

ABM клінічний протокол № 35 Підтримка грудного вигодовування протягом госпіталізації матері або дитини

Melissa Bartick, MD, MS,¹ Maria Teresa Hernandez-Aguilar, MD, MPH, PhD,² Nancy Wight, MD,³ Katrina B. Mitchell, MD,⁴ Liliana Simon, MD, MS,⁵ Lauren Hanley, MD,⁶ Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH,⁷ and Robert M. Lawrence, MD⁸; and the Academy of Breastfeeding Medicine

Головна мета Академії медицини грудного вигодовування полягає у розробці клінічних протоколів для вирішення поширених медичних проблем, які можуть стати на заваді успіху грудного вигодовування. Ці протоколи є виключно рекомендаціями щодо догляду за матерями, які годують грудьми та їх немовлятами і не визначають єдиний курс лікування та не є стандартами медичної допомоги. Варіанти лікування можуть бути доречними відповідно до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Академія медицини грудного вигодовування визнає, що не всі особи, що годують ідентифікують себе як жінки. Однак використання тендерної мови можливе не всіма мовами та всіма країнами та для всіх читачів. Позиція в Академії медицини грудного вигодовування (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) має інтерпретувати клінічні протоколи в рамках інклюзивності всіх осіб, які годують грудьми, годують грудними залозами та годують грудним молоком.

Вступ

Матерям, що лактують, або немовлятам на грудному вигодовуванні та дітям може знадобитися госпіталізація з медичних або хірургічних причин, як при народженні, так і пізніше в житті немовляти, і мами, що лактують, іноді можуть потребувати госпіталізації з психіатричних причин. Нажаль, госпіталізація матері, що годує грудьми, або дитини може призвести до порушення грудного вигодовування і ненавмисного відлучення від грудей,¹⁻³ а також інших ускладнень, таких як мастит⁴. Однак існує кілька офіційних рекомендацій щодо ведення лактації протягом госпіталізації.⁵⁻¹¹ Цей протокол описує рекомендований догляд за матерями, що лактують, та дітьми на грудному вигодовуванні при їх госпіталізації і використовується для встановлення стандартів для реалізації типової політики.

Персонал за межами акушерських, педіатричних або неонатальних відділень може мати обмежений досвід догляду за матерями, що лактують, і може мати обмежені знання фізіології лактації або її менеджменту. Крім того, вони можуть не розуміти

короткострокові та довгострокові ризики порушення лактації.^{4,12-14} Недостатньо навчений персонал може надавати перевагу власному досвіду, а не доказовій практичній інформації.⁵ Крім того, присутність немовляти на грудному вигодовуванні або дитини раннього віку в дорослому терапевтичному або хірургічному відділенні, передопераційній зоні, або відділенні інтенсивної терапії (ВІТ) може викликати занепокоєння про безпеку дитини і може піднімати питання щодо відповідальності лікарень. Ведення грудного вигодовування стосовно ліків, процедур та рідини також може вимагати особливої уваги. Нарешті, персонал може бути незнайомим з тим, як найкраще оцінити бажання матері, що годує грудьми почати або продовжити лактацію, і як найкраще допомогти їй задовольнити ці потреби через спільний доступ прийняття рішення.¹⁵

Протоколи ABM №7(Модель політики материнства для підтримки грудного вигодовування),¹⁶ №15 (Аналгезія та анестезія для матері, що годує грудьми),¹⁷ №25 (Предпроцедурне голодування для немовляти на грудному вигодовуванні),¹⁸ і №31 (Радіологія та ядерна медицина для матері, яка годує грудьми)¹⁹ можуть бути корисними доповненнями до цього протоколу.

¹Department of Medicine, Mount Auburn Hospital and Harvard Medical School, Cambridge and Boston, Massachusetts, USA.

²Breastfeeding Clinical Unit, Dr. Peset University Hospital, Valencia, Spain.

³Retired; Neonatology, Sharp Mary Birch Hospital for Women and Newborns, San Diego, California, USA.

⁴Breast Surgical Oncology, Ridley Tree Cancer Center at Sauson Clinic, Santa Barbara, California, USA.

⁵Department of Pediatrics, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA.

⁶Department of Psychiatry, UNC Center for Mood Disorders, University of North Carolina Chapel Hill School of Medicine, Chapel Hill, North Carolina, USA.

⁷Department of Obstetrics and Gynecology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

⁸Division of Pediatric Infectious Disease, Department of Pediatrics, University of Florida, Gainesville, Florida, USA.

Актуальність

Грудне вигодовування є біологічно нормативним способом годування людського немовляти. Ризики раннього припинення грудного вигодовування включають збільшення інфекційних та хронічних захворювань у дітей, і підвищений ризик цукрового діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань, і раку грудей і яєчників у жінок. За підрахунками у світі грудне вигодовування може попередити (чи запобігти) 823.000 щорічних смертей дітей до 5 років¹² Щорічно оптимальне грудне вигодовування може потенційно попередити додатково 98243 материнських смертей від раку та діабету 2 типу в усьому світі.¹⁴ Всесвітня організація охорони здоров'я та більшість органів охорони здоров'я рекомендують виключно грудне вигодовування протягом перших 6 місяців життя, а потім продовження грудного вигодовування з прикормом принаймні перші 2 роки життя.²¹ Годування грудним молоком зокрема важливо для передчасно народжених дітей, які мають вищий ризик некротичного ентероколіту та пов'язаної з цим смертності, якщо їх годують сумішшю для недоношених замість жіночого молока.^{22,23} Виключне грудне вигодовування особливо важливо для зниження ризику смертності пов'язаної з інфекціями, середнього отиту, шлунково-кишкових інфекцій та госпіталізації з приводу інфекцій нижніх дихальних шляхів.^{20,24}

Фізіологія

Базовий огляд фізіології лактації важливий як основа розуміння ведення матері, що лактує, під час госпіталізації, та дитини на грудному вигодовуванні. Грудне вигодовування - це складні переплетені взаємовідносини між матір'ю, що лактує і дитиною, на які можуть негативно впливати зовнішні втручання, стрес і негативні культурні впливи.^{25,26} Розміщення в кімнаті та перебування немовляти на відстані витягнутої руки дають можливість частих годувань при перших ознаках голоду.

Вважається, що новонароджені та маленькі діти будуть годуватися грудьми від 8 до 12 разів у кожні 24 години. Приблизно на другий чи третій день життя вони можуть активно харчуватися, оскільки молоко з молозива стає зрілим молоком.

Окситоцин виділяється матір'ю у відповідь на смоктання грудей, контакт шкіра-до-шкіри та рухи рук немовляти на груді,²⁷ а також погляд, звук, запах або думка про свою дитину.²⁸ Секреція окситоцину стимулює активний приплив молока в молочні протоки, що закінчуються в соску та ареолі («рефлекс викиду»), де воно видаляється немовлям шляхом смоктання.²⁹ Цей гормон має багато психологічних та фізіологічних ефектів, у тому числі посилює зв'язок між матерями та немовлятами, що викликає відчуття благополуччя та спокою, посилення розслаблення, підняття больового порогу, зниження пульсу та артеріального тиску.³⁰ І навпаки, медичні втручання під час пологів, страх, і тривога може пригнічувати вивільнення окситоцину, що потенційно заважає грудному вигодовуванню.^{28,30,31}

Дослідження показують, що розлука матері та дитини викликає значні стреси у новонароджених.^{32,33} Крім того, пара мама – малюк при грудному вигодовуванні має однакову циркадну фізіологію щодо рівня кортизолу.^{34,35}

Сепарація асоціюється з небажаним раннім перериванням ГВ і зниженням ексклюзивного грудного вигодовування.³ Пролактин стимулює вироблення молока спочатку після народження. Протягом кількох тижнів ефект пролактину стає менш актуальним і «пропозиція та попит» визначає поточне виробництво молока. Нічні годування особливо важливі для підтримки плідного виробництва молока.³⁶ Якщо груди залишаються повними, вироблення молока буде сповільненим; навпаки, якщо матері часто годують груддю, виробництво молока збільшиться. Таким чином, часті сеанси годування грудьми, у тому числі протягом ночі, забезпечують достатню кількість виробництва молока.³⁶

Раптове переривання грудного вигодовування через розділення мами з немовлям може викликати дискомфорт у грудях і нагубання.^{4,29,37} Крім того, нефізіологічне годування груддю з використанням молоковідсмоктувача є фактором ризику зниження вироблення молока а також маститу.³⁷

