

Karmienie piersią bez barier



Fundacja Twórczych Kobiet



V Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 2 czerwca 2012 r.



**Szanowni Goście,
Członkowie Rady Naukowej,
Drodzy Wykładowcy, Egzaminatorzy, Trenerzy i Pracownicy CNoL,
Kochane Absolwentki !**

Kwiaty kwitną w ogrodach, sale porodowe znów pełne, to oznacza tylko jedno – kolejny rok szkolny za nami! Był to rok pełen wyjątkowej pracy. Wspólnym wysiłkiem przeprowadziliśmy aż 19 kursów, z których skorzystało aż 700 osób. To wynik imponujący, zważając na fakt, że w latach 2007-2011 przeszkoliliśmy łącznie 1229 osób. Lata doświadczeń na polu edukacji w dziedzinie laktacji, profesjon-

*lizm nauczycieli i sprawność organizacyjna pracowników szkoły, zaowocowały sukcesem. Nie byłby on jednak możliwy bez idei promowania karmienia piersią, która nas łączy. Bez przyjaźni i wsparcia, jakim się nawzajem obdarzamy. Bez pozytywnego myślenia i wiary w niemożliwe, która od lat jest naszą dewizą. Nasz wieloletni wysiłek został w tym roku doceniony w sposób szczególny. Naszą szkołę zaszczyliła RADA NAUKOWA złożona z 11 wielkich osobistości, osób znaczących dla polskiej neonatologii, pediatrii, ginekologii i położnictwa oraz kształcenia. Zaproszenie do Rady przyjęła także Barbara Wilson-Clay. W tym roku szkolnym wzięliśmy udział w kilku konferencjach, między innymi w Krakowskiej i Warszawskiej Jesieni Pediatrycznej oraz konferencji Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych w Poznaniu. Zgłosiliśmy poprawki do nowego projektu standardów opieki okołoporodowej. Nasz internetowy miesięcznik **CnoL News** cieszy się popularnością, dostarcza streszczenia najnowszych artykułów oraz garść bieżących informacji. Na stronie internetowej uruchomiliśmy nowe działy: **Publikacje i Wiedza o laktacji**. W pierwszym można znaleźć ważne dokumenty i artykuły medyczne z dziedziny laktacji. W drugim prezentowana jest wiedza na temat fizjologii karmienia piersią, a także aktualne protokoły postępowania w stanach wymagających interwencji.*

*W naszej ofercie w tym roku znalazły się kursy zarówno na II poziomie wiedzy o laktacji: **Karmienie piersią w praktyce lekarza, Karmienie piersią – standardem w opiece okołoporodowej, Karmienie piersią w codziennej praktyce, Wspieranie kobiet w sytuacjach kryzysowych w okresie okołoporodowym, Promocja karmienia piersią**, jak i dwie edycje kursu na III poziomie wiedzy o laktacji: **Problemy w laktacji**. Ten ostatni ukończyło 81 osób. Do egzaminu na Certyfikowanego Doradcę Laktacyjnego przystąpiły 64 osoby. Tytuł, po odbyciu pełnego cyklu szkolenia i zdaniu egzaminów, uzyskało 45 osób. Gratulujemy!*

*Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom stworzyliśmy nowy tytuł: **Promotor Karmienia Piersią**, przeznaczony dla osób spoza zawodów medycznych, które podejmują działania promocyjne i organizacyjne na rzecz karmienia naturalnego oraz pragną dzielić się z innymi matkami wiedzą i doświadczeniem karmienia piersią m.in. tworząc grupy wsparcia matek karmiących.*

Nowi promotorzy powinni mieć mistrzów. Dlatego powstał tytuł: Honorowy Promotor Karmienia Piersią, którym podczas dzisiejszego zjazdu pragniemy uhonorować osoby od lat podejmujące skuteczne działania na rzecz karmienia piersią w Polsce idąc często pod prąd, łamiąc schematy, pokonując bariery. Są wśród nich osoby różnych profesji, co odzwierciedla jak wielowymiarowa jest promocja karmienia. Wśród nich znaleźli się w tym roku: Anna Otffinowska, Joanna Kieniewicz-Górska, Agata Teleżyńska, Magdalena i Tomasz Grzegorzewcy, Aleksandra Wesołowska, Izabela Paczesna, Olga Frączak-Faure, Magdalena Ramos-Smul.

Twórzmy razem „Świat przyjazny dziecku”!

W imieniu CNoL
Magdalena Nehring-Gugulska

RADA NAUKOWA
Centrum Nauki o Laktacji

Prof. Ewa Dmoch-Gajzlerska

Prodziekan ds. kierunku Położnictwo
Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Dr n. hum. Barbara Kot-Doniec

Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Prof. Barbara Królak-Olejek, IBCLC

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii Akademii Medycznej
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Prof. Ryszard Lauterbach

Kierownik Kliniki Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Prof. Jerzy Leibschang

Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Św. Rodziny w Warszawie

Dr n. med. Wojciech Puzyna

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie

Prof. Andrzej Radzikowski

Kierownik oddziału klinicznego gastroenterologii, żywienia dzieci i pediatrii,
I Katedra Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. Jacek Rudnicki

Kierownik Kliniki Neonatologii Pomorskiej Akademii Medycznej
w Szczecinie

Dr Elwira Soplińska

Pediatra, emerytowana kierownik Poradni Gastrologicznej
Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie i lekarz wojewódzki

Prof. Hanna Szajewska

Kierownik Kliniki Pediatrii
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Barbara Wilson-Clay BS, IBCLC

Członek specjalny International Lactation Consultant Association,
Stany Zjednoczone

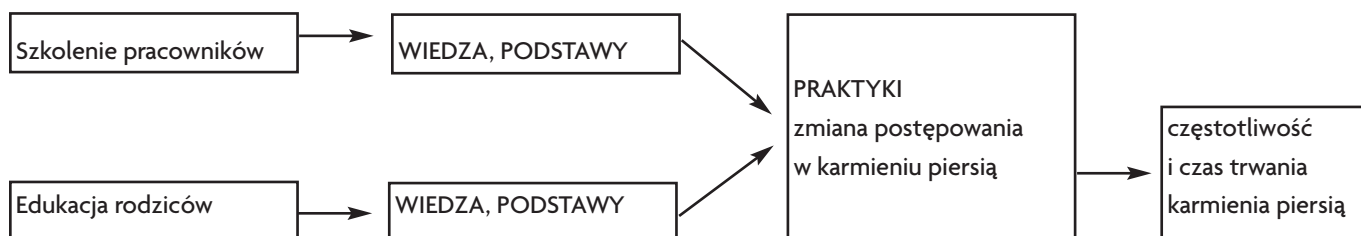
Karmienie piersią bez barier V Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Karmienie piersią jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci. Mleko matki jest pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci zdrowych i chorych, urodzonych o czasie i przed terminem. Karmienie wyłącznie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia zalecają zgodnie autorytety w dziedzinie pediatrii, żywienia i zdrowia dzieci, takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF), Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN), Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP). Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami żywność uzupełniająca powinna być wprowadzana stopniowo, w osłonie mleka matki, a po jej wprowadzeniu należy kontynuować karmienie piersią lub mlekiem kobiecym przynajmniej 2-3 miesiące. Żadna z wymienionych instytucji nie stawia górnej granicy karmieniu piersią. AAP zaleca kontynuować karmienie piersią do 1 roku lub dłużej, WHO – 2 lata lub dłużej, ESPGHAN proponuje kontynuację karmienia tak długo, jak życzą sobie tego matka i dziecko. Takie postępowanie zapewnia ochronę przed chorobami zarówno infekcyjnymi, jak i alergicznymi i metabolicznymi. Nie ma dowodów na szkodliwość długiego karmienia, nawet do 3 lat i dłużej (AAP 2005).

Aby kobiety chciały karmić piersią potrzebna jest szeroko pojęta promocja, obejmująca zarówno edukację matek jak i zwyczajne tworzenie pozytywnej atmosfery wokół karmienia naturalnego. Aby karmienie piersią rozpoczęło się i przebiegło prawidłowo potrzebna jest wiedza i umiejętności personelu medycznego oraz organizacja opieki nad matką dzieckiem sprzyjająca laktacji. Prawie 20 lat temu prof. Krystyna Mikiel-Kostyra, twórcza programu Promocji Karmienia Piersią, zidentyfikowała polskie bariery dla karmienia piersią. Wymieniała wśród nich m.in. cięcie cesarskie, niską masę urodzeniową, oddzielanie matki i dziecka po porodzie, dokarmianie i pojenie noworodka, używanie smoczka i kapturka ochronnego, ograniczanie częstości i czasu przystawiania dziecka do piersi, ważenie dziecka przed i po karmieniu, rozdawanie próbek sztucznej żywności przy wypisie ze szpitala. W przypadku kapturków i smoczków postęp technologiczny spowodował zmiany w wiedzy medycznej. Wiemy, kiedy nie należy ich stosować oraz kiedy mogą być pomocne. Wydaje, że w dobie implementacji „10 kroków” WHO/UNICEF do polskiego ustawodawstwa w postaci Standardu opieki okołoporodowej pozostałe bariery zostały pokonane. Nikt nie ma wątpliwości jak należy postępować z matką i dzieckiem na oddziale i co stanowi pokarm pierwszego wyboru dla dzieci zdrowych, chorych i urodzonych przedwcześnie. Nic więc powinno stać na przeszkodzie powszechnemu karmieniu dzieci mlekiem matki w Polsce. A jednak!

O tym, że wciąż istnieją bariery dla karmienia piersią w Polsce jesteśmy przekonani. Potwierdzają to też badania. Wprawdzie wskaźniki karmienia piersią od 1997 roku nie były monitorowane w skali ogólnopolskiej, jak robi to większość krajów Europy, ale mamy mniejsze próby. Z badań Zagóreckiej i wsp. na niewielkiej, ale reprezentatywnej grupie (134 niemowląt 6-miesięcznych) wynika, że po porodzie rozpoczyna karmienie 97,7% matek. Przyglądając się dokładniej jakości tego karmienia, Zagórecka stwierdza że wyłącznie piersią rozpoczynano karmić tylko 50% dzieci(!). Następnie stwierdza, że najwięcej kobiet przestaje karmić piersią w pierwszych 2-3 miesiącach życia dziecka. W jej badaniu w 6 miesiącu życia 68,6% niemowląt *było karmionych piersią, ale wyłącznie tylko 3,7% (badania z woj. Kujawsko-pomorskiego w następnym doniesieniu w naszych materiałach)*. Spokój sumienia budzi fakt, że na tle Europy i świata nie wypadamy najgorzej. Wysoki wskaźnik rozpoczynania karmienia mamy jak w 9 innych krajach Europy (Szwecji, Norwegii, Danii, Szwajcarii, Litwie, Islandii, Bułgarii, Niemczech, Austrii). Nasze mamy dobrze zaczynają! Do 6 miesiąca karmi wyłącznie piersią ponad 30% matek tylko w 4 krajach Europy. W niektórych badaniach mamy wysoki odsetek karmiących jeszcze w 12 miesiącu (41,8%, Zagórecka), co na tle Europy wypada naprawdę korzystnie, bo taki wskaźnik osiągają tylko kraje skandynawskie. W pozostałych krajach UE i w USA jest on rzędu 20% (dane amerykańskie podano w omówieniu stanowiska AAP na końcu materiałów). Wypada w tym miejscu zadać sobie pytanie, co jest przyczyną słabej jakości karmienia (niski odsetek karmienia wyłącznego) i porzucania karmienia tak szybko, w 2-3 miesiącu?

