

Стенограмма — Вебинар ВОЗ и ЮНИСЕФ: Глобальные стандарты и руководство по внедрению для банков донорского грудного молока

Запись: GMT20260922-120005 (Zoom), оригинальная аудиозапись на английском языке ·

Продолжительность: 1:33:02 · **Язык:** русский (перевод с английского оригинала)

Doris Mollel — модератор

[00:00:00] Ух ты! Доброе утро, добрый день, добрый вечер, и добро пожаловать всем. Спасибо, что присоединились к нам на вебинаре «Защита новорожденных, поддержка грудного вскармливания: новые глобальные стандарты и руководство по внедрению для банков донорского грудного молока», который проводит Глобальный коллектив по грудному вскармливанию. Меня зовут Doris Mollel, и я рада быть сегодня вашим модератором. Прежде чем начать, несколько организационных моментов. На вебинаре обеспечен синхронный перевод на английский, арабский, испанский, китайский, русский и французский языки. Чтобы воспользоваться переводом, нажмите значок «Перевод» на панели инструментов и выберите нужный язык. Английские субтитры доступны участникам, использующим приложение Zoom на компьютере: чтобы включить субтитры в реальном времени, нажмите значок СС и выберите «Показать субтитры». Так вы сможете следить за содержанием на своем языке. Сессия вопросов и ответов в прямом эфире не предусмотрена. Пожалуйста, присылайте вопросы через функцию «Вопросы и ответы» — наши докладчики и волонтеры ответят письменно на как можно большее их число в ходе мероприятия. Обратите внимание, что вебинар записывается. Меня зовут Doris Mollel, как я уже сказала. Я сама родилась недоношенной, весом 900 граммов. Совсем крошечный ребенок, который выжил, и сегодня мне 36 лет. Я очень рада и благодарна участвовать в обсуждении такой благородной темы, потому что она трогает мое сердце. Когда я родилась, я не могла сосать молоко матери — разумеется, эту историю мама рассказала мне, когда мне было 23 года. Поэтому я очень рада, что донорское грудное молоко стало главным приоритетом нашего обсуждения, и рада видеть, как грудное молоко может и дальше повышать выживаемость наших маловесных и больных новорожденных и младенцев в целом. Нам нужно именно грудное молоко, и ничто иное: грудное молоко имеет решающее значение для здоровья и выживания всех новорожденных. Мы все знаем, что для тех, кто родился слишком рано, — недоношенных, с низкой массой тела при рождении или нуждающихся в специализированной помощи, — молоко собственной матери является первым и наилучшим вариантом. Я — хороший тому пример. Обеспечение доступа начинается с качества помощи матерям и новорожденным: матери и новорожденные должны находиться вместе, нужно применять метод «мать-кенгуру», избегать ненужного разлучения и своевременно оказывать квалифицированную поддержку лактации, когда молока собственной матери еще недостаточно или его пока нет. Донорское грудное молоко может служить мостом, позволяя уязвимым новорожденным продолжать получать исключительно грудное молоко, пока лактация устанавливается или восстанавливается. Когда донорское грудное молоко доступно и соответствующая служба создана, она должна быть интегрирована в более широкую систему охраны здоровья матерей и новорожденных и работать в соответствии со строгими стандартами безопасности, качества и этики. Поэтому сегодня я

очень, очень рада, что мы представляем две публикации. Первая устанавливает первые глобальные стандарты ВОЗ для банков донорского грудного молока — моя любимая. Вторая помогает странам определить, как организовать и регулировать работу банков грудного молока с учетом их систем здравоохранения, ресурсов, правовой базы, социального и культурного контекста. Мы напрямую услышим от стран об их подходах и уроках, извлеченных при создании банков грудного молока, а также о том, как эти банки интегрируются в более широкие стратегии помощи новорожденным и защиты грудного вскармливания. Позвольте представить сегодняшнюю программу. Мы услышим Всемирную организацию здравоохранения и ЮНИСЕФ о новых стандартах и руководстве по внедрению для банков донорского молока, затем опыт стран — Уганды, Индии и Вьетнама — и, наконец, о действиях, которые вы можете предпринять, чтобы банки донорского грудного молока служили укреплению поддержки в формировании и сохранении исключительно грудного вскармливания у уязвимых младенцев. С большим удовольствием представляю нашего первого докладчика — д-ра Queen Dube, медицинского специалиста Департамента охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков и старения в штаб-квартире ВОЗ в Женеве. Д-р Dube — педиатр и клинический эпидемиолог. Она руководит работой ВОЗ в области программ для новорожденных, политики внедрения и стандартов. У нее большой опыт в области систем здравоохранения и охраны здоровья матерей, новорожденных и детей. До прихода в ВОЗ она возглавляла службы здравоохранения в Министерстве здравоохранения Малави. Вам слово, д-р Dube. Я очень рада быть с вами и с нетерпением жду возможности узнать, что на самом деле требуется, чтобы понять эти стандарты и как адаптировать их к нашему местному контексту, — вот что мне интересно. Спасибо, что вы с нами, Queen, вам слово.

Dr. Queen Dube — ВОЗ

[00:06:30] Большое спасибо, Doris, и спасибо коллегам, присоединившимся к этому очень важному вебинару. Я вижу, что нас более 500 человек, и это действительно подчеркивает важность питания новорожденных. Ранее в этом году, публикуя наши оценки детской смертности, мы сообщили, что в 2024 году умерли 2,3 миллиона новорожденных. К сожалению, когда в прошлом году мы публиковали такие же оценки, цифра была той же. Если посмотреть на путь к 2030 году, мы явно отстаем: по меньшей мере 60 стран не успевают достичь целевых показателей ЦУР по неонатальной смертности. Питание — это не только выживание. Это также повестка полноценного развития и преобразований. Поэтому я хочу, чтобы мы помнили: даже когда мы говорим о питании, о грудном вскармливании, о руководстве по донорскому грудному молоку, за сегодняшним обсуждением — днем, утром или вечером — стоят цифры, лица семей и новорожденных, которые надеются, что мы будем бороться за их выживание. Следующий слайд, пожалуйста. Когда мы смотрим на смертность новорожденных, мы знаем, что нужно делать, чтобы сохранить им жизнь. Мы знаем, что нужно вкладывать средства в период беременности, в интранатальный период, а также в послеродовой период. Очень, очень важно также инвестировать в помощь маловесным и больным новорожденным. Что касается фактических данных, мы уже десятилетиями знаем, что грудное вскармливание может спасти очень много жизней. И в повестке грудного вскармливания раннее прикладывание к груди спасает огромное количество жизней. Риск смерти новорожденного возрастает: в других докладах говорится как минимум о 33-

процентном увеличении риска смерти при отсроченном начале грудного вскармливания. Мы знаем, что питание защищает выживание. Оно обеспечивает немедленную защиту. Мы знаем, что даже для маловесных, больных и уязвимых новорожденных питание критически важно не только для выживания, но и для полноценного развития. Питание очень важно для роста и восстановления. Думаю, все мы, более 500 участников этого вебинара, что-нибудь съели, когда проснулись утром. Так что в любом возрасте питание критически важно — и особенно для новорожденного. Следующий слайд. Я говорила, что если рассматривать повестку в области здоровья новорожденных в целом — повестку выживания и полноценного развития, — путь начинается еще до рождения ребенка. Это особенно верно в отношении питания, а мы часто сосредотачиваемся лишь на первых четырех неделях жизни. Мы забываем о матери. Мы забываем о том, что происходит во время беременности. Поэтому нужно рассматривать питание как непрерывный процесс: начиная с периода до рождения; затем первый час, поскольку наибольший эффект достигается, если начать в течение первого часа после родов; затем первые дни; и затем маловесные и больные новорожденные. Обсуждение на сегодняшнем вебинаре, презентация руководства по донорскому грудному молоку, — это не просто презентация руководства, это презентация, касающаяся систем. Это обсуждение того, как защищать грудное вскармливание, охватывать уязвимых новорожденных и обеспечивать безопасное и качественное питание, когда молока собственной матери еще нет. Хочу подчеркнуть: наша главная цель — обеспечить поддержку матерей в грудном вскармливании, а донорское грудное молоко используется тогда, когда молока собственной матери еще нет. Следующий слайд. Грудное молоко — это не только пища. Это и уход. Я говорила о значении питания для роста, иммунитета и формирования связи между матерью и ребенком, но хочу также сказать, что при уходе за маловесным и больным новорожденным грудное молоко выходит за рамки пищи — для нас это еще и клиническое вмешательство. Так же как мы придаем большое значение антибиотикам, внутривенным инфузиям и всему, что делаем для маловесного и больного новорожденного, для нас грудное молоко, питание — это лекарство. Помимо того, что это пища, необходимая каждому новорожденному, для маловесного и больного новорожденного это клиническое вмешательство. Следующий слайд. Эту повестку объединяют три приоритета. Первый — защита грудного вскармливания: невозможно говорить о выживании и полноценном развитии новорожденных без грудного вскармливания. Важно смотреть на него не только с точки зрения новорожденного — речь идет о поддержке каждой матери и каждого ребенка. Мы часто думаем, что каждая мать должна сама разобраться, как кормить грудью. Попробуйте сами — это трудно. Поэтому в наших системах консультирование по вопросам питания, квалифицированная поддержка лактации и уважительный уход являются ключевыми вмешательствами для новорожденных. СИПАП важен, но если мы подключим этих детей к СИПАП и пренебрежем питанием, исходы все равно будут плохими. И очень, очень важно охватить новорожденных с самым высоким риском смерти: недоношенных, детей с низкой массой тела при рождении и больных новорожденных. В нашем руководстве по недоношенным детям вы увидите, что мы подчеркиваем этот аспект питания и упоминаем донорское грудное молоко, когда молоко собственной матери недоступно. Следующий слайд. Где же место всего этого обсуждения? Приоритет — молоко собственной матери. Мы должны делать все возможное в наших системах, чтобы поддержать этих матерей. Мы должны защищать, поощрять и поддерживать молоко собственной

