

Podat dítěti dudlík či nepodat?

Mgr. Jaroslava Fendrychová, Ph.D.

Katedra ARIPP, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO), Brno

Článek zmiňuje potřebu dítěte sát nejenom z důvodu výživy, ale také z důvodu sebeuklidnění, sebeuspokojení nebo tišení bolesti. K tomu mu lze podat dudlík, jehož výhody a nevýhody jsou v článku zdokumentovány na základě dřívějších zahraničních šetření. Z toho také můžeme usuzovat, že v západních zemích se s problematikou podat dítěti dudlík či nepodat již vypořádali, kdežto u nás jsme teprve někde na začátku. Zatím převažuje názor dudlík nepodat a hlavním důvodem je, že se dítě nenaučí sát z prsu. Proto jsou v článku zmíněny i další výhody a nevýhody podání dudlíku, včetně doporučení, která vydaly americké asociace pediatriů, dětských zubařů a rodinných lékařů.

Klíčová slova: dudlík, novorozenec, kojenec, výhody a nevýhody, doporučení.

To give a pacifier to an infant or not?

The article deals with the infant's need to suck not only for the reason of feeding but also for the reason of self-pacification, self-satisfaction or pain relief. This can be achieved by giving the baby a pacifier, the advantages and disadvantages of which are documented in the article on the basis of earlier foreign research. It could lead to a conclusion that the problem whether to give a pacifier to an infant or not has already been resolved in western countries, but in our country, we are still at the beginning of the solution. So far, the opinion not to give the pacifier is prevailing, the main reason being the fear that the infant will not learn to suck from the breast. Therefore the article deals also with other advantages and disadvantages of giving the baby a pacifier, including the recommendations published by American associations of paediatricians, paediatric dentists and family physicians.

Key words: pacifier, newborn, infant, advantages and disadvantages, recommendations.

Úvod do problematiky

Potřeba dítěte sát je vrozená. I v děloze matky si strká prsty (pěstičky) do úst a sají. Jakmile se narodí, hledá stejné uspokojení. Sání je reflex nezbytný k přežití. Sáním vlastních prstů nebo pěstiček ve druhé nebo třetí fázi poporodní adaptace se dítě nejenom uklidňuje, ale dává tím matce a ošetřujícímu personálu najevo, že už by také mohlo dostat najíst. Proto tuto činnost novorozence bedlivě sledujeme a při prvním vyšetření hodnotíme. Získáme tím informace o tom, zda dítě smíme přiložit k prsu matky nebo máme ještě chvíli počkat, nebo jej budeme muset začít živit jinou, alternativní technikou.

Jak již bylo zmíněno, dítě nesaje jenom z pocitu hladu. Non-nutritivním sáním (cucáním) se uklidňuje, navozuje si příjemné pocity a snižuje ty nepříjemné, v mnoha případech (na

jednotkách intenzivní péče) i bolestivé. Podáním dudlíku (šidítka) pomůžeme dítěti snížit jeho neklid nebo projevy bolesti. Probuzenému dítěti pomůžeme znovu usnout. V případě neklidu poskytne dudlík dítěti rozptýlení a pečovateli dostatek času k přípravě jídla nebo k ukončení jiné činnosti, kterou se právě zabýval. Sání dudlíku se dá také lépe kontrolovat. Dudlík může pečovatel docela jednoduše vyhodit, s prsty (palcem, pěstičkou) se totéž udělat nedá (1, 2).

Cucání palce (prstů) se objevuje u dětí, které příliš rychle odložily dudlík, ať již samy od sebe, nebo jim ho příliš brzy vzali rodiče. Může se však objevit i později, v době, kdy je dudlík dávno zapomenutý. V takovém případě již hovoříme o zlovyku, který je ale velmi individuální. Ne každé dítě, kterému předčasně vzali dudlík, si začne cucat palec (prsty) a naopak (3).

Podíváme-li se do historie, dudlík byl vnímán jako přínosný pro dítě i pečovatele až do počátku 20. století, kdy se začaly šířit obavy, že jeho použití vede k špatným hygienickým návykům dítěte a k příliš shovívavému chování pečovatele (4). V současné době jsou názory smíšené, přesto však zhruba 75–85 % dětí dudlík dostává (5).

