

Wspieranie karmienia piersią w oddziałach intensywnej terapii noworodków – wzór do naśladowania?

Na podstawie:

Paula P. Meier, PhD, RN(a,b)*, Aloka L. Patel, MDa, Harold R. Bigger, MD(a), Beverly Rossman, PhD, RNb, Janet L. Engstrom, PhD, RN, CNM, WHNP-BCb(c)

Supporting Breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit Rush Mother's Milk Club as a Case Study of Evidence-Based Care

a) Department of Pediatrics, Section of Neonatology, Rush University Medical Center, Chicago, IL 60612, USA;

b) Department of Women, Children and Family Nursing, Rush University Medical Center, Chicago, IL 60612, USA;

c) Frontier Nursing University, Hyden, KY 41749, USA

* Corresponding author. E-mail address: paula_meier@rush.edu

Pediatr Clin N Am 60 (2013) 209–226. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.007>

Omówienia artykułu dokonano za zgodą autora, na potrzeby edukacyjne uczestników dwóch konferencji w dniach 7–8 czerwca w Ciechocinku i w Warszawie.

Autorzy omówienia: Piotr Nehring, Magdalena Nehring-Gugulska

Prof. Paula Meier jest kierownikiem ds. badań klinicznych i laktacji w oddziale Intensywnej Terapii Noworodka (NICU) w szpitalu uniwersyteckim Rush w Chicago. Na podstawie wieloletniego doświadczenia stosowania narzędzi, tworzenia zasad i wdrażania procedur wspierających karmienie mlekiem matki dzieci przedwcześnie urodzonych stworzyła model działania oparty na dowodach naukowych. Model uwzględnia procesy służące zwiększeniu wskaźników karmienia piersią w oddziałach intensywnej opieki noworodków. Pokazuje dobre, sprawdzone praktyki rozpoczynania i utrzymywania laktacji, ochrony pokarmu kobiecego, zastosowania sprzętu, przechodzenie z karmienia przez zgłębnik na karmienie piersią oraz stosowania laktotechnologii i rozwiązywania częstych problemów z karmieniem mlekiem matki w oddziałach intensywnej opieki noworodków. Opisany model przynosi spektakularne, wymierne efekty i może posłużyć jako wzorzec działania dla innych jednostek podobnego typu lub jako zachęta do stworzenia własnego modelu. Szczegółowe informacje na temat dzieła prof. Pauli Meier można znaleźć na stronie: <http://www.rushmothersmilkclub.com>. Na tej samej stronie są też dostępne jej publikacje. Najnowszy artykuł został opublikowany przez wydawnictwo Elsevier (2013). W poniższym omówieniu artykułu pragniemy przybliżyć polskiemu odbiorcy doświadczenia zespołu Rush Hospital. Czynimy to przy okazji pobytu prof. Pauli Meier w Polsce, która w dniach 7–8 czerwca 2013 weźmie udział w dwóch konferencjach naukowych: Jubileuszowej V Szkole Neonatologii w Ciechocinku pod patronatem prof. Marii K. Kornackiej, Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM w Warszawie, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego oraz w konferencji „Karmienie piersią szacunkiem dla natury” organizowanej w Warszawie przez Centrum Nauki o Laktacji we współpracy z Polskim Towarzystwem Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, Zakładem Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Medyczne „Żelazna” i Szpital Św. Zofii.

Wstęp

Mleko kobiece jest rekomendowanym pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci przedwcześnie urodzonych oraz chorych (AAP 2005, 2012, ESPGHAN 2009). Powinniśmy robić wszystko co w naszej mocy, aby upowszechnić karmienie mlekiem matki w tych grupach dzieci i systemowo pokonywać istniejące bariery. Pokarm matki biologicznej wcześniaka jest idealnie dostosowany do jego potrzeb w poszczególnych fazach rozwoju i dojrzałości. Należy brać pod uwagę, że pokarm matki wcześniaka wykazuje wyższe właściwości przeciwniekcyjne niż pokarm matki dziecka donoszonego. Notuje się wyższą zawartość: wydzielniczej immunoglobuliny A (SIgA), przeciwciał klasy IgG, IgM, lizozymu i laktoferyny, a także makrofagów, limfocytów i neutrofilów. Ma też wyższą zawartość LC PUFA (a konkretnie jednego z nich: DHA) mających znaczenie dla rozwoju OUN, narządu wzroku, funkcji poznawczych. [przyp. aut. pol.].