Розлука перешкоджає імунному захисту дитини від інфекційних захворювань.^{38,39} Це пояснюється тим, що мати передає дитині антитіла та інші імуномодуляторні речовини у відповідь на патогени, яким вона піддається.³⁸ Лейкоцити та секреторний IgA³⁸ грудного молока також збільшуються у відповідь на інфекцію

дитини³⁹, що вказує на комунікацію дитини з матір'ю, що, як вважають, відбувається під час безпосереднього грудного вигодовування.³⁸ Особливо важливо утримувати матір і дитину разом для захисту від внутрішньолікарняних інфекцій для госпіталізованої дитини.³⁸

Зціджування молоковідсмоктувачем або зціджування руками можуть бути корисними інструментами для підтримки вироблення молока, коли грудне вигодовування неможливе.⁴⁰ Однак зціджування молоковідсмоктувачем або зціджування руками слід використовувати після ретельної оцінки потреб розлученої матері та дитини. Здорова дитина здатна виводити молоко ефективніше, ніж зціджування молоковідсмоктувачем або руками.⁴¹ Таким чином, зціджування може зменшити вироблення молока, а також викликає у матері втрату впевненості у своїй здатності успішно годувати дитину шляхом грудного вигодовування.⁴² Крім того, дослідження вказують на те, що зціджене молоко може не забезпечувати такий імунологічний захист, як молоко, яким годують безпосередньо з грудей, оскільки клітини та їх активність у молоці зменшуються при зберіганні і заморожуванні.^{43,44}

Рекомендації

Для кожної рекомендації якість доказів (рівні доказів 1, 2 і 3) та сили рекомендації (А, В і С) позначені відповідно до критеріїв таксономії сили рекомендацій.⁴⁵

1. Створіть політику підтримки матері, що лактує та дитини на грудному вигодовуванні.

- a. Будь-який заклад, що приймає жінок дітородного віку або дітей віком до 2 років повинен мати таку політику. Установа повинна мати письмову політику щодо ведення грудного вигодовування у госпіталізованих матерів, що лактують, або дітей на грудному вигодовуванні, коли вони госпіталізовані за межами пологового або неонатального відділення.^{6,8} Політика повинна включати елементи, які дозволяють дитині і її матері, яка годує грудьми, бути разом стільки, скільки можливо, якщо немає медичних протипоказань. Повинно бути вказано де дозволяється знаходитись

немовляті, який саме персонал може регулярно піклуватися про немовля, хто саме приймає відповідальність по догляду за немовлям, якщо мати пацієнт, і який допуск повинен мати опікун дитини, щоб мати необмежений доступ до відвідування. Можливо точно зазначити бажаний тип кімнати для пари (наприклад, окрема кімната, якщо це можливо). Політика також повинна включати інструкції щодо безпечного обладнання для сну немовляти (наприклад, вказавши, що заклад буде надавати таке обладнання та чи можуть батьки принести своє власне). Якщо заклад регулярно не забезпечує догляд за вагітністю та пологами або стаціонарних педіатричних послуг, або робить не маючи доступу до кваліфікованого персоналу з підтримки лактації та основного обладнання, яке зазвичай є в наявності інших місцевих лікарнях (наприклад, молоковідсмоктувачі та контейнери для зберігання жіночого молока, люльки або ліжечка, а також кваліфікований персонал з підтримки лактації), то політика повинна розглянути можливість включення заходів щодо переміщення до найближчого закладу, де потреби пацієнта(ів) будуть найбільше задоволені.⁸

Матері, що лактують, також можуть опинитися в лікарні далеко від дому або далеко від своєї дитини. Якщо і мати, і дитина потребують госпіталізації, політика повинна включати прискорені зусилля для їхнього перебування в одному закладі, навіть якщо це вимагає переміщення. Якщо дитині потрібна госпіталізація, заклад в ідеалі має бути в змозі забезпечити основні потреби її матері, що лактує (їжа, гігієна, житло тощо).

Ключові зацікавлені сторони з лікарні повинні бути залучені до створення політики.⁸

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

- b. Політика повинна включати елементи, необхідні для адекватної підтримки лактації. На додаток до політики про перебування разом матерів і дітей, політика повинна включати доступ до підтримки лактації; плани, які включають зціджування молока, зберігання та

обробку, коли це необхідно^{5,8}; обладнання⁴ та доступ персоналу до високоякісних ресурсів про безпеку ліків. Політика також повинна включати комунікаційні стратегії обміну інформацією, щоб переконатися, що всі члени медичної бригади, що доглядає за пацієнтом, обізнані про план грудного вигодовування або зцідження молока.⁵ Наприклад, якщо планується операція, багатопрофільна команда стаціонарного відділення повинна повідомити план грудного вигодовування або зцідження матері до хірургічній та анестезіологічній бригадам, особливо якщо пацієнтом є мати.^{5,17} Фіксація останнього годування грудьми або зцідження молока, а також очікуваний час наступного годування грудьми або зцідження молока має бути частиною рутинної комунікації між змінами або бригадами догляду, і має бути обговорена з матір'ю, якщо дитина є пацієнтом.

Рівень доказовості : 3. Сила рекомендації: С

2. Подбайте , щоб матір, що годує грудьми і немовля були разом

Немовлята, на грудному вигодовуванні, повинні мати необмежений доступ до своїх матерів, що лактують,^{29,33,34,38,41} харчування та основні потреби яких повинні бути задоволені закладом настільки, наскільки можливо. Мати є джерелом харчування для немовляти і її молоко має лікувальну дію. Грудне вигодовування життєво важливо в ситуації, коли немовлята перебувають поза межами свого звичайного оточення, хворі, травмовані або потребують будь-яких медичних або хірургічних процедур.

Чим молодша дитина, тим важливіше для матері і немовляти бути разом якомога більше, щоб встановити і підтримувати грудне вигодовування.^{16,21,46} Перебування матері, що годує грудьми і немовляти разом важливо для безпосереднього грудного вигодовування,^{38,39,43,48} реагування на сигнали голоду,²¹ передачі імунної відповіді на патогени,³⁸ запобігання нагубанню та маститу,²⁹ запобігання дистресу матері та дитини,^{35,49} збереження вироблення материнського молока,²⁹ зберігання спільних циркадних ритмів,³⁴ і, зрештою, підтримувати виключно грудне вигодовування.^{1,2} Якщо і мати, і дитина госпіталізовані, вони повинні перебувати в одному закладі та мати спільну кімнату, якщо можливо.

Рівні доказовості: 1–3. Сила рекомендації: В.

3. Використовуйте засновані на доказах рекомендації щодо зцідження та зберігання молока.

- a. Безпосереднє годування грудьми краще, ніж зцідження молоковідсмоктувачем або руками. За можливості, віддайте перевагу безпосередньому грудному вигодовуванню над зцідженням молоковідсмоктувачем або руками у тих пар, які зазвичай вигодовуються безпосередньо грудьми.^{38,39,43} Можна прикладати дитину до грудей для годування навіть якщо мати ослаблена і виснажена хворобою, особливо якщо грудне вигодовування вже налагоджено. Деякі матері, що лактують, можуть бути занадто ослабленими або виснаженими, щоб користуватися молоковідсмоктувачем без допомоги, оскільки це вимагає певного налаштування під час кожного сеансу, очищення обладнання, а потім зберігання зціженого молока. Цей процес може становити додаткову проблему, якщо мама не знайома з молоковідсмоктувачем, і має бути обізнаний персонал, щоб продемонструвати його використання. Деякі матері, що лактують, можуть мати різні результати зцідження молоковідсмоктувачем або руками, в тому числі труднощі з вилученням молока або неефективне виділення молока,⁴² це робить пряме грудне вигодовування особливо важливим.

Рівні доказовості: 1–2. Сила рекомендації: В.

