

# Оптимизация поддержки грудного вскармливания как часть акушерской практики

ACOG COMMITTEE OPINION

Номер 756

Рабочая группа экспертов по грудному вскармливанию

Комитет по акушерской практике

Сокращенный вариант. Адаптировано – С.А. Шурняк

## Рекомендации

Американский колледж акушеров и гинекологов дает следующие рекомендации:

### Обучение

- Клинический менеджмент лактации является основным компонентом заботы о репродуктивном здоровье.
- Поскольку лактация является неотъемлемой частью репродуктивной физиологии, все акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны развивать и поддерживать навыки грудного вскармливания, нормальную физиологию грудного вскармливания и осуществлять менеджмент распространенных осложнений лактации.

### Поддержка женщин, кормящих грудью

- Женщинам настоятельно рекомендуется кормить грудью, и Американский колледж акушеров и гинекологов поддерживает право каждой женщины на кормление грудью.
- Только грудное вскармливание рекомендуется в течение первых 6 месяцев жизни с последующим продолжением смешанного грудного вскармливания как части питания ребенка, поскольку в рацион ребенка во время первого года жизни вводятся дополнительные продукты. Такое грудное вскармливание может продолжаться до года или дольше по желанию женщины.
- Консультации и поддержка акушера-гинеколога и других поставщиков акушерских услуг имеют решающее значение для оказания помощи женщинам в принятии обоснованного решения о грудном вскармливании, которые должны быть свободны от принуждения, давления или чрезмерного влияния.
- Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны поддерживать осознанное решение каждой женщины о том, следует ли начинать или продолжать грудное вскармливание, признавая, что только она решает, оптимально ли для нее и ее ребенка грудное вскармливание, смешанное питание или искусственное вскармливание.
- При рассмотрении акушерского анамнеза акушерам-гинекологам следует задать вопросы о проведении любых операций на груди, предшествующей продолжительности грудного вскармливания и любых предыдущих случаях грудного вскармливания.
- Для женщин, которые перенесли двойную мастэктомию или реконструктивные операции, грудное вскармливание является возможным при использовании специального дополнительного устройства для подачи смеси и накладок на грудь.
- Женщины, которые испытывают трудности с грудным вскармливанием, подвергаются более высокому риску послеродовой депрессии и должны проходить скрининг и надлежащее лечение.
- Большинство лекарств и вакцин безопасны для использования во время грудного вскармливания.
- Акушеры-гинекологи и другие медицинские работники должны проконсультироваться с лактационным фармаколо-

гическим ресурсом для получения актуальной информации об отдельных лекарствах, потому что ненадлежащие советы часто могут привести женщин к прекращению грудного вскармливания без необходимости.

- Акушеры-гинекологи должны поддерживать женщин, родивших недоношенных и других уязвимых детей, для обеспечения полного снабжения молоком путем предоставления рекомендаций и работы с больничным персоналом, чтобы облегчить раннее, частое сцеживание молока, начиная с 1-го часа после родов, при возможности.

### Политика

- Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны поддерживать женщин и поощрять политику, которая позволяет женщинам интегрировать грудное вскармливание в повседневную жизнь и на рабочем месте.
- Пособие «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию» Всемирной организации здравоохранения следует интегрировать в уход за беременными женщинами, чтобы повысить вероятность того, что женщина начнет и будет продолжать грудное вскармливание.
- Политика, защищающая права женщины – такие, как страховое покрытие для молочных насосов, оплачиваемый отпуск по беременности и родам, уход за детьми на месте, перерывы для сцеживания молока и выделенное место для сцеживания молока, – и ее ребенка на грудное вскармливание в общественных местах и поддерживающая сцеживание молока, необходима для поддержания грудного вскармливания.

## Вступление

Хотя большинство женщин в Соединенных Штатах начинают грудное вскармливание, более половины из них прекращают его раньше, чем они бы хотели [1]. Кроме того, сохраняются значительные диспропорции в начале и продолжительности грудного вскармливания, которые влияют на здоровье населения [2]. Например, в выборке младенцев, родившихся между 2010 и 2013 годами, разница в уровне инициации между черными и белыми женщинами в Соединенных Штатах составила 17,2%. Кроме того, наблюдалась разница в 7,8 процента при рассмотрении только грудного вскармливания в шестимесячном возрасте и разница в 13,7 процента при любом кормлении грудью в течение 12 месяцев [3]. Политика и практика охраны материнства, которые поддерживают грудное вскармливание, улучшаются на национальном уровне; однако требуется больше работы для обеспечения того, чтобы все женщины получали оптимальную поддержку в отношении грудного вскармливания во время дородовой помощи, во время беременности и после родов [4]. Специалисты по охране репродуктивного здоровья и здоровья женщин, которые работают совместно с другими медицинскими работниками, акушерами и педиатрами, акушеры-гинекологи имеют уникальные возможности, позволяющие женщинам достичь своих целей в области грудного вскармливания. Это мнение Комитета было рассмотрено с тем, чтобы включить

дополнительные рекомендации для акушеров-гинекологов и других поставщиков акушерских услуг, чтобы женщины в любых условиях могли достичь своих целей в области грудного вскармливания.

