



Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią

Methods of supplementation for breastfeeding infants

dr n. med. Anna Oslisło¹, Magdalena Nehring-Gugulska¹, Monika Żukowska-Rubik²

¹ International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), Centrum Nauki o Laktacji ² International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC), Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie, Centrum Nauki o Laktacji

Streszczenie

Zgodnie z zaleceniami ekspertów optymalnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie wyłącznie piersią przez około 6 pierwszych m.ż. i kontynuacja karmienia w czasie wprowadzania posiłków uzupełniających tak długo, jak długo życzą sobie tego dziecko i matka. Niekiedy zachodzi jednak konieczność dokarmiania noworodka czy niemowlęcia, np. gdy dziecko ssie pierś nieefektywnie, matka nie wytwarza dostatecznej ilości pokarmu lub matka i dziecko są rozdzielone. Suplementacja może być potrzebna przez krótki okres lub na stałe. Musi być prowadzona w taki sposób, by zapewnić dziecku odpowiednie odżywienie, ale też utrzymać laktację u matki na optymalnym poziomie i umożliwić powrót do karmienia piersią. Istotne jest dobranie odpowiedniej metody podawania suplementu stosownie do wieku, stanu dziecka, planowanego czasu i ilości suplementacji, typu zaburzeń mechanizmu ssania, jeżeli takie występują u dziecka. Metoda musi być akceptowana i możliwa do zastosowania przez rodziców z zachowaniem zasad higieny. W pracy omówiono szczegółowo wskazania oraz zalety i wady wszystkich wykorzystywanych obecnie metod karmienia alternatywnego.

Abstract

According to experts recommendations optimal nutrition for infants is exclusive breastfeeding for first 6 months of life and continuation of breastfeeding during introduction of complementary foods as long as baby and mother wish. There are situations when a neonate or an infant needs supplementation, for example infant sucks a breast ineffectively, a mother has an insufficient milk supply, a mother and a baby are separated. The supplementation may be necessary for a certain period of time or till the end of breastfeeding. It should be carried on the way that provides suitable nutrition for an infant, but also maintains mother's lactation at optimal level and makes possible the return to breastfeeding. It is important to choose the proper method of giving the supplement according to the age and state of the infant, the planned period and amount of supplementation, the type of suckling mechanism dysfunction if found. The method should be accepted and possible to apply by parents and hygienic rules must be complied. The paper discusses in details the indications for using all of the known alternative feeding methods, their advantages and disadvantages.

SŁOWA KLUCZOWE:

■ KARMIENIE PIERSIĄ ■ LAKTACJA ■ METODY DOKARMIANIA
■ METODY KARMIENIA ALTERNATYWNEGO ■ KARMIENIE
KUBKIEM ■ KARMIENIE BUTELKĄ ■ DOKARMIANIE

KEY WORDS:

■ BREASTFEEDING ■ LACTATION ■ ARTIFICIAL FEEDING SYSTEM
■ ALTERNATIVE FEEDING METHODS ■ CUP FEEDING ■ BOTTLE
FEEDING ■ SUPPLEMENTATION

Zgodnie z aktualnym stanowiskiem ESPGHAN (ang. *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*) dziecko powinno być karmione wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy – to jest cel, do którego należy dążyć¹. Wyłączne karmienie piersią oznacza, że dziecko otrzymuje tylko pokarm matki, dopuszczone jest podawanie witamin i leków². Karmienie piersią powinno być kontynuowane w czasie wprowadzania żywności uzupełniającej tak długo, jak życzą sobie tego matka i dziecko¹. W rekomendacjach Amerykańskiej Akademii Pediatrii czas kontynuacji karmienia piersią to minimum rok lub dłużej, a w stanowisku Światowej Organizacji Zdrowia – 2 lata lub dłużej^{2,3}.

Bywają sytuacje, gdy z różnych powodów konieczne jest podawanie suplementacji czasowo lub na stałe. Główną grupę dzieci karmionych piersią wymagających dokarmiania stanowią noworodki i małe niemowlęta, które nie mogą pobrać odpowiedniej ilości pokarmu z piersi matki z powodu zaburzeń funkcji ssania o różnej etiologii. Drugą grupę stanowią dzieci w różnym wieku oddzielone od matek z różnych przyczyn⁴. Ponadto suplementacji wymagają niemowlęta, których matki mają rzeczywisty niedobór pokarmu oraz dzieci w takiej sytuacji klinicznej, w której występują czasowe przeciwwskazania do karmienia piersią⁵.

