

Magdalena Bednarczyk\*

# WSPARCIE LAKTACJI I PROFESJONALNA POMOC W KARMIENIU NATURALNYM, DLA MATEK DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE I Z WADAMI ANATOMICZNYMI TWARZOCZASZKI – NA PODSTAWIE PIŚMIENNICTWA I WŁASNEGO DOŚWIADCZENIA

## LACTATION SUPPORT AND PROFESSIONAL CARE IN NATURAL FEEDING FOR MOTHERS OF PRENATURE INFANTS AND INFANTS WITH ANATOMICAL DISORDERS OF FACIAL SKELETON – BASED ON THE LITERATURE AND OWN EXPERIENCE

Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

### Streszczenie

*Celem, do którego należy dążyć, zgodnie z rekomendacjami światowymi, europejskimi, regionalnymi jest wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka. W artykule omówiono m.in. korzyści wynikające z karmienia piersią oraz zasady promujące karmienie piersią. Pokazano, że do najczęstszych przyczyn problemów z karmieniem piersią należą niedojrzałość i/lub zaburzenia czynnościowe funkcji ssania oraz wady anatomiczne jamy ustnej (np. rozszczep wargi i/lub podniebienia, krótkie wędzidełko języka). Przedstawiono również postępowanie promujące karmienie piersią noworodków przedwcześnie urodzonych zgodne z wdrożonym w 2014 roku Programem wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego oraz zaproponowano plan wsparcia laktacji i pomocy w karmieniu dzieci z wadami anatomicznymi jamy ustnej odciągniętym pokarmem matki oraz schemat wprowadzania pokarmów uzupełniających.*

**Słowa kluczowe:** karmienie piersią, wczesna laktacja, wady anatomiczne, żywienie, akcesoria do karmienia

### Abstract

*According to the international and regional and european recommendations exclusive breast feeding for first 6 months of infant's life is the aim to achieve. Advantages of breast feeding and policy of breast feeding promotion were discussed in the article. Immaturity and/or functional disorders of sucking and anatomical disorders of oral cavity such as cleft lip, cleft palate, short frenulum of the tongue, were showed to be the most common causes of breast feeding problems. Proceedings promoting breast feeding in prenatue infants according to lactation early stimulation programme for tertiary Neonatal and Obstetrical Units (2014) were also presented. Project of lactation support and help in feeding children with anatomical disorders of oral cavity with pumped mother's milk as well as scheme of introducing supplementary food were proposed.*

**Key words:** breastfeeding, early lactation, anatomical disorders, feeding accessories

## WSTĘP

Korzyści zdrowotne wynikające z karmienia piersią są obopólne zarówno dla dziecka, jak i matki. Pokarm matki zawiera wszystkie niezbędne składniki, aby zaspokoić wszystkie potrzeby dziecka w okresie wyłącznego karmienia piersią, jak też później wspiera wprowadzanie żywności uzupełniającej. Istotną rolę odgrywają składniki wspomagające odporność dziecka i wpływające na stan przewodu pokarmowego. Skład pokarmu ludzkiego podlega zmianom, które zależą od czasu trwania ciąży, okresu laktacji, fazy karmienia. Warto więc od początku zapewnić matkom karmiącym specjalistyczne i holistyczne wsparcie w podejmowaniu decyzji o karmieniu. Szczególnej pomocy od personelu medycznego oczekują matki wcześniaków oraz dzieci z wadami anatomiczno-funkcjonalnymi. Będzie to możliwe pod warunkiem, że personel medyczny będzie dysponował aktualną wiedzą w dziedzinie laktacji i karmienia piersią. W przypadku dzieci u których karmienie mlekiem bezpośrednio z piersi nie jest możliwe należy szczególnie zadbać o stymulację laktacji i właściwe odciąganie pokarmu. Pamiętać należy, że zgodnie ze standardami WHO [1] z 2008 roku wyłączne karmienie piersią to też karmienie odciągniętym pokarmem matki. Rolą całego zespołu jest udzielanie emocjonalnego wsparcia matce, wzmacnianie psychiczne matek w okresie niekarmienia bezpośrednio z piersi, stymulacji laktacji i w okresie początkowym karmienia piersią.

## CEL

Celem głównym pracy jest przedstawienie ujednoliconych zasad pracy personelu medycznego, dzięki którym matki rozpoczną i utrzymają laktację. W przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie i z wadami anatomicznymi twarzoczaszki, w sytuacjach, gdy karmienie piersią nie jest możliwe, matka nie pozostaje w szpitalu razem z dzieckiem, karmienie powinno się odbywać za pomocą butelki ze smoczkiem [2, 3, 4]. Doświadczenia kliniczne potwierdzają, że odpowiednio dobrany rodzaj smoczka przy zastosowaniu adekwatnych technik i strategii karmienia oraz precyzyjne monitorowanie dojrzewania funkcji jedzenia, nie tylko nie zaburza karmienia piersią, ale często to karmienie czyni możliwym [5].

Różnorodność i dostępność akcesoriów do karmienia, daje możliwość precyzyjnego i najbardziej odpowiedniego wyboru [6].

## PROMOCJA KARMIENIA PIERSIĄ

Na całym świecie podejmowane są inicjatywy mające na celu usprawnianie organizacji i wdrażanie praktyk sprzyjających karmieniu piersią a w oddziałach intensywnej terapii noworodka mlekiem matki. Jedną z najważniejszych inicjatyw stworzonych przez WHO i UNICEF jest akcja „Szpital przyjazny dziecku”, która wspiera karmienie piersią i dotyczy donoszonych noworodków.

*Dziesięć kroków do udanego karmienia piersią* [7]

Każdy placówka świadcząca usługi położnicze oraz prowadząca opiekę nad noworodkami powinna:

1. Opracować (w formie pisemnej) procedury sprzyjające karmieniu piersią oraz zapoznać z nimi pracowników.
2. Przeszkolić wszystkich pracowników w zakresie umiejętności, niezbędnych do wdrożenia powyższego postępowania.
3. Informować wszystkie kobiety w ciąży o korzyściach karmienia piersią oraz o tym, jak postępować w trakcie całego okresu karmienia.
4. Pomagać kobietom w rozpoczęciu karmienia piersią w okresie pół godziny od narodzin dziecka.
5. Pokazywać matkom jak karmić piersią oraz jak podtrzymać laktację, nawet jeśli będą oddzielone od swoich dzieci.
6. Nie podawać noworodkom żadnych pokarmów ani płynów poza mlekiem kobiecym, z wyjątkiem sytuacji, gdy wymagają tego względy medyczne.
7. Stosować system „rooming-in” – pozwalając matkom i dzieciom pozostawać przez całą dobę razem.
8. Zachęcać kobiety do karmienia piersią „na żądanie”.
9. Nie podawać niemowlętom karmionym piersią smoczków ani żadnych innych uspokajaczy.
10. Sprzyjać powstawaniu lokalnych grup wspierających karmienie piersią oraz kierować do nich kobiety opuszczające oddział położniczy.

## STANDARD OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W ZAKRESIE KARMIENIA PIERSIĄ

Często o tym, jak będzie przebiegała laktacja decydują pierwsze godziny i dni po porodzie. W Polsce od kwietnia 2011 roku obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia, w którym określono standardy postępowania oraz procedury medyczne obowiązujące przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem [8]. Ten akt zrewolucjonizował podejście do porodu oraz pierwszego kontaktu matki i dziecka. Bezpośrednio po urodzeniu dziecko należy położyć w pozycji na boku na klatce piersiowej matki, z główką skierowaną do piersi. W trakcie pierwszego kontaktu, trwającego co najmniej 2 godziny, powinno odbyć się pierwsze karmienie piersią. Kontakt „skóra do skóry” zapewnia nie tylko potrzebę bezpieczeństwa noworodka i wzmocnienie więzi rodzicielskich, ale również redukuje stres, działa przeciwbólowo, kolonizuje skórę i błony śluzowe dziecka florą bakteryjną matki i wyzwala u matki mechanizmy hormonalne wspomagające laktację. Zaspokojony pierwszym karmieniem noworodek może być syty nawet 12 godzin. Aktywizacja następuje w drugiej dobie życia, wówczas dziecko może mieć potrzebę przystawiania do piersi co 1-3 godziny. W trzeciej dobie życia piersi zaczynają produkować coraz więcej pokarmu (nawał mleczny). Matka powinna karmić przynajmniej 8-12 razy na dobę. Konieczne jest też 1-2 karmienia w nocy. Czas karmienia jest inny dla każdego dziecka. Uważa się, że dziecko powinno ssać pierś przynajmniej 10 minut, żeby ją opróżnić. Zarówno zbyt krótkie, jak i przedłużające się karmienia (trwające około godziny)

wymagają dodatkowej oceny. Zaleca się również przedstawianie dziecka naprzemiennie raz do jednej, raz do drugiej piersi. Jeśli dziecko opróżni jedną pierś i nadal wykazuje chęć ssania można zaproponować drugą [9].

