

На правах рукописи

Руднева Ольга Дмитриевна

**ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ**

14.01.01 — акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

11 МАЙ 2016

Москва — 2016



Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации.

Научный руководитель:

профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета МИ РУДН, доктор медицинских наук, профессор

Хамошина Марина Борисовна

Официальные оппоненты:

Заместитель директора по научно-исследовательской работе ФГБУ "Уральский НИИ ОММ" Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук

Мальгина Галина Борисовна

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМУ, доктор медицинских наук, доцент

Обоскалова Татьяна Анатольевна

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «31» мая 2016 г. в 11.00 часов по адресу: 117333, г. Москва, ул. Фотиевой, д. 6, на заседании диссертационного совета Д.212.203.01 при Российском университете дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Российского университета дружбы народов (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6) и на сайте <http://dissovet.rudn.ru/>

Автореферат размещен на сайте <http://dissovet.rudn.ru/> 29 марта 2016 г.

Автореферат разослан "28" 04 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета Д.212.203.01 кандидат медицинских наук

Лебедева Марина Георгиевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Нарастающее ухудшение демографической ситуации в РФ определяет необходимость принятия экстренных мер по сохранению здоровья населения. Репродуктивный потенциал страны наиболее значим в контексте политики сбережения нации, провозглашенной главной и бессрочной государственной задачей, решением которой должны заниматься все уровни власти, в том числе в социальной сфере. Общепризнано, что результатов в этой области можно достичь, заботясь о сохранении и восстановлении репродуктивного здоровья женщин, детей и подростков. При этом естественное (грудное) вскармливание (ГВ) младенцев и детей раннего возраста является одним из реальных и наименее ресурсоемких путей сбережения и улучшения здоровья этих категорий населения, включая соматическое здоровье. В настоящее время убедительно доказана роль ГВ в предотвращении множества заболеваний, в том числе онкологических, не только у ребенка, но и у самой кормящей матери (Радзинский В.Е., 2014; WHO, 2013).

Степень разработанности темы. Несмотря на доказанное превосходство естественного вскармливания над искусственным, распространенность первого тем ниже, чем лучше индустриально развита та или иная страна (Радзинский В.Е., 2010; Brown A., 2015). Внедрение в работу родовспомогательных учреждений современных перинатальных технологий (СПТ) позволило существенно повысить распространенность ГВ сразу после родов, однако необходимо совершенствовать существующую концепцию поддержки ГВ с целью сократить частоту его раннего прекращения (Perrine C.G. et al., 2012; Patel S. et al., 2015). Публикации, посвященные оценке знаний российских медицинских работников о ключевых принципах рациональной организации ГВ, в современной литературе единичны и поверхностны, в то время как от качества оказываемой ими помощи во многом зависят последующие события (Шульга А.В. и соавт., 2013).

Основные аспекты профилактики и коррекции нарушений ГВ изучены фрагментарно; отсутствуют полные данные об их частоте и структуре; не систематизированы факторы, их обуславливающие. Все это препятствует адекватному формированию групп риска нарушений ГВ, приводит к запоздалым диагностике и началу целенаправленных лечебно-профилактических мероприятий, а зачастую такие мероприятия вовсе не выполняют (Riordan J. et al., 2010). В практическом здравоохранении отсутствует научно обоснованный алгоритм ведения родильниц, учитывающий прогностически неблагоприятные факторы, что в совокупности определяет актуальность и выбор темы настоящего исследования.

Цель исследования: улучшить здоровье кормящих матерей и их детей на основании разработки и внедрения алгоритма профилактики и коррекции нарушений грудного вскармливания.

Достижению этой цели подчинено решение следующих задач:

1. Выявить особенности социально-биологической характеристики кормящих матерей после самопроизвольных родов в зависимости от продолжительности грудного вскармливания, изучить особенности течения и ведения их беременности, родов и послеродового периода.

2. Выявить частоту и структуру нарушений грудного вскармливания у женщин исследуемой когорты.

3. Оценить уровень знаний родильниц о правилах и принципах рациональной организации грудного вскармливания, а также особенности ухода за младенцами в изучаемой когорте.

4. Определить уровень знаний медицинских работников о проблемах грудного вскармливания и влияние социально-гигиенических, медико-биологических и медико-организационных факторов на характер и продолжительность кормления грудью.

5. Разработать алгоритм профилактики и коррекции нарушений лактации.

Научная новизна исследования. На основании выявленных закономерностей расширены представления о патогенезе нарушений ГВ у

родильниц после своевременных самопроизвольных родов в учреждении, практикующем СПТ, уточнены их частота и структура. Определен вклад социально-гигиенических, медико-биологических и медико-организационных факторов в развитие нарушений ГВ, показана возможность их прогнозирования.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Обоснована концепция риска нарушений ГВ, выявлены новые аспекты проблемы преждевременного прекращения кормления грудью. Предложены инструменты математического прогноза и критерии выделения групп риска при помощи балльной анкеты-опросника и прогностической шкалы. Разработан и научно обоснован алгоритм профилактики и своевременной коррекции нарушений ГВ.

Методология и методы исследования. Проведено когортное проспективное рандомизированное исследование с использованием следующих методов: социологического, клинико-эпидемиологического, антропометрического, клинического, клинико-статистического, экспертного, а также комплекса математико-статистических методов, применяемого в медицинских исследованиях (Реброва О.Ю., 2006). Работа выполнена в период 2013–2015 гг. на клинических базах кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии медицинского факультета МИ ФГАОУ ВО РУДН (зав. кафедрой — засл. деятель науки РФ, проф. Радзинский В.Е.): в родильном доме ГУ ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана (зам. гл. врача по акушерско-гинекологической помощи — Есипова Л.Н.), филиале ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (гл. врач — к.м.н. Оленева М.А.), филиале № 2 КДП № 121 (зав. филиалом — к.м.н. Пиддубный М.И.), а также в женской консультации филиала № 197 ГП № 212 (зав. женской консультацией — Киселева И.И.) и акушерско-гинекологическом отделении филиала № 4 КДП № 121 (зав. отделением — Яковенко И.П.).

