

Академія медицини грудного вигодовування клінічний протокол №10:
Грудне вигодовування пізніх передчасно народжених (34-36 6/7 тижнів гестації)
і ранніх доношених немовлят(37-38 6/7 тижнів гестації), другий перегляд 2016

Eyla G. Boies, Yvonne E. Vaucher і Академія медицини грудного вигодовування

Головною метою Академії медицини грудного вигодовування (ABM) є розробка клінічних протоколів, вільних від комерційних інтересів чи впливу, для вирішення поширених медичних проблем, які можуть вплинути на успіх грудного вигодовування. Ці протоколи є виключно рекомендаціями по спостереженню за матерями, які годують грудьми, і немовлятами, та не визначають єдиний курс лікування і не є стандартами медичної допомоги. Можливі варіанти лікування відповідно до потреб конкретного пацієнта.

Головні моменти оновленої інформації з 2010 року, що включив перегляд

1. Підвищений ризик проблем з грудним вигодовуванням в ранніх доношених немовлят (37-38 6/7 тижнів гестації (т.г.)) такий самий, як в пізніх передчасно народжених немовлят.
2. Важливість проактивної стратегії лактаційного менеджменту для багатьох пізніх передчасно народжених і деяких доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.).
3. Важливість раннього зцідження молозива, протягом першої години після пологів.
4. Роль ручного зцідження з або без механічного зцідження в перші години після пологів.
5. Ризик недостатності заліза або залізодефіцитна анемія в пізніх передчасно народжених малюків на грудному вигодовуванні.
6. Підвищений ризик довготермінових проблем з розвитком в пізніх передчасно народжених малюків.

Призначення

Призначенням цього протоколу є :

1. Допомога пізнім передчасно народженим та доношеним немовлятам (37-38 6/7 т.г.) з грудним вигодовуванням чи годуванням грудним молоком найбільш доступним методом.
2. Покращення знань про проблеми, що пізні передчасно народжені та доношені немовлята (37-38 6/7 т.г.) та їхні матері можуть зазнавати під час грудного вигодовування.
3. Рекомендувати стратегії для передбачення, швидкого визначення та вирішення проблем з грудним вигодовуванням, з якими пізні передчасно народжені і доношені немовлята (37-38 6/7 т.г.) та їхні матері можуть зіткнутися в стаціонарних та амбулаторних умовах.
4. Попередження таких проблем, як дегідратація, гіпоглікемія, гіпербілірубінемія, повторна госпіталізація та недостатній набір ваги в пізніх передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.).

Передумови

На початку Академія медицини грудного вигодовування написала протокол про «майже доношених немовлят» народжених від 35 0/7 до 36 6/7 тижнів гестації. В 2005 році, Національний інститут дитячого здоров'я та розвитку людини, визначив немовлят народжених між 34 0/7 та 36 6/7 тижнями гестації, як пізніх передчасно народжених немовлят, щоб встановити стандартну термінологію і підкреслити той факт, що ці немовлята дійсно «передчасно народжені», а не «майже доношені»¹.

За останні 10 років зросла частка документів в літературі про підвищення ризику захворюваності і смертності в пізніх передчасно народжених немовлят, що часто пов'язано з проблемами годування, особливо, коли грудне вигодовування не підтримується належним чином. На додаток, повторна госпіталізація цих немовлят протягом перших 7-10 днів після виписки з лікарні майже завжди пов'язана з проблемами вигодовування (гіпербілірубінемія, недостатній набір ваги, гіпернатріємія, і/або дегідратація)²⁻³.

Налагодження грудного вигодовування в пізніх передчасно народжених немовлят зазвичай є складнішим, ніж у доношених немовлят, народжених в терміні ≥ 39 тижнів гестації. Через їхню незрілість, пізні передчасно народжені немовлята є менш активними, швидше втомлюються і мають більше проблем з прикладанням, смоктанням та ковтанням, ніж доношені немовлята. Сонливість та неможливість енергійно смоктати може помилково інтерпретуватися як сепсис, що призводить до непотрібного розділення, обстеження і лікування, так само як погане харчування. І навпаки, деякі немовлята виглядають оманливо енергійними (наприклад, немовлята від матері, що має діабет) і часто помилково вважаються більш розвиненими та зрілими, ніж їхній гестаційний вік. Як результат, ці немовлята можуть отримувати менше уваги, ніж вони потребують. Хоча здається, що деякі немовлята добре прикладаються, смоктуть і ковтають, вони зазвичай не отримують достатній об'єм грудного молока, що виявляють після проведення контрольних зважувань. Пізні передчасно народжені немовлята мають вищий ризик певних перехідних станів та захворювань пов'язаних з грудним вигодовуванням (Таблиця 1)

Пізні передчасно народжені немовлята є часто розділеними з їхніми матерями для обстеження та лікування і виписуються додому до секреторної активації (лактогенез II)⁴ та повного встановлення лактації. Проблеми з прикладанням та отриманням молока, часто не виявляються або не вирішуються належним чином. Крім того, матері, які народили пізніх передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.) з більшою ймовірністю мають багатоплідну вагітність або такі захворювання, як цукровий діабет, гестаційна гіпертензія, хоріоамніоніт або народжують шляхом кесаревого розтину, що може негативно вплинути на початок лактації та успіх грудного вигодовування.⁵ Батьки можуть іти додому без достатніх знань і необхідного плану, щодо налагодження грудного вигодовування.