## UMIĘTNOŚCI ORALNE ZDROWEGO DZIECKA URODZONEGO O CZASIE

Najczęściej zaraz po urodzeniu noworodek potrafi efektywnie jeść, a rodzice lub opiekunowie nie zgłaszają istotnych problemów dotyczących karmienia. Dziecko jest w stanie koordynować ssanie, połykanie i oddychanie, potrafi uzyskać podciśnienie w jamie ustnej, które jest istotą pobierania pokarmu. W proces karmienia piersią zaangażowanych jest około 40 mięśni jamy ustnej i jej okolic. Fazy pobierania pokarmu są sekwencyjnie zsynchronizowane, począwszy od intencji otwarcia ust, przez pracę warg, języka, żuchwy, podniebienia, innych części sfery orofacjalnej, po połykanie i oddychanie. Funkcja ta realizowana jest w sposób: cykliczny, fazowy, z dysocjacją (funkcjonalnie uzasadnioną rozdzielnością) pracy poszczególnych części ciała uczestniczących w jedzeniu. To warunek efektywności i jakości umiejętności jedzenia [10].

## POZYCJE DO KARMIENIA PIERSIĄ

Wiele matek ma obawy, czy poradzi sobie z karmieniem piersią, szczególnie podczas pierwszych prób, bo zarówno mama, jak i dziecko uczą się siebie nawzajem. Człowiek jest jedynym ssakiem, którego trzeba do piersi przystawić. Prawidłowo przystawione dziecko instynktownie umie chwycić podaną pierś, pod warunkiem, że pozycja będzie wygodna zarówno dla matki, jak i dziecka. Sprzyjają temu następujące pozycje:

### Pozycja klasyczna

W tej pozycji kobieta powinna mieć dobrze podparte i wyprostowane plecy, nogi stabilnie oparte na podłożu, dobrze podparte przedramiona i łokcie. Brzuch dziecka powinien być skierowany do brzucha matki. Ucho, ramię i miednica powinny znajdować się w jednej linii. Ciało dziecka powinno spoczywać na ramieniu matki a jej dłoń podtrzymywać je w okolicy miednicy. Wolna ręka może podtrzymywać pierś z zachowaniem zasady, że skóra otoczki i brodawka należą do dziecka. Wskazane jest, aby pierś została uchwycona w dłoń między kciukiem a resztą palców. Podtrzymanie piersi może być boczne: w kształcie litery – C lub od spodu w kształcie litery – U. Przed przystawieniem, brodawka powinna znajdować się na wysokości nosa dziecka, co pozwala na znalezienie się jej we właściwym miejscu po uchwyceniu (ryc. 1).

### Pozycja krzyżowa

Pozycja krzyżowa daje matce dobrą kontrolę nad przystawieniem dziecka do piersi. Jest korzystna w trakcie nauki karmienia, szczególnie u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym. Matka dłońią przeciwną do piersi, z której będzie karmiła, podtrzymuje główkę dziecka, a dłońią od strony piersi podtrzymuje pierś. Dziecko leży na boku, z brzuchem przytulonym do brzucha matki,



Ryc. 1. Pozycja klasyczna. Źródło własne.

Fig. 1. Classical position. Own source.



Ryc. 2. Pozycja Krzyżowa. Źródło własne.

Fig. 2. Cross position. Own source.

z głową opartą na dłoni matki. Przystawienie dziecka w tej pozycji daje matce możliwość nakierowania jamy ustnej dziecka na brodawkę sutkową z otoczką (ryc. 2).

### Pozycja „spod pachy”

W tej pozycji dziecko spoczywa na ramieniu matki, jego głowa na dłoni a reszta ciała jest ułożona poprzecznie pod pachą matki. Jest pomocna, gdy dziecko ma chaotyczny odruch szukania i daje ona matce dobrą kontrolę nad jego

przystawieniem. Pozwala na lepsze opróżnianie piersi od strony pachy. Sprawdza się również przy obfitych piersiach i trudnych brodawkach (stają się bardziej chwytne). Dla kobiet po cięciu cesarskim daje poczucie komfortu ze względu na brak ucisku w okolicy rany pooperacyjnej. Stopy dziecka nie powinny dotykać oparcia (ryc. 3).

### Pozycja leżąca

Pozycja leżąca na boku jest prawidłowa wówczas, gdy ramię matki spoczywa na łóżku, jej głowa jest uniesiona i podparta tak, aby między nią a barkiem nie było wolnej przestrzeni. Pozycja ta ułatwia karmienie, szczególnie w nocy. Należy podeprzeć matce plecy, przydatna bywa poduszka wsunięta między ugięte kolana, dzięki której mniej odczuwalny będzie dyskomfort płynący z rany krocza czy brzucha. Dziecko powinno być ułożone na boku z zachowaniem zasad prawidłowego ułożenia przy piersi. Jego głowa powinna być nieznacznie uniesiona, a plecy i miednica podparte (ryc. 4).

W piśmiennictwie znaleźć można też inne pozycje do karmienia piersią [11]. Warto podkreślić, że to matka powinna wybrać pozycję, w której czuje się najbardziej komfortowo. Najczęściej podczas pozycjonowania obserwuje się takie nieprawidłowości jak:

- przystawianie do piersi dziecka skrępowanego np. w pieluszkę,
- dziecko leży na plecach, głowę skręca do piersi,
- broda dziecka jest przygięta do klatki piersiowej,
- dziecko odsunięte od matki i piersi,
- podpieranie się matki na łokciu w pozycji leżącej
- pozycja matki jest niewygodna.

## PRZYSTAWIENIE DO PIERSI

Zdolność dziecka do samodzielnego pobierania pokarmu jest zależna od obecności odruchu szukania oraz od koordynacji ssania-polykania-oddychania. Taką umiejętność posiada dziecko urodzone w wieku od 34-42 tygodnia życia płodowego. Począwszy od 35-36 tygodnia życia płodowego możliwe jest efektywne karmienie piersią z uwzględnieniem aktualnej sytuacji zdrowotnej dziecka. Skuteczne ssanie piersi jest podstawą powodzenia w karmieniu piersią [12].

Cechy prawidłowego i nieprawidłowego przystawienia do piersi zawarto w tabeli I gdzie podano również sposoby korygowania zaobserwowanych nieprawidłowości (tab. I).

Nie jest możliwe dobre przystawienie do piersi, jeśli dziecko nie otworzy ust dostatecznie szeroko. Podobnie jest w sytuacji, jeśli dziecko płacze, a uniesiony do góry język, blokuje dostęp do jamy ustnej.

Początek karmienia zaraz po uchwyceniu piersi przez dziecko charakteryzuje się szybkimi, dosyć płytkimi ssącymi ruchami, których celem jest wywołanie odruchu wypływu mleka. Następnie wykonuje głębokie ruchy żuchwą (tab. II).

Do następstw nieprawidłowego ssania piersi należą:

- bolesność i uszkodzenia brodawek (co wiąże się ze zniechęceniem matki do karmienia piersią),
- zastój pokarmu,
- powikłania zapalne gruczołu piersiowego,



Ryc. 3. Pozycja „spod pachy”. Źródło własne.