Przywoływana już prof. Krystyna Mikiel-Kostyra stworzyła doskonały model opierając się na przekonaniu, że główną barierą w upowszechnianiu karmienia piersią jest luka informacyjna (Program Promocji Karmienia Piersią, 1992).



Patrząc na powyższy model zastanawiamy się dziś, z jakimi barierami dla karmienia mlekiem matki przyszło nam się mierzyć w 2012 roku?

- Wciąż niedostateczna wiedza personelu?
- Niedostateczne umiejętności praktyczne personelu?
- Postawy niesprzyjające karmieniu naturalnemu?
- Praktyki szpitalne niesprzyjające laktacji?
- Brak standardu postępowania po porodzie zabiegowym?
- Brak standardu postępowania z dzieckiem urodzonym z niską masą?
- Niedoceniany problem krótkiego wędzidełka podjęzykowego?
- Prymat mleka sztucznego nad odciąganiem mlekiem matki lub mlekiem z banku mleka?
- Powszechne dokarmianie wskutek silnej promocji sztucznych mieszanek?
- Drastyczne „diety dla karmiących matek” stosowane bez wskazań?
- Brak skutecznego systemu pomocy w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych z udziałem doradców i konsultantów laktacyjnych?
- Bariery natury psychologicznej, społecznej, kulturowej?
- Nieskuteczna polityka zdrowotna państwa?

Przykłady, że może być inaczej można mnożyć. Najstynniejszym jest badanie zespołu Kramera, którego program PROBIT zmienił oblicze laktacyjne Białorusi. Ale w Polsce też mamy takie przykłady. Słynna jest laktacyjna metamorfoza województwa ciechanowskiego pod wodzą dr Elwiry Soplińskiej. W badaniu prowadzonym w Klinice Neonatologii Akademii Medycznej w Białymstoku spośród 50 noworodków donoszonych i 68 wcześniaków (27–37 Hbd), w 6 miesiącu życia karmionych wyłącznie piersią było 66,7% noworodków donoszonych i 50% wcześniaków. Za czynnik, który obniżał wskaźnik u wcześniaków uznano dokarmianie mieszanką (*Kamianowska i wsp. 2006*). W Szpitalu Specjalistycznym Św. Zofii w Warszawie 92,2% wcześniaków jest karmionych piersią lub mlekiem matki w czasie hospitalizacji i po wypisie (dane statystyczne szpitala w 2011 r.). To placówki, które od lat stosują praktyki sprzyjające laktacji.

Znów sprawdza się zasada, że dla chcącego nic trudnego. Możemy pokonać bariery działając zarówno na poziomie promocji, jak i edukacji matek, personelu medycznego, a także rozwiązując trudne problemy kliniczne. Wspierajmy nawzajem swoje działania, a stworzymy środowisko dla karmienia piersią!

Magdalena Nehring-Gugulska

Karmienie piersią bez barier? – stan aktualny

lek. Urszula Bernatowicz-Łojko

Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

Mimo postępu cywilizacji i coraz nowocześniejszych technologii, w tym również w zakresie produkcji odżywek dla niemowląt, karmienie piersią nadal pozostaje „złotym standardem” w żywieniu dzieci od urodzenia, przez pierwsze miesiące, a nawet lata życia. Co więcej, zaczynamy wreszcie również w naszym kraju doceniać walory pokarmu kobiecego dla zdrowia dziecka urodzonego przedwcześnie, chorego, nawet, jeśli nie jest to mleko od własnej matki. Wyrazem tego jest odradzanie się instytucji banków mleka, laktariów, m.in. pierwsza taka nowoczesna placówka została otwarta w marcu br. w Szpitalu Klinicznym CMPK im. Prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

Czy jednak upowszechnianie wiedzy o dobroczynnym, profilaktycznym i leczniczym działaniu mleka mamy znajduje odzwierciedlenie w statystykach dotyczących sposobu żywienia polskich niemowląt?

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie, bowiem od ponad 15 lat (tj. od zakończenia realizacji rządowego ogólnopolskiego Programu Promocji Karmienia Piersią pod kier. wówczas doc. dr hab. n. med [obecnie prof.] Krystyny Mikiel-Kostyry) nie są w Polsce prowadzone powszechne badania statystyczne obejmujące zagadnienie karmienia dzieci piersią/pokarmem kobiecym. Analizy (dotyczące zwykle wrywkowych, niewielkich populacji) publikowane w ostatnich latach wskazują, że sytuacja w zakresie karmienia naturalnego niemowląt w naszym kraju ulega stopniowemu pogorszeniu.

Jednym z obszerniejszych i aktualnych badań w tej dziedzinie jest przeprowadzona w roku 2010 analiza sposobu żywienia dzieci w województwie kujawsko-pomorskim. Dokonano jej na próbie ponad 1000 ankietowanych, w poszczególnych przedziałach wiekowych, począwszy od noworodków, po dzieci dwuletnie. Badanie było możliwe dzięki zaangażowaniu i wsparciu finansowemu Samorządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ramach Programu Promocji Karmienia Piersią i Pokarmem Kobiecym Dzieci w naszym regionie. Województwo to charakteryzuje się typowymi dla średniej krajowej wartościami większości wskaźników demograficznych, społeczno-gospodarczych oraz infrastrukturalnych. Dzięki temu daje pewien pogląd o sytuacji w całym kraju. Uzyskane wyniki, niestety, potwierdziły istniejące obawy.

W dniu wypisu ze szpitala piersią karmionych było co prawda 99,4% noworodków urodzonych o czasie, ale wyłącznie mlekiem matki 87%, natomiast w trakcie całego pobytu na oddziale tylko 65%. W przypadku wcześniaków wyłącznie pokarmem matki w dniu wypisu karmionych było już tylko 60%, w trakcie całego pobytu – jedynie 30%. Większość dzieci donoszonych (74,6%) było dokarmianych już w 1 dobie po urodzeniu, zarówno na prośbę matki, jak i na zlecenie lekarza. Główną przyczyną dokarmiania był, według matek, niedobór pokarmu w piersiach (60%), a w 15% trudność ze strony dziecka w prawidłowym ssaniu piersi. 17% dojrzałych noworodków otrzymało w trakcie pobytu w szpitalu smoczek do uspokojenia.

Kontakt „skóra do skóry” po porodzie zapewniono 72,7% urodzonych o czasie dzieci, jednak dla 1/3 z nich trwał on nie dłużej, niż 10 min. 97,2% noworodków przebywało w szpitalu razem z mamami (w jednym pokoju), ale jedynie około 80% z nich miało taką możliwość przez cały okres pobytu. Główną przyczyną oddzielenia dziecka (46%) był poród przez cięcie cesarskie.

11,4% kobiet rodzących o czasie odciągało pokarm w szpitalu. Ponad połowa z nich korzystała z własnego sprzętu laktacyjnego, niejednokrotnie z powodu braku laktatorów w szpitalu. Jedynie 48% placówek w województwie dysponuje profesjonalnym sprzętem do odciągania mleka. Połowa szpitali nie zapewnia warunków do przechowywania odciągniętego pokarmu.

Ponad 40 % kobiet korzystało w szpitalu z pomocy laktacyjnej, mimo, że 40% ankietowanych szpitali nie ma wśród personelu ani jednego pracownika przygotowanego merytorycznie do udzielania porad laktacyjnych. Ponad 10% kobiet uzyskało w trakcie pobytu informacje o konieczności mycia piersi wodą

z mydłem przed każdym karmieniem, 1/3 matek zalecano odstawienie lub znaczne ograniczenie spożycia mleka i przetworów mlecznych po porodzie oraz rezygnację z owoców, warzyw i ich przetworów w swojej diecie, ok. 5% poinformowano o konieczności dopajania dziecka 5% glukozą w domu.

46,6% ankietowanych kobiet deklarowało, że nie było przed porodem informowanych przez personel medyczny o zdrowotnych korzyściach wynikających z karmienia piersią/pokarmem kobiecym. Głównym źródłem wiedzy o żywieniu niemowlęcia są dla prawie połowy rodziców książki o opiece nad dzieckiem, dla 1/5 – pielęgniarka lub położna.

Karmionych piersią do 4 m-ca było 59% niemowląt, ale jedynie 1/3 dzieci w tym wieku otrzymywała wyłącznie mleko matki. Do 6 m-ca tylko piersią karmionych było 14% dzieci.

Takie proporcje w żywieniu polskich niemowląt to skutek nie tylko działań poporodowych, ale szeregu barier w tym zakresie pojawiających się już na wczesnym etapie macierzyństwa, które, mimo upływu lat i znacznej poprawy dostępu do wiedzy, NADAL NIE ZOSTAŁY POKONANE.

Piśmiennictwo:

1. Bernatowicz-Łojko U., Wesołowska A., Wilińska M.: Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie woj. kujawsko-pomorskiego. Standardy medyczne (w druku)
2. Kornacka M.K., Bernatowicz-Łojko U.: Dostępność naturalnego pokarmu na oddziałach noworodkowych polskich szpitali. Postępy neonatologii (w druku)
3. Program Promocji Karmienia Piersią i Pokarmem Kobiecym Dzieci w Województwie Kujawsko-Pomorskim w roku 2010; koordynator Programu – U. Bernatowicz-Łojko (dane własne nieopublikowane)

Czy poród zabiegowy jest nadal barierą utrudniającą prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią?

Lek. Katarzyna Moskała

Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego w Krakowie

W obliczu rosnącej liczby cięć cesarskich, a jednocześnie szerokiej świadomości przyszłych rodziców w kwestii niepodważalnych korzyści płynących z karmienia piersią, coraz częściej słyszymy pytania zaniepokojonych pacjentek o trudności, z jakimi przyjdzie im się borykać gdy po operacyjnym rozwiązaniu ciąży mierzyć się będą z pierwszymi próbami naturalnego karmienia. Wokół trudności tych narastała od dłuższego czasu legenda, budząc u przyszłych mam obawy przed konsekwencjami cięcia cesarskiego w odniesieniu do naturalnego karmienia noworodka. Obawy te uzasadnione lub nie, aktualne lub zdezaktualizowane, mogą mieć swoje podłoże w kilku źródłach. Po pierwsze zachodzi obawa, że leki stosowane w znieczuleniu przewodowym, a tym bardziej ogólnym wpłyną na stan noworodka w mechanizmie transferu łożyskowego zanim płód zostanie wydobyty lub też przenikając do mleka matki zagrożą zdrowiu karmionego dziecka w pierwszych godzinach lub dobach po porodzie. Po drugie obolała po operacji i najczęściej unieruchomiona przez blokadę podpajęczynówkową mama obawia się, czy uda jej się przyjąć pozycję, w której prawidłowo i skutecznie przystawi do piersi noworodka. Trzecią obawą, najczęściej przywoływaną przez nasze pacjentki, niestety nie tylko w rozmowach z fachowym personelem, ale przede wszystkim na internetowych stronach dyskusyjnych, jest obawa o niewystarczającą ilość, czy późniejsze niż po porodzie siłami natury „pojawianie się pokarmu” po cięciu cesarskim.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że rozwiązanie porodu przez cięcie cesarskie było jedną z barier dla karmienia piersią zidentyfikowaną przez K. Mikiel-Kostyrę w 1996 roku. [6] Badane dzieci z cięcia cesarskiego rzadko miały kontakt skóra-do-skóry, były częściej oddzielane od matek, rzadziej przebywały na wspólnej sali, były rzadziej karmione tylko mlekiem matki. Z badań Zagóreckiej i wsp. wynika, że bariera ta istnieje nadal. Noworodki urodzone z cięcia cesarskiego są 5-krotnie bardziej narażone na opóźnienie pierwszego karmienia. [11]

