

ABMKlinički protokol#17:Smjernice za dojenje dojenčadi s rascjepom usne, rascjepom nepca ili rascjepom usne i nepca, Izmijenjeno 2013.

Sheena Reilly,^{1,2} Julie Reid,^{1,3} Jemma Skeat,² Petrea Cahir,¹ Christina Mei,² Maya Bunik,⁴ i Akademija medicine dojenja

Središnji cilj Akademije medicine dojenja su klinički protokoli koji se izrađuju za rješavanje uobičajenih medicinskih problema koji mogu utjecati na uspješnost dojenja. Ovi protokoli služe samo kao smjernice za skrb o dojiljama i novorođenčadi te u njima nije istaknut isključiv tijek postupanja niti služe kao standardi za medicinsku skrb. Varijacije u postupanju mogu biti primjerene ovisno o potrebama pojedinog pacijenta.

Definicija

Kada se pojavi rascjep usne (engl. cleft lip/CL), usne nisu u dodiru, a kada dođe do rascjepa nepca (engl. cleft palate CP) ne postoji komunikacija između oralne i nosne šupljine.¹ Rascjep može varirati u težini od jednostavnog ureza gornje usne do potpunog otvorenja usne koji se proteže do dna nosne šupljine i uključuje alveole i incesivni foramen.² Slično tome, CP može uključivati samo meko nepce ili se djelomično ili potpuno proširivati preko tvrdog i mekog nepca.¹ UCP alveola ostaje netaknuta. CP može biti submukozni te se ne otkrije odmah ako postoje suptilni ili neodgovarajući znakovi ili simptomi.¹

Pozadina

Incidencija

Svjetska prevalencija CL-a ili CP-a (CL/P) je u rasponu od 0.8 do 2.7 slučajeva na 1.000 rođenja.³ Postoje razlike u stopi incidencije pojedinih rasnih skupina, s najnižim zabilježenim incidencijama u afričko-američkoj populaciji (oko 0,5 na 1.000)^{4,5} i bijeloj populaciji (otprilike jedno u 1.000 rođenja)³ i višim incidencijama među američkim domorocima (otprilike 3.5 na 1,000)⁶ i azijskom populacijom (otprilike 1.7 na 1,000)⁷.

Iako se izvješća znatno razlikuju, procjenjuje se da od ukupnog broja djece s CL/P, oko 50% imaju kombinaciju rascjepa usne i nepca (CLP), dok 30% ima izolirani CP a 20% izolirani CL; CL se proširuje da uključi pojavljivanje alveola u oko 5% slučajeva.⁸ Rascjepi su obično unilateralni (sl..1); međutim, u otprilike 10% slučajeva rascjepi su obostrani.⁹

Dojenje i rascjep usne/nepca (CL/P)

U ovim se smjericama dojenje odnosi na izravno stavljanje djeteta na dojk radi hranjenja, a hranjenje majčinim mlijekom se odnosi na hranjenje putem bočice, čaše, žlice ili drugim načinima, osim dojkom. Dojenčad koriste sisanje i kompresiju za uspješno dojenje. Sposobnost generiranja sisanja je potrebna za prihvatanje dojke, održavanje stabilnog položaja hranjenja, i zajedno s refleksom otpuštanja, ekstrakciju mlijeka. Obično, kada se dijete hrani, njegove ili njezine usne se čvrsto priljube uz areolu, sprijeda zatvarajući usnu šupljinu. Meko nepce se diže gore i natrag da dotakne zidove ždrijela i zatvori usnu šupljinu pozadi. Kako se jezik i čeljust spuštaju za vrijeme sisanja, usna šupljina se povećava te se generira sisanje i crpi se mlijeko iz dojke.⁷ Kompresija se događa kada dijete pritišće dojk između jezika i čeljusti. Sisanje i kompresija pomažu transfer mlijeka za vrijeme dojenja.¹⁰⁻¹²

Postoji odnos između količine oralnog tlaka koji nastaje tijekom hranjenja i veličine/vrste rascjepa te zrelosti djeteta.¹³ Iz tog razloga, dojenčad s CL imaju veću vjerojatnost da će se dobiti nego ona s CP i CLP.¹⁴ Neka dojenčad s malim rascjepima mekog nepca generiraju sisanje¹⁵, dok druga dojenčad s većim rascjepima na mekom i/ili tvrdom nepcu možda neće moći sisati.^{15,16} Novorođenčad i nedonoščad ostvaruju umjereno niže tlakove sisanja u usporedbi sa starijom dojenčadi.^{13,17,18} Djeca s CP ili CLP imaju poteškoća s ostvarivanjem sisanja¹⁹ jer se usna šupljina ne može odgovarajuće odvojiti od nosne šupljine tijekom hranjenja. Negativne posljedice za ovu dojenčad mogu uključivati umor za vrijeme dojenja, produljeno vrijeme hranjenja i oslabljeni rast i prehranu.

