

## Академія медицини грудного вигодовування клінічний протокол №5: Ведення грудного вигодовування в перинатальному періоді для здорової матері і дитини народженої в термін, перегляд 2013

Allison V. Holmes,<sup>1</sup> Angela Yerdon McLeod,<sup>2</sup> and Maya Bunik<sup>3</sup>

*Центральною метою Академії медицини грудного вигодовування є розробка клінічних протоколів ведення поширених медичних проблем, які можуть вплинути на успішність грудного вигодовування. Ці протоколи служать лише рекомендаціями для догляду за матерями та немовлятами, які годують груддю, і не окреслюють винятковий курс лікування та не служать стандартами медичної допомоги. Варіанти лікування можуть бути доречними відповідно до потреб окремого пацієнта.*

### **Передумови**

Політика і рутинні процедури лікарні дуже впливають на успіх грудного вигодовування.<sup>1-10</sup> Ініціатива Лікарня доброзичлива до дитини (ІЛДД) визначила 10 кроків до успішного грудного вигодовування, і 20 років досліджень підтвердили, що «отримання сертифікату ІЛДД призводить до значного покращення результатів грудного вигодовування, особливо щодо збільшення ініціації та ексклюзивності грудного вигодовування».<sup>1</sup>

Перинатальний лікарняний досвід у своєму складі повинен мати адекватну підтримку, навчання і догляд для забезпечення успішного початку грудного вигодовування. Таке ведення є частиною безперервного догляду і навчання, яке починається ще у допологовому періоді, пропонує грудне вигодовування як оптимальний метод годування дітей, і містить інформацію про користь для матері і дитини. Наступні принципи і практики рекомендуються для догляду в перинатальному лікарняному середовищі.

### **Рекомендації**

Якість доказів (рівні доказовості I,II-1,II-2, II-3 і III) для кожної рекомендації визнана відповідно до «Додатку А Рейтинрів робочої групи Сполучених Штатів»<sup>11</sup>.

### **Перинатальний**

1.Всі вагітні жінки повинні пройти навчання щодо переваг і ведення грудного вигодовування для прийняття інформованого рішення стосовного годування дитини.<sup>5-10</sup> Огляд доказових методів, які покращують тривалість або початок грудного вигодовування, показав, що «комбінація допологових і післяпологових втручань є більш ефективною, ніж звичайний догляд в плані продовження тривалості грудного вигодовування»<sup>12</sup>. Інформація і поради

спеціалістів на початку вагітності також підтримуються Американським коледжем акушерів-гінекологів і Американською академією сімейної медицини в їхніх програмних заявах, в яких говориться «Поради і підтримка акушерів-гінекологів є критично важливими у прийнятті рішень стосовно грудного вигодовування» і «Догляд орієнтований на сім'ю (переконання в тому, що медичний працівник і сім'я є партнерами, які працюють разом для задоволення потреб пацієнта), дозволяє підтримувати практику грудного вигодовування протягом усього життя для всієї родини».<sup>9</sup> (I,II-1,II-2,II-3,III)

2.Пренатальне навчання повинно містити інформацію про переваги для матері і дитини виключно грудного вигодовування початого в перші години після народження.<sup>5</sup> Освітні матеріали, які випускають виробники молочних сумішей, є недостовірними джерелами інформації про годування дітей.<sup>13,14</sup>(I,III).

3.Допомога в пологах містить у собі оцінку будь-яких медичних і фізичних умов, які можуть вплинути на здатність матері годувати груддю її немовля. В деяких випадках, може бути корисним отримати пренатальну консультацію у педіатра чи консультанта з лактації, чи спеціаліста і розробити план подальшого спостереження, який буде розпочато після пологів.<sup>6-8</sup> Жінкам будуть корисними дискусійні групи, групи допологових візитів, систематичне ведення випадків або направлення до організацій підтримки перед пологами.<sup>6-8,12</sup> Є також гарні докази того, що взаємне консультування сприяє ініціації і підтримці грудного вигодовування.<sup>15-16</sup> (I,II-3,III)

### **Перейми і пологи**

1.Жінкам буде корисною присутність близької людини (наприклад доули, чоловіка/партнера чи члена родини)

1 Department of Pediatrics and of Community and Family Medicine, Geisel School of Medicine, Dartmouth, New Hampshire.

2 Family Medicine, Concord, New Hampshire.

3 Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.