Zalecając dokarmianie tych niemowląt, mamy trzy cele: odpowiednie odżywienie dziecka, utrzymanie laktacji u matki oraz powrót do całkowitego lub prawie całkowitego karmienia piersią.

Cele te mogą być osiągnięte poprzez omówione poniżej działania.

■ Właściwa ocena wskazań do dokarmiania

Należy bardzo wnikliwie zapoznać się z wyżej wymienionymi wskazaniami. Trzeba np. wziąć pod uwagę, że na przykład większość leków podawanych matce karmiącej nie stanowi przeciwwskazania do karmienia piersią⁶. Podobna sytuacja dotyczy chorób matki i dziecka^{5,7}. W przypadku rzeczywistego niedoboru pokarmu, trzeba najpierw wykorzystać możliwość stymulacji laktacji poprzez zwiększenie częstości i efektywności karmień. W tym przypadku pomocna może być współpraca z doradcą/konsultantem laktacyjnym*.

■ Właściwa ocena zapotrzebowania ilościowego

Zapotrzebowanie dobowe dziecka na płyny, kalorie, podstawowe substancje odżywcze ustala się, biorąc pod uwagę dane kliniczne dziecka. Ilość i częstość

dokarmiania musi być skorelowana z przyrostem masy i częstotliwością karmień piersią. W przypadku słabego przyrostu masy nie jest wskazane stosowanie dokarmiania po każdym karmieniu piersią. Najczęściej wystarcza 2–5 razy/dobę w zależności od przyrostu masy. Praktyczna zasada Mohrbacher: przy przyroście masy 110–85 g/tydzień wystarczy 2–3 razy po 60 ml; jeśli przyrost wynosi poniżej 85 g/tydzień, należy podawać 4–5 razy 60 ml⁸. Analizując efekty stymulacji laktacji lub poprawy efektywności ssania piersi, ustala się możliwość stopniowego wycofywania dokarmiania pod kontrolą przyrostu masy.

■ Dobór odpowiedniego rodzaju suplementu

Suplementem pierwszego wyboru jest odciągany pokarm własnej matki. Drugi wybór stanowi pokarm z banku mleka (nieдоступny w Polsce). Trzecim wyborem są odpowiednie preparaty do początkowego żywienia niemowląt, dostosowane do indywidualnej sytuacji dziecka (masa ciała, dojrzałość, stan kliniczny, wywiad rodzinny dotyczący chorób alergicznych)⁵. Zlecenie powinien wydać lekarz (lub inna uprawniona, kompetentna osoba), odnotowując w dokumentacji medycznej dziecka rodzaj suplementu.

■ Utrzymanie lub stymulacja laktacji

Matce, która będzie oddzielona od dziecka, należy zalecić odciąganie pokarmu, tak aby utrzymać laktację na odpowiednim poziomie, czyli z częstotliwością karmień właściwą dla danego wieku dziecka. Jeśli mamy do czynienia z nieefektywnym ssaniem i niedoborem pokarmu, w celu stymulacji laktacji zaleca się odciąganie częściej i dłużej, niż ssało dziecko. Przed podaniem suplementu matka powinna nakarmić dziecko z obu piersi. W ułożeniu planu odciągania i doborze odpowiedniego sprzętu pomocny może być doradca/konsultant laktacyjny*.

■ Dobór odpowiedniej metody dokarmiania

Do dokarmiania dzieci karmionych piersią wykorzystuje się: zakraplacze, łyżeczki, kubeczki, cewniki do karmienia (różne zastosowanie), komercyjne zestawy do karmienia cewnikiem przy piersi oraz różne typy butelek ze smoczkiem^{5,9}. Nie ma dowodów wykazujących arbitralnie wyższość jednej metody dokarmiania nad drugą¹⁰. Każda metoda ma wady i zalety, jest mniej lub bardziej skomplikowana, wymaga nabycia umiejętności (**Tabela 1.**). Źle użyta może spowodować: dławienie, krztuszenie, zmęczenie, wtórne zaburzenia funkcji ssania, a w efekcie awersję do piersi¹¹. Warto znać wskazania do stosowania poszczególnych metod. Wszystkie metody używane