матери и помогать матерям в грудном вскармливании. Но мы знаем, что будут ситуации, когда молока собственной матери не будет: к сожалению, мы потеряли мать, или ее состояние не позволяет ей вырабатывать молоко. В таких случаях наш второй вариант — донорское грудное молоко. Когда молоко собственной матери недоступно или его недостаточно, особенно у наших недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении, очень, очень важно по-прежнему обеспечить им доступ к грудному молоку. Донорское грудное молоко — это мост к исключительному вскармливанию грудным молоком. Оно не заменяет инвестиций в поддержку грудного вскармливания. Сегодня вы услышите, насколько важны безопасные и качественные системы для реального продвижения повестки грудного вскармливания и донорского грудного молока. Последний слайд. Донорское грудное молоко — часть более масштабного обещания: каждый новорожденный должен получать самое безопасное и подходящее питание, начиная с молока собственной матери, при поддержке квалифицированной помощи. Мы говорим о квалифицированных акушерках; нам следует также говорить о квалифицированной помощи, поддерживающей питание матери и опирающейся на качественные системы. Это повестка выживания новорожденных. Возвращаю слово вам, Doris.

Doris Mollel — модератор

[00:15:38] Ух ты! Большое спасибо, д-р Queen. Выживание — это именно то, к чему мы стремимся, и я благодарна вам за этот доклад. Думаю, теперь пора послушать Joan Matji. С удовольствием представляю д-ра Joan Matji, глобального директора ЮНИСЕФ по питанию и развитию детей, которая выступит со вступительным словом от имени ЮНИСЕФ. У д-ра Matji более 20 лет опыта в области питания в общественном здравоохранении; ранее она была региональным советником ЮНИСЕФ по вопросам питания в Восточной и Южной Африке и руководителем направления питания в Эфиопии. Вам слово, доктор. Мы с нетерпением ждем, что ЮНИСЕФ скажет нам в этот особенный день.

Dr. Joan Matji — ЮНИСЕФ

[00:16:35] Большое спасибо, Doris, и доброе утро, добрый день и добрый вечер, дорогие коллеги, партнеры и друзья. Сердечно приветствую вас на презентации стандартов ВОЗ и совместного руководства ВОЗ и ЮНИСЕФ по внедрению банков донорского грудного молока. Лично для меня этот вебинар очень волнующий: много лет назад, в разгар эпидемии ВИЧ в Южной Африке, я вместе с Университетом Претории участвовала в создании банка грудного молока в Претории. Поэтому участие в сегодняшнем обсуждении для меня особенно дорого. Дамы и господа, как сказала Queen, ежегодно 2,3 миллиона новорожденных умирают, не прожив и месяца. Это огромная цифра. Мы также знаем, что каждый день умирают более 6000 младенцев. Место рождения ребенка по-прежнему во многом определяет его шансы на выживание, и наибольшее бремя ложится на условия с ограниченными ресурсами, особенно в Африке к югу от Сахары и в Южной Азии. В группе наибольшего риска — дети, родившиеся слишком рано, слишком маленькими или слишком больными: по оценкам, ежегодно рождаются 13,4 миллиона недоношенных детей, а осложнения недоношенности остаются основной причиной смерти детей в возрасте до пяти лет. Неравенство разительное. В странах с низким уровнем дохода около половины детей, родившихся на сроке 32 недели и ранее, умирают — часто потому, что простые и проверенные вмешательства недоступны на постоянной основе; в странах с высоким

уровнем дохода почти все такие дети выживают. Это настоящее неравенство. Молоко собственной матери — первый и рекомендуемый вариант питания для каждого ребенка, для каждого младенца. Когда оно временно недоступно, такие альтернативы, как вскармливание кормилицей и донорское грудное молоко, могут помочь сохранить постоянный доступ к жизненно важным преимуществам грудного молока. Дамы и господа, мы знаем, что бывают периоды, когда молоко собственной матери недоступно, его недостаточно или оно запаздывает, пока устанавливается лактация. В таких обстоятельствах уязвимые новорожденные не должны лишаться защитных свойств грудного молока. Именно здесь безопасное донорское грудное молоко приобретает ценность для недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. Это предпочтительная альтернатива, когда молоко собственной матери недоступно или его недостаточно. Банки грудного молока делают это возможным, обеспечивая безопасный, этический и справедливый сбор, скрининг, обработку, хранение и предоставление донорского молока. Будучи интегрированным в сильную программу грудного вскармливания, донорское грудное молоко помогает уязвимым младенцам и дальше получать исключительно грудное молоко в один из самых критических периодов их жизни. Банки грудного молока — не самоцель. Это лишь один из ключевых компонентов комплексной системы, которая поддерживает грудное вскармливание и повышает выживаемость новорожденных. Они дополняют, а не заменяют инвестиции в квалифицированную поддержку лактации, метод «мать-кенгуру», реализацию инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку», политику «нулевого разлучения», консультирование на уровне сообществ и сильные службы охраны здоровья матерей и новорожденных. Цель остается неизменной: помогать матерям налаживать и поддерживать выработку молока и давать младенцам возможность получать молоко матери всегда, когда это возможно. Все мы знаем, что доступ к донорскому грудному молоку по-прежнему крайне неравномерен. Как я отмечала, хотя более 700 банков грудного молока работают в 60 странах, большинство из них сосредоточено в Бразилии, Европе и Северной Америке, тогда как Африка к югу от Сахары и Южная Азия, где бремя недоношенности и низкой массы тела при рождении наиболее велико, остаются недостаточно охваченными. Поэтому страны призвали к разработке практического руководства по созданию безопасных, этических служб, интегрированных в помощь матерям и новорожденным. Новые ресурсы, представляемые сегодня, отвечают на эту потребность. Они содержат научно обоснованные стандарты и оперативные рекомендации по созданию и укреплению банков донорского грудного молока, прочно опирающихся на комплексную поддержку грудного вскармливания и лактации. С выходом этого руководства амбиции ЮНИСЕФ выходят за рамки создания банков грудного молока. Мы помогаем странам укреплять грудное вскармливание и улучшать помощь маловесным и больным новорожденным. Вместе мы должны добиться того, чтобы каждая мать, где бы она ни находилась, получала необходимую поддержку, а каждый уязвимый новорожденный мог получить грудное молоко тогда, когда оно нужнее всего. Я знаю, что все вы, участники сегодняшней встречи, объединитесь с нами и ВОЗ, чтобы воплотить это видение в жизнь. На этом я возвращаю слово Doris для продолжения нашей работы. Спасибо за внимание.

Doris Mollel — модератор

[00:23:08] Большое спасибо. Огромное спасибо, доктор. Это было выступление ЮНИСЕФ. Думаю, всем нам интересно, как выглядят эти стандарты, и, возможно, сейчас мы узнаем, что в них говорится: некоторые ключевые цели и оперативные приоритеты, которые определяют, какими должны быть банки грудного молока. Начиная разговор о стандартах, позвольте представить д-ра Maryanne Perrin — специалиста в области науки о питании, инженера-технолога, дипломированного диетолога и профессора кафедры питания Университета Северной Каролины в Гринсборо, где ее исследования посвящены научно обоснованным рекомендациям в отношении донорского грудного молока. Она была главным исследователем финансируемого Национальными институтами здравоохранения США исследования состава донорского грудного молока в разных странах мира, а недавно — сопредседателем группы ВОЗ по разработке стандартов для банков донорского грудного молока. Вам слово, д-р Perrin. Нам всем интересно узнать, каковы эти стандарты.

Dr. Maryanne Perrin — Университет Северной Каролины в Гринсборо; сопредседатель группы ВОЗ по разработке стандартов

[00:24:31] Спасибо, Doris. Я рада быть здесь сегодня и помочь представить эти важные ресурсы. Хочу напомнить всем, что нашей общей целью была разработка научно обоснованных рекомендаций по безопасному, этичному и высококачественному сбору, обработке и распределению донорского молока. Эти стандарты отражают минимальные требования, призванные поддержать расширение работы в условиях ограниченных ресурсов, и мы рассматривали вопросы с точки зрения донора, ребенка донора, ребенка-реципиента и самого молока. Так что разобрать предстояло многое. Мы пришли к девяти стандартам, и поскольку на представление каждого у меня меньше минуты, перейдем сразу к делу. Следующий слайд. Первый стандарт касается привлечения доноров. Уточню: привлечение — это о том, на кого ориентироваться, а не обязательно о том, кого отбирать; отбор связан со скринингом, к которому мы вскоре перейдем. Хотя группа увидела данные о том, что такие характеристики донора, как стадия лактации, влияют на содержание многих питательных веществ в молоке, не было достаточных данных о том, что это сказывается на ребенке-реципиенте. Кроме того, высказывались опасения, что сужение круга доноров может ограничить доступ к донорскому молоку. Поэтому рекомендуется, чтобы банки молока могли привлекать доноров на любой стадии лактации и любом сроке гестации, которые могут сцеживать больше молока, чем им нужно, или у которых есть излишки хранимого молока. Группа уделила особое внимание поддержке матерей, потерявших ребенка, учитывая растущее число данных о том, что донорство приносит им особую пользу, а также тому, чтобы не привлекать доноров до того, как лактация в паре «мать — ребенок» хорошо установилась. Вторая рекомендация касается вознаграждения. Хотя группа выявила некоторые потенциальные преимущества компенсации донорам, к вредным последствиям относились угроза безопасности и качеству донорского молока, а также эксплуатация доноров, что привело к рекомендации не предлагать финансовых стимулов, чтобы обеспечить безопасность и качество продукта. Вместе с тем мы признали, что может рассматриваться возмещение фактических расходов — например, на поездки, транспорт и принадлежности, необходимые для сцеживания и хранения молока. Следующий слайд. Третья рекомендация касается скрининга доноров. Здесь мы изучали данные о том, когда следует отстранять донора из-за возможного вреда ребенку через молоко. Мы

