Руководство

Грудное вскармливание, планирование семьи и метод лактационной аменореи–МЛА

Подготовлено:
Мириам Лэббок, Кристин Куни и Шерли Коули.

При участии:
Виктория Дженнинге
Мехиры Карры
Кэти Кэннеди
Пэгги Конгэ-Бухер
Кэти Красовек
Вирджиния Лаукаррэн
Мэри Бэт Моор
Нэнси Пауэрс
Джана Квинена
Клиффорда Сэндерса
Джеймса Шелтона
Джеффа Спиллера
Карен Уэйд
и более чем 40 участников программы USAID и других организаций по планированию семьи.

Институт Репродуктивного здоровья
Джорджтаунский университет
Факультет акушерства и гинекологии
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

© Институт Репродуктивного здоровья, 1994 г.

Любая часть этой книги может быть скопирована, воспроизведена или адаптирована без разрешения, при условии, что Институт Репродуктивного Здоровья извещен об этом, а материал распростаняется бесплатно и не с целью получения прибыли.

В

Содержание

1 **Введение**

3 **МЛА: Метод лактационной аменореи**

4 **МЛА: Физиология**

5 **Схема для определения грудного вскармливания**

6 **Восемь правил оптимального грудного вскармливания**

9 **Разлучение матери с ребенком**

10 **Дополнительные возможности планирования семьи для женщин, кормящих грудью**

14 **МЛА: 20 причин для того, чтобы сделать его частью вашей программы**

15 **Этапы внедрения МЛА в программы**

18 **Список литературы**

С

Введение

Интервал между родами является жизненно важным для здоровья матери и для выживания ребенка.

Интервал между родами, по крайней мере в два или три года
- спасает жизни;
- снижает детскую смертность и уменьшает заболеваемость детей, рожденных как до, так и после более длительного интервала; и
- дает время организму матери для обновления запасов питательных веществ.

Грудное вскармливание является жизненно важным для выживания детей, здоровья матерей и интервала между рождениями детей.

Грудное вскармливание:
- спасает жизни;
- является прекрасным питанием для грудных детей и детей раннего возраста;
- значительно способствует увеличению интервалов между родами во всем мире;[1-3]
- уменьшает риск возникновения у матерей рака яичников и матки, предклимактерического рака груди, остеопороза;[4]
- может быть использовано в качестве вводного метода планирования семьи - Метода лактационной аменореи (МЛА).

Введение метода планирования семьи во время грудного вскармливания является очень важным для интервала между родами, для выживания ребенка и здоровья матери. Отсрочка следующих родов позволяет также продолжать грудное вскармливание. Планирование семьи должно начинаться с того времени, когда мать кормит грудью, и методы следует выбирать, принимая во внимание грудное вскармливание.

Существует очевидная взаимосвязь между интервалом между рождением детей, здоровьем матери, планированием семьи и грудным вскармливанием. Для того, чтобы помочь матери успешно кормить грудью, медработники должны обеспечить их:
- соответствующими системами поддержки;
- точной и своевременной информацией;
- вселять в них уверенность, что им удастся достичь в этом успеха; и
- подходящим дополнительным методом планирования семьи;

Метод лактационной аменореи (МЛА) является высокоэффективным вводным методом планирования семьи для женщин, кормящих грудью. Он обеспечивет естественное предохранение от беременности на период до шести месяцев после родов и способствует своевременному введению дополнительных методов планирования семьи во время грудного вскармливания.

Программы выживания детей - включающие питание, контроль за диареей, иммунизацию динамику развития, планирование семьи и другие мероприятия первичной медико-санитарной помощи, предоставляют ценные возможности для обучения МЛА, для поддержки и содействия грудному вскармливанию. Их цели совпадают и дополняются грудным вскармливанием.

МЛА приносит пользу программам планирования семьи во всех отношениях. Поскольку во всем мире более 90 процентов женщин кормят грудью, всем женщинам необходимо знать, как лучше всего ввести планирование семьи в период лактации. Во многих местах МЛА основывается на вере женщин. МЛА способствует более своевременному введению дополнительных методов планирования семьи, поддерживая в то же самое время естественное поведение, необходимое для здоровья. Женщины детородного возраста часто являются той аудиторией, на которую нацелена разнообразная информация по вопросам здоровья и она может быть противоречивой. Крайне важно, чтобы была доступна последовательная информация, основанная на научно доказанных фактах. Независимо от того, на что рассчитаны программы: планирование семьи, выживание детей или питание и отнятие от груди, - необходима последовательная информация по всем этим аспектам для успешного грудного вскармливания и для эфективного использования МЛА.

Желательно, чтобы медработники, изменяли или адаптировали материалы в соответствии со специфическими интересами, культурными отличиями, местной терминологией и доступными источниками отдельных программ. Все графики могут быть воспроизведены как памятки или плакаты.

Метод лактационой аменореи

Метод лактационной аменореи (МЛА) основан на физиологическом бесплодии женщин, кормящих грудью. Это бесплодие вызвано подавляющими овуляцию гормонами.[1] Последние научные исследования еще более разъясняют внутренние физиологические механизмы подавления фертильности.[5-7] Изучив обширные данные по лактационной аменорее, ученые, которые участвовали в Согласительной Конференции в Белладжио в 1988 году, согласились с тем, что женщина более, чем на 98 процентов защищена от возможности забеременеть, если она находится в послеродовом периоде менее шести месяцев, не имеет месячных и полностью или почти полностью кормит грудью.[5]

В 1989 году работники служб планирования семьи встретились в Джорджтаунском университете, чтобы пересмотреть Соглашение и другую опубликованную литературу по данному вопросу.[8-11] В результате этой встречи был развит и сформулирован МЛА. Метод представлен в качестве алгоритма, как специфический набор определенных правил, которые, если их соблюдать до конца, приведут к специфическим рекомендациям.[12] В такой упрощенной форме этому методу легко научить медработников и пользователей, легко обращаться к нему. МЛА придает особое значение тому, что если одно из этих трех условий меняется, женщине следует начать применение дополнительного метода планирования семьи, чтобы возможность забеременеть оставалась такой же низкой.