### Преимущества грудного вскармливания

Клиническая поддержка лактации является основным компонентом репродуктивного здоровья. Тем не менее, обучения, связанного с лактацией, часто недостаточно как в додипломном, так и в последипломном медицинском образовании [5]. Обеспечение женщинам грудного вскармливания является одним из приоритетов общественного здравоохранения, поскольку на уровне населения прерывание лактации связано с неблагоприятными последствиями для здоровья женщины и ее ребенка, включая увеличение риска рака молочной железы, рака яичников, сахарного диабета, гипертонии и болезней сердца для матери и увеличенный риск инфекционных заболеваний, синдрома внезапной младенческой смерти и метаболических заболеваний у младенцев [2, 6, 7].

Хотя лактация является физиологической нормой, культурные нормы для грудного вскармливания резко изменились в прошлом столетии. В 1971 году только 24,7% женщин покинули больницу, начав грудное вскармливание. С тех пор показатели начала грудного вскармливания постепенно увеличивались. В 2014 году 82,5% женщин в Соединенных Штатах начали грудное вскармливание, 55,3% – кормили грудью через 6 месяцев, а 33,7% – кормили грудью через 1 год после родов [8] (Таблица 1).

Грудное вскармливание дает медицинские, экономические, социальные и экологические преимущества; однако каждая женщина должна самостоятельно принимать осознанные решения, связанные с грудным вскармливанием. Акушеры-гинекологи и другие акушерские работники должны обсудить медицинские и немедицинские преимущества грудного вскармливания с женщинами и их семьями [9], поскольку показано, что участие и обучение отцов и других членов семьи улучшают результаты грудного вскармливания [10]. Противопоказаний к грудному вскармливанию мало, они включают наличие:

- у ребенка галактоземии,
- ВИЧ-инфекции,
- лифотропного вируса Т-клеток человека типа I или типа II,
- открытой формы туберкулеза,
- ветряной оспы,
- проявления вируса простого герпеса на соске.

Большинство медикаментов и вакцин безопасны для использования во время грудного вскармливания, за некоторыми исключениями.

Использование медикаментозных препаратов или лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, не может быть противопоказанием для грудного вскармливания. Например, женщинам, получающим стабильные дозы метадона или бупренорфина, которые не употребляют запрещенные наркотики и которые не имеют других противопоказаний, следует рекомендовать кормить грудью [11–13]. Недостаточно данных для оценки влияния употребления марихуаны на младенцев во время лактации. При отсутствии данных использование марихуаны не рекомендуется [14]. По мере того как число государств, легализующих и декриминализирующих использование марихуаны, увеличивается, скрининг и консультирование женщин в отношении использования лекарственной и рекреационной марихуаны во время беременности и лактации важны и их не следует упускать из виду. Более подробную информацию об

употреблении марихуаны во время беременности и лактации можно найти в Мнении Комитета № 722 «Использование марихуаны во время беременности и лактации» [14].

### Роль акушеров-гинекологов и других поставщиков акушерских услуг в поддержке грудного вскармливания

Американский колледж акушеров и гинекологов настоятельно рекомендует женщинам кормить грудью и поддерживать право каждой женщины на кормление грудью. Американский колледж акушеров и гинекологов рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни с продолжением смешанного грудного вскармливания в дальнейшем, поскольку во время первого года жизни ребенка вводятся дополнительные продукты. Эта рекомендация согласуется с рекомендациями других медицинских и сестринских организаций, таких, как Американская академия педиатрии [7] и Ассоциация женских медицинских, акушерских и неонатальных медсестер [15]. Американский колледж акушеров и гинекологов дополнительно поддерживает усилия общественного здравоохранения, направленные на то, чтобы больше женщин могли кормить грудью, в том числе программу «Цель – здоровые люди 2020», для увеличения программ лактации на рабочих местах, сокращения потребления заменителей молока для грудных детей в первые 2 дня жизни и увеличения доли родов, которые происходят в учреждениях, обеспечивающих рекомендуемую помощь для кормящих женщин и их детей (Таблица 1).

Поскольку лактация является неотъемлемой частью репродуктивной физиологии, все акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны развивать и поддерживать навыки грудного вскармливания, поддерживать нормальную физиологию грудного вскармливания и осуществлять менеджмент осложненной лактации. Акушеры-гинекологи должны быть в авангарде усилий, направленных на то, чтобы женщины могли кормить грудью, будь то путем индивидуального обучения пациентов, изменения в практике больниц, усилий сообщества или изменений в законодательстве.

Акушеры-гинекологи могут играть активную роль в поддержке грудного вскармливания при офисной практике. Это предоставление пациентам информации о политике поддержки грудного вскармливания, предоставление информации пациентам о грудном вскармливании, которая не содержит рекламы искусственных детских смесей, демонстрация плакатов и брошюр с изображениями грудного вскармливания женщинами, которые отражают разнообразие населения, и партнерство с региональными службами поддержки грудного вскармливания, куда пациентов можно направлять для дополнительной поддержки грудного вскармливания после родов [16–18].

