/CHS/CAH/98.ia ORIGINAL: ENGLISH DISTR.: GENERAL

РЕЛАКТАЦИЯ[1]

Обзор существующего опыта и рекомендации для практического использования

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

WHO/CHS/CAH/98.14
ORIGINAL: ENGLISH
DISTR.: GENERAL

РЕЛАКТАЦИЯ

Обзор существующего опыта и рекомендации для практического использования
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Всемирная Организация Здравоохранения
Женева 1998

© Всемирная Организация Здравоохранения 1998

Данный документ не является формальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). Все права принадлежат Организации. Однако, документ может быть свободно рецензирован, обобщен, воспроизведен или переведен, частично или полностью, но не для продажи или коммерческого использования.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения в отношении правового статуса любого государства, территории, города, местности, их руководящих органов или вопросов, касающихся определений границ и рубежей.

Мнения авторов, выраженные в документах, являются исключительно ответственностью этих авторов.

Иллюстрация на обложке взята из постера с разрешения
Министерства Здравоохранения, Перу.

Оглавление

РЕЛАКТАЦИЯ 6
1. Введение 6
2. Профилактика релактации 6
3. Показания для релактации 7
4. Физиологические основы лактации, от которых зависит релактация 8
5. Описанный опыт релактации и индуцированной лактации 12
6. Состав молока при релактации 13
7. Факторы, влияющие на успех релактации 13
7.1. Факторы, относящиеся к ребенку 13
7.2. Факторы, относящиеся к матери или приемной матери 13
8. Факторы, относящиеся к ребенку 14
8.1. Желание ребенка сосать 14
8.2. Возраст ребенка. 14
8.3. Перерыв в грудном вскармливании ребёнка 15
8.4. Способ вскармливания ребенка во время перерыва 15
8.5. Факторы со стороны ребенка, влияющие на прекращение грудного вскармливания 15
8.6. Гестационный возраст 15
8.7. Введение прикорма 16
9. Факторы, относящиеся к матери или приемной матери 16
9.1 Мотивация женщины 16
9.2. Перерыв в лактации у женщины 17
9.3. Состояние груди 17
9.4. Способность женщины чутко взаимодействовать с ребёнком 17
9.5. Поддержка семьи, общества и медицинских работников. 17
9.6. Предыдущий опыт лактации женщины 18
10. Время, необходимое для начала выработки молока 18
11. Практические рекомендации для релактации 19
11.1. Выявление матерей и детей, которым необходима помощь в релактации 19
11.2. Основные рекомендации 20
12. Необходимые меры 20
12.1. Консультация матери или приемной матери 20
12.2. Стимуляция соска и груди 22
12.3. Система докорма у груди 23
12.4. Техника “стекающей капли ” 24
12.5. Механическое и ручное сцеживание 25

12.6. Контакт кожа-к-коже 26
12.8. Обзор необходимых мер для организации грудного вскармливания для успешной релактации 27
13. Фармакологические средства 28
13.1. Лактогонные средства 28
13.2. Гормональные препараты 29
13.3. Хлорпромазин 29
13.4. Метоклопрамид 30
13.5. Натуральные лактогонные средства 31
14. Забота о матери или приемной матери 32
14.1. Питание 32
14.2. Жидкости 32
14.3. Отдых 32
14.4. Отпуск 33
14.5. Защита от насилия 33
15. Контроль за потреблением количества молока 33
15.1. Контроль за набором веса ребенком 33
15.2. Изменения, появляющиеся по мере появления молока 33
15.3. Моча и стул 34
15.4. Активность 34
15.5. Определение количества молока 34
16. Сокращение докорма 34
16.1. Необходимое количество докорма 34
16.2. Как сократить количество докорма 35
17. Заключение 35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ: 38

Благодарности

Авторы данного издания г-жа Elizabeth Hermann и д-р Felicity Savage.

Выражаем огромную благодарность следующим специалистам по лактации за рецензирование данной работы в черновом варианте, и за полезную конструктивную критику: г-же Helen Armstrong и д-ру Dora Gutierrez из ЮНИСЕФ; д-ру Audrey Naylor, д-ру Margaret Meyer и г-же Elizabeth Creer из Wellstart International, США; д-ру Kathleen Auerbach (США), г-же Jimmie Lynne Avery (США), д-рам CR и SC Banapurmath (Индия), г-же Sandra L Gardner (США), г-же Marta Guoth-Gumberger (Германия), д-ру Rukhsana Haider (Бангладеш), д-ру Elizabeth Helsing (Норвегия), д-ру Kuria Nemba (Папуа Новая Гвинея), г-же Gay Palmer (Великобритания), г-же Virginia Thorley Phillips (Австралия), г-же Nancy Rubbico (США), д-ру Luis Ruiz (Испания), д-ру Wendy Slusser (США), д-ру Kola Torimiro (Нигерия), д-ру Veronica Valdes (Чили).

Также выражаем благодарность Технической рабочей группе ВОЗ по вопросам грудного вскармливания за помощь в рецензировании данной рукописи: г-же Randa Saadeh, д-ру Jelka Zupan, д-ру Constanza Vallenas.

Примечание к переводу на русский язык.

МОО АКЕВ выражает благодарность переводчику Елене Чуян, редакторам Маргарите Дик и Марии Сорокиной, а также Виктории Емельяновой.

Если вы заметите в тексте неточности, опечатки или хотите добавить научный комментарий, пишите на адрес admin@akev.info

Оригинал на англ.яз. Relactation. A review of experience and recommendations for practice / World Health Organization. — Geneva, 1998.

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/en/

РЕЛАКТАЦИЯ

Обзор существующего опыта и рекомендации для практического использования

1. Введение

ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение как минимум первых 4 месяцев и, если это возможно, в течение первых 6 месяцев жизни ребенка[1], и продолжение грудного вскармливания вместе с надлежащим прикормом до 2 или более лет. Однако многие младенцы перестают получать грудное молоко в течение нескольких первых недель жизни, и как результат, находятся в зоне повышенного риска по заболеваниям, недостаточному питанию и смерти.

Однако грудное вскармливание можно восстановить. Женщина, прекратившая кормить грудью ребенка недавно или в прошлом, может возобновить выработку грудного молока для своего собственного или приемного ребенка, даже если она не была беременна. Это потенциально жизненно важное мероприятие называется *релактацией*. Многие релактирующие женщины могут вырабатывать достаточно молока для вскармливания ребенка исключительно грудным молоком. Женщины, которые ранее никогда не были беременны, также могут установить лактацию, хотя количество молока часто бывает меньше необходимого для исключительно грудного вскармливания. Это называется *индуцированной лактацией* [2](1).

В прошлом релактация и индуцированная лактация считались чем-то исключительным и тщательно не изучались. На данный момент существует достаточно данных, доказывающих, что большинство женщин могут релактировать, если они достаточно мотивированы, и имеют адекватную информацию на этот счет и поддержку. Опытным путем были изучены эффективные техники и сегодня мы обладаем достаточной информацией для предоставления женщинам практических рекомендаций для релактации. Целью данного обзора является предоставление релевантной информации работникам здравоохранения, работающих с матерями и детьми, нуждающихся в такой помощи.

2. Профилактика релактации

Когда матери получают хорошую поддержку от работников системы здравоохранения и от общества, если они помогают женщинам начать кормление грудью, оптимально с самого рождения ребенка, то релактация редко бывает необходима. Если такая

---

[1] Документ “Релактация” был составлен в 1998 году. В настоящий момент ВОЗ предлагает кормить детей только грудью до 6 полных месяцев: “Как показывает анализ фактических данных, оптимальным способом кормления детей грудного возраста на популяционной основе является исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев. В последующем они должны получать дополнительные пищевые продукты при продолжении грудного вскармливания до 2 лет или дольше.” http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/ru/ - прим. переводчиков

[2] В литературе термины «релактация» и «индуцированная лактация» не всегда используются одинаково. Некоторые авторы называют лактацию «индуцированной», если женщина ранее кормила своего ребенка грудью, а сейчас кормит приемного ребенка или внука. В данном обзоре термин «релактация» используется, если женщина когда-либо рожала ребенка, независимо от того, рожала ли она сама того ребенка, с которым сейчас релактирует, и независимо от того, сколько времени прошло с ее последней беременности.

необходимость возникает часто, то это показывает, что необходимо повысить качество помощи в вопросах грудного вскармливания.

Самое важное - обеспечить, чтобы родильные дома и детские медицинские учреждения, а также общество оказывали женщинам необходимую помощь для инициации, установления, и поддержания грудного вскармливания.

ВОЗ и ЮНИСЕФ поощряют поддержку грудного вскармливания с помощью Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку». Для того, чтобы получить статус «Больницы, доброжелательной к ребенку», учреждение, оказывающее услуги по родовспоможению (86), принимает на себя обязательство осуществлять «Десять принципов успешного грудного вскармливания». Также ВОЗ и ЮНИСЕФ поддерживают грудное вскармливание, обучая медицинский персонал «Консультированию по вопросам грудного вскармливания» (11); и с помощью инициативы «Комплексное ведение болезней детского возраста» (87). Каждая встреча матери и ребенка с работником здравоохранения в течение как минимум первого года жизни будь то для иммунизации, наблюдения за развитием ребенка, лечения заболеваний или планирования семьи должна включать в себя базовую оценку грудного вскармливания. Если с грудным вскармливанием все в порядке, то женщину необходимо поощрить. Если же организация грудного вскармливания значительно отличается от рекомендаций ВОЗ, если ребенок не развивается должным образом или если есть какие-либо другие сложности – необходимо предложить такой женщине помощь. Такая относительно простая практика могла бы предотвратить многие сложности и необходимость в занимающих много времени процедурах, таких как интенсивная и продолжительная поддержка, необходимая для возобновления грудного вскармливания, после того, как оно было прекращено.

3. Показания для релактации

Всегда будут такие ситуации, когда стандартные практики помощи оказались не эффективными и грудное вскармливание было прекращено или организованно неправильно; или когда женщина не может кормить своего ребенка грудью в связи с болезнью или не может находиться рядом с ним. Из-за этого здоровье ее ребенка находится под угрозой из-за не подходящего ему искусственного вскармливания. В таких ситуациях релактация и индуцированная лактация являются предпочтительным выбором. Помимо знаний о возможностях поддержки грудного вскармливания, работники здравоохранения, работающие с матерями и детьми, должны быть знакомы с техниками релактации, для того чтобы можно было применить их в случае необходимости.

Необходимость в релактации или индуцированной лактации может возникнуть в ряде случаев:

- В случае ведения больных детей, например, в возрасте менее 6 месяцев с острой или персистирующей диареей; детей, которых прекратили кормить грудью до или во время болезни и тех, кого кормили смесями, но которые не могут переносить искусственное питание.
- В том случае, если дети родились с малым весом, и не могли сосать эффективно в первые недели жизни, и получали питание через зонд или с помощью чашечки.
- Для детей с проблемами во вскармливании, особенно если им менее 6 месяцев, чьи матери имели сложности с установлением лактации, или если количество вырабатываемого молока значительно уменьшилось в результате неэффективной техники кормления или ошибок в организации грудного вскармливания.
- Для детей, которые были разделены со своими матерями, например, если матери или ребенку была необходима госпитализация.

- В чрезвычайных ситуациях для детей, оказавшихся без присмотра; для тех, кого ранее кормили искусственными смесями до возникновения чрезвычайной ситуации; и для тех, кого прекратили кормить грудью. Необходимо, чтобы как можно больше детей продолжали или возобновили питание грудным молоком для профилактики диареи, инфекций и предотвращения неполноценного питания. Женщина может релактировать для вскармливания одного или нескольких детей, оказавшихся без присмотра.
- В индивидуальных случаях, например, когда мать ребенка, ранее сделавшая выбор в пользу искусственного вскармливания, передумала, или если ребенок является приемным и такая мать хочет усилить бондинг - связь мать-ребенок, а также обеспечить ребенка другими преимуществами грудного вскармливания.
- Когда женщина не может кормить своего ребенка, например, если она страдает серьезным заболеванием или умерла или является ВИЧ положительной, и после соответствующего консультирования приняла решение не сохранять грудное вскармливание (85). В данных случаях возможна релактация и грудное вскармливание ребенка кем-либо из ближайшего окружения, например, бабушкой.

Рисунок 1. Пролактиновый ответ.

4. Физиологические основы лактации, от которых зависит релактация

По физиологии релактации человека было проведено мало исследований. Однако, те эмпирические методы, которые были признанными эффективными, согласуются с хорошо обоснованными физиологическими основами лактации. (2,3,4,5,6,7, 55, 56).

Выработка грудного молока, достаточного для вскармливания ребенка, зависит от:

- Роста секреторных альвеол в железистой ткани груди
- Секреции молока клетками секреторных альвеол
- Эвакуации молока ребёнком или путем сцеживания.

Гормоны играют значительную роль во всех этих процессах.

Гормон *пролактин*, который производится передней долей гипофиза в основании головного мозга, является наиболее важным гормоном, как для развития секреторной альвеолы, так и для секреции молока альвеолярными клетками. Обычно пролактин работает вместе с эстрогеном и прогестероном и другими гормонами, которые могут производиться в плаценте или в яичниках. Однако, в экспериментах с участием животных было показано, что пролактин может стимулировать рост секреторных альвеол даже в случае отсутствия этих других гормонов (2,3,4).

Пролактин производится в ответ на стимуляцию соска, как показано на рис. 1 (5,11). Сенсорный нерв посылает импульс от соска к мозгу и заставляет переднюю долю гипофиза выделять пролактин. В нелактирующей груди пролактин стимулирует рост секреторных альвеол. По мере того как альвеолы появляются, пролактин также стимулирует клетки для производства белка молока и лактозы, и выработки молока.

Пролактиновый ответ можно вызвать различными способами стимуляции соска. Наилучший результат дает сосание груди ребёнком. Пролактиновый ответ больше в ночное время, чем в дневное (8). Однако и ручное, и механическое сцеживание груди также эффективны (9)

Эвакуация любого количества молока, производимого в груди, также помогает увеличить и сохранить выработку молока (3,10). “Накопление” молока в груди до тех пор, пока женщина не почувствует наполненность, замедляет последующую выработку молока (3,10). Молоко может быть эвакуировано путем прикладывания ребенка к груди или ручным или механическим сцеживанием. Т.о., и сосание груди, и сцеживание, которые оба повышают уровень пролактина и эвакуируют молоко - являются ключевыми факторами выработки молока для релактации и для индуцирования лактации.