під час всього періоду переймів і пологів. Присутність доули, як відомо, сприяє ініціації і тривалості грудного вигодовування.<sup>17</sup> Багато факторів ризику пов'язанні з раннім завершенням грудного вигодовування, включаючи тривалість переймів, необхідність хірургічного втручання, використання знеболюючих засобів, такі як епідуральна анестезія і інші препарати. Ці ризики можуть бути зменшені за присутності доули.<sup>18-20</sup> ( I,II-2, III).

2.Інтранатальна анестезія також впливає на грудне вигодовування, тому необхідно звертати увагу на тип і дозу анестезії.<sup>6,21-23</sup> Епідуральна анестезія, внутрішньом'язеві опіоїди, екзогенний окситоцин і ергометрин асоціюються з нижчою частотою початку грудного вигодовування.<sup>24</sup> (I,II-2,III)

### Ранній післяпологовий період

1.Здорові новонароджені діти повинні безпосередньо бути передані матері для контакту шкіра-до-шкіри до першого годування. Дитина може бути висушеною і оціненою по шкалі Апгар, а першу фізичну оцінку можна провести вже біля матері. Такий фізичний контакт забезпечує дитину оптимальною фізіологічною стабільністю, теплом і можливістю першого годування.<sup>10,25-29</sup> Ранній контакт шкіра-до-шкіри, ймовірно, збільшує тривалість грудного вигодовування взагалі і зокрема виключного годування грудьми.<sup>27-35</sup> Відтермінування таких процедур як зважування, вимірювання, проведення профілактики офтальмії, введення вітаміну К до 6 годин після народження і першого купання, покращують ранній зв'язок між батьками і дитиною.<sup>10,36</sup> Дитина має бути розміщеною біля грудей настільки швидко після народження, наскільки це можливо для матері і дитини, щоб забезпечити прикладання і годування, ідеально це зробити протягом першої години після народження.<sup>28,31-35</sup> Ця практика повинна бути розпочата в пологовій залі, в операційній і післяопераційній палатах, і кожна матір має бути навчена правильній техніці грудного вигодовування.<sup>5,10,31,37-41</sup>(I,II-2,II-3,III)

2.Кімната цілодобового спільного перебування матері і дитини розширює можливості для встановлення зв'язку і оптимального початку грудного вигодовування. По можливості, мати з дитиною повинні залишатися разом під час перебування в лікарні.<sup>10,30,35,42-25</sup> Для уникнення непотрібного розлучення, обстеження дітей в ранньому післяпологовому періоді і наступних періодах краще проводити в палаті матері. Дані свідчать про те, що матері отримують однакову кількість і якість сну, незалежно від того, перебуває дитина разом з матір'ю чи відправляється на ніч в дитячу кімнату.<sup>42-44</sup>(II-1,II-2,II-3,III).

3.Інформація про переваги палати цілодобового спільного перебування заохочує батьків використовувати їх як стандартний лікарняний режим для їхніх сімей. В той же час, з точки зору кадрового забезпечення медперсонал повинен виділяти час для оцінки і документування стану дитини, яка перебуває в сімейній палаті.<sup>5,10,41,45,46</sup> (I,II-3,III)

4.Жінкам може знадобитися допомога медичних працівників, щоб переконатися, що вони займають правильне положення і вірно прикладають дитину до грудей. Ті хто народжував шляхом кесаревого розтину, можуть потребувати додаткової допомоги медичного персоналу для досягнення зручної позиції. Підготовлений спостерігач повинен оцінювати і документувати ефективність грудного вигодовування щонайменше кожні 8-12 годин після пологів доки мати і дитина не будуть виписані додому. В країнах, де

перебування в пологовому будинку може тривати до тижня, оцінювання повинно тривати до успішного налагодження грудного вигодовування.<sup>1,10</sup>. Перинатальний догляд за матір'ю і дитиною повинен враховувати і документувати позицію дитини, прикладання, надходження молока, вагу дитини, клінічну жовтяницю і будь-які проблеми з боку матері, такі як біль у сосках або відчуття недостатньої кількості грудного молока. Офіційні програми навчання лактації в стаціонарі повинні бути детально проаналізовані на предмет ефективності і кращих практик.<sup>38-41</sup> Деякі діти сонливі в перші 24 години після народження. На другий день дітей, які годуються грудьми добре, прикладають за вимогою. Кількість годувань варіює від 8 до 12 і більше разів за добу, при цьому кожні 24 години повинно бути не менше 8 годувань. Обмеження часу перебування дитини біля грудей не є необхідним і навіть може бути шкідливим для встановлення достатньої кількості молока. Діти зазвичай засинають або спонтанно відпускають груди, коли наїдяться.<sup>(I,II-2,II-3,III)</sup>