### Пренатальный уход

Консультации и поддержка акушера-гинеколога и других поставщиков акушерской помощи имеют решающее значение для оказания женщинам помощи в принятии осознанного решения о грудном вскармливании, которые должны быть свободны от принуждения, давления или чрезмерного влияния [19]. Женщины и семьи должны получать некоммерческую, точную и беспристрастную информацию, чтобы они могли принимать обоснованные решения [20]. Поставщикам акушерской помощи следует учитывать, что их личный опыт при грудном вскармливании может повлиять на их консультацию. Кроме того, повсеместная продажа детских смесей неблагоприятно влияет на восприятие пациентом и медиками рисков и преимуществ грудного вскармливания.

Целевые показатели программы «Здоровые люди 2020» по грудному вскармливанию

	Целевой показатель	В целом по США в настоящее время	Чернокожие, не испаноязычные
Начавшие вскармливание	81,9	82,2±1,1	68,0±3,5
Кормящие в 6 месяцев	60,6	55,3±1,4	41,5±3,7
Кормящие в 1 год	34,1	33,7±1,3	21,5±3,1
Только грудное вскармливание до 3 месяцев	46,2	46,6±1,4	32,7±3,5
Только грудное вскармливание до 6 месяцев	25,2	24,9±1,3	15,0±2,7
Увеличение доли работодателей, у которых есть программы поддержки лактации на рабочем месте	38	49	н/д
Сокращение доли новорожденных, вскармливаемых грудью, которые получают искусственную смесь в течение первых 2 дней жизни	14,2	15,5±1,0	н/д
Увеличение доли родов, проходящих в заведениях, которые обеспечивают рекомендуемую помощь для кормящих женщин и их новорожденных	81	7,79	н/д

Начав беседу о лактации в начале дородовой помощи с вопроса пациентке и ее семье: «Что вы слышали о грудном вскармливании?», вы создаете основу для дискуссии, ориентированной на пациента. При изучении акушерской истории пациента акушерам-гинекологам и другим акушерским работникам следует в обязательном порядке спросить о любых операциях на груди, предшествующей продолжительности грудного вскармливания и любых предыдущих случаях грудного вскармливания. Должны быть обсуждены проблемы, которые привели к более раннему отлучению от груди, следует предусмотреть упреждающие меры и определить соответствующие ресурсы для поддержки лактации. Обследование груди может выявить хирургические шрамы, указывающие на предшествующую хирургию, а также гипоплазию груди, которые могут указывать на недостаток грандулярной ткани [6]. Осмотр груди и история грудного вскармливания должны быть получены в рамках дородового ухода, а выявленные проблемы и факторы риска для грудного вскармливания должны обсуждаться с женщиной и сообщаться поставщику медицинской помощи ребенку либо непосредственно, либо как часть истории пациента.

Женщина с операциями на молочной железе обычно может успешно кормить грудью под наблюдением поставщика медицинских услуг, следящего за любыми проблемами лактации или другими анатомическими проблемами, связанными с этой процедурой. Особую озабоченность вызывает история уменьшения груди, обширное широкое локальное иссечение или множественные биопсии, поскольку эти процедуры могут влиять на способность производить молоко или на нормальный анатомический дренаж через каналы или и то, и другое. Акушеры-гинекологи и акушерские учреждения должны привлекать партнера и других членов семьи пациента к обсуждению вопросов питания детей и решения любых вопросов и проблем. Этот подход, ориентированный на пациента, позволяет поставщику медицинских услуг, пациентке и ее семье преодолевать проблемы, разрабатывать стратегии для их решения и сотрудничать в разработке плана кормления, который совместим с целями женщины и ее семьи. Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны поддерживать осознанное решение каждой женщины о том, следует ли начинать или продолжать грудное вскармливание, признавая, что только она может решать, оптимально ли для нее и ее ребенка грудное вскармливание, смешанное питание или кормление искусственными смесями.

Рак молочной железы является наиболее распространенным раком среди женщин во всем мире [21]. Диапазон вари-

антов лечения рака молочной железы весьма широк, и многие из женщин, прошедших лечение, будут иметь детей. Женщины, которые проходят лумпэктомию и радиотерапию, имеют возможность кормить грудью. Объем молока, полученного после облучения молочной железы, уменьшается. Кроме того, грудное молоко из облученной груди может иметь более высокую концентрацию натрия и более низкую концентрацию жира. Младенцы иногда отказываются от молока из облученной груди или демонстрируют сильное предпочтение необлученной груди или и то, и другое [22]. В необлученной груди может вырабатываться полноценное молоко, однако консультирование о болезненности и осложнениях для сосков является разумным решением. Для женщин, которые перенесли двойную мастэктомию или реконструктивные операции, грудное вскармливание является возможным при использовании специального дополнительного устройства для подачи смеси и накладок на грудь [23]. У этого устройства есть контейнер, часто шприц, который имеет маленькую трубку, которую можно удерживать или прикреплять к груди женщины. При кормлении молоко из контейнера попадает в рот младенца через эту трубку. Эти женщины все еще могут поддерживать телесный контакт кожи с кожей младенца, также им следует предлагать альтернативные подходы к кормлению младенцев, если это необходимо. Некоторые женщины в этой группе могут выбрать донорское молоко, если оно доступно. Важно поддерживать этих женщин и предоставлять им ресурсы, в том числе направление к специалистам по лактации, которые имеют опыт грудного вскармливания после диагностики рака молочной железы. Существуют группы поддержки, направленные на решение этих проблем [24].

