

Академія медицини грудного вигодовування клінічний протокол №3: Догодовування здорових доношених новонароджених на грудному вигодовуванні, перегляд 2017

Ann Kellams,¹ Cadey Harrel,² Stephanie Omage,³ Carrie Gregory,^{4,5}
Casey Rosen-Carole,^{4,5} and the Academy of Breastfeeding Medicine

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

Визначення, що використовуються в цьому протоколі

- **Виключно грудне вигодовування:** годування лише грудним молоком (безпосередньо з грудей чи власним зцідженим молоком матері), відсутність іншої додаткової їжі або води, крім вітамінів, мінералів та ліків.
- **Догодовування:** додаткові рідини, що дають немовляті на грудному вигодовуванні, молодшому 6 місяців (рекомендована тривалість виключно грудного вигодовування). Ці рідини можуть включати донорське грудне молоко, адаптовану молочну суміш або інші замітники грудного молока (наприклад, вода з глюкозою).
- **Прикорм:** Тверда або напівтверда їжа, яку дають немовляті, крім грудного вигодовування, коли грудне молоко більше не може повністю задовольнити харчові потреби дитини.
- **Доношена дитина:** в цьому протоколі термін «доношена дитина» також включає немовлят (гестаційного віку 37-38 6/7 тижнів).

Передумови

Для налагодження успішного грудного вигодовування необхідно надати якнайшвидшу можливість годувати грудьми, допомогти в прикладанні до грудей та навчити переважну більшість матерів і немовлят. Хоча деякі немовлята не можуть успішно прикластися і смоктати груди в першу добу (24 години), більшість з них будуть успішно годуватися грудьми з часом при відповідній оцінці й підтримці грудного вигодовування. Виключно грудне вигодовування протягом перших 6 місяців забезпечує найбільшим захистом від серйозних проблем зі здоров'ям зі сторони як матерів, так і немовлят¹⁻³. На жаль, догодовування адаптованою молочною сумішшю здорових новонароджених в лікарнях є звичним явищем,^{4,5} незважаючи на поширені рекомендації протилежного.⁶⁻⁸ Раннє догодовування адаптованою молочною сумішшю пов'язане зі зниженням частоти виключно грудного вигодовування протягом перших 6 місяців та загальною коротшою тривалістю грудного вигодовування^{9,10}.

Тому дії лікарень, медичних установ та громадських організацій, які пропагують грудне вигодовування, надзвичайно важливі для покращення винятковості та тривалості грудного вигодовування¹⁰. Одним з шляхів є впровадження «Десяти Кроків до Успішного Грудного Вигодовування» (основа для ініціативи "Лікарня доброзичлива до дитини"), як в лікарні, так і в суспільстві.

Фізіологія новонародженого

Невелика кількість молока відповідає розмірам шлунку новонародженого,¹¹⁻¹³ запобігає гіпоглікемії у здорової, доношеної, відповідно до гестаційного віку, новонародженої дитини,^{14,15} і полегшує немовляті опановувати та координувати процеси смоктання, ковтання та дихання, коли він/вона тільки вчиться цьому. Здорові доношені новонароджені, також мають достатню кількість води в тілі, щоб задовольнити свої метаболічні потреби навіть у спекотному кліматі.¹⁶⁻¹⁸ Рідина, необхідна для заміщення непомітних втрат вологи, належним чином забезпечується грудним молоком самостійно^{7,18}. Новонароджені втрачають вагу через фізіологічний діурез, через міграцію позаклітинної рідини після переходу від внутрішньоутробного до позаматкового життя, і вихід меконію. У проспективній когорті матерів з США, що народжували у «Лікарні доброзичливій до дитини» з оптимальною підтримкою грудного вигодовування, середня втрата ваги немовлят на виключно грудному вигодовуванні становила лише 5,5%; зокрема, більше 20% здорових немовлят на грудному вигодовуванні втратили більше 7% від ваги при народженні¹⁹. Дослідження понад 160 000 здорових немовлят на грудному вигодовуванні дозволило створити специфічні номограми погодинного зниження маси тіла, які показали збільшену втрату маси тіла для дітей, що народилися шляхом кесаревого розтину в порівнянні з вагінальними пологамі. У цьому дослідженні майже 5% немовлят, народжених вагінально, та >10% тих, хто народився шляхом кесаревого розтину,

1. Department of Pediatrics, University of Virginia, Charlottesville, Virginia.

2. Department of Family & Community Medicine, University of Arizona College of Medicine and Family Medicine Residency, Tucson, Arizona.

3. Discipline of General Practice, The University of Queensland, Brisbane, Australia.

4. Departments of 4 Pediatrics and 5 OBGYN, University of Rochester, Rochester, New York

втрапили $\geq 10\%$ через 48 годин після народження. Через 72 години $>25\%$ немовлят, народжених шляхом кесаревого розтину, втрапили $\geq 10\%$ від маси тіла при народженні.²⁰ Немовлята на грудному вигодовуванні відновлювали масу тіла при народженні в середньому через 8,3 дні (95% довірчий інтервал: 7,7-8,9 днів) з 97,5% дітей повернули вагу до 21 дня.²¹ За немовлятами слід уважно стежити, щоб виявити тих, хто виходить із прогнозованих меж, але більшість немовлят на грудному вигодовуванні не потребуватимуть догодовування. Слід також зазначити, що надмірна втрата ваги у новонароджених корелюється з позитивним балансом рідини в пологах у матері, (отримані шляхом внутрішньовенного введення рідини) і, можливо, не є безпосереднім показником успіху або невдачі грудного вигодовування.^{22,23}

РАННІЙ МЕНЕДЖМЕНТ МАМИ, ЯКА ВПЕРШЕ ГОДУЄ ГРУДЬМИ.

