



ПРИКАЗ ПО ГВ

№ 1078. От 29.11.2019г.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



ПРИКАЗ

№ 1078 от 29.11.2019г

«О внедрении обновленных и расширенных для комплексного ухода 10 шагов успешного грудного вскармливания в родильных домах (отделениях), детских стационарах, Центрах общей врачебной практики, Центрах семейной медицины/Группах семейных врачей, ФАПах Кыргызской Республики»

В целях внедрения обновленных и расширенных для комплексного ухода 10 шагов успешного грудного вскармливания в учреждениях, предоставляющих услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, основанного на принципах доказательной медицины в рамках реализации Программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030г.г. «Здоровый человек – процветающая страна» №600 от 20 декабря 2018г. и в целях реализации Государственной программы продовольственной безопасности и питания на 2019-2023гг (ППКР № 320 от 26.06.2019) в части «Направление 3: Улучшение статуса питания населения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. **Утвердить прилагаемые:**
 - 1.1. Термины и определения видов вскармливания (приложение 1);
 - 1.2. Десять принципов успешного грудного вскармливания (приложение 2);
 - 1.3. Стандартов по внедрению 10 шагов грудного вскармливания в рамках программы «Инициатива Больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку» (приложение 3);
 - 1.4. Инструкцию о проведении самооценки организаций здравоохранения, претендующих на звание «Инициатива Больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку» (приложение 4);
 - 1.5. Форму приглашения в Группу поддержки грудного вскармливания (приложение 5);
 - 1.6. Антенатальный чек-лист по дородовой подготовке беременных женщин по вопросам грудного вскармливания (приложение 6);
 - 1.7. Послеродовый патронаж: оценка грудного вскармливания (приложение 7);
 - 1.8. Допустимые медицинские показания для дачи дополнительного питья или питания (приложение 8);
 - 1.9. Инструкцию об организации молочной комнаты в родильных домах (отделениях), детских стационарах для приготовления искусственного питания для новорожденных/ младенцев, получающих его по медицинским показаниям (приложение 9);

1.10. Положение об Национальном координационном комитете по реализации программы «ИБДОР» при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (приложение 10);

1.11. Состав Национального координационного комитета по реализации программы «ИБДОР» при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (приложение 11);

2. Координаторам здравоохранения областей и г. Ош, директора Департамента здравоохранения г. Бишкек, НЦОМид, ректор КГМИПиПК:

2.1. Привести нормативные документы в соответствие с приложениям утвержденными настоящим приказом и обеспечить работу специалистов организаций здравоохранения;

3. Координаторам здравоохранения областей и г. Ош, директора Департамента здравоохранения г. Бишкек, НЦОМид, ректору КГМИПиПК **ежеквартально, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом**, представлять отчеты по исполнению стандартов внедрения шагов успешного грудного вскармливания (в электронном и твердом формате в Центр мониторинга и оценки программ НЦОМид (телефон 881390, e-mail: asu51@mail.ru).

4. Директору НЦОМид (Узакбаев К.А.) обеспечить сбор, свод и анализ данных согласно стандартов внедрения 10 шагов и представить сводные данные (в электронном и твердом формате) главному специалисту УОМПиЛП МЗ КР Самагановой Б.А. **ежеквартально, не позднее числа месяца, следующего за отчетным периодом** (e-mail: b_samaganova@mz.med.kg).

5. Считать утратившим силу приказ МЗ КР № 114 «Об организации, поддержки и поощрения грудного вскармливания у детей раннего возраста в родильных домах (отделениях), детских стационарах, Центрах общей врачебной практики, Центрах семейной медицины/Группах семейных врачей, ФАПах Кыргызской Республики» от 26.02.2016г.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра М.М. Каратаева.

Министр

К.С. Чолпонбаев

Термины и определения видов вскармливания

1. Грудное вскармливание – это вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери.

Отдельно должны быть обозначены:

- ✓ **вскармливание кормицей,**
- ✓ **вскармливание сцеженным нативным материнским молоком из чашки, пипетки, зонда, бутылочки,**
- ✓ **вскармливание термически обработанным материнским или донорским молоком.**

2. Исключительно грудное вскармливание (ИГВ) – ребенок ничего не получает в рот, кроме груди матери. В этом случае допускается прием лекарств и витаминов, даваемых с ложечки в смеси со сцеженным материнским молоком.

3. Преимущественно грудное вскармливание – ребенок получает грудное молоко из груди матери и дополнительно к этому либо соски, либо продукты густого прикорма в количестве до 30 г или мл в сутки с ложечки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл в сутки.

4. Дополненное или частично грудное вскармливание – ребенок получает грудное молоко из груди матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки

Варианты:

- ✓ **смешанное вскармливание** – кормление смесями при сохранении грудного кормления более чем один раз в день.
- ✓ **грудное вскармливание с прикормами**

5. Искусственное вскармливание – кормление ребенка искусственным питанием, исключая при этом полностью грудное вскармливание.

6. Вскармливание из бутылочки – вскармливание ребенка из бутылочки, чтобы в ней ни было, в том числе сцеженное грудное молоко.

10 ШАГОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. (обновленная в 2018 году)

Шаг 1: Политика медучреждения

1.а *Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока:*

В полной мере соблюдать Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения и Закон КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.

1.б. *Политика питания детей раннего возраста:*

Иметь письменную политику по грудному вскармливанию детей раннего возраста, которая регулярно сообщается персоналу и родителям.

1.с. *Мониторинг и система обработки данных:*

Создать систему постоянного мониторинга и управления данными.

Шаг 2. Компетенция персонала:

Добиться того, чтобы у персонала были достаточные знания, компетенции и навыки для поддержки грудного вскармливания.

Шаг 3. Антенатальная информация:

Обсуждать с беременными женщинами и их семьями важность и практики грудного вскармливания.

Шаг 4. Постнатальный уход сразу после родов:

Осуществлять немедленный и непрерывный контакт кожа — к — коже поддерживать матерей в инициации грудного вскармливания как можно скорее после рождения.

Шаг 5. Поддержка грудного вскармливания:

Оказывать матерям поддержку в начале грудного вскармливания и поддержании грудного вскармливания, помогать в случае трудностей.

Шаг 6. Дополнительное питание:

Не предоставлять вскармливаемым грудью новорожденным какую — либо пищу или жидкость, кроме грудного молока, если нет медицинских показаний.

Шаг 7. Совместное пребывание:

Позволить матерям и их младенцам оставаться вместе 24 часа в сутки.

Шаг 8. Адаптивное кормление:

Помогать матерям распознавать и реагировать на ~~сигналы~~ голода, который подают их младенцы

Шаг 9. Бутылочки для кормления, соски и пустышки:

Информировать матерей о рисках, связанных с использованием и кормлением из бутылок, сосок и пустышек.

Шаг 10. Уход при выписке:

Подготовиться к выписке, чтобы родители и их дети имели своевременный доступ к постоянной поддержке и уходу.

**Инструкция по внедрению стандартов 10 шагов грудного
вскармливания в рамках программы «Инициатива
Больниц/Организаций здравоохранения доброжелательного отношения к
ребенку»**

Организации здравоохранения (далее ОЗ) Кыргызской Республики осуществляют внедрение в практику стандартов 10 шагов грудного вскармливания.

10 шагов успешного грудного вскармливания в рамках программы были приняты в качестве стандартов для получения статуса «Инициатива Больниц доброжелательного отношения к ребенку». (далее ИБДОР)

В реализации «ИБДОР» особая роль придается родовспомогательным организациям, поскольку грудное вскармливание, политика и методы, связанные с доброжелательным отношением к ребенку начинается в этих стационарах. Отношение медицинских работников, их советы и рекомендации относительно пользы грудного вскармливания, политика и методы, связанные с доброжелательным отношением к ребенку, особенно важны, когда матери решают для себя вопрос о методах родо разрешения и как им кормить своих детей.

Основной целью «ИБДОР» является охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания путем внедрения всех стандартов 10 шагов успешного грудного вскармливания.

Каждая организация определяет ответственных специалистов, проводит первоначальную самооценку своей текущей деятельности применительно к выполнению 10 шагов для успешного грудного вскармливания, осуществляет детальный анализ результатов проведенной самооценки, разрабатывает план действий (см. прил. 4).

При достижении показателей работы по интеграции политики и методов, связанных с доброжелательным отношением к ребенку и поддержке грудного вскармливания уровня установленных стандартов, организация может добиваться присвоения ему статуса «ИБДОР». В данном случае проводится оценка деятельности организации внешними экспертами, после чего рассматривается вопрос о присвоении ему указанного статуса. После присвоения статуса организация должна подтверждать каждые 3 года свое соответствие международным стандартам по охране, поддержке и распространению практики грудного вскармливания.

СТАНДАРТЫ ВО ВНЕДРЕНИИ 10 ШАГОВ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.

Комитет по качеству медицинской помощи в ОЗ должен разработать конкретный план внедрения 10 шагов успешного грудного вскармливания в отделении роддома, стационара, ЦСМ, определить основные препятствия и возможные пути их преодоления. В каждой организации обязательно назначить ответственных лиц за внедрение каждого шага и за его выполнение. Создание Комитета по качеству и безопасности медицинской помощи в ОЗ должно быть утверждено приказом по организации.

Комитет по качеству медицинской помощи в ОЗ должен проводить ежегодные собрания «БДОР» согласно плану, который предусматривает:

- разработку рекомендаций по успешному грудному вскармливанию на всех этапах оказания медицинской помощи (родовая подготовка, послеродовое наблюдение, уход и кормление новорожденного, последующее наблюдение);
- проведение регулярных занятий с медицинскими работниками по обучению технике и тактике грудного вскармливания;
- обеспечение помещений и пособиями по грудному вскармливанию;
- подготовку работников для проведения занятий по грудному вскармливанию: в которых есть кормящая мать;
- организацию «горячей линии» по вопросам вскармливания для матерей;
- анализ результатов работы следует проводить путем проведения самооценки (согласно приложению 4, основных дозорных индикаторов (процента исключительного грудного вскармливания, раннего прикладывания);
- каждая организация должна проводить первоначальную самооценку своей текущей деятельности относительно к выполнению 10 шагов успешного грудного вскармливания. Комитет должен проводить детальный анализ результатов проведенной самооценки, определять план действий.

Шаг 1. Политика учреждения

Политика учреждения состоит из 3 компонентов (1a, 1b, 1c)

Пол 1a Полностью соблюдать Международный кодекс по маркетингу грудного молока и соответствующие Резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения, Закон КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для вскармливания детей.

Соблюдение Кодекса и Закона важно для учреждений, предоставляющих услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, поскольку присутствие заменителей грудного молока является одним из самых значительных подрывающих факторов для грудного вскармливания (59). Коммерческие маркетинговые заменители грудного молока, бутылки и соски для кормления, нарушают Кодекс и Закон.

- Главным кативом комитета по качеству и безопасности медицинской помощи в ОЗ, будет разработка проекта политики по грудному

вскармливанию для всех подразделений организаций здравоохранения. Политика должна включать в себя:

- Основные положения Международного свода правил по сбыту заменителей молока и последующих резолюций ВАЗ, Закона Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей»;
- Все смеси для детского питания, бутылочки для кормления и соски, используемые в учреждении, будут приобретены через обычные каналы закупок и не будут получены в качестве бесплатных или субсидированных материалов.
- В учреждении не будет производиться демонстрация продуктов, на которые распространяется действие Свода правил и Закона КР, или предметов с логотипами компаний, производящих заменители грудного молока, бутылочки для кормления и соски, или наименований продуктов, на которые распространяется действие Свода правил и Закона КР.
- В учреждении реализуется политика, которая описывает соблюдение им Свода правил и Закона КР, отказ от поддержки или подарков от производителей или дистрибьютеров продуктов, охваченных Сводом правил, и недопущение предоставления образцов заменителей грудного молока, бутылочек для кормления или сосок матерям.
- Сотрудники учреждений, предоставляющих услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, не будут участвовать в какой-либо форме продвижения или разрешать показ какого-либо вида рекламы заменителей грудного молока, включая выставки или распространение какого-либо оборудования или материалов, несущих бренд производителей заменителей грудного молока, или дисконтные купоны, и они не будут давать образцы детской смеси матерям для использования в учреждении или дома.
- В соответствии с Руководством ВОЗ о прекращении ненадлежащего продвижения продуктов для детей грудного и раннего возраста, опубликованного в 2016 году и одобренного ВАЗ, медицинские работники и системы здравоохранения должны избегать конфликта интересов с компаниями, которые продают продовольственные товары для детей грудного и раннего возраста. Профессиональные встречи никогда не должны спонсироваться такого рода производителями, и производители не должны участвовать в просветительской деятельности среди родителей.