TABELA 1. Metody dokarmiania odciągniętym pokarmem lub mieszanką

METODA	KIEDY STOSUJEMY?	ZALETY	WADY
Zakraplacze <ul style="list-style-type: none"> plastikowe, szklane 	<ul style="list-style-type: none"> do rozpoczęcia karmienia doustnego wcześniaków dla zachęty lub uspokojenia głodnego (niespokojnego) dziecka przed przystawieniem do piersi lub tuż po przystawieniu 	<ul style="list-style-type: none"> pobudza ruchomość języka tani, łatwy, szybki sposób pokarm można podać bezpośrednio do buzi lub przy piersi 	<ul style="list-style-type: none"> podawanie niewielkich ilości, karmienie długo trwa trudno utrzymać higienę nie uczy ssania, a nawet mogą wystąpić nieprawidłowe zachowania (brak koordynacji)
łyżeczka <ul style="list-style-type: none"> do herbaty, do zupy, do karmienia niemowląt, zestaw łyżeczki z podziatką 	<ul style="list-style-type: none"> w pierwszych dobach po porodzie, gdy dziecko nie umie lub nie chce ssać w celu zapobiegania hipoglikemii 	<ul style="list-style-type: none"> dostępny, prosty sposób, niewymagający specjalistycznego sprzętu pozwała na szybkie „dotądowanie” energii łatwy do utrzymania w czystości 	<ul style="list-style-type: none"> małe ilości na krótki okres czasu pokarm łatwo wylewa się z łyżeczki nie uczy ssania nie koryguje zaburzeń ssania
Kubeczek <ul style="list-style-type: none"> do leków, do karmienia niemowląt, dowolny 	<ul style="list-style-type: none"> długa tradycja stosowania warunkiem koniecznym jest aktywność dziecka stanowi alternatywę dla butelki ze smoczkiem 	<ul style="list-style-type: none"> można podać większe ilości pokarmu nie wymaga dużego wysiłku od dziecka (niskie ryzyko bezdechu i bradykardii) uczy koordynacji połykania i oddychania - pobudza wysuwanie i pracę języka nie przyzwyczajają można odciągnąć pokarm bezpośrednio do kubka i bez przelewania podać dziecku łatwy do utrzymania w czystości 	<ul style="list-style-type: none"> technika nie jest prosta, wymaga wprawy i szkolenia personelu oraz rodziców jeśli dziecko jest niespokojne, mleko może się rozlewać nie uczy ssania ani chwytania, nie wymaga szerokiego otwierania buzi nie nadaje się do podawania większych ilości pokarmu przez dłuższy czas
Cewnik przy piersi <ul style="list-style-type: none"> komercyjny: np. SNS – <i>Supplementing Nursing System</i> MEDELA; niekomercyjny: stosuje się cewnik do karmienia niemowląt (np. Galmed, rozmiar 4 lub 6, Unomedical) – dziecko ssie pierś razem z cewnikiem, pokarm podawany jest z pojemnika lub strzykawki 	<ul style="list-style-type: none"> u dzieci, które potrafią chwycić i dobrze utrzymać pierś(!) w przypadku relaksacji, adopcji, u wcześniaków, w rzeczywistym, nieodwracalnym niedoborze pokarmu 	<ul style="list-style-type: none"> zachęca dziecko do ssania laktacji pozwała na jednoczesną stymulację piersi można stosować go długo, nawet do końca laktacji oszczędza czas matki, zwiększa jej kontakt z dzieckiem eliminuje ryzyko odrzucenia piersi z powodu przyzwyczajenia do innej metody dokarmiania 	<ul style="list-style-type: none"> więcej elementów, bardziej skomplikowany – komercyjny dość kosztowny nie każda matka chce używać nie nadaje się do zastosowania, jeśli współistnieją zaburzenia funkcji ssania lub dziecko jest nieaktywne
Karmienie „po palcu” <ul style="list-style-type: none"> stosuje się cewnik do karmienia niemowląt (np. Galmed, rozmiar 4 lub 6, Unomedical) dziecko ssie palec, np. matki, razem z cewnikiem, pokarm podawany jest ze strzykawki 	<ul style="list-style-type: none"> jako uzupełnienie wspomagania rehabilitacyjnego funkcji ssania, gdy stwierdza się zaburzenia pracy języka, słabe napięcie warg podawanie pokarmu łączy się z ćwiczeniem ssania można karmić dziecko nieaktywne, podsypiające, z rozszczepem podniebienia jednak nie ma dowodu na to, że palec idealnie naśladowuje pierś 	<ul style="list-style-type: none"> średnio trudny, można dozować pokarm, koordynując z ruchami ssącymi pozwała uczyć właściwego chwytania, synchronizacji zassania i połykania 	<ul style="list-style-type: none"> wymaga nauczania rodziców cewniki nie są powszechnie dostępne można podać za dużo pokarmu, za szybko nieumiejętne podanie palca wywołuje wtórne zaburzenia funkcji ssania: nieprawidłowe otwieranie buzi, nieumiejętność chwytania, płytkie ssanie, awersję do piersi, przyzwyczajenie powinien być stosowany przez doradcę/konsultanta, rehabilitanta w wybranych sytuacjach medycznych trudniej utrzymać higienę