Для выделения молока из груди необходимо действие другого гормона – *окситоцина,* который производится задней долей гипофиза в ответ на сосание. Под воздействием окситоцина маленькие мышечные клетки, которые окружают секреторные альвеолы, сокращаются и выделяют молоко. Окситоцин не помогает, если молока в груди нет, но он помогает выделению молока, когда оно есть. Таким образом, окситоцин косвенно может помочь выработке молока после появления гландулоцит[3]. Так как на выработку окситоцина может влиять психологическое состояние женщины, то для процесса выделения молока из груди очень важно поддерживать женщину и ее веру в себя, свои силы. (5).

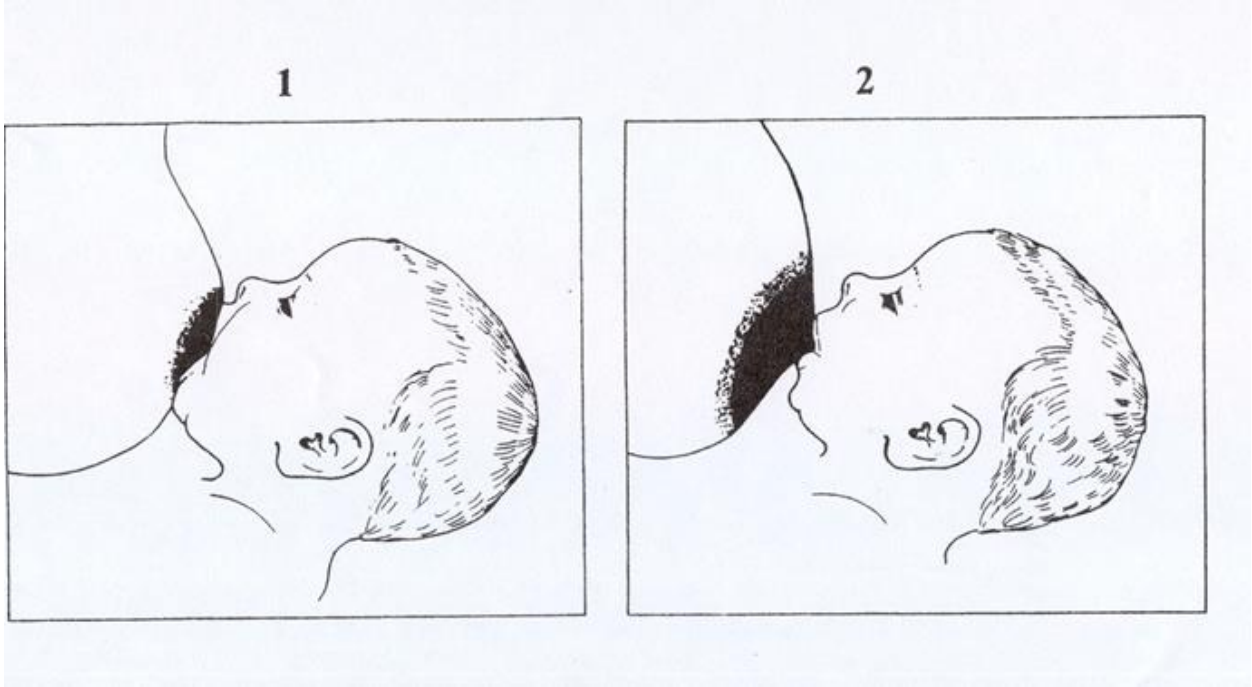
Самый лучший способ стимуляции соска и извлечения молока из груди - сосание груди ребенком. Чем чаще и дольше ребенок сосет грудь, тем больше молока вырабатывается. Для эффективного извлечения молока ребенок должен быть хорошо приложен к груди (6). Та часть груди, которая находится под ареолой, там где молоко проходит по главным протокам, должна быть во рту у ребенка (Рис. 2). Важно, чтобы медработники умели оценить качество прикладывания, чтобы решить, нужна ли женщине помощь, и если она нужна, то помочь женщине убедиться в том, что ребенок хорошо, глубоко приложен к груди и сосет эффективно. Часто тем детям,

---

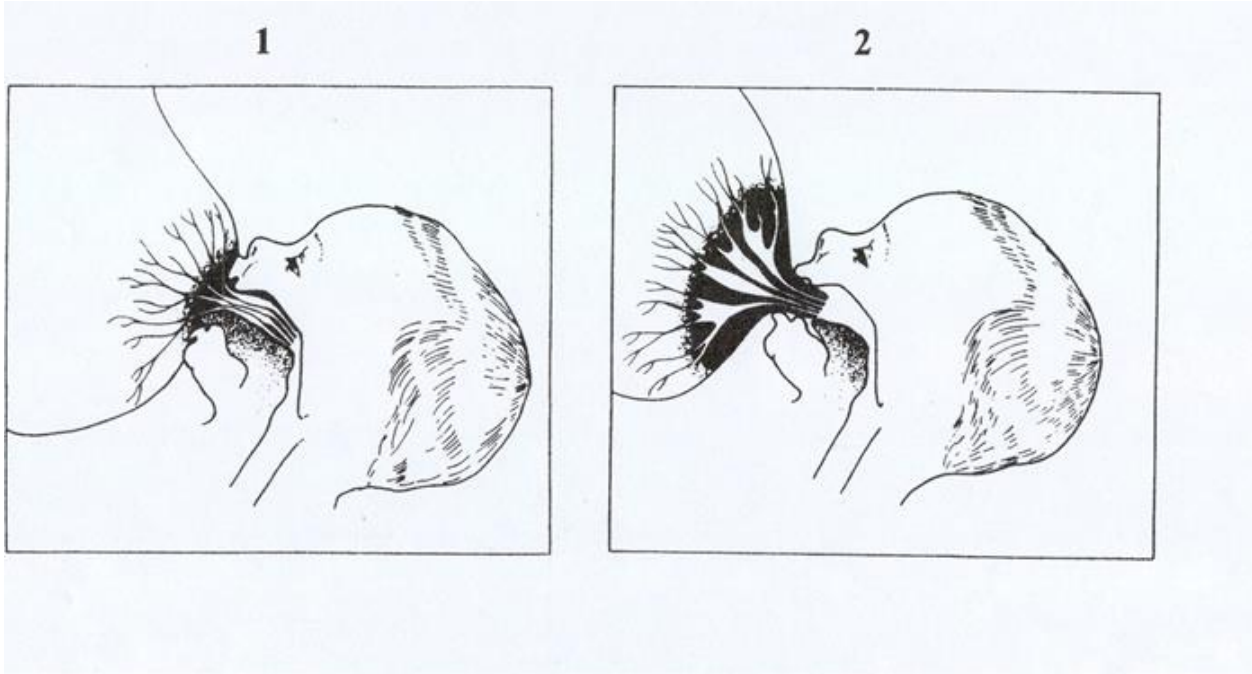
[3] Гландулоцит *(glandulocytus, LNH; лат. glandula железа + гист. cytus клетка; син. клетка железистая)* клетка секреторного отдела железы, вырабатывающая секрет. В молочной железе такие клетки носят собственное название - лактоцит (прим. ред.).

которых никогда ранее не прикладывали к груди, или которые привыкли сосать из бутылки или сосали пустышку, необходима дополнительная помощь для того, чтобы научиться брать грудь и сосать эффективно (15,16). Практические советы описаны в нескольких руководствах (12, 13, 14) и учебных материалах ВОЗ/ЮНИСЕФ (11, 87) и обобщены в Приложении 1.

Рисунок 2. Изображение рта ребенка, показывающее эффективное и неэффективное прикладывание к груди.



вид снаружи



Приложение 1. ПРОСТАЯ СТАНДАРТНАЯ СХЕМА ОЦЕНКИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПОМОЩЬ В ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

[адаптированный отрывок из «Интегрированное Ведение Болезней Детского Возраста» (87)]

1. Спросите женщину:

Есть какие-то трудности в кормлении ребенка?
Кормят ли ребенка грудью? Если да, сколько раз в сутки?
Получает ли ребенок дополнительное питание или питье? Если получает, то как часто?
Чем вы кормите ребенка?

2. Взвесьте ребенка и оцените соответствие веса возрасту ребенка.

3. Если:

- Ребенок имеет сложности при кормлении
- Ребенка кормят грудью менее 8 раз в сутки
- Ребенка докармливают или допаивают и
- Вес ребенка является низким для его возраста

Оцените грудное вскармливание в течение 4 минут (если необходимо, подождите, пока ребенок будет готов к кормлению).
Оцените, хорошее ли прикладывание и эффективное ли сосание.

4. Признаки хорошего прикладывания:

- Подбородок касается груди матери.
- Рот широко открыт.
- Нижняя губа вывернута наружу.
- Верхнюю часть ареолы видно больше, чем нижнюю.

5. Признаки эффективного сосания:

Медленное глубокое сосание, с периодическими паузами.

6. Если какие-либо признаки хорошего прикладывания отсутствуют, научите женщину правильно держать ребенка и правильно прикладывать его к груди.

■ Покажите женщине, как держать ребенка:

- Голова и тело ребенка находятся на одной линии
- Лицо ребенка находится напротив груди женщины, нос ребенка находится напротив ее соска
- Тело ребенка прижато к телу женщины
- Необходимо поддерживать все тело ребенка, а не только голову и шею

* Покажите женщине, как держать ребенка, чтобы приложить его к груди. Она должна:
- Дотронуться до губ ребенка соском
- Подождать, пока ребенок откроет широко рот
- Быстро придвинуть ребёнка к груди, так чтобы нижняя губа ребенка была ниже соска.

■ Оцените, хорошее ли прикладывание и эффективное ли сосание.

Если прикладывание неудовлетворительное, попробуйте еще раз

7. Если прикладывание хорошее:

Посоветуйте женщине кормить ребенка грудью так часто и так долго, как этого хочет ребенок, в дневное и ночное время, как минимум 8 раз в сутки.

8. Если ребенку менее 6 месяцев, и он получает дополнительное питание или питье:

Порекомендуйте женщине кормить ребенка чаще, сокращая докорм или допой, и использовать чашку для докорма или допаивания до прекращения их использования.

9. Если ребенка вообще не кормят грудью, женщине необходимо получить консультацию по грудному вскармливанию и возможной релактации.

5. Описанный опыт релактации и индуцированной лактации

В исследованиях с животными на протяжении многих лет было обнаружено, что частая стимуляция груди может привести к лактации, даже без роста молочной железы в результате беременности (3,17). В 1967 году исследование, проведенное на козах, подтвердило, что «продолжительная стимуляция груди путем доения может вызвать рост молочной железы и секрецию молока молока» (18).

У людей основной источник информации – это женщины, которые релактировали или индуцировали лактацию для своих детей. Личный опыт этих женщин был описан в популярной прессе или в публикациях организаций, поддерживающих грудное вскармливание, которые ориентированы в основном на родителей (19, 20, 21).

Ранее в медицинской литературе упоминалось, что несмотря на нередкие казуистические сообщения, релактация - явление экзотическое и аномальное (23). В классическом труде Slome в 1956 году (26) описан опыт 10 бабушек в Натале, которые релактировали для своих внуков. Целый ряд случаев подобного личного опыта женщин были описаны Ньютоном (Newton) в 1967 г. (32), и Коэном (Cohen) в 1971 г (33), а также в обзоре Marieskind в 1973 г. (22). Только относительно недавно работники здравоохранения осознали важность и пользу данного явления (1,24,25), а также необходимость учиться у этих женщин, имеющих положительный опыт в релактации и индуцировании лактации.

В 1970-х гг. Jelliffe (29,30) описал метод восстановления лактации для матерей в Уганде, которые вскармливали своих детей искусственными смесями. Brown в 1977 г. (27) и 1978 г. (28) изучили опыт женщин в Индии и Вьетнаме, указывая на большую значимость релактации в развивающихся странах, и в критических ситуациях, особенно для детей с низким при рождении весом. В 1981 г. Bose et al (31) в своём исследовании показали успешные случаи релактации у матерей больных и преждевременно рожденных детей в США и позднее Thullen (34) и Thompson (35) описали релактацию как часть официальной медицинской помощи. В 1998 году исследование Marquis et al (88) сообщило о релактации как о часто встречающемся явлении в Перу. Матери изменяли свое решение о прекращении грудного вскармливания своих детей. Обычно прекращение грудного вскармливания происходило из-за отказа от груди со стороны этих детей. Грудное вскармливание было возобновлено через несколько дней или недель, и некоторые женщины релактировали несколько раз для одного и того же ребенка.

На сегодняшний день самое крупное исследование – это серия ретроспективных отчетов, сделанных Auerbach и Avery (36,37) и Auerbach (38) в США. Они использовали метод воспроизведения для изучения 4 групп женщин:

1. 174 женщины, которые преждевременно прекратили грудное вскармливание;
2. 117 женщин, которые релактировали для детей с низким при рождении весом;
3. 75 женщин, которые возобновили грудное вскармливание после того, как они или их дети были госпитализированы;
4. 240 женщин, которые кормили грудью приемных детей: 83 из которых никогда не были беременны ранее; 55 из которых были ранее беременны, но никогда не кормили грудью; 102 из которых кормили ранее своего предыдущего ребенка.

Также существует ряд отчетов из развивающихся стран: Папуа Новая Гвинея (39), Нигерия (40), и Индия (41-46). Хотя эти отчеты не такие масштабные, как у Auerbach и Avery, но их преимущество в том, что они проспективные (исследование, в котором группа, сформированная в настоящее время, прослеживается в будущем (группу наблюдения формируют до того, как наступили исходы); основное достоинство проспективных исследований - полная определенность наблюдаемой группы, выявляемых состояний, методов обследования и прочих деталей до начала клинического исследования. - прим. переводчика). В самом крупном из них (43), в исследовании Seema et al наблюдались 50

женщин, у которых дети были госпитализированы. Возраст детей был менее 4 месяцев. 86% женщин полностью прекратили лактацию и 14% частично кормили грудью. Релактация была успешной у всех, кроме одной женщины.

6. Состав молока при релактации

Не было обнаружено значительных различий между грудным молоком, вырабатываемым во время релактации или индуцированной лактации и молоком женщин, находящихся в послеродовом периоде. Однако на этот счет было сделано немного исследований. (47,48). Исследование Kleinman et al (47) установило, что те женщины, которые никогда не были беременны, не вырабатывали молозиво. В первые 5 дней лактации общее количество белка, количество альфа-лактальбумина и иммуноглобулина А было таким же, как в переходном и зрелом молоке.