Деякі мами, які годують, сумніваються, що молозива в достатку для годувань та відчувають, що вони мають недостатню кількість молока.^{24,25} Ці жінки можуть отримувати суперечливі поради щодо необхідності догодовування, тому їх корисніше заспокоїти та допомогти з організацією грудного вигодовування та пояснити нормальну фізіологію грудного вигодовування і поведінки немовляти. Необґрунтоване догодовування може підірвати впевненість матері в своїй здатності задовольнити потреби немовляти в харчуванні²⁶, і давати хибну інформацію, як результат - догодовування дитини на грудному вигодовуванні вдома.²⁷ Введення суміші або іншого догодовування, може зменшити частоту прикладань немовляти до грудей, тим самим зменшуючи їх стимуляцію, що призводить до зменшення вироблення молока.²⁸ Матері після пологів мають низький рівень впевненості і дуже вразливі до зовнішніх впливів, наприклад, до порад догодовувати розчином глюкози або сумішшю. З добрих намірів медичні працівники можуть пропонувати догодовування, як засіб захисту матері від втоми або страждань, хоча це може суперечити їх ролі у сприянні грудному вигодовуванню.²⁹⁻³¹ Деякі соціально-демографічні фактори, різні в різних регіонах, пов'язані з догодовуванням у лікарні. Важливо виявляти ці фактори та діяти щодо них культурно чутливим чином. Невідповідні причини для догодовування та пов'язані з ними ризики є множинними (Додатку, Таблиця А1).

Ці поширені клінічні ситуації, коли аналіз та допомога з грудним вигодовуванням є необхідними, однак **ДОГОДОВУВАННЯ НЕ ПОКАЗАНЕ**, не є обов'язковим:

1. Здоровий доношений новонароджений, що відповідає гестаційному віку, добре смокче груди, має адекватні сечовипускання та випорожнення, втрата ваги знаходиться в очікуваному діапазоні, а рівні білірубіну не викликають занепокоєння (залежно від гестаційного віку, часу з моменту народження та будь-яких факторів ризику).³²
 - Новонароджені, як правило, сонні після першого активного періоду після народження (приблизно 2 години). Після цього їх цикли сну та пробудження протягом наступних 10 годин варіабельні, з додатковими одним чи двома активними періодами – незалежно від того, годують їх чи ні.³³
 - Пильне спостереження ранніх сигналів готовності до прикладання, контакт шкіра до шкіри з матір'ю (коли мама не спить), також бережне пробудження і стимулювання немовляти з метою збільшення частоти прикладань та навчання матері техніці зіджування руками крапель молозива³⁴, може бути більш доречним, ніж несвідоме догодовування через 6, 8, 12 чи навіть 24 годин.

- Довготривалий контакт шкіра до шкіри може сприяти частішим годуванням.
 - Десять відсотків втрати ваги не є обов'язковим чинником в догодовуванні, але є показником для оцінки стану немовляти.
2. Немовлята, які метушливі вночі або постійно смокчуть груди протягом декількох годин.
 - Кластерні годування (кілька коротких прикладань зразу одне за одним) є нормальною поведінкою новонароджених, але потрібно оцінити годування та поспостерігати за поведінкою немовляти біля грудей³⁵ та комфортом матері, щоб впевнитись, що немовля взяло груди глибоко й ефективно.
 - Деякі метушливі немовлята відчувають біль, на який слід звернути увагу.

3. Втоmlена або сонна мати.

- Незначна втома є нормальною для породіллі. Проте роздільне перебування, з метою дати матері відпочити, не покращує тривалість сну матерів³⁶, але зменшує можливість виключно грудного вигодовування.³⁷ Необхідно приділяти увагу ситуаціям крайньої втоми матері задля збільшення безпеки матері та дитини, щоб уникнути падінь та придушення.³⁸
- Організація грудного вигодовування, що забезпечує достатнє годування немовляти біля грудей, робить немовля більш задоволеним і дає мамі можливість більше відпочити.

Наведені далі рекомендації стосуються стратегій запобігання потреби в догодовуванні (див.також Додаток 2), а також показань та методів догодовування для здорової доношеної (від 37 до 42 тижнів) дитини на грудному вигодовуванні. Показів для догодовування здорової доношеної дитини мало^{7,39}, Таблиця 1, перелік можливих показань до введення догодовування. У всіх випадках медичний працівник повинен вирішити, чи клінічна вигода перевищує потенційні негативні наслідки таких годувань.

Рекомендації

Крок 1 Попередити потребу в догодовуванні

1. Існують неоднозначні, але переважно позитивні докази ролі допологової освіти та внутрішньолікарняної підтримки на рівень виключно грудного вигодовування⁴⁰⁻⁴² (I) (якість доказів [рівні доказів I, II-1, II-2, II-3 та III] ґрунтується на підставі рейтингів U.S. Preventive Services⁴³ Task Force Appendix A Task Force Ratings, і зазначається у дужках.)
2. Весь персонал, який надає допомогу породіллям, повинен вміти допомагати та оцінювати грудне вигодовування немовлят, особливо, якщо інший компетентний персонал недоступний.
3. Матері та медичні працівники, повинні знати про ризики необґрунтованого догодовування.
4. Здорове немовля повинне бути в контакт з "шкіра до шкіри" з мамою, якщо вона при свідомості і бадьора, одразу після народження, щоб стимулювати початок грудного вигодовування.^{7,44} (I) Затримка між народженням та першим прикладанням до грудей є сильним предиктором застосування адаптованої молочної суміші і може вплинути на подальше вироблення молока у матері^{10,45,46} (II-3, II-2, II-3).
5. Ідеально мати кімнату для матері і немовляти задля 24-годинного сумісного перебування, щоб реагувати на сигнали немовляти, збільшити можливості для грудного вигодовування, запустити секреторну активацію (лактогенез II)^{7,39,47,48} (III).
6. Якщо розділення матері та дитини є обов'язковим і продукція молока ще не встановилася або вивільнення молока не є повноцінним, цю маму потрібно навчити та заохоти зіджувати молоко вручну чи молоковідсмоктувачем.