METODA	KIEDY STOSUJEMY?	ZALETY	WADY
Butelki specjalistyczne np. Habermana, Remond Prema	<ul style="list-style-type: none"> ■ skonstruowane w celach rehabilitacji funkcji ssania, do dokarmiania wcześniaków, dzieci z wadą twarzoczaszki 	<ul style="list-style-type: none"> ■ łatwa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ kosztowna ■ nietatwo dostępny
Butelka + smoczek (o szerokiej podstawie, miękki, elastyczny, najlepiej z otworem w kształcie Y)	<ul style="list-style-type: none"> ■ u donoszonych po okresie stabilizacji laktacji, gdy matka jest oddzielona czasowo od dziecka (np. wraca do pracy) ■ terapeutycznie do nauki ssania dla dzieci słabo ssących i wcześniaków 	<ul style="list-style-type: none"> ■ dostępna, łatwa, prosta ■ dla każdego (babcia, opiekunka), ■ można podać duże ilości pokarmu, ■ łatwy pomiar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ zbyt łatwa (?) ■ rodzice często „rozpędzają się” i podają zbyt dużo pokarmu ■ wymaga wysiłku od dziecka, u wcześniaków, gdy brak koordynacji – ryzyko bezdechu i bradykardii ■ trzeba umieć ją stosować, bo też stwarza problemy techniczne: ■ zbyt długi smoczek – gryzienie; zbyt krótki – wypychanie językiem; zbyt wąska podstawa – wąski kąt ust; zbyt duży otwór – dziecko ssa za szybko, bez pracy ■ budzi kontrowersje stosowanie w pierwszych tygodniach u dzieci donoszonych ■ rodzice boją się, że dziecko nie będzie chciało ssać piersi
Butelka w kształcie piersi (ang. <i>breast shaped bottle</i>) np. ADIRI, MIMIJUMI	<ul style="list-style-type: none"> ■ przeznaczona do dokarmiania noworodków i niemowląt w każdym wieku, mających prawidłowy odruch ssania, szczególnie dla odmawiających piersi lub ssących leniwie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ odwzorowuje kształt i sposób ssania piersi wg danych producenta, ma wyjątkowo szeroką podstawę, jest miękka, elastyczna, pozwala na indywidualne dostosowanie do buzi dziecka, wykonana z silikonu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ niedostępna w Polsce ■ brak badań ■ brak doświadczeń

we właściwy sposób pozwalają bezpiecznie dostarczyć dziecku dodatkowy pokarm i wspomóc funkcję ssania. W połączeniu z odpowiednim wsparciem i edukacją rodziców pozwalają rozwiązać problem i korzystnie wpływają na przebieg karmienia piersią. Największe kontrowersje wzbudza stosowanie metod dokarmiania w pierwszych tygodniach po porodzie, w okresie stabilizowania się laktacji i utrwalania mechanizmu ssania.

Mechanizm ssania piersi

Do obrazowania mechanizmu ssania piersi stosuje się technikę ultrasonografii. Pierwszej obserwacji i opisu tego procesu dokonał Smith i wsp. w 1985 roku¹². Prowadzone w ostatnich latach badania z użyciem nowocześniejszych technik obrazowania rzuciły nowe światło na proces ssania piersi. Kluczową

rolę w procesie pobierania pokarmu odgrywa podciśnienie, które wytwarza się w przestrzeni pomiędzy nasadą języka, podniebieniem a szczytem brodawki w momencie maksymalnego opuszczenia języka. Pokarm nie jest, jak dawniej uważano, wymasowywany z piersi przez falę perystaltyczną powstającą na języku, a szczyt brodawki znajduje się w buzi dziecka nieco płycej¹³.

