POSTĘPY NEONATOLOGII
ADVANCES IN NEONATOLOGY

Przedruk
z „Postępów Neonatologii”
– nr 1/2014 i 2/2014

Protokół oceny umiejętności ssania piersi

Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji

Wydawca: Twoje Zdrowie Sp. z o.o.

REPRINT

reprint_pn_nehring_protokol_nied1 1 2015-01-30 13:23:49

SUPLEMENT DIETY

femaltiker

94% skuteczność w poprawie LAKTACJI*

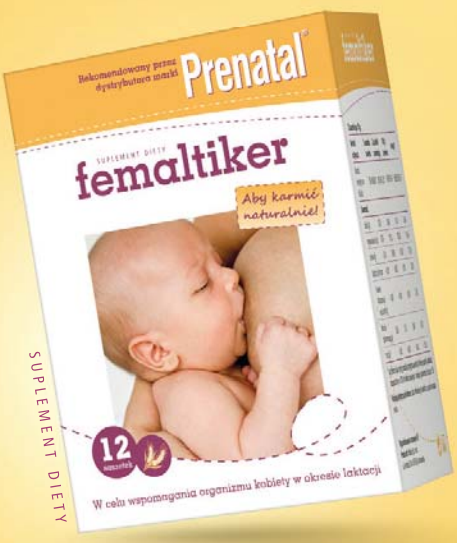
Do stosowania już od 2. doby po porodzie!

Suplement diety

Femaltiker to pierwszy i jedyny produkt na bazie słodu jęczmiennego wspomagający karmienie piersią

Więcej na www.mlekomamyrzadzi.pl

Naturalny sposób na przedłużenie karmienia piersią



Wskazania:

- aby karmić naturalnie
- dla matek pragnących karmić piersią
- w celu wspomagania organizmu kobiety w okresie laktacji
- w przypadku stresu związanego z problemami laktacyjnymi

* Na podstawie badania obserwacyjnego 130 kobiet karmiących piersią i ich dzieci przy stosowaniu preparatu 2 razy dziennie przez 2 tygodnie. Poprawa laktacji była oceniana przez Doradców Laktacyjnych i Położne. Badanie przeprowadzono w całej Polsce od maja do października 2014 roku.

POSTĘPY NEONATOLOGII
Organ Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

Rada naukowa:
Prof. dr hab. med. Romuald Biczysko (Poznań)
Prof. dr hab. med. Grzegorz Bręborowicz (Poznań)
Prof. dr hab. med. Beata Czeszyńska (Szczecin)
Prof. dr hab. n. med. Anna Dobrzańska (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Janusz Gadzinowski (Poznań)
Prof. dr hab. med. Elżbieta Gajewska (Wrocław)
Prof. dr hab. med. Urszula Godula-Stuglik (Zabrze)
Prof. dr hab. med. Ewa Helwich (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Walentyna Iwaszko-Krawczuk (Białystok)
Prof. dr hab. med. Eugeniusz Korman (Poznań)
Prof. dr hab. med. Maria Kornacka (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Jurij Korzhynsky (Lwów)
Prof. dr hab. med. Zdzisław Kruszyński (Poznań)
Prof. dr hab. med. Krystyna Kubicka (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Anna Latos-Bieleńska (Poznań)
Prof. dr hab. med. Ryszard Lauterbach (Kraków)
Prof. dr hab. med. Danuta Łozińska (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Stefanos Mantagos (Patras)
Dr hab. med. Waldemar Maszkiewicz (Wrocław)
Prof. dr hab. med. Bogumiła Milewska-Bobula (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Irena Norska-Borówka (Zabrze)
Prof. dr hab. med. Róża Osuch-Jaczewska (Katowice)
Prof. dr hab. med. Tadeusz Pisarski (Poznań)
Prof. dr hab. med. Tomasz E. Romer (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Zdzisław Rondio (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Krystyna Rowecka-Trzebicka (Warszawa)
Prof. dr hab. med. Georg Simbruner (Monachium)
Prof. dr hab. med. Zbigniew Słomko (Poznań)
Prof. dr hab. med. Jerzy Szczapa (Poznań)
Dr hab. med. Janusz Świetliński (Katowice)
Prof. dr hab. med. Dharmapuri Vidyasagar (Chicago)
Dr hab. med. Mieczysław Walczak (Szczecin)
Dr hab. med. Ewa Wender Ożegowska (Poznań)
Prof. dr hab. med. Jan Wilczyński (Łódź)
Prof. dr hab. med. Michał Wojtalik (Poznań)
Prof. dr hab. med. Jan-Tien Wung (Nowy Jork)
Prof. dr hab. med. Roland R. Wauer (Berlin)
Prof. dr hab. med. Michael Weindling (Liverpool)

Komitet redakcyjny:
Prof. dr hab. med. Jerzy Szczapa (redaktor naczelny)
Prof. dr hab. med. Maria Kornacka (z-ca redaktora naczelnego)
Dr n. med. Katarzyna Wróblewska-Seniuk (sekretarz redakcji)
Dr n. med. Monika Borkowska-Kłos (członek redakcji)
Lek. med. Tomasz Szczapa (członek redakcji)

Adres redakcji:
„Postępy Neonatologii”
Klinika Zakażeń Noworodków
ul. Polna 33
60–535 Poznań
adres internetowy: www.neonatologia.org.pl

Wydawca:
Twoje Zdrowie Sp. z o.o., ul. Podmiejska 12, 01–498 Warszawa, tel. (22) 861 41 58, tel./fax (22) 838 41 06
e-mail: biuro@twojezdrowie.com.pl, http://www.twojezdrowie.com.pl
mgr Renata Dyka – sekretarz wydawnictwa

Skład i łamanie: własne

Protokół oceny umiejętności ssania piersi

The protocol of sucking skills in breastfeeding infant

Magdalena Nehring-Gugulska[1], Monika Żukowska-Rubik[1], Paulina Stobnicka-Stolarska[1], Barbara Paradowska[2]

Streszczenie

Prawidłowy przebieg karmienia piersią jest warunkiem skutecznego odżywiania dziecka, a także zapobiega zaburzeniom laktacyjnym u matki. Jakość karmienia zależy zarówno od dziecka, jak i matki. Umiejętność ssania i pobierania pokarmu z piersi przez dziecko jest kluczowym warunkiem karmienia naturalnego. Szczegółowa ocena budowy i funkcji jamy ustnej, umiejętności chwytania i ssania piersi, efektywności pobierania pokarmu, pozycji dziecka i matki podczas karmienia oraz analiza dobowych wskaźników karmienia piersią umożliwiają wczesne ustalenie rodzaju nieprawidłowości oraz przeprowadzenie odpowiedniej korekty. Protokół oceny umiejętności ssania piersi został opracowany wspólnie przez lekarzy konsultantów laktacyjnych IBCLC i neurologopedów ze specjalizacją wczesna interwencja. Protokół ten może mieć szerokie zastosowanie kliniczne.
Słowa kluczowe: karmienie piersią, umiejętność ssania, efektywność karmienia, ocena, protokół

Summary

The proper course of breastfeeding is the condition of effective child nutrition and prophylaxis of lactation problems of mother. The quality of feeding is due to maternal and infant factors. Sucking skills and effective milk removal are key factors for the process of natural feeding. Detailed assessment of oral structures and function, grasping and sucking skills, effectiveness of milk removal, mother's and newborn's position during breastfeeding and the analysis of diurnal indicators of effective breastfeeding allow to early diagnose a problem and to take the proper intervention. The protocol was developed in cooperation of physicians with IBCLC certificate and speech therapists with the specialization of early intervention. The protocol may be useful in many different clinical situations.
Key words: breastfeeding, sucking skills, effectiveness of feeding, assessment, protocol

Karmienie piersią jest rekomendowane przez towarzystwa naukowe i organizacje zdrowotne na całym świecie ze względu na krótko- i długofalowe korzyści dla matki i dziecka [1, 2, 3, 4]. Wskaźniki karmienia piersią w Polsce pokazują, że prawie wszystkie matki rozpoczynają karmienie (97,7–99,4%), jednak z powodu trudności i braku profesjonalnej pomocy wiele z nich nie kontynuuje karmienia odpowiednio długo [5, 6, 7].

Rozpoczęcie karmienia następuje tuż po urodzeniu dziecka, jeszcze na sali porodowej, w asyście położnej [8]. Kolejne karmienia odbywają się na sali matek na oddziale szpitala, gdzie personel powinien udzielić matce wskazówek co do prawidłowej pozycji i techniki karmienia oraz dokonać pierwszej oceny umiejętności ssania i skuteczności pobierania pokarmu z piersi. Przed wypisem każda matka powinna zostać nauczona, jak rozpoznawać wskaźniki skutecznego karmienia. Wymienione praktyki nie są powszechne, choć zostały uwzględnione w obowiązującym standardzie opieki okołoporodowej [8]. Wśród wymienionych tam zadań personelu medycznego sprawującego opiekę nad matką w połogu i jej dzieckiem są m.in.:

- badanie kliniczne noworodka, obejmujące jamę ustną a) symetrię, ruchomość i wielkość języka, b) ocenę podniebienia, c) ocenę poprawności odruchu ssania (pkt. XII.10.5);
- dokonywanie w pierwszych dniach po urodzeniu podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia (w szczególności liczby karmień, stolców i mikcji na dobę, czasu odgłosu połykania podczas karmienia, przyrostu masy), wyniki są odnotowane w dokumentacji medycznej (XII.8.4).

W celu standaryzacji praktyki opartej na aktualnej wiedzy opracowano wspólnie z lekarzami konsultantami laktacyjnymi IBCLC oraz neurologopedami ze specjalizacją wczesna interwencja protokół do szczegółowej oceny umiejętności ssania piersi. Uwzględnia on warunki anatomiczne i umiejętności dziecka w zakresie pobierania pokarmu. Umożliwia ponadto ocenę kompetencji matki w zakresie pozycji i techniki karmienia (Aneks 1), a także ocenę dobowej skuteczność karmienia piersią (Aneks 2).

[1] Centrum Nauki o Laktacji
[2] Stowarzyszenie Terapeutów Metody Castillo Moralesa
Adres do korespondencji: dr med. Magdalena Nehring-Gugulska, ul. Herbaciana 2, 04–824 Warszawa, e-mail: mng@kobiety.med.pl, tel. (22) 622 97 75

reprint_pn_nehring_protokol_nied4 4 2015-01-30 13:24:00

Tab. 1. Ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych.

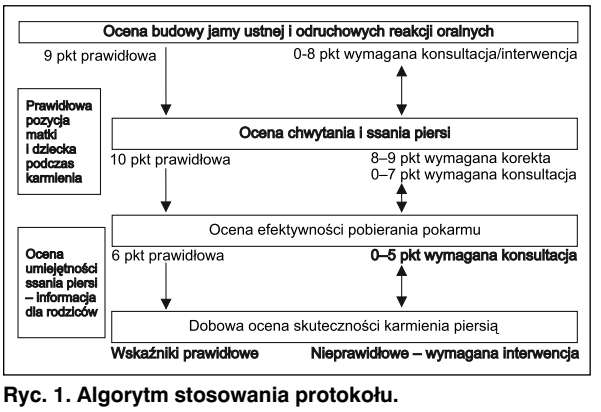
Oceniany element	Za prawidłowy 1 punkt, za nieprawidłowy 0	Punkty	Jeśli nieprawidłowy, właściwe podkreślić	Postępowanie (jeśli 0 pkt)
Wargi	napięte prawidłowo, domknięte		wiotkie, otwarte napięte, zaciśnięte	konsultacja doradcy laktacyjnego/ neurologopedy
Policzki	dobrze rozwinięta tkanka tłuszczowa		słabo rozwinięta tkanka tłuszczowa	konsultacja doradcy laktacyjnego/ neurologopedy
Żuchwa	cofnięta fizjologicznie		cofnięta nadmiernie małożuchwie	konsultacja doradcy laktacyjnego/ neurologopedy
Język	ułożenie wysokie fizjologiczne		cofnięty wiotki, wysunięty płaski	konsultacja doradcy laktacyjnego/ neurologopedy
Podniebienie twarde	prawidłowe		wysokie gotyckie	konsultacja doradcy laktacyjnego/ neurologopedy
Wędzidełko języka	prawidłowe		skrócone, ale elastyczne skrócone typ przedni skrócone typ tylny	dalsza obserwacja frenulotomia (neonatolog/pediatra) frenulotomia (laryngolog/chirurg stomatolog)
Odruchy:				
szukania	prawidłowy		słabo wyrażony brak	dalsza obserwacja neurolog
ssania	prawidłowy		słaby brak	dalsza obserwacja neurolog
kąsania	prawidłowy		wygórowany	konsultacja neurologopedy
	Liczba uzyskanych punktów			
Jeśli 9 punktów Prawidłowa budowa jamy ustnej i prawidłowe odruchy.		Jeśli 0–8 pkt. Nieprawidłowości w zakresie budowy i funkcji jamy ustnej wymagające dalszego postępowania.		

Protokół może służyć do:

- oceny umiejętności ssania piersi w pierwszych dobach życia dziecka na oddziale;
- oceny umiejętności ssania piersi po opuszczeniu przez dziecko szpitala;
- szkolenia praktycznego doradców/konsultantów laktacyjnych[1], neurologopedów[2], personelu szpitala I, II, III poziomu referencyjnego;
- prowadzenia prac badawczych.

Protokół może być zastosowany do oceny noworodków urodzonych między 37 a 42 tygodniem wieku płodowego oraz wcześniaków, które osiągnęły 37 tydzień wieku płodowego. W przypadku dzieci urodzonych przedwcześnie ocena parametrów zawartych w protokole może być niewystarczająca. Proponowane jest wówczas uzupełnienie protokołu innymi metodami diagnostycznymi przeznaczonymi dla wcześniaków.

Protokół oceny obejmuje następujące elementy:



Ryc. 1. Algorytm stosowania protokołu.

- ocenę budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych (tab. 1);
- ocenę chwytania i ssania piersi (tab. 2);
- ocenę efektywności pobierania pokarmu (tab. 3);
- ocenę umiejętności ssania piersi – informację dla rodziców (tab. 4);
- aneks 1 – prawidłowa pozycja matki i dziecka podczas karmienia (tab. 5);
- aneks 2 – dobowa ocena skuteczności karmienia piersią (tab. 6).

Protokół należy stosować zgodnie z poniższym algorytmem oraz schematem czasowym podanym na końcu pracy (tab. 7).

Ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych (tab. 1)

W skład aparatu orofacjalnego wchodzą następujące elementy: wargi, policzki, szczęka, żuchwa, język, podniebienie twarde i miękkie. Prawidłowa budowa anatomiczna twarzoczaszki i jamy ustnej oraz dojrzałość funkcji aparatu orofacjalnego (sprawność mięśni warg, języka, obecność odruchów oralnych) warunkują efektywne pobieranie pokarmu z piersi.

Oceny wybranych elementów zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej [8] dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, w ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka. Oceny dokonuje się w stanie spoczynku i podczas karmienia.

reprint_pn_nehring_protokol_nied5 5 2015-01-30 13:24:00

Nieprawidłowości mogą negatywnie wpływać na proces karmienia piersią, więc wymagają konsultacji lub przeprowadzenia odpowiedniej korekty. Jeśli w pierwszym badaniu stwierdzono nieprawidłowości, to ocenę należy powtórzyć w kolejnych dobach.

Nieprawidłowości aparatu orofacjalnego mogą być przyczyną:
- trudności z zainicjowaniem karmienia piersią;
- trudności z głębokim uchwyceniem piersi;
- braku uszczelnienia piersi w jamie ustnej dziecka;
- braku stabilizacji piersi wewnątrz jamy ustnej;
- braku odpowiedniego dociskania brodawki do podniebienia podczas ssania odżywczego;
- braku odpowiedniego podciśnienia w jamie ustnej dziecka;
- słabej siły ssania;
- zaburzeń rytmu ssania odżywczego;
- nieefektywnego pobierania mleka z piersi matki;
- bolesności/uszkodzeń brodawek piersiowych matki;
- wydłużania czasu karmienia;
- braku prawidłowych przyrostów masy ciała [9].

Wargi

Prawidłowo napięte wargi aktywnie uczestniczą w procesie chwytania piersi i prawidłowym jej uszczelnieniu w jamie ustnej dziecka. Dobre uszczelnienie jest niezbędne do efektywnego pobierania pokarmu.

Ocenie podlega budowa anatomiczna warg oraz napięcie warg:
- Budowa anatomiczna warg jest oceniana pod kątem rozszczepu, asymetrii, długości wędzidełka górnego:
  - Rozszczep górnej wargi jest przyczyną trudności w uchwyceniu piersi i jej uszczelnieniu; karmienie piersią często jest niemożliwe [10];
  - Asymetria warg może być spowodowana nieprawidłowościami w ułożeniu płodu lub zaburzeniami w unerwieniu. Uniemożliwia całkowite uszczelnienie chwytu piersi, często obserwuje się wyciekanie mleka z ust podczas prób ssania [10];
  - Skrócenie wędzidełka wargi górnej manifestuje się wciąganiem wargi podczas ssania, co czasem u matki powoduje bolesność brodawek [11];
  - Wciąganie warg podczas karmienia może być także wynikiem nieprawidłowego przystawienia dziecka do piersi.
- Napięcie warg ocenia się przez lekkie ich uciśnięcie:
  - Zbyt słabe napięcie warg (wargi wiotkie – otwarte) objawia się wyciekaniem mleka kącikami ust. Objawem towarzyszącym może być mlaskanie [12];
  - Rozchylenie warg obserwuje się u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym lub problemami z oddychaniem. Pozycja dziecka też może wpływać na układ spoczynkowy warg. Nadmierne odgięcie głowy do tyłu będzie sprzyjało otwieraniu warg, co nie zawsze jest związane z obniżonym napięciem mięśniowym. A zatem ułożenie dziecka do badania może pośrednio wpływać na jakość oceny;
  - Zbyt silne zaciśnięcie warg (wargi napięte – zaciśnięte) stanowi przeszkodę w prawidłowym uchwyceniu piersi, ale może również wskazywać na zbyt słabą pracę języka podczas ssania [12]. W przypadku zbyt silnego zaciskania warg, jak i skrócenia wędzidełka wargi górnej może się tworzyć pęcherzyk na wewnętrznej stronie górnej wargi [10].

