

Академія медицини грудного вигодовування клінічний протокол №33: Догляд за лактацією для Лесбіянок, Геїв, Бісексуалів, Трансгендерів, Квірів, Тих, що визначаються, Плюс пацієнтів

Rita Lynne Ferri,¹ Casey Braitsch Rosen-Carole,¹⁻³ Jason Jackson,^{1,2} Elizabeth Carreno-Rijo,^{1,2} Katherine Blumoff Greenberg,¹⁻³ and the Academy of Breastfeeding Medicine

Анотація

Головною метою Академії медицини грудного вигодовування є розробка клінічних протоколів для ведення поширених медичних проблем, які можуть вплинути на успішність грудного вигодовування. Ці протоколи слугують лише рекомендаціями щодо догляду за матерями, які годують грудьми, та немовлятами і не визначають виключного курсу лікування, і не є стандартами медичної допомоги. Варіації лікування можуть бути відмінними відповідно до потреб конкретного пацієнта.

Визначення

Деякі джерела дають визначення термінів, пов'язаних зі здоров'ям ЛГБТК+. У цьому дослідженні ми покликаємося на Керівництво по догляду і лікуванню трансгендерних персон Університету Каліфорнії у Сан-Франциско¹ і глосарій термінів Національного освітнього центру здоров'я ЛГБТ². Однак важливо зазначити, що термінологія мінлива і залежить від конкретного суспільства. У країнах, де говорять мовою відмінною від англійської, ці терміни можуть бути адаптовані або взагалі можуть бути не актуальні. Консультації з членами правозахисних спільнот ЛГБТК+ у тих областях, де це можливо, можуть бути корисними, щоб переконатися, що мова є шанобливою і інклюзивною.

- **ЛГБТК+**: Термін для людей, які ідентифікують себе як лесбіянки (Л), геї (Г), бісексуали (Б), трансгендери (Т), квір (К), ті, що визначаються, а також люди з іншими відмінностями в сексуальній орієнтації та гендерній ідентичності (+). На міжнародному рівні існують різноманітні терміни з власними аббревіатурами. Ці терміни мають бути інклюзивними.
 - **Лесбіянка (прикм., ім.):** Сексуальна орієнтація, яка описує жінку, що відчуває сексуальний і емоційний потяг до інших жінок.
 - **Геї (прикм.):** Сексуальна орієнтація, яка описує людину, що відчуває емоційний і сексуальний потяг до людини своєї статі. Може використовуватись незалежно від гендерної ідентичності, але частіше використовується щодо чоловіків.
 - **Бісексуал (прикм.):** Сексуальна орієнтація, яка описує людину, що відчуває емоційний і сексуальний потяг до людей своєї та іншої статі.
- **Трансгендер (прикм.):** Описує особу, чия гендерна ідентичність і визначена при народженні стать не збігаються. Також використовується як загальний термін, який містить у собі гендерну ідентичність за межами чоловічої і жіночої статі. Іноді скорочується до «транс».
- **Квір (прикм.):** Загальний термін, який використовуються для опису людей, чия сексуальна орієнтація чи гендерна ідентичність виходять за межі суспільних норм. Деякі люди вважають термін «квір» більш гнучким і всеосяжним, ніж традиційні категорії сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності. Але через те, що термін «квір» був принизливим, він не сприймається та не використовується всіма членами ЛГБТ-спільноти.
- **Ті, що визначаються (прикм.):** Описує особу, яка є не впевненою або ще досліджує свою власну сексуальну орієнтацію та/або гендерну ідентичність.
- **«+»/Плюс:** Знак «плюс» позначає постійно зростаючий список термінів, які люди використовують для опису своєї сексуальної орієнтації або гендерної ідентичності. Існує багато різних варіацій аббревіатури ЛГБТК+, а «+» означає, що неможливо підрахувати всі терміни, які зараз використовують люди.
- **Гендерно-стверджуючий догляд:** Відноситься до догляду, який підтримує гендерну ідентичність пацієнта, і має містити у собі інклюзивну термінологію, практику, страхове покриття і обізнаних спеціалістів.
- **Стверджувальні займенники та ім'я:** Займенники та ім'я, які обирає сама особа, найкраще представляють її гендерну ідентичність.

¹University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York, USA. Departments of ²Pediatrics and ³Obstetrics and Gynecology, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, Rochester, New York, USA.

Люди з ЛГБТК+ спільноти, які підтверджують свою справжню гендерну ідентичність, можуть змінити своє ім'я та стать неформально або юридично.

- *Жіноча стать при народженні, чоловіча стать при народженні*: ці терміни стосуються визначення статі при народженні з медичної та соціальної точки зору, як правило, на основі анатомії статевих органів. Ці терміни можуть бути скороченими (AFAB, AMAB) для позначення статі при народженні в медичній документації.
- *Цисгендер*: Особа, чия гендерна ідентичність узгоджується зі статтю, визначеною при народженні. Наприклад, хтось з жіночою статтю при народженні ідентифікує себе як жінка.
- *Годування біля грудної клітки (chestfeeding)*: термін, який використовується багатьма трансгендерами чоловічого роду для опису акту годування дитини грудьми, незалежно від того, чи робили їм операцію на грудній клітці (з метою зміни або видалення тканини молочної залози).³
- *Колактация*: Коли більше, ніж хтось один з батьків годують своє дитя молочною залозою/біля грудної клітки.
- *Гендерно-стверджуюча хірургія*: Хірургічні втручання, характерні для трансгендерних осіб, містять у собі процедури фемінізації та маскулінізації, які узгоджують вторинні статеві ознаки з гендерною ідентичністю людини. Вони можуть стосуватись зміни обличчя, голосу, геніталій, а також видалення/додавання волосся.
- *Гендерно-експансивний, гендерквір, небінарний*: Це все різні терміни для широкої категорії гендерних ідентичностей, у яких індивід ідентифікується поза бінарною концепцією статі (бінарне значення «чоловічий» і «жіночий»). Це може означати ідентифікацію як жіночої, так і чоловічої статі або ні тієї, ні іншої.
- *Гендерна ідентичність*: Вроджене відчуття власної статі людиною. Воно не обов'язково відповідає анатомії, статі, яка була призначена при народженні, або тому, як хтось виражає себе. Приклади містять у собі їх, але не обмежуються ними: цис-жінка, цис-чоловік, транс-чоловік, транс-жінка, небінарні, гендерно-експансивні та гендерно-флюїдні (на відміну від тих, хто має визначену гендерну ідентичність). Гендерна ідентичність – не те саме, що і сексуальна орієнтація (див. нижче).
- *Гендерна невідповідність, раніше «гендерна дисфорія» або «розлад гендерної ідентичності*: Невідповідність між статтю, яку людина відчуває і виражає, і статтю, призначеною при народженні.⁴ Дисфорія, зокрема, характеризується стражданнями від цієї невідповідності.
- *Гетеронормативний/циснормативний*: Припущення та/або переконання окремих людей та установ щодо того, що кожен є гетеросексуальним та цисгендерним. Це призводить до непомітності та стигматизації людей з ЛГБТК+ спільноти.
- *Перехідний період*: Процес і час, протягом якого особа отримує своє підтвержене гендерне вираження. Він може містити або не містити юридичні, медичні чи хірургічні компоненти.
- *Сексуальна орієнтація*: Аспект чийсь ідентичності, що стосується статі (статей) людей, до яких їх вабить. Приклади містять у собі їх, але не обмежуються ними: гомосексуали, лесбіянки, геї, гетеросексуали, бісексуали, асексуали і пансексуали