Karmienie wcześniaków ludzkim mlekiem niesie krótko- i długoterminowe korzyści zdrowotne, zmniejsza

ryzyko wystąpienia licznych stanów chorobowych i związanych z nimi następstw. Obniża koszty opieki nad noworodkami przedwcześnie urodzonymi oraz dziećmi z innych grup ryzyka zdrowotnego. U dzieci przedwcześnie urodzonych karmionych pokarmem matek rzadziej notuje się:

- martwicze zapalenie jelit (NEC),
- późną posocznicę u wcześniaków,
- zakażenia szpitalne, rzadziej dochodzi do bakteriemii,
- przewlekłe choroby płuc,
- retinopatię wcześniaków,
- opóźnienia w rozwoju poznawczym,
- ponowne hospitalizacje w 18 i 30 roku życia.

Wymienione korzyści zdrowotne są skorelowane z wielkością dawki mleka kobiecego (im większa dawka tym niższe ryzyko). Badania dowodzą, że podawanie dużych ilości mleka matki w okresie pomiędzy 14 a 28 dniem życia zmniejsza ryzyko wystąpienia poważnych powikłań w trakcie hospitalizacji dzieci z małą i bardzo małą masą urodzeniową (Sisk PM et al. 2007,2008; Meinzen-Derr J et al. 2009; Schanler RJ et al. 2005; Furman L 2003). Inne kierunki badań sugerują, że obecność produktów pochodzenia krowiego (nie zaś tylko brak karmienia mlekiem ludzkim) negatywnie wpływa na przepuszczalność oraz kolonizację jelit, sprawiając, że zależność między karmieniem mlekiem ludzkim a zmniejszoną zachorowalnością jest ewidentna, ale bardziej złożona (Sullivan S 2010; Taylor SN 2009; Sangild PT 2006; Thymann T et al. 2006). Jednakże, wzrasta liczba dowodów wskazujących na to, że czynniki bioaktywne zawarte w mleku kobiecym zapewniają specyficzną ochronę wobec konkretnych chorób podczas hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii noworodków.

Medycyna oparta na dowodach (EBM) w odniesieniu do karmienia mlekiem kobiecym w oddziałach intensywnej opieki noworodków

Program o nazwie Rush Mothers' Milk Club stanowi model działania oparty na dowodach naukowych. Funkcjonuje od 1996 roku w 57. łóżkowym oddziale intensywnej terapii noworodków w szpitalu uniwersyteckim Rush w Chicago. 98% matek przebywających w oddziale dostarcza pokarm dla swoich dzieci. Średnia dzienna dawka kobiecego mleka dostarczana podczas hospitalizacji w oddziale dla dzieci o bardzo małej masie urodzeniowej (VLBW; <1500 g) przekracza 60 ml/kg/d. Program zainicjował naukowe podejście do karmienia mlekiem matki, kulturę stosowania dowodów naukowych zarówno przy tworzeniu procedur jak i w ocenie jakości. Metoda ta zaowocowała wzrostem wskaźników karmienia ludzkim mlekiem w oddziale. Spośród rozmaitych terapii stosowanych rutynowo w oddziałach intensywnej terapii noworodków, używanie ludzkiego mleka okazało się terapią dostępną, bezpieczną, efektywną, o korzystnym stosunku korzyści do kosztów.