Potencjalny wpływ leków stosowanych w znieczuleniu do operacji to zagrożenie z pogranicza położnictwa i anestezjologii. Większość cięć cesarskich odbywa się aktualnie w znieczuleniu podpajęczynówkowym – tylko rzeczywiste przeciwwskazania do takiego znieczulenia upoważniają do obciążonego większym ryzykiem powikłań znieczulenia ogólnego. Stosowany do znieczulenia przewodowego 5% roztwór chlorowodoru bupiwakainy, wiązanej w 96% z białkiem, przenika przez łożysko oraz do mleka w ilościach tak minimalnych, że nie wpływa na stan noworodka. Znieczulenie ogólne wymaga natomiast podania większej ilości leków na drodze dożylniej lub wziewnej. [4,5] Leki znieczulenia ogólnego najczęściej stosowane w Szpitalu im. St. Żeromskiego w Krakowie zestawiono w tabeli nr 1. [5,8]

Podane dożylnie lub wziewnie leki anestetyczne wykazują krótkotrwały wpływ na płód. Okno czasowe najkorzystniejsze do wydobycia płodu (tzw. IDT – induction – delivery time) determinowane jest z jednej strony przez czas działania leku na płód (np. dla tiopentalu to ok. 4 minut), a z drugiej przez okres głębokiego snu matki (dla tiopentalu ok. 8 minut). Tak więc IDT dla stosowanego z wyboru do cięcia cesarskiego tiopentalu wynosi 4–8 minut. [5]

Zarówno transfer łożyskowy jak i przenikanie leku do mleka matki zależą od podobnych czynników tj: właściwości fizykochemicznych leku (masa cząsteczki, rozpuszczalność w tłuszczach, wiązanie z białkami, stopień jonizacji) oraz stężenia leku w osoczu krwi matki (zależnego od dawki i drogi podania leku). Idealne w okresie poprzedzającym laktację i w czasie laktacji byłoby zastosowanie leków, dla których stosunek stężenia w mleku do stężenia w osoczu matki (M/P – milk/plasma ratio) jest zdecydowanie mniejszy od 1, a najlepiej zbliżony do 0. Łatwiej przenikają przez błony leki o masie cząsteczkowej < 500 (większość anestetyków) oraz leki lipofilne i słabo zjonizowane (leki znieczulenia przewodowego, leki narkotyczne). Gorszą przenikalnością charakteryzują się leki słabo rozpuszczalne w tłuszczach i wysoko zjonizowane (leki zwiotczające). [4,5,9]

Tab.1. Leki stosowane w znieczuleniu ogólnym

Grupa leków	Przedstawiciel	Komentarz
Leki hipnotyczne	Tiopental Propofol Ketamina Midazolam	– lek z wyboru do cięcia cesarskiego – minimalne stężenie w mleku – raczej przeciwwskazany do cięcia cesarskiego – karmienie po 24h – zaleta: zwiększa przepływ maciczno-łożyskowy – stosowana rzadko – przy hipowolemii matki – objawy psychotyczne u matki – wyjątkowo przy przeciwwskazaniach do ww (nadciśnienie i astma) – wady: sedacja noworodka do 6–8h po porodzie karmienie po 24h
Gazy anestetyczne	Podtlenek azotu Sevofluran	– łatwo przechodzi przez łożysko: stężenie we krwi płodu = 90% stężenia we krwi matki – w mieszaninie z tlenem > 1:1 depresyjny wpływ na OUN, hipoksemia dyfuzyjna, < 1:1 – niewystarczające działanie – konieczność uzupełnienia – w połączeniu z podtlenkiem azotu
Opioidy	Fentanyl	– podawany po wydobyciu płodu
Zwiotczające	Succynylocholina Tracrium Mivacron Esmeron	– przechodzą przez łożysko w stopniu minimalnym bez znaczenia klinicznego
Inne	Metoclopramid Dexaven Hydrocortison	– przy pojedynczych dawkach nie mają znaczenia dla stanu noworodka

Droga podania leku ma zasadniczy wpływ na jego stężenie w osoczu matki, w kolejności malejącej od największego stężenia po podaniu: dożylnym – zewnątrzoponowym – domięśniowym – podpajęczynówkowym. Znieczulenie podpajęczynówkowe jest zatem najbardziej korzystne w aspekcie narażenia dziecka na lek podany matce, zwłaszcza przy dodatkowym zastosowaniu zwężającej naczynia epinefryny, obniżającej dodatkowo o ok. 1/3 poziom leku w krążeniu macicznym. [5]

Stosowanie znieczulenia przewodowego w Szpitalu im. St. Żeromskiego jest obecnie złotym standardem i dotyczy prawie wszystkich porodów operacyjnych. W wyjątkowych sytuacjach, gdy konieczne jest ogólne znieczulenie pacjentki, unika się stosowania leków wpływających na aktywność czy odruch ssania noworodka lub stwarzających konieczność odroczenia karmienia.

Przystawianie dziecka do piersi, szczególnie trudne w pierwszych godzinach po cięciu cesarskim, wymaga pomocy – początkowo wykwalifikowanego personelu, potem zastąpić mogą go przeszkoleni członkowie najbliższej rodziny. Młode mamy zazwyczaj szybko uczą się pod okiem personelu techniki przystawiania noworodka do piersi w pozycji leżącej na plecach, a w kolejnych godzinach i dobach w pozycjach na boku oraz półsiedzących. Ból pooperacyjny łagodzi się bezpiecznymi dla dziecka lekami nieopiodowymi, najchętniej słabo przenikającym do mleka matki i bezpiecznym dla dziecka paracetamolem, który w formie dożylniej zapewnia wystarczające leczenie dla większości mam. [10]

Wśród pracowników ochrony zdrowia pokutuje przekonanie, że po cięciu cesarskim „nie ma pokarmu”. Jest to stwierdzenie niezgodne z wiedzą o fizjologii laktacji. Wiadomo, że laktogeneza I (rozrost tkanki gruczołowej i wytwarzanie siary) rozpoczyna się ok. 16 tygodnia ciąży, więc tym bardziej po porodzie jest obecna. Świeżo upieczona mama, otrzymując błędny przekaz, zaczyna mieć wątpliwości czy wykarmi dziecko tylko piersią. Łatwo w tej sytuacji podjąć decyzję o dokarmianiu bez wskazań. I tu błędne koło się zamyka – obawa, że ilość pokarmu będzie niewystarczająca staje się powodem do dokarmiania, co jest z kolei jedną z głównych przyczyn skracania długości karmienia. Z drugiej strony wielu przedstawicieli naszego zawodu uważa, że po cięciu cesarskim laktacja przebiega prawidłowo i nigdy nie słyszeli pojęcia „opóźniona laktogeneza II”.

Laktogeneza II (skokowe zwiększenie wydzielania mleka pod wpływem kompleksu laktogenego) rozpoczyna się 30–40 godzin po porodzie. Może być opóźniona o 1–2 doby z powodu różnych czynników wynikających ze stanu matki. Jednym z nich jest poród zabiegowy. Świadomość istnienia opóźnionej laktogenezy, pozwala personelowi wytłumaczyć matce to zjawisko oraz zastosować właściwe postępowanie, którym w tym przypadku będzie czasowe, niewielkie dokarmianie z użyciem metody alternatywnej wobec butelki oraz stymulacja laktacji przez częste, prawidłowe przystawianie dziecka do piersi. [7]

Zasadnicza rola przeszkolonego personelu polega na uświadomieniu pacjentce, że nie istnieją obiektywne przyczyny, dla których po cięciu cesarskim laktacja miałaby być mniej skuteczna niż po porodzie siłami natury, a procesy rozpoczęte już w pierwszej połowie ciąży, niezależnie od sposobu jej ukończenia wymagają jedynie podtrzymania poprzez prawidłowe oraz odpowiednio wczesne i częste przystawianie dziecka do piersi. Spokojna, pozytywnie nastawiona mama, uzyskawszy pomoc personelu i co równie ważne – wsparcie najbliższej rodziny, łatwiej poradzi sobie z prawidłowym karmieniem dziecka, a w efekcie proces laktogenezy przebiegał będzie bez zakłóceń.

O tym, że droga porodu operacyjnego wcale łatwą nie jest, wie coraz więcej przyszłych i obecnych mam. Pamiętać należy, że wiele z nich odbiera brak możliwości urodzenia dziecka siłami natury jako osobistą porażkę. Szczególnie dla nich ważna jest świadomość, że pomimo niefizjologicznego sposobu ukończenia ciąży nie istnieją żadne niemożliwe do obejścia przeszkody w podjęciu fizjologicznego karmienia noworodka.

Piśmiennictwo:

1. American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2005; Med. Prakt. Ginekologia i Położnictwo, 2006/01
2. Bailey B., Ito S. Breast-feeding and maternal drug use. Pediatr Clin North Am. 1997
3. Howard C.R., Howard F.M., Lanphear B. i wsp.: Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics, 2003; 111 (3)
4. Kuczkowski K.M., Drobnik L.: Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej: Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego: zanikająca sztuka? Med-Media. Warszawa 2009
5. Kruszyński Z.: Anestezjologia położnicza, położnicze stany nagłe: Znieczulenie przewodowe do cięcia cesarskiego. Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego. WL PZWL Warszawa 2006
6. Mikiel-Kostyra K., Mazur J.; Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. Pediaatria Pol., 71 (7). 1996
7. Oslislo A., Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Karmienie piersią i mlekiem kobiecym. Med. Prakt. Pediaatria. 2009/03
8. Podlewski J., Chwalibóg-Podlewska A.: Leki Współczesnej Terapii. Medical Tribune Polska 2010
9. Rutherford Jane M., Zasady farmakoterapii w okresie laktacji. Research Fellow in Obstetric Medicine, University Hospital, Queens Medical Centre, Nottingham, NG72UH, Wielka Brytania
10. World Health Organization, UNICEF: Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: Care for the mother during and immediately after delivery. Geneva, Switzerland. 1989
11. Zagórecka E., Piotrowska- Jastrzębska J.: Żywnienie niemowląt – wybrane aspekty. Pediaatria Pol., 2007 82(7)

Czy niska urodzeniowa masa ciała jest barierą dla utrzymania karmienia piersią?

Lek. Jolanta Baszczeska

Szpital Specjalistyczny Św. Zofii w Warszawie

„Szpitale i lekarze powinni zalecać mleko ludzkie do żywienia wcześniaków i innych dzieci ryzyka w formie karmienia piersią i/lub odciągniętym pokarmem własnej matki. Wsparcie matki i edukacja w zakresie karmienia piersią oraz odciągania mleka powinny być zapewnione najwcześniej, jak to możliwe. Matki powinny być zachęcane do jak najszybszego kontaktu skóra do skóry i bezpośredniego karmienia z piersi.”

Ta rekomendacja WHO obliguje nas – polską służbę zdrowia – do stworzenia skutecznych, adekwatnych do potrzeb matki i dziecka procedur postępowania i systemów skutecznego działania .

W karmieniu naturalnym dzieci przedwcześnie urodzonych istnieje szereg barier, takich jak:

- trudności z utrzymaniem prawidłowej laktacji u matki,
- niedojrzałość funkcji fizjologicznych, koordynacji ssania z polykaniem i oddychaniem dziecka,
- problemy z wykształceniem i utrzymaniem prawidłowego wzorca ssania,
- zagubienie i stres rodziców w tak trudnej dla nich sytuacji.