¹Odjel patologije govora, Kraljevska dječja bolnica, Melbourne, Victoria, Australija.

²Murdoc hdječji istraživački institut, Melbourne, Victoria, Australija.

³La Trobe Sveučilište, Melbourne, Victoria, Australija.

⁴Odjel pedijatrije, Sveučilište u Koloradu, Aurora, Kolorado.



SL. 1. Jednstrani rascjep usne. Sliku dostavio John A.Girotto,MD.

Preporuke

Za svaku prepruku u zagradama je navedena kvaliteta dokaza (razina dokaza I,II-1,II-2,II-3i

III) definirana u Dodatku A američke radne skupine za preventivne usluge.²¹

Sažetak preporuka za kliničku praksu

Na temelju pregledanih dokaza izrađuju se sljedeće preporuke:

1. Majke treba poticati da pruže zaštitne prednosti majčinog mlijeka. Dokazi ukazuju da dojenje štiti od upale srednjeg uha koje je vrlo rasprostranjeno u ovoj populaciji.^{22,23}(II-2)Hranjenje majčinim mlijekom (putem šalice, žlice, bočice, itd.)se treba promicati naspram hranjenja umjetnim mlijekom.Osim toga, postoje spekulativne informacije o mogućim prednostima dojenja u odnosu na hranjenje s bočicom na razvoj usne šupljine.
2. U isto vrijeme, majke treba savjetovati o vjerojatnom uspjehu dojenja.
3. Dojenje u djece s CL/P treba procijeniti individualno. Konkretno, posebno je važno uzeti u obzir veličinu i lokaciju djetetovog CL/P, kao i želju majke te prethodno iskustvo s dojenjem. Postoje umjereni dokazi koji upućuju na to da su djeca s CL u stanju ostvariti sisanje¹⁹ (III),i opisna izvješća koja ukazuju na to da su ta djeca često u mogućnost da se uspješno doje.²⁴(III)Postoje umjereni dokazi da djeca s CP ili CLP imaju poteškoća s uspostavom sisanja¹⁵(I) i imaju neučinkovite obrasce sisanja¹⁶(I)u usporedbi s normalnom dojenčadi.Stope uspjeha dojenja dojenčadi s CP ili CLP su niže nego za dojenčad s CL ili bez rascjepa.^{14,24}(III)(Dodatak)
7. Modifikacije položaja dojenja mogu povećati učinkovitost i djelotvornost dojenja. Preporuke za pozicioniranje koje se temelje na slabim dokazima (klinička iskustva ili stručno mišljenje) te ih se treba vrednovati za uspjeh su:
 - a. Za dojenčad s CL:
 - i. Dojenče se treba držati na način da jeCL orijentiran prema vrhu dojke^{30,31}(npr.,dojenče s [desnim] CL će se učinkovitije hraniti u unakrsnom hvatu u položaju kolijevke na desnoj dojci i položaju "držanje nogometne ragbi lopte/blizanac položaj" na lijevoj dojci).(III)
 - ii. Majka može zatvoriti CL svojim palcem ili

Literatura koja opisuje ishode dojenje je ograničena, a dokazi su anegdotalni i kontradiktorni, što čini niže navedene preporuke izazovnim.²⁰Kao i u normalnom dojenju, važna je stručna podrška. Majkama koje žele dojiti treba dati izravan pristup stručnjacima za laktaciju radi pomoći pri pozicioniranju, upravljanju opskrnom mlijeka i izdavanjem mlijeka za dodatno hranjenje. Nekoliko studija sugerira da postoji potreba za tim i da postoje koristi od pristupa zdravstvenim djelatnicima koji su se specijalizirali u CL/P, kao što su kliničke specijalizirane medicinske sestre, tijekom novorođenačkog i dojenačkog razdoblja za specijalizirane savjete o hranjenju djeteta s CL/P kao i za upućivanje na odgovarajuće usluge.²⁵Anketiranje roditelja s djetetom koje ima CL, CLP ili CP je pokazalo želju za više ruta o izazovima hranjenja što je prije moguće.²⁶ (III) Prstom^{31,32} i/ili podržavati obraze beba kako bi se smanjila širina rascjepa i zatvorilo područje oko bradavice.³³ (III)

