

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ПАСТБИНА
ИРИНА МИХАЙЛОВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Меньшикова Лариса Ивановна

г. Москва, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА 1. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – ВЕДУЩИЙ ВЕКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	18
1.1 Роль грудного вскармливания в достижении Целей устойчивого развития.....	18
1.2 Международные подходы к организации грудного вскармливания.....	24
1.3 Индикаторы глобального мониторинга грудного вскармливания.....	27
1.4 Актуальность, распространенность и детерминанты грудного вскармливания в России.....	31
1.4.1 Анализ нормативных документов по организации грудного вскармливания.....	37
 ГЛАВА 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	 43
2.1 Программа и методики исследования.....	43
2.2 Характеристика базы исследования.....	60
 ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007-2017 ГОДЫ	 69
3.1 Анализ медико-демографических показателей Архангельской области, Северо-Западного федерального округа и Российской Федерации в 2007-2017 годах.....	69

3.2 Заболеваемость новорожденных.....	78
3.2.1 Заболеваемость доношенных детей в Архангельской области и в Российской Федерации.....	84
3.2.2 Заболеваемость недоношенных детей в Архангельской области и в Российской Федерации.....	87
3.3 Заболеваемость детей первого года жизни в Архангельской области и в Российской Федерации.....	94
ГЛАВА 4. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА	100
4.1 Организационные аспекты поддержки исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных.....	100
4.2 Детерминанты продолжительности грудного вскармливания.....	107
4.3 Оценка информированности матерей и медицинского персонала о грудном вскармливании.....	116
4.4 Влияние продолжительности грудного вскармливания на здоровье детей.....	121
4.5 Длительность грудного вскармливания, группы здоровья и адаптация детей к дошкольному образовательному учреждению.....	129
ГЛАВА 5. РЕГИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.....	137
5.1 Предпосылки организации и внедрение мониторинга грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах.....	137
5.1.1 Оценка динамики показателей грудного вскармливания	

новорожденных в акушерских стационарах за 2013-2017 годы.....	143
5.1.2 Расчет экономической выгоды от грудного вскармливания	154
5.2 Сравнение показателей грудного вскармливания детей до года в городской и сельской местности Архангельской области.....	158
5.3 Анализ показателей грудного вскармливания в субъектах Северо-Западного федерального округа.....	163
5.4 Нереализованные возможности и обоснование системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне.....	172
5.5 Результаты реализации мер в поддержку грудного вскармливания в Архангельской области	186
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	191
ВЫВОДЫ	199
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	202
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	204
ПРИЛОЖЕНИЯ	235
1. Приложение 1 – Международные рекомендации в поддержку исключительно грудного вскармливания.....	235
2. Приложение 2 – Кормление детей грудного возраста: инструмент для оценки национальной практики.....	237
3. Приложение 3 – Средний балл показателей национальных политик и программ 84 стран мира по реализации Глобальной стратегии кормления детей грудного и раннего возраста.....	238
4. Приложение 4 – Схема индикаторов мониторинга «Защита, продвижение и поддержка, грудного вскармливания в объектах, оказывающих услуги по охране материнства и новорожденных:	

пересмотренная ИБДР».....	239
5. Приложение 5 – Анкета для матерей новорожденных детей в акушерском стационаре.....	240
6. Приложение 6 – Тест отношения к беременности «Самовосприятие подготовленности к родам и грудному вскармливанию».....	246
7. Приложение 7 – Анкета для матерей детей до года жизни (детская поликлиника).....	248
8. Приложение 8 – Анкета для медицинских работников по вопросам грудного вскармливания.....	251
9. Приложение 9 – Анкета для родителей по самооценке здоровья детей.....	253
10. Приложение 10 – Форма учета показателей грудного вскармливания.....	255
11. Приложение 11 – Акты внедрения.....	256

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО	Архангельская область
АЦМП	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский центр медицинской профилактики»
БДР	Больница, доброжелательная к ребенку
ВАЗ	Всемирная Ассамблея Здравоохранения
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ВУИ	Внутриутробные инфекции
ГАПОУ АО	Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Архангельской области
ГВ	Грудное вскармливание
ГМО	Государственные медицинские организации
ДМС	Детские молочные смеси
ДОУ	Дошкольное образовательное учреждение
ДПО	Детское поликлиническое отделение
ЖК	Женская консультация
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ИГВ	Исключительно грудное вскармливание
ИБДР	Инициатива ВОЗ/ ЮНИСЕФ БДР
ЛФК	Лечебная физическая культура
МИАЦ	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения АО «Медицинский информационно-аналитический центр»
МЗАО	Министерство здравоохранения Архангельской области
Минздрав России	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Минздравсоцразвития России	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

МРЦ	Межрайонный центр родовспоможения
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОАРИТ	Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии
ОРВИ	Острые респираторно-вирусные инфекции
ООН	Организация Объединенных Наций
Программа	Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации
ПКГД	Психологический компонент гестационной доминанты
РФ	Российская Федерация
СГДКБ	Северодвинская городская детская клиническая больница
СДВС	Синдром внезапной детской смерти
СЗФО	Северо-Западный федеральный округ
ФГБОУ ВО СГМУ	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России
ФГАОУ ВО	Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
ФСН	Федеральное статистическое наблюдение
ЦУР	Цели устойчивого развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЭНМТ	Экстремально низкая масса тела
г	грамм, мера веса
кг	килограмм, мера веса
М	среднее значение показателя
m	стандартная ошибка М
n	объем выборки, число обследованных матерей, детей
p-уровень	уровень доверительности различий между сравниваемыми группами

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Охрана здоровья матери и ребенка – приоритетное направление современной стратегии отечественного и мирового здравоохранения в достижении Целей Устойчивого Развития, принятых Генеральной Ассамблеей Организацией Объединенных Наций до 2030 года [11,68,94,219]. Первоочередными национальными задачами демографической политики России являются укрепление репродуктивного здоровья населения, развитие детского здравоохранения, профилактической медицины, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание [7,23,42,46,93,110].

Грудное вскармливание – неотъемлемая часть репродуктивного цикла, краеугольный камень выживания, питания и развития детей, здоровья матерей в краткосрочной и долгосрочной перспективе, один из основных компонентов базовых технологий неонатального ухода, качественной медико-санитарной помощи [17,162,184,215]. Дети, получающие исключительно грудное вскармливание первые 6 месяцев жизни, имеют более низкую инфекционную, неинфекционную заболеваемость и смертность, более высокий уровень интеллекта, чем дети, которые находятся на грудном вскармливании менее продолжительно или не получают грудное молоко [21,91,165]. Это неравенство сохраняется на протяжении всей последующей жизни [60,73,194].

Пропаганда грудного вскармливания – стратегия выбора международных профилактических технологий, направленных на достижение глобальной цели Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в области питания – увеличение распространенности исключительно грудного вскармливания среди детей первых 6 месяцев жизни не менее чем до 50% к 2025 г., 70% к 2030 г. [48,89].

Степень разработанности темы исследования. Вопросы влияния грудного вскармливания на состояние здоровья ребенка и матери всегда были

предметом изучения организаторов педиатрической службы. Развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) способствовало новой волне публикаций по данной тематике [1,136,190,205]. Следствием внедрения в России результатов научных исследований в практику явилось повышение охвата грудным вскармливанием детей в 6-12 месяцев от 27,6 до 41,2% в России (1999-2016 годы). Однако от 3 до 6 месяцев показатели изменились незначительно (от 41,9 до 43,4%), а существующие индикаторы оценки не соответствуют рекомендациям ВОЗ по показателям распространенности грудного вскармливания, что не позволяет оценить эффективность мероприятий в поддержку грудного вскармливания детей первого года жизни [4,52,55,61].

Изменение организационных форм работы в поддержку грудного вскармливания при беременности и в раннем послеродовом периоде способствует увеличению продолжительности грудного вскармливания, количеству кормящих матерей [29,33,44,70,135]. Решению проблем грудного вскармливания преждевременно родившихся и больных детей, проживающих в мегаполисах, крупных городах, уделено немало работ [14,32,101,105]. Однако показатели грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах и детей первых трех месяцев жизни не включены в статистические формы наблюдения, что не дает полного представления о действительной практике грудного вскармливания [4,61,120].

Внедрение в субъектах Российской Федерации (РФ) трехуровневой системы оказания медицинской помощи способствовало структуризации акушерско-гинекологической и педиатрической службы, изменению маршрутизации беременных, концентрации новорожденных в крупных перинатальных центрах [13,99,124]. Все это предъявляет новые требования и к организации системы грудного вскармливания в рамках изменившейся системы организации помощи женщинам и детям [6,16,37,50,125].

Изучение региональной практики медицинских организаций в поддержку грудного вскармливания в период внедрения трехуровневой системы оказания перинатальной помощи не проводилось, что на фоне стоящих перед здравоохранением задач, определило актуальность для комплексного анализа ситуации.

Цель исследования: научно обосновать систему поддержки грудного вскармливания на региональном уровне.

Задачи исследования:

1. Проанализировать динамику основных медико-демографических показателей, заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни в Архангельской области за 2007-2017 годы для выявления наиболее значимой патологии.

2. Провести анализ существующей практики поддержки грудного вскармливания в межрайонном центре родовспоможения для установления показателей исключительно грудного вскармливания детей первого полугодия жизни и факторов, влияющих на реализацию планов матерей по продолжительности грудного вскармливания.

3. Сравнить информированность матерей и медицинских работников службы родовспоможения и детства по вопросам грудного вскармливания и оценить влияние продолжительности грудного вскармливания на показатели здоровья детей.

4. Определить показатели грудного вскармливания новорожденных и расхода детских молочных смесей в акушерских стационарах путем организации мониторинга в трехуровневой системе перинатальной помощи и среди детей до года в городских и сельских муниципальных образованиях Архангельской области за 2007-2017 годы.

5. Разработать, внедрить и оценить результативность системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне.

Научная новизна диссертационного исследования:

- проведена комплексная оценка основных тенденций регионального демографического процесса, заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни, распространенности и продолжительности грудного вскармливания в Архангельской области (АО) и РФ;

- выявлен низкий уровень здоровья новорожденных, детей первого года, с достоверным превышением показателей заболеваемости РФ среди недоношенных и доношенных детей, ростом доминирующих патологий (неонатальных желтух, недостаточности питания и замедления роста, инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода);

- выявлен низкий уровень применения семейно-ориентированных технологий и нереализованные возможности организации оптимального старта питания здоровых новорожденных в межрайонном центре родовспоможения АО для женщин с низким и средним перинатальным риском;

- установлены показатели исключительно грудного вскармливания детей первого года жизни и социально-психологические факторы, влияющие на реализацию планов матерей по продолжительности грудного вскармливания;

- выявлена низкая информированность медицинских работников и матерей по вопросам влияния грудного вскармливания на здоровье матери и ребенка;

- установлено, что у здоровых и редко болеющих детей продолжительность грудного вскармливания была выше, чем у детей с хроническими заболеваниями, протекавшими с частыми обострениями;

- определено, что доля детей с хроническими заболеваниями достоверно выше в семьях табакокурящих родителей, отказывавшихся от вакцинации, где дети не получали или получали грудное вскармливание менее 6 месяцев;

- установлены «дозозависимый» и долгосрочный эффекты грудного вскармливания среди детей, проживающих в арктической зоне АО: у детей с I группой здоровья период грудного вскармливания в два раза длительнее, чем у

детей с II и III группой. В первый год посещения детского сада госпитализировались в стационар по причине осложненного течения респираторных инфекций дети, находившиеся на грудном вскармливании в среднем 4 месяца, при продолжительности грудного вскармливания 10 месяцев случаев госпитализации не было;

- отмечены закономерности изменения и разнонаправленная динамика показателей грудного вскармливания и расхода детских молочных смесей (ДМС) в акушерских стационарах в период формирования региональной системы трехуровневого оказания перинатальной помощи;

- выявлены региональные особенности и различия распространенности грудного вскармливания среди детей первого года жизни, более низкая распространенность у детей, проживающих в сельских территориях региона;

- разработана и внедрена система поддержки грудного вскармливания на региональном уровне.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Выявленные негативные тенденции демографического развития Архангельской области (снижение рождаемости, высокая смертность и естественная убыль населения, более высокий уровень младенческой смертности, чем в РФ и Северо-Западном федеральном округе (СЗФО)), высокий уровень заболеваемости новорожденных, доношенных и недоношенных, и ее рост среди детей первого года жизни с превышением общероссийских показателей по всем классам болезней, кроме нервной системы, показали необходимость разработки целевых мер, направленных на улучшение ситуации в сфере регионального здравоохранения.

Установленные признаки неэффективной подготовки матерей к родам и грудному вскармливанию, нарушения организации питания здоровых новорожденных, недостаточная психологическая помощь женщинам до родов и после рождения ребенка в акушерском стационаре показывают необходимость

регулярного контроля соблюдения семейно-ориентированных и базовых технологий неонатального ухода, внесения изменений в критерии оценки эффективности работы специалистов службы родовспоможения.

Отсутствие приверженности исключительно грудному вскармливанию матерей в первые шесть месяцев жизни ребенка при низкой информированности медицинского персонала, женщин о краткосрочных и долгосрочных его эффектах являются резервом повышения распространенности и продолжительности грудного вскармливания через коррекцию образовательных программ.

Проведенный поиск актуальных направлений профилактической работы с семьями, имеющими детей, показал необходимость повышения мотивации родителей к формированию здоровья ребенка путем приверженности к грудному вскармливанию и позитивным формам поведения.

Показана экономическая эффективность внедрения мониторинга грудного вскармливания в акушерских стационарах за счет сокращения расходов на закупку ДМС при повышении уровня исключительно грудного вскармливания.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Характеристика уровня, динамики заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни, несоответствие показателей грудного вскармливания национальным, международным рекомендациям, при низкой рождаемости, высокой общей смертности, отрицательном естественном приросте населения Архангельской области подтверждают необходимость совершенствования организационных подходов к профилактической работе с беременными, кормящими матерями, новорожденными и детьми первого года жизни в региональной системе здравоохранения.

2. Существующая практика межрайонного центра родовспоможения по организации питания здоровых новорожденных без учета социальных, психологических особенностей беременных, родильниц, с ограниченным использованием семейно-ориентированных технологий, а также низкая

информированность специалистов и кормящих матерей о преимуществах грудного вскармливания отражают нереализованные возможности по улучшению региональных показателей здоровья детей.

3. Мониторинг показателей грудного вскармливания новорожденных и расхода детских молочных смесей в акушерских стационарах, определение рейтинга медицинских организаций по распространенности грудного вскармливания среди детей до года в городских и сельских территориях является действенным инструментом для оценки результативности мер в поддержку грудного вскармливания в трехуровневой системе родовспоможения и амбулаторной педиатрической службе.

4. В результате разработки и внедрения научно-обоснованной системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне распространенность грудного вскармливания увеличилась, доля детей, завершающих грудное вскармливание до трех месяцев жизни сократилась, заболеваемость детей первого года жизни по ряду алиментарно-зависимых нозологий снизилась; отмечены более высокие темпы снижения показателя младенческой смертности, чем в 2008-2012 годы, что отражает эффективность профилактической работы в поддержку грудного вскармливания на региональном уровне.

Методология и методы исследования. На основании применения метода контент-анализа (анализ отечественных и зарубежных исследований, нормативной и правовой базы) были определены направления исследования, сформулированы цель и задачи, подобраны источники статистической информации, проведен статистический анализ деятельности медицинских организаций, проанализированы результаты проведенных социологических опросов медицинских работников и родителей, сформулированы выводы и разработаны предложения. Статистическая обработка материала включала методы дескриптивной (описательной) и аналитической статистики; расчет средних и средневзвешенных величин; относительных (интенсивных и

экстенсивных) показателей; непараметрических статистических критериев для признаков, распределение которых отличалось от нормального.

Внедрение результатов исследования. На основании материалов диссертации автором разработано шесть информационных писем, направленных министерством здравоохранения (МЗАО) в государственные медицинские организации (ГМО) для использования в работе (от 29.05.2015 № 01-01-14/Т1958; от 05.06.2015 № 01-01-14/Т2073; от 22.04.2016 № 01-01-14/Т1713; от 12.07.2016 № 01-01-14/Т2992; от 28.07.2017 № 01-01-14/Т2930; от 01.08.2019 № 01-01-14/Т2611). Изданы распоряжения МЗАО от 05.08.2016 № 396-рд «О совершенствовании работы по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания в АО», от 26.04.2017 № 241-рд «О проведении анкетирования по самооценке практики грудного вскармливания в неонатальных отделениях», от 21.10.2019 № 541-рд «О мониторинге грудного вскармливания в системе трехуровневого оказания перинатальной помощи в АО». Результаты исследования используются в образовательном процессе ГАПОУ АО «Архангельский медицинский колледж» (акт внедрения от 12.02.2020), на кафедрах неонатологии и перинатологии, пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО СГМУ, акт внедрения от 29.10.2020). Получено удостоверение ФГБОУ ВО СГМУ о рационализаторском предложении «Способ профилактики раннего прекращения грудного вскармливания» (от 05.09.2016 № 9/6). Мероприятия научно обоснованной системы поддержки грудного вскармливания включены в перечень мероприятий программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, в АО на 2019 – 2024 годы», утвержденной постановлением Правительства АО от 14.06.2019 № 310-пп.

Личный вклад автора. Автором лично проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по теме исследования, нормативно-

правовых документов, регламентирующих вопросы организации акушерско-гинекологической и педиатрической помощи, мероприятий по поддержке грудного вскармливания (100%). Самостоятельно сформулированы цель и задачи исследования, разработан план комплексного изучения проблемы (98%), определена методология, программа и дизайн исследования (98%), сформирована выборка, осуществлен сбор материалов исследования (100%), проведена статистическая обработка (90%) и комплексный анализ полученных данных, сравнение их с данными по СЗФО и РФ (95%). Изложение, анализ, интерпретация полученной базы данных, сформулированные выводы; разработка системы организации поддержки грудного вскармливания, ее внедрение и мониторинг выполнены преимущественно диссертантом (90%).

Связь работы с научными программами. Работа выполнена в соответствии с государственным заданием ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России «Общественное здоровье: демографические и медико-социальные аспекты».

Степень достоверности результатов исследования. О достоверности полученных результатов, выводов диссертационного исследования и положений, выносимых на защиту, свидетельствует достаточное количество единиц наблюдения, использование современных социально-гигиенических методов анализа на основе доказательной медицины. Выбор статистических методов исследования для анализа данных и способов графического представления результатов исследования учитывает тип анализируемых признаков и цель статистического анализа, при котором получены результаты. При статистической обработке материала использовались программы MS Office Excel 2009, SPSS Version 21.0, WinPEPI.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на симпозиуме «Стратегия оптимизации

медицинской помощи детям – обмен опытом» научной сессии ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский центр им. В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург, 2015); II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Грудное вскармливание в современном мире» (Москва, 2016); XI Российском форуме «Здоровое питание с рождения: медицина, образование, пищевые технологии. Санкт-Петербург-2016»; конференциях специалистов службы родовспоможения и детства (Архангельск, 2014-2020); международных научно-практических конференциях (Москва, 2014, 2015; Нефтекамск, 2019; Кишинев, 2019; Нур-Султан, 2019; Минск, 2019; Прага, 2019; София, 2019); Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 30-летию создания ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, «Современное здравоохранение: уроки прошлого и взгляд в будущее» (Москва, 2019). Научные доклады отмечены дипломами Российского научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания и международных конференций (Москва, 2016; Минск, 2019).

Публикации. По материалам исследования опубликовано 27 научных работ, в том числе 7 статей в изданиях, включенных в перечень ВАК при Министерстве высшего образования и науки Российской Федерации, и 3 – в журналах, входящих в международную реферативную базу данных и системы цитирования.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 260 страницах машинописного текста, и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, предложений. Список литературы включает 220 источников, в том числе 130 отечественных и 90 зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 56 таблицами, 36 рисунками, 11 приложениями.

ГЛАВА 1. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – ВЕДУЩИЙ ВЕКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Роль грудного вскармливания в достижении Целей устойчивого развития

Процесс грудного вскармливания детей выходит за рамки простого пищевого поведения, является самым важным постнатальным фактором метаболического и иммунологического программирования здоровья младенца, что делает его общим для всех культур во все времена, поскольку от этого зависит и зависит вопрос конкретного выживания [25,69-71,73,164,184,201,213]. Доказательства важности грудного вскармливания для питания и развития детей стремительно увеличились за последнее десятилетие [6,26,60,61,95,143,192,198,212,215].

Генеральной Ассамблеей ООН (2015г.) принята резолюция «Преобразование всего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года», которая содержит 17 целей и 169 задач в продолжение не достигнутых целей Декларации тысячелетия [94]. В рамках достижений Цели 2 «Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания» к 2025 г. предполагается удовлетворить потребность в питании детей, беременных и кормящих женщин. Согласно Цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» к 2030 г. предстоит положить конец предотвратимой смертности новорожденных, снизить показатели неонатальной смертности (до 12 случаев), среди детей до 5 лет (до 25 случаев на 1000 живорождений). Планируется уменьшить на треть предотвратимую смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики, охраны репродуктивного и психического здоровья, борьбы против табака и других зависимостей.

Учитывая увеличение угрозы сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний, диабета не только здоровью населения, но развитию, экономическому росту стран, Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 2016-2025 годы Десятилетием действий ООН по проблемам питания, принят Глобальный план действий ВОЗ по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы [26]. Конечная цель плана – снизить бремя предотвратимой заболеваемости, смертности, инвалидности за счет многосекторального сотрудничества на глобальном, национальном, региональном уровнях путем профилактики и влияния на основные факторы риска НИЗ, включая употребление табака, нездоровый режим питания.

Расширение масштабов грудного вскармливания до уровня, рекомендованного ВОЗ, может ежегодно предотвратить во всем мире более 823000 детских смертей в возрасте до 5 лет, 20000 материнских смертей от рака молочной железы [89,165]. В Европейском регионе только популяризация и поддержка грудного вскармливания могут сократить на 12% случаи смерти детей до 5 лет [39,45]. Результаты исследований показали, что любое по продолжительности грудное вскармливание снижает на 50% риск смерти среди детей 6-23 месяцев жизни по сравнению с теми, кто никогда не находился на грудном вскармливании. Если в первом полугодии жизни дети не находились на исключительно грудном вскармливании смертность выше среди девочек в 3,5 раза, среди мальчиков – в 4,1 раза [201,213]. Мета-анализ 6 высококачественных исследований показал, что в странах с высоким уровнем дохода грудное вскармливание на 36% может сократить смертность от синдрома внезапной детской смерти, по данным 4 рандомизированных контролируемых исследований – на 58% от некротизирующего энтероколита, имеющего высокий уровень летальности во всех странах [177].

Грудное вскармливание имеет краткосрочные и долгосрочные преимущества на снижение заболеваемости от инфекционных заболеваний

преждевременно родившихся и доношенных детей [5,6,16,25,60,69,91,95,192,215]. Результаты 66 исследований показали, что оно может предотвратить около половины случаев диареи, треть респираторных инфекций, снизить существенную долю госпитализаций из-за диареи (на 72%) и инфекции нижних дыхательных путей (на 57%) [156,171,195]. Систематический обзор Kramer M.S. и Kakuma R. (2012) подтвердили, что исключительно грудное вскармливание снижает не только заболеваемость желудочно-кишечного тракта, но и риск развития аллергических болезней [179]. В странах с высоким уровнем дохода защищает от отитов детей в возрасте до двух лет [141].

По данным 113 научных исследований НИЗ могут быть запрограммированы воздействиями, происходящими во время беременности и первые годы жизни ребенка [220]. Тип получаемого молока – одно из ключевых воздействий, которое может повлиять на развитие заболеваний у взрослых артериальной гипертензии, диабета 2 типа, гиперхолестеринемии, избыточного веса, ожирения, астмы [132,169]. Результаты более 10 научных исследований доказывают риск снижения сахарного диабета 2 типа (на 24–35%), продолжается изучение влияния на снижение риска развития сахарного диабета 1 типа [170,187]. С учетом социально-экономического статуса семьи, индекса массы тела матери, курения, перинатальной заболеваемости ребенка более длительные сроки грудного вскармливания связаны с уменьшением на 13-26% коэффициента избыточного веса и ожирения во взрослой жизни. Долгосрочное наблюдение 740 000 британских женщин показало, что в среднем индекс массы тела ниже на 1% за каждые 6 месяцев грудного вскармливания [189].

Грудное вскармливание снижает риск развития неправильного прикуса у детей на 68% (49 исследований), астмы на 6-9% (29 научных работ), лейкемии на 19% (18 исследований) [134,170,215]. Период 30-летнего наблюдения в Бразилии показал влияние грудного вскармливания на более высокий интеллект детей в школьном возрасте и увеличение заработка во взрослой жизни, что на 72%

связывают с более высоким коэффициентом интеллекта у детей, находившихся на грудном вскармливании [214].

Исключительно грудное вскармливание связано с более длительным периодом аменореи [146,215]. Выявлены четкие ассоциации между грудным вскармливанием и снижением материнской депрессии (48 исследований) [155]. Риск рака молочной железы у рожавших и кормивших грудью на 7% ниже по сравнению с нерожавшими женщинами (14 исследований) [149]. Установлен дозозависимый эффект продолжительности грудного вскармливания. Мета-анализ 47 исследований с охватом более 50000 женщин показал, что каждый 12-месячный период продолжительности грудного вскармливания связан со снижением на 4,3% заболеваемости раком молочной железы [146]. Риск развития рака яичников на 30% ниже у женщин с более длительными периодами грудного вскармливания, на 18% в сравнении с нерожавшими (41 исследование) [149].

Вложение средств в профилактику заболеваний неизменно поддерживает человеческий капитал страны и ее экономику [93,94,161]. Для мирового сообщества отсутствие грудного вскармливания связано с ежегодными экономическими потерями 0,5% валового внутреннего дохода или более 300 миллиардов долларов США. Данные 153 стран позволили установить сильную обратную корреляцию между грудным вскармливанием в 6 месяцев и регистрацией валового внутреннего продукта на 1 человека ($r=-0,84$, $p<0,0001$), а для каждого удвоения валового внутреннего продукта на душу населения распространенность грудного вскармливания в 12 месяцев жизни снижается на 10% [5,192].

Экономическая эффективность грудного вскармливания выходит за рамки одного учреждения, одной семьи, значительно влияя на расходы систем здравоохранения не только в странах с низким и средним, но и высоким уровнями доходов [27,137,143,148]. Из-за высокой частоты и тяжести детских болезней, матери, дети которых находились на искусственном вскармливании, чаще

пропускают работу по причине ухода за больными детьми [147]. В то же время популяризация привычек здорового питания, как ключевая мера по улучшению статуса питания детей и молодежи, может привести к экономической отдаче – 16 евро на каждый 1 евро инвестиций [39,192]. Являясь естественным источником питания, грудное вскармливание вносит заметный вклад в оздоровление экологии, а не грудное кормление детей на каждом этапе непосредственного производства искусственных смесей, их транспортировки, переработки отходов пустой тары увеличивает парниковый эффект, ухудшает экологическую обстановку за счет выброса метана, диоксида углерода, закиси азота [152,198].

В 2001 году ВОЗ и Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) повысили рекомендуемый период исключительно грудного вскармливания с первых 4 до 6 месяцев жизни ребенка с последующим введением полноценного прикорма и продолжением кормления грудью до двух и более лет [197,217]. Отечественные врачи неонатологи и педиатры в целом поддерживают данную концепцию, считают оптимальным срок введения прикорма здоровым доношенным детям при исключительно грудном вскармливании – 5 месяцев жизни, продолжительность кормления грудью – до 1,5 – 2 лет [20,22,25,29,30,61,69,95,107,168].

Однако несмотря на то, что грудное вскармливание является биологической нормой для всех, только 44-45% новорожденных начинают грудное вскармливание в первый час после рождения [197,217]. Два из каждых трех детей до 6 месяцев не находятся на исключительно грудном вскармливании. В странах с высоким уровнем доходов на грудном вскармливании до 12 месяцев жизни находится менее одного из пяти детей, в странах с низким и средним уровнем доходов лишь два из каждых трех получают грудное молоко до двух лет [39]. Распространенность исключительно грудного вскармливания среди детей до 6 месяцев в мировом масштабе увеличилась с 1993 по 2013 годы с 24,9 до 35,7%, и имеет широкий диапазон показателей между странами с разным уровнем дохода. Ниже международных стандартов длительность исключительно грудного

вскармливания среди детей до 6 месяцев во всех странах, в том числе с низким уровнем дохода (53%), со средним (61%), высоким (63%) [5,6,198,215]. А продолжительность грудного вскармливания ниже у 37% детей 6-23 месяцев, в том числе в странах с низким (18%), средним (34%), высоким (55%) уровнем дохода [192,215]. Широкий диапазон продолжительности грудного вскармливания среди детей до года: менее 1% в Великобритании до 27% в США, в Европе – от 16% в Швеции до 35% в Норвегии.

Обеспокоенность ВОЗ низкими показателями исключительно грудного вскармливания, широкой распространенностью ненадлежащих методик прикорма привели к утверждению «Комплексного плана осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста» (2014 г.) [45,161,162]. Определены шесть Глобальных целей в области питания до 2025 г., среди них – увеличение распространенности исключительно грудного вскармливания в 6 месяцев жизни ребенка на 50% за 2015-2025 годы [48,219]. Реализация плана направлена на снижение двойного бремени недостаточности питания, начиная с момента зачатия до окончания первых двух лет жизни [89,212].

В резолюции ВОЗ «Питание матерей и детей грудного и раннего возраста» констатировано, что в 2011-2016 годы около 40% детей в возрасте до 6 месяцев находились на исключительно грудном вскармливании, показатели грудного вскармливания превышали 50% в 33 странах, ниже этого уровня – в 68 странах. Отмечено, что ориентируясь на показатели ведущих стран, 70% детей к 2030 году могут получать исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни [89]. В резолюции подтверждено, что защита, продвижение и поддержка грудного вскармливания в значительной мере способствуют достижению ЦУР в отношении питания и здоровья, являясь компонентом качественной медико-санитарной помощи [94,192,212].

Неоспорима ведущая роль в достижении поставленных целей через конкретную профилактическую работу с каждым ребенком и родителями принадлежит специалистам службы родовспоможения и детства при правильной организации системы грудного вскармливания [2,25,57,62,69-71,173,176,192,194].

1.2. Международные подходы к организации грудного вскармливания

Грудное молоко – уникальный естественный сбалансированный продукт питания для детей первого года жизни, а обеспечение физиологической продолжительности грудного вскармливания здоровых и больных детей – актуальная проблема для РФ и многих стран мира [69-71,95,107,185,213]. Внедрение современных медико-организационных технологий охраны и поддержки грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения рассматривается, как эффективное низко затратное средство, направленное на оптимальный старт исключительно грудного вскармливания [3,14,18,22,211]. ВОЗ и ЮНИСЕФ последовательно ведут активную работу по возрождению культуры грудного вскармливания, продвигая с 1989 года заявление «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию» (Десять шагов) [1,22,25,131,184,193]. Переведенное на 25 языков мира, оно преобразовалось в Инночентийскую декларацию о защите, пропаганде и поддержке грудного вскармливания (1990), учреждения, которые стали их внедрять, получили название «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР) [1,88,159,173,174]. Инициатива БДР (ИБДР) вошла с 2002 года в Глобальную стратегию кормления детей грудного и раннего возраста, во многие другие стратегические документы ВОЗ, определяющие политику в области охраны здоровья матерей и детей, в борьбе с НИЗ и инфекционными заболеваниями на глобальном уровне [26,39,161,192,194,209,217,220]. В 1991 году выпущено международное руководство «Защита, продвижение и поддержка грудного вскармливания: особая

роль родильных домов», которое в последующем дополнялось с акцентом для матерей с ВИЧ, не кормящих и преждевременно родивших матерей [131,159]. ИБДР расширила свое влияние на неонатальные и педиатрические учреждения, общественные организации [6,173,184].

С 2015 года ВОЗ/ЮНИСЕФ провели анализ научных данных эффективности каждого шага. Установлено, что немедленный контакт кожа к коже матери и ребенка важен не только для правильного и своевременного установления лактации, но и для выживания новорожденных [211]. Риск неонатальной смертности на 33% выше среди новорожденных, которые приложены к груди через 2-23 часа после рождения, более чем в 2 раза выше среди тех, кто приложен к груди позже 1 суток [138,173,184,188,204]. Результаты проспективного рандомизированного исследования NEOVITA показали, что эффект «первого часа жизни» от своевременной инициации грудного вскармливания в родильном зале распространяется на первые шесть месяцев жизни ребенка [209].

В 2016 году систематический обзор 58 исследований позволил установить доза-зависимую связь между числом шагов, выполненных в поддержку кормящих матерей, и продолжительностью грудного вскармливания, в том числе исключительно грудного. Результаты исследования PROBIT (Белоруссия) показали, что при соблюдении принципов ИБДР в возрасте трех месяцев находились на исключительно грудном вскармливании 43% детей, против 6%, родившихся в акушерских стационарах, где такая поддержка не проводилась [180]. Исследование, проведенное DiGirolamo A.M. с соавторами (2008), показало, что американские женщины в 13 раз реже прекращали кормление грудью, если в акушерском стационаре соблюдали 6 из 10 шагов [154]. Раннее начало (шаг 2) и исключительно грудное вскармливание в акушерском стационаре (шаг 5), исключение долактационных кормлений (шаг 6), поддержка матерей после выписки (шаг 10), увеличивают в целом общую продолжительность грудного

вскармливания, сокращают расходы на закупку смесей [190,194,200]. Шаг 3 (дородовое пренатальное обучение беременных) и шаг 10 (послеродовая поддержка) оказывают значительное влияние на увеличение продолжительности грудного вскармливания, но являются наиболее проблемными для соблюдения [184,186].

В 2017 году ВОЗ обновлены методические рекомендации «Защита, продвижение и поддержка кормления грудью в объектах, предоставляющих услуги по беременности и родам» [192]. Они дополнили практические руководства ВОЗ «Основной уход за новорожденными», «Материнский уход методом кенгуру», «Беременность, роды, послеродовой уход и уход за новорожденным», «Стандарты для улучшения качества ухода за матерями и новорожденными в медицинских учреждениях» [158,175,178,206]. За 30 лет с момента первых рекомендаций «Десять шагов» увеличились на 5 шагов и представлены в виде трех блоков (приложение 1) [150,192].

Наряду с обновлением методических рекомендаций для оказания помощи не только здоровым, но больным и преждевременно родившимся детям и их матерям, внесены актуальные изменения в Международный свод правил сбыта заменителей грудного молока для производителей, специалистов по организации питания, правительственных и неправительственных организаций [163,176,207].

В 2018 году ВОЗ выпустила дополненное руководство по реализации ИБДР для внедрения на уровне стран с акцентом на критические процедуры управления, обозначив систему индикаторов мониторинга шагов в поддержку грудного вскармливания [95,184,194]. Методические рекомендации (2017) и руководство ИБДР (2018), основанные на обновленных фактических данных по организации системы грудного вскармливания в качестве вмешательства общественного здравоохранения, направлены на достижение Глобальных целей в области питания до 2025 года [36,94,192,194].

Всемирная Ассамблея Здравоохранения включила мероприятия в поддержку исключительно грудного вскармливания в XIII общую программу мероприятий на 2019-2023 годы: проведение Всемирной недели грудного вскармливания, увеличение инвестиции в разработку, оценку законов и программ, направленных на поддержку грудного вскармливания, соблюдение Международного свода правил сбыта заменителей грудного молока, осуществление информационной поддержки, совершенствование мониторинга [39,89,143,212].

1.3. Индикаторы глобального мониторинга грудного вскармливания

Мониторинг означает обеспечение важнейшей и достоверной информацией о том, что, где и с кем происходит (результаты), а также сколько, где, на что и на кого расходуется (ресурсы) [106].

Европейское общество детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGAN) признают грудное молоко предпочтительным питанием для всех новорожденных, включая недоношенных детей, за редким исключением имеющих наследственные заболевания (галактоземия, глюкозо-галактозная мальабсорбция) [59,191].

В 2003-2004 годы ВОЗ и Международная сеть действий по детскому питанию (IBFAN) создали совместную инициативную группу «Мировые тенденции в области грудного вскармливания» (WBT) для оценки и мониторинга ключевых политик и программ по грудному вскармливанию на основе обратной связи от стран всех регионов, включая Европу, Латинскую Америку, Азию и Африку. WBT помогает странам оценивать состояние и прогресс в осуществлении Глобальной стратегии кормления детей грудного и раннего возраста, осуществляя измерение по 15 объективным параметрам: 10 – для оценки политики и программ, 5 – для оценки практики кормления новорожденных и

детей до года [216]. Используя инструмент WBT, страны работают над созданием «табеля успеваемости» (I этап – национальный) и «отчета» (II этап – международный), которые можно использовать для мобилизации действий на местном и национальном уровнях путем определения слабых мест и разработки рекомендаций, поощряется переоценка данных каждые 3-5 лет [166].

Для определения рейтинга стран WBT использует инструментарий, разработанный азиатской Международной сетью детского питания (IBFAN-Asia), который содержит ключи к показателям (максимум 10 баллов) и цветовой код в порядке возрастания производительности от красного (плохо), желтого (удовлетворительно), синего (хорошо) до зеленого (отлично) [166,208]. В практике грудного вскармливания оцениваются пять показателей (приложение 2).

В национальной политике оцениваются 10 показателей (с оценкой от 0 до 10 баллов): наличие программы, развитие ИБДР, внедрение Международного свода правил, система охраны здоровья и питания беременных, поддержка кормящих матерей, работа с населением, информационная поддержка, кормление младенцев с ВИЧ и в чрезвычайных ситуациях, мониторинг и оценка показателей [208].

Измерение имеет решающее значение для оценки степени реализации политики и программ для защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания, а также оценки тенденции во времени. Ограниченные знания о масштабах и распространении неадекватной политики и программ в области грудного вскармливания препятствуют действиям по своевременному исправлению имеющихся и выявлению новых проблем [160]. С 2010 года опубликовано три отчета, по данным 84 стран мира в среднем инициация грудного вскармливания в течение 1 часа с момента рождения составляет более 50%. Исключительно грудное вскармливание для первых 6 месяцев – 37,9%. Средняя продолжительность грудного вскармливания – 15,5 месяца. Кормление из бутылочки (по данным 75 стран) – 39%. Процент детей, находящихся на

грудном вскармливании при своевременном введении прикорма, в 6-8 месяцев – 68,2% [153,160,166,208].

Наиболее низкие значения показателей национальных политик 84 стран мира зарегистрированы при реализации программ грудного вскармливания в чрезвычайных ситуациях и по распространению ИБДР (приложение 3).

Индикатор 10 «Мониторинг и оценка» предполагает, что компоненты по основным позициям кормления детей грудного и раннего возраста должны быть встроены в национальную программу, сбор данных относительно практики кормления интегрирован в национальный надзор за питанием и здоровьем детей. Периодический мониторинг и управление данными информационной системы должны собираться на уровне стран систематически, подвергаться анализу и рассматриваться руководителями программ в рамках планирования, управления и реализации процесса. Единые критерии и использование согласованных на международном уровне индикаторов сбора данных увеличивает доступность и сопоставимость данных, обеспечивает возможность принятия обоснованных управленческих решений.

Анализ мировых данных (27 стран за 2008-2012 годы, 57 стран за 2013-2016 годы) свидетельствует, что пока ни одна страна не достигла целевых индикаторов Глобальной стратегии. В зеленой зоне – нет стран, синей – 44 (132-91 балл), желтой – 37 (46-90 баллов), красной – 3 (менее 45 баллов). Лучший показатель из 150 баллов, по общей оценке в странах Европы у Португалии – 91,5 (синий), Бельгии – 54 (желтый). В настоящее время с WBT сотрудничает 113 стран, в том числе Австрия, Германия, Италия, Литва, бывшие союзные республики (Армения, Молдова, Украина, Грузия), 29 стран не завершили проведение оценки национальных политик [166,208]. Более 70% стран имеют дефицит ресурсов, в том числе финансирования, для реализации политики, программ и практических действий по защите, поддержке и продвижению грудного вскармливания. Между

тем вложение инвестиций в исключительно грудное вскармливание в размере одного доллара по данным Всемирного банка дает прибыль в 35 долларов США, что значительно выше, чем отдача от вложений в борьбу с задержкой роста у детей (11 долларов), анемией у женщин (12 долларов) [153,160].

С 2011 года показатель охвата исключительно грудным вскармливанием детей (процент детей в возрасте 0-5 месяцев, вскармливаемых исключительно грудью) входит в перечень мониторинга ВОЗ по оценке реализации Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей [183]. В 2015 году показатель «процент детей, рожденных в учреждениях БДР» включен в систему Глобального мониторинга питания беременных, кормящих матерей и новорожденных, учитывая, что только 28% учреждений родовспоможения когда-либо имели международный статус ИБДР и только 10% детей в мире родились в таких учреждениях [181,218].

ВОЗ уделяет пристальное внимание социальным и законодательным аспектам в поддержку грудного вскармливания, учитывая, что женщины часто вынуждены прекращать грудное вскармливание из-за работы [25,131]. Оплачиваемые перерывы для грудного вскармливания гарантированы в 130 странах (71%), неоплачиваемые в 7 (4%), не гарантированы в 45 (25%). Между тем там, где законодательство гарантирует женщинам право делать в работе перерывы для кормления грудью, распространенность исключительно грудного вскармливания выше на 8,9% [172].

По данным ВОЗ только 37 из 199 стран (19%) приняли законы, отражающие все рекомендации по внедрению Международного Кодекса маркетинга заменителей грудного молока, в 45 странах (23%) функционирует система реализации и мониторинга [151,207]. Ввели полный запрет на рекламу заменителей грудного молока 69 стран (35%) и бесплатных образцов, дешевых материалов для службы здравоохранения 62 (31%). Полностью запретили любые подарки от соответствующих производителей работникам здравоохранения 64

(32%) и требуют сообщения о превосходстве грудного вскармливания на маркировке заменителей грудного молока только 83 страны (42%). Поэтому поддержка грудного вскармливания невозможна без соблюдения Кодекса, что явилось основанием для увеличения числа шагов и включения данного направления в мониторинг показателей ВОЗ [176,192,198].

С 2018 года ВОЗ определила целевые индикаторы показателей грудного вскармливания для учреждений, представляющих услуги матерям и детям, и обновила систему мониторинга показателей для регионального и национального уровня (приложение 4) [194].

Для достижения глобальных целей к 2025 году ежегодный прирост исключительно грудного вскармливания должен составлять не менее 2,3%. Однако даже при высокой рейтинговой оценке национальной политики, увеличение показателей составляет 1% в год, в странах с низким рейтингом – не более 0,2% [153,160,166,208]. Причина в том, что при формировании национальных программ усилия по содействию грудному вскармливанию, основанные на теориях самоэффективности, планируемого поведения, социального сознания, должны не только учитывать различные факторы, влияющие на поведение матерей, но и систематически оцениваться. Необходим анализ – работают или не работают те или иные меры для достижения положительных результатов и поставленных целей [117,129,135,136].

1.4. Актуальность, распространенность и детерминанты грудного вскармливания в России

Здоровье человека на каждом этапе жизненного цикла оказывает влияние на здоровье на других этапах и кумулятивным образом воздействует на следующее поколение [23-25,60,63,73,89,161,162,213].

Обеспечение приоритета профилактики, охрана здоровья матери и ребенка – ведущие направления демографической политики и современной стратегии отечественного здравоохранения, а национальные цели и стратегические задачи развития РФ на ближайшие годы созвучны ЦУР [7,23,28,39,51,75,94,113,116]. Среди них – развитие детского здравоохранения, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание в семье, отказ от вредных привычек направлены на решение демографических проблем до 2025 года [12,20,25,78,103,111,114,130].

Анализ основных тенденций в состоянии здоровья детей первого года жизни в России за 2011-2016 годы свидетельствует о неоднозначной динамике показателей, по ряду позиций отмечена отрицательная динамика, выражены региональные особенности [109,110]. Среди детей 0-14 лет, хотя и отмечено неуклонное снижение первичной заболеваемости, но снижение общей заболеваемости происходит более медленными темпами, не меняется и структура впервые выявленной патологии [11,85]. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей, связаны с накоплением хронической патологии, где велика роль социальных и экологических факторов, деструктивных форм поведения родителей, особенно живущих на селе [63,66,93,123,162]. В СЗФО, где расположены значительные арктические территории с неблагоприятной зоной для проживания, по данным профилактических осмотров общая заболеваемость детского населения и доля детей с хронической патологией выше российского уровня, отмечаются самые низкие показатели удельного веса здоровых детей [11,63,64,109].

Одним из показателей качества медико-санитарной помощи в зарубежной и отечественной педиатрии считается показатель грудного вскармливания, его сохранение среди детей первого года жизни на возможно более длительный срок [38,39,69,89,90,95,125]. Однако несмотря на понимание медицинскими работниками и большинством родителей преимущества грудного вскармливания,

в России этот показатель среди детей до года не имеет существенной тенденции к росту [2,25,122,127,129]. По данным Минздрава России распространенность грудного вскармливания составила в 2013 году среди детей от 3 до 6 месяцев – 42,1%, от 6 до 12 месяцев – 40,7% [85]. В Центрально-Федеральном округе, соответственно, 48% и 29%, СЗФО – 44% и 39%. В Северо-Кавказском федеральном округе выше доля детей на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев (53%), но самый низкий показатель от 6 до 12 месяцев (31%). В Приволжском федеральном округе, наоборот, более половины детей второго полугодия жизни находятся на грудном вскармливании (51%), но только треть от 3 до 6 месяцев (31%). К 2015 году в 51 субъекте РФ 294 учреждения родовспоможения, включая 150 женских консультаций и 193 детские поликлиники, были удостоены звания БДР, в них принято 21% от всех ежегодных родов в России. В 2010-2011 годы впервые аттестованы отделения патологии новорожденных и недоношенных детей областных детских клинических больниц (г. Тамбов, г. Тула), в 2012 году – первые перинатальные центры (г. Краснодар и г. Томск) [3]. Однако в 2017 году в РФ по официальным данным показатели грудного вскармливания от 3 до 6 месяцев составили 43,2%, от 6 до 12 месяцев – 40,4%, что отражает необходимость концентрации усилий на повышении распространенности и продолжительности грудного вскармливания [22,25,57,69-71,87,91,95,127].

Формами отраслевого и федерального статистического наблюдения (ФСН) учет показателей грудного вскармливания в акушерских стационарах и исключительно грудного вскармливания среди детей до 6 месяцев жизни в России не предусмотрен [4,55,66,85,100,101]. По данным И.Я. Коня и соавторов (2006) частота исключительно грудного вскармливания составляла к началу 2000-х годов всего 5,2% [53]. В 2017 году инициация грудного вскармливания в первый час после рождения составляла в среднем по стране менее 30%, показатель грудного вскармливания в 6 месяцев – менее 40%, после года – ниже 20% [38]. В России

основной причиной прекращения кормления грудью считается недостаток молока (70%) [25,29,30,139]. Несмотря на один из самых продолжительных оплачиваемых отпусков по беременности и родам в мире, показатели распространенности грудного вскармливания в РФ далеки от оптимальных значений [2,38,55,215].

Продолжительность грудного вскармливания управляема и зависит от преемственности в работе трех звеньев – женской консультации, акушерского стационара, детской поликлиники, а также от убежденности кормящих матерей, членов семей в необходимости грудного вскармливания, профессиональной и непрофессиональной поддержки [33,44,117,127,129,133,144,145,167,199]. В научных работах М.В. Гмошинской, Е.М. Фатеевой систематизированы факторы, способствующие полноценной лактации – психологические, социальные (доминанта лактации, поддержка семьи, отношение окружающих), медицинские (отсутствие родостимуляции, долактационных кормлений, назначение смесей, стимуляция лактации, помощь медицинского персонала) [29,30,119].

Необходимость психологического сопровождения перинатального периода и формирования оптимальных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у беременных женщин для положительного исхода родов и своевременного становления лактации у родильниц подтверждены научными работами И.В. Добрякова, И.А. Тишевского, О.В. Яворской [34,35,117,127].

Однако учреждения родовспоможения до настоящего времени далеко не все укомплектованы специалистами по перинатальной и клинической психологии, при этом почти 46% беременных находятся в группе риска по отказу от грудного вскармливания, более 25% женщин имеют низкий уровень психологической готовности к родам [34,35,98,117,127]. Как и в 2000-х годах, информированность и поддержка женщин в период грудного вскармливания остаются недостаточными [20,25,47,54,70,129,142,157,196,199,203].

Две трети (62%) женщин не знают о пользе грудного вскармливания, более трети считают, что состав грудного молока не отличается от коровьего (38%). Большинство (89%) не знают, что делать при лактостазе, снижении лактации [18,97]. Обучающие занятия с преждевременно родившими матерями, наличие специалистов по грудному вскармливанию имеются не во всех акушерских и неонатальных стационарах, детских поликлиниках [25,32,111,127]. Это приводит к самостоятельному переводу детей на искусственное вскармливание, хотя введение докорма и прикорма – приоритет врача-педиатра [9,107,121,128,129,202].

Увеличение распространенности и длительности грудного вскармливания продолжается в тех субъектах РФ, где соблюдаются требования ИБДР, внедряются новые технологии, оказывая положительное влияние на показатели здоровья матерей, детей, сокращая финансовые затраты акушерских стационаров на закупку смесей, на госпитализацию и обслуживание детей в амбулаторных условиях [10,16,27,43,49,100,210]. По данным Л.В. Абольян и соавторов (2014, 2015) средняя длительность грудного вскармливания и исключительного грудного зависят от наличия статуса БДР, что приводит к увеличению продолжительности грудного вскармливания в среднем на 10% по сравнению «обычными» роддомами [1,2].

В диссертационной работе Е.М. Булатовой (2005) показано, что использование программно-целевого подхода к вскармливанию детей, принятие в г. Санкт-Петербурге городских законов привело к росту показателей грудного вскармливания: в один месяц – до 88,6%, в три месяца – до 73%, в шесть месяцев – до 53,7%, к году – до 32,8%. [20]. Создание в г. Красноярске Центра грудного вскармливания позволило увеличить долю детей, получающих грудное молоко от 6 до 12 месяцев с 33,8% (2007 г.) до 78,3% (2013 г.) [120,122]. Системная 5-летняя работа в г. Нижний Новгород привела к росту показателей грудного вскармливания детей до 3 месяцев от 80 до 87%, 6 месяцев – от 53 до 75,8%, 12

месяцев – от 30,0 до 38,9%, а создание Центра в структуре городской поликлиники – до 98,2% в 3 месяца, 82% в 6 месяцев и 50% в 12 месяцев [22]. В то же время Центры рационального питания для детей есть в единичных субъектах РФ, а центры здоровья не осуществляют достаточной помощи специалистам по организации Школ для беременных и кормящих матерей [9,25,126,127,182].

Исследование, проведенное в г. Владивосток, показало, что система здравоохранения может сэкономить более 2,5 млн. руб., если около 5 тысяч детей первого года жизни будут находиться на исключительно грудном вскармливании 6 месяцев [27].

Актуальность грудного вскармливания в России возросла с переходом на международные критерии регистрации рождения с апреля 2012 года [69,77,79]. Снижение удельного веса нормальных родов за счет патологического течения беременности при экстрагенитальной, урогенитальной патологии, увеличение оперативных, преждевременных родов определяют аспект новых задач в перинатологии, неонатологии и педиатрии по совершенствованию организационных форм работы, включая оптимизацию питания больных и преждевременно родившихся детей [8,13,15,20,22,31,37,43,57,62].

Проведенное в г. Санкт-Петербурге В.К. Юрьевым с соавторами (2017) исследование показало, что 14,5% новорожденных не прикладываются к груди сразу после родов, более 76% по причине кесарево сечения, 5,7% – по болезни матери. Субъективные причины отказа от грудного вскармливания превышают 41%. Доля детей, сохранивших грудное вскармливание, в 3-6 месяцев составляла 55,4%, до 12 месяцев – 34,1% в 2017 году, что значительно ниже оптимального уровня, хотя субъект является примером социальной поддержки матерей и семей, воспитывающих детей до двух лет [21,104,125].

Исследования с участием студентов российских ВУЗов, медицинских работников, матерей, по-прежнему, демонстрируют низкую информированность

по вопросам грудного вскармливания, а также указывают на значительные расхождения показателей грудного вскармливания официальных отчетов и по опросам матерей, подтверждая необходимость внесения изменений в обучающие программы, статистические формы учета [4,18,22,52,56,58,88,92,97,98,128,182].

1.4.1. Анализ нормативных документов по организации грудного вскармливания

Задачи службы охраны материнства и детства всегда диктовали необходимость оценки доступности и качества медицинской помощи на всех этапах наблюдения женщин в период беременности, родов и после рождения ребенка [8,13,23,43,64,67,74,83,90,108]. Нормативными документами отечественного здравоохранения на современном этапе являются порядки оказания медицинской помощи [77,79-81]. Утвержденные приказами Минздрава России, они определяют функции учреждений и специалистов службы родовспоможения и детства, в том числе по охране и поддержке грудного вскармливания. Формирование системы трехуровневого оказания перинатальной помощи повышает актуальность организации перинатальной, неонатальной помощи, в том числе грудного вскармливания, учитывая важность единства и последовательности акушерских, неонатальных и педиатрических рекомендаций в его поддержку [14,22,32,33,37,43,44,88,100-102,113,130].

Приказ Минздрава России от 1 ноября 2012 года № 572-н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» определил основные функции учреждений, структурных подразделений и специалистов по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам, рождению ребенка [79]. К лечебным мероприятиям для женщин с физиологическим течением беременности определено направление будущих матерей в школы беременных, подготовка к партнерским родам и грудному

вскармливанию. В акушерских стационарах рекомендуются семейно-ориентированные роды, в родильном зале – первое прикладывание ребенка к груди не позднее 1,5-2 часов продолжительностью не менее 30 минут, совместное пребывание родильниц и новорожденных; свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку; санитарно-гигиеническое обучение матерей вопросам грудного вскармливания. В штат акушерского стационара рекомендуется включить одну должность медицинского психолога (психолога) на 80 коек и более. При выписке лечащим врачом родильнице необходимо давать разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания от 6 месяцев до 2 лет ребенка, что соответствует рекомендациям ВОЗ [39,79,95].

Согласно порядку оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» при рождении здорового доношенного ребенка проводят процедуры, направленные на поддержание грудного вскармливания [77]. В штате родильного дома (отделения) предусмотрена одна должность медицинской сестры по поддержке грудного вскармливания из расчета на 30 коек и 0,5 должности на каждые 15 коек сверх 30 коек. В структуре отделения для новорожденных, в том числе в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) должны быть предусмотрены помещения для сбора, обработки и хранения женского молока. В отделении патологии новорожденных акушерских, неонатальных, педиатрических стационаров – комнаты для сцеживания грудного молока.

С 2018 года годовой формой ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации» в таблице 4809 отдельной строкой предусмотрен сбор кабинетами/отделениями медицинской профилактики сведений по работе школ для беременных (учет абсолютного числа беременных женщин, посетивших занятия) [82].

Начиная с 2012 года, для оценки эффективности регионализации акушерской и перинатальной помощи, Минздравом России в дополнение к отчетной форме ФСН №32 «Сведения о медицинской помощи беременным,

роженницам и родильницам» введена отчетная форма №232 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах» (вкладыш) [79,124]. Сведения, содержащиеся во Вкладыше, позволяют анализировать различные аспекты деятельности – объем и качество оказания медицинской помощи дифференцированно по каждому функциональному уровню регионализации. Несмотря на важность старта исключительно грудного вскармливания отчетными статистическими формами не предусмотрен ни количественный, ни качественный учет мероприятий и результатов в поддержку грудного вскармливания [41,61,84].

В 2007 году утверждены критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и послеродовой период [76]. Критерии используются руководителем медицинской организации в целях определения размера средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала за оказанную женщинам амбулаторно-поликлиническую помощь в период беременности и стационарную помощь в период родов и в послеродовой период, однако не предусматривают оценки результатов организации грудного вскармливания.

Порядок оказания педиатрической помощи предусматривает не менее 30 направлений работы детских поликлиник и отделений стационаров, в том числе по организации рационального питания детей до трех лет [80]. Специалисты детских поликлиник согласно порядку осуществляют патронажи к беременным, проводят первичные патронажи к новорожденным и детям до года жизни, обеспечивают организацию рационального питания детей. В структуре детской поликлиники предусмотрен кабинет здорового ребенка (2 должности врача-педиатра, 2 должности медсестры на 10 тысяч прикрепленного населения), одна должность социального работника, медицинский психолог. К функциям кабинета врача-педиатра участкового относится организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения родителей, проведение санитарно-просветительной

работы с родителями по профилактике детских болезней. Учитывая актуальность первичной медико-санитарной помощи, в 2018 году Минздравом России утверждено положение о ее организации, включающее мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Однако в отличие от Порядков оказания медицинской помощи по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология», в двух Приказах Минздрава России по педиатрии отсутствует понятие «грудное вскармливание» [81]. Можно полагать, что под рациональным и оптимальным питанием детей специалисты педиатрической службы, кабинетов здорового ребенка, Центров здоровья, должны понимать важность исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев и продолжающееся грудное вскармливание до 1,5-2 лет.

С 2007 года к индикаторам оценки эффективности профилактической работы врачей-педиатров участковых, наряду с охватом патронажами беременных, новорожденных, профилактическими осмотрами детей первого года жизни, относится показатель удельного веса числа детей первого года жизни на грудном вскармливании: не менее 80% в 3 месяца; 50% в 6 месяцев; 30% в 9 месяцев [22,74,108]. То есть, эффективность профилактической работы специалистов амбулаторного звена определяется устаревшими индикаторами по сравнению с международными критериями.

Таким образом, положения, регламентированные нормативными документами Минздрава России, хотя и совпадают с международными рекомендациями в поддержку грудного вскармливания, но нуждаются, по мнению отечественных педиатров, организаторов здравоохранения, в дополнении с учетом современных тенденций [4,16,39,55,95,122]. Так, мониторинг использования перинатальных технологий, в том числе направленных на инициацию и поддержку исключительно грудного вскармливания в учреждениях

родовспоможения не предусмотрен формами статистического наблюдения ни до, ни после перехода на трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи [40,41,77,79]. Для специалистов службы родовспоможения по уровням оказания перинатальной помощи в части базовых технологий неонатального ухода вообще не содержит индикаторов по грудному вскармливанию [82,83,101]. Поэтому актуально формирование единых подходов к оценке и учету показателей грудного вскармливания путем создания организационно-методических и программно-целевых документов на федеральном и региональном уровнях [21,25,88,127].