Таблиця 1. Можливі Показання для Догодовування в Здорових Доношених Немовлят (гестаційний вік 37–41 6/7 тижнів)

1. Показання зі сторони немовляти
 - a. Асимптоматична гіпоглікемія, задокументована лабораторними вимірюванням рівня глюкози в крові (не методом скринінгу біля ліжка хворого), що не коригується частим і належним годуванням грудьми. Зауважте, що 40% гелі декстрози, нанесений за щоку малюка, ефективний в цьому сценарії для підвищення рівня глюкози в крові і покращує показники виключно грудного вигодовування після виписки без даних про несприятливі ефекти.⁷⁸ Діти з симптомами гіпоглікемії або з глюкозою <1.4 ммоль/л (<25 мг/дл) у перші 4 години або <2,0 ммоль/л (<35 мг/дл) через 4 години потребують введення глюкози внутрішньовенно.¹⁵ Грудне вигодовування слід продовжувати під час внутрішньовенної терапії глюкозою.
 - b. Ознаки або симптоми, які можуть свідчити про недостатнє споживання молока:
 - i. Клінічні або лабораторні докази значного зневоднення (наприклад, гіпернатріємія, погане харчування, м'якість тощо), які не покращуються після кваліфікованої оцінки та належного ведення грудного вигодовування.⁷⁹
 - ii. Втрата ваги >8–10% (день 5 [120 годин] або пізніше) або втрата ваги більше 75-го перцентилі за віком.
 1. Хоча втрата ваги в діапазоні 8–10% може бути в межах норми, якщо все інше йде добре і результати обстеження дитини нормальні — це є показаннями для ретельної оцінки та можливої допомоги з грудним вигодовуванням. Ще більша втрата ваги може свідчити про недостатнє вивільнення молока або низьку продукцію молока у матері, але необхідна ретельна оцінка перш, ніж автоматично призначити догодовування.^{19,20,80}
 2. Погодинні номограми втрати ваги для здорових новонароджених можна знайти за адресою: www.newbornweight.org^{20,80}
 - iii. Затримка випорожнення кишечника: менше чотирьох випорожнень на 4-й день життя або все ще меконієві випорожнення на 5-й день (120 годин).^{48,80}
 1. Характерні ознаки дефекації та сечовипускання новонароджених слід відстежувати принаймні до початку секреторної активації. Незважаючи на великі відмінності між немовлятами, ці дані можуть бути корисними при визначенні адекватності грудного вигодовування.^{81,82} П-2. У новонароджених з більшою частотою дефекації протягом перших 5 днів після народження початкова втрата ваги менша, раніше відбувається перехід на жовтий колір калу і вони раніше повертаються до ваги при народженні.⁸³
 - c. Гіпербілірубінемія (див. Клінічний протокол ABM №22: Керівництво по веденню жовтяниці)
 - i. Субоптимальна жовтяниця новонароджених, пов'язана з недостатнім споживанням грудного молока дитиною, незважаючи на відповідні втручання. Для неї характерний початок через 2–5 днів після народження і цей стан характеризується постійною втратою ваги, недостатньою кількістю випорожнень та виведенням кристалів сечової кислоти з сечею.
 - ii. Жовтяниця грудного вигодовування: коли рівень білірубіну сягає 340–425 ммоль/л (20–25 мг/дл) у дитини, яка добре себе почуває і росте, і, де може розглядатися тимчасове діагностичне та/або терапевтичне переривання грудного вигодовування. Діагностика першої лінії має включати лабораторну оцінку, а не переривання грудного вигодовування.
 - d. Показане додавання макронутрієнтів, наприклад, деяким немовлятам з вродженими порушеннями метаболізму.
2. Показання зі сторони мами
 - a. Затримка секреторної активації (3–5-й день або пізніше (72–120 годин) і недостатнє споживання немовлям).⁸⁰
 - b. Первинна залозиста недостатність (менше 5% жінок – мають первинну недостатність лактації), про що свідчить аномальна форма грудей, поганий ріст грудей під час вагітності або мінімальні ознаки початку секреторної активації.^{84,85}
 - c. Патологія молочної залози або попередня операція на грудях, що призводять до недостатньої продукції молока.⁸⁴
 - d. Тимчасове припинення грудного вигодовування через прийом певних ліків (наприклад, хіміотерапія) або тимчасове розділення матері та дитини, коли зціджене молоко недоступне.
 - e. Нестерпний біль під час годування грудьми, який не полегшується втручаннями,

щоб стимулювати продукцію молока та забезпечити дитину зцідjenим молоком^{7,39, 48,49} (I, III) цей процес потрібно розпочати протягом 1 години від народження.⁴⁵ (II-2)

Крок 2. Увага до раних індикаторів можливої потреби в догодовуванні

1. Лікарі-педіатри, які ведуть нагляд за новонародженим, повинні знати показання зі сторони матері та немовляти щодо потреби в догодовуванні, як зазначено в Таблиці 1.
2. У всіх новонароджених потрібно оцінювати прикладання та процес отримання молока перед тим, як призначити догодовування. Така оцінка повинна проводитись медичним працівником із досвідом консультування з грудного вигодовування, якщо це можливо.^{7,48}

Крок 3. Визначити, в яких випадках догодовування потрібне та робити це дбайливо.

1. Потрібно визначити статус новонародженого, який потребує догодовування; рішення мають прийматись індивідуально для кожного конкретного випадку (вказівки – в Таблиці 1).
2. Лікарні повинні ретельно розглянути формулювали і впровадити політику та зобов'язати медичного працівника дотримуватись порядку, коли догодовування є медичною необхідністю та отримати інформовану згоду

матері, коли догодовування немає медичних показів.

Відповідальність медичного працівника полягає в тому, щоб повною мірою інформувати батьків про переваги та ризики догодовування, документування рішення батьків та підтримка їх після прийняття рішення.^{50,51} (III)

3. Всі догодовування повинні бути задокументовані, включаючи інформацію про те, чим догодовували, об'єм, метод годування та медичні показання чи причини.
4. Якщо догодовування призначене за медичними показаннями, головними цілями є нагодувати немовля та оптимізувати кількість молока у матері, поки визначається причина: недостатня кількість молока у матері, неефективне смоктання або недостатнє висмоктування молока дитиною. Догодовування має здійснюватись таким чином, щоб допомогти зберегти грудне вигодовування. Наприклад, використовувати тільки такі об'єми, що відповідають нормальній фізіології новонароджених; уникати використання дурника/замінників грудей,⁵² (I); стимуляція грудей матері ручним зціджуванням або молоковідсмоктувачем; продовження прикладань дитини до грудей
5. Оптимально, матері мають часто зціджувати молоко: зазвичай кожного разу, як немовля отримує

догодовування або, принаймні, 8 разів на 24 години, якщо дитина не смокче груди. Груді кожного разу мають зціджуватися якнайповніше.⁵³ (II-2) Необхідно уникати нагрудання грудей, оскільки воно ще більше знижує кількість молока у матері та може призвести до інших ускладнень.⁵⁴ (III)

- Критерії припинення догодовування повинні розглядатися з моменту прийняття рішення про те, що догодовування потрібні і їх треба обговорити з батьками. Припинення догодовувань може стати джерелом занепокоєння для батьків та медперсоналу. Слід звернути увагу на фактори, що призвели до необхідності догодовування: матерям треба допомогти з налагодженням продукції молока, навчити їх прикладанню немовляти до грудей, забезпечити комфорт, навчити визначати, що їх дитині вистачає молока. Важливо забезпечити уважне подальше спостереження за матір'ю та немовлям.
- Якщо рішення про догодовування приймається не за медичними показаннями (табл. 1), дискусії з матір'ю мають бути задокументовані медсестрою та/або медичним персоналом, після чого слід повністю підтримати її поінформоване рішення.

