UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Petra Entrová

Důvody, které vedou k problémům v průběhu kojení

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Nina Pelousková, Ph. D.

Olomouc 2011

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Důvody, které vedou k problémům v průběhu kojení

Název práce v AJ:

The reasons that lead to problems during breastfeeding

Datum zadání: 2011-01-20

Datum odevzdání: 2011-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Entrová Petra

Vedoucí práce: Mgr. Nina Pelousková, Ph. D.

Abstrakt v ČJ:

Tématem bakalářské práce je analýza důvodů vedoucích k problémům s kojením, které by mohly ve svém důsledku vést k přerušení nebo předčasnému ukončení kojení. Výlučné kojení je považováno za nejlepší způsob výživy kojenců do 6 měsíce. Výlučné kojení přináší četné výhody pro matku i dítě, rodinu a společnost.

Práce se zabývá otázkami kontraindikací kojení ze stran matek a dětí, prevencí problémů s kojením pomocí edukace matek, vyhledáním rizikových faktorů ohrožujících kojení, metodami objektivizace neefektivního kojení. Cílem práce bylo nalézt v odborné literatuře údaje o důvodech vedoucích k problémům s kojením.

Snahou zdravotníků je správně a včas diagnostikovat potenciální problémy ohrožující kojení. Včasná diagnostika, cíleně vedené intervence pomohou matkám překonat problémy s kojením a umožní zachování laktace.

Abstrakt v AJ:

The theme of this study is to analyze the reasons leading to breastfeeding problems which could eventually result in interruption or premature termination of breastfeeding. Exclusive breastfeeding is the best way of nutrition of children up to the age of 6 months. It has the benefits for mothers, babies, families and the society.

The work deals with issues of breastfeeding contraindications both for mothers and babies, the prevention of breastfeeding problems by means of educating mothers, finding risk factors affecting breastfeeding, objectification of inefficient methods of breastfeeding. The aim of this study was to find details about reasons leading to breastfeeding problems in specialized literature.

The aim of health care is to properly and timely diagnose potential problems affecting breastfeeding. Early diagnosis, targeted interventions help mothers to overcome breastfeeding problems and to maintain lactation.

Klíčová slova v ČJ: kojení, výživa, mateřské mléko, kojení problém, novorozenec, kojenec, neefektivní kojení

Klíčová slova v AJ: breastfeeding, nutrition, human milk, breastfeeding problems, newborn, babies, ineffective breastfeeding

Rozsah: 65 s., 9 příloh

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28.4.2011

---

podpis

Děkuji Mgr. Nině Pelouškové, Ph. D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD 8
1 CÍLE 10
2 HISTORICKÉ ASPEKTY KOJENÍ 11
2.1 Problémy s kojením v historii 11
2.2 Postoj ke kojení v současnosti 14

3 KOJENÍ 16
3.1 Protektivní vliv kojení na vznik alergie 16
3.2 Protektivní vliv kojení na vznik diabetu mellitu 1. typu 17
3.3 Protektivní vliv kojení na rozvoj kognitivních funkcí 17
3.4 Metody objektivizace úspěšného kojení 18
3.5 Jak poznat, že má dítě hlad? 20
3.6 Edukace 21
3.7 Analýza rizikových faktorů 23

4 PROBLÉMY S KOJENÍM ZE STRANY DÍTĚTE 25
4.1 Líně a slabě sající dítě 25
4.2 Děti s rozštěpem rtu a patra 25
4.3 Kojení u dětí s metabolickými vadami 26
4.3.1 Galaktosémie 26
4.3.2 Fenylketonurie 27
4.3.3 Leucinoza 27
4.4 Kojení u nezralých novorozenců 28

5 PROBLÉMY S KOJENÍM ZE STRANY MATKY 31
5.1 Kojení u žen s roztroušenou sklerozou 31
5.2 Kojení u žen s epilepsií užívající antiepileptika 32

5.3 Infekce matky 33
5.3.1 Tuberkulóza 34
5.3.2 Virové záněty jater 34
5.3.3 HIV 35
5.4 Alternativní výživa matek 36
5.5 Farmakoterapie matky 37
5.6 Kojení u žen s psychózou a poporodními depresemi 40
5.7 Vyšetřovací metody u matek 41
5.8 Problémy s prsy 41
5.8.1 Anatomické zvláštnosti u matky 41
5.8.2 Bolestivé nalití prsů 42
5.8.3 Bolestivé a popraskané bradavky, ragády 42
5.8.4 Silný spouštěcí reflex a nadměrný tok mléka 43
5.8.5 Ploché nebo vpáčené bradavky 43
5.8.6 Mastitis puerperalis 44
5.8.7 Relaktace po zmatení dítěte dudlíkem 44
5.8.8 Raynodův fenomén prsních bradavek 45

6 METODY NA PODPORU KOJENÍ 47
6.1 Kangaroo care metoda k podpoře kojení 47
6.2 Banky mateřského mléka 47
6.3 Alternativní postupy podávání mateřského mléka 48
6.4 Laktační poradenství 49

ZÁVĚR 50
LITERATURA A PRAMENY 52
SEZNAM ZKRATEK 55
SEZNAM PŘÍLOH 56
PŘÍLOHY 57

ÚVOD

Mateřské mléko bylo po celou dobu historie lidstva považováno za nejlepší výživu pro novorozence a kojence, bylo považováno za „životodárnou tekutinu“. I současní odborníci v oblasti výživy dětí se shodují na tom, že výhradní kojení je nejlepší způsob výživy dětí do 6 měsíců věku, s příkrmem do 2 let i déle. Kojení přináší výhody z hlediska výživy dítěte, jeho zdraví a vývoje, zdraví matky, z hlediska psychologického, sociálního, ekonomického i ekologického.

Bakalářská práce byla pojata jako přehledová bakalářská práce, zabývající se otázkou jaké jsou důvody, které vedou k problémům v průběhu kojení?

Pro vyhledání literatury byla zvolena tato klíčová slova: kojení, kojení problém, výživa, mateřské mléko, kojení problém, novorozenec, kojenec, neefektivní kojení.

Podle zvolených klíčových slov byla v rozmezí listopadu 2010 až února 2011 provedena rešerše relevantních zdrojů z těchto databází – Národní lékařská knihovna ČR - Bibliografia Medica Čechoslovaca, katalog Vědecké knihovny v Olomouci a vyhledávací zdroje GOOGLE, GOOGLE scholar a Seznam. Jako vhodné zdroje informací byly vybrány zejména recenzované články v odborných časopisech pro lékařské i nelékařské zdravotnické pracovníky publikované v letech 2003 – 2010. Celkem bylo vyhledáno 40 článků a 6 knih v českém jazyce a 3 zdroje v anglickém jazyce. Velké množství vyhledaných zdrojů potvrdilo, že problémy s kojením jsou aktuálním problémem, kterému se věnuje celá řada zdravotníků. Pro tvorbu bakalářské práce byly použity informace z 33 článků v odborných časopisech, 3 knih, z internetového portálu laktační ligy a z doporučení laktační sekce americké pediatrické akademie (PubMed). Ke zpracování nebyly použity informace ze 7 odborných článků (2 byly staršího data, 5 obsahovaly údaje o kojení, technice kojení, složení mateřského mléka, ale neobsahovaly údaje o problémech s kojením), 3 knih (všechny 3 knihy byly staršího data) a 2 zdrojů v anglickém jazyce.

Z uvedených informačních zdrojů byla provedena analýza důvodů vedoucích k problémům s kojením. Stěžejní část bakalářské práce je věnována podrobné analýze důvodů, které vedou k problémům s kojením ze strany dětí a matek. Součástí práce bylo i vyhledání rizikových faktorů, které ohrožují zahájení nebo průběh laktace. Protože jen včasné odhalení rizikových matek a dětí, správná diagnostika problémů s kojením, účelně vedené intervence k jejich odstranění, umožní překonání problémů a

zachování laktace. Okrajově se bakalářská práce věnuje historickým aspektům kojení a způsobem řešení problémů s kojením v minulosti. V závěru práce jsou uvedeny nalezené metody sloužící k podpoře kojení a alternativní metody podávání mateřského mléka.

1 CÍLE

Cíl 1.

Předložit poznatky o rizikových faktorech, které mohou ohrozit zahájení kojení nebo kojení přerušit ev. ukončit.

Cíl 2.

Předložit poznatky o důvodech, které vedou k problémům s kojením se strany dětí.

Cíl 3.

Předložit poznatky o důvodech, které vedou k problémům s kojením ze strany matek.

Cíl 4.

Předložit poznatky o metodách na podporu kojení.

2 HISTORICKÉ ASPEKTY KOJENÍ

Po celou dobu historie lidstva bylo mateřské mléko považováno za nenahraditelné, podle Škráčkové si lidstvo uvědomovalo význam kojení pro přežití dětí. Mateřské mléko bylo pro dítě otázkou života či smrti.[1] Jak uvádí Tláskal, pocházejí první dochované dokumenty o výživě dětí již z doby 3000 let před naším letopočtem, schopnost rodit a kojit děti byla považována za dar z nebes.[2]

2.1 Problémy s kojením v historii

O výživu dětí a kojení se zajímaly zejména matriarchální společnosti.[3] Jak uvádí Škráčková, protože bylo mateřské mléko pro dítě otázkou života či smrti, musela mít kojící matka hojnost mléka, aby mohla krmit své dítě. Proto byly ženské modly zobrazovány jakožto bohyně hojnosti a plodnosti s extrémně mohutnými hýžděmi a s děsivě velkými prsy. Nejznámějším archeologickým nálezem bohyně z doby kamenné na našem území je věstonická Venuše.

Ve starém Egyptě byla bohyní matkou, symbolem mateřství a kontinuity života bohyně Isis. V egyptské mytologii byla mateřskému mléku připisována léčivá moc, mléku bohyní pak zázračná moc. Mléko bohyň mělo být zárukou nesmrtelnosti pro smrtelníky odkojené bohyní.

V římské mytologii se dle Škráčkové objevuje možná nejznámější zmínka o řešení problémů s kojením. Jedná se o dvojčata Romula a Rema, kteří byli dětmi boha války Marta a smrtelnice Rey. Romula a Rema odkojila a vychovávala vlčice, která je nalezla v Tiberu, kam byli vhozeni po narození. Vlčice se stala společně s Romulem a Remem symbolem založení starého Říma. Dle mýtu měli oba bratři kojení vlčicí nasát s mlékem dravého zvířete i bojovné vlastnosti vlka.[4]

[1] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení I*, s. 22.

[2] TLÁSKAL, P., *Historie a současnost počáteční dětské výživy*, s. 86.

[3] Tamtéž.

[4] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení I*, s. 22.

A jak byly řešeny problémy s kojením v reálném životě ve starém Řecku a Římě? Pokud měly otrokyně ve středověku málo mléka, musely si vypomoci navzájem nebo krmit své dítě zvířecím mlékem. Nejčastěji byly děti krmeny kravským mlékem, za nejvhodnější bylo považováno mléko černých krav s pevným masem a lesknoucíma se očima. Jako další bylo podáváno mléko kozí slazené medem anebo mléko oslí. Děti živené zvířecím mlékem však zpravidla umíraly. Zámožné matky z patricijských rodin naopak nekojily své děti ze společenských důvodů a z obavy, že ztratí kojením pěkné poprsí, které bylo již v té době symbolem ženské krásy. Kojení za tyto zámožné matky převzaly kojné z řad otrokyň. Nejznámější gynekolog středověku Sóranós z Efezu (2. stol. př. n. l.) vypracoval neobyčejně přísná kritéria pro výběr kojných. Již v této době se však učenci a filozofové jako Démosténes a Aristoteles přiklání k názoru, aby děti byly kojeny vlastní matkou.

Ve středověku je kojení spojeno s křesťanstvím, symbolem matky v tomto období je křesťanská madona s dítětem. Mateřství madony se zásadně liší od obrazu prehistorické matky bohyně. Středověká madona kojící Ježíše se stala vzorem ženského božství a mateřství, její mateřství bylo zahaleno oparem posvátnosti, čistoty a líbeznosti. Kojení dítěte vlastní matkou podporují středověcí myslitelé i církev, kojení bylo dovoleno dokonce i v kostele. Dle Škráčkové přetrvává však do středověku názor o nevhodnosti, nebo dokonce škodlivosti mleziva pro novorozence.

V období renesance přenechávají urozené dámy své děti kojným, které procházely podrobným výběrem a často zůstávaly v rodinách i po odstavení dítěte jako chůvy či služebné. Dítě si vytvořilo hlubší vztah ke kojné než k vlastní matce. Humanističtí lékaři a kněží tento způsob výživy dětí ostře kritizují a nabádají matky, aby kojily své děti. I přes protesty myslitelů rozšířilo se nájemné kojení v 17. století i do řad buržoazie.[5] Kojení bylo v této době považováno za příliš tělesné až vulgární, za činnost vhodnou otrokyň, venkovanek či služebných.[6]

Na konci 18. století však dochází k obratu v názorech na kojení, a to v souvislosti s revolučním hnutím ve Francii, kde se návrat ke kojení stává přímo kultem. Mateřské kojení bylo ztotožňováno se ctností, naopak kojení kojnou s degenerací a úpadkem roajalistů.[7]

[5] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení I*, s. 23-24.

[6] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení II*, s. 26.

[7] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení I*, s. 24.

Zatímco v 18. století udávala tón v otázce kojení revoluční Francie, v 19. století jsou to naopak panovnice, které svým osobním příkladem propagují kojení. O největší propagaci kojení se zasloužila německá císařovna Augusta Viktorie, sama odkojila všech svých 7 dětí, o kojení přednášela, odsuzovala krmení dětí z láhve. V našich zemích sehrály v 19. století důležitou roli v otázkách kojení porodní báby, které chodily k porodům a navštěvovaly matky v domácnostech v období šestinedělí. Porodní báby zacvičovaly matky v technice kojení, dohlížely na rozvoj laktace a pomáhaly matkám zvládat problémy s kojením, byly matkám i psychickou oporou. Uměly poradit i s přípravou umělé výživy, pokud neměla matka mléko. Do této doby se datuje i vydání první učebnice pro porodní asistentky Umění babické od A.Jungmanna, která obsahuje i první recepturu na přípravu umělé kojenecké výživy. Náhradu mateřského mléka vynalezl již v roce 1867 Henri Nestlé.

První polovina 20. století byla ve znamení rozvoje umělé výživy, kterou mohly být děti krmeny, pokud matka neměla dostatek mléka. Příprava umělé stravy byla však velmi náročná a vyžadovala zachování sterility při její přípravě. Pokud nebyl postup dodržen, docházelo u kojenců k těžkým poruchám zažívacího traktu, někteří kojenci dokonce umírali na následky těžkých průjmů, zvracení a dehydrataci pod obrazem dispepsia toxica nebo intoxicatio alimentaris. Jak uvádí Škráčková, byla kojenecká úmrtnost v souvislosti s výživou vysoká, umíralo 10 - 20 kojenců ze 100. Druhá polovina 20. století byla ve znamení dynamického rozvoje umělé výživy, která postupně téměř nahradila kojení. Mezi matkami i zdravotnickým personálem panoval názor, že se vlastně nic neděje, pokud matka své dítě nekojí, když máme k dispozici kvalitní náhražku ve formě umělé výživy, po které děti dobře prospívají.[8] Tláskal uvádí průřez studiemi sledujících procento kojených dětí ve 3 měsících věku mezi lety 1903 až 1998, nejhorší výsledky byly v 70. letech (viz příl. 2, s. 57).[9]

Na přelomu 20. století došlo k odklonu od kojení. Kojení se stalo nemoderním. Došlo i ke změnám v porodnictví, porody se přesunuly do zdravotnických zařízení, medikalizovaly se, matka byla oddělena do novorozence. V 70. letech se celosvětově začaly podnikat kroky k návratu kojení. Dívky, které neviděly kojit své matky ani další ženy ve společnosti, neměly pozitivní vzor a následnou oporu od babiček v době svého

[8] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení II*, s. 26-27.

[9] TLÁSKAL, P., *Historie a současnost počáteční dětské výživy*, s. 86.

kojení. Dřívější norma, kojit své dítě podle aktuální potřeby nutná pro přežití lidského mláděte, byla nahrazena až strojově přesnou podávanou náhražkou.