В 1999-2004 годы статус БДР был присвоен в АО шести акушерским стационарам [49]. До 2015 года их переаттестация не проводилась, другим учреждениям этот статус не присваивался. Исследования по изучению социальных, медицинских детерминант инициации и продолжительности грудного вскармливания в регионе единичны [164]. В рамках программы модернизации здравоохранения в 2010-2012 годы в АО было проведено зонирование территории с учетом порядков оказания медицинской помощи. Изучение практики акушерских стационаров, организации грудного вскармливания в региональной службе родовспоможения и детства на фоне трехуровневого принципа оказания медицинской помощи позволило нам сформировать программу исследования для комплексной оценки реальной ситуации и научного обоснования региональной системы поддержки грудного вскармливания.

Заключение по главе.

Первоочередными национальными задачами демографической политики России на современном этапе являются развитие детского здравоохранения, укрепление репродуктивного здоровья населения, формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание. Пропаганда грудного вскармливания – одно из ведущих направлений профилактики в улучшении показателей здоровья детей и матерей, однако его

распространенность далека от оптимального уровня, как в целом по стране, так и в большинстве регионов, включая АО.

Сравнительный анализ нормативных документов ВОЗ и Минздрава России показал, что при совпадении в целом международных и национальных рекомендаций в поддержку грудного вскармливания, существующие индикаторы оценки эффективности профилактической работы врачей-педиатров участковых устарели, мониторинг показателей грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения не предусмотрен формами статистического наблюдения.

Использование единых критериев и индикаторов сбора данных по распространенности грудного вскармливания позволит получить более точное представление о существующей практике питания новорожденных, увеличит доступность и сопоставимость показателей вскармливания среди детей до года, обеспечит возможность принятия обоснованных управленческих решений, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи женщинам репродуктивного и детям раннего возраста.

Глава 2. МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Программа и методики исследования

Исследование выполнено в соответствии с государственным заданием ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России «Общественное здоровье: демографические и медико-социальные аспекты». Программой диссертационной работы были определены задачи исследования, выбраны объекты, предмет исследования и единицы наблюдения (рисунок 1) и этапы работы (таблица 1).



Рисунок 1. Программа диссертационного исследования

Таблица 1 – Этапы, методы, объемы проведения исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Источники информации и объемы исследования
1. Анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов по теме диссертационного исследования, правовых и нормативных документов по организации грудного вскармливания в РФ.	Контент-анализ, аналитический	Труды отечественных и зарубежных авторов (220 источников, из них 130 отечественных и 90 зарубежных), нормативные документы Минздрава России, Минздравсоцразвития России.
2. Изучение и анализ основных медико-демографических показателей, заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни АО за 2007-2017 годы.	Аналитический, статистический, сравнительный анализ	Данные Росстата, справочные документы Минздрава России, министерства здравоохранения АО; формы ФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (n=11), № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (n=11); № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» (до 2015 г., n=9), № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (n=11).
3. Изучение существующей практики МРЦ в поддержку грудного вскармливания, факторов, влияющих на планы матерей по его продолжительности, информированности матерей, медицинских работников по вопросам питания детей.	Социологический, статистический, аналитический	Учетные формы № 096/у «История родов» (n=226), №097/у «История развития новорожденного» (n=226), анкета матерей новорожденных (n=226); тест ретроспективной оценки психологического компонента гестационной доминанты родильниц (n=226); анкета матерей детей до года (n=216); анкета медицинского персонала службы родовспоможения и детства (n=143).
4. Анкетирование родителей по самооценке здоровья детей, отношению к здоровьесберегающим формам поведения. Изучение влияния продолжительности грудного вскармливания на показатели здоровья ребенка.	Аналитический, статистический социологический	Анкета законных представителей несовершеннолетних (n=2896), учетные формы № 112/у «История развития ребенка» (n=100), № 026/у «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов» (n=100).
5. Организация мониторинга показателей грудного вскармливания, расхода детских молочных смесей в акушерских стационарах. Определение особенностей распространенности грудного вскармливания среди детей, проживающих в городской и сельской местности АО.	метод организационного эксперимента, статистический, аналитический	Форма ФСН № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (n=196), вкладыш к форме № 32 «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах» (n=144), форма учета показателей грудного вскармливания новорожденных и расхода детских молочных смесей в акушерских стационарах (n=144).
6. Научное обоснование организации системы поддержки грудного вскармливания и оценка результатов внедрения на региональном уровне.	Аналитический, статистический	Формы ФСН № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» за 2007-2015 гг. (n=288), № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» за 2016-2017 гг. (n=64).

Объекты исследования: медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и после рождения ребенка.

Предмет исследования: организация работы по охране, поддержке и пропаганде грудного вскармливания.

Единицы наблюдения: родители, имеющие детей; новорожденные дети; матери детей до года; медицинские работники-участники анкетирования; объемы ДМС; показатели грудного вскармливания.

Программа состояла из нескольких этапов (таблица 1), для каждого из которых были определены источники и объемы исследования, выбраны соответствующие методы сбора, анализа и обработки информации.

На первом этапе с использованием информационно-аналитического метода:

- проведен анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов о роли грудного вскармливания в формировании индивидуального и общественного здоровья;
- представлена хронология подходов ВОЗ к организации и индикаторам мониторинга грудного вскармливания.

Объектом контент-анализа явились правовые и нормативные документы РФ в части организации грудного вскармливания.

Используя аналитический метод с приемами сравнения и группировки информации, показаны различия между показателями грудного вскармливания, принятыми в РФ и рекомендуемыми ВОЗ, актуальность изучения региональной практики и показателей грудного вскармливания на примере АО, как субъекта РФ.

Составлена программа исследования, определены план сбора материала и базы исследования для каждого этапа, выбран статистический инструментарий.

На втором этапе с использованием аналитического метода изучали:

- медико-демографические показатели АО (рождаемость, естественный прирост, общая смертность, младенческая смертность);
- показатели заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни за 2007-2017 годы.

Сбор информации осуществлялся методом выкопировки данных из форм ФСН, официальной статистики Минздрава России, департамента здравоохранения АО (до 2011 г.), МЗАО (2011-2017 гг.), государственного бюджетного учреждения здравоохранения АО «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ) [84-87].

Для решения первой задачи использовали статистический метод, включая сплошной метод исследования и анализ статистических материалов, для оценки динамики медико-демографических показателей за анализируемый период. Методом сравнительного анализа показателей заболеваемости новорожденных (доношенных и недоношенных), детей первого года жизни в АО и РФ изучили региональные особенности и определяли наиболее значимые патологии, имеющие положительные темпы прироста показателей за 2007-2017 годы.

При определении темпа прироста показателя использовали *формулу (1)* Федеральной службы государственной статистики:

$$T_{np} = \frac{Z_i}{Z_{i-1}} \times 100 \% - 100 \% \quad (1),$$

где T_{np} – темп прироста;

Z_i – уровень сравниваемого показателя;

Z_{i-1} – уровень предшествующего показателя.

Третий этап включал:

- изучение существующей практики МРЦ в поддержку грудного вскармливания;

- определение показателей исключительно грудного вскармливания новорожденных и детей первого полугодия жизни;
- определение факторов, влияющих на планы матерей по продолжительности грудного вскармливания;
- сравнительную оценку информированности матерей и медицинских работников службы родовспоможения и детства по вопросам грудного вскармливания.

Для решения второй задачи анализировались данные, полученные в рамках когортного исследования, с использованием социологического метода путем двукратного анкетирования матерей новорожденных детей (в акушерском стационаре МРЦ) и по достижении детьми возраста шести месяцев (в детской поликлинике).

Получено заключение Комитета по этике ФГБОУ ВО СГМУ на проведение исследования в рамках региональной научно-технической программы «Здоровье населения Европейского Севера России» (№ государственной регистрации 01201267432).

Для получения репрезентативных данных объема выборки на основе методических подходов, изложенных в литературных источниках [72], был использован метод расчета бесповторной выборки, определено необходимое число наблюдений по формуле (2):

$$n = \frac{t^2 * p * q * N}{\Delta^2 * N + t^2 * p * q} \quad (2),$$

где n – средняя численность детей первого года жизни, состоящих под наблюдением детской поликлиники в базовой медицинской организации (на конец отчетного года за период 2009-2011 годы в среднем составила $(385+350+341)/3=359$ детей);

p – вероятная распространенность изучаемого явления (грудное вскармливание);

$$q = 100 - p;$$

t – доверительный коэффициент для 95% вероятности безошибочного прогноза ($1,95 \approx 2$);

Δ - предельно допустимая ошибка,

планируемая точность оценки Δ составляет $\pm 5\%$, отсюда $d^2 = 5 * 5 = 25$.

Доля детей, сохранивших грудное вскармливание к году (распространенность явления), составила в среднем за три года $(36,1\% + 37,8\% + 39,5\%) / 3 = 37,8\%$, следовательно, величина $p = 100 - 38 = 62\%$.

Таким образом, установили необходимую и достаточную численность выборки (n) для представления адекватных имеющемуся контингенту детей первого года жизни:

$$n = \frac{(4 * 38 * 62 * 359)}{(25 * 359) + (4 * 38 * 62)} = 184$$

Выборочная совокупность составила 184 анкеты для матерей, родивших здоровых новорожденных детей.

В исследование включили новорожденных, родившихся от женщин, поступивших на роды в акушерский стационар МРЦ за период с 01.01.2010 по 31.12.2010 ($n=372$). Критерии включения: новорожденные, родившиеся у матерей от доношенной беременности, с оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте 7 баллов и выше, с массой тела 2500 г и более. Критерии не включения: многоплодная беременность ($n=2$), ранняя неонатальная смерть ($n=1$), отказ матери от участия в исследовании ($n=12$). Критерии исключения: наличие высокого перинатального риска у матери в виде тяжелой акушерской или экстрагенитальной патологии, преждевременные роды, осложнения после родов ($n=23$); роды путем операции кесарево сечения под общим наркозом ($n=41$); наличие у ребенка тяжелой патологии в периоде новорожденности (ВУИ, гнойно-септические заболевания,

гемолитическая и геморрагическая болезнь новорожденных, врожденные уродства, наследственные заболевания, n=23), перевод новорожденного в раннем неонатальном периоде в педиатрический стационар (n=10), невозможность принять участие в повторном анкетировании (n=34).

Для отбора здоровых новорожденных использовали выкопировку данных из первичной медицинской документации, клинико-anamнестический метод, методы клинического обследования новорожденных. При рождении новорожденные оценивались согласно шкале Апгар. Клинические осмотры детей проводились по общепринятой схеме обследования новорожденного, с установлением клинического диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней X пересмотра.

Таким образом, в данный этап исследования для оценки существующей практики грудного вскармливания в МРЦ, определения показателей исключительно грудного вскармливания детей до года, факторов, влияющих на планы матерей по продолжительности грудного вскармливания, было включено 226 диад мать и дитя.

Анкетирование матерей, родивших здоровых доношенных детей, для получения социальной и биологической информации проводили с использованием авторской анкеты, состоявшей из 45 вопросов, разделенных на блоки (приложение 5).

Анкета для матерей новорожденных детей в акушерском стационаре включала следующие блоки: социальная характеристика семьи; характер вскармливания новорожденного; соблюдение рекомендаций в поддержку грудного вскармливания; оценка женщиной своего эмоционального состояния; отношение к табакокурению в семье, самооценка знаний и информированность о влиянии грудного вскармливания на здоровье матери и ребенка.

Анкетирование в акушерском стационаре осуществлялось на 4-5 сутки после родов медицинскими сестрами, которые были предварительно

инструктированы о порядке проведения анкетирования, могли оказать помощь матерям в заполнении анкет, если в этом была необходимость. Согласием служило заполнение анкеты. Для становления достаточной по объему и продолжительности лактации оптимальным считается, что здоровый доношенный ребенок выкладывается на грудь матери после не осложненных родов в первые 30 минут и не менее чем на 30 минут [79,83,95]. В связи с этим продолжительность контакта «кожа к коже» оценивали по выбору матерями предложенных в анкете позиций (до 5-10-20-30 минут). Результаты анкетирования позволили получить сведения о подготовке женщин к родам и грудному вскармливанию, поддержке матерей и новорожденных медицинскими работниками в период беременности и после родов, оценить их информированность по вопросам грудного вскармливания. Заполнено и возвращено матерями 226 анкет в акушерском стационаре, что составило 60,75% от числа родов за год в МРЦ.

Учитывая отсутствие в штате МРЦ психолога и важность психологических аспектов в работе с беременными, родильницами и кормящими матерями, изучение отношения матерей к грудному вскармливанию оценивали по результатам ответов родивших женщин на тест отношения к беременности «Самовосприятие подготовленности к родам и грудному вскармливанию» по методике И.В. Добрякова (приложение 6).

По результатам тестирования проводили определение варианта ПКГД, который представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы. Тест содержит три блока утверждений, отражающих отношение женщины к себе беременной (блок А); отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя» (блок Б); отношения беременной к отношениям к ней окружающих (блок В). В каждом блоке теста выделены три раздела,

представленные пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Женщине предлагалось выбрать одно из них, наиболее соответствующий ее состоянию. Блок А представлен следующими разделами: отношение к беременности (I), отношение к образу жизни во время беременности (II), отношение во время беременности к предстоящим родам (III). Блок Б: отношение к себе, как к матери (I), отношение к своему ребенку (II), отношение к вскармливанию ребенка грудью (III). Блок В: отношение мужа к беременной (I), отношение к беременной родственников и близких (II), отношение к беременной посторонних людей (III). Оптимальный тип ПКГД соответствует адекватному стилю переживания беременности. Гипогестогнозический тип ПКГД характеризуется игнорирующим стилем переживания беременности. Эйфорический тип ПКГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, некритичным отношением к возможным проблемам беременности и материнства. Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременных, когда эмоциональное состояние повышено тревожное или депрессивное, со страхами за исход беременности, родов, послеродовой период. Депрессивный тип ПКГД проявляется резко сниженным фоном настроения у беременных, проявляется игнорирующим и тревожным стилем переживания беременности.

Для определения показателей исключительно грудного вскармливания путем выкопировки данных из историй развития новорожденных и анкет определили количество новорожденных, находившихся на искусственном вскармливании, грудном вскармливании, в том числе исключительно грудном, докорме ДМС. Для определения показателей грудного и исключительно грудного вскармливания детей первого полугодия жизни, факторов, влияющих на планы матерей по продолжительности кормления грудью, проводили анализ данных о характере питания ребенка по данным повторного анкетирования матерей в

детской поликлинике. Использовали специально разработанную для амбулаторного этапа анкету из 19 вопросов (приложение 7).

Анкета для матерей, детей до года жизни позволяла оценить продолжительность грудного после выписки детей из акушерского стационара, проведение мероприятий в поддержку грудного вскармливания на амбулаторном этапе специалистами педиатрической службы и поддержку матерей в семьях. Анкетирование проводилось участковыми медицинскими сестрами, которые были предварительно инструктированы о порядке его проведения.

При повторном анкетировании в детской поликлинике заполнено и возвращено матерями 216 анкет, отклик составил 95,57% от числа матерей, участвовавших в анкетировании в акушерском стационаре МРЦ.

Для решения третьей задачи в части получения сведений об информированности специалистов службы родовспоможения и детства по вопросам грудного вскармливания использовали разработанную автором анкету для медицинских работников по вопросам грудного вскармливания, состоявшую из 19 вопросов (приложение 8).

Для определения объема выборки на данном этапе использовали методику К.А. Отдельновой для исследований средней точности; в качестве границы статистической значимости результатов использовали уровень значимости равный 0,05, что позволяло включить в исследование 100 респондентов [72]. Число специалистов службы родовспоможения и детства, принявших участие в анкетировании, составило 143 человека.

В рамках решения третьей задачи также проведено сравнение информированности респондентов различных категорий населения (матерей в МРЦ и медицинских работников) по вопросам грудного вскармливания. Анализ номинальных данных результатов анкетирования в части ответов 143 медицинских работников о преимуществах грудного вскармливания для здоровья матерей и детей сравнили с результатами ответов на аналогичные вопросы при

анкетировании 226 матерей в акушерском стационаре с использованием критерия χ^2 Пирсона.

Четвертый этап включал:

- поиск актуальных направлений профилактической работы с семьями, имеющими детей, по данным родительской самооценки здоровья ребенка, отношения к здоровью позитивным (вакцинация, продолжительность грудного вскармливания) и негативным (табакокурение) формам поведения;
- изучение влияния продолжительности грудного вскармливания на показатели здоровья ребенка и определение взаимосвязи его продолжительности с наличием хронических заболеваний у детей, проживающих в АО; группами здоровья детей и адаптацией детей к посещению дошкольного образовательного учреждения (ДОУ), из числа проживающих в условиях Крайнего Севера.

Решение третьей задачи осуществлялось в рамках поперечного исследования, проведенного в 25 (100%) муниципальных образованиях АО с использованием социологического метода путем проведения анкетирования законных представителей несовершеннолетних по самооценке здоровья детей, отношению к здоровьесберегающим формам поведения (продолжительности грудного вскармливания, приверженности вакцинации, отказу от табакокурения). Для проведения анкетирования определили объем выборки на данном этапе, используя методику для исследований высокой точности, в качестве границы статистической значимости результатов использовали уровень значимости равный 0,01, что позволяло включить в исследование не менее 900 респондентов [72].

Распоряжением министерства здравоохранения АО были утверждены перечень ГМО для проведения анкетирования, ответственные исполнители, бланк анкеты, определены временные рамки для сбора сведений (приложение 9).

В исследование были включены все ГМО, обеспечивающие оказание первичной медико-санитарной помощи детскому населению всех муниципальных образований АО.

Единицы наблюдения – родители, имеющие на момент проведения анкетирования детей до 18 лет, посещавшие детские поликлинические отделения (ДПО), в том числе родители из числа медицинских работников (сотрудники домов ребенка, организаторы здравоохранения, работающие непосредственно в МЗАО). Отбор респондентов проводился случайным образом. Медицинские работники ДПО предлагали заполнить родителям анкету во время врачебного приема, посещения кабинета здорового ребенка или в период посещения ребенка на дому. Ответственный сотрудник МЗАО осуществлял распространение и сбор заполненных анкет в течение рабочей недели среди сотрудников МЗАО, имеющих детей до 18 лет. Условием включения в исследование являлось добровольное возвращение респондентом заполненной анкеты.

В анонимном анкетировании приняли участие 2896 респондента, показатель отклика составил 96,2%.

Анкета включала блок сведений по социальным вопросам семьи (возраст, пол, уровень образования родителей, количество детей в семье, возраст младшего или единственного ребенка); самооценке родителями здоровья своего ребенка; продолжительность грудного вскармливания, отношение в семье к табакокурению, проведению вакцинации ребенка. По результатам анкетирования, с использованием аналитических и статистических методов, определили распространенность грудного вскармливания в семьях, социальные детерминанты, влияющие на его продолжительность, отношение матерей к вакцинации, табакокурению. Оценили влияние грудного вскармливания на показатели здоровья ребенка (наличие или отсутствие хронических заболеваний) и отношение родителей к вакцинации детей в рамках Национального календаря

профилактических прививок и к табакокурению при разной продолжительности грудного вскармливания.

Для решения третьей задачи в части получения сведений о влиянии продолжительности грудного вскармливания на здоровье детей, проживающих в условиях Крайнего Севера АО, использовали методику К.А. Отдельновой для исследований средней точности. В качестве границы статистической значимости результатов использовали уровень значимости равный 0,05, что позволяло включить в исследование 100 респондентов [72]. Ранее такие исследования в регионе не проводились.

Формирование выборки проведено методом случайного отбора медицинской документации детей, находившихся на грудном вскармливании с рождения. Использовали данные учетных форм № 112/у «История развития ребенка», № 026/у «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов». Добровольное информированное согласие законных представителей оформлено при первичном поступлении ребенка под наблюдение участкового педиатра. Собранный в рамках исследования материал относился к компетенции функциональных обязанностей персонала детской поликлиники, что не требовало дополнительного согласия родителей (законных представителей) на участие в исследовании.

Отобрано 100 детей в возрасте от 2 до 3 лет, находившихся с рождения на грудном вскармливании и посещавших ДООУ в течение одного года, с периода первичного зачисления в ДООУ.

Путем выкопировки данных из медицинской документации изучали показатели здоровья ребенка: оценка по шкале Апгар, вес, рост, группа здоровья при рождении, в возрасте одного года и при проведении профилактического медицинского осмотра перед оформлением в ДООУ. Объем исследований ребенка

входил в рамки мероприятий, предусмотренных порядком оказания педиатрической помощи. Учитывали наличие, частоту и длительность острых респираторных инфекций до посещения ДООУ и в течение первого года посещения ДООУ. Оценивали медико-социальные характеристики матерей (наличие экстрагенитальной патологии, течение беременности, паритет родов, характер родоразрешения, число детей в семье, отношение матери к табакокурению). Критический уровень статистической значимости для данного исследования составил $p \leq 0,2$. Критерий Манна-Уитни, Крускала-Уоллиса использовали для сравнения количественного признака, не подчиняющегося закону нормального распределения. Между двумя группами данные представлены в виде медианы и квартилей первого и третьего ($Me (Q1-Q3)$). Корреляционный анализ Спирмена – для поиска взаимосвязи между продолжительностью грудного вскармливания и характеристиками здоровья матери и ребенка.

На пятом этапе обосновали в качестве новой организационной формы работы на уровне ГМО и в региональной системе здравоохранения целесообразность внедрения мониторинга показателей грудного вскармливания в акушерских стационарах; определения рейтинга городских и сельских округов АО по показателям грудного вскармливания. Определены особенности распространенности грудного вскармливания среди детей, проживающих в городской и сельской местности АО. Осуществлена реализация мероприятий организационного, обучающего, информационного, международного и общественного характера в рамках системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне.

Использовали метод организационного эксперимента для внедрения мониторинга показателей грудного вскармливания новорожденных и расхода ДМС для их питания в акушерских стационарах, разработали форму учета в виде раздела к пояснительным запискам ежегодных годовых отчетов педиатрических служб ГМО (приложение 10).

Пояснительные записки с 2010 года направлялись в отдел медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗАО, где осуществлялся анализ. Анализировались данные за год: абсолютное число принятых родов (в том числе нормальных); новорожденных, родившихся живыми, из них выписанных на грудном вскармливании. Показатель «расход ДМС в среднем на 1 новорожденного» за год, по акушерским группам, за период 2010-2017 годы, рассчитывали по формуле (3):

$$X_s = \frac{V_s}{n} \quad (3)$$

где X_s – расход ДМС в среднем на 1 новорожденного ребенка в акушерском стационаре, в килограммах (кг);

V_s – общий объем ДМС, израсходованный за календарный год в акушерском стационаре (кг);

n – абсолютное число новорожденных детей, выписанных живыми из акушерского стационара за календарный год.

В рамках решения четвертой задачи при оценке динамики показателей грудного вскармливания в АО, СЗФО, РФ проводился сбор справочных документов базы МИАЦ, использовали данные форм ФСН № 31 с 2011 до 2015 года, с 2016 года – № 12, данные Минздрава России и Росстата.

Показатель «доля детей на грудном вскармливании от 3 до 6 месяцев» определяли путем деления количества детей, получавших грудное вскармливание не менее трех, но не более 5 месяцев 29 дней, на общее число детей, достигших возраста одного года в соответствующем году, умноженное на 100. Показатель «доля детей на грудном вскармливании в возрасте от 6 до 12 месяцев» определяется путем деления количества детей, получавших грудное вскармливание не менее 6 и до 12 месяцев жизни, на общее число детей, достигших возраста одного года в соответствующем году, умноженное на 100.

Показатели выражали в процентах. Таким образом, вне поля зрения официальной статистики остается группа детей в возрасте от 0 до трех месяцев жизни, в которую входят дети, не получавшие грудное вскармливание с рождения и/или завершившие его до исполнения возраста 2 месяца 29 дней. Поэтому в дополнение к принятым в РФ показателям в 3-6 месяцев и 6-12 месяцев, определяли количество детей, не получавших и завершивших грудное вскармливание до 2 месяцев 29 дней.

При определении показателя «доля детей, завершивших грудное вскармливание в возрасте до 3 месяцев» использовали *формулу (4)*:

$$BF\ 3 = \frac{(N - (Bf\ 6 + Bf\ 12))}{N} * 100\ %$$

(4)

где N – общее число детей, достигших возраста одного года в соответствующем году,

$Bf\ 6$ – число детей, находившихся на грудном вскармливании в возрасте от 3 до 6 месяцев,

$Bf\ 12$ – число детей, находившихся на грудном вскармливании в возрасте от 6 до 12 месяцев,

$BF\ 3$ – доля детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (в %).

При правильном представлении сведений медицинскими организациями сумма трех показателей в трех группах детей ($BF\ 3$ (0-3 мес.) + $Bf\ 6$ (3-6 мес.) + $Bf\ 12$ (6-12 мес.)) не должна превышать 100 процентов, от числа детей, достигших возраста одного года в соответствующем году. Данные показатели использовали в качестве математического контроля достоверности статистических сведений ГМО, и рассматривали, как структуру показателей грудного вскармливания детей до года жизни при оценке распространенности по городским и сельским округам АО, субъектам СЗФО и РФ.

Проведен сравнительный анализ показателей грудного вскармливания детей до года, проживающих в городской и сельской местности АО до (2007-2012 годы) и после перехода на трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи (2012-2017 годы), а также между субъектами СЗФО с использованием при анализе номинальных данных критерия χ^2 - Пирсона и отношение шансов.

Определение рейтинга городских и сельских округов АО, оценку показателей грудного вскармливания в субъектах СЗФО в динамике за период 2007-2017 годы проводили с учетом международных критериев для оценки уровня распространенности грудного вскармливания детей до года жизни.

На заключительном этапе систематизированы результаты работы, полученные на предыдущих этапах; дана оценка результативности системы в поддержку грудного вскармливания в АО с 2007 по 2017 годы по показателям его распространенности среди новорожденных, детей до года, динамике показателей заболеваемости детей первого года жизни по ряду алиментарно-значимых нозологий и уровню младенческой смертности. Обоснована целесообразность изменения на региональном и федеральном уровнях статистических форм учета, критериев эффективности работы специалистов службы родовспоможения, детства по организации грудного вскармливания. Представлены стратегические направления дальнейшего совершенствования профилактического направления медицинской помощи детям раннего возраста и предложения по организации системы поддержки грудного вскармливания на различных уровнях в системе здравоохранения.

Статистические методы использованы при обработке материала исследования, составления базы данных и сводных таблиц. Статистический анализ фактического материала проводился с использованием прикладных статистических программ SPSS Version 21.0 (for Windows, Statistics Package for Social Science, SPSS Inc., США), WinPEPI (расчет 95% доверительного интервала (ДИ) процентных долей методом Фишера), Microsoft Excel 2009. Используются

методы дескриптивной и аналитической статистики. Критический уровень значимости p выбран 0,05 с применением поправки Bonferroni для множественных сравнений (с принятым уровнем критической значимости для множественных сравнений $p < 0,001$), при проверке статистических гипотез для пилотного проекта $p \leq 0,2$. Взаимосвязи определяли с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Критерий Мак-Нимара – для поиска взаимосвязи между 2 дихотомическими переменными в случае «до-после», данные представлены в виде абсолютного числа (абс.), процента (%). Критерий Манна-Уитни – для сравнения количественного признака, не подчиняющегося закону нормального распределения. Между 2 группами данные представлены в виде медианы и квартилей первого и третьего (Me (Q1-Q3)). Корреляционный анализ Спирмена – для поиска взаимосвязи между продолжительностью грудного вскармливания и характеристиками здоровья матери и ребенка.

2.2 Характеристика базы исследования

Базовой территорией диссертационного исследования являлся субъект РФ – Архангельская область, наиболее масштабный по территориальной протяженности и численности жителей регион Европейского Севера РФ, расположена на севере Восточно-Европейской равнины и входит в состав СЗФО, насчитывает 26 муниципальных образований, включая районы Крайнего Севера и арктической зоны РФ. Регион характеризуется особыми климатическими условиями, связанными с периодами ледостава и ледохода, частой сменой воздушных масс, поступающих из Арктики, крайне неустойчивой погодой, а также отсутствием развитой структуры автомобильных дорог, наличием большого числа водных преград, функционированием территориально удаленных структурных подразделений медицинских организаций в сельской местности и на островных территориях. В АО – низкая плотность населения, которая в среднем

составляет 2,69 человек на кв. км, колеблется от 1211,6 в городе Архангельске до 0,2 в сельском округе «Лешуконский муниципальный район» (2017 г.).

АО насчитывает 205 муниципальных образований, в том числе 6 городских округов, 19 муниципальных районов. Административный центр АО – город Архангельск с численностью населения по состоянию на 01 января 2018 года 356,7 тысяч человек. В состав арктической зоны РФ входят территории АО – Новая Земля, Земля Франца-Иосифа, Мезенский, Приморский и Онежский районы, городские округа «Город Архангельск», «Город Новодвинск» и «Город Северодвинск».

Численность населения АО (без учета НАО) на 01 января 2018 года составляла 1110798 человек, городское население – 78,2%, сельское – 21,8%; дети – 20,4%, трудоспособное население – 55,2%, старше трудоспособного возраста – 24,4%. В половозрастной структуре населения мужчины составляли 46,8%, женщины – 53,2%.

Жизнедеятельность человека, проживающего на севере России, тесно связана с негативными антропогенными и географическими факторами. Адаптация к ним достигается ценой значительного морфофункционального напряжения, а объективные показатели здоровья северян, в том числе детского населения, хуже, чем жителей более южных регионов РФ. Устранение сложившейся диспропорции в соотношении профилактического и лечебного звеньев здравоохранения является одной из стратегических региональных задач [63,64,78,93,99,115,116].

Оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде и их новорожденным детям осуществляется с учетом трехуровневой системы. По возможности оказания медицинской помощи женщинам и новорожденным в зависимости от перинатального риска и по уровню оказания медицинской помощи ГМО АО распределены на 3 группы. Определены пути маршрутизации пациенток и этапы оказания медицинской

помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами медицинской помощи [77,79-81,83].

Численность детского населения АО составила 229 114 человек на 1 января 2017 года. Оказание первичной доврачебной и врачебной медико-санитарной помощи организовано по территориально-участковому принципу. Специализированная медицинская помощь детям оказывается в двух государственных бюджетных учреждениях здравоохранения АО «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова» и «Северодвинская городская детская клиническая больница» (СГДКБ), где функционируют специализированные койки для детей, в том числе отделения второго этапа выхаживания новорожденных и недоношенных детей. Кроме этого, сеть ГМО представлена двумя родильными домами и одной детской городской поликлиникой, тремя санаториями для детей, двумя специализированными домами ребенка, а также 441 фельдшерско-акушерским пунктом. По состоянию на 1 января 2017 года в АО сформированы 239 педиатрических участков, из них 14 малокомплектных [87].

Обеспеченность кадрами службы родовспоможения и детства (по данным 2017 г.): врачами-педиатрами – 18,6 на 10000 детей в возрасте 0-17 лет включительно (426 человек), врачами-неонатологами – 57,2 на 10000 родившихся детей (67 человек), врачами акушерами-гинекологами – 4,8 на 10 000 женского населения (284 человека), акушерками – 7,9 на 10 000 женского населения (470 человек). Из общего числа врачей имели квалификационные категории более половины врачей акушеров-гинекологов (50,7%), из них высшую – 31,7%, первую – 11,3%, вторую – 7,7%; более трети врачей педиатрического профиля (36,8%), из них высшую – 19,9%, первую – 11,8%, вторую – 5,2%.

На различных этапах диссертационного исследования базовыми территориями являлись ГМО АО, осуществлявшие оказание медицинской помощи детям и женщинам в период беременности, родов и после рождения

ребенка, включая ГМО, расположенные в районах Крайнего Севера и арктической зоны РФ.

На втором этапе базой исследования было выбрано государственное бюджетное учреждение здравоохранения АО «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ), где сосредоточена вся отчетная статистическая информация по ГМО и в целом по субъекту, в том числе для оценки показателей медико-демографических, заболеваемости новорожденных, детей первого года жизни, грудного вскармливания за 2007-2017 годы.

На третьем этапе базой исследования было выбрано государственное бюджетное учреждение здравоохранения АО «Мирнинская центральная городская больница», функционирующая как межрайонный центр родовспоможения (МРЦ) в городе Мирный. Среди городских округов АО, Мирный – единственное муниципальное образование, имевшее на протяжении многих лет положительный естественный прирост населения, в 2010 году 6,8 на 1000 населения, в АО минус 2 на 1000 населения. МРЦ выполняло функции по оказанию медицинской помощи женщинам с физиологическим течением беременности и средним перинатальным риском. В акушерский стационар, кроме жительниц города Мирный, направлялись на родоразрешение беременные из территориально близко расположенного муниципального образования «Плесецкий муниципальный район», а также поступали женщины, осуществлявшие добровольный выбор медицинской организации согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ. МРЦ отнесено к акушерским стационарам II группы, где происходит большинство родов АО, что позволяло экстраполировать полученные результаты на большинство региональных МРЦ АО.

Кроме этого, в МРЦ был самый высокий показатель обеспеченности кадрами службы родовспоможения и детства в сравнении с другими МРЦ АО (2009 год): врачами-акушерами-гинекологами – 8,6 на 10000 женского населения,

акушерками – 15,2 на 10000 женского населения, врачами-педиатрами – 37,6 на 10000 детского населения в возрасте от 0 до 17 лет включительно. В среднем по АО обеспеченность врачами-акушерами-гинекологами составила 4,5, акушерками – 9,7, врачами-педиатрами – 23,8 на 10 000 населения. В г. Мирный с 2000 года регистрировался один из самых низких показателей младенческой смертности, в 2009 году 2,8 на 1000 детей, родившихся живыми (при среднем по АО - 6,7‰). Однако среди детей в 6-12 месяцев на грудном вскармливании находились менее трети (31,2%), отмечен высокий показатель заболеваемости детей первого года жизни – 4747,9 на 1000 детского населения соответствующего возраста, что на 16,5% выше показателя АО. В среднем за год в акушерском стационаре, не имеющем международного статуса «Больница, доброжелательная к ребенку» (БДР), регистрировалось до 400 родов. Отмечено увеличение объема ДМС, израсходованного на докорм новорожденных.

Данная ситуация определила выбор этого МРЦ для оценки существующей практики поддержки грудного вскармливания в целях принятия управленческих решений по оптимизации его продолжительности среди детей, проживающих в неблагоприятных климатогеографических условиях севера РФ.

Средний возраст матерей, принявших участие в анкетировании, составил 27,1 лет. В официальном и гражданском браках состояли 217 (96,0%) женщин, не ответили на вопрос 9 (4,0%). Имели среднее и среднее специальное образование более половины женщин (128, 56,6%), единицы – неполное среднее (10, 4,4%), более трети – высшее (82, 36,3%), не ответили (6, 2,7%).

В части изучения сведений об информированности медицинских работников по вопросам грудного вскармливания, базовой площадкой для проведения исследования стали эксперты – участники ежегодной тематической научно-практической конференции, посвященной Иконе «Божья Матерь – Млекопитательница». В анонимном анкетировании по вопросам грудного вскармливания приняли участие 143 медицинских работника из 34 ГМО АО, в

том числе врачи акушеры-гинекологи – 24 (16,8%), врачи-педиатры – 65 (45,45%), неонатологии – 14 (9,8%), организаторы здравоохранения – 18 (12,6%), медицинские сестры, акушерки – 15 (10,45%), другие специалисты – 7 (4,9%). Более трети респондентов были старше 50 лет (55, 38,5%), каждый пятый в возрасте – 30 - 39 лет (28, 19,6%), до 30 лет (30; 20,95%) и с 40 до 49 лет (30; 20,95%).

На четвертом этапе для изучения возможных долгосрочных эффектов грудного вскармливания на показатели здоровья детей, проживавших в условиях Крайнего Севера и арктической зоны РФ, базовой территорией проведения исследования был выбран городской округ «Город Северодвинск», базовое учреждение – СГДКБ, функционирующая как межрайонный центр детства.

В структуре СГДКБ – круглосуточный стационар на 186 коек для лечения детей с соматической, инфекционной, хирургической патологией, дневной стационар, клиничко-диагностическая лаборатория, отделения восстановительного лечения и физиотерапии с койками реабилитации, центр здоровья, четыре детских поликлиники (на 635 посещений в смену), консультативно-диагностическое отделение.

СГДКБ – клиническая база кафедр ФГБОУ ВО СГМУ. Амбулаторный прием ведут педиатры и врачи по двадцати одной специальности. В структуре пяти ДПО – 33 педиатрических участка. Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми – 13,3 на 10000 детского населения (АО – 9,6), укомплектованность занятыми должностями – 93,3% (АО – 92,5%), укомплектованность медицинскими сестрами врачей- педиатров участковых – 84,1%, (АО – 91,1%) [87].

Характеристика матерей, дети которых были включены в исследование по определению влияния продолжительности грудного вскармливания на показатели здоровья ребенка. Средний возраст – 34,6 года, от 17 до 49 лет. Имели экстрагенитальную патологию две трети матерей (62%), треть не имели (38%). В

структуре: I место (43,55%) занимали болезни системы кровообращения, II место (22,6%) – болезни мочевыделительной системы, III место (16,1%) – болезни глаза и его придаточного аппарата. Прочие классы болезней составили 17,75%. Две трети матерей имели отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (63%). Течение беременности у большинства (78%) женщин также было отягощенным, в том числе анемией (45%), угрозой прерывания беременности (39%), хронической фето-плацентарной недостаточностью (33%); повторно беременные составили 63%, первой беременностью была у 37% женщин.

Учитывая, что рекомендуемая ВОЗ продолжительность исключительно грудного вскармливания составляет 6 месяцев, дети были распределены на две группы: первая – продолжительность грудного вскармливания до 6 месяцев (n=46), вторая – продолжающееся грудное вскармливание более 6 месяцев (n=54). Существенных различий в группах детей по массе тела и длине тела при рождении не было: первая группа – 3416 гр. и 51,4 см, вторая группа – 3426 гр. и 51,4 см. Состояние здоровья матерей также было схожим в двух группах по частоте экстрагенитальных заболеваний, отягощенности акушерско-гинекологического анамнеза, течению беременности и родов.

Для получения информации о самооценке родителями здоровья их детей базовыми территориями выбраны 25 (100%) муниципальных образований АО. Базами исследования для проведения социологического опроса определены 29 ГМО, обеспечивающих оказание первичной медико-санитарной помощи детскому населению и имеющих участковую педиатрическую службу; два (100%) специализированных дома ребенка АО, МЗАО.

Среди респондентов, законных представителей несовершеннолетних, принявших участие в анонимном анкетировании, преобладали женщины (92,8%), значительно меньше было мужчин (6,4%), не указан пол в 24 анкетах (0,8%). Треть родителей старше 35 лет (30,9%), наиболее малочисленной была группа юных родителей – 18 лет и младше (1%). Опрошенных в возрасте от 18 до 24 лет

(10,9%) было значительно меньше, чем респондентов старших возрастных групп: 25-29 лет (27,3%) и 30-35 лет (29,9%).

Каждый седьмой респондент имел среднее образование (14,2%), почти половина – среднее специальное (49,5%), более трети – высшее образование (34,9%), не заполнил данную позицию в анкете 41 человек (1,4%). Согласно ответам 2896 родителей 1174 семьи (40,5%) имели по одному ребенку, 1315 (45,4%) – по два ребенка, 390 (13,5%) – трое и более детей; не указали количество детей 17 респондентов (0,6%). Почти четверть родителей воспитывали детей младше 12 месяцев (24,6%), каждый третий – от 1 до 3 лет (27,3%), каждый четвертый – от 3 до 7 лет (23,9%), каждый шестой – старше 7 лет (18,6%). Не указали возраст единственного или младшего ребенка 162 (5,6%) респондента.

На пятом этапе для внедрения мониторинга показателей ГВ и расхода ДМС в акушерских стационарах, базовыми территориями было выбрано 21 муниципальное образование АО, где функционировали родильные дома и ГМО, имевшие в структуре отделения (койки) для беременных и рожениц.

Базами исследования явились 24 акушерских стационара – 100% от числа ГМО, осуществляющих оказание медицинской помощи в период родов. В рамках программы модернизации здравоохранения АО в 2011-2012 годы было проведено зонирование территории по трехуровневому принципу организации работы службы родовспоможения и детства, сформированы III группы ГМО: I – родильные отделения/койки без круглосуточной работы неонатолога (14); II – родильные отделения/койки с круглосуточной работой неонатолога (8, из них один родильный дом); III-A – акушерские стационары (2) с койками для реанимации женщин, новорожденных, отделениями патологии новорожденных, в том числе родильное отделение для женщин с экстрагенитальной патологией и патологией плода (стационар №1) и для женщин с преждевременными родами (стационар № 2). К 2017 году число акушерских отделений, оказывающих плановую медицинскую помощь при родах, сократилось до 22.

Обеспеченность медицинскими кадрами в службе родовспоможения имела широкий диапазон показателей. Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами при среднем уровне по АО в 2017 году 4,8 на 10000 женского населения, колебалась от 6,5 (города Новодвинск и Мирный) до менее 2,0 на 10000 женского населения в семи округах.

Обеспеченность акушерками составляла по АО в среднем 7,9 на 10000 женского населения (от 4,5 до 18,9). Врачи-неонатологи работали в 10 (41,66%) из 24 акушерских стационаров, обеспеченность составляла в 2017 году от 25,6 до 103,8 на 10000 родившихся детей [87].

В части определения рейтинга по показателям ГВ базами исследования выбраны ГМО, имевшие в структуре ДПО. Переход муниципальных учреждений здравоохранения в государственную собственность был завершён в регионе к 2013 году. В состав центральных районных (городских) больниц вошли 15 участковых и городских больниц, число медицинских организаций, осуществлявших оказание первичной медико-санитарной помощи детям, сократилось на 32,6% (с 46 до 31), что способствовало формированию трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Кроме городов Архангельска и Северодвинска, в 23 округах АО функционировало по одной ГМО, в структуре которых работала участковая педиатрическая служба.

Обеспеченность медицинскими кадрами в педиатрической службе также имела широкий диапазон показателей. Обеспеченность врачами педиатрами участковыми при среднем уровне по АО в 2017 году 9,6 на 10000 детского населения, колебалась от 13,3 (г. Северодвинск) до 4,9 (Каргопольский район) и отсутствии врачей-педиатров участковых в одном сельском муниципальном образовании (Ленском). Укомплектованность занятыми должностями медицинскими сестрами врачей педиатров участковых составляла в среднем по АО 91,8% с широким диапазоном показателей – от 75% (г. Мирный и Шенкурский район) до 100% в 14 округах АО [87].

**ГЛАВА 3. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
В 2007-2017 ГОДЫ**

**3.1 Анализ медико-демографических показателей Архангельской области,
Северо-Западного федерального округа и Российской Федерации
в 2007-2017 годах**

В 2007 г. показатель рождаемости в АО составил 11,8 на 1000 человек и был выше СЗФО на 15,7% и РФ на 4,4% (таблица 2).

Таблица 2

Динамика показателя рождаемости в Архангельской области, Северо-Западном
федеральном округе, Российской Федерации в 2007 – 2017 годы
(абс. / на 1000 человек)

Годы	Российская Федерация	Северо-Западный федеральный округ	Архангельская область
2007	1610122 / 11,3	138022 / 10,2	14500 / 11,8
2008	1713947 / 12,1	144561 / 10,7	14483 / 11,8
2009	1761687 / 12,4	151712 / 11,3	14804 / 12,2
2010	1788948 / 12,5	154900 / 11,4	14767 / 12,4
2011	1796629 / 12,6	156053 / 11,4	14289 / 12,1
2012	1902084 / 13,3	167025 / 12,2	14740 / 12,6
2013	1895822 / 13,2	167311 / 12,2	14600 / 12,7
2014	1942683 / 13,3	170284 / 12,3	14278 / 12,5
2015	1940579 / 13,3	173333 / 12,5	13895 / 12,2
2016	1888729 / 12,9	172742 / 12,4	13276 / 11,8
2017	1690307 / 11,5	154603 / 11,1	11722 / 10,5

Наиболее высокий показатель рождаемости зарегистрирован в области в 2013 г., в СЗФО – в 2015 г., в РФ – в 2012-2015 гг., после чего начался спад рождаемости, более выраженный к 2017 г. в АО, за исключением 2007 г.

Архангельская область и СЗФО характеризуются более низкими показателями рождаемости, чем в целом по стране. За 2007-2017 годы в АО отмечается снижение показателя рождаемости с 11,8 до 10,5 на 1000 населения (на 11,0%), в РФ – рост показателя с 11,3 до 11,5 на 1000 населения (на 1,8%), в СЗФО – с 10,2 до 11,1 (на 8,8%).

В 2007 г. показатель общей смертности населения АО был самым высоким за весь анализируемый период и составил 14,8 на 1000 человек, что на 5,4% ниже, чем в СЗФО, но на 1,36% выше, чем в РФ (таблица 3).

Таблица 3

Динамика показателя смертности в Архангельской области, Северо-Западном федеральном округе, Российской Федерации в 2007 – 2017 годы
(абс. / на 1000 человек)

Годы	Российская Федерация	Северо-Западный федеральный округ	Архангельская область
2007	2080445 / 14,6	211250 / 15,6	18293 / 14,8
2008	2075954 / 14,6	211105 / 15,7	17959 / 14,7
2009	2010543 / 14,2	204586 / 15,2	17572 / 14,4
2010	2028516 / 14,2	202813 / 14,9	17475 / 14,7
2011	1925720 / 13,5	189557 / 13,9	16487 / 14,0
2012	1906335 / 13,3	188412 / 13,8	16036 / 13,8
2013	1871809 / 13,0	183845 / 13,4	15510 / 13,4
2014	1912347 / 13,1	183680 / 13,3	15361 / 13,4
2015	1908541 / 13,0	187967 / 13,4	15486 / 13,6
2016	1891015 / 12,9	183348 / 13,2	15437 / 13,7
2017	1826125 / 12,4	178141 / 12,8	14690 / 13,2

Наиболее высокий показатель общей смертности зарегистрирован в СЗФО в 2008 г., в РФ – 2007-2008 гг., после чего начался период снижения показателя общей смертности. В АО и СЗФО в 2017 г. он был выше, чем в РФ. За 11 лет показатель смертности в АО снизился на 10,8% (с 14,8 до 13,2 на 1000 населения), в РФ – на 15,1% (с 14,6 до 12,4), в СЗФО – на 18% (с 15,6 до 12,8).

В 2007 г. показатель естественного прироста (убыли) населения в АО составлял -3,0 на 1000 человек и был на 44,4% и 9,1% ниже, чем в СЗФО и РФ, соответственно. Наиболее низкий показатель зарегистрирован в области в 2013 г. (-0,7), в СЗФО – 2016 г. (-0,8), в РФ – 2012 г (0) (таблица 4).

Таблица 4

Динамика показателя естественного прироста населения в Архангельской области, Северо-Западном федеральном округе, Российской Федерации в 2007 – 2017 годы (абс. / на 1000 человек)

Годы	Российская Федерация	Северо-Западный федеральный округ	Архангельская область
2007	-470323 / -3,3	-73228 / -5,4	-3793 / -3,0
2008	-362007 / -2,5	-66544 / -5,0	-3476 / -2,9
2009	-248856 / -1,8	-52874 / -3,9	-2768 / -2,2
2010	-239568 / -1,7	-47913 / -3,5	-2708 / -2,3
2011	-129091 / -0,9	-33504 / -2,5	-2198 / -1,9
2012	-4251 / 0,0	-21387 / -1,6	-1296 / -1,2
2013	24013 / 0,2	-16534 / -1,2	-910 / -0,7
2014	30336 / 0,2	-13396 / -1,0	-1083 / -0,9
2015	32038 / 0,3	-11634 / -0,9	-1591 / -1,4
2016	-2286 / -0,01	-10606 / -0,8	-2161 / -1,9
2017	-135818 / -0,9	-23538 / -1,7	-2968 / -2,7

Преодолев в 2012 году демографический крест, Россия демонстрировала естественный прирост населения в 2013-2015 годы, в отличие от АО, где

показатель сохранил отрицательный вектор. За анализируемый период в АО и СЗФО, в отличие от РФ, естественный прирост населения не зарегистрирован. За 2007-2017 годы в АО отмечается снижение естественной убыли населения с (-3,0) до (-2,7) на 1000 населения, в СЗФО – с (-5,4) до (-1,7), в РФ – с (-3,3) до (-0,9).

Анализ темпов прироста демографических показателей за 11 лет изучения период указывает на различную динамику показателей в АО, РФ, СЗФО. Неблагополучная динамика демографического процесса в АО, в отличие от РФ и СЗФО, характеризовалась высоким темпом убыли показателя рождаемости (-11,0% и 1,8%, 8,8%, соответственно), более медленным темпом сокращения показателя общей смертности (-10,8% и -15,1%, -18,0%, соответственно), многократным отставанием темпов снижения показателя естественной убыли населения (-10,0% и в 3,7 раза, в 3,2 раза) (таблица 5).

Таблица 5

Динамика демографических показателей Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа, Архангельской области в 2007–2017 годы
(на 1000 населения, %)

Показатели	Годы		Темп прироста показателя 2017 г. к 2007 г., %
	2007	2017	
Рождаемость (на 1000 населения):			
Российская Федерация	11,3	11,5	1,77
Северо-Западный федеральный округ	10,2	11,1	8,82
Архангельская область	11,8	10,5	-11,02
Смертность (на 1000 населения):			
Российская Федерация	14,6	12,4	-15,07
Северо-Западный федеральный округ	15,6	12,8	-17,95
Архангельская область	14,8	13,2	-10,81
Естественный прирост (на 1000 человек):			
Российская Федерация	-3,3	-0,9	-72,73
Северо-Западный федеральный округ	-5,4	-1,7	-68,52

Продолжение таблицы 5

Архангельская область	-3	-2,7	-10,00
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми):			
Российская Федерация	9,4	5,6	-40,43
Северо-Западный федеральный округ	7,2	4,6	-37,84
Архангельская область	10,2	6	-41,18

За период 2007-2017 годы число детей, умерших до года, составило 1145 человек, из них мальчики – 636 (55,5%), девочки – 509 (44,5%); показатель смертности по гендерному признаку – в среднем 7,04‰ и 5,94‰, соответственно, и после перехода на новые критерии рождения выше на 25% среди мальчиков (2013 г.), чем девочек. В 2007 году показатель младенческой смертности в АО составил 10,2‰, что на 41,7% и 8,5% выше, чем в СЗФО и РФ, соответственно (таблица 6).

Таблица 6

Показатели младенческой смертности в Архангельской области, Северо-Западном федеральном округе, Российской Федерации в 2007 – 2017 годы
(абс. / на 1000 родившихся живыми)

Годы	Российская Федерация	Северо-Западный федеральный округ	Архангельская область
2007	14858 / 9,4	982 / 7,2	148 / 10,2
2008	14436 / 8,5	958 / 6,7	130 / 9,0
2009	14271 / 8,1	926 / 6,2	117 / 7,9
2010	13405 / 7,5	867 / 5,6	101 / 6,8
2011	13168 / 7,3	848 / 5,4	96 / 6,7
2012	16306 / 8,6	1022 / 6,2	108 / 7,4
2013	15477 / 8,2	1033 / 6,2	113 / 7,7
2014	14322 / 7,4	985 / 5,8	97 / 6,8
2015	12664 / 6,5	917 / 5,3	84 / 6,0

Продолжение таблицы 6

2016	11428 / 6,0	830 / 4,8	79 / 5,9
2017	9577 / 5,6	725 / 4,6	72 / 6,0

Темп снижения показателя был выше, чем в СЗФО и РФ. Несмотря на уменьшение абсолютного количества умерших до года в 2017 году, показатель младенческой смертности на фоне снижения рождаемости вернулся к уровню 2015 года. За этот период региональный и российский показатели были выше значений СЗФО, где стабильно более низкий уровень смертности детей до года. За 11 лет изучения в АО младенческая смертность уменьшилась на 41,2% (с 10,2 до 6,0 на 1000 родившихся живыми), в СЗФО – на 36,1% (с 7,2 до 4,6), в РФ – на 40,4% (с 9,4 до 5,6).

Ведущее место среди причин младенческой смертности занимал класс «Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде» (состояния перинатального периода) с ростом доли с 47,3% (70 детей – 2007 г.) до 62,5% (45 детей – 2017 г.). Второе место – класс «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» (врожденные аномалии) со снижением доли с 21,6% (32) до 13,9% (10). На третьем месте – «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (симптомы и отклонения от нормы) со снижением доли от 14,9% (22) до 8,3% (6). Изменились ранговые места по другим классам причин младенческой смертности. Четвертое место в 2007 году занимал класс «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (внешние причины), который переместился в 2017 году на шестое место со снижением доли с 8,1% (12) до 2,8% (2). На пятом месте в 2007 году находился класс «Болезни органов дыхания», который переместился в 2017 году на шестое место, с ростом доли от 3,4% (5) до 4,2% (3). Класс «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни»

(инфекционные болезни), находившийся на шестом месте в 2007 году, переместился в 2017 году на четвертую позицию с ростом доли от 2,0% (3) до 6,9% (5). Кроме этого, периодически (не ежегодно), регистрировались случаи смерти детей до года еще по 5 классам болезней, в том числе «Новообразования», «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ», «Болезни системы кровообращения», «Болезни нервной системы», «Болезни органов пищеварения» (прочие болезни). Структура причин младенческой смертности в АО за 11-летний период 2007-2017 годов (по классам болезней МКБ-10) представлена на рисунке 2.



Рисунок 2. Структура причин младенческой смертности за 2007-2017 годы (в %)

Вне стационара с 2007 по 2017 годы в возрасте до 1 года умерло 263 ребенка, доля умерших детей сократилась с 27,0% в 2007 году (40 из 148) до 18,1% в 2017 году (13 из 72). На дому умерло 209 детей, в других местах – 54

ребенка. Доля детей, умерших на дому, сократилась с 21,6% в 2007 году (32 из 148) до 16,7% в 2017 году (12 из 72).

Среди причин смерти детей до года на дому первое место занимали симптомы и отклонения от нормы – 56,94% (всего за 11 лет зарегистрировано 119 случаев из 209), второе место занимали внешние причины – 18,18% (38 случаев из 209). На третьем месте – болезни органов дыхания – 16,74% (35 случаев из 209), на четвертом месте – инфекционные болезни – 8,14% (17 случаев из 209).

За 2007-2017 годы показатель младенческой смертности в АО снизился по всем классам болезней (ТПП: -41,2%), кроме новообразований, где отмечен рост в 5,7 раза и инфекционных болезней, где динамика не зарегистрирована. За пятилетний период 2013-2017 годов темп убыли показателя младенческой смертности был выше (-22,1%), чем за 2008-2012 годы (-17,8%) (таблица 7).

Таблица 7

Причины младенческой смертности в Архангельской области по классам МКБ-10 в 2007–2017 годы (на 1000 родившихся живыми в соответствующем году)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					Темп прироста/убыли показателя за период, %		
	2007	2008	2012	2013	2017	2017 г. к 2007 г.	2017 г. к 2013 г.	2012 г. к 2008 г.
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми) от всех причин, из них:	10,2	9	7,4	7,7	6	-41,2	-22,1	-17,8
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,2	0,07	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	328,6
новообразования	0,07	0,1	-	-	0,4	471,4	-	-
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,1	-	-	0,07	-	-	-	-

Продолжение таблицы 7

болезни нервной системы	0,07	0,3	0,1	-	-	-	-	-66,7
болезни системы кровообращения	-	-	-	0,07	-	-	-	-
болезни органов дыхания	0,3	1	0,3	0,3	0,2	-33,3	-33,3	-70,0
болезни органов пищеварения	-	0,07	-	-	-	-	-	-
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,8	3,6	4,4	4,7	3,8	-20,8	-19,1	-22,2
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,2	1,9	1,2	1,2	0,9	-59,1	-25,0	-36,8
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	1,5	1,3	0,8	0,7	0,5	-66,7	-28,6	-38,5
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	0,8	0,7	0,1	0,5	0,2	-75,0	-60,0	-85,7

Примечание: «-» случаи не зарегистрированы

Снижение показателя младенческой смертности отмечено в 3 раза от симптомов и отклонений от нормы (с 1,5 до 0,5‰); в 4 раза – от внешних причин (с 0,8 до 0,2‰), в 2,4 раза – от врожденных аномалий (с 2,2 до 0,9‰). Более медленными темпами – от состояний перинатального периода (с 4,8 до 3,8‰, ТПП: -20,8%), болезнью органов дыхания (с 0,3 до 0,2‰, ТПП: -33,3%).

Таким образом, в 2007–2017 годы демографическая ситуация в АО характеризовалась низким уровнем рождаемости (11,8-10,5‰), высоким уровнем общей смертности населения (14,8-13,2‰), отрицательным естественным приростом населения (-3,0 и -2,7 на 1000 человек), отмечались и более высокие показатели младенческой смертности (10,2-6,0‰), чем в СЗФО (7,2-4,6‰) и РФ (9,4-5,6‰).

Неблагополучная динамика за 11 лет проявлялась в отрицательном темпе прироста показателя рождаемости (-11,0%) в отличие от СЗФО и РФ (+8,2%, +1,8%); более медленном темпе сокращения показателя общей смертности (-10,8% и -17,9%, -15,1%); как следствие, многократным отставанием темпов снижения показателя естественной убыли населения (-10,0% и -68,52%, -72,73% соответственно), что подтверждает наличие медико-социальных проблем в АО, необходимость их решения, в том числе за счет медицинской составляющей – целевыми мерами профилактики. Актуальным направлением для принятия мер является сфера охраны здоровья матери и ребенка.

3.2. Заболеваемость новорожденных

В АО за 2007–2017 годы заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более в родовспомогательных учреждениях, снизилась с 539,8 до 482,2‰ (на 10,7%). Доминирующими патологиями с ростом показателей являлись: неонатальные желтухи, обусловленные чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами с 144,0 до 200,3‰ (ТПП: +39,1%); недостаточность питания и замедление роста с 111,8 до 116,3‰ (ТПП: +4%); инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода с 45,2 до 52,9‰ (ТПП: +17,0%). Внутриутробные гипоксии, асфиксии при родах, занимавшие в 2007 году первое ранговое место, переместились на четвертую позицию (с 173,8 до 51,2‰, снижение в 3,4 раза) (таблица 8).