Výhody podání dudlíku

Celá řada zahraničních studií zmiňuje pozitivní vliv podání dudlíku novorozenci nebo kojenci na **zmírnění bolestivých projevů** při malých invazivních zákrocích (6, 7, 8, 9, 10). Americká akademie pediatriů (AAP) doporučuje podání dudlíku jako jednu z klíčových metod úlevy od bolesti u dětí mladších šesti měsíců věku, které podstupují malý bolestivý výkon. Současně doporučuje podat také menší množství roztoku sacharózy (cca 2 ml) v průběhu

dvou minut samostatně, nebo v kombinaci s dudlíkem. Kombinace (dle autorů některých studií) se zdá být efektivnější (8, 11). Jiné studie (u donošených i nedonošených novorozenců) však ukázaly lepší výsledky u prostého dudlíku než u sladkých roztoků (6, 9). Také u velmi nezralých novorozenců (VLBW) se kombinace dudlíku a roztoků jako lepší varianta neprokázala (7). Studie z roku 2007 potvrdila, že dudlík snižuje délku pláče u dětí podstupujících venepunkci, a to zejména u těch mladších tří měsíců věku (10). Proto je podávání dudlíku AAP doporučováno také při dalších výkonech, jako je např. katetrizace močového měchýře, vpich do paty, očkování, zavedení intravenózního katétru, lumbální punkce nebo vyšetření retinopatie nedonošených (11, 12, 13, 14).

Výsledky jiných zahraničních studií spojují podání dudlíku se **snížením rizika výskytu syndromu náhlého úmrtí kojenců (SIDS)** (15, 16, 17). Přesný mechanismus účinku dudlíku na snížení výskytu SIDS není zcela znám, ale jeho podání může snížit pravděpodobnost přetočení dítěte z polohy na zádech do polohy na břicho, což je pro výskyt SIDS nejrizikovější. Dále pak dudlík brání zapadnutí jazyku v poloze na zádech, zvyšuje vzrušivost dítěte, které neusne příliš hlubokým spánkem, udržuje průchodnost jeho dýchacích cest častějším polykáním, snižuje gastroezofageální reflux a zvyšuje dechové úsilí dítěte, čímž zlepšuje eliminaci oxidu uhličitého (15, 17). AAP doporučuje nabídnout dítěti dudlík při ukládání k spánku, ale nevnučovat mu jej, nebo nevracet zpět do úst, pokud ho ve spánku vyplivne, a to zvláště v nejrizikovějším období, tedy ve 2.–6. měsíci jeho života (16).

U nedonošených novorozenců bylo zjištěno, že non-nutritivní sání (dudlíku, pěstičky, prstů) **snižuje délku jejich pobytu v nemocnici**, orální stimulaci **urychluje přechod z podávání výživy sondou na krmení z láhve a zlepšuje pití z láhve** (18, 19). Dudlík rovněž podporuje **sebe-uklidnění** dítěte. Pomáhá mu naučit se ovládat své pocity, uvolnit se a získat tak pocit bezpečí (2, 20). I když nebyl prokázán vliv dudlíku na zvýšení tělesné hmotnosti dítěte, na srdeční frekvenci, syčení krve kyslíkem nebo dobu plného orálního příjmu, žádná ze studií neprokázala jeho škodlivé účinky. Lze tedy říci, že používání dudlíku u nedonošených novorozenců nevede k žádným prokázaným patologiím (21).

Nevýhody podání dudlíku

Některé randomizované kontrolované studie ukázaly, že používání dudlíku je spojeno s **čas-**

nějším odstavením dítěte od prsu, tedy s časnějším ukončením kojení, protože technika sání z prsu je jiná, než technika sání dudlíku (22, 23, 24). Nicméně Kramer a kol. (2001) při sledování 281 matek, které kojily, ale také podávaly dítěti dudlík, zjistil, že doporučení „*Dudlík nepodávat!*“ významně nesnížilo frekvenci odstavení dítěte od prsu ve věku tří měsíců (25). Autoři své šetření uzavřeli tím, že dudlík sice může kojení ztížit, ale nezdá se být příčinou předčasněho odstavení dítěte. Na druhou stranu intervenční skupina matek, která dítěti podávala dudlík méně často, neshledala žádné rozdíly v pláči nebo neklidu dítěte, což prokázalo, že jiné uklidňující techniky jsou stejně účinné jako dudlík. Americká akademie rodinných lékařů (AAPF) proto doporučuje vzdělávat matky v rizicích spojených s používáním dudlíku v bezprostředním poporodním období a AAP doporučuje odložit používání dudlíku v prvním měsíci (nebo 4–6 týdnech) života dítěte, dokud nemá kojící návyky zažité. Potom ho již může dostat. Toto doporučení není v rozporu s podáváním dudlíku předčasně narozeným dětem z důvodu orální stimulace nebo uklidnění. Děti, které kojeny nejsou, mohou dostat dudlík již v prvních dnech po narození (2, 16, 21, 26, 27).