2.2 Postoj ke kojení v současnosti

Podle Škráčkové prožíváme v současnosti renesanci kojení. Počátkem 70. let začal být i do českých porodnic zaváděn systém rooming in, umožňující, aby novorozenec byl stále v bezprostřední blízkosti své matky. V rámci systému rooming in jsou novorozenci přiloženi k prsu ihned po narození a dále jsou kojeni dle požadavků a potřeb dítěte.[10] Laktační liga zdůrazňuje, že snahou zdravotníků v prenatální i postnatální péči o matku i dítě je docílit toho, aby matky kojily své děti plně do 6 měsíců věku dítěte a v kojení pokračovaly s postupně zaváděným příkrmem do 2 roků věku dítěte i déle. WHO/UNICEF Baby Freindly Hospital Initiative označila za nejdůležitější článek v podpoře kojení právě nemocnice. Dle dostupných údajů roste v ČR počet kojených dětí při propuštění z porodnice, jak vyplývá z grafu (viz příl. 3, s. 58) lepší výsledky dosahují BFH.[11] Jak uvádí Mydlilová, měly by všechny porodnice dodržovat Deset kroků k podpoře kojení (viz příl. 1, s. 56).[12] Z grafů prezentovaných laktační ligou však vyplývá, že od roku 2000 dochází k poklesu plně kojených dětí při propouštění z porodnice (viz příl. 4, s. 59).[13] Vzrůstajícímu trendu kojících žen paradoxně napomáhá i vysoká cena umělé výživy, kojení se pro matky stává ekonomičtější. O podporu kojení se zasloužila laktační liga, která zřídila Národní linku kojení, školí laktační poradkyně z řad zdravotnického personálu i matky poradkyně. Laktační liga přispívá i k propagaci kojení mezi širokou veřejností, podílí se i na medializaci Světového a Českého týdne kojení.[14] Na jejich internetových stránkách mohou matky najít užitečné informace týkající se kojení, najdou zde i kontakt na

[10] ŠKRÁČKOVÁ, A., *Historie kojení II*, s. 27.

[11] http://www. kojeni.cz/doporuceni.php

[12] MYDLILOVÁ., A., *Doporučení pro kojení fyziologických novorozenců, kojenců a malých dětí*, s. 273.

[13] http://www.kojeni.cz/kojeniCR.php

[14] http://www.kojeni.cz/svtyden.php

vyškolené laktační poradkyně, které jim odborně poradí v případě výskytu potíží a komplikací s kojením.[15]

Scheiderová doufá, že se opět vrátí doba, kdy se bude umění kojit předávat z matky na dceru, a matky se nebudou muset obracet s otázkami na zdravotníky.[16]

[15] http://www.kojeni.cz/poradci.php

[16]SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 11.

3 KOJENÍ

3.1 Protektivní vliv kojení na vznik alergie

V posledních desetiletích dochází k výraznému nárůstu incidence alergických onemocnění. Vernerová upozorňuje na význam stravy novorozence pro funkční dozrávání imunitního systému, protože strava novorozence představuje první antigenní stimulaci, se kterou se dítě setkává v postnatálním životě. Novorozenci mají na základě genetických předpokladů vysoké nebo nízké riziko vývoje alergie. U dětí s vysokým rizikem je důležité, zda a kdy budou vystaveny alergenům inhalačním nebo přijatým ingescí, nejrizikovějším obdobím je prvních 6 měsíců života, kdy dochází ke snižování podílu Th0 lymfocytů a zvyšování podílu Th2 lymfocytů.[17]

Jak uvádí Fuchs ve svém článku, byl jednoznačně prokázán protektivní efekt kojení na snížení prevalence alergie v prvních dvou letech života.[18] Vernerová rozděluje vliv kojení na přímý a nepřímý. Přímý vliv zprostředkují jednotlivé složky mateřského mléka na střevní sliznici a její dozrávání v období postnatálního života. Nepřímým vlivem je životní styl kojících matek.[19] Naproti tomu neexistují dle Fuchse žádné důkazy o příznivém efektu eliminace alergenů v potravě gravidních žen na prevenci alergického onemocnění u dítěte. Některé studie však prokázaly příznivý vliv eliminace nejvíce alergizujících potravin např. ořechů v jídelníčku kojících matek pro prevenci vzniku atopické dermatitidy/atopického ekzému.[20]

Všichni autoři se shodují na nevhodnosti kouření v průběhu gravidity a laktace. Laktační liga doporučuje, aby kojící ženy nekouřily, pokud si nemůže žena cigarety odepřít, měla by kouřit po kojení, maximálně 5 cigaret denně.[21] Fuchs zdůrazňuje rizikovost kouření u matek v období těhotenství a při kojení na rozvoj alergického onemocnění u dítěte.[22]

---

[17] VERNEROVÁ, E., *Výživa a alergie*, s. 168.

[18] FUCHS, M., *Lze alergiím předcházet?*, s. 82.

[19] VERNEROVÁ, E., *Výživa a alergie*, s. 168.

[20] FUCHS, M., *Lze alergiím předcházet?*, s. 82.

[21] http://www.kojeni.cz/doporuceni.php

[22] FUCHS, M., *Lze alergiím předcházet?*, s. 85.

Otázkou zůstává prospěšnost kojení u matek s alergií. Fuchs v této souvislosti cituje výsledky jedné americké epidemiologické studie, ve které se po 7 letech ve skupině dětí kojených senzibilizovanými matkami vyskytlo o 80 % více senzibilizace (pozitivní výsledek kožních testů) než u stejně geneticky zatížených nekojených dětí.[23] Laktační liga doporučuje ženám alergičkám kojit co nejdéle s pozdějším zaváděním příkrmů.[24] Vernerová doporučuje při dobrém prospívání výhradní kojení do 6 měsíců, po zavedení nemléčných příkrmů podávat mléčnou porci formou kojení. Nemléčný příkrm zavádět až po 6 měsíci života dítěte. Kojícím matkám rizikových kojenců doporučuje vyřadit z jídelníčku burské ořechy, kravské mléko, mořské ryby a mořské plody.[25]

3.2 Protektivní vliv kojení na vznik diabetu mellitu 1. typu

Mendlová upozorňuje na protichůdné výsledky studií zabývajících se protektivnímu působení kojení na vznik diabetu. Mezi předpokládané mechanizmy ochranného působení kojení patří snížené riziko infekce díky obsahu IgA imunoglobulinů a podporu rozvoje imunitního systému dítěte. Kojené děti jsou také později vystaveny cizorodým alergenům z potravy. Mateřské mléko díky obsahu cytokinů a růstových faktorů ovlivňuje vyzrávání střevní lymfatické tkáně. Dalším ochranným faktorem může být vysoká koncentrace inzulínu, který je považován za klíčový antigen při spouštění autoimunity, kde časná expozice může navodit vznik imunologické tolerance.[26]

3.3 Protektivní vliv kojení na rozvoj kognitivních funkcí

Stehlíková se věnuje otázce souvislosti doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí, uvádí závěry vědeckých studií, které se věnovaly vztahu kojení a

[23] FUCHS, M., *Lze alergiím předcházet?*, s. 82.

[24] http://www.kojeni.cz/doporuceni.php

[25] VERNEROVÁ, E., *Výživa a alergie*, s. 169.

[26] MENDLOVÁ, P., *Vliv výživy na riziko vzniku diabetes mellitus 1. typu*, s. 281.

inteligence. Autoři studií dospěli k závěru, že děti kojené po určitou dobu svého kojeneckého života vykazují vyšší skóre v IQ testech než děti kojené krátce nebo vůbec. Odborníci se následně věnovali otázce, zda jsou tyto výsledky způsobeny pouze vlivem kojení, nutričním složením mateřského mléka, obsahem mastných kyselin, stylem držení dítěte při kojení nebo se zde projevuje vliv dalších faktorů, jako jsou věk, rasa, inteligence a vzdělání matky, socioekonomický status rodiny, úroveň výchovy rodičů, porodní váha a termín narození dítěte. Stehlíková uvádí výsledky výzkumů, které po eliminaci výše jmenovaných faktorů zkoumaly, zda plně kojené děti vykazují v šesti měsících věku lepší výsledky v oblasti fyzické i psychické, hodnoceny byly rozdíly v motorických a kognitivních funkcích. Jak uvádí Stehlíková, výsledky studií potvrdily domněnku, že dlouhodobě kojené děti, které jsou často ve styku a v komunikaci s matkou, jsou v šesti měsících věku živější, aktivněji spolupracují v motorickém projevu, dříve se otáčejí ze zad na bříško, raději „pasou koníčky“, plazí se k hračce či dříve lezou, než děti kojené krátce či vůbec. Rychlejší motorický vývoj umožňující dítěti díky novým polohám mnohem větší rozhled ve svém okolí, může mít za následek i aktivnější spolupráci v komunikaci, aktivnější reakci na matku a na podněty. Tyto všechny aspekty se mohou podílet na lepších výsledcích v IQ testech u kojených dětí.

Stehlíková dále uvádí, že kojené děti více odmítají samotu a vyžadují přítomnost matky a komunikaci s ní více než děti, které matky nekojí. Způsob a forma krmení dítěte má vliv i na usínání dítěte, zda je dítě uspáváno matkou. Plně kojené dítě usíná v náručí matky, dítě krmené z lahve je po nakrmení položeno do postýlky a zvyká si na rituál samostatného usínání. Kojené děti jsou více zvyklé na jistotu matčiny náruče, matky je při pláči ihned zvedají do náruče a uklidňují. Matky nekojených dětí své děti uklidňují častěji v postýlce nebo je nechají poplakat, než usnou.[27]

3.4 Metody objektivizace úspěšného kojení

Za vhodnou metodu prokazující efektivnost kojení považuje většina autorů sledování množství pomočených plen a počet stolic během dne. Dobře kojené dítě by mělo mít 6 - 8 pomočených plen denně a 2 - 4 stolice denně. Za známku nedostatku

[27] STEHLÍKOVÁ, I., *Souvislost doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí*, s. 333-334.

mléka považují autoři shodně méně než 6 pomočených plen, hnědou páchnoucí stolici, plochou váhovou křivku a neklid dítěte.[28, 29, 30]

Schneiderová zdůrazňuje nutnost naučit matku rozeznat, zda dítě účinně saje a polyká. Matka je obeznámena s tím, že dítě účinně saje, pokud používá k sání spíše čelisti a nejen rty, pohyb čelisti je viditelný před ušima, a pokud dítě po každém pohybu čelisti polkne. Neúčinné je chvějivé, krátké sání znamenající pouze pohyb rtů.[31]

V některých zdrojích je uváděna metoda tzv. kontrolního kojení. Metoda spočívá v nakojení dítěte matkou v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Dítě je sestrou zváženo v ordinaci před a po kojení, rozdíl ve váze dítěte odpovídá množství vypitého mléka. Většina autorů si uvědomuje nedostatky této metody. Kontrolní kojení nerespektuje individuální potřebu dítěte, denní rytmus dítěte, potřebu žízně či hladu u dítěte, množství mléka vypité v různou denní dobu a z různé potřeby dítěte je odlišné. Pro matku mnohdy představuje stresovou událost, matka kojí dítě v nevhodném prostředí, v nevhodnou dobu, často v nevyhovující poloze, nemá na kojení klid, matka se snaží, aby dítě bylo hodně nakojeno.[32, 33] Weberová považuje z důvodů výše uvedených kontrolní kojení za metodu zcela nevhodnou, až nesmyslnou.[34] S tímto názorem souhlasí i laktační liga, která považuje kontrolní kojení za metodu, která nepříznivě zasahuje do kojení.[35] Doležel považuje výsledky zjištěné při této metodě za nepřesvědčivé.[36] Weberová uvádí, že pokud chceme objektivizovat dostatečnost kojení, je nutné sledovat vypité dávky během 24 hodin, nejlépe několik dnů po sobě. Vždy je nutné zhodnotit individuální růstovou rychlost dítěte v percentilových grafech (viz příl. 6, s. 61, příl, 7, s. 62, příl. 8, s. 63, příl. 9, s. 64), jeho režim, projevy, sledovat počet pomočených plen. Za další nevhodný test, zda je dítě dostatečně

[28] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část*, s .119.

[29] DOLEŽEL, Z., *Tragédie provázející kojení*, s. 150.

[30] http://www.kojeni.cz/doporuceni.php

[31] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 74.

[32] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část*, s .119.

[33] DOLEŽEL, Z., *Tragédie provázející kojení*, s. 150.

[34] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část*, s .119.

[35] http://www.kojeni.cz/doporuceni.php

[36] DOLEŽEL, Z., *Tragédie provázející kojení*, s. 150.

nakojeno, je nabídnutí dítěti po nakojení lahvičku s odstříkaným mateřským mlékem nebo čajem.[37]

V posledních letech došlo zejména u donošených novorozenců ke zkrácení doby hospitalizace na novorozeneckých odděleních, děti mohou být propouštěny do domácí péče již 3. den po narození. U těchto novorozenců nemusí být ještě dokončena poporodní adaptace a u matek nemusí být již plně rozvinutá laktace. Krátká doba pobytu nemusí být dostatečná pro edukaci a přípravu matek, zejména pokud matka neabsolvovala prenatální přípravu. Pokud dojde ke kombinaci více rizikových faktorů, může být dítě nedostatečně kojeno. Matka nemusí rozpoznat symptomy svědčící pro nedostatečné kojení dítěte nebo je chybně interpretuje, což může vést až k ohrožení života dítěte.[38]

3.5 Jak poznat, že má dítě hlad?

Je velmi důležité edukovat matku o fyziologických projevech dítěte, aby tyto nebyly matkou chybně považovány za známku hladu. Nejdůležitějším a nejčastějším projevem u těchto dětí je pláč a neklid. Pláčem dítě nejen projevuje hlad a žízeň, ale dítě pláčem dává najevo svá přání a potřeby nebo se domáhá sociálního kontaktu s matkou nebo jinou blízkou osobou. Chybou matek je reagovat na křik a pláč dítěte vždy přiložením k prsu, a to i u dítěte, které je objektivně syté. Ani pokud plačící dítě chytlo prs a saje, nelze jednoznačně říci, že hlad byl příčinou pláče, sací reflex je u novorozenců a kojenců velmi výrazný. Dítě reaguje na vložení čehokoli mezi rty sáním. Sání prstíků ani hledací reflex nejsou projevem hladu, ale jedná se o normální vývojové jevy. Dítě začíná sát prstíky již od 8. - 10. týdne prenatálního vývoje. Matka by měla rozeznat charakter sání dítěte.[39]

[37] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část,* s. 119.

[38] DOLEŽEL, Z., *Tragédie provázející kojení,* s. 148-149.

[39] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část,* s .118-119.

3.6 Edukace

Ondriová klade důraz na aktivní podporu kojení již v prenatálním období. Zdůrazňuje, že předpokladem pro úspěšnou laktaci je, aby žena dostala dostatek informací o kojení již v období těhotenství. První informace o kojení by měla těhotná žena získat od porodní asistentky. Dobrou prenatální přípravou budoucích matek lze předejít i některým problémům a komplikacím, které by ve svém důsledku mohly způsobit obtíže při nástupu laktace nebo vést k předčasnému ukončení kojení. Edukaci je nutno přizpůsobit individuálním potřebám těhotné, porodní asistentka musí brát ohled na socioekonemické zázemí matky, musí se seznámit s jejími postoji a názory na výživu novorozenců a kojenců, na její předešlou zkušenost s kojením, a to kladnou, ale i negativní. Je nutné se seznámit se sociálním prostředím, ve kterém budoucí matka žije, o stravovacích zvyklostech, o abusech matky (kouření, alkohol, omamné látky). Součástí prvního vyšetření těhotné by mělo být i vyšetření prsů a bradavek, je nutno hledat anatomické deformace např. vpáčené bradavky, které by mohly být bez intervence překážkou kojení.[40]

Stauberová také klade důraz na to, aby se budoucí rodiče zajímali o způsob výživy svého dítěte již v průběhu těhotenství. Vhodnou formou, jak mohou rodiče získat podrobné informace o kojení, je absolvování předporodního kurzu. Matka po absolvování kurzu přichází k porodu i ke kojení připravená, lépe spolupracuje se zdravotníky, je připravená na to, co ji po porodu od prvních minut čeká.