Таблица 8

Заболеваемость отдельными нозологиями новорожденных, родившихся с массой тела 1000 г и более в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2007, 2012, 2017 годы (в ‰)

Нозологии	2007 год		2012 год		2017 год		ТПП 2017г. к 2007 г., %	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Заболеваемость новорожденных, заболевших и родившихся больными массой тела «1000 г. и более», всего	539,8	388,5	439,2	341,7	482,2	318,3	-10,7	-18,1
В том числе: Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	40,7	30	41,2	29,1	44,8	31,4	10,1	4,7
Родовая травма, всего:	41,2	35,2	39,2	28,1	40,7	25,9	-1,2	-26,4
из них: разрыв внутримозговых тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	1,1	0,9	0,5	0,6	0,3	0,47	-72,7	-47,8
Замедление роста и недостаточность питания	111,8 (III)	89,1 (II)	98,2 (II)	81,8 (I)	116,3 (II)	69,9 (II)	4,0	-21,5
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	173,8 (I)	144,7 (I)	62,0 (III)	81,1 (II)	51,2	52,8 (III)	-70,5	-63,5
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде, всего	27,4	38,9	28,2	41,7	43,8	49,3	59,9	26,7
из них: дыхательное расстройство новорожденных (дистресс)	16,1	19,5	13,2	23,2	16,1	27,2	0,0	39,5
врожденная пневмония	6	8,4	8,4	9,1	16,9	10,7	181,7	27,4
неонатальные аспирационные синдромы	3,1	5,3	3,1	4,2	1,5	3,7	-51,6	-30,2
неонатальная аспирационная пневмония	0,6	1,1	0,3	0,8	0,7	0,58	16,7	-47,3

Продолжение таблицы 8

Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, всего	45,2	18,8	47,2	14,5	52,9 (III)	14,8	17,0	-21,3
из них: бактериальный сепсис новорожденного	0,2	x	2,4	0,3	1,5	0,41	650,0	x
Перинатальные гематологические нарушения	20,8	x	22,5	11,1	27	9,8	29,8	x
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха	21,5	8,3	24,0	8,5	45,0	10,8	109,3	30,1
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами	144,0 (II)	80,3 (III)	174,0 (I)	71,4	200,3 (I)	80,9 (I)	39,1	0,75
Другие нарушения церебрального статуса новорожденных	x	x	34,5	72,1 (III)	x	x	x	x
Прочие болезни	12,6	19,5	4,5	x	9,1	x	-27,8	x

Примечание: в скобках указаны ранговые места; x – данных нет

Пятое ранговое место заняли гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха с ростом показателя в 2,1 раза (с 21,5 до 45,0‰), что является неблагоприятным фактором, нуждается в дополнительном анализе, учитывая возможность специфической профилактики по резус-конфликтным причинам.

Родовая травма новорожденного считается критерием качества стационарной акушерской помощи, согласно приказу Минздравсоцразвития России от 19.01.2007 № 50, другие критерии характеризуют оценку качества оказания медицинской помощи родильницам. Частота случаев родовой травмы новорожденных в АО снизилась (с 41,2‰ до 40,7‰, ТПП: -1,2%), в большей степени за счет снижения разрыва внутримозговых тканей и кровоизлияний в 3,7 раза (с 1,1 до 0,3‰).

За анализируемый период отмечен рост респираторных нарушений новорожденных (с 27,4 до 43,8‰, ТПП: +59,9%) за счет неонатальных аспирационных пневмоний (с 0,6 до 0,7‰, ТПП: +16,7%) и, в большей степени, врожденных пневмоний (с 6,0 до 16,9‰, в 2,8 раза). Данные показатели не исключают гипердиагностику врожденных пневмоний при стабильной частоте дыхательных расстройств новорожденных (16,1‰), сокращении неонатальных аспирационных синдромов в 2,1 раза (от 3,1 до 1,5‰). Рост аспирационных пневмоний, как следствие интранатальной гипоксии плода при осложненных родах, является предотвратимой патологией, и отражает некачественное оказание медицинской помощи в родах.

При увеличении инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода, обращает на себя внимание значительный рост бактериального сепсиса новорожденного в 7,5 раз (с 0,2 до 1,5‰), перинатальных гематологических нарушений на 29,8% (с 20,8 до 27‰). Рост врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений на 10,1% (с 40,7 до 44,8‰, ТПП: +10,1%) свидетельствует о проблемах дородовой подготовки и здоровья беременных, возможно, и неблагоприятных экологических факторах среды проживания и поведения женщин фертильного возраста.

При сравнении с данными по РФ показатель заболеваемости новорожденных в АО был выше в 2007 году на 38,9% (539,8 и 388,5‰, $p < 0,001$), в 2017 году на 51,5% (482,0 и 318,3‰, $p < 0,001$), ниже темп убыли (ТПП: -10,7% и ТПП: -18,1%, соответственно).

В 2007 году первое рейтинговое место в РФ и АО занимали внутриутробные гипоксии, асфиксии при родах (144,7 и 173,8‰, соответственно). II место в РФ занимали замедление роста и недостаточность питания (89,1‰), III – неонатальные желтухи, обусловленные чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами (неонатальные желтухи) (80,3‰). В АО, наоборот, II место занимали неонатальные желтухи (144,0‰), III – замедление роста и

недостаточность питания (111,8‰). К 2017 г. разрыв показателей увеличился за счет разнонаправленной динамики: при замедлении роста и недостаточности питания (АО – рост на 4,0%, РФ – снижение на 21,5%), неонатальными аспирационными пневмониями (АО – рост на 16,7%, РФ – снижение на 47,3%), инфекционными болезнями, специфичными для перинатального периода (АО – рост на 17,0%, РФ – снижение на 21,3%). При родовых травмах зарегистрирован более низкий темп убыли регионального показателя (на 1,2%), чем в РФ (на 26,4%).

В 2012 году по сравнению с 2007 годом изменились ранговые места ведущих нозологий. В АО с ростом показателя вышли на I место неонатальные желтухи (с 144,0 до 174,0‰), на II – замедление роста и недостаточность питания со снижением показателя (с 111,8 до 98,2‰), на III – внутриутробные гипоксии, асфиксии при родах (с 173,8 до 62,0‰). В РФ, в том числе за счет снижения заболеваемости, ранговые места распределились следующим образом: I – замедление роста и недостаточность питания (с 89,1 до 81,8‰), II – внутриутробные гипоксии, асфиксии при родах (с 144,7 до 81,1‰), III – другие нарушения церебрального статуса новорожденных с показателем в 2012 г. 72,1‰, снижение заболеваемости неонатальными желтухами (с 80,3 до 71,4‰).

В 2017 году также отмечено изменение некоторых ранговых позиций по сравнению с 2007 годом: I место заняли неонатальные желтухи в РФ (80,9‰) и АО (200,3‰), где региональный показатель превысил общероссийский в 2,5 раза. Замедление роста и недостаточность питания переместились в РФ на II место при снижении показателя с 89,1 до 69,9‰, в АО – на ранг выше, а показатель увеличился с 111,8 до 116,3‰, превысив общероссийский в 1,7 раза. III место в РФ заняли внутриутробные гипоксии, асфиксии при родах со снижением показателя с 144,7 до 52,8‰, в АО – инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, с ростом показателя с 45,2 до 52,9‰.

За 11 лет в АО заболеваемость гемолитической болезнью плода и новорожденного, водянкой плода, обусловленной гемолитической болезнью, ядерной желтухой (гемолитическая болезни новорожденного) была выше в 2,6-4,2 раза (21,5 и 45,0‰), чем в РФ (8,3 и 10,8‰). Заболеваемость врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями – на 35,7-42,7%, родовыми травмами – на 17,1 и 57,1%, соответственно в 2007-2017 годы.

Показатели при внутриутробной гипоксии, асфиксии при родах были ниже, а темп убыли выше (ТПП: -70,5%), чем в РФ (ТПП: -63,5%), за исключением 2007 года, когда показатель по АО составил 173,8‰, по РФ – 144,7‰.

В АО при респираторных нарушениях у новорожденных, возникших в перинатальном периоде, отмечен опережающий темп прироста показателя (ТПП: +59,9%, в РФ – ТПП: +26,7%).

С 2007 по 2017 годы в родовспомогательных учреждениях АО заболеваемость доношенных новорожденных снизилась с 511,5 до 445,2 ‰ (ТПП: -13,0%) при отсутствии положительной динамики заболеваемости недоношенных – 1000‰ (ТПП: 0%). В РФ за 11 лет показатели заболеваемости снижались более быстрыми темпами (с 388,5 до 318,3‰, ТПП: -18,1%), как среди доношенных (с 354,7 до 279‰, ТПП: -21,3%), так и недоношенных детей (с 986,7 до 936,4‰, ТПП: -5,1%). Уровень заболеваемости доношенных и недоношенных детей до и после перехода на новые критерии регистрации живорождения выше в АО, чем РФ (таблица 9).

Полученные результаты свидетельствуют не только о стабильно худших показателях здоровья новорожденных АО, но с учетом различий по ряду нозологий с данными РФ и тенденциями в динамике – о проблемах оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов. Учитывая, что после перехода на трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи в регионе отмечена нестабильная динамика показателей заболеваемости

доношенных и недоношенных детей, проведен анализ по нозологическим формам заболеваний за период 2012-2017 годы.

Таблица 9

Показатели заболеваемости новорожденных, родившихся с массой тела 1000г и более в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2007, 2012, 2017 годы (на 1000 родившихся)

Категория новорожденных детей	Архангельская область	Российская Федерация	р-уровень*
	2007 год		
заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1000г и более, из них у:	539,8	388,5	<0,001
доношенных	511,5	354,7	
недоношенных	1000	986,7	
	2012 год		
заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1000г и более, из них у:	439,2	431,7	<0,001
доношенных	403,8	305,3	
недоношенных	1000	991,7	
	2017 год		
заболеваемость новорожденных, родившихся с массой тела 1000г и более, из них у:	482,2	318,3	<0,001
доношенных	445,4	279,0	
недоношенных	1000	936,4	

Примечание: *- р рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона

3.2.1 Заболеваемость доношенных детей в Архангельской области и в Российской Федерации

В АО за 2012-2017 годы заболеваемость доношенных детей увеличилась на 10,3% (с 403,8 до 445,5‰), в РФ снизилась на 8,6% (с 305,3 до 279,0‰).

Доминирующие нозологии в РФ и АО в 2012 году совпадали, однако рейтинговые места и значения показателей заболеваемости имели значительные различия.

В РФ I место занимали замедление роста и недостаточность питания (74‰), в АО – неонатальные желтухи (163,5‰). На II месте в РФ – внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах (67,9‰), в АО – замедление роста и недостаточность питания (92,9‰). На III месте в РФ – неонатальные желтухи (58,5‰), в АО – внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах (51,8%) (таблица 10).

Таблица 10

Заболеваемость доношенных новорожденных, родившихся с массой тела «1000г и более» в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2012 и 2017 годы
(на 1000 родившихся живыми доношенными)

наименование нозологических форм	2012 год		2017 год		Темп прироста 2017г. к 2012г., %	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Заболеваемость новорожденных, заболевших и родившихся больными массой тела «1000 г. и более», всего	403,8	305,3	445,4	279	10,3	-8,6
В том числе: врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	37,5	27,1	41,7	29,6	11,2	9,2
Родовая травма, всего:	40,6	28,9	40	26,9	-1,5	-6,9
- из них: разрыв внутричерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы;	0,4	0,6	0,1	0,47	-75,0	-21,7
Замедление роста и недостаточность питания	92,9 (II)	74 (I)	112,1 (II)	64 (II)	20,7	-13,5
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах	51,8 (III)	67,9 (II)	41,7 (V)	42,2 (IV)	-19,5	-37,8
Респираторные нарушения у новорожденных в перинатальном периоде, всего,	12	18,7	13,4	21,1	11,7	12,8

Продолжение таблицы 10

из них: дыхательное расстройство новорожденных	2	5,9	2,7	6,8	35,0	15,3
врожденная пневмония	5	5,5	10,6	6,2	112,0	12,7
неонатальные аспирационные синдромы	3,2	4	1,5	3,6	-53,1	-10,0
неонатальная аспирационная пневмония	0,4	0,8	0,9	0,6	125,0	-25,0
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, всего	38,8	10,6	44,3 (III)	10,1	14,2	-4,7
из них, бактериальный сепсис новорожденного	1	0,2	0,9	0,18	-10,0	-10,0
Перинатальные гематологические нарушения	17,8	8,7	21,8	7,1	22,5	-18,4
Внутрижелудочковые кровоизлияния	0,9	3	1,9	2,8	111,1	-6,7
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха	21,5	7,9	43,6	10,3	102,8	30,4
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами	163,5 (I)	58,5 (III)	179,3 (I)	67,7 (I)	9,7	15,7
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	27,5	55,3	16,8	46,9 (III)	-38,9	-15,2
Прочие болезни	4,4	x	7	x	59,1	x

Примечание: в скобках указаны ранговые места; x - нет данных

В 2017 году I место в РФ и АО заняла неонатальные желтухи (67,7‰ и 179,3‰), II – замедление роста и недостаточность питания (64‰ и 112,1‰, соответственно). На III место в РФ переместились другие нарушения церебрального статуса новорожденного (46,9‰), в АО – инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (44,3‰).

В 2012–2017 годы в АО высокий темп прироста показателя зарегистрирован при неонатальных аспирационных пневмониях (с 0,4 до 0,9‰, рост в 2,5 раза), врожденных пневмониях (с 5,0 до 10,6‰, рост в 2,12 раза), внутрижелудочковых кровоизлияниях (с 0,9 до 1,9‰, рост в 2,1 раза). Уровень родового травматизма (40,6–40,0‰) с превышением показателей РФ на 40,5% (2012 г.) и 48,7% (2017 г.) подтверждал наличие акушерских проблем. Гемолитическая болезнь плода и

новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха (гемолитическая болезнь новорожденного) заняли IV место в АО. Отмечен по данной нозологии двукратный рост за 2012-2017 гг. (с 21,5 до 43,6‰, рост в 2 раза) и превышение показателя РФ, что при наличии специфической профилактики относится к управляемой возможности снижения заболеваемости. Внутриутробные гипоксии и асфиксии при родах переместились с III на V позицию (с 51,8 до 41,7‰, ТПП: -19,5%), разделив ее с врожденные аномалии (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, где отмечен рост (с 37,5 до 41,7‰, ТПП: +11,2%) и превышение в среднем на 40% показателя РФ. Частота респираторных нарушений в перинатальном периоде увеличилась (с 12,0 до 13,4‰, ТПП: +11,7%), в основном, за счет дыхательных расстройств новорожденных (с 2,0 до 2,7‰, ТПП: +35%). Отмечен рост перинатальных гематологических нарушений с 17,8 до 21,8‰, (ТПП: +22,5%), что, наряду с ростом неонатальных желтух с 163,5 до 179,38‰ и замедлением роста и недостаточностью питания с 97,9 до 112,18‰, отражает неблагоприятный периода внутриутробного развития детей.

Таким образом, анализируемые в разделе 3.2.1. сведения за 2012–2017 годы свидетельствуют о том, что показатели заболеваемости доношенных, родившихся с массой тела 1000г и более в родовспомогательных учреждениях АО, выше, чем в РФ в 2012 году на 32,26% (403,8 и 305,3‰, $p < 0,001$), и на 59,64% в 2017 году (445,5 и 279‰, $p < 0,001$) при разнонаправленной динамике показателей: в АО – рост, ТПП: +10,3%, в РФ – снижение, ТПП: -8,6%.

3.2.2 Заболеваемость недоношенных детей в Архангельской области и в Российской Федерации

За 2012-2017 годы в АО показатель заболеваемости недоношенных на 1000 родившихся живыми, составил 1000‰, в отличие от РФ, где показатели ниже

($p < 0,001$) и снизились с 991,7 до 936,4‰ (ТПП: -5,6%). У недоношенных основными причинами заболеваемости являлись неонатальные желтухи, обусловленные чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами – (I место, с 339,4 до 494,9‰, ТПП: +45,8%); респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде (II место, с 283,4 до 470,4‰, ТПП: +66,0%). Внутриутробные гипоксии, асфиксии в родах со снижением показателя (с 229,7 до 185,1‰, ТПП: -19,4%) занимали III место, замедление роста и недостаточность питания (182,9 и 174,8‰, ТПП: -4,4%) – IV ранговое место, инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (180,6 и 173,5‰, ТПП: -3,9%) – V ранговое место (таблица 11).

Таблица 11

Заболеваемость недоношенных детей, родившихся с массой тела 1000г и более в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2012 и 2017 годы
(на 1000 родившихся живыми недоношенных)

Наименование нозологических форм заболеваний	2012 год		2017 год		Темп прироста показателя 2017г. к 2012г., %	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Заболеваемость недоношенных детей, родившихся с массой тела 1000г и более (на 1000 родившихся живыми недоношенных), всего	1000	991,7	1000	936,4	0,0	-5,6
В том числе: Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	99,4	66,4	88,7	60,9	-10,8	-8,3
Родовая травма, всего	18,3	16	45	9,5	145,9	-40,6
из них: разрыв внутрочерепных тканей и кровоизлияние вследствие родовой травмы	2,3	0,77	2,6	0,35	13,0	-54,5

Продолжение таблицы 11

Замедление роста и недостаточность питания	182,9	222,2	174,8	163,1	-4,4	-26,6
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	229,7 (III)	314,4 (III)	185,1 (III)	219,6	-19,4	-30,2
Респираторные нарушения у новорожденных, возникшие в перинатальном периоде, всего	283,4 (II)	440,7 (I)	470,4 (II)	493,8 (I)	66,0	12,0
из них: дыхательное расстройство новорожденных	190,9	323,7	204,4	349,4	7,1	7,9
врожденная пневмония	60,6	71,9	105,4	81,8	73,9	13,8
неонатальные аспирационные синдромы	1,1	6,32	2,6	4,4	136,4	-30,4
неонатальная аспирационная пневмония	x	1,44	x	0,61	x	-57,6
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, всего	180,6	83,3	173,5	89,1	-3,9	7,0
из них: бактериальный сепсис новорожденного	24	2,96	10,3	4	-57,1	35,1
Перинатальные гематологические нарушения	97,1	51,8	100,3	53,5	3,3	3,3
Внутрижелудочковые кровоизлияния	19,4	43,6	20,6	37,9	6,2	-13,1
Гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха	62,9	18,4	64,3	18,7	2,2	1,6
Неонатальная желтуха, обусловленная чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами	339,4 (I)	298,7	494,9 (I)	289,8 (III)	45,8	-3,0
Другие нарушения церебрального статуса	145,1	366,6 (II)	70,7	337,9 (II)	-51,3	-7,8
Прочие болезни	5,7	x	38,6	x	577,2	x

Примечание: в скобках указаны ранговые места; x - нет данных

Максимальные темпы прироста показателей заболеваемости недоношенными зарегистрированы в АО при родовых травмах (с 18,3‰ до 45,0‰, в 2,45 раза), неонатальных аспирационных синдромах (с 1,1 до 2,6‰, в 2,4 раза), врожденных пневмониях (с 60,6 до 105,4‰, ТПП: +73,9%). Рост числа прочих болезней (в 6,8

раза, с 5,7 до 38,6‰) следует отнести к проблемам кодирования и организационным недостаткам работы неонатологов и медицинских статистиков ГМО.

В сравнении с данными РФ отмечены многократные различия заболеваемости недоношенных детей, к 2017 году увеличение разрыва показателей по большинству нозологических форм, в том числе родовым травмам, внутричерепным кровоизлияниям, врожденным пневмониям. К положительным моментам можно отнести снижение случаев инфекционных болезней, специфичных для перинатального периода. Однако показатель был выше, чем в РФ (в 2012 г. – в 2,2 раза, в 2017 г. – в 1,9 раза), в том числе значительно по регистрации случаев бактериального сепсиса (в 2012 г. – в 8,1 раза, в 2017 г. – в 2,6 раза).

Показатель заболеваемости респираторными нарушениями приблизился в 2017 году к значениям РФ (470,4 и 498,3‰), но оставался ниже при неонатальных аспирационных синдромах и отсутствии регистрации случаев аспирационных пневмоний, в отличие от РФ, что свидетельствует о проблемах диагностики данных состояний на уровне ГМО.

Разнонаправленная динамика показателей при неонатальных желтухах с ростом показателя на региональном уровне в отличие от более низких и снижающихся значениях в РФ, также отражают недостатки диагностики и нуждаются в дополнительном анализе, в том числе соблюдения стандартов медицинской помощи.

Новорожденные с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

Учитывая переход РФ с 2012 г. на критерии регистрации живорождения детей от 500 г и сроком гестации от 22 недель, нами проведен анализ за 2012–2017 годы. Число детей, родившихся больными и заболевшими, в АО и РФ (на 1000 родившихся живыми) было равным, составило 1000‰ в 2012 и 2017 годы (таблица 12).

Таблица 12

Заболеваемость отдельными нозологиями новорожденных, родившихся с массой тела 500-999 г в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2012 и 2017 годы (‰)

Наименование заболеваний	2012 год		2017 год		Темп прироста показателя 2017г. к 2012г., %	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Заболеваемость новорожденных с массой тела 500-999 г, заболевших и родившихся больными, всего	1000	1000	1000	1000	0,0	0,0
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, всего	3803,0	2589,6	4287,9	3171,0	12,8	22,5
из них: родовая травма	15,2	7,39	15,2	2,3	0,0	-68,9
разрыв внутрижелудочковых тканей и кровоизлияния вследствие родовой травмы	x	1,89	x	0,8	x	-57,7
Внутрижелудочковые кровоизлияния	272,7	243,0	257,6	224,0	-5,5	-7,8
Внутриутробная гипоксия, асфиксия при родах	333,3 (III)	367,96 (III)	378,8 (II)	349,3 (III)	13,7	-5,1
Дыхательные расстройства новорожденного (дистресс)	636,4 (II)	709,7 (I)	848,5 (I)	717,7 (I)	33,3	1,1
врожденная пневмония	45,4	156,2	181,8	267,3	300,4	71,1
неонатальные аспирационные синдромы	x	4,42	x	3,4	x	-23,1
неонатальная аспирационная пневмония	x	0,79	x	0,5	x	-36,7
Инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, всего	757,6 (I)	226,0	666,7 (II)	272,4	-12,0	20,5
из них: бактериальный сепсис новорожденного	393,9	48,6	136,4	55,5	-65,4	14,2
Другие нарушения церебрального статуса новорожденного	212,1	207,48 (III)	15,2	360,6 (II)	-92,8	73,8
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	272,7	82,2	90,9	101,1	-66,7	23,0
Прочие болезни	x	114,6	121,2	71,8	x	-37,3

Примечание: x - нет данных

Однако в АО заболеваемость этой группы новорожденных отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, была выше на 46,85% (3803,0 и 2589,6‰, $p < 0,001$), чем в РФ в 2012 году, и на 35,2% (4287,9 и 3171,0‰, $p < 0,001$) в 2017 году, при разных темпах прироста показателя (+12,75% и +22,45% соответственно).

Выявлены различия заболеваемости отдельными нозологиями новорожденных с ЭНМТ. В 2012 году в АО I место занимали инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода (757,6‰), II – дыхательные расстройства новорожденного (636,4‰), III – внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах (333,3‰). В РФ на I месте – дыхательные расстройства новорожденного (709,7‰), II – внутриутробная гипоксия и асфиксия в родах (367,96‰), III – другие нарушения церебрального статуса новорожденного (207,48‰).

В 2017 году в АО дыхательные расстройства новорожденного вышли на лидирующие позиции с ростом показателя с 636,4 до 848,5‰ (ТПП: +33,3%), инфекционные болезни, специфичные для перинатального периода, переместились на II позицию с 757,6 до 666,7‰ (ТПП: -12,0%). III место сохранили внутриутробная гипоксия и асфиксия при родах с ростом показателя с 333,3 до 378,8‰ (ТПП: +13,7 %). В РФ I место сохранили дыхательные расстройства новорожденного (717,7‰, ТПП: +1,1%), на II место вышли другие нарушения церебрального статуса новорожденного (360,6‰, ТПП: +73,8%), на III место переместились внутриутробная гипоксия, асфиксия в родах (349,3‰, ТПП: -5,1%).

Превышение общероссийских показателей заболеваемости регистрировалось по большинству нозологических форм, в том числе родовым травмам (в 2012 г. – в 6,6 раза), инфекционным болезням, специфичным для перинатального периода (в 2012 г. – в 3,35 раза), включая бактериальный сепсис, что отражает проблемы акушерской составляющей, диагностики в неонатальном

периоде, а также кодирования по классам МКБ-10. Подтверждают это и разнонаправленная динамика по ряду нозологий, несоизмеримо высокие (при бактериальном сепсисе в 8,1 раза в 2012 г.) или низкие (в 23,7 раза при других нарушениях церебрального статуса новорожденного в 2017 г.) показатели по сравнению с РФ. Показатели заболеваемости недоношенных в АО выше, чем в РФ в 2012 году на 0,84% и на 6,79% в 2017 году, при отсутствии динамики показателя в отличие от РФ, где отмечено его снижение (ТПП:-5,1%). Заболеваемость новорожденных, родившихся с ЭНМТ, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, выше на 46,85% ($p < 0,001$), чем в РФ в 2012 году, и на 35,2% ($p < 0,001$), чем в АО в 2017 году.

Таким образом, анализ показателей заболеваемости доношенных и недоношенных, родившихся с массой тела 1000г и более, в родовспомогательных учреждениях АО за период 2012–2017 годы, свидетельствует об отсутствии положительной динамики и сохранении с 2007 года худших показателей здоровья новорожденных по сравнению с РФ (рисунок 3).

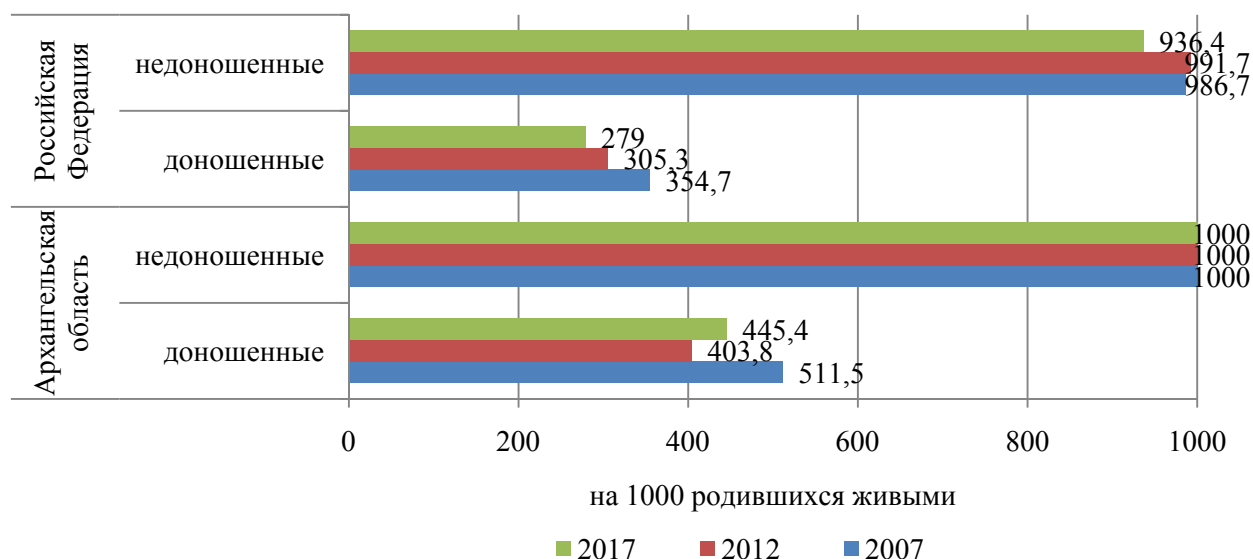


Рисунок 3. Динамика показателей заболеваемости доношенных и недоношенных новорожденных, родившихся с массой тела 1000г и более в родовспомогательных учреждениях Архангельской области и Российской Федерации в 2007–2017 годы (в %)

Полученные результаты отражают не только низкий уровень состояния здоровья беременных и родильниц, новорожденных, но и низкое качество оказания медицинской помощи в период беременности, родов и новорожденным после перехода на трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи. К неблагоприятным факторам, характеризующим ситуацию в региональном родовспоможении, следует отнести увеличение с 2012 года у доношенных новорожденных частоты дыхательных расстройств (ТПП:+35%), неонатальных аспирационных синдромов (ТПП:+125%), внутрижелудочковых кровоизлияний (ТПП:+111,1%). Значителен прирост показателей у недоношенных родовыми травмами (ТПП:+145,9%), неонатальными аспирационными синдромами (ТПП:+136,4%), с ЭНМТ – врожденными пневмониями (ТПП:+300,0%). В 2017 году показатели выше при родовых травмах у доношенных (в 1,5 раза) и недоношенных (4,7 раза), гемолитической болезни новорожденных (4,2 и 3,4 раза, соответственно). При инфекционных болезнях, специфичных для перинатального периода, показатели АО выше у недоношенных детей в 1,9 раза, родившихся с ЭНМТ, – в 2,4 раза. Высокий удельный вес не шифруемых перинатальных состояний отражает недостатки медицинской статистики в службе неонатологии.

Необходима оценка акушерской составляющей, учитывая превышение региональных показателей по сравнению с данными РФ, при наличии возможности снижения заболеваемости от управляемых причин.

3.3 Заболеваемость детей первого года жизни в Архангельской области и в Российской Федерации

По данным официальной статистики в АО за 2007-2017 годы регистрировалось снижение числа детей первого года жизни с 15153 до 13744 человек (ТПП: -9,3%), более высокий уровень и рост общей заболеваемости детей первого года жизни (с 3937,4 до 4036,6‰, ТПП: +2,5%), в отличие от РФ

($p < 0,001$), где за 11 лет отмечена убыль исходно более низкого показателя заболеваемости (с 2517,0 до 2357,0‰, ТПП: -6,4%) (таблица 13).

Таблица 13

Показатели заболеваемости детей первого года жизни в Архангельской области и Российской Федерации в 2007–2017 годы
(на 1000 детей, достигших возраста 1 год в отчетном году, %)

Годы	Архангельская область (АО)	Российская Федерация (РФ)	Соотношение показателей АО к РФ (%)	p-уровень
2007	3937,4	2517,0	156,4	<0,001
2008	4007,7	2496,6	160,5	<0,001
2009	3959,6	2640,0	144,5	<0,001
2010	4057,4	2723,0	149,0	<0,001
2011	4019,7	2666,6	150,7	<0,001
2012	3921,1	2649,9	147,9	<0,001
2013	3973,2	2577,5	154,2	<0,001
2014	4128,8	2537,4	162,7	<0,001
2015	3925,9	2492,8	157,5	<0,001
2016	4042,5	2446,4	165,2	<0,001
2017	4036,6	2357,0	171,2	<0,001

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона

На протяжении анализируемого периода ведущими причинами заболеваемости в АО являлись болезни органов дыхания (рост с 1576,7 до 1830,3‰, ТПП: +16,1%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (снижение с 601,2 до 543,4‰, ТПП: -9,6%). В 2017 г. в области изменились III и IV ранговые места: класс «Болезни органов пищеварения» переместился на IV место (314,6 и 266,6‰, ТПП: -15,3%), уступив III позицию классу «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения», где отмечен значительный рост заболеваемости (со 190,7 до 279,2‰, ТПП: +46,4%). Максимальные темпы прироста показателя зарегистрированы по

классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» (с 24,3 до 72,6‰, ТПП: +198,8%), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (с 25,7 до 41,4‰, ТПП: +61,1%).

Несколько ниже темпы прироста показателя при болезнях мочеполовой системы (с 74,3 до 92,8‰, ТПП: +24,9%), новообразованиях (с 40,4 до 50,0‰, ТПП: +23,8%), болезнях глаза и его придаточного аппарата (с 123,8 до 126,3‰, ТПП: +2%). Снижение заболеваемости детей зарегистрировано по 9 классам болезней, в том числе алиментарно-зависимым патологиям: болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм с 182,4 до 151,7‰ (ТПП: -16,8%), в том числе анемиям с 171,9 до 139,6‰ (ТПП: -18,8%); кишечным инфекциям с 44,9 до 32,2‰ (ТПП: -28,1%), а также по классу болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ (с 81,6 до 77,2‰, ТПП: -5,4%). В сравнении с РФ в 2007-2017 годы показатели заболеваемости детей первого года жизни в АО выше по всем классам, за исключением болезней нервной системы (таблица 14).

Таблица 14

Заболеваемость детей первого года жизни по классам болезней МКБ-10 в Архангельской области и Российской Федерации в 2007–2017 годы
(на 1000 детей соответствующего возраста, в %)

Наименование классов болезней и отдельных нозологий	2007 год		2012 год		2017 год		Темп прироста показателя 2017г. к 2007г., %	
	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация	Архангельская область	Российская Федерация
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни,	102,9	70,7	81,4	65,2	99,2	55,3	-3,6	-21,8
из них: кишечные инфекции	44,9	х	31,4	38,6	32,3	х	-28,1	х
Новообразования	40,4	х	40,3	44,3	50,0	24,1	+23,8	+43,5

Продолжение таблицы 14

Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм,	182,4	112,7	160,1	101,2	151,7	78,7	-16,8	-30,2
из них: анемии	171,9	х	142,7	97,9	139,6	х	-18,8	х
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	81,6	86,1	83,8	71,1	77,2	44,6	-5,4	-48,2
Болезни нервной системы	129,0	180,7 (III)	89,2	215,9	85,2	214,0 (III)	-34,0	+18,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	123,8	76,3	120,1	96,4	126,3	98,0	+2,0	+28,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	87,0	41,8	55,8	39,8	76,8	34,1	-11,7	-18,4
Болезни системы кровообращения	38,6	х	13	х	14,1	9,1	-63,5	+28,2
Болезни органов дыхания	1576,7 (I)	1102,4 (I)	1710,2 (I)	х	1830,3 (I)	1147,2 (I)	+16,1	+4,1
Болезни органов пищеварения	314,6 (III)	140,2	293,7	150,1	266,6	129,3	-15,2	-7,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	222,6	х	229,7	х	229,7	120,8	3,2	+26,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25,7	х	41,4	х	41,4	25,6	+64,9	+35,4
Болезни мочеполовой системы	74,3	44,6	92,7	51,5	92,8	49,3	+24,9	+10,5
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	601,2 (II)	431,8 (II)	621,1 (I)	367,1	543,4 (II)	239,4 (II)	-9,6	-44,6
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	190,7	66,9	176,5	76,8	279,2 (III)	74,3	+46,4	+11,1
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	24,3	15,4	25,9	15,8	72,6	22,2	+198,8	+44,2

Примечание: в скобках указаны ранговые места в соответствующем году; х - нет данных,
*- 2017 г. к 2009 г.

В АО при снижении показателей заболеваемости по 6 классам отмечено, что темпы убыли были ниже, чем в РФ, кроме болезней органов пищеварения, по 7 классам темп прироста был выше, чем в РФ. Разнонаправленный вектор (АО – снижение, РФ – рост) отмечен по классам болезней нервной системы, системы кровообращения. В 2017 году в АО доминирующие позиции занимал класс болезней органов дыхания с превышением на 59,5% показателя РФ. Регистрация отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, была в 2,3 раза выше, чем в РФ, и за 2007-2017 годы темп снижения показателя был в 4,6 раза ниже в АО (ТПП:-9,6%), чем в РФ (ТПП:-44,6%). За период изучения установлен рост показателя по классу «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения» с 190,7 до 279,2‰ (ТПП:+46,4%), по классу «Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» с 24,3 до 72,6‰ (рост в 3,3 раза по сравнению с РФ).

Таким образом, в АО по сравнению с РФ выше уровень общей заболеваемости детей первого года жизни на 56,4% в 2007 году (3937,4 и 2517,0‰, $p < 0,001$) и на 71,2% в 2017 году (4036,6 и 2357,0‰, $p < 0,001$). Кроме этого, с 2007 по 2017 годы регистрируется разнонаправленная динамика показателя – в АО рост (ТПП: +2,5%), в РФ снижение (ТПП: -6,4%) (рисунок 4).

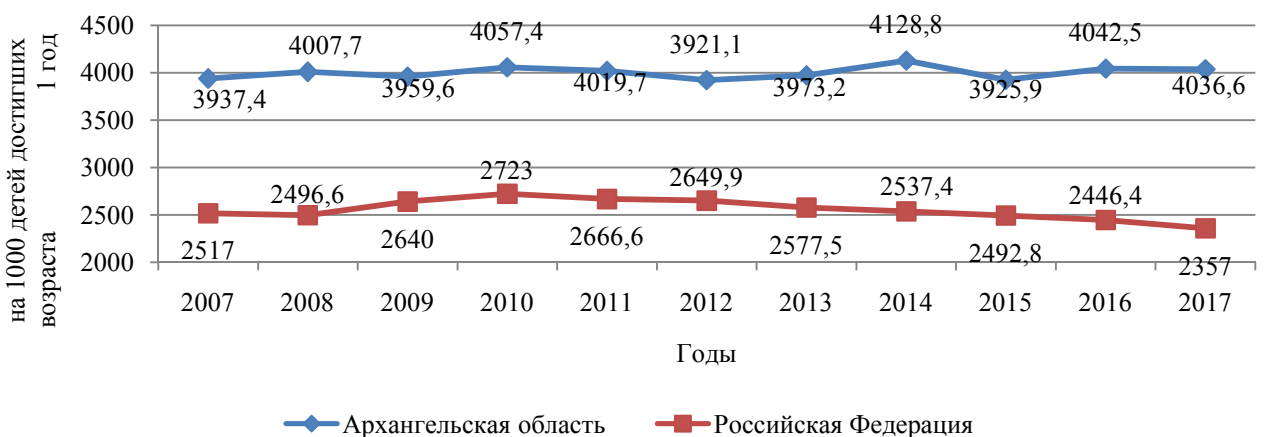


Рисунок 4. Динамика общей заболеваемости детей первого года жизни в Архангельской области и Российской Федерации за 2007–2017 годы (на 1000 достигших возраста 1 год в отчетном году)

Заключение по главе.

Медико-демографическая ситуация в АО за 2007-2017 годы характеризуется низким уровнем рождаемости (11,8-10,5‰), высоким уровнем общей смертности (14,8-13,2‰), отрицательным показателем естественного прироста населения (-3,0 и -2,7‰), более высоким показателем младенческой смертности (10,2-6,0‰), чем в СЗФО (7,4-4,6‰) и РФ (9,4-5,6‰), что является отражением системных медико-социальных проблем. Исходно высокий уровень заболеваемости новорожденных, доношенных и недоношенных, детей первого года жизни, с достоверным превышением общероссийских показателей заболеваемости ($p < 0,001$) – подтверждение проблем в сфере охраны здоровья матери и ребенка на региональном уровне. Полученные результаты определили целесообразность поиска нереализованных направлений первичной профилактики в службе родовспоможения и детства, а общеизвестное влияние грудного вскармливания на снижение инфекционной и неинфекционной заболеваемости детей, младенческую смертность обуславливают актуальность изучения существующей практики в поддержку грудного вскармливания в межрайонном центре родовспоможения.

Глава 4. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУДНОГО СКАРМЛИВАНИЯ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА

4.1 Организационные аспекты поддержки исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных

Результаты анкетирования 226 родильниц – матерей новорожденных детей в МРЦ позволили установить следующее. Планировали беременность 57,5% женщин, не планировали 42,5%, желанной беременность была у 97,3% опрошенных, при этом не ответили на данный вопрос 2,7%. При изучении акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что менее половины – первородящие от 16 до 33 лет (45,1%). Вторыми роды были у 46,0% родильниц в возрасте от 22 до 39 лет. Группа многодетных матерей составила 8,9% в возрасте от 25 до 46 лет.

Посетили занятия «Школы для беременных» по подготовке к грудному вскармливанию 8 (3,5%) женщин, отказались 19 (8,4%), не знали о проведении занятий 184 (81,5%), не ответили на данный вопрос – 15 (6,6%). Занятия по психологической подготовке к родам посетила только каждая девятая женщина - 11,1% (25), отказались – 14,2% (32), не знали – 70,8% (160), часть 3,9% – не ответили (9). Занятия по физической подготовке к родам и лечебной физической культуре (ЛФК) посетили менее трети – 27,4% (62), отказалась по разным причинам – каждая шестая 18,1% (41), не знали о проведении занятий почти половина 46,5% (105), не ответили или не вспомнили о назначении ЛФК 8,0% (18) (рисунок 5).

После родов переведены в палаты совместного пребывания большинство матерей с детьми (60,6%, 137); через несколько часов - каждая седьмая (15,5%, 35); позже первых суток каждая четвертая (23,0%, 52), единицы не указали (0,9%, 2). Обоюдную пользу круглосуточного пребывания в совместной палате отметили большинство матерей – 155 (68,59%), но считали эту семейно-ориентированную

практику не обязательной – 26 (11,5%), обращались с просьбой забрать ребенка в «детскую палату» 45 (19,91%) матерей.

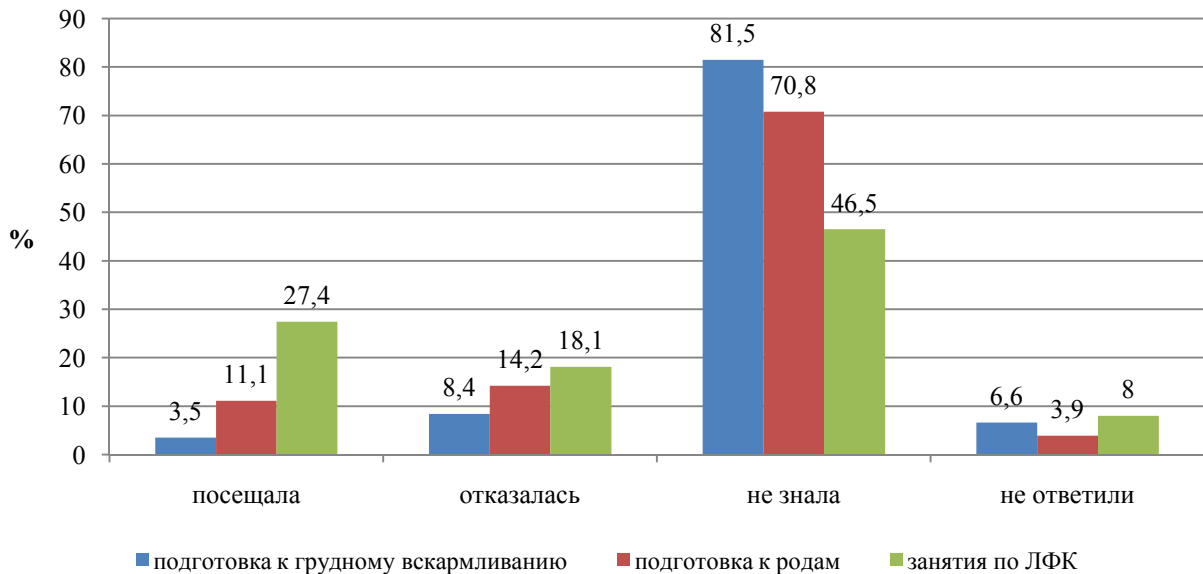


Рисунок 5. Посещаемость занятий «Школы для беременных» в женской консультации межрайонного центра родовспоможения (в % от числа женщин обследованной группы, n=226)

Часть женщин указали, что они испытывали потребность в психологической поддержке в родах и после рождения ребенка (таблица 15).

Таблица 15

Потребность женщин в психологической поддержке в период беременности, родов и после рождения ребенка (абс., в %)

Потребность женщин в психологической поддержке, абс. - %, (95%ДИ)		n	р-уровень
во время беременности	во время родов		
22-11,2 (7,53-16,4)	36-18,4 (13,6-24,4)	196	0,020
Потребность женщин в психологической поддержке, абс.-% (95%ДИ)		n	р-уровень
во время беременности	после родов		
15-7,94 (4,87-12,7)	26-13,8 (9,56-19,4)	189	0,043

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Мак-Нимара

В то же время свободный допуск членов семьи к родившим женщинам не практиковался, зафиксированы единичные партнерские роды – менее 1% (0,9%, 2). Большинство женщин (75,7%, 171) не хотели, чтобы отец ребенка принимал участие в родах. Не знали о возможности партнерских родов – 7,1% (16), другие причины указали 10,6% (24); не ответили – 5,7% (13). Матери с депрессивным вариантом ПКГД чаще других высказывались в пользу партнерских родов (таблица 16).

Таблица 16

Отношение женщин к партнерским родам по определяющему варианту психологического компонента гестационной доминанты

Тип психологического компонента гестационной доминанты	Средний балл психологического компонента гестационной доминанты Me (Q1-Q3)		p-уровень
	отказ от партнерских родов	другие ответы	
Оптимальный	5,0 (4,0-7,0)	5,0 (3,7-5,2)	0,310
Гипогестогнозический	1,0 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-1,0)	0,089
Эйфорический	2,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,364
Тревожный	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,505
Депрессивный*	0,3 (0,2-0,3)	0,5 (0,3-0,8)	0,029

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни; *- данные представлены в виде средней арифметической, 95%ДИ

Учитывая противопоказания к раннему прикладыванию ребенка к груди, в исследование включены новорожденные, родившиеся с оценкой по шкале Апгар 7 баллов и выше, от матерей, не имевших противопоказаний для кормления грудью. В родильном зале были приложены к груди большинство (69,9%,158) новорожденных, треть (30,1%) – в неоптимальные сроки: через 4-6 часов – 47 (20,8%), позже 1-х суток – 21 (9,3%). Продолжительность контакта «кожа к коже» у большинства диад «мать-дитя» ограничивалась до 10 минут – 147 (65,1%), у каждой пятой – 20-30 минут – 50 (22,1%), у каждой девятой – более 30 минут – 25 (11,0%), не ответили – 4 (1,8%).

Находились на искусственном вскармливании весь период пребывания в акушерском стационаре три (1,3%) ребенка, на грудном вскармливании – 223 (98,7%). Получал глюкозу – каждый шестой (17,7%, 40), только ДМС – 3 (1,3%), докорм ДМС – 31 (13,7%), докорм ДМС и допаивание глюкозой – 41 (18,2%), на исключительно грудном вскармливании с рождения до выписки – менее половины – 111 (49,1%) новорожденных (рисунок 6).

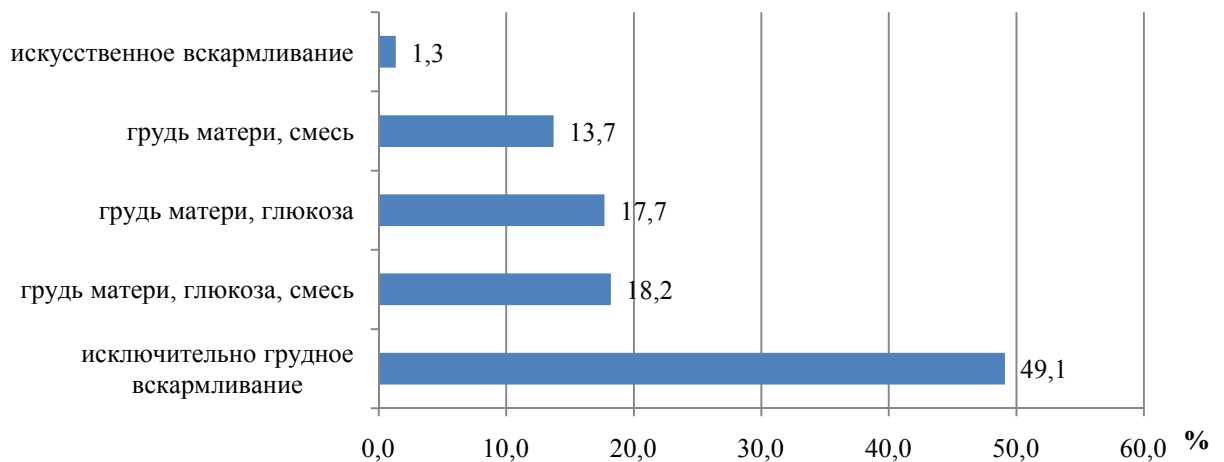


Рисунок 6. Характер вскармливания новорожденных в родильном отделении (в % от числа матерей обследованной группы, n=226)

Проведение мероприятий в поддержку грудного вскармливания отметили большинство родильниц – 200 (88,5%), часть дали отрицательный ответ (9, 3,98%) и не ответили (17, 7,52%). В то же время, 90 (39,8%) матерей указали на появление трещин сосков на 2 сутки ($Q1-Q3 = 2,0-3,0$, $Me = 2,0$) после родов, что свидетельствует о нарушении техники прикладывания к груди, неэффективности обучения кормлению; у большинства трещин сосков не было (131, 57,95%), единицы не ответили (5, 2,2%). На свободном режиме грудного вскармливания находилось большинство новорожденных – 213 (94,2%), по часам вскармливались 7 (3,1%), не ответили 6 (2,65%). При беспокойстве ребенка настаивали на даче пустышек, докорме ДМС 52 (23,01%) матери; большинство не использовали

пустышки и не настаивали на докорме ДМС – 140 (62,0%), не ответили – 34 (15,0%).

Женщины по-разному оценили роль медицинских работников в оказании им психологической помощи до и после родов в отсутствие штатного психолога; не получили психологическую помощь до родов 18,1% женщин, после – 2,7% (рисунок 7).

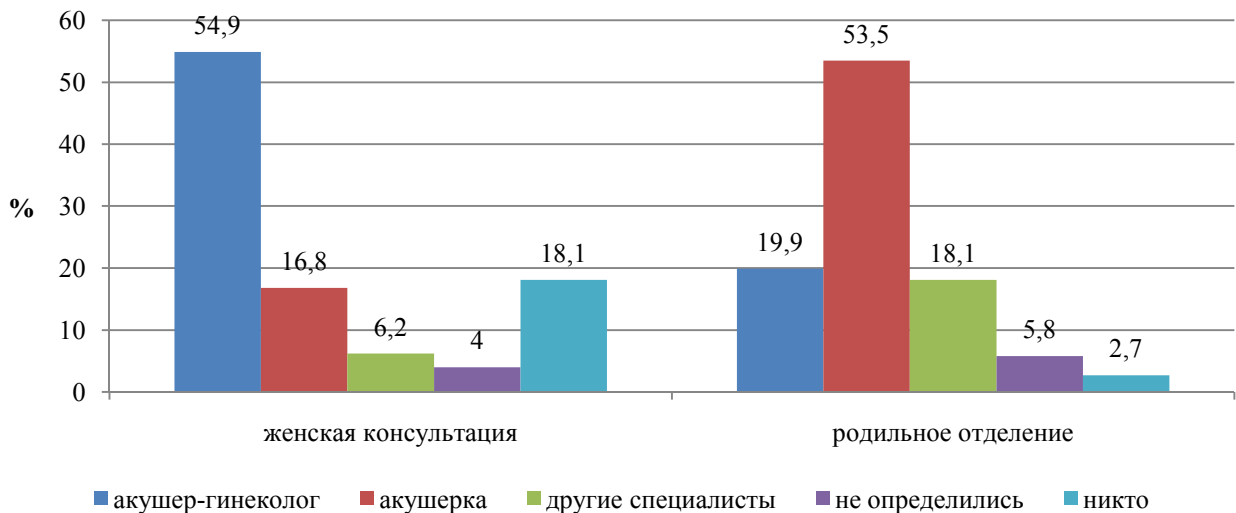


Рисунок 7. Участие персонала в оказании психологической помощи женщинам в период беременности и родов (в % от числа респондентов, n=226)

Использование докорма ДМС не зависело от уровня образования матерей ($\chi^2=0,158$, $p=0,691$), жилищных условий ($\chi^2=0,092$, $p=0,761$), планирования беременности ($\chi^2=0,470$, $p=0,791$). ДМС чаще получали новорожденные, чьи матери отказывались от посещения занятий по подготовке к грудному вскармливанию (12,2% и 4,5%, $\chi^2=4,31$, $p=0,038$), а также новорожденные, чьи матери имели депрессивный вариант ПКГД (таблица 17).

Обучение матерей технике грудного вскармливания отметили большинство женщин – 200 (88,5%), не получили – 9 (4,0%) матерей, несмотря на наличие в палатах акушерского стационара политики «Десять шагов в поддержку грудного вскармливания», не ответили 17 (7,5%). Группы поддержки матерей по грудному вскармливанию в МРЦ не было.

Таблица 17

Психологический компонент гестационной доминанты и характер вскармливания ребенка при выписке из акушерского стационара (абс., %)

Тип психологического компонента гестационной доминанты	Средний балл психологического компонента гестационной доминанты, Me (Q1-Q3)		p-уровень
	Исключительно грудное вскармливание	докорм смесями	
Оптимальный	5,0 (4,0-7,0)	5,0 (3,7-5,2)	0,297
Гипогестогнозический	1,0 (0,0-1,7)	0,0 (0,0-1,0)	0,167
Эйфорический	2,0 (1,0-2,7)	2,0 (1,0-3,0)	0,581
Тревожный	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,288
Депрессивный*	0,0 (0,0-0,0)	0,5 (0,0-1,0)	0,014

Примечание: p рассчитывалось с помощью Хи-квадрат Пирсона, p* рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни

Таким образом, выявлены проблемы при подготовке беременных и кормящих матерей к грудному вскармливанию, в том числе неоптимальные сроки первого прикладывания ребенка к груди, кожного контакта, использование ДМС, допаивание, отсутствие круглосуточного совместного пребывания, что свидетельствует о нереализованных возможностях оптимального питания здоровых новорожденных в раннем неонатальном периоде. Выявлен низкий уровень использования семейно-ориентированных технологии (партнерские роды (0,9%), совместное пребывание (60,6%), отсутствие психолога и доступа членов семей в послеродовые палаты). Восемь из 10 шагов в поддержку исключительно грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде осуществлялись в среднем на 54,9% (от 3,5 до 94,25%), что свидетельствует о нереализованных (на 45,1%) возможностях и определяет направление целевой работы по изменению данной практики (рисунок 8).

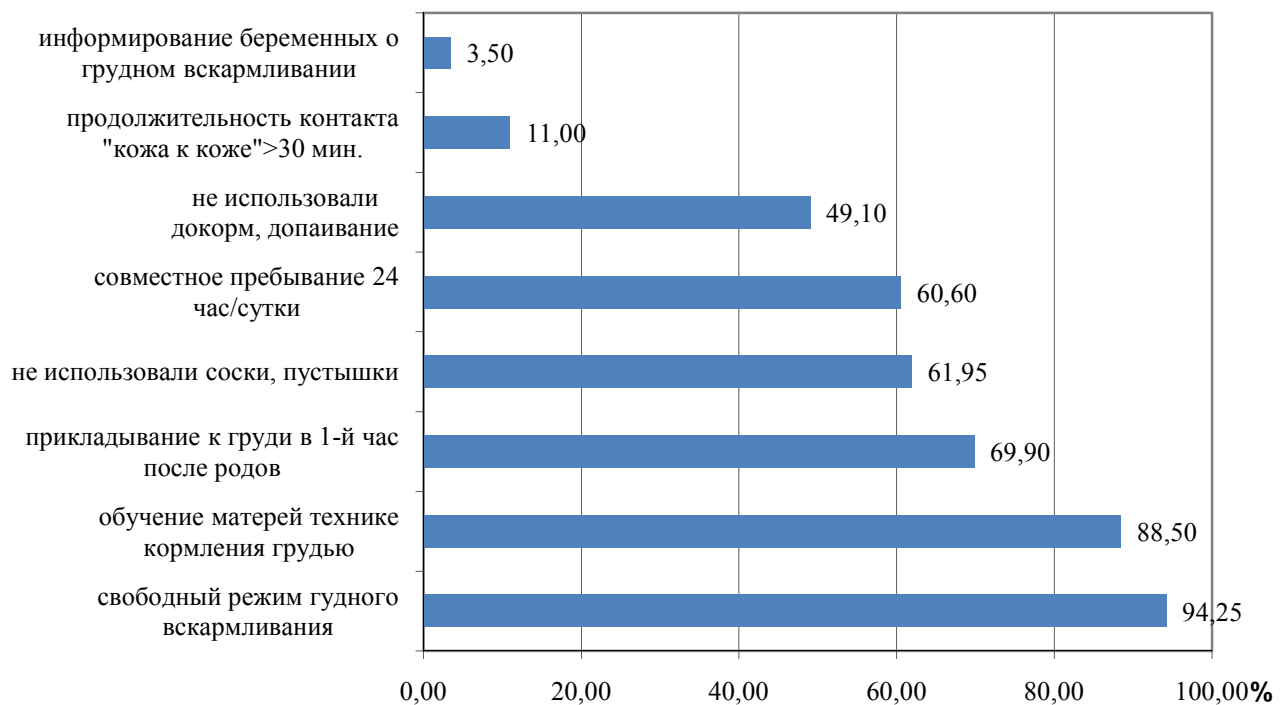


Рисунок 8. Соблюдение мер в поддержку исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных в родильном отделении (в %, n=226)

Отрицательное отношение большинства респондентов (75,7%) к партнерским родам можно объяснить ни сколько сложившимися традициями отечественного акушерства, менталитетом предшествующего и нынешних поколений, а недостаточным вниманием персонала к вопросам организации «Школы для беременных», что подтверждают не информированность и низкая посещаемость. Докорм ДМС с рождения чаще получали новорожденные, чьи матери отказывались от посещения занятий по грудному вскармливанию ($p=0,038$), неоптимальным вариантом ПКГД ($p=0,014$). Увеличение потребности женщин в психологической поддержке во время родов ($p=0,020$), после рождения ребенка ($p=0,043$), с депрессивным вариантом ПКГД к партнерским родам ($p=0,029$) – предмет для дальнейшего анализа и подтверждение необходимости укомплектования штата МРЦ психологом.

4.2 Детерминанты продолжительности грудного вскармливания

Планировали продолжить грудное вскармливание после выписки из акушерского стационара «пока будет молоко» – 147 (65,0%) матерей, до одного года – 53 (23,5%), до 6 месяцев – 22 (9,7%), не определились с ответом – 4 (1,8%).

Тестирование показало, что в период беременности более половины женщин отмечали оптимальное отношение к грудному вскармливанию, каждая пятая – эйфорическое, каждая шестая – депрессивное (таблица 18).

Таблица 18

Психологический компонент гестационной доминанты и отношение женщин к грудному вскармливанию (абс., %)

Тип психологического компонента гестационной доминанты	Число женщин (n=226)		Доверительный интервал 95%ДИ
	абс.	%	
Оптимальный	118	52,3	45,3-58,2
Гипогестогнозический	21	9,3	6,21-13,9
Эйфорический	48	21,2	16,6-27,3
Тревожный	1	0,4	0,08-2,48
Депрессивный	38	16,8	12,6-22,4

Анализ результатов анкетирования матерей позволил определить продолжительность грудного вскармливания, в том числе исключительно грудного вскармливания: при выписке из роддома – 98,7 и 88,3%, в возрасте одного месяца – 87 и 82,9%, в 4 месяца – 72,2 и 59,6%, в 6 месяцев – 63,4 и 22,3%, соответственно. Матери с оптимальным вариантом ПКГД чаще продолжали грудное вскармливание более 6 месяцев (таблица 19).

