью, в период ведения ребенка в условиях амбулаторно-поликлинического звена ставит перед нами вопросы о выявлении причин, приводящих к отказу от ГВ.

Роль государственной политики в области здравоохранения включает в себя обязательный контроль качества оказываемых услуг, при этом качество определяется многими факторами, в том числе и уровнем квалификации врача и среднего медицинского персонала. Образовательная составляющая медицинского работника – зона ответственности самого сотрудника, прописанная в трудовых функциях профессионального стандарта врача-педиатра. Однако оценка уровня теоретической и практической подготовки должна носить систематический (периодический) характер, регулярно отслеживаться с целью выявления несоответствий, и на основании выявленных проблемных вопросов необходимо формировать траекторию обучения. Данная тактика продиктована необходимостью актуализации знаний в связи с достаточно длительным разрывом в 10 лет между ранее действующей редакцией методических рекомендаций по вскармливанию детей первого года жизни и новым изданием, в которое внесены дополнения и изменения. Нельзя отрицать, что во врачебной и сестринской среде сформировался устойчивый стереотип действий в вопросах питания, поэтому для перехода на новые алгоритмы и внедрение их в практику необходима организация обучения медицинского персонала.

В современных реалиях повышение квалификации сотрудника – это финансовое бремя, которое порой решается самостоятельно в силу сокращения финансирования на обучение кадров, в том числе за счет средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Согласно приказу обучение по программам повышения квалификации за счет средств ТФОМС предусмотрено только по тем разделам, в которых при проведении контроля оценки качества были выявлены дефекты оказания помощи [20]. Таким образом, при выборе слушателем той или иной программы обучения за счет собственных средств не исключается приоритет в пользу цены, а не качества образовательной программы, т. е. ценовая политика образовательных платформ

и собственные представления медицинского работника являются в данном вопросе определяющими.

В ряде публикаций ставится под сомнение уровень знаний медицинских сотрудников как во врачебной, так и сестринской среде по вопросам питания детей первого года жизни [4, 6, 16]. В сложившейся ситуации появляется необходимость отслеживания тематического плана при составлении траектории обучения по курсам повышения квалификации со стороны руководителей медицинских организаций. Не исключено, что образовательная составляющая сотрудников медицинских организаций должна быть сопряжена с дополнительным финансированием, следовательно, без государственного вмешательства данный вопрос не может иметь решения.

«Step by step». Рассмотрим принципы поддержания ГВ, разработанные ВОЗ/ЮНИСЕФ в части внесенных изменений при их пересмотре 2018 г., остановимся на наиболее «острых» из них, влияющих на успешную практику ГВ. В 58 исследованиях было продемонстрировано положительное влияние каждого из 10 шагов, разработанных ВОЗ. Изложенные принципы по поддержанию ГВ можно условно разделить на 2 составляющие: первая реализуется в условиях родовспомогательных учреждений, вторая – в условиях поликлинической педиатрической службы [5].

В тактике медицинского персонала для становления лактации у родивших женщин каждый шаг должен быть четко выверен и взвешен. Так, критичным для возникновения проблем с лактацией могут послужить следующие моменты: разлучение ребенка с матерью; несвоевременное начало кормления грудью; предоставление какого-либо питания до начала ГВ, введение докорма без обоснованных показаний и др.

В хронологическом порядке осуществления шагов на первом месте стоит шаг № 4 – «Содействие немедленному и непрерывному контакту "кожа-к-коже" и поддержка матерей начинать ГВ как можно быстрее после рождения ребенка». По вопросу первого прикладывания установлено влияние временного фактора с положительным результатом раннего начала и пролонгированного контакта младенца с матерью, т. е. чем раньше начат сеанс «кожа-к-коже» и чем более он продолжителен, тем более благоприятен прогноз для становления успешной лактации. В связи с накопленными данными произведен пересмотр 4-го шага от 2009 г., который регламентировал действия персонала в рамках 30 мин (прикладывание в первые 30 мин после родов на срок не менее 30 мин). На сегодняшний день актуальным является следующий алгоритм: при неосложненных родах новорожденного следует выкладывать на живот матери в первые 10 мин после родов с продолжительностью от 40 мин до 2 ч (по данным некоторых авторов, не менее 2 ч [5, 7, 21, 22]), предварительно осушив ребенка и создав условия по предотвращению потерь тепла. При этом все дальнейшие манипуляции должны носить второстепенный характер и должны быть отсрочены на 1 ч.

Данная тактика обусловлена значительным вкладом вышеперечисленных действий в здоровье как ребенка, так и матери. Так, раннее прикладывание к груди снижает риск послеродового кровотечения и стресс у роженицы, способствует формированию импринта у новорожденного, заселению кишечни-

ка новорожденного флорой матери, а также влияет на прогноз адаптации только что родившегося ребенка и устойчивость лактации роженицы [22].

Интересна взаимосвязь между кишечной микробиотой и процессом послеродового приспособления организма ребенка к изменившимся условиям. В процессах метаболической адаптации принимает участие система желудочно-кишечного тракта APUD (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation), диффузная эндокринная система или диффузная нейро-эндокринная система, синтезирующая пептидные гормоны и медиаторные нейромедиаторы. Активирование системы происходит с началом ГВ и поступлением бифидус-фактора ГМ. В течение первых 2–3 суток в крови новорожденных отмечается подъем уровня неопиатных пептидов анальгетиков, участвующих в регуляции выделения ряда гормонов, способствующих установлению охранительного режима в условиях перинатального стресса [9]. Отсюда очень существенна роль раннего начала ГВ и раннего воссоединения новорожденного с мамой для нивелирования родового стресса у ребенка и родильницы [23].

Многочисленные исследования демонстрируют, что у матерей, начинающих кормить своих детей сразу после родов, происходит достаточное накопление молока в течение первых 30 ч, что обеспечивает достаточную лактацию на протяжении 24–48 ч [8, 24].