Мета

Діти, яких виховують ЛГБТК+ батьки, добре адаптовані та здорові, в таких сім'ях діти добре розвиваються.⁵ Незважаючи на це, трансгендерні персони та/або люди, чия орієнтація не є гетеросексуальною, часто стикаються з нерозумінням та

стигматизацією, зокрема у медичній сфері.^{6,7} Медична допомога для них часто є неадекватною, починаючи від нездатності медичних працівників визнати їхні унікальні потреби (наприклад, у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я) до примусового використання гетеронормативних процедур (наприклад, реєструючи транс-чоловіка у медичній картці як жінку).⁸ У багатьох країнах світу сім'ї, які не могли виховувати дітей через свою гендерну ідентичність та/або сексуальну орієнтацію, тепер мають можливість стати батьками. Значною мірою це завдяки лібералізації політики усиновлення, а також прогресу в галузі керування народжуваністю, сурогатному материнстві та охороні здоров'я трансгендерних персон у період переходу. Вагітним і батькам, які відносять себе до ЛГБТК+, потрібен доступ до нетрадиційних засобів підтримки лактації, які можуть бути не знайомі представникам медичної сфери. Зокрема, бар'єрами для лактуючих представників ЛГБТК+ спільноти можуть слугувати конфлікти гендерних уявлень щодо народження дітей, наслідки переходу (наприклад, гормональні, хірургічні), вплив індукованої лактації, колактатії та лікарняні міркування. Академія медицини грудного вигодовування прагне надати рекомендації тим, хто піклується про осіб, які ідентифікують себе як ЛГБТК+.

Передумови та важливість мови

Занепокоєні дискримінацією в закладах охорони здоров'я, пацієнти часто не розкривають свою ЛГБТК+ ідентичність.^{6,8} Зокрема, трансгендерні пацієнти мають досвід дискримінації та навіть насильства в закладах охорони здоров'я. В одному дослідженні, проведеному в США, третина трансгендерних осіб повідомили, що мали принаймні один негативний досвід у сфері охорони здоров'я.⁹ У тому ж дослідженні майже третина осіб повідомили, що жоден з їхніх медичних працівників не знав їхнього гендерного статусу.⁶ Це має наслідки у вигляді затримки діагностики та лікування, наприклад, можливість пропущеного перекута або пухлини яєчників у трансгендерного чоловіка або недиагностоване захворювання простати у трансгендерної жінки.^{10,11} У найтяжчих випадках дискримінація з боку медичних працівників призводить до смерті пацієнтів від потенційно виліковних хвороб через відмови медичних працівників надавати допомогу трансгендерним особам.^{12,13}

Хоча терміни, введені раніше, можуть бути незнайомі деяким медичним працівникам, визнання та підтвердження імен, займенників та сімейних імен пацієнтів є наріжним каменем надання позитивної допомоги пацієнтам, які ідентифікують себе як ЛГБТК+. Традиційно, професійна медична освіта містила мало або взагалі не містила матеріалів, пов'язаних з доглядом за пацієнтами, які можуть, які можуть бути ідентифіковані як ЛГБТК+. Як наслідок, ЛГБТК+ спільноти були маргіналізовані в системах охорони здоров'я та середовищах охорони здоров'я. Досвід стигматизації та дискримінації, як в контексті охорони здоров'я, так і поза ним, призвів як до сильного психологічного болю, так і до різних наслідків для здоров'я. Це найбільш помітно у сферах сексуального, репродуктивного та психічного здоров'я. Стверджуюча медична допомога, включно з використанням стверджуючих імен і займенників, а також визнання окремих сімей і спільнот пацієнтів, може допомогти пом'якшити наслідки стигматизації та покращити стан здоров'я.¹⁴

Загальні міркування

- Зовнішній вигляд пацієнта може не відповідати його гендерній ідентичності. Не припускайте, що особа, яка має жіночу зовнішність, ідентифікує себе як жінку або зацікавлена у грудному вигодовуванні/годуванні біля грудної клітки.¹⁵
- Переконайтеся, що до людей звертаються за їхніми офіційними іменами та займенниками. Щоб дізнатися, потрібно запитати.

- Під час знайомства з пацієнтом можуть використовуватися власні займенники медичного працівника, що може допомогти пацієнту охочіше ділитися своїми власними. (наприклад, «Мене звети Лікар Х, я використовую займенники вона/він»).
- Переважно чоловічого роду займенники = він/його/нього
- Переважно жіночого роду займенники = вона/її/неї
- Гендерно-нейтральні займенники = вони/їхній/їх; Ze/Zir (Hir)/Zirs (Hirs)/Zirself (Hirself) (не мають перекладу).
- Пацієнти також можуть використовувати різні терміни для позначення батьків (мама/мати, тато/батько, батьки тощо) та лактації (грудне вигодовування, годування біля грудної клітки, лактація тощо). На початку візиту найбільш шанобливим буде переконатися, що пацієнти мають можливість визначити, які б слова вони хотіли використовувати під час візиту.
- Неправильне визначення статі або називання пацієнта іменем, займенником, або батьківським терміном, відмінним від їхнього підтвердженого імені/займенника, є образливим для пацієнта. Якщо це робиться навмисно, це може розірвати стосунки між пацієнтом і лікарем та поставити під загрозу здоров'я пацієнта. Якщо це зроблено ненавмисно, рекомендується визнати помилку, виправити займенник і продовжити візит, використовуючи правильні займенники та імена. Найкраще визнати помилку, щоб людина відчула повагу, але тривала увага до помилки може відволікти від надання належної медичної допомоги.