Policzki

Policzki dzięki dobrze rozwiniętej tkance tłuszczowej stanowią strukturalną podstawę stabilizacji piersi w jamie ustnej podczas ssania [12]. Pomagają również w utrzymaniu odpowiedniego podciśnienia w jamie ustnej, prawidłowego napięcia warg i języka podczas pobierania pokarmu.

Ocenie podlega stan rozwinięcia tkanki tłuszczowej oraz napięcie (oceniane podczas aktu karmienia):
- Podczas badania palcami wyraźnie wyczuwa się tkankę tłuszczową w ścianie policzka;
- Słabo rozwinięta tkanka tłuszczowa może powodować niestabilność policzków, co objawia się ich zapadaniem podczas karmienia [12];
- U dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym można zaobserwować zapadanie się policzków podczas karmienia, a także nieco osłabioną mimikę.

Żuchwa

Żuchwa jest ważnym elementem stabilizującym prawidłową motorykę warg, policzków i języka podczas pobierania pokarmu. Żuchwa noworodka jest fizjologicznie cofnięta (tzw. tyłożuchwie fizjologiczne) [13]. Motoryka żuchwy jest rytmiczna i płynna. Ruchy żuchwy, języka i warg są zsynchronizowane podczas aktu ssania [14].

Ocenie podlega budowa żuchwy oraz napięcie mięśni żuchwy:
- Budowa żuchwy jest oceniana pod kątem asymetrii, cofnięcia, małożuchwia i innych rzadziej występujących wad, które można dodatkowo odnotować w protokole;
  - Asymetria żuchwy może występować jako konsekwencja nieprawidłowego ułożenia płodu, jako objaw towarzyszący wrodzonemu kręczowi szyi i innym wadom wrodzonym, a także przy asymetrycznym rozkładzie napięcia mięśniowego [12]. W tych przypadkach ruchy żuchwy są nierytmiczne, zbyt szybkie lub zbyt wolne. Dziecko się męczy i mało efektywnie pobiera pokarm;
  - Cofnięcie żuchwy (fot. 1) utrudnia dziecku głębokie uchwycenie piersi [12]. Ssaniu towarzyszy nagryzanie;
  - Małożuchwie występuje razem z mocno cofniętym językiem, wąskim i gotyckim podniebieniem, także z różnymi wadami genetycznymi. Ssanie jest

reprint_pn_nehring_protokol_nied6 6 2015-01-30 13:24:00

Fot. 1. Nadmiernie cofnięta żuchwa (autor: P. Stobnicka-Stolarska).

utrudnione, wręcz niemożliwe. Dziecko demonstruje silne ruchy nagryzające. Nie pobiera mleka w wystarczającej ilości. Może mieć problemy z oddychaniem [12].

- Napięcie mięśni żuchwy – nieprawidłowe napięcie mięśni żuchwy najczęściej jest związane z ogólnym stanem dziecka. Nieprawidłowy rozkład napięcia centralnego również może wpływać na stabilność i ruchomość żuchwy:
  - Obniżone napięcie powoduje trudności w stabilnym utrzymaniu piersi [15]. Ruchy żuchwy mogą być zbyt szerokie, nierytmiczne. Dziecko szybko się męczy i nie pobiera pokarmu;
  - Podwyższone napięcie może utrudniać dziecku otworzenie ust i zainicjowanie ssania. [12]. Zamiast prawidłowo ssać pierś, zaciska dziąsła i wyciska pokarm, raniąc matce brodawki.

Język

Język aktywnie uczestniczy w procesie ssania, a także w uszczelnieniu piersi w jamie ustnej. Proces pobierania pokarmu rozpoczyna się od otwarcia jamy ustnej, po czym następuje opuszczenie żuchwy i wysunięcie języka. To umożliwia uchwycenie i stabilizację piersi w jamie ustnej przez przednią część języka. Jama ustna zostaje szczelnie zamknięta [14]. Początkowo język wykonuje szybkie ruchy, o małej amplitudzie, lekko dociskając brodawkę do podniebienia. Ruchy te mają charakter ruchów perystaltycznych, charakterystycznych dla ssania nieodżywczego (NNS – non-nutritive sucking) [16]. Podczas ssania odżywczego (NS – nutritive sucking) ruchy języka góra-dół są wolniejsze i mają większą amplitudę, silniej dociskają brodawkę do podniebienia. W najniższym położeniu języka podciśnienie jest największe (najniższe), wtedy mleko jest zasysane do jamy ustnej. W momencie uniesienia języka do góry następuje połknięcie mleka, podciśnienie spada (podwyższa się). Cały mechanizm jest oparty na zsynchronizowanej pracy warg, żuchwy, przedniej i tylnej części języka. Szczegółowy mechanizm pobierania mleka nadal stanowi przedmiot badań ultrasonograficznych i modelowania matematycznego [14, 16, 17].

Ocenie podlega budowa języka pod kątem asymetrii, nieprawidłowości funkcji, związanych z wędzidełkiem oraz ułożenie: wysokie – dotylne i płaskie – niskie:

- Asymetria języka może może być spowodowana nieprawidłowościami w ułożeniu płodu, urazami podczas porodu lub zaburzeniami w unerwieniu [10]. Asymetryczny język nie jest w stanie prawidłowo stabilizować piersi w jamie ustnej. Ruchy języka są płytkie, język może nieznacznie przesuwać się w jedną stronę;
- Skrócone wędzidełko języka powoduje ograniczenie jego motoryki we wszystkich płaszczyznach i zakresach ruchu. Ocena wędzidełka dotyczy stopnia jego skrócenia, zgrubienia i umocowania. W zależności od umocowania rozróżnia się wędzidełko przednie i wędzidełko tylne [18]. Jeśli wędzidełko przednie jest skrócone (zwłóknione, nieelastyczne), zazwyczaj obserwuje się brak ustabilizowania piersi i nieefektywne pobieranie pokarmu, będące wynikiem wytwarzania mniejszego podciśnienia w jamie ustnej. Może temu towarzyszyć nagryzanie i cmokanie;
- Nie każde skrócenie wędzidełka uniemożliwia skuteczne karmienie. Ocenę pracy języka należy skorelować z oceną efektywności pobierania pokarmu. Jeśli wędzidełko jest skrócone, ale elastyczne, dziecko może opróżniać pierś i być najedzone, co oznacza, że skrócenie nie ma wpływu na jakość ssania. Jeżeli natomiast ssie nieregularnie, nie demonstruje głębokich ruchów ssących, czas karmienia się wydłuża i stwierdza się mały przyrost masy ciała, jest wskazana frenulotomia;
- Wędzidełko tylne może nie być skrócone, ale sposób jego umocowania może powodować duże trudności w karmieniu. Masa języka rozkłada się na boki, przybiera szeroki kształt, w kształcie daszka, nie może zostać uniesiony, gdyż jest przytrzymywany w środkowej części [18]. Dziecko próbuje wyciskać mleko, nagryzając pierś dziąsłami. Matki skarżą się na ból lub uszkodzenie brodawek;
- Dotylne, wysokie ułożenie języka (retrakcja) [15], może być związane z cofniętą żuchwą i małożuchwiem [12]. Język nie jest w stanie stabilizować piersi wewnątrz jamy ustnej, nieprawidłowo dociska brodawkę do podniebienia twardego, co powoduje jej uraz. Ruchy ssące są niepłynne, kąsające, często zbyt szybkie, ich zakres jest ograniczony. Zdarza się, że występują trudności z prawidłową koordynacją ssanie-połykanie-oddychanie;
- Płaskie, niskie ułożenie języka może być związane z niskim napięciem centralnym dziecka, bardzo skróconym wędzidełkiem językowym lub makroglosją [10].

reprint_pn_nehring_protokol_nied7 7 2015-01-30 13:24:01

Język jest wiotki i wysunięty z jamy ustnej. Słabo stabilizuje pierś. Mleko wycieka z jamy ustnej podczas karmienia. Mogą wystąpić trudności z połykaniem, krztuszenie się dziecka.

Podniebienie

Podniebienie twarde stanowi strukturalną podstawę do chwytania i stabilizowania piersi w jamie ustnej. Brodawka podczas ssania znajduje się między językiem a powierzchnią podniebienia. Prawidłowa motoryka podniebienia miękkiego umożliwia całkowite domknięcie jamy nosowej podczas połykania.

Ocenie podlega budowa podniebienia pod względem nieprawidłowości w wysklepieniu i istnienia rozszczepu:

- Podniebienie gotyckie może mieć wpływ na pracę języka [12]. Język nie rozkłada się wówczas równomiernie na powierzchni całego podniebienia, słabo stabilizuje pierś, może przesuwać się do tyłu. Dziecko próbuje wyciskać mleko dziąsłami, nagryza brodawkę, często przerywa ssanie i puszcza pierś;
- Rozszczepy podniebienia twardego i miękkiego ze względu na swą specyfikę mogą utrudniać lub wręcz uniemożliwiać karmienie piersią. Wymagają oddzielnej oceny, konsultacji lekarza laryngologa i ewentualnej interwencji.

Odruchowe reakcje oralne

Noworodek rodzi się z tzw. odruchowymi reakcjami oralnymi. Umożliwiają one pobieranie pokarmu i przeżycie. Jakość tych odruchów ewoluuje wraz z rozwojem dziecka. Odruchowe reakcje oralne przechodzą w tzw. mechanizmy funkcjonalne. Dzięki nim jest możliwe sprawne jedzenie łyżką, żucie, gryzienie, odgryzanie i picie z kubka [19]. Pozycja matki i ułożenie dziecka do karmienia umożliwiają aktywizowanie określonych odruchów oralnych noworodka, poprzedzających i biorących udział w pobieraniu pokarmu [20]:

- Odruch szukania – wywołuje się go przez drażnienie policzka lub kącika ust górnej wargi dziecka, to zaś powoduje zwrot głowy w kierunku bodźca. Ta pierwotna reakcja związana z szukaniem pokarmu aktywizuje odruch ssania [21]. Odruch słabo wyrażony może występować u dzieci z obniżonym napięciem centralnym, wcześniaków, dzieci chorych lub bardzo zmęczonych (np. wykonywaniem licznych procedur medycznych). Wtedy ocenę należy powtórzyć w innym czasie. W skrajnych przypadkach brak odruchu jest objawem zaburzeń neurologicznych;
- Odruch ssania – jest wywołany przez nacisk brodawki na język i dotknięcie podniebienia twardego. Przejawia się w rytmicznych ruchach ssących i serii zassań [21]. Słabo wyrażony odruch ssania może być objawem najedzenia jak również problemów autoregulacyjnych lub choroby. Brak odruchu jest objawem zaburzeń neurologicznych;
- Odruch kąsania – wywołuje się go przez umieszczenie palca wskazującego między dziąsłami w przedniej części jamy ustnej (fot. 2). Przejawia się mocnym, rytmicznym zaciskaniem dziąseł na bodźcu [21]. Jest wygaszany przez prawidłowe, głębokie ssanie piersi. Zbyt płytkie chwytanie piersi może wzmagać jego siłę i czas trwania. Silny odruch może występować u dzieci chorych, niespokojnych, z problemami neurologicznymi.

Podsumowanie oceny budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych

Po dokonaniu oceny należy podsumować punktację. Jeśli dziecko zostało ocenione na 9 punktów, w dalszej kolejności należy ocenić chwytanie i ssanie piersi oraz efektywność pobierania pokarmu. Jeżeli dziecko oceniono na 8 lub mniej punktów, wymaga ono nie tylko dalszej obserwacji, lecz również jest konieczna konsultacja specjalistyczna. W wielu sytuacjach wystarcza konsultacja doradcy laktacyjnego, często jednak jest potrzebna konsultacja neurologopedy, czasem też lekarza neurologa czy laryngologa. Zespół terapeutyczny wymienia informacje i współpracuje ze sobą w zakresie podejmowanych interwencji. Jeśli jest konieczne wykonanie zabiegu podcięcia wędzidełka (frenulotomii), należy postępować zgodnie z ustaloną praktyką [22, 23]. W wielu placówkach zabieg ten wykonuje lekarz neonatolog lub pediatra w pierwszych dobach po porodzie. W przypadku wędzidełek trudnych – grubych, podśluzówkowych oraz tylnych jest wskazane wykonanie zabiegu przez specjalistę laryngologa, chirurga stomatologa.

Ocena chwytania i ssania piersi (tab. 2)

Pierwszej oceny dokonuje się optymalnie od drugiej doby życia dziecka do wypisania go ze szpitala. Karmienie musi się odbywać w pozycji wygodnej dla matki i dziecka, prawidłowo dobranej do sytuacji klinicznej (stan matki, stan dziecka, wielkość piersi, budowa brodawki). Aneks 1 do niniejszego protokołu będzie pomocny w dokonaniu oceny pozycji matki i dziecka oraz udzieleniu instrukcji.

Dziecko nie powinno być nakarmione tuż przed badaniem, musi bowiem prezentować żywe odruchy oralne. Nie należy dopuszczać do silnego niepokoju dziecka. Najlepiej rozpocząć ocenę, gdy wystąpią wczesne objawy głodu: szukanie piersi, wkładanie rączek do buzi, wysuwanie języka i ruchy ssące [2]. Zanim dziecko rozpocznie ssanie, musi nastąpić faza przygotowania – matka powinna podrażnić brodawką okolicę podnosową dziecka. Prawidłową reakcją jest szerokie otworzenie buzi i wysunięcie języka (fot. 3).

Po uchwyceniu piersi ocenia się poszczególne elementy wskazujące, czy pierś została uchwycona odpowiednio głęboko. Tylko takie uchwycenie umożliwia bezbolesne ssanie piersi i skuteczne pobieranie pokarmu.

reprint_pn_nehring_protokol_nied8 8 2015-01-30 13:24:02

Fot. 2. Badanie odruchu kąsania (autor: P. Stobnicka-Stolarska).

Fot. 3. Przed uchwyceniem piersi (autor: A. Piotrowska).

Fot. 4. Prawidłowe uchwycenie piersi (autor: M. Żukowska-Rubik).

Gdy szczyt brodawki sięga niemal do granicy podniebienia twardego z miękkim (odległość 1,3–6,9 mm do granicy), jej dotyk pobudza odruch ssania i tym samym utrzymuje aktywność dziecka [17]. Szeroki kąt między wargami dziecka, powyżej 130 stopni, oraz odpowiednie wywinięcie warg umożliwiają objęcie ustami nie tylko brodawki, ale też sporej części otoczki, 1,5–2 cm licząc od podstawy brodawki. Otoczki bywają różnej wielkości, nie zawsze cała otoczka chowa się w ustach dziecka, zazwyczaj tylko jej dolna część jest niewidoczna. Przy takim ułożeniu nos i broda dziecka są blisko piersi, czasem aż wtulone w pierś (fot. 4).

Gdy kąt ust jest ostry, są one zwinięte jak u karpia, w buzi dziecka jest tylko brodawka, więc nie może ono efektywnie pobierać pokarmu z piersi. A ssąc płytko, uszkadza brodawkę, więc matka odczuwa ból przez cały czas karmienia. O zbyt płytkim uchwyceniu i ssaniu świadczy też spłaszczenie brodawki po karmieniu. Aby efektywnie pobierać pokarm, dziecko podczas ssania musi wytworzyć odpowiednie podciśnienie w ustach wypełnionych piersią. Jeśli chwyt jest nieszczelny, to podciśnienia nie ma i pierś nie jest skutecznie opróżniana, a dziecko zasysa powietrze. O takiej sytuacji świadczy mlaskanie, cmokanie oraz zapadanie się policzków podczas ssania. Należy brać pod uwagę to, że na jakość uchwycenia piersi i ssania ma wpływ budowa brodawki piersiowej matki. Nawet jeśli aparat orofacjalny dziecka pracuje prawidłowo, może ono mieć trudności z prawidłowym uchwyceniem piersi z bardzo długą lub wklęsłą, płaską, nieelastyczną brodawką. Niezbędna jest wtedy pomoc doradcy/konsultanta laktacyjnego. Niekiedy jest konieczne czasowe zastosowanie silikonowych nakładek na pierś.

Podsumowanie oceny chwytania i ssania piersi

Jeśli w protokole dziecko uzyskało ocenę 10 punktów, to znaczy, że potrafi prawidłowo chwycić i ssać pierś. Jednak dopiero po dokonaniu oceny efektywności pobierania pokarmu będzie można w pełni ocenić umiejętność ssania piersi. Wynik 8–9 punktów wskazuje na drobne nieprawidłowości, które należy od razu skorygować. Jeśli dziecko uzyskało ocenę 7 i mniej punktów, wskazana jest konsultacja doradcy/konsultanta laktacyjnego, który uwzględni też możliwe trudności ze strony matki (kształt brodawki, elastyczność brodawki i otoczki). Każda wykryta nieprawidłowość jest wskazaniem do wprowadzenia odpowiednich zmian i powtórzenia oceny za 3–5 dni. Im szybciej nastąpi skorygowanie nieprawidłowości, tym krócej będzie trwało niekomfortowe i nieskuteczne karmienie. Jeśli współistnieją opisane powyżej wady anatomiczne lub zaburzenia funkcji aparatu orofacjalnego, wskazana jest konsultacja neurologopedy ze specjalizacją wczesna interwencja; zaleci on dodatkowe ćwiczenia lub wspomaganie funkcji ssania.

Ocena efektywności pobierania pokarmu (tab. 3)

Obserwację przeprowadza się od drugiej doby życia dziecka do wypisania go ze szpitala, jednocześnie oceniamy chwytanie i ssanie (tab. 2). Najlepiej jest dokonywać oceny po rozpoczęciu się u matki nawału mlecznego sygnalizującego początek obfitej produkcji pokarmu. Obserwacja rytmu ssania i serii połknięć jest możliwa tylko przy odpowiedniej podaży mleka. Jeżeli ocena ma miejsce przed rozpoczęciem nawału i dzie-

reprint_pn_nehring_protokol_nied9 9 2015-01-30 13:24:02

Tab. 2. Ocena chwytania i ssania piersi.