- iii. Za obostrani CL, položaj s „licem naprijed“ će biti učinkovitiji nego drugi položaji dojenja.³¹ (III)
- b. Za dojenčad s CP ili CLP:
 - i. Pozicioniranje treba biti polu-uspravno kako bi se smanjio izbacivanje hrane kroz nos i refluks mlijeka u Eustahijevoj cijevi.^{31,32,34–36}(III)
 - ii. “Držanje ragbi lopte”/blizanac pozicija (tijelo dojenčeta je pozicionirano uz majku a ne preko majčinog krila s dojenčevim ramenima postavljenim višlje nego tijelo) može biti učinkovitije nego držanje u unakrsnom hvatu u položaju kolijevke.³⁶(III)
 - iii. Za dojenčad s CP može biti korisno da se dojka položajno sumjeri prema „većem dijelu“ – strani nepca gdje ima najviše netaknute kosti. To može olakšati bolju kompresiju i zaustaviti guranje bradavice u rascjep.³⁷(III)

- iv. Neki stručnjaci sugeriraju pridržavanje djetetove brade radi stabiliziranja čeljusti tijekom sisanja³²;i/ili pridržavanje dojke tako da ostane u djetetovim ustima.^{33,38}(III)
 - v. Ako je rascjep velik, neki stručnjaci ukazuju na to da se vrh dojke treba nagnuti prema dolje da se zaustavi guranje bradavice u rascjep.³⁰(III)
 - vi. Majke će možda trebati ručno izdojiti mlijeko u djetetova usta da nadoknade odsutno sisanje i kompresiju te potaknu refleks otpuštanja mlijeka.³⁸(III)
8. Ako se koristi proteza za ortopedsko usklađivanje prije operacije, potrebno je koristiti oprez pri savjetovanju s roditeljima da koriste takve uređaje radi olakšanja dojenja budući da postoje jaki dokazi da oni ne utječu značajno na učinkovitost i djelotvornost hranjenja.^{39,40}(III)
 9. Dokazi pokazuju da se dojenje može započeti/nastaviti odmah nakon CL popravka te da dojenje može biti nešto povoljnije nego hranjenje žlicom.^{41,42}(I) Dojenje može započeti/nastaviti se 1 dan nakon CP popravka bez komplikacija za ranu.⁴¹ U anketi CP kirurga o postoperativnoj njezi nakon palatoplastike, dvije trećine kirurga bi dozvolila majkama da doje odmah nakon operacije.⁴³(III)
 10. Procjena potencijala za dojenje dojenčadi s CL/P kao dio sindroma/sekvence se treba razmatrati od slučaja do slučaja, uzimajući u obzir dodatne značajke sindroma koji mogu utjecati na uspjeh dojenja.

Preporuke za daljnja istraživanja

Najhitnije pitanje za zdravstvene djelatnike koji rade s majkama koje žele dojiti svoju djecu koja imaju CL/P je nedostatak dokaza na kojima se temelji klinička odluka. Dobro osmišljena istraživanja na temelju podataka koja dokumentiraju stope uspjeha hranjenja, strategije zbrinjavanja i ishode za dojenčad s CL/P su imperativna. Osim toga, istražitelji moraju jasno opisati svoj uzorak dojenčadi i interventne tehnike, tako da se rezultati istraživanja mogu generalizirati.

Priznanja

Ovaj rad je dijelom podržan potporom Odbora za zdravlje majke i djeteta američkog Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi.