Стандарты выполнения данного шага:

1. Детское питание, бутылочки для кормления и соски в учреждении приобретаются через обычные каналы ~~закупки~~ и не получают через субсидируемые поставки.
2. Учреждение не выставляет продукты, ~~описанные~~ Кодексом, Законом КР «О защите грудного вскармливания и ~~регуляции~~ маркетинга продуктов и средств искусственного питания. ~~или товары~~ с логотипами компаний, которые производят заменители грудного молока, бутылки для

кормления и способ называния продуктов, охватываемых Кодексом и Законом.

3. В учреждении имеется политика, которая описывает соблюдение Кодекса, включая отказ от заменителей грудного молока, отказ от подделок или подделков и производителей, или дистрибьютеров продуктов, охватываемых Кодексом и Законом и не предоставление матерям образцов заменителей грудного молока, бутылочек или сосок.

4. Медицинских работников, которые предоставляют дородовые услуги и/или родов и/или новорожденным, могут объяснить, по какой причине не влечется Кодекса и цель Закона.

Шаг 1 Политика кормления младенцев

Шаг 1к. Есть письменная политика кормления грудью, о которой регулярно сообщается персоналу и родителям.

Учреждения, предоставляющие услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, должны иметь ясно написанную политику в отношении грудного вскармливания, которая регулярно сообщается персоналу и родителям. Политика определяет практику.

Десять шагов к вскармливанию одного шага

- Клиническая практика, сформулированные в Десяти шагах, должны быть включены в политику учреждений, чтобы гарантировать надлежащую помощь всем матерям и младенцам, которая не зависит от предпочтений отдельных медицинских работников. Независимо от того, как эта политика оформлена, она должна иметь руководящие принципы о том, как должна внедряться политика в клинической практике и практик ухода для того, чтобы они постоянно применялись ко всем матерям. В данной политике должно также подчеркиваться, что эти должны внедряться управленческие практики, обеспечивая их реализацию через конкретные процессы, которые официально признаны институционализированы.

- Процесс политики по грудному вскармливанию (ГВ) должен быть обучен и все подразделения роддома, больницы, ЦОВП, ЦСМ. Окончательный вариант политики по ГВ, учитывающий все пожелания и предложения, должен быть зафиксирован в письменном виде на языках, наиболее понятных для пациентов и медицинскими работниками, и принят коллективно на общем собрании. Политика организации должна быть известна всем медицинскому персоналу, и желательно проведена тренировка сотрудников на знание содержания политики. Документ должен быть размещен на видных местах в каждом подразделении роддома, больницы, ЦОВП, ЦСМ и быть доступным не только для медицинского персонала, но и самое главное, для пациентов и их родственников.

Стандарты реализации первого шага:

1. В медицинском учреждении имеется письменная Политика по грудному вскармливанию, которая направлена на реализацию всех восьми

ключевых клинических практик из ~~Детей и их~~ внедрение Кодекса и регулярную оценку компетентности.

2. Наблюдения в учреждении ~~показывают~~, что краткое содержание политики видно беременным ~~женщинам~~ матерям и их семьям.

3. Обзор всех используемых ~~службами~~ материнства клинических протоколов или стандартов, связанных с ~~грудным~~ вскармливанием и кормлением ребенка, показывают, что они ~~соответствуют~~ стандартам ИБДОР и существующим руководящим принципам, ~~основанным~~ на фактических данных.

4. По меньшей мере, 80% клинических сотрудников, которые предоставляют дородовые услуги, услуги по ~~родам~~ и/или уходу за новорожденными, могут объяснить, как минимум два элемента политики по кормлению младенцев, которые связаны с их функциональными ролями в учреждении.

Системы мониторинга и управления данными

Шаг 1с: Создать систему постоянного мониторинга и систему управления данными.

Учреждениям, предоставляющим услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, необходимо интегрировать мониторинг клинической практики, связанной с грудным вскармливанием, в свою систему улучшения качества/систему мониторинга

Действия для внедрения данного шага

- Все учреждения должны регулярно отслеживать Два индикатора раннее начало грудного вскармливания, исключительно грудное вскармливание, которые считаются «дозорными/контрольными индикаторами» для каждой пары мать и младенец. Регистрация информации об этих контрольных индикаторах должна быть включена в медицинские карты и введена в соответствующие регистры. Комитет, который координирует работу, связанную с деятельностью по ИБДОР в рамках учреждения, должна рассматривать прогресс не реже одного раза в месяцы.

Во время интенсивных периодов улучшения качества необходимо проводить ежемесячный обзор. Цель обзора – постоянно отслеживать значения этих показателей, определять достигнуты ли установленные цели и, если нет, то планировать и осуществлять корректирующие действия. Кроме того, если в учреждении есть система постоянного отслеживания материнских выписок и других мероприятий по повышению качества/оценки качества, в которую можно добавить вопросы (ы), то можно добавить один или оба индикатора для дополнительной и периодической проверки/верификации.

Рекомендуется также ввести дополнительные индикаторы процесса для мониторинга соблюдения ключевых клинических практик. Эти индикаторы особенно важны во время активного процесса улучшения качества и должны оцениваться ежемесячно в течение этого процесса. Как только будут достигнут приемлемый уровень соблюдения, частота сбора данных по этим

дополнительным индикаторам может быть снижена, например, до ежегодной проверки. Однако, если уровень дозорных индикаторов падает ниже 80% (или ниже национальных стандартов), то будет необходимо оценить, как клиническую практику, так и все процедуры управления, чтобы определить проблемные места и определить, что необходимо сделать для достижения требуемых стандартов.

Предлагается два альтернативных метода верификации/проверки:

- реестры новорожденных;
- выписки матерей (которые можно делать письменно или устно, или через спутные телефоны (SMS)).

Учреждением не нужно использовать оба метода. В зависимости от того, какие системы мониторинга используются в учреждении, любой может оказаться более практичным и осуществимым.

Если на месте уже имеется новая система обзора материнских выписок, требуется минимальная периодичность в 6 месяцев. Однако мониторинг должен планироваться и проводиться в рамках имеющихся ресурсов.

Для клинических индикаторов клинической практики мониторинг лучше всего проводить на основе отчета о показателях материнства. Сбор данных по некоторым индикаторам можно делать через электронные медицинские отчеты или брать из бумажных отчетов по каждой паре мать-младенец, но тогда возникает риск, что сотрудники, заполняющие эти отчеты, будут приписывать выполненные практик, которые они должны делать после своего обучения. Варианты сбора данных по материнству включают:

- выходящие интервью с матерями (предпочтительно лицом, которое непосредственно не связано с предоставлением ухода за ними);
- краткие бумажные вопросники для матерей, которые они конфиденциально заполняют после выписки;
- отправление матери SMS-вопросов.

Рекомендуется, чтобы каждый раз при пересмотре данных, для каждого индикатора рассматривалось минимум 20 пар мать-младенец, хотя небольшие учреждения могут установить меньшее число, если нет 20 пар в наличии.

Стандарты для выполнения данного шага:

- В учреждении имеется протокол для постоянного мониторинга и управления данными, которые отслеживают соответствие с восемью ключевыми клиническими практиками.

- Клинический персонал в учреждении встречается, по крайней мере, каждые 6 месяцев, чтобы рассмотреть процесс внедрения.

2. Критерии успеха

Шаг 2: Убедитесь, что персонал имеет достаточно знаний, компетенций и навыков, чтобы поддерживать грудное вскармливание.

Своевременный и надлежащий уход за кормящими матерями может быть выполнен только в том случае, если персонал обладает знаниями компетентностью и навыками по его предоставлению. Подготовка медицинского персонала позволяет развивать надлежащие навыки, давать подходящие советы и внедрять установленные стандарты.

Действия для внедрения данного шага

- Весь медицинский персонал организации должен пройти обучение 20-часовой программе. С вновь поступившими на работу специалистами необходимо провести инструктаж по политике учреждения и дать ориентацию правильного консультирования по грудному вскармливанию. Не позднее **месяцев после поступления на работу указанные специалисты должны пройти обучение по 20-ти часовой программе.** В первую очередь, определите, кто будет ответственным по планированию «ИБДОР» в больнице, ЦОВП, ЦС. **Лучше всего назначить координатором по обучению специалиста, прошедшего обучение на курсах повышения квалификации по ГВ или на семинарах по ГВ организованных ЮНИСЕФ/ВОЗ, Министерством здравоохранения, имеющего навыки преподавания.** Начните со стратегии обучения, при которой будет проведено вначале обучение ведущего персонала (например, з/отделениями, старшие акушерки/медсестры отделений), которые будут обучать в дальнейшем остальной персонал. Отберите сильных кандидатов, включив, возможности, представителей разных отделений и смен.

- Врачи и средний медицинский персонал должны пройти обучение по 20-часовой программе, включающей в себя основные знания по ГВ. Данный курс состоит из 15,5 часов теоретических занятий и 4,5 часов практических занятий.

- Вся информация по грудному вскармливанию должна быть доступна на каждом отделении. Обученный по такой программе персонал должен сдать зачет, после чего эти медработники могут проводить индивидуальную работу с беременными, родильницами и членами их семей.

- Особо отличившихся на этой работе сотрудников следует поощрять, возможно моральное и/или материальное стимулирование. Такая целенаправленная работа должна постепенно создать в организации культуру культ грудного вскармливания.

Обучение немедицинского персонала должно проходить по 3 часовой программе и включает в себя следующие темы:

- Преимущества и важность исключительно грудного вскармливания;
- Существующая практика ОЗ по ИБДОР: совместное пребывание матери и ребенка, раннее начало ГВ, кормление ребенка по требованию;
- Риск искусственного вскармливания и использования бутылочек и сосок.

Стандарты внедрения данного шага:

1. Не менее 80% медицинских работников, которые предоставляют антенатальный уход, услуги во время родов и/или новорожденным, получили знания и навыки по грудному вскармливанию во время обучения поступления на работу или на рабочем месте в течение последних 2 лет.

2. Не менее 80% медицинских работников, которые предоставляют антенатальный уход, услуги во время родов и/или новорожденным, прошли оценку компетентности по грудному вскармливанию в течение последних 2 лет.

3. Не менее 80% медицинских работников, которые предоставляют антенатальный уход, услуги во время родов и/или новорожденным, правильно ответили на три из четырех вопросов по знаниям и навыкам грудного вскармливания, необходимым для поддержки грудного вскармливания.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ

ШАГ 3.

Обсуждать доступность и практику грудного вскармливания с беременными женщинами и их семьями

В специализированных отделениях беременных или других подразделениях роддома, больницы, ЦОБП, ЦСМ, оказывающих консультативную помощь беременным женщинам, необходимо проводить предродовое обучение беременных женщин грудного вскармливания. Основные темы, которые следует обсудить во время родового обучения и консультирования должны включать:

Практика родовых обсуждений вопросов грудного вскармливания включает следующие темы:

- начало грудного вскармливания;
- лучшие рекомендации по грудному вскармливанию и раскуорлению груди для женщин-заменителей грудного молока;
- начало грудного и продолжительного телесного контакта;
- начало раннего начала грудного вскармливания;
- начало длительного пребывания;
- начало правильного размещения и прикладывания к груди;
- распознавание сигналов голода.

Практические навыки, такие как правильное расположение ребенка и прикладывание к груди, включение по требованию и распознавание сигналов голода, являются важными компонентами консультирования.

Следует также предоставлять актуальную информацию о лучших практиках в учреждениях, предоставляющих услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, такие как контакт кожа-к-коже, раннее начало грудного вскармливания, длительное пребывание матери и ребенка.

Важно также своевременно информировать о возможных проблемах, с которыми могут столкнуться (например, набухание груди или опущение недостаточного количества молока), и о том, как их преодолеть.

Адаптация консультирования по грудному вскармливанию должна быть направлена на индивидуальные потребности женщины и ее семьи и направлена на решение их проблем. Это консультирование должно проводиться с учетом социального и культурного контекста каждой женщины.

По возможности, беседы о грудном вскармливании следует начинать на первом или втором дородовом приеме, чтобы, при необходимости, иметь время для обсуждения любых проблем. Это особенно важно в тех населенных пунктах, где женщины редко приходят на прием в дородовый период и/или начинают приходить на прием в конце своей беременности. Кроме того, женщины, у которых начинаются преждевременные роды, могут не иметь соответствующей возможности обсудить грудное вскармливание, если эти беседы откладываются до более позднего срока беременности.