Особая важность 4-го шага определяет необходимость его повсеместного внедрения и реализации, а для этого необходимо своевременное отслеживание правильности и регулярности выполнения рекомендаций, изложенных в программе оптимизации вскармливания детей ВОЗ/ЮНИСЕФ, т. е. ведение непрерывного мониторинга действий персонала должно стать повседневной практикой каждого медицинского родовспомогательного отделения [4, 5], а не «символическое» прикладывание новорожденного к груди матери с небольшой продолжительностью. Так, в крупномасштабном исследовании опубликованы данные деятельности отделений родовспоможения в 7 городах (Электросталь, Ростов-на-Дону, Южно-Сахалинск, Белебей-Туймазы, Ступино, Фрязино и Уфа), полученные по опросам 911 рожениц. Было установлено, что длительность нахождения ребенка у груди матери не менее 30 мин установлена только в 3–30 % случаев, особенно в клиниках, не имеющих статус «больница, доброжелательная к ребенку» [16], аналогичные результаты получены и в работе И. М. Пастбиной, проведенной в Архангельской области [18, 25]. В крупномасштабном исследовании, в ходе которого проведено анкетирование 10 010 женщин репродуктивного возраста, получены ответы, демонстрирующие неутешительные результаты по первому прикладыванию ребенка к груди матери – только каждый четвертый новорожденный был приложен к груди в течение первого часа после рождения [26].

Не меньшей значимостью обладает 6-й шаг – исключение кормления ребенка иным продуктом, кроме ГМ. При несоблюдении данных рекомендаций развивается цепь взаимосвязанных между собой последовательных событий, с одной стороны, запуск аллергических реакций у предрасположенных лиц, с другой – негативное влияние заменителей ГМ на сам процесс лактации с отсроченным запуском галактопоэза [4]. Отсутствие приверженности 6-му принципу приво-

дит к невыполнению шага № 9 – рекомендации не использовать соски/пустышки, в том числе на этапе до начала кормления грудью. В настоящее время не рекомендуется полный отказ от сосок/пустышек, а индивидуализированный подход и правильное их применение в зависимости от степени доношенности. В руководстве приводятся данные систематических обзоров, которые не демонстрируют преимуществ или значимых рисков перед разными способами докорма [3, 4], однако в ряде публикаций причиной снижения лактации указывается длительный опыт сосания из бутылочки, особенно до начала ГВ [27].

Описана новая интерпретация 8-го принципа – «Поддерживать матерей в своевременном распознавании сигналов ребенка о его готовности к кормлению». Принцип кормления ребенка по требованию, положенный в основу формирования устойчивой лактации, должен иметь правильное понимание у кормящих грудью матерей. Ранее понимание фокусировалось на своевременном распознавании знаков, подаваемых младенцами, так, каждое пробуждение даже в отсутствии плача расценивалось как повод приложить ребенка к груди [27, 28]. В настоящее время, напротив, не каждый плач и/или бодрствование сразу после сна должны рассматриваться как призыв к кормлению грудью, особенно на втором месяце жизни, это продиктовано необходимостью приведения процесса кормления к определенным режимным моментам с целью предотвращения поступления избыточного количества питательных веществ к ребенку и, как следствие, ускоренных темпов роста и повышенных прибавок массы тела [3]. С ростом ребенка пробуждение может быть вызвано формированием циркадных ритмов и удлинением периода бодрствования, желанием общения с матерью, дискомфортом от ощущения «мокрых пеленок» и др. [28, 29].

Удивительным открытием является распознавание речи новорожденного австралийской ученой П. Данстен, установившей, что звуки «неее, нэээ» обозначает «хочу есть», и при умении матери прислушиваться и наблюдать за своим ребенком может помочь ей в распознавании голода малыша [2].

Большая работа проделана по созданию оптимальных условий для становления лактации на этапе родовспомогательных учреждений, в частности практика круглосуточного пребывания новорожденного и матери в палате «мать-и-дитя». Это позволяет осуществлять кормление по требованию, что является необходимым условием для становления лактации, поскольку женщины, кормящие по требованию, имеют преимущество по показателям успешной практики ГВ перед кормлением по часам [3].

Учитывая важность вклада каждого шага на пути к долговременной эффективной лактации, детально рассмотрим показания для введения на этапе раннего неонатального периода иного кроме ГМ питания. Следует отметить, что в обновленных международных документах и программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни 2019 г. определены четкие показания по введению докорма и/или допаивания новорожденного водой при несвоевременном становлении лактации, в основу которых положен принцип посуточной физиологической потери массы тела. Так, физиологичным следует считать убыль массы тела в пределах следующих колебаний:

5–6 % – через 24 ч; 7–8 % – спустя двое суток; 9–10 % – через трое суток. В случае превышения этих показателей встает вопрос о назначении докорма. В основу расчетов положена оценка динамики массы тела, полученная при обследовании более 160 000 здоровых детей [30]. Также наряду с показателями динамики массы тела следует учитывать дополнительные признаки, свидетельствующие об обезвоживании клинически и/или лабораторно, дополнительными показателями являются: гипогликемия, урежение стула менее 4 раз или пролонгированное отхождение мекония на 5-е сутки. Описана линейка продуктов, которые могут быть использованы в качестве дополнительного питания. Предпочтение следует отдавать следующим продуктам в порядке убывания: сцеженному ГМ, в том числе донорскому, адаптированной молочной смеси (желательно использовать смесь на основе частично гидролизованного белка независимо от наличия или отсутствия риска развития аллергии); в особых условиях при потере 5–6 % массы тела и более на вторые сутки рекомендуется допаивать ребенка водой, этот способ является альтернативой докорму, при этом вопрос следует решать индивидуально [3]. Вместе с тем, по данным Американской академии по грудному вскармливанию, если следовать правилу кормления ребенка по первому требованию, то здоровому новорожденному в течение 24–48 ч не требуется докорм даже при малых порциях молока. За нормы посуточного потребления молозива следует считать следующие: в 1-е сутки – от 2 до 10 мл за одно кормление, учитывая, что если ребенок прикладывается к груди около 18 раз, то суточное потребление будет соответствовать физиологическому; во 2-е – от 5 до 15 мл; в 3-и – от 15 до 30 мл; в 4-е – от 30 до 60 мл [3, 27].

Введение докорма в родильном доме не должно являться основанием для регулярного последующего его применения после выписки [3]. При этом для своевременного принятия данного решения и разработки тактики перехода на исключительно ГВ требуется квалифицированная оценка состояния лактации и осмотр ребенка медицинским персоналом, а также сформированные знания у кормящих женщин о признаках достаточной лактации. Так как именно отсутствие объективных знаний о том, хватает ГМ младенцу или нет, является триггерным фактором в возникновении тревожности среди матерей, что существенно сказывается на их лактации [31, 32]. Важно, чтобы информативная составляющая была заложена на этапе беременности [33]. Так, ряд проведенных исследований отмечает низкий уровень знаний о процессе лактации среди женщин, не посещавших занятия в школах материнства, и высокий уровень сформированных знаний по вопросам ГВ после обучения по программам обучения матерей на этапе беременности [6]. Посещение беременными женщинами школ матерей позволяет повысить приверженность ГВ, снизить уровень тревожности по сравнению с исходным, сформировать положительный настрой на материнство в целом [27].