Další nevýhodou podávání dudlíku dětem může být zvýšené riziko výskytu **zánětu středního ucha** (2, 21). Podle Roverse a kol. (2008) existují dva mechanismy, které by mohly být příčinou. Prvním je reflux sekretu z nosohltanu do středního ucha při intenzivním sání dudlíku a druhým dysfunkce Eustachovy trubice od změněného vývoje dentice (28). Metaanalýza 22 studií z různých zemí světa ukázala již v roce 1996, že používání dudlíku zvýšilo riziko vzniku zánětu středního ucha více u dětí v denní péči mimo domov (poměr rizika 2,45) než u dětí v rodinné péči doma (poměr rizika 1,59). Děti, které byly v péči rodičů kuřáků, měly poměr rizika 1,66 a děti kojené měly poměr rizika 0,87 (29). Také studie z pozdějších let dokazují, že děti používající dudlík mají větší pravděpodobnost vzniku otitis media (2, 21–28). Proto AAPF a AAP vydaly společné doporučení, které nabádá zdravotníky, aby odrazovali rodiče od podávání dudlíků dětem starším 6 měsíců, kdy je vznik otitis media častější než v měsících předchozích (30). V tomto období se rovněž snižuje riziko výskytu SIDS, které je nejvyšší ve 2.–6. měsíci věku dítěte (16).

Další nevýhodou podávání dudlíku dětem je riziko **přenosu infekce**. Několik studií sice ukáza-

lo, že dudlíky jsou často kolonizovány *Candidou* nebo bakteriálními, ale nikoliv patogenními kmeny (31). Také bylo zjištěno, že latexové dudlíky jsou mnohem více kolonizovány než dudlíky silikonové (32). Brook a Gober v roce 1997 však zjistili, že 21 ze 40 hodnocených dudlíků mělo pozitivní nález kultury, která ale nebyla charakteristická pro vznik otitis media (33). Systematický přehled epidemiologických studií udělaný mnohem později našel pouze tři, které naznačovaly možnou souvislost mezi podáváním dudlíku a zánětem středního ucha, nebo zubní infekcí a infekcí dýchacího a trávicího systému (34). Tyto studie však nebyly dostatečně průkazné, aby se z nich daly vyvodit nějaké závěry (20, 21).

Poslední nevýhodou dudlíku, popsanou v tomto článku, je jeho možný vliv na **zvýšenou kazivost zubů** nebo **chybný vývoj dentice** dítěte (špatné postavení zubů – malokluze). Zvýšená kazivost zubů nebyla studii prokázána (35), špatné postavení zubů bylo prokázáno u dlouhodobého používání dudlíku. Warren a kol. (2001) popsali prevalenci malokluze u zhruba 71 % dětí, které používaly dudlík (nebo si cucaly palec) po dobu delší než 48 měsíců, v porovnání s 32 % těch, které s tím přestaly v 36.–48. měsíci věku, a 14 % dětí, které přestaly před 24. měsícem (36). Nejvýznamnější malokluze se vyskytly u dětí, které používaly dudlík nebo si cucaly palec déle než 48 měsíců věku. Proto americké asociace dětských zubařů (AAPD) a pediatri (AAP) doporučují odradit děti od používání dudlíku nejpozději po čtyřech letech věku (16, 21, 37).

Doporučení dětským sestrám

Pokud pečují o nedonošené nebo nemocné novorozence na jednotkách intenzivní péče, neměly by váhat podat jim v indikovaných případech dudlík. Sníží tím jejich diskomfort, uleví od bolesti a pomohou jim naučit se ovládat své pocity, uvolnit se a získat tak pocit uspokojení a bezpečí. Sestry nemají myslet pouze na to, že „až“ se bude moci dítě přiložit ke kojení, nebo „až“ se propustí domů, tak se „možná“ nepřisaje, nebo s tím bude mít problémy. Jejich úkolem je vyhledávat a uspokojovat potřeby dítěte ve dnech, kdy je v jejich péči. Pokud ho nechají trpět bolestí, tak se jeho stav zhorší, hospitalizace prodlouží a dítě může mít i trvalé následky, jako je necitlivost nebo naopak zvýšená citlivost na bolest, neschopnost sebeuspokojení a seberegulace (38) a v pozdějším věku může neléčená

bolest přispěje ke vzniku sklonu ke strachu a úzkosti (38, 39).