Информация о грудном вскармливании должна быть представлена несколькими способами. Печатная или онлайн-информация, на языке, понятном матерям (включая неграмотных), это один из способов обеспечить освещение всех необходимых тем. Однако нет уверенности в том, что все женщины будут читать эту информацию, и может быть эта информация не отвечает на ключевые вопросы, которые у них имеются. Важным для того, чтобы женщины могли обсуждать свои чувства, сомнения и вопросы о грудном вскармливании, является межличностное консультирование, либо один на один, либо в небольших группах.

Информация должна предоставляться в отсутствие конфликтов интересов. Как указано в *Руководстве по прекращению ненадлежащего продвижения продуктов для детей грудного и раннего возраста (54)*, компании, которые продают продукты для младенцев и детей раннего возраста, не должны «прямо или косвенно предоставлять обучение родителям и другим опекунам о кормлении детей грудного и раннего возраста в медицинских учреждениях».

Дородовое обучение не должно включать вопросы и практики по приготовлению продуктов для искусственного питания.

Действия, необходимые для внедрения этого шага:

Необходимо составить график проведения группового дородового обучения с освещением основных тем по ГВ и обеспечить его выполнение. Персонал должен делать записи о проведенных занятиях в обменной карте беременной, истории родов и в журналах учета. Групповые консультации проводятся с 22 недельного срока беременности.

Помимо групповых занятий проводятся индивидуальные консультации во время врачебных обходов в отделении патологии беременности или при каждом посещении беременной ГСВ. В каждом случае дается уместная сроку беременности информация, и обсуждаются аспекты ГВ. Индивидуальные консультации должны помочь матери обрести уверенность в возможности вскормить своего ребенка грудью. Для индивидуальных консультаций предлагаются следующие темы:

- Выяснить предыдущий опыт ГВ. Если были неудачи, нужно выяснить их причины и объяснить, что следует делать при данной беременности для успешного ГВ;
- Выяснить, есть ли у нее ~~какие-либо~~ тревоги или сомнения в отношении предстоящего ГВ. Если таковые ~~имеются~~, нужно рассеять ее

сомнения, привести убедительные доводы в ее возмущении и в ее груди.

- Необходимо вызвать в беременную уверенность в том, что медработники в родильном доме/ЦОВП/ЦСМ и после родов помогут. Будет важно матери выделить «ключевых» людей, которые будут ее основными помощниками, если необходимо, и дать информацию о том, какую помощь должна получить ее мать. Если в семье кто-либо противится тому, чтобы мать кормила грудью, обязательна организуйте встречу с ними для обсуждения вопросов.

После курса интенсивной подготовки беременная женщина должна хорошо знать преимущества ГВ, иметь практические навыки по прикладыванию ребенка к груди и сцеживанию молочных масс, и, самое главное, быть уверенной в том, что сможет вскормить своего ребенка грудью. Необходимо рассмотреть или подготовить информационные материалы (брошюры, листовки и т.п.) для индивидуального использования женщинами, которые они могут взять с собой и быть уверенными, что...

- Рассказать основные темы по ГВ;
- Адаптировать для различных образовательных, культурных и языковых групп;
- Создать перечень служб поддержки грудного вскармливания (группы поддержки матерей, телефоны «горячей линии», консультативные кабинеты и т.д.).

Организовать в родильном кабинете или уголок, в котором беременные и матери могут посмотреть или взять (когда им удобно), книги, брошюры, статьи, видеозаписи или другие материалы по ГВ. Устройте фотовыставку "парад детей, вскормленных грудью" или конкурс "самый красивый ребенок, вскормленный грудью" и т.д.

Помощь партнерам:

- Убрать всю литературу и плакаты о кормлении из бутылочки и рекламу искусственных смесей;
- Убедиться, что материалы по ГВ не предоставлены компаниями-производителями искусственных смесей;
- Провести распространение в ЦОВП, ЦСМ бесплатных образцов искусственных смесей.

Стандарты оценки данного шага:

1. На каждой неделе 80% матерей, получивших дородовой уход в учреждении, способны в получении дородового консультирования по вопросам грудного вскармливания.
2. На каждой неделе 80% матерей, получивших дородовой уход в учреждении, способны детально описать, что обсуждалось по двум темам, упомянутым выше.

Шаг 4: Обеспечить немедленный и непрерывный контакт кожа-К-кожа и помочь матери начать грудное вскармливание как можно скорее после рождения ребенка

Доказано, что раннее начало ГВ снижает риск младенческой смертности

Немедленный телесный контакт способствует развитию естественного поискового рефлекса у новорожденного, обеспечивает микробиом и предотвращает переохлаждение. Раннее и частое сосание или сцеживание грудного молока запускает выработку грудного молока и ускоряет лактогенез.

Телесный контакт на раннем этапе улучшает показатель исключительно грудного вскармливания при выписке.

Телесный контакт, как часть «метода кенгуру» для младенцев с низким весом при рождении, улучшает любое и исключительно грудное вскармливание при выписке

Ранний телесный контакт и начало грудного вскармливания могут снизить риск смертности и инфекции

В родильном зале/палате температура воздуха должна быть на уровне 25-29° (по принципу – чем меньше срок гестации в родах, тем выше температура родильном помещении), без сквозняков.

Родившегося ребенка акушерка принимает на руки в теплую, предварительно согретую пеленку и укладывает на живот матери. Быстрыми, промокательными движениями обсушивает младенца и, отбросив мокрую пеленку, накрывает его сухой теплой пеленкой. На голову новорожденного надевает шапочку

дополнительно накрывает еще тремя фланелевыми теплыми пеленками и одеялом. Пережатие пуповины после окончания пульсации (но не позже 3 минуты после рождения ребенка). В целях профилактики развития анемии новорожденных (рекомендация сильного уровня): первый - зажим (Кохера) на расстоянии 14 см. от пупочного кольца, второй – одноразовый пластиковый зажим на расстоянии 1,5-2,0 см. от кожного края пупочного кольца. Участок пуповины между зажимами, предварительно накрыв стерильной марлевой салфеткой (для предотвращения разбрызгивания крови), рассекают стерильными ножницами. Ребенка нужно приложить к груди при появлении признаков готовности к сосанию: ребенок открывает рот, высовывает язык, поворачивает голову, в течение первого часа при рождении.

Ребенок должен сам проявить интерес и готовность к нему, но если в течение первого часа после родов ребенок самостоятельно не взял грудь, персонал должен предложить свою помощь и помочь практически прикладыванию, если ребенок готов к нему. Если же ребенок не возьмет грудь, то нужно повторить данную процедуру через некоторое время.

После первого прикладывания помогите матери удобнее лечь, накройте ее вместе с ребенком одним одеялом и пусть он продолжает кормить грудью, пока сам не отпустит ее. При этом персонал должен следить, правильно ли приложен и расположен ребенок у груди матери и е

необходимо, исправить его. Кожный контакт между матерью и ребенком осуществляется непрерывно в течение 2-х часов.

При рождении детей путем операции кесарева сечения с общей анестезией, провести немедленный телесный контакт ребенка с отцом или другим членом семьи. Первое прикладывание к груди матери необходимо начинать не позднее первого часа после восстановления адекватной реакции матери на ребенка (в течение ближайших 2-х часов, обычно не позднее 6 часов после родов происходит восстановление адекватной реакции после анестезии) и осуществлять при этом кожный контакт (хотя бы щечка, ладошка ребенка должны касаться груди матери) не менее 30 минут. При операции кесарева сечения под спинальной анестезией провести немедленный телесный контакт ребенка с матерью и обеспечить раннее начало ГВ. Недоношенных и больных детей, которые были разделены с матерями сразу после родов из-за тяжести их состояния, необходимо прикладывать к груди как можно раньше по мере улучшения их состояния.

Контакт «кожа с кожей» особенно важен для недоношенных и маловесных детей. Уход матери за ребенком по принципу «кенгуру» основан на раннем, непрерывном и продолжительном контакте кожи с кожей между матерью и ребенком и его следует использовать в качестве основного способа ухода, как только состояние ребенка становится стабильным (определяется как отсутствие тяжелого апноэ, обезвоживания и брадикардии), поскольку этот способ продемонстрировал свои преимущества с точки зрения выживаемости, защиты и начала грудного вскармливания.

При условии стабильного состояния, без серьезных апноэ, или брадикардии, недоношенных новорожденных можно начать кормить грудью. Однако раннее начало эффективного грудного вскармливания для этих младенцев может затрудняться в том случае, если условный рефлекс еще не установлен и/или у матери еще не началась обильная секреция молока. Для недоношенных новорожденных, которые еще не способны сосать, раннее и частое сцеживание молока имеет огромное значение для стимулирования выработки молока и секреции. Переход на исключительное грудное вскармливание обеспечивается длительным контактом кожи с кожей.

Действия, необходимые для внедрения этого принципа:

- Пересмотрите вместе с персоналом родильного блока приоритеты в проведении процедуры осмотра новорожденного и пережатия/пересечения пуповины после родов с тем, чтобы предоставить возможность немедленного кожного контакта матери и ребенка и раннего начала грудного вскармливания;
- Укажите персоналу на его ответственность, чтобы проводилось раннее начало грудного вскармливания, и удостоверьтесь, что он имеет навыки, необходимые для оказания требуемой помощи матерям;
- Организуйте, чтобы персонал был обучен проведению осмотра ребенка непосредственно на груди (животе) матери;

- Проводите контроль температуры в родильном зале и послеродовых помещениях для обеспечения оптимального температурного режима для новорожденного;
- Убедите медицинский персонал, что контакт ребенка кожей матери достаточно согревает ребенка, чтобы ему было тепло;
- Организуйте, чтобы кто-либо из персонала оказал помощь матери начать кормление грудью непосредственно после родов, если акушерка и врач слишком заняты;
- После того, как состояние недоношенных детей и детей с малым весом станет стабильным, метод кенгуру должен стать основным способом ухода, обеспечивающим ранний и постоянный телесный контакт;
- Часть времени мать и ребенок могут быть предоставлены себе, они будут знакомиться друг с другом, в то время как персонал будет продолжать выполнять свою работу;
- Организуйте продолжительный (2 часа) контакт матери и ребенка после родов;
- При пересмотре практики родильных залов, подумайте о потребностях для пары мать/ребенок, создания спокойной окружающей обстановки, неяркого освещения, с минимальным количеством медицинского персонала в комнате, уменьшения использования сложных технологий для родов низкого риска и т.д.;
- В медицинской документации (история родов, история ребенка) регистрируйте время первого прикладывания;
- Обеспечьте, чтобы физиологические и психологические преимущества раннего начала ГВ были подчеркнуты во время обучения персонала родильного блока, подчеркните связь их клинической работы с ведением ГВ и что первый час очень важное и особое время в этой связи.

Стандарты внедрения данного шага:

- По меньшей мере, 80% матерей доношенных новорожденных сообщают, что их детям был обеспечен контакт «кожа с кожей» немедленно после рождения, и что этот контакт длился 1 час или более, если только отсроченные контакты кожа-к-коже не были документально подтверждены обоснованными причинами.
- По меньшей мере, 80% матерей новорожденных сообщают, что их дети были приложены к груди в течение 1 часа и более после рождения, если только не были документально подтверждены обоснованные причины.

Шаг 5: Помогать матерям начать и поддерживать грудное вскармливание и решать общие трудности грудного вскармливания

Матери должны получать поддержку, позволяющую им инициировать и поддерживать грудное вскармливание и справляться с общими трудностями грудного вскармливания. Практическая поддержка включает в себя предоставление эмоциональной и мотивационной поддержки, передачу информации и обучение конкретным навыкам, позволяющим матери успешно кормить грудью. Пребывание в учреждении, предоставляющем

услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, - это уникальная возможность обсудить вопросы и помочь матери в решении проблем, связанными с грудным вскармливанием, и укрепить ее уверенность в своей способности кормить грудью.

Все матери должны получать индивидуальное внимание, но женщины, впервые ставшие матерями и матери, у которых не было опыта грудного вскармливания, нуждаются в дополнительной поддержке.