Поскольку в Соединенных Штатах продолжают расти показатели грудного вскармливания, более 33% грудных детей пребывают на грудном вскармливании в течение 12 месяцев и более [8]. Таким образом, темы лактации во время беременности и tandemного ухода (когда старший ребенок и новорожденный кормятся грудью) становятся еще более актуальными для акушера-гинеколога, чем в прошлом. Многие женщины могут отмечать болезненность сосков или уменьшение молока, когда они забеременеют, или и то, и другое. Поэтому эти симптомы должны служить стимулом к тестированию на беременность. Обзор ограниченного количества литературы свидетельствует о том, что нет увеличения риска спонтанного аборта и преждевременных родов для женщин с низким уровнем риска, которые кормят грудью во время беременности, а большинство грудных детей отнимается от грудного вскарм-

ливания в течение первого или второго триместра последующей беременности. Существует повышенный риск развития анемии у женщин, которые кормят грудью во время беременности, и они могут ожидать уменьшения выделения молока. Они также могут ожидать перехода на молочиво во время последующих периодов беременности. Тандемное кормление не ассоциировалось с задержкой роста младенца, при этом некоторые исследования показывают меньший, а другие демонстрируют больший рост. Необходимы дополнительные данные, чтобы полностью понять влияние грудного вскармливания во время беременности в развитых странах [25].

### Менеджмент во время родов

Практика охраны материнства влияет на результаты грудного вскармливания. «Десять шагов к успешному грудному вскармливанию» Всемирной организации здравоохранения (Десять Шагов) – это основанный на фактических данных набор методов медицинского менеджмента, которые поддерживают физиологию грудного вскармливания, включая ранний телесный контакт, совместное размещение и кормление по требованию (см. Вставка 1) [2]. При систематическом обзоре рандомизированных контролируемых исследований телесный контакт в первый час жизни увеличивал продолжительность грудного вскармливания в среднем на 64 дня (95% от 237,96 до 89,50) [26]. Совместное размещение позволяет женщинам учиться реагировать на детские сигналы и облегчает раннее грудное вскармливание. Необходимо проинформировать пациентов о пользе совместного размещения во время пренатального ухода и во время пребывания в родильном учреждении. Клиническая ситуация у женщины, усталость или необходимость в альтернативных процедурах могут потребовать различных вариантов размещения. Десять Шагов следует интегрировать в менеджмент беременных женщин, чтобы повысить вероятность того, что женщина начнет и продолжит грудное вскармливание оптимальным для нее образом [27]. Кесарево сечение ассоциируется с более низкой долей грудного вскармливания, а женщинам, которым выполняют кесарево сечение, может потребоваться дополнительная поддержка для начала и продолжения грудного вскармливания. Телесный контакт возможен в операционной и связывается с уменьшением потребности в искусственных смесях [28].

Поскольку больницам добавляется прогресса в обеспечении телесного контакта и совместного размещения, что облегчает начало грудного вскармливания, важно, чтобы за младенцами осуществлялся надлежащий мониторинг для обеспечения безопасности, предотвращения падений и внезапного послеродового коллапса. Особое внимание необходимо уделять кормлению при использовании женщиной опиоидной анальгезии. Практика стандартизированного подхода к мониторингу младенцев, которая включает оптимальное размещение и наблюдение за младенцами, имеет жизненно важное значение для предотвращения нежелательных инцидентов (см. Вставку 2) [29]. В заключении Комитета Американского колледжа акушеров и гинекологов № 742 и Мнения Комитета № 711 содержится дальнейшее обсуждение вопроса о применении опиоидов при грудном вскармливании [11, 30]. «Здоровые люди 2020» и Совместная комиссия определили ненужное обеспечение искусственными смесями в качестве препятствия для начала грудного вскармливания, а поставщики услуг по беременности и родам должны обеспечить упреждающее консультирование для семей в отношении обоснования недопущения раннего введения искусственных смесей. Раздача искусственных смесей в качестве акций уменьшает количество начавших кормить грудью и продолжительность грудного вскармливания [31] и подразумевает, что искусственная смесь является рекомендуемым методом вскармливания.

Более того, предоставление образцов подразумевает одобрение поставщиком медицинских услуг определенного бренда, что побуждает семьи покупать более дорогие продукты фирменного наименования, а не их генерики [32]. Подобный маркетинг не должен допускаться в стационарных или амбулаторных медицинских учреждениях.

Уровень рождаемости среди подростков продолжает снижаться в Соединенных Штатах, но он остается самым высоким в развитых странах. Большинство подростков-матерей хотели бы кормить грудью, но они сталкиваются с уникальными проблемами, характерными для их возраста. В этой когорте кормление только грудью встречается реже и имеет более короткую продолжительность, чем у их старших коллег, при делении женщин на когорты от 20 лет или младше [33]. Когда подростки подвергаются воздействию большего количества компонентов Десяти Шагов, они склонны кормить грудью дольше и более полно. Таким образом, Десять Шагов – это практика, поддерживающая женщин всех возрастов, из которой не следует исключать матерей-подростков. Матери-подростки являются уязвимой частью населения, и для них положительное влияние грудного вскармливания на здоровье может быть особенно полезным [34].