Рассмотренные принципы реализуются в условиях родовспомогательных отделений, где наиболее реалистично выполнить все вышеперечисленные действия в силу непрерывного наблюдения медицинским персоналом родившей женщины и ново-

рожденного ребенка. Из «десяти шагов», предусмотренных инициативой ВОЗ/ЮНИСЕФ, самым трудным сточки зрения осуществления считаются шаги №3 и 10, касающиеся дородовой популяризации знаний и послеродовой поддержки, так как выполняются они в условиях поликлинического звена. При сложившейся системе территориально-участкового принципа семья каждого новорожденного имеет возможность получить квалифицированную помощь во время патронажа или амбулаторного приема, однако кратность и продолжительность непосредственного общения зависят от загруженности участковой службы другими видами работ [3, 9, 15]. Приведенные ниже цифры демонстрируют неудовлетворительную ситуацию с патронажами: посещение ребенка на дому в первые 2–3 дня было выполнено у 90,1 % респондентов, у 9,9 % не было выполнено вовсе; во время патронажа вопросам ГВ уделено время в 72,1 % случаев, при этом 27,9 % женщин консультации не были проведены [34]. Кроме того, в условиях медицинских амбулаторно-поликлинических организаций бюджетного уровня отсутствует круглосуточная поддержка матерей, при этом такой вид поддержки необходим при возникающих сложностях во время ГВ. Частично данный вопрос, связанный с круглосуточной поддержкой, решается за счет некоммерческих организаций, а вклад муниципальных медицинских организаций остается на минимальном уровне [35]. Это подтверждается кластерным исследованием по многим показателям 2015 г., где продемонстрирована разница между высоким уровнем достигнутых результатов в родовспомогательных организациях и низкой результативностью в амбулаторно-поликлинических условиях [34].

Тактические действия и правильная трактовка. Эффективность ГВ напрямую зависит от выполнения ряда условий, влияющих на процесс лактации (рис. 1), и зачастую определяется конкретным вкладом в данный процесс непосредственных участников процесса – матери, ребенка и персонала.



Рис. 1. Факторы, влияющие на процесс лактации
Примечание: составлено по [5, 36].

Так, участковому врачу-педиатру на начальном этапе следует обязательно произвести визуальный контроль прикладывания ребенка к груди с целью оценки правильности действий кормящей женщиной. Однако, по результатам оценки оказания помощи на амбулаторном этапе, регистрируется пониженный

процент консультаций медицинским персоналом по вопросам ГВ на 14,5 % по сравнению с проводимыми консультациями врачами неонатологами [34, 37]. При поиске значимого фактора отсутствия положительной практики ГВ следует пользоваться следующим алгоритмом: врач, анализируя все причины недостаточного получения ГМ ребенком, сначала должен исключить наиболее частые из них, далее перейти на рассмотрение редких причин [38]. Частые и редкие причины со стороны матери и ребенка приведены в табл. 1, 2.

Вместе с тем, эффективность установления причин неадекватного кормления ребенка напрямую зависит от научных знаний проблематики, опыта и эмпатии медицинского персонала [5]. Среди перечисленных причин для матери немаловажную роль играют психологические факторы. Для увеличения положительных результатов вскармливания детей важно сформировать ощущение привязанности к ребенку еще на этапе беременности [24, 27]. В литературе описаны определенные упражнения с целью формирования ощущения материнства и успешной лактации. К ним относятся: занятия с психологом, посещение занятий в школе матери и упражнения для установления контакта матери с еще нерожденным ребенком. Описано положительное воздействие голоса матери с определенным повторяющимся ритмом, например, пение одной и той же песни на протяжении беременности с последующей демонстрацией

взаимосвязи голоса и интенсивности сосания груди ребенком при исполнении этой же песни после рождения малыша [28]. В многочисленных исследованиях подчеркивается необходимость своевременной, до рождения ребенка создания доминанты (приверженности) ГВ [1, 5, 37, 39]. В формировании доминанты ГВ ряд авторов выделяют несколько периодов: период формирования личностного импринтинга за счет наличия собственного младенческого опыта ГВ; затем в закладывании основ материнства и понимания важности ГВ выделяют не менее важный период – пубертатного возраста; и далее на этапе беременности – кульминационный период в создании приверженности ГВ. Таким образом, важно создать ось преемственности «девочка – девушка – будущая мать». Данная доминанта является мощным стимулом, поддерживающим матерей при возникновении сложностей во время кормления грудью [40]. Как пример демонстрации отсутствия сформированной приверженности ГВ – наличие определенного процента женщин, которые осознанно прекращают ГВ сразу после выписки из родильного дома, приведен в исследовании, проведенном в г. Санкт-Петербурге по результатам анкетирования 576 матерей, прикрепленных к шести поликлиникам города. Установлено, что 5,1 % из них сразу планировали перевести ребенка на ИВ, а 8,4 % матерей объяснили отказ от раннего прикладывания нежеланием кормить ребенка грудью [34].

Таблица 1

Причины, по которым ребенок получает недостаточное количество грудного молока при кормлении грудью (частые)

Факторы, связанные с процессом кормления	Психологические факторы со стороны матери
Несвоевременное начало кормления грудью	Наличие сомнений в правильности действий
Длительные перерывы между прикладываниями к груди, кормление по часам	Тревога, стресс
Короткие по продолжительности кормления грудью	Психологическая неприязнь матери к кормлению грудью
Отсутствие ночного кормления	Нежеланный ребенок
«Некачественное» прикладывание к груди	Усталость, частые ночные пробуждения (недосыпания), переутомление
Применение заменителей молочной железы (бутылочек, сосок, пустышек)	
Введение прикорма (после 4 мес.)	

Примечание: составлено по [37, 39].

Таблица 2

Причины, по которым ребенок получает недостаточное количество грудного молока при кормлении грудью (редкие)

Состояние матери	Состояние ребенка
Прием некоторых лекарственных препаратов (контрацептивов, диуретиков)	Острые заболевания респираторной системы ребенка (нарушение носового дыхания)
Повторно наступившая беременность	Аномалии развития челюстно-лицевого аппарата
Резкое истощение, недостаточная нутритивная поддержка матери	
Рацион питания матери (изменение вкусовых качеств молока)	
Наличие вредных привычек (употребление алкоголя, никотина)	Короткая уздечка языка, верхней губы
В раннем неонатальном (остаток дольки плаценты в матке (редко))	
Плохо развитая грудь (очень редко)	

Примечание: составлено по [37, 39].