Для решения поставленных задач методом сплошной выборки была сформирована когорта из 230 родильниц, получивших медицинскую помощь в I акушерском отделении родильного дома ГУ ГКБ № 29, практикующего СПТ. Критериями включения в исследование стали своевременные роды через

естественные родовые пути одним ребенком, помещенным в палату совместного пребывания с матерью по завершении раннего послеродового периода. В исследование не включали женщин с диагностированными состояниями, признанными возможными причинами истинной гипогалактии (операции на молочной железе в анамнезе, ее гипоплазия и гипопитуитаризм). Исследуемая когорта была рандомизирована на получивших на 2-е сутки после родов расширенную информацию по вопросам организации ГВ с обучением технике кормления грудью (n=120) и тех, кому эту информацию не предоставляли (n=110).

Для оценки знаний медицинских работников была разработана анкета, которую заполнили 103 специалиста со средним специальным или высшим образованием — сотрудники 6 родовспомогательных учреждений, 2 из которых оказывали стационарную, а 4 — амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь. Была изучена осведомленность опрашиваемых о преимуществах и особенностях организации успешного кормления грудью, противопоказаниях к ГВ и оптимальных стратегиях коррекции его нарушений.

Для формирования массива данных использовали анкеты, историю родов (форма № 096/у) и историю развития новорожденного (форма № 097/у), из которых были получены сведения о социальном анамнезе родильниц; их знаниях об основах организации успешного ГВ и способах верификации проблем в неоднозначных ситуациях; предпочитаемых источниках информации о ГВ; продолжительности кормления самой матери грудным молоком (ГМ); личном опыте ГВ; антропометрических показателях; особенностях соматического, гинекологического и репродуктивного анамнеза, ведения и течения настоящей беременности и родов; состоянии здоровья и характере вскармливания новорожденного в роддоме. Обе анкеты отвечали стандартным требованиям к данному виду методов исследования. Расширенное информирование родильниц проводили только после заполнения опросника.

Каждые 3 месяца в течение года после родов проводили телефонный опрос участниц исследования с целью выяснить характер вскармливания ребенка,

возникшие нарушения ГВ и предпринятые попытки их коррекции, а также способ докорма, если он был введен. Из исследования выбыли 38 женщин по причине утраты связи с ними, из получивших расширенное информирование остались 99. По прошествии 1 года с момента родов все участницы исследования были стратифицированы на три группы (Таблица 1).

Таблица 1 — Распределение исследуемой когорты по группам

Номер группы	Длительность ГВ	Количество человек, n
1	Менее 3 месяцев	37
2	3–9 месяцев	43
3	9 месяцев и более	111

Подготовка материала выполнена при помощи пакета программ MS Office 365 (© 2016 Microsoft Corporation, код продукта 00201-10456-48362-AA597, распространяется по подписке). Для статистической обработки результатов исследования была использована программа STATISTICA 6.0 фирмы StatSoft Inc. (США), серийный номер AXAR802D898511FA.

Положения, выносимые на защиту:

1. В современных условиях предпосылки к преждевременному прекращению грудного вскармливания возникают у каждой второй кормящей матери (55,0%). В структуре нарушений лидируют проблемы, обусловленные социально-гигиеническими и медико-биологическими факторами: необоснованное введение докорма, провоцирующее гипогалактию (32,0%), трещины сосков, лактостаз, мастит (29,0%), недостаточная прибавка массы тела ребенка (10,0%).

2. Критическим периодом, имеющим значение для продолжительности периода кормления грудью, следует считать первые 3 месяца после родов. Прогностически значимыми факторами риска преждевременного завершения грудного вскармливания являются низкая информированность кормящих о достоверных способах диагностики гипогалактии и продолжительность эксклюзивного грудного вскармливания менее 1 месяца ($R=0,5$, $p<0,01$). К прочим

негативно влияющим факторам ($R=0,2-0,4$, $p<0,05-0,01$) относятся предыдущий отрицательный опыт кормления грудью у матери; нежелание женщины кормить ребенка своим молоком; непродолжительное время пребывания самой матери на грудном вскармливании; отсутствие стремления получить дополнительную информацию о кормлении грудью; низкий уровень образования матери; ее потребность в помощи в уходе за ребенком, отражающая полное или частичное отсутствие установки на осознанное материнство; курение; докорм, назначенный в роддоме новорожденному и использование пустышки для его успокоения.

3. Мероприятия по профилактике нарушений лактации должны быть основаны на концепции риска преждевременного прекращения грудного вскармливания. Алгоритм профилактики и коррекции нарушений лактации должен быть направлен на предоставление всем женщинам базовой информации относительно преимуществ и принципов рациональной организации грудного вскармливания, что предусмотрено концепцией современных перинатальных технологий. В группе риска нарушений грудного вскармливания, стратифицированной с использованием разработанных балльной анкеты-опросника и прогностической шкалы, целесообразно таргетное восполнение недостающих знаний и повышение мотивации к кормлению грудью, а при возникновении проблем — оказание помощи по поддержке грудного вскармливания в соответствии с международными стандартами, что обуславливает необходимость повышения уровня информированности медицинских работников.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Для определения достоверности полученных результатов использовали критерий Стьюдента при анализе количественных нормально распределенных данных и метод Манна–Уитни — для оценки непараметрических данных. Корреляционный анализ выполняли при помощи непараметрического метода Спирмена; при абсолютном значении коэффициента корреляции $R>0,7$ связь признаков определяли как сильную, при $R=0,69-0,2$ — как умеренную и при $R<0,2$ — как слабую. При этом высокозначимой корреляцию признавали при $p\leq 0,01$, значимой

— при $p \leq 0,05$. Дополнительно были использованы тесты χ^2 и точный критерий Фишера. Прогностическая ценность комплекса факторов, достоверно влияющих на становление и продолжительность лактации, была определена построением решающих правил по методу Байеса, количественного способа вычисления апостериорной вероятности (с использованием вероятности априорной), с оценкой чувствительности и специфичности проводимого теста (Грухачева Н.В., 2012).