7. Факторы, влияющие на успех релактации

Marieskind (22) указывал на то, что для релактации существуют два первостепенных условия: сильное желание матери или приемной матери кормить младенца грудью и стимуляция соска. Brown (27,28) и Jelliffe (30) добавили еще одно условие, особенно важное, когда релактация поощряется в рамках системы здравоохранения: система поддержки для создания и поддержания у женщины уверенности в своих силах. Однако, существуют дополнительные факторы со стороны ребенка и женщины, которые нужно учитывать и понимать.

7.1. Факторы, относящиеся к ребенку

Основное требование для релактации или индуцированной лактации – ребенок должен сосать грудь. Это зависит от:

- Желания ребенка сосать
- Возраста ребенка
- Длительности перерыва в грудном вскармливании (т.е. сколько времени прошло после прекращения грудного вскармливания)
- Способа вскармливания ребенка во время перерыва
- Какие причины со стороны ребенка привели к прекращению грудного вскармливания

Другие факторы неустановленной важности включают:

- гестационный возраст (для детей с низким при рождении весом)
- введение прикорма (для детей более старшего возраста)

7.2. Факторы, относящиеся к матери или приемной матери

Наиболее важные:

- Мотивация женщины
- Длительность перерыва в грудном вскармливании (время, в течение которого она не кормила ребенка грудью)
- Состояние ее груди
- Ее способность чутко взаимодействовать с ребёнком
- Поддержка ее семьи
- Поддержка общества и работников здравоохранения

Другие факторы, важность которых менее очевидна:

- Ее предыдущий опыт лактации
- Общее состояние ее здоровья и качество ее питания (см. Раздел 14).

Каждый из этих факторов рассматривается более подробно в последующих разделах.

8. Факторы, относящиеся к ребенку

8.1. Желание ребенка сосать

Релактация с большей вероятностью будет успешной, если ребенок начинает сосать вскоре после предложения груди. Процесс релактации проходит относительно легко у младенцев, которые охотно сосут грудь после первого к ней прикладывания.

Auerbach и Avery (36) сообщают о том, что около 39% младенцев, у которых грудное вскармливание было прекращено рано, 63% усыновленных детей и 61% детей матерей, релактирующих после госпитализации, хорошо брали грудь и сосали в первое же прикладывание. Дети более старшего возраста могут сопротивляться и отказываться от груди. В таких обстоятельствах релактация может происходить в неблагоприятных условиях (26,49) и тогда другие факторы, даже такие, как мотивация матери, менее важны.

Однако многим младенцам необходима помощь, чтобы приложиться к груди. В ходе исследования Seema et al (43) было обнаружено, что если грудное вскармливание было полностью прекращено, то 74% детей отказываются сосать вначале, в основном из-за того, что им трудно приложиться к груди. В этом исследовании все дети, кроме одного, смогли начать сосать и продолжали это успешно делать, но для этого была необходима квалифицированная помощь работника здравоохранения.

8.2. Возраст ребенка.

В большинстве случаев, чем младше ребенок, тем более охотно он берет грудь. Дети постарше менее охотно берут грудь, особенно если они уже привыкли к кормлению из бутылки с соской.

Auerbach и Avery (36,37) описали, что дети в возрасте младше 3 месяцев более охотно брали грудь, чем дети старше 3 месяцев. В случаях с приемными детьми такой переломный момент наблюдался в возрасте 2 месяцев. 90% младенцев младше одной недели, 75% детей в возрасте от 1 до 8 недель, но только 51% детей старше 8 недель хорошо прикладывались к груди и сосали в первое прикладывание. Младенцы могут неохотно сосать грудь, в которой мало молока, если их возраст больше 2-3 недель. (50).

В исследовании Banapurmath et al (41) было отмечено, что 4 из 5 приемных матерей, у которых успешно проходила релактация, начали этот процесс, когда их детям было менее 3 недель от рождения. Тогда как 4 из 5 матерей с релактацией, признанной неуспешной, начали процесс, когда их детям было более 3 недель от рождения.

Однако, релактация возможна и с более старшими детьми, особенно если ребенок хочет сосать и берет инициативу (49,51). В Перу (88), матери релактировали для детей, возраст которых был более 12 месяцев. Всех женщин следует поощрять попробовать релактировать или индуцировать лактацию не смотря на возраст их детей. Если существуют важные причины для релактации ребенка более старшего возраста, но ребенок не желает прикладываться к груди, то могут быть применены специальные техники, которые находятся за пределами данного исследования (52). Поддержка со стороны консультанта по грудному вскармливанию с большим опытом поддержки релактации очень важна, так как попытки помочь со стороны некомпетентного человека

могут привести женщину к фрустрации и негативно сказаться на отношениях между матерью и ребенком.

8.3. Перерыв в грудном вскармливании ребёнка

Перерыв в грудном вскармливании ребёнка – это количество времени, которое прошло с того момента, как ребенок сосал грудь в последний раз. Существующие отчеты об единичных случаях в целом показывают, что, как правило, релактация более успешна в случае короткого перерыва, но частично может зависеть и от возраста ребенка. Дети более старшего возраста могут охотно вернуться к грудному вскармливанию даже после большого перерыва. (36,37,38,49,51).

8.4. Способ вскармливания ребенка во время перерыва

Дети, которых кормили из бутылки, могут предпочитать соску груди. В исследованиях Banapurmath et al (41,42) и Seema et al (43) говорится, что если ребенок привык сосать из бутылки, то научить его сосать грудь труднее, даже если в груди вырабатывается молоко. Эти авторы подчеркивают, что необходимо прекратить использование бутылок для кормления и пустышек, чтобы преодолеть нежелание ребенка сосать грудь. Об этом также говорит и опыт многих экспертов в области лактации. (7,15,46,53). Некоторые женщины, которые релактировали для своих детей в возрасте 1-6 месяцев, сообщали о том, что их дети настолько привыкли к бутылке, что первое время не знали, что делать у груди. В недавнем исследовании Lang (54) предполагает, что те дети с низким при рождении весом, которых кормили из чашечки во время переходного периода после кормления из зонда и до кормления грудью могут перейти на грудное вскармливание легче, чем те, которых кормили из бутылки. Однако, даже если ребенок привык к кормлению из бутылки с соской – он обычно может научиться сосать грудь, если матерям этих детей оказывается квалифицированная помощь. (16). Такой уровень помощи требует наличия определенного уровня опыта, достаточного количества времени и терпения, которых нет у многих работников здравоохранения. Намного лучше предотвратить проблему, используя чашку для кормления, когда это необходимо, и избегая искусственных предметов для сосания.

8.5. Факторы со стороны ребенка, влияющие на прекращение грудного вскармливания

Иногда причина прекращения грудного вскармливания может идти со стороны ребенка. Это могут быть анатомические проблемы, или проблемы из-за поведения ребенка.

Например:

- Короткая подъязычная уздечка, расщелина нёба
- Трудности в прикладывании к груди, включая сложности с выкладыванием языка
- Отказ от груди
- Чрезмерный плач (например, из-за колик или гастроэзофагеального рефлюкса)

Для успешной релактации подобные, характерные для младенцев причины, необходимо идентифицировать и устранить подходящим способом.

8.6. Гестационный возраст

Лишь в небольшом количестве исследований изучалось влияние гестационного возраста ребенка или его веса на момент начала релактации или индуцированной лактации на результат. Эти факторы достаточно трудно оценить, частично из-за взаимосвязи веса и возраста ребенка, и частично из-за некоторых отягощающих факторов в уходе за низковесными и недоношенными детьми. Ранее уход за такими детьми обычно включал в себя кормление из бутылки и минимум контакта с родителями. При использовании

современных методов выхаживания, включающих в себя возможность контакта с родителями и метод кенгуру, низковесные дети могут вскармливаться грудью полностью или частично, иногда начиная уже с 32 недель гестационного возраста и с весом от 1300 гр (13,57, 58, 59).

8.7. Введение прикорма

Дополнительная (твердая или полужидкая) пища, предложенная ребенку до достижения им 6-тимесячного возраста, может замещать объем грудного молока. В исследовании Auerbach и Avery (36,37) 46% матерей заметили, что введение прикорма помогло им сократить или полностью заменить докорм смесью. Тогда как 50% матерей продолжали предлагать детям такое же количество смеси, но при этом происходило очевидное сокращение выработки грудного молока. Предпочтительно не вводить прикорм детям ранее достижения им 6 месячного возраста. Вопрос прикорма можно рассмотреть только в возрасте 4-5 месяцев, если ребёнок не набирает достаточный вес (раздел 15) или показывает явные признаки голода, несмотря на максимальную стимуляцию груди.

9. Факторы, относящиеся к матери или приемной матери

9.1 Мотивация женщины

Если у женщины нет высокого уровня мотивации, то успех релактации или индуцированной лактации маловероятен. Распространенные причины, по которым женщины хотят релактировать:

- Из-за пользы для здоровья ребенка и обеспечения его оптимальным питанием
- Установить более теплые отношения между матерью и ребенком

Иногда матери или приемные матери могут сами хотеть возобновить кормление ггрудью. Это бывает в тех сообществах, где возобновление грудного вскармливания после перерыва является типичным случаем (88); в которых обычной практикой является неофициальное усыновление и грудное вскармливание детей, оставшихся без матерей другими родственниками; и в промышленно развитых странах у некоторых матерей, которые усыновляют детей из-за неспособности к зачатию или просто хотели бы иметь больше детей путем усыновления.

Чаще всего для того, чтобы матери или будущие приемные матери решились на релактацию, им необходимо консультирование, информирование, поощрение и поддержка со стороны медицинских работников. Для этого нужно время, способность и терпение от консультанта по этому вопросу.

Исследование Abejide et al в Нигерии (40), и Banapurmath (41) и Seema (43) в Индии, указали, что здоровье ребенка – основной мотивирующий фактор релактации для матерей и приемных матерей. Когда медицинские работники предлагали матерям релактировать, их дети были уже больны. В Папуа Новой Гвинее (39) приемные матери, просившие назначения им смеси для детей, приняли решение релактировать после того, как им были разъяснены риски искусственного вскармливания. В этих ситуациях количество вырабатываемого молока и объем релактации были важным результатом.

В исследованиях, проведенных в промышленно развитых странах, взаимоотношения мать-ребенок были основным мотивационным фактором как для приемных матерей (37), так и для матерей недоношенных детей (31). В таких ситуациях опыт релактации может быть очень важным независимо от количества вырабатываемого молока. Взаимоотношения между матерью и ребёнком не часто упоминаются в отчетах из развивающихся стран, но это не обязательно означает, что этот фактор для них не важен. Возможно, в странах, где грудное вскармливание является нормой, тесная связь между матерью и ребенком

воспринимается настолько естественной, что не представляется необходимым даже это упоминать.

Грудное молоко может вырабатываться даже когда у женщины и нет особой мотивации, в том случае, если у ребенка есть сильное желание сосать грудь (21,49). Бабушки в Африке (26) вырабатывали молоко, прикладывая детей к груди для того, чтобы их успокоить в отсутствие матерей, даже без желания релактировать.

9.2. Перерыв в лактации у женщины

Перерыв в лактации – это время с тех пор, как женщина в последний раз кормила ребенка грудью. Часто предполагается, что чем короче перерыв с тех пор, как женщина последний раз кормила ребенка грудью, тем более вероятна релактация. Отчеты из промышленно развитых стран обычно поддерживают такую точку зрения, однако несколько отчетов из развивающихся стран указывают на то, что релактация иногда происходит через 15-20 лет после того, как женщина кормила грудью своего последнего ребенка (22,26,39,40,41), даже после менопаузы.

9.3. Состояние груди

Иногда форма или состояние груди женщины может играть свою роль в прекращении грудного вскармливания. Например, ее соски могут быть втянутыми или травмированными, у женщины может быть инфекция или шрамы после операции на груди. Те же самые состояния могут затруднить ребенку прикладывание и его способность сосать грудь эффективно для успешной релактации. Эти факторы были важны для 12% матерей в исследовании Seema et al (43). Однако авторы обнаружили, что если у женщин была мотивация и поддержка, а также квалифицированная помощь в прикладывании ребенка к груди, то большинство трудностей были в итоге преодолены.

9.4. Способность женщины чутко взаимодействовать с ребёнком

Для релактации женщина должна уметь отвечать на потребности ребенка без ограничений и прикладывать его к груди по его желанию и при первых признаках интереса. Женщина должна самостоятельно, без помощников заботиться о ребенке и часто иметь с ним контакт кожа-к-коже. Для того, чтобы это было возможным, женщина должна быть освобождена от других обязанностей в первые недели и, по возможности, взять отпуск на работе. Если это невозможно сделать, то успех релактации менее вероятен.

9.5. Поддержка семьи, общества и медицинских работников.

Женщины часто упоминают, что очень важно иметь эмоциональную поддержку и что чаще всего они получали ее от семьи, друзей или консультантов по грудному вскармливанию и намного реже от докторов или других медицинских работников. В США (36,37) мужья часто являлись основным источником поддержки, особенно если ребенок был усыновленным и когда другие родственники и друзья относились неприязненно к идее релактации или индуцирования лактации. Врачи наименее благосклонно относились к релактации или индуцированной лактации и даже иногда были настроены откровенно враждебно.
В тех странах, где грудное вскармливание является нормой, женщины обычно получают больше поддержки от семьи и друзей, что позволяет им релактировать легче. Работники здравоохранения также могут с большей готовностью поддерживать женщин в этом вопросе, предлагать способы осуществления релактации или индуцированной лактации и предлагать саму идею релактации (39,40,41,43,46).

9.6. Предыдущий опыт лактации женщины

Предыдущий опыт лактации может иметь второстепенное влияние на способность женщины релактировать. Auerbach и Avery (35) обнаружили, что те женщины, которые никогда не были беременны или те, которые были ранее беременны, но никогда не кормили грудью своих детей, с несколько меньшей вероятностью релактировали полностью по сравнению с теми женщинами, которые ранее имели опыт грудного вскармливания, но разница не была статистически значимой. И так же таким женщинам было сложнее сцедить молоко с помощью механической стимуляции до того, как их приемные дети могли начать сосать грудь. Если приемная мать ранее имела опыт грудного вскармливания, то ее приемные дети с большей вероятностью начинали сосать грудь в первые 10 дней.