Oceniany element	Prawidłowo za element prawidłowy 1 punkt	Punkty	Nieprawidłowo za nieprawidłowy 0 punktów
Oceniamy przed uchwyceniem piersi			
Przygotowanie do chwycenia piersi – po dotknięciu brodawką piersiową okolicy podnosowej dziecka	szerokie otworzenie buzi i wysunięcie języka		brak szerokiego otwarcia ust, próby wciągania piersi lub zaciskanie ust
Oceniamy po uchwyceniu piersi			
Kąt pomiędzy wargami	rozwarty powyżej 130º		prosty, ostry mniej niż 130º
Wargi	dolna warga wywinięta, górna odchylona		jedna lub obie wargi wciągnięte
Nos i broda	czubek nosa blisko piersi, broda dotyka piersi		nos i broda nie dotykają piersi
Policzki	nie zapadają się		zapadają się
Głębokość uchwycenia	duża część otoczki w buzi dziecka (1,5–2 cm od podstawy brodawki)		mała część otoczki w buzi dziecka tylko brodawka w buzi dziecka
Pozycja otoczki	dolna warga obejmuje większą część otoczki niż górna		górna warga obejmuje większą część otoczki niż dolna
Mlaskanie, cmokanie	nieobecne		obecne
Odczucia matki	ssanie niebolesne dla matki dyskomfort tylko na początku karmienia		ssanie bolesne w czasie całego karmienia
Po karmieniu			
Kształt brodawki	brodawka okrągła		brodawka spłaszczona, „szczypnięta”
Liczba uzyskanych punktów			**Zalecenia**
Dziecko prawidłowo chwyta i ssie pierś.		10	obserwacja efektywności pobierania pokarmu (tab. 3)
Chwytanie lub ssanie wymaga niewielkiej korekty.		8–9	korekta sposobu chwytania lub ssania.
Dziecko nieprawidłowo chwyta i ssie pierś.		0–7	konsultacja doradcy laktacyjnego lub neurologopedy.

cko uzyskuje słabą punktację, ocenę należy powtórzyć po upływie 3–5 dni. Do obserwacji karmienia warto wybrać pierś pełniejszą. Czas obserwacji karmienia nie powinien być krótszy niż 10 minut, tak by w tym czasie móc prześledzić wszystkie omówione poniżej cechy efektywnego karmienia.

Efektywne pobieranie pokarmu z piersi jest możliwe, jeśli są spełnione następujące warunki: dziecko prawidłowo uchwyciło pierś, ssie aktywnie i czas trwania karmienia jest wystarczający. Dziecko, które ssie efektywnie, najada się i prawidłowo zwiększa masę ciała (patrz Aneks 2). Po uchwyceniu piersi dziecko wykonuje płytkie ruchy ssące w szybszym rytmie, których zadaniem jest uruchomienie odruchu oksytocynowego i wywołanie wypływu pokarmu. Następuje on średnio po 56 (± 30) sekundach od rozpoczęcia ssania [24]. Ten moment jest wyraźnie zauważalny u dziecka w postaci zmiany rytmu ssania. U części matek wiąże się z odczuciem mrowienia, rozpierania w piersi. Ruchy ssące stają się wolniejsze, obserwuje się wyraźne ruchy żuchwy ku dołowi w miarowym tempie około jednego ruchu na sekundę (takie ruchy ssące określa się w praktyce jako głębokie). Towarzyszy im przełykanie pokarmu i oddychanie (sekwencja ssanie – połknięcie – oddech = sekwencja SPO). Rytm ssania zależy w odwrotnej proporcji od tempa wypływu: im szybszy jest wypływ mleka, tym wolniejszy rytm [24]. Przełknięcie mleka następuje zwykle po jednym zassaniu, ale dziecko może zasysać kilka razy, zanim połknie pobrany pokarm. Sekwencje SPO 1:1:1, 2:1:1 oraz 3:1:1 obserwuje się w czasie ssania odżywczego [25]. Optymalna sekwencja 1:1:1 powinna się pojawiać w czasie karmienia przy pierwszym i kolejnych wypływach pokarmu [26]. Sekwencje 2:1:1 oraz 3:1:1 obserwuje się, gdy tempo wypływu pokarmu jest wolniejsze, a także po upływie pewnego czasu od początku karmienia. Większa liczba zassań niż trzy na jedno połknięcie wskazuje na słabe tempo wypływu mleka, a ilość zużytkowanej energii na ssanie przewyższa ilość energii dostarczonej z pokarmem. Należy jednak pamiętać, że w końcowej fazie karmienia pokarm ma dużą zawartość tłuszczu, więc nawet niewielkie porcje pobierane przez dziecko przełykające od czasu do czasu są cenne i nie powinno się go zabierać od piersi przedwcześnie [10].

Przełykanie pokarmu jest słyszalne w postaci subtelnego dźwięku „kuh”, który jest związany z zamknięciem nosogardła przez podniebienie miękkie. Występuje wtedy krótka przerwa w oddychaniu [27]. Przełknięcie zwykle następuje po zakończeniu wdechu lub wydechu, co zmniejsza ryzyko aspiracji [10].

Sekwencje SPO składają się na serie, które u donoszonego dziecka powinny liczyć 10–30 sekwencji.

reprint_pn_nehring_protokol_nied10 10 2015-01-30 13:24:17

Podczas 3–5-sekundowej przerwy między seriami oddech przyspiesza się [10]. W czasie kolejnych minut karmienia serie stopniowo się skracają, a przerwy między nimi wydłużają.

A zatem jako aktywne możemy ocenić dziecko, które ssie pierś w odpowiednim rytmie, w odpowiednio długich seriach, a sekwencje SPO wynoszą optymalnie 1:1:1. W praktyce klinicznej podczas obserwacji ssącego dziecka dla uproszczenia liczy się zassania w serii, a nie sekwencje SPO i zwraca się uwagę na proporcję zassań do połknięć. Jeśli sekwencje SPO wynoszą 1:1:1, to liczba zassań jest równa liczbie połknięć. Przy innych proporcjach w sekwencji SPO połknięć będzie mniej niż zassań. W tabeli 3 przyjęto uproszczoną formę obserwacji.

W czasie prawidłowego karmienia dziecko może mieć okresy ssania nieodżywczego. Zwykle występują one w końcowej fazie karmienia [28]. Połknięcie może następować po wykonaniu 6–8 zassań, sporadycznie lub wcale. W czasie ssania nieodżywczego obserwowano nie tylko inny rytm niż w ssaniu odżywczym, ale również różnice w ruchach języka i położeniu brodawki w jamie ustnej dziecka [28]. Ssanie nieodżywcze nie jest równoznaczne ze ssaniem nieefektywnym. Służy innym celom niż odżywianie. Zaspokaja potrzebę ssania, pomaga regulować stany dziecka, zwiększa perystaltykę przewodu pokarmowego, działa przeciwbólowo [29, 30, 31]. Ssanie nieodżywcze na początku karmienia stymuluje odruch oksytocynowy [32].

Dziecko powinno być aktywne i pobierać pokarm tak długo, aż zaspokoi głód i inne potrzeby (ssanie nieodżywcze). Czas trwania karmienia jest cechą indywidualną dla danej pary matka-dziecko, zależy od temperamentu i umiejętności niemowlęcia, a także od intensywności wypływu i ilości pokarmu u matki. Obserwacje wskazują, że w pierwszych 6 tygodniach karmienie trwa 20–40 minut, w późniejszym okresie 15–20 minut [33]. Przyjmuje się, że dla większości noworodków czas potrzebny do pobrania odpowiedniej ilości pokarmu powinien wynosić przynajmniej 10 minut z jednej piersi [34].

Pierś, która jest podana jako pierwsza, powinna być opróżniona dokładnie. Jeśli dziecko po upływie 10 minut nadal ssie i przełyka, nie należy przekładać go do drugiej piersi, lecz pozwolić dokończyć ssanie i dopiero wtedy zaproponować drugą pierś.

Nie ma korelacji między czasem trwania karmienia i efektywnością karmienia, czyli nie można stwierdzić, że im dłuższe karmienie, tym bardziej efektywne [24]. Przeciwnie, karmienia przeciągające się powyżej 40 minut powinny skłonić do wnikliwej obserwacji, dlaczego tak się dzieje.

Nie zawsze jednak karmienie przebiega idealnie. Leniwe ruchy po zassaniu piersi, brak zmiany rytmu ssania na wolniejszy, miarowy, regularny, krótkie serie złożone z mniej niż 10 sekwencji SPO, długie przerwy między seriami, brak serii, brak połykania lub sekwencje SPO ≥ 4/1 od początku karmienia (wszystkie obserwacje, które odbiegają od opisanej wyżej fizjologii ssania piersi) wskazują na nieefektywność karmienia. Mogą być oznaką problemu medycznego dziecka, poważnego niedoboru pokarmu lub zaburzeń wypływu pokarmu u matki.

Uwagę powinien zwrócić krótki czas karmienia – zakończenie karmienia przez wypuszczenie piersi lub

Tab. 3. Ocena efektywności pobierania pokarmu.

Oceniany element	Prawidłowo Za element prawidłowy 1 punkt	Punkty	Nieprawidłowo Za nieprawidłowy 0 punktów Podkreśl właściwe
Oceniamy przed wypływem pokarmu			
Ruchy ssące	szybkie		leniwe brak
Oceniamy w trakcie wypływu			
Ruchy ssące	obecne głębokie, około 1/sek wolniejsze niż przed wypływem (zmiana rytmu!)		płytkie, nagryzanie nadal szybkie (brak zmiany rytmu!)
Serie zassań	długie (10–30 zassań i połknięć w serii)		krótkie (poniżej 10 zassań i połknięć w serii)
Rytm ssania	miarowy, regularny z krótkimi przerwami między seriami zassań (3–5 sek)		nieregularny, powolny z długimi przerwami między seriami zassań
Połykanie	obecne regularne stosunek zassań do połknięć 1:1, 2:1, 3:1		brak nieregularne stosunek zassań do połknięć > lub = 4
Długość	minimum 10 minut z jednej piersi		poniżej 10 minut z jednej piersi
Liczba uzyskanych punktów			Zalecenia
Dziecko efektywnie pobrało pokarm z piersi podczas obserwowanego aktu karmienia,		6	obserwacja dobowej skuteczności karmienia piersią (aneks 2)
Obserwowano cechy nieefektywnego pobierania pokarmu z piersi.		0–5	konsultacja doradcy laktacyjnego

reprint_pn_nehring_protokol_nied11 11 2015-01-30 13:24:17

zbyt wczesne przejście na ssanie nieodżywcze przed pobraniem dostatecznej ilości pokarmu. Warto jednak pamiętać, że silne, aktywne dziecko, ssące pełną pierś z szybkim wypływem mleka może się nasycić w czasie krótszym niż 10 minut. Podczas takiego karmienia obserwujemy miarowy rytm, sekwencje SPO 1:1:1, długie serie, bardzo krótkie przerwy między nimi. Dlatego ocena efektywności karmienia wymaga uwzględnienia wszystkich elementów opisanych powyżej, a nie tylko czasu karmienia.

Podsumowanie oceny efektywności pobierania pokarmu

Jeśli dziecko w protokole uzyskało ocenę 0–5 punktów za pobieranie pokarmu, powinno być skierowane do doradcy/konsultanta laktacyjnego. Należy dokonać dobowej oceny skuteczności karmienia piersią według Aneksu 2. Ponadto jest konieczna pełna porada laktacyjna, która powinna objąć wywiad dotyczący zdrowia matki i dziecka, przebiegu ciąży i porodu, inicjacji karmienia piersią, przebiegu dotychczasowych karmień, a także badanie piersi matki. Kolejnym krokiem jest poprawienie, na ile to możliwe w danej sytuacji, jakości karmienia przez dobranie odpowiedniej pozycji, aktywizowanie dziecka, wspomaganie ssania różnymi technikami (opis technik wspomagajacych ssanie przekracza ramy tej pracy). Może być konieczne odciąganie pokarmu i dokarmianie dziecka. Ponownej oceny efektywności pobierania pokarmu należy dokonać po upływie 3–5 dni od interwencji. Do czasu uzyskania poprawy konieczne jest monitorowanie karmienia.

Należy wziąć pod uwagę, że w niektórych sytuacjach ocena noworodka może być utrudniona ze względu na problemy dziecka lub matki, takie jak:

- żółtaczka, zakażenia, dolegliwości bólowe związane z urazem porodowym;
- asymetria napięcia mięśniowego;
- duży ubytek masy ciała po porodzie, mała żywotność noworodka, głód;
- ulewanie wodami płodowymi;
- małe ilości pokarmu (siary).

Po przeprowadzeniu wszystkich ocen należy poinformować rodziców o wyniku obserwacji, wymaganych interwencjach i wypełnić, następnie wręczyć lub wkleić do książeczki zdrowia podsumowanie według tabeli 4.

Aneks 1. Prawidłowa pozycja matki i dziecka podczas karmienia (tab. 5)

Matka powinna przyjąć wygodną pozycję, prawidłowo ułożyć dziecko oraz prawidłowo podtrzymywać pierś do podania dziecku. Właściwa pozycja jest istotna dlatego, że warunkuje komfort matki i dziecka, to zaś zapewnia prawidłowy przebieg karmienia. Wszystkie elementy zawarte w tabeli 5 powinny być dobrze znane i wyćwiczone przez personel, tak aby mógł on instruować matki oraz zauważać nieprawidłowości i korygować je. Ocenę i instruktaż należy prowadzić podczas każdej wizyty u matki, aż do uzyskania pożądanego efektu.

Karmienie może się odbywać w różnych pozycjach leżących i siedzących [35]. W pozycjach siedzących matka powinna mieć oparte prosto plecy, stopy powinny przylegać do podłoża, zależnie od potrzeby noga może być oparta na podnóżku. Dziecko i ręce matki powinny się opierać na poduszce w kształcie rogala, jaśku czy zrolowanym kocu. W pozycjach leżących istotne jest dość wysokie podparcie głowy matki, pleców, kolan oraz stóp w pozycji na wznak. Wygoda i stabilne ułożenie ciała matki umożliwiają rozluźnienie mięśni ciała.

Pozycja dziecka jest stabilna dzięki podtrzymywaniu go ręką i przedramieniem matki, przytuleniu do jej ciała i podparciu poduszkami. W czasie karmienia dziecko jest odwrócone do matki i brzuchem do niej przytulone, tak by nie musiało odwracać głowy w stronę piersi. Głowa i ciało znajdują się w jednej linii (linia ucho – ramię – biodro). Głowa jest ustawiona na wprost piersi, w osi piersi, a brodawka kieruje się na nos. Przed uchwyceniem piersi głowa dziecka powinna być nieco odchylona do tyłu, a broda powinna przylegać do piersi.

W pozycji klasycznej głowa dziecka znajduje się w zgięciu łokcia matki, przedramię podpiera jego plecy a dłoń pośladki. W pozycji krzyżowej dłoń matki podtrzymuje głowę dziecka, natomiast przedramię stabilizuje plecy (fot. 5). W pozycji spod pachy dziecko jest podparte tak jak w pozycji krzyżowej, ale jest przytulone nie do brzucha, lecz do boku matki (fot. 6).

W pozycji leżącej na boku matka może ułożyć dziecko na swoim ramieniu lub bezpośrednio na podłożu. Przydatne są niewielkie poduszki do podparcia pleców dziecka, by w czasie ssania nie odsuwało się od matki. W pozycji na wznak dziecko jest ułożone na matce wzdłuż, nieco skośnie lub w poprzek jej ciała. Matka może leżeć płasko na podłożu (wskazane po cięciu cesarskim) lub w pozycji półpionowej, oparta wysoko na poduszkach. Ta pozycja jest określana w języku angielskim jako biological nurturing, po polsku możemy nazywać ją pozycją naturalną lub biologiczną. Jest zalecana do karmienia w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie, wzmacnia instynktowne zachowania dziecka, umożliwiające szukanie i chwytanie piersi.

Wybór pozycji do karmienia jest w zasadzie dowolny i zależy przede wszystkim od preferencji matki. Niekiedy jednak dobranie odpowiedniej pozycji do karmienia ma duże znaczenie. Na przykład: jeśli są trudności z chwytaniem brodawek, korzystniejsza jest pozycja spod pachy lub krzyżowa, niemowlęta odmawiające ssania piersi lub drażliwe dobrze jest karmić w pozycji biologicznej, niemowlęta mało aktywne, ospałe powinny być układane przy piersi w pozycji półpionowej, natomiast przy hiperaktywnym wypływie pokarmu sprawdzają się pozycje z ułożeniem głowy dziecka nad piersią.

Istnieje kilka sposobów podania piersi. Optymalne są chwyt C i U, polegające na tym, że dłoń matki szeroko

reprint_pn_nehring_protokol_nied12 12 2015-01-30 13:24:17

Tab. 4. Ocena umiejętności ssania piersi – informacja dla rodziców.

Imię i nazwisko dziecka ..... Data			
Budowa jamy ustnej i odruchy	9 punktów Stwierdzam prawidłową budowę jamy ustnej i prawidłowe odruchy oralne.	…….. punktów	
		Interpretacja 0–8 punktów nieprawidłowości w zakresie budowy i funkcji jamy ustnej	Wskazane • konsultacja doradcy laktacyjnego • konsultacja neurologopedy • konsultacja neurologa • jeśli skrócone wędzidełko, wskazane podcięcie
Chwytanie i ssanie piersi	10 punktów Stwierdzam prawidłowe chwytanie i ssanie piersi.	…….. punktów	
		Interpretacja 8–9 punktów chwytanie lub ssanie wymaga niewielkiej korekty	Wskazane • korekta sposobu chwytania lub ssania • ewentualna konsultacja doradcy laktacyjnego
		0–7 punktów nieprawidłowe chwytanie i ssanie piersi	• konsultacja doradcy laktacyjnego • ewentualnie konsultacja neurologopedy
Efektywność pobierania pokarmu	6 punktów Dziecko efektywnie pobrało pokarm podczas obserwowanego aktu karmienia.	…….. punktów	
		Interpretacja 0–5 punktów nieskuteczne pobieranie pokarmu	Wskazane konsultacja doradcy laktacyjnego
Ocenę wykonał/ła:			Data kolejnej oceny:

Tab. 5. ANEKS 1. Prawidłowa pozycja matki i dziecka podczas karmienia.