В унисон с отечественными исследованиями многочисленные зарубежные работы демонстрируют важность пренатального обучения матерей, в которых приводятся данные по увеличению на 33 % приверженности и сохранения ГВ среди женщин, посещавших занятия по вопросам ГВ, по сравнению с теми, кто не прослушал курс по подготовке к материнству [11, 16, 21, 41, 42].

В зарубежных исследованиях проведена оценка самоэффективности ГВ – это ощущение уверенности женщины в своей способности кормить грудью. Данное чувство является прогностически значимым для начала и продолжительности успешной длительной лактации [41–43].

Большой акцент в руководстве по ГВ сделан на то, что все беременные женщины должны располагать базовой информацией о пользе ГВ, возможных трудностях и мерах их преодоления. Обзор результатов 18 исследований показывает, что вопросам ГВ уделяется недостаточное внимание, и многие разделы остаются вне зоны ведения матерей. При этом опрошенные хотели бы получать больше информации от специалистов, в том числе и практического характера [5]. Положительное влияние работы персонала выражается в увеличении случаев более продолжительного кормления грудью по сравнению с изначально запланированным [34].

Знание физиологии лактации – основа кормления по требованию – стойкая лактация. Каждая кормящая женщина должна обладать знаниями о физиологии лактации. Желательно, чтобы информация была представлена в понятной и доступной форме медицинскими работниками еще на этапе беременности [5, 39].

Выработка молока зависит от двух факторов – гормонального и физического (регулярного опорожнения ацинусов при сосании молока). Во время акта сосания происходит высвобождение пролактина, окситоцина и тиреотропного гормона [16, 17]. Отмечается, что тиреотропный гормон участвует в регуляции уровня пролактина при лактации. Во время полной заполненности ацинусов молочной железы ГМ вырабатывается ингибитор, который тормозит секрецию новой порции молока. На начальном этапе высокая частота прикладывания к груди обеспечивает, с одной стороны, выработку гормонов, с другой – блокировку ингибитора синтеза ГМ. Через 4 мес. после рождения ребенка акт сосания становится единственным стимулятором выработки молока. Отток молока из млечных протоков происходит как под давлением, так и под действием сокращения миоэпителиальных клеток, окружающих альвеолярные протоки. Сокращение миоэпителиоцитов происходит под действием окситоцина. Синтез и транспорт этого гормона в заднюю долю гипофиза напрямую связан с процессом сосания, при кормлении раздражаются тактильные сенсоры в ареоле, передают импульс корешкам грудных нервов, образуя афферентную сенсорную дугу, которая стимулирует паравентрикулярные и супраоптические ядра гипоталамуса. И под действием окситоцина молоко из главного синуса молочной железы выходит через 15–20 отверстий, обеспечивая поступление молока к ребенку [23, 28].

Базируясь на физиологических основах лактации, выведены правила по частоте прикладывания ребенка к груди при кормлении по «первому требо-

ванию» младенца. В первые дни эта частота может достигать высоких цифр, доходя порой до 18–20 раз за сутки [27, 28]. Оптимальным считается перерыв не реже 1,5–2 ч днем, в ночное время перерыв удлинняется и составляет 3–4 ч [3], опасаться более высокой частоты прикладывания в первые недели жизни ребенка не стоит. Основная задача этого этапа становления лактации – обеспечение физиологической стимуляции и увеличение объема синтеза ГМ.

Как вариант стимуляции следует рекомендовать дополнительное сцеживание между непосредственными прикладываниями к груди, что актуально, например, при синдроме «голодного счастливца» или при слабовыраженном сосательном рефлексом, а также при рождении недоношенного или незрелого новорожденного [21, 31]. При невозможности кормить грудью необходимо установить режим сцеживания с целью стимуляции лактации не реже чем каждые 2–3 ч, в том числе и в ночное время с продолжительностью сцеживания по 20–30 мин. Сталкиваясь со сцеживанием, большинство женщин испытывают чувство нехватки секретируемого молока, так как объем зачастую не столь большой, как предполагает сама женщина, в данном случае следует объяснять матери, что каждые 5–10 мл сцеженного молока способствуют выработке новой порции молока в большем объеме в перерасчете на объем сцеженного за предыдущий раз молока [27, 28].

Кормящая женщина, являясь основным участником ГВ, должна стать объектом повышенного внимания со стороны семьи, медицинского персонала, психологов, поскольку за время ГВ она может столкнуться с непредвиденными ситуациями, которые осложняют долговременный прогноз для успешного вскармливания грудью. Среди описанных в литературе случаев прекращения ГВ наиболее распространенной и в то же время сложной для решения проблемой является отсутствие или небольшое количество молока у матерей вне зависимости от срока отказа от ГВ [19]. Состояние гипогалактии может носить первичный характер в силу железистой недостаточности и стать причиной несостоятельности кормления грудью с первых дней жизни младенца и, напротив, при вторичной гипогалактии есть все шансы по установлению длительной лактации. Вторичная недостаточность лактации является следствием тактических ошибок, связанных с неэффективным и/или редким сосанием груди (рис. 1), а порой и психологических факторов (табл. 1, 2). Следует помнить о наиболее физиологичном варианте снижения лактации – лактационных кризах, которые случаются на 3–6-й неделе, 3–4-м месяце и 7–8-м месяце кормления ребенка грудью и связаны с физиологическими изменениями уровня гормонов в крови женщины и так называемыми «спрутами аппетита» младенца. При этом данная ситуация не должна являться поводом для прекращения ГВ или введения дополнительного докорма при разрешении ее в течение 3–4 дней [4, 28, 39].

Несмотря на причину пониженной секреции молока все меры должны быть направлены на усиление и восстановление лактации и устранение причин, приведших к данной ситуации [27]. Все ситуации, связанные с гипогалактией, могут вызывать опасение матери по поводу ее состоятельности как кормящей женщины и являться причиной перевода ребенка на ИВ [39].

Зачастую решение перевода ребенка с грудного на смешанное и/или искусственное вскармливание и прекращение лактации является самостоятельно принятым матерью без участия медицинского персонала. Так, доля отказов от ГВ на первом году жизни ребенка, связанных с субъективными причинами и самостоятельно принятым решением, т. е., иными

словами – варианта предотвратимого отказа, по данным разных авторов, составляет от 41,6 до 65 %, среди них: занятость матери (учеба или работа) как причина прекращения лактации – 11,6 %, просто нежелание женщины продолжать ГВ – 9,1 % [4, 19, 39]. Наиболее частые причины прекращения кормления грудью представлены в табл. 3.