В целом доля преждевременных родов в Соединенных Штатах в настоящее время составляет 9,8%, а у чернокожих женщин этот показатель 13,3%, что на 49% выше, чем среди других женщин [35]. Американская академия педиатрии утверждает, что все недоношенные новорожденные должны получать материнское молоко. Если материнское молоко недоступно, пастеризованное донорское молоко является наилучшей альтернативой [36]. При кормлении грудным молоком эта уязвимая группа младенцев имеет более низкий риск развития некротизирующего энтероколита, ретинопатии недоношенных, позднего сепсиса и более низкие показатели реадмиссии на первом году жизни [37, 38]. Доведение этой информации до женщин, которые родили недоношенных новорожденных и намерены кормить искусственными смесями, может увеличить долю начавших грудное вскармливание без увеличения симптомов материнской тревожности [39]. Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны сотрудничать с поставщиком педиатрической помощи для обмена этой информацией при возможности преждевременных родов, поскольку начало сцеживания молока в течение 6 часов после рождения связывают с увеличением его количества [40]. Акушеры-гинекологи должны поддерживать женщин, родивших недоношенных и других уязвимых детей, для обеспечения полного снабжения молоком путем предоставления информации и работы с большим персоналом для облегчения раннего, частого сцеживания молока, начиная с 1-го часа после рождения, если это возможно [41, 42]. Важно признать и поддержать эту уязвимую группу младенцев и их матерей, поскольку у этих женщин могут возникать особые проблемы с началом и поддержанием лактации.

### Клинический менеджмент тандема грудного вскармливания

Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерских услуг должны быть источником помощи при грудном вскармливании в течение всего процесса грудного вскармливания. Грудное вскармливание – это деятельность двух человек, и оценка проблем грудного вскармливания требует обследования женщины и ее ребенка, а также активного участия и поддержки ее партнера и семьи. Таким образом, менеджмент таких проблем, как боль, предполагаемое или фактическое низкое количество молока, инфекции молочной железы и безопасность лекарств, принимаемых матерью, должны соответственно координироваться с педиатром ребенка. Меди-

цинские работники должны быть готовы к тому, чтобы классифицировать общие проблемы грудного вскармливания и, при необходимости, направлять женщин к сертифицированному специалисту по лактации, например, к консультанту по лактации, сертифицированному Международным советом. Внедрение работы специалистов по лактации в акушерских отделениях связано с включением услуг по лактации в качестве профилактического лечения в Закон о доступности помощи [43]. Американский колледж акушеров и гинекологов призывает каждого поставщика медицинских услуг изучить свои собственные ресурсы и коммуникационные возможности, чтобы наилучшим образом поддерживать пациентов. Кроме того, скрининг пациентов с участием женщины, младенцев и детей во время дородовой помощи является важным способом обеспечить грудное вскармливание для многих женщин и семей. Этот тип совместной работы помогает женщинам достичь своих целей в области грудного вскармливания [44].

Большинство лекарств безопасны для приема во время грудного вскармливания. Акушеры-гинекологи и другие медицинские работники должны проконсультироваться с лактационными фармакологическими ресурсами для получения актуальной информации об отдельных лекарствах [12], поскольку ненадлежащие советы часто приводят к тому, что женщины могут отказаться от грудного вскармливания без необходимости. LactMed – это бесплатный ресурс, ежемесячно обновляемый в Национальной медицинской библиотеке Национального института здоровья и доступный онлайн или как приложение, совместимое с большинством смартфонов. Информация о безопасности лекарств во время беременности не следует экстраполировать на грудное вскармливание, потому что физиология плаценты и груди отличаются. Например, варфарин проникает сквозь плаценту и может вызвать эмбриопатию, но содержится в грудном молоке в минимальных количествах, поэтому считается, что он безопасен во время лактации [45]. Консультирование относительно использования лекарств во время лактации должно учитывать как риски воздействия лекарств через грудное молоко, так и риски прерывания лактации. После анестезии для хирургических процедур женщины, которые родили здоровых детей, обычно кормят грудью; как только их состояние стабилизируется, они бодрствуют и достаточно осторожны, чтобы держать ребенка [46]. Грудное вскармливание можно продолжать без прерывания после использования йодсодержащего контраста при компьютерной томографии или контраста с гадолинием при магнитно-резонансной томографии [12, 47].

Недостаточное выделение молока является общей проблемой и может отражать неверное истолкование поведения нормально питающегося ребенка, низкое выделение или недостаточную передачу молока [48]. Самой распространенной причиной низкого выделения молока является недостаточная стимуляция груди. Тщательный осмотр сертифицированным специалистом по лактации и обеспечения частой стимуляции груди и сцеживания молока является наиболее эффективной стратегией увеличения продукции молока. Имеются ограниченные данные о лекарствах и растительных препаратах для увеличения выделения молока [49].

Боль является распространенной причиной преждевременного отлучения от груди. В одном исследовании, где участвовали более 1300 женщин, которые прекратили грудное вскармливание в первый месяц, примерно две из трех назвали боль, трещины или кровоточащие соски в качестве важной причины [50]. Дифференциальная диагностика сосков или боли в груди является сложной. Поддержка грудного вскармливания женщиной с болью требует времени и знаний. Если симптомы, анамнез и физическое обследова-

ние не дают ясного диагноза, следует серьезно рассмотреть дополнительное обследование у сертифицированного специалиста по лактации [51].