Wskaźniki jakości karmienia ludzkim mlekiem w oddziałach intensywnej opieki noworodków

Wskaźniki karmienia ludzkim mlekiem przy wypisie zostały zbadane w ramach badania kohortowego prowadzonego przez Narodowy Instytut Zdrowia (NIH – National Institute of Health) w oddziale intensywnej terapii noworodków Uniwersytetu Rush (Meier PP 2007). Badanie objęło 400 noworodków o bardzo małej masie urodzeniowej w okresie pomiędzy 2008 a 2012 rokiem. Spośród 295 noworodków, których dane przeanalizowano do czasu opublikowania tej pracy, 289 (98%) otrzymywało mleko ludzkie. Średnia dzienna dawka otrzymywanego mleka podczas hospitalizacji w oddziale wynosiła 60 ml/kg/d (zakres od 0 do 156), a całkowite spożycie podczas pierwszych 28 dni po porodzie wynosiło średnio 51 ml/kg/d (zakres od 0 do 135) albo 71% całkowitej ilości pożywienia podczas karmienia dojelitowego. Spośród wypisywanych z oddziału noworodków, które podczas wypisu nie otrzymywały mleka ludzkiego (62%), wykazano, że karmione wyłącznie piersią były przez 24% czasu hospitalizacji, a częściowo piersią przez 38% czasu hospitalizacji w oddziale. Karmienie mlekiem matki stanowiło odpowiednio 76% i 58% karmienia podczas pierwszych 14 i pierwszych 28 dni po urodzeniu w grupie noworodków, które nie były karmione ludzkim mlekiem w momencie wypisania z oddziału. Badanie to udowodniło istnienie pozytywnego wpływu dużych dawek ludzkiego mleka w pierwszych 14 oraz 28 dniach po porodzie u wcześniaków. Autorzy proponują, aby powyższe wskaźniki poprawy jakości używane w innych pracach zawierały te same okresy ekspozycji.

Wiedza na temat karmienia wcześniaków mlekiem kobiecym

Dużą barierą utrudniającą rozpoczęcie karmienia i utrzymania laktacji u matek, których dzieci znajdują się w oddziałach intensywnej opieki noworodków bywa niespójność informacji na temat znaczenia ludzkiego mleka dla noworodka, strategii odciągania i przechowywania mleka, konkretnych wytycznych dotyczących przechodzenia na bezpośrednie karmienie piersią oraz łączenia odciągania i karmienia piersią podczas dalszych dni hospitalizacji w oddziale intensywnej opieki noworodków oraz po wypisie do domu.

W ramach stworzonego przez prof. Paulę Meier programu Rush Mothers' Milk Club rodzice dzieci przebywających w oddziale otrzymują od pracujących tam perinatologów, neonatologów, pielęgniarek, dietetyków i konsultantów laktacyjnych wystandaryzowane informacje na temat wartości karmienia mlekiem matki. Informacje otrzymują zarówno przed porodem jak i podczas hospitalizacji w oddziale. Kluczowym hasłem jest: „Twoje mleko jest lekarstwem, które chroni dziecko przed wystąpieniem problemów zdrowotnych podczas hospitalizacji i po opuszczeniu szpitala”. Z tym silnym przesłaniem 98% matek dostarcza dzieciom mleko, pomimo że początkowo 50% z nich planuje karmienie sztuczne. Okazuje się jednak, że matki zmieniają decyzję po rozmowie z neonatologiem z oddziału. Wiele badań pokazuje, że przekazanie takiej, opartej na dowodach informacji, nie powoduje, że matki czują się zmuszane do karmienia piersią. A niektóre polskie media dla rodziców posądzają pracowników ochrony zdrowia o tzw. terror laktacyjny, co podważa wiarygodność i profesjonalizm naszego zawodu i zniechęca kobiety do karmienia ułatwiając jednocześnie marketing produktów zastępujących kobiece mleko [przyp. aut. pol.].

Grupowa edukacja rodziców

Rush Mothers' Milk Club organizuje spotkania dla rodziców, którzy zdobywają aktualną, popartą dowodami naukowymi wiedzę na temat laktacji, znaczenia ludzkiego mleka i mogą dzielić się swoimi obawami i doświadczeniami.

