

болической реакций, о чем свидетельствует регрессия острофазных белков (СРБ, α_1 -антитрипсина, орозомукоида), а также повышение концентраций ТТР и альбумина.

Таким образом, результаты исследования показали, что нутритивная поддержка с ранним применением энтерального зондового питания с использованием вышеуказанных продуктов предотвращает дальнейшее развитие катаболизма. Результаты биохимических исследований убедительно свидетельствуют об эффективности энтерального питания, что позволяет корректировать метаболические нарушения в ранние сроки от момента получения травмы, своев-

ременно и адекватно обеспечить резко возросшие энергетические и пластические потребности организма детей с тяжелыми ожогами.

Использование у детей специализированных продуктов в наиболее ранние сроки тяжелой ожоговой травмы позволяет предотвратить патогенную транслокацию кишечной флоры, обеспечить беспшлаковую диету. Знание основных патофизиологических изменений в организме обожженного ребенка и своевременное использование нутритивной поддержки позволяют оптимизировать реабилитацию детей с этой тяжелой патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю., Шапиро И.Я. Искусственное питание больных. — С.-Петербург, 2000. — 154 с.
2. Боровик Т.Э., Лекманов А.У //Рос. педиатр. журн. — 2000. — №5. — С. 49—52.
3. Карли Ф. //Освежающий курс лекций по анестезиологии и реаниматологии.— Архангельск, 1996.— С. 31—33.
4. Курек В.В., Кулагин А.Е., Васильцева А.П., Слинко С.К. //Анест. и реаним. — 2000.— № 1. — С.24—27.
5. Лейдерман И.Н., Насонова Н.П., Обертюхина И.В. Нутритивная поддержка при тяжелой термической травме. Стандартный протокол. — Екатеринбург, 2000. — 19 с.
6. Aarsland A., Chinkes D.L., Sakurai Yoichi et al. //J. Clin. Invest.— 1998. — Vol. 101, № 10. — P. 2233—2239.
7. Alexander J.W., Saito H., Ogle C.K. et al. // Ann. Surg. — 1986. — Vol. 204, № 1. — P. 1—8.
8. Allard J.P., Jeejeebhoy K.N., Whitwell J. et al. //J.Trauma.— 1988. — Vol. 28, № 2. — P.199—202.
9. Wood R.H., Caldwell F.T.J., Bowser-Wallace B.H. //J.Trauma. — 1988. — Vol. 28. — P. 177—183.
10. Mochizuki H., Trocki O., Dominion L. et al. // Ann.Surg.—1984. — Vol. 200. — P. 297—310.

© Коллектив авторов, 2005

Л.И. Ильенко, О.В. Качалова, Е.Б. Николаева, Т.А. Букина

ОТЧЕТ О ПРОВЕДЕНИИ РАБОЧЕГО СОВЕЩАНИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТОВ ПО ПРОГРАММЕ ВОЗ/ЮНИСЕФ «ДЕСЯТЬ ШАГОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ»*

Российский государственный медицинский университет,
Свердловский областной центр планирования семьи и репродукции, РФ

Грудное вскармливание (ГВ) является не имеющим себе равных способом обеспечения идеальным питанием грудных детей. Оно оказывает уникальное биологическое и эмоциональное воздействие на здоровье, как матери, так и ребенка.

В течение многих лет распространенность ГВ в Российской Федерации находится на низком уровне. Однако в последние годы в ряде регионов отмечается ощутимый рост числа кормящих грудью женщин. В значительной мере это связано с большой работой по охране и поддержке ГВ, проводи-

мой многими учеными, организаторами здравоохранения и практическими врачами — педиатрами и акушерами-гинекологами. Важную роль в иницировании и дальнейшем осуществлении этой работы сыграла деятельность Представительства Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в нашей стране.

В 1991 г. ВОЗ и ЮНИСЕФ предприняли совместную Инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». Инициатива была направлена на то, чтобы поддержать женщин в осуществлении их

* Рабочее совещание национальных экспертов по программе ВОЗ/ЮНИСЕФ «Десять шагов успешного грудного вскармливания» состоялось в сентябре 2005 г. в г. Екатеринбург, РФ.