Таблица 3

Управляемые и неуправляемые причины, приводящие к прекращению грудного вскармливания

Неуправляемые, «объективные причины»	Управляемые, «субъективные причины»
Железистая недостаточность (первичная гипогалактия)	Незнание способов стимуляции лактации
	Временный дискомфорт/болезненные ощущения при кормлении (патологическое набухание молочных желез, трещины сосков, неправильное прикладывание)
	Отсутствие мотивации/уверенности в собственной состоятельности
	Усталость, переутомление
	Частый жидкий стул у ребенка при ГВ

Примечание: составлено по [3, 4, 19, 39].

Среди причин, приводящих к снижению продукции молока и дальнейшему отказу от кормления грудью, в преобладающем большинстве случаев выявлена субъективная составляющая, которая является следствием неосознанного отношения к родительству. И. А. Тишевский приводит обоснование отсутствия ответственного материнства в нарушение детско-родительских взаимоотношений по причине индустриализации, разрыва связей между поколениями и несформированными паттернами материнского поведения начиная с первых дней после рождения ребенка [44]. Нельзя игнорировать данный факт, так как роль и поддержка кормящей женщины всеми членами ее семьи чрезвычайно важна для эффективного вскармливания ребенка [3, 5, 44].

Положительная практика ГВ во многом зависит и от персональных особенностей кормящей женщины, а именно ее настроения, порой терпения и понимания механизмов не только лактации, но и анатомо-физиологических особенностей новорожденного и ребенка грудного возраста. Среди причин, вызывающих тревогу у матери, вследствие которых она прекращает ГВ и переводит ребенка на ИВ, указывается наличие у ребенка частого жидкого стула и проявлений кишечной колики [9].

При анализе данной ситуации причина зачастую кроется в технических ошибках – недостаточном удержании ребенка у груди и получения им в большем объеме передней порции молока, богатой лактозой и водой. Несмотря на то, что в последних публикациях приводятся данные об условном делении ГМ на «переднее» и «заднее», так как спектральный анализ показал, что в течение одного кормления синтезируется молоко одного состава [3], однако при длительных интервалах между кормлениями часть жировых глобул все же оседает на стенках молочных протоков и отрываются, попадая в просвет протоков только при более длительном и интенсивном сосании малыша, а не сразу в начале кормления. Именно поэтому в полости протоков остается обедненное по жировому составу «переднее молоко», и тогда в начале кормления действительно ребенок

получает большее количество углеводов (лактозы), чем жировой составляющей, что приводит к чрезвычайно кислой реакции, которая может вызвать повреждение щетинок кишечника, проявляясь болевым синдромом, вздутием, частым жидким пенистым стулом, а в экстремальных ситуациях может спровоцировать обезвоживание [9].

В данном случае важно понимание причин возникновения вышеописанной ситуации как врачами, медицинскими сестрами, так и самой матерью для своевременного выбора правильной тактики – перекладывать ребенка к другой молочной железе только в случае насыщения у одной, а также необходимости придерживаться правила кормления ребенка по требованию с оптимальными интервалами. При выработке правильных действий симптоматика «непереносимости грудного молока» чаще всего исчезает в течение 24 ч [3, 9].

Среди прочих моментов, влияющих на успех лактации, в части публикаций выделяют парадигму социально-экономических и демографических факторов, влияющих на успех лактации: занятость женщины (работающая/неработающая), уровень образования, доход семьи, возраст, поддержка членов семьи. Однако данные по влиянию именно этих показателей не всегда имеют однонаправленный результат. При рассмотрении занятости женщины и уровня дохода установлена прямая зависимость от обоих факторов – чем выше занятость и обеспеченность, тем ниже частота вскармливания грудью. Однако при организации рационального подхода и сопровождения этих женщин индивидуальными консультантами по ГВ достигались значимые результаты по успешной лактации [10]. В других исследованиях данные о влиянии уровня образования женщин неодинаковы, а его влияние противоречиво в зависимости от стран. Например, в промышленно развитых странах больший процент женщин, кормящих грудью, приходится на образованных женщин, тогда как в более бедных странах, как правило, тенденция обратная [45]. В то же время связь образования женщин и продолжительности ГВ с течением времени может

нивелироваться, т. е. при установившейся лактации уровень образования оказывает меньшее влияние [16], вместе с тем, есть работы, демонстрирующие высокую степень влияния уровня образования на длительность кормления грудью [46]. Неоднозначность и ограниченное количество результатов по взаимосвязи социально-экономических факторов и лактации требует дальнейшего изучения вопроса. Среди прочих факторов установлена взаимосвязь с возрастом матери и поддержкой семьи [3, 5, 10, 47].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На эффективность грудного вскармливания, становление и реализацию успешной лактации у женщин влияет сложный комплекс факторов: индивидуальные (личностные) характеристики кормящей матери – социально-демографические, психосоциальные характеристики семьи; биомедицинские показатели матери; наличие сформированной доминанты грудного вскармливания; медицинские факторы – надлежащая практика медицинского обслу-

живания; социальная и психологическая поддержка матерей; положительное отношение общества; государственная политика – организационно-методические подходы в системе здравоохранения.