также учитывали, что чрезмерный скрининг, не подкрепленный данными, может снова сузить круг потенциальных доноров и доступ к донорскому молоку. Поэтому рекомендуется, чтобы скрининг включал анкету факторов риска и серологическое обследование, а донор отстранялся при положительном серологическом тесте на ВИЧ или HTLV-1, а также если анкета выявляет употребление рекреационных наркотиков, табака, алкоголя или лекарств, которые проникают в молоко и противопоказаны при грудном вскармливании. В духе нашего вебинара мы особо подчеркнули: если потенциальный донор отстранен, ее все равно следует поощрять кормить грудью собственного ребенка. Мы также учли необходимость периодического повторного скрининга, поскольку эти риски постоянно меняются. Четвертая рекомендация касается информирования и поддержки доноров. Группа признала, что надлежащее информирование и поддержка доноров помогают защитить грудное вскармливание в паре «донор — ее ребенок», а также безопасность молока, его выработку и в конечном счете ребенка-реципиента. Поэтому рекомендуется, чтобы банки молока защищали и поддерживали доноров, помогая им продолжать кормить грудью собственного ребенка; это может включать квалифицированную помощь в вопросах лактации или предоставление принадлежностей для сцеживания и хранения молока. Мы также рекомендуем банкам молока обучать технике сцеживания и гигиеническим практикам, включая мытье рук. Мы отметили, что все способы сцеживания — вручную, ручным или электрическим молокоотсосом — приемлемы, так что выбор за донором. Следующий слайд. Пятая рекомендация касается контейнеров. Хочу отметить, что достоверность данных была низкой из-за малого числа исследований и противоречивых результатов. Обсуждение контейнеров пересекалось с рядом тем, включая безопасность и качество молока, цепочку поставок, доступность и стоимость контейнеров, а также производственные и клинические ограничения, связанные с отдельными типами контейнеров. Рекомендуется хранить и транспортировать сцеженное молоко в чистых контейнерах, пригодных для пищевых продуктов. Контейнеры должны легко мыться, дезинфицироваться и маркироваться, быть устойчивыми к разрушению и надежно герметизироваться. Следующая рекомендация касается хранения и обращения. Хотя есть данные о разрушении питательных веществ при хранении, группа сопоставила это с тем, что допущение только более коротких сроков хранения ограничит запасы, а значит, и доступ к донорскому молоку. В стандартах приведены конкретные рекомендации по срокам и температурам хранения в холодильнике и морозильнике для сырого и пастеризованного молока, но я не могу вдаваться в эти детали за девять минут, поэтому советую обратиться к документу. Группа также рекомендовала поддерживать безопасную температуру от момента получения до выдачи, включая соблюдение холодовой цепи при транспортировке, а также чтобы банки молока контролировали температуру хранения и регистрировали ее не реже двух раз в день. Мы учитывали, что в районах с высокой температурой окружающей среды или менее надежным охлаждением может потребоваться сокращение сроков хранения для обеспечения безопасности молока. Следующий слайд. Седьмая рекомендация касается объединения, перемешивания, а также отслеживания и прослеживаемости. Все это процессы, которые банки молока выполняют при производстве и распределении, чтобы обеспечить пищевую ценность и безопасность донорского молока. Объединение молока от нескольких доноров повышает однородность между партиями, а перемешивание обеспечивает равномерность содержания питательных веществ внутри партии. Рекомендуется, чтобы там, где это

уместно с культурной точки зрения, банки молока могли объединять молоко нескольких доноров для повышения однородности питательного состава; объединенное молоко необходимо перемешивать для равномерного распределения питательных веществ, поскольку при отстаивании молоко расслаивается; допустимы как механические, так и ручные способы перемешивания. Наконец, банки молока должны вести системы отслеживания и прослеживаемости, позволяющие проследить молоко от донора до реципиента и от реципиента обратно до донора в случае нежелательных явлений. Восьмая рекомендация касается термической обработки. Группа признала, что здесь необходим компромисс между термической обработкой молока, которая дает дополнительный уровень безопасности за счет уничтожения возможных патогенов, и использованием сырого необработанного молока, которое сохраняет больше питательных веществ и биоактивных свойств. Рекомендуется для обеспечения микробиологической безопасности подвергать донорское молоко термической обработке — пастеризации по методу Холдера или высокотемпературной кратковременной обработке; автоклавная стерилизация (реторта) не рекомендуется; от термической обработки можно отказаться, если каждый контейнер сырого молока проверяется на соответствие местным допустимым пределам безопасности. Группа отметила, что при отказе от термической обработки — как сейчас делается в Норвегии и Германии — требуется больше лабораторных исследований. Следующий слайд. — Не могли бы вы подвести итог? — Да. Последняя рекомендация касается лабораторного контроля. Рекомендуется исследование после пастеризации; анализ питательного состава не рекомендуется. Возвращаю слово вам, Doris.

Doris Mollel — модератор

[00:34:10] Спасибо, д-р Perrin. Большое спасибо. Большой палец вверх д-ру Perrin за такое прекрасное изложение того, что говорится в стандартах. Позвольте мне коротко представить Kimberly Mansen, магистра общественного здравоохранения и дипломированного диетолога, советника по питанию матерей и новорожденных в организации PATH в направлении по охране здоровья женщин и семьи, которая была ведущим координатором работы как над стандартами, так и над руководством по внедрению. Сейчас Kimberly познакомит нас с руководством по внедрению. Вам слово, Kimberly, и надеюсь, вы поможете нам уложиться во время, чтобы мы все успели услышать прекрасные истории и разделить воодушевление от этой презентации. Спасибо. Kimberly, прошу.

Kimberly Mansen — советник по питанию матерей и новорожденных, PATH

[00:34:57] Спасибо, Doris, и всем здравствуйте. Для меня большая радость и удовольствие кратко представить основные положения сопроводительного документа — руководства по внедрению. Немного предыстории для понимания: вы только что услышали, как д-р Maryanne Perrin рассказала о результатах, о содержании того документа, но путь сюда был долгим, и с первого дня разработки стандартов с мест поступали вопросы о том, как создать систему банков молока и как выбрать модель. Поэтому я хочу глубоко поблагодарить ВОЗ и ЮНИСЕФ за их приверженность тому, чтобы это руководство по внедрению успешно сопровождало стандарты для банков молока. Любой, кто был на передовой создания банка грудного молока, знает, что все всегда начинается с благих намерений и ясного видения — возможно, со сбора средств на медицинское оборудование, например

пастеризатор, — но затем превращается в сложную сеть процессов и решений, а также практических задач по согласованию всего этого с защитой, поощрением и поддержкой грудного вскармливания как краеугольного камня работы банков молока. Если стандарты сосредоточены на конкретных действиях, которые банк молока должен выполнять для получения безопасного и качественного продукта, то именно этот документ — руководство по внедрению — начинает задавать вопросы о том, как создать систему банков молока. Я кратко расскажу, как работать с этим документом, но, пожалуйста, скачайте его и изучите, чтобы по-настоящему увидеть глубину содержащейся в нем информации. Следующий слайд. Это руководство по внедрению разработано для того, чтобы помочь странам создавать безопасные и справедливые программы донорского грудного молока, соответствующие их условиям, которые дополняют стратегии помощи матерям и новорожденным и усиливают, а не заменяют усилия по защите и поддержке вскармливания молоком собственной матери. Поскольку системы здравоохранения, регулирования и культурный контекст сильно различаются, было общее понимание, что ни одна модель банка грудного молока не является универсально применимой. Поэтому мы призываем всех мыслить так, чтобы каждая страна оценивала собственный контекст, ресурсы, клинические потребности, инфраструктуру и восприятие донорского молока обществом, разрабатывая модели банков грудного молока, обеспечивающие устойчивый доступ к безопасному и высококачественному донорскому молоку при неизменной защите и поддержке грудного вскармливания. Целевая аудитория документа очень широка: министерства здравоохранения, лица, определяющие политику, доноры — особенно те, кто хочет инвестировать в здоровье матерей и новорожденных и видеть, как эта работа вписывается в более широкий компонент этой области, — исполнители, профессиональные ассоциации и другие НПО, желающие создавать банки молока как часть вскармливания уязвимых младенцев. Снова и снова вопросы с мест приводили к просьбам к ВОЗ и ЮНИСЕФ подготовить это руководство, и это лишь начало, отправная точка. Следующий слайд. Как разрабатывалось руководство? Прежде всего, была собрана внешняя группа из 10 экспертов, представляющих разные регионы мира и не имеющих конфликта интересов, отобранных за их технический опыт в проектировании, создании и внедрении систем банков молока, из ассоциаций банков молока, больниц и академических учреждений. Многие из вас сейчас на связи — спасибо вам. На последнем конгрессе Европейской ассоциации банков молока в октябре прошлого года прошел семинар заинтересованных сторон, а мнение экспертной группы было дополнено обзорным исследованием моделей банков молока, классификации и регулирования донорского грудного молока. Также были подготовлены тематические исследования по всему миру, и д-р Kiersten Israel-Ballard проведет панельную дискуссию, которая представляет лишь малую часть богатого опыта, отраженного в документе, — не переключайтесь. В документе эти тематические исследования дают реальные примеры того, как в разных условиях определяли приоритетные и осуществимые модели, и это помогает оживить богатую информацию, которую он содержит. Наряду со всем процессом сбора информации и изучения мнений экспертов именно координационный комитет с участием ВОЗ и ЮНИСЕФ по-настоящему воплотил это в жизнь. Д-р Larry Grummer-Strawn также выступит в конце вебинара и расскажет, как двигаться дальше. Следующий слайд. Скачав руководство, вот что вы в нем найдете. Это не столько инструкция по созданию банка молока, сколько изложение соображений, которые нужно учесть, чтобы определить, что делать для его создания и какая модель и структура