ВИБІР ДОГODOVУВАННЯ

- Власне зціджене молоко матері є першим у виборі для догодовування дитини.^{7,55} (III) Ручне зціджування в перші дні після пологів може забезпечити більші об'єми, ніж молоковідсмоктувач, та підвищити подальшу продукцію молока.⁵⁶ Масаж грудей та/або їх компресія [бережне стискання] під час зціджування молоковідсмоктувачем також може збільшити кількість отриманого молока.⁵⁷ (II-3)
- Якщо кількість власного молозива або молока матері не відповідає потребам немовляти і потрібне догодовування, донорське грудне молоко є кращим варіантом вибору, ніж інші.⁵⁵
- Якщо донорське грудне молоко недоступне або його використання недоцільне, гідролізовані суміші можуть бути кращим варіантом, ніж стандартна адаптована молочна суміш, оскільки вони допомагають уникнути контакту з інтактними білками коров'ячого молока та швидше понизити рівень білірубину⁵⁸ (II-2). Хоча останні дані досліджень менше підтримують користь таких сумішей для профілактики алергічних захворювань⁵⁹ (I). Використання такого типу сумішей також на психологічному рівні є важливим повідомленням, що догодовування сумішшю — тимчасове медичне втручання, а не постійна необхідність надалі користуватися штучними адаптованими молочними сумішами.
- Використання для догодовування води з глюкозою є не відповідним, оскільки не покриває потреби в достатньому харчуванні, не знижує рівень білірубину^{60,61} та може спричинити гіпонатріємію.
- Потрібно оцінити потенційні ризики та переваги інших продуктів для догодовування, таких як: суміші з коров'ячого молока, сої або гідролізатів, враховуючи наявні ресурси родини, вік дитини, кількість, що потрібна та потенційний вплив на налагодження грудного вигодовування.

Об'єм догодовування

- Декілька досліджень дають уявлення про те, як з часом змінюються об'єми висмоктаного з грудей молока. У більшості досліджень показано, що кількості спожитого молока розподілені у широкому діапазоні, в той час, як немовлята, що отримують суміш, зазвичай з'їдають більші об'єми, ніж діти на грудному вигодовуванні.⁶²⁻⁶⁶ (II-3).
- Діти, що отримують суміш на вимогу, зазвичай з'їдають набагато більше, ніж діти на грудному вигодовуванні.^{65,66} (II-3)

Враховуючи знання, що грудне вигодовування на вимогу — це той варіант, що сформувався в процесі еволюції та, коли врахувати останні дані про частоту ожиріння у немовлят на штучному вигодовуванні, треба визнати, що діти, які отримують адаптовану молочну суміш, можуть переїдати.

- Оскільки немає остаточно досліджень, об'єм догодовування має відповідати нормальним об'ємам доступного молозива, розміру шлунку немовляти (який змінюється з часом), а також віку та конституційних особливостей немовлят. Об'єми споживання молока на 2-й день після народження, як правило, вищі, ніж у перший, по відношенню до потреб новонародженої дитини.⁶⁵
- Рекомендовані об'єми, на основі обмежених доступних досліджень, для здорових доношених малюків, наведені в Таблиці 2, але годування мають базуватися на сигналах дитини.

МЕТОДИ ДОГODOVУВАННЯ

- При необхідності догодовування дитини можна обирати з декількох методів догодовування: система для догодовування біля грудей, догодовування з чашки, ложки або піпетки, догодовування по пальцю, догодовування із шприца чи годування з пляшки.⁶⁷ (III)
- Поки що немає даних про єдиний найкращий метод догодовування і вибір методу для різних дітей може бути різним. Немає методу без потенційних ризиків чи переваг.⁶⁸
- При виборі альтернативного методу догодовування, лікарі мають взяти до уваги декілька критеріїв:
 - вартість та наявність
 - простота використання і миття
 - стресовість для немовляти
 - можливість згодувати достатній об'єм молока за 20-30 хвилин
 - чи є передбачуване використання короткотривалим або довгостроковим
 - вподобання матері
 - вміння медичного персоналу
 - чи підходить метод для розвитку навичок грудного вигодовування.
- Немає жодних доказів того, що будь-який з цих методів небезпечний або, що він обов'язково кращий за інші. Існують певні свідчення того, що уникнення штучних сосок для годування може допомогти дитині повернутися до виключно грудного вигодовування^{20,52,69} (I); проте, коли санітарна гігієна є неоптимальною, рекомендується догодовування з чашки.⁵⁵ Догодовування з чашки також дозволяє немовляті контролювати темп годування⁶⁸ (II-2). Безпечність годування з чашки було доведено і для доношених, і для передчасно народжених дітей. Воно може допомогти зберегти тривалість грудного вигодовування для тих, кому потрібна велика кількість догодовувань.^{52, 70-72} (II-2, I, I, I, II-2)
- Якщо використовуються пляшки, темпове (повільне і ритмічне) таке годування може бути корисним, особливо для передчасно народжених дітей.⁷³ (III)
- Системи для догодовування біля грудей мають перевагу в тому, що дитина одночасно і отримує догодовування,

Таблиця 2. Середні зареєстровані об'єми споживання молозива для здорових доношених немовлят

Час(години)	Споживання (мл/годування)
Перші 24	2-10
24-48	5-15
48-72	15-30
72-96	30-60

і стимулює груди виробляти більше молока, підтримуючи смоктання грудей, дають змогу матері отримати досвід грудного вигодовування і заохочують контакт шкіра до шкіри. Однак, матерям може бути незручно використовувати такі системи, важко їх мити, вони відносно дорогі і потребують помірно складного навчання, а діти мають вміти ефективно прикладатися до грудей.⁶⁷ Може бути ефективним більш простий варіант – догодовування зі шприца, піпетки або катетера, прикріпленого до грудей, коли дитина смочче груди.