Со времени разработки, МЛА использовался в разнообразных условиях. Результаты клинического исследования в Чили с участием 422 женщин на протяжении шести месяцев, представленные в обобщенной таблице, показывают уровень 99,5 процента (одна женщина забеременела на шестом месяце).[13] В пилотном исследовании, которое ввело МЛА в работу служб планирования семьи в Эквадоре, обнаружилось, что МЛА привлек к себе новых пользователей и что 90 процентов пользовавшихся МЛА применяли его правильно и начали своевременное использование дополнительного метода планирования семьи с только одним дополнительным визитом, и что пользователи были в высшей степени удовлетворены этим методом.[14] Расширенный МЛА, когда МЛА использовался на протяжении девяти месяцев, изучался в Руанде, где средняя продолжительность лактационной аменореи составляет более 12 месяцев. Матерям, использовавшим МЛА, было рекомендовано начинать прикармливать в шесть месяцев, но кормить грудью перед каждым докормом. Как сообщается в этом предварительном исследовании,[15] не было ни одного случая наступления беременности. Будут продолжены дальнейшие исследования по оценке возможностей применения МЛА и его эффективности в различных условиях во всем мире.

МЛА: Метод лактационной аменореи

Спросите мать или посоветуйте ей ответить на следующие вопросы:

1. Восстановился ли у вас менструальный цикл?

— **ДА** →

НЕТ ↓

2. Докармливаете ли вы ребенка регулярно или позволяете длительные периоды без грудного вскармливания в течение дня или ночи?

— **ДА** →

НЕТ ↓

3. Вашему ребенку более шести месяцев?

— **ДА** →

НЕТ ↓

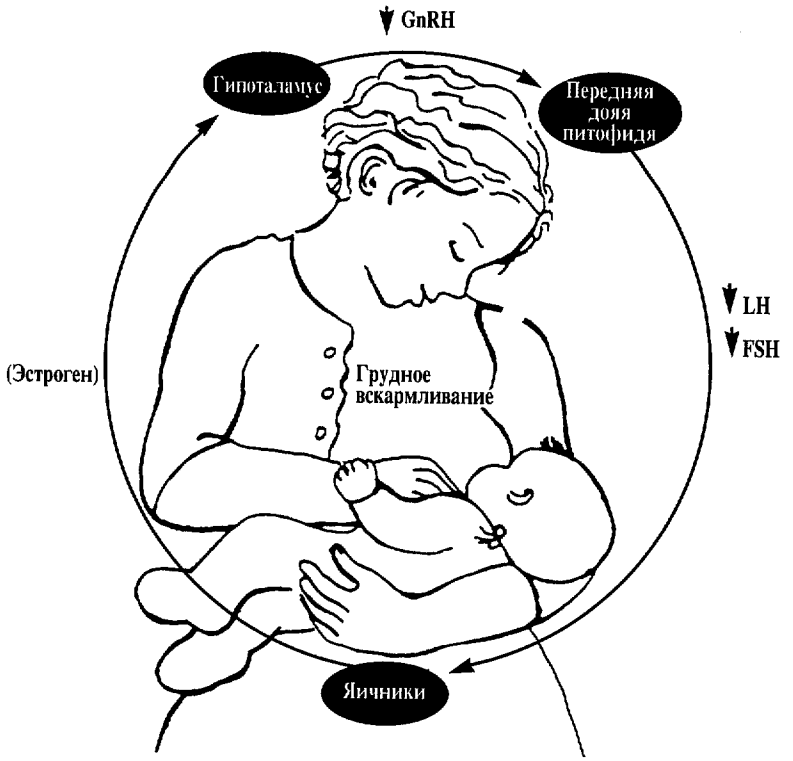
Есть только **один или два процента** вероятности наступления беременности в этот период*

4. Шанс забеременеть увеличился. **Для сохранения защиты посоветуйте матери начать использование дополнительного метода планирования семьи** и продолжать кормить ребенка грудью для поддержания здоровья ребенка.

Если на любой из этих вопросов вы ответили **ДА...** →

* Однако мать может выбрать другой метод планирования *семьи в любое время*

МЛА: Физиология



Физиология МЛА основана на системе обратной связи гипоталамуса, гипофиза и яичников. Сосание груди посылает нервные сигналы в гипоталамус, который приводит в соответствие уровень и ритм гонадотропина, освобождающего выделение гормона (GnRH). GnRH вызывает высвобождение гипофизом гормона (FSH), стимулирующего фолликул, и гормона (LH), образующего желтое тело, тех гормонов, которые отвечают за развитие фолликула и овуляцию. Таким образом, в результате кормления грудью развитие фолликула приостанавливается и нарушается.[6,7]

Иллюстрация из книги Valdés V and Pérez A. 1990. *Lactancia Materna.* (Santiago: Arancibia Hnos. y Cía Ltda.).

