

International Lactation Consultant Association

Международная ассоциация консультантов по грудному вскармливанию

Руководство по оказанию помощи в кормлении грудью на протяжении двух первых недель, основанное на доказательствах*

Перевод с английского.

1999г.

* Evidence-Based Guidelines for Breastfeeding Management during the First Fourteen Days,
(C) International Lactation Consultant Association, April, 1999,

Содержание

Предисловие	3
1. Содержание рекомендации	3
2. Обоснование и ссылки	3
3. В скобках приведена степень доказательности (см. приложение I) Ожидаемые результаты при грудном вскармливании для матери и ребенка	3
Ожидаемые результаты при грудном вскармливании для матери и ребенка.....	4
Рекомендации	4
1. Помогите матери начать грудное кормление как можно раньше, (в идеале – в течение первых двух часов после рождения).....	4
2. Помогите матери выбрать удобное положение для кормления	5
3. Поощряйте совместного пребывания матери и ребенка в одной палате на протяжении 24х часов в сутки	5
4. Поощряйте неограниченные кормления грудью 8-12 раз в сутки.....	6
5. Убедитесь, что родители знают о ранних признаках готовности ребенка к кормлению, чтобы вовремя отреагировать на них:	6
6. Убедитесь, о знании родителей того, что количество вырабатываемого молока зависит от количества высосанного из груди. Увеличить лактацию можно следующим образом:.....	7
7. Убедитесь, что родители знают, когда и как разбудить спящего ребенка:	7
8. Если для этого нет медицинских показаний, поощряйте родителей избегать пользоваться бутылочками с соской, пустышками, допаиваниями и докормами до тех пор, пока кормление грудью хорошо не наладится. У большинства младенцев это происходит в возрасте 4-6 недель. Некоторые дети (мамы) никогда не пользуются пустышками или бутылочками.	7
9. Во время пребывания в больнице наблюдайте хотя бы за одним кормлением грудью в течение каждых 8 часов и отметьте в истории развития следующее:	8
10. Знайте признаки неэффективного кормления грудью.....	8
11. Если в течение первых суток не наблюдается эффективного кормления грудью:	9
12. Определите факторы риска, которые могут влиять на способность младенца эффективно кормиться грудью. Обеспечьте пристальное наблюдение и необходимую помощь в кормлении. Факторы Риска включают:	10
13. Определите материнские факторы риска для трудностей с грудным кормлением. Обеспечьте соответствующую помощь и патронаж. Факторы Риска включают:.....	10
14. Определите противопоказания к кормлению грудью со стороны ребенка и матери, включающие:	11
15. Если есть медицинские показания к назначению дополнительного кормления, используйте методы, которые не ставят под угрозу грудное вскармливание:.....	11
16. Убедитесь, что родители знают:	12
17. Убедитесь, что ребенка будут наблюдать в пределах 2-3 дней после выписки из больницы. 12	
18. Выдайте учебные пособия, которые:	12
19. Если мама или ребенок нуждаются в госпитализации, продолжайте поддержку грудного вскармливания.	13
20. Избегайте распространения типовых пакетов, которые включают предметы, предназначенные для искусственного вскармливания или рекламу таких изделий.....	13
21. Включите членов семьи или ее ближайшее окружение в образовательную программу по кормлению грудью.	13
22. Обучите родителей способам разрешения обычных проблем, которые могут встречаться при длительным кормлением грудью.	13
23. Сообщите родителям следующую важную информацию и помогите родителям установить разумные (реалистические) ожидания относительно:	15
24. Обсудите методы предохранения, включающие:	16
Приложение 1. Критерии оценки степени доказательности.....	17
Приложение 2. Техническая Консультативная Группа.....	18
Литература	19

Предисловие

Американская Академия Педиатрии, Американская Академия Семейной Медицины и Американский Колледж Акушерства и Гинекологии рекомендует кормление грудью как оптимальный метод кормления младенцев.^{1,3,4 *}

Тем не менее, исследования показывают, что более 50 % детей отлучаются от груди в период первых 14 дней.^{22,65} Поэтому данный документ концентрирует внимание на становлении грудного вскармливания и оказании помощи по кормлению грудью в этом периоде.

Это руководство распространяется на здоровых доношенных младенцев. Рассмотрены важнейшие проблемы, которые часто приводят к преждевременному прекращению грудного вскармливания. Руководство адресовано квалифицированным профессионалам грудного вскармливания таким, как Консультанты, сертифицированные Международным Правлением Консультантов по грудному вскармливанию (IBCLC), врачам, акушеркам, медсестрам, и врачам - диетологам.

Руководство по грудному вскармливанию должно быть основано на доказательной медицине, а также быть последовательным, точным, и клинически приспособленным к эффективному воздействию на начало и продолжение грудного вскармливания⁹¹. Рекомендации, представленные в этом руководстве, включают как клинические, так и образовательные компоненты. Чтобы оказать эффективную помощь в кормлении грудью, профессиональный медицинский работник должен определить соответствующие клинические рекомендации и выявить потребность матери в определенной информации, необходимой для их выполнения. Часто, перед тем, как соответствующая рекомендация будет выполнена, требуется разрушить определенные стереотипы, поддерживаемые мифами и суевериями. Доказательная база, поддерживающая это руководство, всегда, когда это возможно, основана на исследованиях.

Некоторые рекомендации не поддаются контролируемому и рандомизируемому исследованию истинно экспериментального характера, но основаны на клиническом опыте и логических выводах из известных научных фактов. Поддерживающие документы ранжированы от оригинальных исследований до работ, основанных на многолетнем клиническом опыте. Оценка степени доказательности каждой рекомендации осуществляется с применением стандартной модели, разработанной американской целевой группой профилактических услуг (см. Приложение 1).⁹⁵

Это руководство - кульминация усилий группы экспертов из разных областей, нацеленная на потребности аудитории. Надеемся, что эти рекомендации, разработанные, чтобы стать руководством в обеспечении оптимальной помощи младенцам и кормящим матерям, облегчат начало кормления грудью и увеличат его продолжительность.

Замечания:

В этом переводе принята следующая структура изложения для каждой рекомендации из этого документа:

1. Содержание рекомендации
2. Обоснование и ссылки.
3. В скобках приведена степень доказательности (см. приложение I)

* В данном документе под термином «грудное вскармливание» подразумевается «исключительно» или «почти исключительно» грудное вскармливание.