подходят и будут устойчивы в ваших условиях. В разделе 3 документа рассматриваются оперативные приоритеты и ключевые цели банков грудного молока — то, что действительно обеспечивает успех системы. Затем в разделе 4 все это применяется в качестве определяющих факторов для характеристик моделей банков грудного молока, чтобы наглядно показать их возможные преимущества и трудности. Эта основа опирается на факторы, которые вы видите на слайде, то есть на ключевые цели и оперативные приоритеты. Ключевые цели включают обеспечение запаса донорского грудного молока — достаточного, но, как мы знаем, не избыточного, чтобы не стимулировать использование донорского молока вместо молока собственной матери; то есть сохранение этого баланса; обеспечение безопасных и качественных продуктов — и то, какая модель позволит этого добиться в каждых условиях; а также сохранение поддержки лактации в центре внимания, чтобы все матери получали необходимую поддержку, а донорское молоко никогда ее не подрывало. Оперативные приоритеты включают оптимизацию затрат и эффективности — в некоторых условиях одна модель может быть экономически эффективнее других с учетом имеющихся служб; соответствие существующим политическим и нормативным рамкам, которые в отношении грудного молока очень обширны и разнообразны; и уважение культурных и общественных норм во всех решениях относительно модели банка молока. На следующем слайде мы рассмотрим шесть ключевых характеристик моделей банков грудного молока, представленных в документе. — Kimberly, не могли бы вы подвести итог? — Да, спасибо. К ним относятся: физическое расположение — модели на базе учреждения или на уровне сообщества; контингент доноров — кто предоставляет молоко: доноры из учреждения или из сообщества; распределение донорского молока — в одно учреждение или в несколько; структура управления — централизованная, децентрализованная или гибридная; модель финансирования — собирает ли каждое учреждение средства самостоятельно или финансовую поддержку для устойчивости обеспечивает руководящий орган; и совместная работа с другими медицинскими продуктами человеческого происхождения, например объединение служб банков крови и служб грудного молока — совместная или независимая. Из-за нехватки времени быстро перейдем к следующему слайду. Кратко: вы найдете рекомендации по классификации для каждого варианта — как пищевого продукта, как медицинского продукта человеческого происхождения, как лечебного питания или продукта специального медицинского назначения, либо как отдельной категории. В заключение: руководство по внедрению поддерживает сложные решения, необходимые для проектирования безопасных, эффективных и устойчивых систем, включая службы донорского грудного молока там, где это уместно. Оно выходит за рамки отдельных учреждений и продвигает более широкие цели общественного здравоохранения, помогая странам разрабатывать модели, соответствующие их условиям, для достижения долгосрочных результатов в области вскармливания и питания. Большое спасибо.

Doris Mollel — модератор

[00:44:07] Спасибо, Kimberly. Большое спасибо. Знаю, вы заняли на две минуты больше, но мы благодарны за такое прекрасное изложение руководства по внедрению, и теперь все мы знаем, что в нем говорится. Теперь мне бы хотелось, чтобы мы перешли к практике стран и познакомились с их опытом, и для этого мы с удовольствием передаем эту часть очень трудолюбивой и обаятельной

женщине — д-ру Kiersten Israel-Ballard, внештатному доценту кафедры глобального здравоохранения Вашингтонского университета, которая недавно руководила в PATH комплексной группой по охране здоровья и развитию матерей и детей и имеет более чем 25-летний опыт в вопросах вскармливания младенцев из уязвимых групп населения. Сейчас она будет модерировать этот сегмент. Вам слово, д-р Kiersten. Нам очень хочется понять и услышать опыт стран: как на практике выглядит работа банка донорского грудного молока и, конечно, как создавать такой банк в наших различных условиях. Прошу.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[00:45:19] Отлично. Спасибо, Doris, и спасибо всем моим коллегам-докладчикам. Думаю, все участники понимают, что системы здравоохранения сильно различаются в разных странах и условиях: по ресурсам, инфраструктуре, экспертным знаниям. Это касается и банков грудного молока. Стандарты и руководство по внедрению должны были дать строгую основу, но сложность заключалась в том, чтобы сделать ее еще и гибкой. Как заложить безопасный и надлежащий фундамент и при этом позволить программам разрабатывать модели, адаптированные к собственному контексту? Сегодня я с удовольствием проведу вас по трем странам. Хотелось бы охватить больше, но времени нет. На их примерах мы увидим, как программы банков грудного молока адаптировали общие принципы к местным реалиям, — это показывает, что единой модели внедрения не существует, а есть много путей к общей цели: безопасному, справедливому и устойчивому доступу к грудному молоку. Сегодня в нашей панельной дискуссии участвует д-р Sushma Nangia, заслуженный профессор неонатологии Медицинского колледжа Леди Хардинг и детской больницы Калавати Саран в Нью-Дели. В 2024 году она была президентом Национального форума неонатологии Индии и руководила национальными инициативами по охране здоровья новорожденных в рамках Министерства здравоохранения Индии. Она входит в несколько групп ВОЗ по разработке руководящих принципов, касающихся недоношенных детей, банков грудного молока и вскармливания младенцев группы риска, и является автором более 265 публикаций. Она также партнер программы Осло — Дели по улучшению базовой помощи новорожденным. Добро пожаловать. С нами также д-р Hoang Tran, доцент и неонатолог Больницы для женщин и детей Дананга во Вьетнаме. С 2017 года она руководит первым в стране банком грудного молока. Ранее она была заместителем директора больницы и заведующей кафедрой педиатрии Медицинского и фармацевтического факультета Университета Дананга. Она заместитель председателя Вьетнамской ассоциации перинатологии и неонатологии и член независимой группы экспертной оценки Западно-Тихоокеанского региона ВОЗ, которая контролирует выполнение плана действий в интересах здоровых новорожденных. Kathy Burgoine — педиатр, получившая подготовку в Великобритании, и исследователь в области неонатологии; с 2014 года она руководит неонатальной службой Региональной референс-больницы Мбале на востоке Уганды. Она основала некоммерческую организацию Born on the Edge и разработала программу «Мост к грудному вскармливанию», а также создала первый банк грудного молока в государственной больнице Уганды. Сейчас она вместе с Бергенским университетом руководит проектом по поддержке лактации и банкам грудного молока в Уганде, в рамках которого оцениваются поддержка лактации и работа банков молока перед их масштабированием. Для начала — а сегодня нам придется немного сократить дискуссию, за что я очень извиняюсь, — мы зададим один вопрос всем участницам, и я попрошу каждую ответить очень

кратко. Д-р Nangia, Индия, начнем с вас. Какой пробел восполнило донорское грудное молоко в ваших условиях? По сути, вопрос в том, почему среди множества конкурирующих приоритетов в стратегию помощи новорожденным и их питания были включены банки грудного молока. Начнем с вас.

Dr. Sushma Nangia — Индия (Нью-Дели)

[00:48:52] Да. Приветствую вас из Нью-Дели, Индия. Для меня честь быть здесь; спасибо ВОЗ, ЮНИСЕФ и Kiersten. Большое спасибо, что пригласили нас. Позвольте сообщить, что в Индии ежегодно рождаются 26 миллионов детей, в том числе 3,5 миллиона недоношенных, — это самая большая когорта рождений среди всех стран. В 2014 году Индия была одним из 194 государств-членов, одобдивших глобальную рамочную программу Плана действий «Каждый новорожденный». На этой основе в сентябре 2014 года Индия объявила собственный план действий в интересах новорожденных, охватывающий репродуктивное здоровье и здоровье матерей, новорожденных, детей и подростков с учетом подхода на протяжении всей жизни, с обязательством снизить неонатальную смертность с тогдашних 26 на 1000 до однозначного показателя к 2030 году. Правительство Индии поставило цель обеспечить всеобщие роды в медицинских учреждениях и всеобщий доступ к грудному молоку для всех младенцев. С учетом этого в 2016 году была запущена программа МАА — «Абсолютная материнская любовь» — с новым акцентом на грудное вскармливание в первый час после рождения и исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев. Чтобы обеспечить такой же всеобщий доступ к грудному молоку для маловесных, больных и уязвимых младенцев, требовалось создавать и расширять банки грудного молока. Но Индия не пошла по пути отдельных, самостоятельных банков молока. Вместо этого она сделала упор на комплексную поддержку лактации у женщин, в которую и были встроены банки грудного молока. В августе 2017 года Индия приняла национальные руководящие принципы о центрах управления лактацией в государственных медицинских учреждениях, ориентированные на поддержку лактации у всех родильниц, вскармливание маловесных и больных детей молоком собственной матери и донорское грудное молоко, когда материнского молока недостаточно или его нет.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[00:51:05] Спасибо, д-р Nangia. Огромная потребность в Индии, а значит, и подходящая модель. Перейдем к Вьетнаму. Д-р Tran, как бы вы ответили на тот же вопрос — почему?