Fig. 3. Position „under arm”. Own source.



Ryc. 4. Pozycja leżąca. Źródło własne.

Fig. 4. Laying position. Own source.



Tabela I. Cechy prawidłowego i nieprawidłowego przystawienia do piersi oraz pobierania pokarmu, korekta nieprawidłowego przystawienia [wg 12].

Table I. Characteristics of correct and incorrect breastfeeding, sucking, correction of incorrect breastfeeding.

<b>Prawidłowe przystawienie do piersi</b> <i>Correct breastfeeding</i>	<b>Nieprawidłowe przystawienie do piersi</b> <i>Incorrect breastfeeding</i>	<b>Korekta nieprawidłowego przystawienia (kolejność czynności)</b> <i>Correction of incorrect breastfeeding (operational action sequence)</i>
usta szeroko otwarte	– usta z wąskim kątem otwarcia lub tzw. rybka – dziecko chwytą głównie brodawkę	1. przysunąć dziecko do matki 2. korekta pozycji matki i dziecka
nos i broda dotykają piersi	nos i broda daleko od piersi	3. przytulić nos i brodę do piersi
dolna warga wywinięta górną wargę odchyloną	wargi nie są wywinięte	4. korekta podania piersi
widać wypętnione policzki	policzki zapadają się	5. w razie potrzeby można zsunąć brodę lub wysunąć górną wargę dziecka
w kąciku ust widoczny rąbek języka otoczka brodawki bez zmarszczeń	język cofnięty otoczka marszczy się	6. jeśli się nie udało dokonać korekty przy piersi, należy odstawić dziecko i ponowić przystawienie

Tabela II. Cechy efektywnego i nieefektywnego pobierania pokarmu [wg 12].

Table II. Characteristics of effective and ineffective sucking.

<b>Cechy efektywnego pobierania pokarmu</b> <i>Features of effective sucking</i>	<b>Cechy nieefektywnego pobierania pokarmu</b> <i>Features ineffective sucking</i>
słychać oddech po przełknięciu – słyszalna głoska k	słychać cmokanie, mlaskanie
– krtań dziecka rytmicznie się porusza (ocena przez dotyk) – rusza się potylicą w momencie połknięcia	brak cech połykania lub występują zbyt rzadko
dziecko uchwyciło pierś prawidłowo	nieprawidłowe przystawienie do piersi
– dziecko jest aktywne – rytm ssania: ssanie-przełknięcie w stosunku 1:1 lub 1:2 do 1:3	nieprawidłowy rytm ssania
czas trwania karmienia jest odpowiedni	zbyt krótki lub nadmiernie długi czas przy piersi
ssanie jest odczuwane ale akceptowane przez matkę	ssanie jest bolesne dla matki
brodawka po karmieniu wygląda prawidłowo	po karmieniu brodawka jest spłaszczona, wyciągnięta lub uszkodzona

- nieskuteczne opróżnianie piersi, czego konsekwencją jest zaleganie pokarmu, ograniczenie jego produkcji, a tym samym nieprawidłowe odżywienie dziecka (tab. III).

## WSKAŹNIKI EFEKTYWNEGO KARMIENIA

Jedną z najważniejszych umiejętności kobiety karmiącej piersią jest ocena najadania się dziecka.

Do wskaźników obiektywnych zalicza się:

- fizjologiczny spadek masy ciała noworodka po urodzeniu (może wynosić do 10% urodzeniowej masy ciała), przy spadku 7-8% należy wzmocnić czujność (może to być sygnał ostrzegawczy mówiący o istniejącym problemie),
- wyrównanie urodzeniowej masy ciała (następuje ono zwykle w 7-10 dobie życia dziecka, najpóźniej 14 dni od urodzenia),
- osiągnięcie przez dziecko stopniowego przyrostu masy ciała (przyrost masy ciała około 26-31 g/dobę), kontrolowanego na siatkach centylowych przeznaczonych dla dzieci karmionych piersią,
- prawidłowe wydalanie – zależnie od wieku dziecka.

Tabela III. Ssanie odżywcze/dojrzałe, przejściowe i nieodżywcze/niedojrzałe [wg 12].

Table III. *Nutritive/mature sucking, transitional and non-nutritive/immature sucking.*

<b>Ssanie odżywcze/dojrzałe</b> <i>Nutritive/mature sucking</i>	<b>Ssanie przejściowe</b> <i>Transitional sucking</i>	<b>Ssanie nieodżywcze, niedojrzałe – bez uzyskania mleka</b> <i>Non-nutritive/immature sucking – no milk intake</i>
– 10-30 ssań w cyklu – krótkie przerwy – stosunek ssanie/potykanie równy 1:1, 1:2 do 1:3	– cykle 6-10 ssań – czas cyklu ssania równa się czasowi przerwy następującej po przypadkowym wypuszczeniu brodawki z ust – możliwe bezdechy (dłuższe przerwy w ssaniu)	– 2 ruchy ssące na sekundę słabe, brak koordynacji brak połykania – ssanie niedojrzałe: krótkie cykle ssania 3-5 (zassań) długie przerwy, częste wypuszczanie brodawki z ust

Ważenie donoszonego zdrowego dziecka przed i po karmieniu jest traktowane jako metoda kontrowersyjna, ponieważ ilość jednorazowo przyjętego pokarmu z piersi jest zmienna ze względu na wiek, aktywność dziecka, porę doby, porę roku. Wartość kaloryczna pokarmu zmienia się w ciągu doby. Uzasadnienie mają testy wagowe w stosunku do dzieci przedwcześnie urodzonych.

## KARMNIENIE PIERSIĄ PO PORODZIE DROGĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

Sytuację szczególną w odniesieniu do karmienia piersią stanowi poród drogą cięcia cesarskiego. Kobiety po cięciu cesarskim i ich dzieci należą do grupy ryzyka przedwczesnego zakończenia karmienia piersią. Początek karmienia piersią może być trudny ze względu na stan matki, stan dziecka i przyjmowane leki.

Po cięciu cesarskim częściej występują problemy związane z technicznym aspektem karmienia piersią takie jak nieefektywne ssanie piersi przez dziecko i występowanie zaburzeń motoryki ssania. Matce i dziecku trudniej jest dobrać wygodną pozycję do karmienia i częściej występują problemy z brodawkami. Właściwe postępowanie może pomóc w pokonaniu trudności. Opiera się ono na:

- umożliwieniu pierwszego bliskiego spotkania matce i dziecku jeszcze na sali operacyjnej (jeżeli nie jest to możliwe ze względów medycznych kontakt „skóra do skóry” może zapewnić dziecku ojciec), a potem powtarzaniu tego kontaktu „ciało do ciała” w połączeniu z karmieniem piersią,
- pomocy matce i dziecku w dobraniu dogodnej pozycji do karmienia,
- jeśli pojawią się wskazania rozpoczęcie odciągania pokarmu i podawanie dziecku (szczególną grupą są dzieci urodzone z ciążą mnogich i ich matki).

## ROLA PERSONELU MEDYCZNEGO

Nad całością procesu laktacji u matki oraz karmienia dziecka czuwa zespół medyczny. Należą do niego: lekarze neonatolodzy, lekarze położnicy, położne i pielęgniarki, specjaliści laktacyjni, psychologowie, neuropedagodzy,

fizjoterapeuci lub inni pracownicy medyczni lub niemedyccy związani z opieką nad matką i dzieckiem. Członkowie zespołu włączają do współpracy rodziców/opiekunów dziecka.