Stosowanie metod dokarmiania – kontrowersje

Przez lata poszukiwano innych niż butelka i smoczek metod dokarmiania, ponieważ w praktyce klinicznej obserwowano trudności w przystawianiu do piersi dzieci, które wcześniej pobierały pokarm z butelki. W latach 80–90. opisywano to jako zjawisko „mylenia wzorca” (ang. *nipple confusion*), które

miało być przyczyną zaburzeń funkcji ssania piersi u dzieci ssących smoczki, smoczki–uspokajacze, kapturki (ang. *artificial nipple*). W świetle bieżących doniesień zjawisko to jest coraz mniej jednoznaczne. Praktyka kliniczna wskazuje na to, że zaburzenia funkcji ssania stanowią pierwotną przyczynę problemów ze ssaniem piersi. Wtórne zaburzenia funkcji ssania może spowodować nieumiejętne stosowanie praktycznie każdej alternatywnej metody dokarmiania. A niektóre współczesne smoczki i kapturki spełniają niejednokrotnie funkcję terapeutyczną^{13,14,15,16}. Techniki ultrasonografii badacze stosują również do porównywania mechanizmu ssania piersi z innymi metodami pobierania pokarmu. Woolridge oraz Nowak i wsp. zidentyfikowali, że sposób ssania niektórych rodzajów smoczków zasadniczo różni się od ssania piersi^{17,18}. Jednak sposób ssania smoczka o szerokiej podstawie, który ma zamiast dziurki otwór w kształcie Y (ang. *tricut nipple*) był zbliżony¹⁹. Wykorzystując technikę elektromiografii, Nyquist, Inoue i wsp. oraz Gomes i wsp. odnotowali mniejszą siłę skurczu mięśni: policzkowego, skroniowego i żwacza u dzieci dokarmianych z użyciem smoczka. Napięcie wymienionych mięśni było podobne u dzieci dokarmianych kubeczkiem^{20,21,22}.

Stosowanie różnych metod karmienia alternatywnego a długość karmienia piersią

Nie ma zbyt wielu badań dotyczących stosowania metod dokarmiania u dzieci karmionych piersią, a te istniejące zajmują się głównie porównaniem dokarmiania butelką ze smoczkiem i kubkiem. Doniesienia, w których badacze próbują rozstrzygnąć, czy stosowanie butelki ze smoczkiem jako metody dokarmiania powoduje skrócenie ogólnego czasu karmienia piersią, są niewystarczające. Flint w metaanalizie oraz Collins w randomizowanym badaniu nie wykazali niekorzystnego wpływu stosowania butelki ze smoczkiem u niemowląt przedwcześnie urodzonych w odniesieniu do utrzymania karmienia piersią^{16,23}. Wykazano natomiast, że wcześniaki dokarmiane kubeczkiem były dłużej hospitalizowane. Odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią w grupie dokarmianej kubeczkiem był wyższy niż w grupie dokarmianej butelką, ale tylko w dniu wypisu ze szpitala²³. Abouelfetoh i Dowling wykazali, że w grupie wcześniaków (*late pre-term*, średnio 35,13 Hbd) dokarmianych kubeczkiem istniała



RYC. 1. Wcześniaki karmione sondą nosowo-żołądkową. Kangurowanie. (Fot. Anna Oslislo)



RYC. 2. Karmienie kubkiem. (Fot. Anna Oslislo)



RYC. 3. Karmienie łyżeczką. (Fot. Magdalena Nehring-Gugulska)



RYC. 4. Karmienie cewnikiem „po palcu”. (Fot. Kinga Osuch)



RYC. 5. Dokarmianie cewnikiem przy piersi. (Fot. Kinga Osuch)