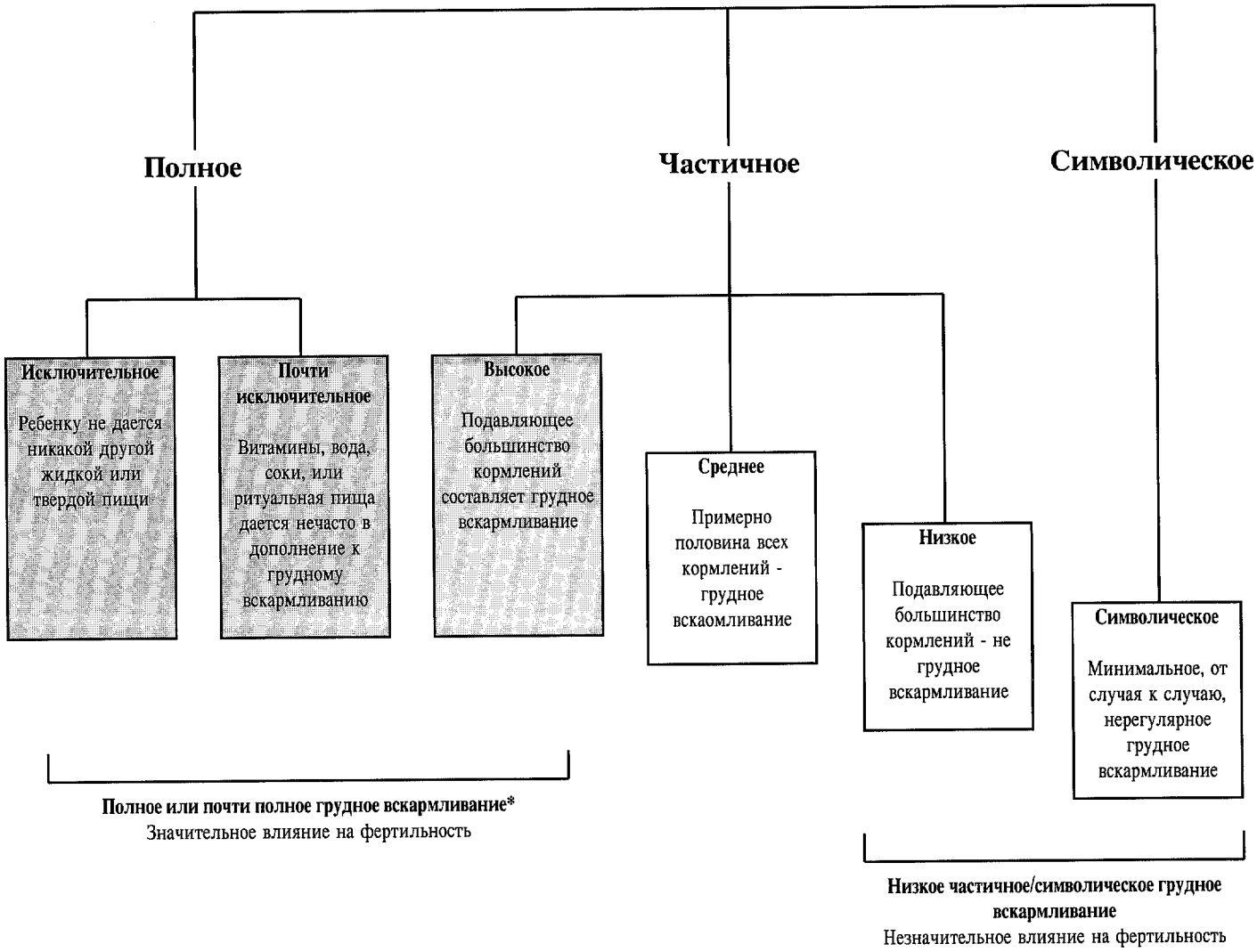
Указания по применению МЛА в высшей степени безопасны. Из этих трех критериев возобновление месячных является наиболее важным свидетельством восстановления фертильности. (Кровянистые выделения, которые наблюдаются в первые 56 дней после родов, не принимаются во внимание.) Тем не менее, если число кормлений остается таким же большим, фертильность может быть сильно подавлена и после возобновления месячных.[9]

Обширные исследования подчеркивают значение **полного или почти полного грудного вскармливания.** Уменьшение числа кормлений и регулярный прикорм детей связаны как с возрастанием риска возобновления месячных, так и с увеличением возможности, что овуляция будет предшествовать данным месячным.[16] Таким образом, МЛА применим при исключительном, почти исключительном, и высоком частичном грудном вскармливании. (См. Схему для определения грудного вскармливания)

Период 6 месяцев является наименее важным из этих трех критериев. Риск овуляции, предшествующей возобновлению месячных, возрастает постепенно с каждым месяцем, без какого-либо внезапного скачка в 6 месяцев.[16] Было выбрано именно это время, потому что в этом возрасте рекомендации по отнятию от груди предполагают введение прикорма.

Схема для определения грудного вскармливания

Грудное вскармливание очень разнообразно. Следующая диаграмма показывает различные примеры грудного вскармливания и показывает их физиологическое влияние как на фертильность, так и на выработку молока.[17]



*Интервалы не должны превышать 4 часов днем и 6 часов ночью, прикорм не должен превышать 5-15% от всех кормлений, лучше меньше. Хотя очень частое кормление грудью способствует подавлению фертильности, женщину следует проинформировать, что любой прикорм или срыв в режиме грудного вскармливания могут увеличить риск восстановления фертильности.

Восемь правил оптимального грудного вскармливания

1 Дать возможность покормить новорожденного грудью как можно раньше после его рождения и оставить с матерью, по крайней мере, на несколько часов после родов.

2 Кормить грудью часто, как только ребенок проголодается - и днем, и ночью.

3 Кормить в первые шесть месяцев исключительно грудью.

4 После шести месяцев, когда вводится прикорм, грудное вскармливание должно предшествовать любому прикорму.

5 Продолжать кормление грудью до двух лет и более.

6 Продолжать грудное вскармливание, даже если мать или ребенок заболевают.

7 Избегать пользоваться бутылками, пустышками и другими искусственными сосками.

8 Матери должны есть и пить в достаточном количестве, чтобы утолять свой голод и жажду.

Рекомендуемые правила грудного вскармливания для оптимального выживания детей и интервала между родами

Следующие рекомендации могут служить источником создания соответствующей учебной информации и материалов. Они могут быть использованы для оценки существующей информации и материалов с тем, чтобы обеспечить их точность и последовательность. Хотя **такие правила считаются оптимальными** как для раннего развития ребенка, так и для интервала между родами, полное и строгое соблюдение **не является обязательным для того, чтобы использовать МЛА** в качестве метода планирования интервалов между родами.

Оптимальное поведение	Пояснение
Дать возможность покормить новорожденного грудью как можно раньше после его рождения и оставить с матерью по крайней мере на несколько часов после родов	Находящееся в груди первые несколько дней после родов раннее молоко - молозиво - обеспечивает необходимое питание, защищает от болезней и должно даваться ребенку. Ранняя и частая стимуляция груди способствует сокращению матки, что снижает потерю крови и помогает становлению лактации и достаточной выработке молока.
Кормить грудью часто, как только ребенок проголодается - и днем, и ночью.	Частое сосание стимулирует выработку молока и помогает подавлять фертильность. Данный метод иногда называют «по требованию», и в первые недели его можно применять каждый час или два часа. Когда ребенок сосет и тычется носиком, он голоден. Будет поздно, если ждать, пока ребенок заплачет. Матерям, которые регулярно разлучаются со своими детьми, следует обратиться к разделу Разлучение матери с ребенком.
Кормление исключительно грудью в первые шесть месяцев	Не давать ребенку другой пищи, жидкости или воды до того, как ему исполнится шесть месяцев. Кормление исключительно грудью означает, что в питании ребенка нет никакого докорма. Кормление **почти исключительно** грудью означает, что к нему могут быть минимальные докормы - включая витамины, - но не регулярно, хотя **высокое частичное** позволяет давать некоторый прикорм. Любой из этих режимов, понимаемых **как полное или почти полное** грудное вскармливание, достаточен для поддержания выработки достаточного количества молока и для влияния на фертильность, если кормления частые в течение дня и ночи.
После шести месяцев, когда вводится прикорм, грудное вскармливание должно предшествовать любому прикорму.	Кормить грудью перед тем, как дать другую пищу, чтобы ребенок утолял голод сначала за счет грудного молока, а затем другой пищей. Такая практика даст возможность ребенку получить питательные и иммунные вещества, содержащиеся в грудном молоке, одновременно поддерживая выработку молока и подавление фертильности.