Fyziologickým novorozencům naopak v prvním měsíci života dudlík podávat nemají. Nejprve je třeba počkat, až se dítě naučí dobře sát z prsu. Rodičům je vhodné poradit totéž. Od 2. měsíce věku již sestry dudlík dítěti podávat mohou, ale pouze jako prevenci SIDS nebo z důvodu uklidnění, pokud jiné techniky nezabírají. Jsou však matky, které podání dudlíku dítěti striktně odmítají a rovněž děti, které přes veškerou snahu matek dudlík nechťejí. V takových případech je třeba naučit využít jiné uklidňující techniky.

Doporučení rodičům

Pokud plánují koupit dítěti dudlík, měli by si v první řadě vybrat takový, který neobsahuje bisfenol A (BPA) nebo latex. Dále by měl být z jednoho kusu dobře omyvatelného a sterilizovatelného materiálu (např. silikonu). Dudlíky sklá-

dající se z více kusů jsou potenciálně nebezpečné, protože dítě je může (v pozdějším věku) rozebrat a jednotlivé části spolknout nebo vdechnout. Dále není vhodné dudlík zajišťovat (proti pádu na zem nebo ztrátě) řetízkem nebo jiným materiálem, připnutým k oděvu dítěte nebo obtočeným kolem jeho krku. Hrozí nebezpečí škrcení.

Neméně důležité je zvolit vhodnou velikost dudlíku, aby nepůsobil jako roubík, tzn. aby nebyl příliš velký, nebo naopak příliš malý. Vhodné je také, aby v kloboučku dudlíku byly dostatečně velké větrací otvory, které zabrání podráždění okolí úst dítěte.

V rámci prevence infekce je třeba dudlík po zakoupení alespoň vyvařit nebo jinak sterilizovat a těsně před podáním opláchnout čistou vodou. Vhodné je mít několik stejných dudlíků, aby v případě potřeby byl vždy po ruce náhradní. Ty pak musí být uchovávány v uzavřené dóze.

V každém případě je třeba zabránit sdílení dudlíku jinou osobou! To znamená, že by

maminky neměly vkládat dudlík do svých úst před podáním dítěti! Rovněž by neměly dudlík namáčet do sladkých roztoků.

Po 6. měsíci věku je čas začít dítě od dudlíku odrazovat. Má se to dít nenásilnou formou, postupně, ale důsledně. Všechny osoby, které o dítě pečují, s tím musí být obeznámeny. Není možné, aby jeden pečující dítěti dudlík odebíral a jiný mu ho opět nabízel.

Postup odvykání je vždy individuální. Některé děti dudlík po domluvě samy odloží a již se po něm neshánějí, jiné jej zpětně vymáhají. Pokud je dudlík používán k utišení, lze jej odebrat až když je dítě klidné, pokud k usínání, odebrat jej, až když dítě spí. Důležité je však respektovat životní změny, jako je např. narození druhého dítěte, nástup dítěte do jeslí nebo změna pečovatele. V takovém případě bude dítě dudlík opět vyžadovat pro uklidnění a vypořádání se se situací a na pečovateli bude mu vyhovět (21).