- b. Частота зцідження молока: мамі, що лактує, слід очікувати годування груддю або зцідження молока так часто, як вона зазвичай годує грудьми, якщо б її та/або дитину не госпіталізували та не розділяли. Підтримка однакової частоти виробництва молока, запобігання дискомфорту та нагубанню,^{29,50} і забезпечення дитини молоком.⁵¹ Немовля виключно на грудному вигодовуванні віком до 6 місяців зазвичай може годуватися від 8 до 12 разів за 24 години, тоді як 6 - 12-місячна дитина може годуватися 5-6 разів на день, і 12-місячна дитина може годуватися грудьми лише 3-4 рази щоденно.⁵² Також важливо надати рекомендації щодо діапазону нормальних для цільових об'ємів зцідження молока,

завичай 700–980 мл на день (25–35 унцій) на 10–14 день і очікується, що цей обсяг буде збережено перші 6 місяців життя.⁵³

Рівні доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

с. Тип молоковідсмоктувача: клінічний подвійний електричний молоковідсмоктувач вважається ідеальним способом зцідження молока для годуючих матерів, які розлучені зі своїми немовлятами і потребують повної заміни годування грудьми на зцідження.^{40,41} Матері, які годують груддю, можуть мати власні молоковідсмоктувачі і можуть віддати перевагу їх використанню. Очищення деталей слід виконувати згідно з рекомендації, заснованих на доказах,^{54,55} та/або інструкції виробників. Молоковідсмоктувач призначений для індивідуального користування не повинен використовуватися більш ніж однією особою. Зцідження молоковідсмоктувачем в поєднанні з ніжним масажем грудей може збільшити виділення молока.⁴⁰ Якщо ні немовля, ні молоковідсмоктувач недоступні, можна використовувати ручне зцідження, але воно саме по собі не таке ефективне для видалення молока, як молоковідсмоктувач.⁴¹ Відеоресурси для ручного зцідження існують і є доступними.⁵⁶

В ідеалі, ручний молоковідсмоктувач має бути доступним як резерв, так як у матері, що лактує не завжди може бути доступ до електричного молоковідсмоктувача. Хоча він є менш ефективним, він портативний і простий у використанні та дає матері більше можливості зціждувати грудне молоко в разі потреби покинути лікарню під час тривалої госпіталізації. Якщо мати буде більшу частину часу вдома, слід передбачити використання подвійного електричного молоковідсмоктувача в цьому випадку, якщо це можливо.

Рівні доказовості: 1-2. Сила рекомендації: А.

d. Допоміжні засоби для збільшення зцідження молока: розслаблення, тепло, ніжний масаж і музика також можуть допомогти збільшити об'єм молока.⁴⁰ Зображення, звуки або запахи чиєїсь дитини можуть викликати рефлекс викиду.²⁸ Більше того, важливо зменшити

стрес і відволікання настільки, наскільки можливо.³¹

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В

e. Зберігання зцідженого молока: жіноче молоко можна зберігати при кімнатній температурі (20–22С, 68–72F) до 4 годин, після чого його слід охолодити.⁵⁶ В ідеалі молоко повинно зберігатися в кімнаті матері, що лактує або дитини на грудному вигодовуванні (якщо не в дитячій) в холодильнику. Воно також може зберігатися в окремій сумці-холодильнику з гелевими пакетами (або льодом, який замінюється, коли він розтане), де його можна зберігати до 24 годин, поки його можна буде транспортувати до бажаного місця призначення.^{10,57} Протоколи зберігання можуть відрізнятися в різних країнах. Усе зціжене молоко має бути позначено датою зцідження та ідентифікаційною інформацією пацієнта, а зберігання має відповідати вимогам місцевих нормативних актів або відповідних організацій з акредитації лікарень. Молоко треба транспортувати в охолоджених контейнерах, таких як сумки-холодильники з гелевими пакетами (або лід, як вже описано). Одноразове зціжене молоко, прибувши до місця призначення, слід негайно охолодити, заморозити або використати.

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

4. *Допомога по догляду за дитиною матері, що годує.*

У лікарні мама, що годує може бути занадто хворою, щоб доглядати за дитиною, крім годування груддю, або може бути недоступною для догляду за немовлям через процедури або тести. Якщо мати бажає продовжувати годувати грудьми, спеціалізований доглядач повинен піклуватися про немовля біля ліжка матері. Часто, політика лікарні може вимагати наявності доглядача за немовлям.⁵ Персонал лікарні не відповідає за догляд за немовлям на грудному вигодовуванні. Таким чином, необмежене відвідування та проживання супроводжуючої особи для немовляти буде необхідним.

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

5 *Забезпечте необхідне обладнання.*

Заклади повинні забезпечити подвійний електричний молоковідсмоктувач госпіталізованих матерів, що годують,^{40,41} якщо це

стандарт догляду в місцевих пологових закладах. (Подвійні електричні молоковідсмоктувачі це ідеальний молоковідсмоктувач для цієї ситуації, але може бути недоступний у всіх частинах світу.) Немовля госпіталізованої матері, що лактує, потребує безпечного місця для сну, наприклад, люлька або дитяче ліжечко, і очікується, що заклади по догляду за матір'ю, що лактує, повинні забезпечити такі ж типи обладнання, які також можна було б знайти в місцевих лікарнях, які надають послуги акушерського або педіатричного профілю. Багато лікарняних ліжок є незручними для спільного використання, і конкретна політика лікарні може потребувати вирішення деталей щодо їхніх лікарняних ліжок, щоб забезпечити безпечне середовище для сну немовлят. Автокрісла, коляски або дитячі сидіння не вважаються безпечними або відповідними пристроями для сну.⁵⁸ Девайси для годування можуть знадобитися, якщо немовля зголодне поки мама відлучається для обстеження або процедури або немовля не в змозі годуватися безпосередньо з грудей. Новонародженим, у яких ще не налагоджене грудне вигодовування, як правило, рекомендується уникати годування з використанням замінників грудей або сосок,²¹ натомість використання годування по пальцю або таких пристроїв, як маленькі ложки, шприци або годування за допомогою системи догодовування біля грудей, якщо неможливо забезпечити достатню кількість молока шляхом безпосереднього грудного вигодовування. Сім'ї можуть захотіти самостійно забезпечити собі обладнання для годування та інші матеріали. Їм слід дозволити робити це, якщо для цього немає медичних протипоказань для матері, яка годує грудьми або для дитини. Для того щоб переконатися, що немовля належним чином розвивається під час госпіталізації матері, що лактує, можуть бути корисними ваги для немовлят, вага оцінюється надавачем педіатричних послуг або обізнаним професіоналом, наприклад, фахівцем, що надає послуги в сфері лактації матері

Рівень доказовості: 1-2. Сила рекомендації: В

6. Використовуйте засновані на доказах рекомендації з безпеки ліків, у тому числі радіологічних діагностичних агентів.

Більшість препаратів безпечні при грудному вигодовуванні. Кілька факторів впливають на лікування, включаючи поточний і гестаційний вік немовляти, а також кількість і частку грудного молока в раціоні немовляти. Ризики,

пов'язані з прийомом ліків, слід співставляти з ризиками, пов'язаними з відмовою від грудного вигодовування для матері та дитини, а за необхідності слід розглянути альтернативні медикаментозні засоби або методи лікування. Тому дуже важливо, щоб медичний персонал знав про надійні ресурси, на яких можна знайти інформацію для безпечної лактації. Надійні ресурси можуть відрізнитися в різних регіонах світу, але включити LactMed,⁵⁹ InfantRisk Center,⁶⁰ та e-lactancia.⁶¹ Зауважте, що ліки можуть потенційно впливати на немовля та/або вироблення молока, і фахівці повинні знати про обидва можливі ефекти.

Внутрішньовенне йодовмісне контрастування та внутрішньовенне введення гадолінієвого контрасту не вимагають переривання грудного вигодовування або виливання зцідженого молока.^{19,62} Однак діагностичні або терапевтичні радіоактивні агенти зазвичай вимагають переривання грудного вигодовування або відмову від зцідженого молока до достатнього розпаду радіоактивності, залежно від агента.⁶¹ Будь ласка, зверніться до протоколу ABM №31, «Дослідження радіології та ядерної медицини у жінок, які годують грудьми» для отримання детальної інформації.¹⁹ У деяких випадках можуть бути використані альтернативи діагностичному тесту, в якому використовуються радіоактивні речовини. Наприклад, стрес-ехокардіограму можна розглянути замість радіонуклідного стрес-тесту для оцінки ішемії серця.

Рекомендації щодо ліків, включаючи радіологічні засоби, слід давати відповідно до високоякісних ресурсів. Мати, яка лактує, повинна бути впевнена, що кожен препарат був досліджений на предмет безпеки.^{10,63,64}

Рівень доказовості : 2. Сила рекомендації: В

7. Зверніть увагу на те, що потреби в рідині для матері, що лактує, можуть відрізнитися.