7. Годування з пляшки – найпоширеніший метод догодовування в більш багатих регіонах світу, але щодо нього виникли застереження через те, що рухи язика та щелепи дитини під час смоктання з пляшки явно відрізняються від тих, з якими дитина смочче груди та через те, що більш швидкий потік може призводити до споживання надмірних (і непотрібних) об'ємів молока.⁶⁷ Деякі експерти рекомендували соски з широкою основою та повільним потоком, намагаючись імітувати грудне вигодовування та уникнути складнощів при зміні способу годування^{68,74} (П-2), але досліджень для оцінки результатів з різними сосками було проведено мало.

ПОТРЕБА В ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

Потрібні дослідження, щоб встановити доказові рекомендації щодо відповідних об'ємів догодовування для конкретних станів та, чи різняться ці об'єми для молочива, порівняно з адаптованою молочною сумішшю.

Конкретні питання включають в себе наступне:

1. Чи повинен об'єм догодовування бути незалежним від ваги немовляти або обчислюватися на кілограм маси тіла? Чи повинне догодовування компенсувати сукупну втрату ваги?
2. Чи мають відрізнятися інтервали або об'єми для різних методів догодовування (наприклад, пляшка, чашка)?
3. Чи є деякі методи (тип та механізм) найкращими для немовлят з певними станами, дітей різного віку, при різній наявності ресурсів? Які методи перешкоджають встановленню прямого грудного вигодовування?

ПРИМІТКИ

Цей протокол стосується здорової доношеної новонародженої дитини. Інформацію про відповідне годування та догодовування для пізнього передчасно народженого немовляти (35-37 тижнів) див. у «Протоколі АВМ № 10: годування грудьми пізньої передчасно народженої дитини»⁷⁵ та Посібнику «Догляд та ведення пізньої передчасно народженої дитини».⁷⁶ Всесвітня організація охорони здоров'я розширила додаток «Глобальні критерії ініціативи “Лікарня, доброзичлива до дитини”»: Прийнятні медичні причини для догодовування⁷⁷, щоб включити туди прийнятні причини використання замінників грудного молока для всіх немовлят. Роздатковий матеріал (№ 4.5) доступний за адресою: www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section_4.pdf

Перекладали українською:

Вікторія Нестерова, IBCLC, Анна Смачило, Юлія Юник (Київ, Україна), Галина Артиш (Івано-Франківськ, Україна), Барська Ліна, IBCLC (Харків, Україна).

ЛІТЕРАТУРА

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
2. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD006462. DOI: 10.1002/14651858.CD006462.pub4.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
4. Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, et al. In-hospital formula supplementation of breastfed babies: A populationbased survey. *Birth* 2011;38:302–310.
5. Boban M, Zakarija-Grkovic I. In-hospital formula supplementation of healthy newborns: Practices, reasons and their medical justification. *Breastfeed Med* 2016;11:448–454.
6. World Health Organization. *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review*. Geneva: WHO, 2002.
7. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:827–841.
8. National Health and Medical Research Council. *Infant Feeding Guidelines*. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2012.
9. Dabritz HA, Hinton BG, Babb J. Maternal hospital experiences associated with breastfeeding at 6 months in a northern California county. *J Hum Lact* 2010;26:274–285.
10. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
11. Naveed M, Manjunath CS, Sreenivas V. An autopsy study of relationship between perinatal stomach capacity and birth weight. *Indian J Gastroenterol* 1992;11:156–158.
12. Zangen S, Di Lorenzo C, Zangen T, et al. Rapid maturation of gastric relaxation in newborn infants. *Pediatr Res* 2001;50:629–632.
13. Scammon R, Doyle L. Observations on the capacity of the stomach in the first ten days of postnatal life. *Am J Dis Child* 1920;20:516–538.
14. Wight NE. Hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfeed Med* 2006;1:253–262.
15. Wight N, Marinelli KA. ABM clinical protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, Revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
16. Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, et al. Exclusively breastfed, low birthweight term infants do not need supplemental water. *Acta Paediatr* 2000;89:550–552.
17. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *J Pediatr* 1997;130:736–739.
18. Sachdev HP, Krishna J, Puri RK. Do exclusively breast fed infants need fluid supplementation? *Indian Pediatr* 1992;29:535–540.
19. Grossman X, Chaudhuri JH, Feldman-Winter L, et al. Neonatal weight loss at a US Baby-Friendly Hospital. *J Acad Nutr Diet* 2012;112:410–413.
20. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
21. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, et al. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2003;88:F472–F476.
22. Noel-Weiss J, Woodend A, Peterson W, et al. An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *Int Breastfeed J* 2011;6:9.
23. Chantray C, Nommsen-Rivers L, Pearson J, et al. Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to