Прерывание лактации является обычным явлением, одна из восьми женщин сообщает о нежелательном прекращении грудного вскармливания из-за многочисленных проблем с болью, низким выделением молока или младенцем, который не может присосаться к груди [48]. Поставщики акушерских услуг должны сотрудничать с сертифицированными специалистами по лактации и поставщиком медицинских услуг для детей для оценки и лечения проблем грудного вскармливания. Даже при всесторонней поддержке некоторые тандемы мать–младенец не могут наладить длительное грудное вскармливание. Женщины, которые не могут достичь своих намерений в отношении грудного вскармливания, сообщают о значительном расстройстве этим фактом, а акушер-гинеколог и другие медицинские работники должны проверять и направлять усилия каждой женщины. Женщины, испытывающие трудности с грудным вскармливанием, подвергаются более высокому риску послеродовой депрессии и должны проходить скрининг и надлежащее лечение при необходимости [6].

Контрацепция является важной темой для всех женщин, и всестороннее обсуждение методов не должно откладываться на время грудного вскармливания. Хотя грудное вскармливание без введения дополнительных прикормов или искусственных смесей в большинстве случаев предотвратит овуляцию и, таким образом, беременность на сроках до 6 месяцев после родов, это будет происходить только в том случае, если женщина полностью или почти полностью кормит грудью, и у нее продолжается аменорея. Следует подробно разъяснять способы контрацепции и включать негормональные (ВМС, презервативы, диафрагмы, метод лактационной аменореи) и гормональные методы (внутриматочные системы с левоноргестрелом, имплантаты с этоноргестрелом, инъекции медроксипрогестерона, прогестинные таблетки и комбинированные гормональные контрацептивные препараты) [52]. Американский колледж акушеров и гинекологов одобряет основанные на фактах медицинские критерии приемлемости для использования противозачаточных средств Центра по контролю и профилактике заболеваний, в которых говорится, что как для кормящих, так и не кормящих женщин преимущества использования прогестинных препаратов, инъекционной контрацепции, контрацептивных имплантатов и внутриматочных устройств перевешивают риски при использовании их в послеродовой период, в том числе сразу после родов. Из-за повышенного риска венозной тромбоэмболии преимущества комбинированных гормональных контрацептивов не перевешивают риски для женщин до 1 месяца после родов [53]. Центр по контролю и профилактике заболеваний и Всемирная организация здравоохранения расходятся в рекомендациях по использованию комбинированных гормональных контрацептивов в ранний послеродовой период; по данным Всемирной организации здравоохранения, женщины, кормящие грудью, обычно не должны использовать комбинированные гормональные контрацептивы в период с 6 недель до 6 месяцев после родов [54].

Существуют теоретические предположения, что экзогенный прогестерон может предотвратить начало выработки молока, поскольку резкий спад уровня прогестерона после рождения плаценты, как полагают, вызывает начало лактации [48]. Женщин, рассматривающих немедленную послеродовую прогестинную контрацепцию, следует информировать о теоретическом риске уменьшения продолжительности грудного вскармливания и о преобладании фактов, которые не показали отрицательного влияния по-

**Вставка 1. Десять принципов для обеспечения успешного грудного вскармливания**

1. Иметь в письменной форме перечень принципов грудного вскармливания, которые в установленном порядке доводят до сведения всего медицинского персонала.
2. Обучить весь медицинский персонал навыкам, необходимым для проведения этих принципов в жизнь.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и осуществлении грудного вскармливания.
4. Помогать матерям в проведении первого грудного вскармливания спустя полчаса после родов.
5. Показывать матерям, как проводить грудное вскармливание и как поддерживать лактацию даже в случае, если им придется разлучиться со своими детьми.
6. Не давать новорожденным детям никакой другой пищи и питья помимо грудного молока, если нет иных медицинских предписаний.
7. Практиковать совместное пребывание в одной палате, позволяющее матерям и грудным детям находиться вместе 24 часа в сутки.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию – всякий раз, когда ребенок голоден.
9. Не давать соски-пустышки детям, находящимся на грудном вскармливании.
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять к ним матерей после выписки из больницы или клиники.

*В докладе рабочей группы экспертов по здоровью матерей и детей, подготовленном в 1994 году группой экспертов, было рекомендовано адаптировать Инициативу ЮНИСЕФ-ВОЗ для больниц, дружественных к ребенку, для использования в Соединенных Штатах в качестве Инициативы по вопросам грудного вскармливания с использованием адаптированных Десяти Шагов, приведенных выше.*

*Американская академия педиатрии одобрила Десять Шагов ЮНИСЕФ-ВОЗ к успешному грудному вскармливанию, но не поддерживает категорический запрет на пустышки из-за их роли в снижении риска возникновения синдрома внезапной детской смерти и их болеутоляющей пользы во время болезненных процедур, когда грудное вскармливание не может обеспечить обезболивание.*

*Sandwich (MA): Baby Friendly USA; 2010. Доступно по адресу: <https://www.babyfriendlyusa.org/> критерии get-start / the-guidelines-оценки. Получено 29 октября 2015 года.*