RYC. 6. Karmienie butelką – szeroki kąt ust.
(Fot. Monika Żukowska-Rubik)

większa dojrzałość funkcji ssania po 6 tygodniach i miało to korzystny wpływ na wyłączność karmienia piersią po tygodniu od wypisu ze szpitala w stosunku do grupy dokarmianej butelką²⁴. Howard w randomizowanej próbie, w grupie niemowląt zdrowych, donoszonych, nie udowodniła niekorzystnego wpływu dokarmiania smoczkiem na długość karmienia piersią, jeśli dokarmień było 1–2/dobę. Niekorzystny wpływ odnotowała natomiast w grupie dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego²⁵. Z kolei doniesienia dotyczące wpływu stosowania smoczka-uspokajacza dotykają nieco innego aspektu interesującego nas zagadnienia. Pokazują, że stosowanie uspokajacza, ale po ustabilizowaniu się laktacji, nie ma niekorzystnego wpływu na długość i wyłączność karmienia piersią^{25,26,27}. Mając powyższe na uwadze i oczekując dalszych badań, należy dobierać metodę dokarmiania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Dobór metody

Właściwą metodę należy dobrać indywidualnie, biorąc pod uwagę opisane niżej okoliczności.

STAN OGÓLNY DZIECKA

U dzieci w ciężkim stanie ogólnym stosujemy żywienie pozajelitowe lub sondę nosowo-żołądkową. Nie zastosujemy żadnej metody wymagającej aktywności dziecka i koordynacji ssania, połykania i oddychania (kubeczek, butelka, cewnik przy piersi). Wobec dziecka w dobrym stanie ogólnym, aktywnego, które ma odruch ssania i prawidłową koordynację, zastosujemy metodę wykorzystującą jego aktywność i rozwijającą umiejętności, np. cewnik przy piersi czy kubeczek.

WIEK DZIECKA

W przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie z małą lub bardzo małą masą ciała stosuje się w początkowym etapie żywienie pozajelitowe, dojelitowe (sondą nosowo-żołądkową), następnie prowadzi się naukę ssania nieodżywczego i stopniowo przechodzi na karmienie piersią. Zważając na fakt, że w trakcie karmienia piersią hipotermia, hipoksja, bezdech, bradykardia, desaturacja występują istotnie rzadziej²⁸, wskazane byłoby użycie metody „bez butelki”. Stosuje się natomiast: smoczki-uspokajacze do nauki ssania nieodżywczego¹⁶, nakładki na brodawki piersiowe, tzw. kapturki¹⁵ i specjalistyczne



butelki ze smoczkiem jako wspomaganie rehabilitacyjnej funkcji ssania.

Natomiast u dziecka donoszonego, prawidłowo ssącego, wymagającego dokarmiania w okresie stabilizowania się laktacji, najlepszym wyborem będzie cewnik przy piersi. Jeśli pokarm podaje się 1–2 razy dziennie można zastosować butelkę ze smoczkiem²⁵. Należy jej unikać w przypadku noworodków urodzonych przez cięcie cesarskie, a także jeżeli dziecko jest dokarmiane częściej niż 2 razy dziennie. Alternatywą dla butelki we wczesnym okresie po porodzie może być kubeczek²⁵. U dziecka kilkumiesięcznego, które ssię pierś w sposób prawidłowy, ale będzie rozdzielone z matką (wyjazd, praca) lub radykalnie odmawia ssania piersi, jako metodę pierwszego wyboru zastosujemy butelkę ze smoczkiem.

TYP ZABURZEŃ FUNKCJI SSANIA

U dziecka, które chwytą pierś prawidłowo, ale ssi nieefektywnie (pobiera zbyt mało pokarmu) do dokarmiania w pierwszej kolejności należy wybrać cewnik przy piersi. Można rozważyć zastosowanie butelek w kształcie piersi (ang. *breast shaped bottle*). W przypadku dzieci słabo ssących, mających poważne problemy z koordynacją ssania – wspomaganie rehabilitacyjnym może być m.in. stosowanie specjalistycznych butelek i smoczków (np. Habermanna, Remond Prema). W przypadku zaburzeń pracy języka, elementem wspomaganie rehabilitacyjnego może być karmienie „po palcu” (ang. *finger feeding*). U dziecka z zaburzeniami prawidłowego otwierania buzi i chwytania piersi najkorzystniejsze wydaje się zastosowanie wspomaganie rehabilitacyjnego (odpowiednich ćwiczeń) uzupełnionego krótkotrwałym karmieniem „po palcu” lub butelką ze smoczkiem (obserwacje własne).