Кормили грудью более 6 месяцев более двух третей матерей с высшим образованием (72,7%), со средним и средним специальным – немногим более половины (53,7%).

Таблица 19

Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от психологического компонента гестационной доминанты

Тип психологического компонента гестационной доминанты (независимые переменные)	Коэффициент регрессии (B)	95%ДИ	p-уровень
Оптимальный	0,26	0,02; 0,49	0,035
Гипогестогнозический	0,01	-0,13; 0,15	0,877
Эйфорический	-0,09	-0,30; 0,12	0,408
Тревожный	-0,12	-0,26; 0,02	0,082
Депрессивный	-0,08	-0,17; 0,01	0,079

Примечание: однофакторная линейная регрессия, зависимая переменная – продолжительность грудного вскармливания

Продолжительность грудного вскармливания более 6 месяцев была выше среди матерей, которые планировали кормить грудью «пока будет молоко» (таблица 20), не использовали соски и пустышки, имели высшее образование (таблица 21).

Таблица 20

Реализация планов матерей по продолжительности грудного вскармливания (абс., %)

Признак	Продолжительность грудного вскармливания, абс. - % (95%ДИ)		p-уровень
	до 6 месяцев, n=79	6 месяцев и более, n=133	
Планировали продолжить грудное вскармливание:			
до 6 месяцев	10-12,7 (6,85-21,3)	8-6,0 (3,28-12,1)	0,093 $\chi^2=2,82$
до года	23-29,1 (20,8-40 ,3)	24-18,1 (13,9-27,9)	0,061 $\chi^2=3,52$
пока будет молоко	46-58,2 (47,1-62,2)	101-75,9 (65,2-80,5)	0,007 $\chi^2=7,31$

Примечание: p рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

Таблица 21

Факторы, влияющие на планы матерей по продолжительности грудного вскармливания (абс., %)

Признак	Факторы		р-уровень
Продолжительность грудного вскармливания:	Использование сосок и пустышек, абс.-% (95%ДИ)		
	да=162	нет=54	
- до 6 месяцев	71-43,8 (37,8-50,4)	8-14,8 (5,98-25,2)	<0,001 $\chi^2=17,70$
- 6 месяцев и более	91-56,2 (41,1-58,3)	46-85,2 (72,3-92,6)	
Продолжительность грудного вскармливания:	Образование матерей, абс.-% (95%ДИ)		
	среднее, среднее специальное, n=123	высшее, n=77	
до 6 месяцев	57-46,3 (37,8-55,1)	21-27,3 (18,6-38,1)	$\chi^2=7,238$ 0,007
6 месяцев и более	66-53,7 (44,9-62,2)	56-72,7 (61,9-81,4)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

Отметили наличие проблем с лактацией 46,3% (100) матерей, отсутствие проблем – 53,7% (116). Большинство женщин 185 (85,6%) использовали различные меры по поддержанию лактации, не прибегали к стимуляции лактации 12,7% (27), не ответили 4 (2,8%) (таблица 22).

Таблица 22

Проблемы грудного вскармливания и причины использования детских молочных смесей после выписки из акушерского стационара (абс., %)

Признак	Число женщин		Доверительный интервал
	абс.	%	
Наличие и перечень проблем с лактацией:	n=216	%	95%ДИ
лактостаз	9	4,2	2,24-7,83
мастит	3	1,4	0,48-4,06
избыток молока	9	4,2	2,24-7,83
мало молока	79	36,6	29,5-42,3
отсутствие проблем	116	53,6	47,7-61,0

Продолжение таблицы 22

Причина использования детских молочных смесей:	n=137	%	95%ДИ
решили, что мало молока	70	51,1	42,8-59,3
ребенок перестал брать грудь	39	28,5	21,6-36,5
по рекомендации врача-педиатра	4	2,9	1,14-7,27
из-за болезни матери	5	3,6	1,57-8,26
другая причина	19	13,9	9,06-20,6

Менее половины указали на использование эффективных мер в поддержку лактации в виде увеличения частоты прикладывания ребенка к груди (48,6%, 105). В то же время основной причиной использования ДМС матери назвали нехватку молока, почти треть – отказ ребенка от груди, в единичных случаях дети получали докорм ДМС по назначению врача-педиатра.

До беременности не курили 165 (73,0%) матерей, курили 52 (23,0%), уклонились от ответа – 9 (4,0%). Отказались от курения 24 женщины (46,1%), продолжили курить при беременности и в раннем послеродовом периоде – 28 (53,9%). Большинство курящих сократили потребление табака с 8 и более штук до беременности до 1-7 сигарет в сутки в период беременности (таблица 23).

Таблица 23

Изменение ежедневной частоты курения сигарет женщинами с наступлением беременности (абс., %)

Количество сигарет, выкуриваемых женщинами	До беременности, абс. -% (95%ДИ)		р-уровень
В период беременности:	1-7 шт. /сут., n=22	8 и >шт./сут., n=30	<0,001
1-7 шт./сут. (n=46)	22-100,0 (83,9-100,0)	24-80,0(63,3-91,8)	
8 и более шт./сут. (n=6)	0-0,0 (0,0-16,1)	6-20,0 (8,18-36,7)	

Примечание: р рассчитывалось с помощью Мак-Нимара

Среди матерей с высшим образованием большинство не курили (91,1%), из числа куривших 7,6% отказались от курения, 1,3% продолжала курить. Среди

матерей со средним и средним специальным образованием не курили две трети (68,4%), они реже, чем матери с высшим образованием, отказывались от курения (13,5%), чаще продолжали курить (18,1%) (таблица 24).

Таблица 24

Влияние образования на изменение отношения будущих матерей к табакокурению с наступлением беременности (абс., %)

Отношение женщин к табакокурению	Образование, абс.-% (95%ДИ)		p-уровень
	среднее, среднее специальное, неполное среднее, n=133	высшее, n=79	
Не курила	91-68,4 (60,1-75,7)	72-91,1 (82,8-95,6)	1=0,049 2<0,001 3=0,075
Отказалась в период беременности	18-13,5 (8,74-20,4)	6-7,59 (3,53-15,6)	
Продолжала курить	24-18,1 (12,4-25,4)	1-1,27 (0,22-6,83)	

Примечание: p – с помощью критерия χ^2 Пирсона; 1 - сравнение между не курящей и отказавшейся, 2 - не курящей и курящей, 3 - отказавшейся и курящей

Женщины, отказавшиеся от курения, чаще указывали на наличие эмоциональных нарушений до родов по сравнению с теми, кто никогда не курил и продолжал курить (p=0,030) (таблица 25).

Таблица 25

Влияние табакокурения на эмоциональные проблемы у матерей до и после рождения ребенка (абс., %)

Признак	Табакокурение женщин до и после родов, абс. - % (95%ДИ)			p-уровень
	не курила (n ₁)	отказалась от курения (n ₂)	продолжала курить (n ₃)	
Наличие эмоциональных проблем до родов (n ₁ =164, n ₂ =24, n ₃ =28)	90-54,9 (47,2-62,3)	20-83,3 (64,1-93,3)	17-60,7 (42,4-76,4)	0,030 $\chi^2=7,046$
Наличие эмоциональных проблем после родов (n ₁ =155, n ₂ =24, n ₃ =19)	50-32,2 (25,4-40,0)	11-45,8 (27,9-64,9)	5-26,3 (11,8-48,8)	0,335 $\chi^2=2,189$

Примечание: p рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

После родов не установлено влияния отказа от курения на эмоциональное состояние матерей, проблемы лактации. О курении мужа/партнера признались

126 (55,8%) женщин. В семьях, где курил муж, доля курящих матерей была больше, женщины чаще продолжали курить, чем отказывались от курения в период беременности в отличие от семей, где не курили мужа (таблица 26).

Таблица 26

Влияние табакокурения мужа на табакокурение супруги (абс., %)

Отношение женщин к табакокурению	Отношение мужа/партнера к табакокурению, абс.-% (95%ДИ)		p-уровень
	курит, n=126	не курит, n=91	
Не курила	89-70,6 (62,2-77,9)	77-84,6 (75,8-90,6)	1=0,112 2=0,047 3=0,796
Отказалась от курения в период беременности	17-13,5 (8,60-20,5)	7-7,69 (3,78-15,0)	
Продолжала курить в период беременности	20-15,9 (10,5-23,2)	7-7,69 (3,78-15,0)	

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона; 1- сравнение между не курящей и отказавшейся от курения, 2- не курящей и курящей, 3- отказавшейся от курения и курящей

На вопросы об изменении отношения матерей и отцов к курению после рождения ребенка, ответы женщин распределились следующим образом. Доля некурящих матерей составила 71,8% (155), отказались от курения 16,2% (35), сократили количество сигарет – 3,7% (8), не изменили своим привычкам 1,8% (4), запретили курить в присутствии ребенка дома – 6,45% (13).

По информации респондентов бросили курить до выписки матерей с детьми из родильного дома – 13,4% отцов (29), сократили курение сигарет - 24,5% (53), не изменили привычкам – 27,8% (60), не ответили на вопрос в 3 случаях (1,4%). Доля некурящих мужчин составила более трети – 32,9% (71). Курящих отцов было в 2,2 раза больше, чем матерей, они предпочитали сократить ежедневную частоту курения сигарет, но гораздо чаще не меняли свои привычки по отношению к табакокурению (рисунок 9, слева).

Установлено, что в домашних условиях в присутствии ребенка не курили в половине семей – 50,5% (109), курили в каждой шестой семье – 17,1%, в 37 семьях, в том числе матери (3, 1,4%), отцы (18, 8,3%), родственники (5, 2,3%),

соседи (11, 5,1%). Однако более трети матерей – 32,4% (70) на вопрос не ответили. Во время прогулок отрицали факты пассивного табакокурения с детьми 28,2% (61) матерей. Курили взрослые при каждом втором ребенке – 50,0%, в 108 семьях, в том числе матери (3, 1,4%), отцы (36, 16,7%), родственники (13, 6,0%), друзья, соседи, родители других детей (56, 25,9%). Каждая пятая мать не ответила на вопрос анкеты (47, 21,8%) (рисунок 9, справа).

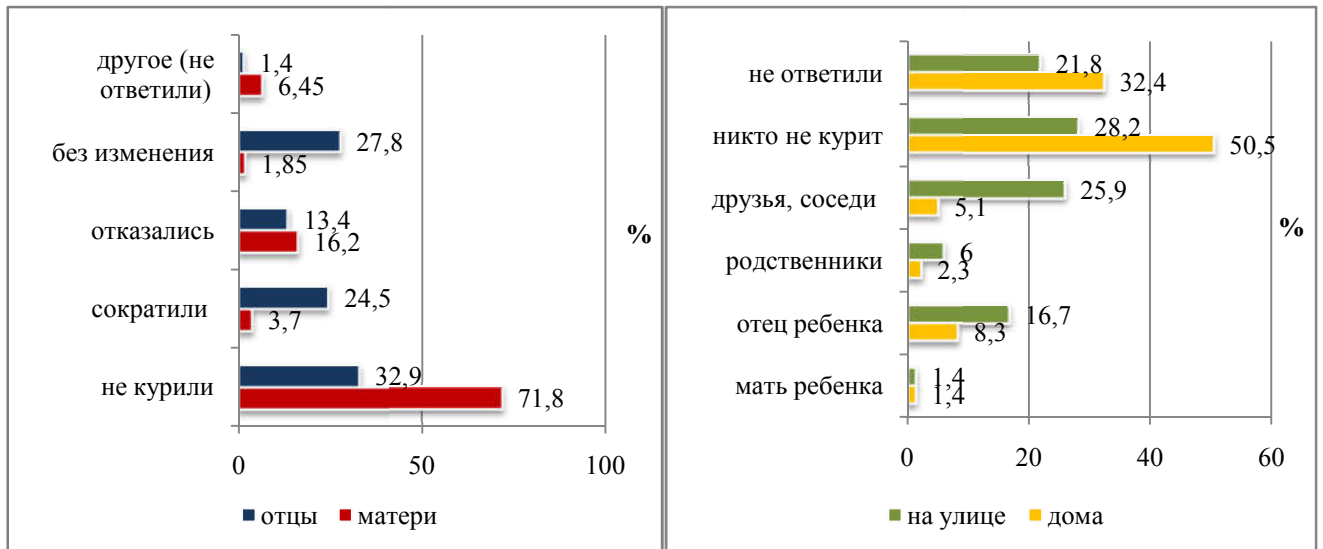


Рисунок 9. Отношение к табакокурению матерей и отцов после рождения ребенка (слева), дома и во время прогулок с детьми (справа) (в %, n=216)

Матери, отказавшиеся от курения, не использовали ДМС в роддоме в отличие от не курящих и продолжавших курить матерей, на 5,2% реже прекращали кормить грудью до 6 месяцев по сравнению курящими женщинами (33,3% и 38,5%, $p=0,816$, соответственно), но без достоверных различий.

Таким образом, чаще курили женщины с более низким уровнем образования ($p<0,001$), в семьях, где курили мужа/партнеры ($p=0,047$), в период беременности сокращали количество выкуриваемых сигарет ($p<0,001$), отказ от табакокурения ухудшал эмоциональное состояние бросивших курить ($p=0,030$). Распространенность пассивного табакокурения среди детей до года от 17,1% (дома) до 50% (на улице), отцы менее мотивированы к отказу от курения, чем матери. Нами не установлено достоверного влияния табачного анамнеза на

инициацию исключительно грудного вскармливания и его продолжительность, однако факты табакокурения отражают, по нашему мнению, некачественное формирование доминанты материнства и отцовства, указывая на необходимость усиления целевой профилактической работы по пропаганде здорового поведения среди родителей до и после рождения ребенка.

По результатам анкетирования не установлено влияния первого прикладывания ребенка к груди в родильном зале ($p=0,498$), совместного пребывания ($p=0,596$), режима свободного грудного вскармливания ($p=0,194$) на продолжительность грудного вскармливания, что нуждается в дальнейшем изучении неэффективности проводимых мероприятий. После выписки из акушерского стационара матери чаще допаивали детей водой, прибегали к докорму ДМС, в 3 раза чаще использовали пустышки (таблица 27).

Таблица 27

Соблюдение мер в поддержку исключительно грудного вскармливания детей первых шести месяцев жизни в детской поликлинике (абс., %)

Признак	Акушерский стационар, n=226		Детская поликлиника, n=216		χ^2	p-уровень
	абс.	%	абс.	%		
Обучение матерей	200	88,5	151	69,9	23,3	<0,01
Допаивание ребенка	40	17,7	123	56,9	73,1	<0,01
Докорм смесями	72	31,9	137	63,4	82,6	<0,01
Применение сосок, пустышек	52	23,0	162	75,0	136,4	<0,01

Примечание: p рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

Таким образом, установлена продолжительность грудного и исключительно грудного вскармливания детей первого полугодия жизни: при выписке из роддома – 98,7 и 88,3%, в возрасте одного месяца – 87,0 и 82,9%, в 4 месяца – 72,2 и 59,6%, в 6 месяцев – 63,4 и 22,3%, соответственно.

Определены факторы, влияющие на реализацию планов матерей по его продолжительности (рисунок 10).

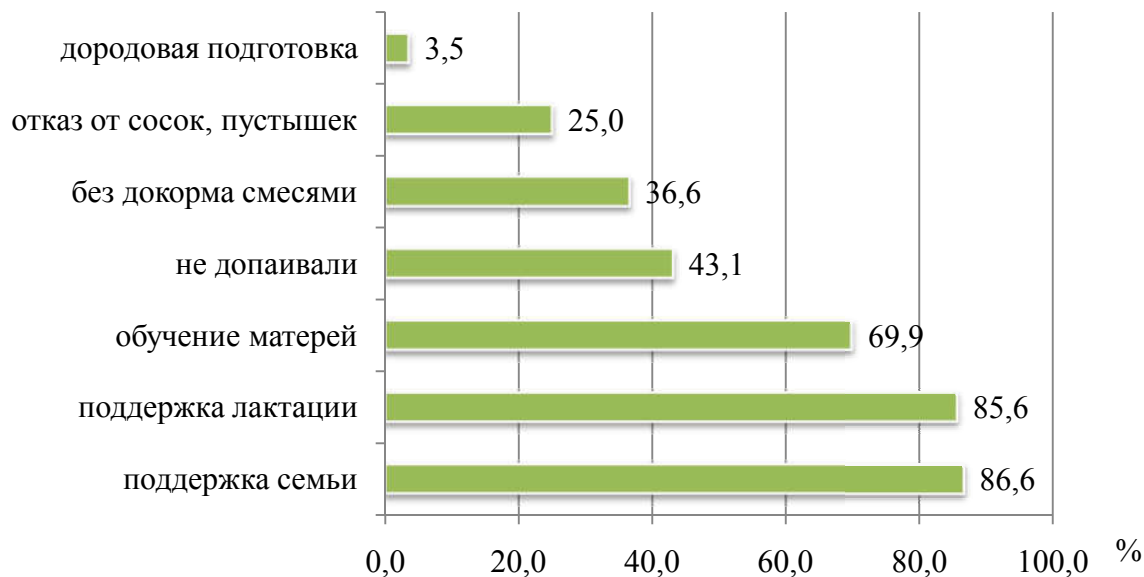


Рисунок 10. Соблюдение мероприятий в поддержку грудного вскармливания в детской поликлинике (% , n=216)

Чаще завершали грудное вскармливание матери, которые планировали «кормить до 6 месяцев» ($\chi^2=2,82$, $p=0,093$) и «до года» ($\chi^2=3,52$, $p=0,061$), использовали соски, пустышки ($\chi^2=17,70$, $p<0,001$). Более 6 месяцев кормили матери с высшим образованием ($\chi^2=7,238$, $p=0,007$), планами кормить «пока будет молоко» ($\chi^2=7,31$, $p=0,007$) и оптимальным типом ПКГД ($p=0,035$). Доля матерей, не охваченных обучением, не соблюдавших шаги в поддержку исключительно грудного вскармливания увеличивалась после выписки из акушерского стационара ($p<0,01$). Меры в поддержку грудного вскармливания в детской поликлинике соблюдались в среднем на 50,0% (7 шагов – от 3,5 до 86,6%).

Полученные данные свидетельствуют о недостаточности практических мер в поддержку грудного вскармливания (не реализованы шаги в среднем на 50,0%), что, видимо, отражает недооценку медицинскими работниками и матерями важности его продолжительности, и определило целесообразность изучения информированности матерей и специалистов акушерской и педиатрической службы по вопросам грудного вскармливания.

4.3 Оценка информированности матерей и медицинского персонала о грудном вскармливании

До родов почти каждая вторая опрошенная беременная женщина (43,4%, 98) самостоятельно читала о грудном вскармливании, почти треть (25,7%, 58) получили информацию от своих матерей, каждая пятая (19,4%, 44) была информирована медицинскими работниками женской консультации, менее 6% указали другие источники информации (5,75%, 13) и не ответили (5,75%, 13). Свои знания о грудном вскармливании до поступления на роды женщины оценили в среднем на 4,0 балла по пятибалльной системе не зависимо от того, из какого источника они получали информацию (таблица 28).

Таблица 28

Самооценка матерями своих знаний о грудном вскармливании

Самооценка знаний о грудном вскармливании (средний балл)	Источники информации о грудном вскармливании					
	самостоятельно	другое	мама	другое	медицинский работник	другое
Me (Q1; Q3)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 4,0)	4,0 (3,0; 5,0)	4,0 (3,0; 4,0)
p-уровень	0,325		0,440		0,680	

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни; опция «другое» включает все остальные категории данной переменной

Проведение бесед в родильном отделении о технике и в поддержку грудного вскармливания отметили 200 (88,5%) женщин. Однако о сложностях периода грудного вскармливания были информированы меньшинство: о лактационных кризах – 94 (41,6%), о гипогалактии – 48 (21,2%), чаще занимавшиеся самообразованием (таблица 29).

Анкетирование показало, что большинство матерей (186, 82,3%) знали о том, что они в младенчестве находились на грудном вскармливании, не получали грудное молоко – 12 (5,3%), не знали лактационный опыт своих матерей – 22 (9,7%) женщины, не ответили – 6 (2,7%).

Таблица 29

Информированность матерей о гипогалактии (абс., %)

Источники информирования матерей	Информированность матерей о гипогалактии, абс.-% (95% ДИ)		p-уровень
	Информированы n=48	не информированы n=152	
Самостоятельное изучение	29-60,4 (46,3-73,0)	69-45,4 (36,9-52,4)	0,054 $\chi^2=3,711$
От своей матери	10-20,8 (11,7-34,3)	48-31,6 (24,2-38,6)	0,174 $\chi^2=1,844$
От медицинских работников	9-18,8 (10,2-31,9)	35-23,0 (16,7-29,8)	0,574 $\chi^2=0,317$

Примечание: p рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

Ведущая роль в поддержке грудного вскармливания на амбулаторном этапе принадлежала врачам-педиатрам, в 2 раза реже – медицинским сестрам, 10% матерей отметили отсутствие заинтересованности в сохранении грудного вскармливания со стороны членов семей и специалистов детской поликлиники (таблица 30).

Таблица 30

Мнение матерей о роли семьи и медицинских работников в поддержку грудного вскармливания (абс., %)

Признак	Абс., n=216	%	95%ДИ
Поддержка в семьях:			
да	187	86,6	84,1-92,6
нет	23	10,5	6,3-18,8
не ответили	4	1,9	
Поддержка специалистов:			
врач-педиатр участковый	126	58,5	51,7-65,1
медицинская сестра участковая	49	23,7	18,6-30,2
врач акушер-гинеколог	13	6,0	3,74-10,5
никто	17	7,9	5,24-12,9
другие	6	2,8	1,35-6,24

Не установлено достоверного влияния планирования беременности, источников информации, самооценки знаний о грудном вскармливании, семейного лактационного анамнеза (грудное вскармливание самой матери, кормление грудью предыдущего ребенка), миграции, жилищных условий, а также проведения бесед медицинского персонала на продолжительность грудного вскармливания. Последнее свидетельствует, видимо, о низком качестве предоставляемой женщинам информации, и отсутствии заинтересованности персонала акушерского стационара в продолжительности грудного вскармливания после выписки матерей с новорожденными детьми.

В анкетировании по изучению информированности медицинских работников по вопросам грудного вскармливания приняли участие 143 специалиста службы родовспоможения и детства. Распределение по возрасту и специальностям представлено в разделе 2.2. «Характеристика базы исследования» (стр. 65).

Большинство медицинских работников оценили свои знания о грудном вскармливании, как достаточные (63,2%), каждый пятый респондент отметил, что считает объем имеющихся знаний недостаточным (19,5%), хотел бы улучшить знания – каждый шестой (17,3%). Не сомневались в преимуществах грудного вскармливания большинство (97,9%), единицы указали на некоторые недостатки (2,1%).

Анкетирование показало отсутствие единства мнений специалистов об оптимальных сроках первого прикладывания новорожденного ребенка к груди матери. В соответствии с клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи ответ дал каждый четвертый респондент – «в течение первого часа после рождения» (16, 11,2%), «первые 5-30 минут» (12, 8,4%). Менее точно ориентировано подавляющее большинство респондентов: «в родильном зале» (88, 61,5%), «до 2-х часов» (15, 10,5%), «как можно раньше» (2, 1,4%). Неоптимальные сроки указали 7% (10 – «1-е сутки жизни») (рисунок 11, слева).

Различны знания специалистов и по минимально рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания: треть указали «6 месяцев» (42, 29,37%) и «4 месяца» (45, 31,47%), более трети – «12 месяцев» (53, 37,06%), единицы – не знали (3, 2,1%) (рисунок 11, справа).

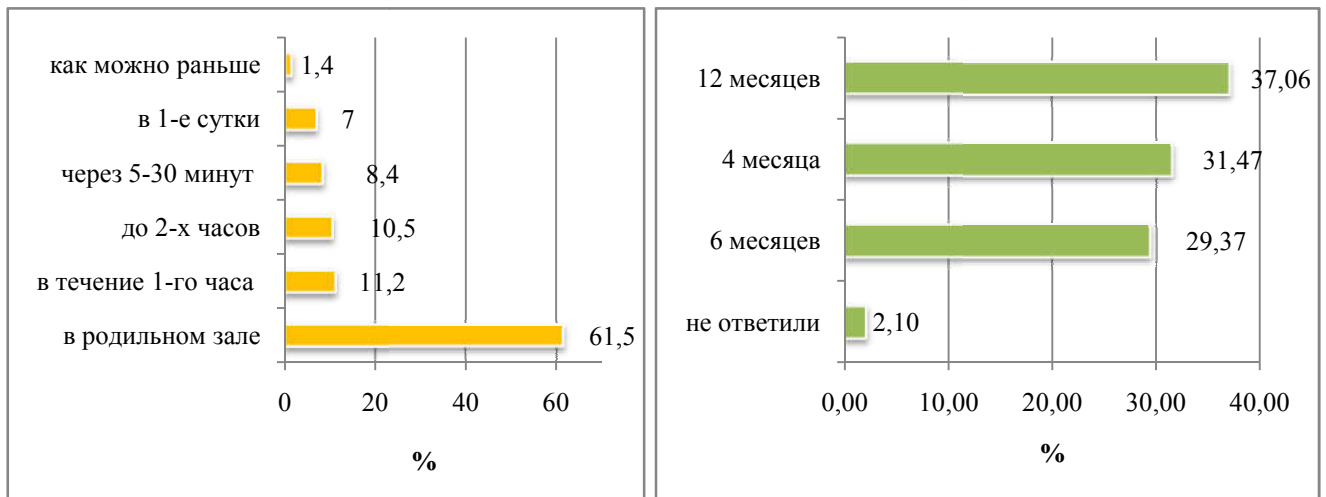


Рисунок 11. Распределение ответов медицинских работников об оптимальных сроках первого прикладывания ребенка к груди матери (слева) и продолжительности грудного вскармливания (справа) (в %, n=143).

Большинство медицинских работников рекомендовали свободный режим вскармливания – 126 (88,1%), строго по часам значительно реже – 13 (9,1%), не ответили – 4 (2,8%). Разделились почти поровну мнения специалистов по оптимальным срокам введения прикорма: 69 (48,25%) респондентов указали до 4 месяцев, 71 (49,65%) – до 6 месяцев, не ответили – 3 (2,1%). Отрицательное отношение к использованию сосок и пустышек высказали менее половины (49,0%, 70) специалистов, положительное – 11 (7,7%), нейтральное – 61 (42,6%); не ответил – 1 (0,7%).

Истоки знаний по вопросам грудного вскармливания различны: в период обучения в ВУЗе, колледже (31,7%), на цикле повышения квалификации (19,0%), научных конференциях (19,0%), путем самообразования (16,2%). Каждый восьмой прошел специальный курс в рамках Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» (14,1%). Из недостатков искусственного

вскармливания треть (30,3%) назвали раннее начало аллергических заболеваний у детей, 3,7% – недостаточный контакт с матерью, 7,3% – дороговизну ДМС, почти треть (28,6%) – другие причины, треть (30,1%) не определились с ответом.

Сравнительный анализ ответов матерей и медицинских работников о преимуществах грудного вскармливания показал, что о его влиянии на здоровье ребенка доля правильных ответов матерей составила в среднем 25,3%, медицинских работников – 67,0%, на женское здоровье – 25,5% и 61,3%, соответственно. На фоне низкого уровня знаний специалистов матери достоверно хуже информированы о влиянии грудного вскармливания на детское и женское здоровье ($p < 0,001$) (таблица 31).

Таблица 31

Распределение ответов матерей и медицинских работников на вопросы о преимуществах грудного вскармливания для матери и ребенка (абс., %)

Варианты для ответов	Матери, n=226		Медицинские работники, n=143		p-уровень
	абс.	%	абс.	%	
Преимущества грудного вскармливания для ребенка:					
снижает риск инфекционных заболеваний	170	75,2	129	90,2	<0,001
меньше риск ожирения, метаболических нарушений, сахарного диабета	33	14,6	89	62,23	<0,001
меньше риск аллергических заболеваний	47	20,8	105	73,4	<0,001
меньше риск атеросклероза, гипертонической болезни, лейкозов	26	11,5	62	43,4	<0,001
меньше риск синдрома внезапной детской смерти	23	10,2	82	57,3	<0,001
лучше иммунитет и меньше реакций после прививок	77	34,1	103	72	<0,001
лучше эмоциональное состояние ребенка	48	21,2	103	72	<0,001
выше коэффициент интеллектуального развития	28	12,4	82	57,3	<0,001
лучше взаимоотношения с родителями в будущем	63	27,9	107	74,8	<0,001
Доля положительных ответов (в среднем)		25,3		67,0	

Продолжение таблицы 31

Преимущества грудного вскармливания для снижения риска развития у женщины:					
рака молочной железы	145	64,15	126	88,1	<0,001
рака яичников	37	16,4	76	53,2	<0,001
остеопороза и переломов костей	14	6,2	38	26,56	<0,001
нежелательной беременности	26	11,5	75	52,4	<0,001
Грудное вскармливание экономичнее для семейного бюджета, чем покупка смесей для питания ребенка	66	29,2	123	86,0	<0,001
Доля положительных ответов (в среднем)		25,5		61,3	

Нами установлена завышенная самооценка женщинами своих знаний о грудном вскармливании, необходимость психологической поддержки, которую получали не все беременные и родильницы. Выявлены различные представления медицинских работников об оптимальных сроках первого прикладывания ребенка к груди, о рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания, недооценка влияния пустышек, сосок, свободного режима вскармливания на процесс кормления грудью.

Таким образом, полученные результаты свидетельствует о недостатках существующей подготовки медицинских работников, в том числе для проведения санитарно-гигиенической работы с беременными, кормящими матерями. Необходимо внести изменения в обучающие программы для матерей и в систему подготовки медицинских работников (врачей и медицинского персонала со средним специальным образованием) по вопросам грудного вскармливания при обучении в ВУЗах, медицинских колледжах, циклах повышения квалификации.

4.4 Влияние продолжительности грудного вскармливания на здоровье детей

В современных условиях закономерен рост интереса к изучению социальной обусловленности состояния здоровья детского населения, образа

жизни семьи, оценке медицинской активности родителей. Поиск актуальных направлений профилактической работы с семьями, имеющими детей, позволил получить следующие результаты.

Более половины из 2896 родителей считали своих детей здоровыми и редко болеющими (54,1%, 1566), часто болеющими при отсутствии хронических заболеваний – менее трети (30,6%, 885). У каждого десятого респондента ребенок имел хронические заболевания, с редкими обострениями (10%, 291), наличие хронических заболеваний с частыми обострениями у детей отметило меньшинство родителей (2,9%, 85). Некоторые родители не смогли оценить состояние здоровья своего ребенка (2,4%, 69).

Большинство детей с рождения находились на грудном вскармливании (93,4%, 2677). Более 6 месяцев находились на грудном вскармливании 57 из 100 детей (57,5%, 1664), треть – до 6 месяцев (32,9%, 954), продолжали получать грудное вскармливание на момент анкетирования 59 (2,0%) детей. Не получали грудное вскармливание с рождения 167 (5,8%) детей, отсутствовали данные в 52 анкетах (1,8%). Выявлены различия в оценке здоровья и продолжительности грудного вскармливания детей, $\chi^2_{(3)}=15,67$, $p=0,001$. Среди здоровых и редко болеющих детей меньше доля, находившихся на грудном вскармливании менее 6 месяцев (32,0%, 493), чем среди детей с хроническими заболеваниями с частыми обострениями (45,23%, 38). Также среди здоровых и редко болеющих детей меньше доля тех, кого матери не кормили грудью (5,5%, 84), по сравнению с детьми, имевшими хронические заболевания с частыми обострениями (7,14%, 6) (рисунок 12).

Установлено влияние возраста матерей на продолжительность грудного вскармливания, $\chi^2_{(16)}=53,26$, $p<0,001$. Две трети матерей в возрасте 30 лет и старше кормили грудью более 6 месяцев, среди матерей младше 18 лет было больше не кормивших грудью, чем в других возрастах (7,41%). Матери в возрасте старше 25

лет кормили дольше, чем женщины младшего возраста, $\chi^2_{(3)}=15,67$, $p=0,001$ (рисунок 13).

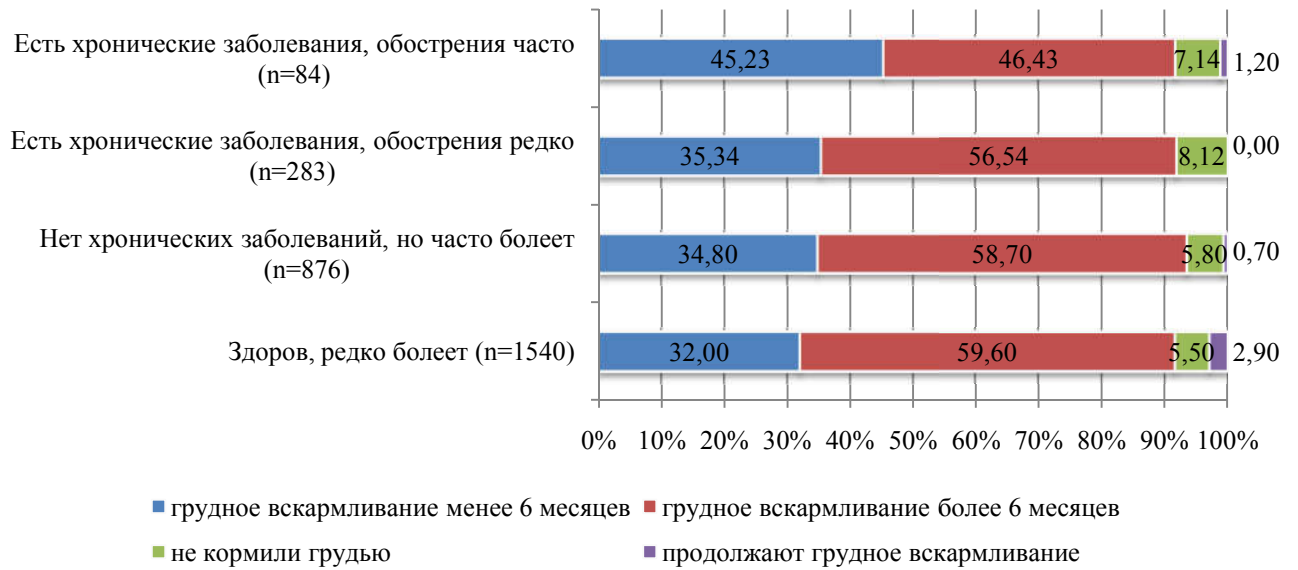


Рисунок 12. Оценка матерями здоровья детей и продолжительность грудного вскармливания (в %)



Рисунок 13. Возраст матерей и продолжительность грудного вскармливания (в %)

Две трети матерей с высшим образованием кормили грудью более 6 месяцев (68,8%), со средним специальным образованием – более половины

(55,3%), со средним образованием – менее половины (44,25%). Получены значимые различия между продолжительностью грудного вскармливания у матерей с разным уровнем образования, $\chi^2_{(6)}=91,24$, $p<0,001$. Матери со средним образованием чаще завершали грудное вскармливание до 6 месяцев (44,75%) и чаще не кормили грудью своих детей (7,5%), чем матери со средним специальным и высшим образованием (рисунок 14).

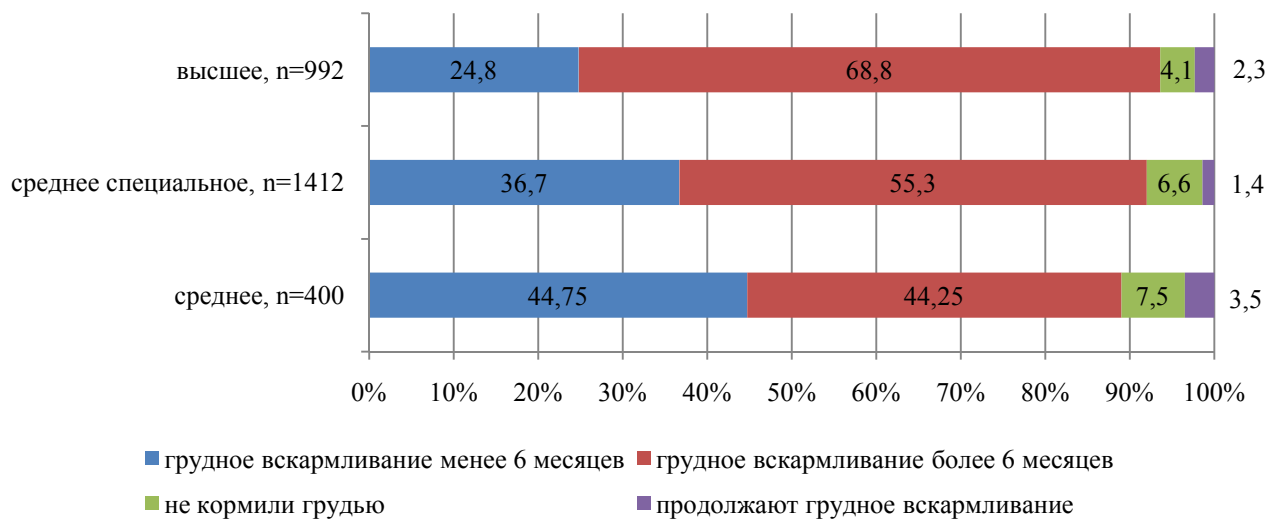


Рисунок 14. Образование матерей и продолжительность грудного вскармливания (в %)

По данным анкетирования курили в большинстве семей (58,8%), не курили 40 из 100 родителей (40,2%), не ответили – 30 (1%). В 42,8% семей курили один из родителей (отец – 93,6%), оба – в 183 семьях (6,3%). Из 2687 матерей курили 385 (14,3%) женщин. Курящие матери (37,7%) чаще прекращали грудное вскармливание до 6 месяцев, чем не курящие (32,9%), и не кормили грудью (6,2%) по сравнению с теми, кто не курил (5,8%) (рисунок 15).

Установлено отношение родителей к вакцинации детей по Национальному календарю профилактических прививок, в рамках которого были вакцинированы 2134 (73,7%) ребенка. От некоторых прививок отказались 634 (21,9%) родителя, от всех – 40 (1,4%), не ответили – 88 (3%). Матери, не кормившие детей грудью,

чаще отказывались от вакцинации (27,6%), но различия статистически не значимы ($\chi^2_{(3)}=7,63$, $p=0,054$) (рисунок 16).

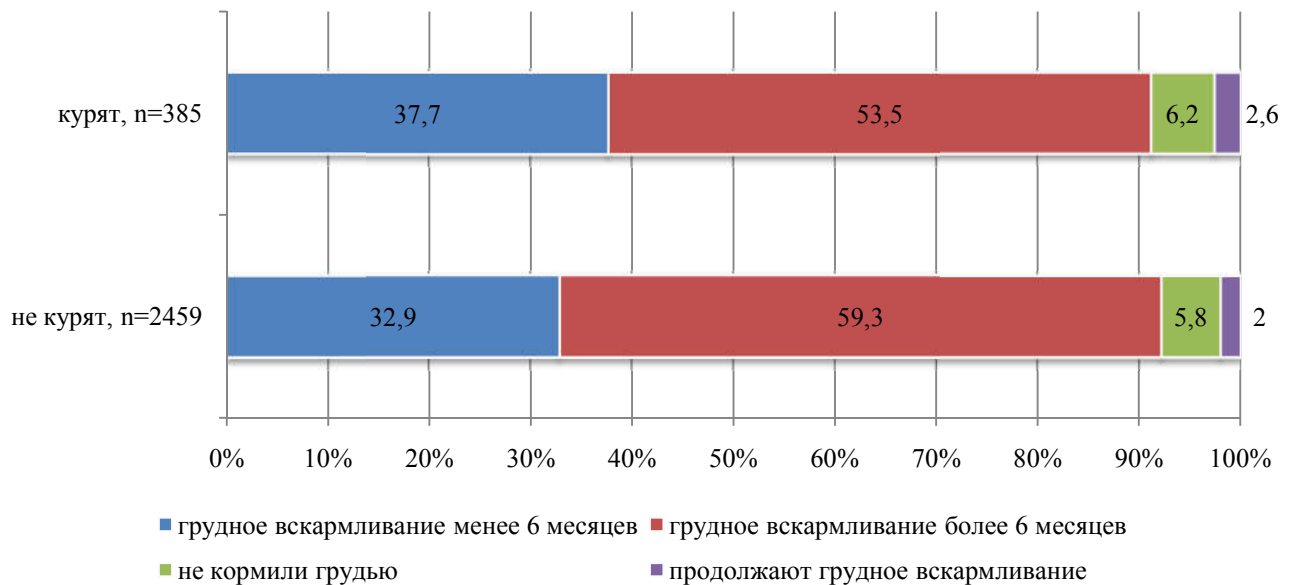


Рисунок 15. Табакокурение матерей и продолжительность грудного вскармливания (в %)



Рисунок 16. Отношение матерей к проведению профилактических прививок и продолжительность грудного вскармливания (в %)

Несколько чаще отказ от профилактических прививок демонстрировали не курившие матери (22,5%), чем курящие (24,2%), но также без достоверных

различий, $\chi^2_{(1)}=0,46$, $p=0,49$. Почти 23% опрошенных респондентов полагали, что «Здоровые дети не нуждаются в вакцинации», среди них чаще матери, которые не кормили грудью (35,4%), $\chi^2_{(3)}=23,64$, $p<0,001$ (рисунок 17).

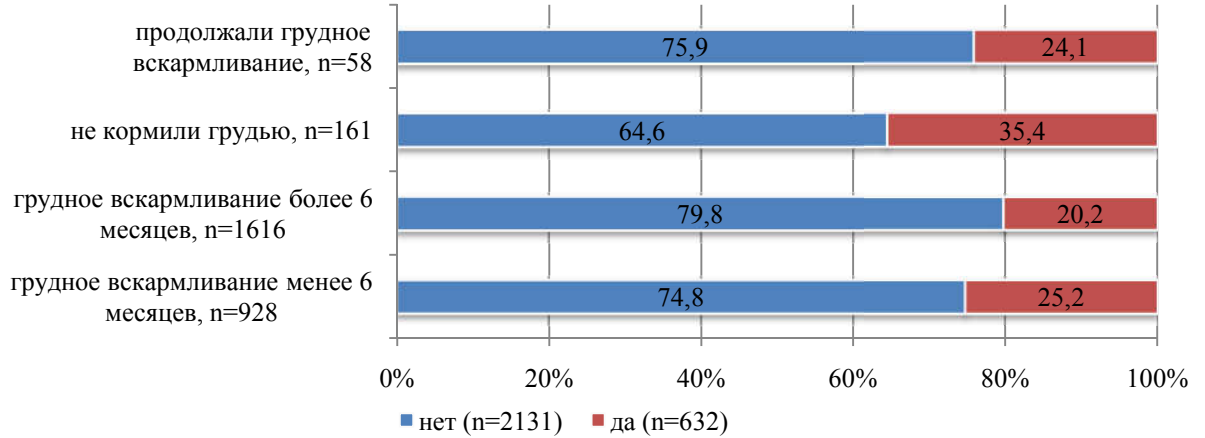


Рисунок 17. Согласие матерей с утверждением «Здоровые дети не нуждаются в вакцинации» и продолжительность грудного вскармливания (в %)

Мнение о том, что «Прививки ослабляют иммунную систему» имел каждый пятый респондент (19,2%), из них чаще матери, не кормившие грудью (29,3%), и кормившие грудью менее 6 месяцев (20,0%). Значимо чаще не соглашались с подобным утверждением матери, кормившие грудью, $\chi^2_{(3)}=13,07$, $p=0,004$ (рисунок 18).

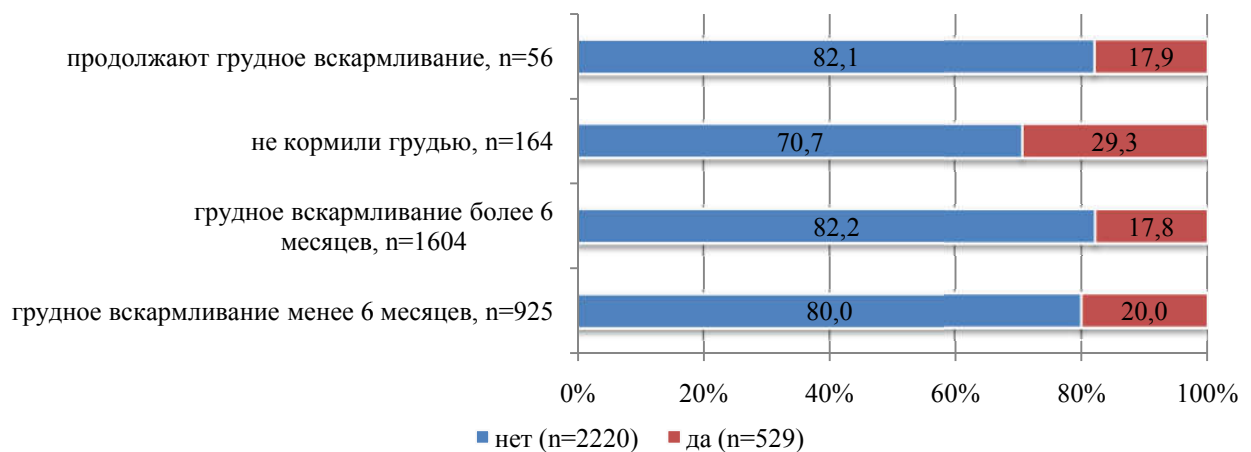


Рисунок 18. Согласие матерей с утверждением «Прививки ослабляют иммунитет» и продолжительность грудного вскармливания (в %)

Суждение о том, что «Дети получают больше прививок, чем это необходимо», разделял каждый седьмой респондент (14,9%): чаще матери, которые не кормили грудью (21,3%) и кормившие до 6 месяцев (16,8%), чем тем, кто кормил грудью более 6 месяцев (13,4%) и продолжал грудное вскармливание (7,4%, $\chi^2_{(3)}=13,04$, $p=0,005$) (рисунок 19).

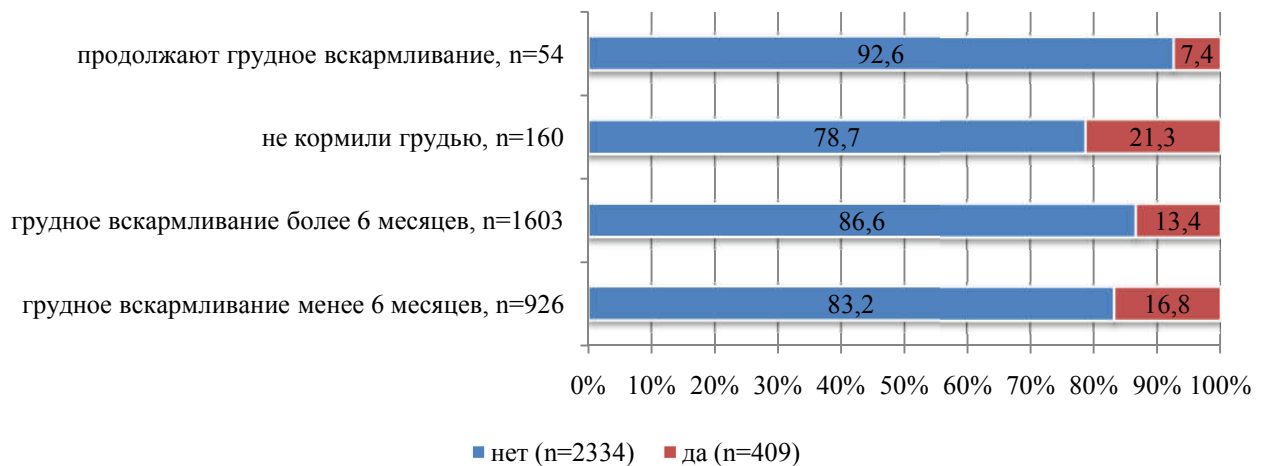


Рисунок 19. Согласие матерей с утверждением «Дети получают больше прививок, чем это необходимо» и продолжительность грудного вскармливания (в %)

Вопросы анкеты не предусматривали получение информации от родителей о нозологической форме патологии у детей. Установлено, что курящие родители несколько чаще сообщали, что их дети болели часто или имели хронические заболевания (14%), в сравнении с детьми из некурящих семей (12,3%), но различия не значимы, $\chi^2_{(6)}=1,76$, $p<0,184$. Родители, отказавшиеся от прививок, достоверно чаще сообщали о наличии хронических заболеваний у их детей (15,8%), чем респонденты, дети которых прививались по календарю (12,4%), $\chi^2_{(6)}=4,98$, $p<0,026$. Из 163 родителей, которые являлись курильщиками, отказывались от вакцинации детей, а их дети с рождения не получали грудное вскармливание или кормились грудью менее 6 месяцев, сообщили о наличии у детей хронических заболеваний в 17,8% случаев. Из 534 родителей, которые не являлись курильщиками, прививали детей по календарю, имели детей с

продолжительностью грудного вскармливания более 6 месяцев, сообщили о наличии у детей хронических заболеваний в 10,3% случаев. Выявлены статистически значимые различия между этими группами, $\chi^2(1)=6,61$, $p=0,011$ (рисунок 20).



Рисунок 20. Доля детей с хроническими заболеваниями и отношения родителей к табакокурению, вакцинации детей и продолжительности грудного вскармливания ребенка (в %)

Таким образом, установлено влияние продолжительности грудного вскармливания на самооценку здоровья детей родителями ($p=0,001$), влияние возраста и образования матерей на его продолжительность ($p<0,001$). Матери, которые кормили грудью более 6 месяцев, чаще имели более позитивное ($p<0,001$) и правильное отношение к вакцинации детей ($p=0,004$), реже отказывались от прививок при наличии хронических заболеваний у детей ($p<0,026$). Доля детей с хроническими заболеваниями больше в семьях с негативным поведением родителей (отказы от вакцинации детей, курение, отсутствие или длительность грудного вскармливания менее 6 месяцев), чем в семьях с позитивным поведением (не курили, не отказывались от вакцинации, грудное вскармливание более 6 месяцев) (17,8% и 10,3% соответственно, $p<0,011$). В то же время потенциал грудного вскармливания в полной мере не реализовали с рождения почти 6% диад «мать и дитя», не находившихся на

грудном вскармливании; частично – треть прекративших грудное вскармливание до 6 месяцев.

4.5 Длительность грудного вскармливания, группы здоровья и адаптация детей к дошкольному образовательному учреждению

Изучение влияния грудного вскармливания на группы здоровья и адаптацию к посещению ДООУ детей, проживающих на Крайнем Севере и в арктической зоне АО, показало следующее.

В северодвинской когорте детей, несмотря на высокий уровень инициации исключительно грудного вскармливания в периоде новорожденности (97%), до 3 месяцев завершили кормление грудью более трети матерей (31%), 15% за период с 4 до 6 месяцев. Более половины детей находились на грудном вскармливании до 12 месяцев (51%), 3% – до 1,5 лет. Среди женщин с нормальными родами продолжительность грудного вскармливания была меньше, чем среди перенесших родостимуляцию ($p=0,053$) (таблица 32).

Таблица 32

Продолжительность грудного вскармливания и медико-социальные характеристики детей и их матерей

Переменные	Продолжительность ГВ, Ме (Q1; Q3)	p-уровень
Родоразрешение: (1) родостимуляция, кесарево сечение (n=35) (2) нормальные роды (n=65)	12 месяцев (4; 12) 7 месяцев (2; 12)	0,060
Родоразрешение*: (1) стимуляция (n=26) (2) кесарево (n=9) (3) нормальные роды (n=65)	12 месяцев (6;12) 12 месяцев (2,5; 12) 7 месяцев (2; 12)	0,146 1-2=0,616 1-3=0,053 2-3=0,516
Наличие других детей в семье: (1) нет (n=51) (2) есть (n=49)	6 месяцев (2; 12) 12 месяцев (4,5; 12)	0,113
Материнское курение: (1) да (n=7) (2) нет (n=93)	5 месяцев (2; 12) 9 месяцев (3; 12)	0,608

Продолжение таблицы 32

Сезон рождения*: (1) зима (n=24) (2) весна (n=33) (3) лето (n=20) (4) осень (n=23)	10,5 месяцев (5; 12) 6 месяцев (2; 12) 5,5 месяцев (2; 12) 10 месяцев (3; 12)	0,399
Группа здоровья детей*: (1) первая (n=35) (2) вторая (n=59) (3) третья (n=6)	12 месяцев (4; 12) 6 месяцев (2; 12) 5,5 месяцев (2,5; 10,5)	0,267
Группа здоровья детей: (1) первая (n=35) (2) вторая и третья (n=65)	12 месяцев (4; 12) 6 месяцев (2; 12)	0,138

Примечание: р – рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни;

* р – рассчитывалось с помощью критерия Крускала-Уоллиса

Матери двух и более детей кормили более продолжительное время, чем первородящие ($p=0,133$). Перед оформлением в ДООУ 35,0% детей имели I группу здоровья, 59,0% – II группу, 6,0% – III группу. Дети с I группой здоровья имели более длительный период грудного вскармливания – в среднем 12 месяцев, чем дети со II и III группами – в среднем 6 месяцев ($p=0,138$).

Доля детей, завершивших грудное вскармливание до 6 месяцев, выше среди родившихся в асфиксии легкой степени (5-7 баллов по шкале Апгар) – 15,2%. Однако достоверных различий продолжительности грудного вскармливания у детей с разной оценкой по шкале Апгар не установлено (рисунок 21).

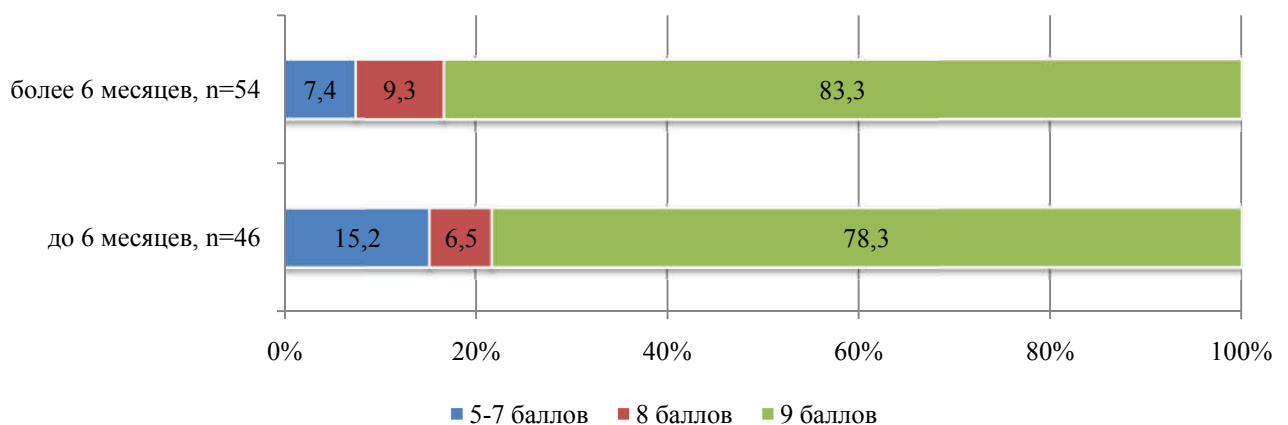


Рисунок 21. Продолжительность грудного вскармливания у детей с разной оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте после рождения (в %, n=100)

Средняя продолжительность грудного вскармливания оказалась меньше среди детей, родившиеся весной и летом, чем осенью и зимой, но без достоверного влияния сезонности ($p=0,399$) (рисунок 22).

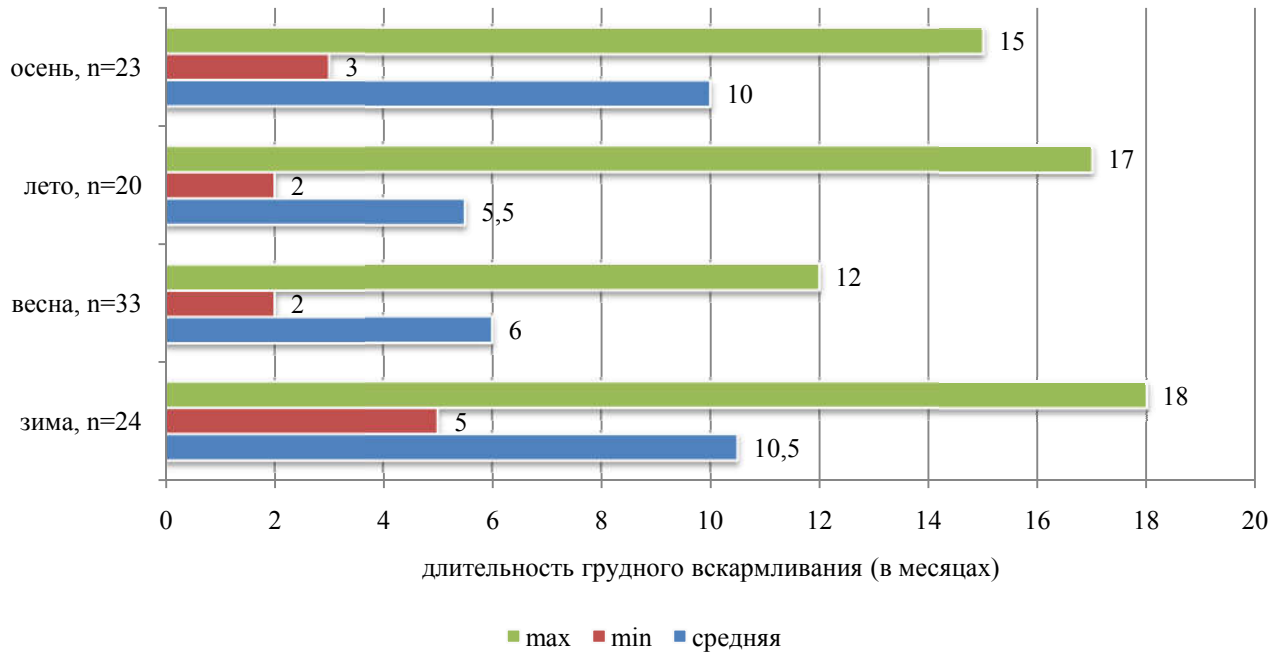


Рисунок 22. Продолжительность грудного вскармливания по сезонам рождения детей (абс.)

Не выявлено значимых различий продолжительности грудного вскармливания у курящих и не курящих матерей ($p=0,608$). До оформления в ДОО не болел респираторными инфекциями каждый пятый ребенок (21%), из них 10 (18,5%) находились на грудном вскармливании более 6 месяцев, 11 (81,5%) детей – менее 6 месяцев.