Nemba (39) обнаружил, что 11 из 12 женщин, которые никогда не лактировали ранее, достигали достаточной лактации через 5-13 дней после начала следования протоколу об индуцировании лактации. Исследование Seema et al (43), в котором сообщалось, что 46 из 50 матерей успешно релактировали после рождения ими своих собственных детей, не обнаружило разницы между первородящими и повторнородящими женщинами.

10. Время, необходимое для начала выработки молока

Время, необходимое для того, чтобы началась выработка молока, варьируется от нескольких дней до нескольких недель и сложно предсказать, сколько его понадобится для конкретной женщины. Некоторые женщины после релактации так и не могут вырабатывать достаточно молока для исключительно грудного вскармливания. Другие женщины достигают достаточной лактации через несколько дней (39,40,41,42). Некоторые авторы говорят о том, что релактация происходит раньше у тех матерей, которые перестали кормить грудью недавно или все еще иногда прикладывают к груди, но это не всегда так. Тем женщинам, которые не кормили грудью в течение долгого времени, иногда требуется от 4 до 6 недель для того, чтобы достигнуть выработки существенного количества молока. Хотя и таким женщинам иногда требуется несколько дней для того, чтобы у них появилось молоко (40).

В исследовании Seema et al (43) было замечено, что первое молоко появлялось между 2 и 6 днями; частичная релактация была достигнута в промежутке между 4 и 28 днями, и полная релактация происходила в промежутке между 7 и 60 днями. В исследовании Abejide et al (40), изучившем 6 случаев лактации у приемных матерей, было обнаружено, что молоко появлялось с 4 по 7 день, частичная лактация была достигнута между 11 и 18 днями, и исключительно грудное вскармливание было возможно в интервале между 21 и 25 днями. Матерей необходимо поддерживать быть терпеливыми и не иметь каких-либо конкретных ожиданий о том количестве молока, которое у них может появиться.

Приложение 2. КАК КОРМИТЬ МЛАДЕНЦА ИЗ ЧАШКИ

- Держите ребенка в положении сидя, вертикально или полувертикально на ваших коленях.
- Держите маленькую чашечку с молоком у губ ребенка.
- Чашечка слегка касается нижней губы ребенка (лежит на ней), и края чашечки касаются наружной части верхней губы ребенка.
- Наклоните чашку таким образом, чтобы молоко слегка касалось губы ребенка.
- Ребенок оживляется и открывает рот и глаза.

- Ребенок с низким при рождении весом начинает лакать молоко, языком забирая его в рот.
- Доношенный ребенок или ребенок старшего возраста сосет молоко и может разлить немного молока.

- НЕ ВЛИВАЙТЕ молоко в рот ребенка. Просто держите чашку у губ ребёнка и позвольте ребенку самому пить молоко.

- Когда ребенок решил, что ему достаточно, он закрывает рот и больше не пьет. Если ребенок не выпил достаточного рассчитанного для него количества молока, он может выпить больше в следующее кормление или может понадобиться кормить его чаще.
- Подсчитывайте количество выпитого ребёнком молока за 24 часа, а не за каждое кормление.

Рисунок 3. Кормление ребёнка из чашки

11. Практические рекомендации для релактации

Практическая информация о том, как релактировать или индуцировать лактацию, основана на личном опыте женщин, групп поддержки грудного вскармливания и консультантов по грудному вскармливанию (19,60), а также на клиническом опыте медицинских работников, описанном в приведенных выше исследованиях.

11.1. Выявление матерей и детей, которым необходима помощь в релактации

Службы здравоохранения и общественные службы, которые обеспечивают помощь матерям и детям, должны принять рутинную систему оценки техники грудного вскармливания, как описано в Разделах 3 и 4. Работники медицинских и социальных служб должны знать, как помочь матерям с распространенными проблемами и куда направить матерей с более сложными случаями. Такая система поможет идентифицировать матерей и детей, которым нужна помощь с грудным вскармливанием и поможет им получить грамотную консультацию. Таким образом, необходимость в релактации будет уменьшена, в то время как те немногие оставшиеся, кто воспользуется преимуществами релактации, скорее получат соответствующую помощь.

Если женщина больна или сильно недоедает, сначала она должна получить адекватное лечение и релактация должна быть начата только после того, как ее состояние достаточно улучшится. Если ребенок рожден с низким весом или рожден преждевременно, необходимо приложить все усилия для установления и поддержания лактации с момента его рождения. Матерей больных детей или тех, которые не могут сосать, необходимо научить эффективному ручному сцеживанию для того, чтобы была возможность обеспечить ребенка грудным молоком, как только питание через рот станет возможным. Если женщина начинает сцеживание в первый же день после родов и делает это часто (по меньшей мере 8 раз в сутки), то ей будет легче запустить лактацию и иметь достаточное количество грудного молока для обеспечения растущих потребностей ребенка. Однако, если по какой-либо причине женщина не получила помощи в запуске лактации вскоре после рождения ребенка, то в дальнейшем ей понадобится помощь в релактации.

11.2. Основные рекомендации

А. Необходимые меры

- Консультирование матери или приемной матери для того, чтобы:
  - определить причины возникших трудностей
  - предоставить информацию женщине и членам ее семьи
  - мотивировать женщину
  - устранить факторы, которые могут сократить сосание или выработку грудного молока
  - обеспечить непрерывную поддержку

- Стимуляция соска и груди путем

  - сосания груди ребенком,

  - механического или ручного сцеживания,

  - контакта кожа-к-коже

- Обеспечение временного докорма ребенка молоком без использования бутылочки
  - для обеспечения ребенка пищей
  - побудить его сосать в дальнейшем грудь

В. Другие меры

- Лактогонные средства, если показаны
- Пища, жидкости и отдых

Эти меры подробно обсуждаются в последующих разделах.

12. Необходимые меры

12.1. Консультация матери или приемной матери

Консультант по грудному вскармливанию может быть работником здравоохранения, получившим обучение по вопросам грудного вскармливания, или общественным консультантом по грудному вскармливанию.

Консультанту нужно будет провести с женщиной довольно много времени. Консультанту необходимы хорошие навыки в слушании для того, чтобы понять чувства матери. Она может чувствовать, что подвела своего ребенка или что ее собственное тело подвело ее.

Консультант по грудному вскармливанию не должна критиковать или доминировать. Консультанту необходимо укреплять уверенность женщины в том, что в ее случае релактация возможна. Более подробно о навыках консультанта можно прочитать в *«Консультирование в грудном вскармливании: Курс обучения (11)»*.

Перед началом релактации, консультанту по грудному вскармливанию необходимо побеседовать с женщиной, в идеале несколько раз, чтобы убедиться в достаточной мотивации женщины. А далее консультант предоставляет женщине регулярную поддержку на протяжении всего процесса релактации. Такая интенсивная ежедневная поддержка может быть оказана работниками здравоохранения в ее окружении, другими матерями из группы поддержки или традиционными помощниками в родах. В любом случае очень важно, чтобы работники здравоохранения оказывали поддержку женщине, и к ним можно было обратиться как к источнику информации в случае необходимости.

• ПЕРЕД НАЧАЛОМ РЕЛАКТАЦИИ

Консультанту по грудному вскармливанию необходимо поговорить с матерью или потенциальной приемной матерью и выяснить причины прекращения грудного вскармливания или почему женщина хочет начать релактацию. Консультант должна выяснить любые факторы, которые могут сократить выработку грудного молока (например, использование эстрогенсодержащих контрацептивов, тиазидных диуретиков или никотина), а также факторы, способные повлиять на сосание (такие, как бутылки, пустышки или периоды разлуки с младенцем).

Если выявлены относящиеся к ребенку конкретные причины, почему грудное вскармливание было прекращено (как в примерах в разделе 8.5), то для успешной релактации необходимо предпринять действия, соответствующие этим причинам.. Техника кормления и приемы описаны в Разделе 12, и дополнительные подробности о конкретных трудностях можно найти в обучающих материалах ВОЗ/ЮНИСЕФ (11), и соответствующих руководствах (12, 13). В тех случаях, когда может потребоваться медицинское лечение, например в случае расщелины верхнего нёба и гастроэзофагеального рефлюкса, необходимо получить узкоспециализированную консультацию или обратиться к соответствующей информации в стандартных учебниках (19, 55, 56).

Если фактор, влияющий на уменьшение выработки грудного молока или сосания, был обнаружен, то необходимо приложить все усилия для его прекращения (например, убрать пустышку, прекратить употребление никотина), подобрать альтернативу (например, альтернативная форма контрацепции) или же найти способы сократить его (например, уменьшить периоды разлучения с ребенком).

Консультант по грудному вскармливанию должна:

1. Убедиться в том, что мать или приемная мать полностью информирована о:
   - Преимуществах грудного вскармливания как для здоровья ребенка и обеспечения его питательными веществами, так и для взаимоотношений, и о возможных причинах релактации.
   - Как происходит релактация, сколько времени потребуется для релактации, сколько потребуется усилий, терпения и настойчивости.
   - Практические советы, наработки о том как проходит релактация.
   - Как могут быть преодолены специфические трудности, какая помощь или лечение могут понадобиться.
   - Необходимости прекратить или изменить те факторы, которые могут сократить выработку грудного молока или повлиять на сосание.

2. Убедиться в том, что мать или приемная мать достаточно мотивирована.

Консультант по грудному вскармливанию должна предоставить женщине необходимую информацию, а также поддержку и постараться укрепить в ней уверенность в своих силах, но она не должна оказывать на женщину давления и убеждать её релактировать, если у нее нет такого желания. Может быть полезным познакомить ее с другими женщинами, которые смогли релактировать и которые готовы рассказать о своем опыте.

3. Узнать у женщины, сможет ли она получить поддержку у родственников.
   Если есть такая возможность, то консультант по грудному вскармливанию должна разъяснить важность и весь процесс релактации остальным членам семьи и опровергнуть недостоверную информацию по этому вопросу. Консультанту следует обсудить с семьёй ее потребность в их непрерывной поддержке и то, что они могут сделать, чтобы обеспечить женщину достаточным количеством отдыха и освободить ее от остальных обязанностей, пока она восстанавливает количество грудного молока. Также может быть полезным познакомиться с другими релактировавшими женщинами.

• ПОСЛЕ НАЧАЛА РЕЛАКТАЦИИ

Консультант по грудному вскармливанию должна «вести» мать или приемную мать регулярно и предоставлять ей непрерывную поддержку и ободрение. Это важно в том случае, если женщина собирается продолжить грудное вскармливание после первых нескольких недель. В самом начале подобное сопровождение должно быть по возможности ежедневным.

12.2. Стимуляция соска и груди

Консультанту по грудному вскармливанию необходимо помочь матери или приемной матери удостовериться в том, что она максимально стимулирует грудь и соски.

Если ребенок сосет охотно:
Предложите женщине:

- Часто прикладывать ребенка к груди, так часто как того желает ребенок. По возможности прикладывать необходимо каждые 1-2 часа и не менее 8-12 раз в сутки.
- Спать вместе с ребёнком, для того чтобы кормить его грудью ночью и обеспечить ему свободный доступ к груди, и таким образом минимизировать прерывистость сна женщины. Ночные кормления увеличивают выработку пролактина, и дополнительный контакт может увеличить желание ребенка сосать.
- Позволить ребенку высасывать обе груди и как можно дольше каждую грудь, как минимум по 10-15 минут. Женщина может предлагать ребенку каждую грудь более одного раза, если ребенок хочет продолжать сосать.
- Убедиться в том, что ребенок хорошо приложен к груди, для предотвращения травмы сосков и для эффективного опорожнения груди (6).
- Избегать использования пустышки или бутылки для кормления, так как их использование сокращает стимуляцию соска и ребенок с большой вероятностью будет менее охотно сосать грудь (7).
- Давать ребенку докорм отдельно от груди, с помощью чашечки (Раздел 12.6, Приложение 2, рис. 3).

Если ребенок не хочет или не может сосать:

- Убедиться в том, что ребенок не болен и не имеет анатомических проблем, которые требуют специализированной помощи.
- Посоветовать женщине осуществлять контакт с ребёнком кожа-к-коже и продолжать предлагать грудь сразу же, как только ребенок проявляет интерес.
- Стимулировать ребенка сосать, используя дополнительные приспособления для докорма у груди (11,13) (Рисунок 4) или метод “стекающей капли” (61) (Рисунок 5).

- Стимулировать грудь с помощью ручного или механического сцеживания.
- Избегать использования пустышек или бутылок для кормления и, если есть такая необходимость, докармливать ребенка из чашки.

Эти приемы более подробно описаны ниже.

12.3. Система докорма у груди

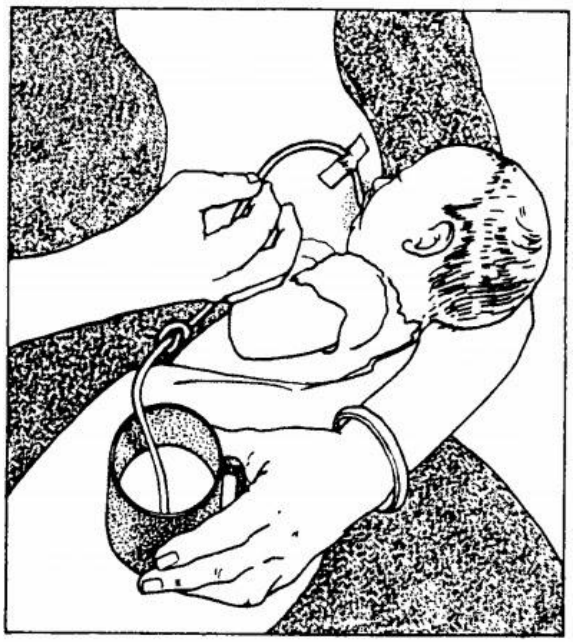
Системы докорма у груди созданы для того, чтобы обеспечить ребенка равномерным потоком докорма во время сосания груди, которое стимулирует грудь и сосок. Такие приспособления особенно полезны, когда грудь женщины не вырабатывает достаточного количества молока. Они помогают ребенку дольше оставаться у груди, хорошо сосать и закрепляют эффективное сосание.

Система докорма состоит из пакета, бутылки или чашки с молоком с тоненькой трубочкой, через которую течет докорм. Трубочка идет вдоль соска в рот ребенка. Существует ряд полезных запатентованных приспособлений, которые подходят в случае, если они есть в наличии и доступны по цене (13), в случае, когда такое приспособление может должным образом промываться и храниться. Более простая форма системы докорма у груди, сделанная из чашки и тонкой пластиковой трубочки, успешно использовалась в ситуациях, когда запатентованные приспособления были недоступны или их невозможно было содержать в должном виде (11,12,46) (Рисунок 4, Приложение 3).