Для увеличения распространенности грудного вскармливания следует строго придерживаться на всех уровнях оказания медицинской помощи организационных принципов, изложенных в инициативе ВОЗ и программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни, а для этого необходимы разработка новых подходов по внедрению регулярного мониторинга процесса их реализации, проведение внешней переаттестации медицинских работников, формирование знаний по вопросам лактации, а также сложностям, связанным с данным периодом у всех беременных женщин.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ладодо О. Б., Жданова С. И., Зубков В. В. и др. Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы // Общественное здоровье. 2023. Т. 3, № 1. С. 18–32. DOI 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32.
2. Кулакова Г. А., Соловьёва Н. А., Курмаева Е. А. Грудное вскармливание как проблема XXI века // Вопросы современной педиатрии. 2014. Т. 13, № 3. С. 93–96. DOI 10.15690/vsp.v13i3.1034.
3. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ : методич. рекомендации. 2019. 160 с. URL: https://www.pediatr-russia.ru/information/dokumenty/other-docs/nacprog1year_2019.pdf (дата обращения: 06.02.2024).
4. Каширская Е. И., Каменева О. П., Черемина Н. И. и др. К вопросу поддержки грудного вскармливания: от теории к практике // Медицинский совет. 2020. № 1. С. 24–29. DOI 10.21518/2079-701X-2020-1-24-29.
5. Руководство по осуществлению: защита, содействие и поддержка грудного вскармливания в медицинских учреждениях, обслуживающих матерей и новорожденных: пересмотренная Инициатива по созданию в больницах благоприятных условий для грудного вскармливания 2018. URL: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241513807> (дата обращения: 06.02.2024).
6. Беляева Н. А., Панина О. С., Черненко Ю. В. Оценка знаний кормящих матерей в вопросах грудного вскармливания до и после занятий в школе материнства // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10, № 1. С. 108–110.
7. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials // *Lancet Glob Health*. 2016. Vol. 4, no. 4. P. e266–e275. DOI 10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
8. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect // *Lancet*. 2016. Vol. 387, no. 10017. P. 475–490. DOI 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
9. Чувакова Т. К., Айыпханова А. Т., Курмангалиева Э. А. и др. Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания : метод. рекомендации. 2020. 76 с.
10. Yourkavitch J., Hall Smith P. Women's status, breastfeeding support, and breastfeeding practices in the United States //

REFERENCES

1. Ladodo O. B., Zhdanova S. I., Zubkov V. V. et al. Breastfeeding in Russia: Problems and prospects. *Public Health*. 2023;3(1):18–32. DOI 10.21045/2782-1676-2023-3-1-18-32. (In Russ.).
2. Kulakova G. A., Solov'eva N. A., Kurmaeva E. A. Breast feeding as a problem of the XXI century. *Current Pediatrics*. 2014;13(3):93–96. DOI 10.15690/vsp.v13i3.1034. (In Russ.).
3. Program for optimizing breastfeeding for one-year-old children in the Russian Federation. Methodical guidelines. 2019. 160 p. URL: https://www.pediatr-russia.ru/information/dokumenty/other-docs/nacprog1year_2019.pdf (accessed: 06.02.2024). (In Russ.).
4. Kashirskaya E. I., Kameneva O. P., Cheremina N. I. et al. To the issue of breastfeeding support: From theory to practice. *Medical Council*. 2020;(1):24–29. DOI 10.21518/2079-701X-2020-1-24-29. (In Russ.).
5. Implementation guidance: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. URL: <https://www.who.int/ru/publications/i/item/9789241513807> (accessed: 06.02.2024). (In Russ.).
6. Belyaeva N. A., Panina O. S., Chernenkov Yu. V. Evaluation of knowledge of breastfeeding mothers before and after the maternity school. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2014;10(1):108–110. (In Russ.).
7. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–e275. DOI 10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
8. Victora C. G., Bahl R., Barros A. J. et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–490. DOI 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
9. Chuvakova T. K., Aypkhanova A. T., Kurmangalieva E. A. et al. Protection, support and encouragement of breastfeeding. Methodical guidelines. 2020. 76 p. (In Russ.).
10. Yourkavitch J., Hall Smith P. Women's status, breastfeeding support, and breastfeeding practices in the United States. *PLoS One*. 2022;17(9):e0275021. DOI 10.1371/journal.pone.0275021.
11. Apanga P. A., Christiansen E. J., Weber A. M. et al. The role of state breastfeeding laws and programs on exclusive breastfeeding practice among mothers in the special supplemental nutrition