V předporodním kurzu kojení se nastávající maminky učí s panenkou velikosti novorozence techniku přikládání, polohy při kojení a seznamují se s technikou odstříkání mléka. Stauberová zdůrazňuje, že vlastní zkušenost je nenahraditelná. Matky jsou v prenatální péči seznámeny s možností využít v případě potřeby služeb vyškolených laktačních poradkyň. Překvapivým zjištěním bylo, že matky nevěděly o možnostech, jak kontaktovat laktační poradkyni. Matky, které možnost konzultace využily, byly rozhodnuty doporučit služby laktační poradkyně svým známým. Dle jejího výzkumu jen 8 % matek považovalo laktační poradkyni za zbytečnou.[41]

Laktační liga uvádí doručení pro prenatální péči. Hlavní zásadou je informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení. Důležité je vytipovat faktory,

[40] ONDRIOVÁ, I., *Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období,* s. 54-55.

[41] STAUBEROVÁ, M., *Význam laktační poradkyně pro matku a dítě*, s. 43.

které pozitivně nebo negativně působí na rozhodnutí budoucí matky kojit své dítě. Je třeba věnovat pozornost prvorodičkám a ženám s předchozí špatnou zkušeností s kojením. Laktační liga také doporučuje vyšetřit prsy prenatálně, aby mohla být provedena příprava vpáčených bradavek na kojení pomocí formovačů bradavek. A také je nutné podat budoucí matce informace o výživě těhotné a kojící ženy a informovat matku o medikaci během porodu.[42]

Ondriová upozorňuje na bezprostřední péči o matku po porodu, protože bolestivé kontrakce i vlastní porod mohou velmi zásadním způsobem ovlivnit vztah matky ke kojení, a to i u matky, která prošla kvalitní předporodní přípravou. Velmi pozitivní efekt má zajištění dotykového kontaktu mezi matkou a dítětem položením dítěte po porodu matce na břicho a přiložením dítěte k prsu. Časné přiložení dítěte k prsu pozitivně ovlivňuje vztah matky a dítěte a stimuluje tvorbu mléka, sací pohyby podporují uvolnění oxytocinu.[43]

Jak uvádí Schneiderová, hraje edukace matek velkou roli v prevenci vzniku obtíží při kojení. Neúspěchy a obtíže s kojením často souvisejí právě se špatnou informovaností matek a nedostatkem jejich praktických zkušeností. Schneiderová upozorňuje také na to, že většina matek majících problémy s kojením jsou těmito problémy stresované, i když většinu problémů při kojení lze odstranit.[44]

Jak publikovala Vincentová, přebírají péči o novorozence po propuštění z porodnice praktický lékař pro děti a dorost a dětská sestra. První prohlídku novorozence provádí dětská sestra do 48 hodin po propuštění novorozence z porodnice v rámci návštěvní služby v domácím prostředí dítěte. Návštěva sestry v rodině přispívá k navázání důvěrného a přátelského vztahu mezi matkou a zdravotní sestrou, který je dobrým základem pro spolupráci v péči o dítě. Sestra v rámci této prohlídky zhodnotí sociální situaci rodiny, provede fyzikální vyšetření novorozence, zjistí výživu novorozence. Pokud je dítě kojeno provede kontrolu správné techniky kojení, polohy dítěte u kojení, zodpoví matčiny případné dotazy týkající se kojení. Poučí matku o fyziologických projevech novorozence, o frekvenci a charakteru močení a stolic u

[42] http://www.kojeni.cz/doporuceni.php

[43] ONDRIOVÁ, I., *Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období*, s. 53.

[44] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 13.

dítěte.[45] S důležitou úlohou sester primární péče v otázce kojení souhlasí i Vejrostová.[46]

Jak uvádí Scheidrová, má problémy a potíže s kojením zhruba 40 % matek v období zahájení laktace v porodnici a 30 % matek po propuštění z porodnice. U těchto matek je velké riziko selhání a předčasného ukončení kojení. Těmto matkám je nutno ze strany zdravotníků i laktačních poradců věnovat zvýšenou pozornost a poskytnout jim praktickou a psychickou pomoc.[47]

Jak uvádí Weberová, je velkou chybou v rámci edukačního procesu matek na různých úrovních péče o dítě poskytovat matkám protichůdné a rozporuplné informace. Tato situace vede k narušení důvěry mezi matkou a zdravotníky a vede k vnitřní nejistotě matky, matka může být situací stresovaná, bojí se o zdravý vývoj dítěte.

Weberová upozorňuje na to, že každé dítě je jedinečné, je to originální lidská bytost, a proto nelze zkušenosti přenášet z jednoho dítěte na druhé nebo děti srovnávat. Děti nelze srovnávat v rámci zkušeností matky, ani v rámci jedné rodiny a se sourozenci. Každé dítě je jiné po stránce metabolismu, růstové rychlosti, temperamentu, děti se liší v potřebě spánku i v osobních projevech.[48]

3.7 Analýza rizikových faktorů

Mydlilová s kolegy uvádějí výsledky své studie věnované vlivem některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice. Retrospektivní studie zpracovávala data o 466 731 dětech narozených v letech 2000 – 2004, zdrojem dat byl registr v Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Na kojení má vliv řada faktorů, počínaje demografickými, přes biomedicínské až po psychosociální. Z faktorů potencionálně ovlivňujících kojení byly autory z demografických faktorů hodnocené věk matek, jejich vzdělání a rodinný stav, z prenatálních faktorů parita, umělé oplodnění, perinatální faktory, jako je způsob porodu, indukce porodu a typ anestezie.

[45] VINCENTOVÁ, D., *Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči v ČR*, s. 110.

[46] VEJROSTOVÁ, E., *Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost*, s. 99.

[47] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 9.

[48] WEBEROVÁ, M., *Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část*, s. 118-119.

Z faktorů týkajících se dítěte pohlaví, porodní hmotnost, vrozená vývojová vada a délka hospitalizace.[49]

Doležel poukazuje na rizikové faktory optimálního rozvoje laktace ze strany matky i novorozence. Za rizikové faktory považuje předchozí nedostatečnou laktaci, těžší anomálii prsu jako vpáčené bradavky nebo hypoplazii mléčné žlázy, předchozí chirurgickou intervenci v mamární oblasti, poškození bradavek, závažné systémové choroby a infekce. Ze strany novorozence prematurita, vícečetné plody, separace od matky, závažná patologie (např. rozštěpové vady), více než 7 % úbytek poporodní hmotnosti, nevyrovnání porodní hmotnosti během 10 – 14 dnů po porodu, chabé pití, nadměrné používání šidítka.[50]

Pelousková uvádí výsledky výzkumů a zkušenosti poradců, ze kterých vyplývá, že za problémy s kojením z 85 % je špatná technika kojení, která způsobuje bolest při kojení, špatné sání i hladové dítě.[51]

Jak zdůrazňuje Stehlíková, je kojenecké období etapou velmi rychlého psychomotorického vývoje na podkladě zrání centrální nervové soustavy dítěte, kterou nelze srovnávat se žádnou jinou z následujících vývojových etap. Kojenecké období je obdobím význačných vývojových skoků, kdy z ležícího, zcela závislého dítěte je na konci prvního roku života jedinec sedící, lezoucí, posléze samostatně stojící či pomalu chodící, rozumějící některým slovům dospělých, schopný některá slova již sám používat. Jedinec, který si vytváří první sociální kontakty, kladné či záporné, s jinými lidmi a který se sám aktivně zapojuje do života svého okolí.[52]

Hlúbik také poukazuje na to, že novorozenecké a kojenecké období je charakterizováno intenzivním růstem, prudkým nárůstem tělesné hmoty, obdobím, ve kterém dochází k vývoji a růstu řady orgánů. Toto vývojové období je velmi citlivé na působení zevních faktorů ovlivňujících růst, mezi něž patří zejména výživa. V prvním roce života se organizmus dítěte nachází v tzv. potravinové dominantě, kdy nutriční nároky organizmu jsou vysoké a případná karence má trvalé následky.

[49] MYDLILOVÁ, A., *Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004*, s. 183.

[50] DOLEŽEL, Z., *Tragédie provázející kojení*, s. 149.

[51] PELOUŠKOVÁ, N., *Proč ženy kojí*, s. 27.

[52] STEHLÍKOVÁ, I., *Souvislost doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí*, s. 332.

4 PROBLÉMY S KOJENÍM ZE STRANY DÍTĚTE

4.1 Líně a slabě sající dítě

Schneiderová popisuje líně pijící dítě jako to, které je kojeno více než 12 krát za 24 hodin, přesto po odstavení od prsu pláče a jeho váhové přírůstky jsou nedostatečné. Dítě saje bradavku jako dudlík, při sání nepoužívá dásně, ale rty. Dítě pije se zavřenýma očima a zůstává přisáté u prsu.

Slabě sající dítě neudrží prs v ústech, prs vypadává dítěti z úst při každém pohybu matky, mléko může dítěti vytékat z úst. Slabé sání dítěte musí být dle Schneiderové odhaleno co nejdříve, jinak dojde u matky k poklesu tvorby mléka. Vzniká tak bludný kruh, kdy slabé sání způsobí pokles produkce mléka u matky, dítě nemá dostatečný příjem mateřského mléka, dochází k velkému váhovému úbytku u dítěte, tento váhový úbytek může být příčinou slabého sání.[53]

4.2 Děti s rozštěpem rtu a patra

Kojení u dětí s těžkým rozštěpem patra je velmi obtížné, u některých dětí rozštěpová vada natolik poruší anatomické poměry v dutině ústní, že je kojení vyloučeno. Děti s rozštěpem rtu a patra mají dle typu a rozsahu vady postižený celý proces sání na různých úrovních. Jak uvádí Schneiderová i Frühauf, některé děti s touto vadou kojit lze, jedná se o děti s izolovaným rozštěpem rtu a děti s neúplným rozštěpem čelisti. U těchto dětí je obličej ovlivněný sáním předností pro pozdější operativní zákrok. Po korektivním operačním zákroku, který upraví anatomické poměry dutiny ústní a obličeje, je kojení jednodušší. Oba autoři se shodují na nutnosti zformování prsu odstříkáním. Polohu při kojení je vhodné zvolit tak, aby tkáň prsu překryla defekt, dítě mohlo polykat a modifikovaně sát. Děti s rozštěpem rtu nebo patra polykají během kojení více vzduchu, proto je nutno kojit tyto děti v co nejvíce

[53] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 68-74.

vzpřímené poloze a nechat dítě řádně odříhnout. Dítěti lze pomoci citlivým odstříkáním mléka do úst.[54, 55]

Pokud rozštěpová vada znemožňuje přímé kojením, je vhodné asistované krmení z láhve. Asistované krmení odstříkaným mateřským mlékem ze speciální láhve nahrazuje vytvoření negativního podtlaku v ústech a je pro dítě energeticky méně náročné. Jednou z těchto lahví je CLP Nurser (Cleft Lip and Palate), jedná se o stlačitelnou láhev se speciálním dudlíkem, jehož úpravou lze redukovat průtok mateřského mléka dudlíkem během krmení. Další speciální lahví je Habermanova savička. Habermanova savička je tuhá láhev s prodlouženým kompresivním dudlíkem, zalomením dudlíku je možno nastavit průtok. Láhev obsahuje jednocestný ventil, při stlačení dudlíku tak nedochází k návratu mléka do láhve.[56] Frühauf vidí nevýhodu Habrmanovy láhve a savičky v tom, že nenutí dítě ke zlepšení techniky sání.[57] Další lahví je stlačitelná láhev Pigeon Cleft Palate Nurse se širokým dudlíkem, který je na jedné straně tuhý a na druhé straně velmi ohebný. Obsahuje jednocestný ventil, dítěti lze pomoci sát mléko stlačením láhve.[58]

4.3 Kojení u dětí s metabolickými vadami

4.3.1 Galaktosémie

Jak zdůrazňuje Frühauf, je galaktosémie u dítěte absolutní kontraindikací kojení.[59] Schneidrová uvádí, že příčinou galaktosémie je autozomálně-recesivně dědičný defekt galaktózo - fosfáturidyltransferázy. Děti s galaktosémií nesnášejí ve stravě laktózu, která musí být z diety vyloučena. Tito novorozenci nemohou být kojeni ani krmeni mateřským mlékem nebo jiným mlékem obsahujícím laktózu. Důsledkem metabolického defektu je hromadění toxického galaktózo - fosfátu v erytrocytech a tkáních. U dětí se již po prvním kojení objevují zažívací obtíže: zvracení, průjmy,

[54] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 26.

[55] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 77.

[56] www.medela.cz/produkty/pomůcky-pro-kojici-maminky

[57] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 26.

[58] www.medela.cz/produkty/pomůcky-pro-kojici-maminky

[59] FRÜHAUF., P., *Výživa novorozenců a kojenců.*, s. 30.

odmítání stravy, které vedou k velkému hmotnostnímu úbytku a neprospívání novorozence. Dalšími projevy jsou hypoglykemie a ikterus v důsledku poruch jaterních funkcí, hepatosplenomegalie, degenerativní neurologické příznaky s hypotonií a ataxií, ke smrti dítěte může dojít během několika týdnů. Děti jsou krmeny formulí s hydrolyzovanou laktózou a sojovými preparáty.[60]

4.3.2 Fenylketonurie

Jak uvádí Schneidrová, je fenylketonurie nejčastější vrozená metabolická porucha aminokyselin, diagnoza je stanovována rutinním screeningem.[61] Frühauf zdůrazňuje, že fenylketonurie na rozdíl od galaktosémie není kontraindikací kojení. Hladina fenylalaninu je v mateřském mléce nízká, může být dítě živeno kombinací kojení a speciální umělou výživou tvořenou směsí aminokyselin bez fenylalaninu.

Management výživy novorozenců po zjištění diagnosy fenylketonurie je dle Frühaufa následující. Novorozenec má při diagnóze onemocnění až dvacetkrát vyšší hodnotu fenylalaninu, proto nemůže být kojeno. Matka však dítě přikládá k prsu, aby si udržela laktaci a překlenula dobu, kdy nemůže své dítě kojit. Kojení je v tomto počátečním období nahrazeno umělou výživou bez fenylalaninu. Po poklesu hladin fenylalaninu do terapeutického rozmezí může matka začít kojit. Frühauf doporučuje kojení a umělou výživu bez fenylalaninu v poměru 1:1 za pravidelných kontrol hladin fenylalaninu. V průběhu prvního roku života je nutno dle hladin fenylalaninu podíl mateřského mléka postupně snižovat.[62]

4.3.3 Leucinoza

Leucinoza podobně jako fenylketonurie není kontraindikací kojení. Příčinou choroby je autozomálně - recesivní defekt enzymu dekarboxylázy, která štěpí tři aminokyseliny s rozvětveným řetězcem. Dle Schneiderové mohou být novorozenci

[60] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 77-78.

[61] Tamtéž, s. 78.

[62] FRÜHAUF., P., *Výživa novorozenců a kojenců.*, s. 30.

částečně kojeni a dokrmováni speciální umělou výživou za pravidelných kontrol aminokyselin.[63]

4.4 Kojení u nezralých novorozenců

Jak uvádí Macko, mateřské mléko je svým složením nedostatečné pro výživu novorozenců s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností. Mateřské mléko není pro tyto novorozence dostačující po nutriční stránce, neobsahuje dostatek proteinů a minerálů pro zajištění pozitivní dusíkové bilance, růstu a mineralizace kostí těchto novorozenců.[64]

Hanuščáková zdůrazňuje, že nedonošené děti v prvních dnech života špatně tolerují perorální stravu (mléko), proto jsou vyživovány pouze parenterálně. Čím je dítě nezralejší, tím déle vyžaduje parenterální výživu, jejímž základem je 10 % roztok glukózy, od druhého dne se přidávají aminokyseliny a tuky. Dále se do infuzí přidávají ionty, vitaminy rozpustné ve vodě a stopové prvky. Podmínkou zahájení krmení z láhve je objevení sacího reflexu dítěte, dítě musí být bez výraznějších dechových obtíží a lze předpokládat dobrou souhru mezi sáním, dýcháním a polykáním.