Ожидаемые результаты при грудном вскармливании для матери и ребенка

Здоровый доношенный ребенок на грудном вскармливании:

- будет получать исключительно грудное вскармливание
- потеряет не более чем 7 % от первоначальной массы при рождении
- восстановит свой вес при рождении к возрасту 14 дней
- будет мочиться к 4-м суткам не реже 6 раз в день, при частоте стула не менее 3х раз
- станет прибывать в массе не менее чем на 28-30 граммов в день

Матери здоровых доношенных детей, которые решили кормить грудью:

- будут кормить исключительно грудью
- будут хорошо знать ранние признаки голода ребенка, когда его пора покормить
- будут знать признаки эффективного кормления грудью
- не будут иметь никакой болезненности в молочных железах или сосках
- будут хорошо знать правила кормления грудью

Рекомендации

1. Помогите матери начать грудное кормление как можно раньше, (в идеале – в течение первых двух часов после рождения)

- Обеспечить условия для непрерывного контакта кожа-к-коже в течение первых 2х часов после рождения или до окончания первого кормления грудью
- Отложите ненужные процедуры, по крайней мере, в течение первых 2х часов после рождения или до окончания первого кормления грудью

Раннее начало грудного кормления способствует:

- более раннему становлению эффективного кормления грудью^{29,82,98,99} (I, II-1,II-2, III)
- становлению психологической взаимосвязи между матерью и ребенком⁹⁷ (II-1)
- улучшению терморегуляции у новорожденного¹³ (II-1)
- стабилизации уровня сахара в крови ребенка^{34,105} (II-2)
- скорейшему отхождению первородного стула и уменьшению количества желтух¹⁰⁶ (II-3)
- боьшей продолжительности грудного вскармливания^{18-20,86,92,106} (I, II-1, II-3)

Рутинные процедуры, такие как профилактическое назначение витамина К и эритромицина*, прерывают общение ребенка с матерью и задерживают начало кормления^{52,54,82,98} (I, II-1,II-2, III)

* Возможно, идет речь о закладывании эритромициновой мази в глаза ребенка (прим. пер.)

2. Помогите матери выбрать удобное положение для кормления

Обеспечьте правильное расположение ребенка у груди:

- мама поддерживает ребенка на уровне своей груди
- ребенок обращен (повернут) к груди матери, его голова и туловище находятся на одном уровне

Следите за признаками правильного захватывания ребенком груди:

- рот ребенка широко открыт
- губки ребенка вывернуты наружу
- нос, щеки, и подбородок ребенка касаются груди, и почти прижаты к ней

Наблюдая за ребенком, проследите за признаками поступления к нему молока:

- ритмичное медленное сосание с паузой после нескольких сосательных движений
- слышимое глотание
- расслабленные ручки и ножки ребенка
- влажный ротик
- после кормления ребенок выглядит удовлетворенным

Наблюдая за матерью, проследите за признаками поступления от нее молока к ребенку:

- ощущения сильного сосания, которое безболезненно
- жажда
- в первые 3-5 дней во время или после кормления ощущаются сокращения матки или усиление маточных выделений
- во время кормления видно выделение молока из противоположной груди
- мама спокойна или расслаблена
- в процессе кормления грудь становится мягче
- сосок после кормления вытянут, но не сплюснен и не травмирован

Поступление молока к ребенку происходит легче при правильном расположении и захватывании ребенком груди. Правильная позиция во время кормления лучше всего способствует правильному сосанию, которое очень индивидуально для каждой матери и ребенка^{70,83,89} (II-3,III)

Правильное расположение ребенка уменьшает до минимума случаи травмирования сосков и появления трещин¹⁰⁸ (III)

3. Поощряйте совместного пребывания матери и ребенка в одной палате на протяжении 24х часов в сутки

Врачебные осмотры и обычные обследования проводите в палате у матери

Совместное пребывание в одной палате облегчает процесс кормления грудью.^{17,19,66,80} (I, II-1,III)

Практика больницы часто влияет на становление эффективного кормления грудью.^{9,101,104} (I, II-2)

Практика больницы и квалификация персонала имеют большее значение для выработки стойких навыков, чем устное обучение^{80,101,104} (II-1, II-2 II-3)

Частые грудные кормления способствуют усилению выработки молока. Дети реже нуждаются в докормах искусственной смесью, если они находятся в одной палате рядом с матерью, по сравнению с детьми, пребывающими отдельно.^{26,106,107} (II-3)

Матери хуже высыпаются, когда их детей забирают на ночь в детскую палату⁵⁰ (II-3)

4. Поощряйте неограниченные кормления грудью 8-12 раз в сутки.

Неограниченные грудные кормления по требованию ребенка (по сравнению с кормлением по режиму):

- помогают предотвратить патологическое нагрубание молочной железы^{29,40} (II-3, III)
- уменьшают частоту неонатальных желтух¹⁶ (II-3)
- стабилизирует уровень глюкозы в крови ребенка^{34,105} (II-2)
- снижает процент максимальной убыли массы тела и увеличивает темп восстановления массы^{17,106} (II-1, II-3)
- способствует более раннему началу выработки зрелого молока (лактогенезу)^{46,86,106} (I, II-3)
- увеличивает продолжительность грудного вскармливания^{86,90}

5. Убедитесь, что родители знают о ранних признаках готовности ребенка к кормлению, чтобы вовремя отреагировать на них:

- Сосущие движения
- Причмокивания
- Движения рук ко рту
- Быстрые движения глаз
- Мягкие воркующие или призывные звуки
- Повышение двигательной активности

Внимательное наблюдение за первыми сигналами готовности к кормлению способствует правильному захватыванию ребенком груди и эффективному сосанию, что закрепляет ответные материнские реакции на ребенка.^{17,30,36,78} II-1, II-2, III

6. Убедитесь, о знании родителей того, что количество вырабатываемого молока зависит от количества высосанного из груди. Увеличить лактацию можно следующим образом:

- Прикладывать ребенка к груди всякий раз, когда он подает сигналы готовности к кормлению
- Кормить одной грудью без ограничения по времени (приблизительно 15-20 минут) перед тем, как предложить вторую грудь
- Кормить ребенка до насыщения (некоторые младенцы наедаются из одной груди)

В первые 2 недели объем молока увеличивается при увеличении числа кормлений. Чувствительность пролактиновых рецепторов, регулирующих лактацию, стабилизируется в течение этого раннего периода.^{15,17} (II-1, II-3)

Суммарное время сосания ребенком груди положительно коррелирует с потреблением молока и прибавкой массы к 3х месячному возрасту²¹. (II-3)

Поскольку жирность молока увеличивается к концу кормления – следует избегать ограничения времени сосания одной груди перед тем, как дать другую.¹⁰³ (II-1)

Для того чтобы получить достаточное количество калорий, дети будут сосать грудь тем дольше, чем меньше жира содержится в молоке их матерей⁹⁴ (II-2)

7. Убедитесь, что родители знают, когда и как разбудить спящего ребенка:

- Если ребенок спит более трех часов или проявляет признаки готовности к сосанию (см. #5) – его следует разбудить для кормления
- Стимулировать его сосание можно так: развернуть, убрать теплое одеяло и распашонки, поменять пеленки, поместить ребенка кожа-к-коже к маме или отцу, Погладить его спинку, помассажировать ручки и ножки

Некоторые младенцы крепко засыпают, чтобы не ощущать дискомфорта, в том числе - голода¹⁰ (II-2)

Дети могут пребывать в нескольких состояниях: глубокого сна, поверхностного сна, сонливости, спокойного бодрствования, двигательной активности или активного бодрствования (fussing), плача. Проще всего дать грудь ребенку, когда младенец находится в состояниях сонливости, спокойного или активного бодрствования¹¹ (III).