**Вставка 2. Компоненты безопасного размещения новорожденного во время первого телесного контакта**

1. Лицо младенца должно быть видимо
2. Голова младенца находится в положении «обнюхивания»
3. Нос и рот младенца не закрываются
4. Голова младенца обращена в одну сторону
5. Шея младенца прямая, не согнута
6. Плечи младенца и грудная клетка обращены к матери
7. Ноги младенца согнуты
8. Спинка ребенка укрыта одеялом
9. Тандем мать–ребенок постоянно контролируется персоналом в родах и регулярно в послеродовом отделении
10. Когда мать хочет спать, младенца укладывают в специальную кровать или он остается с другим человеком

*Перепечатано из Ludington-Hoe SM, оценка Morgan K. Дети и снижение внезапного непредвиденного риска постнатального коллапса при телесном контакте. Nurs Rev 2014, 14: 28-33.*

добной контрацепции на фактические результаты грудного вскармливания [55–57]. Поставщики акушерской помощи должны обсуждать любые проблемы в контексте желания каждой женщины кормить грудью и риска наступления незапланированной беременности, чтобы она могла принять обоснованное решение.

**Грудное вскармливание в общественных местах**

Акушеры-гинекологи и другие поставщики акушерской помощи должны поддерживать женщин и поощрять политику, которая позволяет женщинам интегрировать грудное вскармливание в повседневную жизнь и на рабочем месте. Перед выпиской из родильного дома женщинам должна быть предоставлена контактная информация по общественной поддержке лактации на местном уровне. Поддержание лактации зависит в основном от частоты кормления и сцеживания молока (грудной помпой или вручную), когда женщина и ее ребенок разделены. Политика, защищающая права женщины – такие, как страховое покрытие для молочных насосов, оплачиваемый отпуск по беременности и родам [58], уход за детьми на месте, перерывы для сцеживания молока и выделенное место для сцеживания молока [59], – и ее ребенка на грудное вскармливание на публике и поддерживающая сцеживание молока, необходима для поддержания

грудного вскармливания. Поставщики акушерских услуг и больницы могут подавать пример в этой области при помощи поддерживающей политики для кормящих сотрудников, помещений для кормящих пациентов, информирования и учебных материалов и обучения персонала [15, 16]. Законы варьируются в зависимости от штата, и поставщики медицинских услуг должны знать государственное и местное законодательство для информирования и расширения возможностей пациентов, чтобы они чувствовали себя комфортно при грудном вскармливании (см. Раздел «Дополнительная информация» для получения дополнительной информации о государственных и местных законах) [2].