S přihlédnutím ke zdravotnímu stavu dítěte doporučuje Hanuščáková zapojit matky do péče o své miminko. Matky se mohou zapojit do péče i o novorozence na řízené ventilaci, mohou přebalovat, měřit teplotu, hladit. Zapojení matek do ošetřování miminka, možnost kdykoliv dítě vidět, mít pocit jistoty, že je o dítě dobře postaráno, to vše přispívá k dobré psychické pohodě matky, která je velmi důležitým faktorem pro rozvoj a udržení laktace. Většina matek nedonošených dětí je schopna kojit, proto jsou matky podporovány v odstříkávání mateřského mléka. Dítě je přiloženo k prsu, jakmile je to možné, zpočátku však jen jednou denně a na krátkou dobu. Děti s intaktním zažívacím traktem mohou být živeny enterálně, pokud je jejich perorální příjem nedostatečný, používá se intermitentní krmení pomocí nasogastrické či orogastrické sondy. Cévka se zavádí nosem nebo ústy do žaludku, odměřuje se nos - ušní lalůček a hrot hrudní kosti, používá se cévka pro výživu novorozence 2,5 mm.

[63] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 78.

[64] MACKO, J., *Fortifikace (suplementace) mateřského mléka*, s. 13.

Před aplikací stravy je nutná aspirace žaludečního obsahu ke kontrole, zda cévka není zavedena do plic.[65]

Zlatohlávková poukazuje na rozšíření znalostí o prospěšnosti mateřského mléka i pro děti s velmi nízkou i extrémně nízkou porodní hmotností i s vědomím, že mateřské mléko nezajistí nutriční potřeby těchto novorozenců. Mateřské mléko přináší novorozencům s nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností signifikantní výhody v oblasti neuropsychologického vývoje a obranyschopnosti v porovnání s dětmi živenými formulemi. Zlatohlávková uvádí, že dle posledních výzkumů tyto děti profitují z mateřského mléka více než děti donošené, výživa mateřským mlékem snižuje incidenci anebo alespoň tíži onemocnění specifických pro nedonošené děti, jako jsou nekrotizující enterokolitida a pozdní sepse.[66]

Macko zdůrazňuje, že cílem výživy nezralých dětí je zajistit růst kvantitativně a kvalitativně podobný růstu plodu stejného gestačního stáří. Jak již bylo uvedeno, mateřské mléko je z nutričního hlediska pro tyto děti nedostatečné, proto musí být mateřské mléko obohaceno speciálními přípravky fortifikátory obsahujícími hydrolyzovanou kravskou bílkovinu, cukry, soli a vitamíny. Novorozenci s velmi nízkou porodní hmotností dosahují adekvátního růstu a ukládání živin jen pokud jsou schopni tolerovat přibližně 180 ml/kg/den.[67]

Burianová popisuje několik fází zavádění enterální stravy u nedonošených novorozenců. Prvním obdobím je iniciace enterální stravy, kdy parenterální příjem zajišťuje příjem tekutin a živin, aby se zabránilo dehydrataci a katabolizmu. Enterální výživa v tomto iniciačním období slouží jako priming čili příprava střeva, enterální výživa stimuluje funkci gastrointestinálního traktu. S enterální výživou je započato co nejdříve po narození po primární ventilační a cirkulační stabilitě, nejvhodnější stravou je kolostrum matky nebo cizí pasterizované mateřské mléko podávané bolusově 0,5 - 20 ml/kg/den á 3 hodiny orogastrickou sondou. Poté nastupuje období postupného zvyšování enterálních dávek a snižování podílu parenterální výživy, která v tomto období zajišťuje hydrataci a kryje anabolické nároky novorozence. Postupně se zvyšuje objem podávaného mateřského mléka nebo pasterizovaného mateřské mléko z 20 – 90 ml/kg/den na 90 – 140 ml/kg/den. Dávky se zvyšují postupně za

[65] HANUŠČÁKOVÁ, P., *Péče o nezralého novorozence*, s. 52-53.

[66] ZLATOHLÁVKOVÁ, B., *Výživa nezralých dětí po propuštění z nemocnice,* s. 33.

[67] MACKO, J., *Fortifikace (suplementace) mateřského mléka*, s. 13.

kontroly zbytků, pokud jsou zbytky více než 20 % podané dávky, další dávky se nezvyšují. V období plného enterálního příjmu se podává na dávku 140 – 180 ml/kg/den nejčastěji orogastrickou sondou, tento enterální příjem je již dostatečný pro zajištění růstu. Postupně se přechází na nefortifikované mateřské mléko nebo formuli pro nezralé děti.

Jak uvádí Burianová, je dítě od 28. gestačního týdne schopno přichycení a pevného uchopení prsu rty, nenutritivní sání je výbavné ve 29. - 30. týdnu, děti přikládáme k téměř odsátému prsu. Nutritivní sání je možné od 31. - 32. týdne, plné kojení nastupuje mezi 33. - 40. týdnem.[68]

Zlatohlávková poukazuje, že u většiny novorozenců s nízkou porodní hmotností dochází k dohánění růstu tzv. catch - up growth během prvních měsíců života. Úkolem výživy těchto dětí po propuštění z porodnice je zajistit dítěti takový přísun živin umožňující dohánění tohoto růstového opoždění.[69]

Mrosková popisuje možnosti využití alternativních postupů podávání výživy u nezralých novorozenců, které pomohou překlenout období neschopnosti dítěte přijímat mléka z prsu. Mateřské mléko lze podávat dítěti injekční stříkačkou s cévkou i bez cévky, lžičkou, kádinkou nebo po mocí suplementoru.[70]

[68] BURIANOVÁ, I., *Mimořádné situace ve výživě novorozenců a kojenců*, s. 10.

[69] ZLATOHLÁVKOVÁ, B., *Výživa nezralých dětí po propuštění z nemocnice*, s. 34.

[70] MROSKOVÁ, S. *Alternativní výživa novorozenců s nízkou porodní váhou a předčasně narozených dětí*, s. 38.

5 PROBLÉMY S KOJENÍM ZE STRANY MATKY

Odborníci se shodují na kontraindikaci kojení v případě těžkého onemocnění matky, jedná se zejména o srdeční selhání, vážné onemocnění plic, ledvin, jater, matky léčené cytostatiky. V posledních letech došlo v souvislosti s rozvojem medicíny ke změně přístupu k těhotenství a kojení u žen s celou řadou chronických onemocnění.[71, 72]

5.1 Kojení u žen s roztroušenou sklerozou

Roztroušená skleroza mozkomíšní je chronické onemocnění centrálního nervového systému. Onemocnění postihuje především mladé pacienty, častěji ženy v reprodukčním věku. Jak uvádí ve svém článku Horáková, nebyl prokázán negativní vliv těhotenství na dlouhodobý průběh onemocnění, proto již není dnes roztroušená skleroza kontraindikací těhotenství. Změna přístupu k těhotenství u těchto pacientek přinesla následně otázky týkající se vhodnosti kojení. Není zcela jasné, zda ženy mají kojit, pokud ano, tak jak dlouhá by měla být doba kojení. Zatímco v průběhu těhotenství dochází ke stabilizaci onemocnění, představuje prvních šest měsíců po porodu zvýšené riziko atak, dle Horákové však nebyla prokázána korelace mezi kojením a počtem relapsů šest měsíců po porodu. V tomto období je vhodné zajistit matku preventivní medikací imunoglobuliny umožňující kojení. Protrahované kojení však dle klinických studií riziko ataky zvyšuje, proto je autorkou doporučováno kojení maximálně 3 - 4 měsíce. Velmi důležitá je dostatečná edukace matek nejen o těhotenství, kojení a možných komplikacích, ale i o nutnosti zajištění dobrého rodinného zázemí a účinné terapie v období po porodu.[73]

[71] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 80.

[72] Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics [on line], s. 115, http:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687461

[73] HORÁKOVÁ, D., *Roztroušená skleróza a těhotenství*, s. 33-34.

5.2 Kojení u žen s epilepsií užívající antiepileptika

Epilepsie dnes není kontraindikací kojení, naopak kojení je u těchto matek doporučováno. Zárubová považuje za důležité zvážit, jakou kombinaci a jaké dávky antiepileptik matka užívá a v jakém množství se budou mateřským mlékem dostávat novorozenci a kojenci.

Antiepileptika, která užívá matka během těhotenství, pronikají placentární barierou a působí na plod, všechna antiepileptika také v určité míře pronikají do mateřského mléka. Jak uvádí Zárubová, pozitiva kojení u matek – epileptiček převažují nad nežádoucími vedlejšími účinky antiepileptik.[74] Filková v této souvislosti poukazuje také na odlišnou farmakokinetiku antiepileptik u novorozence, jejich menší vazbu na plazmatické bílkoviny, nižší clearence a prodlouženou eliminaci vyplývající z nedostatečně vyvinutých jaterních funkcí.[75]

Zárubová zdůrazňuje, že komplikace u novorozence mohou nastat i v případech, kdy se matky rozhodnou své dítě nekojit, ale i v případech, kdy se pro kojení rozhodnou.

U kojených novorozenců se může projevit negativní efekt antiepileptik. Projevem může být útlum novorozence nebo zvýšená spavost, které vedou k častému kojení novorozence, avšak jednotlivá dávka je nedostatečná a dítě usíná nenasyceno. U některých novorozenců se vliv antiepileptik může naopak projevit agitovaností a psychomotorickým neklidem. Většina matek je schopna kojit bez větších problémů. Při výskytu problémů u novorozence je doporučováno vynechat každou druhou dávku mateřského mléka a nahradit ji umělou výživou, pokud toto opatření nemá efekt, laktaci ukončujeme.[76]

Filková podotýká, že pokud matka nezačne po porodu dítě kojit, může díky prudkému poklesu hladin antiepileptik u dítěte dojít k rozvoji abstinenčního syndromu s letargií nebo dráždivostí, poruchami příjmu potravy, vegetativní rozladou s projevy apnoe, pocením, sliněním, kolísáním teploty a břišními kolikami.[77] Dle Zárubové je

[74] ZÁRUBOVÁ, J., *Epilepsie a mateřství*, s. 334.

[75] FILKOVÁ, A., *Epilepsie v těhotenství*, s. 19.

[76] ZÁRUBOVÁ, J., *Epilepsie a mateřství*, s. 336.

[77] FILKOVÁ, A., *Epilepsie v těhotenství*, s. 19.

riziko abstinenčního syndromu největší 7. den po porodu, kojení výrazně snižuje riziko vzniku abstinenčního syndromu.[78]

Otázkou zůstává délka kojení u matek epileptiček, většina autorů vzhledem k nežádoucím účinkům antiepileptik nedoporučuje dlouhodobé kojení, jednoznačné standardy a doporučení v této otázce však neexistují. Kuba uvádí doporučení ze svého pracoviště, kde doporučují kojení v délce 3 - 5 měsíců.[79] Filková doporučuje individuální, postupné odstavení dítěte v závislosti na druhu antiepileptika v průběhu 4 - 8 týdnů.[80]

Také zdůrazňuje nutnost věnovat matce epileptičce zvýšenou pozornost. Matka je edukována o režimových opatřeních vyplývajících z jejího onemocnění, důležité je zajistit matce dostatek odpočinku po porodu a eliminovat spánkovou deprivaci.[81] Zárubová doporučuje, aby matka po porodu spala minimálně 4 - 5 hodin v kuse. Pokud se dítě budí častěji, měl by někdo jiný podat dítěti odstříkané mateřské mléko nebo umělou výživu. Matka s epilepsií by měla kojit vsedě na co nejširším lůžku, neměla by spát na lůžku hned vedle dítěte.[82] Schneiderová také souhlasí s vhodností kojení u těchto matek, za důležité považuje také pozitivní ovlivnění psychiky. Zdůrazňuje zajištění bezpečnosti kojence při kojení, navrhuje kojení v hlubokém vypolstrovaném křesle ev. matku zajistit jiným vhodným způsobem pro případ epileptického záchvatu.[83]

5.3 Infekce matky

Běžné infekce jako rýma, chřipka, angína, záněty průdušek, močových cest nebo febrílie nejsou kontraindikací kojení. Kojení nemá být po dobu onemocnění přerušeno,

[78] ZÁRUBOVÁ, J., *Epilepsie a mateřství*, s. 334.

[79] KUBA, R., *Antiepileptika a gravidita*, s. 274.

[80] FILKOVÁ, A., *Epilepsie v těhotenství*, s. 19.

[81] Tamtéž, s. 18.

[82] ZÁRUBOVÁ, J., *Epilepsie a mateřství*, s. 336.

[83] S**C**HNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 81.

protože dítě bylo infekci vystaveno již v inkubační fázi onemocnění a s mateřským mlékem dostává i protilátky, které je chrání.[84]

5.3.1 Tuberkulóza

Matka s čerstvou aktivní infekcí nesmí zůstat v kontaktu s novorozencem, protože infekční matka představuje pro novorozence velké riziko nákazy. Původce tuberkulózy Mycobacterium tuberculosis se přenáší kapénkovou infekcí, ale do mateřského mléka nepřechází. To, co dítě ohrožuje, je kontakt s matkou, ne vlastní kojení, dítě může být tedy živeno odstříkaným mateřským mlékem. Kojení však není kontraindikováno u matek s negativním tuberkulinovým testem, které nemají známky aktivní nemoci.[85]

5.3.2 Virové záněty jater

Jak uvádí Frühauf, riziko přenosu infekce, typ expozice a možnosti léčby při onemocnění matky se liší u jednotlivých druhů hepatitid.

Hepatitida A se u matky projevuje jako akutní onemocnění s teplotou, ikterem, anorexií, nauzeou a alterací celkového stavu, onemocnění nepřechází do chronického stadia. Kojení není u tohoto typu hepatitidy kontraindikováno, dítě je možno přiložit k prsu, jakmile to zdravotní stav matky dovolí.

Hepatitida B se přenáší parenterálně, kojení ale není kontraindikováno. Po porodu je dítěti HBsAg pozitivní matky aplikován imunoglobulin, dítě je možné kojit od porodu, před propuštěním z porodnice je dítě naočkováno vakcínou proti hepatitidě B.[86] Schneidrová uvádí, že riziko přenosu viru mlékem je zanedbatelné, proto doporučuje začít kojit ihned po porodu, v kojení je pokračováno dle přání matky.

Hepatitida C se přenáší parenterálně, je možný i vertikální přenos z matky na novorozence. Jak uvádí Schneidrová, je riziko přenosu kojením nízké.[87] Frühauf i Schneidrová se shodují na tom, že hepatitida C není kontraindikací kojení, pokud není

[84] S**C**HNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 82.

[85] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 31-32.

[86] Tamtéž,s. 32.

[87] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 84.

matka v celkově těžkém stavu nebo nemá jiné chronické onemocnění a není zároveň infikována virem HIV.[88, 89]

5.3.3 HIV

Odborníci se shodují, že závažnou komplikací ze strany matky je infekce HIV/AIDS a HTLV-1. V rozvinutých zemích jsou tyto infekce jednou z kontraindikací kojení a výživy mateřským mlékem. [90, 91, 92] Jak uvádí Frühauf, virus HIV přechází do mateřského mléka, proto existuje riziko primoinfekce kojením. Riziko přenosu viru HIV kojením nebo mateřským mlékem je 5 – 20 %. Zcela odlišná situace je v rozvojových zemích, kde dle současného doporučení WHO/UNICEF je kojení povoleno v případech, kde nekojit by znamenalo ohrozit dítě na životě, proto drtivá většina HIV pozitivních matek v těchto zemích své děti kojí. Tyto matky nemají na výběr, protože v rozvojových zemích neexistuje varianta za kojení. Náhrady mateřského mléka jsou pro ženy v těchto krajinách finančně zcela nedostupné, některé ženy nemají ani přístup k čisté vodě, ze které by mléko připravily.[93] Scheidrová se shoduje s Frühaufem na tom, že nejhorší variantou výživy dítěte HIV pozitivní matky je smíšená výživa, která v sobě kombinuje negativa obou variant. Dítě je vystaveno náloži viru v mateřském mléce, střevní epitel dítěte může být poškozen např. alergií na kravské mléko usnadňující průnik viru a umělá výživa neobsahuje imunitní faktory. Poškozené bradavky a mastitida matky zvyšují riziko nákazy dítěte, mastitida zvyšuje permeabilitu epitelu vývodů mléčné žlázy, a tím je usnadněn přestup viru do mateřského mléka.[94, 95]

---

[88] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 32 – 33.

[89] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 84.

[90] Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics [on line], s. 115, http:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687461

[91] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 31.

[92] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 86-87.

[93] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 31.

[94] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 86-87.

[95] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 31.