8. Если для этого нет медицинских показаний, поощряйте родителей избегать пользоваться бутылочками с соской, пустышками, допаиваниями и докормами до тех пор, пока кормление грудью хорошо не наладится. У большинства младенцев это происходит в возрасте 4-6 недель. Некоторые дети (мамы) никогда не пользуются пустышками или бутылочками.

Женское молоко обеспечивает все потребности ребенка в жидкости и питательных веществах, необходимых для оптимального роста ребенка^{35,46,94,103} (II-1, II-2, II-3)

Рутинное применение в больницах дополнительного питья, докормов или использование пустышек связано с риском раннего отлучения от груди^{7,37,41,55,84,96,101} (I-1, II-2, II-3)

9. Во время пребывания в больнице понаблюдайте хотя бы за одним кормлением грудью в течение каждых 8 часов и отметьте в истории развития следующее:

- Состояние груди и сосков
- Положение матери и младенца
- Правильность захватывания груди
- Признаки поступления к ребенку молока
- Взаимодействие матери и ребенка
- Частоту кормлений
- Число мокрых пеленок
- Число и характер стула
- прибавки/убыль массы тела

Прямое наблюдение является составляющей частью оценки эффективности кормления. Оценка эффективности служит основанием для вмешательства и обеспечивает возможность для формирования положительного настроения и укрепления уверенности^{3,85} (III)

Здоровый доношенный новорожденный должен восстановить свой первоначальный вес при рождении, по крайней мере, к двухнедельному возрасту.^{17,73,88} (II-1, II-2)

10. Знайте признаки неэффективного кормления грудью

- Потеря массы младенца > 7 %
- Продолжение убыли массы после 3-х суток
- Стул менее 3-х раз в сутки
- Мекониальный характер стула после 4-х суток
- Менее 6 мочеиспусканий в сутки после 4-го дня жизни
- Раздражительный, беспокойный или сонливый ребенок, который отказывается от груди
- Не слышно никаких глотательных движений во время кормления
- Никакого изменения в размере груди и никакого заметного изменения в объеме молока и его составе к 3-5 дням
- Продолжение и усиление болезненности в сосках
- Не уменьшающееся после кормления нагрубание груди
- Ребенок, который не начинает набирать вес к 5-м суткам
- Ребенок, который не восстанавливает свой вес при рождении к 14-му дню

Хотя единственный симптом может и не обозначать проблему, дальнейшие осмотры в больнице и амбулаторные посещения укажут на нее ^{72,77} (III).

Нормальная частота стула у детей, находящихся на грудном вскармливании, сильно варьирует. ^{47,75,88}
В отличие от этого, число мочеиспусканий – точный индикатор адекватного потребления молока.
(II-2, II-3)

Продолжающаяся после 3-х суток убыль массы, строго коррелирует с ранним прекращением грудного вскармливания. ⁶⁸ (II-1)

Неправильное положение ребенка и/или неправильное захватывание груди может быть причиной появления болезненности и трещин сосков. ⁸³

Сохраняющаяся болезненность во время кормления, несмотря на правильное положение ребенка у груди и правильное сосание, требует рассмотреть другие причины, например бактериальное или кандидозное воспаление. ⁴⁵ (II-3)

Слышимое глотание - положительный признак поступления к ребенку молока.

11. Если в течение первых суток не наблюдается эффективного кормления грудью:

- Еще раз оцените технику прикладывания к груди (см. [#2](#)) и, если необходимо, стимулируйте сосание, смачивая сосок сцеженным молозивом матери или каплями водички.
- Начните сцеживание стационарным аппаратом для сцеживания молока (hospital-grade pump)
- Если имеются медицинские показания, рассмотрите альтернативные методы кормления (см. [#15](#))
- Отложите выписку для наблюдения, пока кормление не будет эффективным
- Обратитесь к профессиональному консультанту по грудному вскармливанию, например, к консультанту, имеющему международный сертификат (IBCLC), врачу, акушерке, медсестре, или врачу - диетологу
- Свяжитесь с медиками первичного звена (участковым врачом, патронажной медсестрой), чтобы обеспечить контроль массы тела через 24-48 часа после выписки и, если необходимо, проведите стимуляцию груди путем сцеживания стационарным аппаратом для сцеживания (hospital-grade pump), чтобы усилить выработку молока.

Продолжительность грудного вскармливания увеличивается, если в больнице и при последующем наблюдении за ребенком поддерживается непрерывная оценка эффективности грудного вскармливания, и проводятся соответствующие вмешательства в случае необходимости. ^{14,53} (II-2, III)

Адекватная стимуляция груди и ее полное опорожнение являются исключительно важными мерами в обеспечении выработки достаточного количества молока ¹⁰² (I)

Накопленный в печени младенца, запас гликогена уменьшается на 90% в течение первых 3-х часов после рождения и полностью расходуется к 12 часам жизни. ⁷⁶ (III)

12. Определите факторы риска, которые могут влиять на способность младенца эффективно кормиться грудью. Обеспечьте пристальное наблюдение и необходимую помощь в кормлении. Факторы Риска включают:

- Родовая травма
- Рождение в сроке < 38 недель беременности
- Неспособность правильно брать грудь
- Сонливость или раздражительность
- Гипербилирубинемия или гипогликемия
- Маленький или большой вес для срока, задержка внутриутробного развития (IUGR)
- Короткая уздечка языка (tight frenulum)
- Многоплодные роды
- Нервно-мышечные нарушения (например, с-м Дауна)
- Челюстно-лицевые аномалии (например, расщелина верхней губы)
- Острые или хронические заболевания

Раннее прекращение грудного вскармливания связано, по данным рейтингового опроса медсестер, с наличием у таких детей чрезмерного крика, индивидуальных особенностей, требующих особого подхода и определенных затруднений кормления^{65,72} (III)