**Дополнительная информация**

Американский колледж акушеров и гинекологов определил дополнительные ресурсы по темам, связанным с этим документом, которые могут быть полезны для врачей, других поставщиков медицинских услуг и пациентов. Вы можете просмотреть эти ресурсы по адресу [www.acog.org/More-Info/ObBreastfeedingSupport](http://www.acog.org/More-Info/ObBreastfeedingSupport). Эти ресурсы предназначены только для информации и не могут быть всеобъемлющими. Направление на эти ресурсы не означает, что Американский колледж акушеров и гинекологов одобряет организацию, веб-сайт организации или содержание ресурса. Ресурсы могут меняться без предупреждения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e726–32.
2. Breastfeeding in underserved women: increasing initiation and continuation of breastfeeding. Committee Opinion No. 570. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–8.
3. Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, Perrine CG. Racial and geographic differences in breastfeeding—United States, 2011–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:723–7.
4. Perrine CG, Galuska DA, Dohack JL, Shealy KR, Murphy PE, MLJS, et al. Vital signs: improvements in maternity care policies and practices that support breastfeeding—United States, 2007–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1112–7.
5. Shen Y, Rudesill R. Impact of an educational intervention on breastfeeding counseling behavior of OB/GYN residents. *Breastfeed Med* 2016;11:293–6.
6. Stuebe AM. Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstet Gynecol* 2014;123:643–52.
7. Breastfeeding and the use of human milk. Section on breastfeeding. *Pediatrics* 2012;129:e827–41.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding among U.S. children born 2002–2014. CDC National Immunization survey. Atlanta (GA): CDC; 2017. Available at: [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/results.html](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html). Retrieved April 11, 2018.
9. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaiza TT, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs [published erratum appears in *Matern Child Nutr* 2017;13(2)]. *Matern Child Nutr* 2017;13.
10. Bell DL. Expanding community support for breastfeeding: the role of fathers. *Breastfeed Med* 2017;12:468–9.
11. Opioid use and opioid use disorder in pregnancy. Committee Opinion No. 711. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e81–94.
12. Sachs HC. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. Committee Opinion No. 711. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013;132:e796–809.
13. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:135–41.
14. Marijuana use during pregnancy and lactation. Committee Opinion No. 722. American College of obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e205–9.
15. Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses. Breastfeeding support: preconception care through the first year. 3rd ed. Washington, DC: AWHONN; 2015.
16. Rosen-Carole C, Hartman S. ABM clinical protocol #19: breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. Academy of Breastfeeding Medicine. *Breastfeed Med* 2015;10:451–7.
17. New York State Department of Health. New York State ten steps to a breastfeeding friendly practice implementation guide. Albany (NY): DOH; 2016. Available at: <https://www.health.ny.gov/publications/2970.pdf>. Retrieved April 11, 2018.
18. California Department of Public Health. 9 steps to breast-feeding friendly: guidelines for community health centers and outpatient care settings. Sacramento (CA): CDPH; 2015. Available at: <http://calwic.org/storage/documents/bf/2016/9StepGuide.pdf>. Retrieved April 11, 2018.
19. Ethical decision making in obstetrics and gynecology. ACOG Committee Opinion No. 390. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;110:1479–87.
20. The limits of conscientious refusal in reproductive medicine. ACOG Committee Opinion No. 385. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2007;110:1203–8.
21. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Available at: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/index1.html>. Retrieved April 11, 2018.
22. Leal SC, Stuart SR, Carvalho Hde A. Breast irradiation and lactation: a review. *Expert Rev Anticancer Ther* 2013;13:159–64.
23. Penny F, Judge M, Brownell E, McGrath JM. What is the evidence for use of a supplemental feeding tube device as an alternative supplemental feeding method for breastfed infants? *Adv Neonatal Care* 2018;18:31–7.
24. Living Beyond Breast Cancer. Breastfeeding after treatment for early-stage breast cancer. Bala Cynwyd (PA): LBBC; 2016. Available at: <http://lbcc.org/young-woman/your-medical-needs/breastfeeding-after-treatment-early-stage-breast-cancer>. Retrieved April 11, 2018.
25. Lopez-Fernandez G, Barrios M, Goberna-Tricas J, Gomez-Benito J. Breastfeeding during pregnancy: a systematic review. *Women Birth* 2017;30:e292–300.
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. Available at: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/abstract>. Retrieved April 11, 2018.
27. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(suppl 2):43.
28. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36:6.
29. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. Committee on Fetus and Newborn, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
30. Postpartum pain management. ACOG Committee Opinion No. 742. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e35–43.
31. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBleck E, Weitzman M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
32. U.S. Department of Agriculture. WIC and the retail price of infant formula. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 39. Washington, DC: USDA; 2004. Available at: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid546808>. Retrieved April 11, 2018.
33. Olaiya O, Dee DL, Sharma AJ, Smith RA. Maternity care practices and breastfeeding among adolescent mothers aged 12–19 years—United States, 2009–2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:17–22.
34. Feldman-Winter L, Shaikh U. Optimizing breastfeeding promotion and support in adolescent mothers. *J Hum Lact* 2007;23:362–7.
35. March of Dimes. 2017 premature birth report card. White Plains (NY): March of Dimes; 2017. Available at: <https://www.marchofdimes.org/materials/Premature-BirthReportCard—United-States-2017.pdf>. Retrieved April 11, 2018.
36. Donor human milk for the high-risk infant: preparation, safety, and usage options in the United States. Committee on Nutrition, Section on Breastfeeding, Committee on Fetus and Newborn. *Pediatrics* 2017;139:e20163440.
37. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:189–207.
38. Meinen-Derr J, Poindexter B, Wraga L, Morrow AL, Stoll B, Donovan EF. Role of human milk in extremely low birth weight infants’ risk of necrotizing enterocolitis or death. *J Perinatol* 2009;29:57–62.
39. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, Gruber KJ. Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics* 2006;117:e67–75.
40. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2002;109:e57.
41. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kellechi T, Mueller M. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. *J Perinatol* 2012;32:205–9.
42. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* 2015;10:84–91.
43. National Breastfeeding Center. Model payer policy – payer coverage of breastfeeding support and counseling services, pumps and supplies. 3rd rev ed. Nyack (NY): NBFC; 2016. Available at: <https://www.nbfcenter.com/model-payer-policy.html>. Retrieved June 26, 2018.
44. McCoy MB, Geppert J, Dech L, Richardson M. Associations between peer counseling and breastfeeding initiation and duration: an analysis of Minnesota participants in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *Matern Child Health J* 2018;22:71–81.
45. National Library of Medicine. Drugs and lactation database (LactMed). Available at: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>. Retrieved April 11, 2018.
46. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L. ABM Clinical Protocol #15: analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:500–6.
47. American College of Radiology. ACR manual on contrast media. Version 10.3. Reston (VA): ACR; 2017. Available at: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual>. Retrieved April 11, 2018.
48. Stuebe AM, Horton BJ, Chetwynd E, Watkins S, Grewen K, Meltzer-Brody S. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:404–12.
49. ABM clinical protocol #9: use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (first revision January 2011). Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *Breastfeed Med* 2011;6:41–9.
50. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers’ self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122(suppl 2):S69–6.
51. Berens P, Eglash A, Malloy M, Steube AM. ABM clinical protocol #26: persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016;11:46–53.
52. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.pub2. Available at: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001329.pub2/abstract>. Retrieved April 11, 2018.
53. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65:1–104.
54. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. Available at: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/). Retrieved July 1, 2018.
55. Immediate postpartum long-acting reversible contraception. Committee Opinion No. 670. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:32–7.
56. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3. Art. No.: CD003988. DOI:10.1002/14651858.CD003988.pub2.
57. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM, et al. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception* 2016;94:226–52.
58. U.S. Surgeon General. The Surgeon General’s call to action to support breastfeeding. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2014. Available at: <https://www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/index.html>. Retrieved April 11, 2018.
59. U.S. Department of Labor. Break time for nursing mothers under the FLSA. Fact Sheet #73. Washington, DC: DOL; 2013. Available at: <https://www.dol.gov/whd/regs/compliance/wdhs73.htm>. Retrieved April 11, 2018.