Naszym obowiązkiem jest pomoc w pokonywaniu wymienionych przeszkód, by dzieci z porodów przedwczesnych miały szanse żywienia fizjologicznego, gdy osiągną dojrzałość do ssania piersi matki.

Postęp technologiczny i wiedza neonatologiczna pozwalają na utrzymanie przy życiu dzieci z bardzo niską i skrajnie niską urodzeniową masą ciała. Priorytetem działalności neonatologii jest zapewnienie wysokiej jakości życia ratowanych dzieci z wykorzystaniem najbezpieczniejszych i najkorzystniejszych praktyk i metod terapii. Prawidłowe żywienie wcześniaków stanowi integralną i wysoce ważną część leczenia i jest jednocześnie profilaktyką chorób cywilizacyjnych.

W 2011 roku w Szpitalu św. Zofii w Warszawie urodziło się 4670 dzieci, 5,6% (257) stanowiły dzieci z porodów przedwczesnych, w tym:

- wcześniaki ważące 2500g i więcej – 129
- wcześniaki ważące poniżej 2500g – 96
- wcześniaki ważące poniżej 1500g – 21
- wcześniaki ważące poniżej 1000g – 11

Konsekwentne realizowanie wypracowanych w naszym Szpitalu i doskonalonych od 18 lat procedur, stosowanie zalecanych przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią technik karmienia i pozyskiwania pokarmu od matek wcześniaków, dało rezultat w postaci wysokiego odsetka wcześniaków karmionych piersią i/lub pokarmem własnej matki w czasie hospitalizacji i po wypisie – 92,6%, w tym 84% wyłącznie piersią i/lub pokarmem matki (łącznie w grupach < 2500g, < 1500g oraz <1000g).

Tylko 10 wcześniaków karmionych było sztucznymi mieszankami:

- w grupie dzieci poniżej 1000g wszystkie karmione były pokarmem matki
- w grupie dzieci poniżej 1500g 3 karmionych mieszanką sztuczną
- w grupie dzieci poniżej 2500g 7 karmionych mieszanką sztuczną. oraz 11 dokarmianych mieszanką.

Realizacja tego celu możliwa jest dzięki zaangażowaniu, konsekwencji i determinacji personelu, który posiada odpowiednie umiejętności, wiedzę i motywację. Jest to działanie interdyscyplinarne, angażujące lekarzy neonatologów i położników, pielęgniarki i położne, psychologa, fizjoterapeutę, neurologopedę, nadzorowane przez Międzynarodowe Konsultantki Laktacyjne.

Masa ciała	Liczba dzieci	Karmione mlekiem matki (BMF)	Karmione mlekiem matki i mieszanką	Karmione mieszanką
< 2500g	96	81,00%	11,00%	7,00%
< 1500g	21	86,00%	0,00%	14,00%
<1000g	11	100,00%	0,00%	0,00%
Ogółem	128	84,00%	8,60%	7,80%

Na drodze wcześniaka do optymalnego żywienia jest wiele przeszkód.

Pierwsza, którą udało nam się pokonać, to niewłaściwe praktyki szpitalne.

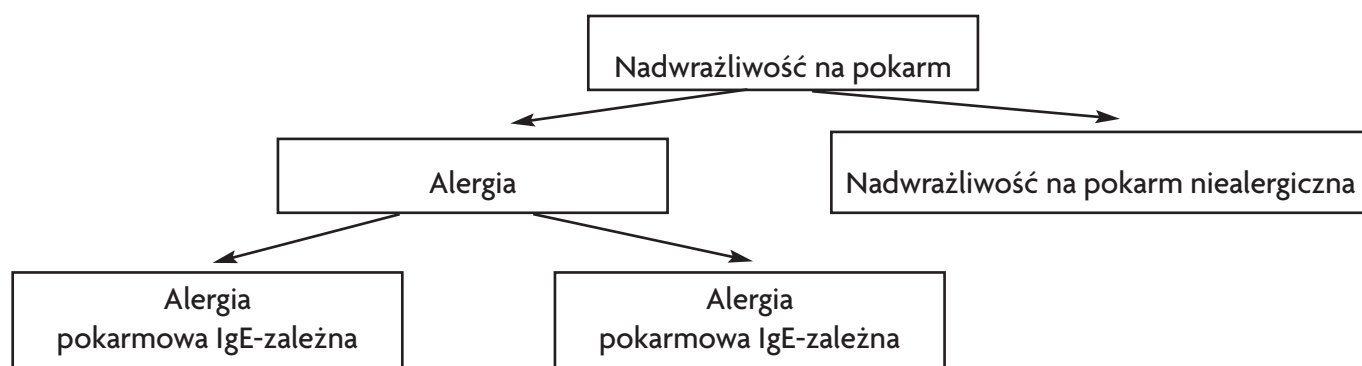
Czy alergia pokarmowa przeszkadza w kontynuacji karmienia piersią?

dr n. med. Marek Ruszczyński

Klinika Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Każda niepożądana reakcja na pokarm określana jest mianem nadwrażliwości. Europejska Akademia Alergii i Immunologii Klinicznej przedstawiła podział nadwrażliwości na pokarm.

Podział nadwrażliwości na pokarm. (Allergy 2001; 56: 813-24)



Częstość alergii pokarmowej u dzieci wynosi ok 5-8%, najczęściej dotyczy ona alergii na białko mleka krowiego, jaja kurze, orzeszki ziemne, pszenicę, soję, ryby i skorupiaki.

Warto podkreślić, że w okresie powojennym alergia pokarmowa rozpoznawana była niezwykle rzadko, dotyczyła ok. 0,01%–0,03% badanych, natomiast w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku zaobserwowano znaczny wzrost częstości występowania alergii na białka mleka krowiego. Objawy alergii na białko mleka krowiego prezentuje według różnych szacunków od 5 do 15% niemowląt, przy czym rzeczywista częstość występowania to ok. 2%–7%.

W mleku krowim występuje ponad 25 potencjalnie uczulających białek, wśród nich najważniejszymi alergenami są: białka serwatkowe tj. beta-laktoglobulina, alfa-laktoalbumina, albumina surowicy bydłowej oraz kazeina.

Karmienie piersią zgodnie z wieloma doniesieniami naukowymi może mieć właściwości profilaktyczne w stosunku chorób alergicznych, w tym najbardziej udokumentowane dla atopowego zapalenia skóry oraz astmy. Należy jednak podkreślić, że dostępne dane z badań naukowych są niejednoznaczne.

Podczas karmienia piersią zachodzi wiele procesów, związanych między innymi z transferem antygenów i immunomodulatorów w mleku, które mogą potencjalnie korzystnie wpływać na promowanie tolerancji na alergeny. Niestety z drugiej strony, te same procesy mogą w niektórych przypadkach odpowiadać za ukrytą sensytyzację niemowląt, czy za nasilenie objawów alergii w przypadku spożywania np. mleka krowiego przez matkę. Już w kilka godzin po spożyciu mleka, jaj czy orzeszków ziemnych obserwuje się antygeny w mleku matki.

Rozpoznawanie i leczenie alergii pokarmowej u niemowląt karmionych piersią, polega na czasowym – od 2 do 4 tygodni wprowadzeniu diety eliminacyjnej u matki i obserwacji dolegliwości dziecka. W przypadku poprawy – należy wykonać prowokację pokarmową (najlepiej podwójnie ślepa, losową, kontrolowaną placebo) i w razie ponownego nawrotu dolegliwości – rozpoznać alergię. W przypadku braku poprawy w trakcie diety eliminacyjnej powinno się ponownie wprowadzić eliminowany produkt do diety dziecka i rozważyć inne rozpoznanie.

Należy z całą stanowczością podkreślić, że niewskazane jest budowanie diety eliminacyjnej często złożonej, czy to u matki karmiącej czy później u dziecka, która nie jest poparta rozpoznaniem i później poprawą stanu

klinicznego dziecka. Diety eliminacyjne, stosowane bez wskazań lekarza, bądź nie poparte prawidłowo postawionym rozpoznaniem, niejednokrotnie złożone i źle zbilansowane mogą nieść realne zagrożenie rozwinięcia niedoborów żywieniowych zarówno dla matki – jak i dla dziecka, frustrację matki oraz w rezultacie pogorszenie laktacji, a często również zaniechanie karmienia piersią.

W chwili obecnej nie ma zaleceń wskazujących na celowość stosowania diet eliminacyjnych, bądź unikanie jakichś pokarmów przez matki karmiące, celem zapobiegania alergii u dzieci z grupy podwyższonego ryzyka chorób atopowych. Takie postępowanie, może doprowadzić do podobnych skutków jak opisane w akapicie powyżej.

W przypadku konieczności stosowania diety bezmlecznej u matki należy bezwzględnie pamiętać o konieczności suplementacji wapnia – w ilości zgodnej z dziennym zapotrzebowaniem na wapń (1200mg).

Piśmiennictwo:

1. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, Mearin ML, Papadopoulou A, Ruemmele FM, Staiano A, Schäppi MG, Vandenplas Y. Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: A practical guideline of the GI-committee of ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012 May 7.
2. Isolauri E, Tahvanainen A, Peltola T, Arvola T. Breast-feeding of allergic infants. *J Pediatr* 1999;134:27-32.
3. Sorva R, Mäkinen-Kiljunen S. Beta-lactoglobulin secretion in human milk varies widely after cow's milk ingestion in mothers of infants with cow's milk allergy. *J Allergy Clin Immunol* 1994;93:787-792.
4. Kramer MS., Breastfeeding and allergy: the evidence. *Ann Nutr Metab.* 2011;59 Suppl 1:20-6. Epub 2011 Dec 21.
5. Greer F.R., Sicherer S.H., Burks A.W.; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology: Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008; 121: 183–191.

Krótkie wędzidełko podjęzykowe – bariera do pokonania!

Lek. Monika Żukowska – Rubik

Poradnia laktacyjna Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie

Krótkie wędzidełko podjęzykowe jest wadą anatomiczną, która występuje u około 1,7% - 4,8% noworodków. Krótkie wędzidełko upośledza ruchomość języka, przez co utrudnia lub wręcz uniemożliwia dziecku prawidłowe ssanie piersi. Tak dzieje się u 12,8% - 44% noworodków z krótkim wędzidełkiem. Podstawowe problemy to przede wszystkim bolesność i uszkodzenia brodawek u matki oraz nieefektywne pobieranie pokarmu z piersi, co z kolei skutkuje słabym przyrostem masy ciała i ograniczeniem produkcji pokarmu. [1, 4, 5, 6]

Odpowiednio wysunięty język wraz z pozostałymi elementami aparatu oralnego formuje i stabilizuje pierś. Dzięki temu dziecko może prawidłowo pobierać pokarm, wytwarzając odpowiednie ciśnienie ujemne w fazie zasysania i odpowiednie ciśnienie dodatnie w fazie kompresji.