Болели респираторными инфекциями 79 детей, из них 35 (76,1%) находившихся на грудном вскармливании до 6 месяцев, 44 (81,5%) более 6 месяцев. В течение первого года посещения ДОО зарегистрирован единственный не болевший респираторными инфекциями ребенок (1%), который был на грудном вскармливании 12 месяцев; с продолжительностью грудного вскармливания менее 6 месяцев все болели респираторными инфекциями (рисунок 23).

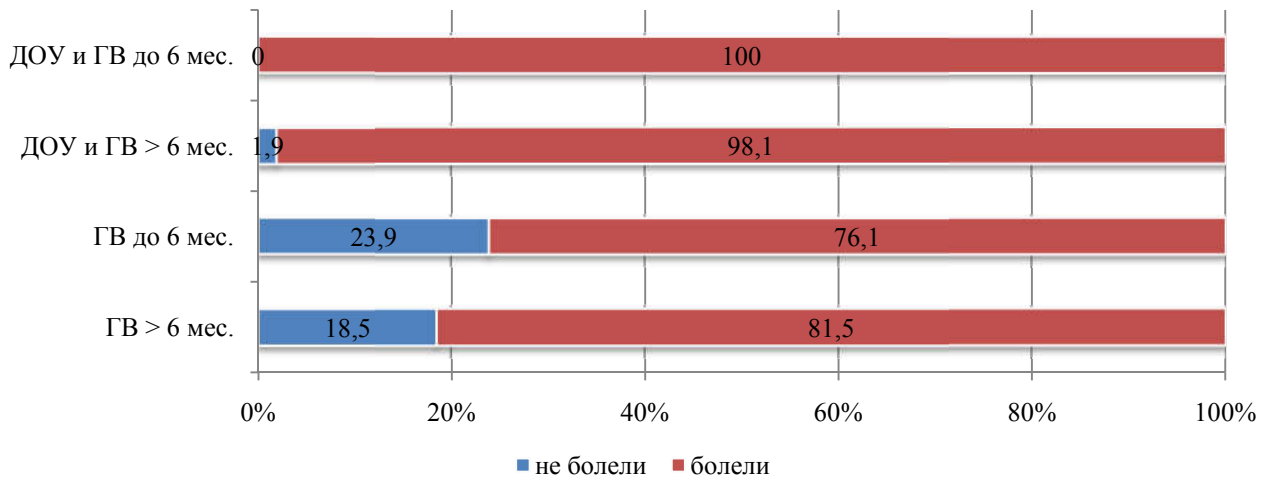


Рисунок 23. Удельный вес детей болевших и не болевших респираторными инфекциями и продолжительность грудного вскармливания (ГВ) до посещения и в 1-й год посещения дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) (в %)

Установлена взаимосвязь между продолжительностью грудного вскармливания и массой тела ребенка при рождении: чем больше масса тела новорожденного ребенка, тем длительнее период грудного вскармливания ($p=0,024$). В то же время взаимосвязь между продолжительностью грудного вскармливания и частотой респираторных инфекций, средней длительностью респираторных инфекций до посещения ребенком ДОУ не установлена (таблица 33).

Таблица 33

Продолжительность грудного вскармливания и показатели здоровья детей до посещения дошкольного образовательного учреждения

	Статистический коэффициент	Масса тела ребенка при рождении	Частота респираторных инфекций до посещения ДОУ	Средняя длительность респираторной инфекции (в днях)
Продолжительность грудного вскармливания (в месяцах)	r_s	0,226	0,129	-0,016
	p	0,024	0,202	0,873

Примечание: p – достоверность отличия результатов, рассчитывалось с помощью корреляционного анализа Спирмена; r - коэффициент корреляции

Характеристика детей до и после оформления в ДОО в группах по продолжительности грудного вскармливания представлена в таблице 34.

Таблица 34

Заболееваемость детей респираторными инфекциями и продолжительность грудного вскармливания (абс., %)

Показатель	Продолжительность более 6 месяцев, n=54		Продолжительность до 6 месяцев, n=46	
	абс.	%	абс.	%
Средний возраст детей до поступления в ДОО (месяцы жизни)	23,4	43,3	24,7	53,7
Не болели до посещения ДОО	10	18,5	11	23,9
Болели до посещения ДОО	44	81,5	35	76,1
Не болели в 1-й год посещения ДОО	1	1,9	0	0
Болели в 1-й год посещения ДОО	53	98,1	46	100
Количество детей, госпитализированных в стационар в 1-й год посещения ДОО	5	9,3	10	21,7

В первый год посещения ДОО дети болели респираторными инфекциями в среднем в два раза чаще, чем до посещения ДОО (рисунок 24).

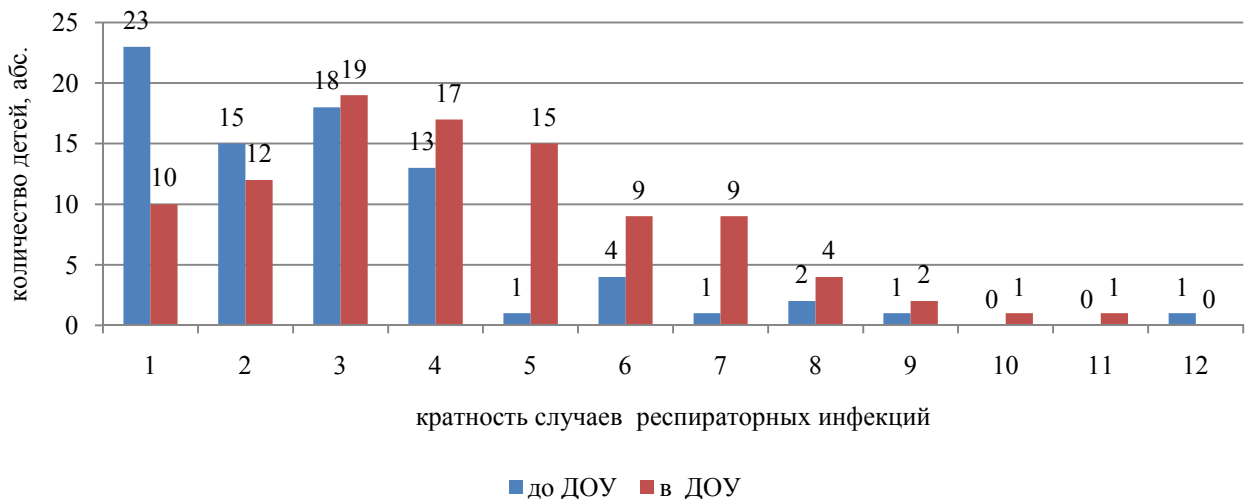


Рисунок 24. Кратность случаев респираторной инфекции до и в первый год посещения ребенком дошкольного образовательного учреждения (ДОО) (в %)

Не установлено взаимосвязи между частотой, средней длительностью респираторных инфекций и длительностью грудного вскармливания (таблица 35), а также группой здоровья детей в первый год посещения ДООУ (таблица 36).

Таблица 35

Продолжительность грудного вскармливания и частота респираторных инфекции детей в первый год посещения детского сада

Показатель	Статистический коэффициент	Частота респираторных инфекций в 1-й год посещения ДООУ	Средняя длительность респираторной инфекции (в днях)
Продолжительность грудного вскармливания (в месяцах)	r_s	-0,073	-0,016
	p	0,471	0,873

Примечание: p – достоверность отличия результатов, рассчитывалось с помощью корреляционного анализа Спирмена; r - коэффициент корреляции

Таблица 36

Группа здоровья детей и частота респираторных инфекции в первый год посещения дошкольного образовательного учреждения

Признак	Me (Q1; Q3)		p-уровень
	I группа	II и III группа	
Количество случаев ОРВИ в 1-й год посещения дошкольного образовательного учреждения	4 случая (2; 6)	4 случая (3; 6)	0,718

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни

В то же время случаи госпитализации в стационар по причине их осложненного течения (внебольничные пневмонии, бронхит, отит, респираторные инфекции, тяжелое течение) зарегистрированы у детей с продолжительностью грудного вскармливания в среднем 4 месяца, при отсутствии случаев

госпитализации детей с продолжительностью грудного вскармливания в среднем 10 месяцев (таблица 37).

Таблица 37

Продолжительность грудного вскармливания и госпитализация в стационар детей в первый год посещения дошкольного образовательного учреждения

Переменные	Продолжительность грудного вскармливания (в месяцах), Me (Q1; Q3)	p-уровень
Госпитализация детей в стационар в 1-й год посещения дошкольного учреждения		
Не госпитализировались (n=85)	10 месяцев (3; 12)	0,117
Госпитализировались (n=15)	4 месяца (2; 12)	

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия Манна-Уитни

Таким образом, результаты исследования подтвердили «дозазависимый» и долгосрочный эффект продолжительности грудного вскармливания на здоровье детей, проживающих на Крайнем Севере АО. Дети с I группой здоровья имели более продолжительный период грудного вскармливания (в среднем 12 месяцев), чем дети со II и III группами здоровья (6 месяцев).

Дети с продолжительностью грудного вскармливания в среднем 10 месяцев не имели в течение первого года посещения ДООУ случаев госпитализации в стационар по причине осложненных форм течения респираторных инфекций по сравнению с детьми, находившимися на грудном вскармливании в среднем 4 месяца. Не установлено влияния продолжительности грудного вскармливания на частоту, среднюю длительность острых респираторных инфекций до оформления и в течение первого года посещения ДООУ, что является предметом для дальнейшего изучения факторов риска, влияющих на здоровье детей, проживающих в экологически неблагоприятных условиях арктической зоны России.

Заключение по главе.

Анализ существующей практики МРЦ выявил нереализованные шаги в поддержку грудного вскармливания здоровых новорожденных (в среднем на 45,1% в акушерском стационаре, на 50,0% в детской поликлинике). Среди детей первого полугодия жизни установлено линейное снижение распространенности грудного вскармливания и показатели исключительно грудного вскармливания ниже оптимально рекомендуемых ВОЗ: при выписке из роддома – 98,7 и 88,3%, в возрасте одного месяца – 87,0 и 82,9%, в 4 месяца – 72,2 и 59,6%, в 6 месяцев – 63,4 и 22,3% соответственно.

Подтверждено влияние психологических и социальных детерминанты на реализацию планов матерей по его продолжительности, при этом семейно-ориентированные технологии имеют низкий уровень реализации, а медицинские работники и матери недостаточно информированы о влиянии грудного вскармливания на детское и женское здоровье. Установлено долгосрочное влияние продолжительности грудного вскармливания более 6 месяцев, здоровьесберегающего поведения родителей (отказ от курения, приверженность вакцинации) на улучшение показателей здоровья детей АО, в том числе проживающих на Крайнем Севере и в арктической зоне.

Таким образом, необходимы изменения в системе организации грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях, амбулаторной педиатрической службе, при подготовке медицинских кадров и при проведении санитарно-просветительной работы с женщинами репродуктивного возраста, беременными и кормящими материями, семьями, имеющими детей для улучшения показателей здоровья детей.

Глава 5. РЕГИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

5.1 Предпосылки организации и внедрение мониторинга грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах

В 2007-2009 годы в АО показатель грудного вскармливания среди детей 6-12 месяцев снизился с 49,1 до 48,1%, от числа детей достигших возраста 1 года (до 47% в 2008 г.). В РФ за этот же период показатели грудного вскармливания среди детей второго полугодия жизни имели тенденцию к росту с 38,7 до 39,9%. В возрастной группе детей 3-6 месяцев жизни отмечалась стагнация регионального показателя (30,8-30,0%) при более низком уровне, чем в РФ (40,3-40%). Удельный вес детей, не находившихся и завершивших грудное вскармливание от 0 до 3 месяцев, в РФ снизился с 21,0 до 20,0%, а в АО увеличился с 20,1 до 21,8%, в 2008 г. – до 23,8%, от числа детей, достигших возраста 1 года. Таким образом, в АО каждый пятый ребенок неоправданно рано лишался оптимального питания до трех месяцев жизни. Каждый третий завершал грудное вскармливание до 6 месяцев, что с учетом подготовки к реализации программы модернизации регионального здравоохранения и предстоящим переходом медицинских организаций на трехуровневый принцип оказания медицинской помощи послужило основанием для внедрения мониторинга показателей грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах. Методология новой для региона организационной формы работы изложена в главе II, форма учета показателей представлена в приложении 10.

В рамках программы модернизации здравоохранения АО в 2011-2012 годы было проведено зонирование территории по трехуровневому принципу организации работы службы родовспоможения и детства, сформированы III группы ГМО: I – родильные отделения/койки без круглосуточной работы

неонатолога (14); II – родильные отделения/койки с круглосуточной работой неонатолога (8, из них 1 родильный дом); III-A – акушерские стационары (2) с койками для реанимации женщин, новорожденных, отделениями патологии новорожденных, в том числе родильное отделение для женщин с экстрагенитальной патологией и патологией плода (стационар №1) и для женщин с преждевременными родами (стационар № 2).

Результаты внедрения мониторинга за период 2010-2012 годы показали следующее.

В акушерских стационарах АО родились 14772 (2010 г.), 14222 (2011 г.), 14797 (2012 г.) новорожденных (темп прироста: +0,17%).

В I группе акушерских стационаров число новорожденных составило – 2253 (15,3% от общего числа детей, родившихся в области), 2011 (14,1%) и 1690 (11,4%) соответственно и сократилось за три года на четверть (ТПП: -25,0%), из них выписаны на грудном вскармливании – 2017 (89,5%), 1851 (92%) и 1690 (100%) новорожденных, соответственно, (ТПП:-16,2%). Общий расход ДМС сократился с 162,8 кг (2010 г.), 132,8 кг (2011 г.) до 79,35 кг (2012 г.), (ТПП:-51,3%), из расчета в среднем на одного новорожденного – с 0,072 до 0,047 кг (ТПП: -34,7%).

К 2012 году в 9 (64,3%) ГМО I группы отмечено сокращение расхода ДМС, в двух (14,3%) – не использовали; в двух (14,3%) – расход увеличился при уменьшении абсолютного числа родившихся за год. Выявлен широкий диапазон расхода ДМС в среднем на 1 ребенка между акушерскими стационарами (от 0,002 кг до 0,165 кг), отсутствие учета в одной ГМО (7,1%). Должности координаторов по грудному вскармливанию не были выделены в штате родильных отделений.

Число новорожденных, родившихся во II группе акушерских стационаров, увеличилось с 8033 (54,4% от общего числа, родившихся в области), 8023 (56,4%) до 8660 (58,5%), соответственно (ТПП:+7,8%), из них выписаны на грудном вскармливании – 7412 (92,3%), 7493 (93,4%), 8223 (94,9%) соответственно, (ТПП:

+10,9%). Общий расход ДМС сократился с 333,0 кг (2010 г.) до 261,3 кг (2012 г., ТПП: -21,5%), из расчета в среднем на 1 новорожденного – с 0,041 до 0,030 кг (ТПП: - 26,8%). К 2012 году в семи (87,5%) акушерских стационарах отмечено сокращение общего расхода ДМС, в одном (12,5%) – увеличение. Диапазон расхода ДМС в среднем на одного новорожденного между акушерскими стационарами составил от 0,092 кг (2010 г.) до 0,007 кг (2012 г.), темпы снижения расхода также были различны. Должности координаторов по грудному вскармливанию укомплектованы в трех (37,5%) из восьми стационаров II группы.

Число новорожденных, родившихся в акушерских стационарах III-A группы, сократилось незначительно – с 4455 (30,2% от общего числа, родившихся в АО) до 4447 (30,1%) (ТПП: - 0,2%). В 2010-2012 годы уменьшилось число новорожденных, выписанных на грудном вскармливании с 4309 (96,7%) до 4159 (93,5%) (ТПП: -3,5%). Общий расход ДМС увеличился с 1162,7 (2010 г.) до 1659,6 кг (2012 г.), (ТПП: +42,7%), из расчета в среднем на 1 новорожденного – с 0,26 до 0,37 кг (ТПП: +42,3%). В стационаре №1, где должность координатора по грудному вскармливанию была укомплектована только до 2011 г., расход ДМС в среднем на 1 ребенка увеличился в 2,8 раза (с 0,198 до 0,557 кг). В стационаре №2 координатор по грудному вскармливанию работал постоянно, при этом расход ДМС в среднем на 1 доношенного сократился на 6,1% (с 0,327 до 0,307 кг), а на питание одного недоношенного увеличился на 123,1% при переходе на новые критерии регистрации рождения.

Для анализа показателей грудного вскармливания модифицировали инструмент для оценки национальных политик в части показателей практики грудного вскармливания и питания детей до года (приложение 2). Аналогично международной оценке показателя «Инициирование грудного вскармливания (в течение 1 часа после рождения)» оценивали значения показателя «Грудное вскармливание при выписке новорожденных из акушерского стационара» (таблица 38).

Таблица 38

Инструмент для оценки практики грудного вскармливания новорожденных
в акушерских стационарах (%)

Показатель	Ключ к рейтингу	Цвет
Грудное вскармливание новорожденных при выписке из акушерского стационара	0,1-29,9%	красный
	30-49,9%	желтый
	50-89,9%	синий
	90-100%	зеленый
Оптимальный показатель по группам акушерских стационаров:		
I группа	100%	зеленый
II группа	95% и выше	зеленый
III-A группа	90% и выше	зеленый

Кроме этого, в целях объективности оптимального старта питания новорожденных (без докорма ДМС) наряду с учетом показателя грудного вскармливания при выписке из акушерских стационаров осуществлялся сбор данных об объемах и ассортименте ДМС, используемых для питания новорожденных, и расчет показателя «расход ДМС в среднем на 1 ребенка».

В результате внедрения мониторинга были установлены исходные показатели грудного вскармливания: в I группе акушерских стационаров – 89,5%, самый низкий уровень (синяя зона); во II группе – 92,3%, средний уровень (зеленая зона); в III-A – 96,7%, высокий уровень (зеленая зона). В динамике за три года в I группе акушерских стационаров при сокращении расхода ДМС на одного новорожденного отмечено увеличение до 91,5% показателя грудного вскармливания. Во II группе – при сокращении расхода ДМС в среднем на одного новорожденного определено увеличение показателя грудного вскармливания до 94,9%. В III-A группе – при увеличении расхода ДМС в среднем на одного

новорожденного регистрировалось сокращение показателя грудного вскармливания до 93,5% (рисунок 25).

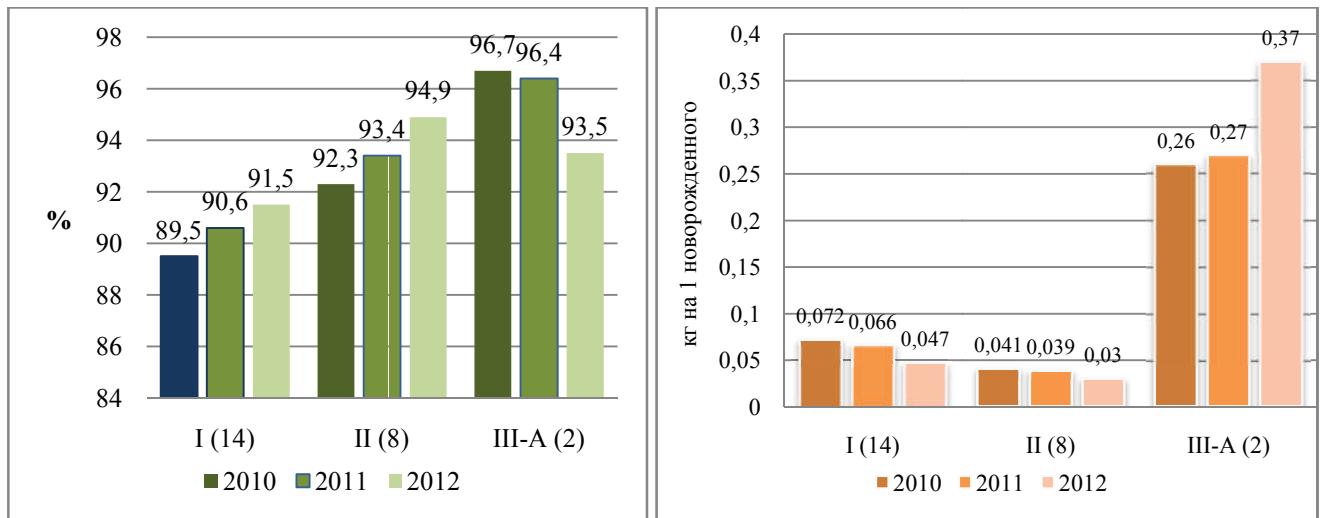


Рисунок 25. Показатели грудного вскармливания при выписке новорожденных (% , слева) и расход детской молочной смеси (ср. знач., кг) на одного новорожденного (справа) по группам акушерских стационаров

В динамике за 2010-2012 годы в двух (8,3%) из 24 акушерских стационаров отказались от использования ДМС, в 15 (62,5%) – снизили расход ДМС, в 5 (22,7%) – увеличили расход ДМС. Проведенный анализ данных показал, что при уменьшении числа новорожденных, родившихся за год в акушерском стационаре, сокращение общего расхода ДМС не свидетельствует об улучшении старта исключительно грудного вскармливания, что подтверждается расчетом расхода ДМС в среднем на одного новорожденного ребенка.

Показатель грудного вскармливания в акушерских стационарах I и II групп с учетом показаний для родоразрешения – ниже оптимального 95%-го уровня, с широким диапазоном расхода ДМС из расчета в среднем на 1 ребенка между акушерскими стационарами. В акушерских стационарах III-A группы – оптимальный, но при значительном расходе ДМС в среднем на 1 ребенка (выше в среднем в 4,9 раз, чем в I группе и в 8,1 раза, чем во II группе).

Установлена закономерность и разнонаправленная динамика показателя грудного вскармливания – увеличение показателя при сокращении расхода ДМС в среднем на 1 новорожденного (в I и II группах) и, наоборот, снижение показателя при увеличении расхода ДМС в среднем на одного новорожденного (в III-A группе). Расход ДМС в среднем на одного ребенка объективно отражает несоблюдение принципа исключительно грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах. Среднегодовой темп прироста показателя в I группе оценили, как низкий (+0,73%), во II группе – выше, чем в I, но также низкий (+0,93%), в III-A – отрицательный (-1,5%), что расценено, как неудовлетворительный показатель (таблица 39).

Таблица 39

Оценка результатов мониторинга показателей грудного вскармливания и расхода детских молочных смесей в акушерских стационарах Архангельской области за 2010-2012 годы (%)

Группа акушерских стационаров	Динамика численности родившихся живыми (+/- %)	Динамика общего расхода ДМС (+/- %)	Динамика расхода ДМС в среднем на 1 ребенка (+/- %)	Средне-годовой темп прироста показателя грудного вскармливания (ТПП, +/- %)	Оценка динамики показателя грудного вскармливания (ГВ) (ТПП+/-)
I	-24,9	-51,3	-34,7	+0,73	+ ГВ ТПП низкий
II	+7,8	-21,5	-27,2	+0,93	+ ГВ ТПП низкий
III-A	-0,2%	+43,7	+42,3	-1,5	- ГВ - ТПП

Таким образом, несмотря на то, что приоритет грудного вскармливания в отношении здоровых доношенных, преждевременно родившихся и больных детей является неоспоримым, принцип исключительно грудного вскармливания, как оптимальный старт питания новорожденных по результатам мониторинга за 2010-2012 годы не соблюдался в большинстве акушерских стационаров, что

свидетельствует о наличии общих проблем организации питания новорожденных. Внедрение мониторинга позволило установить не только исходные показатели грудного вскармливания по группам акушерских стационаров, различия расхода ДМС, но и выявить разнонаправленную динамику при переходе на трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи, что явилось основанием для продолжения мониторинга.

5.1.1 Оценка динамики показателей грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах за 2013-2017 годы

Результаты предыдущего анализа показали целесообразность расчета показателя «расход ДМС в среднем на 1 новорожденного» для объективного контроля соблюдения принципа исключительно грудного вскармливания. В то же время была высказана рабочая гипотеза, что «чем выше показатель нормальных родов, тем меньше должен быть расход ДМС на 1 новорожденного и выше показатель грудного вскармливания».

Результаты мониторинга за 2013-2017 годы показали снижение показателя рождаемости (ТПП: - 16,7%), абсолютного числа родов (ТПП: -19,6%), в том числе нормальных (ТПП: -20,9%), подтверждая ухудшение демографической ситуации и репродуктивного здоровья женщин (таблица 40).

К 2013 году две трети акушерских стационаров составляли I группу, в структуре одного стационара остались только койки патологии беременности. Ухудшение демографической ситуации и репродуктивного здоровья женщин обусловило целесообразность сокращения числа акушерских стационаров I и II групп (ТПП:-12%). В 2013 году основную нагрузку по числу родов выполняли акушерские стационары II группы, к 2017 году ситуация изменилась, что привело к перераспределению родов в III-A группу.

Таблица 40

Динамика показателей рождаемости, общего числа родов, в том числе нормальных родов, в Архангельской области в 2013-2017 годы (абс., %)

Показатель	Годы				
	2013	2014	2015	2016	2017
Показатель рождаемости (на 1000 населения)	12,6	12,5	12,2	11,8	10,5
Число медицинских организаций, оказывающих акушерскую медицинскую помощь в стационарных условиях, абс. (%):	25 (100,0)	25 (100,0)	25 (100,0)	24 (100,0)	22 (100,0)
I группы, абс. (%)	15 (60,0)	15 (60,0)	15 (60)	14 (58,4)	13 (59,1)
II группы, абс.ч. (%):	8 (32,0)	8 (32,0)	8 (32,0)	8 (33,3)	7 (31,8)
III-A группы, абс. (%)	2 (8,0)	2 (8,0)	2 (8,0)	2 (8,3)	2 (9,1)
Количество родов, абс. (%), в т.ч.:	14462 (100,0)	14196 (100,0)	13872 (100,0)	13211 (100,0)	11623 (100,0)
в акушерских стационарах I группы	1653 (11,5)	1496 (10,5)	1190 (8,6)	988 (7,5)	648 (5,6)
в акушерских стационарах II группы	8361 (57,8)	8039 (56,6)	7725 (55,7)	6509 (49,3)	5155 (44,4)
в акушерских стационарах III-A группы	4448 (30,7)	4661 (32,9)	4957 (35,7)	5714 (43,2)	5820 (50,0)
Количество нормальных родов, абс. (%), в т.ч.:	3430 (100,0)	3783 (100,0)	3874 (100,0)	3167 (100,0)	2714 (100,0)
в акушерских стационарах I группы	580 (16,9)	468 (12,4)	374 (9,7)	315 (10,0)	187 (6,9)
в акушерских стационарах II группы	2223 (64,8)	2731 (72,2)	2810 (72,5)	2200 (69,5)	1831 (67,5)
в акушерских стационарах III-A группы	627 (18,3)	584 (15,4)	690 (17,8)	652 (20,5)	696 (25,6)

Доля родившихся живыми в акушерских стационарах I группы сократилась в 2 раза за 5 лет (рисунок 26).

Доля нормальных родов в 2013-2017 годы в целом по АО была стабильной, но ниже, чем по РФ на протяжении всего анализируемого периода, что отражает неблагоприятную акушерскую ситуацию в региональном родовспоможении (рисунок 27).



Рисунок 26. Распределение родившихся живыми новорожденных в Архангельской области по группам акушерских стационаров в 2013-2017гг. (в %)

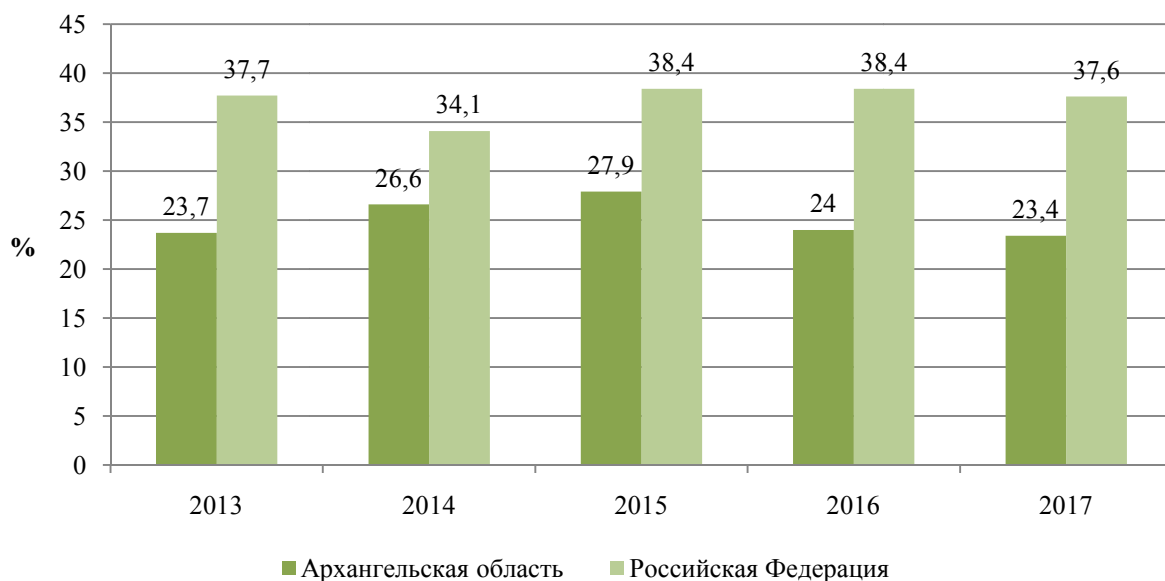


Рисунок 27. Доля нормальных родов в общей структуре родов в Архангельской области и Российской Федерации в 2013-2017 годы (в %)

В акушерских стационарах I группы доля нормальных родов была ниже, чем в среднем по АО, показатель нормальных родов снизился (ТПП: -17,7%),

значения показателя между ГМО I группы варьировали в широком диапазоне: от 11,2% (2013 г.) до 80,0% (2017 г.) (таблица 41).

Таблица 41

Показатель нормальных родов в родильных отделениях центральных районных больниц I группы акушерских стационаров Архангельской области в 2013-2017 годы (%)

Наименование центральной районной больницы	Показатель нормальных родов, % (95% ДИ)		
	2013 год	2015 год	2017 год
Верхнетоемская	26,7 (17,8 – 37,4)	29,0 (18,7 – 41,2)	14,3 (5,9 – 27,2)
Ильинская	0	0	33,3 (0,8 – 90,6)
Виноградовская	33,0 (24,4 – 42,6)	27,0 (13,8 – 44,1)	29,4 (10,3 – 56,0)
Каргопольская	30,7 (23,5 – 38,7)	38,2 (27,2 – 50,0)	40,0 (25,7 – 55,7)
Коношская	34,0 (28,0 – 40,5)	42,7 (35,2 – 50,5)	31,0 (19,5 – 44,5)
Красноборская	32,6 (19,1 – 48,5)	90,0 (73,5 – 97,9)	70,0 (34,8 – 93,3)
Яренская	17,4 (5,1 – 32,9)	27,8 (9,7 – 53,5)	50,0 (23,0 – 77,0)
Лешуконская	36,4 (22,4 – 52,2)	22,7 (7,8 – 45,4)	80,0 (56,3 – 94,3)
Мезенская	60,3 (46,6 – 73,0)	72,0 (57,5 – 83,8)	50,0 (6,8 – 93,2)
Онежская	26,0 (21,0 – 31,5)	14,2 (9,8 – 19,7)	24,3 (17,8 – 32,0)
Карпогорская	70,2 (60,4 – 70,8)	64,3 (48,0 – 78,4)	0
Плесецкая	36,4 (31,1 – 41,9)	27,4 (22,4 – 32,9)	31,3 (23,9 – 39,5)
Устьянская	11,2 (6,9 – 17,0)	17,5 (11,9 – 24,5)	15,4 (9,7 – 22,8)
Шенкурская	20,0 (8,4 – 36,9)	20,0 (4,3 – 48,1)	75,0 (19,4 – 99,4)
Всего	35,1 (32,8 – 37,4)	31,4 (28,8 – 34,2)	28,9 (25,4 – 32,5)

В 2013 году число родившихся в акушерских стационарах I группы составило 1653 новорожденных и сократилось за 5 лет в 2,55 раза до 648, число выписанных на грудном вскармливании – в 2,6 раза (с 1565 до 609). Общий расход ДМС уменьшился с 78,7 до 40,9 кг (ТПП:-48,0%). Расход ДМС на 1

ребенка варьировал в 2013 г. с 0,013 до 0,157 кг, в 2017 г. с 0,014 до 0,375 кг, за 5 лет увеличился в среднем с 0,047 до 0,062 кг (ТПП: +31,9%). В шести (42,9%) акушерских стационарах отмечен рост показателя грудного вскармливания, в четырех стационарах до 100,0% и отказ от использования ДМС, в 8 (57,1%) снижение показателя. В среднем показатель грудного вскармливания в акушерских стационарах I группы снизился с 93,8 до 92,3% на фоне снижения показателя нормальных родов с 35,1 до 28,9%.

Таким образом, сохранилась закономерность, выявленная в 2010-2012 годы: при увеличении расхода ДМС в среднем на 1 новорожденного, и при сокращении доли нормальных родов, показатель грудного вскармливания в I группе снизился, но остался на оптимальном уровне (таблица 42).

Таблица 42

Охват грудным вскармливанием новорожденных и средний расход детских молочных смесей в родильных отделениях центральных районных больниц (I группа акушерских стационаров) Архангельской области в 2013, 2015, 2017 годы (абс., %)

Наименование центральной районной больницы	Показатели охвата грудным вскармливанием, % (95% ДИ) средний расход ДМС, кг / новорожденного		
	2013 год	2015 год	2017 год
Верхнетоемская	98,8 (93,7 – 100,0) 0,033	100,0 (94,8 – 100,0) 0,025	95,9 (86,0 – 99,5) 0,034
Ильинская	100,0 (29,2 – 100,0) 0	0 0	100,0 (29,2 – 100,0) 0
Виноградовская	90,2 (83,1 – 95,0) 0,063	91,9 (78,1 – 98,3) 0,051	88,2 (63,6 – 96,5) 0,062
Каргопольская	96,1 (91,7 – 98,5) 0,013	96,1 (88,9 – 99,2) 0,005	95,6 (84,9 – 99,5) 0,060
Коношская	93,6 (89,7 – 96,4) 0,014	92,4 (87,4 – 95,9) 0,019	96,6 (88,1 – 99,6) 0,014
Красноборская	97,7 (87,7 – 99,9) 0,023	100,0 (88,4 – 100,0) 0,107	100,0 (69,2 – 100,0) 0
Яренская	91,3 (72,0 – 98,9) 0,039	100,0 (81,5 – 100,0) 0	100,0 (76,8 – 100,0) 0
Лешуконская	93,2 (81,3 – 98,6) 0,024	100,0 (84,6 – 100,0) 0	100,0 (83,2 – 100,0) 0

Продолжение таблицы 42

Мезенская	100,0 (93,8 – 100,0) н/д	96,0 (86,3 – 99,5) н/д	75,0 (19,4 – 99,4) н/д
Онежская	87,0 (82,6 – 90,7) 0,070	76,3 (70,0 – 81,9) 0,085	79,6 (72,3 – 85,7) 0,112
Карпогорская	95,2 (89,1 – 98,4) 0,015	88,1 (74,4 – 96,1) 0,017	71,4 (29,0 – 96,3) н/д
Плесецкая	84,3 (79,9 – 88,1) 0,033	96,0 (93,1 – 97,9) 0,038	96,6 (92,2 – 98,9) 0,024
Устьянская	98,8 (95,8 – 99,9) 0,136	98,7 (95,4 – 99,8) 0,091	97,7 (93,4 – 99,5) 0,097
Шенкурская	85,7 (69,7 – 95,2) 0,157	40,0 (16,3 – 67,7) 0,167	75,0 (19,4 – 99,4) 0,375
Всего	93,8 (92,5 – 94,9) 0,047	91,7 (90,0 – 93,2) 0,048	92,3 (90,0 – 94,2) 0,062

Разнонаправленная динамика показателя грудного вскармливания в акушерских стационарах I группы при сокращении показателя нормальных родов свидетельствует об общих организационных проблемах в системе родовспоможения. Более трети акушерских стационаров выполняли функции МРЦ и составляли II группу акушерских стационаров. Показатель нормальных родов в них превышал среднеобластной уровень с ростом показателя с 26,6 до 35,4%, при снижении в целом по АО (ТПП: - 1,27%) (рисунок 28).

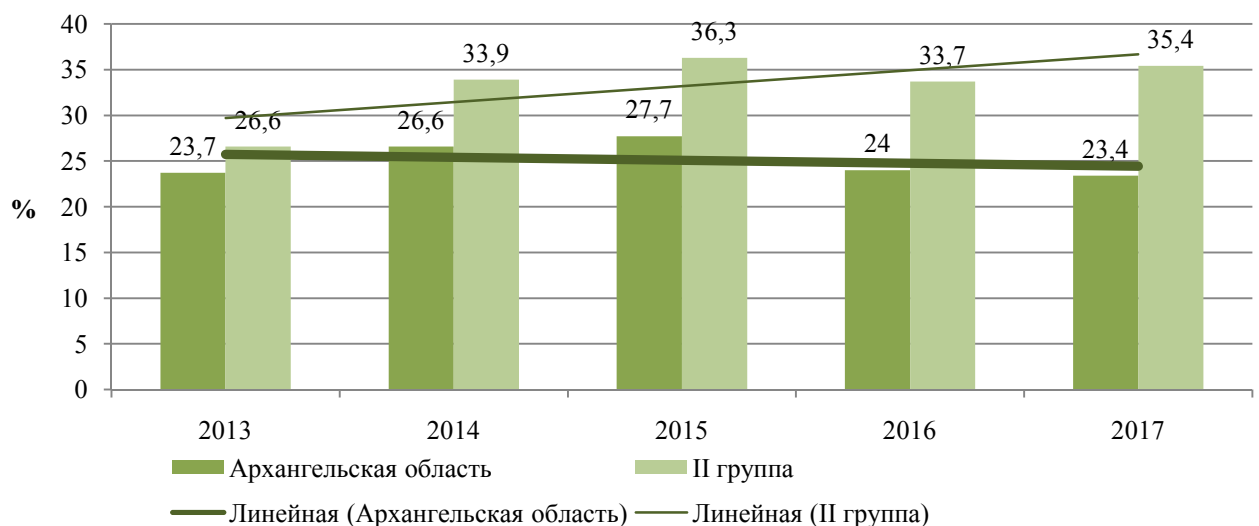


Рисунок 28. Показатели нормальных родов в Архангельской области и в межрайонных центрах родовспоможения (II группа) в 2013-2017 годы (в %)

За 5 лет абсолютное число родов уменьшилось (ТПП: -38,4%), преимущественно за счет перераспределения потока пациенток между ГМО. Между МРЦ II группы значения показателя нормальных родов также как и в I группе варьировали в широком диапазоне: от 12,3 до 47,0% (2013 г.), от 15,8 до 55,9% (2017 г.) (таблица 43).

Таблица 43

Показатель нормальных родов в межрайонных центрах родовспоможения (II группа стационаров) Архангельской области в 2013-2017 годы (в %)

Межрайонные центры родовспоможения	Показатель нормальных родов, % (95% ДИ)		
	2013 год	2015 год	2017 год
Вельская центральная районная больница	15,5 (12,8 – 18,5)	19,7 (16,7 – 23,1)	22,9 (19,4 – 26,8)
Коряжемская городская больница	30,4 (27,1 – 33,8)	18,5 (15,5 – 21,7)	15,8 (12,8 – 19,2)
Мирнинская центральная городская больница	47,0 (41,9 – 52,1)	64,9 (59,2 – 70,3)	55,9 (50,1 – 61,5)
Няндомская центральная районная больница	46,7 (40,9 – 52,5)	47,4 (41,5 – 53,3)	53,4 (46,8 – 59,9)
Котласская центральная городская больница	26,4 (24,2 – 28,8)	39,1 (36,6 – 41,6)	32,0 (29,4 – 34,7)
Новодвинская центральная городская больница	37,3 (33,1 – 41,6)	33,7 (29,1 – 38,5)	32,6 (28,0 – 37,4)
Северодвинский родильный дом»	31,3 (29,5 – 33,2)	44,8 (42,8 – 46,8)	41,2 (39,0 – 43,4)
Архангельская городская клиническая больница № 7	12,3 (10,9 – 13,9)	26,8 (24,6 – 29,1)	-
Всего	26,6 (25,6 – 27,5)	36,3 (35,2 – 37,3)	35,4 (34,1 – 36,7)

В 2013 г. число родившихся составило 8431 ребенок и сократилось за 5 лет до 5204 (ТПП:-38,3%), число выписанных на грудном вскармливании, соответственно, 6543 и 4664 (ТПП:-28,7%). Общий расход ДМС уменьшился с 236,7 до 233,0 кг (ТПП: -1,6%). Расход на 1 новорожденного варьировал в 2013 г. с 0,007 до 0,046 кг, в 2017 г. с 0,011 до 0,056 кг, увеличился в среднем с 0,028 до 0,045 кг (ТПП: +60,7%). Благотворительные поставки ДМС использовали 4 стационара. В четырех (57,1%) стационарах отмечен рост показателя, в трех

(42,9%) – снижение. В среднем показатель грудного вскармливания снизился с 94,9 до 89,6%, несмотря на увеличение нормальных родов с 26,6 до 35,4% (таблица 44).

Таблица 44

Охват грудным вскармливанием новорожденных, средний расход детских молочных смесей в межрайонных центрах родовспоможения (II группа акушерских стационаров) Архангельской области за 2013-2017 годы (% , абс.)

Межрайонный центр родовспоможения	Показатели охвата грудным вскармливанием (% (95% ДИ)), среднего расхода детских молочных смесей (кг / новорожденного)		
	2013 год	2015 год	2017 год
Вельская центральная районная больница	93,6 (91,5 – 95,4) 0,029	95,5 (93,6 – 97,0) 0,025	95,7 (93,6 – 97,3) 0,050
Коряжемская городская больница	87,1 (84,5 – 89,4) 0,032	86,8 (83,9 – 89,3) 0,025	89,8 (86,9 – 92,3) 0,011
Мирнинская центральная городская больница	75,1 (70,5 – 79,4) 0,046	79,1 (74,0 – 83,5) 0,066	93,7 (90,3 – 96,2) 0,028
Няндомская центральная районная больница	97,0 (94,3 – 98,6) 0,040	99,3 (97,5 – 99,9) 0,035	95,8 (92,4 – 98,0) 0,030
Котласская центральная городская больница	98,8 (98,2 – 99,3) 0,030	98,4 (97,6 – 99,0) 0,076	84,3 (82,1 – 86,2) 0,056
Новодвинская центральная городская больница	88,7 (85,6 – 91,2) 0,073	94,7 (92,0 – 96,6) 0,020	94,7 (92,0 – 96,7) 0,015
Северодвинский родильный дом	98,0 (97,4 – 98,5) 0,028	91,8 (89,7 – 92,8) 0,030	89,5 (87,5 – 90,3) 0,055
Архангельская городская клиническая больница № 7	96,6 (95,7– 97,4) 0,007	98,3 (97,5 – 98,8) 0,008	- -
Всего	94,9 (94,4 – 95,3) 0,028	94,2 (93,6 – 94,7) 0,035	89,6 (88,8 – 90,4) 0,045

Таким образом, при увеличении расхода ДМС в среднем на 1 новорожденного, показатель грудного вскармливания в акушерских стационарах II группы снизился. Разнонаправленная динамика при увеличении показателя нормальных родов подтверждает наличие проблем в

службе родовспоможения: 2/3 родов на протяжении 5 лет – патологические (73,4-64,6%).

В акушерских стационарах III-A группы общее число новорожденных за 2013-2017 годы увеличилось (ТПП: +31,0%), в том числе доношенных (ТПП: +33%), недоношенных (ТПП: +20,5%), и путем кесарева сечения (ТПП: +32,6%). Показатель нормальных родов снизился с 14,1 до 12,0%. При увеличении средней длительности пребывания на койке с 7,1 до 8,0 дней, отмечено снижение общего расхода ДМС (ТПП: -11,2%) (таблица 45).

Таблица 45

Показатели работы акушерских стационаров III-A группы Архангельской области в 2013-2017 годы (абс., %)

Показатели	Годы					Темп роста, 2017 г. к 2013 г. в %
	2013	2014	2015	2016	2017	
Число новорожденных, родившихся живыми, абс. (%), в т.ч.:	4508 (100,0)	4724 (100,0)	5026 (100,0)	5795 (100,0)	5904 (100,0)	130,97
доношенными, абс. (%)	4060 (90,0)	4279 (90,6)	4535 (90,2)	5265 (90,9)	5400 (91,5%)	133,0
недоношенными, абс. (%)	448 (10,0)	445 (9,4)	491 (9,8)	530 (9,1)	540 (8,5)	120,5
путем кесарева сечения, абс. (%)	1187 (26,3)	1246 (26,4)	1286 (25,6)	1719 (29,7)	1574 (26,7)	132,6
Количество нормальных родов, абс.	627	584	690	652	696	111,0
Показатель нормальных родов, %	14,1	12,5	13,9	11,4	12,0	85,1
Средняя длительность пребывания	7,1	10,5	9,3	9,25	8,0	112,7
Общий расход ДМС, кг	1785,9	1731,8	1130,0	1424,6	1585,6	88,8
Количество новорожденных, выписанных на грудном вскармливании, абс.	4393	4501	4815	5603	5668	129,0

Благотворительные поставки ДМС использовались в обоих акушерских стационарах, расход ДМС из расчета в среднем на 1 новорожденного имел волнообразную динамику, и снизился с 0,31 до 0,27 кг (ТПП: -12,9%). Отмечена нестабильность показателя грудного вскармливания, снижение в пределах оптимального уровня зеленой зоны с 97,4 до 96,0% (рисунок 29).

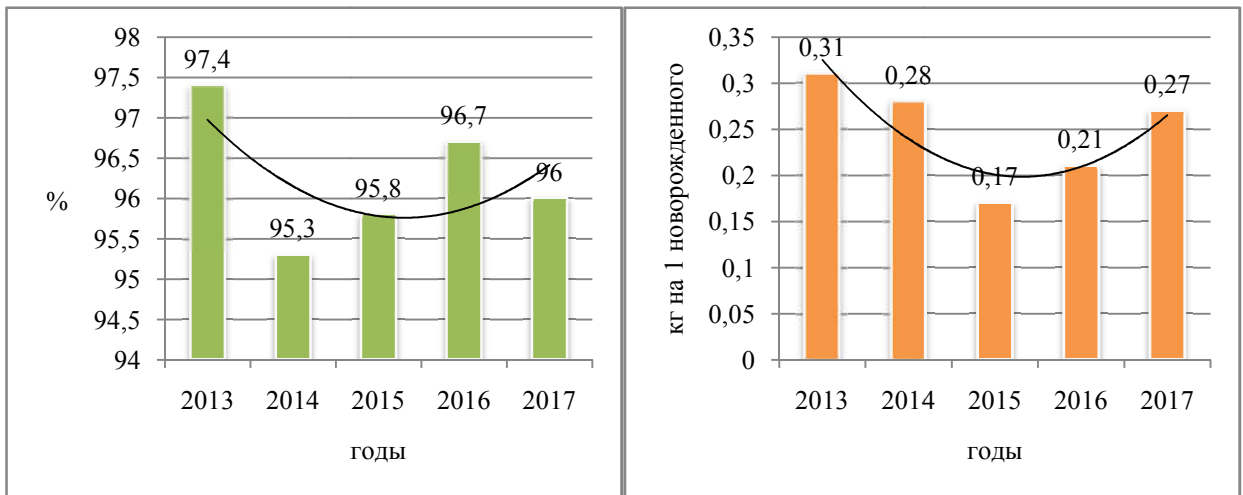


Рисунок 29. Показатели грудного вскармливания при выписке новорожденных (слева, в %) и расход детской молочной смеси (ср.знач.кг) из расчета на 1 ребенка (справа) в акушерских стационарах III-A группы

Таким образом, за пятилетний период в акушерских стационарах III-A группы показатель грудного вскармливания снизился при сокращении расхода ДМС в среднем на 1 ребенка на фоне снижения показателя нормальных родов, высокой доле кесаревых сечений и преждевременно родившихся детей, что нуждается в дальнейшем анализе причин использования ДМС.

Резюмируя в целом ситуацию по трем группам акушерских стационаров за 2013-2017 гг. констатируем, что в целом отмечена положительная динамика роста показателя грудного вскармливания в 43,5% (10) стационарах, отказ от использования ДМС в 17,4% (4), сокращение расхода ДМС из расчета в среднем на 1 новорожденного в 47,8% (11).

Нормальные роды предполагают соблюдение основных мер базового неонатального ухода – первое прикладывание ребенка к груди в родильном зале (IA), консультирование и помощь матерям в родильном зале по вопросам грудного вскармливания, а значит и лучшие показатели грудного вскармливания. Однако проведенный анализ показал, что увеличение показателя нормальных родов не во всех акушерских стационарах сопровождалось ростом показателя грудного вскармливания и не приводило к сокращению расхода ДМС. Максимальный расход ДМС из расчета в среднем на 1 новорожденного сохранялся, как и в 2010-2012 годы, в акушерских стационарах III-A группы при самом низком показателе нормальных родов, наличии благотворительных поставок ДМС. Показатель нормальных родов в I группе был выше, чем во II, но подушевой расход ДМС превышал аналогичный показатель II группы (рисунок 30).

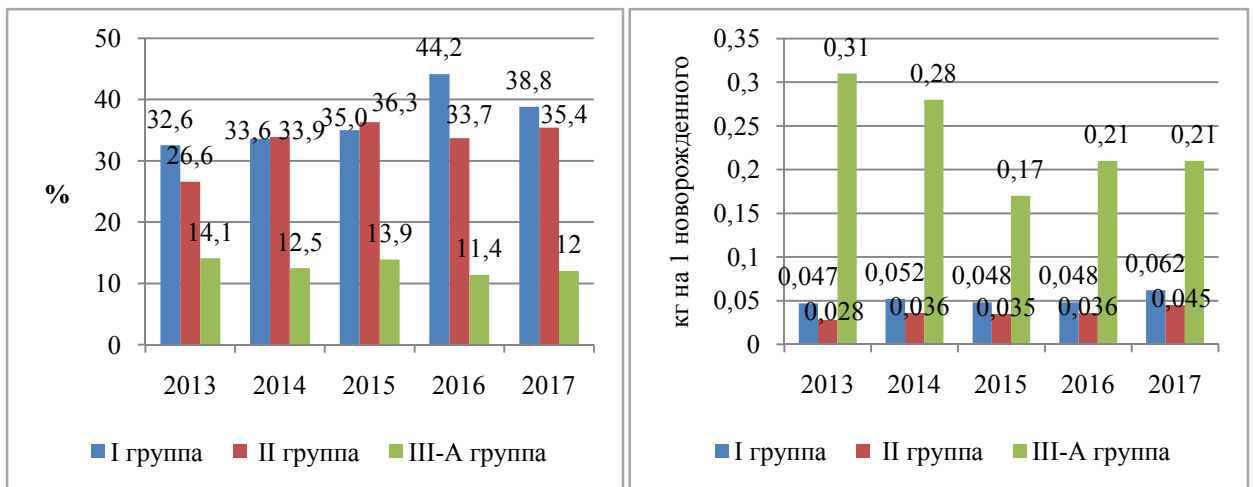


Рисунок 30. Показатель нормальных родов (слева, в %) и расход детской молочной смеси (ср.знач.кг) из расчета на 1 ребенка (справа) в акушерских стационарах I, II и III-A групп в 2013-2017 годы

Различия динамики показателей грудного вскармливания и среднедушевого расхода ДМС между акушерскими стационарами внутри каждой группы и между тремя группами подтверждают наличие трудностей для соблюдения исключительно грудного вскармливания при низких

показателях нормальных родов. В то же время наличие благотворительных поставок ДМС не стимулирует акушерские стационары к соблюдению мер в поддержку оптимального питания, что показало целесообразность расчета недополученной выгоды в целях повышения мотивации специалистов к использованию экономически эффективных технологий в поддержку исключительно грудного вскармливания.

5.1.2 Расчет экономической выгоды от грудного вскармливания

Учет расхода ДМС – обязательное условие не только с точки зрения контроля расхода финансовых средств на их закупку, но с позиции организации исключительно грудного вскармливания. Расчет экономической выгоды за счет оптимизации политики в его поддержку для достижения оптимальных показателей показал следующее. В 2017 г. экономическая выгода в I группе акушерских стационаров для родоразрешения женщин с физиологическим течением беременности и нормальными родами при условии достижения 100% охвата исключительно грудным вскармливанием и полном отказе от закупки ДМС могла составить 65746,75 руб.:

общий расход ДМС – 40,9 кг; стоимость 1 упаковки гипоаллергенной ДМС весом 0,4 кг – 643,00 руб. (средняя, от трех производителей $(661+627+642)/3= 643,00$ руб.); общая стоимость ДМС: $(40,9*643,00$ руб.)/0,4= 65746,75 руб.

Расход ДМС в I группе отражает неоптимальный старт питания новорожденных, свидетельствует о несоблюдении мер в поддержку исключительно грудного вскармливания, нуждается в дополнительном анализе. Среди возможных причин: наличие противопоказаний для грудного вскармливания при неправильном выборе места родоразрешения, отказ матери от новорожденного, от грудного вскармливания при неэффективной пренатальной подготовке. Истинная агалактия (первичная гипогалактия)

должны быть подтверждены документально, вынесены в клинический диагноз в истории родов и в истории развития новорожденного.

Экономическая выгода в акушерских стационарах II группы для женщин с физиологическим течением беременности, средним перинатальным риском при условном достижении целевого уровня не менее 95,0% охвата исключительно грудным вскармливанием и сокращении закупок ДМС могла составить 355 820,125 руб.:

общий расход ДМС – 233 кг (100,0%); стоимость 1 упаковки гипоаллергенной ДМС весом 0,4 кг – 643,00 руб.; общая стоимость ДМС: $(233 * 643,00 \text{ руб.}) / 0,4 = 374\ 547,5$ руб. в год;

потребность в ДМС для 5,0% новорожденных составит – общий объем ДМС = $(233 * 5) / 100 = 11,65$ кг; при закупке ДМС общая стоимость составит: $(11,65 * 643,00 \text{ руб.}) / 0,4 = 18\ 727,375$ руб.;

экономия средств = $374\ 547,5$ (на 100,0%) – $18\ 727,375$ (на 5,0%) = 355 820,125 руб. (при уровне исключительно грудного вскармливания равным 95,0%).

Расход ДМС в акушерских стационарах II группы возможен с учетом среднего перинатального риска для родоразрешения беременных женщин. Обоснование назначения ДМС и индивидуальный расчет докорма должны быть отражены в истории развития новорожденного. Допустимый среднедушевой показатель из расчета в среднем на 1 новорожденного составил 0,002кг, исходя из общей численности новорожденных: всего родилось живыми 5155 человек (2017 г.), на питание 5% новорожденных потребуется 11,65 кг ДМС, соответственно, на питание на 1 новорожденного в среднем $(11,65 : 5155) = 0,002$ кг.

Экономическая выгода в акушерских стационарах III-A группы для женщин с высоким перинатальным риском при условном достижении не

менее 90% охвата исключительно грудным вскармливанием и использовании не более 10% ДМС могла бы составить 2 293 966,8 руб.:

общий объем расхода ДМС – 1585,6 кг (100,0%); стоимость 1 упаковки гипоаллергенной ДМС весом 0,4 кг – 643,00руб.; общая стоимость ДМС: $(1585,6 \cdot 643,00 \text{ руб.}) / 0,4 = 2\,548\,852,00 \text{ руб.}$ в год;

потребность в ДМС для 10,0% новорожденных составит – общий объем ДМС $(1585,6 \cdot 10) / 100 = 158,56 \text{ кг}$, при закупке общая стоимость ДМС составит: $(158,56 \cdot 643,00 \text{ руб.}) / 0,4 = 254\,885,20 \text{ руб.}$;

экономия средств = $(2\,548\,852,00 - 254\,885,20) = 2\,293\,966,80 \text{ руб.}$ (при уровне исключительно грудного вскармливания равным 90,0%).

Расход ДМС в акушерских стационарах III-A группы также возможен с учетом высокого перинатального риска беременных, концентрации преждевременно родившихся и больных новорожденных, в допустимых пределах 0,027 кг из расчета в среднем на 1 новорожденного. Обоснование назначения ДМС и индивидуальный расчет докорма ДМС должны быть отражены в истории развития новорожденного. Рассчитан среднедушевой показатель, исходя из общей численности новорожденных: всего родилось живыми 5904 ребенка (2017 г.), на питание 10,0% новорожденных потребуется 158,56 кг ДМС, на 1 новорожденного, соответственно $(158,56 : 5904) = 0,027 \text{ кг}$.

Суммарная экономия финансовых средств в трех группах акушерских стационаров (I, II, III-A) = 65746,75 (I) + 355820,125 (II) + 2293966,80 (III-A) = 2 715 533,675 рублей.

Таким образом, внедрение мониторинга грудного вскармливания во всех группах акушерских стационаров позволило установить допустимый расход ДМС из расчета в среднем на 1 новорожденного и размер недополученной выгоды для региональной системы здравоохранения. Оптимальные значения среднедушевого расхода ДМС на 1 новорожденного в

I группе – 0,00 кг; во II – 0,002 кг; в III-A – 0,027 кг. Отказ от ДМС в I группе, сокращение закупок не более чем для 5,0% новорожденных во II группе и 10,0% в III-A может обеспечить ежегодно экономическую выгоду более 2,7 млн. рублей (по данным 2017 г.). Достижение акушерскими стационарами в целом оптимальных уровней грудного вскармливания (92,8-92,6%) все-таки не в полной мере может рассматриваться как оптимальный старт питания новорожденных, учитывая использование ДМС (таблица 46).

Таблица 46

Показатели мониторинга грудного вскармливания по группам акушерских стационаров Архангельской области (абс., %)

Группа и количество акушерских стационаров	Годы			Темп прироста показателя 2017 г. к 2010 г., %
	2010	2012	2017	
Общий расход детской молочной смеси на питание новорожденных (кг)				
I (14)	162,8	79,35	40,92	-74,86
II (8)	333	261,3	233	-30,03
III (2)	1162,7	1659,6	1585,6	36,37
Всего	1658,5	2000,25	1859,52	12,12
Расход детской молочной смеси из расчета в среднем на 1 ребенка (кг)				
I (14)	0,072	0,047	0,062	-13,89
II (8)	0,041	0,03	0,045	9,76
III-A (2)	0,26	0,37	0,27	3,85
Среднее значение	0,12	0,15	0,13	1,07
Показатели грудного вскармливания при выписке новорожденных (% от числа, родившихся живыми)				
I (14)	89,5	91,5	92,3	+2,8
II (8)	92,3	94,9	89,6	-2,7
III (2)	96,7	92,1	96,0	-0,7
Среднее значение	92,8	92,8	92,6	-0,2

Медицинским работникам акушерских стационаров целесообразно усилить работу в поддержку исключительно грудного вскармливания, стремиться к сокращению или полному отказу от ДМС в зависимости от уровня акушерских стационаров и показаний для родоразрешения. Администрации учреждений родовспоможения должны поддерживать инициативы и стремиться к соблюдению Международного кодекса и к отказу от использования бесплатных поставок ДМС.