Потреби в рідині для матері, яка лактує, зазвичай будуть вищими, ніж для матері, яка не лактує. Мати, яка годує виключно грудним молоком 6-місячну дитину, може виробляти приблизно 800 мл молока на день, від 450 до 1200 мл на день,⁵³ тоді як ті, хто не годують виключно грудним молоком, можуть виробляти менше молока. Під час розрахунку потреби матері в рідині, особливо, якщо їй заборонено їжу або напої перорально, важливо додати ці цифри до загальної кількості. Матерям, яким дозволено пити, важливо, щоб їм дозволяли пити для

втамування спраги, яка викликається виділенням окситоцину.

Рівень доказовості : 2. Сила рекомендації: В

8. *Переконайтеся, що немовлята матерів, що лактують, можуть залишатися в прийнятних місцях.*

- а. Медико-хірургічні відділи та періопераційні зони: матері, що лактує, безпечно перебувати разом з дитиною в медико-хірургічному відділенні, за винятком випадків, коли існують спеціальні протоколи інфекційного контролю, пов'язані з материнською інфекцією, які б виключали це. Це важливо, щоб уникнути розділення пари мама-малюк (див. «Зберігайте матерів, що годують і немовлят разом»). За можливості, окрема кімната забезпечить спокійну обстановку та надасть простір для особи, яка доглядає за немовлям.¹⁰ Також прийнятно, щоб немовля перебувало в періопераційній зоні, якщо тільки це не забороняють спеціальні протоколи інфекційного контролю, пов'язані з інфекцією матері. Деякі лікарні можуть не допускати відвідувачів у періопераційні зони, але немовля матері, що лактує, і особа, яка доглядає за немовлям, повинні вважатися винятком.

Рівень доказовості : 2. Сила рекомендації: В

- б. ВІТ для дорослих: У відділенні інтенсивної терапії існують додаткові побоювання щодо обладнання, інфекційного контролю, підтримки відповідних життєво важливих показників та іншого постійного догляду за матір'ю, яка лактує, що може зробити присутність немовляти складною. В той же час, присутність немовляти пацієнтки може допомогти їй заспокоїтися, стабілізувати її життєві показники та викликати сильне бажання одужати заради дитини.⁸ Виділення окситоцину під час грудного вигодовування та контакт «шкіра-до-шкіри» з немовлям може мати лікувальний фізіологічний вплив на матір, що лактує. І навпаки, постійне розлучення матері з немовлям може додати додаткову тривогу до вже існуючої від її критичного захворювання. Навіть мати, яка не повністю свідомо, може отримати користь від усвідомлення дотику, запаху та звуків свого немовляти.⁸

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

9. *Враховуйте контроль та профілактику інфекцій.*

Немовлята, які розлучені зі своїми матерями, можуть піддаватися впливу різних патогенів, до яких мати, що лактує не виробляє специфічні антитіла.³⁸ Так само, мати, що лактує буде не в змозі виробляти багате на лейкоцити молоко, як безпосередню відповідь на конкретну інфекцію немовляти, якщо пара розділена.³⁸ За деякими винятками, немовлята не потребують відокремлення від матері, а також переривання грудного вигодовування через інфекцію.

Інфекції, при яких грудне вигодовування або годування зцідженим молоком протипоказані, це: нелікований бруцельоз (до лікування), вірус Ебола та активний простий герпес з ураженням молочної залози (припустимо годувати або давати зціджене молоко з неураженої молочної залози, якщо всі ушкодження покриті).⁶⁵ Органи охорони здоров'я зазвичай не рекомендують годувати грудьми або годування зцідженим молоком з материнською інфекцією при Т-клітинному лімфотропному вірусі людини 1 або 2 типу, але можуть бути ситуації, коли користь перевищує ризик.^{65,66} Інфекції при яких пацієнт може давати зціджене молоко, але не годувати грудьми включають материнську перинатальну вірусну віспу (зокрема вітряну віспу), що розвинулась за 5 днів до пологів або 2 дні після пологів.⁶⁵ Для ВІЛ Всесвітня організація охорони здоров'я видала рекомендації щодо годування немовлят, які залежать від обставин.⁶⁷ При нелікованому туберкульозі або якщо мати все ще заразна, давати зціджене молоко безпечно (якщо, препарат який вона приймає, не протипоказаний), але рекомендації щодо розлучення відрізняються залежно від того, чи пара живе в умовах обмежених ресурсів, і чи є вірогідність, що мати має стійку до ліків інфекцію.⁶⁸

Годування груддю можна продовжувати з дотриманням респіраторної гігієни та гігієни рук із SARS-CoV-2.⁶⁹ Підтримуюча особа може знадобитися для догляду за немовлям, якщо мати занадто хвора. Зверніть увагу, що деякі інфекції, включаючи форми вірусного гепатиту та інфекції, при контакт з якими персонал вживає запобіжних заходів, такі як *Clostridium difficile* та резистентні до ванкомицину ентерококи, не є інфекціями, при яких грудне вигодовування протипоказано, а також ці інфекції не потребують будь-яких спеціальних запобіжних заходів для немовлят. Вважається, що інші пацієнти в стаціонарному відділенні не становитимуть загрози, щодо

зараження немовляти. Однак, зважаючи на міркування обережності, персонал лікарні повинен звести до мінімуму контакт з немовлям, за винятком тих працівників, чиї обов'язки вимагають цього (наприклад, медичний персонал, що займаються грудним вигодовуванням або педіатри).

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

10 *Забезпечте підтримку лактації хірургічному дорослому пацієнту.*

Матері, що лактують можуть проходити планові або невідкладні хірургічні процедури.

- a. Планові процедури: Заплановані хірургічні процедури повинні включати увагу до підтримки лактації, як зазначено в плані післяопераційного догляду Simon та ін. та Rieth та ін. в Меморіальному онкологічному центрі Слоуна Кеттерінга (Нью-Йорк).^{5,6} Це вимагає передопераційного виявлення матерів, що лактують, особливої уваги до годування немовляти та/або зцідження молока в передопераційній зоні перебування, обдумане інтраопераційне введення рідини та ненаркотичних знеболюючих, коли це можливо, і возз'єднання матері та немовляти в реанімаційній палаті, якщо це безпечно з медичної точки зору. Мати, що лактує, може годувати дитину грудьми, як тільки мати прокинулася і перебуває в ясній свідомості, оскільки молоко очищене від анестетика, тоді коли очистилася центральна нервова система.⁵⁹ Анестезіологи повинні бути ознайомлені з безпекою анестезуючих засобів при грудному вигодовуванні та використовувати анальгетики безпечні при лактації (див. Протокол ABM № 15, Аналгезія та анестезія для матері, що годує грудьми).¹

Крім того, для складних стаціонарних процедур, які можуть вимагати післяопераційної інтубації та/або хірургічного перебування у ВІТ, хірург повинен координувати дії з командою пацієнтки, щоб створити план підтримки лактації та мінімізувати ускладнення. У цю команду входять, але не обмежуються ними, наступні лікарі та персонал: анестезіологи, периопераційні медичні сестри (передопераційні та реанімаційні), операційні медсестри, хірургічні реаніматологи, медсестри інтенсивної

терапії, поверхові медсестри, лікарі з грудного вигодовування та консультанти з лактації. Для пацієнтів, які потребують інтенсивного медикаментозного лікування (наприклад, пацієнти трансплантації), слід визначити фармацевта, що знайомий з ресурсами лікарських засобів в період лактації (наприклад, LactMed,⁵⁹ e-lactancia,⁶¹ InfantRisk Center⁶⁰). Фахівці, що надають послуги догляду, повинні бути знайомі з безпекою антибіотиків при грудному вигодовуванні (див розділ «Ліки»). Інші поширені післяопераційні препарати, такі як антикоагулянти, слід переглядати в кожному конкретному випадку. Наприклад, безпека гепарину встановлена, але щодо новіших антикоагулянтів на даний момент немає чітких даних.