5.Догодовування не потрібно давати дітям, які знаходяться на грудному вигодовуванні, якщо немає медичних показань.<sup>10,13,47-49</sup> Догодовування може пригнічувати або затримувати встановлення лактації і мати негативний вплив на грудне вигодовування (наприклад, затримка лактогенезу, нагрудання молочних залоз) Догодовування може змінювати мікрофлору кишечника, чутливість дітей до алергенів (залежить від складу харчування і методу використання), порушувати материнсько-дитячий зв'язок і перешкоджати набору ваги дитини.<sup>14,47-49</sup> Не грає ніякої ролі рутинне допоювання зневоднених дітей водою чи водою з глюкозою, насправді ця практика може сприяти розвитку гіпербілірубінемії.<sup>50</sup> Перед тим як почати будь-яке догодовування, важлива формальна оцінка кожної пари матері-дитини, включаючи безпосереднє спостереження за грудним вигодовування спеціалістом по лактації.<sup>14</sup> (I,II-2,III)

6.Дурник в неонатальному періоді слід використовувати з обережністю. Деякі попередні дослідження показали, що використання соски в неонатальний період негативно впливає на виключно грудне вигодовування і грудне вигодовування в цілому,<sup>51,52</sup> в той самий час Кохранівський огляд показав, що використання соски в здорових новонароджених дітей на грудному вигодовуванні, починаючи з народження або після налагодженої лактації, не впливало суттєво на поширеність або тривалість виключного та часткового грудного вигодовування до 4 місяців.<sup>53</sup>

Інші останні дослідження показали, що зв'язок між пустушками, грудним вигодовуванням і догодовуванням є більш складним, ніж вважалося раніше.<sup>54</sup>(I)

7.В цілому, гострі інфекційні захворювання, лихоманка неясного генезу і загальні післяпологові інфекції в матері не є протипоказаннями для грудного вигодовування, якщо ці хвороби можна легко контролювати і лікувати. Діти не повинні бути на грудному вигодовуванні у випадках нелікованого активного туберкульозу чи простого герпесу, якщо є враження грудей.<sup>55-57</sup> У випадку ВІЛ-інфекції у матері ВООЗ рекомендує, щоб «національна влада кожної країни вирішувала, яка практика вигодовування дитини, наприклад, грудне вигодовування із застосуванням антиретровірусної терапії для зменшення передачі чи відмова від грудного вигодовування, повинна просуватися і підтримуватися їхніми службами охорони здоров'я матері і дитини».<sup>55</sup>

Вітряна віспа в перинатальному періоді вимагає розділення матері і дитини, щоб обмежити прямий контакт з хворим, але можна використовувати зціджене молоко.<sup>10</sup> Крім інфекційних захворювань, перелік усіх протипоказань виходить за межі сфери застосування цього документа, але надійні джерела інформації легко доступні і включають інформацію про медичні і радіоактивні речовини.<sup>56-63</sup> (III)

8. Всі діти на грудному вигодовуванні повинні бути оглянуті медичним працівником на 3-5 день життя або протягом 48-72 години після виписки для оцінки самопочуття дитини і успішного налагодження грудного вигодовування.<sup>10,64-66</sup> Залежно від тривалості госпіталізації або країни походження, ці практики після пологів можуть відрізнятися. Наприклад, в Японії і Австралії мама і дитина залишаються в лікарні 4-5 днів, а у Великій Британії акушерки відвідують матерів вдома протягом 10 днів. (I,II) Взаємопідтримка серед матерів також має пропонуватись, доведено, що це сприяє успішному грудному вигодовуванню<sup>16,46</sup> (I,I-2)

#### **Проблеми і ускладнення**

1. Парам мати-дитина з ризиком проблем з грудним вигодовуванням може бути корисним раннє виявлення проблем та допомога у їх вирішенні. Консультація з експертом з лактації може допомогти у ситуаціях, що містять у собі, але не обмежуються наступними:

- (a) Запит/тривога матері
- (b) Негативний попередній досвід матері
- (c) Матір має плоскі/втягнуті соски
- (d) Операція на молочних залозах в анамнезі у матері
- (e) Багатоплідна вагітність (двійня, трійня, вагітність із більшою кількістю плодів)
- (f) Дитина народжена у ранньому терміні ( 37-38 6/7 тижня гестації) або передчасно народжена ( менше 37 тижня).
- (g) У дитини вроджена аномалія, неврологічне порушення чи інші медичні стани, які впливають на здатність дитини годуватись грудьми.
- (h) Медичні стани матері і дитини, які потребують тимчасово відкласти грудне вигодовування або зціджувати молоко.
- (i) Задokumentовані після перших декількох годувань труднощі з налагодженням грудного вигодовування (наприклад, погане прикладання до грудей, сонливість дитини і інші)
- (j) Гіпербілірубінемія

2. Виписка матері і дитини з лікарні менш, ніж через 48 годин, вимагає своєчасного виявлення ризиків для успішного грудного вигодовування для того, щоб час, проведений в лікарні, був використаний з максимальною користю. Рекомендації ретельного спостереження дуже важливі для пари при ранній виписці.

3. Якщо новонародженого потрібно перевести у відділення проміжної або інтенсивної терапії, мають бути прийняті міри для збереження лактації у матері. Коли це можливо, оптимальним варіантом є транспортувати матір у відділення проміжної або інтенсивної терапії для продовження грудного вигодовування. Якщо грудне вигодовування неможливе, потрібно прийняти міри для продовження годування новонародженого людським молоком. Потрібно показати матері, як підтримувати лактацію за допомогою як ручного, так і механічного зціджування. Є дані про те, що при використанні електричного молоковідсмоктувача виробляється більше молока чим при лише ручному зціджуванні.<sup>67,68</sup> Комбінація ручного і механічного зціджування (масажування під час зціджування молоковідсмоктувачем)<sup>69</sup> може забезпечити оптимальне вироблення молока. (I,I-2,III).

4. Якщо дитина не годується біля грудей регулярно і ефективно до виписки з лікарні, матері потрібно показати, як підтримувати лактацію за допомогою ручного і

механічного зціджування і продемонструвати вміння спорожнення грудей до того, як відпустити її додому.<sup>67,68</sup> Має бути розглянуте питання про можливу потребу у догодовуванні дитини, при цьому необхідно приділити увагу вибору догодовування і методу годування. Все зціджене материнське молоко має бути використано і повинно доповнюватись іншим догодовуванням лише у випадку, якщо материнського молока не вистачає. Годування з чашки може допомогти зберегти тривалість грудного вигодовування у тих, кому потрібно багаторазове догодовування через занепокоєння щодо плутанини сосків або надання переваги пляшці. Пари мати-дитя можуть потребувати консультації спеціаліста по лактації для подальшої допомоги і підтримки.

#### **Рекомендації для майбутніх досліджень**

1. Залишається суперечливим питанням про вплив медикаментів у пологах на результат грудного вигодовування. Необхідно більше досліджень для оцінки впливу різних медикаментів у пологах на короточасні і довготривалі результати грудного вигодовування.

2. Незважаючи на докази того, що відтермінування післяпологових втручань у новонародженого пов'язана з покращенням результатів грудного вигодовування, політика багатьох лікарень досі диктує негайне зважування, вимірювання, проведення очної профілактики і введення вітаміну К, а також раннє купання, що перешкоджає ранньому і тривалому контакту шкіра-до-шкіри та початку грудного вигодовування. Може знадобитися велике впровадження та/або багатоцентрові випробування, щоб зрештою вплинути на зміни в лікарняній політиці, якщо ці висновки зберігатимуться.

3. Взаємозв'язок між соскою і грудним вигодовуванням більш складний, чим вважалось раніше. Потрібно більше досліджень для оцінки впливу ефекту соски на короточасні складнощі грудного вигодовування і довгостроковий вплив на тривалість грудного вигодовування.

4. Тоді, як більше лікарень приймають «Десять кроків» і сертифікуються як Лікарня Доброзичлива до Дитини, ми повинні продовжувати збір даних про те, які конкретні перинатальні практики є найбільш важливими для досягнення бажаного результату грудного вигодовування.