То, что данные факторы риска являются противопоказаниями для грудного вскармливания, не поддерживается никакими исследованиями.^{60,72} (III)

13. Определите материнские факторы риска для трудностей с грудным кормлением. Обеспечьте соответствующую помощь и патронаж. Факторы Риска включают:

- Затруднения с предыдущими кормлениями грудью
- Поврежденные или кровоточащие соски
- Тяжелое нагрубание груди
- Постоянная боль в груди
- Острое или хроническое заболевание
- Необходимость в медикаментозном лечении
- Аномалии груди или сосков
- Перенесенная операция или травма груди
- Отсутствие изменений в молочной железе перед родами

Матери часто называют один из этих факторов, как причину для прекращения грудного кормления.^{39,43} (II-2, II-3)

Большинство проблем поддаются вмешательству и устранимы:^{40,44,74,83,108,109} (II-2, II-3, III)

- Небольшое число медикаментов противопоказаны при кормлении грудью.^{2,12,31} (III)
- Женщины, перенесшие пластические операции на груди (по увеличению или уменьшению), имеют повышенный риск недостаточной лактации по сравнению с женщинами, не имевшими оперативных вмешательств на молочных железах.^{33,48,71} (II-3, III)
- Лечение рака молочной железы не препятствует грудному вскармливанию при последующей беременности⁹³ (III)

14. Определите противопоказания к кормлению грудью со стороны ребенка и матери, включающие:

Материнские:

- ВИЧ положительный статус
- Химиотерапия
- Наркомания (токсикомания)
- Туберкулез (кроме случаев, когда лечение уже начато, и мать больше не выделяет микобактерии туберкулеза)

Младенческие:

- Галактоземия

Имеется очень немного противопоказаний к грудному вскармливанию.^{9,60,67,100} (II-2, III)

15. Если есть медицинские показания к назначению дополнительного кормления, используйте методы, которые не ставят под угрозу грудное вскармливание:

- В качестве первого выбора используйте для докорма сцеженное молоко или молозиво матери
- Определите объем кормления, основываясь на возрасте младенца и его массе. При расчете объема дополнительного кормления - учтите сколько молока высасывает ребенок из груди
- Заверьте мать, что ребенку полезно давать даже небольшое количество грудного молока
- При использовании искусственной адаптированной смеси, выберите ее, принимая во внимание семейный аллергический анамнез

Для обеспечения соответствующего роста ребенка, требуется приблизительно 108 ккал/кг/сут, Или, по молоку, - 2.5 унции в день, в пересчете на фунт массы тела ребенка (155мл/кг/сут)²¹ II-3

«Nursing supplementer» позволяет производить докорм, одновременно стимулируя грудь сосанием ребенка и, соответственно, увеличивая продукцию молока²⁴ (III). Кроме того, этот метод уменьшает время, необходимое для сцеживания и кормления, т.к. все происходит одновременно.

Использование чашки для докорма ребенка уменьшает вероятность возникновения «путаницы сосков»⁵⁹ (III)

16. Убедитесь, что родители знают:

- Особенности поведения ребенка во время кормления грудью
- Признаки эффективного кормления грудью
- Примерные нормы частоты стула и мочеиспусканий
- Возможные действия при появлении трещин сосков и нагрубании груди.

Знание способов устранения наиболее часто возникающих трудностей увеличивает продолжительность кормления грудью^{42,47} (II-3)

Знание признаков поступления к ребенку молока ассоциируется с успешным кормлением грудью³⁸ (II-3)

17. Убедитесь, что ребенка будут наблюдать в пределах 2-3 дней после выписки из больницы.

Наметьте дополнительные посещения, пока не наметится тенденция к соответствующим прибавкам веса.

Дайте родителям координаты местных групп поддержки грудного кормления.

Во время амбулаторного посещения производят взвешивание ребенка и оценку других признаков эффективности грудного кормления³ (III)

Уверенная и квалифицированная поддержка грудного вскармливания увеличивает частоту и продолжительность кормления грудью, снижая вероятность использования прикормов.^{14,58,64,65,81,87,104} (II-1, II-2, II-3, III)

18. Выдайте учебные пособия, которые:

- Являются клинически точным
- Являются последовательными
- Являются простыми для чтения
- Соответствуют традициям
- Являются свободным от коммерческой рекламы
- Содержат список координат доступных для кормящих матерей ресурсов:
 - сертифицированных профессиональных консультантов IBCLC
 - персонала программы WIC
 - персонала департамента здравоохранения
 - консультантов добровольной группы поддержки естественного вскармливания
 - грамотных консультантов по продаже и прокату устройств для сцеживания молока

Взрослые люди во время обучения охотнее пользуются материалами, которые отражают их потребности в познаниях⁷⁹ (III)

Печатные или аудиовизуальные материалы закрепляют устное изложение информации²⁷ (I)

Некоторые аудиовизуальные материалы могут содержать замаскированную информацию нежелательного характера, закрепляют стереотипы или противоречат устной информации¹⁰¹ (II-2)

Матери дольше кормят грудью, когда им доступны организации поддержки^{14,53} (II-2, III)

19. Если мама или ребенок нуждаются в госпитализации, продолжайте поддержку грудного вскармливания.

Продолжение кормления грудью во время госпитализации важно для благополучного исхода у матери и ребенка.³ (III)

20. Избегайте распространения типовых пакетов, которые включают предметы, предназначенные для искусственного вскармливания или рекламу таких изделий.

Распространение продукции, предназначенной для кормления ребенка, уменьшает продолжительность грудного вскармливания.^{8,27,104} (I, II-2)

21. Включите членов семьи или ее ближайшее окружение в образовательную программу по кормлению грудью.

Поддержка членов семьи и его ближайшего окружения увеличивает продолжительность грудного вскармливания.^{14,47,87} (II-1, II-3, III)

22. Обучите родителей способам разрешения обычных проблем, которые могут встречаться при длительным кормлении грудью.