Непосредственное участие автора в получении исходных данных, их обработке и интерпретации — более 90%; в обобщении, анализе и внедрении в практику результатов работы, подготовке публикаций по выполненной работе — 100%. Все представленные в работе выводы и положения получены автором. По материалам диссертации в России и за рубежом опубликованы 12 работ, из них 7 — в изданиях, рекомендованных ВАК РФ. Индекс Хирша автора равен 4.

Материалы диссертации доложены, обсуждены и одобрены на: III Междисциплинарном форуме «Медицина молочной железы» (Москва, 2014); Общероссийской конференции с международным участием «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» (Санкт-Петербург, 2014); VIII Общероссийском семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» (Сочи, 2015); X Ежегодном Конгрессе специалистов перинатальной медицины (Москва, 2015).

Результаты исследования внедрены в работу родильных домов ГУ ГКБ № 29 им. Н.Э. Баумана и № 25 ГБУЗ ГКБ № 1, МГКБ ГБУЗ МО, использованы при реализации образовательных программ на кафедре акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПК МР МИ РУДН, при составлении методических рекомендаций для врачей акушеров-гинекологов, а также при подготовке учебников по акушерству для студентов вузов и медицинских колледжей.

Диссертация состоит из введения; обзора литературы; трех глав, включающих полученные результаты и их обсуждение; заключения, содержащего выводы и практические рекомендации; указателя литературы; приложений. Работа изложена на 164 страницах машинописного текста, иллюстрирована 32 таблицами

и 20 рисунками. Указатель литературы содержит 178 источников, из них 35 на русском и 143 — на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что средний возраст родильниц в группе длительно (более 9 месяцев) кормивших грудью значимо больше в сравнении с рано (в первые 3 месяца после родов) прекратившими ГВ ($27,8 \pm 4,9$ против $30,2 \pm 4,9$ лет, $p < 0,05$), что закономерно, поскольку чем старше женщина, тем выше вероятность осознанной подготовки к беременности и рождению ребенка, интерес к вопросам ухода за ребенком и его питания, паритет, чаще имеется опыт ГВ. Полученные данные согласуются с данными современной литературы (Oakley L.L. et al., 2013; Kitano N. et al., 2016).

Выявлено, что женщины, длительно кормящие грудью, в сравнении с недолго кормящими, чаще состоят в зарегистрированном браке (91,0% против 78,4%, $p < 0,05$), чаще имеют диплом о высшем образовании (84,7% против 62,2%, $p < 0,01$) и реже ожидают помощи в уходе за ребенком (24,3% против 9,9%, $p < 0,01$). Полученные результаты созвучны с данными исследований, выявивших прямую взаимосвязь уровня образования, семейного положения и продолжительности ГВ (Гурьева В.А. и соавт., 2015; Vanu B. et al., 2012; Cesar G. Victora et al., 2015), и свидетельствуют о значимости эмоциональной вовлеченности женщин в концепцию так называемого «осознанного материнства». Когда родильница настроена в первую очередь заниматься ребенком, частота прикладывания к груди будет неизбежно более высокой. В то же время вероятность использования для кормления бутылочек с сосками, необходимых, когда за ребенком ухаживает не его мать, закономерно снизится (Riordan J. et al., 2010).

Анализ условий проживания родильниц позволил выяснить, что женщины со средней (3–9 месяцев) продолжительностью ГВ, в сравнении с долгокормившими,

реже (48,8% против 68,5%) проживают совместно с родственниками или соседями, что свидетельствует о влиянии окружения матери на длительность ГВ ($p < 0,01$).

Приверженность курению отметили 11,5% женщин, что согласуется с данными Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (Asma S. et al., 2015). При этом матери, недолго продолжавшие ГВ, курили значимо чаще, чем длительно кормившие грудью (18,9% против 7,2% соответственно, $p < 0,05$), что можно объяснить стремлением вернуться к привычке, от которой им приходилось воздерживаться во время беременности (Morgan H. et al., 2015).

В изучаемой когорте соматический анамнез был отягощен не более, чем у 20,0% женщин. Преобладали болезни мочевыделительной и эндокринной систем (19,4% и 18,3% соответственно), что подтверждает данные, представленные в других отечественных публикациях (Шехтман М.М., 2011; Спицына М.Ю., Попова С.В., 2013). Влияние на характер и продолжительность ГВ указанных факторов в настоящем исследовании установлено не было ($p > 0,05$).

Распределение участниц исследования в группах по признаку ИМТ на момент наступления беременности было равномерным без значимых различий, однако среднее значение ИМТ к моменту родов оказалось достоверно выше у недолго продолжавших ГВ в сравнении с длительно кормящими матерями ($29,8 \pm 5,4$ и $28,0 \pm 4,0$, $p < 0,05$). В группе рано прекративших ГВ количество женщин с ИМТ, соответствующим ожирению, в 1,5 раза превышало таковое в группе долгокормивших с тенденцией к достоверности различий ($p = 0,06$), что подтверждает данные исследований о риске раннего прекращения ГВ при чрезмерной прибавке массы тела во время беременности (Bartok C.J. et al., 2012). Различия групп по показателям, характеризующим репродуктивное здоровье, и их отклонения от средних в популяции обнаружены не были ($p > 0,05$).