DŁUGOŚĆ TRWANIA I ILOŚĆ PLANOWANEJ SUPLEMENTACJI

Gdy dokarmianie ma trwać krótko (1–2 dni) i trzeba podać kilka–kilkanaście mililitrów pokarmu na porcję odmawiającemu ssania noworodkowi, aby zapobiec hipoglikemii, zastosujemy łyżeczkę lub kubeczek¹¹. Gdy dokarmianie ma trwać dłuższy czas i należy podawać większą ilość pokarmu na porcję w pierwszych tygodniach, wybierzemy albo cewnik przy piersi, albo butelkę (jeśli 1–2 dokarmiania dziennie), albo kubeczek (jeśli powyżej 2 dokarmień)²⁵. Gdy dokarmianie ma trwać długo (wcześniak, adopcja, rzeczywisty niedobór) i istnieje konieczność po-

dawania kilkudziesięciu–kilkuset mililitrów pokarmu na porcję, mamy do wyboru: cewnik przy piersi, różne rodzaje butelek ze smoczkiem⁹.

MOŻLIWOŚĆ UTRZYMANIA HIGIENY

Najłatwiej jest utrzymać higienę, stosując łyżeczkę (dlatego jest chętnie wykorzystywana w pierwszych dobach po porodzie) oraz kubeczek (stąd jego popularność w krajach Trzeciego Świata)^{2,8}. Można w ten sposób podać pokarm bezpośrednio odciągnięty z piersi matki, ale dziecko musi być aktywne. Najtrudniej jest utrzymać higienę w przypadku cewników, zakraplaczy i butelek ze smoczkiem².

UMIĘTNOŚĆ I ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)

Nie zawsze jest możliwe zastosowanie takiej metody dokarmiania, jaka wydaje się najkorzystniejsza w danej sytuacji, ponieważ musimy liczyć się ze zdaniem rodziców (opiekunów). Rodzice muszą ocenić swoje możliwości i nauczyć się prawidłowo stosować wybrany sposób dokarmiania. W przypadku personelu medycznego lub opiekunów istotne są doświadczenie i wprawa w stosowaniu danej metody. Rodzicom należy zawsze przedstawić rzetelne informacje na temat sugerowanej metody, pokazać zarówno jej zalety, jak i wady (tab. 1). Stwierdzenia, że po zastosowaniu określonej metody funkcja ssania ulegnie zaburzeniu lub dziecko nie wróci do ssania piersi, mogą powodować niepotrzebny stres u rodziców¹¹.

Podsumowanie

Doniesienia porównujące różne metody dokarmiania nie dają jednoznacznych wyników, różnią się metodyką i liczebnością grup, co utrudnia ich interpretację. Trzeba wnikliwie analizować specyfikę poszczególnych metod dokarmiania, dobierać je bardzo precyzyjnie, stosować możliwie krótko i z rozważą. Warto korzystać z doświadczenia doradców/konsultantów laktacyjnych*. **Żadna metoda nie może zastąpić nauki prawidłowego karmienia piersią i wsparcia, jakim powinna być otoczona matka przez personel medyczny.** Suplementację należy stosować tylko wtedy, gdy są wskazania, trzeba również dobrze określić zapotrzebowanie dziecka. Najlepiej jeśli podawany jest odciągany pokarm własnej matki. Pochopne stosowanie zarówno mleka modyfikowanego, jak i butelki ze smoczkiem sprawia, że rodzice mając łatwość suplementowania, mogą przekraczać wskazania ilościowe, a suplementacja bez wskazań – skraca czas trwania karmienia piersią²⁹. ■

medela

www.medela.com.pl

Według mam i specjalistów
najskuteczniejsze wsparcie
w karmieniu piersią

Wyjątkowe wsparcie
w wyjątkowych sytuacjach

ZAUFAM NAM

www.profesjonalnelaktatory.pl

INTERIOM

Autoryzowany Przedstawiciel w Polsce

ul. Lewinowska 8, 03-684 Warszawa

tel./fax: 022 864 38 65

e-mail: intertom@intertom.com.pl

tel.: 022 865 12 50

www.intertom.com.pl

praktyka kliniczna

lek. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Centrum Nauki o Laktacji

skr. poczt. 153, 02-588 Warszawa 48

✉ mng@kobiety.med.pl

Praca została zaprezentowana przez dr n. med. Annę Oslislo podczas Seminarium z okazji Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią w Warszawie 6 czerwca 2009 r.