Dr. Hoang Tran — Вьетнам (Больница для женщин и детей Дананга)

[00:51:16] Всем здравствуйте. Во Вьетнаме ежегодно рождаются около 1,5 миллиона детей, в том числе более 100 000 недоношенных или с низкой массой тела при рождении. По разным причинам — болезнь матери, тревожность или разлучение матери и ребенка из-за болезни или недоношенности ребенка — более 50% этих детей, к сожалению, не получают раннего и исключительно грудного вскармливания, и им действительно нужна оптимальная альтернатива — пастеризованное донорское грудное молоко. Поэтому во Вьетнаме были созданы банки грудного молока, чтобы каждый маловесный, больной или уязвимый новорожденный, у которого нет молока собственной матери, все же мог получать донорское грудное молоко. Банки грудного молока также играют важную роль в

продвижении грудного вскармливания в нашем обществе, и эта инициатива напрямую поддерживает национальные приоритеты в области выживания новорожденных, питания детей и продвижения грудного вскармливания. Эти приоритеты отражены в Законе о детях, национальных стратегиях в области питания и планах действий Министерства здравоохранения. Спасибо.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[00:52:33] Спасибо, д-р Tran. Д-р Burgoine, переходим к вам и Уганде — история Мбале.

Dr. Kathy Burgoine — Региональная референс-больница Мбале

[00:52:40] Отлично. Спасибо, Kiersten. Всем добрый день. Примерно в 2019–2020 годах здесь, в Мбале, в Уганде, мы заметили, что выживает больше недоношенных детей, но им было очень трудно набирать вес, и даже матерям было трудно сцеживать тот объем молока, который мы у них просили. Более внимательно изучив наши данные, мы обнаружили, что около 40% наших недоношенных детей с очень низкой массой тела уже при рождении имели задержку роста. А к моменту выписки почти у 80% недоношенных отмечалось постнатальное отставание в росте. Для нас это было серьезной проблемой, Kiersten, потому что мы принимаем около 4000 детей в год, из них около 600 с очень низкой массой тела при рождении. Нам действительно нужно было найти решение. Полное парентеральное питание в таких условиях, как наши, очевидно, было нереальным. Обогазаторы грудного молока слишком дороги, а детская смесь хотя и была в наличии, оставалась дорогой; к тому же все мы знаем об осложнениях при кормлении недоношенных смесью. Поэтому мы начали с того, что имели: с недорогих мер, сосредоточившись на реальном внедрении «нулевого разлучения» и раннего непрерывного метода «мать-кенгуру». Мы начали обучать грудному вскармливанию всех матерей в отделении новорожденных, а также оказывать специализированную индивидуальную поддержку лактации матерям недоношенных детей. Но пробел все же оставался: некоторые дети по-прежнему не получали достаточно молока. Тогда нам пришлось всерьез задуматься о создании банка донорского грудного молока здесь, в Уганде, — думаю, мы поговорим об этом чуть позже. Словом, теперь мы можем давать прошедшее скрининг пастеризованное донорское грудное молоко, чтобы докармливать таких детей, пока мы продолжаем налаживать вскармливание молоком собственной матери. И, пожалуй, самое радостное — по крайней мере для нас в Уганде в этом году — то, что, опираясь на опыт нашей больницы вместе с больницами Нсамбьи и Кампалы, мы смогли объединить наши протоколы, опыт и рекомендации и в августе 2026 года представить национальные руководящие принципы по банкам грудного молока здесь, в Уганде.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[00:54:36] Это потрясающе, поздравляю! Хочу поблагодарить каждую из вас за объяснение того, почему. У вас очень много конкурирующих приоритетов и огромные потребности, так где же место банков грудного молока и почему? Спасибо. Теперь я хотела бы задать каждой из вас конкретный вопрос о вашей программе, чтобы копнуть поглубже и больше узнать о ваших условиях. Как рассказала Kimberly, в руководстве по внедрению приводится ряд тематических исследований, и Индия — одно из них. Д-р Nangia, хочу начать с вас. В Индии есть национальная стратегия масштабирования банков

грудного молока. Можете рассказать эту историю? Каков стратегический подход? Какая модель масштабируется? Как измеряется успех? Индия — это огромный масштаб: как все это институционализируется в рамках инициатив общественного здравоохранения? Вам слово. Ой, у вас выключен микрофон.

Dr. Sushma Nangia — Индия (Нью-Дели)

[00:55:36] Спасибо. Извините. Как я уже упоминала, в августе 2017 года Индия приняла национальные руководящие принципы о центрах управления лактацией в государственных медицинских учреждениях, ориентированные на четыре конкретных направления: поддержка лактации для всех женщин, рожаящих в учреждении, с поддержкой грудного вскармливания здоровых детей, распространяющейся на послеродовое отделение; вскармливание молоком собственной матери маловесных и больных детей, получающих помощь в отделениях для новорожденных, а именно в отделениях интенсивной терапии новорожденных и в отделениях специализированной помощи новорожденным, которые являются отделениями второго уровня на уровне округа; предоставление пастеризованного донорского грудного молока в качестве поддержки-моста маловесным и больным детям, когда материнского молока недостаточно или его нет; и, как сквозное направление, укрепление консультационных услуг во всей системе здравоохранения. Национальные руководящие принципы закрепили трехуровневую модель. В этой трехуровневой системе высший уровень, создаваемый при медицинских колледжах и крупных окружных больницах, получил название комплексного центра управления лактацией (CLMC): он включает консультирование по лактации и полную поддержку лактации и работает как полноценный банк грудного молока, оснащенный для сбора, хранения, пастеризации, исследования и выдачи донорского молока в отделения интенсивной терапии новорожденных. Второй уровень находится в окружных и субокружных больницах, где есть действующее отделение специализированной помощи новорожденным. Эти отделения второго уровня, разумеется, занимаются консультированием по лактации и решением проблем с лактацией, а также поддерживают сцеживание и хранение материнского молока для собственных детей матерей; часть непастеризованного грудного молока может направляться в CLMC для пастеризации и затем возвращаться. Базовый, или третий, уровень состоит из пунктов поддержки лактации, которые на самом деле являются не физическими подразделениями, а поддержкой лактации, оказываемой в каждом месте проведения родов, будь то центр первичной медико-санитарной помощи, общинный центр здоровья, окружная больница, медицинский колледж или ведущее учреждение. Все они содействуют раннему прикладыванию к груди, помогают с положением и захватом груди и решают проблемы, связанные с лактацией. Как мы знаем, в Индии огромная когорта рождений с наибольшим числом недоношенных детей, детей с низкой массой тела и задержкой внутриутробного развития, которые подвержены наибольшему риску трудностей с кормлением, сепсиса и других осложнений недоношенности, а также отставания в росте, и в итоге либо умирают, либо, выжив, имеют нарушения нервно-психического развития. Традиционное ведение таких детей в отделении интенсивной терапии новорожденных с парентеральным питанием или смесью сопряжено со множеством дополнительных осложнений: сепсисом, катетер-ассоциированными инфекциями кровотока, некротизирующим энтероколитом и многими другими; к тому же все это требует сложной организации приготовления и