В структуре осложнений беременности преобладали острые респираторно-вирусные инфекции (37,7%) и гестационный сахарный диабет (28,3%). Рвоту беременных диагностировали у 13,6%, преэклампсию (ПЭ) — у 12,0%, артериальную гипертензию (АГ) — у 3,7%. Различий между группами по этим

признакам выявлено не было ($p > 0,05$), что противоречит данным литературы об отрицательной связи АГ, развития ПЭ и диабета во время беременности и продолжительности ГВ (Грищенко О.В. и соавт., 2013; Орджоникидзе Н.В. и соавт., 2014; Finkelstein S.A. et al., 2013). Замедленный рост и недостаточность питания плода (ЗРП) пре- и постнатально диагностированы у 6,8% младенцев, хотя ряд авторов указывает, что средняя частота регистрации ЗРП составляет 30,0–32,0% (Иванова Л.А. и соавт., 2010; Ortigosa R. C. et al., 2010). При этом в группе, где ГВ длилось недолго, признаки ЗРП отмечали чаще, чем в группе, где дети получали ГМ более 9 месяцев (16,2% и 4,5%, $p < 0,05$). Схожие данные о взаимосвязи ЗРП и риске прекращения ГВ в современной литературе обнаружены не были.

В структуре осложнений родов, возникших у 83,2% женщин, лидировали преждевременный разрыв околоплодных оболочек (39,3%) и разрывы промежности (47,6%). Частота операций и пособий в родах в изучаемой когорте не превышала 5,0%. В общей сложности травму промежности (разрыв или эпизиотомию) в родах перенесли 51,8% женщин (47,6% и 4,2%), что коррелирует с данными других авторов (Косачева Е.Н. и соавт., 2011; Sagi-Dain L. et al., 2015). Обезболивание в родах получили 51,3% рожениц, анестезия была эпидуральной (ЭДА). Различия по этим признакам между группами выявлены не были ($p > 0,05$). Отсутствие влияния ЭДА на ГВ описано рядом авторов (Акбас М., Аксан А.В., 2011; Zuppa A.A. et al., 2014). Сведения о взаимосвязи между травмой промежности и продолжительностью ГВ в современных источниках нами не обнаружены.

В настоящем исследовании получено подтверждение ключевой роли желания женщины кормить своего ребенка грудью в становлении лактации и продолжительности ГВ (Королева И.П., Кошечева Н.А., Шеенко И.А., 2010; Гмошинская М.В., 2013). В группе рано завершивших кормление грудью активное желание рожениц кормить новорожденного ГМ отмечено реже, чем в группах кормивших 3–6 и более 9 месяцев (67,6%, 90,7% и 94,6%, $p_{1-2, 1-3} < 0,01$). Однако настроенность женщины на ГВ можно расценить лишь с учетом ее предыдущего

опыта и информированности о пользе ГВ для здоровья ее ребенка и ее самой, не считая отсутствие стремления кормить грудью решающим компонентом.

Несколько неожиданными оказались данные о значимости различных источников информации о ГВ, использованных женщинами. Наибольшая доля ответов пришлась на Интернет (47,1%), значимая — на семью (40,3%), однако различий между группами обнаружено не было, что говорит о низком качестве сведений, предоставляемых этими источниками ($p > 0,05$). В группах со средней и высокой продолжительностью ГВ чаще, чем в группе рано завершивших кормление грудью, женщины читали популярную литературу (53,5% и 45,9% против 21,6%, $p < 0,01$). В группе сохранивших ГВ от 3 до 9 месяцев чаще указывали на медучреждения как источник информации, чем в группе долгокормивших (60,5% против 38,7%, $p < 0,01$), что подтверждает недостаточный уровень поддержки ГВ, оказываемой медицинскими работниками на сегодняшний момент и их низкую осведомленность по этой проблеме (Pound C.M. et al., 2014).

Полученные в ходе исследования данные подтверждают мнение ряда авторов о влиянии предыдущего опыта ГВ матери на его продолжительность (Phillips G. et al., 2011; Vai D.L. et al., 2015). Личного опыта ГВ не имели 48,2% рожениц, различия по этому признаку между группами не установлены ($p > 0,05$). Негативный опыт кормления грудью менее 6 месяцев в группе рано прекративших ГВ имели 51,4%, в группе долгокормивших — 11,7% ($p < 0,01$). Положительный опыт кормления более 6 месяцев был у 36,9% в группе с высокой, у 25,6% — со средней и лишь у 8,1% в группе с низкой продолжительностью ГВ ($p_{1-3,2-3} < 0,01$). Дополнительно установлена положительная связь длительного пребывания самой матери на ГВ в младенчестве с продолжительностью ГВ ее ребенка. В группе рано прервавших кормление грудью находились на ГВ более полугода лишь 10,8%, против 32,6% и 37,8% в группах кормивших 3–9 и более 9 месяцев ($p_{1-2,1-3} < 0,05$).

Данные анализа результатов анкетирования рожениц свидетельствовали о недостаточной их осведомленности о преимуществах ГВ для здоровья женщины и ребенка, а также о высокой распространенности заблуждений о возможных

негативных последствиях кормления грудью, что согласуется с мнением других исследователей (Marques E.S., Cotta R.M.M., Priore S.E., 2011; Pagor C., 2015). Так, 66,0% опрошенных считали, что ГВ чревато ухудшением формы груди, 7,9% — усталостью и депрессией, 5,2% — полнотой, 1,6% — сексуальной дисфункцией. Об угрозе для своего здоровья при отказе от ГВ знали всего 23,6%. Также установлена низкая информированность родильниц о правилах рациональной организации ГВ и обнаружены различия в частоте правильных ответов в выделенных группах, что позволило разработать балльную форму тестового опроса. Среднее количество набранных баллов в группе продолжавших ГВ менее 3 месяцев составило $14,6 \pm 6,0$, 3–9 месяцев — $16,4 \pm 5,8$, более 9 месяцев — $18,8 \pm 6,9$ ($p_{1-3} < 0,01$; $p_{2-3} < 0,05$).