* wykaz doradców/konsultantów laktacyjnych znajduje się na stronach: www.kobiety.med.pl/cnol oraz www.laktacja.pl

Piśmiennictwo

- 1 ESPGHAN Committee on Nutrition: Carlo Agostoni, Christian Braegger, Tamas Decsi, Sanja Kolacek, Berthold Koletzko, Kim Fleischer Michaelsen, Walter Mihatsch, Luis A. Moreno, John Puntis, Raanan Shamir, Hania Szajewska, Dominique Turck, Johannes van Goudoever. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2009;49:112–125 by European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition
- 2 WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. WHA 55/2002/REC/1 Annex 2002,2
- 3 American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Lawrence M, Morton J, Ruth A i wsp *Pediatrics* 2005; 115:496–506. opr. pol. *Medycyna Praktyczna – Pediatria*. 2005;6:31–39
- 4 Kassing D. Bottle-feeding as a tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact* 2002; 18: 56–60
- 5 Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical Protocol Number 3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. *Breastfeeding Medicine* 2009;4:175-182
- 6 Hale T. Farmakoterapia a karmienie piersią: farmakokinetyka, czynniki ryzyka i wpływ na wytwarzanie mleka. *Pediatría po dyplomie* 2005;9:65–75
- 7 Królak-Olejnik B, Nehring-Gugulska M. Kiedy nie można karmić piersią. W: Jak wspierać karmienie piersią w placówkach służby zdrowia? Przewodnik dla wykładowcy. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią 2009:192–195
- 8 Mohrbacher N, Stock J. Weight gain. W: *The Breastfeeding Answer Book*. Schaumburg, La Leche League International 2005:171–174
- 9 Lauwers J. Quick Reference for Lactation Professional. Jones and Bartlett Publishers, LLC 2009:171–184
- 10 Cloherty M, Alexander J, Holloway i wsp. The cup-versus-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
- 11 Wilson-Clay B, Hoover K. *The Breastfeeding Atlas*. Third Edition. LactNews Press, Austin, Texas 2005
- 12 Smith WL, Erenberg A, Nowak A i wsp. Physiology of sucking in the normal term infant using real-time US. *Radiology* 1985;156:379–381
- 13 Geddes DT, Kent JC, Miltouas LR i wsp. Tongue movement and intraoral vacuum in breastfeeding infants. *Early Human Development* 2008;84:471–477
- 14 Noble R, Bovey A. Therapeutic teat use for babies who breastfeed poorly. *Breastfeed Rev* 1997;5:37–42
- 15 Meier PP. Supporting Lactation in Mothers with Very Low Birth Weight Infants *Pediatric Annals* 2003;32:317–325
- 16 Collins CT, Ryan P, Crowther CA i wsp. Effects of bottles, cups and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomized control trial. *BMJ* 2004;329:193–198



- ¹⁷ Woolridge MW. The anatomy of infant sucking. *Midwifery* 1986;2:164–171
- ¹⁸ Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A. Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1994;148:40–42
- ¹⁹ Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A. Imaging evaluation of breast-feeding and bottle-feeding systems. *J Pediatr.* 1995;126:130–134
- ²⁰ Nyquist KH. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants: identification of differences between breast-, cup- and bottle-feeding. *J Pediatr (Rio J)* 2006;82:85–86
- ²¹ Inoue N, Sakashita R, Kamegai T Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early Hum Dev* 1995;42:185–193
- ²² Gomes CF, Trezza EM, Murade EC i wsp. Surface electromyography of facial muscles during natural and artificial feeding of infants. *J Pediatr* 2006;82:103–109
- ²³ Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD005092. DOI:10.1002/14651858.CD005092.pub2.
- ²⁴ Abouelfetoh AM, Dowling DA, Dabash SA i wsp. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J.* 2008;21;3–27
- ²⁵ Howard CR, Howard FM, Lanphear B i wsp. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics.* 2003;111:511–518
- ²⁶ O'Connor. Pacifier Use May Not Adversely Affect Breast-Feeding Duration or Exclusivity. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163:378–382
- ²⁷ Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN i wsp. Does the Recommendation to Use a Pacifier Influence the Prevalence of Breastfeeding? *J Pediatr* 2009;155:350–354
- ²⁸ Meier PP. Breastfeeding in the Special Care Nursery. Premature and Infants with Medical Problems. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:425–442
- ²⁹ Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of BF in Swedish primiparous and multiparous woman. *J Hum Lact* 2003;19:172–181.