права кормить грудью и добиться прекращения поставок в родильные стационары детских питательных смесей бесплатно или по низким ценам. В Инициативе признается, что существующая во многих родильных домах практика (позднее прикладывание к груди, разделение матерей и новорожденных, стимулирование искусственного вскармливания и др.) в значительной мере способствует отходу от ГВ. Предпринятая изначально в целях поддержки ГВ в акушерских стационарах, Инициатива распространяется в настоящее время и на другие учреждения, оказывающие медицинские услуги.

В Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (1989) изложены «Десять шагов успешного грудного вскармливания», которые необходимо внедрить в практику учреждения для получения статуса «Больница, доброжелательная к ребенку».

Для претворения в жизнь основных положений Совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания» Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации была подготовлена нормативно-правовая база, изданы информационно-методические письма и приказы.

Кроме того, важность проблемы ГВ была закреплена в Федеральной целевой программе «Безопасное материнство» (1997) и «Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года» (1998).

В 1999 г. вышло Положение Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку», в котором были изложены 10 принципов (шагов) ВОЗ/ЮНИСЕФ для внедрения их в российских медицинских учреждениях родовспоможения и детства. С целью координации этой работы, подготовки медицинских кадров и их методического обеспечения был создан Федеральный научно-практический центр по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания (1997).

С самого начала внедрения Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в России в Положении об учреждении системы здравоохранения, соответствующем статусу «Больница, доброжелательная к ребенку», отмечалась важная роль всех звеньев оказания помощи матери и ребенку — женских консультаций, родильных домов, детских амбулаторно-поликлинических учреждений — в охране и поддержке ГВ.

27—29 сентября 2005 г. в Екатеринбурге состоялось рабочее совещание национальных экспертов по вопросам дальнейшего развития Инициативы «Больница доброжелательного отношения к ребенку» (ИБДОР) и продвижения ГВ в Российской Федерации. Участниками совещания стали национальные

эксперты по программе ВОЗ/ЮНИСЕФ, руководители региональных центров поддержки ГВ, руководители групп поддержки матерей. Всего было представлено 13 регионов РФ.

В задачи совещания входило следующее:

- подведение итогов продвижения Инициативы «Больница доброжелательного отношения к ребенку» в РФ;
- мониторинг внедрения программы;
- практические занятия на базе медицинских учреждений г. Кушва (аттестация женской консультации, мониторинг родильного отделения, работа экспертов с группой поддержки матерей на базе детской поликлиники);
- определение стратегии продвижения ГВ в РФ.

Подводя итоги развития Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» в Российской Федерации, руководитель научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению ГВ Л.В. Абольян сказала, что за период с 1996 г. по 31 декабря 2004 г. 195 родильных домов (отделений) в 38 субъектах федерации удостоены международного статуса «Больница, доброжелательная к ребенку».

В 2003 г. были аттестованы первые женские консультации и детские поликлиники на соответствие званию «Больница, доброжелательная к ребенку». В ряде территорий (Нижегородская и Саратовская, отдельные районы Волгограда и Волгоградской области, Астраханская, Белгородская, Воронежская и Смоленская области, Республики Башкортостан и Мордовия, ХМАО, Краснодарский край) и субъектах федерации (Республика Калмыкия) современные принципы охраны и поддержки ГВ внедрены на всех этапах оказания медико-профилактической помощи матери и ребенку — в женской консультации, родильном доме и детской поликлинике. Эти территории могут быть названы по терминологии ВОЗ и ЮНИСЕФ «Территориями, доброжелательными к ребенку».

В Москве сотрудниками РГМУ, Департамента здравоохранения и фондом «Живая капля» в течение почти 10 лет выполняется проект «Здоровый ребенок — Москве, России, всему миру». В 2004 г. проект удостоен почетного знака «Золотая марка» за лучший социальный проект. В рамках этого проекта осуществляется выпуск методической литературы, каждая беременная женщина Москвы получает «Пособие по грудному вскармливанию для беременных и молодых мам», работает телефонная и Интернет-«горячая линия» по ГВ, ежегодно проводится неделя ГВ и праздник кормящей матери, а также отмечается День матери. Внедрение и дальнейшее развитие Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ в Российской Федерации показало ее важное значение для повышения уровня ГВ и снижения заболеваемости детей первого года жизни; улучшения качества медицинской помощи матери и ребенку и ее гуманизации; экономии материальных ресурсов, как от-

дельных медицинских учреждений, так и субъектов федерации в целом. Разработанная на основе принципов Инициативы медико-организационная модель охраны и поддержки ГВ в учреждениях родовспоможения и детства может рассматриваться как современная низкочастотная и высокоэффективная технология улучшения здоровья детей раннего возраста.