Інші міркування для команди включають наступне:

- Розрахунок очікуваного повного часу відділення матері від немовляти та/або молоковідсмоктувача враховуючи транспортування, інтубацію, позиціонування та передопераційний період. У випадках, коли очікується, що час розлучення перевищує 4 години, слід скласти план інтраопераційного зцідження молока.
 - Необхідно враховувати розміщення розрізу відносно грудей у період лактації. Наприклад, торакальні процедури можуть вимагати розрізів, які можуть вплинути на судинний потік до грудей і дренаж з них. Хірурги повинні бути готові до сильної васкуляризації грудей внаслідок лактації.
 - Якщо передбачаються штучні трансплантанти (наприклад, судинні процедури), слід подбати про уникнення забруднення трансплантата грудним молоком.
 - Ведення ВІТ окреслено нижче.
- b. Ургентні або невідкладні процедури (наприклад, травматична хірургія): Ургентні або невідкладні стани, які варіюють за гостротою від холецистити до кишкової непрохідності до мультисистемної травми представляють складні сценарії для контролю лактації. Як уже зазначалося, якщо можливо, слід приділяти увагу підтримці зцідження

молока, розумінню безпеки ліків під час лактації та воз'єднанню матері та дитини, як тільки це буде безпечно з медичної точки зору. Хірурги-травматологи повинні знати, що через васкуляризацію грудей, що лактують, можуть мати вищий ризик розвитку гематоми молочної залози, внаслідок травми ременем безпеки або подушкою безпеки. Крім того, жінки можуть мати розвинені судинні колатералі по всій грудній стінці, що потребує уваги під час встановлення центральних катетерів, інтубаційних трубок та інших інтервенційних та/або пристроїв для моніторингу (див. попередні розділи «Ліки», «Зберігайте матір, що годує грудьми, і немовля разом» і «Зцідження молока»)

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

11. *Підтримуйте непритомну маму, що лактує відразу після пологів.*

Як уже описано в термінових або невідкладних процедурах, якщо мати не може спілкуватися або перебуває без свідомості, не можна припустити, що грудне вигодовування для неї неважливе або буде неважливим для неї в майбутньому. Слід очікувати, що її законний представник, якщо такий є, прийматиме рішення, які, на його думку, прийняла б сама мати, якби була в змозі. Крім того, якщо мати щойно після пологів і виділення молока не починається відразу, їй може бути важко або неможливо годувати виключно грудьми.^{51,70} Відвідування з немовлям можуть потребувати скоординованих зусиль з боку персоналу з лактації та педіатричного персоналу, але в кінцевому підсумку можуть сприяти швидкому одужанню пацієнта, а також принести користь немовляті.⁸ Матері, яка перебуває у стані седатії або без свідомості, може бути корисною присутність її немовляти за рахунок покращення її життєво важливих показників, і може слугувати натхненням для одужання.⁷¹ Слід підготуватися до того, щоб мати досвідчену людину, яка виконує зцідження, якщо мати не може зробити це сама. Належна освіта для персоналу, який доглядає за пацієнтами, що зціджуються або потребують допомоги зі зцідженням, повинна включати знання налаштувань молоковідсмоктувача, прилягання фланця та ознак травмування соска. Нехтування цими міркуваннями може призвести до значних анатомічних пошкоджень, болю та потенційної інфекції.⁷²

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

12. *Підтримка матері, що лактує, яка потрапила в психіатричний стаціонар*

Є досить багато показів до екстреної психіатричної госпіталізації матері, що лактує.

Однак, незалежно від типу психіатричного відділення, має бути стандартний протокол, про те, що команда лікарні підтримує продовження лактації, відповідно до побажань пацієнтки.

- a. Майте письмову політику або протокол спеціально для психіатричного відділення для підтримки цих пацієнтів. Мати письмову політику для всіх стаціонарних пацієнтів важливо для успішного грудного вигодовування та підтримки лактації,^{6,8} але введення в дію підтримки матері, що лактує у психіатричному відділенні є особливо складним і вимагає додаткової підтримки персоналу та нагляду за пацієнтом. Наявність письмової політики чи протоколу спеціально для психіатричного відділення для підтримки цих пацієнтів дуже важлива для успішного підтримання їх лактації. Протоколи, які дозволяють відвідування дитиною, можуть також сприяти розвитку зв'язку між матір'ю та немовлям і можуть покращити самопочуття матері в цілому та покращити прив'язаність. Відвідування має бути на меті тоді, коли воно може бути безпечно підтримане. (Див. розділи «Зберігайте матір, що годує грудьми і немовля разом» і «Створіть політику підтримки матері, що лактує»).

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- b. Надавайте перевагу стаціонарним відділенням матері та дитини. В світі існує широкий спектр типів психіатричних відділень, де жінки в перинатальному періоді можуть отримати лікування психіатричних захворювань, які є достатньо важкими, щоб виправдати госпіталізацію. Це може бути загальне психіатричне відділення, психіатричне відділення, яке лікує лише жінок, або спеціалізоване перинатальне психіатричне відділення. Останнє це найкращий варіант для жінок в перинатальному періоді.⁷³ Спеціальні психіатричні відділення для жінок у перинатальному періоді, часто під назвою Mother-Baby Units (MBUs), вперше були розроблені в 1948 році у Сполученому Королівстві. В даний час вони

зустрічаються в Бельгії, Франції, Німеччині, Нідерландах, США, Австралії, Новій Зеландії та інших частинах світу.⁷⁴⁻⁷⁶ Стаціонарне лікування в MBUs розглядає психічні захворювання в контексті функціонування матері та з особливою увагою до прив'язаності матері та дитини.^{74,76-78} Важливо, що спеціалізоване стаціонарне відділення для жінок в перинатальному періоді з більшою ймовірністю призведе до збереження грудного вигодовування.⁷⁹ У США перше спеціалізоване перинатальне психіатричне відділення було відкрито в 2011 році. Крім того, на відміну від більшості інших MBU, у перинатальному психіатричному відділенні США немовлятам не дозволяється ночувати в кімнаті матері, але доступне екстенсивне відвідування, забезпечення клінічними молоковідсмоктувачами та безпечне місце для відвідування та грудного вигодовування.⁷⁷

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- c. Підтримуйте контакт матері з її дитиною протягом госпіталізації. MBU це ідеально.⁷³ За їх відсутності, відвідування має бути метою, якщо його можна безпечно підтримувати. (Див. Розділи «Зберігайте матір, що годує грудьми, і немовля разом» та «Створіть політику підтримки матері, що лактує»). Можливість для дитини безпечно відвідувати госпіталізованого психіатричного пацієнта буде залежати від кількох факторів, головним чином зосереджених на безпеці. Це включає здатність матері належним чином взаємодіяти з дитиною та наявність відповідних умов для відвідування матері дитиною в, або поблизу психіатричного відділення. У багатьох випадках відвідування під наглядом персоналу необхідно рекомендувати для забезпечення безпечної взаємодії матері та дитини. В багатьох психіатричних відділеннях, відвідування неповнолітніми заборонено, але все ж слід окремо розглянути питання про пару грудного вигодовування, якщо це можливо. Таким чином, для всіх пацієнтів, що мають лактацію, метою має бути відвідування під наглядом, коли це доречно.

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- d. Допоможіть матері зціджувати молоко, якщо безпосереднє грудне вигодовування неможливе. Подвійний електричний молоковідсмоктувач повинен бути доступним (якщо це стандарт допомоги в місцевих пологових відділеннях, враховуючи, що такі молоковідсмоктувачі доступні не в усіх частинах світу). Персонал повинен бути знайомий з використанням таких молоковідсмоктувачів або слід проконсультуватися з іншим персоналом лікарні, щоб допомогти підтримати матір, що лактує, яка госпіталізована у відділення психіатрії. Молоко слід маркувати і зберігати, як вже зазначено, у відповідному холодильнику у відділенні (див. «Зціджування та зберігання молока»).

Ризик самопошкодження пацієнта є однією з проблем зі зціджуванням молока у психіатричному відділенні. Трубка молоковідсмоктувача становить небезпеку, оскільки вона може бути використана для спроби самогубства шляхом удушення. Тому жінки, що годують на стаціонарному лікуванні у психіатричному відділенні часто потребують нагляду під час зціджування, що може бути дискомфортним, враховуючи, що це діяльність, якою жінки воліють займатися приватно. Психіатричні бригади повинні знати про цей виклик і ретельно зважити ризик самопошкодження і право на приватність, останньому з яких, як правило надає перевагу пацієнт під час зціджування. Після завершення зціджування трубку слід вилучити у пацієнта до наступного разу. Використання ручного молоковідсмоктувача або навчання ручному зціджуванию молока може бути варіантом, якщо використання електричного молоковідсмоктувача створює загрозу безпеці матері і нагляд під час зціджування неможливий.