Действия для внедрения данного шага

- Консультируйте по вопросам ГВ матерей, впервые ставшие матерями, матерей у которых не было опыта грудного вскармливания и тех матерей, у которых был негативный опыт грудного вскармливания, чтобы избежать прежних проблем. Матерям, родившим с помощью кесарева сечения и матерям с ожирением следует предоставить дополнительную помощь в принятии правильного расположения тела и прикладывания к груди.
- Окажите практическую поддержку, особенно недоношенным детям, для того, чтобы наладить и поддерживать выработку грудного молока. Матери близнецов также нуждаются в дополнительной поддержке, особенно для правильного расположения тела и прикладывания к груди.
- Обучите персонал правилам правильного расположения и прикладывания ребенка у груди матери, технике сцеживания молока, закрепите полученные знания на практических занятиях.
- Удостоверьтесь, что клиническая практика по работе с кормящими грудью матерями по наиболее общим проблемам при ГВ интегрирована в процесс обучения.
- Организуйте, чтобы персонал посмотрел видеофильмы для того, чтобы закрепить правила правильного прикладывания и расположения ребенка у груди, технику сцеживания молока, если время для обучения ограничено.
- Персонал обязан обучать и оказывать практическую помощь каждой матери в прикладывании и расположении ребенка у груди и сцеживании молочных желез в качестве средства для поддержания лактации в случае временного разделения со своими младенцами в течение первых 6 часов после родов и оказать помощь для сбора и хранения сцеженного молока.
- В случаях тяжелого состояния матери медицинский персонал обязан обеспечить регулярное сцеживание молока (не реже 8 раз в сутки) и кормление новорожденного материнским молоком.
- Требуйте, чтобы персонал роддома, больницы, ЦОВП, ЦСМ наблюдал, по крайней мере, одно грудное вскармливание до выписки из роддома/больницы у каждой пары мать/ребенок.
- Обеспечьте как можно большее участие матерей в процессе выхаживания и кормления своих детей, находящихся в отделении/палате интенсивной терапии.

• Обеспечьте отделения информационными материалами (брошюры, книги, листовки, плакаты и т.д.) для матерей, где даются необходимые знания по тому, как кормить грудью и как поддерживать лактацию, даже если они временно отделены от своих детей и советуются с наиболее часто встречающимися проблемами ГВ, доступные для них в любое время.

• **Стандарты внедрения данного шага:**

1. По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев сообщают, что кто-либо из сотрудников предложил помощь в грудном вскармливании в течение 6 часов после рождения ребенка.
2. По меньшей мере, 80% матерей недоношенных или больных детей сообщают, что им помогли сцеживать молоко в течение 1-2 часов после рождения ребенка.
3. По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев могут продемонстрировать, как располагать и прикладывать своего ребенка у груди и что ребенок может получать молоко.
4. По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев могут описать, как минимум, два способа, чтобы улучшить выработку молока для своих детей.
5. По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев могут описать, как минимум, два показателя того, что ребенок при грудном вскармливании получает достаточное количество молока.
6. По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев могут правильно продемонстрировать или описать сцеживание грудного молока ручным методом.

Шаг 6: Не предоставляйте новорожденным на грудном вскармливании каких-либо продуктов питания или жидкостей кроме грудного молока, если нет медицинских показаний

Предоставление новорожденным любых продуктов или жидкостей кроме грудного молока, в первые несколько дней после рождения препятствует налаживанию выработки грудного молока. Желудки новорожденных очень малы и легко наполняются. Новорожденные, которых кормят другими продуктами или жидкостями, будут сосать грудь менее энергично, и, таким образом, неэффективно стимулировать выработку молока, создавая цикл недостаточности молока и приема другой пищи, что приводит к проблемному кормлению грудью.

Действия для внедрения данного шага

• Матери, кормящие заменителями грудного молока по необходимости или по выбору, должны быть обучены безопасному приготовлению, предоставлению и хранению заменителей грудного молока.

- Особенно в случае недоношенных детей или детей с низким весом при рождении, следует поддерживать и поощрять матерей сцеживать молоко для стимулирования его выработки.

- Пересмотрите сложившуюся практику использования искусственных смесей, отсутствие ресурсов, времени и знаний персонала не является оправданием для использования дополнительных продуктов или жидкостей в раннем периоде.

- Утвердите допустимые медицинские показания для использования искусственных смесей, зафиксированные в политике по ГВ, и доведите эти показания до сведения всего персонала (**Приложение 11**).

- Фиксируйте в историях развития новорожденного показания для введения искусственных смесей младенцам.

- Удостоверьтесь, что персонал знаком со списком допустимых медицинских показаний к даче дополнительного питья или питания, путем проведения аттестации.

- Попросите аптеку приготовить список лекарственных препаратов совместимых или несовместимых с ГВ.

- Организуйте, чтобы матерей информировали во время родовых занятий и в раннем послеродовом периоде о тех проблемах, которые возникают из-за введения дополнительного питания.

- Организуйте закупку небольшого количества искусственного питания для использования в роддоме, больнице, ЦОВП, ЦСМ по медицинским показаниям, также, как и любого лекарственного препарата.

- Храните образцы искусственного питания и связанные с ним оборудование вне поле зрения матерей.

- Не должно осуществляться никакое поощрение или рекламирование питания, питья для младенцев, не являющихся грудным молоком, равно как и то что они не должны распределяться среди матерей и сотрудников.

- Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья, кроме грудного молока, исключая медицинские показания.

- Детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами и находящимися на АРТ с подавленной вирусной нагрузкой (менее 50 копий/мл перед родами), рекомендуется грудное вскармливание. ВИЧ-позитивные матери должны кормить своих детей грудью на протяжении 6 месяцев жизни, после чего вводятся соответствующие прикормы, и грудное вскармливание продолжается на протяжении первых 12 месяцев жизни. Грудное вскармливание означает применение исключительно грудного молока, без применения воды, молочных смесей.

- При установлении ВИЧ-инфекции у ребенка методом ранней диагностики младенца (РДМ) рекомендуется грудное вскармливание как можно дольше, по возможности и приемлемости. (клиническому протокол МЗ КР №903 от 10.10.2017г).

• В основу рекомендаций ВОЗ легли данные, полученные исследований. Было доказано, что у детей, находящихся на грудном вскармливании в первые 12 месяцев жизни у матерей, получающих АРТ, снижается риск смерти от диареи, пневмонии и дефицита питания и риска передачи ВИЧ.

• Детям, рожденным ВИЧ-позитивными женщинами, получающих АРТ или находящимся на АРТ с подавленной (более 1000 копий/мл перед родами) или неизвестной вирусной нагрузкой, рекомендуется искусственное вскармливание при соблюдении критериев ПОД (приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно) Приложение 13.2. клинического протокола МЗ КР №903 от 10.10.2017г.

• Смешанное вскармливание недопустимо, т. к. оно повышает риск инфицирования ребенка по сравнению с исключительно грудным и исключительно искусственным вскармливанием, из-за увеличения риска травматизации слизистой кишечника новорожденного ребенка.

• Матерей необходимо информировать о преимуществах и недостатках грудного и искусственного вскармливания в связи с ВИЧ-инфекцией. Первое консультирование должно состояться на ранних этапах беременности. Повторные консультирования должны проходить сразу после рождения ребенка, а также на всех этапах наблюдения за ребенком в течение первого года жизни. Окончательное право выбора метода вскармливания остается за женщиной.

Стандарты внедрения данного шага:

1. По меньшей мере, 80% младенцев (доношенных и недоношенных) получали только грудное молоко (от собственной матери или из банка доноров грудного молока) на протяжении всего их пребывания в учреждении.
2. По меньшей мере, 80% матерей, которые решили не кормить грудью, сообщили, что сотрудники обсудили с ними различные варианты кормления и помогли им принять решение, подходящее в их ситуациях.
3. По меньшей мере, 80% матерей, которые решили не кормить грудью, сообщили, что сотрудники обсудили с ними безопасное приготовление кормления и хранение заменителей грудного молока.

Шаг 7: Позвольте матерям и их детям оставаться вместе и практиковать совместное пребывание 24 часа в сутки

Под совместным пребыванием подразумевается нахождение матерей и их младенцев вместе в одной палате, сразу после влагалищных родов и кесарева сечения, или с того времени, когда мать способна реагировать на младенца, и до выписки из учреждения.

Совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате снижает риск неонатального инфицирования новорожденного. Это объясняется следующими обстоятельствами:

постоянный кожный контакт между матерью и ребенком, установившийся сразу после рождения, способствует росту на коже ребенка и в его желудочно-кишечном тракте колоний микроорганизмов, свойственных матери, как правило, не патогенных и против которых мать имеет антитела в грудном молоке. Ребенок при этом подвергается воздействию этих микроорганизмов и одновременно пассивной защите от них. Дети, содержащиеся отдельно от матерей в детских отделениях, подвергаются более активному воздействию бактерий обслуживающего персонала, то есть микроорганизмов, которые являются патогенными, часто резистентными ко многим антибиотикам и другим антимикробным средствам. Молоко матери не содержит против этих микроорганизмов специфических антител и этим объясняется легкость, с которой развиваются в такой среде «вспышки» кожных заболеваний, респираторных и желудочно-кишечных инфекций новорожденных.

Совместное пребывание матери и ребенка приводит к активному обучению матери навыкам ухода за новорожденным, ее ответственности за соблюдение правил личной гигиены и санитарии в палате, усилению привязанности к ребенку, его социализации и быстрой адаптации к окружающей среде и дает возможность кормления ребенка по его требованию.

Действия, необходимые для внедрения этого шага:

- Учреждения, предоставляющие услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, должны позволять матерям и их младенцам оставаться вместе и практиковать совместное пребывание в течение дня и ночи;
- Проведите необходимые изменения для организации совместного пребывания матери и ребенка во всех отделениях в т.ч. и в реанимационном отделении;
- Младенцев должны разделять с их матерями только по обоснованным медицинским показаниям и соображениям безопасности. Причины раздельного пребывания матери и ребенка фиксировать в истории развития новорожденного;
- При операции кесарево сечения с *общим наркозом* ребенок должен быть размещен рядом со своей матерью в одном помещении не позднее первого получаса после восстановления адекватной реакции матери, а при операции кесарево сечения со *спинальной анестезией* обеспечить круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка сразу после рождения младенца. Она будет нуждаться в практической помощи для того, чтобы правильно расположить ребенка для кормления грудью, особенно в том случае, когда ребенок находится в отдельной кроватке или кувезе. Если в роддоме, больнице нет детских кроваток, то можно организовать нахождение матери и ребенка в одной кровати, но она должна быть достаточно широкой.
- Требуйте и организуйте перекрестное обучение персонала с тем, чтобы все умели оказывать помощь обоим матери и ребенку.
- Введите индивидуальное или групповое обучение матерей уходу за ребенком после родов. Занятия должны включать информацию о том, как ухаживать за ребенком при совместном пребывании. Убедите матерей, что

при необходимости им будет оказана помощь медицинским персоналом в любое время.

- Удостоверьтесь, что персонал владеет практическими навыками оказания помощи матерям, у которых было кесарево сечение: помочь в выборе удобной позы и техники для кормления ребенка грудью, в уходе за новорожденным, оказанию поддержки матери в послеоперационном периоде
- Если недоношенные или больные дети должны находиться в отдельной палате для лечения и наблюдения, то необходимо принять меры к тому чтобы мать восстанавливалась в послеродовом периоде со своим младенцем или не имела ограничений для посещения своего ребенка. Матери должны иметь достаточно пространства для сцеживания молока, находясь рядом со своими младенцами.
- Пересмотрите рутинную практику по уходу за новорожденными (например, взвешивание, обработка пуповины и т.д.), учитывая совместное пребывание. Желательно все процедуры проводить в палате, при отсутствии такой возможности необходимо обеспечить присутствие матери во время их проведения.

Стандарты выполнения данного шага:

1. По меньшей мере, 80% матерей доношенных новорожденных сообщают, что их дети оставались с ними с момента рождения, без разделения длившегося более 1 часа.
2. Наблюдения в послеродовых палатах и наблюдения за здоровыми младенцами подтверждают, что, по меньшей мере, 80% матерей и их младенцев находятся вместе, а если нет, то они разделены по медицинским показаниям, оправдывающим их разделение.
3. По меньшей мере, 80% матерей недоношенных детей подтверждают, что им было предложено оставаться рядом со своими младенцами и днем и ночью.

Шаг 8: Помогать матерям распознавать и реагировать на сигналы голода, которые подают их младенцы

Грудное вскармливание предполагает распознавание и реагирование на проявление младенцем чувства голода через подачу сигналов, и готовность к кормлению, что являются частью заботливого отношения матери к своему младенцу. Адаптивное/отзывчивое кормление не налагает ограничений на частоту или продолжительность кормления, а матерям рекомендуется кормить грудью всякий раз, когда ребенок голоден или так часто, как хочет младенец.