Wymienione wyżej zasady postępowania sprzymierzającego karmieniu piersią stanowią bazę do uruchomienia przez personel medyczny odpowiednich strategii na każdym z jej poziomów zaawansowania:

- Asystowanie i monitorowanie stymulacji laktacji i karmienia piersią to jedno z podstawowych i najczęstszych zadań zespołu neonatologicznego. Do zadań asystowania należy systematyczne ocenianie przebiegu karmienia, żeby nie dopuścić do dominacji nieprawidłowych nawyków. Obowiązuje tutaj zasada ‘hands off’ dla personelu, czyli stwarzanie matce możliwości samodzielnego przystawiania i dostosowania pozycji dziecka przy piersi. Pozwala to na jej pełną aktywizację i poszanowanie macierzyńskich kompetencji.
- Wspieranie karmienia piersią polega na wczesnej korekcie w przypadku zaistnienia lub podejrzenia nieprawidłowości z zakresu chwytania i ssania piersi, efektywności pobierania pokarmu, pozycji matki i dziecka podczas karmienia oraz indywidualnych potrzeb związanych z karmieniem piersią. Pod wpływem stymulacji, korekty nieprawidłowości ustępują. Można wykorzystać w tym przypadku Protokół oceny umiejętności ssania piersi, który przeznaczony jest do oceny umiejętności ssania z piersi dla dzieci urodzonych pomiędzy 37 a 42 tyg. wieku płodowego oraz wcześniaków, które osiągnęły 37 tydzień wieku płodowego [13]. Wspierający personel dba, żeby matka otrzymała najistotniejsze informacje:
  1. Karmieniem steruje dziecko – „na żądanie”, decyduje kiedy i ile zje;
  2. Matka umie rozpoznać oznaki głodu i sytości u dziecka;
  3. Karmi 8-12 x na dobę (w tym 1-2 karmień nocnych);
  4. Dziecko decyduje, kiedy kończy karmienie, które trwa przynajmniej 10 minut z jednej piersi;

5. Warto proponować drugą pierś, choć dziecko nie zawsze z tego skorzysta.

- Interwencje w zakresie problemów laktacyjnych podejmowane są jedynie w razie potrzeby. Interwencji specjalistów ze względu na matkę wymagają m.in. matki z zaburzeniami przepływu pokarmu: nawałem mlecznym, obrzękiem piersi i zastojem, zapaleniem piersi z chorobami brodawek oraz z problemami psychologicznymi w okresie okołoporodowym np. depresją poporodową, psychozą poporodową.

Ze strony dziecka do najczęstszych przyczyn problemów z karmieniem należą:

- Wady anatomiczne jamy ustnej (np. rozszczep wargi lub podniebienia, krótkie wędzidełko, sekwencja Pierre'a Robina).
- Brak lub słaby odruch ssania, zaburzenia czynnościowe funkcji ssania.
- Zły stan ogólny dziecka (np. infekcja, wrodzona wada serca, zaburzenia neurologiczne).
- Zbyt duży pourodzeniowy ubytek masy ciała w stosunku do możliwości pobierania pokarmu.

## WSPARCIE LAKTACJI U MATKI DZIECKA URODZONEGO PRZEDWCZEŚNIE

W 2014 roku powstał w Polsce Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego [10]. Celem głównym Rekomendacji było ujednoczenie zasad pracy personelu medycznego, umożliwiające właściwe przygotowanie matek i rodzin do rozpoczęcia i utrzymania laktacji, co pozwala zapewnić noworodkom przedwcześnie narodzonym i/lub chorym żywienie naturalne. Warunkiem koniecznym osiągnięcia celu jest akceptacja i aktywne wsparcie ze strony kadry zarządzającej szpitalem oraz spójna współpraca całego personelu na wszystkich etapach opieki nad dzieckiem i jego rodzicami. Realizatorami zadań prowadzących do celu są:

- rodzice dziecka,
- personel oddziału położniczego,
- personel oddziału neonatologicznej opieki intensywnej, ciągłej oraz pośredniej,
- specjalista laktacyjny (edukator laktacyjny, certyfikowany konsultant laktacyjny IBCLC, doradca laktacyjny CDL),
- psycholog,
- (neuro)logopeda,
- fizjoterapeuta,
- inni pracownicy medyczni i niemedyczni związani z opieką nad matką i dzieckiem.

## REALIZACJA PROCEDUR

- I. Zasady wczesnej stymulacji laktacji oraz postępowania sprzyjającego karmieniu piersią powinny być sporządzone na piśmie, ogólnie dostępne dla rodziców i realizowane przez cały personel opiekujący się matką i dzieckiem.
- II. Wszystkich pracowników szpitala sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem należy objąć

planowym i regularnym systemem szkoleń w zakresie wiedzy i umiejętności, tak aby mogli oni realizować określone powyżej zasady postępowania.

- III. Należy informować hospitalizowane kobiety ciężarne, u których zachodzi ryzyko przedwczesnego porodu lub porodu dziecka chorego oraz ich rodziny, o zaletach karmienia piersią i o sposobach postępowania podczas karmienia. Lekarz neonatolog pełni podstawową funkcję.
- IV. Należy stworzyć optymalne warunki oraz zachęcać matki do stosowania odpowiednich technik opieki (handlingu), wczesnego i częstego kontaktu z dzieckiem „skóra do skóry”, kangarowania (KMC kangaroo mother care), od urodzenia przez cały okres hospitalizacji dziecka.
- V. Do zadań personelu należy poinformowanie matki oraz udzielenie jej pomocy w rozpoczęciu i utrzymaniu laktacji oraz zapewnienie bezpieczeństwa podawania pokarmu. Gotowość do podjęcia przez dziecko karmienia doustnego bezpośrednio z piersi określona jest głównie poprzez jego stabilność kliniczną.
- VI. Personel szpitala rekomenduje karmienie noworodków wyłącznie mlekiem kobiecym, z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych.
- VII. Szpital jest zobowiązany umożliwić matce i dziecku wspólne przebywanie razem, bez nieuzasadnionych ograniczeń.
- VIII. Należy zachęcać matki do karmienia piersią na żądanie lub, gdy zachodzi konieczność, prawie na żądanie. Jest to strategia przejściowa dla wcześniaków i dzieci chorych.
- IX. W okresie stabilizacji karmienia piersią należy stosować takie metody dokarmiania, które nie będą zaburzać ani zmieniać w znaczący sposób wzorca ssania charakterystycznego dla prawidłowego ssania z piersi. Smoki uspokajające i kapturki powinny być stosowane tylko w uzasadnionych przypadkach.
- X. Planując wypis dziecka do domu, należy przygotować rodziców do kontynuacji karmienia piersią i zapewnić im dostęp do pomocy ze strony grup wspierających karmienie piersią po wypisie ze szpitala.

Badania dowodzą, że na świecie istnieje wiele strategii i praktyk w Oddziałach Intensywnej Terapii Noworodka w osiąganiu odżywczego karmienia piersią w przypadku bardzo niedojrzałych wcześniaków. Na wyróżnienie zasługuje „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka”. Modernizacja dokonana w szpitalu dziecięcym w Filadelfii była konieczna, ponieważ oryginalne rekomendacje dotyczą donoszonych noworodków [14].

1. Świadoma decyzja – edukacja matek wcześniaków w zakresie korzyści z karmienia piersią.
2. Zainicjowanie i utrzymanie laktacji – laktacja musi zostać zainicjowana przez laktator elektryczny w ciągu pierwszych 6-12 godzin po porodzie.
3. Postępowanie z mlekiem kobiecym.
4. Podawanie mleka kobiecego – w pierwszej kolejności odciągnięte mleko matki w ostateczności mleko z banku mleka.
5. Kontakt skóra do skóry.
6. Nieodżywcze ssanie z piersi.

7. Przejście do karmienia piersią.
8. Pomiar poboru mleka – test wagowy.
9. Przygotowanie do wypisu.
10. Odpowiednie wsparcie po wypisie.

Dzieci urodzone przedwcześnie, czy też hospitalizowane w oddziałach intensywnej terapii i patologii noworodka powinny być monitorowane pod względem oceny dojrzałości i funkcjonalności ze szczególną uwagą. Ze względu na powikłania kliniczne, do których zaliczamy między innymi: wieloukładową niedojrzałość, niefizjologiczne warunki dojrzewania kompetencji jedzenia, współistnienie schorzeń związanych z przedwczesnymi narodzinami lub/i długotrwałą hospitalizacją, opiekę należy rozpocząć jak najwcześniej, przy względnie ustabilizowanych parametrach życiowych i zachowaniu stanu bezpieczeństwa klinicznego dziecka. Decyzje o strategiach żywienia, technikach karmienia, wykorzystywanym sprzęcie, muszą być ściśle powiązane z etapem dojrzałości i gotowości dziecka do podjęcia karmienia doustnego. Warunkiem efektywności działań jest optymalne wykorzystanie umiejętności dziecka poprzez odpowiedni wybór technik i strategii karmienia alternatywnego, co często jest etapem przygotowującym do karmienia piersią.

