

jsou krmeni gastrickou sondou. Přechod od sondy ke kojení je zcela individuální. Důležité je zejména správné načasování. Vhodným prostředkem je sledování známek připravenosti k zahájení krmení. Využité mohou být různé nástroje, sestavené za tímto účelem. Příkladem může být Infant-Driven Feeding Scale. Ve třech částech tohoto hodnotícího nástroje je posuzována připravenost dítěte k zahájení orálního příjmu potravy, kvalita kojení nebo krmení z kojenecké láhve a technika krmení. Správné načasování zahájení orálního krmení může zabránit chybné strategii krmení při úsilí o dostatečný příjem vypitého mléka. K dosažení tohoto cíle může ošetřující personál zcela nevhodně volit savičku s větším otvorem nebo nadměrný záklon hlavy dítěte pro využití gravitace k usnadnění příjmu stravy (28).

Není-li možný přímý přechod od sondy ke kojení, je nutné nezralého novorozence krmit alternativním způsobem. Přestože je doporučováno volit metody, které podporují kojení, ani mezi odborníky nepanuje shoda, která metoda je nevhodnější. Vždy by však měl alternativní metodě orálního krmení předcházet pokus o kojení (2, 3, 29).

Krmení z **kádinky** se jeví jako nenáročná metoda. Je však pomalá, orálně-motorické pohyby dítěte jsou odlišné než u kojení a novorozenec může být ohrožen aspirací. Krmení z kádinky může být doporučeno nezralým novorozencům pro dlouhodobé i krátkodobé použití (2).

Krmení **sondou po prstu** je doporučeno pro krátkodobé použití u nezralých novorozenců. I při něm jsou orálně-motorické pohyby odlišné od kojení. Výsledky kojení jsou však s přechodem od sondy přes tento způsob výživy lepší (2).

Podávání stravy **lžičkou** je rovněž doporučováno pouze pro krátkodobé použití, avšak pouze pro lehce nezralé novorozence s dobrou koordinací sání a polykání. Výhodou by mohla být možnost manuálního odstříkání kolostra na lžičku s následným bezprostředním podáním dítěti. Orálně-motorické pohyby jsou při tomto způsobu krmení odlišné od kojení (2).

Využití **stříkačky** pro alternativní způsob krmení nezralého novorozence je možné jak samostatně, tak i jako doplněk při kojení, při

kterém se konus stříkačky vloží do koutku úst dítěte. Krmení stříkačkou je doporučeno ke krátkodobému krmení u lehce nezralých novorozenců s dobrou koordinací sání a polykání (2).

Mnohem výhodnější pro podporu přísátí k prsu a sání je použití **suplementoru**. Jeho nevýhodou je však nepohodlná manipulace a vyšší cena. Tato metoda může být používána dlouhodobě u lehce nedonošených novorozenců s dobrou koordinací sání a polykání (2).

Podání stravy lahvičkou se **savičkou** umožňuje překrmování novorozence a zvyšuje riziko aspirace. Při tomto způsobu krmení je nutná koordinace sání, polykání a dýchání. Může být používáno dlouhodobě (2). Při použití savičky je významným faktorem úspěšnosti krmení rychlost průtoku mléka přes savičku. Je-li příliš velká, může způsobit fyziologickou nestabilitu dítěte. Rozdíly v použitých savičkách mohou být velké, dle některých výzkumů se mohou pohybovat od 4,2 do 31,3 ml/minutu (30). Orálně-motorické pohyby při krmení z láhve jsou však odlišné než u kojení (2). Krmení z láhve vyžaduje méně sacích pohybů k získání stejného objemu mléka než při kojení. Dochází k neadekvátní stimulaci dutiny ústní s dopadem na funkci mimických a žvýkacích svalů a formování nosu a orofaciální oblasti. Následně je negativně ovlivněna kvalita dýchání nosem. Pozorován je nežádoucí dopad na svaly pletenců, trupu, tonusové zrání, posturu a zrání tělesného schématu (21).

Kojení

Pro zahájení kojení je důležité správné načasování. Překážkou obvykle tvoří neinvazivní dechová podpora nCPAP. Dle některých autorů nevede snaha o zahájení krmení dětí, s tímto typem dechové podpory, k rychlejšímu orálnímu krmení. Krmení těchto dětí představuje riziko aspirace, desaturace, kardiopulsační nestability a zvýšeného energetického výdeje (24). Nezralost novorozence ovlivňuje schopnost koordinace sání, dýchání a polykání. Schopnost rytmického polykání se objevuje po 32. týdnu gestace, rytmické sání nastupuje o 2 týdny později. Koordinované sání se může u nezralých novorozenců objevit v rozmezí 34.–42. týdne postkoncepčního věku (21). Obavy z kojení se týkají zejména fyzi-

logické instability. Může se zdát, že nezralého novorozence kojení zatěžuje více než krmení z láhve. Výzkumy však opakovaně potvrdily, že fyziologická instabilita je signifikantně vyšší při krmení z láhve (11, 31).

Je běžné, že během společné hospitalizace matky a nezralého novorozence dohlíží nad výživou dítěte ošetřující personál. Často usměrňuje jak frekvenci krmení, tak i porce vypitého mléka. Kojení probíhá dle předem stanoveného plánu. Výsledky mnoha výzkumů však poukazují na výhody kojení na přání dítěte (on demand). Takový management výživy může vést ke zvýšení pozitivních zkušeností s krmením a následně dlouhodobým dovednostem v této oblasti. Vzhledem k nezralosti dítěte však takové krmení nemusí být zvládnutelné od počátku (16, 32). Dítě se během kojení unavuje, snižuje podtlak sání, které se stává méně účinné (7). S postupným vyzráváním však může být dítě převedeno na částečné kojení na vyžádání, což v praxi znamená, že kojení je zahájeno na základě náznaků hladu dítěte a ukončeno, jakmile dítě přestane sát. Dokrmeno je pak jinou metodou. Postupně může být převedeno plně na kojení na vyžádání (16).

Úspěšností kojení souvisí s polohou dítěte u kojení. Ta ovlivňuje svalový tonus, posturu a techniku kojení (21). Bez adekvátní podpory není dítě schopné zůstat přísáté u prsu s rovným trupem a krkem. Jeho svalový tonus klesá, dítě se dostává do schoulené pozice. Nízké svalové napětí má za následek špatné přísátí a méně účinné sání. Pro nezralé novorozence je vhodná zejména poloha tanečnicka nebo boční poloha. Vždy musí být v linii osa hlavy, krk a páteř dítěte. Důležitá je podpora hlavičky dítěte (31).

Podpora kojení po dimisi

Po propuštění nezralého novorozence lze předpokládat potřebu matek v podpoře při přechodu z částečného kojení na exkluzivní kojení nebo v udržení exkluzivního kojení. Za nejrizikovější období k ukončení kojení je označován první měsíc po ukončení hospitalizace dítěte. Doporučené jsou ústní i písemné informace a zajištění kontinuity péče při převzetí dítěte poskytovatelem primární péče. Optimální je možnost návštěvy laktační poradny. Neméně důležitá může být i podpůr-