Боль в сосках

- Умеренный дискомфорт может происходить в начале каждого кормления, когда ребенок берет грудь
- Часто, боль - результат неправильного положения ребенка и захватывания им груди
- Боль, которая сохраняется в течение или после кормления, или между кормлениями, не должна быть оставлена без внимания
- Рассмотрите другие причины, такие как молочница или прочие воспалительные заболевания

Трещины сосков, нагрубание груди, боль и ощущения матерью нехватки молока являются наиболее частыми причинами прекращения грудного кормления в первые две недели^{25,65} (I, III)

Непоследовательная или неточная информация, выданная медицинским персоналом, влияет на появление у матери неуверенности и повышает вероятность преждевременного отлучения ребенка от груди^{5,62,63} (I, III)

Нагрубание молочной железы

- Происходит у некоторых матерей приблизительно в возрасте 3-5 дней после рождения
- Нагрубание будет минимальным при частых кормлениях с эффективным сосанием
- Лечение должно включить меры, уменьшающие нагрубание, такие, как местное применение холода (лед, мешки с замороженными овощами, листья капусты), массаж груди, сцеживание молока, ибупрофен или ацетомифен для обезболивания.
- Избегать местного применения тепла до тех пор, пока молоко не будет отделяться свободно

Предыдущий опыт кормления и практика настоящего кормления могут играть важную роль во времени появления нагрубания молочных желез.^{40,69} (II-3, III)

Кажущаяся недостаточная выработка молока

- На второй неделе жизни наполнение груди уменьшается, но это не означает уменьшение выработки молока
- Когда у ребенка происходит скачок роста или «всплеск аппетита», более частые кормления в течение приблизительно 72 часов приведут к увеличению общего количества молока. Первый всплеск аппетита - часто бывает на второй неделе жизни.
- Частота стула и диурез ребенка - лучшие показатели адекватного кормления
- Если беспокойный ребенок часто мочится и набирает вес, причина его поведения не в недостатке молока, а в другом

Ощущение недостаточной выработки молока – одна из частых причин несвоевременного отлучения от груди и встречается у каждой второй матери, которые кормят грудью.⁴³ (II-3)

Исследование подтверждает, что в период ощущения матерью «лактационного криза», ее поддержка для продолжения кормления грудью увеличивает продолжительность грудного вскармливания и не нарушает нормального роста ребенка.⁴⁴ (II-2)

Крик Младенца

- Никакой крик не должен быть оставленным без внимания
- Не каждый крик - крика голода, Ребенок будет плакать, чтобы сигнализировать и о других потребностях. Если младенец не показывает признаков голода, перед тем как предложить ему грудь, родители могут попробовать предпринять другие меры для обеспечения комфорта ребенка.
- Заверьте родителей, что когда ребенок подрастет, он будет дольше спать между кормлениями.

Младенцы, которых медсестры роддомов оценили как чрезмерно беспокойных или требующих особого внимания, имели значительно меньшую вероятность находиться на грудном вскармливании до 2-х недельного возраста⁶⁵ (II -2)

Кричащие дети требуют внимания.⁶¹

Материнская диета

- Диетические ограничения редко необходимы; не на многих детей воздействуют пищевые продукты, съеденные матерью
- Мать должна употреблять разнообразную пищу и пить ровно столько, чтобы не испытывать жажды

Мифы о диетических ограничениях при грудном вскармливании не имеют никакого фактического подтверждения²⁸ (III)

Усиление потребления жидкости кормящей матерью не влияет на повышение ее лактации²³ (I)

Чрезмерное питье, превышающее по объему естественные потребности кормящей матери может отрицательно повлиять на выработку молока⁴⁹ (II-1)

При выписке матери, даже если она выписывается без ребенка (ребенок временно разлучен с ней):

- Обсудите, как можно организовать грудное кормление, распределив некоторые обязанности между всеми членами семейства.
- Научите мать правилам «техники безопасности» во время кормления грудью*
- Научите ее сцеживать, собирать, и хранить грудное молоко
- Научите мать кормить ребенка грудным молоком, используя альтернативные методы кормления
- Расскажите о введении прикормов.

23. Сообщите родителям следующую важную информацию и помогите родителям установить разумные (реалистические) ожидания относительно:

Частоты и продолжительности кормлений:

- Ожидайте минимум 8-12 кормлений за сутки
- Некоторые младенцы будут кормиться грудью каждые 3 часа днем и ночью
- Другие будут требовать грудь 4-6 раз в течение часа, затем спать 4-6 часов.
- Ожидайте, что придется кормить 15-20 минут одной грудью и 10-15 минут - другой, но не беспокойтесь, если младенец наедается из одной груди
- Если необходимо, будите спящего ребенка для кормлений, пока не убедитесь, что он хорошо прибывает в весе.
- Ожидайте, что частота кормлений уменьшится по мере того, как ребенок станет старше

* в оригинале: learn to breastfeed discreetly

Частоты стула и мочеиспусканий

- Ожидайте, что стул у ребенка может быть не менее 3-х раз в сутки. У некоторых детей стул бывает во время каждого кормления
- Ожидайте, что должно быть, по крайней мере, 6 мочеиспусканий в день
- Ожидайте, что стул ребенка к 4 дню последовательно изменится от мекония до стула желтого цвета мягкой или водянистой консистенции.

Убыли/прибавок веса ребенка

- Ожидайте потерю веса на 7% в первую неделю
- Ожидайте восстановления веса при рождении к 14 дневному возрасту
- Ожидайте увеличение массы на 120-240 граммов в неделю, пока младенец не удвоил вес

Разумные (реалистические) ожидания от процесса кормления грудью предотвращает преждевременное отлучение от груди.^{36,72,87} (I, II-1, III)

Тактика предупреждения проблемы в качестве главного метода ее решения имеет позитивные результаты, применительно к кормлению грудью^{3,37,39} (II-3, III)

Уверенная и квалифицированная поддержка грудного вскармливания способствует успешному и продолжительному кормлению грудью.^{14,18,32,47,53,58} (I, II-3,II-2, III)

Раннее обнаружение проблемы способствует своевременному вмешательству³. (III)

24. Обсудите методы предохранения, включающие:

- Барьерные
- Гормональные методы
- Метод лактационной аменореи (МЛА)

Барьерные средства не приводят к поступлению в организм женщины синтетических гормонов, поэтому не влияют на лактацию. Гормональные контрацептивы, принимаемые кормящей матерью, безусловно, могут повлиять на выработку молока:

- Оральные эстроген-содержащие средства часто снижают лактацию, и их следует избегать.
- Оральные контрацептивы, содержащие только прогестин, инъекционные или имплантируемые средства угнетают выработку молока, если их применяют до начала лактогенеза, поэтому следует воздержаться от их применения в течение, по крайней мере, 6 недель.
- После того, как установилась хорошая лактация, можно назначать контрацептивы, содержащие только прогестин, и это обычно не влияет на выработку молока, но предпочтение следует отдавать оральным контрацептивам перед инъекционными или имплантируемыми, поскольку их действие может быть быстро прекращено в случае необходимости.⁵¹ (III)

Метод лактационной аменореи (МЛА) основан на использовании физиологических ритмов организма человека. Правильно используемый, этот метод на 98% эффективен для предохранения от беременности.⁵⁶(I)

Приложение 1. Критерии оценки степени доказательности

(Основанные на модели U.S. Preventive Services⁹⁵)

Обозначение	Класс доказательности:
I	Доказательство, основанное хотя бы на одном, должным образом рандомизированном исследовании.
II-1	Доказательство, основанное на хорошо спланированном контролируемом исследовании
II-2	Доказательство, основанное на хорошо спланированном когортном исследовании или аналитическом исследовании случай-контроль Предпочтительно, мультицентровые или мультипрограммные исследования.
II-3	Доказательство, основанное на сериях многолетних наблюдений с возможным вмешательством. К этому же классу могут быть отнесены значительные результаты, полученные в результате рискованных экспериментов. (Таких, как сообщение о применении пенициллина в 1940х годах)
III	Мнения авторитетных организаций, основанное на клиническом опыте, описательном исследовании или сообщении об отдельном случае, сообщения (отчеты) комитетов экспертов.