Оптимальное поведение	Пояснение
Продолжать кормление грудью до двух и более лет	Грудное молоко остается для ребенка, начинающего ходить, прекрасным источником калорий и белка. Кормление грудью также продолжает оказывать иммунологическую защиту, которая особенно необходима, поскольку в питание ребенка вводится прикорм. Когда недоступен никакой другой метод планирования семьи, грудное вскармливание продолжает ограничивать фертильность.
Следует кормить грудью, даже если мать или ребенок заболевают	Прекращение кормления грудью во время болезни сокращает выработку молока и увеличивает вероятность восстановления фертильности. Питательные вещества и иммунологическая защита, предоставляемые грудным молоком, особенно важны для ребенка, когда мать или ребенок больны. Тем не менее, если у матери потенциально смертельное, передающееся заболевание - такое как ВИЧ или СПИД - ей следует обратиться к местному медработнику за новейшими рекомендациями.[19]
Избегать пользоваться бутылками, пустышками и другими сосками	Использование любых сосок может уменьшить время сосания ребенком груди, а также способность и желание сосать грудь. Пищу или жидкость следует давать с ложки или из чашки, чтобы уменьшить «путаницу» сосков и возможное попадание загрязнителей из-за недостаточной гигиены во время ухода.
Матери должны есть и пить в достаточном количестве, чтобы утолять голод и жажду	Не требуется никакой специальной диеты, чтобы обеспечить достаточное количество и качество грудного молока. Никакая пища не запрещена. Потребности матери в дополнительной энергии во время беременности и лактации могут удовлетворяться за счет основных продуктов данной страны. Матерей следует поощрять кушать дополнительную пищу, когда это возможно.

Разлучение метери с ребенком

МЛА может использоваться работающими женщинами и теми, кто разлучен с ребенком меньше, чем на четыре-шесть часов. Тем не менее, показатель наступления беременности у таких женщин может быть выше, если они сталкиваются с проблемами, которые затрудняют оптимальное грудное вскармливание. Кроме того, такие вопросы как поддержка работодателя, наличие места и времени на работе для кормления грудью, создают препятствия для продолжения грудного вскармливания работающими женщинами. Некоторые из наиболее распространенных препятствий представлены ниже с предлагаемыми стратегиями их преодоления.[20]

Препятствие	Стратегия
Мать может быть не настроена начинать грудное вскармливание из-за своего беспокойства о нем после того, как она вернется на работу.	Подчеркивайте непосредственную пользу грудного вскармливания, независимо от его длительности, побудите мать обдумать следующие стратегии для удлинения периода кормления грудью для здоровья ее ребенка.
Возвращение на работу или более длительная разлука могут помешать достаточной стимуляции груди, что выразится в уменьшении выработки молока и возросшей фертильности.	Поддерживайте предоставление декретного отпуска или отстутствие на работе как можно дольше. Традиционный период времени от 40 до 42 дней является разумным минимумом. Мать нужно побуждать кормить грудью как можно чаще в то время, когда она находится с ребенком, в том числе: - рано утром; - до ухода на работу и по возвращении; - вечером и ночью, когда она и ребенок спят вместе. Поощряйте мать сцеживать грудное молоко, когда она не с ребенком, по крайней мере, также часто, как того требует режим кормлений дома, но не реже, чем каждые 4 часа. Посоветуйте ей избегать ненужного разлучения с ребенком ночью и в выходные дни.
Может быть невозможно хранить сцеженое молоко в холодильнике.	Сцеженное молоко можно хранить безопасно до 24 часов при температуре 15 градусов по Цельсию и до 4 часов при температуре 25 градусов.[21] Грудное молоко, упакованное в закрытый контейнер с кубиками льда, может храниться при приемлемой температуре достаточно долго.
Те, кто осуществляют уход, могут преждевремено ввести другое молоко, детскую смесь, жидкости или другую пищу в питание ребенка. *Введение прикорма во время отсутствия матери может уменьшить аппетит ребенка к грудному молоку. Использование бутылок может нарушить сосание.*	Дайте необходимые инструкции матери и тем, кто осуществляет уход за ребенком, по поводу преимуществ исключительно грудного вскармливания и риска, связанного с введением раннего прикорма. Посоветуйте матери, чтобы она проинструктировала того, кто ухаживает за ребенком, всегда давать сцеженное молоко из чашки или ложкой до того, как дать другую пищу, и объяснила, почему это необходимо.
Может не быть возможности найти время и уединенное место для того, чтобы сцедить молоко в рабочее время, что затруднит полное грудное вскармливание.	Проинформируйте работодателей о том, какие преимущества имеет долговременное кормление грудью: меньшая заболеваемость ребенка и низкая фертильность матери означают менее продолжительное ее отсутствие на работе.