Створення шанобливого медичного середовища

Для системи охорони здоров'я, лікарень та клінік існує багато можливостей, щоб забезпечити позитивне ставлення до ЛГБТК+ осіб. Помилки лікарів та персоналу, пов'язані з гендером або сексуальною орієнтацією людини, можна звести до мінімуму за допомогою підвищення кваліфікації та наявності інклюзивних систем та документації. Наприклад, слід оновити форми прийому пацієнтів, щоб включити більше варіантів статі, займенників та сексуальної орієнтації. "Чоловічі" та "жіночі" санвузли можуть створювати проблеми для гендерно-експансивних або трансгендерних осіб. Це може змусити людину користуватися менш доступним або небезпечним санвузлом, замість того, щоб користуватися тим, який відповідає її гендерній ідентичності. У деяких країнах існують закони, які забороняють трансгендерним особам користуватися санвузлами, які відповідають їхній гендерній ідентичності, що створює ризик безпеки та насильства для трансгендерних осіб.¹⁶ Наявність гендерно-нейтральних санвузлів (або спільних) пом'якшує ці проблеми і є важливим аспектом шанобливого ставлення до трансгендерних персон. Демонстрація знаків або заяв про інклюзивність - це тонкий, але ефективний спосіб визнання осіб із гендерною та сексуальною різноманітністю.^{17,18} Конфіденційність пацієнта є ще одним наріжним каменем лікування про ЛГБТК+, оскільки сім'я та друзі пацієнта можуть не знати про його гендерну ідентичність та/або сексуальну орієнтацію. Розголошення цієї інформації може поставити під загрозу безпеку пацієнта. Тому важливо запитати пацієнта, який обсяг інформації ви можете розкрити, якщо вам треба буде поспілкуватися з його близькими людьми. Незважаючи на те, що список не повний, є й інші міркування :

- врахування назви клініки або організації, до якої звертаються за допомогою (уникайте гендерно маркованих термінів таких як «жіноча»,

«материнська» та «мами» на користь більш інклюзивних термінів, таких як «батьки», «пренатальний», «вагітність», «репродуктивний» або «лактація»)

- відображення підтверджених, а не юридичних імен та статі на документації, наприклад, на роздрукованих графіках та браслетах пацієнтів.
- уникати гендерних префіксів та займенників, якщо гендер пацієнта невідомий (наприклад, використовувати ім'я та прізвище пацієнта, надане йому при народженні, або іншу негендерну культурно-специфічну форму замість «пан/пані Х»)

Вплив медичної допомоги, яка пов'язана з перехідним періодом, на вагітність і грудне вигодовування/годування біля грудної клітки.

Трансгендерні та гендерно-експансивні особи можуть потребувати медичного та/або хірургічного лікування, щоб узгодити їх зовнішність з їхньою гендерною ідентичністю. Така терапія може бути розпочата в ранньому підлітковому віці з метою пригнічення статевого дозрівання. Гормональна терапія для трансгендерних осіб, як правило, є маскулінізуючою або фемінізуючою.

- Пригнічення статевого дозрівання та час проведення гендерно-стверджуючого лікування: терапію агоністом гонадотропін-рилізінг-гормону (ГнРГ) можна застосовувати у ретельно відібраних осіб раннього підліткового віку, щоб тимчасово зупинити розвиток вторинних статевих ознак, зменшити гендерну дисфору і дати час для визначення щодо гендерно-стверджуючого лікування. Застосування ГнРГ призупиняє розвиток незворотних вторинних статевих ознак і також запобігає дозріванню первинних статевих ознак і сперматогонії.¹⁹ Для підлітків, які переходять з терапії агоністами ГнРГ на крос-гендерні гормони, жодні поточні дослідження не розглядають можливість майбутньої фертильності. Трансгендерним особам, які хочуть зберегти свою фертильність та/або здатність до грудного вигодовування, може бути складно визначити термін початку гендерно-стверджуючого лікування. Наприклад, відтермінування гендерно-стверджуючої реконструкції грудної клітки з жінки у чоловіка («верхня» операція) для транс-чоловіка до завершення грудного вигодовування може продовжити його болісну гендерну дисфору на багато років.³ Окрім ризику продовження гендерної дисфору, ще однією проблемою є відсутність даних про вплив поступової гормональної терапії на фертильність, включаючи порогові значення, що викликають безпліддя.^{19,20} Збереження фертильності є галуззю, що розвивається, і досліджуються нові методи. Існують різні форми збереження фертильності (наприклад, вилучення сперми з ячок та зберігання її, збір та зберігання ооцитів, криопреципітація тканини яєчників), про них треба розповісти пацієнту перед початком терапії, яка може вплинути на фертильність.^{19,21,22}
- Фемінізуючі методи лікування та практики: У складі гормональної терапії для транс-жінок та трансфемінних людей зазвичай є естроген та антиандроген (наприклад, спіронолактон), а також може бути прогестин. Естрогенна терапія індукує розвиток тканини молочної залози.^{21,23,24} Існує один випадок і багато анекдотичних повідомлень про те, що транс-жінки індукують лактацію (див. розділ «Індукована лактація та колактація») і виробляють молоко. Збільшення грудей у транс-жінок може маскувати недостатній розвиток тканин молочної залози або призводити до атрофії тканин, що залишилися. Це також може збільшити ризик нагрудання під час індукованої лактації.
- Маскулінізуючі методи лікування та практики: Тестостерон терапія для трансгендерних чоловіків або трансмаскуліних людей пригнічує ендогенне вироблення естрогену, що може призвести до атрофії естроген-чутливих тканин молочної залози.

- Транс-чоловіки, які є вагітними, як правило, повинні припинити терапію тестостероном під час вагітності. Ця призулпинка може бути продовжена у післяпологовому періоді, якщо лактація є бажаною. Крім того, транс-чоловіки можуть практикувати зав'язування грудей (використання щільного компресійного одягу або пов'язки для ущільнення грудей), це може призвести до компресійної атрофії, погіршити годування або зменшити кількість молока. Нарешті, транс-чоловіки, які перенесли операцію на «верхній» частині грудей, можуть мати чи не мати здатність до лактації. Хірургічні техніки для «верхньої» пластики широко варіюються від двосторонньої загальної мастектомії з резекцією сосково-ареолярного комплексу (САК) до використання методів редукції зі збереженням САК на непошкодженій нервово-судинній ніжці. Ці техніки можуть призвести до відмінностей в залишковій паренхімі молочної залози у різних людей. Крім того, якщо сосок повністю видалюється і прикріплюється заново, анатомічно протока з меншою вірогідністю відновиться і дозволить лактацію, на відмінну від тих випадків, коли сосок зберігається²⁶. Сучасні методи татування САК можуть дати вигляд природнього САК, але результати є тільки косметичними.
- Гендерна дисфорія як результат догляду за лактацією: будь-яке лікування, що змінює гормональний фон транс-пацієнтів може збільшити їх гендерну дисфорію. Це може додатися до страждань, які вони пережили в результаті лікування безпліддя і вагітності. Наприклад, коли у транс-чоловіка настає вагітність у нього відбуваються гормональні зміни, які пов'язані з призулпинкою терапії тестостероном і самою вагітністю, що може бути стресом, і він може відчувати негативні емоції, пов'язані зі змінами в грудях. Бути чутливими до переживань пацієнтів означає підтримувати їх у прийнятті рішень про відновлення гендерно-стверджуючого гормонального лікування після пологів, включаючи рішення про відмову від лактації.