Pomoc laktacyjna

Na oddziale pracują profesjonaliści laktacyjni, którzy są odpowiednio przygotowani do prowadzenia poradnictwa laktacyjnego. Jest to dwóch konsultantów laktacyjnych z międzynarodowym certyfikatem IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) oraz 7 doradców laktacyjnych z certyfikatem krajowym BPC (Certified Breastfeeding Peer Counselor), a także jeden edukator ds. laktacji (Certified Lactation Educator), czyli w sumie 10 osób. Osoby te są dostępne przez 7 dni w tygodniu, dzień i noc. Konsultanci służą wiedzą w zakresie laktacji, biorą udział w ustalaniu i wdrażaniu modelu działania. Na co dzień, razem z doradcami BPC zapewniają matkom pomoc laktacyjną w zakresie techniki karmienia, techniki odciągania, przechowywania i podawania pokarmu, obsługi laktatora, oceny wskaźników laktacji oraz rozwiązują wszystkie pojawiające się problemy laktacyjne, a także udzielają informacji i wsparcia. [przyp. aut. pol. na podst. www.rushmothersmilkclub.com]

Rodzice wspierają innych rodziców

W 2005 roku Rush Mothers' Milk Club wprowadził nowy punkt programu, w ramach którego rodzice noworodków, które były wcześniej leczone w oddziale intensywnej opieki organizują edukację i wsparcie laktacyjne dla nowych rodziców. Najpierw przechodzą 5-dniowe szkolenie ucząc się elementów poradnictwa laktacyjnego (na poziomie Breastfeeding Peer Counselors). Następnie podczas 12-tygodniowej praktyki przechodzą szkolenie w zakresie procedur stosowanych w oddziale intensywnej terapii noworodków i zostają zatrudnieni w szpitalu. Innowacją jest, w stosunku do innych oddziałów tego typu, że przeszkoleni rodzice pracują jako integralna część zespołu leczniczego, stanowią nieocenioną pomoc dla pielęgniarek i konsultantów laktacyjnych.

Uzyskiwanie mleka matki w oddziałach intensywnej opieki noworodków

Ponieważ mleko jest lekarstwem dla dzieci hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii noworodków, podstawowym priorytetem jest pozyskiwanie i ochrona jego zasobów. Optymalne ilości mleka od matek można uzyskać poprzez dostosowanie procedur do fizjologii laktacji oraz indywidualnych cech matek. Matki muszą wiedzieć jak często i kiedy odciągać, jaką objętość mleka powinny uzyskać, jak prawidłowo używać sprzętu do odciągania, jak go składać, myć, jak wypełniać dzienniczek pozwalający oceniać postępy

laktacji. Pomocny sprzęt powinien zostać tak dobrany, aby zapewnić efektywność i komfort u matek dzieci hospitalizowanych w oddziałach intensywnej opieki noworodków.

Uwzględnienie fizjologii laktacji u kobiet odciągających pokarm


Zdrowy, urodzony o czasie noworodek uzyskuje około 15 ml siary w ciągu 10 karmień piersią podczas pierwszych 24 godzin po porodzie. W idealnym przypadku, gdy mamy do czynienia z nieograniczonym karmieniem piersią, produkcja mleka matki wzrasta z 15 ml podczas pierwszej doby do 500-600 ml mleka od 4. do 7. doby. Uwzględnienie tego zjawiska fizjologicznego u kobiet mających odciągać pokarm dla dziecka przedwcześnie urodzonego stanowi wyzwanie w oddziale intensywnej terapii. Dodatkowe komplikacje powodują stres i niepokój matki o dziecko oraz ewentualne powikłania porodu i stanu zdrowia kobiety.

Docelowe objętości mleka

Badania wskazują, że poziom produkcji pokarmu, jaki osiągnie matka w ciągu pierwszych 2 tygodni po porodzie warunkuje poziom produkcji mleka w ciągu dalszych dni hospitalizacji w oddziale intensywnej terapii noworodków. Dlatego też jest istotne, aby matki od początku rozumiały, że istnieją dwie docelowe objętości mleka. Jedna zaspokaja potrzeby dziecka teraz, gdy jest ono w oddziale (często chodzi o niewielkie ilości). Druga ma zaspokoić potrzeby dziecka wyłącznie karmionego piersią po wypisie z oddziału.