введения, не говоря уже о стоимости. Так что все это было неосуществимо. Поэтому грудное молоко для нас — не просто оптимальное питание, а живое, спасающее жизнь вмешательство благодаря его уникальным биоактивным компонентам, которые помогают предотвращать инфекции, способствуют развитию иммунитета, а также общему здоровью и благополучию. Поэтому молоко собственной матери продвигалось и предпочиталось как первый вариант, а в руководящих принципах подчеркиваются все усилия по увеличению его количества. Все три уровня обеспечивают индивидуальное и групповое консультирование в зависимости от потребностей в поддержке лактации — начиная с женской консультации и далее в послеродовых палатах, родильном блоке, педиатрических и детских хирургических отделениях, кабинетах здорового ребенка и прививочных пунктах. Центр лактации помогает со сцеживанием молока матерям маловесных детей, находящихся в отделениях специализированной помощи и интенсивной терапии новорожденных, — чаще всего вручную или с помощью молокоотсоса, — чтобы у маловесных и больных детей было молоко собственной матери. Помимо поддержки лактации CLMC могут проводить скрининг и регистрацию доноров, а сцеженное молоко направляется в отделение интенсивной терапии как молоко собственной матери для кормления ее биологического ребенка. Излишки молока сдаются добровольно и хранятся в асептических условиях при соблюдении надлежащего температурного режима. Молоко объединяется, пастеризуется, исследуется и хранится до выдачи в отделение новорожденных. Пастеризованное донорское грудное молоко выдается только по действительному назначению отделения новорожденных с указанием данных о ребенке-реципиенте и состоянии лактации у его матери. Это внимательно отслеживается, и донорское молоко используется как поддержка-мост, пока ребенок не перейдет полностью на молоко собственной матери. Как правило, такая поддержка не распространяется на детей со сроком гестации более 32 недель и не продолжается дольше первых двух недель жизни. Вы спрашивали о показателях успеха. Показатель успеха — это доля молока собственной матери в общем объеме энтерального питания, которое получает ребенок; как скоро ребенок переходит полностью на молоко матери; как скоро он восстанавливает массу тела при рождении; и какова скорость прибавки массы после ее восстановления. То есть показатель успеха — не количество сданного молока и не объем молока в морозильниках банка, а количество молока собственной матери, которое получают дети. Этот подход институционализируется в системе общественного здравоохранения: в Индии уже работает более 100 банков молока, создается ряд центров управления лактацией, которые утверждаются и поддерживаются правительствами штатов по всей стране для поддержки отделений специализированной помощи новорожденным. Текущие инициативы связаны с созданием полностью функционирующей модели «центр — периферия», в которой CLMC выступает центром, пастеризующим донорское молоко, собранное в пунктах управления лактацией, и возвращающим его туда для использования в отделениях специализированной помощи новорожденным. Еще одна наша цель — создать безотказную систему отслеживания и прослеживаемости, фиксирующую перемещение, обработку и распределение донорского молока от момента сдачи до выдачи реципиенту. Планируется внедрить штрихкодирование, электронный учет и интегрированные базы данных. Ряд инициатив уже начат, но их нужно формализовать; на уровне страны это пока не сделано, но определенные шаги предприняты. Думаю, это все, что я хотела сказать.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:02:20] Отлично, большое спасибо, д-р Nangia. Это яркий пример интеграции и политического лидерства: встраивание банков грудного молока в комплексные центры управления лактацией при поддержке правительством Индии их расширения как приоритета. Это потрясающе. Д-р Tran, переходим к вам и Вьетнаму. Банк грудного молока Больницы для женщин и детей Дананга был создан в 2017 году и с тех пор служит моделью для расширения в регионе. Расскажите, пожалуйста, как банк грудного молока изначально встраивался в текущие инициативы в области питания и помощи новорожденным и как этот подход реализуется сейчас на региональном уровне? Спасибо.

Dr. Hoang Tran — Вьетнам (Больница для женщин и детей Дананга)

[01:03:04] Спасибо. Первый банк грудного молока во Вьетнаме был создан в Больнице для женщин и детей Дананга в 2017 году. Наша больница была выбрана для создания первого банка благодаря значительным достижениям в области ранней основной помощи новорожденным с 2014 года, когда более 90% новорожденных — как после естественных родов, так и после кесарева сечения — получали продолжительный контакт «кожа к коже» и раннее грудное вскармливание. Мы также применяем непрерывный метод «мать-кенгуру» для маловесных детей: более 90% недоношенных детей или детей с низкой массой тела при рождении в нашей больнице получают эту оптимальную помощь, а больница также обеспечивает немедленный метод «мать-кенгуру» сразу после рождения недоношенным детям, даже глубоко недоношенным. Появление банка грудного молока еще больше поддержало и продвинуло грудное вскармливание. Оно сформировало комплексный подход к помощи матерям и новорожденным, связав банк грудного молока с ранней основной помощью новорожденным, методом «мать-кенгуру», грудным вскармливанием и «нулевым разлучением» матерей и новорожденных. Благодаря такой интеграции Дананг стал центром передового опыта в области помощи матерям и новорожденным. Наша больница стала учебным центром для коллег со всего Вьетнама, а также местом, куда охотно приезжают коллеги из региона. В 2021 году мы опубликовали первые во Вьетнаме национальные руководящие принципы по банкам грудного молока, содержащие исчерпывающую информацию об их создании и работе. Опираясь на модель Дананга, мы открыли еще четыре банка грудного молока в трех регионах Вьетнама, в том числе в двух крупнейших женских больницах, в одной больнице для женщин и детей и в Национальной детской больнице. Мы также создали пять банков-спутников. За последние восемь лет из Дананга около 16 000 литров пастеризованного донорского молока было выдано почти 60 000 новорожденным, и данные нашей больницы также показывают значительный рост показателей грудного вскармливания после создания банка грудного молока. Такова информация нашей больницы и опыт Вьетнама. Спасибо за внимание.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:05:44] Большое спасибо, д-р Tran. Я очень ценю ваш рассказ о масштабируемой модели, потому что вы показали, во-первых, что до создания банка молока у вас была прочная основа, а интеграция стала возможной потому, что вы связали банк грудного молока с ранней основной помощью новорожденным, методом «мать-кенгуру», грудным вскармливанием и «нулевым разлучением»,

сделав его ключевой частью всего этого. Спасибо. Д-р Burgoine, перейдем к Уганде. Думаю, вы много раз слышали — и я слышала это много раз за свою карьеру в этой области, — что банки грудного молока часто воспринимаются как ресурсоемкие, сложные, подходящие только для стран с высоким уровнем дохода и неуместные в условиях ограниченных ресурсов, где как раз и сосредоточено наибольшее бремя. В руководстве по внедрению есть тематические исследования, и Уганда тоже в их числе. Банк грудного молока в Мбале открылся в 2023 году. Это первый банк грудного молока в больничных условиях в Уганде. Вы работаете по недорогой модели, одновременно применяя комплексный подход к оказанию помощи. Можете описать ваш подход, остановившись на осуществимости, устойчивости и том эффекте, который вы наблюдаете? Вам слово.

Dr. Kathy Burgoine — Региональная референс-больница Мбале

[01:07:04] Замечательно. Спасибо, Kiersten. Это очень важное замечание, и действительно распространено мнение, что банки молока — только для стран с высоким доходом и что это очень дорого, так что это прекрасный вопрос для сегодняшнего вебинара. Я не смогу рассказать обо всем, но могу поделиться некоторыми ключевыми факторами, которые мы учитывали при разработке программы «Мост к грудному вскармливанию» здесь, в нашей государственной больнице на востоке Уганды. Прежде всего, очень важно сказать, что программа разрабатывалась вместе с теми, кто будет ею пользоваться и ее осуществлять. Мы опрашивали родителей недоношенных детей, врачей-неонатологов и медсестер, но при разработке программы привлекали также администраторов и сотрудников лаборатории. Нам также очень повезло: в больнице были две магистрантки, которые провели для нас формальное качественное исследование приемлемости, барьеров и способствующих факторов — не только в отношении использования донорского грудного молока (помните, для Уганды это новое), но и в отношении самой сдачи молока, потому что если нет доноров, то и банка молока, по сути, нет. Как я уже говорила, ресурсов у нас было немного, поэтому мы начали с недорогих мер, о которых уже рассказали Sushma и Hoang. Мы сосредоточились на продвижении политики «нулевого разлучения», следя за тем, чтобы матери и дети находились вместе с рождения или, в идеале, с момента поступления. Этого нам удалось добиться и за счет поощрения раннего непрерывного метода «мать-кенгуру», о котором вы уже слышали. А недавно у нас появились кресла для метода «мать-кенгуру», так что матери при желании могут удобно находиться у кровати ребенка круглые сутки. Следующим шагом стало, можно сказать, наше первое вмешательство: мы взяли на работу сертифицированного специалиста по грудному вскармливанию, у которой две основные функции. Во-первых, каждый день она проводит обучение грудному вскармливанию для каждой матери в отделении, чтобы все знали о грудном молоке и грудном вскармливании и о том, чем они полезны для матери и ребенка. Она также рассказывает, как сцеживать молоко, как кормить из чашки и ложки, как кормить через назогастральный зонд, а теперь затрагивает и донорское грудное молоко: что это такое, кто может его сдавать и кому оно действительно нужно, — чтобы восполнить недостаток осведомленности, выявленный в нашем качественном исследовании. Кроме того, наша медицинская бригада ежедневно делает обходы, и как только выявляется ребенок весом менее 1500 граммов или любой другой ребенок, у которого в паре «мать — ребенок» есть трудности с выработкой молока, его немедленно — в идеале в течение 24 часов — направляют к специалисту по грудному вскармливанию,