Варіанти фертильності

Репродуктивні можливості для ЛГБТК+ осіб варіюються в залежності від особистих уподобань, статевих залоз і репродуктивних органів, минулих або поточних терапій, які можуть вплинути на фертильність, доступу до фахівців з репродуктивної ендокринології та безпліддя, фінансів/страхового покриття і місцевого законодавства.^{27,28} Цілі, пов'язані з фертильністю і дітородженістю, сильно відрізняються у різних людей, тому слід уникати якихось припущень.²⁹⁻³¹ Хоча це можуть бути делікатні теми, і лікарі можуть бути не впевнені у своїх знаннях, важливо надати інформацію про можливості і проінформувати про місцеві ресурси та юридичні обмеження. Пацієнти можуть вагатися ставити свої питання через страх дискримінації або насильства^{6,29} Як наслідок, батьки і немовлята можуть постраждати в цей вразливий період.

- Якщо жоден з партнерів не має потенціалу для народження дитини або жоден з партнерів не бажає виношувати вагітність, їхні варіанти включають сурогатне материнство (формальне чи неформальне, спермою або яйцеклітиною від одного чи обох партнерів або від донора) або усиновлення.³²
- Якщо хоча б один з партнерів володіє дітородним потенціалом (тобто має матку і відповідний гормональний фон) і бажає виносити вагітність, він може це зробити:
 - зачаття шляхом пенетративного (статевий член в піхву) статевого акта, внутрішньоматково інсемінацію або екстракорпоральне запліднення
 - використовувати донорство сперми (формально чи неформально) або
 - використовувати яйцеклітину від партнера або донорську яйцеклітину

Індукована лактація і колактація

Деякі ЛГБТК+ батьки можуть захотіти індукувати лактацію, тобто почати виробляти молоко за відсутності вагітності. Існує багато неправдивих повідомлень і один випадок успішної індукованої лактації у транс-жінки (АМАВ, на гормональній замісній терапії).³³ Щодо індукованої лактації у ЛГБТК+ батьків, ми рекомендуємо на основі нашого досвіду та обмежених опублікованих інформацій:

- Не припускайте, що людина з грудьми буде знати, що індукція лактації є можливим варіантом, або що вона захоче індукувати лактацію. Замість цього надайте інформацію про можливості і поставте відкриті питання, наприклад, «Які у вас думки стосовно годування дитини» і «Що ви думаєте про стимуляцію лактації?».
- Проконсультуйте сім'ю щодо стресу і підтримки психічного здоров'я і взаємовідносин.³⁴ Індукція лактації може бути важкою і потребувати часу та зусиль, що може підвищити рівень стресу у сім'ї.³⁵ Крім того, немає опублікованих досліджень щодо частоти успіху. Стрес батьків має наслідки для нейророзвитку їх дітей, і будь-яка користь від людського молока має бути зважена з цим ризиком.³⁶
- Не існує стандартних рекомендацій щодо індукції лактації для будь-якої популяції пацієнтів. Для індукції лактації використовувались різні методи, які містили візуалізацію/медитацію, зцідження вручну або молоковідсмоктувачем, годування груддю/біля грудної клітки, а також комбінація перорального прийому контрацептивів з наступною відміною гормонів в поєднанні з галактогогами і зцідженням (див. протокол АВМ №9 «Використання галактогогів для ініціювання або збільшення вироблення грудного молока», другий перегляд 2018³⁷).^{33,35,38}
- Індукція лактації може становити велику проблему для трансгендерних осіб. У цих випадках можна говорити про 3 компоненти: гормональна підготовка тканини молочної залози, стимуляція пролактину та відміна гормону з вираженою експресією.
 - Підготовка: гормональна підготовка молочної залози у жінок, які не народжували АФАВ зазвичай полягає у комбінуванні оральних контрацептивів з естрогеном і прогестероном (наприклад, етинілестрадіол і норгестимат), які приймаються безперервно протягом декількох місяців без менструації (таблетки плацебо). Пацієнти АМАВ, які перейшли на новий режим лікування, швидше за все, вже приймають препарати, які містять естроген, прогестерон і блокатор андрогенів (часто спіронолактон), якщо їм не була проведена двобічна орхіектомія. Залежно від тривалості лікування у пацієнтів може спостерігатися ріст молочних залоз. Коли пацієнти вирішують індукувати лактацію, припускається, що гормональне середовище вагітності повинно бути наближене до такого ж періоду часу, як і при викликаній лактації у невагітних осіб АФАВ чи від 3 до 6 місяців. Дози естрогену та прогестерону можна поступово збільшувати у міру переносимості до 8-12 мг естрогену та 400 мг прогестерону на добу під час фази стимуляції, як у випадку Рейсмана.³³ Потрібно обговорити ризики, особливо ризики утворення тромбів при використанні високих доз естрогену. Лабораторне тестування рівня сироваткового заліза може бути проведено, але воно може бути марним у призначенні терапії. Більш корисним орієнтиром є симптоми змін грудей/грудної клітки. На цьому етапі багато лікарів рекомендують стимуляцію сосків і ареол і ніжне зцідження руками від одного до трьох разів на день.

- Стимуляція пролактину: стимуляція пролактину зазвичай досягається за допомогою галактогогів і може бути використана на етапі гормональної стимуляції (вище) або на етапі експресії (нижче). Традиційні протоколи індукції лактації використовують ці препарати протягом всього процесу індукції лактації, хоча це не ґрунтується на доказах. Домперидон має найсильніші докази в успішній стимуляції лактації, а єдиний опублікований випадок успішної індукції лактації був зафіксований у транс-жінки, яка використовувала цей препарат.³³ Він не одобрений FDA у використанні в США. Метоклопрамід або рослинний галактог можна теж спробувати використовувати. Вартість, ризики і побочні ефекти деяких методів лікування можуть обмежувати здатність пацієнтів тривало їх використовувати.
- Експресія: загалом, відміна високих доз естрогену і прогестерону у фазі експресії повинна відбуватися за місяць до початку годування дитини. Пацієнтка може відновити свої початкові дози естрогену і прогестерону. В якості альтернативи, як у випадку з Рейсман¹³, естроген може бути знижений ще більше (пластир з естрадіолом 0,0025 мг). Необхідно враховувати побічні ефекти від зниження естрогену, якщо пацієнтка раніше добре переносила більш високі дози. На цій фазі починається послідовне ручне зціджування і накачування, яке поступово повинно бути збільшене до 5-10 хв 6-8 разів на день. Навчити користуватись молоковідсмоктувачем має кваліфікований фахівець. Накачування без зціджування молока може бути не комфортним, тому для зменшення тертя можна використовувати лубриканти для фланців (наприклад ланолін, кокосове масло або спрей для змашування, які призначені для зціджування). Якщо молоко не використовується, то його можна заморозити в закритих шприцах.
- Якщо дитина прикладається до грудей/грудної клітки у фазі експресії без або до появи молока у грудях, можна використовувати трубку для додаткового годування біля грудей/грудної клітки, щоб заохочувати дитину до збереження прикладання.
- Прив'язаність повинна обговорюватися як перевага грудного вигодовування і годування біля грудної клітки. Годування чи заспокоєння дитини своїм тілом, як повідомляється, має велике значення для багатьох людей з низьким рівнем вироблення молока.