5.2 Сравнение показателей грудного вскармливания детей до года в городской и сельской местности Архангельской области

За 2007-2017 годы численность детей до года увеличилась на 1,4% с 12058 детей до 12232 ребенка. В 2017 году проживали в городах 70,7% (8651) детей первого года жизни, в сельских районах – 29,3% (3581). В городских округах за 11 лет численность детей первого года жизни увеличилась на 10,0% (+861), в сельских районах – сократилась на 14,1% (-590). За этот период показатель в 6-12 месяцев увеличился с 49,1% до 55,4% (р для тренда <0,001) за счет сокращения завершивших грудное вскармливание в 3-6 месяцев с 30,8 до 29,8% (р для тренда =0,046) и от 0 до 3 месяцев с 20,1 до 14,8% (р для тренда <0,001) (рисунок 31).

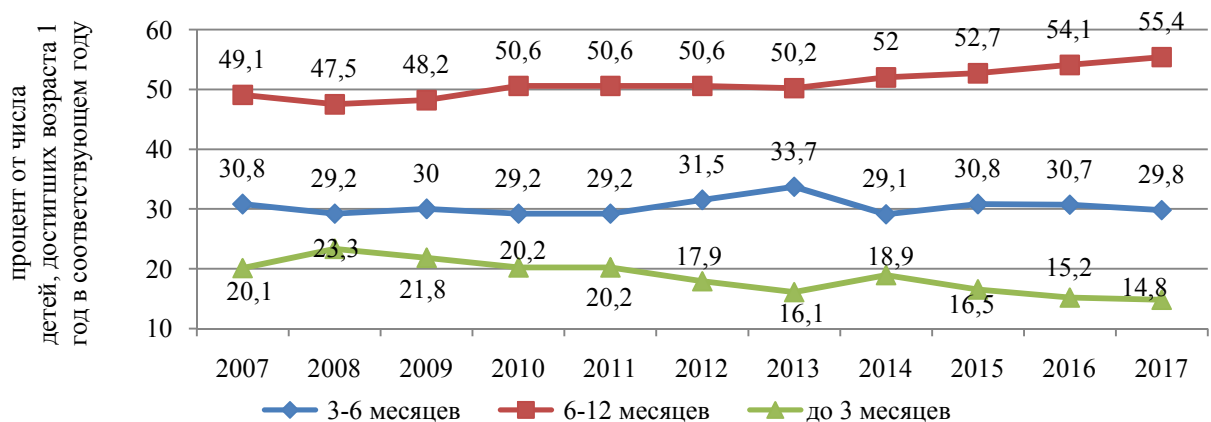


Рисунок 31. Показатели грудного вскармливания детей до года в Архангельской области в 2007-2017 годы (в %)

Сравнительный анализ показателей между городскими и сельскими округами показал следующее. В 2007-2017 годы в сельских территориях в возрасте 3-6 месяцев доля детей на грудном вскармливании была стабильно выше ($p < 0,001$), чем в городских округах (таблица 47).

Таблица 47

Показатели грудного вскармливания детей до года в сельских и городских округах Архангельской области в 2007-2017 годы
(абс., % от числа детей достигших 1 года в соответствующем году)

Показатели	Численность детей, (абс.-%)		р-уровень
	город	село	
	2007 год (n=12058)		
Всего детей, достигших возраста 1 год,	7887-65,41	4171-34,59	
из них на грудном вскармливании:			
в возрасте 3-6 месяцев	1965-24,9	1745-41,84	<0,001
в возрасте 6-12 месяцев	4328-54,88	1595-38,24	<0,001
в возрасте 0-3 месяцев	1594-20,22	831-19,92	0,331
	2012 год (n=13165)		
Всего детей, достигших возраста 1 год,	8472-64,35	4693-35,65	
из них на грудном вскармливании:			
в возрасте 3-6 месяцев	2204-26,0	1941-41,36	<0,001
в возрасте 6-12 месяцев	4912-58,0	1756-37,42	<0,001
в возрасте 0-3 месяцев	1356-16,0	996-21,22	<0,001
	2017 год (n=12232)		
Всего детей, достигших возраста 1 год,	8651-70,7	3581-29,3	
из них на грудном вскармливании:			
в возрасте 3-6 месяцев	1877-21,7	1774-49,5	<0,001
в возрасте 6-12 месяцев	5395-62,36	1381-38,6	<0,001
в возрасте 0-3 месяцев	1379-15,94	426-11,9	<0,001

Однако среди детей в возрасте 6-12 месяцев на протяжении всего анализируемого периода выше доля детей на грудном вскармливании в городских округах ($p < 0,001$). В 2007 года существенной разницы показателей между возрастными группами детей от 0 до 3 месяцев не было ($p = 0,331$). В 2012 году отмечена разнонаправленная динамика показателя: в городских округах сокращение до 16,0% доли детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев, в сельских округах – рост до 21,22% ($p < 0,001$).

В 2012-2017 годы в городских округах увеличилась доля детей на грудном вскармливании до года (с 58,0 до 62,36%), снизилась в 3-6 месяцев (с 26,0 до 21,7%) и незначительно с 0 до 3 месяцев (с 16,0 до 15,9%).

В сельских территориях увеличился удельный вес детей на грудном вскармливании в 6-12 месяцев (с 37,42 до 38,6%), в 3-6 месяцев (с 41,36 до 49,5%), сократилась доля детей, завершивших грудное вскармливание с 0 до 3 месяцев (с 21,22 до 11,9%).

Применив международную шкалу оценки эффективности показателя «Введение прикорма в 6-9 месяцев при продолжающемся грудном вскармливании» (приложение 2), установили, что в 2007 году в городских округах АО показатель был неудовлетворительным (красная зона, от 0 до 59%).

За 2007-2017 годы в 3 городских округах показатели достигли удовлетворительного уровня (желтая зона, 60-79%), пять из шести имели положительные темпы прироста (в диапазоне от +10,1% до +26,5%). Однако ни один округ не достиг оптимальный (95% и выше, зеленая зона) и хороший (80-94%, синяя зона) уровень грудного вскармливания детей в 6-12 месяцев. Три округа сохранили неудовлетворительный показатель (красная зона), отрицательный темп роста в одном округе – г. Новодвинске (рисунок 32).

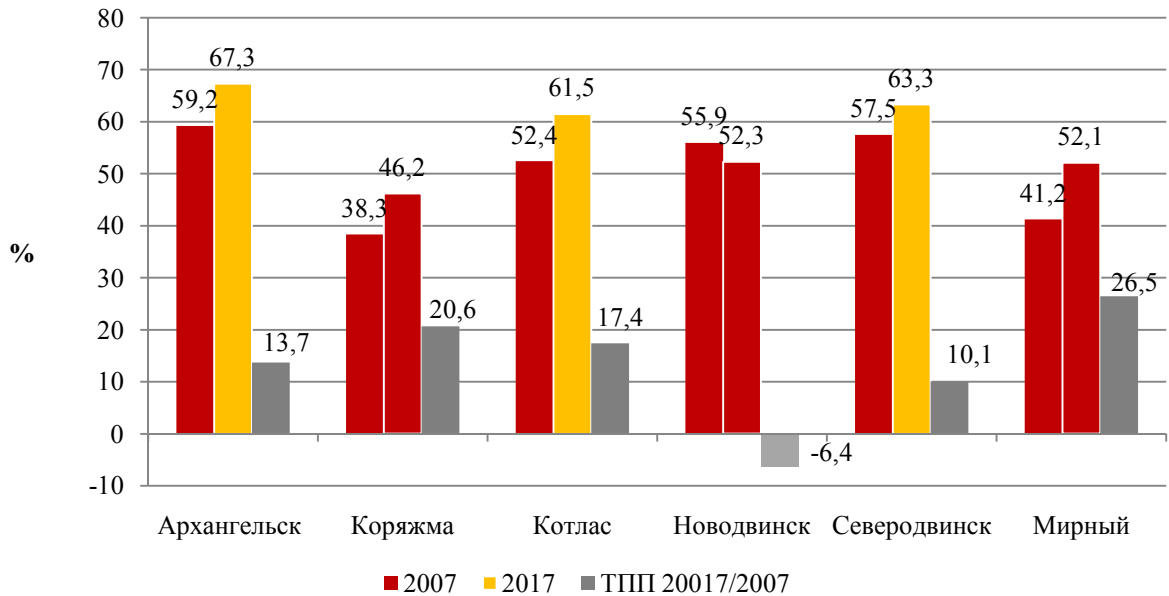


Рисунок 32. Рейтинг городских округов Архангельской области по уровню грудного вскармливания детей в 6-12 месяцев (в % к числу детей, достигших возраста 1 года в 2017 г.) и темпы прироста показателя за 2007-2017 годы (%)

При изучении данных сельских территорий за 2007-2017 годы были выявлены четыре ГМО, где доля детей на грудном вскармливании в возрасте от 3 до 12 месяцев составляла 100,0% в разные годы. Численность детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев, была равна нулю, что расценивалось, как недостоверность сведений. В 2007 г. показатели грудного вскармливания среди детей 6-12 месяцев регистрировались в диапазоне от 22,4 до 55,4%, в большинстве районов были ниже среднего областного показателя (49,1%). К 2017 году регистрировалась разнонаправленная динамика показателей среди детей второго полугодия жизни, в 12 сельских районах рост, в 6 – снижение, выше среднего областного уровня показатель в одном районе. В 2017 г. в сельских районах также не достигнут оптимальный (95% и выше, «зеленый») уровень охвата грудным вскармливанием детей в возрасте 6-12 месяцев. Хороший уровень (80-94%, синий) зафиксирован в Вилегодском районе (с 55,4 до 80,7%). В отличие от городов в большинстве сельских районов отмечен неудовлетворительный уровень (менее 59%,

красный). Худший показатель, с отрицательной динамикой, в Приморском районе (с 31,0 до 25,0%), где только каждый четвертый ребенок находился на грудном вскармливании до 12 месяцев жизни в 2017 году (рисунок 33).

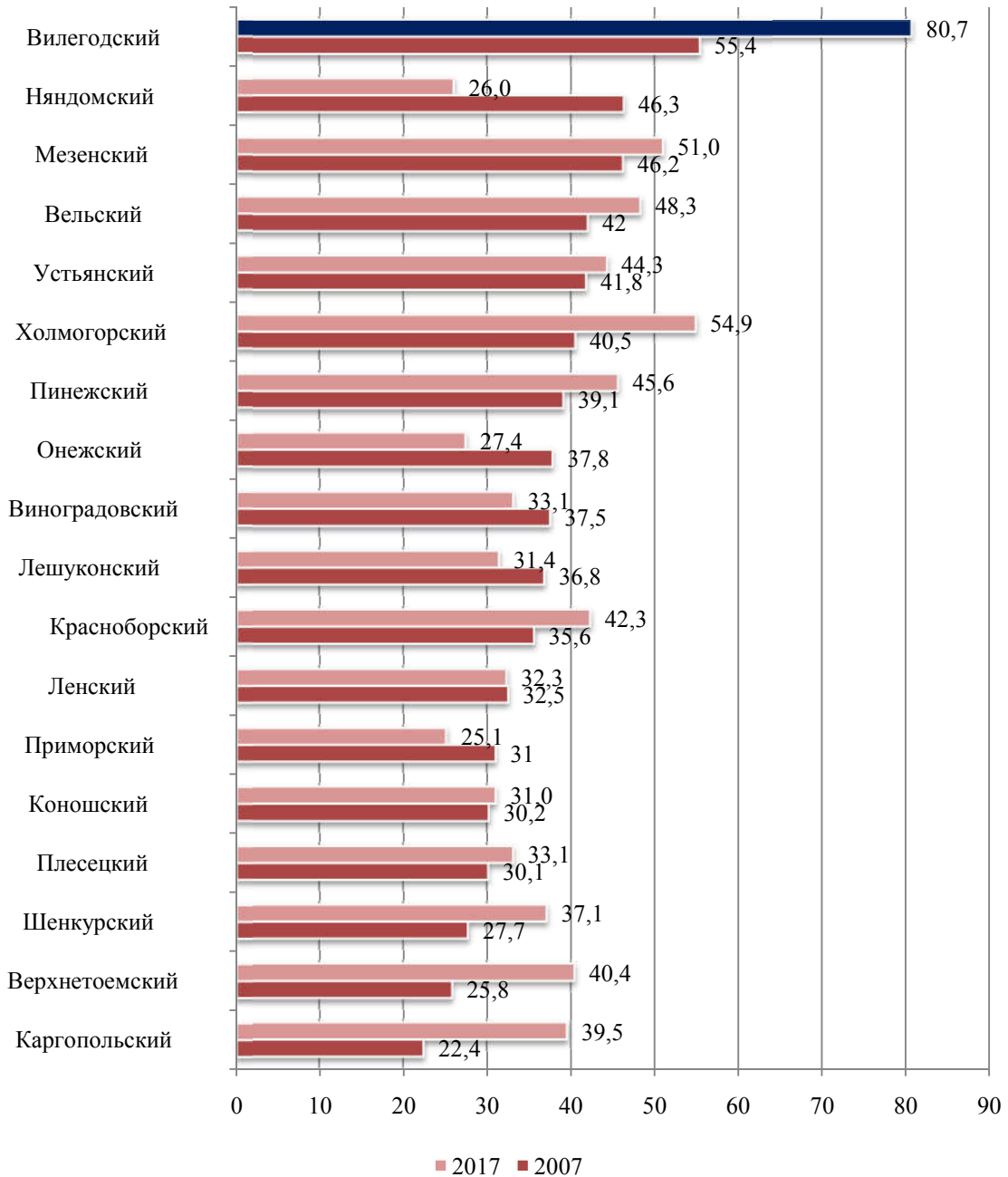


Рисунок 33. Показатели грудного вскармливания детей в возрасте 6-12 месяцев в сельских районах Архангельской области в 2007 и 2017 годы (в % к числу детей, достигших возраста 1 года в соответствующем году)

Таким образом, с 2007 года в АО увеличился удельный вес детей на грудном вскармливании в 6-12 месяцев за счет сокращения завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев ($p_{\text{для тренда}} < 0,001$). В сельских районах показатели в 6-12 месяцев стабильно ниже ($p_{\text{для тренда}} < 0,001$), чем в городах, выявлены проблемы учета показателей в 4 ГМО. На грудном вскармливании до года находились из 100 детей 57 городских и 38 сельских ($p < 0,001$). В 2017 г. в городских и сельских округах уровень грудного вскармливания не соответствовал оптимальному значению (90% и выше). Хороший уровень достигнут только в одном сельском округе – Вилегодском (80,7%). Необходимо усиление контроля при сборе статистических показателей в первичном звене (внутренний контроль) и на уровне МИАЦ (внешний контроль) по учету показателей грудного вскармливания в трех возрастных группах, включая «0-3 месяца». Нуждается в значительном усилении профилактическая работа врачей-неонатологов и врачей-педиатров с кормящими матерями, особенно проживающими в сельской местности, для достижения оптимального уровня грудного вскармливания, увеличения его распространенности и продолжительности.

5.3 Анализ показателей грудного вскармливания в субъектах Северо-Западного федерального округа

Сравнительный анализ показателей грудного вскармливания детей до года в АО и субъектах СЗФО за 2007-2017 годы показал следующее.

В 2007 г. в АО показатель охвата детей грудным вскармливанием в 3-6 месяцев был ниже (30,8%), чем в среднем по СЗФО (37,3%), в 6-12 месяцев – выше (49,1 и 35,98%, соответственно). Между субъектами СЗФО отмечен широкий диапазон показателей грудного вскармливания в трех возрастных группах детей до года (рисунок 34).

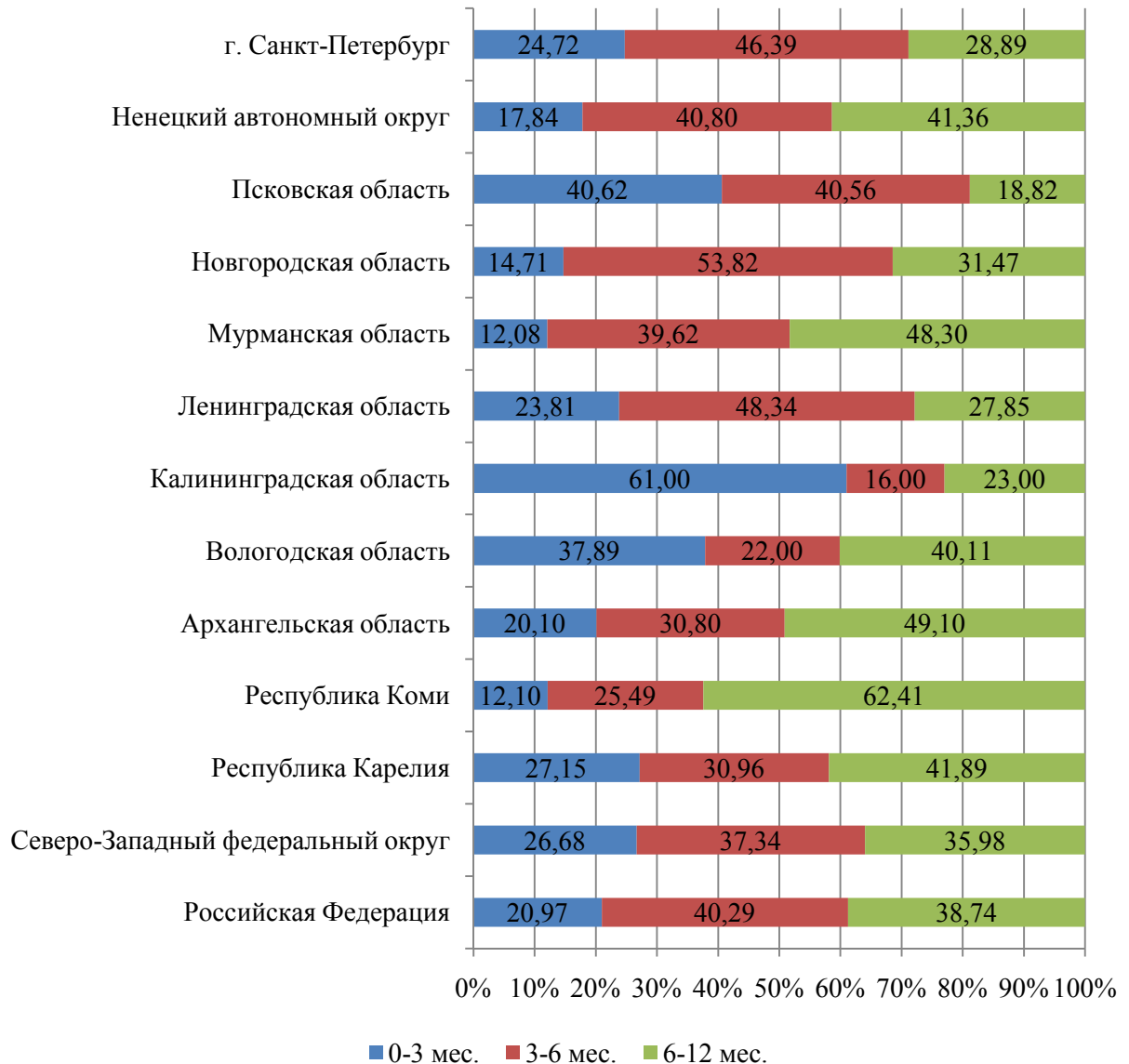


Рисунок 34. Показатели грудного вскармливания детей в возрастных группах до года в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2007 году (в % к числу детей, достигших возраста 1 года)

В АО показатель среди детей от 0 до 3 месяцев был ниже (20,1%), чем в среднем по СЗФО (26,68%). Определение удельного веса детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев жизни, включая не находившихся на грудном вскармливании с рождения, и графическое изображение структуры показателей грудного вскармливания детей до года наглядно демонстрирует целесообразность учета показателей в трех

возрастных группах детей. В период 2012-2013 годы в РФ, СЗФО и АО – до и после перехода на новые критерии регистрации рождения и трехуровневый принцип оказания перинатальной помощи – отмечен рост удельного веса детей на грудном вскармливании от 3 до 12 месяцев за счет сокращения, завершивших грудное вскармливание до 3-х месяцев ($p < 0,001$) (таблица 48).

Таблица 48

Показатели грудного вскармливания в Российской Федерации, Северо-Западном федеральном округе и Архангельской области (абс., %)

Охват грудным вскармливанием (период жизни)	Годы		χ^2	p-уровень
	2012	2013		
	абс.-% к числу детей, достигших возраста 1 года в соответствующем году			
Российская Федерация:	n=1658147	n=1726364		
от 0 до 3 месяцев	303280-18,3	296612-17,2	713,3	<0,001
от 3 до 12 месяцев	1354867-81,7	1429752-82,8		
Северо-Западный федеральный округ:	n=142339	n=149890		
от 0 до 3 месяцев	24251-17,0	24933-16,6	8076,2	<0,001
от 3 до 12 месяцев	118088-83,0	12495-83,4		
Архангельская область:	n=13165	n=13395		
от 0 до 3 месяцев	2352-17,9	2159-16,1	1619,1	<0,001
от 3 до 12 месяцев	10813-82,1	11236-83,9		

Примечание: p рассчитывалось с помощью χ^2 Пирсона

Сравнительный анализ данных за 2012-2013 годы по СЗФО выявил разнонаправленную динамику, значения показателя грудного вскармливания среди детей от 3 до 6 месяцев снизились в 5 субъектах ($p < 0,01$), увеличились в 6 субъектах, в том числе в АО (таблица 49).

Таблица 49

Показатели грудного вскармливания в 3-6 месяцев в субъектах
Северо-Западного федерального округа в 2012-2013 годы (абс., %)

Субъекты СЗФО	2012 год	2013 год	χ^2	p-уровень
	абс.- %, от числа детей, достигших возраста 1 года			
Архангельская область	4145-31,5	4509-33,7	14,323	<0,01
Республика Карелия	2626-36,3	2512-33,9	9,015	<0,01
Республика Коми	2675-25,3	2813-25,2	0,092	>0,05
Ненецкий автономный округ	243-38,5	338-49,4	15,826	<0,01
Вологодская область	3983-27,6	4134-27,2	0,702	>0,05
Калининградская область	5512-56,4	6148-57,3	1,619	>0,05
Ленинградская область	7276-50,3	8128-51,9	8,085	<0,01
Мурманская область	2785-35,3	2748-34,9	0,268	>0,05
Новгородская область	3405-50,8	3612-51,3	0,297	>0,05
Псковская область	2516-39,7	2606-39,9	0,044	>0,05
г. Санкт-Петербург	25542-49,9	28263-52,1	51,419	<0,01

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона

В возрастной группе 6-12 месяцев в 5 субъектах отмечено увеличение ($p < 0,05$), в 5 – снижение ($p < 0,01$) показателей грудного вскармливания, в АО без достоверной динамики показателя ($p > 0,05$). В 2 субъектах (г. Санкт-Петербург, Ленинградская область) показатели снизились в обеих возрастных группах ($p < 0,01$) (таблица 50).

Таблица 50

Показатели грудного вскармливания детей в 6-12 месяцев в субъектах
Северо-Западного федерального округа в 2012-2013 годы (абс., %)

Субъекты СЗФО	2012 год	2013 год	χ^2	p-уровень
	абс., %, от числа детей, достигших возраста 1 года			
Республика Карелия	3270-45,2	3474-46,9	4,375	<0,05
Республика Коми	6669-63,2	6805-60,9	12,272	<0,01
Архангельская область	6668-50,6	6727-50,2	0,489	>0,05
Ненецкий автономный округ	258-40,9	238-34,8	5,185	<0,05
Вологодская область	7444-51,7	7655-50,4	4,855	<0,05
Калининградская область	3254-33,3	3428-31,9	4,288	<0,05
Ленинградская область	4380-30,3	4315-27,6	26,797	<0,01
Мурманская область	3670-46,5	3885-49,3	12,658	<0,01
Новгородская область	2474-36,8	2836-40,2	17,689	<0,01
Псковская область	1572-24,8	1508-23,1	5,274	<0,05
г. Санкт-Петербург	17721-34,6	18275-33,7	10,068	<0,01

Примечание: p рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона

В 2017 году в АО показатель охвата детей грудным вскармливанием в возрастной категории 3-6 месяцев составил 29,85%, без достоверной динамики по сравнению с 2007 годом и был ниже, чем в среднем по СЗФО (46,1%) и РФ (43,2%). Как и в 2007 году, между субъектами СЗФО выявлен широкий диапазон показателей с достоверным увеличением показателей в этой группе детей в семи субъектах, снижением в одном субъекте (Мурманская область), без динамики в трех субъектах, кроме АО, еще в Ненецком автономном округе и Ленинградской области (таблица 51).

Таблица 51

Показатели грудного вскармливания детей в возрасте 3-6 месяцев в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2007 и 2017 гг. (абс., %)

Субъекты СЗФО	2007 год	2017 год	χ^2	р-уровень
	абс.- %, от числа детей, достигших возраста 1 года			
Российская Федерация	558823-40,29	737055-43,2	1094	<0,001
Северо-Западный федеральный округ	45016-37,34	69363-46,11	864	<0,001
Архангельская область	3710-30,80	3651-29,85	1,3	0,254
Республика Карелия	2013-30,96	3830-54,73	311	<0,001
Республика Коми	2517-25,49	3041-30,32	32	<0,001
Ненецкий автономный округ	215-40,80	369-48,05	2,5	0,113
Вологодская область	2877-22,00	4238-29,08	105	<0,001
Калининградская область	1355-16,00	6120-51,63	1325	<0,001
Ленинградская область	6177-48,34	6631-47,92	0,17	0,681
Мурманская область	3106-39,62	2472-34,73	17	<0,001
Новгородская область	3304-53,82	4296-61,49	21	<0,001
Псковская область	2496-40,56	2886-44,45	8	0,005
г. Санкт-Петербург	17246-46,39	31829-53,45	150	<0,001

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона

В 2017 году в АО показатель охвата детей грудным вскармливанием в возрастной категории 6-12 месяцев составил 55,4% с достоверным увеличением по сравнению с 2007 года и был выше, чем в среднем по СЗФО (37,39%) и РФ (40,4%). Как и в 2007 году, между субъектами СЗФО выявлен широкий диапазон показателей с достоверным увеличением показателей в этой группе детей в шести субъектах, включая АО, снижением – в двух

субъектах (Республика Карелия и Республика Коми), без достоверной динамики в Ненецком автономном округе, Мурманской и Новгородской областях (таблица 52).

Таблица 52

Показатели грудного вскармливания детей в возрасте 6-12 месяцев в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2007-2017 годы (абс., %)

Субъекты СЗФО	2007 год	2017 год	χ^2	р-уровень
	абс.- %, от числа детей, достигших возраста 1 года			
Российская Федерация	537461-38,74	689387-40,40	380	<0,001
Северо-Западный федеральный округ	43377-35,98	56245-37,39	26	<0,001
Архангельская область	5923-49,12	6773-55,40	30	<0,001
Республика Карелия	2724-41,89	2247-32,11	64	<0,001
Республика Коми	6160-62,41	5169-51,54	66	<0,001
Ненецкий автономный округ	218-41,36	284-36,98	1,1	0,292
Вологодская область	5229-40,11	6969-47,82	65	<0,001
Калининградская область	1948-23,00	3613-30,48	80	<0,001
Ленинградская область	3558-27,85	4922-35,57	94	<0,001
Мурманская область	3786-48,30	3330-46,78	1,22	0,267
Новгородская область	1932-31,47	2006-28,71	6,38	0,112
Псковская область	1158-18,82	1690-26,03	60	<0,001
г. Санкт-Петербург	10741-28,89	19242-32,31	66	<0,001

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия χ^2 Пирсона

В 2017 году в АО показатель охвата детей грудным вскармливанием в возрастной категории 0-3 месяца составил 14,78% с достоверным уменьшением по сравнению с 2007 года, был ниже, чем в среднем по СЗФО

(16,51%) и РФ (16,4%). Как и в 2007 году, между субъектами СЗФО выявлен широкий диапазон показателей с достоверным сокращением показателя в этой возрастной группе детей, в 8 субъектах, включая АО, увеличением – в двух субъектах (Республика Коми и Мурманская область), без достоверной динамики – в Ненецком автономном округе (таблица 53).

Таблица 53

Показатели грудного вскармливания детей в возрасте 0-3 месяцев в субъектах Северо-Западного федерального округа в 2007-2017 годы (абс., %)

Субъекты СЗФО	2007 год	2017 год	χ^2	p-уровень
	абс.- %, от числа детей, достигших возраста 1 года			
Российская Федерация	290931-20,97	279829-16,4	66	<0,001
Северо-Западный федеральный округ	32168-26,68	24830-16,51	2702	<0,001
Архангельская область	2425-20,10	1808-14,78	84	<0,001
Республика Карелия	1765-27,15	921-13,16	276	<0,001
Республика Коми	1194-12,10	1819-18,14	104	<0,001
Ненецкий автономный округ	94-17,84	115-14,97	1,36	0,243
Вологодская область	4944-37,89	3365-23,09	383	<0,001
Калининградская область	5166-61,00	2120-17,89	1833	<0,001
Ленинградская область	3042-23,81	2285-16,51	147	<0,001
Мурманская область	947-12,08	1316-18,49	88	<0,001
Новгородская область	903-14,71	685-9,80	58	<0,001
Псковская область	2500-40,62	1916-29,51	83	<0,001
г. Санкт-Петербург	9188-24,72	8480-14,24	1141	<0,001

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона

В 2017 году максимальный показатель распространенности грудного вскармливания среди детей до года зафиксирован в АО, однако ни в одном из субъектов СЗФО не достигнут оптимальный (95% и выше, зеленый), хороший (80-94%, синий) и даже удовлетворительный уровень (60-79%, желтый) (рисунок 35).

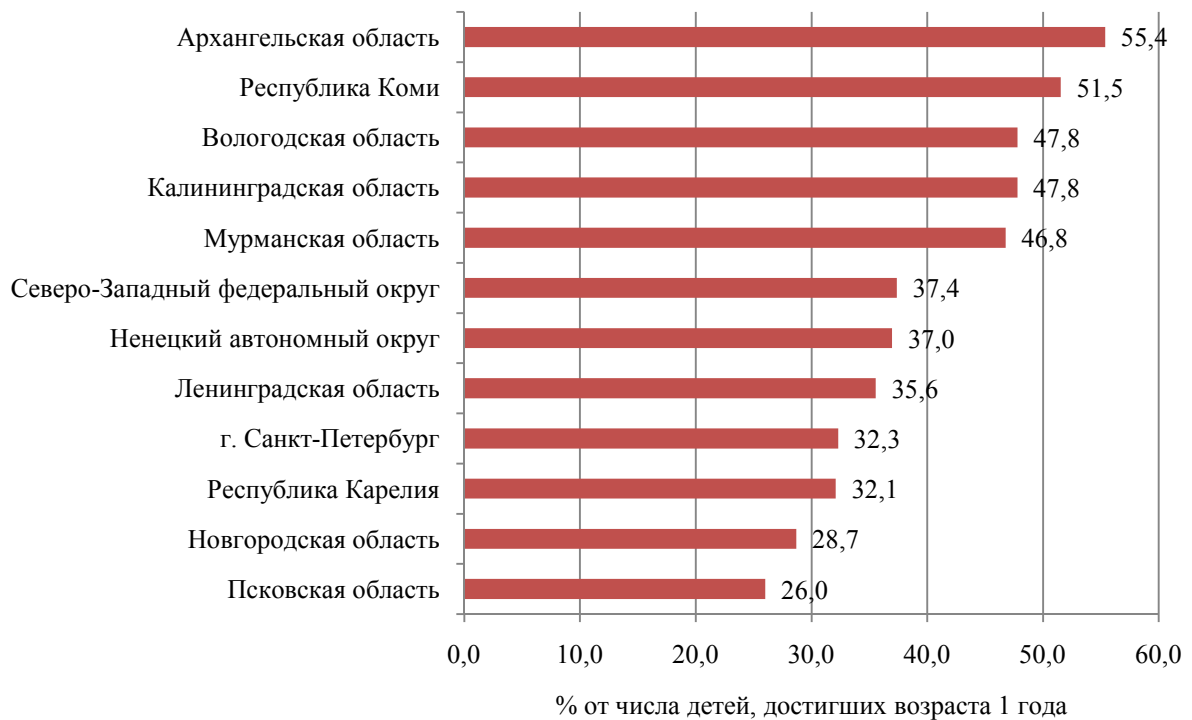


Рисунок 35. Показатели грудного вскармливания детей в возрасте 6-12 месяцев в Российской Федерации и субъектах Северо-Западного федерального округа в 2017 году (в % от числа детей, достигших возраста одного года)

Все субъекты находились в красной зоне с показателем ниже 59,0%. Графическое изображение показателей с применением международных критериев оценки наглядно демонстрирует низкий уровень распространенности грудного вскармливания среди детей 6-12 месяцев в субъектах СЗФО. Полученные результаты свидетельствуют об актуальности вопросов организации системы в поддержку грудного вскармливания не только в АО, но и в других субъектах СЗФО.

5.4 Нереализованные возможности и обоснование системы поддержки грудного вскармливания на региональном уровне

Анализ медико-демографической ситуации и заболеваемости новорожденных показал необходимость изменения системного подхода к унифицированному сбору данных, как о неблагоприятных факторах до и во время беременности, так и о патологии новорожденных, выявленных в перинатальном периоде, что реализовалось в организации мониторинга и внедрении регистра родов АО [118]. Регистр родов Архангельской области включает с 2012 г. данные о состоянии здоровья женщины до и во время беременности, ее демографические характеристики, данные о репродуктивном анамнезе, течении родов и послеродового периода, информацию об исходах беременности с указанием данных антропометрии, шкалы Апгар, диагноза и терапии новорожденного. База регистра содержит информацию о курении и употреблении алкоголя до и во время беременности, учитывает прием женщиной фолиевой кислоты, мультивитаминных препаратов, сведения о лекарственной терапии беременной и роженицы.

Совершенствование оказания медицинской помощи детям потребовало разработки «Концепции развития неонатологической и педиатрической службы АО на 2015-2020 годы», утвержденной решением коллегии министерства здравоохранения АО от 22.05.2015 № 5. Были определены основные приоритеты Концепции: амбулаторно-поликлиническая и социальная педиатрия; реабилитация новорожденных и детей раннего возраста, в том числе родившихся преждевременно; профилактика соматических и инфекционных заболеваний. Выделены стратегические направления: нутритивная стратегия (грудное вскармливание, правильное питание в различные возрастные периоды жизни детей); вакцинация

(снижение заболеваемости и смертности от управляемых инфекций); доступность медицинской помощи (совершенствования схем и моделей маршрутизации); медицинская реабилитация и паллиативная помощь (снижение уровня инвалидности и повышение качества жизни детей с ограниченными возможностями здоровья); мотивация к самосохранительному поведению и снижению рисков реализации социально-значимых заболеваний при переходе во взрослую жизнь; совершенствование образовательного процесса для медицинских работников, законных представителей детей и несовершеннолетних в различные возрастные периоды жизни с использованием межсекторального подхода и инновационных технологий; профилактика жестокого обращения с детьми.

Включение мероприятий нутритивной стратегии в части грудного вскармливания базировалось на основе полученных данных диссертационного исследования о нереализованных возможностях в его поддержку на этапах оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, после рождения ребенка и детям первого года жизни.

Этап дородовой (пренатальной) подготовки беременных: не информированы о дородовом обучении в среднем 66,3% (от 46,5 до 81,5%) женщин, не мотивированы к обучению в среднем 13,6% (от 8,4 до 18,1%), не получили психологическую поддержку в женской консультации почти каждая шестая беременная (18,1%).

Этап послеродовой подготовки матерей: не использовались семейно-ориентированные технологии, в том числе партнерские роды (99,1%), круглосуточное совместное пребывание 24/7 (39,4%), посещение родственников (100,0%), консультации психолога (100,0%). Не поддерживалась оптимальная (более 30 минут) длительность «контакта кожа к коже» (89,0%); не проводилось первое кормление в родильном зале (30,1%); не соблюдался свободный режим вскармливания у здоровых

новорожденных (3,1%); не проводилось (11,5%) и проводилось некачественно обучение матерей технике кормления грудью (трещины сосков на 2-е сутки – 39,8%).

Недооценка важности подготовки к грудному вскармливанию и оптимальному старту питания приводила к тому, что здоровые новорожденные получали ДМС и питье с рождения 50,9%, чаще родившиеся от матерей, отказавшихся от пренатального обучения ($p=0,038$), с депрессивным вариантом ПКГД ($p=0,014$), при выписке из акушерского стационара полностью или частично ДМС получали 12,8%.

Этап амбулаторной педиатрической службы в детской поликлинике: не проводились беседы по вопросам грудного вскармливания (30,1%); менее половины матерей использовали эффективные меры в поддержку лактации (48,6%); не получили психологическую поддержку от специалистов участковой службы (8,3%), в семье (11,0%); отсутствовала служба психологов, консультантов по грудному вскармливанию, непрофессиональная группа взаимопомощи кормящих матерей.

Низкая эффективность мер в поддержку лактации приводила к тому, что группа детей на исключительно грудном вскармливании сократилась после выписки из родильного дома с 88,3% до 22,3% к 6 месяцам жизни.

Таким образом, необходим мониторинг применения семейно-ориентированных технологий, базовых технологий неонатального ухода, контроля использования ДМС в учреждениях родовспоможения.

Нереализованные возможности обучения медицинских работников:

не все специалисты имели полноценные знания о преимуществах грудного вскармливания. Информированность матерей была ниже ($p<0,001$), в том числе о снижении риска инфекционных заболеваний (90,2 и 75,3%), ожирения и метаболических нарушений (62,23 и 14,6%); синдрома внезапной

детской смерти (57,3 и 10,2%); рака молочной железы (88,1 и 64,16%) и яичников (53,2 и 16,4%).

Таким образом, необходимы изменения при подготовке специалистов службы родовспоможения и детства, включая использование тестового контроля знаний, а также в системе санитарного просвещения беременных женщин и матерей, имеющих детей грудного возраста, с проведением регулярного анкетирования, как источника мониторинга информированности.

Нереализованные возможности исключительно грудного вскармливания по группам акушерских стационаров в 2010-2017 годы:

I группа – при положительной динамике показателя грудного вскармливания (с 89,5 до 92,3%); не находились на грудном вскармливании при выписке из родильных отделений 8 из 100 новорожденных. Расход ДМС в среднем на 1 новорожденного сократился до 0,045 кг, но был выше, чем во II группе (0,062 кг);

II группа – показатель грудного вскармливания (92,3%) исходно более высокий по сравнению с I группой со снижением до неоптимального уровня (89,6%); не находились на грудном вскармливании при выписке 11 из 100 новорожденных. Расход ДМС в среднем на 1 новорожденного увеличился до 0,062 кг, но оставался меньше, чем в I группе (0,045 кг);

III-A группа – оптимальный уровень показателя грудного вскармливания с тенденцией к снижению (96,7-96,0%); не находились на грудном вскармливании при выписке 4 из 100 новорожденных. Расход ДМС в среднем на 1 новорожденного увеличился до 0,27 кг, значительно превышая подушевой расход в акушерских стационарах I и II групп (0,045 кг и 0,062 кг, соответственно).

Недополученная экономическая выгода акушерских стационаров от грудного вскармливания при несоблюдении оптимального старта питания

новорожденных и мер в поддержку исключительно грудного вскармливания составила более 2,7 млн. рублей (по данным 2017 г.).

Таким образом, выявлены резервы для дальнейшей оптимизации показателей грудного вскармливания новорожденных за счет сокращения расхода ДМС в акушерских стационарах путем развития семейно-ориентированных технологий, усиления контроля соблюдения базовых технологий неонатального ухода.

На основании полученных в результате диссертационного исследования данных за 2010-2017 годы, региональный мониторинг дополнен компонентами базовых технологий неонатального ухода, позволяющих измерить и оценить результативность работы специалистов в поддержку грудного вскармливания по уровням оказания перинатальной помощи (таблица 54).

При разработке целевых значений индикаторов регионального мониторинга использовали позиции, протестированные в рамках проекта «Улучшение помощи мамам и малышам», рекомендованные международным руководством для учреждений родовспоможения, которые входят в рубрикатор критериев Европейского информационного портала ВОЗ в части питания матерей и новорожденных детей [42,185].

Проведение мониторинга утверждено локальным нормативным актом министерства здравоохранения АО, участие в нем носит обязательный характер для всех ГМО, что позволит сформировать единое понимание качества медицинской помощи на старте грудного вскармливания, обеспечит контроль соблюдения базовых технологий неонатального ухода в раннем неонатальном периоде. Внедрение индикаторов не увеличивает нагрузку на персонал, а позволяет конкретизировать функциональные обязанности в рамках порядков оказания медицинской помощи, давая возможность

организаторам здравоохранения выявить конкретные проблемы учреждений родовспоможения.

Таблица 54

Индикаторы мониторинга грудного вскармливания в акушерских стационарах Архангельской области (%)

Перечень индикаторов	Целевое значение индикатора по уровням акушерских стационаров		
	I	II	III
Обеспечение контакта «кожа к коже» матери и ребенка в течение 5 минут после рождения, длительностью 1 час и более (отношение числа детей, имевших контакт «кожа к коже», к числу родившихся живыми за отчетный период)	100%	95% и более	90% и более
Раннее прикладывание новорожденного к груди матери в течение 1 часа после родов (отношение числа детей, приложенных к груди матери в род. зале, к числу родившихся живыми)	100%	95% и более	90% и более
Охват грудным вскармливанием (отношение числа новорожденных на грудном вскармливании при выписке к числу родившихся живыми)	100%	95% и более	90% и более
Охват исключительно грудным вскармливанием (отношение числа новорожденных на исключительно грудном вскармливании с рождения до выписки, к числу родившихся живыми)	95% и более	90% и более	85% и более
Доля детей, выписанных на искусственном вскармливании (отношение числа новорожденных на искусственном вскармливании с рождения до выписки, к числу родившихся живыми)	0%	5% и менее	10% и менее
Доля матерей, получивших антенатальную подготовку к родам и грудному вскармливанию (отношение числа матерей, прошедших подготовку, к числу матерей, выписанных с детьми из роддома)	95% и более	95% и более	90% и более
Расход детских молочных смесей из расчета на 1 ребенка (отношение объема израсходованной ДМС в акушерском стационаре к числу родившихся живыми за отчетный период)	отказ от ДМС (0 кг)	снижение, оптимально – до 0,002 кг	снижение, оптимально до 0,027 кг и ниже
Поставки детских молочных смесей по сниженным ценам или бесплатно	Не используются		
Международный статус «Больница, доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДР)	Наличие (год присвоения ИБДР, переемтестации)		

Наряду с социальными детерминантами, влияющими на инициацию и продолжительность грудного вскармливания, получены дополнительные данные, характеризующие социальный портрет современных семей, воспитывающих детей, в части *нереализованных возможностей здоровье сберегающего поведения родителей*:

– высокий уровень распространенность табакокурения у женщин до беременности (23,0%), чаще с низким уровнем образования ($p < 0,001$), в семьях, где курили мужья/партнеры ($p = 0,047$);

– значительная доля детей до года растет и развивается в условиях пассивного табакокурения дома (17,1%) и на улице (50,0%), в том числе по причине продолжающегося курения матерей и отцов, которые меньше мотивированы к отказу от курения до и после рождения ребенка, чем женщины.

Таким образом, необходимо формирование целевых групп по профилактике и отказу от табакокурения с учетом социальных детерминант среди лиц фертильного возраста, беременных и кормящих матерей, членов семей, воспитывающих детей.

Нереализованные возможности долгосрочного влияния грудного вскармливания на здоровье детей:

– дети здоровые и редко болеющие чаще находились на грудном вскармливании более 6 месяцев ($p = 0,001$), при позитивном влиянии возраста матерей старше 25 лет ($p < 0,001$) и высшего образования ($p < 0,001$) на продолжительность грудного вскармливания;

– доля детей с хроническими заболеваниями меньше в семьях со здоровье позитивным поведением родителей (грудное вскармливание более 6 месяцев, отсутствие табакокурения, отказов от вакцинации), чем в семьях, где родители отказывались от вакцинации, курили, а дети не получали

грудное вскармливание или получали менее 6 месяцев (17,8% и 10,3%, $p=0,011$);

– дети с I группой здоровья имели в 2 раза более длительный период грудного вскармливания (в среднем 12 месяцев), чем дети II и III групп здоровья (в среднем 6 месяцев, $p=0,138$); до 1,5 лет кормили грудью единицы (3%);

– в первый год посещения детского сада госпитализировались в стационар по причине осложненного течения респираторных инфекций дети, находившиеся на грудном вскармливании в среднем 4 месяца ($Me=4,0$; $Q1-Q3=4,0-12,0$), при продолжительности грудного вскармливания 10 месяцев ($Me=10$; $Q1-Q3=3,0-12,0$), $p=0,117$) случаев госпитализации не было.

Таким образом, резерв увеличения доли здоровых и редко болеющих детей возможно путем повышения распространенности и продолжительности грудного вскармливания до года, в том числе среди детей, проживающих в арктической зоне АО.

Нереализованные возможности продолжительности грудного вскармливания: из 100 детей завершали или не получали грудное вскармливание до 3 месяцев в городских округах АО – 16, в сельских – 12 детей. Завершали грудное вскармливание от 3 до 6 месяцев в городских округах 22 ребенка, в сельских – 50 детей. Продолжали грудное вскармливание во втором полугодии жизни в городах 62 ребенка, в сельских – 38 детей (2017 г.).

Таким образом, сохраняются резервы увеличения распространенности и продолжительности грудного вскармливания детей до года при дифференцированном подходе к поддержке грудного вскармливания детей и матерей, проживающих в разных социальных условиях (городах и селах) АО.

На основании полученных результатов диссертационного исследования разработан инструмент по оценке результативности профилактической

работы специалистов амбулаторной педиатрической службы ГМО в части мероприятий в поддержку грудного вскармливания (таблица 55).

Таблица 55

Инструмент к оценке рейтинга амбулаторной педиатрической службы по показателям грудного вскармливания детей до года (%)

Перечень индикаторов	Ключ к рейтингу (%)	Оценка по цветовому коду
Доля детей, завершивших грудное вскармливание до 2 месяцев 29 дней, включая не находившихся с рождения (процент от числа детей, достигших возраста 1 года)	50,0-100,0	Красный (очень плохо)
	12,0-49,9	Желтый (плохо)
	5,0-11,9	Синий (удовлетворительно)
	0,1-4,9	Зеленый (оптимально)
Доля детей, завершивших грудное вскармливание в возрасте от 3 до 5 месяцев 29 дней, (процент от числа детей, достигших возраста 1 года)	90,0-100,0	Красный (очень плохо)
	50,0-89,9	Желтый (плохо)
	12,0-49,9	Синий (удовлетворительно)
	0,1-11,9	Зеленый (оптимально)
Продолжающееся грудное вскармливание среди детей в возрасте 6-12 месяцев (процент от числа детей, достигших возраста 1 года)	0,1-59,9	Красный (очень плохо)
	60,0-79,9	Желтый (плохо)
	80,0-94,9	Синий (удовлетворительно)
	95,0-100,0	Зеленый (оптимально)

При разработке целевых значений индикаторов регионального мониторинга использовали позиции, которые входят в рубрикатор критериев Европейского информационного портала ВОЗ в части питания матерей и детей [42,185]. Фактические данные по городским и сельским округам АО включены в ежегодный сборник МИАЦ «Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в АО» за соответствующий год. Оценка показателей грудного вскармливания детей до года проводится ежегодно по данным МИАЦ, определяется рейтинг

ГМО по достигнутым результатам, который публикуется на официальном сайте ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики».

На основании полученных данных комплексного анализа ситуации по организации грудного вскармливания в акушерских стационарах трех уровней оказания перинатальной помощи, в амбулаторной педиатрической службе ГМО городских и сельских территорий, были определены стратегические направления организации системы в поддержку грудного вскармливания, которые реализовывались на региональном уровне в 2010-2017 годы и продолжают совершенствоваться.

I. Организационное:

- создан Координационный совет по охране, поддержке и пропаганде грудного вскармливания (утвержден локальным нормативным актом министерства здравоохранения АО);
- организован контроль статистических показателей грудного вскармливания на педиатрических участках (внутренний, заведующими детских поликлиник) и в медицинском информационно-аналитическом центре (внешний, врачом-статистиком);
- внедрен мониторинг показателей грудного вскармливания в учреждениях родовспоможения в системе трехуровневого оказания перинатальной помощи (2010-2017 годы);
- включено в перечень мероприятий региональной программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, в АО на 2019 – 2024 годы» (утверждена постановлением Правительства АО от 14.06.2019 № 310-пп) проведение мониторинга грудного вскармливания в акушерских стационарах, отделениях патологии новорожденных и недоношенных;
- разработаны и внедрены целевые индикаторы эффективности работы ГМО по организации грудного вскармливания в ГМО;

- осуществлена оценка показателей грудного вскармливания амбулаторной педиатрической службы ГМО с использованием международной шкалы для оценки эффективности показателей грудного вскармливания детей в возрасте до года;
- открыт центр грудного вскармливания на базе городской детской клинической больницы;
- предусмотрено открытие кабинетов рационального питания беременных и кормящих матерей на базе акушерских стационаров II и III групп, кабинетов грудного вскармливания в рамках организационно-планировочных работ по созданию бережливых поликлиник в ГМО;
- запланировано проведение научно-практического исследования по интеграции показателей грудного вскармливания детей до года с данными регистра родов АО для выявления медико-социальных детерминант, определяющих различия показателей грудного вскармливания среди детей, проживающих в городских и сельских округах АО.

II. Обучающее:

- организовано и проведено обучение специалистов ГМО (консультантов по грудному вскармливанию) по программе повышения квалификации «Консультирование по грудному вскармливанию» (36 часов) на базе Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова;
- разработаны на кафедре неонатологии и перинатологии ФГБОУ ВО СГМУ, (г. Архангельск) Минздрава России, реализуются при непрерывном медицинском образовании дополнительные профессиональные программы «Грудное вскармливание» для заочной формы повышения квалификации специалистов по профилю «Неонатология», «Педиатрия», «Общая врачебная практика (семейная медицина)»;

- проводится подготовка лекторов «Школ для беременных» женских консультаций и «Школ для родителей» детских поликлиник на базе областного центра родовспоможения III-A группы с использованием единой обучающей программы по региональным данным и материалам Программы оптимизации вскармливания детей с участием профильных главных внештатных специалистов министерства, преподавателей ФГБОУ ВО СГМУ, (г. Архангельск) Минздрава России;

- проводятся в Архангельском медицинском колледже при реализации дополнительных профессиональных программ на циклах «Первичная медико-санитарная помощь детям», «Сестринский уход за новорожденными», «Охрана здоровья сельского населения» практические занятия по принципам грудного и рационального вскармливания детей раннего возраста;

- осуществляется методическое сопровождение деятельности кабинетов по отказу от курения специалистами областного центра медицинской профилактики и консультирование по отказу от табакокурения в период беременности и грудного вскармливания в кабинетах помощи при отказе от табака на базе ГМО;

- предусмотрено проведение семинаров для медицинских работников кабинетов медицинской профилактики по работе с целевыми группами табакокурящих беременных, кормящих матерей, родителей, имеющих детей, с участием главных внештатных специалистов министерства (психиатра-нарколога, психолога).

III. Информационно-издательское:

- открыта рубрика «В помощь маме» с размещением информации для родителей по вопросам питания ребенка, Всемирной недели поддержки грудного вскармливания, пассивному курению на официальном сайте МЗАО (https://www.minzdrav29.ru/ministry/official_docs/);

- обеспечено тиражирование и распространение печатных информационных материалов для медицинских работников и населения по подготовке к беременности, уходу за новорожденным, основам и преимуществам успешного грудного вскармливания; профилактике синдрома внезапной детской смерти, пагубном влиянии табакокурения на развитие плода и здоровье ребенка;
- организовано проведение постерной (передвижной) сессии о региональных особенностях грудного вскармливания по материалам диссертационного исследования в рамках областных научно-практических конференций, на базе МРЦ, Архангельского медицинского колледжа;
- проводится популяризация через средства массовой информации путем освещения мероприятий в поддержку грудного вскармливания (при проведении научно-практических семинаров, конференций, Дней недоношенных, Всемирной недели в поддержку грудного вскармливания);
- обновлены информационные сайты ГМО и наглядная агитация в женских консультациях, акушерских стационарах, детских поликлиниках, Архангельского центра медицинской профилактики по преимуществам грудного вскармливания;
- публикуется рейтинг городских и сельских округов АО по распространенности грудного вскармливания среди детей до года на официальном сайте ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики» (<http://zdorovie29.ru/spetsialistam/metodicheskie-materialy-dlya-medrabotnikov/>).

IV. Общественное:

- разработано положение и организовано проведение областного конкурса на лучшую организацию грудного вскармливания в ГМО «Грудное вскармливание – ведущий вектор профилактики»;

- сформирована общественная группа поддержки грудного вскармливания из числа медицинских работников, волонтеров – общественных консультантов по грудному вскармливанию, в том числе членами Координационного совета по охране, поддержке и пропаганде грудного вскармливания министерства здравоохранения АО в социальной сети «ВКонтакте»;

- проводятся межведомственные мероприятия популяризации грудного вскармливания и здорового образа жизни с участием представителей церкви, общества православных врачей, ассоциации Архангельской региональной общественной организации «Объединение медицинских работников Архангельской области».

V. Международное:

- возобновлено участие ГМО в движении ИБДР;
- организовано проведение тематических мероприятий в рамках Всемирной недели поддержки грудного вскармливания (ежегодно 1-7 августа);

- обеспечено участие в международном проекте по изучению организации и практики грудного вскармливания в отделениях патологии новорожденных всех ГМО АО; выявлены дополнительные резервы оптимизации вскармливания недоношенных и больных новорожденных, часть результатов опубликовано в отечественных и международных научных журналах [6,184].

Цель международного исследования заключалась в оценке соответствия практики неонатологических отделений 3 руководящим принципам ИБДР, 10 шагам успешного кормления грудью, адаптированным к этим отделениям, и Международному своду правил маркетинга заменителей грудного молока. Приняли участие в исследовании все 12 неонатальных отделений АО (пятая часть из 60 российских

неонатологических отделений акушерских и детских стационаров 23 городов, 8 федеральных округов, продвигающих принципы ИБДР). Итоговая оценка практики поддержки грудного вскармливания в неонатологических отделениях АО составила 91 балл, в целом по РФ – 90 баллов, что позволило АО и РФ занять лидирующее место среди 36 стран, принявших участие в этом исследовании. Проведенное исследование показало, что современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания успешно внедряются в неонатологических стационарах АО. Выразили желание пройти или поддерживать аттестацию ИБДР в своих отделениях 75,0% респондентов из АО. Учитывая широкий диапазон ответов респондентов необходимы дальнейшие исследования по анализу организации практики грудного вскармливания по уровням оказания перинатальной помощи не только в регионе, но и в целом по РФ [6].

5.5 Результаты реализации мер в поддержку грудного вскармливания в Архангельской области

Мероприятия, которые были реализованы на территории АО за период 2010-2017 годы, представлены рисунке 36.

Мероприятия, указанные в зеленых прямоугольниках, проводились на территории АО ранее (1999-2002 гг.). Тематическая конференция, посвященная Иконе Божьей Матери «Млекопитательница» по инициативе кафедры неонатологии и перинатологии ФГБОУ ВО СГМУ впервые была проведена в 2000 г. Аттестация на присвоение международного статуса ИБДР 6 ГМО при поддержке департамента здравоохранения АО проводилась в 1999-2002 годы. Ряд мероприятий запланирован к реализации после 2017 года.

Региональная система поддержки грудного вскармливания 2010-2017 гг.

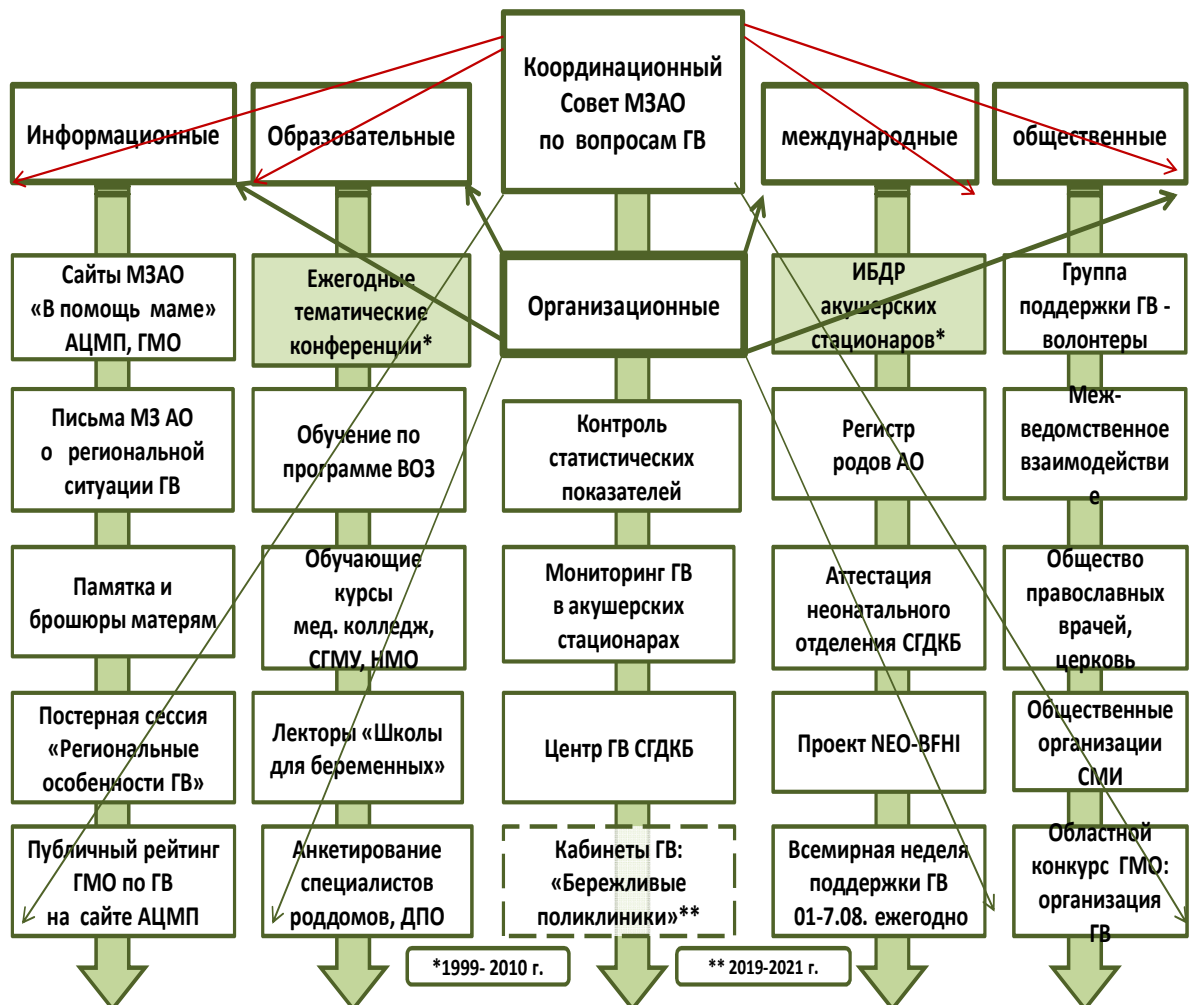


Рисунок 36. Схема системы поддержки грудного вскармливания в Архангельской области

Результаты внедрения системы поддержки грудного вскармливания в АО за 2012-2017 годы представлены в таблице 56.