Przecinanie wędzidełka podjęzykowego (frenotomia) u noworodków, zgodnie z doniesieniami z ostatnich lat, przynosi poprawę jakości karmienia piersią. [2, 3, 4, 7, 8, 9]

Przecięcie wędzidełka jest zabiegiem bezpiecznym. Krwawienie jest znikome, nie występują zakażenia. Wydaje się również, że ze względu na słabe unerwienie wędzidełka w okresie noworodkowym zabieg nie stanowi dużego dyskomfortu dla dziecka. Wtórne ograniczenia ruchomości języka wskutek bliznowacenia nie obserwuje się u noworodków. Białawy nalot w miejscu nacięcia nie jest uważany za powikłanie, nie wymaga leczenia. [10]

Decyzję o przecięciu wędzidełka podejmuje się po dokładnej ocenie kształtu i ruchomości języka oraz budowy samego wędzidełka. Pomocna może być skala Hazelbaker. [11, 12] Warto zaobserwować, jak język porusza się w czasie płaczu i przy stymulacji, np. szpatułką. Konieczna jest również ocena sposobu ssania piersi, efektywności karmienia, stanu brodawek u matki. Oceny dokonuje specjalista (doradca laktacyjny, logopeda, laryngolog).

Zabieg przecięcia wędzidełka utrudniającego karmienie najlepiej wykonywać możliwie jak najszybciej po rozpoznaniu problemu, czyli już w pierwszych dniach porodu.

Zwykle zabieg frenotomii czyli prostego przecięcia wędzidełka wykonują lekarze neonatolodzy czy pediatrzy w poradniach laktacyjnych. Dziecko z wędzidełkiem grubym, z trudnym dostępem do okolicy podjęzykowej, kilkumiesięczne – należy kierować do laryngologów lub chirurgów dziecięcych.

Do zabiegu wymagana jest pisemna zgoda rodzica. Zabieg wykonywany jest jałowym sprzętem, zwykle bez znieczulania miejsca nacięcia. Dzięki temu tuż po zabiegu dziecko może być przystawione do piersi. [13] Im wcześniej wędzidełko zostanie przecięte, tym szybciej dziecko uczy się ssania z prawidłowo wysuniętym językiem. Karmienie piersią może przebiegać bez przeszkód i przynosić korzyści zdrowotne i satysfakcje matce i dziecku.

A zatem krótkie wędzidełko jest barierą, którą można i trzeba pokonać.

Piśmiennictwo:

1. ABM Protocols. Protocol 11. Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. www.bfmed.org
2. Ballard J.L., Auer C.E., Khoury J.C., Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad, *Pediatrics*, 2002; 110:e63
3. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of Neonatal Release of Ankyloglossia: A Randomized Trial. *Pediatrics* 2011;128:280.
4. Geddes D, Langton D, Gollow I i wsp. Frenulotomy for Breastfeeding Infants with Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics* 2008;122:e194.

5. Walker M. Conquering Common Breastfeeding Problems. *J Perinat Neonat Nurs* 2008; 22(4):267-274.
6. Forlenza GP, Paradise Black NM, McNamara EG, Sullivan SE. Ankyloglossia, Exclusive Breastfeeding, and Failure to Thrive. *Pediatrics*. 2010 May 24. [Epub ahead of print]
7. Dollberg S, Botzer E, Grunis E, Mimouni FB. Immediate nipple pain relieve after frenotomy in breas-fed infants with ankyloglossia: a randomized, prospective study. *J Peditr Surg*. 2006 Sep;41(9):1598-1600.
8. Wallace H, Clarke S. Tongue tie division in infants with breast feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006 Jul;70(7):1257-61.
9. Hogan M, Westcott C, Griffiths M. Randomized controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *J Pediatr Child Heath*. 2005 May-Jun;41(5-6):242.
10. Sioda T. Krótkie wędzidełko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią. *Postępy Neonatologii*, 2007, 1 (11):52-27.
11. Hazelbaker AK. The Assesment Tool for Lingual frenulum Function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice. Pasadena, California, pacific Oaks College; 1993, modyfikacja z 1998
12. Amir LH. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *Int Breastfeeding Journal* 2006, 1:3.
13. Żukowska – Rubik M, Osuch K. Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym. Położna: nauka i praktyka. 2011; 4(16): 48-53.

Czy brak wiedzy jest nadal barierą utrudniającą zmiany postawy personelu?

dr n. o zdr. Beata Szyber
prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej,
Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Skuteczne wsparcie kobiet karmiących piersią przez personel medyczny jest możliwe tylko wtedy, jeśli opiera się na rzetelnej, aktualnej wiedzy medycznej i umiejętnościach praktycznych. Badanie prowadzone wśród położnych rekrutujących się z jednostek ochrony zdrowia posiadających tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku oraz takich, które nie mają takiego wyróżnienia, potwierdza to stwierdzenie.

Wśród barier utrudniających skuteczną opiekę nad kobietą karmiącą i jej dzieckiem uczestniczki badania wymieniały w kolejności:

1. organizacyjne,
2. edukacyjne,
3. wynikające z postawy wobec karmienia piersią,
4. pracę zawodową matek,
5. marketing sztucznej żywności.

Brak wiedzy – w ich opinii – dotyczy matek i przedstawicieli ochrony zdrowia, którzy sprawują opiekę nad nimi oraz ich dziećmi w okresie okołoporodowym i później. Za istotną barierę położne uznały znacząco zróżnicowany poziom wiedzy w zespole, w którym pracują. Jeśli chodzi o postawę wobec karmienia piersią, to barierą w opinii położnych jest niechęć części matek do karmienia piersią. Uważają również, że przeszkodą jest fakt niechętnie udzielanej pomocy przez osoby sprawujące opiekę, co wiąże się z niechęcią matek do korzystania z porad i wsparcia innych osób w karmieniu piersią. Jako ważna bariera wymieniany jest brak wsparcia wśród najbliższych. Położne pracujące w Szpitalach Przyjaznych Dziecku większą uwagę przywiązują do barier edukacyjnych i ukształtowanych postaw wobec karmienia piersią w stosunku do pozostałych położnych. Uczestniczki badania określiły odczuwane potrzeby edukacyjne związane z własnymi deficytami wiedzy z dziedziny karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego. Podawały zagadnienia, które według nich powinny znaleźć się w kształceniu położnych i są dla nich najważniejsze w opiece nad kobietą karmiącą i jej dzieckiem.

Wyodrębniono następujące kategorie potrzeb w kolejności:

- Zagadnienia związane z fizjologią laktacji.
- Typowe problemy okołoporodowe.
- Zagadnienia wymagające wiedzy specjalistycznej.
- Odżywianie matek karmiących piersią.
- Problemy emocjonalne i psychologiczne.
- Struktura i formy wsparcia.
- Organizacja opieki, służąca promocji karmienia piersią.
- Uzupelnianie aktualnej wiedzy.
- Rola położnej w promocji karmienia naturalnego.

Większe potrzeby edukacyjne mają położne ze szpitali z tytułem SZPD w stosunku do pozostałych respondentek, co wiąże się też z odczuwanym przez uczestniczki badania poczuciem kompetencji do edukowania kobiet do karmienia piersią, jak i pomocy w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych u matek i dzieci. Grupa ta, również jest bardziej aktywna w poszukiwaniu wiedzy z zakresu laktacji i karmienia piersią. Poziom wiedzy prezentowany przez położne biorące udział w badaniu jest wyższy w grupie pracujących w Szpitalach Przyjaznych Dziecku, różnica ta jest istotna statystycznie.

Mając na uwadze różny poziom zaangażowania jednostek z tytułem w realizację dziesięciu kroków wzięto pod uwagę odchylenie standardowe w tej grupie, które wskazało na jej znaczne zróżnicowanie. Pomimo to

stwierdzono, że konieczność wzięcia udziału w szkoleniach związanych z przygotowaniem i utrzymaniem tytułu wpłynął pozytywnie na poziom wiedzy uczestniczek badania. Najwyższy wynik osiągnęły położne po szkoleniach przygotowujących do certyfikacji IBCLC i CDL. Szeregując zaprezentowany poziom wiedzy według miejsca zatrudnienia najlepiej wypadły pracownice uczelni; kolejno były to położne pracujące w szpitalach II° referencyjności, I° referencyjności, pracownice poradni i opieki środowiskowej, na końcu III° referencyjności. Zależności te są istotne statystycznie.

Biorąc pod uwagę przedstawione dane należy uznać, że brak wiedzy jest nadal barierą dla zmiany postawy personelu w promocji karmienia piersią, ponieważ szpitale z tytułem Przyjaznego Dziecku, stanowią mniejszość wśród oddziałów położniczych w kraju. Wiąże się z tym również niewystarczające przygotowanie do realizacji Standardu w opiece okołoporodowej.

Praktyki szpitalne – bariera nie do pokonania?

Mgr Joanna Żołnowska

Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku

Praktyki szpitalne, sposób sprawowania opieki okołoporodowej są jednym z najważniejszych determinantów sukcesu bądź niepowodzenia w karmieniu naturalnym.

Szczególna rola opieki okołoporodowej w ochronie, wspieraniu i propagowaniu karmienia piersią została zaprezentowana w 1989 roku we wspólnym stanowisku WHO i UNICEF, znanym jako Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”. Dokument ten zawiera program promocji karmienia piersią w placówkach położniczych w oparciu o aktualną wiedzę o karmieniu piersią, którą zebrano w 10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią. [1] Główną ideą tego programu jest wyeliminowanie z postępowania szpitali praktyk zaburzających współdziałanie matki i dziecka w rozpoczęciu karmienia piersią i zastąpienie ich praktykami zwiększającymi powodzenie w karmieniu piersią. [2] Skuteczność „10 kroków”, [3] spowodowała, że zaleca się ich wdrażanie we wszystkich placówkach na świecie, co znalazło się Globalnej Strategii Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci (2002), [4] Wzorcu działania dla Europy (2006), a nawet w ostatnich rekomendacjach Amerykańskiej Akademii Pediatrii (2012). [5]

Krystyna Mikiel-Kostyra, autorka pionierskich w Polsce prac dotyczących promocji karmienia piersią, w 1996 roku wśród praktyk utrudniających rozpoczęcie i kontynuowanie karmienia piersią wymieniała: [2]

- Oddzielenie matki i dziecka po porodzie
- Dokarmianie i pojenie noworodka
- Użycie smoczka i kapturka ochronnego
- Ograniczenie częstości i czasu przystawiania dziecka do piersi
- Ważenie dziecka przed i po karmieniu
- Rozdawanie próbek sztucznej żywności przy wypisie ze szpitala.

Dane z ogólnopolskiego przeglądu szpitalnej opieki poporodowej (dokonanego w 1995 roku), który miał na celu ocenę wpływu przebiegu ciąży, porodu i okresu noworodkowego oraz praktyk szpitalnych na rozpowszechnienie wyłącznego karmienia piersią wskazują, że czynnikami najbardziej zaburzającymi przebieg karmienia naturalnego są:

- Cięcie cesarskie – wyłączone karmienie piersią 36,3%, przy średniej częstości wyłącznego karmienia piersią na poziomie 68,9% wszystkich dzieci karmionych piersią;
- Opóźnienie pierwszego karmienia – ponad 2 godziny po porodzie – wyłączone karmienie piersią 46,2%; dla porównania: jeżeli do 2 godzin po porodzie – 81,8%
- Oddzielenie noworodka od matki na czas dłuższy niż 1 h/24 h, wyłączone karmienie piersią – 58,9%; dzieci oddzielane na krócej niż godzinę karmione były wyłącznie piersią w 82,9 %. [6]

Od czasu przeprowadzenia tych badań minęło już prawie 20 lat. Trudno nie zadać pytania o to, czy mając świadomość istniejących barier i ich wpływu na przebieg karmienia udało się nam je pokonać? Na ile realizujemy 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią w Polsce obecnie, czy udało się nam odejść od rutynowych praktyk wprowadzonych w okresie, kiedy dominowało żywienie sztuczne i zastąpić je praktykami przyjaznymi karmieniu piersią?