В цей час визначено, що деякі доношені немовлята, народжені між 37 0/7 і 38 6/7 тижнями гестації, мають також вищий ризик, ніж доношені діти, народжені між 39 0/7 і 41 6/7 тижнями гестації, щодо таких проблем, як гіпербілірубінемія, повторна госпіталізація та сповільнення початку і тривалості грудного вигодовування.^{2,6} Доношені немовлята (37-38 6/7 т.г.), особливо, коли вони народжені шляхом планового кесаревого розтину, також піддаються підвищеному ризику виникнення респіраторних проблем, госпіталізації у відділення інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), сепсису та гіпоглікемії, що потребує лікування.⁷⁻⁹

Хоча доношені новонароджені мають більше шансів на успішне грудне вигодовування, коли лікарня дотримується «Десяти кроків успішного грудного вигодовування», які включає ініціатива «Лікарня доброзичлива до дитини», але цих настанов самостійно недостатньо для подолання викликів, з якими стикаються мами пізніх передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.) в ранньому післяпологовому періоді та після виписки з лікарні.¹⁰⁻¹¹

Організація грудного вигодовування в пізніх передчасно народжених та деяких доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.) вимагає зміни парадигми в порівнянні з тією, що використовується до доношених новонароджених, коли ефективно прикладання, смоктання і ковтання є наріжним каменем для успішної лактації та харчування немовляти. Усвідомлюючи, що зазвичай для встановлення ефективного смоктання потрібен певний час, треба організувати це так, щоб немовля адекватно вигодовувалось, а продукція молока збільшувалася і зберігалася.¹²⁻¹⁴ Допоміжні заходи при грудному вигодовуванні (такі, як накладки, догодовування, зціджування молока, метод стиснення грудей) частіше потрібні пізнім передчасно народженим і навіть деяким доношеним немовлятам (37-38 6/7 т.г.).

Враховуючи підвищений ризик виникнення медичних проблем в пізніх передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.) в порівнянні з дітьми народженими в термін, необхідним є ретельне спостереження і моніторинг, особливо в

Таблиця 1. Захворювання пізніх передчасно народжених немовлят^{2,3,5,8,9,15,57,59-63}

Гіпотермія
Гіпоглікемія
Надмірна втрата ваги
Дегідратація
Повільний набір ваги
Недостатній набір ваги
Тривале догодовування адаптованою молочною сумішшю
Затяжна жовтяниця
Ядерна жовтяниця
Дегідратація
Температура, внаслідок зневоднення
Сепсис
Апноє
Повторна госпіталізація
Втрата грудного вигодовування

перші 12-24 години після народження, коли ризик недостатньої адаптації до позаутробного життя є найвищим. Пізні передчасно народжені немовлята народжені в термін 34 0/7-34 6/7 тижнів гестації мають ризик до 50 % захворіти протягом перебування в лікарні після народження.^{5,15} Може бути потрібне переведення на вищий рівень допомоги для відповідного догляду та моніторингу.

Пізні передчасно народжені і доношені немовлята (37-38 6/7 т.г.) також потребують своєчасного огляду одразу після виписки з лікарні. Установи подальшого спостереження повинні вміти надавати допомогу при проблемах з грудним вигодовуванням чи питаннях, що виникають, починаючи з першого візиту після виписки. Зі складніших проблем з грудним вигодовуванням мати та дитина повинні бути проконсультовані консультантом з грудного вигодовування або спеціалістом медицини грудного вигодовування чи медпрацівником, що має досвід з організації грудного вигодовування, якнайшвидше.

Рекомендації

Принципи догляду

Ці принципи є керівництвом для оптимального догляду за пізніми передчасно народженими та доношеними немовлятами (37-38 6/7 т.г.) і представлені для того, щоб допомогти в розробці стратегії розвитку. Кожен медичний працівник та відділення новонароджених повинні застосовувати ці рекомендації, якщо вони використовуються в їх закладі чи практиці. Всі принципи, окрім № 8, застосовуються, як до стаціонарних так і до амбулаторних умов. (Таблиця 2)