Дополнительные возможности планирования семьи для женщин, кормящих грудью

Возможность 1

Негормональные методы

- МЛА
- Презервативы
- Диафрагма
- Спермициды
- Внутриматочные средства
- Естественное планирование семьи
- Вазэктомия
- Перевязка маточных труб

Возможность 2

Методы, основанные на применении только прогестина

- Мини-таблетки
- Инъекции
- Имплантанты

Возможность 3

Методы с использованием веществ, содержащих эстроген

- Комбинированные оральные контрацептивы
- Комбинированные инъекции

Возможность 1
Дополнительные негормональные методы

Все женщины, которые кормят грудью, должны быть проинформированы о дополнительных методах планирования семьи, независимо от того, используют ли они МЛА в качестве метода для соблюдения интервала между родами, предупреждения беременности (т.е. находятся свыше 6 месяцев в послеродовом периоде, или менструируют, неполностью или почти полностью кормят грудью) или просто выбирают другой метод. Данный раздел представляет обзор различных методов и их совместимость с кормлением грудью.[1, 22-28] **Заметьте, пожалуйста:** эффективность использования метода, указанная здесь, соответствует его **идеальному использованию*** главным образом женщинами, не находящимися в периоде лактации.

Метод	Влияние на грудное вскармливание	Преимущества	Недостатки
МЛА Метод лактационной аменореи	• Поддерживает оптимальное грудное вскармливание.	• Медосмотр не требуется. • Улучшает здоровье ребенка посредством грудного вскармливания • Не требует времени в момент сексуального контакта. • Не требует никаких удобств. • В 99% или больше эффективен до 6 месяцев.	• Вводный метод, эффективен только в послеродовом периоде. • Если мать и ребенок разлучаются на длительные периоды времени, эффективность в смысле планирования семьи може быть снижена.
Презервативы	• Не оказывают действия на грудное вскаррмливание. • Никакого риска для матери или ребенка.	• Медосмотр не требуется. • Обычно доступен. • До некоторой степени обеспечивает защиту от болезней, передающихся половым путем. • Эффективность 95-97%.	• Требует действий в момент сексуального контакта.
Диафрагма со спермицидами	• Не оказывает действие на грудное вскармливание. • Никакого риска для матери или ребенка. *См. Спермициды*	• Может быть эффективен в защите от некоторых болезней, передающихся половым путем. • Эффективность 94%.	• В первые месяцы после родов могут измениться требования к размеру. • Требует действий в момент сексуального контакта.
Спермициды	• Не оказывают действие на грудное вскармливание. • Мельчайшие количества средства могут проникнуть в кровь матери и возможно попадание его в молоко; влияние на ребенка неизвестно.	• Медосмотр не требуется. • Обеспечивает защиту от некоторых болезней, передающихся половым путем. • Эффективность 94%.	• Может вызывать местное раздражение и у женщин, и у мужчин. • Требует действий в момент сексуального контакта.

Эффективность **идеального использования*** определяется в работе Contraceptive Technology, 16th Revised Edition как эффективность, достигнутая «в парах, которые начали применять данный метод (необязательно впервые) и которые применяли его идеально (как последовательно, так и правильно)» в течение первого года использования.

Возможность 1
Дополнительные негормональные методы

Метод	Влияние на грудное вскармливание	Преимущества	Недостатки
Внутриматочные противозачаточные средства Негормональная ВМС	• Ни сама ВМС, ни медь в некоторых ВМС не влияют на грудное вскармливание. • Не действует на ребенка.	• Меньше неудобств, если ставить во время грудного вскармлвания. • Не требует действий в момент сексуального контакта. • Эффективность 99,4-99,9%	• Требуется опытный медработник, чтобы поставить ВМС и проконсультировать. • Степень возможного отторжения ВМС и осложнений может быть выше, если ее поставить через 2-4 дня и до 4-8 недель после родов.[26, 27]
Естественное планирование семьи Периодическое воздержание	• Не оказывает воздействие на грудное вскармливание. • Может потребовать дополнительной подготовки, чтобы с уверенностью точно распознавать признаки и симптомы фертильности.	• Единственный приемлемый метод для некоторых групп. • Не требует никаких удобств. • Эффективность 91-99%.	• Признаки и симптомы фертильности может быть трудно распознать во время кормления грудью. • Могут потребоваться длительные периоды воздержания. • Метод календаря/ритма неприемлем во время аменореи. • Необходимо обучение.
Вазэктомия Мужская добровольная хирургическая стерилизация	• Не оказывает воздействие на грудное вскармливание. • Никакой угрозы для матери или ребенка.	• Постоянный. • Не беспокоит мать и ребенка. • Не требует действий в момент сексуального контакта. • Рекомендуется, если больше не хотят иметь детей. • Эффективность 99,9%.	• Необратимая хирургическая процедура, связанная с риском побочных эффектов. • Рекомендовано консультирование.
Перевязка маточных труб Женская добровольная хирургическая стерилизация	• Не оказывает воздействия на грудное вскармливание. • Может потребовать кратковременного разлучения матери с ребенком. • Если предполагается период разлучения, необходимо сцедить и сохранить молоко до данной процедуры.	• Постоянный. • Не требует действий в момент сексуального контакта. • Рекомендуется, если больше не хотят иметь детей. • Эффективность 99,6%.	• Необратимая хирургическая процедура, связанная с риском побочных эффектов. • Рекомендовано консультирование. • Необходимо поддерживать выработку молока во время разлучения матери с ребенком.

Метод	Влияние на грудное вскармливание	Преимущества	Недостатки
Возможность 2 Методы, основанные только на применении прогестина			
Мини-таблетки **Инъекции** **Имплантанты** Norplant®	• Результаты изучения различны: Некоторые гормоны могут проникать в грудное молоко. В настоящее время нет свидетельств вредного воздействия на ребенка из-за малого количества гормонов, проникающих в грудное молоко. • Данные методы следует оценивать с индивидуальной точки зрения, принимая во внимание запланированную схему грудного вскармливания, поскольку выработка молока может сократиться, если принимать средства ранее 8 недель после родов.	• Не требует действий в момент сексуального контакта. • Norplant® обеспечивает защиту на срок до 5 лет. • Мини-таблетки: эффективность 99,5%. • Инъекции: эффективность 99,7%. • Имплантанты (Norplant®): эффективность 99,9%.	• Изучение использования до 8 недель при полном грудном вскармливании отражают возможное отрицательное воздействие на количество молока. • Некоторые гормоны могут попадать в грудное молоко. В настоящее время неясно, насколько хорошо ребенок метаболизиет гормон в первые недели жизни. • Инъекционные препараты требуют инъекций ежемесячно или каждые 3 месяца. У пользователей может нарушаться менструальный цикл. Гормоны лекго проникают в грудное молоко; пассивное всасывание их ребенком плохо изучено. • ВОЗ/A.I.D. рекомендуют, чтобы применение метода начиналось по крайней мере не ранее 6 недель.
Возможность 3 Методы с использованием веществ, содержащих эстроген			
Методы с использованием веществ, содержащих эстроген	• Эстрогены могут сократить выработку молока. • Некоторые гормоны могут проникать в грудное молоко - не обнаружилось ни непосредственного, ни отдаленного отрицательного воздействия на ребенка. • У некоторых женщин уменьшение выработки молока может привести к прекращению грудного вскармливания. • **Кормление грудью может и должно продолжаться во время использования метода,** поскольку оно важно для здоровья и питания грудного ребенка и ребенка, начинающего ходить.	• Не требует действий в момент сексуального контакта. • Если принимать в период менструального цикла, уменьшается рак яичника и анемия. • Эффективность 99,9%.	• Эстрогены могут сокращать выработку молока, что приводит к раннему введению прикорма и к раннему прекращению полного грудного вскармливания со всеми вытекающими последствиями. • ВОЗ/ЮСАИД рекомендуют, чтобы применение метода начиналось по крайней мере не ранее 6 месяцев.