- maternal intrapartum fluid balance. *Pediatrics* 2011;127: 171–179.
24. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Scholarsh* 2008;40:355–363.
 25. Robert E, Coppeters Y, Swennen B, et al. The reasons for early weaning, perceived insufficient breast milk, and maternal dissatisfaction: Comparative studies in two Belgian regions. *Int Sch Res Notices* 2014;2014:678564.
 26. Blyth R, Creedy DK, Dennis C-L, et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29:278–284.
 27. Reif M, Essock-Vitale S. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985;76:872–879.
 28. Crowley WR. Neuroendocrine regulation of lactation and milk production. *Evaluation* 2015;5:255–291.
 29. Cloherty M, Alexander J, Holloway I. Supplementing breast-fed babies in the UK to protect their mothers from tiredness or distress. *Midwifery* 2004;20:194–204.
 30. Kurinij N, Shiono PH. Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991;88:745–750.
 31. Akuse RM, Obinya EA. Why healthcare workers give prelacteal feeds. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:729–734.
 32. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
 33. Emde RN, Swedberg J, Suzuki B. Human wakefulness and biological rhythms after birth. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:780–783.
 34. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child* 2012;97:F18–F23.
 35. Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. ABM Clinical Protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016;11:46–53.
 36. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
 37. 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. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3.
 38. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
 39. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.
 40. Su L-L, Chong Y-S, Chan Y-H, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:596.
 41. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD006425. DOI: 10.1002/14651858.CD006425.pub4.
 42. Balogun OO, O’Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD001688.
 43. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd ed., Report of the U.S. Preventive Services Task Force. US Preventive Services Task Force Washington (DC). US Department of Health and Human Services. 1996. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed January 4, 2016)
 44. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
 45. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* 2015;10:84–91.
 46. Parry JE, Ip DKM, Chau PYK, et al. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2013;29: 527–536.
 47. Pang WW, Hartmann PE. Initiation of human lactation: Secretory differentiation and secretory activation. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2007;12:211–221.
 48. Spangler A, Flory J, Wambach K, et al. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding: International Lactation Consultant Association; 2014.
 49. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD006170. [Epub ahead of print]; DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub5.
 50. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #7: Model breastfeeding policy (Revision 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:173–177.
 51. Hawke BA, Dennison BA, Hisgen S. Improving hospital breastfeeding policies in New York State: Development of the model hospital breastfeeding policy. *Breastfeed Med* 2013;8:3–7.
 52. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511–518.
 53. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT. Initiation and frequency of pumping and milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *J Hum Lact* 2001;17:9–13.
 54. Berens P, Brodribb W. ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, Revised 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:159–163.
 55. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO, 2003.
 56. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.
 57. Morton J, et al. Breast massage maximizes milk volumes of pump-dependent mothers [abstract 7720.9]. *Pediatric Academic Societies Scientific Program*. Toronto: Pediatric Academic Societies, 2007.
 58. Gourley GR, Li Z, Kreamer BL, et al. A controlled, randomized, double-blind trial of prophylaxis against jaundice among breastfed newborns. *Pediatrics* 2005;116:385–391.
 59. Boyle RJ, Ierodiakonou D, Khan T, et al. Hydrolysed formula and risk of allergic or autoimmune disease: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016;352:i974.
 60. de Carvalho M, Hall M, Harvey D. Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Arch Dis Child* 1981;56:568–569.
 61. Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta Paediatr Scand* 1982;71: 759–761.
 62. Saint L, Smith M, Hartmann PE. The yield and nutrient content of colostrum and milk of women from giving birth to 1 month post-partum. *Br J Nutr* 1984;52:87–95.
 63. Casey CE, Neifert MR, Seacat JM, et al. Nutrient intake by breast-fed infants during the first five days after birth. *Am J Dis Child* 1986;140:933–9

64. Evans K, Evans R, Royal R, et al. Effect of casearean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child* 2003;88:F380–F382.
65. Dollberg S, Lahav S, Mimouni FB. A comparison of intakes of breast-fed and formula-fed infants during the first two days of life. *J Am Coll Nutr* 2001;20:209–211.
66. Davila-Grijalva H, Troya AH, Kring E, et al. How much do formula-fed infants take in the first 2 days? *Clin Pediatr (Phila)* 2017;56:46–48.
67. Wight NE. Management of common breastfeeding issues. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:321–344.
68. Cloherty M, Alexander J, Holloway I, et al. The cupversus-bottle debate: A theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in the United Kingdom. *J Hum Lact* 2005;21:151–162.
69. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; CD005092. DOI: 10.1002/14651858.CD005092.pub3.
70. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottlefeeding. *Pediatrics* 1999;104(Pt 2):1204–1207.
71. Malhotra N, Vishwambaran L, Sundaram KR, et al. A controlled trial of alternative methods of oral feeding in neonates. *Early Hum Dev* 1999;54:29–38.
72. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cupfeedings and bottlefeedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350–355.
73. Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact* 2002;18:56–60.
74. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: Towards a formal definition. *J Pediatr* 1995;126:S125–S129.
75. Boies E, Vaucher Y. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:494–500.
76. California Perinatal Quality Care Collaborative. Care and management of the late preterm infants toolkit. 2013. Available at [www.cpqcc.org/sites/default/files/Late Preterm Infant Toolkit FINAL 2–13.pdf](http://www.cpqcc.org/sites/default/files/Late%20Preterm%20Infant%20Toolkit%20FINAL%20-%2013.pdf) (accessed August 25, 2016).
77. UNICEF/WHO. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2006. Available at [www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section_4 .pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section_4.pdf) (accessed November 21, 2016).
78. Weston P, Harris D, Battin M, et al. Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD011027. DOI: 10.1002/14651858.CD011027.pub2.
79. Boskabadi H, Maamouri G, Ebrahimi M, et al. Neonatal hypernatremia and dehydration in infants receiving inadequate breastfeeding. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19:301–307.
80. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.
81. Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ, et al. Newborn wet and soiled diaper counts and timing of onset of lactation as indicators of breastfeeding inadequacy. *J Hum Lact* 2008;24:27–33.
82. Thuiler D. Challenging expected patterns of weight loss in full-term breastfeeding neonates born by Cesarean. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46:18–28.
83. Shrago LC, Reifsnider E, Insel K. The Neonatal Bowel Output Study: Indicators of adequate breast milk intake in neonates. *Pediatr Nurs* 2006;32:195–201.
84. Neifert MR, DeMarzo S, Seacat JM, et al. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth* 1990;17:31–38.
85. Huggins K, Petok E, Mireles O. Markers of lactation insufficiency: A study of 34 mothers. In: *Current Issues in Clinical Lactation*, Auerbach K, ed. Sudbury: Jones & Bartlett, 2000, pp. 27–35.
86. Bullen CL, Tearle PV, Stewart MG. The effect of “humanised” milks and supplemented breast feeding on the faecal flora of infants. *J Med Microbiol* 1977;10:403–413.
87. Goldsmith F, O’Sullivan A, Smilowitz JT, et al. Lactation and intestinal microbiota: How early diet shapes the infant gut. *J Mammary Gland Biol Neoplasia* 2015;20:149–158.
88. Liao S-L, Lai S-H, Yeh K-W, et al. Exclusive breastfeeding is associated with reduced cow’s milk sensitization in early childhood. *Pediatr Allergy Immunol* 2014;25: 456–461.
89. Saarinen K, Juntunen-Backman K, Ja’rvenpa’a A, et al. Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow’s milk allergy: A prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol* 1999;104:457–461.
90. De Carvalho M, Hall M, Harvey D. Effects of water supplementation on physiological jaundice in breastfed babies. *Arch Dis Child* 1981;56:568–569.
91. Glover J, Sandilands M. Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *J Hum Lact* 1990;6: 163–166.
92. Martens P, Phillips S, Cheang M, et al. How baby-friendly are Manitoba hospitals? The Provincial Infant Feeding Study. *Breastfeeding Promotion Steering Committee of Manitoba. Can J Public Health* 2009;91:51–57.
93. De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *Am J Dis Child* 1982;136:737–738.
94. Yamauchi Y, Yamanouchi I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics* 1990;86:171–175.
95. Kumar A, Pant P, Basu S, et al. Oxidative stress in neonatal hyperbilirubinemia. *J Trop Pediatr* 2007;53:69–71.
96. Van Den Driessche M, Peeters K, Marien P, et al. Gastric emptying in formula-fed and breast-fed infants measured with the ¹³C-octanoic acid breath test. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29:46–51.
97. Matheny RJ, Birch LL, Picciano MF. Control of intake by human-milk-fed infants: Relationships between feeding size and interval. *Dev Psychobiol* 1990;23:511–518.
98. Pe’ rez-Escamilla R, Segura-Milla’n S, Canahuati J, et al. Prolactin feeds are negatively associated with breastfeeding outcomes in Honduras. *J Nutr* 1996;126:2765–2773.
99. Hale T, Rowe H. *Medications and Mother’s Milk*, 17th ed. New York: Springer Publishing Company, 2017.
100. Pease AS, Fleming PJ, Hauck FR, et al. Swaddling and the risk of Sudden Infant Death Syndrome: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137:e20153275.
101. Bystrova K, Matthiesen A, Widstrom A, et al. The effect of Russian Maternity Home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.