Реалізація принципів надання медичної допомоги: стаціонар

Початкові кроки

- Розробити та в письмовій формі донести до відома персоналу лікарні стандартний план вигодовування для пізніх передчасно народжених немовлят, який можна легко впроваджувати та модифікувати за потреби.^{16,17}
- (IV) (Якість доказовості [рівень доказовості IA, IB, IIA, IIB, III, і IV] базується на рівнях доказовості, що використовуються Національним координаційним центром¹⁸ і зазначені в дужках.)
- Сприяти тривалому контакту «шкіра-до-шкіри» одразу після народження, коли мама перебуває в стані бадьорості, для покращення післяпологової стабілізації частоти серцевих скорочень, дихальних зусиль, контролю температури, рівня глюкози в крові, стабілізації метаболізму та раннє грудне вигодовування.¹⁹⁻²¹ (IV, I, і IIA)
- Визначити термін гестації за акушерською оцінкою і шкалою Балард/модифікованою шкалою Дубовіца.²² (III)
- Уважно спостерігати за дитиною протягом 12-24 години після народження, щоб виключити відхилення від фізіологічної норми (такі як гіпотермія, апноє, тахіпноє, десатурація, гіпоглікемія, недостатнє харчування). Де дитина спостерігатиметься, буде залежати від місцевих умов, наявності обладнання та персоналу, і як пара мама-дитина отримуватиме підтримку в грудному вигодовуванні.^{16,17,19} Пильне спостереження має продовжуватися під час контакту «шкіра-до-шкіри», грудного вигодовування і спільного перебування в палаті.
- Заохочувати спільне перебування 24 години на добу, з частими тривалими періодами контакту «шкіра до шкіри», коли мати не спить. Якщо дитина фізіологічно стабільна та здорова, дозвольте дитині залишитися з матір'ю під час внутрішньовенного введення антибіотиків чи фототерапії.²⁰
- Забезпечити вільний доступ до грудей, заохочуючи початок грудного вигодовування протягом 1 години після народження.^{23,24} (I, IIA) Якщо мама та дитина розділені, мати повинна розпочати зціджування руками молозива протягом першої години після народження²⁵ (IB) і зцідзуватись з інтервалом в 3 години. Деякі, але не всі, дослідження демонструють, що зціджування руками таке ж або ефективніше, ніж зціджування молоковідсмоктувачем

для налагодження продукції молока відразу після народження. Навіть якщо мама та дитина не розділені, багато з цих дітей не можуть ефективно смоктати, коли їм вперше пропонують груди, тому потрібно розглянути можливість зцідження руками і годування зцідженим молозивом дитини з ложки, піпетки, чи іншого девайсу після першої спроби грудного вигодовування.²⁶(III)

- g. Заохочувати вільне грудне вигодовування і годування на вимогу. Можливо, необхідно буде розбудити дитину, якщо вона чи він не подають ознак голоду протягом 4 годин після попереднього годування, що не є незвичайним у пізніх передчасно народжених дітей.²⁶(IV) Немовля слід прикласти до грудей (чи годувати грудним молоком) 8-12 разів протягом 24 годин. Пояснити і допомогти розпочати зцідження молоковідсмоктувачем чи руками матерям, чий діти маленькі, сонливі або не в змозі успішно прикластися в перші 24 години. Такі діти, особливо, якщо вони мали затримку внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), можуть потребувати догодовування (бажано зцідженим грудним молоком) при низькому рівні глюкози в крові або надмірній втраті ваги.
- h. Показати матері прийоми, що сприяють ефективному прикладанню дитини до грудей, приділити особливу увагу адекватній підтримці щелепи та голови.³⁰(IV)

Постійний догляд

- a. Повідомляти про будь-які зміни в плані вигодовування батьків і персонал лікарні безпосередньо та/або в письмовій формі в залежності від локальних процедур та протоколів.^{16,17}
- b. Оцінити грудне вигодовування, найкраще протягом 24 годин після народження, консультантом з лактації або медичним працівником, який має досвід у веденні лактації в пізніх передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.)^{16,19}
- c. Оцінювати і документувати грудне вигодовування, щонайменше двічі на день двома різними медичними працівниками, бажано за допомогою використання стандартизованих інструментів (наприклад, LATCH Score, IBFAT, Mother/Baby Assessment Tool).³¹⁻³⁴(III)
- d. Навчати матерів грудному вигодовуванню пізнього передчасно народженого немовляти (наприклад, позиція, прикладання, тривалість годування, ранні ознаки голоду, стискання грудей тощо).^{12, 17, 19} Надати інформацію письмово разом з усними рекомендаціями про грудне вигодовування передчасно народжених немовлят.
- e. Контролювати життєво важливі показники кожні 6-8 годин, динаміку ваги, випорожнення та діурез і отримання молока.^{16, 17, 19}

Таблиця 2 Принципи догляду за пізніми передчасно народженими немовлятами.

1. Розробити спеціальну політику/шляхи ведення лактації.
2. Забезпечити спілкування між усіма надавачами послуг та батьками.
3. Забезпечити належну оцінку та переоцінку матері і дитини.
4. Забезпечити своєчасну стаціонарну та амбулаторну підтримку лактації.
5. Уникати чи мінімізувати розділення матері та дитини.
6. Попереджати та своєчасно виявляти проблеми.
7. Навчати батьків, медичних сестер, консультантів з лактації та лікарів про вразливі місця та виклики, які є специфічними у догляді за цими немовлятами.
8. Розробити рекомендації на виписку/подальше спостереження.
9. Моніторинг догляду за допомогою проектів з покращення якості.