5.4 Alternativní výživa matek

Jak uvádí Frühauf, vegetariánství se stává stále častější formou stravování u dospělých, v posledních letech se pro tento způsob restriktivního stravování rozhodne z různých důvodů 1 ze 40 dospělých. Pro zdravotníky pečující o matku i dítě je důležité se o alternativní výživě matky dozvědět, aby mohli v případě hrozícího rizika nutričního deficitu matky i dítěte provést nutriční intervenci. Po správně provedenou intervenci je nutno se detailně seznámit s mírou restrikce a s přesným složením stravy matky. Některé matky je možno v období laktace přesvědčit v zájmu vyvážené výživy pro dítě k posunu výživy o stupeň výše. Matka veganka akceptuje přechodně po dobu laktace lakto – ovo - vegetariánství se zařazením mléka, mléčných výrobků a vajec a monovegetariánka akceptuje semivegetariánskou stravu.[96]

Schneiderová souhlasí s názorem Frühaufa, že alternativní výživa matek s restrikcí jedné nebo více potravinových složek v období těhotenství a laktace může vést k nedostatku některých živin, který může ovlivnit jak zdraví matky, tak zdraví a vývoj dítěte. Rizika alternativní výživy v období laktace závisí na míře restrikce potravin živočišného původu. Vegetariánská strava s restrikcí masa ale konzumací živočišných produktů většinou odpovídá výživovým nárokům kojící ženy. Vegetariánská strava může být v období laktace prospěšná pro vyšší příjem vitamínu C a E a nižší příjem živočišných tuků, nevýhodou je však nedostatečný příjem železa. Striktní veganská nebo makrobiotická strava však již výživovým nárokům kojící ženy neodpovídá. Nevhodná restriktivní dieta matky však není kontraindikací kojení. Schneiderová doporučuje kojení i u striktních veganek nebo makrobiotiček, protože četné další výhody kojení jsou zachovány.[97] Frühauf také doporučuje podporovat i striktní veganky ke kojení v průběhu prvních 6 měsíců věku dítěte, množství mateřského mléka nebývá u těchto matek dietou ovlivněno, mateřské mléko těchto matek ale neobsahuje dostatečné množství vitamínu D, železa, vápníku, vitamínu B12, zinku a je kaloricky neplnohodnotné. Proto je vhodné doplnit dodávku vitamínů matce nebo dítěti.[98] I Hlúbik poukazuje na nedostatečné množství vitamínu B12 v mléce matek preferujících veganský způsob výživy. Naopak tyto matky konzumují větší

[96] FRÜHAUF, P., *Alternativní výživa u dětí*, s. 10.

[97] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 109-111.

[98] FRÜHAUF, P., *Alternativní výživa u dětí*, s. 10.

množství potravin s vysokým obsahem vitamínu C. Vyšší koncentrace vitamínu C v mateřském mléce je spojována s nižším rizikem výskytu atopie u kojenců.[99]

Pokud matka kojení odmítá, doporučuje Frühauf nabídnout umělou formuli na bázi sojového mléka, která plně saturuje potřeby kojence. Při výrobě těchto formulí je zohledněna nižší biologická kvalita rostlinné bílkoviny, formule je fortifikována aminokyselinami a stopovými prvky.[100] Schneiderová souhlasí se snahou Frühaufa pokusit se přesvědčit matku o nevhodnosti restriktivní stravy v období těhotenství a laktace, ev. posun výživy o stupeň výš v tomto období.[101]

Dle Frühaufa kojené děti vegetariánských matek obvykle dobře prospívají do 6 měsíců života, problémy mohou nastat při odstavování a zavádění nemléčných příkrmů.[102] Kojené děti veganských matek mohou mít známky podvýživy a rachitidy, kojené dětí matek na makrobiotické stravě mohou mít dle Schneidrové opožděný psychomotorický vývoj a růst.[103]

5.5 Farmakoterapie matky

Jak uvádí Jirsová ve svých článcích, je farmakoterapie kojící matky častým důvodem k neopodstatněnému ukončení kojení. Kojící ženy však mohou užívat řadu běžně potřebných léků. Léky aplikované ve formě očních či nosních kapek, inhalačních sprejů nebo léky ve formě masti, které nejsou aplikovány na velkou plochu, dosahují v mateřské krvi jen nevýznamné hladiny. V posledních letech odchází z porodnice plně kojeno přes 90 % dětí, postupně také dochází k prodlužování doby kojení, a proto se mohou zdravotníci stále častěji setkávat s kojící matkou, u které bude nutno ordinovat farmakoterapii.[104]

Dle Jirsové by kojící ženy však měly užívat léky pouze v nezbytných případech, aby dítě nebylo vystaveno účinku léků zbytečně. V případech, kdy je léčba matky nezbytná, je nutno zodpovědně zvážit riziko nežádoucích účinků na dítě a přínosu

[99] HLÚBIK., P., *Vitaminy v dětském období*, s. 67.

[100] FRÜHAUF, P., *Alternativní výživa u dětí*, s. 10.

[101] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 109-111.

[102] FRÜHAUF, P., *Alternativní výživa u dětí*, s. 10.

[103] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 109-111.

[104] JIRSOVÁ, E., *Antibiotická léčba během kojení*, s. 84.

kojení jako takového. Indikovat předčasné ukončení kojení z důvodu farmakoterapie matky, považuje Jirsová za krajní řešení v případech, kdy existují důkazy nebo závažné předpoklady, že lék je pro dítě velmi rizikový.[105] Schneidrová u podání potenciálně rizikových léků matce také souhlasí s názorem, že tato medikace nemusí znamenat ukončení kojení. Upozorňuje i na možnost volby medikace mezi příbuznými léky a pro kojící matku vybrat takový, který bude pro dítě nejbezpečnější. Dále zdůrazňuje, aby lék byl matce podáván v co nejnižší, ale účinné dávce, protože zdravotní obtíže matky ohrožují nejen ji, ale i dítě a vlastní produkci mléka. Medikace by měla být podávána jen nejkratší nutnou dobu. Matka musí být řádně edukována o své medikaci o nežádoucích účincích léku na dítě. Matka úzce spolupracuje s pediatrem, dítě musí pečlivě sledovat a při vzniku nebo rozvoji nežádoucích účinků ihned konzultovat s lékařem.

Schneidrová dále publikovala, že nejvíce nežádoucích účinků se vyskytuje u léků ovlivňujících centrální nervový systém, jako jsou léky na léčbu psychóz, depresí, epilepsie a migrén. K projevům nežádoucích účinků těchto léků u dítěte patří útlum, spavost, slabé sání, váhový úbytek, neklid, bolesti břicha, vzácněji ikterus, elevace jaterních testů a změny v hodnotách krevního obrazu. Antibiotika užívaná matkou přestupují do mateřského mléka, mohou i při minimální koncentraci v mateřském mléce vyvolat u kojeného dítěte změny střevní mikroflóry s následnými průjmy nebo alergickou reakci.[106]

Jirsová doplňuje, že léky mohou také ovlivnit tvorbu mléka a to ve smyslu zvýšení i snížení. Žádný z léků zvyšující laktaci však není v této indikaci u nás doporučen pro velkou pravděpodobnost nežádoucích účinků u matky i dítěte.[107]

Až na výjimky všechny léky, která matka užívá, přecházejí do mateřského mléka a dítě je prostřednictvím mateřského mléka přijímá. Jirsová uvádí výsledky kanadské retrospektivní studie, která sledovala 203 kojících žen, kterým byla předepsána antibiotika. Ženy byly informovány o důvodech použití antibiotik a o bezpečnosti léčby při kojení. Retrospektivně bylo zjištěno, že 15 % žen antibiotickou léčbu nezahájilo a naopak 7 % žen po zahájení léčby ukončilo kojení.[108]

[105] JIRSOVÁ, E. *Farmakoterapie při kojení*, s. 198.

[106] Tamtéž.

[107] JIRSOVÁ, E. *Farmakoterapie při kojení*, s. 200.

[108] JIRSOVÁ, E., *Antibiotická léčba během kojení*, s. 84.

Frühauf poukazuje na skutečnost, že studie farmakokinetiky léků jsou složité, ekonomicky náročné a vyvolávají řadu etických otázek. Většina farmaceutických firem z těchto důvodů podávání léků v období kojení kontraindikuje. Matky jsou však podáním medikace frustrovány a lék raději neužívají, protože nechtějí přerušit laktaci, jiné přestanou kojit zbytečně.[109]

Jirsová popisuje, že expozice kojeného dítěte lékům podaným matce závisí na mnoha faktorech. V těle matky dochází k absorpci, distribuci, metabolizmu a eliminaci léků, dochází k tvorbě určité plazmatické koncentrace léku v plazmě matky. Léky poté přestupují, nejčastěji pasivní difuzí podle koncentračního gradiendu z plazmy do mateřského mléka. Při poklesu hladiny léku v mateřské plazmě dochází k jeho zpětnému přestupu z mléka zpět do plazmy. Přestup léků do mateřského mléka je ovlivňován plazmatickou hladinou léku, jeho fyzikálně - chemickými vlastnostmi, složením, množstvím mateřského mléka a anatomií mléčné žlázy. Z fyzikálně - chemických vlastností jsou to zejména molekulová hmotnost, vazba léku na plazmatické bílkoviny, rozpustnost a ionizace molekul léku. Léky s malou molekulou přestupují snadněji do mateřského mléka. Léky s velkou molekulou jako např. heparin do mateřského mléka nepřestupují vůbec. Na přestup do mateřského mléka má vliv i vazba léku na plazmatické bílkoviny, čím více se lék váže na plazmatické bílkoviny, tím méně proniká do mateřského mléka. Prvním důležitým faktorem je dávka léku a jeho biologická dostupnost. Celková dávka léku, kterou dítě dostane, je závislá na koncentraci léku v mateřském mléce a na množství vypitého mléka.

Množství přijatého léku dítětem lze snížit optimálním načasováním kojení. Příjem léku můžeme omezit, pokud nebude dítě kojeno v době, kdy je koncentrace léku v mateřském mléce nejvyšší, zpravidla to bývá 1 - 3 hodiny po užití léku. Jirsová doporučuje užívat léky těsně po kojení nebo podávat některé dávky léku před delším spánkem dítěte. Tato opatření mají největší význam u starších kojenců, kteří mají delší intervaly mezi jednotlivými dávkami kojení.[110]

Schneidrová upozorňuje i na vliv stáří dítěte a jeho zdravotní stav, které mohou výraznou měrou ovlivnit působení léku. Zdravý, dobře prospívající starší kojenec zvládne nežádoucí účinky léku lépe než novorozenec v prvních dnech a týdnech po porodu nebo děti nedonošené ev. děti zdravotně oslabené, pro které mohou nežádoucí

[109] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 34.

[110] JIRSOVÁ, E., *Antibiotická léčba během kojení*, s. 85.

účinky léku znamenat větší zátěž. U novorozenců a nedonošených dětí hraje úlohu i metabolizmus a vylučování léků, které je u těchto dětí zpomaleno v důsledku nezralosti jaterních a renálních funkcí. Proto může dojít ke kumulaci léku v organismu, a tím se zvyšuje riziko rozvoje nežádoucích účinků léku.[111]

Jirsová uvádí výsledky největší souborné studie zabývající se výskytem nežádoucích účinků léků u kojených dětí, která byla provedena v Kanadě v roce 1993. Ve studii bylo sledováno 838 kojenců, jejichž matky užívaly v průběhu kojení léky. U sledovaných kojenců nebyl zjištěn ani jeden závažný nežádoucí účinek, který by vyžadoval konzultaci lékaře nebo přerušení kojení. Nezávažné nežádoucí účinky se vyskytly u 11 % kojenců, jednalo se o nežádoucí účinky přechodného charakteru.[112]

Jak uvádí Schneidrová, pokud je nutná krátkodobá léčba matky lékem, který může být rizikový pro dítě, je možno kojení jen přerušit na dobu podávání medikace a laktaci udržet pravidelným odstříkáváním mléka. Návrat ke kojení je možný po ukončení medikace matky.[113]

5.6 Kojení u žen s psychózou a poporodními depresemi

Jak uvádí Simočková, je období krátce po porodu pro matku velmi náročné, těhotenství i porod znamenají pro ženu velké tělesné i psychické změny. V tomto období se také mohou u matek objevovat stavy podrážděnosti, smutné až depresivní nálady, nespavost a plačtivost.[114] Dle Schneidrové jsou tyto stavy způsobeny hormonálními změnami v těhotenství a po porodu, vyčerpáním při porodu a emočními výkyvy, které s sebou narození dítěte nese. Kojení není v těchto případech kontraindikováno, je však nutno zajistit bezpečí matky i dítěte. Pokud uvedené projevy trvají déle než 14 dnů a dochází k jejich zhoršování, může se jednat o těžkou poporodní depresi nebo psychózu. V těchto případech je nutná intervence psychiatra, léčbu je nutno zvolit s ohledem na kojení, matka i dítě musí být pod odborným

[111] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 92-93.

[112] JIRSOVÁ, E., *Antibiotická léčba během kojení*, s. 84.

[113] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 96.

[114] SIMOČKOVÁ, V., *Popôrodné psychické poruchy v intencích ošetrovateľstva*, s 16.

dohledem.[115] Simočková rozděluje poporodní psychické poruchy na nejčastěji se vyskytující poporodní blues, které, pokud trvá déle než 14 dnů přechází, do poporodní deprese až po nejtěžší formu poporodní psychózu.[116]

5.7 Vyšetřovací metody u matek

Většina autorů se shoduje na tom, že neinvazivní zobrazovací techniky ultrazvuk, CT a magnetická rezonance nejsou důvodem k přerušení kojení. Matky mohou také podstoupit mamografické vyšetření nebo kontrastní vyšetření žaludku, aniž by musely nějak omezit kojení. Výjimku tvoří pouze vyšetření s použitím izotopů.[117]

5.8 Problémy s prsy

5.8.1 Anatomické zvláštnosti u matky

Jak uvádí Schneidrová, malé prsy neznamenají málo žlázové tkáně, rozdíl mezi malými a velkými prsy je v obsahu tukové tkáně. Matka s malými prsy nemusí mít tedy naprosto žádné potíže s kojením. Výjimku tvoří pouze matky se skutečným nedostatkem žlázové tkáně, která není schopna vytvořit dostatek mléka, a dítě je nutno dokrmit vhodným alternativním způsobem.

Naopak matky s velkými prsy nemusí mít nutně i velké bradavky, které by dítě nemohlo uchopit do úst. U kojení matek s velkými prsy Schneidrová zdůrazňuje nutnost ujistit matku, že se dítě v průběhu kojení neudusí, zdvižený nosík dítěte umožňuje dýchání po jeho okraji. Při kojení musí tyto ženy však prsy podpírat tolik, kolik dvorce a prsu udrží v ruce.[118]

[115] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 80.

[116] SIMOČKOVÁ, V., *Popôrodné psychické poruchy v intencích ošetrovateľstva*, s. 16.

[117] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 98.

[118] Tamtéž, s. 20.