## SIARA

Należy dążyć, aby dziecko otrzymało siarę jak najwcześniej, optymalnie w drugiej godzinie życia, nie później niż do 6 godzin po urodzeniu. Pożądane jest, aby pierwsza porcja siary na słówkę jamy ustno-gardłowej nastąpiła już na sali porodowej, po wstępnej stabilizacji dziecka, jeszcze przed transportem do oddziału intensywnej terapii. Wczesna porcja siary pozwala wykorzystać jej wyjątkowe cechy biologiczne, w tym właściwości antyoksydacyjne.

Procedura zakłada podanie ok. 0,5 ml siary na słówkę obu policzków „po palcu” w jałowej rękawiczce, 10-12 razy na dobę. Procedurę tą mogą wykonywać rodzice dziecka [10].

## MINIMALNE ŻYWIENIE TROFICZNE (MINIMAL ENTERAL FEEDING, MEF)

Jest to dożołądkowa porcja pokarmu podczas całkowitego żywienia pozajelitowego (Total Parenteral Nutrition – TPN), w minimalnej objętości 5-24 ml/kg/d, której celem jest działanie pobudzające rozwój i funkcje przewodu pokarmowego u wcześniaków, stymulacja rozwoju naturalnej bariery jelitowej, przeciwdziałanie NEC, w efekcie przyspieszenie przejścia na całkowite żywienie enteralne. Pokarm jest podawany przez zgłębnik [10].

## KANGUROWANIE

Kangurowanie to system postępowania z dzieckiem polegający na umożliwianiu bezpośredniego kontaktu skóra do skóry matki (rodziców) i dziecka poprzez układanie dziecka na ciele rodziców w trakcie hospitalizacji i po jej zakończeniu (dotyczy zarówno wcześniaków, jak i dzieci donoszonych). Kangurowanie (KMC) należy traktować jako jeden z niezbędnych elementów wspierania laktacji i umożliwienia karmienia naturalnego, ale też część kom-

pleksowego „Systemu opieki, pielęgnacji i wspierania dojrzewania kompetencji funkcjonalnych dziecka” realizowanego w oddziałach intensywnej terapii i patologii noworodka. Korzystnie wpływa na poczucie bezpieczeństwa dziecka, jego samoregulację w zakresie strategii zachowania, rytmu dnia, niektórych parametrów klinicznych. Kangurowanie sprzyja dojrzewaniu więzi z rodzicami, wspomaga procesy neutralizacji bólu i stresu i sam proces leczenia. Może skrócić czas hospitalizacji [10].

Podczas kangurowania powinno odbyć się pierwsze karmienie z piersi (ponieważ badania wykazały, że wówczas 8x częściej dzieci te były karmione piersią przy wypisie, pierś może być opróżniona a wcześniak może tylko lizać brodawkę sutkową [15].

## OCENA GOTOWOŚCI DO KARMIENIA DOUSTNEGO

W początkowej fazie nauki pobierania pokarmu postępujemy według następujących strategii:

- próby karmienia indywidualnie dobraną butelką 1-2 razy na dobę; resztę pokarmu podaje się przez zgłębnik nosowo-dożołądkowy
- próby przystawiania do piersi; resztę pokarmu podaje się przez zgłębnik nosowo-dożołądkowy [10, 16]

## SSANIE NIEODŻYWCZE

Nie wolno forsować wcześniaka, który potrzebuje więcej czasu na regenerację. Pomiedzy karmieniami stosuje się treningi smoczkowe, ponieważ ssanie smoczka łagodzi ból i zmniejsza stres podczas wykonywania zabiegów, które w przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie wykonuje się często. Ssanie smoczka wspomaga też dojrzewanie ośrodka oddychania. Badania pokazały, że dwugodzinne ssanie smoczka w ciągu doby uczy wcześniaka wydajniejszego ssania. Taki trening nieodżywczy (ssanie smoczka uspokajacza) bierzemy pod uwagę podczas oceny, czy dziecko może zacząć już próby karmienia doustnego [10, 17].

Ocena taka opiera się w podobnym stopniu, co u dzieci donoszonych na:

- obserwacji poziomu dojrzałości biologicznej,
- analizie stanu klinicznego dziecka, wydolności krążeniowo-oddechowej (np. męczliwość, mechanizmy adaptacyjne),
- jakości (prawidłowość) i efektywności pobierania pokarmu; funkcjonalna analiza dojrzałości i sprawności neuromotorycznej aparatu orofacialnego, w tym oralnych reakcji odruchowych, koordynacji ssania-oddychania-polykania, reaktywności dziecka na bodźce płynące z otoczenia.

W przypadku wcześniaków gotowość do podjęcia karmienia doustnego jest rozpatrywana z uwzględnieniem poniższych sytuacji:

- ocena gotowości do podjęcia karmienia doustnego oraz bezpieczeństwo kliniczne dziecka przed rozpoczęciem karmienia doustnego,
- badanie dojrzałości do karmienia doustnego i jakości mechanizmów adaptacyjnych dziecka w trakcie karmienia,



- ocena stanu dziecka bezpośrednio po karmieniu, również w wymiarze dobowym i kilkudniowym,
- uwzględnienie dotychczasowych doświadczeń klinicznych dziecka i warunków środowiskowych, w tym możliwości naturalnej stymulacji i opieki ze strony matki (rodziców).

Ocena ssania nieodżywczego:

- dziecko utrzymuje pierś/ew. pierś z nakładką/smoczek w buzi, bez spadków saturacji,
- umie objąć wargami (prawidłowo wywinięta górna i dolna warga) pierś/smoczek i utrzymać taką pozycję, nie przygryza brodawki wałami dziąsłowymi,
- dziecko prawidłowo układa język pod piersią/smoczek i utrzymuje taką pozycję,
- inicjuje ssanie, utrzymuje rytm ssania (może być zmienny), potrafi robić samodzielnie przerwy, bez spadków saturacji, optymalnie kilka zassań/pauza,
- wyczuwalna jest siła mobilizująca do uzyskania podciśnienia w jamie ustnej.

W trakcie karmienia oceniamy aktywności, stany zachowania oraz reaktywności na bodźce:

- stan dziecka (np. senne, aktywne, gotowe, negatywnie pobudzone, komfort, płacz, krzyk, ból, dezorganizacja),
- reaktywność na bodźce (akceptacja, pobudzenie, irytacja, wycofanie, inne umiejętności oralne:
- umiejętność otwarcia ust, wysunięcia języka do linii warg i podjęcia brodawki/smoczek w reakcji na zapach, smak, stymulacje dotykowe,
- umiejętność objęcia przez dziecko piersi/piersi z nakładką/smoczek, tak by wargi były wywinięte i aby dziecko próbowało zacisnąć tak, by stworzyć uszczelnienie,
- układ języka w pozycji dolnej, szerokiej, ułożenie pod brodawką/smoczek, umiejętność utrzymania takiej pozycji, również w trakcie aktywnej pracy języka,
- ruchy żuchwy i języka powinny być cyklicznie (fazowo) zsynchronizowane,
- dojrzałość ssania odżywczego:
  - utrzymanie układu warg, języka, żuchwy podczas kolejnych sekwencji ssania, poziomu i efektywność koordynacji ich współpracy,
  - miarowość i rytm ssania (w miarę stabilny, z przerwami pomiędzy sekwencjami, z tendencją do zwalniania i dłuższych pauz),
- koordynację ssania-połykania-oddychania:
  - jakość koordynacji ssania-połykania i oddychania i jej zmiany w trakcie karmienia,
  - rytm, przerwy i tempo jedzenia,
  - bezdech, zmiany rytmu i mechaniki oddychania, zasinienia, inne objawy niewydolności oddechowej (rozbudowana skala Silvermana),
  - krztuszenie się, dławienie, izolowane, głośne połykanie, wypływanie mleka z jamy ustnej,
  - wahania parametrów klinicznych: saturacji tlenem krwi, częstotliwości oddychania,
  - zmiany wyżej wymienionych parametrów oraz stanów zachowania dziecka w trakcie karmienia i w perspektywie kilku kolejnych karmień,
- dojrzałość pod kątem jakości i wytrzymałości-wydolności krążeniowo-oddechowej:
  - pobieranie ilości mleka podczas pierwszych 5 minut karmienia >30% z zalecanego zapotrzebowania;

ilość mleka pobranego podczas całego karmienia  $\geq 80\%$  z zalecanego zapotrzebowania,

- ocena tempa pobrania mleka w ml/min (w ciągu pierwszych 5 minut karmienia > 1,5 ml/min.),
- ocena czasu całej sesji karmienia (czas optymalny średnio 20 minut) [3,18].