- f. Відстежувати проблеми, що часто виникають (такі, як гіпоглікемія, гіпотермія, недостатнє вигодовування, гіпербілірубінемія).³⁵(I) Передчасно народжених і доношених немовлят (37-38 6/7 т.г.) слід ретельно спостерігати при низькому пороговому значенні білірубину. У багатьох закладах охорони здоров'я визначають рівень білірубину та наносять його на відповідну шкалу до віку в годинах (наприклад шкала Бутані), до виписки малюка.^{6,36,37}(IV, III, і IV). Деякі немовлята можуть потребувати переведення на вищий рівень медичної допомоги для необхідного лікування та спостереження.
- g. Уникайте надмірної втрати ваги чи зневоднення. Втрата більше 3% від ваги при народженні до 24-годинного віку або більше 7% на 3-й день життя може потребувати подальшого спостереження та корекції медичної підтримки та підтримки грудного вигодовування.^{16,17,19}
- i. Якщо є докази неефективного отримання молока, то стиснення грудей під час смоктання немовлям, можуть бути корисними^{26,38,39} (III, IV) і можна було б розглянути використання ультратонких накладок. Якщо використовуються накладки, мама і немовля повинні перебувати під пильним наглядом консультанта з лактації чи кваліфікованого медичного працівника до того часу, поки не зникне необхідність в накладках.(IV)
- ii. Розгляньте можливість зважування до та після годування щодня або після кількох годувань (але не кожного), щоб оцінити кількість отриманого молока. Немовлята зважуються безпосередньо перед годуванням на електронних вагах з точністю ± 5 грам і потім повторно одразу після годування в тих самих умовах.
- iii. Немовля може потребувати догодовування після грудного вигодовування в невеликих об'ємах (5-10 мл на годування в 1 день, 10-30 мл на кожне годування в подальшому) зцідженим маминим молоком, донорським молоком або адаптованою молочною сумішшю.^{16,17} Вибір методу догодовування може включати догодовування з чашки, шприца, системи догодовування чи пляшки і залежить від клінічної ситуації, уподобань матері і досвіду медичних працівників, які надають допомогу матері. Догодовування з чашки показало свою безпечність в пізніх передчасно народжених і доношених немовлят, при ретельному дотриманні відповідної техніки, що дозволяє немовлятам «пити маленькими ковтками», годуватися у власному темпі.⁴¹(IV) Деякі дослідники виявили, що догодовування з чашки займає більше часу при меншому споживанні порівняно з годуванням з пляшки.⁴¹(IV) Існує мало доказів щодо безпеки або ефективності інших альтернативних методів годування або їх впливу на грудне вигодовування. Недавнє дослідження, все ж, не виявило різниці у збільшенні ваги, часу годування і тривалості перебування в лікарні, порівнюючи годування з чашки чи пляшки; годування з чашки було пов'язано із значним захисним ефектом для будь-якого і виключно грудного вигодовування при виписці з лікарні.⁴³(IV) Маловагові діти, що мають ЗВУР, або незрілі передчасно народжені немовлята можуть не мати регулярних періодів сну/бадьорості. Для таких немовлят розгляньте можливість пропонувати зціжене грудне молоко (з пляшки, чашки тощо), коли вони сплять, і прикладання до грудей в бадьорому стані.¹²
- iv. У разі догодовування зцідженим грудним молоком або дитячою сумішшю, мати повинна зціжувати молоко молоковідсмоктувачем або вручну після прикладання до грудей принаймні 6 разів за 24 години, щоб допомогти встановити і підтримати запас молока, поки в дитини не буде задовільне грудне вигодовування.^{12,16, 17,19}

Якщо немовля не прикладається до грудей зовсім, мами повинні зціджуватись не менше 8 разів на 24 години.²⁶
 Продукцію молока можна збільшити за допомогою ручного масажу грудей під час зціджування.²⁶

- h. Уникати переохолодження, використовуючи контакт «шкіра до шкіри», тобто метод «кенгуру»²⁰, якомога більше, коли мати не спить або шляхом подвійного укутування, якщо це необхідно, і одягайте дитині сорочку та шапку чи капюшон. Періодичне використання кювеза може бути потрібним для підтримання нормотермії.¹⁶

Планування виписки

- a. Оцінити готовність до виписки, включаючи фізіологічну стабільність і вигодовування виключно біля грудей або з догодовуванням.^{12,16,19,44} (IV) Фізіологічно стабільне пізніє передчасно народжене немовля повинне бути в змозі підтримувати температуру тіла протягом щонайменше 24 годин без сторонньої допомоги і мати нормальну частоту дихання. Бажано, щоб вага була, не більше ніж на 7% нижчою за вагу при народженні, хоча треба враховувати всі аспекти в парі мама/немовля. Достатнє споживання повинно бути задокументовано згідно з об'ємом годування (наприклад, контрольне зважування) або вагою дитини (наприклад, стабільна або збільшується).^{12,16}
- b. Розробити план годування після виписки. Розглянути методи вигодовування (грудне вигодовування, чашка, система для догодовування, пляшка, тощо), вид догодовування (наприклад, мамине молоко, донорське молоко чи адаптована молочна суміш), і об'єм споживання молока (мл/кг/добу), особливо, якщо отримується догодовування. Якщо необхідно, визначити найбільш практичний і прийнятний метод догодовування для матері.^{12,16,17,19}
- c. Пояснити план годування після виписки матері і медичним працівникам, які беруть участь у подальшому спостереженні за немовлям. Письмове пояснення є найкращим.¹⁶
- d. Коли отримання молока недостатнє, може бути доцільним відправити маму додому із вагами для контрольного зважування для підтвердження споживання молока під час грудного вигодовування чи організувати дитині часті контрольні зважування.¹² Батьків слід також попросити контролювати та записувати виділення сечі і випорожнення.