Поток молока следует отрегулировать таким образом, чтобы грудь получила достаточную стимуляцию до того, как ребенок удовлетворит голод и жажду.

Тонкие пластиковые трубочки сложно мыть. Трубочку необходимо тщательно промыть горячей водой и мылом сразу после использования. Промыть трубочку можно, залив в нее воду шприцом, или втягивая ртом воду, как будто пьёшь через соломинку. Затем трубочку необходимо простерилизовать с использованием хозяйственного отбеливателя, а также опять промыть чистой водой непосредственно перед использованием. Трубочку необходимо менять каждые несколько дней[4].

Рисунок 4. Использование системы докорма у груди



[4] Многолетний совокупный опыт консультатов АКЕВ говорит о том, что удобно использовать питательные (назогастральные) зонды №4, которые стоят недорого и доступны в розничной продаже. В домашних условиях зонды обрабатываются подходящими антисептиками и меняются на новые каждые несколько дней. - прим. ред.

Приложение 3. КАК ПОМОЧЬ ЖЕНЩИНЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СИСТЕМУ ДОКОРМА У ГРУДИ

Покажите женщине, как использовать систему докорма у груди:

- Используйте назогастральный зонд или другую тонкую пластиковую трубочку и чашку с молоком. Если в наличии нет очень тонкой трубочки, используйте наиболее подходящую имеющуюся в наличии трубочку.
- Проделайте маленькую дырочку сбоку трубочки, рядом с тем концом, который идет в рот ребенка (в дополнение к той дырочке, которая находится в конце трубочки). Это поможет сделать хороший поток молока.
- Приготовьте чашку с молоком (сцеженным грудным молоком или искусственной смесью), содержащую количество, необходимое для одного кормления ребенка.
- Расположите один конец трубочки вдоль соска, таким образом, чтобы ребенок сосал и грудь и трубочку одновременно. Закрепите трубочку на груди специальной пластырем
- Поместите другой конец трубочки в чашечку с молоком.
- Если трубочка слишком широкая, завяжите на ней узел или защемите ее с помощью зажима для бумаги, скрепкой или просто пальцами. Так вы сможете контролировать поток молока, чтобы ребенок не закончил кормление слишком быстро.
- Контролируйте поток молока таким образом, чтобы по возможности ребенок сосал в каждое кормление около 30 минут. (Поднимая чашку, вы делаете поток молока более быстрым, опуская ее вниз, вы замедляете поток).
- Позвольте ребенку прикладываться к груди так часто, как он этого хочет, а не только тогда когда вы используете систему докорма у груди.
- Промывайте и стерилизуйте трубочку системы докорма и чашку или бутылку после каждого использования.

Рисунок 5. Техника «Стекающей капли»

12.4. Техника “стекающей капли ”

В технике “стекающей капли” ("drop and drip", Рисунок 5), молоко капают из пипетки или чашечки прямо на грудь, в то время как ребенок сосет (61). Эта техника может использоваться для того, чтобы привлечь неохотно сосущего ребенка и побудить его сосать у груди. Эта техника менее подходит, когда ребёнок хорошо приложен к груди,

потому что в этом случае молоко не так легко попадает в рот ребенку. Для женщины, у которой нет помощника, может быть тяжело использовать эту технику, так как проще это делать в 3 руки.

Seema et al (43) описывает, как они побуждали детей начать сосать, используя метод «стекающей капли», и затем продолжали, используя систему докорма у груди.

12.5. Механическое и ручное сцеживание

Если ребенок совсем не хочет или не может сосать в течение какого-то времени, то женщине необходимо стимулировать грудь каким-то другим способом. Обычно это делают с помощью сцеживания груди руками (Рисунок 6, Приложение 4), или механическим способом, используя ручной или электрический молокоотсос (13).

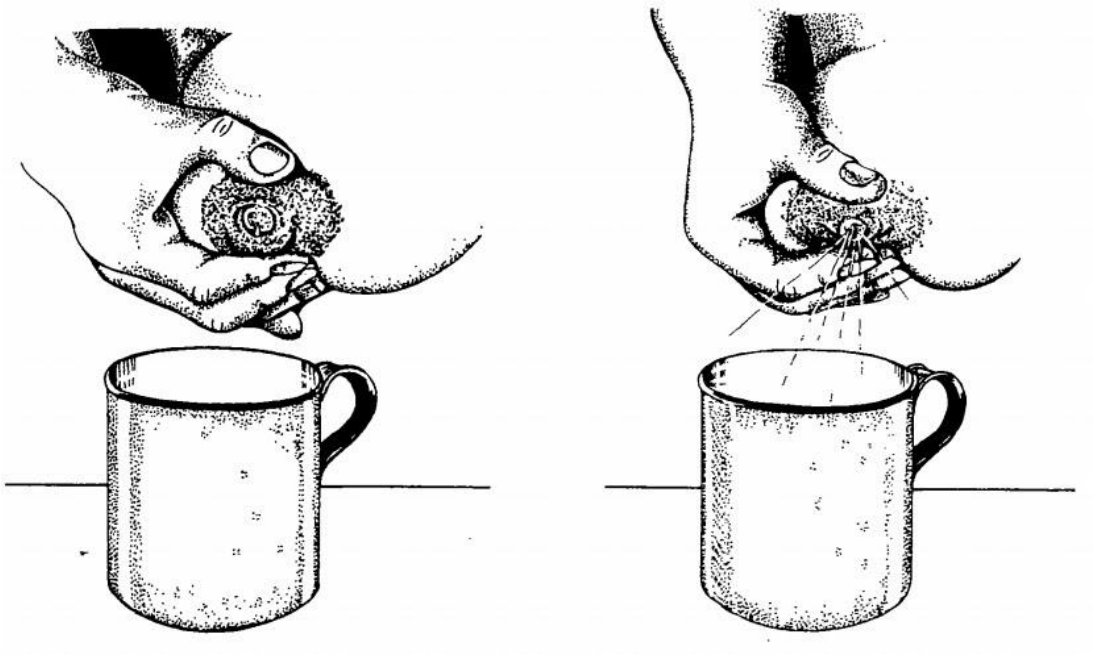
Сцеживание грудного молока особенно важно для матерей больных детей, для детей с низкой массой тела при рождении или недоношенных детей, для которых важно запустить выработку молока до того, как ребёнок сможет начать сосать. Матери приемных детей и иногда биологические релактирующие матери также находят полезным легкий массаж груди или поглаживание груди расческой до того, как их дети будут способны прикладываться к груди и сосать. Молоко необходимо сцеживать ежедневно 8-12 раз, что приблизительно соответствует частоте кормления в первые дни лактации. Ранее метод сцеживания считался неэффективным, возможно, в том числе из-за более редкой рекомендованной частоты стимуляции груди. С одним только сцеживанием груди, молоко начинает появляться в промежутке между 1 - 6 неделями. Клинический опыт показывает, что более частая стимуляция приводит к более раннему появлению молока. Физиологически это объяснимо и ожидаемо, но научных исследований на эту тему пока проведено не было.

Одни женщины предпочитают механическое сцеживание, другие – ручное (38). В тех случаях, когда молокоотсос недоступен или есть сложности, связанные с его эксплуатацией, женщины обычно успешно используют ручное сцеживание и зачастую нет необходимости рекомендовать использование молокоотсоса. В любом случае ни один из этих методов не должен заменять сосание ребёнком груди, когда это возможно.

Некоторые авторы рекомендуют продолжать ручную или механическую стимуляцию груди даже после того, как ребенок начал сосать грудь. Однако релактирующие женщины свидетельствуют о том, что одно только сосание требует много времени и мало кто считает удобным для себя продолжать дополнительную стимуляцию груди.

Рисунок 6. Ручное сцеживание груди

Поместите указательный и большой пальцы по сторонам от ареолы и сожмите ее по направлению внутрь к стенке грудной клетки	b. Сожмите между большим пальцем и остальными пальцами зону позади соска и ареолы



Приложение 4. РУЧНОЕ СЦЕЖИВАНИЕ ГРУДИ

Техника сцеживания одинакова как при сцеживании с целью стимулировать выработку молока перед релактацией, так и при сцеживании с целью накормить ребенка сцеженным молоком, или для поддержания достаточной лактации.

Научите женщину самостоятельно сцеживать молоко. Не делайте этого вместо нее. Дотрагивайтесь до нее только для того, чтобы показать ей что делать. Делайте это нежно. Научите ее:

- Тщательно помыть руки.
- Сесть или встать удобно и, если у неё есть молоко, расположить чистый контейнер для сбора молока у груди.
- Поставить её указательный и большой пальцы с противоположных сторон от ареолы, за соском (рис 6а).
- Слегка надавить указательным и большим пальцами по направлению внутрь к стенке грудной клетки.
- Сжать и отпустить грудь между указательным и большим пальцами (Рис 6b).
- Продолжать сжатие и расслабление по всей окружности груди, чтобы все доли груди получили стимуляцию.
- Не натирать и не скользить пальцами по коже и не сдавливать сосок.
  - это может привести к травме груди и соска.
- Продолжать сцеживание груди в течение как минимум 4 минут и затем сцеживать другую грудь.
- Повторить процедуру несколько раз, продолжая как минимум в течение 20-30 минут.
- Повторять несколько раз в день, по меньшей мере 8 раз в сутки, даже если молока видимо не вырабатывается в течение многих дней.

Использование этой техники может привести к появлению молока через неделю, но иногда это занимает больше времени.

12.6. Контакт кожа-к-коже

Консультант по грудному вскармливанию должен объяснить, что женщине важно быть с ребёнком в близком контакте, спать совместно с ребёнком и предоставлять ему контакт кожа-к-коже так часто, насколько это возможно. Группы поддержки матерей сообщают, что контакт кожа-к-коже полезен при различном диапазоне проблем с грудным

вскармливанием и может увеличить выработку молока (59). Те младенцы, которые никогда не были на грудном вскармливании или которые отказывались сосать грудь, часто начинают опять спонтанно прикладываться к груди , если у них есть контакт кожа-к-коже, даже без того, чтобы их каким-либо способом побуждали прикладываться к груди. Указывается, что эффективны и другие формы близкого контакта между матерью и ребенком, такие как, например, совместный прием ванны (65) или укачивание, хождение с ребенком на руках, одновременно предлагая грудь. Некоторым женщинам очень помогают слинги в поддержании близкого контакта с ребенком.

Контакт кожа-к-коже вскоре после рождения помогает новорожденному найти грудь и инициировать сосание спонтанно (62). Возможно, это происходит потому, что чувство обоняния важно в нахождении им соска (63). Прикосновение к соску может повлиять на материнское поведение и нейроэндокринный ответ (64) и увеличивает секрецию пролактина. Если дети, рожденные с низким весом, находятся кожа-к-коже со своими матерями, то выработка грудного молока увеличивается (59), и женщины кормят грудью дольше (58).

12.7. Докорм ребенка

Пока у женщины устанавливается количество молока, важно следить за тем, что ребенок получает адекватное количество питания. Если в наличии имеется сцеженное грудное молоко, это обычно самый лучший вариант. Если необходимо использовать заменители грудного молока, то они должны быть достаточно питательными, например, смесь промышленного производства или питание, приготовленное дома из свежего или переработанного молока животных. Такое питание должно быть приготовлено, соблюдая принципы гигиены, правильной концентрации и должно даваться ребенку в адекватном количестве. **Смесь промышленного производства должна быть приготовлена согласно инструкции на банке.** Если для докорма используется коровье молоко, добавьте 50 мл воды и 1 чайную ложку (5гр) сахара на 100 мл молока, ч-*тобы приготовить 150 мл питания[5]. Для докорма не подходят напитки, приготовленные на основе воды, например, сок, чай, или жидко разведенная каша.

Если ребенок не хочет сосать грудь, которая не вырабатывает молоко, то докорм можно дать с помощью системы докорма у груди (Раздел 12.3). Если ребенок охотно сосет пустую грудь, то докорм может даваться отдельно. Если кормление из чашечки (54) дается правильно, то такой способ докорма наиболее предпочтителен (см. Рисунок 3 и Приложение 2). Кормление из чашки удобно как для детей с низким весом, так и для более крупных детей. Кормление из ложки – подходящий вариант, если женщина предпочитает такой способ, при условии, что она будет давать ребенку достаточное количество докорма с помощью этого способа. Следует избегать использования бутылок и пустышек (7), и грудь необходимо давать ребенку, как только он проявит интерес в сосании чего-либо. Первоначально количество докорма должно быть полным. Объем докорма рассчитывается исходя из веса ребенка, обычно это 150 мл на 1 кг веса ребенка в сутки, разделенные на 8 или более кормлений. Как только увеличится количество молока у женщины, то количество докорма должно быть сокращено (Раздел 16). Вес ребенка необходимо регулярно контролировать с целью обеспечения достаточного питания и увеличения веса (Раздел 15).

12.8. Обзор необходимых мер для организации грудного вскармливания для успешной релактации

На основании практического опыта как профессионалов в области здравоохранения, так и групп поддержки грудного вскармливания, а также понимания

---

[5] Напоминаем, что документ написан в 1998 г. В настоящий момент, согласно современным рекомендациям ВОЗ, существует следующий рейтинг предпочтительности выбора питания для ребёнка: материнское молоко из груди, сцеженное материнское молоко, донорское молоко, адаптированная смесь, молоко животных. см., например, “ Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста”, выпущенная ВОЗ и ЮНИСЕФ в 2003 г, стр.10. - прим ред.