102. Gagnon A, Leduc G, Waghorn K, et al. In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact* 2005;21:397–405.
103. Slaven S, Harvey D. Unlimited suckling time improves breastfeeding. *Lancet* 1981;1:392–393.
104. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, et al. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e188–e194.

Протоколи Академії Медицини Грудного Вигодовування (ABM) діють на протязі 5 років з дати публікації. Вміст цього протоколу є актуальним на момент публікації. Перегляд протоколів проводиться кожні 5 років або швидше, якщо є суттєві зміни доказів. Редакція 2009 року була створена NancE. Wight та Robert Cordes.

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

Для листування: abm@bfmed.org

ДОДАТОК

Таблиця А1. Невідповідні причини для догодовування у контексті здорових новонароджених та матерів, відповіді, та ризики

Занепокоєння / недоречні причини	Відповіді	Ризики догодовування
Там “ немає молока”, ⁵ переконання, що молозива недостатньо, до того часу поки молоко «прийде»	Мати і сім'я повинні бути проінформовані про переваги і важливість молозива, включаючи розвіювання міфів про його жовтий колір. Невеликі об'єми молозива — нормальні, фізіологічні і відповідні для здорового доношеного новонародженого.	Молозиво діє як природне проносне, що допомагає вивести меконій, який містить білірубін. ⁹⁴ Може змінити кишкову флору та мікробіом. ^{86,87} Потенційно сенсibiliзує дитину до чужорідних білків. ^{88,89} Збільшує ризики діареї та інших інфекцій, особливо там, де неоптимальна гігієна. ³ Потенційно може порушувати цикл «попит-пропозиція», призводячи до зниження кількості молока і довготривалої потреби в догодовуванні
Догодовувати необхідно для запобігання втрати ваги і зневоднення після пологів ⁵	Певна втрата ваги є нормальною в перший тиждень життя і обумовлена діурезом, виходом позаклітинної рідини та меконію.	Догодовування в перші дні може перешкоджати нормальній кількості прикладань до грудей. Догодовування водою або водою з глюкозою збільшує ризики жовтяниці, ⁹⁰ надмірної втрати ваги дитиною, ⁹¹ та тривалість перебування дитини в пологовому будинку. ⁹²
У дитини може розвинути гіпоглікемія	У здорових, доношених новонароджених не розвивається симптоматична гіпоглікемія внаслідок субоптимального грудного вигодовування. ¹⁵	Ті ж ризики, що й для втрати ваги/зневоднення
Грудне вигодовування пов'язане з “жовтяницею після пологів»	Чим частіше годування грудьми, тим нижчий рівень білірубину. ^{93,94} Білірубін є потужним антиоксидантом, ⁹⁵ а жовтяниця у новонародженого є нормальною.	Ті ж ризики, що й для втрати ваги/зневоднення

(продовження)

Таблиця А1.(Продовження)

Занепокоєння / недоречні причини	Відповіді	Ризики догодування
Відсутність часу для консультування матерів щодо виключно грудного вигодування, коли матері просять призначити адаптовану молочну суміш.	Потрібно навчити весь персонал, як допомагати матерям з грудним вигодуванням. Матерів треба інформувати щодо штучного вигодування і того, як воно може негативно вплинути на подальше грудне вигодування ²⁹	Якщо догодування проводиться сумішшю, дитина може рідше прикладатися до грудей, оскільки адаптована молочна суміш повільно евакуюється зі шлунка ⁹⁶ , і, до того ж, діти часто отримують занадто великі об'єми ⁶⁶ . Залежно від методів догодування ^{52,74} або їх кількості ⁹⁷ , дитина може мати труднощі з поверненням до грудей. Годування, отримані до секреторної активації та початку активної продукції молока, на відміну від догодування, можуть бути пов'язані із затримкою початку грудного вигодування і негативно впливати на виключність та тривалість годування грудьми. ⁹⁸
Ліки, які приймає мати, можуть бути протипоказані при грудному вигодуванні.	Існують достовірні джерела інформації для медпрацівників про сумісність ліків з грудним вигодуванням (наприклад, Medications and Mothers' Milk 2017, ⁹⁹ LactMed на сайті Toxnet ¹⁵). Для більшості медичних станів наявні препарати, сумісні з грудним вигодуванням та безпечні для матерів та дитини.	Ризики зменшення тривалості чи виключності грудного вигодування.
Мати занадто погано харчується і виснажена, занадто слабка, щоб годувати грудьми або має невідповідну дієту.	Навіть виснажені матері можуть годувати грудьми. Кількість та якість грудного молока страждає тільки у екстремальних ситуаціях. Додаткову їжу краще давати матері (з продовженням грудного вигодування), а не немовляті.	Ризики зменшення тривалості чи виключності грудного вигодування.
Догодування заспокоїть перезбуджену або неспокійну дитину.	Немовлята можуть бути неспокійними з багатьох причин. Вони можуть потребувати кластерних годувань чи просто потребувати додаткового часу у контакті "шкіра до шкіри", обіймів. ⁶⁷ Заповнення (а часто – переповнення) їх шлунку адаптованою молочною сумішшю може сприяти довшому сну ⁹⁶ і пропускати важливі можливості прикластися до грудей, демонструючи матері короточасне рішення, що може призвести до довгострокових ризиків для здоров'я. Навчання інших технік заспокоєння немовляти для жінок, які вперше стали мамою. Наприклад, прикладань до грудей, сповивання (але не можна вкладати на бік чи живіт) ¹⁰⁰ , погойдування, спів, заохочення партнера чи інших родичів допомагати. При цьому не пропускати ранні сигнали готовності дитини до годування. ¹⁰¹	Ризики зменшення тривалості чи виключності грудного вигодування. Нагрубання грудей у матері через зменшення частоти прикладань в ранній період після пологів. ⁵⁴
Стурбованість причинами частих прикладань і кластерних годувань та іншими змінами у поведінці немовляти.	Забезпечити комфортне, ефективне прикладання до грудей, щоб максимізувати сигнали для організму матері та споживання молока немовлям. Періоди, коли дитина частіше просить груди, зазвичай інтерпретуються матерями, як недостатність молока. Це може трапитися пізніше, через декілька тижнів, але нерідко буває й на другу чи третю ніч після народження (48-72 години після пологів). Зміни в частоті випорожнень, які відбуваються після 6-8 тижнів життя, також можуть сприйматися, як результат недостатньої кількості молока у матері. Профілактичні рекомендації матері щодо нормальної поведінки дитини та стадій її розвитку.	Ризики зменшення тривалості чи виключності грудного вигодування