Впровадження принципів догляду: амбулаторний чи загальний супровід.

Перший візит

- a. Хоча терміни перебування в стаціонарі можуть відрізнятися, пізні передчасно народжені і доношені немовлята (37-38 6/7 т.г.) потребують ретельного спостереження в післяпологовому періоді та під час першого планового прийому чи огляду вдома, який, як правило, повинен відбутися через 1 чи 2 дні після виписки з лікарні.^{17,45,46} (IV)
- b. Актуальна інформація, включаючи пренатальний, перинатальний анамнез, інформація про немовля та вигодовування (наприклад, потреба в догодовуванні в лікарні, проблеми з прикладанням, необхідність фототерапії та ін.) повинна бути задокументована. Термін гестації і вага при народженні повинні бути обов'язково відмічені. Електронні шаблони медичної документації із специфічними для грудного вигодовування запитамі є корисними для запису інформації.
- c. Проаналізувати вигодовування після виписки, приділити особливу увагу частоті і тривалості годування грудьми, а також за необхідності, методу і типу (зціджене грудне молоко, адаптована молочна суміш) догодовування.

Отримати інформацію про випорожнення і сечовипускання, колір випорожнень і поведінку немовляти (таку, як плач, незадоволення після годування, сонливість і важко не заснути біля грудей під час годування, та інші). Якщо батьки ведуть письмовий записи годування, то їх слід переглянути.^{17,46,47}

- d. Оглянути дитину, звернути увагу на стан бадьорості та гідратації. Визначити точну вагу дитини без одягу. Розрахувати відсоткову зміну ваги від народження та набір ваги після виписки з пологового будинку. Оцінити наявність жовтяниці, бажано за допомогою транскутанного скринінгу білірубіну та/або визначення білірубіну в сироватці крові, якщо необхідно.^{17,46}
- e. Оцінити груди матері щодо форми сосків, болю, травми, нагрудання та маститу. Слід врахувати емоційний стан і ступінь втоми матері, особливо, коли вирішується додати додаткові догодовування. При можливості спостерігайте за грудним вигодовуванням, оцінюючи прикладання, смоктання та ковтання.⁴⁶
- f. Проаналізувати цілі та очікування матері щодо грудного вигодовування її передчасно народженого чи доношеного немовляти (37-38 6/7 т.г.). Вона може потребувати заохочення та навчання, щодо процесу переходу від зціджування та догодовування до виключно грудного вигодовування. Матерів слід застерегти, щоб вони не зменшували кількість зціджувань занадто швидко, щоб забезпечити підтримку достатнього вироблення молока, що забезпечує більш ефективне отримання молока.
- g. Визначити разом з батьками, де їхня дитина буде спати і проінформувати про правила безпечного сну. Запитати: «Де ви і ваша дитина спала минулої ночі?», це може дати більш точну картину сну зазвичай.

Розв'язання проблеми

- a. Поганий приріст ваги (<20 г/день) майже завжди є результатом недостатнього споживання молока. Середньодобовий приріст ваги здорового новонародженого становить 28-34 г/добу.⁴⁸ (IV) Медичний працівник повинен визначити чи проблема в недостатньому виробленні молока, чи нездатності немовляти отримувати достатню кількість молока, чи комбінації обох. Немовля, яке отримує достатню кількість грудного молока, повинне мати щонайменше шість сечовипускань і 3-4 об'ємних жовтих зернистих стільця щоденно до 4-го дня життя, бути задоволеними протягом 20-40 хвилин після грудного вигодовування і мати відповідно до віку втрату/набір ваги.⁴⁶ Хоча 10% втрата ваги, може бути прийнятною для дитини з більшою масою тіла, здорової доношеної або передчасно народженої дитини, яка має успішне грудне вигодовування і чия мати досягла секреторної активації, в більшості випадків, максимальна втрата може становити 7% і є відповідною для менших та/або немовлят із ЗВУР. Наступні стратегії можуть бути корисними, для збільшення набору ваги:
 - i. Дитина на грудному вигодовуванні має бути під спостереженням, звертаючи увагу на прикладання, смоктання і ковтання. Контрольні зважування можуть бути корисні для оцінки отримання молока (дивитись 2 gii).
 - ii. Збільшення частоти грудного вигодовування.
 - iii. Почати догодовування (бажано зцідjenим грудним молоком чи донорським грудним молоком) після грудного вигодовування або збільшити кількість догодовувань, що вже отримує дитина.
 - iv. Пропонуйте догодовування, якщо дитина не спить і не задоволена через ~30-40 хвилин після грудного вигодовування. Додатковий час смоктання може втомити дитину без суттєвого збільшення споживання. Новонародjenим потрібно відпочивати між годуваннями, а не смоктати безперервно.