МЛА: 20 причин для того, чтобы сделать его частью вашей программы

- **МЛА** в качестве метода планирования семьи высоко эффективен (99,5% по шестимесячной таблице жизни в клиническом исследовании).[13, 29]

- **МЛА** основан на всеобъемлющем научном исследовании.[5, 6, 16]

- **МЛА** был разработан представителями программ служб планирования семьи, а также использовался в программах выживания детей и грудного вскармливания.[30]

- **МЛА** служит связующим звеном с другими репродуктивными и профилактическими программами здравоохранения.[14]

- **МЛА** учитывает большую долю «ошибки» пользователя без значительного увеличения риска возникновения беременности.[9, 30]

- **МЛА** может быть предложен и успешно использован в качестве метода планирования семьи в самых разных ситуациях.

- Поскольку **МЛА** основан на естественном поведении, он не требует никакой системы поддержки до тех пор, пока не потребуется дополнительный метод.

- **МЛА** обеспечивает среднюю ДЗ (Двухлетнюю Защиту) в 0,25.[31]

- **МЛА** привлекает новых пользователей планирования семьи.[14]

- **МЛА** прямо способствует распространению метода планирования семьи, благодаря возросшему уровню приемлемости.[32]

- **МЛА** обеспечивает своевременное введение дополнительного метода планирования семьи среди женщин, кормящих грудью, что косвенно способствует распространению планирования семьи.[14, 29]

- **МЛА** приемлем для многих религиозных групп.[33]

- **МЛА** дает женщинам время для того, чтобы выбрать тот дополнительный метод планирования семьи, который они предпочитают.

- **МЛА** предоставляет женщинам во многих случаях то время, которое им необходимо, чтобы подготовиться к постоянному методу планирования семьи, приведя свои домашние дела в порядок, обеспечив ребенку уход, сэкономив деньги и подписав все необходимые документы.

- **МЛА** дает женщинам право на то, чтобы их взяли под личное наблюдение, и делает консультирование в послеродовой период индивидуальным.

- **МЛА** является недорогим методом и реально экономит деньги семьи.

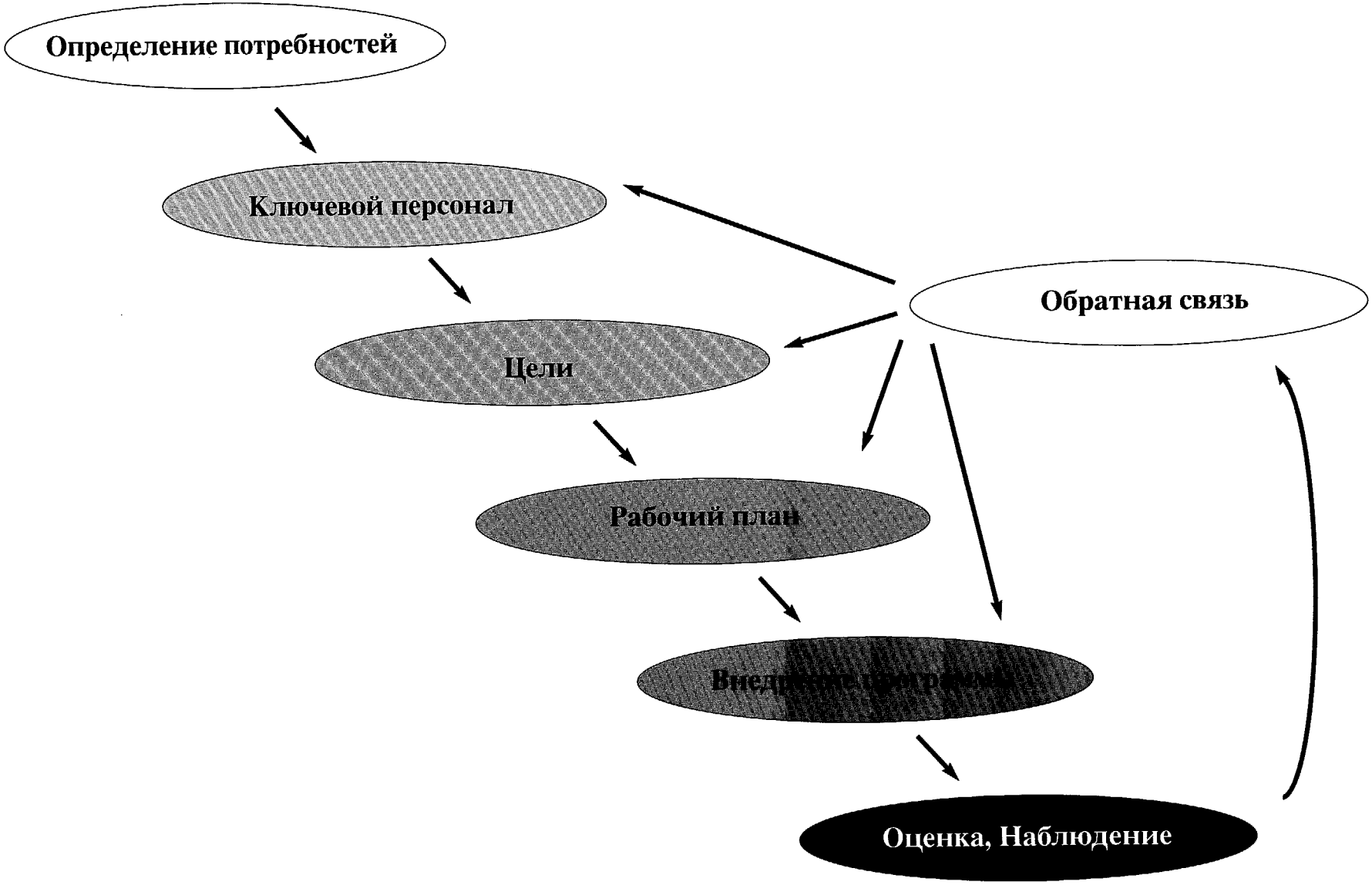
- Во всем мире женщины верят, что грудное вскармливание может использоваться для соблюдения интервала между рождением детей. **МЛА** строится на этих существующих убеждениях, предоставляя параметры для эффективного использования грудного вскармливания в качестве метода контрацепции.