Действия, необходимые для внедрения этого принципа:

- Матери следует помогать в практике адаптивного/отзывчивого кормления, через которое проявляется ее заботливое отношение к ребенку. Независимо от того, кормит мать грудью или нет во время своего пребывания в учреждении, предоставляющем услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, ей следует оказывать помощь в том, как

распознавать и реагировать на сигналы своего ребенка о том, что он/а нуждается в кормлении, близости и утешении, и соответственно, отвечать на эти сигналы различными способами

- Если мать и ребенок не находятся в одной палате по медицинским показаниям (кесарево сечение, недоношенный или больной младенец), то персонал учреждения должен помогать матери в том, чтобы она как можно чаще навещала младенца, могла распознавать сигналы голода. Когда сотрудники замечают сигналы голода у младенца, они должны способствовать тому, чтобы мать подошла к ребенку.

- Не рекомендуется кормление по расписанию, которое предписывает запланированные и обычно ограниченные по времени, частоте и график кормления.

- Важно, чтобы матери знали, что плач является поздним проявлением голода и лучше всего кормить ребенка раньше, при появлении признаков голода, поскольку расположение тела и прикладывание к груди осложняется, когда ребенок находится в расстроенном состоянии.

- В случаях вынужденного раздельного содержания матери и ребенка, обеспечьте грудное вскармливание новорожденного по требованию не менее 12 раз в сутки без ночного перерыва. Если ребенок долго спит (более 4 часов подряд), следует ребенка будить и кормить грудью.

- Убедитесь, что обучение персонала включает определение и преимущества грудного вскармливания при появлении признаков голода и основная информация, которая дается матерям также ее включает (см. принцип 2).

- Убедитесь, что персонал знает и обучает матерей признакам готовности ребенка к сосанию

- Оказание поддержки матерям в реагировании на поведенческие сигналы о кормлении и сытости, комфорте и близости, позволяет им строить заботливые отношения со своими детьми и повышает их уверенность в себе, в грудном вскармливании, а также в росте и развитии ребенка.

Таблица 1

Стадии	Сигналы об ощущении голода	Сигналы о сытости
Ранняя	▪ Подносит руки ко рту ▪ Открывает и закрывает рот	▪ Подносит руки к лицу ▪ Интерес к окружению / смотрит в сторону ▪ Снижение мышечного тонуса
Активная	• Облизывает губы и чмокает • Издает воркующие звуки • Ищет/нюхает грудь • Открывает рот и присасывается	▪ Резко отклоняется ▪ Оставляет сосок ▪ Отказывается открывать рот ▪ Засыпает
Поздняя	• Неистовое движение головы из стороны в сторону • Плачет	▪ Спит ▪ Плачет ▪ Борется/ извивается

Стандарты выполнения данного шага:

• По меньшей мере, 80% кормящих матерей могут описать, не менее двух сигналов голода.

• По меньшей мере, 80% кормящих матерей доношенных младенцев сообщают, что им было рекомендовано кормить своих детей так часто и долго, как хочет младенец.

Шаг 9: Консультировать матерей по вопросам использования бутылочек для кормления, сосок и пустышек, и рисков, возникающих в результате их использования

Правильные рекомендации и консультирование матери и других членов семьи дает им возможность принимать обоснованные решения об использовании или отказе от пустышек и/или бутылочек для кормления и сосок до момента налаживания эффективного грудного вскармливания. Несмотря на то, что Рекомендации ВОЗ (3) не требуют абсолютного отказа от бутылочек для кормления, сосок и пустышек для доношенных новорожденных, существует ряд причин для того, чтобы предупредить об осторожности их использования, включая гигиену, формирование ротовой полости и распознавание сигналов голода.

Действия, необходимые для внедрения этого шага:

- Прекратить использование сосок, пустышек, бутылочек и др. приспособлений, имитирующих грудь, как легкого способа, чтобы справиться с трудностями сосания вместо того, чтобы консультировать матерей и позволить им надлежащим образом прикладывать детей и помогать эффективному сосанию.
- Сотрудники учреждения должны также информировать матерей и членов семьи о гигиенических рисках, связанных с неадекватным очищением посуды для кормления, чтобы они могли сделать информированный выбор относительно способа кормления.
- В случае невозможности прикладывать ребенка к груди, вскармливать детей из чашек, ложек, мензурок и обучать матерей альтернативным методам кормления младенцев
- Не должно быть никакого поощрения кормления из бутылочек или сосок в каком-либо месте в учреждении, предоставляющем услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, или кем-либо из сотрудников. Как и заменители грудного молока, эти товары попадают под действие Закона (25-27).
- Если сцеженное грудное молоко или другое питание используется по медицинским показаниям для маловесных детей, то кормлению из бутылочек с сосками следует предпочесть кормление из чашки или ложки использование бутылочек с сосками для кормления препятствует формированию навыков сосания груди. Сосание пустой соски или стимуляция ротовой полости подразумевают использование пустышки, пальца в перчатке или пустой груди, которая еще не вырабатывает молока.

- Для уменьшения боли во время процедур, когда грудное вскармливание или контакт кожи с кожей невозможны возможно использовать соски пустышки. Однако, это может привести к сокращению выработки материнского молока. Использование сосок или пустышек может препятствовать способности матери распознавать сигналы голода. Если использование соски не дает возможности матери увидеть, как ребенок чмокает губами или тянется к груди, она может задержаться с кормлением до тех пор, пока ребенок не заплачет и придет в возбужденное состояние.

- Закупать расходные материалы (например, чашки, шприцы, ложки, мензурки) для использования при кормлении искусственными смесями, в случаях, когда есть медицинские показания к даче дополнительного питья или питания.

- Если мать просит пустышку, бутылочку с соской для своего ребенка, попросите персонал обсудить с ней опасность, которая может быть с этим связана.

Стандарт выполнения данного шага:

1. По меньшей мере, 80% кормящих матерей как недоношенных, так и доношенных новорожденных сообщают, что их консультировали о рисках использования бутылочек для кормления, сосок и пустышек.

Шаг 10: Организуйте выписку таким образом, чтобы родители и их дети имели своевременный доступ к постоянной поддержке и уходу

Матери нуждаются в постоянной поддержке для того, чтобы продолжать грудное вскармливание. Хотя во время пребывания в учреждении, предоставляющем услуги по родовспоможению и уходу за новорожденными, матерей должны обучить основным навыкам по грудному вскармливанию, остается вероятность, что выработка грудного молока не налажена в полной мере до момента выписки. Поддержка грудного вскармливания особенно важна в последующие дни и недели после выписки для того, чтобы выявить и преодолеть ранние проблемы грудного вскармливания.

На первом этапе группы поддержки матерей (далее ГПМ) создаются на базе родильного дома и ЦСМ. На втором этапе, желательно, чтобы ГПМ приобретали самостоятельность, активно пропагандировали грудное вскармливание среди населения, привлекая других людей в продвижении своих идей, становясь сильным общественным движением.

Действия, необходимые для внедрения этого шага.

- Выписка из учреждений, предоставляющих услуги по родовспоможению и охране здоровья новорожденных, должна планироваться и координироваться таким образом, чтобы родители и их дети имели доступ к постоянной поддержке и получали надлежащий уход.

• При выписке, учреждения должны направлять каждую мать к ресурсу по поддержке ГВ в сообществе

• Ресурсы сообщества включают центры ПМСП, службу посещений на дому, клиники ГВ, медсестер/акушеров, консультантов по ГВ, консультантов, ГП или линии поддержки и волонтеров СКЗ.

Учреждения должны предпринять соответствующие действия для обеспечения того, чтобы медицинский работник встретился с матерью и младенцем через 2-4 дня после рождения и снова на второй неделе, чтобы оценить кормление.

• Выделите помещение для ГПМ, где могут собираться матери с детьми, беременные женщины и члены их семей. Помещение должно быть теплым, с приятным интерьером, наглядной информацией по ГВ (плакаты, рисунки, фотографии детей и т.д.).

• Назначьте медицинского работника (врач, акушерка, медсестра) ответственного за работу ГПМ, который должен обязательно пройти обучение как минимум по 20-часовой программе (из них 4,5 часа практики). В его обязанности также входит формирование ГПМ, подбор матерей для работы в ней, распространение сведений о деятельности ГПМ среди родильниц, которые готовятся к выписке, организация информационных стендов о графике работы, составе ГПМ и т.д. в отделениях роддома и ЦСМ.

• Безопасная атмосфера уважения, внимания, доверия, искренности и сопереживания, конфиденциальность основные принципы деятельности ГПМ.

• ГПМ позволяет делиться опытом и информацией о кормлении грудного ребенка и оказывать взаимную поддержку друг другу.

• Провести обучение членов ГПМ по вопросам грудного вскармливания используя карточку консультирования.

• Печатная и/или онлайн-информация может оказаться полезной для обеспечения контактов поддержки, в случае возникновения вопросов, сомнений или трудностей, но это не должно подменять активный последующий уход со стороны квалифицированного персонала.

• Необходимо осуществлять постоянную поддержку со стороны квалифицированных специалистов недоношенным и детям с низким весом при рождении.

Стандарты выполнения данного шага:

1. По меньшей мере, 80% матерей недоношенных и доношенных младенцев сообщают, что сотрудник учреждения сообщил им о том, где могут получить поддержку по грудному вскармливанию на уровне своего сообщества.

2. учреждение может продемонстрировать, что оно координирует контакты с общинными службами, которые обеспечивают поддержку грудного вскармливания/кормления ребенка, включая клиническое лечение и поддержку по принципу мать - матери.

План работы медработника с ГПМ (пример)

Характер работы	срок	Ответственный
1. Организовать ГПМ на уровне стационара и ЦСМ		
2. Провести обучение членов ГПМ используя Карточку консультирования		
3. Составить график работы ГПМ		
4. Обеспечить наглядной информацией о ГПМ в роддоме и ЦСМ		
5. Ведение документации по работе ГПМ		
6. Участие ГПМ в проведении «Недели грудного вскармливания» (сроки указать конкретно)		
7. Отчет о деятельности ГПМ		

Критериями отбора матерей для работы в ГПМ являются положительный опыт продолжительного ГВ и желание поделиться этим опытом и хорошие коммуникативные навыки, и умение слушать.

В ГПМ включайте матерей не только с успешным опытом кормления грудью своих детей, но и матерей, имевших трудности с ГВ в анамнезе и преодолевших их:

- кесарево сечение;
- влияние родственников на выбор матерью детской смеси, как метода кормления ребенка;
- использование в прошлом продуктов для искусственного питания,
- трещины, маститы, нагрубания молочных желез;
- неуверенность матери в своих возможностях по уходу за ребенком и ГВ;
- многодетность, многоплодная беременность и другие трудности.

В ГПМ могут входить и родственники: отцы, бабушки и т.д. Они также должны иметь собственный опыт длительного ГВ детей в своей семье, опыт оказания помощи матери по поддержке ГВ. Численный состав ГПМ в среднем 8-10 человек, но может меняться в зависимости от местных условий.

Схема работы ГПМ

Информация о ГПМ должна даваться каждой родильнице в роддоме/больнице при выписке, помимо этого она должна вывешиваться на стендах, расположенных на видных местах в ГСВ. Данная информация должна содержать расписание работы ГПМ, адрес, а также телефоны, или адреса членов ГПМ, по которым можно обратиться за помощью.

Матери, нуждающиеся в помощи ГПМ, могут быть направлены в него медработниками или могут обращаться сами по своему желанию. Учитывая сложившееся в нашей стране доверие к медицинским работникам и опытные обращения к ним по всем возникающим ситуациям, связанным со здоровьем как ребенка, так и матери, целесообразно организовать работу ГПМ так, чтобы была возможность ежедневной консультации медработников в кабинете, выделенном для ГПМ.

Ежемесячно (2-3 раза) по определенным дням необходимо организовывать заседания ГПМ, на которые могут приходить все желающие или нуждающиеся в помощи. Лучше всего, если эти заседания будут совпадать с днями, когда матери с детьми приходят на ежемесячный осмотр к врачу. В другое время члены ГПМ работают с кормящими матерями в мере своих возможностей. Когда такой возможности нет, работу ГПМ можно обеспечивать медработники члены ГПМ. Во внерабочее время работу ГПМ должны обеспечивать члены ГПМ, имеющие телефон. Если в населенном пункте нет телефонной связи, то желательно, чтобы члены ГПМ жили в различных районах для удобства обращения к ним.