Reference

1. ShprintzenRJ, BardachJ. Upravljanje govorom kod rascjepa nepca. Mosby, St. Louis, 1995.
2. Shah CP, Wong D. Postupak djecom s rascjepom usne i nepca. *CanMedAssocJ* 1980;122:19–24.
3. ConwayH, WagnerKJ. Incidencija rascjepa u gradu NewYorku. *CleftPalateCraniofacJ* 1996;33:284–290.
4. CroenLA, Shaw GM, WassermanCR, et al. Rasne i etničke razlike u prevalenciji orofacijalnog rascjepa u Kaliforniji, 1983–1992. *AmJMedGenet* 1998;79:42–47.
5. NiswanderJD, BarrowMV, BingleGJ. Kongenitalne malformacije kod američkih domorodaca. *SocBiol* 1975;22:203–215.
6. Irsko udruženje rascjepa usne i nepca. Incidencija rascjepa. 2003. www.cleft.ie/what-is-a-cleft/incidence-of-clefts(pregledano 26. travnja, 2013).
7. YoungG. Rascjep usne i nepca. *UTMBOdjel otorinolaringologije Grand Rounds*. 1998. www.utmb.edu/otoref/Grnms/Cleft-lip-palate-9801/Cleft-lip-palate-9801.htm (pregledano 26. travnja, 2013).
8. MullikenJB. Popravak bilateralnog potpunog rascjepa usne i deformiteta nosa –suvremen pristup. *CleftPalateCraniofacJ* 2000;37:342–347.
9. WolfLS, GlassRP. Poremećaji hranjenja i gutanja kod dojenčadi: procjena i zbrinjavanje. *TherapySkillBuilders*, Tucson, AZ, 1992.
10. BrakeS, FiferWP, AlfasiG, et al. Prvi nutritivni odgovori sisanja nedonoščadi. *InfantBehavDev* 1988;11:1–9.
11. WeberF, WooldridgeMW, BaumJD. Studija ultrazvuka o organizaciji sisanja i gutanja novorođenčadi. *DevMedChildNeurol* 1986;28:19–24.
12. ReidJA. Poteškoće u hranjenju kod djece s rascjepom usne i/ili nepca: precijenjeni problem ili zanemareni aspekt skrbi? [PhD disertacija]. LaTrobe University, Melbourne, 2004.
13. ReidJA, ReillyS, KilpatrickNM. Konzumacija mlijeka kod beba s rascjepom. Prezentirano na 63. godišnjem sastanku Američke kranofacijalne udruge za rascjep nepca, Vancouver, BC, Kanada, 2006.
14. ReidJ, ReillyS, KilpatrickN. Izvedba sisanja kod beba s rascjepom. *CleftPalateCraniofacJ* 2007;44:312–320.
15. MaseraiAG, SellID, HabelA, et al. Priroda hranjenja kod djece s nepopavljenim rascjepom usne i/ili nepca u usporedbi sa zdravom dojenčadi bez rascjepa. *CleftPalateCraniofacJ* 2007;44:321–328.
16. MizunoK, UedaA, KaniK, et al. Ponašanje hranjenja novorođenčadi s rascjepom usne i nepca. *ActaPaediatr* 2002;91:1227–1232.
17. MizunoK, UedaA. Razvoj sisanja kod djece koja nisu hranjena 2 mjeseca nakon poroda. *PediatrInt* 2001;43:251–255.
18. ChoiBH, KleinheinzJ, JoosU, et al. Učinkovitost sisanja rane ortopedske ploče i sisanje kod djece s rascjepom usne i nepca. *IntJOralMaxillofacSurg* 1991;20:167–169.
19. SmedegaardL, DortheMarxenMJ, GlassouEN, et al. Hospitalizacija, dojenje mlijekom i rast kod djece s rascjepom nepca i rascjepom usne i nepca koja s rođena u Danskoj. *CleftPalateCraniofacJ* 1998;45:628–632.
20. ReidJ. Pregled intervencija hranjenja za djecu s rascjepom nepca. *CleftPalateCraniofacJ* 2004;41:268–278.
21. Dodatak A radne skupine američkih preventivnih usluga. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430(pregledano 26. travnja, 2013).
22. Aniansson G, Svensson H, Becker M, et al. Upala srednjeg uha i hranjenje djece majčinim mlijekom s rascjepom nepca. *ScandJPlastReconstrSurgHandSurg* 2002;36:9–15.
23. Garcez LW, Giuliani ER. Populacijska studija o praksi dojenja djece rođene s rascjepom usne i nepca. *CleftPalateCraniofacJ* 2005;42:687–693.
24. daSilva DalbenG, Costa B, GomideMR, et al. Dojenje i unos šećera kod beba s rascjepom usne i nepca. *CleftPalateCraniofacJ* 2003;40:84–87.
25. ChuacharoenR, RitthagoIW, HunsrisakhunJ, et al. Potrebe roditelja koji imaju 0-3 m staro dijete s rascjepom usne i nepca. *CleftPalateCraniofacJ* 2009;46:252–257.
26. OwensJ. Iskustvo roditelja s hranjenjem djeteta s rascjepom usne i nepca. *BrJMidwifery* 2008;16:778–784.