		Zaznacz	
Pozycja matki	siedząca klasyczna		Jeśli nie jest dobrze dobrana do sytuacji, zaproponuj zmianę.
	siedząca krzyżowa		
	siedząca spod pachy		
	leżąca na boku		
	leżąca na wznak		
	naturalna		
		Jeśli tak, wstaw ✓	Jeśli nie, to:
Pozycja matki	Plecy i nogi są podparte		zachęć do podparcia pleców i nóg
	Przedramiona są podparte (np. poduszkami)		zachęć do podparcia lub podaj poduszki
	Matce jest wygodnie		zachęć do przyjęcia wygodnej pozycji
Sposób podania piersi	Palce nie zachodzą na otoczkę piersi		zaproponuj ułożenie palców matki poza otoczką
	Dłoń jest ułożona na piersi w literę C lub U, nie uciska piersi		pokaż prawidłowy sposób podania piersi
	Matka przystawia dziecko, gdy ono szeroko otwiera buzię, nie wpycha piersi do buzi		zaleć matce, by zachęciła dziecko do szerokiego otworzenia buzi, zanim przystawi je do piersi
Pozycja dziecka	Głowa i ciało znajdują się w jednej linii. Dziecko jest przytulone do matki. Ciało dziecka jest stabilnie podparte. Nos znajduje się naprzeciwko brodawki		zaproponuj korektę pozycji dziecka tak, aby uwzględnić wszystkie elementy
	Głowa jest nieco odchylona do tyłu		
Sposób przystawiania	wprawny niepewny nerwowy		Jeśli matka nie radzi sobie z przystawianiem, zaproponuj, by poćwiczyła pod okiem położnej lub konsultanta/doradcy laktacyjnego

obejmuje pierś, kciuk jest ustawiony przeciwstawnie do pozostałych palców, a palce leżą poza otoczką piersi. Chwyt nożycowy lub papierosowy jest dopuszczalny wtedy, gdy palce matki leżą poza otoczką, nie zniekształcają i nie uciskają piersi. Nie każda pierś wymaga uchwycenia dłonią przed podaniem dziecku, np. piersi niewielkich rozmiarów, z brodawką sterczącą do przodu. Piersi obfite, ciężkie, z brodawką układającą się ku dołowi muszą być podane i podtrzymane przez całe karmienie.

Po przyjęciu wygodnej pozycji i ułożeniu dziecka blisko przy piersi zgodnie z opisanymi zasadami matka przystępuje do karmienia. Noworodka należy zachęcić

reprint_pn_nehring_protokol_nied13 13 2015-01-30 13:24:18

do szerokiego otwarcia buzi przez muskanie brodawką okolicy podnosowej dziecka, w kierunku góra-dół. Kiedy niemowlę szeroko otwiera buzię (jak do ziewnięcia) (fot. 3), równocześnie wykonuje ruch główką do przodu i chwyta pierś. W niektórych sytuacjach matka delikatnie przysuwa głowę dziecka i nakłada otwartą buzię na pierś. Istotne jest, by nie wsuwać piersi do przymkniętej buzi ani nie pozwalać dziecku wciągać brodawki do środka jamy ustnej (ruch przypominający wsysanie makaronu). Tuż przed uchwyceniem piersi, w momencie szerokiego otwarcia buzi brodawka kieruje się ku podniebieniu, a warga dolna przylega do otoczki ok. 1,5–2 cm od podstawy brodawki. Wszystkie czynności związane z przystawianiem dziecka muszą być wykonywane spokojnie i delikatnie. Z czasem matki osiągają wprawę w karmieniu, wypracowują sobie swój własny styl.

Aneks 2. Dobowa ocena skuteczności karmienia piersią (tab. 6)

Prawidłowa budowa anatomiczna i funkcja jamy ustnej oraz umiejętność ssania piersi, obserwowana podczas pojedynczego aktu karmienia, to warunki wyjściowe udanej laktacji. Jednak aby ocenić skuteczność karmienia, wyciągnąć wnioski i zdecydować o dalszym postępowaniu, trzeba ocenić cały przebieg karmienia dziecka. W tym celu należy uzupełnić protokół, przeprowadzając krótki wywiad z matką oraz obliczając przyrosty masy ciała dziecka (tab. 6).

Skuteczność karmienia piersią powinna być oceniana u każdego noworodka na oddziale od trzeciej doby po urodzeniu oraz po upływie 3–5 dni od wypisania ze szpitala położniczego [2]. Kolejne kontrole połączone z kontrolą masy ciała dziecka powinny się odbywać z częstością wyznaczoną indywidualnie: co kilka dni, jeśli są problemy z karmieniem lub co kilka tygodni, jeśli nie obserwuje się żadnych nieprawidłowości (tab. 7).

Oceny powinni dokonywać: położna, lekarz POZ podczas wizyt patronażowych, wizyt w poradni D. Obliguje ich do tego standard opieki okołoporodowej (rozdz. XII.8.4; rozdz. XIV, pkt. 6, 8, 10.7, 11). Wszelkie nieprawidłowości powinny być skorygowane jak najszybciej. W tym zakresie warto współpracować z doradcą/konsultantem laktacyjnym. Optymalna liczba karmień dla niemowlęcia w pierwszych miesiącach życia wynosi 8–12 w ciągu doby. Karmienia powinny się odbywać według potrzeb dziecka, czyli wtedy, gdy prezentuje wczesne oznaki głodu oraz według potrzeb matki, czyli wtedy, gdy czuje ona przepełnianie się piersi. Należy pamiętać, że płacz jest późnym objawem głodu. Przynajmniej jedno karmienie powinno się odbyć w nocy. Noworodki na ogół budzą się w nocy częściej.

Dziecko skutecznie karmione piersią moczy co najmniej 6–8 pieluch oraz oddaje przynajmniej 3–4 luźne, żółte (lub o musztardowym zabarwieniu) stolce w ciągu doby. Trzeba pamiętać, że w pierwszych dobach po

Fot. 5. Pozycja krzyżowa (autor: M. Żukowska-Rubik).

Fot. 6. Pozycja spod pachy (autor: Agata Piotrowska).

porodzie noworodek może zmoczyć znacznie mniej pieluch, a stolce początkowo są smółkowate, następnie przejściowe. Wraz z rozpoczęciem się obfitej produkcji pokarmu u matki (nawał mleczny, fizjologicznie rozpoczyna się do 72 godzin po porodzie) dziecko zaczyna moczyć więcej pieluch i oddawać więcej stolców. Po sześciu tygodniach dziecko karmione wyłącznie piersią może oddawać stolce raz na kilka dni.

Przyrost masy ciała należy obliczać od najniższej masy ciała, oznaczonej w pierwszych dobach po porodzie lub od masy ciała z ostatniego pomiaru. Uzyskany wynik dzieli się przez liczbę dni dzielących pomiary. W pierwszym kwartale życia dziecko skutecznie karmione piersią zwiększa masę ciała średnio o 26–31 g/dobę. Poporodowy ubytek masy ciała wynosi średnio około 7%, nie powinien przekroczyć 10% masy urodzeniowej [36]. Noworodek ma dwa tygodnie na odzyskanie urodzeniowej masy ciała, zwykle jednak następuje to szybciej [36].

Obserwacje odbiegające od opisanych norm wymagają interwencji. Zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej [8] *w przypadku stwierdzenia nieskutecznego karmienia piersią należy zdiagnozować problem i wdrożyć postępowanie zgodne z aktualną wiedzą na temat laktacji, w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Należy przy tym uwzględnić prawidłowy dobór metody dokarmiania. Diagnozę i przeprowadzone postępowanie należy odnotować w dokumentacji medycznej.*

Interwencja powinna być przeprowadzona przez doradcę/konsultanta laktacyjnego. [37]. W niektórych sytuacjach stymuluje się laktację przez zwiększenie częstości karmień lub dodatkowo odciąganie pokarmu. Jeżeli dziecko jest słabe, niedożywione, osiąga niewielkie przyrosty masy ciała, może być konieczne jego dokarmianie. W pierwszej kolejności dokarmia się mlekiem matki, pokarmem drugiego wyboru jest

reprint_pn_nehring_protokol_nied14 14 2015-01-30 13:24:18

Tab. 6. ANEKS 2. Dobowa ocena skuteczności karmienia piersią.

Pytanie do matki	Odpowiedź prawidłowa	Co robić, jeśli nieprawidłowa?
Jak często karmi Pani piersią w ciągu doby?	8–12 razy	Zwiększyć częstość karmień, jeśli poniżej 8. Jeśli powyżej 12, skontrolować pozycję i sposób ssania.
Czy karmi Pani w nocy?	tak, 1–2 razy	Przynajmniej jeden raz karmić w nocy.
Ile stolców dziennie oddaje dziecko (do 6 tygodnia)?	3–4 papkowate stolce	Skontrolować masę ciała.
Ile pieluch dziennie moczy dziecko (od 3 doby do 6 tygodnia)?	6–8 zmoczonych pieluch	Skontrolować masę ciała.
Ile gramów dziennie średnio przybiera dziecko, licząc od najniższej masy spadkowej lub ostatniego pomiaru?	26–31 g/dobę (w wieku 0–3 miesięcy)	Jeśli przyrost masy ciała poniżej średniej, dobrać indywidualnie interwencję: • korekta pozycji i ssania • zwiększenie liczby karmień dziennych i nocnych • podawanie obu piersi na jedno karmienie • monitorowanie skuteczności karmień • stymulacja laktacji przez odciąganie pokarmu • rozważenie dokarmiania Interwencję powinien prowadzić konsultant/doradca laktacyjny.

mleko z banku mleka, a w ostatniej kolejności mleko modyfikowane dobrane stosownie do wskazań.

Podsumowanie

Karmienie piersią jest procesem naturalnym, ale jego powodzenie zależy od umiejętności noworodka w zakresie pobierania pokarmu oraz znajomości technik karmienia przez matkę. Oba procesy wymagają czasu i muszą przebiegać w zgodzie z zasadami opisanymi w niniejszej pracy. Korzystając z przedstawionego protokołu, można precyzyjnie je ocenić oraz dostrzec nieprawidłowości i szybko je skorygować. Zaleca się, aby na oddziale zatrudniać położne na stanowisku edukator do spraw laktacji (po kursie specjalistycznym), lub doradców/konsultantów laktacyjnych (położna, pielęgniarka, lekarz po kursie dokształcającym), neurologopedów ze specjalizacją wczesna interwencja [38]. Zadaniem zespołu terapeutycznego jest otoczenie matki i dziecka profesjonalną opieką, zapewniającą im optymalne warunki do rozpoczęcia karmienia piersią i kontynuowania tak długo, jak długo będą sobie tego życzyć [3].

[1] Lekarz, położna, pielęgniarka, którzy w toku kształcenia podyplomowego uzyskali certyfikaty CDL (Certyfikowany Doradca Laktacyjny) lub IBCLC (Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny).

[2] Ze specjalizacją wczesna interwencja logopedyczna.

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesu.

Piśmiennictwo

1. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Annex 2. [W:] Infant and young child nutrition. Geneva. 55 WHA, Report by the Secretariat; 2002. Po polsku: http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/WHOzywienie.pdf)
2. Eidelman A. L., Schanler R. J. i wsp.; AAP, Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012 Mar; 129 (3): e827-41. Epub 2012 Feb 27. Po polsku: http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Stanowisko%20AAP.pdf
3. Agostoni C., Braegger C., Desci T. i wsp.: Breast-feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2009 49: 112–125. Po polsku: http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/ Publikacje/espghan.pdf
4. Szajewska H, Rybak A. (red.): Żywienie dzieci – wytyczne i stanowiska towarzystw naukowych 2006–2012. Standardy Medyczne 2013, 1 (10) suplement 2.
5. Zagórecka E., Motkowski R., Stolarczyk A. i wsp.: Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej. Pediatria Pol. 2007; 82 (7): 538–549.
6. Bernatowicz-Łojko U., Wesołowska A.: Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. Standardy Medyczne 2012; 2 (9): 27–34.
7. Woś H., Gawęda A.: Przyczyny rezygnacji z karmienia naturalnego dzieci z terenu Górnego Śląska. Nowa Pediatria 2007; 3: 54–59.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. nr 187, poz. 1259). Nowelizacja z 20 września 2012 r. (Dz. U.12.1100 z dn. 4.10.2012 r.).
9. Wilson-Clay B, Hoover K. The Breastfeeding Atlas. LactNews Press. Manchaca, Texas 2008.
10. Watson-Genna C., Sandora L.: Normal sucking and swallowing. [W:] Watson-Genna C. (red). Supporting sucking skills in breastfeeding infants. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers 2008: 1–40.
11. Watson-Genna C.: The influence of anatomic and structural issues on sucking skills. [W:] Watson-Genna C. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. Jones and Bartlett Publishers; Sudbury 2008: 203–206.
12. Bołtruszko I.: Anatomia i najczęstsze wady twarzoczaszki. [W:] Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. (red). Karmienie piersią w teorii i praktyce. Kraków, Medycyna Praktyczna 2012: 327–333.
13. Dominik K.: Rozwój zgryzu. [W:] Dominik K. (red.). Zarys ortopedii szczękowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 1999: 46–55.
14. Elad D. i wsp.: Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. 2014 (early edition). PNAS.doi:.10.1073/pnas.1319798111.
15. Morris S. E., Klein M. D.: Factors that limit oral motor skills. [W:] Morris S. E., Klein M. D. Pre-feeding skills: A comprehensive resource for feeding development. Therapy Skill Builders 2000: 121–137.
16. Monaci G., Woolridge M.: Ultrasound video analysis for understanding of infant breastfeeding. International Conference on Signal Processing. IEEE, Belgium 2011.

reprint_pn_nehring_protokol_nied15 15 2015-01-30 13:24:20

Tab. 7. Zalecany schemat czasowy stosowania protokołu.

Pierwsze badanie	ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych	w pierwszych 12 godzinach życia dziecka
	ocena chwytania i ssania piersi	od II doby do wypisu
	ocena efektywności pobierania pokarmu	od II doby do wypisu, optymalnie po rozpoczęciu nawału mlecznego u matki
	ocena umiejętności ssania piersi – informacja dla rodziców	po zebraniu dostępnych danych wręczyć przed wypisem
Drugie badanie	ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych	w kolejnych dobach życia dziecka, jeżeli 0–8 punktów w pierwszym badaniu
	ocena chwytania i ssania piersi	3–5 dni po interwencji, jeżeli 0–7 punktów w pierwszym badaniu
	ocena efektywności pobierania pokarmu	3–5 dni po interwencji, jeżeli 0–5 punktów w pierwszym badaniu
	ocena umiejętności ssania piersi – informacja dla rodziców	po zebraniu danych przekazać aktualny wynik badania
Jeśli w drugim badaniu dziecko nie osiąga wymaganej liczby punktów, sytuacja wymaga nadzoru i specjalistycznej opieki (doradca/konsultant laktacyjny/neurologopeda/lekarz specjalista). Kolejne badania wykonuje się według potrzeb w przebiegu opieki nad matką i dzieckiem.		

Aneks 1. Prawidłowa pozycja matki i dziecka podczas karmienia	Od pierwszej doby (ocena, instruktaż)	Powtarzać przy każdej wizycie u matki, aż do uzyskania pożądanego efektu.
Aneks 2. Dobowa ocena skuteczności karmienia piersią	Od trzeciej doby w szpitalu w czasie 3–5 dni po wypisie ze szpitala	Powtarzać co 3–5 dni dni, jeśli są problemy z karmieniem, co kilka tygodni, jeśli nie obserwuje się żadnych nieprawidłowości.