Приложение 2. Техническая Консультативная Группа

Комитет по обзорам

Susan M. Ellerbee, PhD, RNC, IBCLC

Associate Professor
University of Oklahoma College of Nursing
Oklahoma City, Oklahoma

Martha Hall, MSN, RN, IBCLC

Coordinator, WIC Breastfeeding Services
Arkansas Department of Health
Little Rock, Arkansas

Mary L. Overfield, MN, RN, IBCLC

North Carolina Cooperative
Extension EFNEP
Paraprofessional Breastfeeding
Support Trainer
Raleigh, North Carolina

Amy Spangler, MN, RN, IBCLC

Past-President, International Lactation
Consultant Association
Childbirth Educator
Atlanta, Georgia

Mary Rose Tully, MPH, IBCLC

Vice-President for Professional
Development, International Lactation
Consultant Association
Coordinator, Lactation Services & Milk Bank
WakeMed
Raleigh, North Carolina

Члены комиссии

Diana Belles, MEd,

Counseling Mother
Nursing Mothers of Raleigh
Cary, North Carolina

Barbara Bennett, MD

Obstetrician
University of Florida School of Medicine
Gainesville, Florida

Denise Breheny, RN, IBCLC

Lactation Consultant, Private Practice
Fayetteville, North Carolina

Marlene Hegge, RN

Staff Nurse
WakeMed
Raleigh, North Carolina

Pamela Hill, PhD, RN

Associate Professor
University of Illinois at Chicago
Quad-Cities Regional Program
Moline, Illinois

Kevin Moore, MD

Pediatrician
Oklahoma City, Oklahoma

Warren Newton, MD

Family Practice
University of North Carolina School
Medicine
Chapel Hill, North Carolina

Patricia Payne, CNM

Nurse-midwife
University of North Carolina
Chapel Hill, North Carolina

Nancy Powers, MD

Pediatrician
Wesley Medical Center
Wichita, Kansas

Nancy Pribble, IBCLC

Nutrition Coordinator
Virginia Department of Health
Richmond, Virginia

Kiran Saluja, RD

WIC Nutritionist
Irwindale, California

Robert Singletary

Executive Director
Western WakeMed
Cary, North Carolina

Thomas Storch, MD

Principal Health Care
Metairie, Louisiana

Литература

1. American Academy of Family Physicians, *Breastfeeding and infant nutrition*, in *Policy Reference Manual*. 1994.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs, *Transfer of drugs into human milk*. *Pediatr*, 1994. **93**: p. 137-150.
3. American Academy Pediatrics Work Group on Breastfeeding, *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatr*, 1997. **100**: p. 1035-1039.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists, *Guidelines for Prenatal Care, 4th ed*. 1997. 5. Anderson E, Geden E, *Nurses' Knowledge of Breastfeeding*. *JOGNN*, 1991. **20**(1): p. 58-64.
6. Brazelton GC, *Risk of mother-infant separation postbirth*. *Image*, 1989. **21**: p. 196-198.
7. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al, *Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration*. *Pediatr*, 1995. **95**: p. 497-499.
8. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS, *Do infant formula samples shorten duration of breastfeeding?* *Lancet*, 1983. **8334**(1): p. 1148-1151.
9. Bertolli J, St. Louis ME, Simonds RJ, et al, *Estimating the timing of mother to child transmission of human immunodeficiency virus in a breast-feeding population in Kinshasa, Zaire*. *J Infect Dis*, 1996. **174**: p. 722-726.
10. Brazelton TB, *Psychophysiological reaction to birth*. *J Pediatr*, 1961. **58**: p. 513-518.
11. Brazelton TB, *Neonatal Behavioral Assessment Scale, 2nd ed*. 1984, Philadelphia: JB Lippencott.
12. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ, *Drugs in Pregnancy and Lactation, 5th ed*. 1998, Baltimore: Williams and Wilkins.
13. Britton GR, *Early mother-infant contact and infant temperature stabilization*. *JOGN*, 1980. **9**: p. 84-86.
14. Bryant CA, *The impact of kin, friend, and neighbor networks on infant feeding practices*. *Social Sciences & Medicine*, 1982. **16**: p. 1757-1765.
15. Daly SE, Owens RA, Hartmann PE, *The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women*. *Experimental Physiology*, 1993. **78**: p. 209-220.
16. de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB, *Frequency of breastfeeding and serum bilirubin concentration*. *Arch Dis Child*, 1982. **136**: p. 737-738.
17. de Carvalho M, Robertson S, Friedman A, et al, *Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain*. *Pediatr*, 1983. **72**: p. 307-311.
18. de Chateau P, Holmberg H, Jakobsson K, et al, *A study of factors promoting and inhibiting lactation*. *Dev Med Child Neur*, 1977: p. 575-584.
19. de Chateau P, Wiberg B, *Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour postpartum I. First observations at 36 hours*. *Acta Paediatr Scand*, 1977. **66**: p. 137-143.
20. de Chateau P, Wiberg B, *Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour postpartum. II. A Follow-up at three months*. *Acta Paediatr Scand*, 1977. **66**: p. 145-151.
21. Dewey KG, Heinig J, Nommsen LA, et al, *Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: the DARLING study*. *Pediatr*, 1991. **87**: p. 829-837.
22. Dungy CI, Christensen-Szakanski J, Losch M, et al, *Effect of discharge samples on duration of breastfeeding*. *Pediatr*, 1992. **90**: p. 233-237.
23. Dusdieker LB, Booth BM, Stumbo PJ, et al, *Effect of supplemental fluids on human milk production*. *J Pediatr*, 1985. **106**: p. 207-211.
24. Edgehouse L, Raszyminski S, *A device for supplementing breastfeeding*. *MCN*, 1990. **15**: p. 34-35.
25. Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME, et al, *Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population*. *Pediatr*, 1986. **78**: p.210-215.
26. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I, *Joined mother-child lodging and exclusive human lactation*. *Salud Publica de Mexico*, 1997. **39**(2): p. 110-116.
27. Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, et al, *Commercial discharge packs and breastfeeding counseling: Effects on infant feeding practices in a randomized trial* *Pediatr*, 1987. **80**: p. 845-854.
28. Grassley J, Davis K, *Common concerns of mothers who breastfeed*. *MCN*, 1978. **3**: p. 347-351.
29. Gunther M, *Instinct and the nursing couple*. *Lancet*, 1955. **1**: p. 575-578.
30. Gussler JD, Briesmiester LH, *The insufficient milk syndrome: A biocultural explanation*. *Med Anthropol*, 1980. **4**: p. 147-174.
31. Hale T, *Medications in Mothers' Milk 1998-1999*. 1998, Amarillo, TX: Pharmasoft Medical Publishing.
32. Hall JM, *Influencing breastfeeding success*. *JOGNN*, 1978. **7**(6): p. 28-
33. Hang FL, *Subjective comparison of six different reduction mammoplasty procedures*. *Aesth Plas Surg*, 1991. **15**: p. 297-302.
34. Hawdon JM, Ward-Platt MP, Aynsley-Green A, *Patterns of metabolic adaptation for preterm and term infants in their first neonatal week*. *Arch Dis Child*, 1992. **67**: p. 357-365.
35. Heinig MJ, Nommsen LA, Pearson JM, et al, *Energy and protein intakes of breast-fed and formula-fed infants during*