В АО продолжился позитивный тренд роста распространенности грудного вскармливания среди детей до года с 50,6 до 55,4% за счет сокращения доли детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (с 17,9 до 14,8%), при снижении показателей среди детей 6-12 месяцев в РФ с 40,6 до 40,4%.

Таблица 56

Результативность внедрения системы поддержки грудного вскармливания
в Архангельской области за 2012-2017 годы (% , ‰)

Показатели	2012 год	2017 год	Динамика (+/-)
Грудное вскармливание детей до года (%), в т.ч.:	50,6	55,4	+4,8
городские округа	58,0	62,3	+4,3
сельские округа	37,4	38,6	+1,2
Сокращение удельного веса детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (%)	17,9	14,8	-3,1
Использование детских молочных смесей из расчета в среднем на 1 новорожденного (кг)	0,15	0,12	-0,02
Общий расход детских молочных смесей в акушерских стационарах (кг)	2000,0	1859,0	-141,0
Экономия средств за счет сокращения объемов закупки детских молочных смесей на 141,0 кг (руб.)*	-	-	226 657,50
Заболееваемость детей первого года жизни (%):			ТПП (%)
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	621,1	543,4	-12,5
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, включая анемии	160,1	151,7	-5,2
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	142,7	139,6	-2,2
болезни органов пищеварения	83,8	77,2	-7,9
Показатель младенческой смертности (‰)	293,7	266,6	-9,2
	7,4	6,0	-18,9

*- из расчета стоимости 1 упаковки ДМС весом 0,4 кг = 643,00 руб.

Улучшились показатели грудного вскармливания среди детей в 6-12 месяцев в городских округах с 58,0 до 62,36%, сократилась в 2 раза доля детей в сельских районах, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (с 21,22 до 11,9%). За счет увеличения распространенности и продолжительности число детей до года на грудном вскармливании увеличилось на 2925 человек. Общий объем ДМС в акушерских стационарах за 2012-2017 годы сократился на 7,0%, в среднем на 1 ребенка на 20,0%.

Фактическая экономия средств на закупку ДМС составила 226657,50 рублей. Показатель грудного вскармливания в акушерских стационарах I группы увеличился на 3,1%. К 2017 г. отмечена положительная динамика роста показателя грудного вскармливания в 43,5% (10 из 23) акушерских стационарах. Отказ от использования ДМС в 17,4% (4 из 23), сокращение расхода ДМС из расчета в среднем на 1 новорожденного в 47,8% (11 из 23). На этом фоне за период с 2012 по 2017 год снизились показатели заболеваемости детей первого года жизни отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде (с 621,1 до 543,4‰, ТПП: -12,5%). Положительная динамика отмечена по ряду алиментарно-зависимых патологий. По классам болезней органов пищеварения показатель снизился с 293,7 до 266,6‰ (ТПП: -9,2%), эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям обмена веществ – с 83,8 до 77,2‰ (ТПП: -7,9%). По классу болезней крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающим иммунный механизм, зарегистрировано снижение показателя с 160,1 до 151,7‰ (ТПП: -5,2%), включая анемию с 142,7 до 139,6‰ (ТПП: -2,2%).

За 5-летний период 2013-2017 годов темп убыли младенческой смертности выше (-22,1%), чем за 2008-2012 годы (-17,8%), несмотря на переход на новые критерии рождения. Международный статус ИБДР подтвердили два акушерских стационара (2016 г.), и впервые в АО в 2017 году отделению детей раннего возраста с койками патологии новорожденных и недоношенных Северодвинской городской детской клинической больницы был присвоен этот почетный статус. Дальнейшее совершенствование мероприятий по организации грудного вскармливания на региональном уровне продолжается в рамках национального проекта «Здравоохранение», региональной программы «Развитие детского здравоохранения, включая

создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

Заключение по главе.

В процессе исследования нами проведена комплексная оценка организации грудного вскармливания на каждом этапе оказания медицинской помощи в регионе. Установлены нереализованные возможности оптимального старта питания новорожденных и недостаточной поддержки грудного вскармливания среди детей первого года жизни. Изменение организационных подходов и систематизация мероприятий в поддержку грудного вскармливания, включая внедрение мониторинга грудного вскармливания с периода новорожденности, позволяет оптимизировать распространенности и продолжительность грудного вскармливания, улучшить показатели здоровья детей первого года жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доказательства важности грудного вскармливания для питания и развития детей стремительно увеличились за последнее десятилетие, а краткосрочные и долгосрочные его преимущества на снижение инфекционной и неинфекционной заболеваемости поставили вопросы организации системы охраны, поддержки и пропаганду грудного вскармливания в ряд основных профилактических направлений работы [1-6,25,69,70,95].

Несмотря на то, что грудное вскармливание является биологической нормой для всех, данные мировой статистики свидетельствуют, что менее 50% новорожденных начинают грудное вскармливание в первый час после рождения, не находятся на исключительно грудном вскармливании в первом полугодии жизни более 60%, только четверть матерей продолжает кормить детей грудью до 12 месяцев [89]. Официальные статистические показатели РФ не дают представления о распространенности грудного вскармливания среди новорожденных и детей до трех месяцев жизни [61,84]. Критерии эффективности профилактической работы врачей-педиатров участковых по охвату детей грудным вскармливанием ниже международных рекомендаций [22,215]. Вместе с тем основные тенденции в состоянии здоровья детей первого года жизни в РФ свидетельствуют о неоднозначной динамике показателей, региональных особенностях, которые связывают с нездоровым образом жизни родителей, неоптимальным питанием детей, начиная с рождения, что диктует необходимость разработки профилактических программ, мониторинга патологии беременных женщин и детей групп риска [25,109,110,112,114].

Вопросам организации грудного вскармливания здоровых новорожденных за последнее десятилетие посвящено гораздо меньше научных исследований, чем вопросам питания преждевременно родившихся

и больных детей [10,14,61]. В АО изучение практики ГМО в поддержку грудного вскармливания не проводилось, что на фоне стоящих перед службой охраны материнства и детства стратегических задач, определило актуальность для комплексного анализа ситуации в рамках настоящего исследования.

Проведенный анализ основных медико-демографических показателей, заболеваемости доношенных и преждевременно родившихся новорожденных, детей первого года жизни за период 2007-2017 годы выявил негативные тенденции, различия и худшие показатели в сравнении с данными СЗФО и РФ. За 2007-2017 годы показатель младенческой смертности в регионе снизился с 10,2 до 6,0‰, но остался на 41,7% и 8,5% выше, чем в СЗФО (4,6‰) и в РФ (5,6‰).

Общая заболеваемость новорожденных родившихся с массой тела 1000г и более в родовспомогательных учреждениях (539,8-482,2‰, ТПП:-10,7%) превышала на 38,9% и 51,5% показатели РФ (388,5-318,3‰, ТПП:-18,1%). По 10 нозологиям отмечен рост показателей, лидирующие позиции занимали неонатальные желтухи, обусловленные чрезмерным гемолизом, другими и неуточненными причинами (144,0-200,3‰, ТПП:+39,1%), значительно опережая показатели РФ (80,3-80,9‰, ТПП:+0,7%). Показатель заболеваемости детей первого года жизни увеличился с 3937,4 до 4036,6‰ (ТПП:+2,5%), был выше, чем в РФ на 56,4% и 71,2%, соответственно ($p < 0,001$), по всем классам болезней, за исключением болезней нервной системы. По 7 классам отмечен рост показателей, в том числе болезням мочеполовой системы (ТПП:+24,9%), врожденным аномалиям (поракам развития), деформациям и хромосомным нарушениям (ТПП:+46,4%), травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин (ТПП:+198,8%).

Таким образом, в 2007-2017 годы показатели здоровья новорожденных и детей первого года жизни по большинству классов болезней в АО значительно хуже, чем в РФ, что отражает недостатки первичной целевой профилактики и проблемы в организации оказания акушерско-гинекологической, неонатальной и педиатрической помощи.

Проведенный анализ существующей практики грудного вскармливания в МРЦ показал, что не начинали грудное вскармливание в первый час после рождения 30,0% здоровых новорожденных, что противоречит отечественным и зарубежным рекомендациям [77,79,80]. Мероприятия в его поддержку осуществлялись в среднем на 54,9% в акушерском стационаре и на 50,0% в детской поликлинике. Впервые в субъекте установлен показатель исключительно грудного вскармливания детей, родившихся с оценкой по шкале Апгар 7 и выше баллов, от матерей, не имевших противопоказаний для грудного вскармливания: 49,1% с рождения, 88,3% при выписке из акушерского стационара, 22,3% среди детей в возрасте 6 месяцев. Показатели ниже оптимальных рекомендаций ВОЗ (95-90%), фактически достигнутого международного уровня (2016 г. – 40,0%) [89]. Выявлены организационные, психологические и социальные детерминанты, влияющие на реализацию планов матерей по продолжительности грудного вскармливания здоровых новорожденных. Докорм ДМС с рождения чаще назначался новорожденным, чьи матери отказывались от пренатального обучения ($p=0,038$), имели депрессивный вариант ПКГД ($p=0,014$). Более короткий период грудного вскармливания установлен у матерей с планами «кормить до 6 месяцев» ($p=0,093$), «до года» ($p=0,061$), использовавших соски, пустышки ($p<0,001$). Период грудного вскармливания более 6 месяцев имели дети у матерей с оптимальным типом ПКГД ($p=0,035$), планами кормить грудью «пока будет молоко» ($p=0,007$) и высшим образованием ($p=0,007$).

Информированность матерей и качество подготовки медицинских работников по вопросам грудного вскармливания – важные шаги для увеличения распространенности грудного вскармливания [20,22,25,29,117,121,126,128]. В нашем исследовании показано, что о его влиянии на здоровье ребенка доля правильных ответов матерей составила в среднем 25,3%, медицинских работников – 68,1%, на женское здоровье – 25,4% и 61,3%, соответственно. Специалисты службы родовспоможения и детства имели далеко не полные знания о краткосрочных и долгосрочных преимуществах грудного вскармливания, информированность матерей по всем вопросам была достоверно ниже ($p < 0,001$).

Формирование здоровья ребенка в полной мере определяется не только оптимальностью питания, но и приверженностью матерей, родителей к здоровому поведению до и после рождения детей [12,25]. По результатам анкетирования 2896 респондентов получены социальные детерминанты и расширены представления о здоровьесберегающем поведении родителей. Установлено, что здоровые и редко болеющие дети чаще находились на грудном вскармливании более 6 месяцев ($\chi^2(3)=15,67$, $p=0,001$). Подтверждено позитивное влияние возраста ($\chi^2(16)=53,26$, $p < 0,001$), высшего образования ($\chi^2(6)=91,24$, $p < 0,001$) матерей на продолжительность кормления грудью. В то же время каждый четвертый ребенок был ограниченно привит из-за частичного или полного отказа родителей от вакцинации, воспитывался в табакокурящих семьях (58,8%). Хронические заболевания чаще регистрировались в семьях, где родители отказывались от вакцинации ($\chi^2(6)=4,98$, $p < 0,026$), курили, а дети не получали или находились на грудном вскармливании менее 6 месяцев ($\chi^2(1)=6,61$, $p=0,011$). Некачественное формирование доминанты материнства и отцовства указывает на необходимость не только мер в поддержку грудного вскармливания, но и усиления целевой профилактической работы по

пропаганде здорового поведения среди лиц фертильного возраста [25,29,30,92,98,122].

Среди детей, проживающих в арктической зоне АО, впервые для региона установлены «дозозависимый» и долгосрочный эффекты грудного вскармливания: у детей с I группой здоровья период грудного вскармливания в два раза длительнее (12 месяцев), чем у детей с II и III группой (6 месяцев). В первый год посещения ДОО госпитализировались в стационар по причине осложненного течения респираторных инфекций дети, находившиеся на грудном вскармливании в среднем 4 месяца, при продолжительности грудного вскармливания 10 месяцев случаев госпитализации не было.

Таким образом, увеличение удельного веса здоровых детей и снижение хронической патологии в детской популяции области можно ожидать за счет повышения распространенности и продолжительности грудного вскармливания, наряду с ростом мотивации к вакцинации и снижением табакокурения в семьях, где воспитываются дети.

Несмотря на важность оптимального старта питания новорожденных учет мероприятий в поддержку грудного вскармливания до настоящего времени не предусмотрен отчетными формами ФСН. Внедрение мониторинга грудного вскармливания новорожденных в 2010-2017 годы показало, что в акушерских стационарах I группы был исходно низкий по международным критериям показатель, отмечено в динамике его увеличение до оптимального уровня (89,5-92,3%) и снижение расхода ДМС из расчета в среднем на 1 ребенка (0,072-0,062 кг). В акушерских стационарах II группы исходный показатель был выше, чем в I, но динамика отрицательная (92,3-89,6%) при увеличении расхода ДМС на 1 ребенка (0,041-0,045кг). В акушерских стационарах III-А группы оптимальный показатель грудного вскармливания с тенденцией к снижению (96,7-96,0%) и высокий расход ДМС из расчета в среднем на 1 ребенка (0,31-0,27 кг). Показано, что при

сокращении числа родившихся новорожденных учет только общего расхода ДМС не позволяет объективно оценить соблюдение принципа исключительного грудного вскармливания. Для объективной оценки рассчитали показатель «средний расход ДМС (в кг) на 1 новорожденного» и установили оптимальные границы расхода на 1 ребенка по группам акушерских стационаров (I – 0,00кг; II – 0,002кг; III-A – 0,027кг). Недополученная экономическая выгода за счет неоптимального питания новорожденных и несоблюдения принципа исключительно грудного вскармливания в системе регионального родовспоможения составила более 2,7 млн. рублей (по данным 2017 г.).

Фактическим отражением эффективности профилактической работы врачей-педиатров среди детей до года являются показатели грудного вскармливания. В 2007-2017 годы доля детей на грудном вскармливании в возрасте 6-12 месяцев увеличилась в АО с 49,1 до 55,4% ($p_{\text{для тренда}} < 0,001$), сократилась в возрасте 3-6 месяцев с 30,8 до 29,8% ($p_{\text{для тренда}} = 0,046$) и от 0 до 3 месяцев – с 20,1 до 14,8% ($p_{\text{для тренда}} < 0,001$). Сравнительный анализ между городскими и сельскими округами выявил различия структуры и динамики показателей в возрастных группах детей, стабильно более низкие показатели у детей, проживающих в сельских территориях ($p < 0,001$), что определило необходимость дифференцированного подхода специалистов участковой педиатрической службы городских и сельских ГМО к работе с матерями.

Сравнительный анализ показателей грудного вскармливания между субъектами СЗФО выявил различия, широкий диапазон и низкие по международным критериям показатели у детей 6-12 месяцев (СЗФО – 37,39%, РФ – 40,4%). За 2007-2017 годы в АО снизилась доля детей, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (с 20,1 до 14,8%, $p < 0,001$). Среди субъектов СЗФО в АО был достигнут максимальный уровень грудного вскармливания у детей до года с увеличением показателя с 49,12% (2007 год)

до 55,4% ($p < 0,001$) в 2017 году, в трех субъектах – без динамики, в двух – снижение ($p < 0,001$). Однако каждый 6–7 ребенок в АО не получал или завершал грудное вскармливание до 3 месяцев жизни, что свидетельствует о целесообразности дальнейшего совершенствования системы организации грудного вскармливания на региональном уровне не только в АО, но и в других субъектах СЗФО и РФ.

На основании полученных данных комплексного анализа ситуации по организации грудного вскармливания в первичном звене здравоохранения (детские поликлиники городских и сельских территорий), в акушерских стационарах трехуровневой системы при оказании специализированной медицинской помощи определены стратегические направления совершенствования организации системы в поддержку грудного вскармливания (организационное, обучающее, информационно-издательское, международное, общественное). С учетом компонентов Глобального банка данных грудного вскармливания определен перечень индикаторов регионального мониторинга грудного вскармливания и целевых значений по группам акушерских стационаров, внедрен рейтинг ГМО по показателям грудного вскармливания детей до года.

Реализация вышеизложенных мероприятий в 2012-2017 годы позволила сохранить позитивный тренд распространенности грудного вскармливания детей до года (с 50,6 до 55,4%, при снижении в РФ с 40,6 до 40,4%) за счет сокращения доли, завершивших грудное вскармливание до 3 месяцев (с 17,9 до 14,8%). Улучшились показатели среди детей, проживающих в городских округах (с 58,0 до 62,3%) и в сельских округах в 6-12 месяцев (с 37,4 до 38,6%). На этом фоне снизились показатели заболеваемости детей первого года жизни отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде с 621,1 до 543,4% (ТПП: -12,5%). Положительная динамика отмечена по ряду алиментарно-зависимых

патологий. По классам болезней органов пищеварения показатель снизился с 293,7 до 266,6‰ (ТПП: -9,2%), эндокринной системы, расстройствам питания и нарушениям обмена веществ – с 83,8 до 77,2‰ (ТПП: -7,9%). По классу болезней крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающим иммунный механизм, снижение показателя с 160,1 до 151,7‰ (ТПП: -5,2%), включая анемии с 142,7 до 139,6‰ (ТПП: -2,2%).

За 5-летний период 2013-2017 годов темп убыли младенческой смертности выше (-22,1%), чем за 2008-2012 годы (-17,8%), несмотря на переход на новые критерии рождения. Международный статус ИБДР подтвердили 2 акушерских стационара (2016 г.), и впервые в АО в 2017 году отделению патологии новорожденных и недоношенных, детей раннего возраста Северодвинской городской детской клинической больницы было присвоено это почетное звание.

Негативная общая демографическая ситуация в АО, низкий уровень состояния здоровья новорожденных и детей первого года жизни, нуждаются в дальнейшем совершенствовании мер, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин и снижение заболеваемости детей, начиная с рождения.

Грудное вскармливание – физиологический, безальтернативный, малозатратный, экологически и экономически выгодный процесс, а увеличение его распространенности и продолжительности – направление профилактической работы с доказанной краткосрочной и долгосрочной эффективностью. На основании проведенного комплексного анализа сформированы выводы и предложения по дальнейшему совершенствованию организации мер по пропаганде, охране и в поддержку грудного вскармливания в региональной системе трехуровневого оказания медицинской помощи.

ВЫВОДЫ

1. Динамика медико-демографических показателей в Архангельской области в 2007-2017 годы характеризуется снижением рождаемости с 11,8 до 10,5‰, общей смертности с 14,8 до 13,2‰, естественной убыли населения с -3,0 до -2,7‰, младенческой смертности с 10,2 до 6‰. Заболеваемость новорожденных с массой тела 1000 г и более, родившихся в родовспомогательных учреждениях, выше, чем в РФ на 38,9 и 51,5% по большинству нозологий, в том числе среди недоношенных ($p < 0,001$) и доношенных детей ($p < 0,001$). Заболеваемость детей первого года жизни выше общероссийских показателей на 56,4 и 71,2% по всем классам болезней, кроме болезней нервной системы ($p < 0,001$).
2. Существующая практика в межрайонном центре родовспоможения свидетельствует о том, что в 45,1% случаев не соответствовали рекомендациям ВОЗ сроки и длительность первого прикладывания к груди, кожного контакта, не осуществлялось круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка, проводилось допаивание глюкозой, докорм детскими молочными смесями. Показатели исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных при выписке из акушерского стационара составили 88,3%, в 1 месяц – 82,9%, 4 месяца – 59,7%, 6 месяцев – 22,3%, что ниже данных ВОЗ (2016г. – 40%). Негативно влияли на продолжительность грудного вскармливания – отказ беременных женщин от пренатального обучения ($\chi^2=4,31$, $p=0,038$), использование сосок, пустышек ($\chi^2=17,70$, $p < 0,001$); позитивно – оптимальное отношение к грудному вскармливанию ($p=0,035$), желание кормить «пока будет молоко» ($\chi^2=7,31$, $p=0,007$), высокий уровень образования ($\chi^2=7,238$, $p=0,007$).
3. Информированность матерей о краткосрочных и долгосрочных эффектах грудного вскармливания значительно ниже ($p < 0,001$), чем медицинских работников, которые также имеют недостаточные знания по

этим вопросам. Увеличение продолжительности грудного вскармливания положительно влияет на состояние здоровья детей: среди детей с I группой здоровья период грудного вскармливания был в два раза длительнее (12 месяцев), чем у детей со II и III группами (6 месяцев, $p=0,138$). В первый год посещения детского сада случаи госпитализации в стационар с осложненным течением респираторных инфекций регистрировались среди детей с длительностью грудного вскармливания в пределах 4 месяцев, при продолжительности грудного вскармливания 10 месяцев и более такие случаи не регистрировались ($p=0,117$). Хронические заболевания у детей чаще встречались в семьях, где родители отказывались от вакцинации ($\chi^2_{(6)}=4,98$, $p<0,026$), курили, а дети находились на грудном вскармливании менее 6 месяцев или получали искусственное вскармливание ($\chi^2(1)=6,61$, $p=0,011$).

4. Мониторинг грудного вскармливания в трехуровневой системе перинатальной помощи позволил установить, что показатели грудного вскармливания новорожденных в 2010-2017 годы при выписке из акушерских стационаров I (89,5–92,3%) и II (92,3–89,6%) групп низкие, III-A – оптимальные (96,7–96,0%). Широкий диапазон расхода детских молочных смесей в среднем на 1 ребенка свидетельствует о проблемах становления лактации, необходимости контроля соблюдения базовых технологий неонатального ухода, обоснованности использования смесей, повышения мотивации специалистов к внедрению эффективных форм поддержки грудного вскармливания. При достижении оптимальных показателей исключительно грудного вскармливания акушерские стационары могли бы ежегодно экономить более 2,7 млн. руб. (по данным 2017 г.).

5. В городских округах в 2007-2017 годы показатели грудного вскармливания детей 6-12 месяцев были выше (54,88%-62,36%, $p<0,001$), чем в сельских муниципальных образованиях (38,24%-38,6%, $p<0,001$). В целом

по Архангельской области отмечен положительный тренд показателей грудного вскармливания детей 6-12 месяцев с 49,1% до 55,4% (р для тренда <0,001), сокращение доли детей, завершивших грудное вскармливание в 3-6 месяцев с 30,8% до 29,8% (р для тренда=0,046), до 3 месяцев с 20,1% до 14,8% (р для тренда<0,001). Достигнутые показатели в регионе ниже рекомендуемых ВОЗ (90% и выше), но выше, чем в СЗФО (35,98-37,39%) и РФ (38,7-40,4%).

6. Организация и внедрение системы поддержки грудного вскармливания в Архангельской области в 2012-2017 годы привели к увеличению на 4,8% распространенности грудного вскармливания детей до года (с 50,6 до 55,4%), в отличие от РФ (40,6-40,4%). Снизилась заболеваемость детей первого года жизни отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, на 12,5% (621,1-543,4‰), алиментарно-зависимыми патологиями: на 9,2% – болезнями органов пищеварения (293,7-266,6‰), на 7,9% – болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ (83,8-77,2‰), на 5,2% – болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, (160,1-151,7‰), в том числе на 2,2% анемиями (142,7-139,6‰). Темп сокращения показателя младенческой смертности в 2013-2017 годы выше (ТПП: -22,1%), чем в 2008-2012 годы (ТПП: -17,8%), что позволяет рассматривать организацию системы поддержки грудного вскармливания перспективным направлением профилактической работы.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

На федеральном уровне: дополнить форму ФСН № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» показателями об использовании семейно-ориентированных (партнерские роды) и базовых технологий неонатального ухода (инициация грудного вскармливания в течение 1 часа после рождения); включить показатели грудного вскармливания новорожденных в критерии оценки качества медицинской помощи в службе родовспоможения; внести изменения в статистические формы учета, индикаторы оценки эффективности профилактической работы врачей-педиатров участковых в части показателей исключительно грудного вскармливания детей до 6 месяцев, грудного вскармливания до 12 месяцев.

На региональном уровне органам управления здравоохранения целесообразно: внедрять мониторинг показателей грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах; проводить рейтинговую оценку медицинских организаций по показателям грудного вскармливания детей до года; развивать международное движение ИБДР.

На муниципальном уровне: объединить межведомственные силы и средства в поддержку беременных, кормящих матерей, на регулярной основе осуществлять через средства массовой информации пропаганду здоровых форм поведения родителей, включая популяризацию грудного вскармливания, приверженность к вакцинации, отказ от деструктивных форм поведения.

На уровне медицинских организаций: специалистам службы родовспоможения и детства, медицинской профилактики при формировании групп беременных по подготовке к грудному вскармливанию учитывать образовательный, семейный, табачный статус, отношение к вакцинации; организаторам здравоохранения контролировать соблюдение базовых

технологий неонатального ухода, использовать показатели грудного вскармливания новорожденных, расхода детских молочных смесей из расчета в среднем на 1 ребенка в качестве объективного критерия эффективности мер поддержки исключительно грудного вскармливания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абольян, Л.В. Длительность грудного вскармливания младенцев, наблюдавшихся в детских поликлиниках, имеющих и не имеющих звания ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» / Л.В. Абольян, С.В. Новикова, А.В. Дерю // Педиатрия. – 2015. – Т. 94, № 5. – С. 89–95.
2. Абольян, Л.В. Роль сектора здравоохранения в охране и поддержке грудного вскармливания / Л.В. Абольян, В.А. Полесский // Грудное вскармливание в современном мире: роль сектора здравоохранения в охране и поддержке грудного вскармливания: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Москва, 2014. – С. 14–19.
3. Абольян, Л.В. Роль современных медико-организационных технологий в повышении длительности грудного вскармливания / Л.В. Абольян // Якутский медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 18–21.
4. Абольян, Л.В. Современные подходы к оценке показателей грудного вскармливания на примере Чеченской Республики и Республики Ингушетия / Л.В. Абольян, П.М. Евлоева, Е.И. Бартенева // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – № 12 (4). – С. 58–63.
5. Абольян, Л.В. Современный взгляд на грудное вскармливание: эпидемиология и его значение для здоровья матери и ребенка с позиций общественного здоровья (по материалам «Серии по грудному вскармливанию» журнала «Ланцет») / Л.В. Абольян, С.В. Новикова // Сеченовский вестник. – 2017. – Т. 1, № 27. – С. 41–49.
6. Абольян, Л.В. Современные подходы к оценке практики поддержки грудного вскармливания в неонатологических стационарах / Л.В. Абольян, И.М. Пастбина, С.А. Полянская, А.А. Монахова // Вопросы детской диетологии. – 2019. – № 4. – С. 5-13

7. Байбарина, Е.Н. «Российская педиатрия всегда отличалась профилактической направленностью» /Е.Н. Байбарина // Доктор. РУ. Педиатрия. – 2019. – № 5 (160). – С. 4–5.
8. Байбарина, Е.Н. Экспертный анализ качества помощи новорожденным, как методика перинатального аудита / Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 1. – С. 34–40.
9. Барабаш, Н. А. Опыт работы центра грудного и рационального вскармливания г. Томска / Н.А. Барабаш, В.В. Поженко, Н.В. Протасова, О.В. Муратова // Вопросы детской диетологии. – 2010. – Т. 8, № 4. – С. 64–68.
10. Баранов, А.А. Неонатальный стационар II этапа «Мать и дитя» как медико-организационная технология совершенствования системы медицинской помощи новорожденным / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, И.А. Беляева, Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, Р.С. Зайниддинова, И.Е. Смирнов // Российский педиатрический журнал. – 2014. – Т. 17, № 6. – С. 16–22.
11. Баранов, А.А. 100 лет советской системе охраны здоровья матери и ребенка: успехи, проблемы, уроки / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 11–15.
12. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей современной России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая. – Москва: Педиатр, 2018. – 116 с.
13. Башмакова, Н.В. Перинатальный аудит. Современная методология : методические рекомендации / Н.В. Башмакова, О.С. Филиппов, Г.Б. Мальгина, Н.Б. Давыденко, А.М. Литвинова. – Москва, 2014. – 60 с.
14. Беляева, И.А. Внедрение принципов успешного грудного вскармливания в системе оказания медицинской помощи детям, родившимся

раньше срока / И.А. Беляева, Л.С. Намазова-Баранова, Т.В. Турти, О.Л. Лукоянова, Е.П. Бомбардирова // Педиатрическая фармакология. – 2014. – Т. 11, № 5. – С. 71–76.

15. Беляева, И.А. Медико-организационные основы работы банка грудного молока / И.А. Беляева, Е.П. Бомбардирова // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 75–78.

16. Беляева, И.А. Организация грудного вскармливания в отделениях реанимации и интенсивной терапии недоношенных детей: дискуссионные вопросы / И.А. Беляева, Л.С. Намазова-Баранова, Н.Н. Володин, Е.Е. Петрайкина // Педиатрическая фармакология. – 2019. – Т. 16, № 3. – С. 152–158.

17. Беляева, И.А. Значение грудного вскармливания в профилактике отдаленных нарушений метаболизма: обзор литературы / И. А. Беляева, Л.С. Намазова-Баранова, Т.В. Турти, Е.П. Бомбардирова, М.Д. Митиш, Т.В. Потехина // Педиатрическая фармакология. – 2015. –Т. 12, № 1. – С. 52–58.

18. Беляева, Н.А. Оценка знаний кормящих матерей в вопросах грудного вскармливания до и после занятий в школе материнства / Н.А. Беляева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 1. – С. 108–110.

19. Богза, О.Г. Роль трехуровневой системы организации медицинской помощи женщинам и детям в снижении младенческой смертности на примере Омской области / О.Г. Богза, О.П. Голева // Врач-аспирант. – 2015. – № 3.2 (70). – С. 239-247

20. Булатова, Е.М. Вскармливание детей раннего возраста в современных условиях: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09 / Булатова Елена Марковна. - СПб., 2005. - 308 с.

21. Булатова, Е.М. Питание детей в Санкт-Петербурге: новые организационные решения, достижения и проблемы [Электронный ресурс] /

Е.М. Булатова, В.Е. Жолобов, А.И. Фролова, Е.Ю. Панфилова // Доклад на XVII Всероссийском конгрессе диетологов и нутрициологов с международным участием «Фундаментальные и прикладные аспекты нутрициологии и диетологии. Лечебное, профилактическое и спортивное питание». 30.10.18. – Москва, 2018. – Режим доступа: <https://ppt-online.org/459200>.

22. Бурова, О.Н. Разработка научных основ оптимизации вскармливания детей грудного возраста в условиях детской поликлиники: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.08, 14.02.03 / Бурова Ольга Николаевна. - Н.Новгород, 2015. - 172 с.

23. Бушмелева, Н.Н. Репродуктивные потери и пути их снижения в регионе (на примере Удмуртской Республики): автореф. ... дис....д-ра мед. наук: 14.02.03 / Бушмелева Наталия Николаевна.- М., 2015. – 51 с.

24. Воронцов, И.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка / И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева – СПб.: Б.и., 2006. – 260 с.

25. Гайнутдинова, Л.И. Медико-социальные аспекты проблемы продолжительности грудного вскармливания и состояния здоровья детей раннего возраста работающих женщин: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Гайнутдинова Лейсан Ирековна. - Казань, 2009. - 23 с.

26. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. – Женева, 2014. – 114 с.

27. Глушко, И.В. Грудное вскармливание. Медико-экономический аспект (на примере г. Владивостока): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09/Глушко Ирина Валентиновна. - Владивосток, 2003. - 24 с.

28. Глушкова, В.Г. Демографическая безопасность России и ее регионов: проблемы и пути их решения / В.Г. Глушкова, О.Б. Хорева // Вестник финансового университета. – 2014. – № 3. – С. 14–25.

29. Гмошинская, М.В. Грудное вскармливание: трудности в организации и пути преодоления / М.В. Гмошинская // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 70–72.

30. Гмошинская, М.В. Факторы, влияющие на лактацию / М.В. Гмошинская // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – Т. 12, № 2. – С. 139–141.

31. Грибакин, С.Г. Возможности сохранения лактации после преждевременных родов / С.Г. Грибакин, О.Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, И.Н. Захарова, В.А. Скворцова // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т.14, № 5. – С. 534–538.

32. Гуркина, Е.Ю. Влияние занятий в школе будущих матерей при перинатальном центре ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова на психо-эмоциональное состояние беременных и течение родов / Е.Ю. Гуркина, Е.Н. Беляева, Ю.Г. Гаврищук, Э.В. Пивсаева // Актуальные вопросы педиатрии и перинатологии. – СПб., 2015. – С. 259–262.

33. Джунусова, З.Ж. Формирование мотивации грудного вскармливания у родильниц в послеродовом отделении / З.Ж. Джунусова, С.А. Бурова // Педиатрическая фармакология. – 2017. – Т. 14, № 6. – С. 536–538.

34. Добряков, И.В. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации : методические рекомендации / И.В. Добряков, Е.В. Макушкин, Е.М. Костерина. – Москва: Минздравсоцразвития РФ, 2009. – 28 с.

35. Добряков, И.В. Показатели тревоги и депрессии у беременных женщин при различных типах психологического компонента гестационной доминанты / И.В. Добряков // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2014. – Т. 45, № 1. – С. 46–50.

36. Доклад о Целях в области устойчивого развития, 2017 год. Организация Объединенных Наций [Электронный ресурс]: резолюция. – Нью-Йорк, 2017. – 62 с. – Режим доступа : https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/thesustainabledevelopmentgoalsreport2017_russian.pdf.

37. Захарова, Н.И. Опыт организации индивидуального банка грудного молока в перинатальном центре / Н.И. Захарова, В.А. Янин, Л.В. Малютина, В.Л. Крикунова, О.А. Халимова, В.М. Хлебушкина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64, № 4. – С. 99–104.

38. Здоровое питание матери: лучшее начало жизни [Электронный ресурс]: доклад Европейского бюро ВОЗ. – Женева, 2016. – 89 с. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/good-maternal-nutrition.-the-best-start-in-life-2016>.

39. Здоровье детей и подростков: информационные бюллетени о целях в области устойчивого развития: задачи, связанные со здоровьем [Электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/364952/child-adolescent-health-rus.pdf

40. Здравоохранение России [Электронный ресурс] / Росстат России. - М., 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 гг. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/en/main/.

41. Здравоохранение в России. 2017. [Электронный ресурс]: Статистический сборник. – Москва, 2017. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/

42. Землянова, Е.В. Откладывание деторождения российскими женщинами в современных социально-экономических условиях / Е.В. Землянова, В.Ж. Чумарина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – Т. 64, № 6. – С. 9.

43. Иванов, Д.О. Современные аспекты организации неонатальной помощи / Д. О. Иванов, Ю.В. Петренко. – СПб. : Изд-во Н-Л, 2011. – 464 с.
44. Иванов, Д.О. Современные возможности поддержки грудного вскармливания / Д.О. Иванов, Ю. В. Петренко, Т. А. Федосеева // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3, № 4. – С. 36–42.
45. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков 2015–2020 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_Invest_SAHstrategy_140440.pdf.
46. Калининская, А.А. Организационные формы профилактической работы с населением / А.А. Калининская, И.М. Сон // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 323–327.
47. Кешишян, Е.С. Как сохранить грудное вскармливание в практике педиатра (обмен опытом) / Е.С. Кешишян // Медицинский совет. – 2015. – № 1. – С. 32–35.
48. Комплексный план осуществления действий в области питания матерей, а также детей грудного и раннего возраста. – Женева: ВОЗ, 2014. – 24 с.
49. Кондакова, Н.И. Роль грудного вскармливания в питании детей. Опыт внедрения успешного грудного вскармливания в городе Архангельске / Н.И. Кондакова, Л.А. Соколова // Здоровье населения Европейского Севера России на рубеже XXI века. – Архангельск, 2002. – С. 102–105.
50. Кораблёва, Н.Н. Использование детских молочных смесей в родовспомогательных учреждениях / Н.Н. Кораблёва, А.Н. Плаксина, В.Р. Амирова, О.П. Ковтун, С.Е. Украинцев // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т.17, №4. – С.346–349.

51. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]: утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9.10.2007 г. № 1351. – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/part/538230>.

52. Конь, И.Я. Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации / И. Я. Конь // Вопросы детской диетологии. – 2004. – Т. 2, № 4. – С. 38–41.

53. Конь, И.Я. Результаты мультицентрового исследования особенностей вскармливания детей в основных регионах Российской Федерации. Сообщение 1. Распространенность грудного вскармливания и факторы, влияющие на продолжительность лактации / И.Я. Конь, М.В. Гмошинская, Т.Э. Боровик, Е.М. Булатова, А.А. Джумагазиев, К.С. Ладодо, Е.И. Прахин, Л.А. Решетник, Н.Е. Санникова, А.К. Углицких, Е.М. Фатеева, В.И. Фурцев, Н.М. Шилина // Вопросы детской диетологии. – 2006. – Т. 4, № 2. – С. 5–8.

54. Кулакова, Г.А. Грудное вскармливание как проблема XXI века / Г.А. Кулакова, Н.А. Соловьёва, Е.А. Курмаева // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 93–96.

55. Лебедева, У.М. Грудное вскармливание : методические рекомендации / У.М. Лебедева, В.И. Фурцев. – Якутск, 2016. – 28 с.

56. Ломовских, В.Е. Оценка и предложения по изменению статистики грудного вскармливания в Российской Федерации / В.Е. Ломовских, Т.К. Бердикова, Е.Л. Врублевская // Вопросы детской диетологии. – 2005. – Т. 3, № 3. – С. 49–53.

57. Лукоянова, О.Л. Возможности организации грудного вскармливания детям с перинатальной патологией центральной нервной системы / О. Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, Г.В. Яцык, И.А. Беляева, В.И. Фурцев // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т.11, № 1. – С. 83–90.

58. Лукоянова, О.Л. Информированность родителей, медицинских работников и консультантов по грудному вскармливанию в вопросах донорства грудного молока: результаты опроса / О.Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, И.А. Беляева, Л.С. Намазова-Баранова, Г.В. Яцык, Е.В. Щепкина, У.М. Лебедева, В.И. Фурцев, Я.Я. Яковлев, Л.Н. Софронова, Л.А. Даутова, О.В. Нодвикова, А.Л. Карпова, Н.В. Ключева // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15, № 6. – С. 610–618.

59. Лукоянова, О.Л. Необходимость и возможность создания банков донорского грудного молока в России: результаты социологического опроса в рамках пилотного проекта банка донорского молока на базе ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» / О.Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, И.А. Беляева, Л.С. Намазова-Баранова, Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардирова, В.А. Скворцова, Е.В. Щепкина // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 145–154.

60. Лукоянова, О.Л. Нутритивная эпигенетика и эпигенетические эффекты человеческого грудного молока / О.Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик // Вопросы питания. – 2015. – № 5. – С. 4–15.

61. Лукоянова, О.Л. Оптимальные сроки начала введения прикорма доношенным детям на исключительно грудном вскармливании: результаты наблюдационного исследования / О.Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, В.А. Скворцова, Л.С. Намазова-Баранова, Н.Г. Звонкова, Т.Н. Степанова, Е.А. Копыльцова, Е.Л. Семикина, И.М. Гусева // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 371–378.

62. Лукоянова, О.Л. Оценка клинической эффективности новых технологических подходов к поддержке грудного вскармливания / О. Л. Лукоянова, Т.Э. Боровик, И.А. Беляева, Г.В. Яцык / Вопросы современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 4. – С. 182–186.

63. Макарова, В.И. Основные проблемы здоровья детей на Севере России / В.И. Макарова, Л.И. Меньшикова // Экология человека. – 2003. – №1. – С. 39–41.

64. Малявская, С.И. Основные подходы к формированию комплексной системы научно-методического сопровождения мероприятий по сохранению здоровья населения в арктической зоне Российской Федерации / С.И. Малявская // Государственный аудит. Право. Экономика. – 2017. – № 1. – С. 74–78.

65. Манакина, Е.С. Модель профилактики в акушерской практике / Е.С. Манакина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 1. – С. 44–50.

66. Матвеев, Э.Н. Особенности заболеваемости детского населения 0-14 лет Российской Федерации за период 2000-2015 гг. / Э.Н. Матвеев, Т.А. Соколовская, В.М. Кураева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 1. – С. 26–43.

67. Медведева, О.В. Сравнительная характеристика отдельных нормативно правовых актов, используемых для оценки качества работы врача акушера-гинеколога / О.В. Медведева, Т.В. Большова, Ю.Е. Попов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 3. – С. 215–227.

68. Медицинская помощь детям в Российской Федерации: аналитический доклад / ред. : Е.Н. Байбарина, О.В. Чумакова. – Москва. 2018. – 46 с.

69. Методические рекомендации «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» и «Программа оптимизации питания детей в возрасте 1 – 3 лет в Российской Федерации» : Письмо Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 15-2/И/2-10893 от 19.11.2019.

70. Мингазова, Э.Н. Медико-социальные аспекты продолжительности грудного вскармливания детей раннего возраста работающих женщин / Э.Н. Мингазова, Л.И. Гайнутдинова // Вопросы питания.– 2016 .–Т. 85, №2.– С.166.

71. Намазова-Баранова, Л.С. Современные возможности сохранения естественного вскармливания у детей первых месяцев жизни, имеющих нарушения в состоянии здоровья / Л.С. Намазова-Баранова, Т.В. Турти, И.А. Беляева, Е.П. Зимина, С.Б. Лазуренко, М.Д. Митиш, Е.А. Бакович, М.С. Ртищева, Н.Ю. Савватеева // Педиатрическая фармакология. – 2014. – Т. 11, № 3. – С. 70–74.

72. Наркевич, А.Н. Методы определения минимальной выборки в медицинских исследованиях [Электронный ресурс]/ А.Н.Наркевич, К.А.Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019.– Т.65, №6.– Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/>

73. Новые грани детской нутрициологии : руководство для врачей / ред. : О.К. Нетребенко, В.П. Шумилова, Ю. Г. Мухина. – Москва. 2018. – 248 с.

74. О критериях оценки эффективности работы врача-педиатра участкового. [Электронный ресурс]: Приказ Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 апреля 2007 г. № 283 – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4084667/>

75. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года [Электронный ресурс]: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. – Режим доступа: <http://tass.ru/politika/5182019/>.

76. О порядке и условиях расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном

законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни [Электронный ресурс]: приказ Минздравсоцразвития России от 19 января 2007 г. № 50. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12151972/>

77. Об утверждении «Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 921н. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70293290/>

78. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017; № 1640. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70643470/>.

79. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н (ред. от 12.01.2016). – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144927/

80. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70183024/>

81. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям [Электронный ресурс]: приказ

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 марта 2018 г. № 92н. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>

82. Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья [Электронный ресурс] : приказ Росстата России от 27 декабря 2016 № 866. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_210594/

83. Оказание медицинской помощи при одноплодных родах в затылочном предлежании (без осложнений) и в послеродовом периоде : клинические рекомендации (протокол лечения) [Электронный ресурс] : письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 2014 г. № 15-4/10/2-3185. – Режим доступа: URL: http://prof.ncagp.ru/upload/files/conf/rody_zad_2014.pdf.

84. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2018. – 208 с.

85. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации / Министерство здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2013. – 208 с.

86. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Архангельской области за 2007 год. – Архангельск : МИАЦ; 2008. – 52 с.

87. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Архангельской области за 2017 год. – Архангельск : МИАЦ, 2018. – 53 с.

88. Пакет готовых решений по реализации программы «Расширение практики грудного вскармливания для гармоничного развития и улучшения здоровья детей раннего возраста» [Электронный ресурс] // Проект «Улучшение помощи мамам и малышам» (Февраль, 2011). – Режим доступа: http://www.healthquality.ru/open/index_con.php.

89. Питание матерей и детей грудного и раннего возраста [Электронный ресурс] // ВОЗ. – 2018. – EB142/22. – С.11. – Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_22-ru.pdf.

90. Повышение качества услуг по охране репродуктивного, материнского, неонатального, детского и подросткового здоровья в европейском регионе. Региональная программа поддержки внедрения политики «Здоровье-2020». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/330958/RMNCAH-QI-Framework-ru.pdf.

91. Позднякова, М.А. Организационно-функциональная модель Центра грудного вскармливания в системе профилактики неинфекционных заболеваний у детей первого года жизни / М.А. Позднякова, Е.Ф. Лукушкина, О.Н. Бурова // Вестник РУДН. Медицина. – 2015. – № 1. – С. 28–33.

92. Полунина, Н.В. Оценка факторов риска для здоровья новорожденных и отношение к грудному вскармливанию городских жительниц / Н.В. Полунина, И.А. Шмелев, О.Е. Коновалов // Вестник РУДН. Серия Медицина. – 2015. – № 4. – С. 9–15.

93. Полунина, Н.В. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья / Н.В. Полунина, Ю.П. Пивоваров, О.Ю. Милушкина // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2018. – № 5. – С. 5–13.

94. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [Электронный ресурс]: Резолюция, принятая

Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 г. / Организация Объединенных Наций. – Режим доступа : https://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_ru.pdf.

95. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. – Москва: б.и., 2019. – 112 с.

96. Программа оптимизации питания детей в возрасте 1 – 3 лет в Российской Федерации: методические рекомендации ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. – Москва: б.и., 2019. – 36 с.

97. Расова, Л.К. Исследование информированности и отношения к грудному вскармливанию матерей в Екатеринбурге / Л.К. Расова, Ф.А. Джатдоева, В.Э. Тарабукина, Е.В. Гребенкина, И.В. Тарабукин // Социология медицины. – 2007. – № 1. – С. 35–38.

98. Ртищева, М.С. Социально-психологическое исследование материнских установок на процесс грудного вскармливания недоношенных детей / М.С. Ртищева, С.Б. Лазуренко, И.А. Беляева // Педиатрическая фармакология. – 2014. – Т.11, № 5. – С. 98–103.

99. Руголь, Л.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Стародубов, А.В. Погонин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 6. – С. 64. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/>.

100. Рюмина, И.И. Организация вскармливания пациентов в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей / И.И. Рюмина, Е.Н. Байбарина, Е.М. Курбатова, Е.В. Грошева, А.А. Рудакова, Г.А. Быков // Вопросы детской диетологии. – 2010. – Т. 8, № 3. – С. 30–34.

101. Рюмина, И.И. Организация грудного вскармливания новорожденные в перинатальном центре (клинические рекомендации) / И.И. Рюмина, М.В. Нароган, И.В. Орловская, В.В. Зубков, О.А. Коренева, Д.Н.

Дегтярев, Е.Н. Байбарина // Неонатология: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 4. – С. 149–160.

102. Савицкий, А.Г. Место перинатологии в современном перинатальном центре: теоретические и практические аспекты проблемы / А.Г. Савицкий, Д.О. Иванов // Детская медицина Северо-Запада. – 2012. – Т. 3, № 4. – С. 4–11.

103. Сененко, А. Ш. Меры, направленные на снижение потребления несбалансированных продуктов питания: обзор российских и зарубежных электронных ресурсов / А.Ш. Сененко, А.Б. Гармаева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 1. – С. 14–25.

104. Симаходский, А.С. Новые организационные технологии в обеспечении детей первых 2 лет жизни льготным питанием в Санкт-Петербурге / А.С. Симаходский, Е.М. Булатова, Л.В. Эрман // Вопросы детской диетологии. – 2003. – Т. 1, № 1. – С. 102–104.

105. Скворцова, В.А. Роль грудного молока в питании и выхаживании недоношенного ребенка / В.А. Скворцова, Т.Э. Боровик, О.К. Нетребенко, Т.В. Бушуева, О.Л. Лукоянова, С.А. Трусова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2015. – Т. 94, № 5. – С. 81–89.

106. Соблюдая обещания, оценивая результаты [Электронный ресурс].- Доклад Комиссии по информации и подотчетности в отношении здоровья женщин и детей / Женева: ВОЗ, 2011. – 31 с. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44672/9789244564325_rus.pdf

107. Современные подходы к организации прикорма в рамках «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://umedp.ru/articles/sovremennye_podkhody_k_organizatsii_prikorma_v_ramkakh_natsionalnoy_programmy_optimizatsii_vskarmliv.html.

108. Соколовская, Т.А. Анализ нормативно-правовой базы, определяющей деятельность врача педиатра участкового / Т.А. Соколовская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2014. – № 2. – С. 31–47.

109. Соколовская, Т.А. Динамика заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации / Т.А. Соколовская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 1. – С. 1–13.

110. Соколовская, Т.А. Проблема репродуктивного здоровья с позиции перинатологии / Т.А. Соколовская, О.В. Армашевская, Л.Ю. Чучалина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – Т. 61, № 4. – С. 55–58.

111. Соколовская, Т.А. Роль семьи в формировании «модели здоровья» у детей / Т.А. Соколовская, М.В. Монахов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 3. – С. 45–56.

112. Соколовская, Т.А. Ценностное отношение в семье к здоровью детей с различными заболеваниями / Т.А. Соколовская, М.В. Монахов, О.В. Армашевская, Е.В. Бахадова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 56–66.

113. Сорокина, З.Х. Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования качества медицинской помощи новорожденным детям в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03/Сорокина Зимфира Халиулловна. - СПб., 2011. - 45 с.

114. Стародубов, В.И. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема современной России / В.И. Стародубов, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова // Современные медицинские технологии. – 2009. – № 2. – С. 11–16.

115. Стародубов, В.И. Социологические исследования как индикатор качества медицинской помощи в системе непрерывной профилактики перинатальной патологии / В.И. Стародубов, В.С. Ступак, О.М. Филькина, О.А. Сенькевич, Е. А. Воробьева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 26, № 4. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/414/30/lang,ru/>.

116. Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации до 2025 года [Электронный ресурс]: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р. – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/past/>.

117. Тишевой, И.А. Модели психологической работы по увеличению распространенности грудного вскармливания / И.А. Тишевой // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – Т. 163, № 30. – С. 52–58.

118. Усынина, А.А. Регистр родов Архангельской области как важный информационный ресурс для науки и практического здравоохранения / А.А. Усынина, И.О. Одланд, Ж.А. Пылаева, И.М. Пастбина, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2017. – №2. – С.58-64.

119. Фатеева, Е.М. Социальные, психологические и соматические аспекты, негативно влияющие на поддержку грудного вскармливания / Е.М. Фатеева // Вопросы детской диетологии. – 2008. – Т. 6, № 1. – С. 55–57.

120. Фурцев, В.И. Грудное вскармливание (статистическая отчетность): методические рекомендации / В.И. Фурцев, Е.В. Будникова. – Москва: ООО «Служба печати», 2013. – 12 с.

121. Фурцев, В.И. Грудное вскармливание: основные принципы успешного становления и поддержки практики грудного вскармливания (сообщение II) / В.И. Фурцев // Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 3 (75). – С. 95–102.

122. Фурцев, В.И. Российская школа по поддержке грудного вскармливания: реализация парадигмы на практике / В.И. Фурцев, М.Ю. Галактионова // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 5. – С. 92–94.

123. Цыбульская, И.С. Здоровье детей города и села в Российской Федерации / И.С. Цыбульская, В.Б. Цыбульский, С.А. Леонов, Э.Р. Низамова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 2. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/556/30/lang,ru/>.

124. Шувалова, М.П. Результативность третьего уровня системы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации / М.П. Шувалова, Т.В. Письменская, Т.К. Гребенник // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 55, № 3. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/832/30/lang,ru/>.

125. Юрьев, В.К. Некоторые аспекты оценки организации питания детей раннего возраста / В.К. Юрьев, К.Е. Юрьева, К.Е. Моисеева // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 78–96.

126. Юрьев, В.К. Состояние действующей системы поддержки грудного вскармливания и ее оценка женщинами и врачами / В.К. Юрьев, В.В. Юрьева // Российский педиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 48–53.

127. Яворская, О.В. Детские центры рационального питания как новая организационная форма оптимизации питания детей грудного возраста: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09/Яворская Ольга Викторовна.- М., 2009. - 283 с.

128. Яковлев, Я.Я. Грудное вскармливание: результаты ретроспективного многоцелевого исследования уровня знаний будущих врачей / Я.Я. Яковлев, Ф.К. Манеров, В.И. Фурцев, Л.Ф. Казначеева, Е.А. Суровикина, Ю.Ф. Лобанов, Д.В. Печкуров, Н.А. Барабаш, Е.Ф. Лукушкина,

А.Г. Лебедев, С.Н. Шишацкая // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 10, № 5. – С. 24–27.

129. Яковлев, Я.Я. Пути оптимизации питания детей грудного возраста: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09/Яковлев Яков Яковлевич. - Красноярск, 2009. - 133 с.

130. Яковлева, Т.В. Проблемы регионализации перинатальной помощи в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, З.Х. Сорокина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 2. – С. 26–29.

131. A review of food and nutrition policies. – Geneva: World Health Organization, 2012. – 50 p.

132. Adair, L. Developmental determinants of blood pressure in adults / L. Adair, D. Dahly // Annu Rev. Nutr. – 2005. – Vol. 25. – P. 407–434.

133. Ahluwalia, I.B. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System / I.B. Ahluwalia, B. Morrow, J. Hsia // Pediatrics. – 2005. – Vol. 116. – P. 1408–1412.

134. Amitay, E.L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review / E.L. Amitay, L. Keinan-Boker // JAMA Pediatr. – 2015. – Vol. 169, N6 – P. e151025.

135. Bai, Y.K. Critical Review of Theory Use in Breastfeeding Interventions/Y.K. Bai, S. Lee, K. Overgaard//Journal of Human Lactation. 2019. – Vol. 35, N 3. – P. 478–500.

136. Balogun, O.O. Health Facility Staff Training for Improving Breastfeeding Outcome: a systematic review for step 2 of the Baby-friendly Hospital Initiative/O.O. Balogun, A. Dagvadorj, J. Yourkavitch, K. da Silva Lopez, M. Suto, Y. Takemoto//Breastfeed Med. – 2017. – Vol. 12, N 9. – P. 537–546.

137. Bartick, M.C. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs / M.C. Bartick, E.B. Schwarz,

B.D. Green, B.J. Jegier, A.G. Reinhold, T.T. Colaizy, D.L. Bogen, A.J. Schaefer, A. M. Stuebe // *Matern Child Nutr.* – 2016. – Vol. 13, N 1. – P. e12366.

138. Beake, S. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings / S. Beake, C. Pellowe, F. Dykes, V. Schmied, D. Bick // *Matern. Child. Nutr.* – 2012. – Vol. 8, N 2. – P. 141–161.

139. Bjorset, V.K. Socio-economic status and maternal bmi are associated with duration of breast-feeding of Norwegian infants / V.K. Bjorset, C. Helle, E.R. Hillesund, N.C. Overby // *Public Health Nutrition.* – 2018. – Vol. 21, N 8. – P. 1465–1473.

140. Bobrow, K.L. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study / K.L. Bobrow, M.A. Quigley, J. Green, G.K. Reeves, V. Beral // *Int. J. Obes. (Lond).* – 2013. – Vol. 37. – P. 712–717.

141. Bowatte, G. Breastfeeding and childhood acute otitis media: a systematic review and meta-analysis / G. Bowatte, R. Tham, K.J. Allen, D.J. Tan, M. Lau, X. Dai, C.J. Lodge // *Acta Paediatr.* 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 85–95.

142. Camurdan, A.D. How to achieve long-term breast-feeding: Factors associated with early discontinuation / A.D. Camurdan, M.N. Ilhan, U. Beyazova, F. Sahin, N. Vatandas, S. Eminoglu // *Public Health Nutrition.* – 2008. – Vol. 11, Issue 11. – P. 1173–1179.

143. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. – New York: UNICEF, 2018. – 40 p.

144. Carlsen, E.M. Telephone based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial / E. M. Carlsen A. Kyhnaeb, K.M. Renault, D. Cortes, K.F. Michaelsen, O. Pryds // *Am. Clin. Nutr.* – 2013. – Vol. 98, N. 5. – P. 32.

145. Chaves, R.G. Factors associated with duration of breastfeeding / R.G. Chaves, J.A. Lamounier, C.C. César // *Pediatr.* – 2007. – Vol. 83. – P. 241–246.
146. Chowdhury, R. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis / R. Chowdhury, B. Sinha, M.J. Sankar, S. Taneja, N. Bhandari, N. Rollins, R. Bahl, J. Martines // *Acta Paediatr.* – 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 96–113.
147. Cohen, R. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations / R. Cohen, M.B. Mrtek, R.G. Mrtek // *Am. J. Health. Promot.* – 1995. – Vol. 10, N 2. – P. 148–153.
148. Colchero, M.A. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico / M.A. Colchero, D. Contreras-Loya, H. Lopez-Gatell, T. González de Cosío // *Am. J. Clin. Nutr.* – 2015. – Vol. 101, N 3. – P. 579–586.
149. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96973 women without the disease//*Lancet.* – 2002. – Vol. 360. – P. 187–195.
150. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world [Electronic resource] / United Nations Children's Fund, World Health Organization. – New York: United Nations Children's Fund; 2017. – Mode of access: https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf.
151. Country implementation of the international code marketing of breast-milk substitutes. Status report 2011. – Geneva: WHO, 2013. – 60 p.
152. Dadhich, J.P. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia-Pacific Region [Electronic resource]/J.P. Dadhich, J. Smoth, A. Iellamo, A. Suleiman. – Delhi: BPNI/IBFAN Asia, 2016. –

Mode of access: <http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>.