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- e. Допоможіть зціджувати молоко, якщо мати не в змозі робити це. Мама, що лактує з психіатричним діагнозом також може бути не в змозі самостійно зціджувати молоко через характер її діагнозу. Наприклад, вона може бути гостро психотичною, дезорганізованою або кататонічною. В такій ситуації, цілі грудного вигодовування повинні бути

обговорені з її законним представником, щоб допомогти якнайкраще підтримати її в цей час. Може існувати необхідність забезпечити команду спеціалістом з лактації, або іншим обізнаним у ГВ учасником команди, з метою допомоги у зціджуванні молока. Якщо зціджування молока не відбувається протягом тривалого часу, можуть виникнути інші ускладнення, пов'язані з лактацією. (див. «Підтримка хворого без свідомості»).

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендацій: В.

- f. Враховуйте грудне вигодовування при плануванні схеми прийому психотропних препаратів. Продумана оцінка ризиків та переваг психотропних препаратів, які є як ефективними так і мають найбільш сприятливий профіль безпеки для жінок, які годують груддю, має бути важливою частиною плану лікування. Надійне лікування психіатричних захворювань має першочергове значення і повинно бути вершиною пріоритетів. Хоча багато з цих ліків можуть вважатися безпечними при лактації, іноді комбінація багатьох психіатричних препаратів може викликати дратівливість дитини. Безпека ліків повинна оцінюватися як окремо, так і в контексті всього режиму прийому ліків, і слід спостерігати за дитиною на предмет побічних ефектів. (Див. «Ліки» для рекомендованих ресурсів) Крім того, антипсихотичні препарати можуть підвищити рівень пролактину і, таким чином, збільшити вироблення молока.

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендацій: В.

13. Сприяння грудному вигодовуванню госпіталізованих немовлят та дітей на грудному вигодовуванні.

Грудне вигодовування дуже важливо для госпіталізованих немовлят і дітей. Однак втрата апетиту через хворобу дитини, голодування для аналізів або процедур і розлука з матір'ю, що лактує, може створити значні труднощі. Якщо немовлят або дітей на грудному вигодовуванні госпіталізують, слід докласти всіх зусиль, щоб забезпечити необмежений доступ до їх матері, що лактує, харчування та основні потреби якої мають бути задоволені. Було показано, що стрес матері від госпіталізації дитини впливає на грудне вигодовування.^{4,26} Якщо стається розлука або втрата апетиту у немовляти, мати, що лактує в ідеалі повинна зціджувати молоко за

допомогою подвійного електричного молоковідсмоктувача так часто, як зазвичай немовля годується грудьми, щоб підтримувати вироблення молока і мати доступне молоко для немовляти. Може знадобитися кваліфікована підтримка лактації (див. «Зціджування молока»). Матері може знадобитися запевнення, заохочення та настанови, якщо обсяги зціджування виявляються низькими.

Контакт шкіра-до-шкіри може допомогти полегшити безпосереднє грудне вигодовування, а також підтримувати об'єми зцідженого молока, якщо немовля не може годуватися безпосередньо грудьми.⁸⁰ Існують доступні онлайн-ресурси.^{81,82} Дитячі хронічні стани можуть створювати додаткові проблеми і можуть вимагати спеціальної підтримки, навчання та навичок медичного персоналу і обладнання.⁴

Іноді педіатричний пацієнт може бути старшим братом або сестрою немовляти на грудному вигодовуванні, і мама, що годує, може бути в лікарні з немовлям на грудному вигодовуванні. За цих обставин, слід дозволити немовляті на грудному вигодовуванні перебувати в палаті з матір'ю, що лактує і госпіталізованим братом або сестрою, якщо це не заборонено спеціальними протоколами інфекційного контролю. Повинно бути забезпечене безпечне місце для сну дитини на грудному вигодовуванні, наприклад, люлька або ліжечко. Якщо присутність немовляти на грудному вигодовуванні у відділенні неможлива через конкретні ризики для немовляти або логістичні обмеження, може знадобитися кваліфікована підтримка для матері, що лактує.

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендацій: В.

Особливі зауваження:

- a. Діти в дитячому відділенні інтенсивної терапії (PICU): Немовлята та маленькі діти можуть надходити для лікування серйозних захворювань, таких як інфекції, рак, корекція вроджених аномалій, або будь-яких травм, які можуть вимагати складних хірургічних процедур та/або тривалого перебування в стаціонарі. Часто ці немовлята або діти - принаймні спочатку - занадто хворі, щоб годуватися грудьми, та/або занадто хворі, щоб отримувати будь-який тип ентерального харчування. Крім того, мама, що лактує може бути занадто перевантажена здоров'ям немовляти чи дитини, щоб думати про питання, що стосуються

грудного вигодовування.⁴ Тому надзвичайно важливо, цілком заохочувати та підтримувати маму, що лактує для зцідження та підтримки вироблення молока⁸³ (Дивись вище). Щоб підтримувати постачання молока, слід заохочувати та підтримувати маму зціджувати молоко з першого контакту з медичною системою, будь то відділення невідкладної допомоги чи клініка. Коли немовля або дитина на грудному вигодовуванні переводиться за межі лікарні до ПВІТ транспортною групою, має бути координація з усіма залученими групами, щоб забезпечити матері за необхідності можливість завершити зцідження молока вчасно.

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- b. Дихальна підтримка: близько у третини педіатричних пацієнтів, які потребують інтубації та штучної вентиляції легень, може розвинутися певний ступінь дисфагії. Це ще частіше зустрічається у дітей віком до 25 місяців.⁸⁴ Навіть якщо до госпіталізації дитина була на грудному вигодовуванні, перехід назад до грудей може бути додатковою проблемою і може вимагати кваліфікованої підтримки лактації і настанов.

Немовлятам, які були на грудному вигодовуванні задовго до гострого захворювання, і які ще не повернулися до вихідного рівня з точки зору респіраторного або неврологічного статусу, іноді потрібна деяка респіраторна підтримка, наприклад носова канюля або носова канюля з високим потоком. У дітей з бронхіолітом, які потребують носові канюлі високого потоку, побічні ефекти пов'язані з годуванням, здаються рідкісними, незалежно від методу годування.⁸⁵ Безпосереднє грудне вигодовування може бути кращим, оскільки дозволяє дитині краще регулювати потік молока з грудей, а також може допомагати заспокоїти немовля.²⁸ Крім того, безпосереднє грудне вигодовування краще, ніж зціджене молоко, з інших вже описаних причин (див. «Зцідження молока»).

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- c. Немовлята з вродженими захворюваннями. Новонароджені та немовлята з важкими

вродженими захворюваннями, такими як серцеві, ниркові, захворювання органів травлення або легень можуть потребувати частої або тривалої госпіталізації в педіатричні відділення або педіатричні відділення інтенсивної терапії. Ці пацієнти часто мають підвищений ризик інфекційних ускладнень, некротичного ентероколіту, труднощі з годуванням і порушення росту, і, таким чином, грудне вигодовування та грудне молоко може надати їм спеціальний захист. У той же час вони можуть мати деякі хронічні стани, такі як гіпотонія, сонливість, поганий набір ваги та інші, які створюють додаткові проблеми і можуть вимагати кваліфікованої підтримки лактації та/або обладнання.⁴ Багато немовлят потребують госпіталізації, поки лактація ще налагоджується і можуть бути не в змозі вигодовуватися безпосередньо грудьми. Доказово обґрунтоване навчання та догляд з лактації повинні надаватися матерям та сім'ям пренатально і продовжуватися протягом всього періоду госпіталізації немовляти.²¹ Немовлята, які здатні вигодовуватися безпосередньо грудьми, можуть стати клінічно більш стабільними, при цьому зменшується стрес та потреба в медикаментозному знеболенні або контролі артеріального тиску.^{28,30}

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- d. Підтримка лактації для немовляти або дитини з хірургічною патологією: немовлята, які перенесли будь-який тип операції, можуть бути не в змозі їсти взагалі або мати можливість їсти лише обмежену кількість часу. Таким чином, мама може потребувати зцідження молока (див. вище та Протокол АВМ № 25 Допроцедурне голодування¹⁸). Коли немовля надходить на операцію після встановлення лактації, слід якомога швидше полегшити і заохотити пряме грудне вигодовування. Деякі з цих немовлят або дітей можуть мати кілька трубок, катетерів і дренажів безпосередньо у післяопераційному періоді. Матерям знадобляться додаткова кваліфікована підтримка для грудного вигодовування своїх немовлят, щоб уникнути зміщення катетерів, трубок і дренажів, а також слід приділяти увагу контролю болю немовляти. Повернення до грудей може бути повільним. Багатопрофільна команда зі знанням всіх

цих аспектів є необхідною для догляду за парою мама-малюк.⁴

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

- е. Суворий баланс рідини та грудне вигодовування для хворої дитини: важкохворі діти часто вимагають дуже суворого балансу рідини для підтримки функцій життєво важливих органів, що є складним завданням, коли немовля харчується грудьми безпосередньо біля грудей. Незважаючи на це, краще дозволяти та заохочувати дитину до безпосереднього годування грудьми замість використання інших засобів годування, які б дозволили точніше вимірювати об'єм⁸⁶ (див. «Зцідження молока» та «Дихальна підтримка»). Невелике дослідження показало, що контрольні зважування при грудному вигодовуванні серед немовлят з хворобами серця в педіатричному відділенні кардіологічного профілю допомагають підтримувати грудне вигодовування, надають більш точну оцінку споживання та оптимізують баланс рідини.⁸⁷

Рівень доказовості: 2. Сила рекомендації: В.