Wdrażanie Inicjatywy WHO/ UNICEF odbywało się w Polsce początkowo w ramach programu rządowego, następnie pozostało w gestii organizacji pozarządowej – Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. W Polsce jest obecnie 89 szpitali odznaczonych tytułem Szpitala Przyjaznego Dziecku (ok. 1/4 wszystkich placówek położniczych). [7]

Badania realizacji procedur sprzyjających karmieniu piersią w polskich szpitalach, przeprowadzone w latach 2008/2009, dokonane drogą ankietową w grupie 283 szpitali [8] wskazują, że ankietowane szpitale (również te, które nie mają certyfikatu Szpitala Przyjaznego Dziecku) znają 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią i podejmują wysiłki w celu sprostania wymaganiom, jakie z nich wynikają. Jednakże realizacja zasad karmienia naturalnego jest w szpitalach w Polsce wybiórcza i niedostateczna. I tak dla przykładu: średni czas trwa-

nia pierwszego kontaktu „skóra do skóry” matki z dzieckiem po porodzie wynosi 15 minut, kontakt 2-godzinny praktykuje zaledwie 15-18% oddziałów, z tego 50 % Szpitali Przyjaznych Dziecku, możliwość przystawienia do piersi w ciągu pierwszych 30 min po porodzie oferuje swoim rodzącom 69,8% szpitali bez tytułu i 86,3% szpitali z certyfikatem.

Suplementacja mieszankami sztucznymi, wg autorów przytaczanego badania, jest powszechna i często prowadzona metodami niesprzyjającymi karmieniu piersią.

Na tym tle korzystnie wyróżniają się szpitale posiadające tytuł Przyjaznego Dziecku, które dzięki dążeniom do realizacji wytycznych WHO/UNICEF osiągają wyższe wyniki wyłącznego karmienia piersią w dniu wypisu. [8]

Potwierdzona badaniami, jak też wieloletnią praktyką skuteczność 10 Kroków jest niepodważalnym argumentem na rzecz rozszerzania Inicjatywy i zwiększania liczby certyfikowanych jednostek. Doświadczenia szpitali pretendujących do tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku wskazują jednakże, że potrzebują one przynajmniej roku, by zmienić sposób organizacji opieki okołoporodowej, by wyeliminować rutynowe praktyki niekorzystne dla laktacji i wdrożyć postępowanie zgodne z kryteriami Inicjatywy. [7] Dlaczego proces ten zajmuje tyle czasu? Jakie działania trzeba podjąć, by zmienić sposób funkcjonowania danej instytucji, by dostosować jakość świadczonych usług do wymaganego standardu?

Wdrożenie nowych zasad postępowania w danej instytucji, zgodnie z zasadami zarządzania jakością w usługach medycznych, wymaga określenia:

- kryteriów struktury – zasoby potrzebne do realizacji standardu (np. umiejętności personelu, wyposażenie pomieszczeń, jakość sprzętu itp.);
- kryteriów procesu – opis sposobu realizacji danej procedury: czynności i relacji zachodzących między członkami personelu medycznego jak też w stosunku do pacjentów (tzn. kto, kiedy, co wykonuje, jak też – kto nadzoruje realizację);
- kryteriów wyniku – spodziewany rezultat, korzyści z wprowadzanych zmian, przedstawione w postaci mierzalnych wskaźników, które będą mówiły o realizacji standardu. [9]

Przekładając powyższe teoretyczne rozważania na konkretne zadania, które stają przed szpitalem chcącym zagwarantować prawidłową realizację pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie czyli praktyki, która w przedstawianych wyżej badaniach [2, 3, 5, 6, 8] traktowana jest jako kluczowa dla powodzenia karmienia piersią, należy wziąć pod uwagę długą listę celów szczegółowych, które będą prowadziły do realizacji celu nadrzędnego. Należą do nich m.in.:

- zapewnienie warunków lokalowych w obrębie traktu porodowego, pozwalających na pozostawienie matki z dzieckiem na łóżku porodowym przez zalecany czas, co zapobiegnie sytuacjom, w których matka IV okres porodu spędza na wózku, na korytarzu, w warunkach niesprzyjających inicjacji karmienia piersią, bo sala porodowa jest potrzebna dla kolejnej rodzącej;
- zapewnienie właściwej ilości i jakości okryć do zapewnienia noworodkowi komfortu cieplnego;
- teoretyczne i praktyczne przeszkolenie personelu, by rozumiał zasadność kontaktu „skóra do skóry”; potrafił pomóc matce w rozpoczęciu karmienia piersią i rozumiał, dlaczego nie należy przerywać pierwszego kontaktu w celu zważenia dziecka;
- odpowiednia organizacja pracy personelu, zapewniająca stały nadzór nad matką i dzieckiem i gwarantująca, że nie będą oni pozostawieni sami sobie, bo jest za mało personelu;
- uzgodnienie zasad postępowania, zadań i zakresów odpowiedzialności przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych (położnych, pielęgniarek noworodkowych, położników, neonatologów) w realizacji pierwszego kontaktu;
- opracowanie wzorów dokumentacji medycznej, uwzględniających monitorowanie przebiegu pierwszych godzin po porodzie, tak by informacje o przebiegu pierwszego karmienia były dostępne dla personelu oddziału położniczego;
- wyznaczenie osób odpowiedzialnych za kontrolowanie prawidłowości realizacji całej procedury. [9]

Doświadczenie wskazuje, że niedocenienie wagi któregoś z elementów może położyć się cieniem na realizacji całego Kroku a w konsekwencji obniżyć wskaźniki karmienia piersią w danej placówce.

Od kwietnia 2011 roku rozpoczął się w Polsce nowy etap w przezwyciężaniu barier w upowszechnianiu karmienia piersią, rozpoczęty wraz z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia, określającego standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Dotychczas realizacja Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku wynikała z dobrej woli personelu medycznego i kierowana była jedynie do zainteresowanych szpitali. Obecnie – dzięki zintegrowaniu 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią z obowiązującymi standardami opieki okołoporodowej – wszystkie szpitale położnicze są zobowiązane do bycia przyjaznymi dziecku, czyli do podjęcia działań na rzecz ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. [10]

Aby wdrożyć standard, oprócz wiedzy, co trzeba zrobić, trzeba jeszcze wiedzieć, jak się do tego zabrać. Warto w tym celu skorzystać z doświadczeń placówek, które wdrożyły do swej praktyki 10 Kroków i wiedzą, jak pokonywać bariery na tej drodze.

Piśmiennictwo:

1. Mikiel-Kostyra K. (red.): Wzorzec wojewódzkiej strategii ochrony, wspierania i propagowania karmienia piersią. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2008.
2. Mikiel-Kostyra K.: Bariery w karmieniu piersią: opieka szpitalna po porodzie. *Pediatrya Polska* 6/1996.
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. PROBIT Study Group. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A Randomized Trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285(4):413-20.
4. WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2. [W:] Infant and young child nutrition. Geneva: 55 WHA, Report by the Secretariat; 2002. URL:<http://kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/WHOZywienie.pdf>
5. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827
6. Mazur J., Mikiel-Kostyra K.: Uwarunkowania żywienia noworodków w szpitalnej opiece poporodowej. Część II: Czynniki warunkujące wyłączenie karmienia piersią. *Ginekologia Polska* 7/2000.
7. http://www.laktacja.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=16
8. Wilińska M. i wsp. Realizacja procedur sprzyjających karmieniu piersią w szpitalach w Polsce – wyniki badania ankietowego 2008/2009. *Standardy Medyczne* 7/2009.
9. Opolski K. (red.) Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. CeDeWu. Warszawa, 2003

Czy istnieją emocjonalne bariery w karmieniu piersią?

Mgr Agnieszka Pietkiewicz
Szpital Specjalistyczny Św. Wojciecha w Gdańsku

Karmienie piersią wymaga z jednej strony fizjologicznej dojrzałości ze strony dziecka, z drugiej zaś emocjonalnej dojrzałości matki. Tak jak dziecko potrzebuje czasu, by osiągnąć zdolność do życia poza łonem i pobierania pokarmu z piersi, kobiecie również niezbędny jest czas, by dojrzeć do podjęcia ról macierzyńskich. Wiąże się z tym gotowość do oddania dziecku najpierw swego ciała, by mogło w nim się rozwijać, a potem urodzić; następnie zdolność do rozpoznawania potrzeb dziecka i do reagowania na te potrzeby w taki sposób, by je prawidłowo zaspokoić. Matka dojrzewa do ciągłej bliskości z dzieckiem podczas opieki nad nim i w dzień i w nocy. Uczy się, kim ono jest i jak je chronić. Obdarza je swoją uwagą, troską, czułością.

Czasem proces dojrzewania kobiety do roli matki i budowania więzi z dzieckiem ulega zakłóceniu. Trudności z przystawieniem dziecka do piersi mogą, niczym papierek lakmusowy, wskazywać na istnienie problemów emocjonalnych, ponieważ karmienie piersią jest tym obszarem w relacji matki i dziecka, który jest szczególnie wrażliwy na zaburzenia więzi. W mojej praktyce zdarzało mi się obserwować matki „walczące” z dzieckiem podczas przystawiania do piersi i uważam, że więcej miałby tu do zrobienia psycholog, niż konsultant laktacyjny.

Naturalny przebieg karmienia piersią może być zaburzony m.in. przez lęk, niską samoocenę, obniżony nastrój, słabą umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresowej, trudności w relacjach interpersonalnych, co utrudnia uzyskanie odpowiedniego wsparcia. Bardzo często przyczyną takich problemów jest przeżycie zdarzenia, które wywołało uraz psychiczny.

Czynniki stresogenne, które mogą stanowić barierę w inicjacji lub kontynuowaniu karmienia piersią:

- Traumatyczne przeżycia we wcześniejszym okresie:
 - doświadczenie przemocy lub zaniedbania w okresie dzieciństwa
 - molestowanie seksualne w dzieciństwie (Wilson, 2011)
 - wcześniejsza strata dziecka
 - przemoc ze strony partnera (Cerulli i in., 2010; Silverman i in., 2006)
- Przebieg ciąży i porodu:
 - nieplanowana i nieprzyjęta ciąża (Matejcek i in., 1975; Taylor i Cabral, 2002)
 - trudny poród, nieplanowane cięcie cesarskie (Beck i Watson, 2008)
 - cięcie cesarskie „na życzenie” spowodowane m.in. silnym lękiem (Wiklund, Edman i Andolf, 2007)
 - urodzenie dziecka chorego
- Sytuacja psychospołeczna
 - stres psychospołeczny (Beck i Watson, 2008)
 - silny stres w relacji matka-ojciec (Sullivan, Leathers i Kelley, 2004)
 - depresja poporodowa (Henderson, 2003)
 - depresja jako skutek stanu zapalnego w okresie okołoporodowym (Kendall-Tackett, 2007)

Przeżycie traumy może spowodować szereg reakcji, które mogą być niezrozumiałe dla otoczenia.

Repertuar takich zachowań może być bardzo szeroki. Podczas udzielania pomocy doradca laktacyjny może widzieć, że matka odbiera drobne trudności w przystawianiu dziecka jako przekraczające jej możliwości radzenia sobie i rezygnuje z karmienia. Innym razem sprawia wrażenie, jakby szukała pretekstu, by nie karmić piersią i obwinić za to innych. Czasem naturalne zachowanie dziecka zaczyna interpretować jako akt odrzucenia piersi i w związku z tym odstawia je.