Ocena objętości uzyskiwanego mleka

Konsultanci laktacyjni w Rush Mothers' Milk Club jako narzędzie do oceny objętości mleka opracowali dzienniczki. Wszystkie matki dzieci przebywających w oddziale intensywnej opieki noworodków odciągające pokarm wypełniają dzienniczki codziennie przez pierwsze 14 dni po porodzie. Ten sposób pozwala wychwycić problemy występujące podczas pierwszych dni po porodzie i zapobiec obniżeniu produkcji pokarmu.



My Mom Pumps for Me™

Today's Date: _____

My baby weighs: _____

My baby eats: every 2 hours
 every 3 hours
 on demand

Today
 Yes or No I visited the nursery to be with my baby.
 Yes or No We did kangaroo care.
 Yes or No My baby tasted drops of milk at breast.
 Yes or No My baby took a feeding at breast.

Milk Sample	1	2	3	4	5	6	7	8
Time pumping started								
Time pumping ended								
Amount of milk from Left Breast								
Amount of milk from Right Breast								
Number of containers used								
Place pumped: (home, work, NICU)								

Today I pumped a total of _____ times, and got _____ mls of milk for my baby.

Things I want to remember about today: _____

Zdjęcie 1. Obrazuje dzienniczek mleczny, „Moja mama odciąga dla mnie!”, który jest stosowany w Rush Mothers' Milk Club u wszystkich matek odciągających pokarm.

Procedura pozyskiwania mleka po porodzie

Kobietom po porodzie powinno się asystować przy pierwszym odciąganiu mleka tak wcześnie, jak to jest tylko możliwe. W programie Rush Mothers' Milk Club konsultanci laktacyjni lub przeszkoleni rodzice – doradcy BPC instruuja matki jak używać laktatorów już w sali porodowej. W ten sposób udaje się odwzorować fizjologiczny proces jakim jest pierwsze karmienie zdrowego donoszonego dziecka piersią w ciągu pierwszej godziny po porodzie. Świeżo pobrana siara jest przenoszona do oddziału intensywnej opieki noworodków, gdzie podawana jest noworodkowi doustnie w ilości 0.2ml tak szybko, jak to jest tylko możliwe, najlepiej przez ojca. Częste i efektywne odciąganie pokarmu jest istotne dla całego procesu laktacji. Dlatego też opracowane procedury uwzględniają dostosowanie typu laktatora, dopasowanie lejka do wielkości brodawki i szczegółowe instrukcje użycia rozmaitych laktatorów.

Ochrona uzyskanego mleka matki

Mleko matki, które jest stosowane w oddziałach intensywnej opieki noworodków podlega wielu procesom technologicznej obróbki, takim jak pobieranie, gromadzenie, przechowywanie i podgrzewanie. Musi być całkowicie bezpieczne dla dzieci. Ponieważ istnieje ryzyko zmiany właściwości immunologicznych oraz odżywczych, co może wynikać z kontaktu z drobnoustrojami oraz ze zmian temperatury przechowywania, stworzono procedurę chroniącą pokarm. Program Rush Mothers' Milk Club obejmuje obróbkę około 500 butelek mleka gromadzonych w 14 lodówkach i zamrażarkach, w których jest możliwość stałej kontroli temperatury. Ta praktyka gwarantuje, że w oddziale mleko, którym karmi się dzieci podlega kontroli bezpieczeństwa non-stop. Innym sposobem zapewnienia bezpieczeństwa odciąganego mleka jest przestrzeganie procedury mycia każdego laktatora przed jego każdym użyciem. Polecane jest stosowanie przez oddziały intensywnej opieki noworodków specjalnych, dostępnych komercyjnie podgrzewaczy do mleka, które nie powodują kontaktu mleka z wodą. Mają one przewagę nad łaźniami wodnymi zawierającymi wodę z kranu.