Установлено, что частота инициации ГВ составляет 99%, через 3 месяца продолжают ГВ 80,6% матерей, через 6 месяцев — 67,5%, через 12 месяцев — 51,8%, что согласуется с данными ряда авторов (Полунина Н.В. и соавт., 2015; Гурьева В.А. и соавт., 2015), но не официальной статистики (Росстат, 2014), согласно которой от 0 до 3 месяцев на ГВ находятся 42,0% младенцев, от 3 до 6 месяцев — 41,1%.

Определена роль раннего прекращения эксклюзивного грудного вскармливания (ЭГВ) как фактора риска отказа от ГВ в целом. На 3-ем месяце жизни только ГМ получали 71,7% младенцев. При этом ЭГВ не было у 14,1% пар «мать — дитя», у 7,3% ЭГВ длилось 1 месяц, у 6,8% — 2 месяца, у 7,3% — 3 месяца, у 5,8% — 4 месяца, у 9,4% — 5 месяцев. В течение полугода только грудью кормили 49,2% женщин, что сопоставимо с показателями в странах с развивающейся экономикой (46%) и существенно превышает таковые в экономически развитых странах (1–11%). Длительность ЭГВ не более 1 месяца отмечена достоверно чаще у тех, кто кормили грудью менее 3 месяцев в сравнении с кормившими более 9 месяцев (59,5% против 1,8%, $p < 0,05$). В группе прекративших ГВ через 3–9 месяцев, в сравнении с долгокормившими, было значимо больше продолжавших ЭГВ не более 3 месяцев (25,6% и 2,7%, $p < 0,01$) и меньше сохранивших его до 6 месяцев (23,3% и 75,7%, $p < 0,05$).

Выявлено, что докорм в роддоме был назначен 27,7% новорожденным, по этому признаку достоверно различались группы, где младенцы получали ГМ менее 3 и более 9 месяцев (43,2% против 22,5%, $p < 0,01$), что подтверждает мнение ряда авторов о взаимосвязи назначения в роддоме докорма и риска прекращения ГВ (Гмошинская М.В., 2013; Chantry C.J. et al., 2014). Во всех случаях детей докармливали адаптированной смесью без использования бутылочки с соской, хотя Всемирная организация здравоохранения и Американская академия педиатрии постулируют докорм сцеженным ГМ как предпочтительный (Academy of breastfeeding medicine, 2009). Все младенцы получали докорм тотчас после верификации патологической потери массы тела, однако фактически потеря массы тела у 35,9% из получивших докорм была не более 8,0% — порога, при превышении которого рекомендовано введение докорма при отсутствии эффекта от поиска и исправления нарушений организации ГВ (Academy of breastfeeding medicine, 2009). В группе, где ГВ продолжалось недолго, при экспертной оценке назначение докорма было необоснованным у 50,0% из всех получивших его, что можно отнести к медико-организационным факторам, влияющим на показатели ГВ. Данная проблема сегодня широко распространена во всем мире: в частности, в США зарегистрированы случаи неоправданного назначения докорма в 78,0% родовспомогательных учреждений (Smilowitz J., O'Sullivan A., Farver M., 2015).

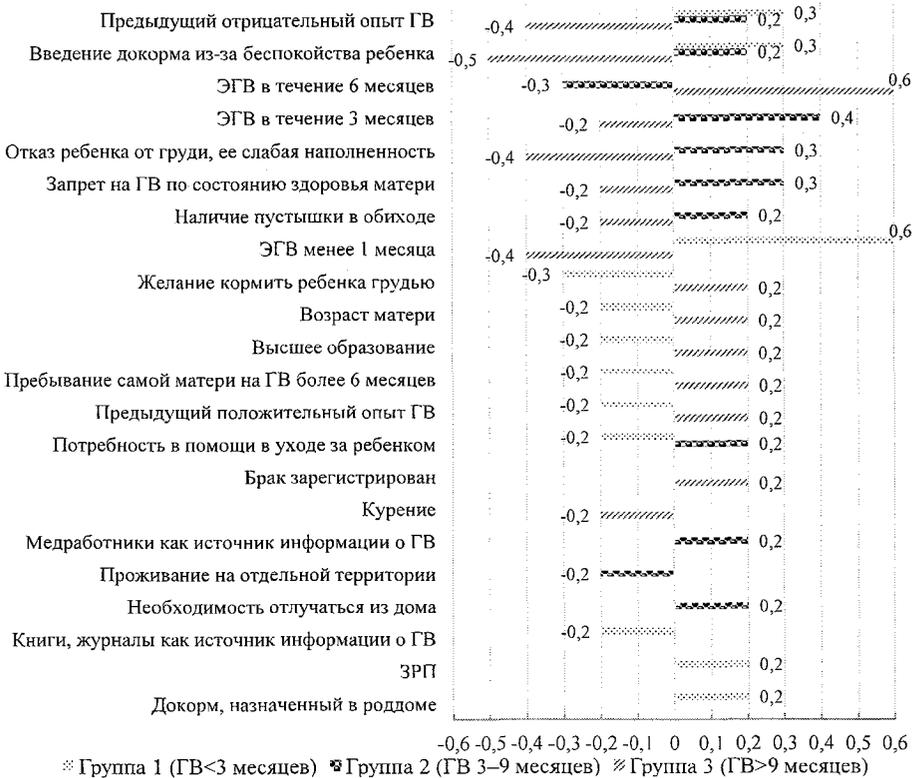
В ходе настоящего исследования была подтверждена связь наличия пустышки в обиходе и риска раннего завершения ГВ (AAP, 2012; Maastrup R. et al., 2014). В группе со средней продолжительностью ГВ матери использовали пустышку для успокоения ребенка чаще, чем долгокормившие (65,1% против 35,1%, $p < 0,01$). Вероятнее всего, такой способ удовлетворить потребность ребенка в нутритивном сосании увеличивает вероятность прекращения ГВ вскоре после введения прикорма, снижающего интенсивность нутритивного сосания груди.