5.8.2 Bolestivé nalití prsů

Dle Schneidrové se může otok a nalití prsů projevit pouze na bradavce a dvorci nebo postihuje celý prs ev. oba prsy najednou. Matka má prsy oteklé, plné, horké a bolestivé. Bolestivé nalití prsů brání přisátí dítěte, dítě sklouzává ústy z dvorce a může dojít k poškození bradavky. Příčinou není jen tvorba kolostra a mléka, ale i zvýšené množství krve a lymfy. Nalití prsů zhoršuje jejich prokrvení, z pomalu cirkulující krve prosakuje tekutina přes cévní stěnu do mezibuněčných prostor a zhoršená lymfatická drenáž nedostatečně tekutinu odstraňuje, tyto děje přispívají ke zhoršování stavu.[119]

Frühauf připomíná, že bolestivé nalití prsů může souviset s překrvením a otokem prsu, provázejícími zvýšení tvorby mléka ve třetím a čtvrtém dnu spolu s neplynulým vyprazdňováním prsu dítětem a špatnou technikou kojení.[120] Dle Schneidrové je prevencí časté přikládání dítěte v prvních hodinách a dnech, aby bylo dítětem průběžně odstraňováno vytvořené mléko. Matce doporučíme před kojením zlepšit prokrvení prsu aplikací vlhkého tepla s následným odstříkáním mléka, které změkčí dvorec a časté přikládání dítěte k prsu. Během kojení je třeba měnit polohy dítěte a střídat prsy.[121]

5.8.3 Bolestivé a popraskané bradavky, ragády

Odborníci se shodují na tom, že bolestivé bradavky, poškození bradavek, exkoriace a ragády jsou vždy výsledkem nesprávné techniky kojení, chybného přiložení dítěte k prsu nebo nesprávného sání dítěte a jsou bohužel častým důvodem pro přerušení nebo ukončení kojení. Jak zdůrazňuje Frühauf, k poškození bradavky může dojít již po jednom špatném přiložení dítěte, naopak s délkou přisátí dítěte, pokud je správné, nemá poškození bradavek nic společného.[122] Schneidrová upozorňuje, že rychlou a účinnou intervencí je možné ukončení laktace zabránit. Je nutné ihned upravit techniku kojení, matce doporučit zahajovat kojení z nepostiženého prsu, měnit polohy při kojení, upravit polohu tak, aby ragáda byla v koutku úst dítěte, správnou manipulací při přerušení nebo ukončení kojení zabránit další traumatizaci

[119] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 58-60

[120] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 24

[121] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 58-60

[122] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 24.

bradavek.[123] Dle Frühaufa se čistá ragáda zhojí i bez léčby během 2 - 3 dnů. K urychlení hojení lze použít některý z epitelizačních krémů nebo využít hojivého účinku mleziva a zadního mléka, které se na konci kojení vetře do bradavky a dvorce a ponechá se zaschnout volně na vzduchu. Pokud se ragáda infikuje, je nutno léčit dítě současně s matkou, protože zdrojem infekce jsou bakterie a kandidy z úst dítěte.[124]

5.8.4 Silný spouštěcí reflex a nadměrný tok mléka

Schneidrová uvádí, že pokud je vypuzovací reflex příliš silný, dítě se při kojení zalyká a odtahuje od prsu, jakmile začne mléko vytékat, ublinkává po jídle a mléko je viditelné v koutcích úst dítěte. Řešením je kojit dítě ve vzpřímené poloze, při fotbalovém držení je vhodný záklon matky dozadu, přerušit kojení, jakmile začne mléko téci, v kojení pokračovat po 1 - 2 minutách, kdy se zpomalí proud mléka.[125]

5.8.5 Ploché nebo vpáčené bradavky

Jak upozorňuje Frühauf, mohou být ploché nebo vpáčené bradavky důvodem značných obtíží při kojení nebo kojení zcela znemožnit. Správná prenatální příprava bradavek spolu s vhodně zvolenou polohou matky a dítěte lze tento problém u většiny matek překonat. Jak uvádí Frühauf, nakonec je jen málo typů bradavek skutečně překážkou kojení. [126] Plochá nebo vpáčená bradavka musí být dle Ondriové odhalena již v rámci prenatální péče, vhodná intervence zahájena v tomto období usnadní matce i dítěti úspěšné zahájení laktace. Matkám je doporučováno formování bradavek pomocí formovače.[127] Schneidrová doporučuje, aby matky často kojily již od porodu, než se prsa nalijí a přisátí dítě se tím ještě zhorší. Před kojením je vhodné odstříkat trochu mléka, aby dvorec změkl a bradavka vystoupila, přisátí dítěte je snažší při fotbalovém držení nebo při kojení vsedě. Kojení s pomocí kloboučku je určeno jako poslední řešení pro matky, jejichž dítě se nenaučilo uchopit bradavku, a je zde tedy

[123] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 44.

[124] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 24- 25.

[125] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 64-65.

[126] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 24.

[127] ONDRIOVÁ, I., *Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období*, s. 55.

velké riziko ukončení laktace, klobouček musí být i v těchto případech používán jen po dobu nezbytně nutnou.[128] Pokud tvar bradavky neumožní přisátí dítěte, doporučuje Frühauf krmit dítě odstříkaným mateřským mlékem.[129]

5.8.6 Mastitis puerperalis

Jak uvádí Hudečková, patří zánětlivé onemocnění prsu v šestinedělí mezi nejzávažnější poruchy kojení a svým průběhem ohrožuje matku i dítě. Vstupní branou infekce bývá nejčastěji poraněná bradavka nebo mlékovod, původcem pak Stafyloccocus aureus. Při mastitidě dochází k alteraci celkového stavu matky, který je rozhodující pro přerušení kojení. Protože je při kojení nejlépe drénována ta oblast prsu, kde má dítě dolní čelist, postihuje mastitida častěji zevní kvadranty prsní žlázy a již v samých počátcích infekce dochází k reaktivnímu zduření homolaterálních lymfatických uzlin v axile. Celkovými příznaky jsou horečka až 40°C, zimnice, třesavka, schvácenost, malátnost, únava a bolestivost prsou. Terapií je imobilizace prsu podprsenkou, studené obklady, před kojením prsa nahřát, antiflogistika a antipyretika, léčba antibiotiky. Kojení není nutné při mastitidě přerušovat, naopak správné kojení zajišťující dobrou drenáž prsu je předpokladem úspěšné léčby a redukuje riziko vzniku abscesu. Před kojením je doporučováno prsa nahřát např. obklady nebo ve sprše, poté zahájit kojení ze zdravého prsu, na postiženou stranu přiložit dítě až po objevení spouštěcího reflexu. Během kojení měnit několikrát polohu dítěte, aby se dostatečně vyprázdnily různé části prsu, popřípadě odstříkat mléko z postiženého do úlevy matky, ne však do úplného vyprázdnění.[130]

5.8.7 Relaktace po zmatení dítěte dudlíkem

Jak uvádí Schneidrová, je jedním z nejobtížnějších úkolů učit sát z prsu dítě, které bylo krmeno z láhve. Relaktace je náročný proces, matka i dítě potřebují v této době hodně podpory, učení kojení vyžaduje od obou trpělivost a ochotu se učit. Matka potřebuje podporu i od rodiny, protože relaktace je časově velmi náročná. Matku je

[128] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 60-63.

[129] FRÜHAUF, P., *Výživa novorozenců a kojenců*, s. 24.

[130] HUDEČKOVÁ, J., *Mastitis puerperalis z pohledu neonatologa*, s. 28-29.

nutno poučit o rozdílech v sání z lahve a z prsu, dále je nutno matku informovat o potřebě dokrmovat dítě alternativním způsobem až do doby zvýšení tvorby mléka u matky natolik, aby odpovídala potřebám dítěte. V průběhu relaktace je nutno sledovat počet pomočených plen a počet stolic, aby bylo možno správným dokrmem zajistit dostatečný příjem mléka, dokrmování nesmí být ukončeno příliš rychle. Matku je třeba upozornit, že zvýšení tvorby mléka trvá od několika dní až po několik týdnů u matek, u kterých příliš poklesla tvorba mléka nebo dítě špatně saje.

Před kojením se doporučuje mobilizace mléka masáží prsu, teplem nebo odstříkáním, aby byl spouštěcí reflex aktivován ještě před přiložením dítěte k prsu, tímto se dítěti zajistí okamžitý proud mléka po přiložení, na který je dítě zvyklé z láhve. Aby byl zajištěn stálý proud mléka, lze s výhodou použít suplementor.[131]

5.8.8 Raynodův fenomén prsních bradavek

Jak uvádí Doležel, je nutno při potížích s kojením myslet i na méně časté případy postižení bradavek, jako je např. Raynodův fenomén prsních bradavek. Postižení bradavek do klasického obrazu tohoto onemocnění nepatří, afekce klasicky postihuje prsty ruku a nohou. Při Raynodově fenoménu dochází v první fázi ke spazmu arteriol a následné ischemii. Pokud postihuje Raynodův fenomén bradavku, pociťují ženy v souvislosti s kojením v první fázi bolest a zblednutí bradavky. Poté dojde k červenání nebo promodrání bradavky provázené tepavou bolestivostí. Protože se tento problém vyskytuje velmi raritně, zdravotnický personál na něj nemyslí, bývá pozdě diagnostikován a léčen. Problémy s kojením jsou mylně přisuzovány afty v dutině ústní dítěte nebo mykotickému postižení bradavky, následné intervence jsou chybně vedeny tímto směrem a jsou neúčinné. Kojení je pro matku s tímto postižením bradavek nepříjemné a bolestivé, při nesprávné a pozdní diagnostice hrozí dle Doležela ukončení kojení a převedení dítěte na umělou výživu. Zásadní roli ve správné diagnostice tohoto onemocnění hraje podrobná a cílená anamnéza zaměřená na prostředí, ve kterém matka kojí a na barevné a algické změny bradavek a pečlivé vyšetření bradavek. Pokud je problém včas diagnostikám, léčba je jednoduchá a účinná a umožňuje zachování kojení. Kojícím ženám je doporučováno teple se oblékat, kojit

[131] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 66-68.

v přiměřeně teplé místnosti, dostatečný přívod vápníku, hořčíku, vitaminu B6, aerobní cvičení.[132]

[132] DOLEŽEL, Z., *Raynodův fenomén (RF) bradavek v souvislosti s kojením*, s. 113.

6 METODY NA PODPORU KOJENÍ

6.1 Kangaroo care metoda k podpoře kojení

Jak uvádí Magurová, lze k podpoře kojení použít jednu z metod bazální stimulace a to tzv.„klokaní péči“. Kangeroo care je metoda jednoduchá, biologicky přirozená, snadno proveditelná i v domácím prostředí. Podstatou metody je kontakt skin-to-skin tedy kůže na kůži, která stimuluje produkci mateřského mléka a podporuje budování vztahu matky a dítěte. Děti mohou být v klokaní péči kojené častěji a mohou přibrat i 30 gramů denně. Mimo podpory kojení přispívá tato metoda ke stabilizaci novorozenců, synchronizaci spánku, podporuje tvorbu citové vazby matka-dítě, matka vnímá projevy dítěte, potřeby, signály, které dítě vysílá. Matka cítí, jak dítě dýchá, může je upokojit dotykem, zná více své dítě, cítí se sebevědomá.[133] Mrosková připomíná, že kangaroo care s oblibou používají perinatologická centra v rámci péče o nedonošené novorozence. Kangaroo care pomáhá k udržení a rozvoji laktace u matek nedonošených dětí.[134] V domácím prostředí lze použít tzv. baby vak – látkový nosič.[135]

6.2 Banky mateřského mléka

Mateřské mléko z banky mateřského mléka slouží jako plnohodnotná náhrada pro novorozence a kojence, kteří nemohou být z jakéhokoli důvodu kojeni. Průkopníkem myšlenky kryokonzervace mateřského mléka byl pražský pediatr Epstein na začátku dvacátého století. V roce 1909 vznikla ve Vídni první banka lidského mléka. V České republice vznikaly banky při perinatologických centrech. V současnosti je v ČR 13 bank mateřského mléka. Dle doporučení WHO je v ČR od roku 1987 zakázáno kojit dítě cizí matkou nebo krmit dítě cizím neošetřeným mateřským mlékem.

[133] MAGUROVÁ, D., *Kangaroo care a jeho uplatnění v ošetřovatelské praxi*, s. 40-42.

[134] MROSKOVÁ, S. *Alternativní výživa novorozenců s nízkou porodní váhou a předčasně narozených dětí*, s. 39.

[135] MAGUROVÁ, D., *Kangaroo care a jeho uplatnění v ošetřovatelské praxi*, s. 40-42.

Mateřské mléko z banky je dle laktační ligy používáno jako plnohodnotná náhrada kojení u dětí, které nemohou být z jakéhokoliv důvodu kojeni. V posledních letech došlo k vývoji poznatků o výživě nezralých a extrémně nezralých novorozenců.

Mléku z banky dáváme přednost před náhražkami i v případě, že dítě musí být z lékařské indikace dokrmeno na novorozeneckém oddělení. V těchto případech není vhodné dokrmování čajem glukózou nebo umělou výživou.[136]

6.3 Alternativní postupy podávání mateřského mléka

Alternativní postupy v podávání mateřského mléka jsou metody, které částečně nebo plně nahrazují příjem mateřského mléka v době, kdy to není možné ze strany dítěte nebo matky. Jak uvádí Mrosková, alternativní postupy umožňují překlenout dobu neschopnosti dítěte přijímat mléko z prsu matky nebo neschopnosti matky mléko dítěti podávat. Výhodou alternativních postupů je zachování správné techniky sání, dítě neztrácí sací reflex. Mrosková se zmiňuje i o nevýhodách alternativních postupů, především jsou tyto postupy časově náročnější, při některých postupech je nutná i pomoc jiné osoby. Alternativní postupy vyžadují používání pomůcek a při nedodržení hygienických postupů je možný přenos infekce. Tyto postupy vyžadují podrobnou edukaci matky, trpělivost ze strany matky a podporu při udržení laktace odstříkáním mateřského mléka.[137]

Mezi alternativní postupy patří krmení novorozence pomocí kádinky, hrníčku nebo kelímku na krmení BabyCup, použití kelímku je jednoduché, dítě neztrácí sací reflex, umožňuje kontrolu množství vypitého mléka. Jak uvádí Weberová, je další možností alternativního krmení za pomoci suplementoru nebo stříkačky s cévkou i bez cévky. Suplementor je speciální souprava skládající se z nádobky, kterou má matka pověšenou na krku dnem vzhůru a hadičkou, jejíž konec ústí u bradavky, k prsu je hadička v úrovni dvorce připevněna náplastí. Použití suplementoru nejvíce připomíná vlastní kojení, umožňuje intimní kontakt dítěte s matkou a sání stejné jako u kojení. Mezi další možnosti patří krmení lžičkou nebo lze použít lahvičku se savičkou ve tvaru lžičky. Při krmení dítěte po prstu stimulujeme prstem sací bod dítěte, až začne dítě sát,

[136] http://www.kojeni.cz/banky.php

[137] MROSKOVÁ, S. *Alternativní výživa novorozenců s nízkou porodní váhou a předčasně narozených dětí*, s. 38.

podáváme mu mléko stříkačkou s cévkou. Mléko musí být podáno dítěti jako odměna za sání.[138]

6.4 Laktační poradenství

Jak uvádí Stauberová, ne všechny maminky zvládnout nástrahy kojení hladce. Své problémy s kojením mohou matky konzultovat s laktačním poradcem z řad zdravotníků nebo matek poradkyň. Laktační poradkyně pomáhají matkám s rozpoznáním problémů s kojením, s řešením problémů, doporučují matkám vhodné pomůcky ke kojení, informují matky o metodách podporujících kojení.[139] Matky se mohou obrátit i na Národní linku kojení se sídlem ve FTNsP Krč.[140] Stauberová zdůrazňuje, že většina matek je s činností laktačních poradců spokojená, za zbytečné považuje laktační poradenství jen 8 % matek. Matky, které konzultaci laktační poradkyně využily, jsou rozhodnuty doporučit laktační poradenství svým známým.[141]

[138] http://www.medela.cz/produkty/specialni-produkty-pro-alternativni-zpusob-vyzivy.php

[139] STAUBEROVÁ, M., *Význam laktační poradkyně pro matku a dítě*, s. 43.

[140] http://www.kojeni.cz/linka.php

[141] STAUBEROVÁ, M., *Význam laktační poradkyně pro matku a dítě*, s. 43.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo provedení analýzy důvodů, které by mohly ohrozit zahájení laktace, vést k přerušení nebo předčasnému ukončení kojení. V posledních 20 letech došlo v ČR k výrazné změně postoje matek i zdravotníků ke kojení. Někteří autoři popisují současný stav dokonce jako renesanci kojení. Dnešní generace matek má ke kojení pozitivní vztah, své děti chce kojit, chce řešit problémy ohrožující kojení a aktivně se zapojuje i do propagace kojení. Kojící ženy zároveň vytváří pozitivní vzor ve společnosti a mohou v budoucnu předat zkušenosti s kojením svým dětem. Umění kojit se bude moci předávat z matky na dceru, tak jak tomu bylo v minulosti.

Dle statistických údajů začne v ČR kojit více než 96 % žen, při propuštění z porodnice je plně kojeno více než 86 % dětí. Co ale považují odborníci za alarmující je nízký počet kojených dětí v 6 měsících (viz příl. 5, s. 60). Nízký počet kojených dětí a předčasné ukončení kojení má významné negativní dopady na zdraví žen a dětí a vede ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči.[142]

Četně se dohledané práce shodují na tom, že problémy s kojením stresují matky, matky je mohou považovat za svou chybu nebo selhání plnění mateřské role. Matku je nutno podporovat v sebedůvěře, že je schopna o dítě pečovat, uživit jej přirozeným způsobem a že většinu problémů s kojením lze odstranit, i když se někdy může jednat o časově náročný proces, vyžadující trpělivost matky a podporu celé rodiny.