- PLoS One. 2022. Vol. 17, no. 9. P. e0275021. DOI 10.1371/journal.pone.0275021.
11. Apanga P. A., Christiansen E. J., Weber A. M. et al. The role of state breastfeeding laws and programs on exclusive breastfeeding practice among mothers in the special supplemental nutrition program for Women, Infants, and Children (WIC) // *Int Breastfeed J*. 2022. Vol. 17, no. 1. P. 46. DOI 10.1186/s13006-022-00490-9.
 12. Carroll G., Safon C., Buccini G. et al. A systematic review of costing studies for implementing and scaling-up breastfeeding interventions: What do we know and what are the gaps? // *Health Policy Plan*. 2020. Vol. 35, no. 4. P. 461–501. DOI 10.1093/heapol/czaa005.
 13. Smith-Gagen J., Hollen R., Tashiro S. et al. The association of state law to breastfeeding practices in the US // *Matern Child Health J*. 2014. Vol. 18, no. 9. P. 2034–2043. DOI 10.1007/s10995-014-1449-4.
 14. Ломовских В. Е., Бердикова Т. К., Врублевская Е. Ю. Оценка и предложения по изменению статистики распространенности грудного вскармливания в РФ // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2009. № 4. С. 3–5.
 15. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255197/9789241512381-eng.pdf?sequence=1> (дата обращения: 06.02.2024).
 16. Абольян Л. В., Новикова С. В., Дерю А. В. Длительность грудного вскармливания младенцев, наблюдавшихся в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания ВОЗ/Юнисеф «Больница, доброжелательная к ребенку» // *Педиатрия*. 2015. Т. 94, № 5. С. 89–95.
 17. Bass J. L., Gartley T., Kleinman R. Outcomes from the Centers for Disease Control and Prevention 2018 Breastfeeding Report Card: Public policy implications // *J Pediatr*. 2020. Vol. 218. P. 16–21.e1. DOI 10.1016/j.jpeds.2019.08.059.
 18. Пастбина И. М., Игнатова О. А., Меньшикова Л. И. Организационные аспекты исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2018. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/998/30/lang,ru/> (дата обращения: 06.02.2024).
 19. Юрьев В. К., Моисеева К. Е., Алексеева А. В. Основные причины отказов от грудного вскармливания // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019. № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1059/30/lang,ru/> (дата обращения: 04.02.2024).
 20. Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования : постановление Правительства Рос. Федерации от 26.02.2021 № 273 // *СЗ РФ*. 2021. № 10. Ст. 1611.
 21. Гуркина Е. Ю., Беляева Е. Н., Гавришук Ю. Г. и др. Влияние занятий в школе будущих матерей при перинатальном центре ФГБУ ФМИЦ им. В. А. Алмазова на психоэмоциональное состояние беременных и течение родов // *Актуальные вопросы педиатрии и перинатологии* : сб. работ. СПб. : ИнформМед, 2015. С. 259–262.
 22. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ. М., 2011. URL: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/RUS%202009%20National%20program%20for%20optimal%20nutrition%20for%20children%20under%201%20year.pdf> (дата обращения: 04.02.2024).
 23. National program for Women, Infants, and Children (WIC). *Int Breastfeed J*. 2022;17(1):46. DOI 10.1186/s13006-022-00490-9.
 24. Carroll G., Safon C., Buccini G. et al. A systematic review of costing studies for implementing and scaling-up breastfeeding interventions: What do we know and what are the gaps? *Health Policy Plan*. 2020;35(4):461–501. DOI 10.1093/heapol/czaa005.
 25. Smith-Gagen J., Hollen R., Tashiro S. et al. The association of state law to breastfeeding practices in the US. *Matern Child Health J*. 2014;18(9):2034–2043. DOI 10.1007/s10995-014-1449-4.
 26. Lomovskiykh V. E., Berdikova T. K., Vrublevskaya E. Y. Evaluation and suggestions for changing the statistics of breast-feeding prevalence in the Russian Federation. *Volgograd Journal of Medical Research*. 2009;(4):3–5. (In Russ.).
 27. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255197/9789241512381-eng.pdf?sequence=1> (accessed: 06.02.2024).
 28. Abolyan L. V., Novikova S. V., Deryu A. V. The duration of breastfeeding in children's clinics, with or without the title of WHO/UNICEF "Child Friendly Hospital". *Pediatrics*. 2015;94(5):89–95. (In Russ.).
 29. Bass J. L., Gartley T., Kleinman R. Outcomes from the Centers for Disease Control and Prevention 2018 Breastfeeding Report Card: Public policy implications. *J Pediatr*. 2020;218:16–21.e1. DOI 10.1016/j.jpeds.2019.08.059.
 30. Pastbina I. M., Ignatova O. A., Mehshikova L. I. Organizational context of exclusive breastfeeding of healthy newborns. *Social Aspects of Population Health*. 2018;(4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/998/30/lang,ru/> (accessed: 06.02.2024). (In Russ.).
 31. Yurev V. K., Moiseeva K. E., Alekseeva A. V. Main reasons for refusing breastfeeding. *Social Aspects of Population Health*. 2019;(2). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1059/30/lang,ru/> (accessed: 04.02.2024). (In Russ.).
 32. Resolution of the Government of the Russian Federation of February 26, 2021 No. 273 "On Approval of the Rules for Medical Organization to Use Funds of Standardized Reserve Stocks of Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance in order to Support Activities aimed at Providing Additional Vocational Training for Medical Staff through Advanced Training, as well as Purchasing and Maintaining Medical Equipment". Collection of legislation of the Russian Federation. 2021. No. 10. Art. 1611. (In Russ.).
 33. Gurkina E. Yu., Belyaeva E. N., Gavrishuk Yu. G. et al. Vlianie zaniatii v shkole budushchikh materei pri perinatalnom tsentre FGBU FMITs im. V. A. Almazova na psikhoemotsionalnoe sostoianie beremennykh i techenie rodov. In: *Collection of works "Aktualnye voprosy pediatrii i perinatologii"*. St. Petersburg: InformMed; 2015. p. 259–262. (In Russ.).
 34. National program for optimizing the one-year-old breastfeeding in the Russian Federation. Moscow; 2011. URL: <https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/filesstore/RUS%202009%20National%20program%20for%20optimal%20nutrition%20for%20children%20under%201%20year.pdf> (accessed: 04.02.2024). (In Russ.).
 35. Tarasova M. A., Shapovalova K. A. Physiology of lactation, fertility and postpartum contraception. *Gynecology*. 2011;13(4):66–69. (In Russ.).
 36. Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2004. 819 p.
 37. Pastbina I. M. Breastfeeding mothers questionnaire as a tool for monitoring breastfeeding. *Problems of Nutrition*. 2015;84(53):149.
 38. Reproductive health in Russia 2011. Report summary. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdravo-2011.pdf> (accessed: 04.02.2024). (In Russ.).