- the first year of life and their association with growth velocity: the DARLING study.* Am J Clin Nutr, 1993. **58**: p. 152-161.
36. Hewat RJ, Ellis DJ, *Breastfeeding as a maternal-child team effort: Women's perceptions.* Health Care for Women International, 1984. **5**: p. 437-452.
37. Hill PD, *Predictors of breastfeeding duration among WIC and non-WIC mothers.* Pub Health Nurs, 1991. **8**(1):p.46-52.
38. Hill PD, Aldag JC, *Insufficient milk supply among black and white breastfeeding mothers.* Res NursHealth, 1993. **16**: p. 203-211.
39. Hill PD, Humenick SS, *Nipple pain during breastfeeding: The first two weeks and beyond.* J Perinat Educ, 1993.**2**(2): p. 21-35.
40. Hill PD, Humenick SS, *The occurrence of breast engorgement.* J Hum Lact, 1994. **10**(2): p. 79-86.41. Hill PD, umenick SS, Brennan ML, et al, *Does early supplementation affect long-term breastfeeding?* Clin Pediatr, 1997. **36**: p. 345-350.
42. Hill PD, Humenick SS, West B, *Concerns of breastfeeding mothers: The first six weeks postpartum.* J Perinat Educ, 1994. **3**(4): p. 47-55.
43. Hillervik-Lindquist C, *Studies of perceived breast milk insufficiency. II. Incidence and causes.* Naringsforskning, 1990. **34**: p. 15-19.
44. Hillervik-Lindquist C, *Studies of perceived breast milk insufficiency. III. Consequences for consumption and growth.* Acta Paediatr Scand, 1991.**80**: p. 297-303.
45. Huggins K, Billon SF, *Twenty cases of persistent sore nipples: Collaboration between a lactation consultant and dermatologist.* J Hum Lact, 1993. **9**(3): p. 155- 160.
46. Humenick SS, *The clinical significance of breastmilk maturation rates.* Birth, 1987. **14**: p. 174-179.
47. Humenick SS, Hill PD, Wilhelm S, *Postnatal factors encouraging sustained breastfeeding among primiparas and multiparas.* J Perin Educ, 1997. **6**(3):p. 33- 45.
48. Hurst MN, *Lactation after augmentation mammoplasty.* Obstet Gynec, 1996.**87**: p. 33-34.
49. Illingworth RS, Kilpartick B, *Lactation and fluid intake.* Lancet, 1953. **2**: p.1175- 1177.
50. Keefe MR, *The impact of infant rooming in on maternal sleep at night.* JOGNN,1988(March/April): p. 122-126.
51. Kennedy KI, Short RV, Tully MR, *Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation.* Contraception, 1997. **55**: p. 347-350.
52. Kennell JH, *The time has come to reassess delivery room routines.* Birth, 1994. **21**: p. 49-51.
53. Kistin N, Abramson R, Dublin P, *Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low income urban women.* J Hum Lact, 1994. **10**: p. 11-15.
54. Klaus MH, Jerauld R, Kerger N, et al, *Maternal attachment: Importance of the first post-partum days.* New Eng J Med, 1972. **286**: p. 460-463.
55. Kurinij N, Shiono PH, *Early formula supplementation of breastfeeding.* Pediatr, 1991. **88**: p. 745-750.
56. Labbok M, Hight-Laukaran V, Peterson AE, et al, *Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I Efficacy, duration and implications for clinical application.* Contraception, 1997. **55**: p. 327-336.
57. Labbok MH, Krasovec K, *Toward consistency in breastfeeding definitions.* Stud Fam Plan, 1990. **21**: p. 226-230.
58. Ladas AK, *How to help mothers breastfeed: Deductions from a survey.*Clin Pediatr, 1970. **9**: p. 702-705.
59. Lang S, Lawrence CJ, Orme RLE, *Cup feeding: An alternative method of infant feeding.* Arch Dis Child, 1994. **71**: p. 365-369.
60. Lawrence RA, *Maternal and Child Health Technical Information Bulletin: A review of medical benefits and contraindications to breastfeeding in the United States,* . 1997, Government Printing Office: Washington, DC.
61. Lawrence RA, Lawrence RM, *Breastfeeding A Guide for the Medical Profession, 5th Ed.* 1999, St. Louis: Mosby.
62. Lazzaro E, Anderson J, Auld G, *Medical Professionals' Attitudes Toward Breastfeeding.* J Hum Lact, 1995. **11**(2): p. 97-101.
63. Locklin MP, *Telling the world: Low income and their breastfeeding experiences.* J Hum Lact, 1995. **11**: p. 285-291.
64. Long DG, Funk-Archuleta MA, Geiger CJ, et al, *Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah Native American WIC population.* J Hum Lact, 1995. **11**: p. 279-284.
65. Loughlin HH, Clapp-Channing NE, Gehlback SH, et al, *Early termination of breastfeeding: Identifying those at risk.* Pediatr, 1985. **75**: p. 508-513.
66. McKenna JJ, Mosco SS, Richard CA, *Bedsharing promotes breastfeeding.* Pediatr, 1997. **100**: p. 214-219.
67. Menzies D, *Effect of treatment on the contagiousness of patients with active pulmonary tuberculosis.* Infect Control Hosp Epidemiol, 1997. **18**: p. 582-586.
68. Merlob P, Aloni R, Prager H, et al, *Continued weight loss in the newborn during the third day of life as an indicator of early weaning.* Israeli J Med Sci, 1994. **30**: p. 646-648.
69. Moon JL, Humenick SS, *Breast engorgement: Contributing variables and variables amenable to nursing intervention.* JOGN, 1989. **18**: p. 309-315.
70. Morton JA, *Ineffective sucking: A possible consequence of positioning.* J Hum Lact, 1992. **8**(2): p. 83-85.
71. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, et al, *The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain.* Birth, 1990. **17**: p. 31-38.
72. Neifert MR, *The optimization of breastfeeding in the perinatal period.* Clin Perinatol, 1998. **25**: p. 303-326.
73. Nelson SE, Rogers RR, Zeigler EE, et al, *Gain in weight and length in early infancy.* Early Hum Dev, 1989. **19**: p. 223-239.
74. Newton N, *Nipple pain and nipple damage: Problems in the management of breastfeeding.* J Pediatr, 1952. **41**: p.