Деякі батьки можуть розглядати можливість колактації після того, як один або кілька батьків стимулюють лактацію, або тому, що один з батьків раніше годував попередню дитину чи все ще годує, коли його партнер народжує. Крім того, існують сім'ї та стосунки з більш ніж двома батьками, тому колактація може стосуватися обміну молоком між більшими групами. Якщо сім'я розглядає можливість колактації :

1. Обговоріть очікування і цілі

- Проінформуйте батьків про те, що досвід колактації навряд чи зменшить навантаження на гестаційних батьків. Це може бути помилковим уявленням про колактацію.
- Інші обов'язки (включаючи домашні справи, роботу/дохід і догляд за дитиною) повинні бути обговорені і слід визначити

всі доступні ресурси сім'ї/спільноти особливо в перші 2 тижні після народження.

- Обговорити цілі батьків у відношенні колактації. Деякі конкретні питання, які батьки повинні розглянути: хто буде робити прикладання до грудей при народженні дитини, хто і коли буде годувати, і як буде підтримуватися багаторазове постачання молока?
- Додаток А1 пропонує зразок плану колактації, який може бути адаптований для окремих батьків, а також може бути створений і переданий представникам перед народженням дитини.

2. Підтримка вироблення молока і здоров'я немовлят

- Усім батькам, які лактують, необхідно підтримувати запас молока годуванням або зціджуванням.
- Підтримуйте вироблення молока у всіх батьків, які лактують, за допомогою зціджувань 6-8 разів в день і галактогогів, як детально описано в ABM протоколі №9.
- Коли це можливо, розгляньте питання про пріоритетне годування молозивом гестаційних батьків, враховуючи індивідуальність молозива для новонародженого. Молозиво виробляється у породіль починаючи з 2 триместра вагітності.

Ситуації усиновлення або сурогатного материнства можуть ускладнюватися тим, що пологи відбуваються не за місцем проживання батьків, у незнайомій лікарні або у лікарні з недостатньою матеріально-технічною підтримкою для ЛГБТК+ осіб. Лікар, який надає медичну допомогу при грудному вигодовуванні, може служити важливим посередником в цій взаємодії. Зокрема, до народження дитини:

- Розгляньте можливість тестування батьків на заразні інфекції при індукції лактації чи коли батьки, які не народжували, вирішили годувати дитину своїм молоком. Ці аналізи регулярно здаються в рамках допологового спостереження і, таким чином, слугують настановами як для ведення вагітності, так і для ведення лактації. Окрім того, пологовий будинок може
- вимагати, щоб батьки здали аналізи, перш ніж дозволити використання молока. Можуть бути розглянуті наступні питання: ВІЧ, сифіліс, гепатит В і С (для консультування у випадку кровоточивості сосків/попадання крові в молоко), а також туберкульоз в зонах високого ризику. Дослідження на цитомегаловірус вагітних батьків і/або грудного молока проводиться в деяких відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (NICU) і може бути розглянуто, особливо для немовлят, які народилися в терміні вагітності менше 32 тижнів. Банки донорського молока обстежують на наявність Т-лімфотропного вірусу людини I і II типів (HTLV I і II) і можуть бути розглянуті, особливо в ендемічних зонах. Хоча ці пропозиції відповідають медичним показам, вони можуть здатися образливим для батьків, які можуть сприйняти це як стигматизацією. Тим не менш батьки, які не народжували, але хочуть годувати, повинні бути впевнені, що це рутинні скринінги для гестаційних батьків і донорів молока.
- Батьківські груди/грудна клітка повинні бути оглянуті на наявність герпесу і батьки повинні бути проконсультовані про заборону зціджування чи годування під час захворювання на герпес на соску (сосках), ареолі чи шкірі, яка може контактувати з фланцями насоса або руками при ручному зціджуванні.

- Зі згоди пацієнта зв'яжіться з консультантом по лактації або спеціалістом (ами) з грудного вигодовування в пологовому будинку; це може сприяти правильному використанню займенників і імен, обговоренню стану молока того з батьків, що надає молоко, і обговоренню допомоги у годуванні грудьми/грудною кліткою, якщо того бажають батьки (наприклад, додаткові трубки для годування біля грудей/грудної клітки, догодовування і так далі).

Народження, планування народження і годування біля грудей/грудної клітки

Пологи для батьків ЛГБТК+ можуть бути соціально складними, якщо пологовий будинок не підготовлений до роботи з сім'ями з гендерною і сексуальною різницею. Окрім того, сім'ї можуть стикнутися з дискримінацією, неякісним обслуговуванням і/або травмами в медичних закладах.^{6-8,41} В цих випадках команда лактаційної підтримки має бути підготовленою, уважною і доброю.

- Незалежно від попереднього досвіду, сім'ї з членами ЛГБТК+ повинні отримувати відповідний стандартний догляд для заохочення годування грудним молоком, включаючи пренатальне навчання, контакт «шкіра до шкіри» відразу після народження, розміщення в палаті, годування за вимогою і відповідно подальше спостереження (див. клінічний протокол ABM №5)⁴². Стандартні рекомендації щодо виключно грудного вигодовування можуть потребувати змін залежно від очікуваного вироблення молока тим з батьків, хто не народжував, і від того, чи буде дитина отримувати молоко від того з батьків, хто народжував. Наприклад, вироблення молока у повному обсязі зазвичай не досягне при індукованій лактації або після операції видалення молочних залоз. Тому батьків слід заохочувати до того, щоб вони давали максимальну кількість грудного молока, яку вони можуть дати. А також інформувати їх про покази стосовно догодовування, видах і методах догодовування та необхідність ретельного спостереження.
- Якщо двоє чи більше членів родини планують вигодовування грудьми/грудною кліткою:
 - Складіть план про переваги вигодовування.
 - Визначте хто з батьків буде забезпечувати контакт «шкіра-до-шкіри», а хто буде годувати в лікарні, забезпечивши запаси молока або молочної суміші (додаток А1)
 - Всім батькам, які лактують, потрібно переглянути прийом ліків і стан здоров'я на предмет можливого впливу на лактацію і здоров'я дитини.
- Конфіденційність може бути предметом занепокоєння. Лікарі і консультанти з лактації повинні знати, що у деяких трансгендерних і гендерно-експансивних пацієнтів може бути дисфорія тіла, шрами від хірургічних операцій або досвід травм, насилля чи жорстокості. Конфіденційність під час огляду, годування і прикладання може бути дуже важлива для сім'ї, і її потрібно поважати. Крім того, якщо сім'я вважає за краще, слід розглянути можливість надання допомоги при зізджуванні без допомоги рук консультанта.
- Аспекти прикладання включають роботу з контуром ареоли, еластичністю грудей/грудної клітки, позиціонування і допоміжні пристрої:
 - У транс-чоловіків, які перенесли операцію на грудях, або у транс-жінок, які збільшили груди, тканина молочної залози може бути менш еластична, а ареоли - пласткі. Якщо треба прикласти дитину, а вона не може прикластися, можна розглянути накладку на соски. Деякі накладки на соски мають схожість з соскою для пляшки, що може надавати додаткову допомогу при прикладанні, особливо коли тканина ареоли і соска не є еластичною і не може бути витягнута в стандартну форму.
 - Транс-чоловіки, які мали «верхню операцію» на грудях, можуть тримати маляка на своєму тілі вище,

так як форма грудної клітки у них, як правило, буде змінена. Також можуть знадобитися додаткові подушки.