LITERATURA

1. Consetino S. Pacifier, yes or no? Canadian Paediatric Society, 2015. [Online]. [Cit 2015-02-12]. Dostupné na: <http://www.motherforlife.com/baby/0-12-months/development/1454-pacifier-yes-or-no.html?page=2>.
2. Reiff ER, Brennan D. Pacifiers: in or out? (2014) [Online]. [Cit 2015-12-12]. Dostupné na: <http://www.webmd.com/parenting/baby/features/using-pacifiersAAFP> (American Academy of Family Physicians). Breastfeeding (position paper). (2008) Online. Citováno 04-14-2008. Dostupné na: <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html>.
3. Kuncová M. Dudlík ano, či ne? Jaké jsou (ne)výhody pro Vás a pro dítě? Žena.cz, 2012. [Online]. [Cit 2015-10-12]. Dostupné na: <http://zena.centrum.cz/deti/tehotenstvi-a-miminko/clanek.phtml?id=761555>.
4. Gale CR, Martyn CN. Dummies and the health of Hertfordshire infants, 1911–1930. Soc. Hist. Med., 1995; 8(2): 231–255.
5. Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. Pediatrics, 2000; 106(3): 483–488.
6. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. BMJ, 1999; 19(72): 1393–1397.
7. Carbajal R, Lenclen R, Gajdos V, Jugie M, Paupe A. Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections. Pediatrics, 2002; 110(2): pt 1: 389–393.
8. Greenberg CS. A sugar-coated pacifier reduces procedural pain in newborns. Pediatr Nurs, 2002; 28(3): 271–277.
9. Mathai S, Natrajan N, Rajalakshmi NR. A comparative study of non-pharmacological methods to reduce pain in neonates. Indian Pediatr, 2006; 43(12): 1070–1075.
10. Curtis SJ, Jou H, Ali S, Vandermeer B, Klassen T. A randomized controlled trial of sucrose and/or pacifier as analgesia for infants receiving venipuncture in a pediatric emergency department. BMC Pediatr, 2007; 7: 27.
11. Kaufman GE, Cimo S, Miller LW, Blass EM. An evaluation of the effects of sucrose on neonatal pain with 2 commonly used circumcision methods. Am J Obstet Gynecol, 2002; 186(3): 564–568.
12. Boyle EM, Freer Y, Khan-Orakzai Z, et al. Sucrose and non-nutritive sucking for the relief of pain in screening for retinopathy of prematurity. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed., 2006; 91(3): F166–F168.
13. Zempsky WT, Cravero JP. Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. Pediatrics, 2004; 114(5): 1348–1356.
14. Reis EC, Roth EK, Syphax JL, Tarvell SE, Holubkov R. Effective pain reduction for multiple immunization injections in young infants. Arch Pediatr Adolesc Med, 2003; 157(11): 1115–1120.
15. Morren G, Huffel SV, Helon I, et al. Effects of non-nutritive sucking on heart rate, respiration and oxygenation: a model-based signal processing approach. Comparative Biochemistry and Physiology – Part A: Molecular and Integrative Physiology, 2002; 132: 97–106.
16. AAP (American Academy of Pediatrics). The changing concept of sudden infant death syndrome. Pediatrics, 2005; 116(5): 1245–1255.
17. Hauck FR, Omojokun OO, Siadat MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? Pediatrics, 2005; 116(5): e716–e723.
18. Pollard K, Fleming P, Young J, Sawezenko A, Blair P. Night-time non-nutritive sucking in infants aged 1 to 5 months: relationship with infant state, breastfeeding, and bed-sharing versus room-sharing. Early Human Development, 1999; 56: 185–204.
19. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev, 2005; 4: CD001071.
20. Cinar ND. The advantages and disadvantages of pacifier use. Contemporary nurse, 2004; 17(1–2): 109–112.
21. Sexton S, Natale R. Risk and benefits of pacifiers. American Family Physician, 2009; 79(8): 681–685.
22. Barros FC, Victora CG, Semer TC, et al. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. Pediatrics, 1995; 95: 497–499.
23. Victora CG, Behague DP, Olinto MT, Barros FC, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? Pediatrics, 1997; 99: 445–447.
24. Martinez SL, Diaz GE, Garcia-Tornel FS, Gaspa MJ. Pacifier use risks and benefits. Anales Espanoles de Pediatría, 2000; 53: 580–585.
25. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. JAMA, 2001; 86(3): 322–326.
26. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup-feeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics, 2003; 111(3): 511–518.
27. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 2005; 115(2): 496–506.
28. Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJ, Schilder AG. Is pacifier use a risk factor for acute otitis media? A dynamic cohort study. Fam Pract, 2008; 25(4): 233–236.
29. Uhari M, Mäntysaari K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis, 1996; 22(6): 1079–1083.
30. AAP (American Academy of Pediatrics). Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics, 2004; 113(5): 1451–1465.
31. Ollila P, Niemelä M, Uhari M, Larmas M. Risk factors for colonization of salivary Lactobacilli and Candida in children. Acta Odontol Scand, 1997; 55(1): 9–13.
32. Comina E, Marion K, Renaud FN, Dore J, Bergeron E, Freney J. Pacifiers: a microbial reservoir. Nurs Health Science, 2006; 8(4): 216–223.
33. Brook I, Guber AE. Bacterial colonization of pacifiers of infants with acute otitis media. J Laryngol Otol, 1997; 111(7): 614–615.
34. JBS (Joanna Briggs Institute). Early childhood pacifier use in relation to breastfeeding, SIDS, infection and dental malocclusion. Nurs Stand, 2006; 20(38): 52–55.
35. Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: an evidence-based study of the literature. J Can Dent Assoc, 2003; 69(1): 16–19.
36. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. J Am Dent Assoc, 2001; 132(12): 1685–1693.
37. AAPD (American Academy of Pediatric Dentistry). AAPD fast facts. (2007) Online. [Cit 2008-10-20]. Dostupné na: <http://www.aapd.org/media/FastFacts07.pdf>.
38. Sparshott M. Pain, Distress and the newborn baby. Blackwell Science Ltd: London, 1997: 199 p.
39. Greenacre P. Trauma, Growth and Personality. Hogarth Press, London, 1953.