- **МЛА** может иметь положительное влияние на окружающую среду, сокращая необходимость в пластмассах и разведении молочного скота, уменьшая таким образом промышленные отходы.

- Расширенный **МЛА** предусматривает своевременное отнятие от груди[15] и,

- Поддерживая оптимальную практику грудного вскармливания, **МЛА** способствует возникновению положительных побочных эффектов: улучшению питания детей, увеличению выживания детей и улучшению здоровья матерей.

Этапы внедрения метода лактационной аменореи в программы



Успех МЛА зависит от практики оптимального грудного вскармливания. Ниже приведена схема, которая может быть использована для раз оработки и внедрения грудного вскармливания в программу планирования семьи, или в программу выживания детей.[5, 34] На любой стадии планирования программы может быть полезно просмотреть вопросы и предложения, перечисленые в таблице, чтобы убедиться, что ваша организация может обеспечить необходимую поддержку, которая требуется таким программам. Этапы могут быть изменены, чтобы они отвечали вашим специфическим потребностям.

	Этап 1	Этап 2	Этап 3
Вопросы, которые нужно задать	Каковы ваши первоочередные приоритеты? Какие программы грудного вскармливания существуют в настоящее время? С какими учреждениями и группами (учебными, медицинскими, женскими политическими группами) вы можете сотрудничать? Какова существующая практика кормления грудью, отнятия от груди и введения прикорма? Какова доля женщин работающих вне дома ранее шести месяцев после родов? Как проект будет поддержан (финансирован)?	Кто будет ответственным? Каким образом вы будете обеспечивать проверку на дому? Каковы должны быть потребности в обучении ключевых фигур, чтобы они могли считаться «экспертами» в своих организациях?	Чего вы хотите достичь этой программой? Где будет проходить данная программа? На какие сегменты населения вы намереваетесь оказать влияние (все население, община или участники программы)? Когда эта программа начнется и когда закончится? Возможно ли оценить ваши цели?
	Проводите оценку потребностей➢➢➢	**Определите и обучите основной персонал➢➢➢**	**Определите цели➢➢➢**
Действия, которые нужно предпринять	Побеседуйте с представителями групп, имеющих отношение к программе, персоналом существующих служб, с местным руководством и с матерями. Выявите любую организацию, которая собирает данные о здоровье и благосостоянии, и установите с ней контакт. Определите существующие в учреждениях источники, которые могут помочь в выполнении данной программы (например, больницы, доброжелательного отношения к ребенку, организации по планированию семьи, благотворительные организации, оказывающие помощь в программах по выживанию детей).	Выявите действующие программы грудного вскармливания на местном уровне, в которые можно включить обучающие программы. Подберите персонал, который может выполнять функцию местного эксперта(ов) или эксперта(ов) в организации. Обучите основной персонал, чтобы он мог улучшать и поддерживать практику грудного вскармливания и оказывать в этом непосредственное содействие. Определите штат инспекторов и обеспечьте базовую подготовку по грудному вскармливанию. Определите местные организации, поддерживающие грудное вскармливание. Установите в контакт с разработчиками и распростанителями программ по питанию и планированию семьи.	Проведите обзор материалов и информации, собранных для оценки потребностей, в сотрудничестве с подготовленным основным персоналом и определите вклад сотрудников в процесс подготовки программы. Определите целевую аудиторию. Определите набор измеряемых целей. Поработайте с организациями, предоставляющими услуги по грудному вскармилванию и планированию семьи, чтобы обеспечить сопоставимость информации и услуг. Определите потенциальные трудности и области противодействия.

	Этап 4	Этап 5	Этап 6	
Вопросы, которые нужно задать	Какие задачи потребуется решить, чтобы достичь целей? В каком порядке следует выполнять задачи и какие сроки необходимы для решения каждой из них? Где будет проходить работа и кто будет ее контролировать? Кто будет выполнять работу и как они будут подготовлены? Достаточно ли финансовых и людских ресурсов для выполнения поставленных целей?	Кто объявит о начале данной программы? Кто будет участвовать в совещаниях для постоянной оценки прогресса в первые месяцы проведения данной программы? Достаточно ли подготовлен персонал, чтобы поддерживать одновременно грудное вскармливание и планирование семьи или обучение является первым этапом внедрения?	Достигнуты ли цели данной программы? Соответствует ли программа запланированному графику по времени? Соответствует ли бюджет? Достаточно ли высоко качество оказания помощи?	Возниклали оценка после оценки обратная связь, применимая к Этапам 1, 2, 3, 4, 5, 6?
Действия, которые нужно предпринять	**Разработать рабочий план➢➢➢** Встретиться со всеми заинтересованными в данной программе, чтобы получить рекомендации и возможные источники сотрудничества. Пересмотреть организационные планы по содержанию и структуре. Планируйте программу так, чтобы обеспечить поддержку, обучение и координацию, чтобы преодолевать любые выявленные препятствия. Сделайте письменный план с учетом времени и бюджета ваших ресурсов. Если бюджет является сдерживающим фактором, еще раз обдумайте Этапы 1 и 3. Используйте цели и рабочий план для разработки системы отчетности, чтобы использовать ее во время внедрения.	**Внедрить программу➢➢➢** Обеспечьте, чтобы персонал получил подготовку, соответствующую его роли в данном проекте. Используйте местные ресурсы для обучения грудному вскармливанию, планированию семьи, чтобы осветить данную программу. Включайте местных руководителей здравоохранения в процесс внедрения программ и наблюдения за их выполнением.	**Оценивать и следить➢➢➢** Контролируйте различные виды деятельности, график выполнения и бюджет. Встречайтесь с персоналом для обсуждения успеха и проблем программы. Приглашайте местных руководителей на соответствующие встречи. Развивайте механизм обратной связи, чтобы получать вклад в вашу программу от пользователей. Интегрируйте находки в рабочий план и в стратегию внедрения.	**Обратная связь** Обновляйте действия и планы на каждом этапе, исходя из результатов оценки и контроля.