Jak vyplývá z dostupných zdrojů je jedinou kontraindikací výživy dětí mateřským mlékem galaktosémie, ostatní děti mohou být kojeny ev. krmeny mateřským mlékem.[143, 144] Důvodem ohrožujícím kojení ze strany dětí může být abnormalita v orofaciální oblasti, neurologické postižení, prematurita, metabolické vady.

Autoři v dostupných zdrojích se shodují na tom, že kontraindikací kojení z pohledu matek jsou jen závažná onemocnění.[145, 146] Ruku v ruce s medicínským pokrokem v léčbě některých chronických onemocnění, vyvstala i otázka těhotenství a

[142] http://kojeni.cz/kojeniCR.php

[143] FRÜHAUF., P., *Výživa novorozenců a kojenců.*, s. 30.

[144] SCHNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 77-78.

[145] S**C**HNEIDROVÁ, D., *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*, s. 80.

[146] Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics [on line], s. 115, http:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687461

následně kojení u žen s těmito onemocněními. Odborníci se shodují na tom, že většina matek s chronickým onemocněním kojit může, těmto matkám však musí být věnována zvýšená péče ze strany jejich základního onemocnění, ale i zdravotníky, kteří se zabývají laktací. Tyto matky rovněž vyžadují i výraznější podporu svého okolí a rodiny.[147, 148, 149]

Dle dohledaných zdrojů je nejčastějším důvodem zavedení příkrmu, přerušení nebo předčasného ukončení kojení ze strany matek byly dle dostupné literatury problémy s prsy, způsobené špatnou technikou kojení.[150] Proto je odborníky kladen velký důraz na kvalitní edukaci matek nejlépe zahájenou již v prenatálním období. V edukaci matek je nutno věnovat největší pozornost právě nácviku techniky kojení.[151, 152]

Snahou zdravotníků je správně a včas diagnostikovat potenciální problémy, které by mohly vést k přerušení nebo dokonce ukončení kojení a pomoci matkám důvody odstranit a problémy efektivně řešit. Matky dnes mohou využít k podpoře kojení některou z alternativních metod nebo využít možnost konzultace laktačních poradkyň z řad zdravotníků nebo matek poradkyň.[153, 154, 155]

Závěrem lze konstatovat, že i když je spektrum důvodů ohrožujících kojením široké, je možné většinu vniklých problémů s kojením vyřešit a zajistit zachování laktace.

[147] HORÁKOVÁ, D., *Roztroušená skleróza a těhotenství,* s. 33-34.

[148] ZÁRUBOVÁ, J., *Epilepsie a mateřství*, s. 334-336.

[149] FILKOVÁ, A., *Epilepsie v těhotenství,* s. 19.

[150] PELOUŠKOVÁ, N., *Proč ženy kojí,* s. 27.

[151] ONDRIOVÁ, I., *Aktivní podpora kojení v prenatálním a perinatálním období,* s. 54-55.

[152] STAUBEROVÁ, M., *Význam laktační poradkyně pro matku a dítě*, s. 43.

[153] http://www.kojeni.cz/linka.php

[154] MROSKOVÁ, S. *Alternativní výživa novorozenců s nízkou porodní váhou a předčasně narozených dětí*, s. 38.

[155] MAGUROVÁ, D., *Kangaroo care a jeho uplatnění v ošetřovatelské praxi*, s. 40-42.

LITERATURA A PRAMENY

1. BURIANOVÁ, Iva, aj. *Nové pohledy na výživu novorozenců a kojenců*. 1.vyd. Solen Print, 2008. 58 s. ISBN 978-80-903776-8-4
2. BURIANOVÁ, Iva, FRÜHAUF, Pavel. Mimořádné situace ve výživě novorozenců a kojenců. 1.vyd. 2010. 40 s. ISBN 978-80-87290-01-9
3. DOLEŽEL, Zdeněk. Raynodův fenomén (RF) prsních bradavek v souvislosti s kojením. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2004, roč. 5, č. 3, s. 113.
4. DOLEŽEL, Zdeněk, ELSTNEROVÁ, Lia, aj. Tragédie provázející kojení. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2005, roč. 6, č. 3, s. 147-150.
5. FRÜHAUF, Pavel. Alternativní výživa u dětí. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2010, roč. 11, č. 2, s.110-114.
6. FRÜHAUF, Pavel. Úpravy a přídavky do kojeneckých formulí. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2005, roč. 7, č. 6, s. 302 – 304.
7. FRÜHAUF, Pavel, NEVORAL, Jiří, a PAULOVÁ, Magdalena. *Výživa novorozenců a kojenců- současný pohled*. 1.vyd. Solen, 2003. 80 s. ISBN 80-239-2011-1.
8. FUCHS, Martin. Lze alergiím předcházet? *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2009, roč. 10, č. 2, s. 82-86.
9. HANUŠČÁKOVÁ, Petra. Péče o nezralého novorozence. *Sestra*. Praha. ISSN 1210-0404. 2008, roč. 18, č. 10, s. 52-53.
10. HLÚBIK, Pavel, a FAJTROVÁ, Jana. *Pediatrie pro praxi. Solen*. ISSN 1213-0494. 2005, roč. 6, č. 2, s. 66-68.
11. HORÁKOVÁ, Dana. Roztroušení skleróza a těhotenství. *Neurologie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-1814. 2007, č. 1, s. 32-34.
12. HUDEČKOVÁ, Jana, PÁRALOVÁ, Helena, aj. Mastitis puerperalis z pohledu neonatologa. *Praktická gynekologie*. ISSN 1211-6645. 2004, č. 6, s. 28-30.
13. JIRSOVÁ, Eva. Antibiotická léčba během kojení. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2003. r. 2, s. 84-89.
14. JIRSOVÁ, Eva. Farmakoterapie při kojení. *Interní medicína pro praxi*. Solen. ISSN 1212-7299. 2006. r. 4, s. 198-200.

15. KUBA, Robert. Antiepileptika a gravidita. *Psychiatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0508. 2006, č. 6, s. 272-275.
16. MACKO, Jozef. Fortifikace (suplementace) mateřského mléka. *Pediatrie pro praxi.* Solen. ISSN 1213-0494. 2010, roč. 11, č. 1, s. 13-16.
17. MAGUROVÁ, Dagmar, a BODÍKOVÁ, Jana. Kangaroo Care a jeho uplatnění v ošetřovatelské praxi. *Sestra*. Praha. ISSN 1210-0404. 2009, roč .19, č.5, s. 40 – 42.
18. MENDLOVÁ, Pavla, KOLOUŠKOVÁ, Stanislava, aj. Vliv výživy na riziko vzniku diabetes mellitus 1. typu. *Pediatrie pro praxi. S*olen. ISSN 1213-0494. 2004, roč. 5, č. 6, s. 279-282.
19. MROSKOVÁ, Slávka, SCHLOSSEROVÁ, Alena, aj. Alternativní výživa novorozenců s nízkou porodní váhou a předčasně narozených dětí. *Sestra.* Praha. ISSN 1210-0404. 2011, roč. 21, č. 3, s. 38-39.
20. MYDLILOVÁ, A. Doporučení pro kojení fyziologických novorozenců, kojenců a malých dětí. *Pediatrie pro praxi. S*olen. ISSN 1213-0494. 2005, roč. 7, č. 5, s. 273.
21. MYDLILOVÁ, A., ŠÍPEK, A, aj. Vliv některých faktorů na počet kojených dětí při propuštění z porodnice v letech 2000 až 2004 v ČR. *Česko-slovenská pediatrie*. ISSN 0069-2328. 2008. roč. 63, č. 4, s. 182-191.
22. PELOUŠKOVÁ, Nina. Proč ženy kojí. *Sestra*. Praha. ISSN 1210-0404. 2009, roč. 19, č. 11, s. 27.
23. SCHNEIDEROVÁ, Dagmar. *Kojení – nejčastější problémy a jejich řešení*. 2.vyd. Grada, 2006. 132 s. ISBN 80-247-1308-X.
24. SIMOČKOVÁ, Viera. Popôrodné psychické poruchy v intencích ošetrovateľstva. *Florence*. ISSN 1801-464X. 2010, roč. 6, č. 6, s. 16-18.
25. STAUBEROVÁ, Michaela. Význam laktační poradkyně pro matku a dítě. *Sestra.* Praha. ISSN 1210-0404. 2008. roč. 18, č. 9, s. 43.
26. STEHLÍKOVÁ, Ivana. Souvislost doby kojení s utvářením kognitivních funkcí u dětí. *Pediatrie pro praxi*, Solen. ISSN 1213-0494. 2009, roč. 10, č. 5, s. 332-334.
27. ŠRÁČKOVÁ, Danuše. Historie kojení I. *Praktická gynekologie*. ISSN 1211-6645. 2004. č. 3, s. 22-24.

28. ŠRÁČKOVÁ, Danuše. Historie kojení II. *Praktická gynekologie*. ISSN 1211-6645. 2004. č. 4, s. 26-28.
29. TLÁSKAL, Petr. Historie a současnost počáteční dětské výživy. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2008, roč. 9, č. 2, s. 86-92.
30. VEJROSTOVÁ, Eva. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2006, roč. 7, č. 2, s. 99.
31. VERNEROVÁ, Eva. Výživa a alergie. *Pediatrie pro praxi. Solen*. ISSN 1213-0494. 2007, roč. 8, č. 3, s. 168-172.
32. VINCENTOVÁ, Dana. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči v ČR. *Pediatrie pro praxi*. Solen. ISSN 1213-0494. 2007, roč. 8, č. 5, s. 110-111.
33. WEBEROVÁ, M. Chyby v péči o novorozence po propuštění z nemocnice – 1. část. *Pediatrie pro praxi.* Solen. ISSN 1213-0494. 2004, roč. 5, č. 3, s. 118-120.
34. Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics [on line], 2005, 115, s. 496-506 [cit 2011-04-10]. Dostupné na: <http:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15687461>
35. http:// www.medela.cz/produkty/pomůcky-pro-kojici-maminky.php [cit 2011-04-10]
36. http://www.medela.cz/produkty/specialni-produkty-pro-alternativni-zpusob-vyzivy.php [cit 2011-04-10]
37. http://www.kojeni.cz/doporuceni.php [cit 2011-04-12]
38. http://www.kojeni.cz/kojeniCR.php [cit 2011-03-25]
39. http://www.kojeni.cz/linka.php [cit 2011-04-10]
40. http://www.kojeni.cz/banky.php [cit 2011-04-01]
41. http://www.kojeni.cz/poradci.php [cit 2011-04-10]
42. http://www.kojeni.cz/svtyden.php [cit 2011-03-18]
43. http://kojeni.cz/texty.php?id=14 [cit 2011-04-10]

SEZNAM ZKRATEK

BFH	Baby freindly hospital
ČR	Česká republika
FTNsP	Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Deset kroků k podpoře kojení

Příl. 2 – Průřez různých studií ke kojení dětí ve věku 3 měsíců

Příl. 3 – Podíl dětí kojených celkem při propuštění dle typu porodnice

Příl. 4 – Podíl dětí plně kojených při propuštění dle typu porodnice

Příl. 5 – Vývojové trendy výživy kojenců v prvních šesti měsících života

Příl. 6 – Hmotnostně – výškový poměr dívky 0-3 roky

Příl. 7 – Hmotnostně – výškový poměr chlapci 0-3 roky

Příl. 8 – Tělesná délka dívky 0-2 roky

Příl. 9 – Tělesná délka chlapci 0-2 roky

Příloha č. 1

Deset kroků k podpoře kojení

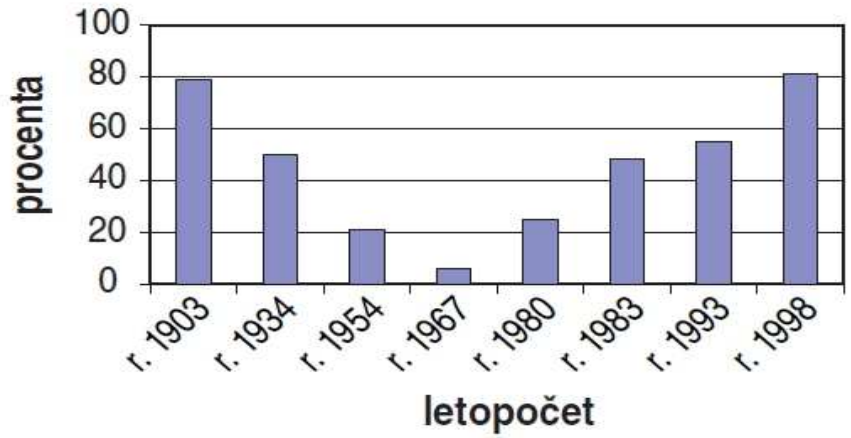
1. Mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předává všem členům zdravotnického týmu.
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení.
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
6. Nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů.
7. Praktikovat roaming - in – umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně.
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu).
9. Nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
10. Povzbuzovat zakládání dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support Gross) a upozorňovat na ně matky při propuštění z porodnice.[156]

[156] http://kojeni.cz/10kroku.php

Příloha č. 2

Průřez různých studií ke kojení dětí ve věku 3 měsíců[157]

Graf 1. Průřez různých studií ke kojení dětí ve věku 3 měsíců (11)

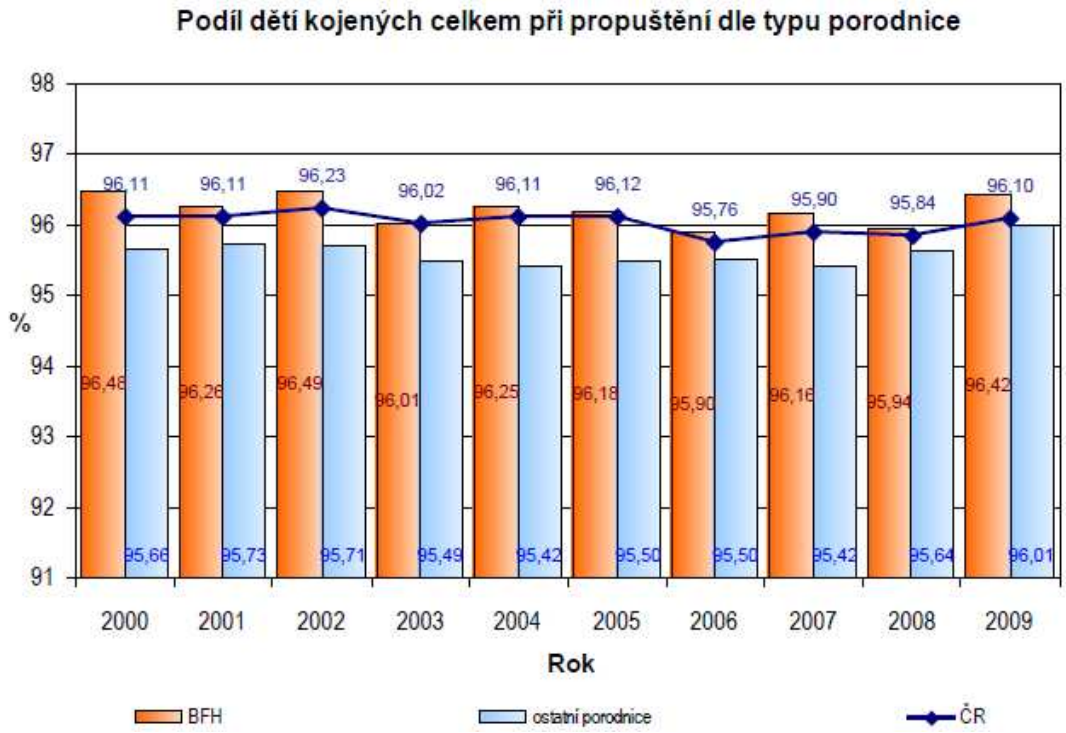


r. 1903 Ganghofner
r. 1934 Weiss, Hölzel
r. 1954 Kubát, Janovský
r. 1967 Švejcar
r. 1980 Mucková
r. 1983–1998 Tláskal