Установлено, что осложнения ГВ возникают у 55,5% кормящих матерей, из них 73,3% его прекращают. При этом 31,4% завершают ГВ в первые 3 месяца после родов и 34,3% — через 3–9 месяцев. В структуре нарушений ГВ лидирует (59,0%)

гипогалактия как ответная реакция на введение докорма. К патологическим состояниям МЖ, осложнившим ГВ у 29,0%, относятся лактостаз (18,0%), трещины сосков (9,0%) и лактационный мастит (2,0%). Соматическое или гинекологическое заболевание матери, в ряде случаев сопровождаемое запретом со стороны врача на продолжение ГВ, отмечено у 7,0%. Разлука с ребенком как осложнение ГВ зафиксирована у 5,0%, при этом регулярно отлучаться из дома должны были 3,0%, госпитализация потребовалась 2,0% женщин. Полученные нами данные созвучны с результатами исследований ряда отечественных и зарубежных авторов (Гмошинская М.В., 2012; Olang B. et al., 2012). Дополнительно были дифференцированы причины докармливания ребенка, обусловившего развитие вторичной гипогалактии ввиду снижения стимуляции груди. Установлено, что необоснованно, при нормальных прибавках массы тела ребенка, докорм был введен в рацион 49,0% младенцам по причине их беспокойного поведения (32,0%), отказа от груди (12,0%) и ощущения ее недостаточной наполненности у матери (5,0%). Недостаточные прибавки массы тела ребенка стали поводом к докорму адаптированной смесью только у 10,0%.

За помощью к консультанту по ГВ обратились всего 6,8% кормящих матерей. Из них 2 относились к группе с малой (5,4% от всех вошедших в группу) и 11 — к группе с большой длительностью ГВ (9,9%). В группе со средней длительностью ГВ все женщины обошлись без помощи специалиста по лактации, различие по этому признаку с группой долгокормивших статистически значимо ($p < 0,05$). Даже при столь малой обращаемости к консультантам по ГВ очевиден высокий потенциал данной службы, выявленный ранее рядом авторов (Яковлев Я.Я., Фурцев В.И., Манеров Ф.К., 2010; Witt A.M. et al., 2012; Patel S. et al., 2015).

Неудача в получении эффекта от случайного разделения когорты на две подгруппы и предоставления в одной из них расширенной информации о ГВ обосновывает необходимость стратификации групп риска его нарушений ($p > 0,05$). Корреляционный анализ в каждой из групп позволил обнаружить их характерные особенности (Рисунок 1). Влияние таких факторов, как назначение



-0,6 -0,5 -0,4 -0,3 -0,2 -0,1 0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6

* Группа 1 (ГВ < 3 месяцев) * Группа 2 (ГВ 3-9 месяцев) * Группа 3 (ГВ > 9 месяцев)

Рисунок 1 — Влияние ряда факторов на продолжительность ГВ (по данным корреляционного анализа)

ребенку докорма в роддоме и нежелание матери кормить грудью отмечено только в группе рано прекративших ГВ. Использование пустышки и необходимость отлучаться из дома оказались значимыми факторами риска только в группе со средней длительностью ГВ. Связь продолжительности ГВ и приверженности курению установлена лишь в группе длительно кормивших. Сильная положительная связь малой длительности ЭГВ (менее месяца) и длительности ГВ ($R=0,6$, $p<0,01$) обнаружена в группе рано прекративших ГВ. В группе кормивших

3–9 месяцев подобная связь отсутствует, но есть положительная корреляция продолжительности ГВ и длительности ЭГВ не более 3 месяцев ($R=0,6$, $p<0,01$).

Определение прогностического значения отдельно взятых признаков обычно менее ценно, чем многофакторный анализ, к методам которого в том числе относится построение решающего правила по методу Байеса (Трухачева Н.В., 2012). Лучшим из 8 испытанных оказалось правило, основанное на 11 признаках (образование; желание кормить ребенка грудью; личная история и личный опыт ГВ; популярная литература и медицинские работники как источники информации о ГВ; назначение докорма в роддоме и наличие пустышки в обиходе; необходимость отлучаться из дома; характер ожидаемой помощи; условия проживания) — его чувствительность составила 85,7%, специфичность 90,9%, точность 87,2%. Установленные согласно данному правилу коэффициенты информативности всех 11 признаков, характеризующих конкретную родильницу, (определенные по методу Вапника–Червоненкиса) следует сложить с учетом знака; при положительной величине суммы прогноз ГВ считают благоприятным.

Выявленный недостаточный уровень знаний о преимуществах и принципах организации ГВ медицинских работников является широко обсуждаемой проблемой (Яковлев Я.Я., 2010; Pound C.M. et al., 2014; Srinivasan A., Graves L., D'Souza V., 2014). Установлено, что хорошо осведомлены о преимуществах ГВ для ребенка лишь 19,2%, для матери — 8,2%. О причинах истинной гипогалактии знают только 46,2%; информированы об абсолютных противопоказаниях к ГВ со стороны матери лишь 15,3%; достоверный способ оценить достаточность лактации назвали 22,5%; перечислили все признаки правильного прикладывания ребенка к груди 23,8%; верно указали максимально допустимый интервал между ночными кормлениями 34,0% респондента; о рекомендуемых сроках введения прикорма и воды осведомлены 47,6% и 26,2% соответственно. Рациональную тактику лечения женщин с трещинами соска описали только 28,1%; лактационным маститом — 27,2%; абсцессом молочной железы — 1,9%. Проведенное исследование позволило разработать алгоритм профилактики и коррекции нарушений лактации (Рисунок 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости организации рациональной образовательной работы с беременными и родильницами, направленной на увеличение продолжительности ГВ и сохранение здоровья как детей, так и самих кормящих матерей. Предоставление современной информации о преимуществах и правилах рациональной организации ГВ на этапе наблюдения в женской консультации должно сопровождаться комплексной оценкой достигнутого уровня информированности с учетом сопутствующих факторов риска. Полученные сведения позволят выделить контингент риска преждевременного прекращения ГВ для последующей индивидуальной работы с привлечением специалистов, прошедших дополнительную подготовку по проблемам ГВ согласно международным стандартам.