и мать получает индивидуальную поддержку лактации, пока выработка молока не наладится. По крайней мере по нашим данным здесь, в Мбале, около 80% наших матерей способны вырабатывать достаточно собственного молока благодаря одним лишь этим очень простым мерам, которые я только что описала. Но есть одно «но», и это одна из причин, по которым мы сегодня здесь: не все дети могут получить достаточно молока от матери, особенно в первые дни, которые так важны для недоношенных детей, за которыми мы ухаживаем. И когда мы начали об этом думать, да, мы тоже считали: слишком дорого, невозможно в наших условиях. Пастеризаторы, которые мы рассматривали, стоили десятки тысяч долларов, требовали надежного электроснабжения и постоянного водоснабжения, не говоря уже о техническом обслуживании и ремонте, а здесь мы просто не можем полагаться на постоянное водо- и электроснабжение. Так что все это казалось недостижимым. Именно тогда мы познакомились с работой вашей, Kiersten, и Anna Coutsoydis с коллегами из Южной Африки над аппаратом Piastra. Piastra обеспечивает высокотемпературную кратковременную пастеризацию, о которой уже упоминалось, — ее также называют флеш-пастеризацией. Одно из больших преимуществ такого типа пастеризации в том, что для охлаждения не требуется постоянная подача воды, а электроэнергии нужно минимум. Кроме того, Piastra построен по модульному принципу, и, кроме компьютера аппарата, все детали при необходимости замены или ремонта можно найти на месте, в Уганде, так что постоянное сервисное обслуживание нам не нужно. Он может пастеризовать только три бутылочки молока за раз, что, возможно, является недостатком, но за час мы можем пастеризовать 12 бутылочек, и даже в нашем загруженном отделении, о котором я говорила, этого, похоже, было достаточно по крайней мере последние три года. Но самое главное — установка этого пастеризатора грудного молока обошлась менее чем в 1000 долларов. Так что эту проблему мы в каком-то смысле решили. Следующее, о чем нам нужно было подумать в наших условиях: откуда возьмутся доноры? Мы уже слышали, что привлекать доноров можно из самых разных источников. Мы решили опираться на матерей, которые уже находятся в отделении новорожденных, — матерей, которые пробудут там, возможно, неделю, а может быть, месяц-два. Так, вложившись в скрининг, консультирование и получение согласия этих матерей, можно было постоянно получать от них донорское грудное молоко. Это значительно снизило затраты: нам не нужно было обеспечивать транспорт и логистику для доставки молока из сообщества. Дополнительным преимуществом стали чистые условия: мы могли наблюдать за сцеживанием и сразу замораживать молоко, не беспокоясь о безопасности сцеживания в домашних условиях и о холодовой цепи от дома до больницы. Сейчас мы замораживаем все молоко при -20°C в бытовых морозильниках с круглосуточными Wi-Fi-термометрами. А когда у матери недостаточно молока, мы продолжаем описанные недорогие меры, индивидуально поддерживая мать в налаживании собственной лактации, а донорское грудное молоко служит лишь дополнением, пока она не сможет вырабатывать достаточно своего. Итак, подводя итог, программа «Мост к грудному вскармливанию» за последние два года сократила постнатальное отставание в росте у детей с очень низкой массой тела при рождении примерно на 30%. Поэтому я здесь, чтобы сказать: не нужно находиться в стране с высоким уровнем дохода. Не нужны изощренные технологии, если сосредоточиться на подходящих и доступных. Если взять на себя ответственность на местах, изучить местную приемлемость, барьеры и способствующие факторы, с которыми команда вполне может справиться, мы создаем ту самую прочную основу, о которой сегодня говорили все: поддержку

грудного вскармливания, индивидуальную поддержку лактации. И мы не сосредоточиваемся на одном лишь донорском грудном молоке — мы используем его как мост к грудному вскармливанию. Но в конечном счете все наши дети отправляются домой на молоке собственной матери. И, как сказала Queen в начале, они отправляются домой и не просто выживают — они полноценно развиваются. Спасибо, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:13:45] Огромное спасибо, д-р Burgoine. Ваш опыт очень важен для многих участников. Бремя уязвимых новорожденных сосредоточено в условиях ограниченных ресурсов, и вы показываете, что недорогие модели возможны, но также что дело не только в донорском молоке — оно связано с более широкой системой помощи. И хочу также отметить: мы понимаем, что дальнейшая оптимизация операционных систем банков молока для стран с низким уровнем дохода совершенно необходима. У нас есть еще один вопрос, но мне придется попросить участниц отвечать гораздо короче, чем мы планировали. Как рассказала Kimberly, руководство по внедрению построено вокруг определяющих факторов, ключевых целей и оперативных приоритетов, которые объясняют, как и почему вы выбрали ту или иную модель. Исходя из вашего разнообразного опыта, какой из этих факторов или компонентов оказался, по-вашему, самым важным на пути к созданию банка молока и почему он будет важен для других в будущем? Очень-очень кратко — у вас, наверное, по несколько секунд на ответ. Начнем с д-ра Nangia.

Dr. Sushma Nangia — Индия (Нью-Дели)

[01:15:01] Конечно. Если говорить о ключевом компоненте, то ключевой компонент нашей модели CLMC — комплексная помощь матери и новорожденному. Целенаправленная интеграция CLMC в акушерскую помощь и клиническую помощь новорожденным гарантирует, что семьи получают последовательную поддержку грудного вскармливания — начиная с дородовой помощи, в перинатальный период и далее в послеродовой период и даже при послеродовых контрольных визитах. При такой организации основными донорами этих больничных банков молока становятся матери недоношенных детей, находящихся в отделениях для новорожденных и в отделениях совместного пребывания матери и новорожденного, которые в Индии расширяются. Другой ключевой компонент — наращивание потенциала: одна лишь инфраструктура не создает устойчивую программу банков молока. Нам нужны медсестры, врачи, консультанты, технические специалисты и администраторы, которые понимают свою роль и работают в рамках общей системы. Поэтому обучение становится неотъемлемой частью масштабирования. Больничные структуры в государственных больницах имеют преимущество: они располагают инфраструктурой, ресурсами и кадрами больницы, а также...

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:16:11] Мне придется вас прервать, просто чтобы две другие участницы тоже успели коротко ответить, если вы не возражаете. Прошу прощения.

Dr. Sushma Nangia — Индия (Нью-Дели)

[01:16:16] Последняя фраза: для стран с низким и средним уровнем дохода путь вперед — создавать CLMC, а не просто отдельные банки молока.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:16:27] Большое спасибо. Д-р Tran.

Dr. Hoang Tran — Вьетнам (Больница для женщин и детей Дананга)

[01:16:27] За одну минуту: ключевой вопрос на нашем пути — как поддерживать работу банка грудного молока с хорошим качеством и безопасностью в условиях ограниченных ресурсов. Именно поэтому мы выбрали для банка грудного молока больничные условия, где можно контролировать качество и безопасность, а матери, практикующие метод «мать-кенгуру» в отделении новорожденных, — хорошие доноры при достаточном скрининге и лабораторном обследовании, контроле гигиены и хранения грудного молока. Они также дают подходящее молоко для недоношенных и больных новорожденных, а доноров из сообщества мы тоже привлекаем по соответствующим критериям. Инфраструктура больницы с микробиологической лабораторией позволяет проводить необходимые исследования до и после пастеризации, а отдел инфекционного контроля больницы с его регулярной стерилизацией также обеспечивает безопасность. Работа банка грудного молока в больнице находится под надзором системы здравоохранения — от провинциального департамента здравоохранения до Министерства здравоохранения. Поэтому безопасность — ключевое соображение в любых условиях, и новое руководство ВОЗ и ЮНИСЕФ по внедрению банков грудного молока, опубликованное сейчас, дает исчерпывающие рекомендации странам, желающим создать новый банк грудного молока, помогая им выбрать модель, подходящую для местных условий, и соблюдать высокие стандарты качества и безопасности. Спасибо.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:17:58] Д-р Burgoine, может быть, одну фразу, потому что, кажется, время вышло. Извините.

Dr. Kathy Burgoine — Региональная референс-больница Мбале

[01:18:04] Да, конечно, безусловно. Думаю — и надеюсь, это было понятно из сказанного ранее, — наш опыт в Мбале показал, что для открытия банка молока действительно не нужно крупное, узкоспециализированное, дорогостоящее оборудование. Нужно начинать с того, что есть, и начинать с малого. Мой главный посыл: если вы собираетесь начинать, не начинайте с вопроса, как построить банк молока. Начните с вопроса, как максимально использовать уже имеющиеся ресурсы для поддержки ваших матерей: метод «мать-кенгуру», «нулевое разлучение», обучение грудному вскармливанию, поддержку лактации. Так что начинайте с малого, используйте то, что есть, всегда поддерживайте матерей и, если у вас есть доступ к донорскому грудному молоку, используйте его как мост к грудному вскармливанию. Спасибо, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — модератор панельной дискуссии

[01:18:49] Отлично. Огромное спасибо. Хочу искренне поблагодарить всех участниц дискуссии. Вы помогли сформировать и наполнить содержанием это руководство по внедрению, и мы глубоко благодарны вам за ваше время. Прошу всю нашу аудиторию присоединиться ко мне и поаплодировать им, и я возвращаю слово вам, Doris. Спасибо.

Doris Mollel — модератор

[01:19:08] Что ж, большое спасибо, д-р Kiersten. Было очень приятно смотреть, слушать и представлять, как выглядит банк молока и с какой радостью наши доноры сдают молоко, на тех примерах, которые вы показали. Думаю, все мы рады прекрасным историям, которые услышали, и верим, что благодаря этому руководству сможем воспроизвести этот опыт в нашем контексте и сделать это доступным в своих условиях, где бы мы ни находились: ни один ребенок никогда не должен оставаться без грудного молока. А теперь позвольте пригласить Gillian Weaver — специалиста по банкам грудного молока с более чем 36-летним стажем, соучредителя Ассоциации банков молока Великобритании, Европейской ассоциации банков молока и Глобального альянса банков и ассоциаций грудного молока. Сейчас она расскажет о дальнейших шагах — о нашем призыве к действию. Gillian, мы все с нетерпением ждем вашего выступления. С вашим 36-летним опытом вы слышали д-ра Queen, слышали участниц дискуссии, слышали все эти замечательные истории. С чем вы хотите, чтобы мы ушли?