Параллельно с организацией ГПМ можно оказывать поддержку продолжения практики ГВ путем создания линии «горячего телефона» и посещения на дому (патронаж) после выписки из роддома/больницы. Лучше всего использовать для «горячей линии» телефон приемного покоя отделения интенсивной терапии и реанимации, т.к. матери в таком случае могут получать консультацию круглосуточно. Обязательно убедитесь, что сотрудники данных отделений подготовлены и консультируют адекватно. Необходимо записывать в специальный журнал все консультации, проводимые по телефонам «горячей линии». Ниже приведен пример записи в журнале «горячей линии». Один раз в квартал необходимо проводить анализ вопросов, с которыми обращаются матери по «горячей линии» для коррекции своей работы с ними. Данная «обратная связь» поможет вносить изменения или дополнения в обучение по вопросам ГВ беременных женщин и кормящих матерей.

Журнал учета работы ГПМ

дата	Ф.И.О матери	Адрес, телефон	Проблема/ вопрос	Консультация/ ответ	Кто д консультации

ИНСТРУКЦИЯ

о проведении самооценки организаций здравоохранения, претендующих на звание «Инициатива больницы/Организация здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку»

Организация здравоохранения, заинтересованная в получении статуса «Инициатива больницы/Организации здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку» (далее «ИБДОР») следует, в качестве первого шага, провести оценку своей текущей деятельности, применительно к десяти шагам успешного грудного вскармливания.

С помощью контрольного листка (см. ниже) организация, должна провести быструю первоначальную оценку или пересмотреть свою практику в поддержке грудного вскармливания. Заполнение этого первоначального формуляра самооценки является первой стадией процесса, однако это само по себе не дает оснований для получения статуса «ИБДОР».

Анализ результатов самооценки

В идеальных условиях на большую часть вопросов, приводимых в рамках данной инструкции, ответ должен быть положительным. Если организации сочтут, что многие ответы в рамках данной самооценки являются положительными, то она может претендовать на право называться организацией, "доброжелательной к ребенку" и получить памятный знак.

Глобальные критерии оценки организации используют Национальными экспертами, т.е. людьми, являющимися «нейтральными» в отношении к данной организации. Они используют эти глобальные критерии для организаций, где процент исключительно грудного вскармливания составляет 80% и более. Только при этом условии эксперты могут рассмотреть возможность сертификации организации на звание «ИБДОР».

Организация, где исключительно грудное вскармливание составляет менее 80%, должна пересмотреть свою практику, препятствующую распространению исключительно грудного вскармливания, разработать дальнейший план действий для достижения этой цели. Такие организации могут обратиться за помощью по вопросам обучения, разработки политики по другим проблемам и вопросам к Национальному координационному комитету по охране, защите грудного вскармливания при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

ИНСТРУМЕНТ

для проведения самооценки организаций здравоохранения,
претендующих на звание «Инициатива больниц/Организаций
здравоохранения доброжелательного отношения к ребенку»

ШАГ 1.а. В полной мере соблюдать <i>Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока</i> и соответствующие резолюции Всемирной Ассамблеи здравоохранения, Закон КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей.	не выполнено	В ыполнен о 1
Правило 1. Все заменители грудного молока, бутылочки для кормления и соски, используемые в учреждении, были приобретены по обычным каналам закупок и не получены через бесплатные или субсидированные поставки?		
Правило 2. Отсутствуют ли демонстрация продуктов, на которые распространяется действие Кодекса, Закона или наименований, или логотипов компаний, производящих заменители грудного молока, бутылочки для кормления и соски?		
Правило 3. Запрещается ли производителям или дистрибьютерам заменителей грудного молока, бутылочек, сосок вступать в контакт с беременными женщинами или матерями?		
Правило 4. Отказывается ли больница от бесплатных подарков, научно-популярной литературы, материалов или средств, денег или поддержки рекламно-информационных мероприятий, или событий от производителей или дистрибьютеров в рамках Международного свода правил по сбыту?		
Правило 5. Хранятся ли коробки с молочными смесями для новорожденных и заранее приготовленные бутылочки со смесями в специальном месте в больнице до их использования?		
Правило 6. Воздерживается ли больница от предоставления беременным женщинам, матерям и их семьям каких-либо маркетинговых материалов, образцов или подарочных упаковок, которые включают заменители грудного молока, бутылки/соски, пустышки или иные товары, или премиальные купоны?		

защите, содействию и поддержке грудного вскармливания?		
2.3. Проходит ли персонал, занимающийся уходом за беременными женщинами, матерями и младенцами (или весь персонал больницы, если они часто сменяются на должностях с этими обязанностями), подготовку по содействию и поддержке грудного вскармливания в течение шести месяцев после начала работы, если только они не получили соответствующую подготовку в другом месте?		
2.4. Включает ли обучение все 10 принципов по БДОР Международный сводом правил по сбыту заменителей молока и последующих резолюций ВАЗ, Закона о защите грудного вскармливания, а также поддержке ВИЧ-инфицированные матерей, на всех участках медицинского учреждения, которые обслуживают матерей, младенцев и детей?		
2.5. Составляет ли длительность подготовки медицинского персонала учреждения не менее 20 часов в целом, включая, как минимум, 3 часа курируемой клинической практики?		
2.6. Является ли подготовка немедицинского персонала достаточной, учитывая их должности, чтобы дать им навыки и знания, необходимые для поддержки матерей в успешном кормлении их грудных детей?		
2.7. Осуществляется ли также подготовка всего персонала или работников, занимающихся уходом за женщинами и грудными детьми, по вопросам питания младенцев, которые не находятся на грудном вскармливании, и поддержки матерей, которые сделали такой выбор?		
2.8. Может ли персонал больницы, занимающийся уходом за беременными женщинами, матерями и младенцами, ответить на простые вопросы по содействию и поддержке грудному вскармливанию и уходу за матерями, не кормящими грудью?		
2.9. Может ли немедицинский персонал, такой как работники патронажной службы, социальные работники и канцелярский и обслуживающий персонал, отвечать на простые вопросы о грудном вскармливании и о том, как обеспечить поддержку матерям в питании их детей?		
3.0. Организовано ли в медицинском учреждении специализированное обучение отдельных медицинских работников по организации лактации?		

ШАГ 3: Обсуждать с беременными женщинами и их семьями о важности грудного вскармливания	не выполнено 0	выполнено 1
3.1. Имеется ли в ГСВ, ЦСМ и ФАПе дородовое наблюдения или сопутствующие дородовые консультации, или стационарные палаты дородового наблюдения?	1-2	нххх
3.2. Если «да», информированы ли беременные женщины, наблюдающиеся в ГСВ, ЦСМ или ФАПах, о важности и организации грудного вскармливания?	1.	нххх
3.3. Ведется ли в документации и учет проведения бесед с беременными женщинами о грудном вскармливании?	нххх 1 нххх	нххх
3.4. Включены ли в дородовые консультации, проводимые как в устной, так и в письменной форме, ключевые темы, касающиеся важности и организации грудного вскармливания?		✓
3.5. Защищены ли беременные женщины от устных или письменных информационно-пропагандистских мероприятий и групповых консультаций по искусственному вскармливанию ребенка?		нххх
3.6. Могут ли беременные женщины, наблюдающиеся в ГСВ, описать риски, связанные с введением прикормов в первые шесть месяцев грудного вскармливания?	1	нххх
3.7. Могут ли беременные женщины, наблюдающиеся в ГСВ, описать важность раннего телесного контакта матери и ребенка и совместного пребывания матери и новорожденного в одной палате?	1	нххх
3.8. Возможно, ли получение послеродовых записей в отношении матери в момент выписки из больницы?		нххх

ШАГ 4. Осуществлять немедленный и непрерывный контакт кожа – к – коже и поддерживать матерей в инициации грудного вскармливания как можно скорее после рождения.	не выполнено 0	выполнено 1
4.1. Имеют ли новорожденные, которые были рождены в ходе вагинальных родов, телесный контакт с их матерями сразу же после рождения и рекомендуется ли их матерям продолжать такой контакт в течение часа или более?		
4.2. Имеют ли новорожденные, которые были рождены с помощью кесарева сечения под общей анестезией, немедленный телесный контакт с отцом или другим членом семьи и их матерями сразу же после того, как их		

матери приходят в сознание, и соблюдается ли такой порядок и в дальнейшем?		
4.3. Имеют ли новорожденные, которые были рождены с помощью кесарева сечения под эпидуральной анестезией, телесный контакт с матерями сразу же и соблюдается ли такой порядок и в дальнейшем?		
4.4. Помогают ли матерям определить, когда их младенцы готовы к грудному вскармливанию, и в случае необходимости предлагается ли им помощь?		
4.5. Предлагается ли матерям с младенцами, находящимися в отделении интенсивной терапии для новорожденных, телесный контакт с их детьми, если только для этого нет какого-либо противопоказания?		

ШАГ 5. Оказывать матерям поддержку в начале грудного вскармливания и поддержании грудного вскармливания, помогать в случае трудностей.	не выполнено 0	выполнено 1
1.1. Предлагает ли персонал всем кормящим матерям дальнейшую помощь в грудном вскармливании их детей в течение шести часов после рождения?		ишх ✓
1.2. Может ли персонал описать виды информации и продемонстрировать умения, которыми они делятся с кормящими и не кормящими грудью матерями, чтобы помочь им в успешном питании их младенцев?		ишх ✓
1.3. Всегда ли персонал или консультанты, прошедшие специальную подготовку по грудному вскармливанию и организации лактации, доступны для предоставления помощи матерям в течение их пребывания в медицинском учреждении и при подготовке к выписке из больницы?		ишх ✓
1.4. Дает ли персонал рекомендации по другим вариантам питания и уходу за грудью матерям, чьи младенцы находятся в отделении интенсивной терапии для новорожденных и которые решили не кормить ребенка грудью?		
1.5. Могут ли кормящие грудью матери продемонстрировать, как правильно держать и прикладывать детей к груди при кормлении грудью?		ишх ✓
1.6. Показали ли кормящим матерям, как сцеживать молоко вручную или предоставлена им информация о сцеживании и давался ли им совет, где они могут получить помощь в случае необходимости?	ишх	
1.7. Получают ли матери, которые никогда не кормили грудью или которые ранее встречались с проблемами в		

отношении грудного вскармливания, особое внимание и поддержку от персонала медицинского учреждения, как в дородовой, так и послеродовой периоды?		✓
1.8. Показывали ли матерям, которые решили не кормить ребенка грудью, в индивидуальном порядке, как готовить и давать ребенку пищу, и просили ли их приготовить пищу самим после того, как им показали, как это делать?	✓	
1.9. Помогали ли матерям с младенцами, находящимися в отделении интенсивной терапии, которые планируют кормить ребенка грудью, в течение 6 часов после рождения ребенка установить и сохранять лактацию с помощью частого сцеживания молока и рассказывали им, как часто нужно это делать?		✓

ШАГ 6. Дополнительная пища Не давать новорожденным на грудном вскармливании какую – либо пищу или жидкости, кроме грудного молока, если нет медицинских показаний.	не выполнено 0	выполнено 1
6.1. Свидетельствуют ли данные по учреждению о том, что не менее 95% доношенных новорожденных, выписанных за последний год, получили исключительно грудное вскармливание (или кормление исключительно сцеженным грудным молоком) с момента рождения до выписки из роддома, или, если нет, на то были на это медицинские показания?		
6.2. Получали ли новорожденные только грудное молоко и никакой другой пищи или питья, если только для этого не было медицинских показаний или это был полностью осознанный выбор матери?		
6.3. Принимает ли медицинское учреждение меры, чтобы в учреждении не размещались и не распространялись материалы, рекомендующие кормление заменителями грудного молока, кормление по расписанию или иные ненадлежащие методы кормления?		
6.4. Подтверждают ли матери, которые решили не кормить грудью, что персонал обсуждал с ними различные виды кормления и помог им выбрать наиболее приемлемый способ в их ситуации?		
6.5. Имеется ли в медицинском учреждении достаточно места, необходимое оборудование и средства для показа, как готовить молочные смеси и другие виды		

питания отдельно от кормящих грудью матерей?		
6.6. Все ли инструкции или стандарты больницы, связанные с грудным вскармливанием и питанием младенцев, согласуются со стандартами ИБДОР и действующими научно обоснованными рекомендациями?		