физиологии,рекомендуются следующие действия по организации грудного вскармливания:

- Проконсультировать женщину: оценить ситуацию, предоставить информацию, мотивировать, предоставить ей непрерывную поддержку.
- Обсудить с семьей женщины и ее друзьями, как они могут помочь ей, поддержать ее.
- Помочь ей в случае наличия физических сложностей со стороны матери или со стороны ребенка (вылечить имеющееся заболевание, предоставить квалифицированную помощь, если имеются анатомические особенности).
- Помочь ей устранить или изменить факторы, которые могут негативно повлиять на количество выработки грудного молока или на сосание груди ребенком.
- Порекомендовать близкий контакт женщины с ребёнком, включая много контакта кожа-к-коже.
- Проследить за тем, чтобы хорошо стимулировались грудь и сосок.
- Проследить за тем, чтобы ребенок было хорошо приложен к груди для эффективного сосания и во избежание травм сосков
- Помочь ребенку сосать часто, днем и ночью, из обеих грудей: по возможности каждые 1-2 часа и по меньшей мере 8-12 раз в сутки, и как минимум по 15 минут из каждой груди.
- Использовать метод «стекающей капли» и/или систему докорма у груди для тех детей, которые не хотят сосать грудь, для того чтобы побудить их сосать.
- Стимулировать грудь путем ручного или механического сцеживания, пока ребенок не начнет сам охотно сосать.
- Докармливать ребенка из чашки и избегать использования бутылки и пустышки.
- Контролировать вес ребенка.

Во многих случаях этих способов будет достаточно для того, чтобы начать выработку молока.

13. Фармакологические средства

13.1. Лактогонные средства

Если физиологические методы, описанные выше, недостаточны, и молоко не приходит, или если ребенок не набирает вес, то можно рассмотреть фармакологические средства. Медикаменты, которые могут вызвать секрецию молока, называются лактогонами. Термин «лактогоны» также иногда используется для обозначения травяных сборов, которые считаются эффективными средствами для увеличения количества молока, независимо от того, был ли подтвержден их фармакологический эффект или нет. Важно осознавать, что хотя некоторые медикаменты могут усилить эффект стимуляции груди, они сами по себе не могут быть полностью эффективными. Таким образом, даже если используются медикаменты, все-таки необходима полноценная стимуляция груди.

Используемые медикаментозные средства[6]:

- Гормональные препараты, используемые для стимуляции беременности, могут также стимулировать лактацию.
- Медикаментозные средства, которые способствуют высвобождению пролактина:

[6] Напоминаем, что данное руководство было составлено в 1998 г. В настоящий момент перечисленные препараты не используются для стимуляции лактации. Предпочтение отдаётся домперидону, как более безопасному лекарственному средству, имеющему меньше побочных эффектов. ОДнако надо помнить о том, что все лекарственные препараты имеют как показания, так и противопоказания к использованию, а также побочные действия. - прим.ред.

- Хлорпромазин
- Метоклопрамид

Другие медикаментозные средства, также упомянутые в некоторых публикациях, но не описанные в данном обзоре:

- Сульпирид (догматил) - медикамент, родственный метоклопрамиду, используется в некоторых странах, но недоступен или не рекомендуется в других. Значительное количество этого препарата выделяется в молоко, с возможными негативными последствиями для ребенка.
- Тиролиберин – гормон, который, как было доказано, увеличивает выработку пролактина и был использован в некоторых исследованиях, проведенных на базе больниц (66), и как тест на чувствительность к пролактину (31), но вероятно не подходит для рутинного использования.
- Окситоцин в форме назального спрея ранее иногда использовался для увеличения выработки молока, но в настоящее время не является широко доступным. В одном исследовании окситоцин давался 4 женщинам – матерям недоношенных детей – перед механическим сцеживанием, и в результате количество сцеженного молока было в 3-5 раз больше, чем у других 4 женщин – матерей недоношенных детей, которым давали плацебо (79). Ожидаемый эффект окситоцина – это облегчение выхода молока, а не его секреция. Возможно, что более эффективный выход молока может косвенно способствовать увеличению его количества, когда молоко у матери уже вырабатывается, но навряд ли поможет начать или восстановить выработку молока.

13.2. Гормональные препараты

Иногда женщинам даются препараты эстрогена, прогестерона или гормональные контрацептивы, как оральные, так и в виде инъекций, в основном для индуцирования/ стимулирования лактации приемным матерям, которые никогда не были беременны (39, 67, 68). Цель приема гормональных препаратов – имитировать гормональные изменения, которые происходят во время беременности, и стимулировать развитие груди и рост секреторных альвеол. Предполагается, что выработка молока должна начаться через несколько дней после окончания приема гормонов. И это время стараются совместить с моментом появления в семье приемного ребенка. Контролируемых исследований на эту тему не было найдено, и поэтому невозможно на данный момент рекомендовать какой-либо определенный метод.

Гормональная терапия иногда применяется в комбинации с препаратами, стимулирующими пролактин. Гормональные препараты назначаются еще до того, как ребенок может начать сосать грудь. Далее применение гормонов прекращают и начинают механическую стимуляцию груди незадолго до усыновления приемного ребенка. Хлорпромазин или метоклопрамид назначают к применению, когда ребенок уже начал сосать грудь. В одном исследовании адекватный уровень лактации был достигнут через 5-13 дней у 11 женщин из 12, которые никогда до этого не лактировали (39). Не существует клинических исследований с контрольными группами.

13.3. Хлорпромазин

Галакторея (спонтанное выделение грудного молока из молочных желез) является побочным эффектом применения больших доз хлорпромазина (1,000 мг или более ежедневно) при лечении психиатрических пациентов (27). В релактационных центрах Уганды Jelliffe использовал умеренные дозы хлорпромазина (50 мг 3 раза в день в течение 7 дней), в дополнение к сосанию (30). Brown (27, 28) в начале 1970-х использовал хлорпромазин в дополнение к сосанию для того, чтобы помочь индуцировать лактацию женщинам, которые кормили грудью сирот в лагерях беженцев в Индии и Вьетнаме. Он давал от 25 до 100 мг хлорпромазина 3 раза в день в течение 7-10 дней для того, чтобы у не лактирующих женщин, кормящих грудью одного или нескольких младенцев, началась выработка грудного молока. В Папуа Новой Гвинее хлорпромазин использовался в

дозировке 25 мг 4 раза в день для помощи в лактации женщинам, кормящим приемных детей или детей, находящихся на временном попечении. Некоторые из этих женщин находились в послеродовом периоде, некоторые – нет (39). Эти исследования не были контролируемыми и результаты варьируются. Однако в большинстве случаев некоторое количество грудного молока появлялось в течение 5-10 дней, а более чем у половины женщин установилась полная лактация.

13.4. Метоклопрамид

Метоклопрамид используется для лечения тошноты у взрослых и гастроэзофагеального рефлюкса у детей. Было доказано, что данный препарат увеличивает секрецию пролактина (69, 78), и в исследовании 1975 г сообщалось, что он увеличивает секрецию грудного молока (70, 71). Небольшое количество препарата выделяется в молоко, но это количество намного ниже той дозировки, которая используется для лечения гастроэзофагеального рефлюкса у детей. У тех детей, чьи матери принимали метоклопрамид в рекомендованной дозировке (10 мг 3 раза в день в течение 7-14 дней), не наблюдалось никаких побочных эффектов, поэтому препарат считается безопасным в этом отношении.

Было проведено 3 контролируемых исследования по использованию метоклопрамида для увеличения выработки грудного молока. В исследовании Kauppila et al в 1981 г. (72) было задействовано 37 женщин с недостаточным количеством грудного молока в период от 13 до 110 дней после родов в плацебо-контролируемом перекрестном исследовании. Прием 30-45 мг метоклопрамида в день увеличивал выработку молока у женщин на 200-300 мг ежедневно. Меньшая доза в 5 мг 3 раза в день не имела эффекта. Однако, в исследовании Lewis et al в 1980г. (75) 10 женщин из 20, родивших путем кесарева сечения, получали препарат в течение 7 дней, и разницы между 2 группами обнаружено не было. Возможно, релактация в обеих группах зависела больше от правильной организации грудного вскармливания и поддержки, которая оказывалась женщинам. Позже, в 1991г., Ertl et al (74) сравнили 11 женщин, которые получали 10 мг метоклопрамида 3 раза в день сразу же после родов, с 11 женщинами из контрольной группы, которые не получали данный препарат. На 5 день выработка грудного молока была значительно выше у женщин в группе, получающей лечение, чем у женщин из группы плацебо.

Существует также ряд других отчетов об увеличении выработки грудного молока после приема метоклопрамида (45,46), но эти исследования не были контролируемыми и женщины также получали помощь в организации грудного вскармливания. В исследовании Gupta and Gupta в 1985г. (44) было обнаружено, что для 28 из 32 женщин с недостаточным количеством молока прием препарата дал позитивный эффект в течение 2-5 дней. Ehrenkranz и Ackerman в 1986г. (73) наблюдали через 7 дней увеличение количества грудного молока, сцеживаемого 23 женщинами – матерями недоношенных детей, у которых выработка молока прежде сокращалась. В исследовании Budd et al в 1993г. (76) сообщалось о случае, когда ребенок не набирал в весе на грудном молоке. В результате последующего приема матерью метоклопрамида уровень пролактина в сыворотке материи количество грудного молока увеличились, ребенок начал набирать вес и вернулся на исключительно грудное вскармливание.

Метоклопрамид также использовался для релактации и индуцирования лактации (27,39,44,45,46). Однако применение метоклопрамида не гарантирует успех. Banapurmath (41) давал 10 мг препарата 3 раза в день в течение 10-15 дней 10 приемным матерям, все из которых ранее кормили грудью, и только 5 из них удалось начать вырабатывать грудное молоко. В другом исследовании тех же авторов (42), из 15 матерей (13 биологических и 2 приемные) все смогли начать выработку грудного молока, используя только физиологические методы, без приёма медикаментов. В исследовании Abejide et al 6 женщин смогли релактировать без использования каких-либо медикаментов. В исследовании Seema et al (43) женщины были рандомизированно разделены и 25 из 50 релактирующих женщин получали метоклопрамид в дозировке 10 мг 3 раза в день в течение 10 дней. Все 50 женщин получали поддержку, мотивацию и квалифицированную

помощь для того, чтобы дети начали хорошо прикладываться к груди и сосать. Все 50 женщин релактировали и между этими 2 группами не было существенной разницы в результате. Seema et al сделали заключение, что при компетентной помощи со стороны работников здравоохранения лактогонные средства не являются необходимыми.

В заключение следует сказать следующее: представляется, что метоклопрамид и другие медикаменты могут помочь увеличить сократившееся количества молока, но не ясно, как они помогают, если грудное вскармливание уже было прекращено. При наличии квалифицированной помощи работника здравоохранения фармакологические препараты, возможно, не являются необходимыми для релактации. Их рутинное использование не рекомендуется (77,78) по следующим причинам:

■ Их эффективность не была в достаточной мере доказана в плацебо-контролируемых испытаниях или по сравнению с эффективными физиологическими способами.

■ Они могут приводить к нежелательным симптомам у матери со стороны пищеварительной и нервной системы.

■ Женщины и медицинские работники могут стать зависимы от них и подумать, что лактация невозможна без медикаментов.

■ Меньше внимания может уделяться консультированию по грудному вскармливанию и поддержке женщин.

■ После прекращения приема лекарственных средств, если женщина не получает адекватной поддержки, то количество молока может уменьшиться.

Применение медикаментов следует рассматривать, только если соответствующие физиологические методы применялись в течение, по крайней мере, 2 недель, и релактировать не удалось. В этом случае, если назначается какой-либо препарат, то следует выбрать 10 мг метоклопрамида 3 раза в день в течение 1 или 2 недель (77,78). Применение препарата следует прекратить после максимального приема в 2 недели или ранее, если установилось достаточное количество грудного молока. Далее поддержание лактации на достаточном уровне следует обеспечить с помощью правильной организации грудного вскармливания.

13.5. Натуральные лактогонные средства

Релактирующие женщины используют разные природные лактогонные средства: пивные дрожжи, травяные чаи и теплые напитки из злаков. Некоторые из них выглядят как белые, молокообразные напитки. Есть единичные сообщения об их эффективности, но эффективность лишь немногих из них была оценена с научной точки зрения. Если женщина или члены ее семьи твердо верят в эффективность традиционного напитка, то психологически это может помочь ей.

Иногда для увеличения выработки грудного молока рекомендуется алкоголь, в особенности пиво. Однако, недавнее контролируемое исследование (80) показало, что употребление алкоголя сократило употребление ребенком грудного молока в следующее кормление. Было доказано, что пиво увеличивает уровень пролактина, но представляется, что это происходит не за счет алкоголя в составе пива, а за счет других содержащихся в нем веществ. (81). Также иногда рекомендуется чеснок. Употребление женщиной капсулированного чеснока (82) увеличивало продолжительность времени, в течение которого ребенок оставался у груди при кормлении, по сравнению с применением плацебо.

Однако, если женщина регулярно употребляла чеснок, употребление капсулированного чеснока не оказывало влияния[7].

14. Забота о матери или приемной матери

14.1. Питание

Хорошее питание часто считается необходимым условием успешной лактации. Однако исследования показали, что увеличение объема питания у женщин, которые питаются адекватно, не повлияло на количество их молока. Хотя увеличение объема питания может повлиять на количество молока у тех женщин, которые ранее недостаточно питались (83,89). Тем не менее, и медработники (28,40,46), и женщины, которые сами релактировали или индуцировали лактацию, рекомендуют придерживаться полноценной диеты. Эта рекомендация может быть особенно важна для приемных матерей, у которых не отложились жировые запасы, обычно возникающие во время беременности у адекватно питающихся женщин (28).
Плохо питающиеся женщины должны получать дополнительное питание, как ради своего здоровья, так и для лактации. Питательные перекусы и напитки могут принести как питательную, так и психологическую пользу и повысить уровень энергии у женщины, что может помочь ей кормить грудью и ухаживать за ребенком. Однако, важно не создавать впечатление, что для релактации необходима какая-то особая диета больше, чем для обычной лактации. Женщинам, принимающим пищевые добавки, во время лактации рекомендуется увеличить свой пищевой рацион на 500 ккал.

14.2. Жидкости

В прошлом рекомендовалось увеличение приема жидкости для увеличения количества молока. Но не существует доказательств того, что будет положительный эффект, если пить жидкости больше того объема, который нам диктует естественная жажда. Чрезмерное потребление жидкости, сильно превышающее объем, необходимый для удовлетворения жажды, может даже сократить выработку молока (84). Признано, что лактирующие женщины испытывают больше жажды, и если они могут употреблять жидкость соответственно своей потребности, они будут пить достаточно для того, чтобы возместить то, что было использовано для секреции молока. Auerbach и Avery сообщили о том, что в их исследовании женщины пили разное количество жидкости во время релактации, но не было установлено связей между количеством употребляемой жидкости и выработкой молока.