Gillian Weaver — эксперт по банкам грудного молока, призыв к действию

[01:20:31] Спасибо, Doris. Итак, начнем: путь вперед, призыв к действию. Прежде чем начать, должна сказать, что я очень взволнована тем, что нахожусь здесь в день, который считаю очень важным в истории банков грудного молока. Выход стандартов ВОЗ — фантастическое достижение. Но что дальше? И еще мне очень нравится эта фотография — она так много говорит о банках грудного молока. Но идем дальше: если можно, следующий слайд, пожалуйста. «Мы хотим открыть банк молока». Интересно, сколько из вас на этом вебинаре произносили эти слова или к вам обращались за помощью. Если можно, щелкните еще пару раз... и по карте тоже. Спасибо. На карте отмечены многие из почти 800 банков молока в более чем 60 странах, но 20 лет назад она выглядела бы совсем иначе. Вот список некоторых первых банков молока в своих странах или регионах, созданных в последние десятилетия, и мест их расположения; прошу прощения у тех, кого я неизбежно упустила. Так что это было поистине глобальное движение, но до сих пор ему приходилось развиваться без доступа к стандартам, в полной мере подходящим для всего мира. Поэтому появление этих стандартов вместе с руководством по внедрению коренным образом изменит ситуацию как для будущих банков молока, так и для уже работающих. Если можно, следующий слайд. Как мы уже слышали, эти стандарты отдают приоритет комплексным стратегиям защиты, поощрения и поддержки лактации и грудного вскармливания — краеугольного камня питания новорожденных, — а также справедливому и гарантированному доступу к безопасному и высококачественному донорскому грудному молоку. Кроме того, есть ключевые цели, включая оперативные приоритеты по оптимизации затрат, соответствию политическим и нормативным рамкам и уважению культурных и общественных норм. Таковы некоторые из основных тезисов. Но перейдем к следующему слайду: когда мы думаем об улучшении исходов, каковы первые шаги? Эти стандарты разработаны и для того, чтобы содействовать

продуманному планированию — как мы слышали на некоторых из этих замечательных примеров — и проектированию систем с учетом контекста. Они способствуют созданию на уровне стран устойчивых и жизнеспособных систем банков грудного молока, которые, конечно, встроены в стратегии помощи новорожденным и продвижения грудного вскармливания. Они также помогут реагировать на местные потребности и повышать справедливость и качество служб помощи матерям и новорожденным. Чтобы эти первые шаги не остались на обочине, нам нужно воплотить эти надежды в жизнь. Если можно, следующий слайд, пожалуйста, — и мы переходим к нашему призыву к действию, во многом основанному на том, что мы сегодня услышали. Прежде всего, нам нужно создавать устойчивые и жизнеспособные системы банков грудного молока, встроенные в помощь новорожденным и в стратегии в области питания и продвижения грудного вскармливания, которые отвечают местным потребностям и повышают справедливость и качество служб помощи матерям и новорожденным. Нам нужно включить донорское грудное молоко в показатели вскармливания и лактации. Впервые последнее обследование вскармливания младенцев в Великобритании включало вопросы о донорском грудном молоке, и я надеюсь, что в следующем обследовании их будет больше. В более широком плане нам нужен более совершенный и релевантный сбор данных: сейчас нам катастрофически не хватает данных и показателей вскармливания как в области неонатологии, так и в области питания. Нам нужно следить за тем, чтобы о банках молока не забывали при поиске путей укрепления питания новорожденных и специализированных навыков в области лактации — на всех уровнях и во всех дисциплинах. И я надеюсь, что мы не забудем о разработке доступных решений технологических процессов и задач на фоне развития высокотехнологичного оборудования и процессов. Было замечательно услышать пример Уганды и аппарата Piastra. И наконец, необходимо создать четкую нормативную базу, в том числе уделяя внимание этике и опасениям, связанным с коммерциализацией. Итак, это призыв к исполнителям и донорам во всем мире. В условиях перемен в глобальном здравоохранении мы не можем упускать из виду, что это приоритетная группа населения и что грудное молоко — приоритетное вмешательство для этих крайне уязвимых младенцев. Спасибо.

Doris Mollel — модератор

[01:26:16] Большое спасибо. Огромное спасибо, Gillian. Прошу поднять большой палец вверх и поаплодировать Gillian Weaver за призыв к действию. Я очень рада и очень благодарна Глобальному коллективу по грудному вскармливанию, ЮНИСЕФ и ВОЗ за это ценное руководство, и мы уверены, что как участники и защитники охраны здоровья матерей и детей будем и дальше продвигать эту повестку во всем мире и везде, где можем высказаться в поддержку банков грудного молока и, конечно, донорства, которое поможет детям выживать и полноценно развиваться. Я благодарна за возможность быть модератором этой сессии и очень благодарна за прекрасную работу, которую вы проделали. Все вы поделились замечательными историями, мы услышали очень многих. Но сейчас, когда мы подходим к концу и у нас осталось всего три минуты, позвольте пригласить Laurence Grummer-Strawn с заключительным словом. Д-р Grummer-Strawn возглавляет Группу действий в области питания и продовольственных систем Всемирной организации здравоохранения, где координирует работу ВОЗ по питанию матерей, младенцев и детей раннего возраста. Ранее он руководил отделом питания Центров по контролю и профилактике заболеваний США. Он автор более 180 научных публикаций и

пользуется международным признанием за работу в области политики грудного вскармливания и разработку стандартов роста CDC и ВОЗ. Вам слово, д-р Grummer-Strawn. Мы с нетерпением ждем вашего заключительного слова перед закрытием этого прекрасного мероприятия, такого исторического для всех нас.

Dr. Laurence Grummer-Strawn — ВОЗ, заключительное слово

[01:28:04] Большое спасибо, Doris. Постараюсь быть кратким, поскольку мы подходим к концу. Я просто хотел подытожить то, что для меня стало главными выводами сегодняшнего вебинара, — ключевые мысли, прозвучавшие во всех выступлениях. Во-первых, хотя сегодня мы сосредоточились на банках донорского грудного молока, это нужно рассматривать в более широком контексте. Наша первая рекомендация по уходу за такими детьми всегда — кормление молоком собственной матери. А это значит, что мы должны лучше поддерживать матерей и делать все возможное, чтобы это стало реальностью. Банки донорского грудного молока мы рассматриваем лишь как запасной вариант, как мост, когда молока матери недостаточно или у нее возникают трудности. Нужно также учитывать, что во многих условиях еще одним вариантом может быть вскармливание кормилицей. Поэтому не следует сразу переходить к банкам донорского грудного молока — они являются частью этого более широкого комплекса. Во-вторых, нужно пройти ряд этапов, чтобы донорское грудное молоко было действительно безопасным и качественным. Традиционно мы уделяли основное внимание безопасности: как пастеризовать это молоко, как его защитить? А о качестве думали меньше. И, по-моему, одна из главных идей этих стандартов — как сделать так, чтобы мы сохраняли пищевые качества молока и его биоактивные свойства и чтобы оно приносило ребенку максимальную пользу. Традиционно безопасность молока обеспечивалась пастеризацией. А эти стандарты указывают, что есть и другие варианты: в определенных обстоятельствах и при соблюдении определенных мер предосторожности можно использовать сырое молоко. В каком-то смысле это новый образ мышления. В-третьих, странам предстоит продумать разные способы организации таких систем. Недостаточно, чтобы больница просто сказала: «Мы откроем банк молока». Нужно продумать вопросы регулирования: централизовать или децентрализовать? Как организовать координацию в масштабах страны? Как координироваться с клинической помощью, чтобы обеспечить помощь матерям? Как координироваться с другими медицинскими продуктами, которые могут использоваться в наших службах здравоохранения? Нужны ли им аналогичные системы скрининга, аналогичные системы обработки — или нет? Что будет работать? Мы постарались изложить в документах много соображений на этот счет, но над этими вопросами придется подумать всем. И наконец, по-моему, из примеров стран действительно следует, что банки донорского грудного молока — не проблема, как иногда думают, будто они отвлекают от поддержки матерей. Напротив, как выяснилось, они усиливают поддержку лактации. И для них не обязателен высокий уровень дохода: мы можем найти решения и для стран с низким уровнем дохода. Так что это решение, которое может стать частью нашей системы здравоохранения и обеспечить более широкую поддержку грудного вскармливания. В завершение хочу поблагодарить многих людей, благодаря которым все это стало возможным. Прежде всего тех, кто разрабатывал стандарты, — группу по разработке стандартов, ключевой состав экспертов со всего мира во главе с Maryanne Perrin, которую вы сегодня слышали; наши группы систематических обзоров,

которые изучили огромный объем литературы, чтобы сформировать эти стандарты; экспертную группу по руководству по внедрению, которая привнесла опыт национальных программ координации — как на уровне министерств здравоохранения, так и самих банков молока; и группу заинтересованных сторон, представляющую многие банки молока по всему миру, которая помогла нам определить, какие вопросы нужно решать и как их рассматривать. Особо хочу поблагодарить команду PATH, которая свела всю эту работу воедино и была нашей главной опорой на протяжении многих лет при подготовке обоих документов; некоторых из них вы слышали сегодня в презентациях. Благодарю наших докладчиков, особенно из стран — Уганды, Индии и Вьетнама — за их идеи, и спасибо вам, Doris, за то, что провели нас через всю эту программу. За кулисами Janette McCulla и Jorgen Johnson взяли на себя значительную часть организационной работы по этому вебинару, при поддержке более широкой команды ЮНИСЕФ и PATH на всех этапах. И наконец, спасибо всем вам, участникам. Надеюсь, это было полезно, и надеюсь, документы вам пригодятся. Большое спасибо. Хорошего дня.

Doris Mollel — модератор

[01:32:20] Большое спасибо. Можно увидеть ваши аплодисменты? Можно увидеть поднятые большие пальцы? Большое спасибо. Наконец-то у нас есть руководство. Давайте внедрять. Давайте хорошо поработаем и позаботимся о том, чтобы дети получали молоко своих матерей. Будь то донорское молоко или кормление грудью, пусть дети получают все питание, которого они заслуживают, чтобы расти и полноценно развиваться. С вами была Doris Mollel, исполнительный директор Фонда Doris Mollel и защитник интересов маловесных и больных новорожденных. Большое спасибо, что пригласили нас. До свидания!