411-423.

75. Nyhan WL, *Stool frequency of normal infants in the first week of life*. *Pediatr*, 1952. **10**: p. 414-425.
76. Phillips AF, *Carbohydrate metabolism in the fetus*, in *Fetal and Neonatal Physiology*, R. Polin and M. Fox, Editors. 1996, WB Saunders: Philadelphia. p. 373-384.
77. Powers NG, Slusser W, *Breastfeeding Update 2: Clinical lactation management*. *Pediatr Rev*, 1997. **18**: p. 147-161.
78. Pridham KF, Knight CB, Stephenson GR, *Mothers' working models of infant feeding: Description and influencing factors*. *J Adv Nurs*, 1989. **14**: p. 1051-1061.
79. Redman BK, *Motivation and learning*, in *The Practice of Patient Education, 8th Ed.*, R. BK, Editor. 1997, Mosby: St. Louis. p. 7-33.
80. Reiff MI, Essock-Vitale S, *Hospital influences on early infant-feeding practices*. *Pediatr*, 1985. **76**: p. 872-879.
81. Rentschler DD, *Correlates of successful breastfeeding*. *Image*, 1991. **23**: p.151-154.
82. Righard L, Alade MO, *Effect of delivery room routines on success of first breastfeed*. *Lancet*, 1990. **336**: p. 1105-1107.
83. Righard L, Alade MO, *Sucking technique and its effect on success of breastfeeding*. *Birth*, 1990. **9**(4): p. 185-189.
84. Righard L, Alade MO, *Breastfeeding and the use of pacifiers*. *Birth*, 1997. **24**(2): p. 116-120.
85. Riordan JM, Koehn M, *Reliability and validity testing of three breastfeeding assessment tools*. *JOGNN*, 1997. **26**: p. 181-187.
86. Salariya EM, Easton PM, Cater JI, *Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding*. *Lancet*, 1978. **2**: p. 1141-1143.
87. Saunders SE, Carroll J, *Post-partum breastfeeding support: Impact on duration*. *J Amer Diet Assn*, 1988. **88**:p. 213-215.
88. Shrago L. *The relationship between bowel output and adequacy of breastmilk intake in neonates' first weeks of life*. in *Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) Conference Syllabus*. 1996. Anaheim, CA.
89. Shrago L, Bocar D, *The infant's contribution to breastfeeding*. *JOGN*, 1989. **19**: p. 209-215.
90. Slaven S, Harvey D, *Unlimited suckling time improves breastfeeding*. *Lancet*, 1981. **1**: p. 1141-1143.
91. Spisak S, Gross SS, *Second Follow-Up Report: The Surgeon General's Workshop on Breastfeeding and Human Lactation*, . 1991, National Center for Education in Maternal and Child Health: Washington, DC.
92. Thomson ME, Hartsock TG, Larson C, *The importance of immediate postnatal contact: Its effect on breastfeeding*. *Canadian Fam Phys*, 1979. **25**: p. 1374-1378.
93. Tralins AH, *Lactation after conservative breast surgery combined with radiation therapy*. *Amer J Clin Oncol*, 1995. **18**(1): p. 40-43.
94. Tyson J, Burchfield J, Sentence F, *et al*, *Adaptation of feeding to a low fat yield in breast milk*. *Pediatr*, 1992. **89**: p. 215-220.
95. US Preventive Services Task Force, *Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Ed*. 1996, Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
96. Victora CG, Barros FC, Olinto MTA, *et al*, *Use of pacifiers and breastfeeding duration*. *Lancet*, 1993. **341**: p. 404-406.
97. Widstrom AM, Matthiesen AS, Winberg J, *et al*, *Short term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior*. *Early Hum Dev*, 1990. **21**: p. 153-163.
98. Widstrom AM, Ransjo-Arvidson A, Christensson K, *et al*, *Gastric suction in healthy newborn infants*. *Acta Paediatr Scand*, 1987. **76**: p. 566-572.
99. Widstrom AM, Thingstrom-Paulsson J, *The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle*. *Acta Paediatr Scand*, 1993. **82**: p. 281-283.
100. Wilton J, *Breastfeeding and chemically the dependent woman*. *Clin Issues Perinatal Women's Health Nursing*, 1992. **3**(4): p. 667.
101. Winikoff B, Myers B, Laukaran VH, *et al*, *Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned* *Pediatr*, 1987. **80**: p. 423-433.
102. Woolridge MW, Greasley V, Silpisornkosol S, *The initiation of early lactation*. *Early Hum Dev*, 1985. **12**(3): p. 269-278.
103. Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD, *Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake?* *Lancet*, 1990. **336**: p. 395-397.
104. Wright A, Rice S, Wells S, *Hospital practices to increase the duration of breastfeeding*. *Pediatr*, 1996. **97**: p. 669-675.
105. Yamauchi Y, *Hypoglycemia in healthy, full term breastfed neonates during the early days of life: Preliminary observation*. *Acta Paediatr Jpn*, 1997. **39**(Supp. 1)): p. 544-547.
106. Yamauchi Y, Yamanouchi I, *Breastfeeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates*. *Pediatr*, 1990. **86**: p. 171-175.
107. Yamauchi Y, Yamanouchi I, *The relationship between rooming/not rooming-in and breastfeeding variables*. *Acta Paediatr Scand*, 1990. **79**: p. 1017-1022.
108. Ziemer MM, Paone JP, Schupay J, *et al*, *Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women*. *West J Nurs Res*, 1990. **12**: p. 732-744.
109. Ziemer MM, Pigeon JG, *Skin changes and pain in the nipple during the first week of lactation*. *JOGNN*, 1993. **22**: p. 247-256.