27. Široki osmjeh.1996.www.widesmiles2.org(pregledano 26. travnja,2013).
28. Odbor protokola Akademije medicine dojenja. ABMKlinički protokol#3: Bolničke smjernice za korištenje dopunskih hranjenja kod zdrave terminske novorođenčadi, izmijenjeno2009.BreastfeedMed2009;4:175–182.
29. BeaumontD.Sudija povećanja težine kod djece s rascjepom usne/nepca.PaediatrNurs2008;20:20–23.
30. DannerSC.Dojenje djece s defektom rascjepa.NAACOGClinIssuPerinatWomensHealthNurs1992;3:634–639.
31. Biancuzzo M.Klinički fokus na rascjep.Da!Dojenčad s rascjepima se može dobiti.AWHONNLifelines1998;2:45–49.
32. HelsingE,KingFS.Dojenje pod posebnim uvjetima. NursJ India 1985;76:46–47.
33. BardachJ,MorrisHL. Multidisciplinarno zbrinjavanje rascjepa usne i nepca.WBSaundersCo.,Philadelphia,1990.
34. ArvedsonJC.Hranjenje s kraniofacialnim anomalijama.In:ArvedsonJC,BrodskyLB,eds.PediatricSwallowingandFeeding:AssessmentandManagement,2. izd.SingularPublishingGroup,Albany, NY,2002:527–561.
35. GlassRP,WolfLS.Zbrinjavanje hranjenja u dojenčadi s rascjepom usne i nepca te mikrognatijom.InfantsYoungChild1999;12:70–81.
36. DunningY.Childnutrition.Hranjenje bebe s rascjepom usne i nepca. NursTimes1986;82:46–47.
37. McKinstryRE. Predkirurški postupak kod pacijenata s rascjepom usne i nepca a.In: McKinstryRE,ed.CleftPalateDentistry.ABIProfessionalPublications,Arlington,VA,1998:33–66.
38. Lebair-YenchikJ.Rascjep nepca.AWHONNLifelines1998;2:11–12.
39. Masarei AG. Proučavanje učinaka predkirurške ortopedije na hranjenje dojenčadi s rascjepom usne i/ili nepca[PhDdisertacija].UniversityCollege,London,2003.
40. PrahC,Kuijpers-JagtmanAM,van'tHofMA,etal.Ortopedija donečeta u ULCP: utjecaj na ishranu, težinu i dužinu: randomizirano kliničko ispitivanje(Dutchcleft).CleftPalateCraniofacJ2005;42:171–177.
41. CohenM,MarschallMA,SchaferME.Neposredno neometano hranjenje dojenčadi nakon popravka rascjepa usne i nepca.JCraniofacSurg1992;3:30–32.
42. Bessella,HooperL,ShawWC,etal.Intervencije hranjenja za rast i razvoj djece s rascjepom usne, nepca ili rascjepom usne i nepca.CochraneDatabaseSystRev2011;(2):CD003315.
43. KatzelEB,BasileP,KoltzPF,etal.Trenutne kirurške prakse u skrbi rascjepa: popravak i tehnike rascjepa nepca i postoperativna skrb.PlastReconstrSurg2009;124:899–906.
44. DarziMA,ChowdriNA,BhatAN.Dojenje ili hranjenje na žlicu nakon popravka rascjepa usne: prospektivnarandomizirana studija.BrJPlastSurg1996;49:24–26.
45. Udruga za rascjep usne i nepca.Dojenje bebe s rascjepom usne i/ili nepca.2009.www.clapa.com/antenatal/faq/184(pregledano 26. travnja,2013).
46. GopinathVK,MudaWA.Procjena rasta i prakse hranjenja djece s rascjepom usne i nepca.SoutheastAsianJTropMedPublicHealth2005;36:254–258.
47. ParadiseJL,ElsterBA,TanL.Dokazi kod dojenčadi s rascjepom nepca da majčino mlijeko štiti od upala srednjih uha. Pediatrics1994;94:853–860.
48. ErkkilaAT,IsotaloE,PulkkinenJ,etal.Povezanost školskog uspjeha, unosa majčinog mlijeka i profil masnih kiselina serumskih lipida kod desetogodišnje djece s rascjepom.JCraniofacSurg2005;16:764–769.
49. Svjetska zdravstvena organizacijaZdravstveni čimbenici koji mogu utjecati na dojenje.BullWorldHealthOrgan1989;67(Suppl):41–54.
50. PierreRobinNetwork.Hranjenje vašeg djeteta.2012.www.pierrerobin.org(pregledano26. travnja,2013).
51. PandyaAN,BoormanJG.Neuspjeh napredovanja djece s rascjepom usne i nepca.BrJPlastSurg2001;54:471–475.