ШАГ 7. Практиковать совместное пребывание матерей и младенцев, чтобы они оставались вместе 24 часа в сутки.	не выполнено 0	выполнено 1
7.1. Находятся ли матери и новорожденные вместе или их размещают в одной палате сразу же после рождения?		
7.2. Находятся ли матери, которые рожали с помощью кесарева сечения или иных процедур с применением общей или эпидуральной анестезией вместе со своими младенцами и размещают ли их в одной палате, как только матери в состоянии ухаживать за своими новорожденными?		
7.3. Остаются ли матери и новорожденные все время вместе (в одной палате или рядом друг с другом), если только нахождение порознь не обусловлено показаниями?		

ШАГ 8. Адаптивное кормление: помогать матери распознавать сигналы голода у младенца	не выполнено 0	выполнено 1
8.1. Обучают ли кормящих грудью матерей, как распознать, что их ребенок голоден?		
8.2. Рекомендуют ли кормящим грудью матерям кормить их детей так часто и так долго, как хочет ребенок?		
8.3. Рекомендуют ли кормящим грудью матерям в случае наполнения груди молоком также прикладывать ребенка к груди?		
ШАГ 9. Информировать матерей о рисках, связанных с использованием и кормлением из бутылок, сосок и пустышек.	не выполнено 0	выполнено 1
9.1. Не дают ли младенцам, находящимся на грудном вскармливании, какого-либо питания в бутылочке?		
9.2. Информировал ли персонал матерей о рисках, связанных с кормлением молоком или иными жидкостями из бутылок с сосками?		
9.3. Не дают ли младенцам, находящимся на грудном вскармливании, сосок-пустышек?		

Принцип 10. Уход при выписке Подготовиться к выписке, чтобы родители и их дети имели своевременный доступ к постоянной поддержке и уходу.	не выполнено 0	выполнено 1
10.1. Обсуждают ли персонал планы с готовящимися к выписке матерями, то, как они будут кормить своих младенцев по возвращении домой?		
10.2. Имеется ли в учреждении система дальнейшей поддержки матерей после выписки их из роддома, включающая ГПМ, последующие послеродовые проверки посещения на дому, телефонные звонки?		
10.3. Содействует ли медицинское учреждение созданию и/или осуществляет ли взаимодействие с группами поддержки матерей и иными службами, оказывающими поддержку матерям в питании их младенцев?		
10.4. Направляют ли матерей для получения помощи с питанием в систему последующей поддержки или группы поддержки матерей, такие как ГСВ, ЦСМ и ФАПы.		
10.5. Предоставляются ли матерям перед выпиской из роддома печатные материалы, если таковые имеются, о том, где можно получить последующую поддержку?		
10.6. Рекомендуют ли матерям встретиться с членом из группы поддержки грудного вскармливания сразу же после выписки из роддома (предпочтительно через 2-4 дня после родов и выписки на второй неделе), который может помочь им кормить своего ребенка и оказать необходимую поддержку?		
10.7. Доводятся ли рекомендации в послеродовых отделениях по вопросам грудного вскармливания младенцев обученными консультантами к матерям?		

ВИЧ и грудное вскармливание	не выполнено 0	выполнено 1
1. Требуется ли обучение грудного вскармливания ВИЧ-инфицированных матерей и их детей?		
2. Информированы ли женщины о способах, которыми ВИЧ-инфицированная женщина может передать ВИЧ-инфекцию своему ребенку, в том числе через грудное вскармливание?		
3. Информированы ли женщины о вариантах кормления грудью?		

тестирования и консультирования по ВИЧ?		
4. Получает ли персонал подготовку по следующим вопросам:		
• риски передачи ВИЧ во время беременности, родов и грудного вскармливания и их предотвращение, • важность тестирования и консультирования по ВИЧ, и как обеспечить поддержку ВИЧ-инфицированных женщин с целью полностью осознанного выбора в отношении кормления и безопасного осуществления выбранного способа?		
5. Принимает ли персонал меры по сохранению конфиденциальности и сохранения тайны ВИЧ-инфицированных беременных женщин и матерей?		
6. Имеются ли в наличии печатные материалы без рекламного содержания о том, как осуществлять различные варианты кормления, и раздаются ли они матерям, в зависимости от их выбора кормления, перед выпиской из роддома?		
7. Информировуют ли ВИЧ-инфицированных матерей или тех матерей, которые относятся к группе риска, о службах поддержки по вопросам ВИЧ-тестирования и консультаций по питанию грудных детей?		

Выводы:	не выполнен 0	выполнен полностью 1
Полностью ли реализует Ваше учреждение все «10 шагов по ГВ» для защиты, содействия и поддержки грудного вскармливания? (при ответе «Нет»). Перечислить вопросы по каждому из 10 шагов, где получены ответы «Нет».		
Полностью ли соблюдает Ваше учреждение Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока (при ответе «Нет») Перечислить те вопросы по Своду правил, на которые получены ответы «Нет».		
Оказывает ли Ваше учреждение достаточную поддержку касательно ВИЧ и питания младенцев (если требуется)? (при ответе «Нет»)		

Перечислить вопросы касательно поддержки по ВИЧ и питанию младенцев, на которые получены ответы «Нет».		
Если на какие-либо вопросы в Самооценке получены отрицательные ответы, какие необходимы улучшения? _____ _____ _____		
Если нужны улучшения, можете ли вы предложить какую-либо помощь? (при ответе «Да») Пожайтуста. опишите: _____ _____		

Данная форма предоставляется для содействия процессу самооценки учреждения.

Учреждениям рекомендуется изучить также Стандарты внедрения шагов. Если считается, что учреждение готово и желает сделать запрос на посещение с целью предварительной оценки или внешней оценки для определения, соответствует ли оно стандартам для получения статуса Больницы добровольного отношения к ребенку, заполненная форма может быть предоставлена вместе с заявкой в соответствующий национальный орган здравоохранения по «ИБДОР».

Если данная форма показывает, что на практике необходимы значительные улучшения, рекомендуется в течение нескольких месяцев уделить внимание изменению методов, подготовке персонала и введению новых стандартов ухода. Затем можно повторить процесс самооценки.

Форма приглашения в Группу поддержки матерей (ГПМ)

Ежедневно (во вторник, среду, пятницу и т.д.) вы можете получить консультацию и совет по вопросам грудного вскармливания в ГПМ с ... до ... в кабинете №, по следующему адресу:

Если Вам необходимо получить совет о кормлении ребенка грудью, но Вы не можете посетить ЦСМ/ГСВ/ФАП, обратитесь или позвоните к членам Группы поддержки матерей

Состав Группы поддержки матерей (пример)

1. Ф.И.О., (руководитель, адрес/ телефон, по которому можно обратиться)
2. Ф.И.О., адрес/ телефон, по которому можно обратиться
3. Ф.И.О. адрес/ телефон, по которому можно обратиться и т.д.

График работы Группы поддержки матерей (пример)

Понедельник	с:.....' до '.....'	до	'.....'	Ф.И.О
Среда	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
Пятница	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
Суббота	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		
Консультации по телефону:	с:.....' до '.....'	Ф.И.О		

Приложение 6

к приказу

Министерства здравоохранения

Кыргызской Республики

от «___» _____ 2014 г.

Аntenатальный чек лист

подготовки беременных женщин по вопросам
грудного вскармливания.

Дата приема врача	Срок беременности	неделя.
Обсуждаются следующие темы:	Подпис	Дата
Важность ГВ для ребенка (защитит от диареи, ОРИ, инфекции уха, поможет ребенку расти и хорошо развиваться; состав молока по мере изменений потребностей ребенка изменится, которых не кормят грудью, подвергает большему риску заболеваний)	Б	
Важность грудного вскармливания для матери защищает от рака груди, переломов бедер в более старшем возрасте, помогает матери сформировать тесную связь с ребенком, искусственное питание стоит денег).		
Важность контакта «кожа-к-коже» сразу же после рождения ребенка (согревает и успокаивает ребенка, связь с ребенком, помогает инициации грудного вскармливания)		
Важность правильного расположения и прикладывания (правильное расположение и прикладывание помогают младенцу получить достаточное количество молока, а матери – избежать боли в сосках и груди, помогает понять, как кормить грудью ...)		
Распознавание сигналов о кормлении. См таблица 1 в шаге 8		
В течение первых 6-ти месяцев – необходимо только грудное молоко, без каких-либо жидкостей и пищи. Важность продолжения грудного вскармливания через 6 месяцев, после введения прикорма.		

Риски и вред искусственного вскармливания:

- потеря защиты от инфекционных и неинфекционных болезней;
- заражение, ошибки в приготовлении молочных смесей, затраты, трудность возвращения к грудному вскармливанию, при изменении решения о способе вскармливания.

**ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ:
ОЦЕНКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Дата рождения ребенка _____ Масса тела при рождении _____

Характер родов: Вагинальные ☐ ☐ Кесарево сечение

Практика родильного дома по поддержке грудного вскармливания:

Раннее прикладывание к груди в родильном зале ☐ ☐

Да Нет

Совместное пребывание матери и ребенка

☐ ☐

Да Нет

Характер вскармливания при выписке:

☐ ☐ ☐ ☐

Грудное Исклучительно Искусственное Бутылочное
грудное

**Характер вскармливания по результатам наблюдений и опроса
(послеродовый патронаж):**

☐ ☐ Исклучительно ☐ ☐

Грудное грудное Искусственное Бутылочное

Обсуждались следующие вопросы:

Важность постоянного нахождения вместе матери и ребенка ☐ ☐

Да Нет

Кормление при появлении сигналов голода

☐ ☐

Да Нет

Отказ от сосок и пустышек

☐ ☐

Да Нет

Как обеспечить достаточное количество молока

☐ ☐

Да Нет

Профилактика трещин сосков, нагрубания

☐ ☐

Да Нет

Последующая помощь со стороны медицинского персонала

Проводилась оценка:

Положения и прикладывания ребенка к груди

☐ ☐

Да Нет

Состояния молочных желез

☐ ☐

Да Нет

Сцеживание молочных желез ручным методом

☐ ☐

Да Нет

Рекомендации по результатам наблюдений и опроса:

Выдан письменный материал (какой) ☐ Да ☐ Нет

Дата проведения патронажа

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ

к назначению дополнительного питья или питания.

1. МЛАДЕНЦЫ

1.1. Младенцы, которые *не должны* получать грудное молоко или любое другое молоко за исключением специальных смесей:

- Дети с классической галактоземией: необходима специальная смесь без галактозы;
- Дети с болезнью кленового сиропа: необходима специальная смесь без лейцина, изолейцина и валина;
- Дети с фенилкетонурией: необходима специальная смесь без фенилаланина (возможно немного грудного вскармливания, под тщательным контролем).

1.2 Младенцы, для которых грудное молоко остается лучшим вариантом, но которые могут *нуждаться в других продуктах питания* в дополнение к грудному молоку в течение *ограниченного периода*:

- Дети, рожденные с массой тела менее 1500 г (очень низким весом при рождении);
- Дети, рожденные до 32 недели беременности (недоношенные);
- Новорожденные, которые подвергаются риску развития гипогликемии в силу нарушенной метаболической адаптации или повышенной потребности в глюкозе, например, те, кто не доношен, малы для гестационного возраста; те, кто испытал значительный родовой гипоксически /ишемического генеза стресс; болен и те, чьи матери страдают диабетом; те, у которых, уровень сахара в крови не реагирует на грудное вскармливание или кормление грудным молоком.

2. МАТЕРИ

Матери, которые страдают указанными ниже состояниями, должны получать лечение в соответствии со стандартными руководящими принципами.

2.1. Обоснованные состояния, при которых мать может *навсегда* отказаться от грудного кормления:

- ВИЧ-инфекция: если заместительное вскармливание приемлемо, осуществимо, доступно, стабильно и безопасно (ПОДСБ). В противном случае, рекомендуется исключительное грудное вскармливание в течение первых шести месяцев.

1.3. Обоснованные состояния, при которых мать может *временно* отказаться от грудного вскармливания:

- Тяжелая болезнь, которая не позволяет матери осуществлять уход за младенцем, например, сепсис.

- Вирус простого герпеса типа 1 (ВПГ-1): следует избегать прямого контакта между поврежденной грудью матери и ртом ребенка, пока все повреждения не залечены.