17. Geddes D. T., Kent J. C., Mitoulas L. R., Hartmann P. E.: Tongue movement and intra-oral vaccum in breastfeeding infants. Early Human Development 2008; 84: 471–477.
18. Chu M. W., Bloom D. C.: Posterior ankyloglossia: a case report. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2009; 73 (6): 881–1006.
19. Morris S. E., Klein M. D.: Normal development of feeding skills. [W:] Morris S. E., Klein M. D. Pre-feeding skills: A comprehensive resource for feeding development. Therapy Skill Builders 2000: 59–94.
20. Colson S. D., Meek J. H., Hawdon J. M.: Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. Early Human Development 2008; 84: 441–449.
21. Sheppard J. J., Mysak E. D.: Ontogeny of infantile oral reflexes and emerging chewing. Child Development 1984; 55: 831–843.
22. Sioda T.: Wędzidełko języka u noworodka – ocena neonatologiczna i zalecenia. Standardy Medyczne, Pediatria 2012; 2 (9): 115–123.
23. Żukowska-Rubik M., Osuch K.: Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym. Położna: nauka i praktyka 2011; 4(16): 48–53.
24. Ramsay D. T., Kent J. C., Owens R. A., Hartmann P. E.: Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. Pediatrics 2004; 113 (2): 361–367.
25. Walker M.: Influence of the infant's anatomy and physiology. [W:] Walker M. Breastfeeding management for the clinician. Jones and Bartlett Publishers; Sudbury, Massachusetts 2006: 100–102.
26. Bu'Lock F., Woolridge M. W., Baum J. D. Development of coordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. Developmental Medicine and Child Neurology 1990; 24: 669–678.
27. Geddes D. T., Chadwick L. M., Kent J. C., Garbin C. P. i wsp.: Ultrasound imaging of infant swallowing during breastfeeding. Dysphagia 2010 Sep; 25 (3): 183–191.
28. Sakalidis V. S., Tracey M. W., Garbin C. P., Hepworth A. R. i wsp.: Ultrasound imaging of infant dynamics during the establishment of lactation. J. Hum. Lact. 2013; 29: 205–213.
29. Wolf L., Glass R.: Feeding and swallowing disorders in infancy: Assesment and management. San Antonio 1992, TX: Therapy Skill Builders.
30. Gray L., Miller L., Philipp B., Blass E. M.: Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. Pediatrics 2002; 109 (4): 590–593.
31. Premji S., Paes B.: Gastrointestinal function and growth in premature infants: Is nonnutritive sucking vital? Journal of Perinatol 2000; (1): 46–53.
32. Mizuno K., Ueda A.: Changes in sucking performance from nonnutritive sucking to nutritive sucking during breast- and bottle-feeding. Pediatric Research 2006; 59 (5): 728.
33. Mohrbacher N.: Breastfeeding and growth: birth through weaning. [W:] Mannel R., Martens P., Walker M. Core curriculum for lactation consultant practice. Jones and Bartlett Learning; Burlington 2013: 587–602.
34. Nehring-Gugulska M.: Monitorowanie przebiegu karmienia. [W:] Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna; Kraków 2012: 85–89.
35. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Sztuka karmienia piersią. [W:] Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna; Kraków 2012: 69–76.
36. Davanzo R, Cannioto Z, Ronfani L. Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. J Hum Lact. 2013; 29: 45–53.
37. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Standard wizyty w poradni laktacyjnej. Standardy Medyczne 2005; 2 (4): 1786–1790.
38. Helwich E., Wilińska M. (red.): Standard wczesnej stymulacji laktacji, Standardy Medyczne 2014 (1), 9–57.

reprint_pn_nehring_protokol_nied16 16 2015-01-30 13:24:20

CENTRUM NAUKI O LAKTACJI im. Anny Oslislo

Centrum Nauki o Laktacji istnieje od 2006 roku. Jest niepubliczną placówką kształcenia podyplomowego m.in. dla lekarzy, położnych i pielęgniarek. Prowadzi kursy w zakresie opieki nad matkami i dziećmi, poradnictwa laktacyjnego, opieki okołoporodowej, żywienia kobiet i dzieci oraz komunikacji i wsparcia według autorskich programów. Kursy na II poziomie wiedzy o laktacji są przeznaczone dla placówek wdrażających nowy standard opieki okołoporodowej. Głównie dla osób, które edukują i pomagają karmiącym matkom w ramach obowiązków zawodowych. Kursy na III poziomie kierowane do tych osób, które pragną wyspecjalizować się w poradnictwie laktacyjnym i zdobywać certyfikaty.
Centrum Nauki o Laktacji zgodnie ze statutem placówki nadaje tytuły:
Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego oraz **Promotora Karmienia Piersią.**
Zapisy na kursy: tel. 667 94 14 70, kursy@kobiety.med.pl

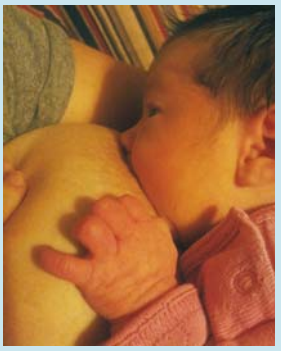
www.kobiety.med.pl/cnol
To platforma przeznaczona zarówno dla naszych kursantek i absolwentek, ale też innych osób zainteresowanych laktacją i profesjonalnym poradnictwem laktacyjnym oraz kształceniem w tej dziedzinie.

Znajdziecie tam:
Wiedzę o laktacji – kompendium podstawowej wiedzy o fizjologii i patologii laktacji, postępowaniu z matką i dzieckiem w różnych sytuacjach klinicznych.

Publikacje – stanowiska i rekomendacje światowych autorytetów w dziedzinie zdrowia matek i dzieci, takich jak WHO, AAP, ESPGHAN; stanowiska polskich ekspertów, ważne rozporządzenia, ciekawe artykuły z dziedziny laktacji, doniesienia zjazdowe, nawet słownik laktacyjny angielsko-polski i polsko-angielski.

Laktacyjny Leksykon Leków – obejmuje ponad 1200 preparatów, w prosty sposób można ocenić ich bezpieczeństwo stosowania w ciąży i laktacji.

stowarzyszenie terapeutów metody Castillo Moralesa



Stowarzyszenie zrzesza certyfikowanych terapeutów - logopedów i fizjoterapeutów.

Nasze cele:

- terapia noworodków, dzieci i dorosłych
- doradztwo i konsultacje dla rodziców
- współpraca z organizacjami wspierającymi rozwój małego dziecka
- współdziałanie ze środowiskiem medycznym, terapeutycznym i naukowym
- szkolenia i publikacje

www.castillomorales.pl tel. 660 733 211

Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji

Inadequate weight gain at breastfed infant – diagnosis, management, stimulation of lactation

Magdalena Nehring-Gugulska[1], Monika Żukowska-Rubik[1, 2]

Streszczenie

Niedostateczny przyrost masy ciała u dziecka karmionego piersią to problem, z którym neonatolodzy i pediatrzy mają nierzadko do czynienia. Przyczyny problemu są złożone i wymagają wnikliwej analizy przebiegu karmienia piersią. Dziecko może nie osiągać odpowiednich przyrostów masy ciała, gdy ma problem z efektywnym pobieraniem pokarmu (przyczyny dziecięce), gdy matka nie wytwarza odpowiedniej ilości pokarmu (przyczyny matczyne, niedobór) lub gdy naturalny proces laktacji jest zaburzony przez nieprawidłowe praktyki wokół karmienia. W pracy zostaną omówione przyczyny niedostatecznej podaży pokarmu, zasady oceny przebiegu karmienia piersią i przyrostu masy ciała dziecka karmionego piersią oraz metody postępowania, które służą poprawie sytuacji. Ich celem jest uzyskanie lub powrót do wyłącznego karmienia piersią, a gdy to nie jest możliwe – karmienie mieszane, gdzie mleko matki pokrywa możliwie największą w danej sytuacji część zapotrzebowania dziecka. W pracy zostanie omówiony również pozorny niedobór pokarmu, w którym co prawda nie obserwuje się nieprawidłowego przyrostu masy ciała, ale jest on częstym powodem wprowadzenia dokarmiania i przyczynia się do zaburzenia laktacji.

Słowa kluczowe: karmienie piersią, niedostateczny przyrost masy ciała, rzeczywisty niedobór pokarmu, pozorny niedobór pokarmu, stymulacja laktacji

Summary

Inadequate weight gain in a breastfed infant is a problem that neonatologists and pediatricians have not rarely to deal with in their practice. The reasons of the problem are various and demand precise analysis of the breastfeeding course. Inadequate weight gain can be observed in an infant with ineffective suck (infant's problem), when a mother has insufficient milk supply (mother's problem) or when natural process of lactation is disturbed by improper practices. The reasons of inadequate weight gain, the rules of breastfeeding course and weight gain assessment and the management will be discussed in the paper. The aim of the management is to obtain or return to exclusive breastfeeding. When exclusive breastfeeding is not possible an infant should get supplementation (mixed feeding), but mother's milk should cover as large portion of daily requirements as possible. Perceived milk supply will be also discussed in the paper. Perceived milk supply is not connected with inadequate weight gain, but is often a reason for supplementation and eventually disturbs the process of lactation.

Key words: breastfeeding, inadequate weigth gain, insufficient milk supply, perceived insufficient milk supply, stimulation of lactation

Prawidłowo przebiegająca laktacja skutkująca prawidłowym wzrostem i rozwojem dziecka to efekt wielu nakładających się czynników. Większość kobiet na świecie jest biologicznie wydolnych wykarmić potomstwo pokarmem. Niedorozwój gruczołów piersiowych, zabiegi uszkadzające tkankę gruczołu i inne sytuacje ograniczające tę zdolność dotyczą niewielkiego odsetka matek. Niedostateczny przyrost masy ciała u dziecka karmionego wyłącznie piersią to problem, z którym neonatolodzy i pediatrzy spotykają się często w codziennej praktyce. Niedobór pokarmu jest najczęściej podawaną przez matki przyczyną rezygnacji z karmienia [1, 2]. Zarówno zrozumienie przyczyn tej dysproporcji, jak i podjęcie właściwej interwencji sprawia lekarzom sporo kłopotu [3]. Nie jest sztuką zalecenie dokarmiania dziecka mlekiem modyfikowanym, co często ma miejsce, ale równie często nie odpowiada oczekiwaniom rodziców. Sztuką jest postawienie właściwej diagnozy i wdrożenie takiego postępowania, które zapewni prawidłowe odżywianie dziecka w okresie przejściowym i poprawę laktacji u matki. Niezbędna jest współpraca specjalistów sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem: neonatologa, pediatry, położnej, konsultanta/doradcy laktacyjnego*.

[1] Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie
[2] Centrum Medyczne „Żelazna" w Warszawie
Adres do korespondencji: Magdalena Nehring-Gugulska, ul. Herbaciana 2, 04–824 Warszawa, e-mail: mng@kobiety.med.pl, tel. (22) 615 69 59

reprint_pn_nehring_protokol_nied18 18 2015-01-30 13:24:24

Tab. 1. Przyczyny niedostatecznego przyrostu masy ciała u dziecka karmionego wyłącznie piersią związane z podażą i pobieraniem pokarmu [2, 8].

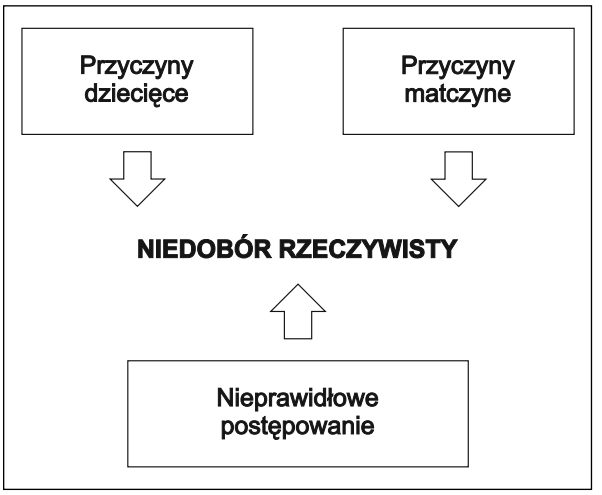
Najczęściej	Często	Rzadko
Nieprawidłowe postępowanie w laktacji pomimo prawidłowej podaży pokarmu u matki i pełnej zdolności do prawidłowego ssania, dziecko nie pobiera odpowiedniej ilości pokarmu	**Przyczyny ze strony dziecka** pomimo prawidłowej laktacji u matki i właściwego postępowania, dziecko nie jest w stanie efektywnie pobierać mleka z piersi	**Przyczyny ze strony matki** dziecko umie ssać pierś prawidłowo i efektywnie, zasady prawidłowego postępowania w laktacji są przestrzegane, ale produkcja pokarmu nie zaspokaja potrzeb dziecka od początku lub na późniejszym etapie laktacji
nieprawidłowa technika karmienia – dziecko ssie pierś ze skręconą, przygiętą główką, jest ułożone za daleko od piersi, chwyta płytko samą brodawkę – brak właściwego instruktażu matek na oddziałach szpitalnych i po ich opuszczeniu	nieprawidłowości anatomii jamy ustnej w postaci skróconego wędzidełka podjęzykowego, mocno cofniętej czy asymetrycznej żuchwy, cofnięty język i inne wady twarzoczaszki	niedorozwój gruczołu piersiowego – jednostronny – obustronny
– za mało karmień w ciągu doby, brak karmień nocnych (karmienie według reżimu czasowego, nie na żądanie) – za krótkie karmienia, tylko z jednej piersi – dezinformacja dotycząca właściwego postępowania w laktacji (strony internetowe, nieprofesjonalne porady, poradniki dla matek sponsorowane przez koncerny mieszankowe)	nieprawidłowości dotyczące odruchowych reakcji oralnych – słaba siła ssania – wygórowane kąsanie – za niskie napięcie mięśni jamy ustnej	– zaburzenia hormonalne u matki (niedoczynność tarczycy, uszkodzenia przysadki, nadwaga i otyłość, cukrzyca, PCOS) – przyjmowanie leków/środków hamujących wytwarzanie pokarmu (bromokryptyna, androgeny, antykoncepcja dwuskładnikowa, nikotyna i dym papierosowy, alkohol, inne) [7]
podawanie smoczka uspokajacza zamiast piersi, gdy dziecko sygnalizuje potrzebę ssania w okresie inicjacji i stabilizacji laktacji	choroba dziecka: infekcja, żółtaczka, sedacja polekowa, obniżone napięcie mięśniowe w przebiegu chorób neurologicznych, kardiologicznych, zespołów genetycznych, hipotyreoza, niedożywienie i związane z tym niedobory energii	stan po zabiegach na gruczole piersiowym – powiększenie lub redukcja piersi – stan po rozległym ropniu piersi w poprzedniej laktacji
przepajanie i dokarmianie bez uzasadnionych medycznie wskazań, zwłaszcza w okresie stabilizacji laktacji	Niedojrzałość dziecka – wcześniactwo – dystrofia)	– powikłania położnicze (krwotok w czasie porodu, zatrzymanie resztek łożyska w macicy) – opóźnienie laktogenezy II[16]
– nieprawidłowe procedury na oddziałach poporodowych (brak systemu rooming-in, oddzielanie matki i dziecka) – nieprawidłowe postępowanie w przypadku choroby matki lub dziecka (brak odciągania pokarmu, brak odpowiedniego sprzętu).	Odmowa ssania piersi (np. dziecko z urazem porodowym, po bolesnych procedurach w obrębie jamy ustnej, w chorobie refluksowej przełyku, w hiperaktywnym wypływie pokarmu u matki).	– przemęczenie i wyczerpanie matki związane m.in. ze stosowaniem hipoalergicznych, niedoborowych diet – przewlekły stres hamujący wyrzut oksytocyny.

Celem jest zapewnienie każdemu dziecku najzdrowszego i najbardziej rekomendowanego sposobu żywienia, jakim jest karmienie mlekiem biologicznej matki [4, 5].

Czynniki prawidłowego przebiegu karmienia

Proces laktacji jest regulowany w dwóch mechanizmach, hormonalnym i autokrynnym. Wysoki poziom prolaktyny po wydaleniu łożyska skutkuje pobudzeniem komórek nabłonka wydzielniczego pęcherzyków mlecznych do wydzielania pokarmu. Obfite wydzielanie mleka zaczyna się zwykle od 2–3 doby, przebiega klinicznie jako nawał mleczny. Pokarm jest wytwarzany w ilościach, które początkowo przekraczają zapotrzebowanie dziecka. Stabilizacja laktacji na poziomie odpowiednim dla dziecka następuje około 2–4 tygodnia. Od momentu, kiedy dziecko podejmuje ssanie utrzymanie wydzielania mleka jest regulowane przez dobrze działający odruch wypływu pokarmu (oksytocynowy) i mechanizm autokrynny. Ten pierwszy, poprzez skurcz komórek mięśniowych otaczających pęcherzyki mleczne umożliwia uzyskanie wypływu mleka. Ten drugi to lokalny system kontroli objętości wytwarzanego i magazynowanego mleka. Gdy pierś nie jest opróżniana, pokarm zalega w pęcherzykach mlecznych. Znaczne przepełnienie pęcherzyków skutkuje wydzieleniem zwrotnego inhibitora laktacji FIL, co w efekcie zmniejsza syntezę pokarmu. Im dłużej pierś pozostaje przepełniona, tym bardziej zwalnia się szybkość syntezy mleka i odwrotnie: im częściej i dokładniej pierś jest opróżniana, tym intensywniej

reprint_pn_nehring_protokol_nied19 19 2015-01-30 13:24:24



Ryc. 1. Podział przyczyn niedostatecznego przyrostu masy.

wytwarzany jest pokarm [6, 7]. Znając dobrze mechanizmy regulujące proces laktacji łatwo zrozumieć, dlaczego zaleca się matkom w pierwszych tygodniach karmić często (8–12 razy na dobę), w dzień i w nocy, według potrzeb zarówno dziecka (oznaki głodu), jak i matki (przepełnianie piersi). Po okresie stabilizacji laktacji dziecko powinno być nadal karmione około 8 razy na dobę wyłącznie mlekiem matki. Jednak należy pamiętać, że poza liczbą karmień potrzebna jest jeszcze ich jakość. Umiejętność ssania i pobierania pokarmu z piersi przez dziecko jest czynnikiem kluczowym dla efektywności karmienia i zależy od: stanu i dojrzałości dziecka, budowy i funkcji jamy ustnej, sposobu chwytania i ssania piersi. Dziecko, które jest prawidłowo i odpowiednio często karmione, podtrzymuje laktację u matki na poziomie zaspokajającym potrzeby żywieniowe.