- Для пацієнтів з труднощами прикладання одним з методів є формування грудей/грудної клітки руками, щоб сприяти прикладанню маляка. Як і у випадку з будь-яким пацієнтом, найбільш ефективним для навчання є підхід «руки геть» або «рука поверх руки», якому віддає перевагу більшість пацієнтів.
- Для пацієнтів з недостатньою кількістю молока можна використовувати трубку для додаткового годування, яка під'єднана до пляшки, шприца або спеціального додаткового приладу з грудним молоком або штучним замінником грудного молока (дитяча суміш), щоб забезпечити харчування немовляти одночасно зі стимуляцією і передачею молока від породіллі. Кінець трубки для годування повинен досягнути кіничка соска, а сама трубка може бути закріплена стрічкою на грудній клітці. Така трубка може бути використана всередині або ззовні накладки для сосків. Опублікованих даних про найкращі методи використання цих приладів немає.

Додаткові міркування в лікарні і відділенні інтенсивної терапії

Сім'ї ЛГБТК+ стикаються з особливими проблемами в умовах відділення інтенсивної терапії. По-перше, тут працює великий штат, який виходить за рамки основної команди лікарів і медсестер. Часта зміна персоналу ускладнює задачу забезпечення обізнаності всіх співробітників щодо сімейних відношень і підтвердження прізвища/імені. Окрім того, багато відділень реанімацій інтенсивної терапії розташовуються у навчальних закладах, де ЛГБТК+ батьки стикаються зі студентами, ординаторами та аспірантами, які мають різний рівень підготовки з культурно-компетентного надання медичної допомоги. На основі попередніх якісних досліджень з батьками ЛГБТК+ стає зрозуміло, що взаємодія з персоналом відіграє велику роль у загальному батьківському досвіді. Ця взаємодія починається з прийому і продовжується до моменту виписки.* Як вже було описано, в умовах спільних палат втрата конфіденційності може додати ще один бар'єр для годування груддю/ грудною кліткою для батьків з гендерною дисфорією або досвідом травми/насилля.

Крім того, сім'ї ЛГБТК+ стикаються з тими ж перепонами, що і інші, хто намагається годувати груддю/біля грудної клітки у ВРІТ, а саме: залежність від молоковідсмоктувачів для початку і підтримки годування, труднощі з встановленням контакту «шкіра до шкіри» через обладнання, необхідне для немовляти (наприклад, ендотрахеальна трубка, прилади механічної вентиляції легень і центральні лінії), труднощі з годуванням недоношеної дитини з поганими сигналами годування і оромоторними навичками, а також множинні конкуруючі потреби для життя з госпіталізованою дитиною (фінансові, сімейні, підтримка, емоційні, зайнятість, транспорт і інші).

Наступне може бути корисним для сімей, які ідентифікують себе як ЛГБТК+ у ВРІТ, а також в будь-якій іншій установі:

- Переконайтеся, що у формах реєстрації використовується інклюзивна мова (наприклад поля для «батько 1, батько 2» замість « матір, батько»).

*Jackson J, Dadiz R. (2020). LGBTQI Parent Experience with Newborn Nutrition. Unpublished raw data.

- Переконайтеся, що керівництво завжди наголошує на необхідності інклюзивної та шанобливої мови. Це часто включатиме необхідність попереднього навчання, чіткої передачі справ між змінами, за участі різних співробітників і відсутності толерантності до будь-якої неповажної поведінки.
- Використовуйте навички знайомства, запитуйте про займенники, питаєте про те, які слова сім'я хотіла б використовувати означення батьківства, годування тощо, та забезпечте чітку передачу цих уподобань між співробітниками, щоб не обтяжувати родину повторним роз'ясненням.
- Переконайтеся, що проблеми батьків враховані та всі батьки включені до прийняття медичних рішень.^{8,41}

Донорське молоко та неформальний обмін молоком

Численні джерела підтверджують, що донорське грудне молоко є безпечним та ефективним джерелом харчування для екстремально недоношених дітей, дітей з дуже низькою масою тіла при народженні та дітей з складними медичними показаннями.^{43,44} На жаль, в багатьох країнах донорське молоко недоступне, доступне лише для дітей з високим ризиком або коштує непомірно дорого. Таким чином, родини ЛГБТК+ опиняються в складному становищі, якщо не в змозі виробити власне молоко. У зв'язку з цим серед ЛГБТК+ батьків популярні неформальні спільноти по обміну грудним молоком.⁴⁵ Американська академія педіатрії (AAP) не схвалює використання неформального обміну грудним молоком через неможливість оцінити ризик.⁴³ АВМ, однак, визнає ризики і переваги неформального обміну грудним молоком і пропонує медичне обстеження донора і безпечні методи обробки молока для забезпечення максимальної безпеки.⁴⁶ І AAP, і АВМ не рекомендують обмін грудним молоком через інтернет.

Підтримка

Існує невелика, але зростаюча кількість ресурсів для підтримки ЛГБТК+ сімей та медичних працівників, що з ними працюють під час вагітності та лактації. На жаль, ресурси щодо батьківства та лактації залишаються гетеро- та циснормативними з явним акцентом на матір при обговоренні грудного вигодовування та лактації. Вони не схильні обговорювати або включати інші типи сімей і батьків. Батьки ЛГБТК+ описують негативне враження від книг про грудне вигодовування та телефонних додатків через гендерну нормативність.

- Письмові ресурси, щодо лактації:
 - ✓ *Where's the Mother?: Stories from a Transgender Dad* by Trevor MacDonald³
- Онлайн підтримка:
 - ✓ Все частіше використовується Facebook та груп у соціальних мережах для підтримки
 - Онлайн спільноти по обміну грудним молоком (наприклад: Milk-Share, Eats on Feets)
 - «Birthing and Breast or Chestfeeding TransPeople and Allies Facebook Group»
 - Корисний пошук при запиті може містити: «транс», «ЛГБТК» і «грудне вигодовування» або «батьківство»
 - ✓ Список розсилки в Інтернеті для матерів-лесбійок, бісексуалів і трансгендерів див. Lev et al., 2005⁴⁷
 - ✓ Грудне вигодовування та виховання дітей з точки зору трансгендерів (milkjunkies.net).
- Медичні працівники:
 - ✓ GOLD learning online: Джей Сімпсон «ЛГБТК-Батьки та лактація — дослідження культури ЛГБТК» («LGBTQ Parents and Lactation—An Exploration in LGBTQ Culture») доступно за адресою: <https://www.goldlearning.com/lecture/221>

- Професійні організації:
 - ✓ World Professional Association for Transgender Health. (Всесвітня професійна асоціація трансгендерного здоров'я).
 - ✓ La Leche League International, <https://www.llli.org/breastfeeding-info/transgender-non-binary-parents/>.
- Групові зустрічі:
 - ✓ Підтримка з боку оточуючих є важливим критерієм успіху батьків в досягненні їх цілей грудного вигодовування⁴⁸. Транс-батьки та інші ЛГБТК+ сім'ї вже можуть відчувати себе ізольованими, особливо якщо вони не знають інших ЛГБТК+сімей.²⁸.