- v. Розпочати або збільшити частоту зціджуваль (ручним способом чи молоковідсмоктувачем), особливо після годування, якщо груди недостатньо спорожнені. Якщо вже використовується молоковідсмоктувач відповідним чином, перейдіть на більш ефективний тип (наприклад, ручний на механічний, механічний на ручний чи більш ефективний механічний молоковідсмоктувач). Зціджування більше ніж 6 разів на день може бути неможливим для багатьох матерів, коли їхня дитина вдома, хоча зціджування вісім і більше разів може бути необхідним для максимального вивільнення молока. (IV)
- vi. Дізнатися методи, як мати може розслабитись під час зціджуваль: Організувати допомогу з побутовими справами, щоб вона більше спала.
- vii. Потрійний режим вигодовування (грудне вигодовування, наступне догодовування і потім зціджування) для кожного годування є ефективним, але воно може не бути тривалим для деяких матерів, особливо, якщо вони мають обмежену підтримку вдома. Здатність матері справлятися і керувати грудним вигодовуванням і зціджуваннями повинно бути враховано при розробці плану вигодовування. (IV)
- viii. Разом з мамою розглянути можливість використання галактогога (препарати чи трави для збільшення продукції молока), якщо є документально підтверджена низька продукція молока і якщо інші способи для збільшення продукції молока виявились невдалими. (див. АБМ клінічний протокол №9)
- ix. Розгляньте можливість відвідування консультанта з лактації або спеціаліста медицини грудного вигодовування.
- b. Для немовлят з труднощами прикладання, рот немовлят повинен бути оглянутий щодо анатомічних аномалій (наприклад, анкілологія (коротка вуздечка), розщілина піднебіння), а також може бути корисним пальцева оцінка смоктання проведена підготовленим відповідним чином медичним працівником. Соски та груди матері слід обстежити для оцінки розвитку, анатомічних особливостей, закупорки чи заблокованих проток, маститу, нагрудання, травми сосків або спазму сосків після годування. Може бути необхідним направлення до консультанта з лактації чи спеціаліста медицини грудного вигодовування або у випадку анкілології направити до медичного працівника, який має досвід проведення френулотомії.⁵⁰ (III)
- c. Жовтяниця і гіпербілірубінемія частіше зустрічається в доношених (37-38 6/7 т.г.) та передчасно народжених немовлят. Хоча всі фактори ризику треба враховувати, якщо головною причиною є нестача молока, першочерговим лікуванням є забезпечення немовля більшою кількістю молока, бажано через покращення грудного вигодовування чи догодовування зцідженим грудним молоком чи донорським молоком. Якщо показана фототерапія вдома чи в лікарні, вироблення і споживання грудного молока не повинні бути порушені.^{51,52} (IV) Якщо власне молоко матері або донорське молоко недоступне, невелика кількість адаптованої молочної суміші на основі коров'ячого молока може бути використаною. З цієї метою можна розглянути суміші на основі гідролізованого казеїну, оскільки є докази, що ці суміші більш ефективно знижують рівень білірубіну в сироватці крові ніж стандартні дитячі суміші.⁵³ (ІІВ)
- офісі або медичним працівником, що надає допомогу вдома зі зворотнім зв'язком лікарю первинної ланки. (III)
- b. Пізні передчасно народжені немовлята повинні мати щотижневий контроль ваги до 40 тижнів скоригованого віку або до того часу, поки він чи вона почне добре розвиватися і набирати вагу. Прибавка у вазі повинна становити в середньому 20-30 г/день, а довжина і окружність голови повинні збільшуватися в середньому на 0,5 см/тиждень.⁴⁸
- c. Передчасно народжені немовлята на грудному вигодовуванні мають підвищений ризик розвитку дефіциту заліза чи залізодефіцитної анемії порівняно з доношеними немовлятами і рутинне додавання заліза є рекомендованим.⁵⁴⁻⁵⁶ (IV, III і ІВ)
- d. Передчасно народжені діти також частіше сплять у небезпечних умовах у порівнянні з доношеними дітьми,⁵⁷ таким чином підвищуючи ризик синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) у передчасно народжених немовлят. Тому регулярне обстеження положення та місця сну є також виправданим.
- e. Діагноз пізні передчасно народжені має залишатися в переліку проблем лікаря первинної ланки протягом кількох років, оскільки ці діти мають підвищений ризик хвороб легень і легких проблем з розвитком нервової системи.^{8,58}

Багатоплідні

- a. Багатоплідна вагітність (двійня, трійня тощо) частіше призводить до передчасних або пізніх передчасних пологів. Питання достатньої кількості грудного молока для двох і більше немовлят і годування грудьми двох є складнішим, ніж годування однієї дитини.
- b. Частіше потрібне догодовування. Розглянути можливість отримання донорського грудного молока, якщо воно доступне, принаймні в перші кілька тижнів життя, якщо мати не виробляє достатньої кількості молока.
- c. Допомогти матері з організацією її часу. Це включає в себе те, як найкраще використовувати допомогу сім'ї, друзів і навіть найманої праці.
- d. Мати пізньої передчасно народженої двійні, зазвичай, не зможе годувати їх тандемом, поки вони не підростуть і не зможуть ефективно вигодовуватися грудьми кожен окремо, через свою незрілість і потребу в додатковій допомозі із позиціонуванням, прикладанням і постійній увазі під час годування.
- e. Деякі матері ніколи не будуть виробляти достатню кількість молока, щоб годувати грудьми більше ніж одну дитину і ці діти потребують догодовування донорським грудним молоком чи адаптованою молочною сумішшю.