Przyczyny niedostatecznego przyrostu masy ciała

Warto znać najczęstsze przyczyny, które mogą być powodem niedostatecznego przyrostu masy ciała u dziecka karmionego wyłącznie piersią. Znajomość przyczyn wyostrza czujność lekarza w zakresie wychwycenia czynników ryzyka niepowodzeń w laktacji oraz umożliwia wczesne zdiagnozowanie problemu i podjęcie właściwej interwencji na czas. Przede wszystkim należy zawsze brać pod uwagę, że przyczyny nie leżą tylko po stronie matki, co jest powszechnie przyjęte. Zdecydowanie częściej problemy leżą po stronie dziecka, a jeszcze częściej wynikają z nieprawidłowego postępowania w przebiegu karmienia (przez personel, rodziców, opiekunów) (ryc. 1). W pracy omówione zostaną przyczy-

Tab. 2. Pytania, które trzeba zadać matce, aby ocenić przebieg karmienia.

	prawidłowo	Nieprawidłowo/czynnik ryzyka
Czy matka karmiła po porodzie w kontakcie skóra do skóry?	tak	nie
Jak wyglądało karmienie w szpitalu?	często, w sali rooming-in, z pomocą personelu, uzyskała instruktaż techniki karmienia,	rzadko, oddzielona od dziecka, brak instruktażu, problemy z przystawianiem, brak pomocy
Jeśli matka nie karmiła, to czy odciągała pokarm?	Tak, często, laktatorem elektrycznym	nie
Jak często karmi obecnie dziecko piersią?	8–12 razy	Poniżej 8 razy
Ile razy karmi w nocy?	1–2 razy	wcale
Czy podaje jedną pierś czy obie na karmienie?	Jedną „do końca", drugą proponuje	Jedną, drugiej nie proponuje
Jak długo trwa karmienie?	Przynajmniej 10 minut z jednej piersi	Poniżej 10 minut z jednej piersi
Czy w czasie karmienia słychać połykanie?	tak ssanie w regularnym rytmie	nie brak rytmiczności ssania, długie przerwy pomiędzy połknięciami
Czy w czasie karmienia mleko wypływa z piersi? Czy zdarzają się samoistne wypływy mleka?	tak	nie
Czy pierś rozluźnia się po karmieniu?	tak	nie
Czy dokarmiano dziecko w szpitalu mieszanką?	nie	tak
Czy matka podaje smoczek uspokajacz?	nie	tak (dotyczy okresu stabilizacji laktacji)
Czy dopaja dziecko wodą lub herbatkami?	nie	tak
Czy obecnie dokarmia? Jeśli tak, to czym? W jakich ilościach?	nie pokarmem odciąganym	tak mieszanką

reprint_pn_nehring_protokol_nied20 20 2015-01-30 13:24:24

Tab. 3. Pytania, które trzeba zadać matce, aby znaleźć ewentualne czynniki ryzyka trudności z karmieniem i nieprawidłowe objawy u dziecka.

	prawidłowo	Nieprawidłowo/czynnik ryzyka
Czy dziecko urodziło się o czasie, w dobrym stanie ogólnym?	tak	nie
Jak przebiegał okres okołoporodowy (czy wystąpiła nasilona żółtaczka, infekcja, hipoglikemia, inne problemy adaptacyjne)?	nie	tak
Czy dziecko ma problemy zdrowotne?	nie	tak
Czy dziecko chętnie przystawia się do piersi?	tak	nie
Jak dziecko zachowuje się pomiędzy karmieniami?	Zasypia lub spokojnie czuwa Samo budzi się na kolejne karmienie	Nie zasypia, płacze, nie rozluźnia się po karmieniu Jest apatyczne, przesypia długie okresy czasu, trudno je dobudzić na karmienie
Ile pieluszek moczy dziecko na dobę?	6–8*	Mniej niż 6
Ile stolców oddaje dziecko na dobę?	3–4 papkowate stolce lub więcej (objętość ok. 2,5 cm^3)*	Mniej niż 3 skąpe lub brak

* Dotyczy okresu od 5 doby do końca 6 tygodnia, szczegóły dotyczące pozostałych okresów omówiono w tabeli 4.

Tab. 4. Liczba stolców i mikcji u dziecka karmionego wyłącznie mlekiem matki [9].

stolce	mikcje
stwierdza się: 1–2 doba – smółka 3–4 doba – 3–4 stolce przejściowe od 5 doby – co najmniej 3–6 papkowatych, żółtych stolców o objętości 2,5 cm^3 po 6 tygodniu rytm wypróżnień zmienia się i nie jest miarodajny (1 stolec na 10 dni, 10 stolców na dobę) [10].	stwierdza się: 1–2 doba – 1–2 mokre pieluchy (lub nic, bo anuria fizjologiczna u 5% noworodków) 3–5 doba – 3–5 zmoczonych pieluch 5–7 doba – 4–6 zmoczonych pieluch od 8 doby – 6–8 zmoczonych pieluch od 6 tygodnia – 5–6 zmoczonych pieluch

ny niedostatecznego przyrostu masy ciała związane z podażą i pobieraniem pokarmu. Zawsze jednak należy sprawdzić i wykluczyć, czy u dziecka nie ma dodatkowych problemów medycznych związanych z nadmierną utratą pokarmu, upośledzonym wchłanianiem czy stanami zwiększonego zapotrzebowania energetycznego.

Należy pamiętać, że nawet jeżeli wyjściowo laktacja u matki jest prawidłowa, to mało efektywne ssanie czy nieprawidłowe postępowanie stanowią czynniki ryzyka niepowodzenia laktacji w późniejszym czasie i prowadzą do ograniczenia wytwarzania pokarmu, czyli jego niedoboru. Dlatego tak ważne jest wczesne wychwycenie tych czynników i zdiagnozowanie problemu.

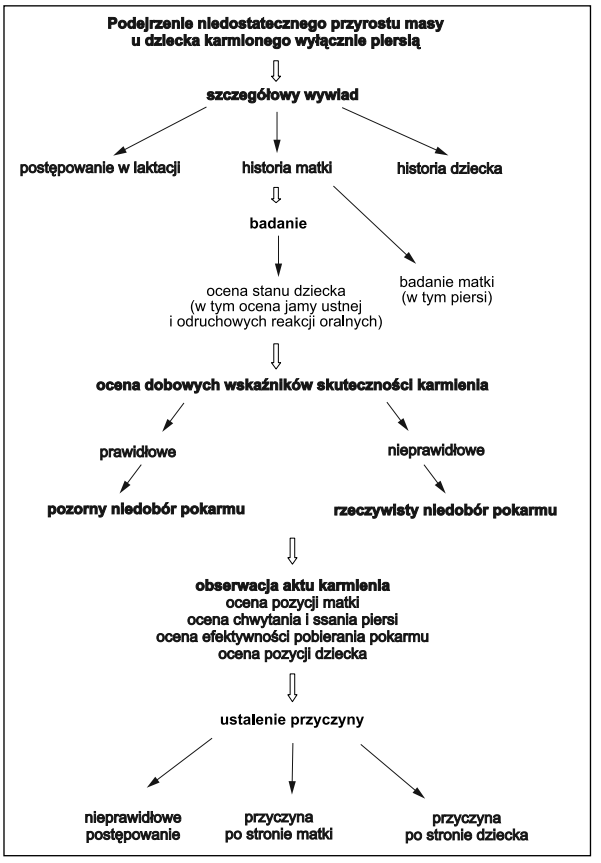
Rzeczywistym niedoborem pokarmu określamy sytuację, kiedy ilość pokarmu nie wystarcza do zaspokojenia potrzeb dziecka i skutkuje słabym przyrostem masy ciała w przypadku karmienia wyłącznie piersią.

Tab. 5. Pytania, które trzeba zadać matce, aby znaleźć ewentualne czynniki ryzyka niedoboru pokarmu u matki.

	prawidłowo	Nieprawidłowo/czynnik ryzyka
Czy piersi powiększyły się w ciąży?	tak	nie
Jaki był rodzaj porodu? Jak przebiegł okres okołoporodowy?	Poród siłami natury Bez powikłań	Poród zabiegowy Powikłania
Czy miała nawał?	tak	nie
Jak się odżywia?	Zdrowa, urozmaicona dieta, produkty ze wszystkich grup, bez ograniczeń	dieta eliminacyjna, mało urozmaicona, inne restrykcje żywieniowe
Czy pamięta o przyjmowaniu płynów?	Tak, 2–3 litry dziennie	Nie
Czy odpoczywa? Jakie jest jej samopoczucie?	Tak dobre	Nie Duże napięcie, przewlekły stres
Czy na coś choruje?	nie	Tak (pogłębić analizę w oparciu o tab. 1)
Czy bierze leki, stosuje używki?	nie	Tak (pogłębić analizę w oparciu o tab. 1)
Czy miała zabiegi chirurgiczne na gruczole piersiowym?	nie	Tak (pogłębić analizę w oparciu o tab. 1)

Niedobór pokarmu różnicuje się z pozornym niedoborem pokarmu, który charakteryzuje się tym, że matka zgłasza objawy sugerujące niedobór pokarmu, ale ocena skuteczności karmienia nie potwierdza jej przekonania. Obawy, że dziecko się nie najada, to najczęściej po-

reprint_pn_nehring_protokol_nied21 21 2015-01-30 13:24:25



Ryc. 2. Algorytm diagnozy.

dawana przez matki przyczyna zaprzestania karmienia piersią lub rozpoczęcia dokarmiania. Pozorny niedobór pokarmu zostanie omówiony na końcu pracy.

Rozpoznanie

Rozpoznanie opiera się na szczegółowo zebranym wywiadzie, ocenie stanu dziecka i matki oraz wnikliwej oberwacji aktu karmienia. Ze względu na złożoność problemu postawienie diagnozy jest czasochłonne. W celu kompleksowego spojrzenia na problem należy postępować zgodnie z algorytmem zamieszczonym na ryc. 2.

Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią podejrzewamy, gdy matka zgłasza, że dziecko bardzo często ssie pierś, podczas ssania nie słychać połykania, dziecko szybko zaczyna podsypiać, po karmieniu nie wygląda na najedzone lub ciągle płacze, nie zasypia po karmieniach albo jest apatyczne, śpi długo, ciężko je dobudzić. Warto wziąć też pod uwagę skargi, że matka nie miała nawału mlecznego, biust jest miękki, nie wypełniony pokarmem, nie obserwuje wypływów mleka podczas karmienia i samoistnych między karmieniami.

Tab. 6. Normy przyrostu masy wg dr Ruth Lawrence [13].

0–3 miesiące	26–31 g/dobę	182–217 g/tydzień
3–6 miesięcy	17–18 g/dobę	119–126 g/tydzień
6–9 miesięcy	12–13 g/dobę	84–91 g/tydzień
9–12 miesięcy	9 g/dobę	63 g/tydzień

Tab. 7. Różnicowanie między niedostatecznym przyrostem masy ciała a niedożywieniem [15].

niemowlęta z niedostatecznym przyrostem masy ciała	niemowlęta niedożywione
żywotne, dobrze reagujące, zdrowy wygląd	apatyczne, słabo płaczące
bez cech odwodnienia normalne napięcie mięśniowe i napięcie skóry	cechy odwodnienia osłabione napięcie mięśniowe i napięcie skóry
mocz rozcieńczony, oddawany 6 lub więcej razy na dobę	mocz zagęszczony, ciemny, mniej niż 6 mikcji na dobę
częste stolce w mniejszej objętości lub oddawane rzadziej,	stolce rzadko, skąpe ilości lub brak
słabe, ale stałe zwiększanie się masy ciała	brak zwiększenia lub zmniejszenie masy ciała po 10. dniu życia

Tab. 8. Schemat dokarmiania w zależności od zwiększania się masy ciała [9]

zwiększenie (g/tydz.)	zwiększenie (g/d)	liczba porcji	wielkość porcji (ml)	dobowo (ml)
85–113	12–16	2–3	60	120–180
< 85	< 12	4–5	60	240–300

Porcje dokarmiania mogą być mniejsze, ale częściej podawane.

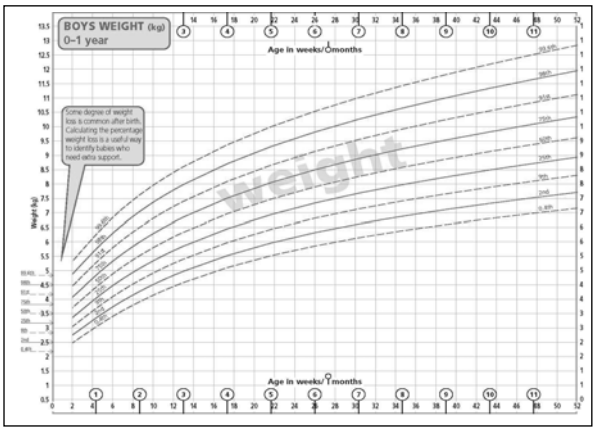
Wywiad

Musi być szczegółowy i zawierać analizę przebiegu karmienia i historii dziecka od porodu do dnia dzisiejszego oraz historii stanu zdrowia matki.

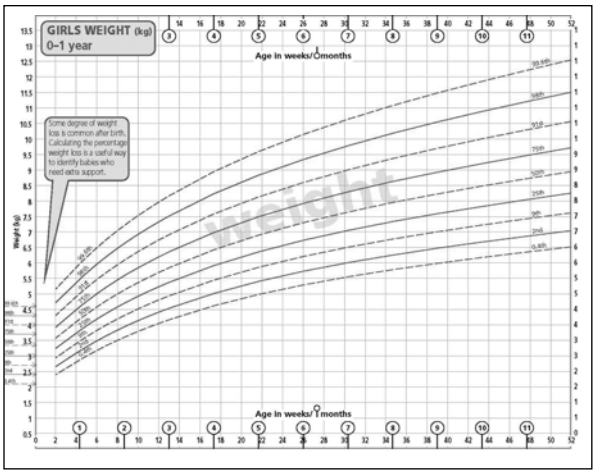
Badanie dziecka

Badanie dziecka powinno obejmować, poza oceną stanu ogólnego, ocenę budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych. Należy zwrócić uwagę na obecność cech odwodnienia. Koniecznym elementem jest zważenie i zmierzenie dziecka oraz analiza przyrostów masy ciała. Zdrowy noworodek nie powinien tracić masy ciała po 10. dobie życia; powinien również odzyskać masę urodzeniową najpóźniej do końca 2. tygodnia życia [11]. Za wyjściową uznaje się najniższą masę spadkową, masę ciała w dniu wypisu ze szpitala lub inną poprzedzającą obecne badanie. Od niej, nie od urodzeniowej, liczy się przyrosty, najbardziej miarodajne jest wyliczanie średniego przyrostu masy z kilku – kilkunastu dni. Wahania dobowe mogą wprowadzać rodziców i lekarza w błąd oraz budzić niepokój.

reprint_pn_nehring_protokol_nied22 22 2015-01-30 13:24:25



Ryc. 3a. Siatka centylowa masy ciała chłopców opracowana przez Royal College of Paediatrics and Child Health na podst. siatek WHO.



Ryc. 3b. Siatka centylowa masy ciała dziewczynek opracowana przez Royal College of Paediatrics and Child Health na podst. siatek WHO.

Fot. 1. Mocno cofnięta żuchwa. Dziecko nie było w stanie efektywnie ssać piersi przez kilka tygodni po porodzie. Było karmione mlekiem odciąganym. Konsultowane przez neurologopedę, który prowadził terapię funkcji ssania odpowiednio dobranym smoczkiem butelkowym, z czasem dziecko zostało przestawione na pierś (fot. M. Żukowska-Rubik).

Codzienne pomiary masy ciała są zalecane tylko w przypadku dzieci pozostających pod opieką szpitala.

Tempo przyrostu masy ciała niemowląt karmionych piersią różni się od tempa stwierdzanego u niemowląt karmionych sztucznie. Znajdujące się w polskich książeczkach zdrowia dziecka siatki centylowe, opracowane były na populacji dzieci żywionych przeważnie sztucznie. Właściwym jest używanie do oceny siatek centylowych opublikowanych w 2006 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i opracowanych na populacji zdrowych dzieci z 6 krajów świata karmionych naturalnie. Ich rozwój uznano za wzorcowy i siatki obowiązują w wielu krajach dla wszystkich dzieci [12]. W Polsce musimy radzić sobie, ściągając je ze strony www.who.int/childgrowth lub www.growthcharts.rcpch.ac.uk (wersja brytyjska) (ryc. 2a, b). Lekarze i rodzice też często korzystają z aplikacji na telefony komórkowe. Najbardziej bliskie siatkom WHO są podane poniżej (tab. 6) normy przyrostu masy ciała wg Ruth Lawrence [13].

Niedostateczny przyrost masy ciała rozpoznajemy wtedy, gdy dziecko karmione wyłącznie piersią nie osiąga wyżej podanych przyrostów. Oczywiście inne znaczenie kliniczne będzie miało rozpoznanie przyrostu na poziomie 22 g/dobę a zupełnie inne 10 gram/dobę. Stanem alarmującym będzie rozpoznanie niedożywienia (tab. 7), czyli sytuacji, w której nie stwierdza się zwiększenia masy ciała lub stwierdza się zmniejszenie masy ciała. Na siatce centylowej obserwuje się zwykle obniżenie o dwa kanały centylowe poniżej w porównaniu z pozycją w trakcie poprzedniej oceny rozwoju dziecka. Stan niedożywienia niemowlęcia jest potencjalnie niebezpieczny, dlatego wczesne rozpoznanie jest warunkiem zapewnienia prawidłowego nawodnienia i w dalszej perspektywie właściwego rozwoju mózgu dziecka [14].

Prawidłowa budowa anatomiczna twarzoczaszki i jamy ustnej oraz dojrzałość aparatu orofacjalnego (sprawność mięśni warg, języka, kształt podniebienia i żuchwy, obecność skróconego wędzidełka podjęzykowego, obecność odruchów oralnych) (fot. 1), warunkują efektywne pobieranie pokarmu z piersi. Ich oceny, zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, w ciągu 12 godzin życia noworodka [16].

Optymalnie badanie powinno być przeprowadzone w stanie czuwania przed karmieniem (gdy dziecko prezentuje żywe reakcje odruchowe). Lekarz neonatolog lub pediatra ocenia noworodka w ciągu 12 h po porodzie; w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ocenę należy powtórzyć. Szczegółową ocenę powyższych elementów można znaleźć w Protokole Oceny Umiejętności Ssania Piersi, który został opublikowany w poprzednim numerze Postępów Neonatologii [17].

reprint_pn_nehring_protokol_nied23 23 2015-01-30 13:24:25

Fot. 2. Piersi cewkowate, szeroki odstęp między piersiami, niemowlę karmione piersią i dokarmiane mieszanką 300 ml/d (fot. M. Żukowska-Rubik).

Fot. 3. Płytkie ssanie. Wąski kąt ust, zaciśnięty kącik. Nawracające zapalenia piersi u matki do czasu korekty ssania (fot. M. Żukowska-Rubik).

Fot. 4. Płytkie ssanie. Wąski kąt ust, nos i broda oddalone od piersi, duża częśc otoczki na zewnątrz jamy ustnej (fot. M. Żukowska-Rubik).

Badanie matki

Należy ocenić stan ogólny matki, a badanie nakierować na wykryte podczas wywiadu nieprawidłowości; niezbędne jest badanie piersi matki. Podczas badania należy zwrócić uwagę na kształt i wielkość piersi, budowę brodawek piersiowych, obecność blizn. Blizny wskazują na ingerencje chirurgiczne w obrębie gruczołu, które mogą mieć wpływ na jego funkcję.

Cechy hipoplazji gruczołu piersiowego to: małe lub bardzo małe piersi („płaskie"), przerwa między gruczołami wynosi powyżej 4 cm, otoczka jest niewielka lub bardzo duża, „zastępuje" gruczoł, w badaniu palpacyjnym piersi są miękkie, bez cech nawału po porodzie, a w wywiadzie matka nie podaje charakterystycznego powiększenia piersi w okresie ciąży [18]. (fot. 2).