14. Сприяти спільному прийняттю рішень

Іноді у матері, яка годує груддю, наявна хвороба, що ставить її перед важким рішенням про припинення грудного вигодовування. Залежно від віку дитини та життєвих обставин матері, мати, можливо, розглядала припинення грудного вигодовування перед тим, як захворіти. Важливо, щоб вона володіла точною інформацією для прийняття цього рішення, зокрема про безпеку необхідних ліків для лікування її хвороби. Можливо, пацієнтка неправильно припустила, що через її хворобу доведеться припинити годування груддю. Іноді медичний працівник може помилитися рекомендуючи їй припинити грудне вигодовування. Матері повинні бути проінформовані про ризики для власного здоров'я та здоров'я їхньої дитини при ранньому припиненні грудного вигодовування¹⁵ (або, за бажанням, це можна описати як «переваги продовження грудного вигодовування»). Навпаки, мати може сильно хотіти продовжувати годувати грудьми, але можливо припускала, що це не буде можливо. Інші матері могли зазнати серйозного зниження продукції

молока в результаті розлуки з немовлям або інших перерв у виведенні молока через хворобу. Такі матері потребуватимуть професійної підтримки лактації, щоб безпечно відновити грудне вигодовування та забезпечити достатній набір ваги дитини. Незважаючи на це, важливо, щоб рішення матері було прийнято з повним поясненням ризиків та переваг для матері та дитини та доступом до доступної професійної підтримки лактації, коли це необхідно.

Рівень доказовості: 3. Сила рекомендації: С.

Резюме

Підтримка матері, яка лактує, або немовляти на грудному вигодовуванні чи дитини під час госпіталізації є важливою і може сприяти їх одужанню, особливо після тяжкого захворювання. Навіть коли складні обставини, такі як пандемія SARS-CoV-2, робить необхідним обмеження відвідувачів лікарні, слід серйозно розглядати наявність особи, яка підтримує матір, щоб дозволити їй підтримувати близькість до дитини. По можливості, догляд повинен надаватися в одному закладі для матері, що лактує, і дитини на грудному вигодовуванні і, таким чином, заклади повинні працювати над адаптацією своєї інфраструктури для належної підтримки сімей, які годують грудьми.

Сфери майбутніх досліджень

Оскільки на цю тему мало публікацій, будемо раді бачити більше опублікованих звітів про досвід, включно з прикладами політики та серії випадків.

Переклали українською:

Бесклінська Олександра (Київ, Україна).

Барська Ліна (Харків, Україна)

Бабич Лідія (Київ, Україна)

Джерела

1. Courtois E, Thibault P. [Impact of hospitalization of an infant during breast-feeding: Mother-child investigation]. *Rech Soins Infirm* 2010;102:50–58.
2. Heilbronner C, Roy E, Hadchouel A, et al. Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: A telephone survey. *BMJ Paediatr Open* 2017;1:e000158.
3. Bartick MC, Valdes V, Giusti A, et al. Maternal and infant outcomes associated with maternity practices related to COVID-19: The COVID mothers study. *Breastfeed Med* 2021;16:189–199.
4. Hookway L, Lewis J, Brown A. The challenges of medically complex breastfed children and their families: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2021:e13182.
5. Simon JA, Carabetta M, Rieth EF, et al. Perioperative care of the breastfeeding patient. *AORN J* 2018;107:465–474.
- program: A descriptive study. *Breastfeed Med* 2018;13:97–105.
7. Australian Breastfeeding Association. Breastfeeding and hospitalisation. Australian Breastfeeding Association 2017. <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/breastfeeding-and-hospitalisation>
8. Watson J, Hermann S, Johnson B. Developing a policy to support breastfeeding in women who are hospitalized and acutely ill. *Nurs Womens Health* 2013;17:188–196.
9. Dumphy D. The breastfeeding surgical patient. *AORN J* 2008;87:759–766; quiz 767–770.
10. Wenner L. Care of the breastfeeding mother in medical surgical areas. *Medsurg Nurs* 2007;16:101–104.
11. Shanahan H, Ashton J. Breastfeeding Women Admitted to Hospital Clinical Guideline V3.1. Truro, United Kingdom: NHS Royal Cornwall Hospitals, 2020.
12. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
13. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55 e46.
14. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: Global results from a new tool. *Health Policy Plan* 2019;34:407–417.
15. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decisionmaking for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021: e13129.
16. Hernandez-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al.; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–574.
17. Reece-Stremtan S, Campos M, Kokajko L, et al. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017; 12:500–506.
18. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #25: Preprocedural fasting for the breastfeeding infant: “NPO” guidelines. *Breastfeed Med* 2012;7:197–202.
19. Mitchell KB, Fleming MM, Anderson PO, et al. ABM clinical protocol #31: Radiology and nuclear medicine studies in lactating women. *Breastfeed Med* 2019;14:290–294.
20. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017;13:3-6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017;2013(2012):null.
21. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities: Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
22. Colaizy TT, Bartick MC, Jegier BJ, et al. Impact of optimized breastfeeding on the costs of necrotizing enterocolitis in extremely low birthweight infants. *J Pediatr* 2016; 175:100–105 e102.
23. O’Connor DL, Gibbins S, Kiss A, et al. Effect of supplemental donor human milk compared with preterm formula on neurodevelopment of very low-birth-weight infants at 18 months: A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;316:1897–1905.
24. Khan J, Vesel L, Bahl R, et al. Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life:

- Effects on neonatal mortality and morbidity—A systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J* 2015;19:468–479.
25. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson W. Black/African American breastfeeding experience: Cultural, sociological, and health dimensions through an equity lens. *Breastfeed Med* 2021;16:103–111.
 26. Foligno S, Finocchi A, Brindisi G, et al. Evaluation of mother's stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate: Experience in intensive and non intensive departments. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:1298.
 27. Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, et al. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28:13–19.
 28. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013;9:201–206.
 29. Boss M, Gardner H, Hartmann P. Normal human lactation: Closing the gap. *F1000Res* 2018;7:F1000 Faculty Rev-801.
 30. Uvnäs-Moberg K, Ingemar A, Magnusson D. The psychobiology of emotion: The role of the oxytocinergic system. *Int J Behavioral Medicine* 2005;12:59–65.
 31. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001;131:3012S–3015S.
 32. Vetulani J. Early maternal separation: A rodent model of depression and a prevailing human condition. *Pharmacol Rep* 2013; 65:1451–1461.
 33. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee On Fetus and Newborn, Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138: e20161889.
 34. Jonas W, Bisceglia R, Meaney MJ, et al. The role of breastfeeding in the association between maternal and infant cortisol attunement in the first postpartum year. *Acta Paediatr* 2018;107:1205–1217.
 35. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: Keep mother and newborn together—It's best for mother, newborn, and breastfeeding. *J Perinat Educ* 2019;28:108–115.
 36. Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, et al. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006;117:e387–e395.
 37. Johnson HM, Mitchell KB. Lactational phlegmon: A distinct clinical entity affecting breastfeeding women within the mastitis-abscess spectrum. *Breast J* 2020;26:149–154.
 38. Hassiotou F, Hepworth AR, Metzger P, et al. Maternal and infant infections stimulate a rapid leukocyte response in breastmilk. *Clin Transl Immunology* 2013;2:e3.
 39. Riskin A, Almog M, Peri R, et al. Changes in immunomodulatory constituents of human milk in response to active infection in the nursing infant. *Pediatr Res* 2012;71: 220–225.
 40. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD006170.
 41. Meier PP, Patel AL, Hoban R, et al. Which breast pump for which mother: An evidence-based approach to individualizing breast pump technology. *J Perinatol* 2016;36:493–499.
 42. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, et al. "Breastfeeding" without baby: A longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr* 2017;13: e12426.
 43. Felice JP, Rasmussen KM. Breasts, pumps and bottles, and unanswered questions. *Breastfeed Med* 2015;10:412–415.
 44. Lawrence RA. Storage of human milk and the influence of procedures on immunological components of human milk. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:14–18.
 45. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *J Am Board Family Pract* 2004;17:59–67.
 46. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016: CD006641.
 47. Ng CA, Ho JJ, Lee ZH. The effect of rooming-in on duration of breastfeeding: A systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *PloS One* 2019;14:e0215869.