Для повышения базового уровня знаний медицинских работников всех специальностей, оказывающих помощь кормящим женщинам на амбулаторном и стационарном уровнях, необходимо внедрение обязательного образовательного модуля по вопросам ГВ, профилактики и коррекции его нарушений в программы средних специальных и высших медицинских учебных заведений, на додипломном и последипломном этапах получения образования.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Матери, завершающие грудное вскармливание в первые 3 месяца после родов, в сравнении с кормящими более 9 месяцев, достоверно моложе ($27,8 \pm 4,9$ и $30,2 \pm 4,9$ лет, $p < 0,05$), более привержены курению (18,9% против 7,2%, $p < 0,05$), их отличает более низкий уровень образования (высшее — у 62,2% против 84,7%, $p < 0,01$), более высокий ИМТ к моменту родов ($29,8 \pm 5,4$ и $28,0 \pm 4,0$, $p < 0,05$) и склонность рассчитывать на помощь в уходе за ребенком (24,3% и 9,9%, $p < 0,01$). Эти женщины имеют более низкий ($p < 0,05$) исходный уровень знаний о принципах и правилах организации успешного грудного вскармливания в сравнении с кормящими более 3 месяцев (до 3 месяцев — 62,2%; 3–9 месяцев — 39,5%; более

3 месяцев — 36,0%). Матери, продолжающие грудное вскармливание 3–9 месяцев, реже проживают отдельно от родителей и соседей в сравнении с долгокормящими (48,8% против 68,5%, $p < 0,01$).

2. У женщин, продолжающих грудное вскармливание менее 3 месяцев, в сравнении с кормящими более 9 месяцев, чаще диагностируют задержку роста плода во время беременности (16,2% против 4,5%, $p < 0,05$), что предопределяет более частое назначение докорма новорожденным в первые дни после родов (43,2% против 22,5%, $p < 0,01$). Ведение родов не влияет на продолжительность и характер грудного вскармливания ($p > 0,05$). Для женщин, кормящих грудью 3–9 месяцев, в сравнении с кормящими более 9 месяцев характерно более частое использование пустышки для успокоения ребенка (65,1% против 35,1%, $p < 0,01$).

3. Период грудного вскармливания осложняется у 55,0% женщин, из которых 73,3% его прекращают. Самым частым осложнением является гипогалактия, обусловленная необоснованным введением докорма (42,4%), в то время как объективно подтвержденная недостаточность лактации развивается всего у 8,4%. Трещины сосков, лактостаз и лактационный мастит возникают у 24,6% кормящих матерей; 11,0% получают запрет врачей продолжать кормление грудью или вынуждены разлучаться с ребенком.

4. Структура нарушений грудного вскармливания представлена гипогалактией как ответной реакцией на введение докорма (49,0%), лактостазом (18,0%), недостаточной прибавкой массы тела ребенка (10,0%), трещинами сосков (9,0%), запретом на продолжение кормления грудью по состоянию здоровья матери (7,0%), необходимостью регулярно отлучаться из дома (3,0%), госпитализацией с пребыванием отдельно от ребенка (2,0%) и лактационным маститом (2,0%).

5. Наибольшая связь с ранним прекращением грудного вскармливания выявлена для таких факторов, как беспокойство ребенка во время кормления и продолжительность эксклюзивного грудного вскармливания менее 1 месяца ($R=0,5$, $p < 0,01$), предыдущий отрицательный опыт кормления грудью у матери ($R=0,4$, $p < 0,01$), соматическое или гинекологическое заболевание матери в период

кормления грудью, отказ ребенка от груди и нежелание женщины кормить новорожденного своим молоком ($R=0,3$, $p<0,01$). Менее сильную связь имеют курение матери и докорм, полученный новорожденным в роддоме ($R=0,2$, $p<0,05$), а также низкий уровень образования, потребность в помощи в уходе за ребенком, непродолжительное время пребывания самой матери на ГВ, исходный уровень знаний по вопросам организации кормления грудью, отсутствие стремления получить дополнительную информацию и использование пустышки для успокоения ребенка ($R=0,2$, $p<0,01$).

6. Уровень знаний медицинских работников по проблемам ГВ критически недостаточен. Хорошо осведомлены о преимуществах ГВ для ребенка лишь 19,2%, для матери — 8,2%. О причинах истинной гипогалактии знают 46,2%. Ключевые принципы организации ГВ описывают не более 35,0%; рациональную тактику лечения женщин с трещинами соска — только 28,1%, с лактационным маститом — 27,2%, с абсцессом молочной железы — 1,9%. Вместе с тем информированность сотрудников родовспомогательного учреждения, практикующего современные перинатальные технологии, не является предиктором продолжительности грудного вскармливания у родивших в нем женщин.

7. Алгоритм мероприятий по профилактике и коррекции нарушений лактации должен включать в себя выделение среди беременных и родильниц контингентов риска преждевременного прекращения грудного вскармливания с использованием разработанных прогностической шкалы и балльной анкеты-опросника. Это позволяет таргетно информировать этих женщин и рационально планировать работу медицинского персонала по поддержке грудного вскармливания.

Полученные результаты позволяют дать **практические рекомендации**:

1. Каждая беременная и родильница должна получить в женской консультации или родильном стационаре базовую информацию о преимуществах и принципах рациональной организации успешного ГВ, что предусмотрено современной концепцией СПТ.

2. В родовспомогательных учреждениях, оказывающих медицинскую помощь беременным и родильницам, необходимо выделение группы риска преждевременного прекращения ГВ по разработанным балльной анкете-опроснику и прогностической шкале согласно предложенному алгоритму (Рисунок 2).