Nie ma uzasadnienia dla wykonywania badania pokarmu matki celem określenia jego kaloryczności, wartości odżywczej itp. Często rodzice sugerują lekarzowi wykonanie takiej analizy. Światowej klasy badacze pokarmu kobiecego są zgodni, że mleko wytwarzane przez kobiety na całym świecie ma podobny skład i kaloryczność, niewielkie różnice dotyczą jedynie proporcji kwasów tłuszczowych nasyconych do nienasyconych oraz antyoksydantów [19, 20].

Obserwacja aktu karmienia

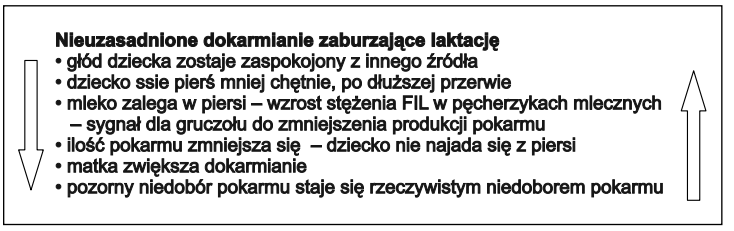
Obserwacja aktu karmienia powinna potrwać około 10 minut.

Obserwacje zaczynamy od oceny pozycji matki i dziecka podczas karmienia. Pozycja jest o tyle istotna, że warunkuje dalsze prawidłowe ruchy oraz komfort matki i dziecka. Dziecko powinno czuć się stabilnie w ramionach matki, aby jego napięcie posturalne było prawidłowe podczas jedzenia. Dłoń matki podtrzymująca pierś nie może ograniczać dostępu do brodawki i otoczki piersi. Pierwszy ruch zachęcający dziecko do szerokiego otworzenia buzi powinien być wykonany w ten sposób, że matka dotyka brodawką okolicy podnosowej dziecka.

Tuż po uchwyceniu piersi dziecko wykonuje początkowo szybkie, płytkie ruchy ssące. Służą one uruchomieniu samoistnego wypływu pokarmu. Gdy rusza wypływ pokarmu, zmienia się rytm ssania. Ruchy ssące stają się głębokie. Obserwujemy wyraźne ruchy żuchwy ku dołowi w miarowym tempie około 1 ruch/sekundę, towarzyszy im przełykanie pokarmu. Ruchy ssące tworzą serie przedzielone kilkusekundowymi przerwami. Serie u donoszonego dziecka liczą zwykle 10–30 zassań. Przełknięcie mleka następuje zwykle po jednym zassaniu, zwłaszcza na początku karmienia. Stosunek zassań do połknięć 2/1 oraz 3/1 pojawia się w dalszych minutach karmienia [21]. W czasie przerwy pomiędzy seriami oddech pogłębia się. W czasie kolejnych minut karmienia serie zassań

reprint_pn_nehring_protokol_nied24 24 2015-01-30 13:24:30

Ryc. 4. Algorytm postępowania.



Ryc. 5. Schemat zaburzenia laktacji przez dokarmianie bez wskazań, opracowanie: M. Żukowska-Rubik.

stopniowo skracają się, a przerwy wydłużają. Dziecko powinno pobierać pokarm tak długo, aż zaspokoi głód. Czas trwania karmienia jest cechą indywidualną dla danej pary matka-dziecko, zależy od temperamentu i kompetencji niemowlęcia, ale także od intensywności wypływu i podaży pokarmu. Obserwacje wskazują, że dla większości noworodków czas potrzebny do pobrania odpowiedniej ilości pokarmu powinien wynosić przynajmniej 10 minut z jednej piersi. Pierś, która jest podana jako pierwsza, powinna być opróżniona dokładnie. Jeśli dziecko po upływie 10 minut nadal ssie i przełyka, nie należy przekładać go do drugiej piersi, lecz pozwolić dokończyć karmienie i dopiero wtedy zaproponować drugą pierś. Podczas jednego aktu karmienia mogą być opróżniane obie piersi.

Nieprawidłowością będzie: zbyt płytkie, wywołujące ból brodawek chwytanie piersi (fot. 3–4) brak zmiany rytmu ssania na głęboki, miarowy; krótkie serie złożone z mniej niż 10 zassań, brak regularności, miarowości ssania, długie przerwy pomiędzy seriami, brak serii, brak połykania lub stosunek zassań do połknięć $\geq 4/1$ od początku karmienia. A także: krótki czas karmienia – zakończenie karmienia przez wypuszczenie piersi lub zbyt wczesne przejście na ssanie nieodżywcze przed pobraniem dostatecznej ilości pokarmu. Dlatego ocena efektywności karmienia wymaga uwzględnienia wszystkich, a nie tylko wyrywkowych kryteriów. Szczegółowej oceny aktu karmienia można dokonać korzystając z Protokołu Oceny Umiejętności Ssania Piersi [17].

Pomocą na oddziale może służyć położna specjalistka – edukator do spraw laktacji lub doradca/konsultant laktacyjny (położna, pielęgniarka, lekarz).

Postępowanie

W przypadku niedostatecznego przyrostu masy dziecka karmionego wyłącznie piersią celem postępowania jest:
– zapewnienie prawidłowego odżywiania dziecka w okresie przejściowym (od stwierdzenia problemu do uzyskania prawidłowego przebiegu karmienia piersią),
– poprawa laktacji u matki,
– powrót do wyłącznego karmienia piersią, w pełni zaspokajającego potrzeby żywieniowe dziecka.

Precyzyjne zdiagnozowanie przyczyn pozwala wdrożyć celowane postępowanie terapeutyczne. Należy postępować według przedstawionego algorytmu (ryc. 4).

Wsparcie matki

Matka, która dowiaduje się, że jej dziecko nie przybywa odpowiednio na wadze, podlega silnym emocjom. Najczęściej są to: lęk o rozwój, a nawet życie dziecka, rozdrażnienie, zaskoczenie, złość, poczucie winy, brak zaufania do siebie. Czasem pojawia się rezygnacja i załamanie. Pomoc w zaakceptowaniu sytuacji oraz w wyjściu z silnych emocji jest niezbędna do podjęcia przez matkę zleconej interwencji.

Poprawa sposobu postępowania i korekta techniki karmienia

Często wystarczającą interwencją będzie skorygowanie techniki karmienia, np. sposobu trzymania dziecka, podawania piersi przez matkę czy sposobu chwytania piersi przez dziecko. Bezbolesne, efektywne karmienie od razu przynosi ulgę i poprawę sytuacji. Często należy skorygować postępowanie w laktacji – zwiększyć częstość karmień, tłumacząc rodzicom, jak regulowany jest proces wytwarzania pokarmu (patrz wyżej), wytłumaczyć czym różni się mleko ludzkie od mleka innych ssaków. Jest ono niskobiałkowe i niskotłuszczowe, dlatego dziecko potrzebuje ssać pierś co 2–3 godziny, czyli w pierwszych tygo-

reprint_pn_nehring_protokol_nied25 25 2015-01-30 13:24:33

dniach około 8–12 razy, a w kolejnych miesiącach około 8 razy na dobę. Należy zwiększyć długość efektywnego karmienia do 10–20 minut z każdej piersi, ucząc przy tym rodziców obserwacji rytmu ssania i połykania mleka. Jeśli dziecko jest dopajane, należy zaniechać tej praktyki (cały okres laktacji). Jeśli otrzymuje smoczek – uspokajacz należy zalecić powstrzymanie się od używania go do czasu ustabilizowania laktacji.

Takie postępowanie jest na ogół wystarczające, gdy stwierdza się przyrost masy dziecka powyżej 16 g/dobę i brak innych przyczyn ze strony matki lub dziecka (tab. 1).

Wspomaganie funkcji ssania

Stwierdzenie nieprawidłowości w budowie anatomicznej twarzoczaszki i jamy ustnej oraz zaburzenia funkcji aparatu orofacjalnego wymaga odpowiedniej interwencji w zależności od diagnozy: wykonania zabiegu frenotomii, prowadzenia wspomagania funkcji ssania, konsultacji z logopedą ze specjalizacją wczesnej interwencji, neurologiem lub wykonania innych specjalistycznych zabiegów. Jeśli stwierdza się niską aktywność dziecka podczas karmienia lub nieefektywne ssanie, można zastosować metody aktywizujące:

– metoda breast compression – uciśnięcie dłonią piersi u podstawy w czasie serii ssania, tak aby zwiększyć intensywność wypływania pokarmu;
– metoda super switch – zmiana piersi co kilka minut, tak aby dziecko ssało każdą z nich przynajmniej 2 razy w czasie jednego karmienia [22].

Poprawa kondycji dziecka

Dziecko potrzebuje energii do pobierania pokarmu. Słabo odżywione może nie mieć siły, aby wystymulować laktację matce. Błędem jest więc zlecanie bardzo częstych karmień, (karmienia na okrągło), jeśli niemowlę jest słabe, chore czy niedożywione. W przypadku niskich przyrostów masy, poniżej 16 g/dobę (dzieci z zaburzeniami funkcji ssania, dzieci chorych i in.) często konieczne jest dokarmianie dziecka z równoczesnym stymulowaniem laktacji przy użyciu elektrycznego laktatora. Należy wytłumaczyć matce, że dokarmianie jest potrzebne przez pewien czas, aż do uzyskania poprawy laktacji i odzyskania kondycji przez dziecko. Pokarmem pierwszego wyboru jest odciągany pokarm matki, a w razie jego niedoboru – podaje się przejściowo mieszankę mleczną.

W przypadku stwierdzenia odwodnienia dziecka należy wykonać badania biochemiczne i ustalić terapię płynami.

Poprawa kondycji fizycznej i psychicznej matki

Aby poprawić kondycję matki, należy jej zalecić odpoczynek, spożywanie wartościowych i odpowiednio kalorycznych posiłków, picie właściwej ilości płynów, a członkom rodziny doradzić pomoc w pracach domowych. Zadania, nakreślony plan działania i wizja poprawy laktacji zazwyczaj poprawiają nastrój matkom.

Stymulacja laktacji

W przypadku niższych przyrostów masy ciała, poniżej 16 g/dobę lub jeśli powyższe interwencje nie przyniosły efektu, zawsze należy zalecić dodatkowo stymulowanie laktacji poprzez odciąganie pokarmu laktatorem elektrycznym. Najlepiej odciągać pokarm po karmieniach. Liczba odciągań na dobę musi być dostosowana do możliwości danej matki. Każda liczba będzie dobra, aczkolwiek jeśli matka zdoła odciągać 6 razy na dobę, pewnie szybciej osiągnie efekt niż kobieta, która zdoła odciągać 2 razy. Odciągać należy z obu piersi albo systemem naprzemiennym (7–5–3 minuty z każdej piersi na zmianę), albo używając laktatora z podwójną końcówką (10–15 minut z obu piersi naraz). Odciągany pokarm należy podawać dziecku. Jeśli ssanie jest nieefektywne lub współistnieją zaburzenia funkcji ssania, zaleca się intensywne odciąganie zamiast kilku karmień dziennie.

Stymulacja trwa od kilku dni do 2 tygodni, czasem dłużej. W większości przypadków wyraźny efekt jest widoczny po 4–7 dniach.

Jeśli dziecko jest zdrowe, ssie prawidłowo i efektywnie, można stymulować laktację bez użycia laktatora poprzez zwiększenie częstości karmień dziennych – co 1,5 godziny oraz dodanie karmień nocnych – co 3 godziny. Na każde karmienie matka powinna podawać obie piersi do pełnego opróżnienia („do końca"). Zastosowanie znajdują również wszystkie opisane powyżej techniki aktywizujące dziecko przy piersi.

Dodatkowo w czasie symulacji laktacji możliwe jest zastosowanie leków i środków naturalnych podnoszących poziom prolaktyny. Podaje się w tym celu:

– leki (antagoniści dopaminy), które poprzez zmniejszenie stężenia dopaminy (DA) powodują zwiększenie stężenia prolaktyny [23]; Metoklopramid (najpowszechniej stosowany) w dawce 10–15 mg 3 razy na dobę; Domperydon (Motilium) (preferowany), w dawce 20 mg 4 razy na dobę [24].

Podawanie leków nie jest praktyką powszechną ani metodą pierwszego wyboru, budzi też wiele kontrowersji, ponieważ wymienione leki nie są zareje-

reprint_pn_nehring_protokol_nied26 26 2015-01-30 13:24:34

strowane do stosowania w celu wspomagania laktacji (off-label use).

– środki naturalne – słód jęczmienny w dawce 2–3 saszetki na dobę, przed karmieniem (obiecujące wyniki badań obserwacyjnych).

Stosowanie herbatek ziołowych, tzw. laktacyjnych jest dyskusyjne. Ich działanie głównie to efekt placebo oparty na przekonaniu o laktogennym działaniu (therapeutic suggestion) oraz na tradycji stosowania. Niestety badacze preparatów ziołowych nie potrafią inaczej wyjaśnić mechanizmu działania, a kontrolowane próby kliniczne na ogół nie potwierdzają działania laktogennego [25], albo wręcz pokazują działanie odwrotne (koper, anyż) [26]. Nieliczne tylko zioła mają udokumentowane działanie w badaniach obserwacyjnych (kozieradka, łac. Trigonella foenum, ang. fenugreek, rutwica łac. Galega officinalis, ang. goat`s rue), niepokalanek pieprzowy łac. Vitex agnus casus, ang. chasteberry). Dodatkowym problemem jest dawkowanie ziół i niepewność, co do czystości materiału roślinnego.

Rodzaj/ilość/sposób dokarmiania

Podstawowe zapotrzebowanie na pokarm matki u dziecka donoszonego liczymy według wzoru 140–160 ml/kg mc./d. Objętość dokarmiania należy oszacować w miarę precyzyjnie biorąc pod uwagę, jaką część zapotrzebowania dziecko jest w stanie uzyskać z piersi po zastosowaniu wyżej opisanych interwencji. Często pomocny jest szacunek przedstawiony w tab. 8.

Jeśli dziecko ssie pierś matki, nie ma potrzeby podawać mu dokarmiania pokrywającego jego pełne zapotrzebowanie dobowe, co niestety jest częstą praktyką.

Do dokarmiania dziecka wykorzystuje się w pierwszej kolejności odciągnięty pokarm matki, świeży lub mrożony, a w razie jego niedoboru – mieszankę mleczną.

Sposób dokarmiania należy dostosować indywidualnie. Optymalną metodą jest dokarmianie dziecka przy piersi przy pomocy prostego zestawu, cewnik do karmienia nr 4F lub 6F i strzykawka z mlekiem. Zestaw ten można zastąpić komercyjnym zestawem do dokarmiania. Metoda ta może być zastosowana, jeśli dziecko umie prawidłowo chwytać i ssać pierś, a matka będzie umiała sobie poradzić. W pierwszych dobach po porodzie stosuje się kubeczek i łyżeczkę. Najpowszechniejszą metodą dokarmiania jest butelka ze smoczkiem. Należy zwrócić uwagę na dobór odpowiedniego rodzaju smoczka, jego rozmiarów i twardości. Matkę należy poinstruować, jak wygląda prawidłowe karmienie z butelki, aby sposób chwycenia i ssania butelki umożliwił dziecku powrót do piersi [27].

Monitorowanie

Niezbędnym elementem jest monitorowanie przebiegu postępowania. Należy zalecić matce prowadzenie obserwacji: liczba karmień, stolców i mokrych pieluch, częstotliwość odciągania, ilość podawanego pokarmu, mieszanki. W praktyce stosuje się tabelki do wypełniania lub aplikacje na telefon komórkowy np. Baby Care (Android), Baby Care Master (ios), Feed Baby (oba systemy) (tab. 9).

Najważniejszym elementem jest jednak wizyta kontrolna co 2–5 dni i ocena wszystkich parametrów przez specjalistę (neonatologa, pediatrę, położną, konsultanta/doradcę laktacyjnego).

W przebiegu diagnostyki może okazać się, że pomimo tego, że matka zgłosi niedobór pokarmu, ocena parametrów rozwojowych nie potwierdzi tego. Mamy wtedy do czynienia z tzw. **pozornym niedoborem pokarmu.**

Pozorny niedobór występuje w sferze matczynej psychiki i tam należy nakierować działania terapeutyczne. Matka, która z jakiegoś powodu jest przekonana, że jej dziecko nie najada się mlekiem z piersi, podlega silnym emocjom. Należy więc wysłuchać jej z uwagą i okazać zrozumienie oraz pomóc wyjść z emocji i przyjrzeć się w miarę możliwości obiektywnym faktom. Bardzo trudno jest niekiedy przekonać kobiety, że ich dzieci karmione wyłącznie piersią otrzymują wystarczającą ilość mleka. W przekonaniach matek i otaczających je osób tkwią nie uzasadnione obawy, np. mleko za chude, piersi za małe, dziecko za słabe, płacz to oznaka głodu, częste ssanie piersi to oznaka niedoboru mleka i inne. W rozmowie z matką należy wytłumaczyć poszczególne zagadnienia, np. że wielkość piersi nie ma wpływu na ilość wytwarzanego pokarmu. O wielkości piersi decyduje ilość tkanki tłuszczowej, a nie gruczołowej. Po południu stężenie prolaktyny jest niskie i pokarmu jest mniej, niż w pozostałych godzinach, dlatego większość dzieci chce wtedy ssać pierś bardzo często [28]. Pokarm naturalny

Tab. 9. Monitorowanie przebiegu obserwacji.

karmienia godzina ile minut?	odciąganie godzina ile minut? ile ml?	dokarmianie pokarmem ile?	dokarmianie mieszanką ile?	mokre pieluchy liczba?	Stolce liczba?

reprint_pn_nehring_protokol_nied27 27 2015-01-30 13:24:34

jest trawiony i wchłaniany szybciej niż mleka sztuczne, ok. 1,5 godziny, dlatego przerwy między karmieniami piersią są krótsze niż w przypadku żywienia sztucznego. W okresach zwiększonego zapotrzebowania na pokarm (tzw. skokach rozwojowych) pojawia się rozdźwięk między podażą a popytem, popularnie zwany kryzysem laktacyjnym. Po kilku dniach intensywnego ssania piersi laktacja zostaje pobudzona i rytm karmień wraca do normy.