48. Fewtrell M, Kennedy K, Lukyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
49. Silberman SL. Pioneering in family-centered maternity and infant care: Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bull Hist Med* 1990;64:262–287.
50. Lee S, Kelleher SL. Biological underpinnings of breastfeeding challenges: The role of genetics, diet, and environment on lactation physiology. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2016;311:E405–E422.
51. World Health Organization. (2009). Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
52. Centers for Disease Control and Prevention. Table 3.2. Median number of feedings of each food in the past 7 days by infant age, among babies who consumed each food. U.S. Department of Health and Human Services. Infant Feeding Practices Survey II Website. 2008. https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/ifps/data/ifps2_tables_ch3.pdf (accessed February 20, 2021).
53. Institute of Medicine (US), Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. 5: Milk volume. In: *Nutrition During Lactation*. Washington, DC: National Academies Press (US), 1991.
54. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. US Department of Health and Human Services. 2020. <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed January 29, 2021).
55. Flores-Anto'n B, Martin-Cornejo J, Morante-Santana MA, et al. Comparison of two methods for cleaning breast pump milk collection kits in human milk banks. *J Hosp Infect* 2019;103:217–222.
56. Stanford Medicine Newborn Nursery, Morton J. Hand expression of breastmilk. Stanford University. 2006. <http://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breastfeeding/hand-expressing-milk.html> (accessed January 29, 2021).
57. Centers for Disease Control and Prevention. Proper storage and preparation of breast milk. Department of Health and Human Services. 2020. https://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm (accessed January 29, 2021).
58. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.
59. LactMed: Drugs and Lactation Database. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed September 20, 2006).
60. Texas Tech University Health Sciences Center. Infant Risk Center at Texas Tech University Health Sciences Center: Breastfeeding. Texas Tech University Health Sciences Center. 2021. <https://www.infantrisk.com/category/breastfeeding> (accessed January 29, 2021).
61. e-lactancia. Is it compatible with breastfeeding? Association for the Promotion of and Scientific and Cultural Research in Breastfeeding of Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (World Health Organization). 2021. www.e-lactancia.org/ (accessed February 20, 2021).
62. Sachs HC, Committee On Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
63. Odom EC, Li R, Scanlon KS, et al. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131: e726–e732.
64. Brown A, Finch G, Trickey H, et al. 'A Lifeline When No One Else Will Give You the Answer': An Evaluation of the Breastfeeding Network kdrugs in Breastmilk Service. Scotland: Breastfeeding Network, 2019.
65. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to breastfeeding or feeding breast milk to infants. US Department of Health and Human Services. 2019. <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-specialcircumstances/contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed January 29, 2021).

66. Carneiro-Proietti AB, Amaranto-Damasio MS, Leal-Horiguchi CF, et al. Mother-to-child transmission of Human T-Cell Lymphotropic Viruses-1/2: What we know, and what are the gaps in understanding and preventing this route of infection. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2014;3Suppl1:S24–S29.
67. World Health Organization. Updates on HIV and Infant Feeding. Geneva: World Health Organization, 2021.
68. Loveday M, Hlangu S, Furin J. Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2020;24: 880–891.
69. World Health Organization. Breastfeeding and COVID-19. Scientific Brief. 2020. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-and-covid-19#:~:text=WHO%20recommends%20that%20mothers%20with,confirmed%20COVID%2D19> (accessed October 16, 2020).
70. Auerbach KG, Avery JL. Relactation: A study of 366 cases. *Pediatrics* 1980;65:236–242.
71. Turner T. Why North Carolina mom believes newborn saved her life. ABC News [Internet]. 2015. Available from: <https://abcnews.go.com/Health/north-carolina-mom-believes-newborn-saved-life/story?id=34836156> (accessed August 22, 2021).
72. Eglash A, Malloy ML. Breastmilk expression and breast pump technology. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:855–867.
73. Wisner KL, Jennings KD, Conley B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:479–493.
74. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:53–58.
75. Galbally M, Sved-Williams A, Kristianopoulos D, et al. Comparison of public mother-baby psychiatric units in Australia: Similarities, strengths and recommendations. *Australas Psychiatry* 2019;27:112–116.
76. Kimmel MC, Lara-Cinisomo S, Melvin K, et al. Treatment of severe perinatal mood disorders on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2016;19:645–653.
77. Meltzer-Brody S, Brandon AR, Pearson B, et al. Evaluating the clinical effectiveness of a specialized perinatal psychiatry inpatient unit. *Arch Womens Ment Health* 2014;17: 107–113.
78. Buist A, Minto B, Szego K, et al. Mother-baby psychiatric units in Australia-The Victorian experience. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:81–87.
79. Hill R, Law D, Yelland C, et al. Treatment of postpartum psychosis in a mother-baby unit: Do both mother and baby benefit? *Australas Psychiatry* 2019;27:121–124.
80. Vittner D, McGrath J, Robinson J, et al. Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent-infant relationship. *Biol Res Nurs* 2018;20:54–62.
81. Children's Hospital of Philadelphia. Maintaining your milk supply while your baby is hospitalized. Children's Hospital of Philadelphia. 2021. <https://www.chop.edu/pages/maintaining-your-milk-supply-while-baby-hospitalized> (accessed February 15, 2012).
82. Children's Wisconsin. Breastfeeding your hospitalized child. Children's Wisconsin. 2021. <https://childrenswi.org/medical-care/neonatology/breastfeeding-resources/breastfeeding-your-hospitalized-child> (accessed February 15, 2021).
83. Ben Gueriba K, Heilbronner C, Grimaud M, et al. Simple actions to support breastfeeding can avoid unwanted weaning in infants younger than 6 months hospitalized for bronchiolitis: A before/after study (Bronchilact II). *Arch Pediatr* 2021;28:53–58.
84. Hoffmeister J, Zaborek N, Thibeault SL. Postextubation dysphagia in pediatric populations: Incidence, risk factors, and outcomes. *J Pediatr* 2019;211:126–133 e121.
85. Shadman KA, Kelly MM, Edmonson MB, et al. Feeding during high-flow nasal cannula for bronchiolitis: Associations with time to discharge. *J Hosp Med* 2019;14:E43–E48.
86. Combs VL, Marino BL. A comparison of growth patterns in breast and bottle-fed infants with congenital heart disease. *Pediatr Nurs* 1993;19:175–179.
87. Gregory C. Use of test weights for breastfeeding infants with congenital heart disease in a cardiac transitional care unit: A best practice

implementation project. *JBIC Database System Review Implement Rep* 2018;16:2224–2245.

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.

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM, lead author

Maria Teresa Hernandez-Aguilar, MD, MPH, PhD

Nancy Wight, MD, FABM

Katrina B. Mitchell, MD

Liliana Simon, MD, MS

Lauren Hanley, MD

Samantha Meltzer-Brody, MD, MPH

Robert M. Lawrence, MD

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol
Committee Members

Elizabeth Stehel, MD, Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM

Sarah Calhoun, MD

Laura Kair, MD, MAS, FABM

Susan Lappin, MD, FABM

Ilse Larson, MD

Yvonne LeFort, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD

Susan Rothenberg, MD, IBCLC, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Gina Weissman, DMD, RN

Nancy Wight, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Adora Okogbule-Wonodi, MD

Michal Young, MD, FABM

Deena Zimmerman, MD, MPH

For correspondence: abm@bfmed.org