14.3. Отдых

Отдых часто рекомендуют для увеличения выработки грудного молока (30,46). Мало оснований считать, что отдых имеет какое-либо специфическое воздействие, хотя пролактиновый ответ на сосание увеличивается ночью. Основное преимущество отдыха, возможно, состоит в том, чтобы женщина могла свободно отвечать на потребности своего ребенка и прикладывать его к груди часто. По этой причине отдых можно включать в рекомендации, хотя не должно считаться, что постельный режим является неотъемлемой частью релактации. Может быть полезным объяснить семье женщины и ее друзьям, что ей нужен отдых, чтобы они оказывали ей практическую помощь и освобождали ее от остальных обязанностей как можно чаще. Родственники и друзья должны понимать, что это не из-за ее лени.

---

[7] В западных странах в капсулы с чесноком часто используют чесночное масло. Не совсем ясно, что именно было в капсулах в исследовании, но, видимо, детям нравится вкус и запах чеснока в грудном молоке, что мотивирует их проводить больше времени у груди. - прим. ред.

14.4. Отпуск

Женщины, работающие вне дома, находятся в группе риска по уменьшению количества молока, если они не могут прикладывать ребенка к груди так часто, как это необходимо. Иногда дети этих женщин заболевают в результате искусственного питания или отказываются брать грудь, даже когда мать находится дома. Также, работающим вне дома женщинам может быть сложно отвечать на потребности своих детей так часто, как это необходимо для успешной релактации.

Если есть такая возможность, то женщина должна взять больничный на 1-2 недели для того, чтобы восстановить количество молока. Если такой возможности нет, женщина может попробовать применить все описанные выше техники в течение выходных дней, а также по ночам в течение рабочей недели. Когда матери нет дома, то ребенка следует кормить из чашки и женщина должна сцеживать молоко из обеих грудей как можно чаще на работе для стимуляции выработки молока.

14.5. Защита от насилия

Если существует риск, что к женщине может быть применено насилие, она может нуждаться в защите, чтобы она могла полноценно заботиться о своих детях. В экстренных ситуациях, если женщина настроена релактировать для своего собственного или приемного ребенка, то может быть необходимо предоставить ей убежище, где кормящие грудью женщины могли бы быть вместе для взаимной поддержки и помощи.

15. Контроль за потреблением количества молока

15.1. Контроль за набором веса ребенком

Регулярные взвешивания являются наиболее надежным способом определить, достаточно ли молока потребляет ребенок. Важно убедиться в том, что ребенок набирает достаточно веса в течение недели или более. Некоторые дети, испытывая голод, кажутся вполне спокойными, хотя вес не набирают.
Обычно оптимальны еженедельные взвешивания. «Контрольные взвешивания» до и после кормления грудью или взвешивания чаще раза в неделю не полезны для доношенных детей и часто повышают тревожность матери. Однако в некоторых ситуациях частые взвешивания детей с низким при рождении весом могут успокоить матерей и укрепить их уверенность в своих силах.
Взвешивая ребенка, мы должны убедиться, что ребенок в возрасте менее 9 месяцев набирает как минимум 125 г в неделю или 500 г в месяц после 10 дней от рождения. Если ребёнок находится исключительно на грудном вскармливании, то эти признаки достаточны, чтобы убедиться, что у женщины достаточно молока.

Внимательные родители могут заметить, что их ребенок уже дорос или перерос одежду, что также является признаком набора веса.

15.2. Изменения, появляющиеся по мере появления молока

Женщины могут заметить изменения в молочных железах, которые могут стать больше или тверже. Или может начать самопроизвольно вытекать молоко или вы смогли начать сцеживать молоко. Самый важный признак увеличения количества молока – это то, что ребенок начал потреблять меньше докорма, но продолжает набирать вес. Если женщина

использует систему докорма у груди или если она сначала кормит грудью, а потом дает докорм, то можно легко определить, какое количество докорма ребенок съел. Это не вполне надежный способ, если смотреть объем докорма за короткий промежуток времени, так как ребенок может съедать не одинаковое количество докорма каждый день. Например, во время неожиданного скачка роста ребенку может потребоваться дополнительное количество докорма в течение нескольких дней. Однако, в более длительной перспективе, обычно можно увидеть тенденцию.

15.3. Моча и стул

Моча и стул могут быть удобными ежедневными показателями достаточного потребления молока. Частое мочеиспускание (6 или более мокрых подгузников ежедневно с бледной, гипотонической мочой) является показателем достаточного потребления жидкости. Примерно первые 4 недели у большинства грудных детей стул неоформленный, желто-коричневый, несколько раз в день (56). Через месяц после рождения частота может сократиться до раза в день или даже до одного раза в 7-10 дней. Тогда стул будет соответственно большего объема. Консистенция и цвет начинает меняться, когда ребенок начинает получать продукты прикорма, где-то в середине первого года жизни. У детей, находящихся на искусственном питании, стул более твердый и обильный. По мере увеличения выработки молока, женщина может заметить изменения в стуле ребенка. Стул становится мягче, более похожим на стул грудничка.

15.4. Активность

Уровень активности ребенка также может быть признаком достаточности питания. Ребенок, который самостоятельно просыпается каждые 2-3 часа требуя кормлений, и кормится энергично, а также имеет достаточно энергии для социального взаимодействия соответственно возрасту, возможно, получает достаточно молока. Ребенок, не получающий достаточного количества молока, может выглядеть очень спокойным и не требовательным из-за отсутствия энергии для того, чтобы требовать кормлений.

15.5. Определение количества молока

Как только выработка молока началась, необходимо определить, сколько ребёнок получает грудного молока. Хороший способ примерно определить это количество - это использовать метод вычитания:

1. Определить общую потребность ребёнка в питании, в зависимости от его веса.

2. Вычесть количество докорма, который дается ребенку.

Разница – это и есть примерное количество грудного молока, которое получает ребенок, и соответственно женщина вырабатывает.

16. Сокращение докорма

16.1. Необходимое количество докорма

В первую очередь для младенца важно адекватное потребление питательных веществ, необходимых для развития мозга и роста. Для женщин, которые релактируют или индуцируют лактацию, важно видеть, что их дети продолжают хорошо развиваться, пока устанавливается грудное вскармливание. Продолжение употребления докорма дольше и в больших дозах, чем это абсолютно необходимо, предпочтительнее, чем сокращение докорма слишком рано или сокращение дозы слишком резко.

Изначально, ребенку следует давать полное количество докорма, соответственно его веса (150 мл полноценного заменителя грудного молока на 1 кг веса ребенка ежедневно). Докорм дается или через систему докорма у груди, или с помощью чашечки или ложки. По мере увеличения выработки грудного молока, количество докорма может быть сокращено, обычно на 50 мл в сутки каждые несколько дней.

16.2. Как сократить количество докорма

В некоторых случаях ребенок показывает, что ему нужно меньшее количество докорма, отказываясь от него или отказываясь сосать из второй груди. Это может быть хорошо видно, если докорм дается с помощью системы докорма у груди.

В некоторых случаях женщина должна постараться сократить количество докорма. Ей необходимо сократить количество докорма настолько, чтобы побудить ребенка прикладываться к груди с большим энтузиазмом и/или дольше по времени находиться у груди и чаще прикладываться. Но она не должна сокращать докорм настолько, чтобы ребенок был слишком голоден или стал слишком вялым, чтобы должным образом питаться.

Как сократить количество докорма:

- Сократить общий объем суточного докорма на 50 мл.

- Это количество может быть разделено на несколько кормлений: например, уменьшить 5 кормлений докормом на 10 мл каждое; или уменьшить 2 кормления на 25 мл каждое.

- Продолжать кормить ребенка сокращенным количеством докорма в течение нескольких следующих дней.

- Если поведение ребенка показывает нам, что он получает достаточно, и если в течение недели он набрал 125 г веса или более, сокращайте докорм далее таким же образом и в таком же объеме.

- Если ребенок показывает признаки голода или если он набрал недостаточно веса в конце недели – не сокращайте докорм, а продолжайте давать ребенку то же количество докорма в течение еще одной недели.

- Если ребенок продолжает показывать признаки голода или все так же не набирает достаточно веса в течение еще одной недели, то количество докорма опять следует увеличить настолько, насколько ранее докорм был сокращен.

Существует несколько схем докорма и женщины могут использовать ту, которая подходит им больше, наиболее удобна для них. Многие предпочитают давать докорм во время некоторых кормлений и не давать во время других. Наиболее распространенная схема – кормить грудью без докорма рано утром или ночью, когда грудь наиболее полная, и давать докорм позже днем. Другой распространенный способ – чередование кормлений с докормом и без. Иногда докорм необходим вплоть до введения прикорма.

17. Заключение

Исследования релактации различаются по размеру, методам и культурному контексту. В основном исследователей интересуют краткосрочные результаты и решающие факторы

успеха процедуры. В тех исследованиях, где отслеживалась судьба детей после релактации, по всей видимости, их рост был нормальным. Однако, такие исследования редко продолжались заметно более 4 месяцев. Предполагается, что вскоре после этого времени дети начинают получать прикорм в дополнение к грудному молоку. Однако, продолжительное грудное вскармливание особенно важно для этих детей, так как многие из них перенесли период нездоровья или плохого роста, когда грудное вскармливание было прекращено.

Можно сделать следующие очевидные важные выводы:

■ Релактация возможна и практически осуществима почти для любой женщины, если она должным образом мотивирована и ей оказывается достаточная поддержка. Возраст, количество детей, предыдущий опыт грудного вскармливания и сколько времени прошло с момента последнего – наименее важные факторы.

■ Согласно различным исследованиям, большинство женщин обычно начинают вырабатывать грудное молоко в течение 1 недели. Примерно половина всех релактирующих женщин могут начать кормить своих детей исключительно грудным молоком в течение 1 месяца. Женщины, которые релактируют для детей, которых они сами родили, кормят исключительно грудью чаще, чем приемные матери.

Основные требования для успешной релактации:

■ Хорошая мотивация, информированность и поддержка матери или приемной матери. Мотивацией для нее может служить здоровье или питательные преимущества грудного вскармливания для ребенка или польза для ее отношений с ребенком.

■ Ребенок должен сосать грудь часто днем и ночью. Многие дети охотно желают сосать с первого же раза, как их прикладывают к груди. Другим детям нужна помощь в прикладывании к груди и для инициации сосания.

■ Квалифицированная помощь женщине, особенно если ребенок не желает сосать и нуждается в помощи. Специально отобранные медработники, оказывающие помощь, должны быть обучены, чтобы оказывать необходимую квалифицированную помощь.

■ Работники здравоохранения должны оказывать продолжительную поддержку и поощрение матери или приемной матери, используя соответствующие навыки в консультировании, чтобы построить и поддержать ее уверенность в себе. Это одна из самых важных их функций в помощи релактирующим женщинам.

■ Поддержка со стороны друзей и членов семьи женщины. Биологический или приёмный отец может играть в этом ключевую роль.

■ Медикаменты (лактогонные средства) могут применяться, только если выработка молока не началась через 2 недели после применения адекватных физиологических методов. Эффективность медикаментов не была доказана и нет необходимости в их рутинном назначении. Они не должны замещать собой физиологические способы и непрерывную эмоциональную поддержку.

Первоочередной задачей в программах содействия грудному вскармливанию должно быть содействие тому, чтобы женщины получали квалифицированную помощь и поддержку в течение всей беременности и в послеродовой период, чтобы они могли успешно кормить своих детей грудью, начиная с момента рождения. Однако всегда будет какое-то количество женщин, которые из-за болезни, преждевременных родов, раннего введения докорма или неправильных рекомендаций испытывают сложности с грудным вскармливанием, и этим женщинам необходима помощь в релактации. Когда ребенка усыновляют, в штатных или экстренных ситуациях, релактация или индуцированная

лактация может быть лучшим способом кормления ребенка. Этот процесс должен стать частью стандартной медицинской помощи. Следует выбрать медицинских работников и обучить их как консультантов по грудному вскармливанию. Этих медработников следует поощрять в применении их знаний в этой области, чтобы помогать женщинам релактировать.

Приложение 5. КАК ПОМОЧЬ ЖЕНЩИНЕ РЕЛАКТИРОВАТЬ

■ Объясните, почему это поможет ее ребенку питаться исключительно грудным молоком, и что ей будет необходимо сделать для увеличения количества грудного молока. Объясните, что ей понадобиться терпение и настойчивость.

■ Укрепите в ней уверенность в ее силах. Помогите ей почувствовать, что она может вырабатывать достаточно грудного молока для своего ребенка. Постарайтесь часто с ней встречаться и часто с ней разговаривать – по возможности, каждый день.

■ Убедитесь в том, что женщина достаточно питается и пьёт достаточно жидкости.

■ Предложите ей больше отдыхать и стараться расслабляться, когда она кормит грудью.

■ Объясните ей, что она должна быть все время вместе с ребенком, постоянно быть с ним в контакте кожа-к-коже и ухаживать за ним сама как можно больше и чаще. Бабушки и другие члены семьи могут помочь с выполнением домашних обязанностей, но они не должны ухаживать за ребёнком во время релактации. Позже они могут опять начать заботиться о ребёнке.

■ Объясните, что самое главное – это позволить ребенку сосать чаще, по меньшей мере 8-10 раз в сутки, и больше, если ребенок желает этого. Иногда легче приложить ребенка к груди, когда он сонный.

- Она может предлагать ребенку грудь каждые 2 часа.

- Она должна давать ребенку грудь всегда, когда он проявляет заинтересованность.

- Она должна позволять ребенку сосать каждую грудь дольше, чем раньше.

- Она должна быть все время с ребенком в непосредственной близости и кормить грудью ночью.

■ Обсудите с ней, как давать ребенку заменители грудного молока, пока свое молоко еще не пришло, и как сократить объем докорма, как только объем своего грудного молока увеличится.

■ Покажите ей, как докармливать ребенка из чашечки, а не из бутылки. Ребенку не нужно давать пустышку.

■ Если ребёнок отказывается сосать грудь, которая не вырабатывает достаточно молока, помогите ей найти способ дать ребенку докорм у груди. Например, можно использовать систему докорма у груди, пипетку или шприц.

■ В течение первых нескольких дней женщина должна давать ребенку полный объем искусственного питания соответственно его веса (150 мл на 1 кг веса в сутки) или то количество питания, которое ребенку давали ранее. Как только у женщины появляется молоко, она может начать сокращать объем докорма на 50 мл раз в несколько дней.

■ Важно контролировать набор веса ребенка и количество мочеиспусканий, чтобы знать, достаточно ли он получает молока.