Stopniowe przechodzenie na karmienie piersią

Za ważny element warunkujący powodzenie karmienia uważa się kontakt skóra do skóry. Opiekę metodą kangura uznaje się w literaturze za bezpieczną niezależnie od masy noworodka i stopnia jego dojrzałości. Noworodek okryty pieluszką, specjalnym kocykiem lub chustą kładziony jest między piersiami matki. W Polsce mamy wiele oddziałów, które mają wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu wcześniaków „metodą kangura” [przyp.aut.pol]. Kontakt skóra do skóry niesie wiele korzyści. Między innymi zapewnia noworodkowi kolonizację bakteriami ze skóry matki, a także pokarm dostosowany do jego potrzeb, gdyż matka wytwarza przeciwciała specyficzne wobec drobnoustrojów występujących w oddziale. Pozytywnie wpływa na laktację, obniża stres u matek noworodków hospitalizowanych w oddziałach intensywnej terapii.

W miarę osiągnięcia dojrzałości przez noworodka, nieodżywcze próby ssania piersi przemieniają się w spożywanie małych porcji pokarmu z piersi matki. Matka musi odciągnąć pokarm zanim zostanie ono przystawione dziecku do piersi, ponieważ wiele badań dowodzi, że wcześniaki mogą bezpiecznie spożywać pokarm doustnie przy zmniejszonym wyptywie. Stopniowo, w zależności od stopnia dojrzałości noworodka oraz tempa wyptywu pokarmu u matki, zaprzestaje się odciągania przed karmieniem i noworodek może ssać odżywczo pełną pierś. Wiele badań donosi, że wczesne karmienie wcześniaków piersią jest bezpieczniejsze niż wczesne karmienie butelką, głównie dlatego, że noworodki nie są w stanie kontrolować tempa wyptywu pokarmu z dostępnych komercyjnie zestawów butelek używanych w oddziałach intensywnej opieki noworodków.

Za ogólną zasadę uważa się, że jeśli dziecko hospitalizowane w oddziale intensywnej opieki noworodków jest zdolne do przyjmowania pokarmu doustnie (np. z butelki), to powinno też być zdolne do karmienia piersią. Każda matka, jeśli tylko chce i może karmić piersią ma zapewnioną profesjonalną pomoc techniczną. Jeśli zaczyna karmić bezpośrednio z piersi musi uważać, aby nadal regularnie odciągać, bo każde zaniedbanie może skutkować obrzękiem piersi i w rezultacie zmniejszeniem objętości mleka oraz ryzykiem rozwoju zapalenia piersi.

Laktotechnologia w służbie karmieniu mlekiem kobiecym

Laktotechnologia może wstępnie wydawać się za droga lub pracochłonna a pracownicy oddziałów intensywnej opieki noworodków mogą obawiać się, że będzie to dodatkowy stres dla matek odciągających pokarm. Jednak laktotechnologia służy optymalnemu wykorzystaniu mleka ludzkiego i dostosowania go do indywidualnych potrzeb wcześniaka przebywającego w oddziale intensywnej terapii noworodków. Pomocny sprzęt powinien być stałym wyposażeniem takich oddziałów.

Technika krematokrytu

Technika krematokrytu jest szybka, łatwa w użyciu, niedroga i dokładnie oznacza poziom lipidów oraz wartość kaloryczną ludzkiego mleka. Pomimo, że dostępne są metody oznaczania także stężenia laktozy i białek, są to znacznie droższe metody i mogą być z tego powodu niepraktyczne w oddziałach intensywnej opieki noworodków. W dodatku, zawartość lipidów jest najbardziej zmiennym parametrem odżywczym mleka ludzkiego, zależnym od indywidualnych cech matki, fazy karmienia itp. Z kolei, dziecko otrzymujące pokarm niskotłuszczowy, wysokolaktozowy może mieć słabszy przyrost masy i objawy nietolerancji pokarmowej.