Была отмечена большая роль в продвижении данной программы представительства ЮНИСЕФ в РФ.

В выступлениях участников были отмечены следующие проблемы продвижения ИБДОР в РФ:

- создание законодательной базы поддержки ГВ на различных уровнях власти;
- большое количество научных школ, пропагандирующих разные точки зрения на проблему ГВ;
- большое количество, зачастую противоречивых, рекомендаций специалистов и информации, получаемой женщинами;
- агрессивное поведение фирм-производителей заменителей грудного молока.

При обсуждении стратегии на первом месте стояли вопросы создания национальной программы по питанию детей раннего возраста и содержания раздела, посвященного ГВ.

Среди наиболее значимых разделов были обсуждены следующие позиции:

- статистика;
- дефиниции;
- создание «горячих» линий по вопросам ГВ;
- обучение.

Особое внимание было уделено созданию обра-

зовательных программ по естественному вскармливанию:

- для студентов медицинских училищ;
- для студентов медицинских ВУЗов;
- создание программ курсов в рамках ФУВ;
- создание программ курсов повышения квалификации для медицинских сестер, а также вопросы обеспечения методической и информационной литературой;
- учебные пособия для медицинских колледжей и медицинских вузов;
- методические указания для общественных организаций (в частности, для групп поддержки матерей);
- информационные материалы для родителей.

Для совершенствования законодательной базы и укрепления позиций поддержки и продвижения ГВ были предложены следующие дополнения к имеющимся приказам Минздрава РФ:

- создание национальной программы питания детей раннего возраста;
- создание и принятие Государственной Думой Закона по маркетингу заменителей грудного молока;
- включение принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ в документы российского здравоохранения: 1) в Санитарные правила и нормы; 2) лицензирование медицинских учреждений и аттестация врачей;
- включить в тарифы ОМС услуги по консультированию по вопросам ГВ.

Участники совещания уверены, что данные предложения позволят увеличить частоту ГВ в РФ и улучшить показатели здоровья российских детей.

РЕФЕРАТЫ

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПОСЛЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ — ПРОСПЕКТИВНОЕ МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Цель исследования — изучить частоту возникновения головной боли после диагностической люмбальной пункции (ГБЛП), определить, какие факторы влияют на эту частоту. Исследование было проведено в течение 6 месяцев в 8 педиатрических центрах, обследовались дети от 2 до 15 лет. Техника люмбальной пункции (ЛП) была стандартизирована (размер канюли, ориентация наклона, поза ребенка, повторные уколы). В каждом случае родителями ребенка заполнялся специальный вопросник на 3-й и 8-й день после ЛП, чтобы выявить возможную головную боль, ее связь с постуральными реакциями, продолжительность и клинические последствия. Из 81 истории болезни в разработку вошла 71. ГБЛП отмечена у 25% детей. Боль продол-

жалась в среднем 5,9 дня, постельный режим соблюдался в среднем 1,4 дня, прием анальгетиков — в среднем 1,7 дня. На частоту возникновения ГБЛП не влияли ни пол или возраст ребенка, ни квалификация врача, проводившего ЛП. Частота ГБ была достоверно ниже, если ЛП проходила легко (19,6% против 46,7%) или если у ребенка был вирусный менингит (8% против 34,8%). В предыдущих сообщениях указывалось на более высокую частоту ГБЛП. Наше исследование позволяет уточнить ее частоту и выявить факторы, влияющие на нее, и тем самым способствовать снижению частоты данного осложнения.

Leblanc A., Catrevaux O., Guillaumat C. et al. // Arch. pediatr.— 2005.— Vol. 12, № 8.— P. 1199—1203.