-Если ребенок получает недостаточно молока, не сокращайте объем докорма в течение нескольких дней.

-Если необходимо, увеличьте количество докорма на один или два дня.

Если ребенок все еще иногда прикладывается к груди, то количество молока увеличивается в течение нескольких дней. Если ребенок уже не прикладывается к груди на момент начала релкатации, то может потребоваться 1-2 недели или более, пока молоко придет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Waletsky LR, Herman EC. Relactation. Am Fam Phys 1976; 14: 69-74.

2. Mepham TB. Physiology of Lactation 1987; Open University Press.

3. Mepham TB. Suckling-induced stimulation of breastmilk. New Generation September 1991, 31/32 (National Childbirth Trust, Alexandra House, Oldham Terrace, Acton, London W3 6NH, UK)

4. Hartmann PE. The breast and breastfeeding, Chapter 33 of Scientific Foundations of Obstetrics and Gynaecology, 4th Edition. Philip E, Setchell M, Ginsburg J, Butterworth&Heineman 1991.

5. Howie PW. Breast Feeding - a New Understanding. Midwives Chronicle and Nursing Notes July 1985; 1-12.

6. Woolridge MW. a) The‘anatomy’of infant suckling. Midwifery 1986; 2: 164-171. b) Aetiology of sore nipples. Midwifery 1986; 2: 172-176.

7. Woolridge MW. Problems of establishing lactation. Food and Nutrition Bulletin 1996; 17(4): 316-323.

8. Glasier AS, McNeilly AS, Howie PW. The prolactin response to suckling. Clinical Endocrinology 1984; 21:109-116.

9. Zinaman MJ, Hughes V, Queenan JT, Labbok MH, Albertson B. Acute Prolactin and oxytocin responses and milk yield to infant suckling and artificial methods of expressing in lactating women. Paediatrics 1992; 89:437-440.

10. Wilde CJ, Prentice A, Peaker M. Breast-feeding: Matching supply with demand in human lactation. Proc Nut Soc 1995; 54: 401-6.

11. WHO and UNICEF. Breastfeeding Counselling: A Training Course. WHO/CDR/93.3-6, UNICEF/NUT/93.1-4.

12. Savage King F. Helping Mothers to Breastfeed 2nd Edition, 1992, African Medical and Research Foundation, Box 30125, Nairobi, Kenya.

13. LangS. Breastfeeding Special Care Babies. Bailliere Tindall 1997.

14. Royal College of Midwives: Successful Breastfeeding 1991, 2nd Edition, Churchill

15. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: Towards a formal definition. J Pediatr 1995; 126 S125-9.

16. Fisher C, Inch S. Nipple confusion - who is confused? J Pediatr 1996; 127: 174.

17. Field LE. Lactation in a Virgin Heifer, The Cornell Veterinarian 1958; Vol. XLYH, No. 4.

18. Cowie AT. The Milking Stimulus and Mammary Growth in the Goat. J. Endocr. 1968; 40: 243-252.

19. La Leche League International. The Womanly Art of Breastfeeding. 6th Edition, 1998. La Leche League International (LLLI), P.O. Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 USA.

20. Hernandez MS. Breastfeeding my adopted baby. Association of Breastfeeding Mothers newsletter 1992; 13(9): 7-8, reprinted in MIDIRS Midwifery Digest 1993; 3(1):75.

21. Phillips V. (Thorley Phillips V) Non-Puerperal Lactation Among Australian Aboriginal Women, Part 1. Nursing Mothers Association of Australia (NMA) Newsletter 1969;
- 5(4), Reproduced as NMA Research Bulletin No 1 1969, Part II NMANewsletter 1969; 5(6) Reproduced as NMA Research Bulletin No 2 1969.

22. Marieskind H. Abnormal lactation. J Trap Paediatr 1973; 19(2): 123-8.

23. Foss GL, and Short D. Abnormal Lactation. J Obst Gynaec Brit Empire 1951; 58:
35. ”

24. Ryba KA and Ryba AE. Induced lactation in nulliparous adoptive mothers. New Zealand Medical Journal 1984; (28 Nov. 1984)

25. Thearle MJ and Weissenberger R. Induced Lactation in Adoptive Mothers. Aust NZ J Obstet Gynaec 1984; 24: 283.

26. Slome C. Non-puerperal lactation in grandmothers. Journal of Pediatrics 1956; 9: 550-552.

27. Brown RE. Relactation with Reference to Application in Developing Countries. Clinical Pediatrics 1978; 17(4): 333-336.

28. Brown Roy E. Relactation: An Overview. Pediatrics 1977; 60(1): 116-120.

29. Jelliffe DB, and Jelliffe EFP. Nonpuerperal induced lactation (letter). Pediatrics 1972; 50: 170-171.

30. Jelliffe DB and Jelliffe EFP. Human Milk in the Modem World. 1978 Oxford University Press.

31. Bose CL, D’Ercole AJ, Lester AG, Hunter RS, Barrett JR. Relactation by mothers of sick and premature infants. Pediatrics 1981; 67: 565-569.

32 Newton M. Breastfeeding by an adoptive mother. JAMA 1970; 212(11): 1967.

33 Cohen R. Breastfeeding Without Pregnancy. (Letter), Pediatrics 1971; 48: 996-997.

34. Thullen JD. Management of hypernatremic dehydration due to insufficient lactation. Clinical Pediatrics 1988; 27(8):370-372.

35. Thompson NM. Relactation in a newborn intensive care setting. J Human Lactation 1996; 12(3): 233-235.

36. Auerbach KG and Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. Pediatrics 1980 65(2): 236-242

37. Auerbach KG. and Avery JL. Induced Lactation: A Study of Adoptive Nursing by 240 Women. Am. J. Dis Child 1981; 135: .

38. Auerbach KG. Extraordinary Breastfeeding: Relactation/Induced Lactation. J.Trop Paed 1981; 27: 52-55.

39. Nemba K. Induced Lactation: A Study of 37 Non-puerperal Mothers. J. Trop Paediatr 1994; 40: 240-242.

40. Abejide OR, Tadese MA, Babajide DE, Torimiro SEA, Davies-Adetugbo AA, Makanjuola ROA. Non-puerperal induced lactation in a Nigerian community: case reports. Annals of Tropical Paediatrics 1997; 17: 109-114

41. Banapurmath CR, Banapurmath S, and Kesaree N. Successful Induced Non-puerperal Lactation in Surrogate Mothers. Indian J. Pediatr. 1993; 60: 639-643.

42. Banapurmath CR, Banapurmath S, and Kesaree N. Initiation of Relactation. Indian Pediatrics 1993; 30: 1329-1332.

43. Seema AK, Patwari L, Satyanarayana. Relactation: An effective Intervention to Promote Exclusive Breastfeeding. J Trop Paediatr 1997; 43: 213-216.

44. Gupta AP, Gupta PK. Metoclopramide as a lactogogue. Clin Ped 1985; 24(5): 269- 272.

45. Rath KB, Ghai OP, Bhan MK, Arora NK, Dhar V, Thakkar D, Dhamija NK. Metoclopramide in lactational failure. Indian Pediatr 1983;20:341-344

46. Mathur GP et al. Lactation Failure. Indian Pediatrics 1992; 29: 1541-4.

47. Kleinman R., Jacobson L, Hormann E. and Walker WA. Protein values of milk samples from mothers without biologic pregnancies. J.Pediatrics 1980; 612-615.

48. Kulski Ж, Hartmann PE, Saint WJ, Giles PF, and Gutteridge DH. Changes in the milk composition of non-puerperal women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1981; 139: 597.

49. Thorley Phillips V. Relactation in Mothers of Children Over 12 Months. J. Trop. Pediatrics 1993; 39: 45-46.

50. Miller-House S. Adoptive Nursing. New Beginnings LLLI, 1400 N. Meacham Road, P.O. Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 USA; 8(3) 1991.

51. Chaturvedi P and Dubey AP. Induced Non-Puerperal Lactation. Indian J. Pediatr 1985; 52: 319-320.

52. Guoth-Gumberger M. Umgewohnung von der Flasche zur Brust. Stillnachrichten 1994; 5-14.

53. Newman J. Breastfeeding Problems Associated with the Early Introduction of Bottles and Pacifiers. J. Human Lact 1990; 6(2): 59-63.

54. Lang S, Lawrence CJ, L'E Orme R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. Arch Dis Chid 1994; 71: 365-369

55. Riordan J. and Auerbach KG. Breastfeeding and Human Lactation, Boston: Jones and Bartlett, 1993.

56. Lawrence RA. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. St.Louis: Mosby, 4th ed., 1994, 555-574.

57. Meier P. Breastfeeding the Premature Baby: A research review, News Brief, Parent Care, Inc. Vol 9, Israel 1994 (see also reference (55): Meier, P and Mangurtan, H. Breastfeeding the preterm infant, in Riordan, J and Auerbach, KG. Breastfeeding in Human Lactation, pp. 253-278, Boston: Jones and Bartlett 1993.)

58. Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D and Richards M. Skin-to-skin contact for very low birthweight infants and their mothers. Arch Dis Chid 1988; 63:1377-1381.

59. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L et al. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. J. Perinatol 1997; 17: 213-17.

60. Sutherland A and Auerbach K. Relactation and Induced Lactation, Lactation Consultant Series 1985. La Leche League International, Box 4079, Schaumburg, IL 60168-4079 USA.

61. Kesaree N. Drop and drip method. Indian Pediatrics 1993; 30: 277-278.

62. Righard L. and Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990; 336: 1105-07.

63. Winberg J and Porter RH. Olfaction and human neonatal behaviour:clinical implications. Acta Paediatr 1998; 87:6-10

64. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, Winberg J. Short term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. Early Human Development 1990; 31:153-163.

65. Harris H. Remedial Co-Bathing for Breastfeeding Difficulties. Breastfeeding Review 1994; 11(10): 465-8.

66. Peters F, Schulaze-Tollert J, Schuth W. Thyrotropin-releasing hormone: A lactation promoting agent? Br. J. Obst. Gynaecol 1991; 98: 880-85

67. Randall Craig H. Presentation at the 1993 Conference of the International Lactation Consultants Association. (ILCA, 4101 Lake Boone Trail, Suite 201 Raleigh NC 27607, USA.)

68. Peters F. Laktation und Stillen: Physiologie, Klinik und Pathophysiologie der Brustdrusenfunktion, Mastitis. Bticheri de Frauenarztes, Band 26. (Lactation and Breastfeeding: Physiology, clinical aspects and pathophysiology of breast glandular function, mastitis. The Gynaecologist's Library, Vol 26). Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, Germany, 1987. From Chapter 8 "Milchbildung und Stillen unter besonderen Bedingungen" ("Milk Production and Breastfeeding under special conditions"), p.74

69. McNeilly AS, Thorner MG, Volans G, Besser GM; Metoclopramide and prolactin (letter).Br Med J 1974; 1(5921): 729

70. Sousa PLR. Metoclopramide and breastfeeding. British Medical Journal 1975; 512.

71. Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GN, Gazalle RV. Reestablishment of lactation with metoclopramide. J Trop Paediatr 1975; 21: 214

72. Kauppila A, Kivinen S, Ylikorkala O. A dose response relation between improved lactation and metoclopramide. Lancet 1981; 1: 1175-1177.

73. Ehrenkranz RA, Acherman BA. Metoclopramide effect on faltering milk production by mothers of premature infants. Pediatrics 1986; 78: 614-620.

74. Ertl T, Sulyok E. Ezer E, Sarkany I, Thurzo V, Csaba IF. The influence of metoclopramide on the composition of human breastmilk. Act Paediatr Hung 1991; 31: 5-422.

75. Lewis PJ, Devenish C, Kahn C. Controlled trial of metoclopramide in the initiation of breastfeeding (letter). Br J Clin Pharmac 1980; 9: 217-219.

76. Budd SC, Erdman SH, Long DM, Trombley SK, Udall JN: Improved lactation with metoclopramide. Clin. Pediatr 1993; 32:53-57

77. Emery ME, Galactogogues: Drugs to induce lactation. J Hum Lact 1996; 12(1) 55-57.

78. Hale TW, Medications and Mother's Milk. 1998 Edition, Pharmasoft Medical Publishing, 21 Tascocita Circle, Amarillo, Tx 79124-7301 USA

79. Ruis H, Rollen R, Doesburg W, Broeders G, Corbey R. Oxytocin enhances onset of lactation among mothers delivering prematurely. Brit Med J 1981; 283(6287): 340-42.

80 Menella JA, Beauchamp GK. The transfer of alcohol to human milk. New England Journal of Medicine 1991, 325: 981-5

81. Menella JA, Beauchamp, GK. Beer, breast feeding and folklore. Developmental Psychobiology 1993; 26(8):459-466.

82. Menella JA, and Beauchamp GK. The effects of repeated exposure to Garlic-flavoured milk on the nursling's behaviour. Pediatr Res 1993; 34: 805-808.

83. Prentice AM, Goldberg GR, and Prentice A. Body mass index and lactation performance. European Journal of Clinical Nutrition 1994; 48 Suppl 3, 578-589.

84. HIV and Infant Feeding: A guide for health care managers and supervisors. WHO/FRH/NUT/CHD/98.2; UNAIDS/98.4; UNICEF/PD/NUT/(J)98-2.

85. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. A Joint WHO/UNICEF Statement 1989.

86. Integrated Management of Childhood Illness:
- Management of the Sick Young Infant WHO/CHD/97.3F
- Counsel the mother WHO/CHD/97.3E
- Chart booklet

(course materials, Department of Child and Adolescent Health and Development, WHO, Geneva)

87. Marquis GS, Diaz J, Bartolini R, De Kanashiro HC, Rasmussen KM, Recognising the reversible nature of child feeding decisions: breastfeeding, weaning, and relactation patterns in a shanty town community of Lima, Peru. Soc Sci Med 1998; 47(5): 645-656

88. Gonzales-Cassion T, Habicht J-P, Rasmussen KM, Delgado H, Impact of food supplementation during lactation on infant breast-milk intake and on the proportion of infants exclusively breastfed. J Nutr 1998; 128 (10): 1692-1702.

Для получения дальнейшей информации, пожалуйста свяжитесь с нами:

Department of Cliiia and Adolescent Health and Development
World Health organization
20 Avenue Appia
1211 Ceneva 27
Switzerland
Tel +41-22 791 2632
Fax +41-22 791 4853
email chd@who.int
website http://www.who.int/chd