Рекомендації для подальших досліджень

1. Оцінка догляду в перші 12-24 години, поки в немовляти відбувається перехід в позаутробне середовище, оскільки на сьогодні не існує єдиного підходу.
2. Визначення готовності до виписки та оптимального догляду після виписки.
3. Кращі практики для оптимізації об'єму материнського молока.
4. Кращі практики для переходу на виключно грудне вигодовування.
5. Кращі практики для допомоги матері впоратися із обтяжливими зціджуваннями і режимом грудного вигодовування.

Переклад українською:

Анна Смачило (Київ, Україна), Слив'як Катерина (Тернопіль, Україна), Олеся Тищенко (Черкаси, Україна)

Безперервний догляд

- a. Немовлята, які не набирають добре вагу і для яких зроблена корекція плану вигодовування, повинні оцінюватися відповідним чином підготовленим медичним працівником (наприклад, щодня, або кожні 2-3 дні в залежності від ситуації) після кожної корекції вигодовування в клініці чи в

Список літератури:

1. Engle WA. A recommendation for the definition of “late preterm” (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol* 2006;30:2–7.
2. Young PC, Korgenski K, Buchi KF. Early readmission of newborns in a large health care system. *Pediatrics* 2013; 131:e1538–e1544.
3. Ray KN, Lorch SA. Hospitalization of early preterm, late preterm, and term infants during the first year of life by gestational age. *Hosp Pediatr* 2013;3:194–203.
4. Pang WW, Hartmann PE. Initiation of human lactation: Secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2007;12:211–221.
5. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, et al. Effect of late-preterm birth and maternal medical conditions on newborn morbidity risk. *Pediatrics* 2008;121:e223–e232.
6. Norman M, A° berg K, Holmsten K, et al. Predicting nonhemolytic neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 2015;136: 1087–1094.
7. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009;360:111–120.
8. Seikku L, Gissler M, Andersson S, et al. Asphyxia, neurologic morbidity, and perinatal mortality in early-term and postterm birth. *Pediatrics* 2016;137:e20153334.
9. Reddy UM, Bettegowda VR, Dias T, et al. Term pregnancy: A period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol* 2011;117:1279–1287.
10. Eidelman AI. The challenge of breastfeeding the late preterm and the early-term infant. *Breastfeed Med* 2016;11: 99–99.
11. Philipp BL. ABM Clinical Protocol #7: Model Breastfeeding Policy (Revision 2010). *Breastfeeding Med* 2010;5: 173–177.
12. Meier P, Patel AL, Wright K, et al. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clin Perinatol* 2013;40:689–705.
13. Morton J. Perfect storm or perfect time for a bold change? *Breastfeed Med* 2014;9:180–183.
14. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:115–145.
15. Pulver LS, Denney JM, Silver RM, et al. Morbidity and discharge timing of late preterm newborns. *Clin Pediatr* 2010;49:1061–1067.
16. UC San Diego Health Supporting Premature Infant Nutrition (SPIN). Protocol for late preterm infants. 2016. Available at <https://health.ucsd.edu/specialties/obgyn/maternity/newborn/nicu/spin/staff/Pages/late-preterm.aspx> (accessed August 25, 2016).
17. California Perinatal Quality Care Collaborative. Care and management of the late preterm infants toolkit. 2013. Available at [www.cpqcc.org/sites/default/files/Late Preterm Infant Toolkit FINAL 2–13.pdf](http://www.cpqcc.org/sites/default/files/Late%20Preterm%20Infant%20Toolkit%20FINAL%202-13.pdf) (accessed August 25, 2016).
18. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Developing guidelines. *BMJ* 1999;318:593–596.
19. Phillips RM, Goldstein M, Hougland K, et al. Multidisciplinary guidelines for the care of late preterm infants. *J Perinatol* 2013;33 Suppl 2:S5–S22.
20. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD003519.
21. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
22. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr* 1991;119:417–423.
23. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006170.
24. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS One* 2014;9:e89077.
25. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Effect of early milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birthweight infants: A pilot study. *J Perinatol* 2012;32:205–209.
26. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
27. Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *Pediatr Int* 2010;52:39–43.
28. Lussier MM, Brownell EA, Proulx TA, et al. Daily breastmilk volume in mothers of very low birth weight neonates: A repeated-measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression. *Breastfeed Med* 2015;10:312–317.
29. Slusher TM, Slusher IL, Keating EM, et al. Comparison of maternal milk (breastmilk) expression methods in an African nursery. *Breastfeed Med* 2012;7:107–111.
30. Thomas J, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant, Revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:271–276.
31. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23:27–32.
32. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4:154–165.
33. Mulford C. The Mother-Baby Assessment (MBA): An “Apgar score” for breastfeeding. *J Hum Lact* 1992;8:79–82.
34. Ingram J, Johnson D, Copeland M, et al. The development of a new breast feeding assessment tool and the relationship with breast feeding self-efficacy. *Midwifery* 2015;31:132–137.
35. Wight N, Marinelli KA. ABM Clinical Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
36. Bhutani VK, Stark AR, Lazzaroni LC, et al. Pre-discharge screening for severe neonatal hyperbilirubinemia identifies infants who need phototherapy. *J Pediatr* 2013;162:477–482.e471.
37. Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, et al. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or = 35 weeks’ gestation: An update with clarifications. *Pediatrics* 2009;124:1193–1198.
38. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers with preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
39. Walker M. Breastfeeding the late preterm infant. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:692–701.