Список литературы

1. World Health Organization. 1988. *Breastfeeding and Child Spacing: What Health Workers Need to Know.* (Geneva: WHO).

2. Institute for International Studies in Natural Family Planning. 1990. Breastfeeding: *Protecting a Natural Resource.* (Washington, DC: USAID/IMPACT).

3. World Health Organization/United Nations International Children's Fund. 1989. *Protecting, Promoting, and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services.* A Joint WHO/UNICEF Statement. (Geneva: WHO).

4. Kennedy K. 1994. "Effects of Breastfeeding on Women's Health." In: Breastfeeding As a Women's Issue: A Dialogue on Health, Family Planning, Work, and Feminism. K Cooney, M Labbok, eds. *Int'l Journal of Gynecology and Obstetrics,* 47 (Suppl.).

5. Kennedy K, Rivera R and McNeilly A. 1989. "Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method." *Contraception,* 39 (5): 477-496.

6. McNeilly A. 1993. "Breastfeeding and Fertility." In: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira, eds. (Oxford. Clarendon Press).

7. Tay C. 1991. "Mechanisms Controlling Lactational Infertility." *Journal of Human Lactation,* 7 (1): 15-18.

8. Labbok M. "Breastfeeding and Family Planning: A Vital Complementarity." In: *Breastfeeding: The Passport to Life.* N. Baumslag, ed. (New York: UNICEF).

9. Gray R et al. 1990. "Risk of Ovulation during Lactation." *Lancet,* 335 (1): 25-29.

10. Labbok M. 1983. "Breastfeeding and Contraception." *New England Journal of Medicine,* 308 (1): 51.

11. Labbok M. 1985. "Contraception during Lactation: Considerations in Advising the Individual and in Formulating Programme Guidelines." *Journal of Biosocial Science,* Supplement 9: 55-66.

12. Labbok M and Chassel R. 1988. "The Development and Use of Graphically Presented Algorithms in Community-based Family Planning Services." *Int'l Quarterly of Community Health Education,* 8 (3): 223-247.

13. Pérez A, Labbok M and Queenan J. 1992. "Clinical Study of the Lactational Amenorrhea Method for Family Planning." *Lancet,* 339 (4): 968-70.

14. Wade K, Sevilla F and Labbok M. 1994. "The Lactational Amenorrhea Method as a Family Planning Program Component: Findings from an Implementation Process Study in Ecuador." *Studies in Family Planning,* 25 (3).

15. Cooney K. 1994. "Assessment of the Nine-Month Lactational Amenorrhea Method in Rwanda (MAMA-9)." Occasional Paper (Washington, DC: Institute for Reproductive Health).

16. Gray R et al. 1993. "The Return of Ovarian Function during Lactation: Results of Studies from the United States and the Philippines." In: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira, eds. (Oxford: Clarendon Press).

17. Labbok M and Krasovec K. 1990. "Toward Consistency in Breastfeeding Definitions." *Studies in Family Planning,* 21 (4): 226-230.

18. Agency for International Development. 1990. *Breastfeeding for Child Survival Strategy.* (Washington DC: USAID).

19. World Health Organization. "HIV and Breastfeeding." Press Release, 4 May 1992, Geneva.

20. Wade K. 1992. "Assisting Working Women towards Optimal Breastfeeding." Monograph Paper (Washington, DC: Institute for Reproductive Health).

21. Hamosh M et al. 1994. "Bacterial growth during short term storage of human milk (>15° C) is prevented by rapid lipolysis and only limited proteolysis." *Pediatric Resident,* 35: 312 A.

22. Agency for International Development. Bureau for Science and Technology. "Availability and Use of Progestin-only OCs for Public Sector." Office of Population cable. March 28, 1989.

23. World Health Organization. 1988. *Breastfeeding and Childspacing: What Health Workers Need to Know.* (Geneva: WHO).

24. Winikoff B, Semeraro P and Zimmerman M. 1987. *Contraception during Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook.* (New York: The Population Council).

25. Winikoff B and Mensch B. 1991. "Rethinking Postpartum Family Planning." *Studies in Family Planning,* 22 (5): 294-307.

26. Blumenthal P, Riseborough P and McIntosh N. 1994. *Pocket Guide for Family Planning Clinical Services.* (Baltimore: JHPIEGO Corporation), 240.

27. Diaz S. 1994. Personal communication.

28. Hatcher R et al. 1994. *Contraceptive Technology, 16th Ed.* (New York: Contraceptive Technology Communications, Inc.), 652.

29. Diaz S et al. 1988. "Lactational Amenorrhea and the Recovery of Ovulation and Fertility in Fully Nursing Chilean Women." *Contraception,* 38, 1 (7): 53-67.

30. Labbok M et al. 1994. "The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A Postpartum Introductory Family Planning Method with Policy and Program Implications." *Advances in Contraception,* 10 (2).

31. Bertrand J, Magnani R and Knowles J. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation.* (Chapel Hill: The Evaluation Project), 149.

32. Pérez A and Valdés V. 1991. "Santiago Breastfeeding Promotion Program: Preliminary results of an intervention study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 165: 2039-44.

33. Shroff R. 1994. "A Review of the LAM Method of Postpartum Contraception and Its Inclusion in International Family Planning Policy." Master's Thesis. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

34. World Health Organization. 1980. *On Being In Charge: A Guide for Middle-level Management in Primary Health Care.* (Geneva: WHO).