- Прием лекарств матерью:

- ✓ Седативные психотерапевтические препараты, противосудорожные препараты и опиоиды, и их сочетания могут вызвать побочные эффекты, такие как сонливость и угнетение дыхания, если имеются более безопасные альтернативы;

- ✓ Радиоактивный йод-131 - лучше избегать, учитывая, с учетом более безопасной альтернативы - мать может возобновить грудное вскармливание через два месяца после получения этого вещества;

- ✓ Чрезмерное использование активного йода или йодофоров (например, повидон-йод), особенно нанесения на открытые раны или слизистые оболочки, это может привести к подавлению функции щитовидной железы или нарушениям электролитного баланса, при грудном вскармливании и его следует избегать;

- ✓ Химиотерапия требует, чтобы мать прекратила кормить грудью во время терапии.

1.4. Обоснованные состояния, при которых мать может *продолжать* грудное вскармливание, хотя состояние здоровья может вызывать определенную озабоченность

- Абсцесс груди: грудное вскармливание должно продолжаться из неповрежденной груди, кормление из пораженной груди может возобновиться после начала лечения.

- Гепатит В: младенцам следует сделать вакцину против гепатита В, в течение первых 48 часов или как можно скорее после этого.

- Гепатит С.

- Мастит: если грудное вскармливание является очень болезненным, молоко должно быть удалено из груди сцеживанием, чтобы предотвратить ухудшение состояния.

- Туберкулез: лечение матери и ребенка должно осуществляться в соответствии с руководящими Национальными принципами.

- Употребление психоактивных веществ:

- ✓ Употребление матерью никотина, алкоголя, экстази, амфетаминов, кокаина и производных стимуляторов оказывает, согласно данным, вредное воздействие на детей, находящихся на грудном вскармливании;

- ✓ Алкоголь, опиоиды, бензодиазепины и каннабис могут вызвать седативный эффект и на мать, и на ребенка.

- Матерей следует уговаривать, отказаться от использования этих веществ, с предоставлением возможности и поддержки в случае согласия.

ИНСТРУКЦИЯ
об организации молочной комнаты в родильных домах
(отделениях), детских стационарах по приготовлению искусственного
питания для новорожденных/младенцев, получающих его по
медицинским показаниям

Помещение должно иметь условия для проведения гигиены рук - раковина, подключенная к центральной сети водоснабжения и канализации, ОЗ не имеющих центрального водоснабжения и канализации должны быть оборудованы рукомойниками.

Требования к молочным комнатам:

- Помещение должно быть не менее 12 м²;
- Поверхность стен, пола и потолков помещения должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств (кафель, покрытие 3-х слой ной масляной краской, напольное покрытие линолеумом края, которые подняты от уровня пола на 15-20 см и подведены под плинтуса);
- Освещение, комбинированное (естественное/искусственное);
- Приточно-вытяжная вентиляция с механическим побуждением, оборудуются естественной вентиляцией (форточки, откидные фрамуги и др.), оборудованные системой фиксации, допускается рециркулятор для очистки и обеззараживания воздуха;
- Раковина, подведенная к холодной и горячей воде, для резервного источника горячего водоснабжения в ОЗ устанавливаются водонагревательные устройства;
- Настенные локтевые дозаторы для антисептика и жидкого мыла;
- Одноразовые полотенца многократного применения 30*30 см или бумажные полотенца в закрытых полотенце – держателях;
- Постеры с обрабатываемой поверхностью со стандартами «Мытья рук».
- Рабочий стол для приготовления искусственного питания для новорожденных/младенцев должен быть с гигиенической поверхностью легко доступной для проведения влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств;
- Промаркированные емкости для сыпучих веществ.
- Промаркированные емкости для обработки сосок и зондов,
- Промаркированная емкость для дезинфекции ершиков для мытья бутылочек,

- Промаркированная емкость для сбора медицинских отходов.
- Электрическая плита для кипячения воды и приготовления искусственного питания для новорожденных/младенцев.
- Холодильник с термометром.
- Эмалированные кастрюли (без нарушения целостности покрытия) для пастеризации грудного молока (на водяной бане температурой 56° С 30 мин).
- Стерилизация бутылочек и кружек производится в биксах централизованно в ЦСО и или в стерилизационных кабинетах согласно требованиям.

– Переносная или стационарная настенная бактерицидная лампа.

Искусственное питание для новорожденных готовится непосредственно перед употреблением и только на одно кормление с соблюдением правил асептики. Хранение грудного молока проводится в холодильнике порциями на одно кормление в течение 48 часов. Каждая емкость/бутылка должна быть промаркирована (название смеси, количество, дата и время приготовления и кто приготовил).

Перед кормлением грудное молоко обязательно пастеризуется на водяной бане в эмалированной посуде при температуре 56° С в течение 30 минут. Смеси для отказных новорожденных готовятся только на одно кормление и непосредственно перед употреблением.

Кормление ребенка проводить альтернативными методами вскармливания - с помощью мензурки, шприца и зонда однократного использования.

Приложение 10
к приказу
Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
от «___» _____ 2019 г.

Положение об Национальном координационном комитете по реализации программы «ИБДОР» при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

1. Общие положения.

1.1 Национальный координационный комитет (далее - НКК) при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики создается в целях обеспечения координации взаимодействия государственных органов, общественных и религиозных, международных организаций и институтов, аккредитованных в Кыргызской Республике, средств массовой информации и гражданского сектора, а также других юридических лиц, независимо от форм собственности (далее - участники), вовлеченных к решению проблем в области защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания и мониторинга реализации Закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей».

1.2. НКК создается как рабочая группа Меж секторального координационного совета (МКС) при Правительстве Кыргызской Республики по общественному здравоохранению (Постановление Правительства Кыргызской Республики от 11 мая 2017г № 266), действует на общественных началах. В его состав могут входить представители государственных органов, общественных и международных организаций. НКК возглавляет заместитель министра.

1.3. В своей деятельности НКК руководствуется Законами Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» (от 17 декабря 2008 года N 263), «О внесении дополнений в некоторые законодательные акты Кыргызской Республики (Закон Кыргызской Республики «О рекламе», Кодекс Кыргызской Республики об административной ответственности» от 17 декабря 2008 года N 264), Постановлением Правительства Кыргызской Республики «О реализации Закона Кыргызской Республики «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» (от 13 ноября 2009 года N 703), а также настоящим Положением.

II. Цели и задачи НКК

2.1 Основной целью НКК является охрана здоровья матери и ребенка, путем защиты и пропаганды грудного вскармливания детей.

2.2. Основными задачами НКК являются:

- совершенствование государственной политики в области защиты, поощрения, поддержки грудного вскармливания в соответствии с международными нормами;
- обеспечение общей координации, управления, мониторинга и оценки деятельности медицинских специалистов в области защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания;
- определение приоритетов при проведении мероприятий в области защиты, поощрения, поддержки грудного вскармливания;
- развитие международного сотрудничества, партнерства между участниками, вовлеченными в мероприятия в области защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания;
- проводить заседания НКК ежеквартально. Простое большинство голосов присутствующих членов является достаточным для принятия решений по любым вопросам, вынесенным на заседание Экспертного комитета.

III. Функциями НКК являются:

- разработка, внесение на утверждение плана по реализации Закона, также внесение в них изменений и дополнений;
- обеспечение взаимосвязи и координации деятельности всех участников в ходе реализации Закона в области защиты, поощрения и поддержки грудного вскармливания;
- мониторинг реализации Закона по защите, поощрению, поддержке грудного вскармливания и внесение соответствующих рекомендаций и предложений по их дальнейшему совершенствованию, включая одобрение значительных изменений в планах реализации по мере необходимости;
- разработка плана действий на предстоящий период;
- подготовка отчета о проделанной работе, обзор существующей ситуации в стране и выработка стратегий и плана действий на предстоящий период на заслушивание МКС при Правительстве Кыргызской Республики по охране репродуктивного здоровья населения 1 раз в год.
- оказание консультативной помощи медицинским работникам по вопросам национальной политики, направленной на защиту и пропаганду исключительно грудного вскармливания;
- разработка информационных и образовательных материалов для медицинских работников по кормлению младенцев и детей раннего возраста;
- разработка учебных программ для до и постдипломной подготовки медицинских специалистов, включающих вопросы грудного вскармливания и основные положения Закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей»;
- разработка информационных и образовательных материалов для дальнейшего обучения специалистов здравоохранения по вопросам грудного вскармливания, мониторинга реализации Закона КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей».

IV. НКК вправе:

- проводить анализ, обобщение информации реализации от органов государственной власти и органов местного самоуправления и иных организаций, по вопросам защиты, поощрения, поддержки грудного вскармливания;
- приглашать и заслушивать на своих заседаниях представителей заинтересованных министерств и ведомств, представителей общественных организаций по вопросам защиты, поощрения, поддержки грудного вскармливания;
- создавать в установленном порядке рабочие группы из числа специалистов государственных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления, международных и общественных организаций, сообществ, частного сектора здравоохранения (по согласованию) в целях реализации задач, возложенных на НКК;
- готовить отчеты для МЗ КР по результатам экспертизы информационных и образовательных материалов по кормлению младенцев и детей раннего возраста.

V. Структура НКК

НКК состоит из 17 человек: председателя, заместителя председателя, секретаря и членов НКК.

Техническим органом НКК является Национальный центр охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Экспертами (рецензентами) НКК являются представители организаций здравоохранения

Состав Национального координационного комитета по реализации программы «ИБДОР» при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики

Председатель – Каратаев М.М. заместитель министра здравоохранения КР

Заместитель председателя – Ешходжаева А.С., начальник УОМПиЛП

секретарь – Артыкбаева Ж.К. координатор по детству Центра мониторинга и оценки Национального центра охраны материнства и детства.

Члены совета:

1. Калмаматов К.С., заведующий отделом ПМСП УОМПиЛП МЗ КР
2. Самаганова Б.А., главный специалист УОМПиЛП
3. Асылбашева Р.Б., главный специалист УОМПиЛП
4. Джумабаева И.Т., юрист МЗ КР
5. Абдылдаева Б.А., главный специалист УООЗ МЗ КР
6. Узакбаев К.А., директор НЦОМиД, д.м.н., профессор
7. Алтымышева Н.А., директор РЦУЗ
8. Исаков Т.Б., директор ДПЗ и ГСЭН
9. Курманов Р.К., ректор КГМИПиПК, д.м.н., профессор
10. Кудаяров Д.К., заведующий кафедрой госпитальной педиатрии КГМА, д.м.н., академик НАН КР
11. Алымбаев Э.Ш., заведующий кафедрой факультетской педиатрии КГМА, д.м.н.
12. Боконбаева С.Ж., заведующая кафедрой детских болезней КРСУ, д.м.н., профессор. (по согласованию)
13. Мамырбаева Т.Т., д.м.н., профессор, ассистент кафедры КРСУ (по согласованию)
14. Абдувалиева С.Т., заведующая отд. патологии новорожденных НЦОМиД, главный внештатный неонатолог МЗ КР, к.м.н.
15. Азаматов Ю.М., эксперт МАК, к.м.н. (по согласованию).
16. Джанкорозова М.К., заместитель генерального директора ДЛО и МТ
17. Кожобергенова Г., председатель исполнительного комитета АО «Гражданский Альянс за улучшение питания и продовольственной безопасности» (по согласованию)

**Лист согласования
к приказу Минздрава**

«О внедрении обновленных и расширенных для комплексного ухода 10 шагов успешного грудного вскармливания в родильных домах (отделениях), детских стационарах, Центрах общей врачебной практики, Центрах семейной медицины/Группах семейных врачей, ФАПах Кыргызской Республики»

Приказ подготовлен УОМПиЛП

Начальник УОМПиЛП А.С. Эшходжаева
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Исполнитель,
главный специалист УОМПиЛП Б.А. Самаганова
Дата внесения « ____ » _____ 2019г.

Согласовано:

Статс-секретарь К.Т. Шадыканов
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Заместитель министра М.М.Каратаева
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Зав ООЗ Уланбек уулу Д.
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Начальник УФП Атакулов М.М.
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Начальник УОКРиМО Г.А. Ибраева
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Главный специалист, юрист И.Т. Джумабаева
Дата согласования « ____ » _____ 2019г.

Лист рассылки к приказу

«О внедрении обновленных и расширенных для комплексного ухода 10 шагов успешного грудного вскармливания в родильных домах (отделениях), детских стационарах, Центрах общей врачебной практики, Центрах семейной медицины/Группах семейных врачей, ФАПах Кыргызской Республики»

1. НЦОМИД
2. КГМИПи ПК
3. Областные координаторы здравоохранения и г Ош
4. Ошская межобластная детская клиническая больница
5. Областные, территориальные, городские ЦСМ
6. ДГСЭН, ЦГСЭН областей, районов и городов
7. РО СПИД.