Zachowanie kobiet w takich sytuacjach może być odbierane jako nieracjonalne, budzić zdziwienie, niepokój, irytację czy złość osób udzielających pomocy. Wiedza na temat możliwych przyczyn reakcji pozwala na udzielenie adekwatnej pomocy, mimo towarzyszących trudnych emocji. Akceptacja pojawiających się w takiej sytuacji uczuć i zachowań matki oraz wskazanie miejsca, w którym może uzyskać specjalistyczną pomoc stanowią ważne elementy wsparcia podczas rozwiązywania problemów laktacyjnych o podłożu emocjonalnym.

Piśmiennictwo

1. Beck, Ch. T.; Watson, S. Impact of Birth Trauma on Breast-feeding. *Nursing Research*, Jul/Aug2008, Vol. 57 Issue 4, p228-236, 9p
2. Cerulli C., Chin N., Talbot N., Chaudron L, Exploring the impact of intimate partner violence on breastfeeding initiation: does it matter? *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine [Breastfeed Med]*, ISSN: 1556-8342, 2010 Oct; Vol. 5 (5), pp. 225-6
3. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30:175
4. Kendall-Tackett K., A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal [Int Breastfeed J]*, 2007 Mar 30; Vol. 2, pp. 6;
5. Matejcek, Z.; Dytrych, Z.; Schuller, V.; A Prague study of children born from unwanted pregnancies: I. Psychological findings. *Psychológia a Patopsychológia Dieťaťa*, Vol 10(3), 1975. pp. 229-246
6. Silverman, Jay G.; Decker, Michele R.; Reed, Elizabeth; Raj, Anita; Intimate Partner Violence around the Time of Pregnancy: Association with Breastfeeding Behavior. *Journal of Women's Health*, Vol 15(8), Oct, 2006. pp. 934-940.
7. Sullivan ML, Leathers SJ, Kelley MA. Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *J Hum Lact* 2004;20:196-205.
8. Taylor, Julie Scott; Cabral, Howard J. Are woman with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? *Journal of Family Practice*, May2002, Vol. 51 Issue 5, p431-436
9. Wiklund, I; Edman, E. i Andolf, A; Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 2007; 86: 451-456
10. Wilson, D., R. Preparing Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse for Pregnancy, Labor, and Delivery. *International Journal of Childbirth Education*, Jun2011, Vol. 26 Issue 2, p7-8

Stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii w sprawie karmienia piersią 2012

Breastfeeding and the Use of Human Milk

SECTION ON BREASTFEEDING

Pediatrics 2012;129:e827; originally published online February 27, 2012;

DOI: 10.1542/peds.2011-3552

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.html>

(Omówienie najważniejszych fragmentów)

W lutym bieżącego roku ukazało się wyczekane przez środowiska działające na rzecz karmienia piersią – nowe, zaktualizowane stanowisko AAP w sprawie karmienia piersią i stosowania mleka ludzkiego. Nie odbiega zasadniczo od stanowisk z 1999 i 2005 roku. Można powiedzieć, że jeszcze mocniej podkreśla znaczenie karmienia piersią dla zdrowia publicznego.

Streszczenie

Karmienie piersią jest uznanym standardem żywienia niemowląt. Zważając na udokumentowane krótko- i długofalowe korzyści dla zdrowia i rozwoju poznawczego dzieci, karmienie piersią powinno stanowić jeden z celów państwowych strategii zdrowotnych. Nie powinno pozostawać tylko osobistym wyborem. AAP ponownie rekomenduje: wyłączne karmienie piersią przez około 6 miesięcy, wprowadzanie żywności uzupełniającej w osłonie karmienia piersią, kontynuowanie karmienia do 1 roku lub dłużej według życzenia matki i dziecka. AAP podkreśla, że przeciwwskazania do karmienia piersią są niezwykle rzadkie. Rekomenduje monitorowanie wzrostu dzieci karmionych piersią według siatek centylowych WHO, w celu uniknięcia przekarmienia i niedożywienia. Praktyki szpitalne sprzyjające inicjacji karmienia piersią i utrzymania wyłącznego karmienia mlekiem matki powinny opierać się na programie o udowodnionej skuteczności za jaki uznano „10 kroków do udanego karmienia piersią” WHO/UNICEF. Pediatrzy odgrywają kluczową rolę w promocji karmienia piersią i organizacji systemu wsparcia dla matek karmiących, dlatego powinni posiadać aktualną wiedzę na temat zdrowotnych zagrożeń wynikających z karmienia sztucznego, znać korzyści ekonomiczne płynące z karmienia mlekiem kobiecym, technikę karmienia i zasady postępowania w laktacji. Tę wiedzę powinni wykorzystywać w swojej praktyce, ale też wpływać na świadomość społeczną. Należy wspierać matki wracające do pracy, a pracodawcom uświadamiać jakie mogą mieć korzyści z ułatwiania matkom karmienia. *(na podst. streszczenia stanowiska AAP, CNoLNews Marzec 2012)*

Wprowadzenie

Warto wspomnieć, że w USA od roku 1978 realizowany jest program zdrowotny Healthy People. Kolejne jego edycje 1989, 1999, 2010, 2020 za cel stawiają sobie zwiększanie odsetka karmiących matek, jako zasadniczego czynnika prozdrowotnego i proekonomicznego. Wdrażane są działania promocyjne, edukacyjne i organizacyjne wobec pracowników ochrony zdrowia, ale także matek i środowiska, prowadzona jest ewaluacja wyników na poziomie krajowym. Wskaźniki karmienia ulegają stopniowej poprawie, choć nie wszystkie cele są osiągnięte. Przykładowo w 1988 zaczynało karmić 47%, w 1998 roku 56%, w 2007 – 75% (cel 75%). W 6 miesiącu karmiło 44% (cel 50%), wyłącznie piersią 13,8% (cel 17%, poprzednio było zero!). W 12-tym miesiącu karmiło jeszcze 22,4% matek (cel 25%). W następnej edycji Healthy People 2020 zaplanowano zwiększenie odsetka rozpoczynających karmienie do 82%, karmiących w 6 miesiącu do 60,5%, wyłącznie 25,5%, do 12 miesiąca 34%. Zaplanowano też zwiększenie odsetka pracodawców wspierających karmiące matki do 38%, zmniejszenie odsetka dokarmianych noworodków w pierwszych 2 dobach życia z 25% do 15%. Z podziwu godną konsekwencją program ten jest wdrażany i realizowany systemowo.

Rekomendacje AAP dotyczące żywienia dzieci zdrowych urodzonych o czasie

Rekomendacje ujęto w 5 szczegółowych punktów, które bardzo jasno precyzują postępowanie pediatry i innych pracowników ochrony zdrowia sprzyjające laktacji.

Omówimy trzy najważniejsze:

1. Wyłącznie karmienie piersią powinno trwać około 6 miesięcy.

- alternatywnie mlekiem odciągającym, w następnej kolejności mleko dawczyń
- do 1 roku lub dłużej według życzenia
- żywność uzupełniająca bogata w żelazo i inne mikroelementy powinna być wprowadzana około 6 miesiąca

2. Opieka okołoporodowa powinna sprzyjać rozpoczęciu i kontynuowaniu laktacji i być zgodna z zaleceniami AAP oraz z protokołami The Academy of Breastfeeding Medicine i zawierać następujące elementy:

- kontakt skóra do skóry i pierwsze karmienie tuż po porodzie,
- opóźnienie rutynowych procedur takich jak: ważenie, mierzenie, mycie, badania krwi, szczepienie, zakraplanie spojówek, iniekcja witaminy K – do 6h, i in.), aż nie zostanie zakończone pierwsze karmienie,
- zapewnienie 8-12 karmień/dobę;
- instruktaż techniki karmienia przez przeszkolony personel;
- prowadzenie dokumentacji i monitorowanie przebiegu karmienia;
- nie podawanie suplementów takich jak: woda, roztwór glukozy, mleko modyfikowane i inne noworodkom karmionym piersią, poza opartymi na EBM wskazaniami w trakcie leczenia hipoglikemii lub hiperbilirubinemii;
- unikanie używania smoczków;
- rozpoczęcie suplementacji wit. D (400 IU) po wypisie ze szpitala.

3. Wszystkie noworodki karmione piersią powinny być rutynowo badane między 3 a 5 dobą życia (48-72 godziny po wypisie ze szpitala). Opieka pediatry powinna obejmować obserwację karmienia i ocenę przyrostu masy (spadek nie powinien przekraczać 7% i trwać powyżej 5 doby).

Smoczki – uspokajacze

Stosowanie smoczków w okresie niemowlęcym jest dopuszczalne w sytuacjach uzasadnionych medycznie np. jako środek uspokajający dla wyjątkowo niespokojnych lub cierpiących z powodu bólu niemowląt, jako sposób na zmniejszenie częstości SIDS w rodzinach obarczonych takim ryzykiem, jako sprzęt wspomagający w procesie rehabilitacji funkcji ssania prowadzonej przez fachowe osoby. Prawidłowe używanie smoczka-uspokajacza pozwala na utrzymanie prawidłowej laktacji i polega na stosowaniu go do drzemki lub zasypiania w pozycji na plecach, dopiero po ustabilizowaniu się laktacji, czyli po 3-4 tygodniach życia dziecka (CNoLNews, kwiecień 2012).

Monitorowanie wzrostu

Od września 2010 roku w USA instytucja zajmująca się zdrowiem dzieci oraz AAP rekomendują zgodnie monitorowanie wzrostu dzieci karmionych piersią do 24 miesiąca życia według siatek centylowych WHO z 2006 roku (dobrze znanych polskim konsultantom i doradcom, przyp. red.). Wzrost w tym tempie stanowi wzorzec, który chroni zarówno przed niedożywieniem jak i otyłością. Stosowanie innych siatek dla dzieci karmionych piersią zwiększa ilość błędów lekarskich dotyczących zalecania dokarmiania.

Praktyki szpitalne

W 2009 roku AAP oficjalnie zatwierdziło program „10 kroków do udanego karmienia piersią” jako skuteczny dla poprawy wskaźników karmienia naturalnego takich jak: odsetek matek rozpoczynających karmienie, długość karmienia oraz wyłącznie karmienia. Wykazano skuteczność 5 praktyk w stosunku do długości karmienia piersią bez względu na status ekonomiczny badanych kobiet:

- rozpoczynanie karmienia w 1 godzinie po porodzie,
- wyłącznie karmienie mlekiem matki,

- system rooming-in,
- unikanie smoczka-uspokajacza,
- przekazanie numeru telefonu do punktu pomocy laktacyjnej po wypisie.

W USA oceniono na poziomie krajowym (80% szpitali) stopień stosowania praktyk sprzyjających laktacji. Średnia wdrożenia „10 kroków” w szpitalach wyniosła 65%. Uznano to za wskaźnik niesatysfakcjonujący i natychmiast zalecono wszystkim szpitalom wdrażanie jednolitych zasad, które opublikowano pod nazwą The Sample Hospital Breastfeeding Policy. Strategia jest oparta na poprzednich rekomendacjach AAP 2005 oraz „10 krokach” i jest dostępna na stronie internetowej AAP pod nazwą: **Safe and Health Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians Offices**. Trzeba przyznać, że jest to podziwu godna interwencja na poziomie państwowych służb.

My możemy pozazdrościć, a może wziąć przykład?