3. С целью обеспечения преемственности мероприятий по поддержке ГВ на всех уровнях оказания акушерской помощи целесообразно дополнить существующие формы медицинской документации, отражающие состояние здоровья беременных и родильниц, графой, содержащей информацию о наличии риска нарушений лактации и преждевременного прекращения ГВ, а также о предоставлении женщине необходимой информации.

4. С целью улучшения исхода ГВ в группе высокого риска его нарушений на каждом этапе оказания акушерской помощи необходимо выделить специалистов, в функциональные обязанности которого предусматривали бы мероприятия по профилактике и коррекции нарушений лактации (врач акушер-гинеколог, маммолог женской консультации и медицинская сестра по поддержке грудного вскармливания в роддоме).

5. В системе непрерывного последилового образования врачей и средних медицинских работников амбулаторно-поликлинического звена и стационаров акушерского профиля обязательно внедрение образовательного модуля по вопросам грудного вскармливания, профилактики и коррекции его нарушений.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Девушки-подростки РФ: современные тенденции формирования репродуктивного потенциала (обзор литературы) / В.Е. Радзинский, М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, М.П. Архипова, О.Д. Руднева, И.А. Чакчурина // **Сибирский медицинский журнал**. — 2010. — Т. 4. — № 2. — С. 9–14.

2. Экстренная контрацепция: возможности, проблемы, перспективы / М.Б. Хамошина, М.Г. Лебедева, И.А. Чакчурина, О.Д. Руднева, Е.О. Цапиева // **Доктор.Ру. Гинекология. Эндокринология**. — 2010. — № 7 (58). — С. 55–59.

3. Мониторинг отношения медицинских работников к основам организации грудного вскармливания / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, Н.И. Захарова, М.П. Архипова, О.А. Кузнецова // Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: сб. тезисов XXIV Международн. Конгресса с курсом эндоскопии. — М.: МЕДИ Экспо, 2011. — С. 43–45.

4. Хамошина, М.Б. Экстренная контрацепция: возможности, проблемы, перспективы / М.Б. Хамошина, Е.О. Цапиева, О.Д. Руднева // М.: Изд-во журнала StatusPraesens. — 2011. — № 1 (4). — С. 27–31.

5. Андреева, Е.Н. Пролактин и молочные железы: норма и патология / Е.Н. Андреева, М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева // **Гинекология**. — 2012. — Т. 14. — № 1. — С. 12–16.

6. Молочная железа и пубертат: взгляд гинеколога / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, М.Г. Лебедева, Н.В. Личак, М.П. Архипова // **Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология»**. — 2012. — № 6. — С. 198–204.

7. Преодоление акушерской агрессии в ведении послеродового периода / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, А.И. Чотчаева, Е.А. Зорина, М.Б. Тежаева, А.Ф. Кириенко // М.: Изд-во журнала StatusPraesens. — 2012. — № 1 (7). — С. 46–50.

8. Хамошина, М.Б. Дискуссионные вопросы грудного вскармливания: отношение медицинских работников / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, Н.И. Захарова // Медицина молочной железы: сб. тезисов II Междисциплинарн. форума. — М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. — С. 66.

9. Дискуссионные вопросы периода лактации / О.Д. Руднева, М.Б. Хамошина, Н.И. Захарова, Е.В. Радзинская. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2013. — 20 С.

10. Организация грудного вскармливания после самопроизвольных родов / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, Н.И. Захарова, М.А. Союнов, М.Г. Лебедева, Д.Д. Лукаева // **Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология»**. — 2016. — № 2. — С. 34–40.

11. Информированность родильниц по проблемам грудного вскармливания / М.Б. Хамошина, О.Д. Руднева, Н.И. Захарова, М.А. Союнов, М.Г. Лебедева, Д.Д. Лукаева, Л.Н. Есипова // **Вестник РУДН. Серия «Медицина. Акушерство и гинекология»**. — 2016. — № 2. — С. 42–50.

12. Reproductive potential of Russia: statistics, problems, improvement prospects / V.E. Radzinsky, M.G. Lebedeva, M.B. Khamoshina, O.D. Roudneva, M.P. Arkhipova // **Reproductive BioMedicine Online (Abstracts of the 5th Congress of the World Association of Reproductive Medicine)**. — 2010. — Vol. 20. — Suppl. 3 — P. S57.

25

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПОСЛЕ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ

Руднева Ольга Дмитриевна
(Россия)

В диссертации предложена и обоснована концепция риска преждевременного прекращения грудного вскармливания. На основании результатов комплексного клинико-социального исследования, в котором приняли участие 103 медицинских работника и 191 родильница, расширены представления о патогенезе, уточнена частота и структура нарушений грудного вскармливания после своевременных самопроизвольных родов в учреждении, практикующем родовспоможение с учетом современных перинатальных технологий. Разработан и научно обоснован алгоритм профилактики и своевременной коррекции нарушений грудного вскармливания с использованием предложенных анкеты-опросника и прогностической шкалы.

BREASTFEEDING PRACTICES AFTER VAGINAL DELIVERY

Roudneva Olga Dmitrievna
(Russia)

New data on pathogenesis, incidence rate and prevalence of breastfeeding complications after term vaginal delivery at Baby-Friendly hospitals were discovered in the present thesis. Data were collected from interviews with 103 medical workers and 191 women at postpartum period. Risk factors for preterm cessation of breastfeeding were determined. The algorithm of prophylactics and correction of breastfeeding complications, scoring questionnaire and prognostic scale were developed.

Руднева Ольга Дмитриевна
Организация грудного вскармливания
после самопроизвольных родов
Формат 60×90/16 Тираж 100 экз.

Подписано в печать 01.04.2016. Заказ № 384
Типография ООО «Генезис» 8 (495) 246-12-21
119571, г. Москва, пр-т Вернадского, 86