23. Тарасова М. А., Шаповалова К. А. Физиология лактации, фертильность и контрацепция после родов // Гинекология. 2011. Т. 13, № 4. С. 66–69.
24. Riordan J. Breastfeeding and human lactation. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2004. 819 p.
25. Пастбина И. М. Анкетирование кормящих матерей как инструмент мониторинга ситуации по грудному вскармливанию // Вопросы питания. 2015. Т. 84, № 53. С. 149.
26. Репродуктивное здоровье населения России 2011: резюме отчета. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdravo-2011.pdf> (дата обращения: 04.02.2024).
27. Как побороть гипогалактию? Профилактика и успешное лечение гипогалактии // Медицинский совет. 2019. № 2. С. 21–24. DOI 10.21518/2079-701X-2019-2-21-24.
28. Воронцов И. М., Фатеева Е. М. Естественное вскармливание детей. Его значение и поддержка. СПб. : Фолиант, 1998. 272 с.
29. Османова И. М., Школьников М. А. Три главных года : книга для родителей. СПб. : Омега, 2020. 542 с.
30. Clarke M., Savage G., Smith V. et al. Improving the organisation of maternal health service delivery and optimising childbirth by increasing vaginal birth after caesarean section through enhanced women-centred care (OptiBIRTH trial): Study protocol for a randomised controlled trial (ISRCTN10612254) // Trials. 2015. Vol. 16. P. 542. DOI 10.1186/s13063-015-1061-y.
31. Рюмина И. И., Нароган М. В., Орловская И. В. и др. Организация грудного вскармливания новорожденные в перинатальном центре: клинич. рекомендации // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2017. № 4. С. 149–160. DOI 10.24411/2308-2402-2017-00050.
32. Жукова Л. И. Значение грудного вскармливания для ребенка и факторы, влияющие на его частоту // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Витебск : Витеб. гос. мед. ун-т, 2017. С. 253–254.
33. Nelson A. M. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support // J Adv Nurs. 2007. Vol. 60, no. 1. P. 29–38. DOI 10.1111/j.1365-2648.2007.04373.x.
34. Иванов Д. О., Орел О. В., Моисеева К. Е. и др. Роль врачей неонатологов и участковых педиатров в поддержке грудного вскармливания // Медицина и организация здравоохранения. 2019. Т. 4, № 1. С. 3–9.
35. Абольян Л. В., Лоранский Д. Н., Казакова Л. В. и др. О группах материнской поддержки грудного вскармливания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 3. С. 34–38.
36. Рюмина И. И., Зубков В. В. Эффективная лактация и сцеживание грудного молока // Медицинский совет. 2019. № 2. С. 26–31.
37. Полянина Е. З. Трудности грудного вскармливания: пути решения проблемы // Медицинский совет. 2021. № 11. С. 7–13. DOI 10.21518/2079-701X-2021-11-7-13.
38. Кешишян Е. С., Рюмина И. И. Вскармливание детей первого года жизни // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2007. № 51. С. 1–46.
39. Каширская Е. И., Озорнина У. А., Снитко Е. И. и др. Пути решения проблемы сохранения и поддержки грудного вскармливания // Астраханский медицинский журнал. 2019. Т. 14, № 2. С. 15–24. DOI 10.17021/2019.14.2.15.24.
40. Гмошинская М. В. Грудное вскармливание: трудности в организации и пути преодоления // Педиатрическая фармакология. 2012. Т. 9, № 4. С. 70–72.
41. Piro S. S., Ahmed H. M. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: An experimental study // BMC Pregnancy Childbirth. 2020. Vol. 20, no. 1. P. 19. DOI 10.1186/s12884-019-2701-0.
42. How to overcome hypogalactia? Prevention and successful management of hypogalactia. *Medical Council*. 2019;(2):21–24. DOI 10.21518/2079-701X-2019-2-21-24. (In Russ.).
43. Vorontsov I. M., Fateeva E. M. Estestvennoe vskarmliovanie detei. Ego znachenie i podderzhka. St. Petersburg: Foliant; 1998. 272 p. (In Russ.).
44. Osmanova I. M., Shkolnikova M. A. Tri glavnykh goda. Book for parenting. St. Petersburg: Omega; 2020. 542 p. (In Russ.).
45. Clarke M., Savage G., Smith V. et al. Improving the organisation of maternal health service delivery and optimising childbirth by increasing vaginal birth after caesarean section through enhanced women-centred care (OptiBIRTH trial): Study protocol for a randomised controlled trial (ISRCTN10612254). *Trials*. 2015;16:542. DOI 10.1186/s13063-015-1061-y.
46. Ryumina I. I., Narogan M. V., Orlovskaya I. V. et al. Breastfeeding for newborns in perinatal center (clinical guidelines). *Neonatology: News, Opinions, Training*. 2017;(4):149–160. DOI 10.24411/2308-2402-2017-00050. (In Russ.).
47. Zhukova L. I. Znechenie grudnogo vskarmlivaniia dlia rebenka i factory, vliiaushchie na ego chastotu. Vitebsk: Vitebsk State Medical University; 2017. p. 253–254. (In Russ.).
48. Nelson A. M. Maternal-newborn nurses' experiences of inconsistent professional breastfeeding support. *J Adv Nurs*. 2007;60(1):29–38. DOI 10.1111/j.1365-2648.2007.04373.x.
49. Ivanov D. O., Orel O. V., Moiseeva K. E. et al. The role of neonatologists and site pediatricians in supporting breastfeeding. *Medicine and Health Care Organization*. 2019;4(1):3–9. (In Russ.).
50. Abolyan L. V., Loransky D. N., Kazakova L. V. et al. On the groups of maternal support of breast feeding. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2010;(3):34–38. (In Russ.).
51. Rumina I. I., Zubkov V. V. Effective lactation and expression of breast milk. *Medical Council*. 2019;(2):26–31. (In Russ.).
52. Polyana E. Z. Difficulties in breastfeeding: Ways to solve the problem. *Medical Council*. 2021;(11):7–13. DOI 10.21518/2079-701X-2021-11-7-13. (In Russ.).
53. Keshishyan E. S., Ryumina I. I. Vskarmliovanie detei pervogo goda zhizni. *Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*. 2007;(51):1–46. (In Russ.).
54. Kashirskaya E. I., Ozornina U. A., Snitko E. I. et al. Ways to solve the problem of preserving and supporting breastfeeding. *Astrakhan Medical Journal*. 2019;14(2):15–24. DOI 10.17021/2019.14.2.15.24. (In Russ.).
55. Gmoshinskaya M. V. Breastfeeding: The difficulties in organizing and their overcoming. *Pediatric Pharmacology*. 2012;9(4):70–72. (In Russ.).
56. Piro S. S., Ahmed H. M. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: An experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):19. DOI 10.1186/s12884-019-2701-0.
57. Noel-Weiss J., Bassett V., Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(3):349–357. DOI 10.1111/j.1552-6909.2006.00053.x.
58. Amini P., Omani-Samani R., Sepidarkish M. et al. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): A validation study in Iranian mothers. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):622. DOI 10.1186/s13104-019-4656-7.
59. Tishevskoi I. A. Modeli psikhologicheskoi raboty po uvelicheniiu rasprostranennosti grudnogo vskarmlivaniia. *Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology"*. 2009;(30):52–58. (In Russ.).
60. Smith L. C., Ramakrishnan U., Ndiaye A. et al. The importance of women's status for child nutrition in developing countries. Washington D. C.: International Food Policy Research Institute;

42. Noel-Weiss J., Bassett V., Cragg B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy // J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006. Vol. 35, no. 3. P. 349–357. DOI 10.1111/j.1552-6909.2006.00053.x.
43. Amini P., Omani-Samani R., Sepidarkish M. et al. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): A validation study in Iranian mothers // BMC Res Notes. 2019. Vol. 12, no. 1. P. 622. DOI 10.1186/s13104-019-4656-7.
44. Тишевской И. А. Модели психологической работы по увеличению распространенности грудного вскармливания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Сер.: Психология. 2009. № 30. С. 52–58.
45. Smith L. C., Ramakrishnan U., Ndiaye A. et al. The importance of women's status for child nutrition in developing countries. Washington D. C. : International Food Policy Research Institute, 2003. 164 p. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/6289649.pdf> (дата обращения: 06.02.2024).
46. Smith P. H., Chetwynd E. Breastfeeding and lactation: Roots and wings // Breastfeeding and human lactation / Wambach K., Spencer B., eds. 6th ed. Burlington, MA : Jones and Bartlett Learning, 2021. P. 21–46.
47. Magnano San Lio R., Maugeri A., La Rosa M. C. et al. The impact of socio-demographic factors on breastfeeding: Findings from the "Mamma & Bambino" cohort // Medicina (Kaunas). 2021;57(2):103. DOI 10.3390/medicina57020103.
2003. 164 p. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/6289649.pdf> (accessed: 06.02.2024).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

О. Д. Добрынина – кандидат медицинских наук, доцент.

А. А. Тепляков – кандидат медицинских наук, доцент.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

O. D. Dobrynina – Candidate of Sciences (Medicine), Docent.

A. A. Teplyakov – Candidate of Sciences (Medicine), Docent.