Test wagowy

Nie jest bezpiecznie wypisywać dzieci z oddziałów intensywnej terapii noworodków z zaleceniem karmienia ich na żądanie bez żadnej kontroli poboru pokarmu. Jednocześnie nie jest korzystnie stosować rutynowe dokarmianie butelką wszystkich noworodków. Jedną z metod wykorzystywanych zarówno na oddziałach intensywnej terapii noworodków jak i w domu po wypisie jest test wagowy. Mimo wielu przeciwnych opinii, testy wagowe okazały bardzo przydatną metodą pozwalającą określać ilość przyjętego mleka przez dziecko. Są łatwe w użyciu i akceptowane przez rodziny wcześniaków.

Ostonki na brodawki (tzw. kapturki)

Dzieci przedwcześnie urodzone, blisko terminu i inne noworodki z problemami zdrowotnymi hospitalizowane w oddziałach intensywnej terapii noworodków często mają słabszą siłę ssania i pobierają mniej pokarmu z piersi niż noworodki donoszone. Ta sytuacja często utrudnia lub uniemożliwia efektywne karmienie piersią. Odpowiednie uchwycenie piersi, odpowiednio wytworzone podciśnienie, właściwe i odpowiednio silne ruchy ssące pozwalają na pobranie odpowiedniej objętości mleka z piersi matki. Siła ssania nie jest istotna przy zastosowaniu butelek ze smoczkiem, ponieważ tam działa ciśnienie hydrostatyczne. Zbyt słaba siła ssania klinicznie będzie objawiać się wyslizgiwaniem się piersi z ust noworodka, pozornym najadaniem się, przedwczesnym zasypianiem zanim noworodek pobierze odpowiednią ilość mleka. Pomoc jaką stosuje się rutynowo, to układanie dziecka tak, aby nie wytracało energii na nic innego poza ssaniem, w pozycji podtrzymującej główkę, szyję i tułów dziecka. Można stosować też ultra cienkie silikonowe osłonki na brodawki. Poprzez utrzymywanie stałego kształtu brodawki powodują silniejsze pobudzenie jamy ustnej noworodka i pomagają osiągnąć większą siłę ssania. W ten sposób kompensują ten przejściowy problem noworodków hospitalizowanych w oddziałach intensywnej opieki. Większość matek musi używać osłonek do czasu, gdy ich dzieci osiągną wiek zbliżony do terminu porodu, zaczną ssać efektywnie i będą potrafiły utrzymać wyłączne karmienie piersią. Dojrzałość jest tutaj najważniejszym czynnikiem determinującym efektywność i wydajność karmienia.

Podsumowanie

- Dowody na korzyści ze stosowania ludzkiego mleka w oddziałach intensywnej terapii noworodków są niezaprzeczalne, ale przełożenie tych dowodów na dobrą praktykę, opracowanie procedur, zastosowanie sprzętu i narzędzi, zasady informowania rodziców wymaga wciąż poprawy.
- Karmienie mlekiem matki wciąż nie jest postrzegane jako terapia równie wartościowa jak inne stosowane w oddziałach intensywnej terapii noworodka.
- Upowszechniając kulturę medycyny opartej na dowodach również w kwestiach karmienia mlekiem matki w oddziałach intensywnej terapii noworodka można zmienić dotychczasowe praktyki i oczekiwać wprowadzenia procedur oraz oceny wskaźników jakości w odniesieniu do karmienia kobiecym pokarmem.

Mamy nadzieję, że zebrane doświadczenia polskie oraz przedstawione doświadczenia kliniki z Chicago pozwolą na opracowanie standardu postępowania w polskich oddziałach intensywnej terapii noworodka sprzyjającego karmieniu najmniejszych dzieci kobiecym mlekiem. [przyp. red.pol]

Artykuł opatrzony 78 pozycjami piśmiennictwa.

Dostępny w całości w oryginale: *Pediatr Clin N Am* 60 (2013) 209–226. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.007>