[157] TLÁSKAL, P., *Historie a současnost počáteční dětské výživy*, s. 86

Příloha č. 3

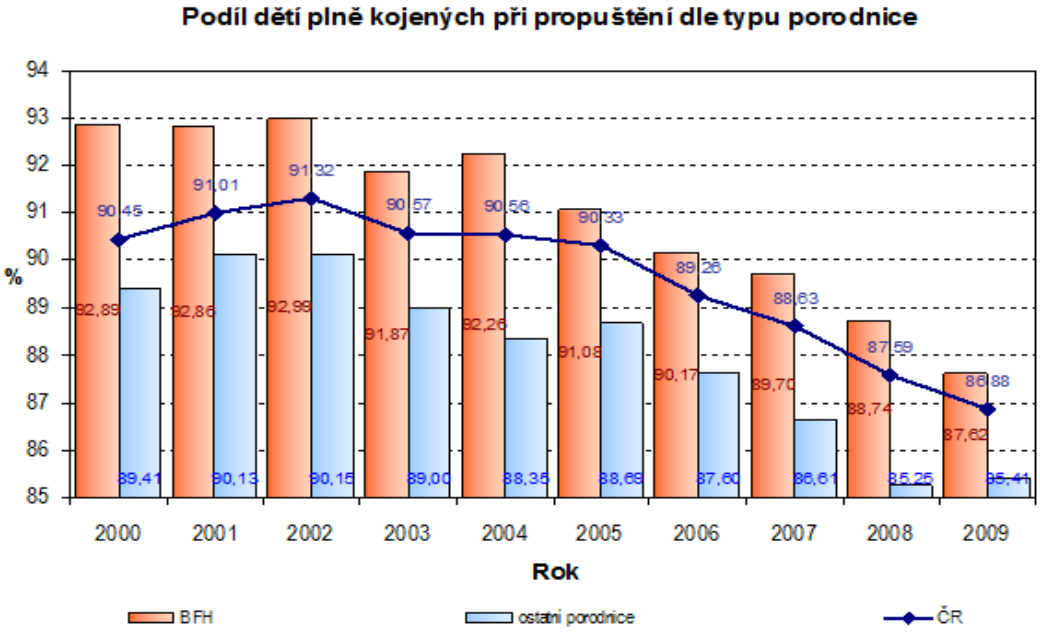
Podíl dětí kojených celkem při propuštění dle typu porodnice[158]



[158] http://kojeni.cz/kojeniCR.php

Příloha č. 4

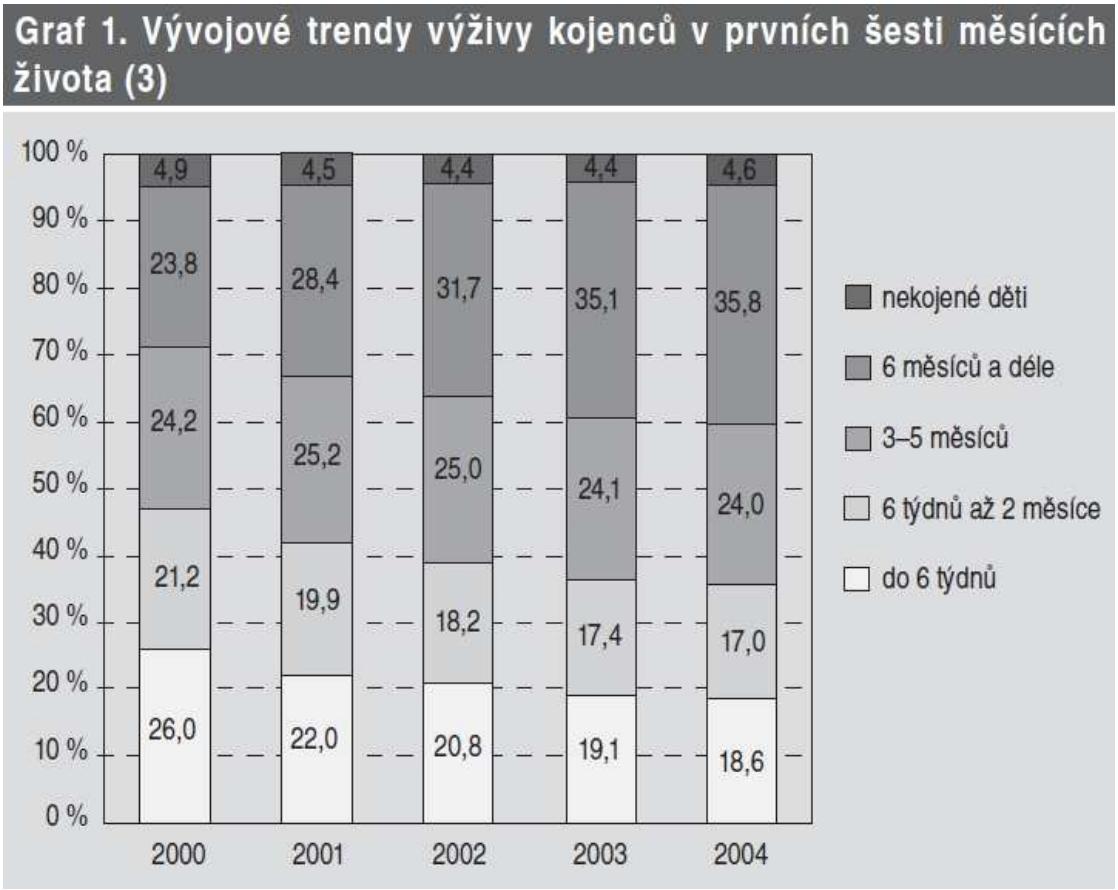
Podíl dětí plně kojených při propuštění dle typu porodnice[159]



[159] http://kojeni.cz/kojeniCR.php

Příloha č. 5

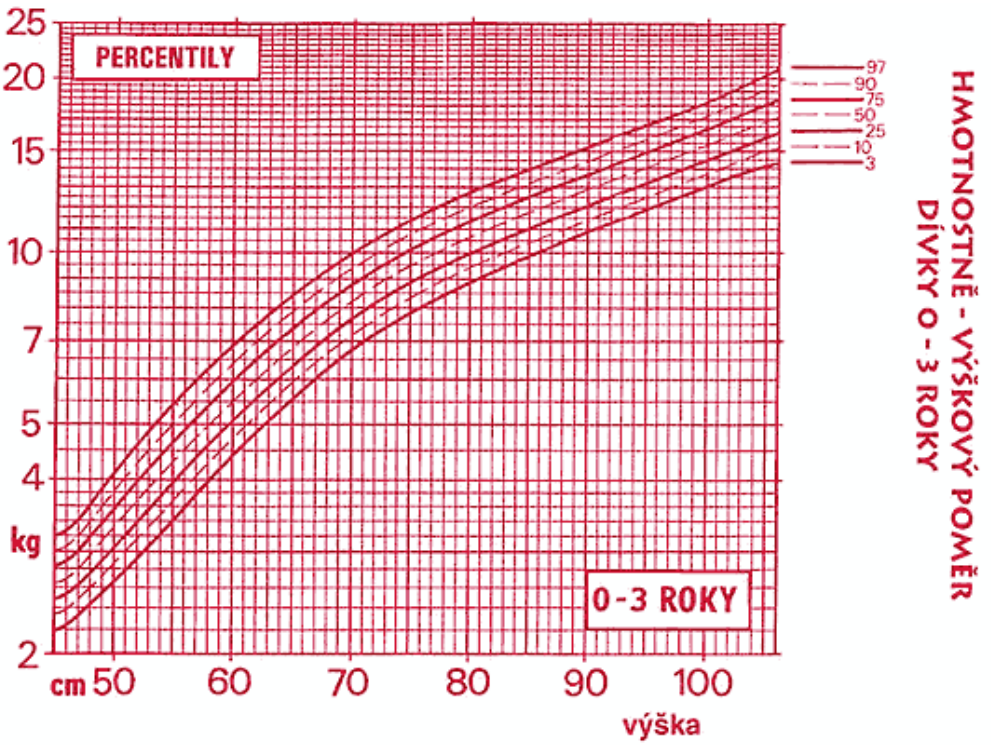
Vývojové trendy výživy kojenců v prvních šesti měsících života[160]



[160] FRÜHAUF, P., *Úpravy a přídavky do kojeneckých formulí,* s.303

Příloha č. 6

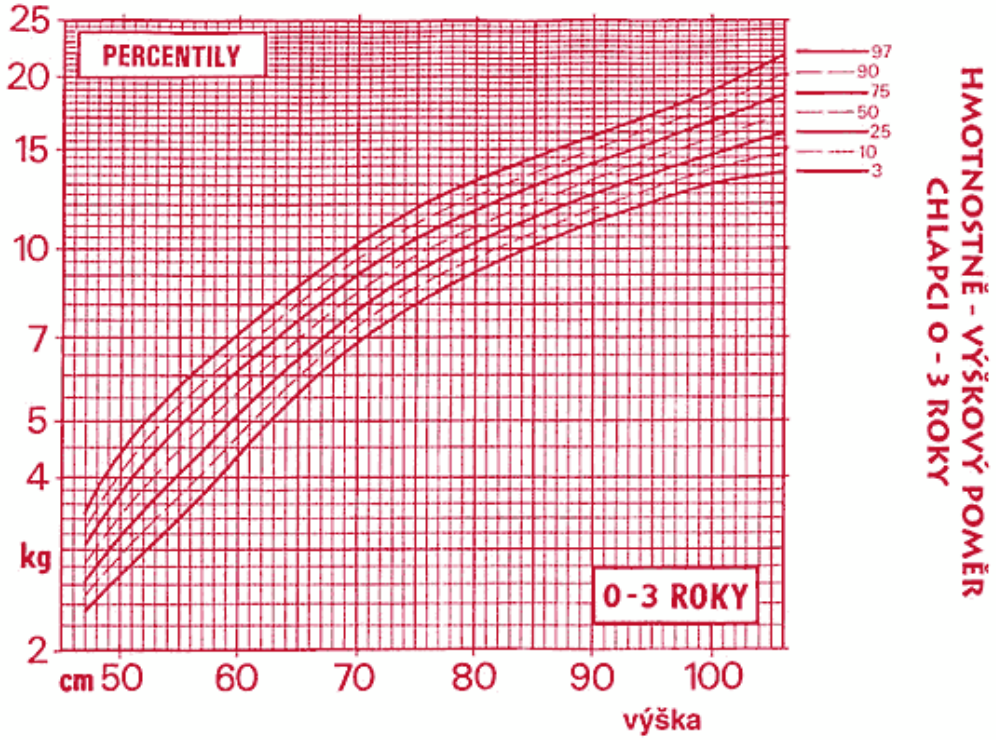
Hmotnostně – výškový poměr dívky 0-3 roky[161]



[161] http://kojeni.cz/texty.php?id=14

Příloha č. 7

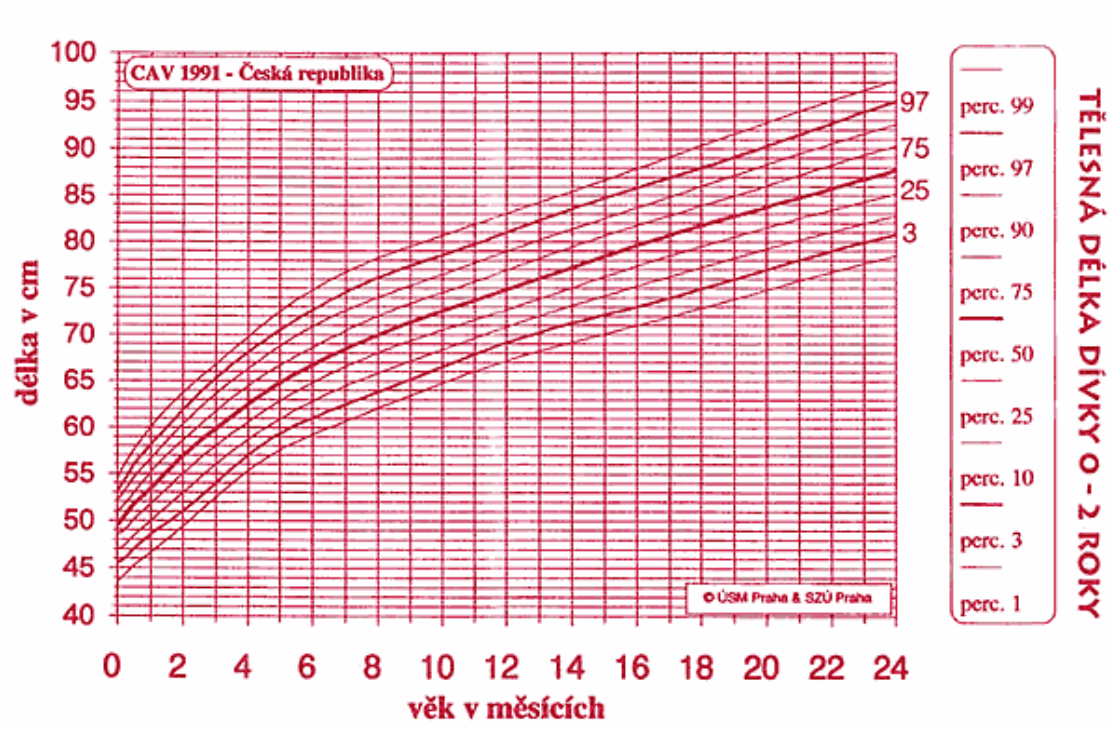
Hmotnostně – výškový poměr chlapci 0-3 roky[162]



[162] http://kojeni.cz/texty.php?id=14

Příloha č. 8

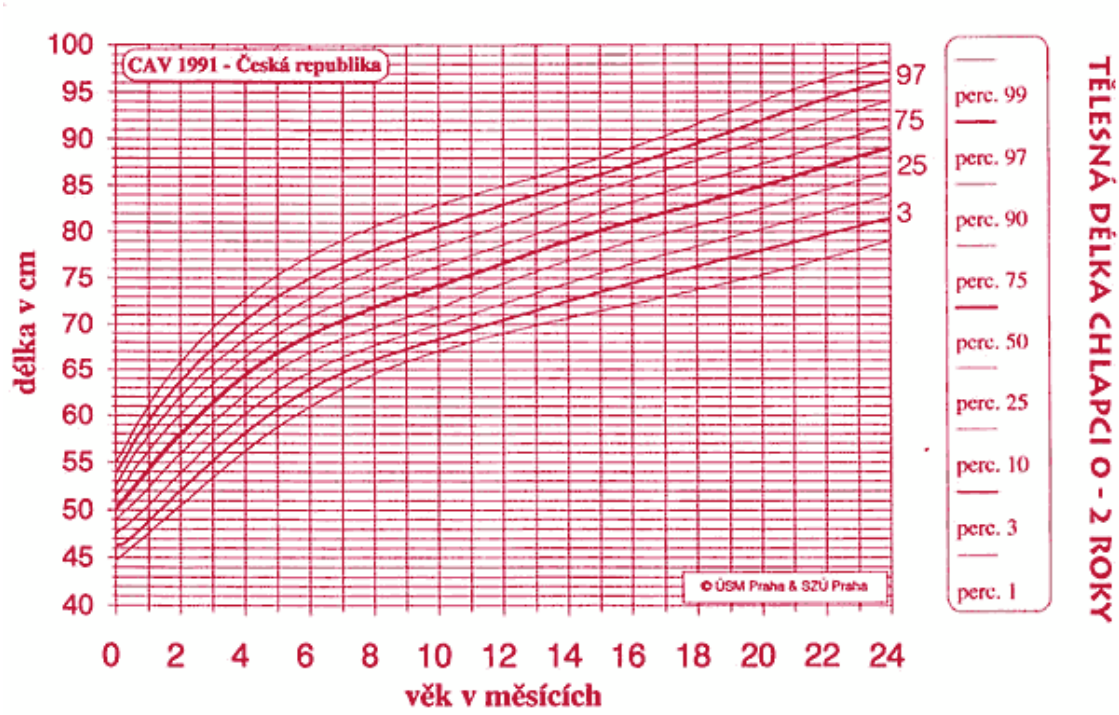
Tělesná délka dívky 0-2 roky[163]



[163] http://kojeni.cz/texty.php?id=14

Příloha č. 9

Tělesná délka chlapci 0-2 roky[164]



[164] http://kojeni.cz/texty.php?id=14