ABMprotokoli ističu5godina nakon datuma objave.Izmjene na osnovi dokaza se izrađuju unutar pet godina ili ranije ukoliko postoje značajne promjene u dokazima.

Odbor protokola akademije medicine dojenja
KathleenA.Marinelli,MD,FABM,ChairpersonMayaBunik,MD
,MSPH,FABM,Co-
ChairpersonLarryNoble,MD,FABM,
TranslationsChairperson
NancyBrent,MDA
myE.Grawey,MD
AlisonV.Holmes,MD,MPH,FABMRuth
A.Lawrence,MD,FABMNancyG.
Powers,MD,FABMTomokoSeo,
MD,FABM

Za korespondenciju: abm@bfmed.org

Osim gdje je navedeno, pregled literature se odnosi na djecu sa nesindromskim rascjepom usne i/ili nepca.

1. Da li se dojenčad s CL može uspješno dojiti?
Ne postoje jaki dokazi vezano za dojenje djece koja imaju CL. Postoje umjereni (II-2) dokazi da djeca s CL ostvaruju sisanje tijekom hranjenja.^{15,19} Deskriptivne(III)studije su pokazale uspješno dojenje sa stopama koje se približavaju normalnoj populaciji.²³ Stručna mišljenja(III) sugeriraju da će za dojenčad sCLdojenje vjerojatno biti lakše nego imaju CP. Postoje umjereni (II-2) dokazi da djeca s CP ne ostvaruju sisanje tijekom hranjenja na bočicu.^{15,19} Iako djeca s rascjepom mekog nepca mogu ostvariti sisanje, to obično nije slučaj.^{13,15} Deskriptivna istraživanja pokazuju da je uspjeh dojenja djece s CP puno niži nego za dojenčad koja ima CL.^{25,31} Postoje slabi (III) dokazi koji ukazuju da se djelomično dojenje (s dohranom) može postići te da su veličina i pozicija rascjepa odlučujući čimbenik u uspjehu dojenja.^{35,36,45} Kao i kod djece s CL, modifikacija položaja povećava uspjeh dojenja.^{30,31,34-36} (III)
3. Da li se dojenčad s CLP može uspješno dojiti?
Ne postoje jaki dokazi vezano za dojenje djece koja imaju CLP. Postoje umjereni (II-2) dokazi da djeca s CLP nisu u mogućnosti ostvariti sisanje kada se mjeri uz pomoć bočice^{13,15,19} i umjereni do slabi dokazi da se djeca ponekad mogu uspješno dojiti.²⁶ Deskriptivne studije sugeriraju stope uspjeha dojenja u rasponu od 0% do 40%.^{22,23} Izmjene pozicioniranja radi povećanja uspješnosti dojenja se preporučuju od strane stručnjaka.^{29,30,32,35,36,38} (III)
4. Da li postoje dokazi za vođenje procjene i pristupa dojenju djece s CL/P?
Osim jakih dokaza o korištenju palatalnih opturatora(zasebno), postoje umjereni dokazi (II-3) da je obrazovanje o dojenju važno kako bi se olakšala učinkovitost hranjenja djece sCL/P.⁴⁶ Ostatak dokaza je slab (III) i usredotočuje se na (a) područja za praćenje i (b) preporuke za dohranu.
5. Postoje li dokazi da palatalni opturatori olakšavaju uspjeh dojenja kod djece sCLPiliCP? Rezultati dojenja mogu biti pod utjecajem ploča za hranjenje (koje opturiraju neke od rascjepa i pokušavaju "normalizirati" usnu šupljinu za hranjenje)³⁹ ili predkirurškog ortopedskog zahvata (proteze za repoziciju segmenta rascjepa prije operacije). Ovi se kolektivno nazivaju "opturatori" u ovom izvješću. Postoje jaki (I) dokazi da opturatori ne olakšavaju hranjenje ili povećanje težine dojene djece koja imaju CLP³⁹ i da ne poboljšavaju stopu hranjenja djeteta na bočicu.⁴⁰ Postoje umjereni(II-2)dokazi da opturatori ne olakšavaju sisanje tijekom hranjenja na bočicu.¹⁸ To je zato što opturatori ne omogućavaju potpuno zatvaranje mekog nepca prema stijenkama grla tijekom hranjenja. Kontradiktorni dokazi postoje koji podržavaju korištenje opturatora kako bi se olakšalo dojenje djece koja imaju CP ili CLP, ali oni dolaze iz mnogo slabijih izvora.^{29,44,46} (II-2,III)
6. Postoje li dokazi za dodatne prednosti dojenja kod dojenčadi koja ima CL/P u odnosu na normalnu