Майбутні дослідження

У цій галузі існують значні прогалини в дослідженнях. У майбутньому малоімовірно, що групування сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності забезпечить відповідне дослідження чи практичне керівництво. Тому в майбутніх дослідженнях пропонується вивчення підгрупи ЛГБТК+ спільноти. Зокрема, необхідно дослідити лактацію у батьків, які перенесли оперативні втручання для встановлення відповідності тіла до гендерної ідентичності, і тих, у кого індукована лактація. З огляду на те, що це нова галузь, яка розвивається, та історію нехтування та дискримінації в ЛГБТК+спільноті, слід ретельно розглянути дослідження за участю спільноти та якісні дослідження для інформування майбутніх досліджень та підтримки.

Заява про розкриття інформації

S.B.R.-C. є консультантом May & Meadow, біотехнологічного стартапу. Для інших авторів не існує конкуруючих фінансових інтересів

Інформація про фінансування

На створення цього протоколу фінансування не надходило

Переклали українською: Гудімова Катерина (Харків), Подорожна Вікторія (Кам'янець-Подільський), Наталія Потлова (Київ)

Посилання

1. Terminology and Definitions. UCSF transgender care. 2016. Available at <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/terminology> (accessed November 20, 2019).
2. Glossary of LGBT terms for Health Care Teams. National LGBT Health Education Center. Fenway Institute. 2017. Available at <https://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/03/Glossary-2018-English-update-1.pdf> (accessed November 20, 2019).
3. MacDonald T. Where's the Mother? Stories from a Transgender Dad. Trans Canada Press, 2016.
4. World Health Organization, 2018. The ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Available at <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (accessed April 2, 2020).
5. Tasker F. Lesbian mothers, gay fathers, and their children: A review. *J Dev Behav Pediatr* 2005;26:224–240.
6. James SE, Herman JL, Rankin S, et al. Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016. Available at <https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf> (accessed April 2, 2020).
7. Daniel H, Butkus R; Health and Public Policy Committee of American College of Physicians. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities: Executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015;163:135–137.

8. Wells MB, Lang SN. Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: A systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries. *J Clin Nurs* 2016;25:3469–3483.
9. Grant JM, Lisa AM, Justin T, et al. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.
10. Davis K. Southern Comfort. HBO Theatrical Documentary Presentations. Released 2001 at the Film Forum, New York, NY. Film. Available at https://tubitv.com/movies/319922/southern_comfort?utm_source=google-feed&tracking=google-feed (accessed September 9, 2019).
11. Braun H, Nash R, Tangpricha V, et al. Cancer in transgender people: Evidence and methodological considerations. *Epidemiol Rev* 2017;39:93–107.
12. Abbott TB. SOUTHERN COMFORT. *Queer Stud Media Pop Culture* 2018;3:403+.
13. Fernandez ME. Death Suit Costs City \$2.9 million. *Washington Post*. 1998. Available at <https://www.washingtonpost.com/archive/local/1998/12/12/death-suit-costs-city-29-million/b8ab4d34-1907-463c-b5d5-64ec00dee2a1/> (accessed December 1, 2019).
14. Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, Goldhammer H, eds. *The Fenway Guide to Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health*, 2nd Edition. Philadelphia: American College of Physicians, 2015.
15. Chetwynd EM, Facelli V. Lactation support for LGBTQ+ families. *J Hum Lact* 2019;35:244–247.
16. Rushin S, Carroll J. Bathroom Laws as Status Crimes, 86 *Fordham L. Rev* 1. 2017. Available at: <https://ir.lawnet.fordham.edu/flr/vol86/iss1/11> (accessed April 2, 2020).
17. Juntereal NA, Spatz DL. Same-sex mothers and lactation. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2019;44:164–169.
18. MacDonald TK. Lactation care for transgender and non-binary patients: Empowering clients and avoiding averages. *J Hum Lact* 2019;35:223–226.
19. Finlayson C, Johnson EK, Chen D, et al. Proceedings of the working group session on fertility preservation for individuals with gender and sex diversity. *Transgender Health* 2016;1:99–107. 314.
20. Moravek MB. Fertility preservation options for transgender and gender-nonconforming individuals. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2019;31:170–176.
21. Abramowitz J, Tangpricha V. Hormonal management for transfeminine individuals. *Clin Plast Surg* 2018;45:313–317.
22. Maxwell S, Noyes N, Keefe D, et al. Pregnancy outcomes after fertility preservation in transgender men. *Obstet Gynecol* 2017;129:1031–1034.
23. Ellis SA, Dalke L. Midwifery care for transfeminine individuals. *J Midwifery Womens Health* 2019;64:298–311.
24. Wierckx K, Gooren L, T'Sjoen G. Clinical review: Breast development in trans women receiving cross-sex hormones. *J Sex Med* 2014;11:1240–1247.
25. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, et al. Endocrinology of transgender medicine. *Endocr Rev* 2019;40:97–117.
26. Kraut RY, Brown E, Korownyk C, et al. The impact of breast reduction surgery on breastfeeding: Systematic review of observational studies. *PLoS One* 2017;12: e0186591.
27. Kim HH. Family building by same-sex male couples via gestational surrogacy. *Semin Reprod Med* 2017;35:408–414.
28. Light AD, Obedin-Maliver J, Sevelius JM, et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. *Obstet Gynecol* 2014;124:1120–1127.
29. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17(Suppl 2):332.
30. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:106.
31. Wolfe-Roubatis E, Spatz DL. Transgender men and lactation: What nurses need to know. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015;40:32–38.
32. Grover SA, Shmorgun Z, Moskovtsev SI, et al. Assisted reproduction in a cohort of same-sex male couples and single men. *Reprod Biomed Online* 2013;27:217–221.
33. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health* 2018;3: 24–26.
34. Appelgren Engström H, Haeggström Nordin E, Borneskog C, et al. Mothers in same-sex relationships describe the process of forming a family as a stressful journey in a heteronormative world: A Swedish grounded theory study. *Matern Child Health J* 2018;22:1444–1450.
35. Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, et al. The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *J Hum Lact* 2015;31:64–67.
36. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, et al. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1335–1345.
37. Brodribb W. ABM Clinical Protocol #9: Use of galactagogues in initiating or augmenting maternal milk production, second revision 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:307–
38. Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB. Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins. *J Hum Lact* 2010;26:309–313.
39. Sriraman NK. The nuts and bolts of breastfeeding: Anatomy and physiology of lactation. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017;47:305–310.
40. Prendergast AJ, Goga AE, Waitt C, et al. Transmission of CMV, HTLV-1, and HIV through breastmilk. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3:264–273.
41. Andersen AE, Moberg C, Bengtsson Tops A, et al. Lesbian, gay and bisexual parents' experiences of nurses' attitudes in child health care—A qualitative study. *J Clin Nurs* 2017; 26:5065–5071.
42. Holmes A, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:469–473.