Niewydolność oddechowa i wysiłkowa zawsze wpływają negatywnie na gotowość dziecka do podjęcia funkcji jedzenia.

## OCENA STANU DZIECKA PO KARMIENIU

Obserwacje dokonane po sesji karmienia opisujemy na podstawie:

- oceny aktywności i reaktywności na bodźce (reakcja adekwatna, nieadekwatna, odroczone, wygórowana, słaba, inne, np. czy nastąpiło zmęczenie stymulacją oralną, a nie samym jedzeniem),
- regulacji stanów zachowania (np. irytacja, dezorganizacja, wycofanie, ucieczka w sen, inne),
- rozkładu napięcia mięśniowego (określamy cechy napięcia mięśniowego po karmieniu), zmiany reakcji i strategii zachowania w trakcie jedzenia,
- stabilności oddechowo-krążeniowej (czy wystąpiły spadki saturacji, zasinienia, bezdech),
- gotowości do kolejnego karmienia w odpowiednim czasie, jego jakość i efektywność.

Objawami na które zwracamy szczególną uwagę są: kaszel, niespokojne ruchy, furczenia, dławienie, ulewianie, kłopoty z wybudzeniem na następne karmienie, zmęczenie. Sprawdzamy, czy wystąpiły zalegania.

## STRATEGIE POSTĘPOWANIA

Precyzyjny dobór strategii i sposobu postępowania pozwala unikać braku lub opóźnionej identyfikacji zaburzeń, ale także nadinterwencji, czyli stosowania elementów terapeutycznych w przypadkach normalnych, choć funkcjonalnie niewydolnych mechanizmów adaptacyjnych dziecka urodzonego przedwcześnie. Takie błędy mogą stać się przyczyną poważnych zaburzeń jego stanu i jakości funkcji jedzenia teraz, jak i w przyszłości.

W czasie obserwacji gotowości dziecka do karmienia zaleca się stosowanie karty ewaluacyjnej, dzięki której monitorowany jest proces dojrzewania funkcji jedzenia. Na co dzień stosuje się skróconą wersję karty (tab. IV).

Do wypisu dziecka dodawana jest rozbudowana karta ewaluacyjna rozszerzona dodatkowo o opis dynamiki i charakterystyki ewolucji dziecka w poszczególnych etapach pobytu w szpitalu oraz opis wyników badań istotnych dla stanu dziecka, dojrzewania strategii zachowania i relacji z rodzicami.

W przypadku wcześniaków, które mogą już zacząć próby karmienia należy zwrócić szczególną uwagę na dojrzałość koordynacji ssania-oddychania i połykania. W przypadku wystąpienia: obniżenia saturacji, bezdechów, krztuszenia, kaszlu należy robić przerwy na regulację oddechu lub przerwać karmienie. Można też spodziewać się częstszego uruchamiania reakcji obronnych (język uniesiony do podniebienia, jego cofanie, wypychanie zaciskanie żuchwy).

Tabela IV. Karta oceny do sesji karmienia. Opracowanie własne na podstawie karty ewaluacyjnej opracowanej w IMiDz przez zespół fizjoterapeutów i neurologopedów.

Table IV. The card of assesment during breast feeding session. Own version based on evaluation card prepared in IMiDz by the team of physical therapeutics and neurologopedics.

	Data i godzina	Data i godzina	Data i godzina
Przygotowanie do sesji karmienia (obecność lizania i szukania)+ pozycja			
Ssanie(rytm, tempo, kierunek pracy żuchwy )			
koordynacja s-p-o (obniżenie saturacji, zmiany tętna lub częstości oddechów)			
pozycja warg i języka			
stosowane stymulacje i kontrole oralne			
stosowane akcesoria (smoczek, butelka ze smoczkiem, dren przy piersi)			
efekty karmienia/przebieg (tlen, sonda, rodzaj mleka)			
przystawianie do piersi/reakcja/uwagi			
Przyrosty masy ciała			
osoba karmiąca			

Brak reakcji na wymienione powyżej zachowania może spowodować pojawienie się strategii obronnych i kompensacyjnych, które mogą przejść w nawyki. Konsekwencje nieprawidłowego wspomagania w rozwoju umiejętności karmienia doustnego są więc rozłożone w ewolucji jedzenia. Skrajną formą takich problemów są różne formy jadłowstrętu obserwowane zarówno u dzieci młodszych, jak i starszych, często byłych pacjentów oddziałów neonatologicznych i pediatrycznych. Badania wykazały, że problemy z karmieniem pojawiają się najczęściej w okresie rozwijania karmienia doustnego. Różne postaci tych dysfunkcji mogą wynikać z nieadekwatnego do poziomu kompetencji dziecka. Przykładem nietrafnej strategii postępowania może być proponowanie kilku różnych smoczków lub mieszanie kilku różnych sposobów karmienia w trakcie jednej sesji, np. pierś-smoczek-sonda. Efektem może być uruchomienie kompensacyjnych reakcji i strategii adaptacyjnych, począwszy od dominacji oralnych mechanizmów obronnych, a skończywszy na nieprawidłowych strategiach zachowania. Przy długotrwałej ekspozycji dziecka na niefizjologiczne doświadczenia, może dojść do utrwalenia zmian adaptacyjnych, a w konsekwencji poważnych zaburzeń regulacyjnych. W większości ośrodków o trzecim stopniu referencyjności dopuszcza się wypuszczenie ze szpitala dziecka, zanim umiejętność samodzielnego karmienia piersią zostanie osiągnięta. Przed wyjściem doradca laktacyjny ocenia laktację i ustala wskazania do kontynuacji opieki laktacyjnej po wypisie. Zdarzają się też szpitale, w których dzieci wypisywane są do domu po osiągnięciu samodzielnego karmienia piersią. Badania dowiodły, że był to czynnik przedłużający hospitalizację i zniechęcający matki do kontynuowania karmienia piersią. Aktualne rekomendacje

podkreślają istotę przygotowania matek do karmienia piersią po wypisaniu oraz zapewnienie profesjonalnych konsultantów w miejscu zamieszkania.

Właściwy sposób postępowania we współpracy z pozostałymi członkami zespołu neonatologicznego zabezpieczy dziecko przed rozwijaniem zaburzeń karmienia. Ponadto prawidłowy sposób karmienia będzie stanowił bazę do rozwijania kolejnych umiejętności: jedzenia łyżeczką, picia z kubka, gryzienia, żucia i mówienia.

## PROFESJONALNA POMOC W KARMIENIU DLA MATEK DZIECI Z WADAMI ANATOMICZNO-FUNKCJONALNYMI

### Skrócone wędzidełko języka

Można je zauważyć od razu po urodzeniu. Przy głośnym płaczu brzegi języka zwykle unoszą się ku górze. Wyróżnia się cztery stopnie zbyt krótkiego wędzidełka, uwarunkowane grubością zwłóknienia i miejscem przyrośnięcia. Doświadczenia kliniczne wskazują, że przy trudnościach w karmieniu należy jak najszybciej podciąć wędzidełko, które ogranicza ruchy języka [10] (ryc. 5).