40. Haase B, Barreira J, Murphy P, et al. The development of an accurate test weighing technique for preterm and high-risk hospitalized infants. *Breastfeed Med* 2009;4:151–156
41. Lang S, Lawrence CJ, Orme RL. Cup feeding: An alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child* 1994;71: 365–369.
42. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350–355.
43. Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, et al. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: A randomized controlled study. *J Hum Lact* 2014;30:174–179.
44. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital discharge of the high-risk neonate. *Pediatrics* 2008;122:1119–1126.
45. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
46. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.
47. Neifert MR. Breastmilk transfer: Positioning, latch-on, and screening for problems in milk transfer. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:656–675.
48. Grummer-Strawn LM, Reinold C, Krebs NF. Use of World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0–59 months in the United States. *MMWR Recomm Rep* 2010;59:1–15.
49. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactagogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). *Breastfeed Med* 2011;6:41–49.
50. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.
51. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
52. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater than 35 weeks' gestation. *Breastfeed Med* 2010;5:87–93.
53. Gourley GR, Kreamer B, Cohnen M, et al. Neonatal jaundice and diet. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153: 184–188.
54. Baker RD, Greer FR. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0–3 years of age). *Pediatrics* 2010;126:1040–1050.
55. Yamada RT, Leone CR. Hematological and iron content evolution in exclusively breastfed late-preterm newborns. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)* 2014;69:792–798.
56. Berglund SK, Westrup B, Domellof M. Iron supplementation until 6 months protects marginally low-birth-weight infants from iron deficiency during their first year of life. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;60:390–395.
57. Hwang SS, Barfield WD, Smith RA, et al. Discharge timing, outpatient follow-up, and home care of late-preterm and early-term infants. *Pediatrics* 2013;132:101–108.
58. Kugelman A, Colin AA. Late preterm infants: Near term but still in a critical developmental time period. *Pediatrics* 2013;132:741–751.
59. Leone A, Ersfeld P, Adams M, Schiffer PM, et al. Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. *Acta Paediatr* 2012;101:e6–e10.
60. Loftin RW, Habli M, Snyder CC, et al. Late preterm birth. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3:10–19.
61. Morag I, Okrent AL, Strauss T, et al. Early neonatal morbidities and associated modifiable and non-modifiable risk factors in a cohort of infants born at 34–35 weeks of gestation. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:876–882.
62. Nagulesapillai T, McDonald SW, Fenton TR, et al. Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: Results from the all our babies study. *Can J Public Health* 2013;104:e351–e356.
63. Radtke JV. The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011;40:9–24.

Протоколи Академії Медицини Грудного Вигодовування (ABM) діють на протязі 5 років з дати публікації. Вміст цього протоколу є актуальним на момент публікації. Перегляд протоколів проводиться кожні 5 років або швидше, якщо є суттєві зміни доказів.
Перша і друга версія цього протоколу була створена авторами Eyla G Boies і Yvonne E Vaucher.

Протокольний комітет Академії Медицини Грудного Вигодовування:

Wendy Brodribb, MBBS, PhD, FABM, Chairperson
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
 Nancy Brent, MD
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM
 Cadey Harrel, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Rose St. Fleur, MD
 Michal Young, MD

Для листування: abm@bfmed.org

Ця стаття була створена:

1. Kellams Ann , 1 Harrel Cadey , 2 Omage Stephanie , 3 Gregory Carrie , 4, 5 Rosen-Carole Casey , 4, 5 and the Academy of Breastfeeding Medicine 1Department of Pediatrics, University of Virginia, Charlottesville, Virginia. 2Department of Family & Community Medicine, University of Arizona College of Medicine and Family Medicine Residency, Tucson, Arizona. 3Discipline of General Practice, The University of Queensland, Brisbane, Australia. 4Department of Pediatrics, University of Rochester, Rochester, New York. 5Department of OBGYN, University of Rochester, Rochester, New York. АВМ Протокол №3: Догодовування здорового доношеного немовляти, перегляд 2017 . Медицина грудного вигодовування, готова до друку.[[ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017 | Breastfeeding Medicine \(liebertpub.com\)](#)][Abstract] [Full Text HTML] [Full Text PDF] [Full Text PDF with Link]