#### **Подяка**

Ця робота була частково підтримана грантом Бюро по охороні здоров'я матері і дитини Міністерства охорони здоров'я і соціального забезпечення США.

**Переклали українською: Подорожна Вікторія Сергіївна (Кам'янець-Подільський, Україна), Кузенкова Ганна Аркадіївна, Гудімова Катерина Вадимівна (Харків, Україна)**

#### **Посилання:**

1. Holmes AV. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:147–168.

2. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. [www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm](http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm) (accessed October 31, 2013).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413–420. ABM PROTOCOL 471
4. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012;28:335–342.
5. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009. [www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_2009\\_s1.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf) (accessed October 31, 2013).
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013; 122:423–428.
7. Rotundo G. Centering pregnancy: The benefits of group prenatal care. *Nurs Womens Health* 2011;15:508–517.
8. Caine VA, Smith M, Beasley Y, et al. The impact of prenatal education on behavioral changes toward breastfeeding and smoking cessation in a healthy start population. *J Natl Med Assoc* 2012;104:258–264.
9. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding, Position Paper. [www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html](http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html) (accessed October 31, 2013).
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
11. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd edition. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430) (accessed October 31, 2013).
12. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
13. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182. Erratum in: *Breastfeed Med* 2011;6:159.
15. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Review: Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scaleup. *J Hum Lact* 2010;26:314–332.
16. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e45143.
17. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Hardeman RR, et al. Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:378–382.
18. Hodnett E, Gates, S, Hofmeyr G, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
19. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, et al. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primaries. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:157–173
20. Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, et al. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J* 2008;12:372–377.
21. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
22. Gizzo S, DiGangi S, Saccardi C, et al. Epidural analgesia during labor: Impact on delivery outcome, neonatal wellbeing, and early breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:262–268.
23. Montgomery A, Hale TW; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
24. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 2009;116:1622–1629.
25. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81:488–493.
26. Marin-Gabriel MA, Llana-Martin I, Lopez-Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr* 2010; 99:1630–1634.
27. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bo1truszko I, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.
28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
29. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130–137.
30. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
31. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after Cesarean to improve breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324; quiz 325–326.
32. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Heim SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
33. Mahmood I, Jamal M, Khan J. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surgeons Pakistan* 2011;21:601–605.
34. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology* 2012;102:114–119.
35. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population based study. *Birth* 2007;34:202–211.
36. Preer G, Piseigna JM, Cook JT, et al. Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2013;8:485–490.
37. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
38. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–189.
39. Cordova do Espirito Santo L, Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34: 212–219. 472 ABM PROTOCOL

40. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001;28:236–242.
  41. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. *J Paediatr Child Health* 2010;46:85–91.
  42. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
  43. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
  44. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006;91:1005–1010.
  45. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: An analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
  46. Renfrew MJ, McCormick FM, Quinn WA, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
  47. Bystrova K, Matthiesen AS, Widstrom AM, et al. The effect of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
  48. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
  49. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-Friendly Hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
  50. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
  51. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
  52. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111: 511–518.
  53. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7: CD007202.
  54. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101–e1107.
  55. [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241599535/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/) (accessed October 30, 2013).
  56. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:295–318.
  57. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 7th ed. Elsevier/Mosby, Philadelphia, 2011.
  58. Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
  59. Toxnet: Toxicology Data Network. Drugs and Lactation Database (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed October 31, 2013).
  60. Hale TW. *Medications and Mothers' Milk*, 15th ed. Pharmasoft, Amarillo, TX, 2012.
  61. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK, et al. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *Eur Radiol* 2005;15:1234–1240.
  62. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112:333–340.
  63. American Thyroid Association Taskforce on Radioiodine Safety, Sisson JC, Freitas J, et al. Radiation safety in the treatment of patients with thyroid diseases by radioiodine 131I: Practice recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2011;21:335–346.
  64. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "the going home protocol." *Breastfeed Med* 2007;2:158–165.
  65. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayril AS. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139–e146.
  66. American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125:405–409.
  67. Becker GE, Cooney F, Smith HA. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12):CD006170.
  68. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomized trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
  69. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
- ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner if there are significant changes in the evidence.
- The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee  
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson  
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson  
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson  
 Nancy Brent, MD Amy E. Grawey, MD  
 Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM  
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM  
 Tomoko Seo, MD, FABM  
 Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM  
 For correspondence: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)