(продовження)

Таблиця А1.(Продовження)

Занепокоєння / недоречні причини	Відповіді	Ризики догодування
Матері потрібно відпочивати або спати	<p>Породіллі неспокійні, коли перебувають окремо від своїх немовлят і насправді отримують менше відпочинку.²⁹</p> <p>Матері втрачають можливість вивчити нормальну поведінку своїх немовлят і їх ранні сигнали щодо готовності до годування.⁴⁸</p> <p>Немовлята мають найбільший ризик отримати догодування в період з 19:00 вечора до 9.00 ранку.¹⁰²</p>	<p>Немає жодних доказів того, що обмеження часу на грудях запобігає появі болю в сосках.</p> <p>Сосок не має ставати натертим або деформованим під час годування дитини, навіть, якщо прикладання часті або «кластерні».¹⁰⁴</p> <p>Ризики зменшення тривалості чи виключності грудного вигодування</p>
При болю в сосках стан матері покращиться, якщо вона зробить перерву з грудним вигодуванням. ⁵	<p>Біль в сосках не корелює з тривалістю перебування дитини біля грудей.</p> <p>Положення для годування, прикладання та, інколи, індивідуальні анатомічні особливості (наприклад, анкілоглосія) є більш важливими факторами.¹⁰³</p>	<p>Проблеми з прикладанням не вирішуються. Ризик зменшення тривалості грудного вигодування або його зупинки. Ризик розвитку нагубання грудей.</p>

Додаток А2: ЗРАЗОК АЛГОРИТМУ ХАРЧУВАННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ В ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ

Крок 1. Пренатально і при поступленні в пологовий будинок

Запитайте про попередній досвід грудного вигодовування та план годування. Впевніться, що вибір годування це - проінформоване рішення та проведено індивідуальне навчання.

Мати каже «адаптована молочна суміш». Запишіть «адаптована молочна суміш» в карту

Мати каже «змішане вигодовування». Запишіть «грудне вигодовування» в карту. Надайте інформацію щодо важливості відкласти застосування інших продуктів, крім грудного молока

Мати каже «грудне вигодовування». Запишіть «грудне вигодовування» в карту.

Надайте інформацію щодо безпечного приготування адаптованої молочної суміші і в бесіді, і в письмовому вигляді

Мати все одно планує давати якусь кількість адаптованої молочної суміші - надайте інформацію, як зберегти грудне вигодовування

Мати згодна спробувати виключно грудне вигодовування

Крок 2: Коли мати або родина просить догодовування адаптованою молочною сумішшю

Розпитайте більше, щоб зрозуміти їхні побоювання. Повторіть і наголосіть на їхніх побоюваннях

Розкажіть про нормальну фізіологію та проведіть відповідну підготовку

Спитайте «Чи можу я поспостерігати за грудним вигодовуванням, що робить ваша дитина, і чи можу я чимось вам допомогти?»

Допоможіть зі позиціями та прикладанням

Надайте допомогу, якщо потрібно

Крок 3. Визначте медичні показання та вирішіть щодо догодовування

Оцініть об'єктивні медичні показання до догодовування (Таблиця 1)

Якщо «ТАК» по будь-якому з показань до догодовування:

Розгляньте можливість догодовування донорським молоком (якщо воно доступне) або адаптованою молочною сумішшю і обговоріть це з відповідними медичним працівником лікарні.

Навчіть маму, як найкраще зберегти грудне вигодовування: тримати дитину в контакті шкіра до шкіри, коли вона не спить, продовжувати пропонувати груди на кожний сигнал готовності до годування, використовувати техніку стискання грудей під час годування, додатково зідждувати руками після кожного прикладання та зідждуватися по 10-15 хвилин (вручну чи молоковідсмоктувачем), кожного разу, коли дитина отримує догодовування, щоб простимулювати продукцію молока. Завжди використовувати зідждене мамине молоко в першу чергу і тоді певну кількість донорського молока чи адаптованої молочної суміші.

Якщо «НІ» по всіх запитаннях:

Можливо, немає медичної необхідності догодовувати в цей час.

Підтримайте родину, апелюючи до об'єктивних даних та нормальної фізіології.

Повторно оцінюйте ситуацію принаймні кожні 12 годин

Якщо «НІ» по всіх показаннях, але батьки все одно бажають давати адаптовану молочну суміш:

Поясніть батькам можливі ризики догодовування, включаючи ранній перехід на змішане або взагалі припинення грудного вигодовування, різні типи смоктання грудей та при використанні різних методів догодовування, можливі проблеми з продукцією молока та потенційні ризики алергії на білок коров'ячого молока.