hranjenje na bočicu jer se tkivo dojke oblikuje prema rascjepu i zatvara defekt uspješnije od umjetne bradavice(dudice).⁴⁴⁻⁴⁶ Stručna mišljenja sugeriraju da modifikacija pozicioniranja može olakšati dojenje ove djece.³⁰⁻³³

2. Da li se dojenčad s CP može uspješno dojiti?
Ne postoje jaki dokazi vezano za dojenje djece koja

populaciju?

Postoji nekoliko umjerenih do slabih (II-2) studija, s većinom dokaza koji predstavljaju stručno mišljenje (III). Dobro je poznato da dojenje i hranjenje majčinim mlijekom ima niz prednosti za majku i dijete koji ima CP.^{22,47}

Što se tiče djece s CP, postoje umjereno do slabi dokazi da hranjenje s majčinim mlijekom štiti ovu djecu od upala srednjeg uha.^{22,47} Ova su djeca sklonija upalama srednjeg uha nego opća populacija zbog nenormalno meke muskulature nepca.⁴⁷ Postoje umjereno do slabi dokazi da majčino mlijekom može promicati intelektualni razvoj i školske rezultate kod djece s rascjepima.⁴⁸ Antibakterijska sredstva u majčinom mlijeku promiču postoperacijsko liječenje i smanjuju iritaciju sluznice (u usporedbi s umjetnim mlijekom).⁴⁹(III) Osim toga, stručnjaci sugeriraju da dojenje olakšava razvoj mišića lica,²⁹ govor,^{29,36} povezivanje,³⁶ i smirivanje djece nakon operacije.^{29,45}

7. Postoje li dokazi koji pokazuju kada je sigurno započeti/nastaviti s dojenjem nakon operacije usne ili nepca?

CL popravak (heiloplastika) se obično provodi u roku od nekoliko mjeseci nakon rođenja,⁷ i CP popravak (palatoplastika) se često odvija između 6 i 12 mjeseci starosti. Postoji nekoliko istraživanja koja su dala jake dokaze o informiranju u ovom području (I,II-2). Postoji umjereni do jaki dokazi (I,II-2) da je sigurno početi/nastaviti s dojenjem odmah nakon zahvata CL-a,^{41,42} i postoje umjereni dokazi (II-2) za pokretanje dojenja jedan dan nakon zahvata CP-a.⁴¹ Postoje jaki dokazi (I) da je dojenje odmah nakon operativnog zahvata naučinkovitije za povećanje težine, s manjim bolničkim troškovima nego hranjenje na žlicu.⁴¹ Postoje kontradiktorni dokazi, ali od slabijih izvora (III) te je podijeljeno prema preporukama.³²⁻³⁴

8. Postoje li dokazi koji ukazuju na to da li su djeca s CP-om kao dijelom sindroma/sekvence u mogućnosti da se doje? Postoji preko 340 sindroma u kojima se CL/P pojavljuje.³⁵ Izvan je opsega ovog protokola pregled i detaljne preporuke za svaku od njih. Međutim, neki ključni podaci su prikazani kako bi se vodila praksa dojenja. Umjereno do slabi dokazi ukazuju na to da, kao i rascjep, dodatne anomalije lica povezane s tim sindromima (npr. hipotonija, mikronatija, glosoptoza) utječu na uspjeh hranjenja.^{35,50,51} Važno je ispitati utjecaj svih anomalija na hranjenje i liječenje te planirati liječenje s tim na umu.