153. Decision WHA68(9). Maternal, infant and young child nutrition: development of the core set of indicators // Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 15–26 May 2015. Resolutions and decisions, annexes. – Geneva: World Health Organization, 2015. – 94 p.

154. DiGirolamo, A.M. Effect of maternity-care practices on breastfeeding /A.M. DiGirolamo, L.M. Grummer-Strawn, S.B. Fein // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 122, suppl. 2. – P. 43–49.

155. Dias, C.C. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature/C.C. Dias, B. Figueiredo//*J. Affect. Disord.* – 2015. – Vol. 171. – P. 142–154.

156. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality // *Lancet*. – 2000. – Vol. 355. – P. 451–455.

157. Eidelman, A.I. Breastfeeding and the use of human milk (Review) / A.I. Eidelman, R.J. Schanler//*Pediatrics*. – 2012. – Vol. 129, Issue 3. – P. 827–884.

158. Essential newborn care course [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2010. – Mode of access: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborncare_course/en

159. Figueredo, S.F. Baby-friendly Hospital Initiative – A policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding (Review) / S. F. Figueredo, M.J. Guardiã Mattar, A. C. Freitas de Vilhena Abrão // *ACTA Paulista de Enfermagem*. – 2012. – Vol. 25, Issue 3. – P. 459–463.

160. Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA) [Electronic resource] / World Health Organization. – Mode of access: <http://www.who.int/nutrition/gina/en/>.

161. Global strategy for infant and young child feeding [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2003. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>.

162. Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030) [Electronic resource]. Survive, thrive transform. – Geneva: World Health Organization; 2015. – Mode of access: http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/ga_2016_30.pdf.

163. GRADE-CERQual. Confidence in the evidence from reviews of qualitative research [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.cerqual.org>.

164. Grjibovski, A.M. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia / A.M. Grjibovski, A. Yngve, L.O. Bygren, M. Sjöström // *Acta Paediatrica*. – 2005. – Vol. 94. – P. 588–594.

165. Grummer-Strawn, L.M. Summarising the health effects of breastfeeding / L.M. Grummer-Strawn, N. Rollins // *Acta Paediatrica*. – 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 1–2.

166. Gupta, A. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). Has Your Nation Done Enough to BRIDGE GAPS? Breastfeeding Promotion Network of India [Electronic resource] / A. Gupta, S. Shoba // (BPNI)/IBFAN Asia 2016. – Mode of access: <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/84-country-report.pdf>.

167. Hannula, L. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding / L. Hannula, M. Kaunonen, M.-T. Tarkka // *J. of Clinical Nursing*. – 2008. – Vol. 17, Issue 9. – P. 1132–1143.

168. Heymann, J. Breastfeeding policy: a globally comparative analysis / J. Heymann, A. Raub, A. Earle // *Bull World Health Organ*. – 2013. – Vol. 91, N 6. – P. 398–406.

169. Horta, B.L. Breastfeeding: Investing in the Future /B.L. Horta//Breastfeed Med. – 2019.– Vol.14, №1.– P. 11–12.

170. Horta, B.L. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis / B.L. Horta, C.L. de Mola, C.G. Victora // Acta Paediatr. – 2015. – Suppl. 104. – P. 30–37.

171. Horta, B.L. Short-term effects of breastfeeding: a systematic review of the benefits of breastfeeding on diarrhea and pneumonia mortality / B.L. Horta, C.G. Victora. – Geneva: World Health Organization, 2013. – 54 p.

172. Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2014. – Mode of access: http://www.who.int/nutrition/topics/indicators_monitoringframework_miyen_background.pdf?ua=1.

173. Innocenti Declaration 2005 on infant and young child feeding [Electronic resource]. – Geneva: United Nations Children’s Fund; 2005. – Mode of access:http://www.unicef.org/nutrition/files/innocenti2005m_FINAL_ARTWORK_3_MAR.pdf.

174. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding [Electronic resource]. – New York: United Nations Children’s Fund, 1991. – Mode of access: http://www.who.int/about/agenda/health_development/events/innocenti_declaration_1990.pdf.

175. Integrated management of pregnancy and childbirth. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2015. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf?ua=1>.

176. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 1981. – Mode of access: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf.

177. Ip, S. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries / S. Ip, M. Chung, G. Raman, P. Chew, N. Magula, D. DeVine, T. Trikalinos, J. Lau. – Evid Rep Technol Assess (Full Rep). – 2007. – Vol. 153. – P. 1–186.

178. Kangaroo mother care: a practical guide [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2003. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42587/1/9241590351.pdf>.

179. Kramer, M.S. Optimal duration of exclusive breastfeeding / M.S. Kramer, R. Kakuma // *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2012. – N 8. – P. CD003517.

180. Kramer, M.S. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus / M.S. Kramer, B. Chalmers, E.D. Hodnett, Z. Sevkovskaya, I. Dzikovich, S. Shapiro // *JAMA.* – 2001. – Vol. 285. – P. 413–420.

181. Labbok, M.H. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion / M.H. Labbok // *Breastfeed Med.* – 2012. – N 7. – P. 210–22.

182. Lawrence, R. A. Breastfeeding a guide for the medical profession / R.A. Lawrence, R.M. Lawrence. – Elsevier Mosby, 2011. – 1114 p.

183. Lutter, C.K. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding/C.K. Lutter, A.L. Morrow // *Adv. Nutr.* – 2013. – N 4. – P. 213–219.

184. Maastrup, R. Compliance with the «Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards» in 36 countries / R. Maastrup, L. N. Haiek // *Matern Child Nutr.* – 2018. – Vol. 15, N 2. – P. e12690.

185. Monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding [Electronic resource] / United Nations Children's Fund. – Mode of access: <http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-childfeeding/>.

186. Munn, A.C. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes / A.C. Munn, S.D. Newman, M. Mueller, S.M. Phillips, S.N. Taylor // *Breastfeed Med.* 2016. – Vol. 11. – P. 222–230.

187. Owen, C.G. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence / C.G. Owen, R.M. Martin, P.H. Whincup, G.D. Smith, D.G. Cook // *Am. J Clin. Nutr.* – 2006. – Vol. 84, N 5. – P. 1043–1054.

188. Passanha, A. Influence of the support offered to breastfeeding by maternity hospitals / A. Passanha, M.H. Benício, S.I. Venâncio, M.C. Reis // *Rev. Saude Publica.* – 2015. – N 49. – P. 85.

189. Peres, K.G. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis / K.G. Peres, A.M. Cascaes, G.G. Nascimento, C.G. Victora // *Acta Paediatr.* – 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 54–61.

190. Pérez-Escamilla, R. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review / R. Pérez-Escamilla, J.L. Martinez, S. Segura-Pérez // *Matern. Child. Nutr.* – 2016. – Vol. 12, N 3. – P. 402–417.

191. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition // *JPGN.* – 2010. – Vol. 51. – P. 110–122.

192. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Electronic resource] : Guidance / World Health Organization, UNICEF. – Geneva, 2017. – 122 p. – Mode of access: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>.

193. Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services: a joint WHO/UNICEF statement [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 1989. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>.

194. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018: Implementation guidance / World Health Organization, UNICEF. – Geneva, 2018. – 47 p.

195. Quigley, M.A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study / M.A. Quigley, Y.J. Kelly, A. Sacker // *Pediatrics*. – 2007. – Vol. 119. – P. 837–842.

196. Ramiro González, M.D. Prevalence of breastfeeding and factors associated with the start and duration of exclusive breastfeeding in the community of Madrid among participants in the Eloin / M.D. Ramiro González, H. Ortiz Marrón, M. Ordobás Gavín, C. Arana Cañedo-Argüelles, M.J. Esparza Olcina, O. Cortés Rico, M. Terol Claramonte // *Anales de Pediatría*. – 2018. – Vol. 89, N 1. – P. 32–43.

197. Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition // Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 21–26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. – Geneva, 2012. – P. 12–13.

198. Rollins, N.C. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? / N.C. Rollins, N. Bhandari, N. Hajeebhoy, S. Horton, C.K. Lutter, J.C. Martines // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387, N 10017 – P. 491–504.

199. Saadeh, R. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative / R. Saadeh, Ñ. Casanovas // *Food and Nutrition Bulletin*. – 2009. – Vol. 30, N 2. – P. 11–14.

200. Saadeh, R.J. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward / R.J. Saadeh // *J. Hum. Lact.* – 2012. – Vol. 28, N 3. – P. 272–275.

201. Sankar, M.J. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis / M.J. Sankar, B. Sinha, R. Chowdhury, N. Bhandari, S. Taneja, J. Martines, R. Bahl // *Acta Paediatr.* – 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 3–13.

202. Sheehan, A. Women's experiences of infant feeding support in the first 6 weeks post-birth / A. Sheehan, V. Schmied, L. Barclay // *Matern. Child. Nutr.* – 2009 – Vol. 5, N 2. – P. 138–150.

203. Sinha, B. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis / B. Sinha, R. Chowdhury, M.J. Sankar, J. Martines, S. Taneja, S. Mazumder // *Acta Paediatr.* – 2015. – Vol. 104, N 467. – P. 114–134.

204. Smith, E.R. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis / E.R. Smith, L. Hurt, R. Chowdhury, B. Sinha, W. Fawzi, K.M. Edmond // *PLoS One.* – 2017. – Vol. 12, N 7. – P. e0180722.

205. Spaeth, A. Baby-friendly hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding / A. Spaeth, E. Zemp, S. Merten, J. Dratva // *Maternal and Child Nutrition.* – 2018. – Vol. 14, N 1. – P. e12497.

206. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2016. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf?ua=1>.

207. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: frequently asked questions 2017 update [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2017. – Mode of access:

<https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/>.

208. The State of Policies and Programme Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 51 Countries. Are our babies falling through the gaps? [Electronic resource] // The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi). – 2012. – URL: <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/51-country-report.pdf> (дата обращения: 29.06.2019).

209. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials / NEOVITA Study Group // *Lancet Glob. Health.* – 2016. – Vol. 4, N 4. – P. e266–275.

210. Torres, J.M. Breast milk and labour support: lactation consultants' and doulas' strategies for navigating the medical context of maternity care. / J.M. Torres // *Soc. Sci. Med.* – 2013. – Vol. 35, N 6. – P. 924 – 938.

211. United Nations Children's Fund, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF; 2018. – URL: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.

212. United Nations Children's Fund. Breastfeeding, a mother's gift for every child. UNICEF. New York. – 2018. – URL: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Breastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf.

213. Verduci, E. Epigenetic effects of Human Breast Milk / E. Verduci, G. Banderali, S. Barberi, G. Radaelli, A. Lops, F. Betti, E. Riva, M. Giovannini // *Nutrients.* – 2014. – Vol. 6. – P.1711–1724.

214. Victora, C.G. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort

study from Brazil / C.G. Victora, H.B. Lorta, C.L. de Mola // *Lancet Glob. Health*. – 2015. – Vol. 3, N 4. – P. e199–e205.

215. Victora, C.G. Breastfeeding in the 21st century : epidemiology, mechanisms, and lifelong effect / C.G. Victora, R. Bahl, A.J. Barros, G.V. França, S. Horton, J. Krasevec // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387, N 10017. – P. 475–490.

216. World Breastfeeding Trends Initiative (WBT). Labour Lost. Countries Failing to Enforce Maternity Protection. The Assessment Report on the Status and Enforcement of Maternity Protection Laws across 57 countries [Electronic resource]. 2015. – Mode of access: <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document.pdf>.

217. World Health Organization, Global strategy for infant and young child feeding. The optimal duration of exclusive breastfeeding [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2001. – Mode of access: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf?ua=1.

218. World Health Organization, Region office Europe: Breastfeeding practices in Member States in the WHO European Region [Electronic resource]. 2018. – Mode of access: doi:10.1017/S1368980015001767.

219. World Health Organization. Global targets 2025. Policy Brief Series. Breastfeeding Policy Brief. [Electronic resource]. – 2014. – URL:http://https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ (дата обращения: 29.06.2019)

220. World Health Organization. Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review [Electronic resource]. – WHO: Geneva, Switzerland, 2013. – URL: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/breastfeeding_long_term_effects/en/ (дата обращения: 29.06.2019)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Международные рекомендации в поддержку исключительно грудного вскармливания

Меры	Наличие рекомендации и степень доказательства
НЕМЕДЛЕННАЯ ПОДДЕРЖКА ДЛЯ НАЧАЛА И УСТАНОВЛЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	
1. Следует обеспечить ранний и непрерывный контакт кожа-к-коже между матерями и младенцами, как можно раньше после родов.	Рекомендуется, доказательства среднего качества
2. Следует поддержать всех матерей, чтобы они начинали кормление грудью в течение первого часа после родов.	Рекомендуется, качественные данные
3. Матери должны получать практическую поддержку для возможности начать грудное вскармливание и преодолеть общие трудности при кормлении грудью.	Рекомендуется, доказательства среднего качества
4. Матери должны быть проинструктированы о том, как сцеживать грудное молоко для поддержания лактации в случае, если они временно отделены от своих детей.	Рекомендуется, доказательства очень низкого качества
5. Учреждения родовспоможения должны позволять матерям и их детям оставаться вместе, практиковать совместное пребывание круглосуточно, за исключением, когда младенцы переведены для оказания специализированной помощи.	Рекомендуется, доказательства среднего качества
6. Необходима поддержка матерей, чтобы они могли практиковать адаптивное (не грудное) кормление, как часть заботливого ухода.	Рекомендуется, доказательства очень низкого качества
ПРАКТИКА КОРМЛЕНИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ	
7. Матерям не следует давать детям какие-либо продукты питания или жидкости, кроме грудного молока, за исключением случаев, когда существуют абсолютные медицинские показания.	Рекомендуется, доказательства среднего качества
8. Матерям следует оказывать поддержку в распознавании сигналов их детей о чувстве голода, близости, комфорте, а также соответствующим образом реагировать на эти сигналы различными способами.	Рекомендуется, качественные данные
9. Для недоношенных детей, которые не могут кормиться грудью, некалорийное сосание и оральная стимуляция могут быть полезным, до установления грудного вскармливания.	Рекомендуется, доказательства низкого качества
10. Если сцеженное грудное молоко, другие виды питания указаны с медицинской точки зрения для доношенных детей, чашки, ложки, бутылочки/соски для кормления могут использоваться.	Рекомендуется, доказательства среднего качества

11. Если сцеженное грудное молоко или другие виды питания указаны с медицинской точки зрения для недоношенных детей, то кормление из чашки, ложки предпочтительнее, чем кормление из бутылочек/сосок	Рекомендуется, доказательства среднего качества
СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ СРЕДЫ	
12. Учреждения родовспоможения должны иметь четко сформулированную политику грудного вскармливания, которая регулярно сообщается персоналу и родителям	Рекомендуется, доказательства очень низкого качества
13. Персонал медицинского учреждения, который предоставляет услуги по вскармливанию детей, включая поддержку грудного вскармливания, должен иметь достаточно знаний, умений и навыков для поддержки женщин, кормящих грудью.	Рекомендуется, доказательства очень низкого качества
14. В учреждениях, оказывающих родовую помощь, беременные женщины и их семьи должны быть проконсультированы о пользе, сроках начала и продолжительности грудного вскармливания	Рекомендуется, доказательства среднего качества
15. В рамках защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания выписка из учреждений родовспоможения должна планироваться и координироваться, чтобы родители и их дети имели доступ к постоянной поддержке и получению надлежащего ухода	Рекомендуется, доказательства низкого качества

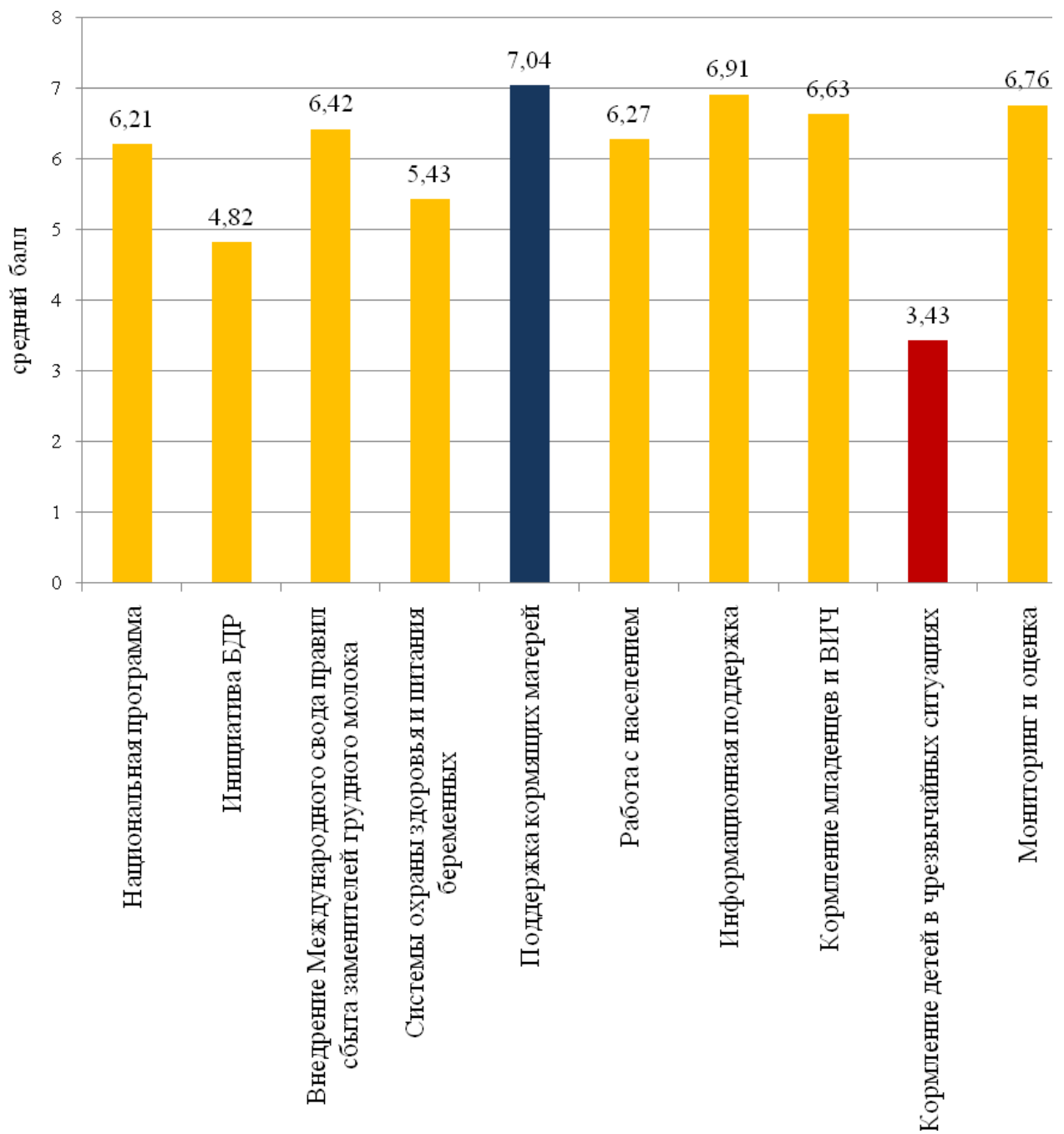
Приложение 2

**Кормление детей грудного возраста:
инструмент для оценки национальной практики**

Показатели для оценки практики грудного вскармливания и питания детей до года	Ключ к рейтингу	Балл	Цвет
Инициирование грудного вскармливания (в течение 1 часа после рождения)	0,1-29%	3	красный
	30-49%	6	желтый
	50-89%	9	синий
	90-100%	10	зеленый
Исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни	0,1-11%	3	красный
	12-49%	6	желтый
	50-89%	9	синий
	90-100%	10	зеленый
Средняя продолжительность грудного вскармливания	0-17 месяцев	3	красный
	18-20 месяцев	6	желтый
	21-22 месяца	9	синий
	23-24 месяца	10	зеленый
Кормление из бутылочки (<6 месяцев)	30-100%	3	красный
	5-29%	6	желтый
	3-4%	9	синий
	1-2%	10	зеленый
Введение прикорма в 6-9 месяцев при продолжающемся грудном вскармливании	0,1-59%	3	красный
	60-79%	6	желтый
	80-94%	9	синий
	95-100%	10	зеленый

Приложение 3

Средний балл показателей национальных политик и программ 84 стран мира по реализации Глобальной стратегии кормления детей грудного и раннего возраста (по 10 показателям, 2016 г.)



Приложение 4

Схема индикаторов мониторинга «Защита, продвижение и поддержка, грудного вскармливания в объектах, оказывающих услуги по охране материнства и новорожденных: пересмотренная ИБДР»

Мероприятия (шаги)	Характеристика (определение) показателей	Целевой показатель	Источники информации (первичные/дополнительные)
УЧРЕЖДЕНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ			
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ (УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ) РЕШЕНИЯ:			
Соблюдение Кодекса (шаг 1а). Наличие политики ИБДР (шаг 1b). Осуществление мониторинга (шаг 1с). Обучение персонала (шаг 2)	Порядок закупки ДМС, средств для кормления. Утверждение политики ИБДР, клинических протоколов. Обучение персонала (очное/заочное).	Наличие политики ИБДР, клинических протоколов ухода. Прошли обучение $\geq 80\%$ за 2 года	Обзор объекта. Наличие политики ИБДР. Учет закупок, отказ от бесплатных поставок ДМС. Учет обучения, контроль знаний персонала.
ОСНОВНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА			
Соблюдение 8 мер в поддержку грудного вскармливания (шаги 3-10)	Охват мероприятиями матерей / детей (доношенных/ недоношенных) по 3-10 шагам, в %	$\geq 80\%$	Клинический учет в медицинской документации/ интервью матерями (очное, заочно)
РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОРГАН УПРАВЛЕНИЯ			
Контроль соблюдения 8 клинических практик (шаги 3-10)	% матерей/ новорожденных (доношенных/ недоношенных) по 3-10 шагов	по факту, но не менее 6 шагов	Учетные формы, опрос домашних хозяйств
Обучение специалистов	% обученных специалистов (очное / заочно).	по факту, но не менее 80% за 2 года	Учетные формы, интервью
Внешний аудит политики ИБДР	Прохождение внешней оценки соответствия	не реже 1 раз в 3-5 лет	Учетные формы
ГЛОБАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ			
Исключительно грудное вскармливание детей до 6 месяцев жизни	% детей 0-5 месяцев, которые получили за прошлый день исключительно грудное вскармливание	не менее 50% до 2025 г., не менее 70% до 2030 г.	Учетные формы учреждений, органов здравоохранения, опрос домашних хозяйств
Роды в учреждении ИБДР	% новорожденных, родившихся в учреждениях ИБДР	до 100%	Официальные отчетные формы органов управления

Приложение 5

Анкета для матерей новорожденных детей в акушерском стационаре

1	Как давно Вы проживаете на территории Архангельской области с рождения
	нет, (укажите период в годах) - в течение .....лет
2	Ваше образование
	ниже среднего
	среднее
	среднее - профессиональное
	неполное высшее
	высшее очное
	высшее заочное
	другое
3	Жилищные условия
	без удобств
	частичные удобства
	благоустроенная квартира
	другое
4	Планировали ли вы настоящую беременность
	да, совместно с мужем/партнером
	да, самостоятельно
	нет, но беременность желанна
	нет и беременность нежеланна
5	Курите ли Вы:
	нет, никогда не курила
	да, но отказалась от курения до беременности
	да, но отказалась от курения во время беременности на сроке _____ недель
	да, продолжаю курить
6	Стаж вашего курения
	до 1 года
	1-3 лет
	4-6 лет
	7-9 лет
	10 и более лет
7	Количество выкуриваемых сигарет до беременности:
	1-7 шт/сут
	более 8 шт/сут
8	Количество выкуриваемых сигарет во время беременности:
	1-7 шт/сут
	более 8 шт/сут
9	Количество выкуриваемых сигарет после родов
	1-7 шт/сут
	более 8 шт/сут
10	Курит ли ваш муж/партнер
	да
	нет, но курил раньше

	нет, никогда не курил
11	Курит ли ближайшее ваше окружение
	нет
	да, в том числе:
	родственники
	друзья
	Коллеги по работе (учебе)
12	Кормила ли Вас Ваша мама грудью
	да, до возраста _____ месяцев
	нет, не кормила
	не знаю
13	Планируете ли Вы кормить грудью своего ребенка
	да, до 1 мес.
	да, до 4 мес.
	да, до 6 мес.
	да, до 1 года
	да, пока будет молоко
	нет
	другое
14	Кто оказывал Вам во время беременности наибольшую психологическую поддержку
	муж/партнер
	родители
	родители мужа/партнера
	другие родственники и друзья
	никто
15	Кто из медицинских работников женской консультации, с которыми Вы общались во время беременности, оказывал Вам наибольшую поддержку
	врач акушер-гинеколог женской консультации
	акушерка женской консультации
	никто
	другое
16	Сколько занятий Вы посетили в ЖК во время беременности по психопрофилактической подготовке к родам
	... занятий
	не посещала, хотя мне назначали
	не посещала, потому что не знала о их проведении
17	Сколько занятий Вы посетили во время беременности в ЖК по подготовке к грудному вскармливанию
	....занятий
	не посещала, хотя мне назначали
	не посещала, потому что не знала о их проведении
18	Если во время беременности Вы находились на стационарном лечении, сколько бесед с Вами проводилось о грудном вскармливании
	стационарное лечение не проходила (переходите к вопросу № 20)
	..... бесед
	беседы не проводились, но предлагали информационные материалы

	никакой информации не получила
	не помню
19.	Если во время беременности Вы находились на стационарном лечении, сколько занятий с Вами проводилось по психопрофилактической подготовке к родам
	.....занятий
	занятия не проводились, но предлагали информационные материалы
	никакой информации не получила
	не помню
20.	Сколько занятий в зале ЛФК Вы посетили во время беременности
	.....занятий
	занятия не посещала, потому что сама отказалась
	занятия не посещала, потому что не назначали
	не помню
21	Как часто Вы испытывали депрессивное состояние во время беременности
	постоянно
	испытывала, но редко
	испытывала, но только на последних неделях
	нет, не испытывала (переходите к вопросу № 23)
	другое
22	Кто помогал вам справиться с депрессивным состоянием во время беременности
	муж/партнер
	медицинский персонал
	близкие родственники, друзья
	никто
	другое
23	Кто из медицинских работников, с которыми Вы общались во время РОДОВ, оказывал Вам наибольшую моральную поддержку
	лечащий врач акушер-гинеколог
	акушерка
	дежурный врач акушер-гинеколог
	другой специалист (укажите) _____
	никто
	не могу определиться
24	Принимал ли участие отец ребенка (другой близкий человек) в родах
	да
	нет, потому что я этого не хотела
	нет, потому что я не знала о такой возможности
	другое
25	Как часто Вы испытывали депрессивное состояние после родов
	не испытывала (переходите к вопросу № 27)
	в первые часы
	в первые 3 суток
	весь период пребывания в роддоме
26	Кто помогал Вам справиться с депрессивным состоянием после родов
	муж/партнер
	медицинский персонал
	близкие родственники, подруга

	никто
	другое
27.	Как часто Вы испытывали потребность в консультативной помощи психолога во время беременности:
	ежедневно
	несколько раз в неделю
	несколько раз в месяц
	не испытывала
	во время родов
	в предродовой
	весь период нахождения в предродовой и родзале
	не испытывала
	после родов
	в первые часы
	в первые 3-е суток
	весь период пребывания в роддоме
	не испытывала
28.	На какие сутки пребывания в роддоме у ВАС появились трещины сосков
	на ....сутки
	трещин не было
29.	Если у Вас не первые роды, сколько месяцев Вы кормили грудью предыдущего ребенка
	до 1 месяца
	.....месяцев
	не кормила
30	Из каких источников ВЫ получили информацию о грудном вскармливании
	читала самостоятельно
	от мамы
	от подруги, соседей, знакомых, коллег по работе (учебе)
	от медицинских работников
	из Интернета
	другое
31	Оцените по пятибалльной системе свои знания о грудном вскармливании до поступления на роды
	1, 2, 3, 4, 5, (отметьте свой уровень знаний)
	не могу оценить
32	Сколько занятий в «Школе молодой матери» Вы посетили во время беременности в детском поликлиническом отделении
	не посещала, т.к. не знала о её существовании
	не посещала, хотя меня приглашали на занятия
	посетила _____ занятий
	у меня на патронаже был врач из ДПО
	у меня на патронаже была медсестра из ДПО
33	Когда Ваш ребенок был приложен к груди
	сразу в родзале
	первые 4-6 часов после родов
	спустя 1 сутки после родов

	не прикладывался к груди весь период пребывания в роддоме
	другое -
34	Как долго Ваш ребенок при первом прикладывании к груди находился с Вами в родзале
	не более 5 мин
	не более 10 мин
	не более 20-30 мин
	более 30 мин
35	В палате совместного пребывания Вы находились с ребенком
	сразу после перевода из родзала и весь период до выписки
	через несколько часов после родов принесли в палату
	на- й день после родов принесли в палату
	по просьбе забирали в «детскую» в первые сутки
	по просьбе забирали в «детскую» несколько дней
	по просьбе забирали в «детскую» ежедневно вплоть до выписки
36	Получал Ваш ребенок в роддоме
	только грудь матери
	грудь матери + допаивали водой (или 5% глюкозой)
	грудь матери + докармливали молочными смесями
	грудь матери + допаивали водой (5% глюкозой) + молочной смесью
	другое (укажите что)
37	Если Ваш ребенок беспокоился или был, по Вашему мнению, голоден Вы настаивали на даче ему молочной смеси
	да
	нет
	другое
38	Как часто Вы прикладывали своего ребенка к груди в роддоме
	строго по часам
	по свободному режиму, когда считала, что ребенок голоден
	всегда, когда ребенок начинал беспокоиться (плакать)
	другое
39	Считаете ли Вы, что совместное пребывание в роддоме
	необходимо для Вас и Вашего ребенка
	важно, но не обязательно
	было очень утомительно, и я отдавала ребенка в детскую палату, уставала
	другое
40.	Проводилась ли с Вами в роддоме работа в поддержку грудного вскармливания
	да, в том числе:
	предлагались информационные материалы
	проводили беседы медицинские сестры палаты новорожденных
	проводил беседы врач-педиатр
	проводил беседы врач - акушер-гинеколог
	проводили беседы акушерки
	нет, никакой информации не получала
41	Знаете ли Вы, что такое гипогалактия?
	да

	нет, не знаю
42	Знаете ли Вы, что такое лактационные кризы?
	да
	нет, не знаю
43	После выписки из роддома, если ваш ребенок будет плакать, что предпочтете сделать
	успокоите его ласковыми словами, поглаживаниями
	приложите к груди
	дадите пустышку
	предложите из соски сладкую воду, чай, смесь (подчеркните)
	другое
44	Считаете ли вы, что чем дольше ваш ребенок будет находиться на грудном вскармливании, тем
	ребенок будет лучше развиваться и реже болеть инфекционными заболеваниями
	у него будет меньше риск ожирения, метаболических нарушений, сахарного диабета
	у него будет меньше риск аллергических заболеваний
	у него будет меньше риск атеросклероза, гипертонической болезни, лейкозов
	у него будет меньше риск синдрома внезапной смерти
	у него будет лучше иммунитет и меньше реакций после прививок
	ребенок будет более ласковым, спокойным, уравновешенным, приветливым и доброжелательным
	у него будет выше коэффициент интеллектуального развития
	между ребенком и родителями будут лучше взаимоотношения в будущем
45	Считаете ли Вы, что у Вас при более длительном грудном вскармливании
	уменьшается риск развития рака молочной железы
	уменьшается риск развития рака яичников
	уменьшится риск остеопороза и переломов костей
	меньше риск нежелательной беременности в период кормления грудью
	грудное вскармливание экономичнее для семейного бюджета, чем покупка искусственных смесей для питания ребенка

Приложение 6

ТЕСТ ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ

«Самовосприятие подготовленности к родам и грудному вскармливанию»

А	1	Во время беременности я была счастлива, как никогда в жизни	
	2	Во время беременности я не испытывала никаких особых эмоций	
	I	3	Во время беременности я была и постоянном напряжении, испытывала больше тревоги, чем радости
		4	В основном, мне было приятно сознавать, что я беременна, особой тревоги я не испытывала
	5	Во время беременности настроение у меня постоянно было сниженным	
II	1	Во время беременности, тревожась за свое здоровье и здоровье ребенка, я полностью изменила образ жизни	
	2	Во время беременности я существенно не меняла образ жизни, но стала относиться к себе бережнее	
	3	Во время беременности я не считала нужным что-либо менять в образе жизни	
	4	Во время беременности моя жизнь чудесно переменилась	
	5	Во время беременности моя жизнь значительно изменилась к худшему	
III	1	Во время беременности я почти не думала о ней и предстоящих родах	
	2	Во время беременности я часто думала о родах, очень их боялась, сомневалась в благополучном исходе	
	3	Во время беременности я иногда думала о родах, но не испытывала особого страха, была уверена, что все пройдет нормально	
	4	Во время беременности я все время думала о предстоящих родах и почти не сомневалась в их плохом исходе	
	5	Во время беременности я думала о родах как о предстоящем празднике	
Б	1	Во время беременности я часто беспокоилась о том, что не смогу справиться с обязанностями матери	
	2	Во время беременности я полагала, что хорошая мать из меня не получится	
	I	3	Во время беременности я не задумывалась о предстоящем материнстве
		4	Во время беременности я была уверена, что стану прекрасной матерью
	5	Во время беременности я полагала, что если постараюсь, то стану хорошей матерью	
II	1	Во время беременности я часто с удовольствием представляла себе ребенка, разговаривала с ним	
	2	Во время беременности я понимала ребенка, которого вынашиваю, и восхищалась им	
	3	Во время беременности я постоянно беспокоилась о состоянии здоровья ребенка, которого вынашиваю, старалась его почувствовать	

	4	Во время беременности я не думала о том, каким будет ребенок, которого вынашиваю
	5	Во время беременности я часто думала о том, что ребенок, которого вынашиваю, будет каким-нибудь неполноценным, и очень боялась этого
III	1	Во время беременности я не думала о том, как буду кормить ребенка грудью
	2	Во время беременности я с восторгом представляла себе, как буду кормить ребенка грудью
	3	Во время беременности я полагала, что буду кормить ребенка грудью
	4	Во время беременности я беспокоилась о том, что у меня будут проблемы с кормлением грудью
	5	Во время беременности я была почти уверена, что вряд ли смогу кормить ребенка грудью
I	1	Во время беременности я считала, что беременность сделала меня еще красивей в глазах отца моего ребенка
	2	Во время беременности отношение ко мне отца моего ребенка не изменилось
	3	Во время беременности отец моего ребенка стал внимательнее и теплее относиться ко мне
	4	Во время беременности я считала, что стала некрасивой, и отец моего ребенка стал холоднее
	5	Во время беременности я опасалась, что изменения, связанные с ней, могут ухудшить отношение ко мне отца моего ребенка
II	1	Когда я была беременной, большинство близких мне людей разделяли мою радость, и мне было хорошо с ними
	2	Когда я была беременной, не все близкие мне люди достаточно радовались этому, не все понимали, что я нуждаюсь в особом отношении
	3	Когда я была беременной, большинство близких мне людей не одобряли этого, мои отношения с ними ухудшились
	4	Когда я была беременной, меня мало интересовало отношение к этому даже близких мне людей
	5	Когда я была беременной, некоторые близкие мне люди относились к моей беременности неоднозначно, и это меня тревожило
III	1	Во время беременности я всегда мучительно стеснялась, если кто-либо замечал что я «в положении»
	2	Во время беременности мне было немного не по себе, когда окружающие замечали, что я «в положении»
	3	Во время беременности мне было приятно, когда окружающие замечали, что я «в положении»
	4	Во время беременности мне было безразлично, замечают окружающие или нет, что я «в положении»
	5	Во время беременности я не испытывала особой неловкости, если окружающие замечали, что я «в положении»

Приложение 7

Анкета для матерей детей до года жизни (детская поликлиника)

1	Заполняли ли Вы анкету в родильном отделении МУЗ ЦГБ
	да,
	нет, <i>укажите причину:</i>
2	До какого возраста Вы кормили своего ребенка только грудью
	до 1 мес.
	до 4 мес.
	до 6 мес.
	Продолжаю кормить в настоящее время
	другое
3	Если Вы допаиваете ребенка водой (чаем), укажите, с какого возраста Вы начали это делать
	нет, воду не даю
	в роддоме начали допаивать водой
	сразу после выписки из роддома начала допаивать водой
	С _____ месяца жизни
4.	Если Вы докармливаете ребенка искусственной молочной смесью, укажите, с какого возраста Вы начали это делать
	сразу после выписки из роддома
	с _____ месяца жизни
5.	Вашему ребенку выписали искусственную молочную смесь
	по Вашей просьбе
	так принято, выписывают всем
	я отказалась от выписки смеси, т.к. она моему ребенку не нужна
	другое, укажите
6.	Причина, по которой вы начали докармливать ребенка молочной смесью
	решила, что у меня мало молока
	ребенок перестал брать грудь
	по рекомендации врача-педиатра
	по совету медицинской участковой сестры
	в связи с невозможностью кормить из-за своей болезни
	в связи с выходом на работу
	в связи с переездом
	другая причина
7	Предпринимали Вы какие-либо меры, для сохранения лактации
	нет
	чаще прикладывала ребенка к груди
	пила больше жидкости
	пила самостоятельно мочегонные травы, сборы, чай
	обратилась к участковому врачу-педиатру
	обратилась к участковой медсестре
	обратилась к врачу акушеру-гинекологу ЖК
	меня направили на консультацию к врачу физиотерапевту
	получила курс процедур для стимуляции лактации
8	Изменилось ли Ваше отношение к курению с рождением ребенка:

	не курила, не курю, считая, что это вредно
	запретила всем курить в присутствии своего ребенка дома
	на период кормления ребенка грудью отказалась от курения
	уменьшила число выкуриваемых сигарет
	не изменила своей привычке
9	Изменилось ли у отца ребенка мнение о курении с рождением малыша
	не курит, считая, что это вредно
	бросил курить до выписки вас с ребенком из родильного дома
	курит, но реже, чем до рождения ребенка
	курит, рождение ребенка на его привычку не повлияло
10	Курят ли в присутствии Вашего ребенка дома
	вы сами
	отец ребенка
	родственники
	друзья, соседи
	Не курят
11	Курят ли в присутствии Вашего ребенка во время прогулки
	вы сами
	отец ребенка
	родственники, друзья, соседи
	родители детей, с которыми Вы общаетесь на прогулке
	Не курят
12	Испытывали Вы потребность в консультации психолога после выписки из роддома
	да
	нет
	не знаю
13	Были у Вас проблемы с лактацией после выписки из роддома
	лактостаз
	мастит
	галакторея (избыток молока)
	гипогалактия (мало молока)
	проблем не было
14	Проводились ли с Вами беседы в поддержку грудного вскармливания после выписки из роддома участковой педиатрической службой
	да
	нет
	затрудняюсь ответить
15	Поддерживает ли отец ребенка и ближайшие родственники Ваши усилия по сохранению ГВ
	да
	нет
	им это безразлично
16	Кто, по Вашему мнению, из медработников заинтересован в том, чтобы вы сохранили лактацию
	врач-педиатр участковый
	медицинская сестра участковая
	врач акушер-гинеколог, который вел меня во время беременности

	никто не заинтересован
	другое
17.	Когда у ВАС появились трещины сосков
	нет
	да, появились на _____ сутки после выписки из роддома
	не помню
18	Испытываете ли Вы потребность в дополнительной информации по ГВ и правилам питания
	нет
	да
	продолжаю читать самостоятельно
	обращаюсь за помощью к маме, родственникам, подругам
	обращаюсь за помощью к медицинским работникам
	нахожу информацию в Интернете
	хотела бы получить больше информации от участкового врача-педиатра и медицинской сестры
19	Даете ли Вы своему ребенку изделия, имитирующие грудь:
	пустышку
	соску
	нет, не даю
	допаиваю, докармливаю из мензурки, ложки
	другое

АНКЕТА

для медицинских работников по вопросам грудного вскармливания

1 Ваш возраст	2 специальность	3 категория	4 Стаж работы
До 30 лет	Врач акушер-гинеколог	нет	20 и более
30-39 лет	Врач-неонатолог	вторая	15-20 лет
40-49 лет	Врач-педиатр	первая	10-14 лет
50-59 лет	Организатор здравоохранения	высшая	5-9 лет
60 лет и старше	Преподаватель ВУЗа, мед. колледжа	Ученая степень	до 5 лет
5 Работаете	в поликлинике		
	в стационаре		
6	Отношение к грудному вскармливанию:		
	Не сомневаюсь в его преимуществах		
	Не имеет недостатков		
	Имеет некоторые «минусы»		
7	Как Вы относитесь к вопросу выписки требований на полноценное питание беременным, кормящим матерям и детям в возрасте до 3-х лет		
	Согласен с существующей практикой		
	Считаю, что это социальная мера поддержки и необходимо передать функции в ОСЗН		
	Необходимо перейти на денежный эквивалент		
	Необходимо оставить только медицинские показания		
	Ничего об этом не знаю		
8	Знаете ли Вы о недостатках искусственного вскармливания? Напишите, какие:		
9	Согласны ли Вы с тем, что искусственное вскармливание способствует у детей		
	возникновению железодефицитных состояний		
	гиповитаминозам		
	нарушению солевого обмена		
	острым инфекционным заболеваниям		
	аллергическим заболеваниям		
	наносит ущерб семейному бюджету		
10	Оцените уровень своих знаний о грудном вскармливании		
	Обладаю знаниями в полном объеме современных представлений		
	Считаю, что уровень знаний не достаточный		
	по 5-бальной системе - 1, 2, 3, 4, 5		
	Хотел бы увеличить объем своих знаний по грудному вскармливанию		
11	Где Вы получили знания о грудном вскармливании		
	В ВУЗе (колледже)		
	Во время постдипломной подготовки		
	Прошли специальный курс в рамках инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку»		
	На конференциях, заседаниях общества врачей		
	Путем самоподготовки и самообразования		

	Из Интернета
12	Каков оптимальный срок первого прикладывания новорожденного к груди после родов?
13	Какова минимальная рекомендуемая продолжительность грудного вскармливания?
14	Какой режим грудного вскармливания Вы рекомендуете для ребенка
	Свободный режим
	Кормление строго по часам
	Ваш вариант -
15	Как Вы относитесь к использованию сосок, пустышек при грудном вскармливании детей
	Отрицательно
	положительно
	Нейтрально, т.к. это не влияет на грудное вскармливание
16	Назовите оптимальные сроки введения прикорма
	С 4-х месяцев
	С 6- месяцев
	Ваш вариант -
17	Нужно ли проводить занятия с женщинами по технике и другим вопросам грудного вскармливания?
	да
	нет
	Затрудняюсь ответить
18	Считаете ли вы, что чем дольше ребенок будет находиться на грудном вскармливании, тем
	Ребенок будет лучше развиваться и реже болеть инфекционными заболеваниями
	У него будет меньше риск ожирения, метаболических нарушений, сахарного диабета
	У него будет меньше риск аллергических заболеваний
	У него будет меньше риск атеросклероза, гипертонической болезни, лейкозов
	У него будет меньше риск синдрома внезапной смерти
	У него будет лучше иммунитет и меньше реакций после прививок
	Ребенок будет более ласковым, спокойным, уравновешенным, приветливым и доброжелательным
	У него будет выше коэффициент интеллектуального развития
	Между ребенком и родителями будут лучше взаимоотношения в будущем
19	Считаете ли Вы, что при более длительном грудном вскармливании у женщины
	Уменьшается риск развития рака молочной железы
	Уменьшается риск развития рака яичников
	Уменьшится риск остеопороза и переломов костей
	Меньше риск нежелательной беременности в период кормления грудью
	Грудное вскармливание экономичнее для семейного бюджета, чем покупка искусственных смесей для питания ребенка
Благодарим за участие!	

АНКЕТА

для родителей по самооценке здоровья детей

(по вакцинопрофилактике, грудному вскармливанию, табакокурению)

1. Укажите Ваш возраст:

 18 лет и менее 18 лет – 24 года 25 – 29 лет 30 – 35 лет более 35 лет2. Укажите Ваш пол: мужской женский3. Укажите уровень образования: среднее среднее специальное высшее

4. Сколько у Вас детей: _____, укажите их возраст:

1	2	3	4	5

5. Укажите, как Вы оцениваете здоровье Вашего ребёнка:

 здоров, редко болеет нет хронических заболеваний, но часто болеет есть хронические заболевания, обострения редко есть хронические заболевания, обострения часто

6. Продолжительность грудного вскармливания Вашего ребенка:

 менее 6 мес. более 6 мес. не было7. Табакокурение в семье: мать отец другие члены семьи8. В вашей семье **в текущем сезоне от гриппа** привиты: мать отец ребенок (дети)**Укажите, согласны ли Вы со следующими суждениями:**9. Вакцинация проводится против опасных болезней: да нет10. Здоровые дети не нуждаются в вакцинации: да нет11. Прививки ослабляют иммунную систему: да нет12. Дети получают больше прививок, чем это необходимо: да нет

13. Оцените важность вакцинации Вашего(их) ребёнка (детей) от перечисленных заболеваний:

	Важно	Не важно	Сомневаюсь
Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гепатит В	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Корь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Краснуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ветряная оспа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Полиомиелит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Дифтерия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Столбняк	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Коклюш	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сезонный грипп	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Паротитная инфекция (свинка)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ротавирусная инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Менингококковая инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пневмококковая инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гемофильная инфекция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Клещевой энцефалит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Ваш (и) ребенок (дети) прививается (ются) в соответствии с Национальным календарём прививок? да нет, укажите причину:15. Вы отказывались от прививок? нет да, от некоторых, укажите: _____ да, от всех

16. В случае отказа от прививок, укажите Ваши мотивы:

- по религиозным убеждениям боязнь осложнений лучше переболеть
 вакцинация недостаточно защищает от инфекций
 нет риска заражения инфекционными заболеваниями
 некачественные вакцины сам (сама) не привит(а)
 врач/другой медработник посоветовал не прививаться
 другое: _____

17. Если Ваш ребёнок (дети) получает(ют) прививки, укажите, почему Вы прививаете своего (своих) ребёнка (детей)?

	да	нет	сомневаюсь
Уверен(а) в необходимости профилактики инфекций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Рекомендовал врач	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Советуют родственники, знакомые	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Был личный опыт болезни, видел больных	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Требуется для устройства в детский сад, школу и другие детские учреждения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Советуют в средствах массовой информации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Советуют на сайтах и форумах для родителей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Возникали ли у Вас сомнения по поводу необходимости проведения вакцинации Вашему(им) ребёнку (детям): да нет

19. Если сомнения возникали, укажите, чем они были вызваны: _____
 в отношении каких вакцин _____

20. Доверяете ли Вы следующим источникам информации о прививках:

	да	нет	сомневаюсь
Врач, медицинская сестра	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Интернет-сайты и форумы для родителей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Объявления, плакаты, брошюры, памятки и т.д.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Телевидение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Укажите, на что обращает внимание врач во время осмотра Вашего ребенка перед прививкой:

	да	нет
Обоснование необходимости вакцинации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Информация о возможных реакциях на прививки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сроки проведения вакцинации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тяжесть заболеваний, против которых проводится вакцинация	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое _____		

22. Считаете ли Вы информацию по вакцинопрофилактике, предоставляемую Вам врачом достаточной? да нет

23. Укажите, с какими проблемами Вы столкнулись при проведении вакцинации Вашему ребёнку: _____

ФОРМА

Учета показателей грудного вскармливания _____

(наименование государственной медицинской организации)

Сведения о питании детей в возрасте от 0 до 12 месяцев
(к числу детей, достигших возраста 1 года), %

Возраст детей (месяцев жизни)	Отчетный период и вид вскармливания								
	....год			.....год			....год		
	Грудное вскармливание	Грудное + докорм	Искусственное вскармливание	Грудное вскармливание	Грудное + докорм	Искусственное вскармливание	Грудное вскармливание	Грудное + докорм	Искусственное вскармливание
0-1									
0-3									
3-6									
6-12									

Сведения об использовании детских молочных смесей
в родильном отделении/акушерском стационаре
за отчетный период _____

Показатели	Отчетный период		
	.....год	.....год	.....год
Число новорожденных, родившихся в родильном отделении, абс. (%), из них:			
недоношенными (со сроком гестации 37 недель и менее)			
путем кесарево сечения			
Число новорожденных, выписанных из родильного отделения на грудном вскармливании			
Количество детской молочной смеси, израсходованной в родильном отделении (в кг сухого вещества) за отчетный период			
Наименование смеси			
Для доношенных			
Для недоношенных			

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Архангельской области
«Северодвинская городская
детская клиническая больница»
164304 Архангельская область,
г. Северодвинск, пр. Гомонова, д. 49

Штамп СГДКБ

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГБУЗ АО
«Северодвинская городская детская
клиническая больница»
к.м.н. *Кирилова* Кирилова О.А.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» в практическую деятельность педиатрической службы ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница»

Мы, нижеподписавшиеся:

Борисова Татьяна Алексеевна, заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы, врач-педиатр высшей квалификационной категории, к.м.н.;

Маркова Елена Владимировна, заместитель главного врача по медицинской части, врач-педиатр высшей квалификационной категории;

Ломакина Анастасия Николаевна, заведующая первым педиатрическим отделением, врач-педиатр высшей квалификационной категории, к.м.н.

настоящим подтверждаем, что результаты диссертационной работы Пастбиной И.М. «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» внедрены в практическую работу педиатрической службы государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница» (ГБУЗ АО «СГДКБ») в виде мероприятий в поддержку исключительно грудного вскармливания, что позволило повысить распространенность грудного вскармливания среди детей первого года жизни и получить в 2017 году первому педиатрическому отделению ГБУЗ АО «СГДКБ» международный статус «Больница, доброжелательного отношения к ребенку».

Председатель комиссии:

заместитель главного врача, к.м.н.

(подпись)

Т.А. Борисова

Т.А. Борисова

Члены комиссии:

заместитель главного врача

(подпись)

Е.В. Маркова

Е.В. Маркова

заведующая педиатрическим отделением, к.м.н.

(подпись)

А.Н. Ломакина

Подписи Борисовой Т.А., Марковой Е.В., Ломакиной А.Н. – заверяю,
начальник отдела кадров ГБУЗ АО «СГДКБ» (подпись, печать ОК) *Л.А. Турикова*

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница» (ГБУЗ АО «СГДКБ»), Гомонова улица, 49, город Северодвинск, Архангельская область, 164304, +7(8182) 58-01-53. E-mail: db@sevskdeti.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное автономное
профессиональное
образовательное учреждение
Архангельской области
**АРХАНГЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ**
(ГАПОУ АО «АМК»)

163002, Новгородский пр. д. 21, г. Архангельск
тел./факс (8182) 68-30-52
E-mail: arhmedcollege@mail.ru, <http://www.arhmedcollege.ru>
ИНН/КПП 2901018078/290101001
ОГРН 10129005-1157, ОКПО 01964119

№ _____
от _____

УТВЕРЖДАЮ:

Директор ГАПОУ АО «Архангельский
медицинский колледж»,
главный внештатный специалист
по управлению сестринской
деятельностью министерства
здравоохранения Архангельской
области

И.И. Зинченко
И.И. Зинченко

2020 г.

М.П.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» в образовательный процесс государственного автономного профессионального образовательного учреждения Архангельской области «Архангельский медицинский колледж» (ГАПОУ АО «АМК»)

Мы, нижеподписавшиеся: заместитель директора по учебно-воспитательной работе Березина Ирина Сергеевна, заместитель директора по научно-методической работе Токарева Ирина Федоровна, заведующая отделом практического обучения Федилова Надежда Евгеньевна настоящим подтверждаем, что результаты диссертационной работы Пастбиной И.М. «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» внедрены в образовательный процесс для обучающихся при реализации основных и дополнительных профессиональных программ ГАПОУ АО «АМК» по циклах «Сестринский уход за новорожденными», «Первичная медико-санитарная помощь детям», «Сестринская помощь детям», «Современные аспекты акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях», «Охрана здоровья сельского населения», при проведении практических занятий на тематическом цикле «Вскармливание новорожденных», при разработке оценочных средств для определения качества подготовки специалистов со средним медицинским образованием по принципам рационального питания детей раннего возраста.

Заместитель директора по учебно-воспитательной работе *И.С. Березина* И.С. Березина

Заместитель директора по научно-методической работе *И.Ф. Токарева* И.Ф. Токарева

Заведующая отделом практического обучения *Н.Е. Федилова* Н.Е. Федилова

Подписи Березиной И.С., Токаревой И.Ф., Федиловой Н.Е. – заверяет:
специалист по кадрам ГАПОУ АО «АМК» *С.В. Федотова* (С.В. Федотова)

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Архангельской области «Архангельский медицинский колледж» (ГАПОУ АО «АМК») 163002 г. Архангельск, пр. Новгородский, 21 тел./факс (8182) 68-30-52, E-mail: arhmedcollege@mail.ru, <http://www.arhmedcollege.ru>





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Архангельской области
**«АРХАНГЕЛЬСКИЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ РОДИЛЬНЫЙ ДОМ
ИМ. К.Н. САМОЙЛОВОЙ»**

Ул. Тимме, д. 1, г. Архангельск, 163060,
Тел. 8(8182) 420-621, факс 42-04-56
E-mail: office@sanroddom.ru



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» в практическую деятельность акушерско-гинекологической и неонатологической служб ГБУЗ АО «Архангельский клинический родильный дом имени К.Н. Самойловой»

Мы, нижеподписавшиеся: Джериева Ирина Владимировна, заведующая женской консультацией, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории; Остапенко Николай Владимирович, заведующий отделением новорожденных, врач-неонатолог высшей квалификационной категории, Лебедева Татьяна Борисовна, заместитель главного врача по лечебной работе, врач-акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, к.м.н.,

настоящим подтверждаем, что результаты диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» внедрены в практическую работу Школы для беременных женской консультации и отделения новорожденных государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический родильный дом имени К.Н. Самойловой» в виде мероприятий в поддержку беременных женщин и кормящих матерей, что позволило повысить показатели исключительно грудного вскармливания доношенных и недоношенных новорожденных и подтвердить медицинской организации международный статус «Больница, доброжелательного отношения к ребенку».

Председатель комиссии:

заместитель главного врача по лечебной работе, к.м.н. *Т.Б. Лебедева* Т.Б. Лебедева

Члены комиссии:

заведующая женской консультацией *И.В. Джериева* И.В. Джериева

заведующий отделением новорожденных *Н.В. Остапенко* Н.В. Остапенко

Подписи Карамян В.Г., Лебедевой Т.Б., Джериевой И.В., Остапенко Н.В.,
заверяю, начальник отдела кадров *Н.В. Пургина*

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический родильный дом имени К.Н. Самойловой» (ГБУЗ АО «АРД им. К.Н. Самойловой»), Тимме улица, дом 1, город Архангельск Архангельская область, 163060, +7(8182) 64-06-21, E-mail: office@sanroddom.ru, it@sanroddom.ru

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск)
Минздрава России)
163000, г. Архангельск пр. Троицкий, 51
Тел.: (8182) 285791
Факс: (8182) 286595
E-mail: info@sgmu.ru
ОКПО 01982988, ОГРН 1022900529431
ИНН/КПП 2901047571/290101001

УТВЕРЖДАЮ:

Первый проректор, проректор по учебно-
воспитательной работе
ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск)
Минздрава России, д.м.н., профессор



А.С. Справин

.....20__ года

« 29 » 10 20 20 г. № 42/3662

на № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» в образовательный процесс кафедр неонатологии и перинатологии, пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Мы, нижеподписавшиеся: начальник учебного управления Бобкова М.Л., заведующая кафедрой неонатологии и перинатологии, д-р мед. наук, профессор Чумакова Г.Н., заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии, д-р мед. наук, профессор Э.И. Макарова настоящим подтверждаем, что результаты диссертационной работы Пастбиной И.М. «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания» внедрены в образовательный процесс для обучающихся кафедры неонатологии и перинатологии в виде лекционного материала «Основные принципы грудного вскармливания; Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку», при проведении практического занятия «Совместное пребывание матери и ребенка; принципы грудного вскармливания», используются на кафедре пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии в виде компонентов лекции «Организация вскармливания детей раннего возраста», практического занятия «Диететика грудного ребенка», блока вопросов к тестовому контролю по теме «Грудное вскармливание».

Начальник учебного управления

М. Л. Бобкова

Заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней
и поликлинической педиатрии, д-р мед. наук, профессор

В.И.Макарова

Заведующая кафедрой неонатологии и перинатологии,
д-р мед. наук, профессор

Г.Н. Чумакова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России, пр. Троицкий, 51, тел. (8 82) 285792, факс (8182)286595, E-mail: info@sgmu.ru



ПРАВИТЕЛЬСТВО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИТроицкий просп., д. 49, г. Архангельск, 163004
Тел. 8(8182) 45-45-00, факс 21-57-10
E-mail: zdrav@dvinaland.ru
http://www.minzdrav29.ru

27.06.2020

№ 01-01.144/1455

№ _____ от _____

Диссертационный совет
федерального государственного
бюджетного учреждения
«Центральный научно-
исследовательский институт
организации и информатизации
здравоохранения»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

О внедрении результатов исследования

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Настоящим актом подтверждается, что результаты диссертационной работы Пастбиной Ирины Михайловны «Научное обоснование региональной системы поддержки грудного вскармливания», выполненной под руководством профессора, д.м.н. Меньшиковой Ларисы Ивановны, используются министерством здравоохранения Архангельской области при организации мероприятий, направленных на охрану здоровья матери и ребенка.

Мониторинг исключительно грудного вскармливания и базовых технологий неонатального ухода в акушерских стационарах, проведение дистанционных семинаров для специалистов учреждений родовспоможения и детства по совершенствованию работы Школ для беременных и матерей по подготовке к родам и грудному вскармливанию включены в план мероприятий регионального проекта «Программа развития детского здравоохранения Архангельской области, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям в Архангельской области на 2019 – 2024 годы». По результатам научно-исследовательской работы изданы распоряжения министерства здравоохранения Архангельской области от 05.08.2016 № 396-рд «О совершенствовании работы по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания в Архангельской области», от 26.04.2017 № 241-рд «О проведении анкетирования по самооценке практики грудного вскармливания в неонатальных отделениях», от 21.10.2019 № 541-рд «О мониторинге грудного вскармливания в системе трехуровневого оказания перинатальной помощи в Архангельской области», направлены информационные письма по вопросам организации грудного вскармливания в акушерских стационарах и детских поликлиниках государственных медицинских организации Архангельской области.

Министр



А.А. Карпунов