Przy karmieniu piersią matka może odczuwać ból brodawek sutkowych, ponieważ dziecko w nieprawidłowy sposób ssie: uruchamia się najintensywniej środek języka a nie jego czubek. Często też pojawiają się urazy brodawek sutkowych. Dziecko może nie zwiększać masy ciała.

Dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia potrzebują pomocy bezpośrednio po urodzeniu. Głównym problemem dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia sprawiającym trudności rodzicom jest karmienie i za-



Ryc. 5. Skrócone wędzidełko języka. Źródło własne.  
Fig. 5. Short lingual frenulum. Own source.



Ryc. 6. Karmienie piersią dziecka z rozszczepem. Źródło własne.  
Fig. 6. Feeding of infants with bifurcation. Own source.

bezpieczeństwo oddychania. Noworodek nie jest w stanie ssać piersi, co spowodowane jest otwartym połączeniem jamy ustnej z jamą nosową. Nie może wytworzyć podciśnienia w jamie ustnej, mleko przelewa się do jamy nosa i gardła, powodując krztuszenie i wymioty [19]. Często działania zapobiegające neurologopedy lub logopedy wspiera doradca laktacyjny i fizjoterapeuta. W Instytucie Matki i Dziecka konsultacje tych specjalistów odbywają się bezpośrednio po zgłoszeniu przez matkę problemów podczas karmienia. Najczęściej już w pierwszej dobie życia.

Pierwszym zaleceniem, jeśli tylko istnieje taka możliwość, powinno być karmienie piersią. Tak jest w przypadku rozszczepu podniebienia miękkiego. Dziecko ułożone wysoko podczas karmienia poradzi sobie z techniką i efektywnością karmienia. Podobnie przy rozszczepie samej wargi karmienie piersią jest też możliwe. W przypadku rozszczepu wargi i wyrostka zębodołowego karmienie piersią jest możliwe do utrzymania, ale wymaga ustalenia odpowiedniej pozycji do karmienia (ryc. 6).

Na przykład w pozycji spod pachy, ze wspomaganie potylicy (ręka podtrzymuje potylicę i inicjuje ruch ku górze). Mama drugą ręką może w łatwy sposób przysłonić ubytek w wyrostku zębodołowym.

W pozostałych przypadkach ze względu na bezpieczeństwo dziecka, karmienie powinno odbywać się przez odpowiednio dobraną butelkę ze smoczkiem, najlepiej mlekiem mamy.

Istnieją specjalistyczne smoczki do karmienia dzieci z rozszczepem (ryc. 7).

Doświadczenia własne wykazują, że najczęściej dzieci z wadą rozszczepową karmione są za pomocą ogólnie dostępnych butelek i smoczków. Różnorodność i dostępność sprzętu, daje możliwość precyzyjnego i najbardziej odpowiedniego wyboru. Możliwość indywidualnego doboru odpowiednio zaprojektowanych smoczków i pomoc fachowego personelu medycznego ułatwia naukę karmienia dziecka z rozszczepem już w okresie noworodkowym podczas pobytu w szpitalu.

Przy doborze należy uwzględnić cechy osobnicze dziecka i jego możliwości motoryczne. Nie ma powodu,



Ryc. 7. Smoczki specjalistyczne do karmienia dzieci z rozszczepem. Źródło własne.

Fig. 7. Specialistic pacifiers for feeding of infants with bifurcation. Own source.

żeby w specjalistycznym smoczku wykonać od razu po urodzeniu kilku otworów, żeby pokarm wypływał szybkimi kroplami (czasem wystarczy 1-2 dziurki). Podczas karmienia powinniśmy kontrolować szybkość przepływu mleka i dbać o koordynację ssania-polykania-oddychania w taki sposób, żeby zbliżona była do prawidłowej. Podczas karmienia ważna jest pozycja dziecka. Neurologopedę/ /logopedę wspiera w tym zakresie fizjoterapeuta. Ciało dziecka należy układać do karmienia w pozycji zachowującej liniowość, z uwzględnieniem linii prostej przebiegającej od potylicy, przez kręgosłup dziecka do bioder. Dodatkowym punktem kontroli jest miednica dziecka. Należy pamiętać, że pomiędzy udami dziecka a osią kręgosłupa powinien być kąt prosty. Zabezpiecza to dziecko przed odchyleniem głowy do tyłu, co mogłoby sprzyjać zakrztuszeniu lub zachłyśnięciu. Ręka osoby karmiącej podtrzymuje tylko potylicę dziecka. Osoba karmiąca nie powinna dotykać szyi dziecka (ryc. 8).

Pamiętajmy, że jeśli mleko przedostaje się przez nos należy przerwać karmienie i odczekać aż dziecko przełknie pokarm. Na ogół dzieci z rozszczepem zjadają mniejsze



Ryc. 8. Wysoka pozycja do karmienia dziecka z wadą rozszczepowi. Źródło własne.

Fig. 8. High feeding position for infants with bifurcation. Own source.



Ryc. 9. Karmienie dziecka w pozycji bocznej. Źródło własne.

Fig. 9. Feeding of infant in lateral position. Own source.

ilości mleka, więc karmimy je częściej. Po karmieniu utrzymujemy dziecko w pozycji pionowej do odbicia nagromadzonego powietrza. Najważniejsze jest zadbanie o ograniczenie wysiłku oddechowego i bezpieczne (bez krtuszenia) połykanie.

Zdarza się również, że dziecko z rozszczepem karmimy w pozycji bocznej, która ułatwia oddychanie (ryc. 9).

## POSTĘPOWANIE ŻYWIENIOWE U NIEMOWLĄT

Od 2016 roku obowiązuje nowy schemat żywienia niemowląt [20]. Jest łatwiejszy do stosowania i bardziej elastyczny. Z punktu widzenia neurologopedy cenne jest w nim podążanie za potrzebami i umiejętnościami dziecka: czy potrafi już siedzieć, czy umie transportować pokarm raz na jedną, raz na drugą stronę stawu skroniowo-żuchwowego, gryźć, żuć (ryc. 10).

U dzieci z wadami rozszczepowymi twarzoczaszki w przyszłości mogą również występować różne i różnego

stopnia problemy w karmieniu. Podczas ssania dzieci te przyjmują mniejsze porcje, co może być korzystne z uwagi na występowanie u części z nich refluksu żołądkowo-przełykowego. Z tego też powodu wymagają one częstszych karmień/większej liczby posiłków mniejszych objętościowo, niż zdrowe niemowlęta, w tym samym wieku. Część dzieci może odnieść korzyści z wprowadzania preparatów z zagęstnikami (typu AR) Mamy ściągające swój pokarm mogą zagęścić go specjalnym preparatem np. Nutritonem lub kleikiem, kaszką. O wyborze decyduje lekarz.

Zapotrzebowanie na energię niemowląt z wadą rozszczepową twarzoczaszki może być większe, niż u niemowląt bez tego typu wady. Jest to wynikiem większego wydatku energetycznego związanego z przyjmowaniem pokarmu.

Umiejętne rozszerzanie diety dziecka polega na wprowadzaniu gotowanych, zmięszanych warzyw, owoców, mięsa a także kleików/kaszek, żółtka jaja kurzego, mleka i jego przetworów (naturalne serki, jogurty, kefir) oraz delikatnego pieczywa [21].

Warto próbować podawać też jedzenie do ręki – BLV (baby-led weaning).

## PODSUMOWANIE

Najlepszym rozwiązaniem dla wszystkich dzieci z problemami w karmieniu byłoby wprowadzenie podstawowej opieki laktacyjnej wysokiej jakości oraz specjalistycznej opieki laktacyjnej udzielanej przez certyfikowanych doradców/konsultantów. Pomoc powinna być dostępna dla każdej matki w ramach świadczeń gwarantowanych.

W przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie niezbędne jest zwiększenie liczby dzieci karmionych mlekiem matki oraz wspomaganie matki w przedstawieniu dzieci na karmienie bezpośrednio z piersi. Pomaga w tym odpowiednia pozycja do karmienia: krzyżowa lub „spod pachy”. Kapturek zakładany na brodawkę sutkową może być tymczasowym narzędziem pozwalającym przejść na karmienie bezpośrednio z piersi [8, 13, 18]. Personel medyczny powinien kontrolować proces karmienia w szpitalu i przygotować matkę do działań po wypisie, ponieważ wcześniaki nie zawsze wykazują wystarczającą dojrzałość koordynacji ssania-połykania i oddychania. W okresie adaptacji wskazane jest ważenie dziecka dwa razy w tygodniu.

Należy zwrócić również uwagę na noworodki, u których trudności w karmieniu piersią wynikają z ograniczenia ruchomości języka: utrudnionego wysuwania i podniesienia. Może się to wiązać ze skróconym wędzidełkiem języka. Wówczas wyżej wymienione trudności mogą prowadzić do nieefektywnego pobierania pokarmu, a w konsekwencji do osłabienia laktacji i wcześniejszego zakończenia karmienia piersią.

U dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia mogą wystąpić niezadawalające przyrosty masy ciała, które wynikają z nieodpowiedniej techniki karmienia, błędów żywieniowych, które powinny być konsultowane w zależności od potrzeb z lekarzem, doradcą laktacyjnym, neurologopedą, fizjoterapeutą, dietetykiem czy psychologiem.



Wiek (miesiące)	Umiejętności	Liczba posiłków w ciągu dnia (orientacyjna)	Wielkość porcji (ml) (orientacyjna)	Rodzaj i konsystencja pokarmów	Przykłady pokarmów <sup>2</sup>
1	Ssanie i polykanie	7*	110	Płynny	Mleko matki lub mleko modyfikowane
2-4		6*	120-140		
5-6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Początkowe rozdrabnianie pokarmów językiem</li> <li>Silny odruch ssania</li> <li>Wypychanie jedzenia z ust za pomocą języka (reakcja przejściowa)</li> <li>Otwieranie ust przy zbliżeniu łyżeczki</li> </ul>	5*	150-160	Gładkie puree 4 posiłki mleczne	Gotowane miksowane warzywa (np. marchew) lub owoce (np. jabłko, banan), mięso, jaja lub puree ziemniaczane, kaszki/kleiki bezglutenowe Produkty zbożowe, w tym gluten w małych ilościach w dowolnym okresie po ukończeniu 4. m.ż. (17. tyg.ż.) do 12. m.ż.
7-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pobieranie pokarmu z łyżeczki wargami</li> <li>Gryzienie, żucie, ruchy języka na boki</li> <li>Rozwój umiejętności i koordynacji umożliwiających samodzielne jedzenie</li> </ul>	5*	170-180		
9-12	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pobieranie pokarmu z łyżeczki wargami</li> <li>Gryzienie, żucie, ruchy języka na boki</li> <li>Rozwój umiejętności i koordynacji umożliwiających samodzielne jedzenie</li> </ul>	4-5*	190-220		

**RODZIC/OPIEKUN decyduje, CO dziecko zje, KIEDY i JAK jedzenie będzie podane.**  
**DZIECKO decyduje, CZY posiłek zje i ILE zje.**

\* Orientacyjna liczba posiłków u niemowląt karmionych sztucznie; u niemowląt karmionych naturalnie dopuszczalna jest większa liczba posiłków wynikająca z przystawiania dziecka do piersi.  
<sup>1</sup> Wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 m.ż.  
<sup>2</sup> Mleko podawane jest z piersi, butelki ze smokiem lub otwartego kubka. Pozostałe pokarmy podajemy łyżeczką.  
<sup>3</sup> Małe ilości można stosować do przygotowania pokarmów uzupełniających, ale mleko krowie nie powinno być stosowane jako główny produkt mleczny przed 12. m.ż.  
 NAPÓJE: do picia podajemy wodę bez ograniczeń. Soki (100%, przecierowe, bez dodatku cukru, pasteryzowane) w ilości maksymalnie do 150 ml na dobę (porcja liczona razem z ilością spożytych owoców).  
 Suplementacja witaminy D i K zgodnie z rekomendacjami.

Ryc. 10. Schemat żywienia dzieci w 1. roku życia. Aktualizacja 2016.

Fig. 10. The chart of infants feeding during first year of live. 2016 update.

## PIŚMIENICTWO

1. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F et al. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European Region. WHO regional publications. European series; No 87.
2. Furman S, Minich N. Efficiency of breast feeding as compared to bottle - feeding in very low birth weight infants. J of Perinatology 2004;24:706-771.
3. Lau C, Alagurusamy R, Schanler RJ, Smith EO, Shulman RJ. Characterization of the developmental stages of sucking in preterm infants during bottle feeding. Acta Paediatrica 2000;88:846-852.
4. Zawitkowski P, Bednarczyk B i wsp. Praktyczne aspekty wczesnej stymulacji rozwojowej. Klinika Pediatria Neonatologia 2013;21.
5. Oslislo A, Nehring-Gugulska M. Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią, w: materiały z II zjazdu CNoL, Warszawa 2009, na podstawie: Lauwers J. Quick Reference for Lactation Professional, Jones and Bartlett Publishers, LLC 2009;171-184.
6. Winnicka E. Wybór smoka do karmienia butelką – sztuka czy nauka? Standardy Medyczne. Pediatria 2012;T1:84-89.
7. World Health Organization, United Nations Children's Fund: Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The special role of Maternity Services. Geneva, Switzerland, World Health Organization 1989;13-18.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem. Dz. U. z 2010 r., nr 187, poz.1259.
9. Żukowska-Rubik M. Karmienie piersią – technika, zasady i najczęstsze błędy. Standardy Medyczne. Pediatria 2010;7:655-664.
10. Helwich E, Wilińska M, Borszewska-Kornacka MK i wsp. Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. Standardy Medyczne Pediatria 2014;11:9-57.



11. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.). Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Kraków, Medycyna Praktyczna 2012;69-74.
12. Szyber B. Karmienie piersią. W: Salamończyk M. (red) Neonatologia. Praktyczne umiejętności w opiece nad noworodkiem, PZWL 2014;23-44.
13. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Stobnicka-Stolarska P (Centrum Nauki o Laktacji) Paradowska B (Stowarzyszenie Terapeutów Metody Castillo Moralesa) Postępy Neonatologii 1 (20), 2014;53-65.
14. Spatz D. Wykorzystanie dowodów naukowych na temat mleka kobiecego i karmienia piersią do transformacji opieki okołoporodowej. Materiały na IX Zjazd CNOL, czerwiec 2016.
15. Casavant SG, McGrath JM, Burke G, Brieve CE. Caregiving Factors Affecting Breastfeeding Duration within a Neonatal Intensive Care Unit. Adv Neonatal Care 2015; 15(6):421-428.
16. Zawitkowski P, Bednarczyk B, Kordys K i wsp. Praktyczne aspekty wczesnej stymulacji rozwojowej. Klinika Pediatryczna Neonatologia 2013;21.
17. White A, Parnell K. The transition from tube to full oral feeding (breast or bottle)- acue - based developmental approach. Journal of Neonatal Nursing 2013;19:189-197.
18. Lau C, Smith EO. A novel approach to Assess Oral Feeding Skills of Preterms Infants. Neonatology 2011;100:64-70.
19. Pluta-Wojciechowska D. Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia. Kraków 2011;160-162.
20. Szajewska H (red.). Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Standardy Medyczne. Pediaatria 2016;13:9-24.
21. Rowicka G, Weker H. Postępowanie żywieniowe u dzieci z rozszczepem części twarzowej czaszki. Dev Period Med. 2014;XVIII,1:102-108

---

**Konflikt interesu/Conflicts of interest**

Autorka pracy nie zgłasza konfliktu interesów.  
The Author declare no conflict of interest.

**Nadesłano/Received:** 16.12.2016 r.

**Zaakceptowano/Accepted:** 08.02.2017 r.

**Dostępne online/Published online:**

---

Adres do korespondencji:

*Magdalena Bednarczyk*

Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Instytut Matki i Dziecka

ul. Kasprzaka 17 A, 01-211 Warszawa

tel. 605-195-195

e-mail: magda@mowa.pl