Błędem w sztuce jest zalecanie dokarmiania mieszanką mleczną w przypadku pozornego niedoboru pokarmu. Takie postępowanie często wynika z braku rzetelnego zdiagnozowania problemu i niestety prowadzi do poważnych zaburzeń laktacji (ryc. 5).

Zawsze warto wykorzystać wizytę, by przekazać zasady postępowania w laktacji i skorygować ewentualne błędy w technice karmienia. Warto też nauczyć matkę samodzielnej oceny wskaźników skutecznego karmienia, co pozwoli jej unikać tego typu niepokojów w przyszłości. Warto pamiętać, że część badaczy zalicza nieuzasadnione zamartwianie się problemami związanymi z karmieniem piersią do objawów depresji poporodowej [29].

Profilaktyka

Matki z grupy ryzyka niedoboru pokarmu powinny być otoczone szczególną opieką i przygotowane do właściwego postępowania po porodzie. Lekarze prowadzący powinni kierować je do doradców laktacyjnych jeszcze przed porodem. Matki nienależące do grupy ryzyka potrzebują instruktażu prawidłowego karmienia po porodzie, właściwych informacji na temat postępowania w laktacji i nauczenia się oceny wskaźników skutecznego karmienia. Efektywność karmienia piersią powinna być oceniana u każdego noworodka dwukrotnie w ciągu doby podczas pobytu w szpitalu [5]. Zgodnie z polskim standardem opieki okołoporodowej wizyty patronażowe lekarza POZ i położnej rodzinnej powinny odbywać się w miejscu zamieszkania albo pobytu i być realizowane według indywidualnego planu. Wizyta pediatry lub innego specjalisty powinna nastąpić 3–5 dni po porodzie lub 1–2 dni od wypisu, kolejna wizyta w 2–3 tygodniu [30]. Podczas wizyty niezbędna jest ocena masy dziecka. Każda zauważona nieprawidłowość powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej, a matka powinna zostać skierowana do odpowiedniego specjalisty lub poradni laktacyjnej.

Podsumowanie

Niedostateczny przyrost masy ciała u dziecka karmionego piersią wymaga wyjaśnienia, dlaczego dziecko nie pobiera odpowiedniej ilości pokarmu. Zależnie od przyczyny problemu należy zastosować odpowiednią interwencję. Różnice w postępowaniu będą zależały od tego, czy wiodącym problemem jest nieprawidłowa technika karmienia, dysfunkcja ssania czy niedobór pokarmu u matki. Niekiedy wystarczy uzyskanie głębokiego uchwycenia piersi, by poprawić sytuację. Jednak zawsze należy spojrzeć całościowo na diadę matka–dziecko, ponieważ proces laktacji jest skomplikowaną funkcją organizmu, zależną nie tylko od działania kompleksu hormonów, ale też od stanu fizycznego i emocjonalnego kobiety, a także sprawności i kondycji dziecka. Nie zawsze konieczne jest dokarmianie dziecka, zwłaszcza mlekiem modyfikowanym. Strategia postępowania opiera się na czterech filarach, którymi są optymalne zasady postępowania w laktacji, poprawienie efektywności karmienia, stymulacja laktacji, zapewnienie dziecku odpowiedniego odżywienia. Takie postępowanie gwarantuje uzyskanie maksymalnej dawki matczynego mleka i daje szansę na kontynuację laktacji. Zlecenie dokarmiania bez analizy przebiegu karmienia piersią jest błędem w sztuce. Jest to niestety dość powszechna praktyka wśród lekarzy sprawujących opiekę nad dzieckiem. Dokarmianie, zwykle obfite, zapewni dziecku odpowiednie odżywienie, ale nie uratuje karmienia piersią. Nieprawidłowości, które doprowadziły do upośledzenia tempa przyrastania masy ciała dziecka spowodują całkowite wygaśnięcie produkcji mleka zgodnie z działaniem mechanizmów regulujących laktację.

Przypadki kliniczne:

Przypadek 1. – nie rozpoznany rzeczywisty niedobór pokarmu u matki.

Do poradni laktacyjnej zgłosiła się matka z 2 tygodniowym niemowlęciem. Matkę niepokoiło to, że chłopiec praktycznie nie daje się odłączyć od piersi, przy próbie odłożenia do łóżeczka natychmiast zaczyna płakać i uspokaja się jedynie, gdy zostanie ponownie przystawiony do piersi – przy piersi słabo ssie, podsypia. Z wywiadu uzyskano informacje, że chłopiec nigdy nie był dokarmiany, moczy 4–5 pieluch jednorazowych/dobę, oddaje 1–2 niewielkie, luźne stolce. Masa urodzeniowa – 3200 g, najniższa w 2/3 dobie – 2900 g; ubytek mc 9,3% mc urodzeniowej. W dniu badania mc – 3050 g, przyrost dobowy od najniższej mc – 13,6 g. Matka była młodą, zdrową kobietą, poród odbył się siłami i drogami natury, nie wystąpiły żadne powikłania okołoporodowe. Niewielkie obrzmienie piersi odpowiadające nawałowi mlecznemu zaobserwowała pod koniec III doby po porodzie. W badaniu gruczołów piersiowych uwagę zwrócił cewkowaty kształt piersi i duże rozmiary otoczki oraz niewiel-

reprint_pn_nehring_protokol_nied28 28 2015-01-30 13:24:34

ka ilość tkanki gruczołowej w orientacyjnej ocenie palpacyjnej. Okres adaptacyjny u dziecka przebiegał prawidłowo, przechodziło żółtaczkę fizjologiczną. W dniu badania dziecko było w dobrym stanie ogólnym, nie było odwodnione, zwracała uwagę skąpość tkanki podskórnej i cierpiący wyraz twarzy noworodka. W badaniu na palcu ssanie zostało ocenione jako prawidłowe. Technika karmienia i sposób ssania piersi nie budziły zastrzeżeń, natomiast efektywne pobieranie pokarmu trwało tylko kilka minut po przystawieniu niemowlęcia, w kolejnych minutach karmienia dziecko praktycznie nie przełykało pokarmu.

Diagnoza: niedobór pokarmu u matki związany z nieprawidłowym rozwojem gruczołu piersiowego.

Problem został ewidentnie przeoczony w czasie pobytu na oddziale poporodowym, pomimo wyraźnych sygnałów – „nieustających" karmień, nieefektywnego pobierania pokarmu przy piersi, dużego ubytku mc już na przełomie 2 i 3 doby oraz typu budowy piersi, który może (nie musi) skutkować niedoborem pokarmu. Problem został również przeoczony przez położną środowiskową, która nie oceniła sytuacji i nie zważyła dziecka w czasie wizyty patronażowej w VII dobie po porodzie.

W opisanej sytuacji zalecono dokarmianie dziecka mieszanką 5 × 60 ml (tab. 8), a matce odciąganie pokarmu kilka razy dziennie. Stymulacja laktacji przy pomocy laktatora w kilku sesjach dziennie była skuteczniejsza niż wielogodzinne nieefektywne ssanie. Ostatecznie dziecko było karmione piersią około 10 × dobę, dokarmianie mieszanką zamknęło się w objętości 150–200 ml na dobę, dziecko osiągało prawidłowe przyrosty masy ciała. U tej matki nie udało się wystymulować pełnej laktacji, ale zapotrzebowanie dziecka było pokryte w większej części jej mlekiem.

Przypadek 2 – zamiast instruktażu karmienia piersią – mieszanka w ilości pokrywającej 100% zapotrzebowania.

U 2-tygodniowego niemowlęcia podczas wizyty domowej rozpoznano niedostateczny przyrost masy ciała. Noworodek był urodzony o czasie, siłami natury, z masą 3860 g. Ubytek masy wyniósł 308 g (9%) w III dobie. Noworodek był przystawiony do piersi bezpośrednio po porodzie w kontakcie skóra do skóry i później w oddziale karmiony na żądanie. Jednak podczas każdego karmienia matka miała problem z prawidłowym uchwyceniem piersi przez dziecko. Jedyną interwencją podjętą w szpitalu było dokarmianie dziecka mlekiem modyfikowanym po każdym karmieniu piersią, pełna porcja była wyliczana według wzoru (n – 1) × 10 ml (n – doba życia) do dnia wypisu. W domu matka przystawiała do piersi tak, jak umiała, brodawki były bolesne i uszkodzone. W 10 dobie dziecko ważyło 3610 g, średni dobowy przyrost 13,5 g/dobę od najniższej mc. Pediatra zalecił dokarmianie w pełnej dawce dobowej. Matka nie zrealizowała tego zalecenia, dokarmiała tylko kilka razy.

Podczas wizyty w 12 dobie zbadano dziecko, było w dobrym stanie ogólnym, bez cech odwodnienia, nie miało żadnych nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki, jamy ustnej, wykazywało prawidłowe odruchy orofacjalne. Piersi matki były średniej wielkości, miękkie, bez samoistnych wypływów mleka, w ciąży i po porodzie powiększyły się. Brodawki matki były zaczerwienione, z niewielkimi uszkodzeniami naskórka. Podczas aktu karmienia zaobserwowano nieprawidłowy sposób chwytania piersi oraz nieefektywne ssanie (1 połknięcie na 4–5 zassań, szybkie zasypianie). Dziecko było karmione piersią około 15 razy na dobę, ale głównie spało zamiast ssać. Podczas wizyty poinstruowano matkę w zakresie prawidłowej techniki, zalecono karmienie co 2–3 godziny w dzień, co 3–4 godziny w nocy, z obu piersi podczas jednego karmienia, aktywizację dziecka, pokazano metody wspomagania funkcji ssania, zalecono odciąganie pokarmu laktatorem elektrycznym 3–5 razy na dobę po karmieniach. Ustalono dokarmianie mieszanką na poziomie 5 × 30 ml oraz podawanie pokarmu odciąganego tyle, ile uda się uzyskać. Matka chętnie przystała na metodę „sonda przy piersi". Poinstruowano również matkę, jak prawidłowo podawać butelkę. Zalecono słód jęczmienny 2 razy na dobę. Kontrola masy po 3 dniach wykazała przyrost 150 g, czyli 50 g/dobę. Matka odciągała 150 ml pokarmu na dobę. Zmniejszono ilość mieszanki do 50 g przez 2 dni, a potem zalecono podawanie tylko odciąganego mleka. Po tygodniu od wdrożenia interwencji dziecko ważyło 3944 g, przyrost dobowy 39,14 g, ale dziecko ssało nadal niezbyt efektywnie, więc matka jeszcze odciągała pokarm i podawała go 5 razy dziennie. Po dwóch tygodniach dziecko ważyło 4275 g, przybywało średnio 47, 28 g/dobę. Matka odciągała już tylko 2 razy na dobę, większość karmień przebiegała prawidłowo.

Diagnoza: rzeczywisty niedobór pokarmu u matki z powodu nieprawidłowej techniki karmienia, braku instruktażu na oddziale, nadmiernego dokarmiania w pierwszych dobach. Zalecenia pediatry – pełne karmienie mlekiem modyfikowanym – byłyby końcem karmienia naturalnego. A przecież w tym przypadku poprawa techniki i stymulacja laktacji dały natychmiastowy efekt i pacjentka osiągnęła sukces.

* Lekarz, położna, pielęgniarka, którzy uzyskali certyfikat CDL lub IBCLC w toku kształcenia podyplomowego

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesu.

reprint_pn_nehring_protokol_nied29 29 2015-01-30 13:24:34

Piśmiennictwo

1. Woś H., Gawęda A.: Przyczyny rezygnacji z karmienia naturalnego dzieci z terenu Górnego Śląska. Nowa Pediatria 2007; 3: 54–59.
2. Żukowska-Rubik M.: Dokarmianie – kiedy, czym i jak. Standardy Medyczne, 2013; 7 (4): 189–199.
3. Taveras E. M., Li. R., Grummer-Strawn L et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics 2004; 113 (5): e405–11.
4. WHO World Health Organization: Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2. W: Infant and young child nutrition. 55 World Health Assembly, Report by the Secretariat. Geneva 2002.
5. Eidelman A. L., Schanler R. J. et al. AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012 Mar; 129 (3): e827–41. Epub 2012 Feb 27. Omówienie polskie: http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Stanowisko%20AAP.pdf
6. Neville M. C.: Anatomy and physiology of lactation. Pediatr. Clin. North Am. 2001; 48: 13–34.
7. Hale T. W., Hartman P. E., ed. Textbook of Human Lactation. Hale Publishing; Amarillo, Texas 2007.
8. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Pozorny i rzeczywisty niedobór pokarmu. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 263–274.
9. Mohrbacher N., Stock J. (red.) Weight gain. W: The breastfeeding answer book. LA Leche League International, Schaumburg 2003: 172.
10. Banaszkiewicz A., Dziekiewicz M.: Problemy gastroenterologiczne niemowląt. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A., Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 396.
11. Raczek-Pakuła K.: Zaburzenia wzrastania. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A., Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 355–362.
12. WHO Multicentre Growth Reference Study Group: WHO Child Growth Standards. Acta Paediatr. Suppl. 2006, 450: 5–101.
13. Normal growth, failure to thrive and obesity in breastfed infant. W: Lawrence R. A., Lawrence R. M.: Breastfeeding. A guide for the medical profession. Elsevier Mosby, Philadelphia, Pennsylvania, 2005: 427–460.
14. Reilev M., Børch K., Pryds O. A.: Neonatal hypernatraemic dehydration--why increasing incidence?. Ugeskr. Laeger. 2007; 169: 1227–1231.
15. Walker M.: Insufficient milk supply. W: Walker M.: Core curriculum for lactation practice. Jones and Burtlett Publisher, Sudbury 2002: 219–229.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Nowelizacja z dn. 20 września 2012 roku (Dz. U. 12.1100 z dn. 4.10. 2012).
17. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P., Paradowska B.: Protokół umiejętności ssania piersi. Postępy neonatologii. 1 (20) 2014: 53–67.
18. Neifert M. R., Seacat J. M., Jobe W. E.: Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. Pediatrics 1985; 76: 823–828.
19. Mc Clellan H. L., Miller S. J., Hartmann P. E.: Evolution of lactation: nutrition vs. protection with special reference to five mammalian species. Nutrition Research Reviewers. 2008, 21: 97–116.
20. Patel S., Murray C. S., Woodcock A. i wsp.: Dietary antioxidant intake, allergic sensitization and allergic diseases in young children. Allergy 2009; 64 (12): 1766–72.
21. Watson-Genna. Normal sucking and swallowing. W: Supporting Sucking Skills. Jones and Bartlett Publishers. 2008: 1–40.
22. Raczek-Pakuła K.: Zaburzenia wzrastania. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik pod redakcją Nehring-Gugulskiej M., Żukowskiej-Rubik M., Pietkiewicz A., Medycyna Praktyczna, Kraków 2012: 359.
23. Hale T. W.: Medications and mothers' milk. 2012. Fifteenth edition. Hale Publishing. Omówienie polskie: Laktacyjny Leksykon Leków. Centrum Nauki o Laktacji. http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=49&lang=pl
24. Wan E. W., Davey K., Page-Sharp M. i wsp.: Dose-effect study of domperidone as a galactagogue in preterm mothers with insufficient milk supply, and its transfer into milk. Br. J. Clin. Pharmacol. 2008; 66: 283–289.
25. Bingel As, farnsworth NR. Higer plants as potential sources of galactogogues. In: WagnerH, Hikino H, Farnsworth NR (eds) Economic and medicinal plant research. Vol. 6 New York, Academic Press, 1994: 1–54.
26. Hale T. W. :Medications and mothers' milk. 2012. Fifteenth edition. Hale Publishing. Omówienie polskie: Laktacyjny Leksykon Leków. Centrum Nauki o Laktacji. http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=49&lang=pl
27. Oslislo A., Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią. Standardy Med. Ped. 2010; 2: 329–237.
28. Stern J. M., Reichilin S.: Prolactin circadian rhythm persists throughout lactation in women. Neuroendocrinology. 1990 Jan; 51 (1): 31–7.
29. Born L., Zinga D., Steiner M.: Problemy związane z występowaniem zaburzeń poporodowych. Psychiat. Dypl. 2004; 1: 27–36.
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Nowelizacja z dn. 20 września 2012 roku (Dz. U. 12.1100 z dn. 4.10. 2012).

reprint_pn_nehring_protokol_nied30 30 2015-01-30 13:24:35

Profesjonalny laktator elektryczny Symphony

Wiemy jak ważny dla dziecka jest pokarm jego mamy. Dlatego współpracując z Uniwersytetem Zachodniej Australii stworzyliśmy Symphony - odciągacz pokarmu, który idealnie odwzorowuje odruch ssania dziecka.
Symphony jest laktatorem profesjonalnym (z separacją mediów) przeznaczonym dla szpitali i wypożyczalni. Umożliwia utrzymanie laktacji nawet przy długotrwałej separacji. Niezwykle efektywny i komfortowy z opcją odciągania z obu piersi jednocześnie. Posiada szeroką gamę akcesoriów jednorazowych i wielorazowych.

BEZPIECZNE UŻYTKOWANIE
Separacja mediów (izolacja wnętrza laktatora od części, które pozostają w kontakcie z pokarmem) zapewnia najwyższy standard higieny.

ŁATWOŚĆ OBSŁUGI
Jedno pokrętło by z łatwością dostosować poziom podciśnienia.

KOMFORTOWA CISZA
Bezwibracyjny silnik zapewnia bardzo cichą pracę urządzenia.

PROGRAM PREEMIE +
Powstał w oparciu o badania naukowe, pomaga rozpocząć i ustabilizować laktację u matek, które z powodów stanu zdrowia dziecka nie mogą go karmić bezpośrednio piersią

Dostępny w wersji przenośnej lub jezdnej.

Medela Polska Sp. z o.o.
ul. Lewinowska 8, 03-684 Warszawa
Tel./Fax +48 22 864 38 65;
Tel; +48 22 865 12 50, +48 22 865 82 26
e-mail: info@medela.pl
www.medela.pl