43. Committee on Nutrition; Section on Breastfeeding; Committee on Fetus and Newborn. Donor human milk for the high-risk infant: Preparation, safety, and usage options in the United States. *Pediatrics* 2017;139:pii: e20163440.
44. Coutsoudis I, Adhikari M, Nair N, et al. Feasibility and safety of setting up a donor breastmilk bank in a neonatal prem unit in a resource limited setting: An observational, longitudinal cohort study. *BMC Public Health* 2011;11: 356.
45. Palmquist AE, Doehler K. Human milk sharing practices in the U.S. *Matern Child Nutr.* 2016;12:278–290.
46. Sriraman NK, Evans AE, Lawrence R, et al. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017 position statement on in- formal breast milk sharing for the term healthy infant. *Breastfeed Med* 2018;13:2–4.
47. Lev AI, Dean G, DeFilippis L, et al. Dykes and tykes: A virtual lesbian parenting community. *J Lesbian Stud* 2005; 9:81–94.
48. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta- analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177434.

ABM protocols expire 5 years from the date of publication. Content of this protocol is up-to-date at the time of publication. Evidence-based revisions are made within 5 years or sooner if there are significant changes in the evidence.

Rita Lynne Ferri, BA, lead author Casey Braitsch Rosen-Carole, MD, MPH, MEd Jason Jackson, DO Elizabeth Carreno-Rijo, MD, MPH Katherine Blumoff Greenberg, MD

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: Michal Young, MD, FABM, Chairperson Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson Melissa Bartick, MD, MSc, FABM Sarah Calhoun, MD Monica V. Carceles-Fraguas, MD, IBCLC, FABM Megan Elliott-Rudder, MD Lori Feldman-Winter, MD, MPH Laura Rachael Kair, MD, FABM Susan Lappin, MD Ilse Larson, MD Ruth A. Lawrence, MD, FABM Yvonne Lefort, MD, FABM Kathleen A. Marinelli, MD, FABM Nicole Marshall, MD, MCR Katrina Mitchell, MD, FABM Catherine Murak, MD Eliza Myers, MD Monica Pina, MD Sarah Reece-Stremtan, MD Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM Tricia Schmidt, MD Tomoko Seo, MD, FABM Christina Smillie, MD, FAAP, IBCLC, FABM Natasha Sriraman, MD Elizabeth K. Stehel, MD Gina Weissman, DMD, RN, IBCLC, FABM Nancy Wight, MD Adora Wonodi, MD

Deena Zimmerman, MD, MPH, IBCLC

For correspondence: abm@bfmed.org

Додаток А1. План годування при колактації

(Будь ласка, зверніть увагу, що цей план годування заповнюється вагітною особою. У лікарні чи закладі це буде пацієнт, який у більшості випадків дає свою згоду на вибір медичної допомоги. Це припускає батьківські стосунки двох осіб, що може бути незастосовним. Тому може виникнути необхідність адаптувати план до конкретних обставин.)

Дата ____ / ____ / ____

План годування немовляти при спільній лактації

Мене звати _____ і я маю на меті годувати мою дитину разом зі своїм/своєю/своїми (статус партнера) _____ (ім'я) _____.

Переваги грудного вигодовування дуже важливі для нас і нашої дитини. Ми хотіли б, щоб наші рекомендації підтримувалися, при умові, що вони безпечні з медичної точки зору. Ми також хотіли б переконатися, що моя лактація добре налагоджена, поки _____ отримує підтримку в навчанні годувати грудьми та налагодженні зв'язку з нашим новонародженим. Через це деякі речі в нашому плані годування такі ж, як і в інших батьків, а деякі відрізняються.

Загальне (позначте все, що підходить)

- **Шкіра до шкіри:** будь ласка, після пологів покладіть дитину мені на груди в контакт шкіра до шкіри. Будь ласка, проведіть огляди та процедури дитині, поки вона знаходиться в контакті шкіра до шкіри, якщо це можливо.
- **Екстренний кесарив розтин:** якщо я не зможу тримати дитину в контакті «шкіра до шкіри» під час народження, будь ласка, дозвольте моєму/моїй/моїм _____ (статус партнера) _____ (ім'я) _____ зробити це та вперше прикласти до грудей дитину.
- **Виключно грудне вигодовування:** наша мета - годувати дитину виключно грудним молоком. Будь ласка, не давайте моїй дитині жодної молочної суміші, перш ніж обговорите це з нами.
- **Без пляшечок і пустушок:** будь ласка, не давайте пустушки або пляшки, без попередньої розмови з нами.
- **Годування за потребою:** будь ласка, навчіть мене розпізнавати ознаки, що моя дитина голодна та годувати, коли вона відповідним чином сигналізує.
- **Розміщення в кімнаті:** будь ласка, допоможіть нам з дитиною залишатися в нашій палаті разом 24 години на добу.

(продовження)

Для колактації (спільної лактації) (позначте все, що підходить)

- ✓ **На момент пологів** мій/моя/мої (статус партнера) _____, (ім'я) _____ виробляє _____ мл молока на добу.
- ✓ Перший контакт «шкіра до шкіри» та прикладання здійснить _____, якщо є медична можливість.
- ✓ **У випадку, якщо після народження** в мене не буде можливості здійснити контакт «шкіра до шкіри» та перше прикладання, будь ласка дайте можливість моему/моїй/моїм _____ (ім'я) _____ зробити це та вперше прикласти.
- ✓ **Після першого прикладання** ми хочемо, щоб _____ годувала/годували дитину переважно грудьми.
- ✓ **Після першого прикладання** ми хочемо обое годувати грудьми. Ми знаємо, що в такому випадку тому/тій/тим, хто не годує грудьми, доведеться зціджувати молоко вручну або за допомогою молоковідсмоктувача, і це може призвести до зменшення кількості молока. Ми також розуміємо, що якщо мій/моя/мої (статус партнера) _____, (ім'я) _____ не виробляє молоко, потрібно використовувати додаткову

систему годування. У всіх випадках слід уважно стежити за вагою дитини.

- ✓ **Будь ласка, надайте** моему/моїй/моїм (статус партнера) _____, (ім'я) _____ допомогу з додатковою системою догляду під час перебування в лікарні.
- ✓ **Після того, як ми підемо додому, ми хотіли б**

- ✓ Цей план буде обговорено з моїм лікарем _____
- ✓ Лікарем загальної практики/педіатром моєї дитини буде: _____
- ✓ Обговорення з лікарем загальної практики / педіатром