W tegorocznych rekomendacjach zaprezentowano wyniki dużych prac oryginalnych oraz metaanaliz wiarygodnie opisujących wpływ karmienia piersią na zdrowie dzieci i matek, co stanowi uzupełnienie metaanalizy AHRQ z 2007 roku, znanej doradcom i konsultantom laktacyjnym ze stanowiska ESPGHAN, tłumaczonego na język polski i opublikowanego w materiałach jazdowych w roku 2011.

Karmienie mlekiem matki a zdrowie dzieci

Karmienie wyłącznie piersią przez okres 4 miesiące zmniejsza ryzyko hospitalizacji z powodu infekcji dróg oddechowych o 72%, ponadto zmniejsza nasilenie infekcji wirusem RSV. [1, 2] Jednocześnie wyłączenie karmienia piersią ponad 6 miesięcy zmniejsza czterokrotnie ryzyko zapalenia płuc u niemowlęcia w porównaniu z karmieniem przez okres 4 do 6 miesięcy. [3] Również częstość zapalenia ucha środkowego zmniejsza się 3-krotnie u dzieci karmionych wyłącznie piersią ponad 3 miesiące. [4] Godny uwagi jest fakt, że karmienie piersią niezależnie od jego czasu trwania zmniejsza częstość występowania infekcji przewodu pokarmowego u niemowląt o 2/3, a efekt ten utrzymuje się jeszcze 2 miesiące po zaprzestaniu karmienia piersią. [5] W przypadku wcześniaków zagrożonych martwiczym zapaleniem jelit karmienie wyłącznie pokarmem kobiecym zmniejsza ryzyko tego powikłania o 77% w porównaniu z niemowlętami karmionymi pokarmem mieszanym z dodatkiem mieszanek opartych na mleku krowim [6]. Karmienie piersią, niezależnie od czasu trwania, zmniejsza dwukrotnie ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS), natomiast wyłączenie karmienia piersią zmniejsza to ryzyko blisko 4-krotnie. [7] Obliczono nawet, że gdyby 90% matek w Stanach Zjednoczonych karmiło wyłącznie piersią przez okres 6 miesięcy, można by uniknąć ponad 900 zgonów z powodu SIDS. [8] Pomimo, że znany jest ochronny wpływ karmienia piersią na występowanie atopowego zapalenia skóry, astmy i egzemy, trudno jest ocenić wpływ czasu wprowadzania poszczególnych stałych pokarmów do diety dziecka z powodu niskiego odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6 miesiącu życia. [9] Jak dotąd nie ma przekonujących dowodów, że opóźnienie wprowadzenia pokarmów stałych po 6 miesiącu miałyby chronić przed alergią. [10] Karmienie piersią podczas wprowadzania do diety glutenu zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby trzewnej blisko dwukrotnie. [11]

W świetle tych danych można wywnioskować, że to łączny czas trwania karmienia piersią przed wprowadzeniem glutenu jest najsilniejszym czynnikiem ochronnym przed wystąpieniem choroby trzewnej. Tak więc produkty zawierające gluten powinny być wprowadzane do diety dziecka w okresie wyłącznego karmienia piersią (*niewielkie ilości pomiędzy 17 a 26 tygodniem, zgodnie z zaleceniami ESPGHAN – przyp. red.*). Występowanie chorób zapalnych jelit jest rzadsze o blisko 1/3 u niemowląt karmionych piersią. [12] Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w zapobieganiu otyłości u dzieci, młodzieży i dorosłych. Związane jest nie tylko z mniejszym BMI, ale też z większym stężeniem HDL w surowicy, przy czym każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko otyłości o 4% (1,13). Dobrze znany jest fakt, że karmienie wyłącznie piersią przez okres przynajmniej 3 miesięcy zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 1 o 1/3. [14] Jest to związane z brakiem ekspozycji na β -laktoglobulinę zawartą w mleku krowim. Natomiast zmniejszenie częstości występowania cukrzycy typu 2 o ponad 1/3 jest najprawdopodobniej związane ze zmniejszeniem otyłości i rozwojem samoregulacji objętości przyjmowanego pokarmu w grupie karmionej piersią. [15] Karmienie piersią przez okres 6 miesięcy jest związane także ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia ostrej białaczki limfocytarnej i ostrej białaczki szpikowej. [16]

Mleko matki dla dzieci urodzonych przedwcześnie

Stanowisko AAP podtrzymuje, że pokarm kobiecy jest pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci przedwcześnie urodzonych. Podkreśla długo i krótkoterminowe korzystne efekty karmienia wcześniaków mlekiem ludzkim, m.in. zmniejszenie ryzyka sepsy i NEC, śmiertelności, ponownych hospitalizacji, ale także późniejszych zaburzeń wzrostu. Długotrwałe badania przedwcześnie urodzonych wskazały, że karmienie ludzkim mlekiem zapewniło prawidłowy metabolizm leptyny i insuliny oraz prawidłowy poziom LDL w wieku młodzieńczym, w wyniku czego zmniejszyło ryzyko chorób metabolicznych i nadciśnienia tętniczego. [17, 18] AAP tym razem dłużej zatrzymuje się na niedocenianych wcześniej korzyściach dla rozwoju poznawczego. Prospektywne badania prowadzone do 8 roku życia wykazały wyższe wyniki testów na inteligencję u tak żywionych dzieci, po wykluczeniu czynników zakłócających takich jak: wiek matki, poziom wykształcenia, status małżeński, rasa, śmiertelność dzieci. Z prowadzonych badań wynika jednoznacznie, że objętość istoty białej i całkowita objętość mózgu są większe u osób, które otrzymywały mleko ludzkie na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej. [19] Wyłączne i przeważające karmienie mlekiem matki w oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej zapobiega także retinopatii u wcześniaków. [20] (*CNoLNews, marzec 2012*)

Rekomendacje AAP dotyczące żywienia dzieci urodzonych przedwcześnie

Rekomendacje ujęto w 5 punktów. Najważniejsze z nich są trzy pierwsze. Nie pozostawiają żadnych wątpliwości jak w 2012 roku należy żywić wcześniaki:

1. Wszystkie dzieci urodzone przedwcześnie powinny otrzymywać mleko ludzkie.
 - mleko matki powinno być wzmocnione w białka, sole mineralne i witaminy, aby zapewnić optymalne żywienie dzieci z masą urodzeniową poniżej 1500 g,
 - jeśli mleko matki jest niedostępne należy podawać pasteryzowane mleko z banku mleka ludzkiego, stosownie wzmocnione.
2. Matki powinny otrzymać wszelkie niezbędne informacje oraz instruktaż metod ręcznego i mechanicznego odciągania pokarmu.
3. Oddziały intensywnej opieki noworodka powinny posiadać protokoły dotyczące zbierania, przechowywania i znakowania próbek mleka ludzkiego oparte na EBM.

Nowością stanowi rekomendacja dotycząca przechowywania mleka matki dla wcześniaka. Dotychczas uznawano za bezpieczne przechowywanie przez 48 godzin. Zgodnie z najnowszymi doniesieniami mleko może być przechowywane w lodówce w temperaturze 4 st. przez 96h. [21]

W Polsce mamy dopiero niedawno otwarty pierwszy bank mleka kobiecego (w marcu 2012). Mamy protokoły postępowania z mlekiem kobiecym na oddziałach intensywnej terapii noworodka, ale ich realizacja nie jest systemowa i spójna dla wszystkich oddziałów tego typu. Nie mamy standardów postępowania z matką po porodzie przedwczesnym w zakresie wsparcia laktacyjnego. AAP daje nam więc wzorzec, za którym warto podążać, jeśli chcemy gonić świat. (*CNoLNews, maj 2012*)

Karmienie piersią a zdrowie matek

Karmienie piersią poprawia wskaźniki zdrowotne we wszystkich populacjach kobiet na świecie. AAP wymienia skutki krótko- i długofalowe, które są nam dobrze znane z poprzednich i innych publikacji. Przyciąga natomiast prospektywne badanie kohortowe, które wykazało wyższe ryzyko depresji poporodowej u matek nie karmiących piersią lub wcześniej przerywających karmienie. [22] Podobne obserwacje dotyczą stosowania przemocy i zaniedbywania dzieci. [23] Natomiast zwrócono uwagę, że na powrót do figury sprzed ciąży mogą poza karmieniem naturalnym wpływać też inne czynniki takie jak: odżywianie, aktywność fizyczna, wyjściowe BMI, grupa etniczna, więc wnioski z przeglądu aktualnych badań są niejednoznaczne. U kobiet, które nie miały cukrzycy ciężarnych każdy rok karmienia piersią obniża ryzyko zachorowania na cukrzycę typu drugiego o 4-12%. [24] Tego efektu nie notowano u matek, które miały cukrzycę ciężarnych. Ciekawe wydają się cytowane badania analizujące skumulowany czas karmienia piersią w życiu kobiet. Okazuje się, że jeśli przekracza on 12 miesięcy szanse na zachorowanie na reumatoidalne

zapalenie stawów (RZS) są małe (0,8), a jeszcze niższe gdy przekracza 24 miesiące (0,5). [25] Podobny efekt wykazano w stosunku do wystąpienia nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii, chorób krążenia i cukrzycy. Badanie objęło 139.000 kobiet w okresie postmenopauzalnym, które skumulowany czas karmienia miały od 12 do 23 miesięcy. To samo wykazano w stosunku do raka sutka (przed menopauzą) i jajnika. [26] Każdy rok karmienia obniża ryzyko wystąpienia raka sutka o 4,3%. [27]

AAP o żywieniu karmiących matek

W nowym stanowisku AAP potwierdza, że matka karmiąca powinna odżywiać się w sposób zróżnicowany i zbilansowany pod względem składników odżywczych. Wystarczy dziennie 450-500 kcal więcej. Nie ma potrzeby stosować rutynowo suplementów. Matczyny jadłospis powinien zawierać dziennie 200 do 300 mg ω -3 długołańcuchowych, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (DHA). Konsumpcja 1 lub 2 porcji ryb (śledź, tuńczyk, łosoś) na tydzień zapewni tę podaż. Ryzyko przyjmowania zbyt dużych dawek rtęci jest równoważone korzyściami wynikającymi z prawidłowego rozwoju układu nerwowego dziecka w wyniku przyjmowania odpowiedniego poziomu DHA. Należy unikać spożywania dużych ryb (szczupak, marlin, miecznik, makrela). Matki odżywiające się nieprawidłowo mogą wymagać suplementacji zarówno witamin jak i DHA.

Leczenie matek

Zasada mówiąca o tym, że zlecając leki matce karmiącej trzeba brać pod uwagę ich wpływ na dziecko, jest dobrze znana profesjonalistom zajmującym się laktacją. AAP podkreśla, że istnieje naprawdę niewielka liczba medykamentów przeciwwskazanych podczas karmienia dziecka i wobec których nie można znaleźć nieprzeciwwskazanych zamienników. Poleca używanie znanej polskim doradcom i konsultantom laktacyjnym, bazy LactMed w poszukiwaniu aktualnych i wyczerpujących informacji o lekach. Baza jest publikowana w oparciu o dane Narodowego Instytutu Zdrowia i jest dostępna na stronie: www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT. Dodatkowe informacje dotyczące innych substancji takich jak zioła, narkotyki, inne uśmierzające ból i psychotropowe można znaleźć w publikacji AAP dotyczącej stosowania leków w czasie karmienia opracowanej przez Komisję ds. leków AAP. Nie zaleca się karmienia w czasie przyjmowania m.in. substancji halucynogennych i leków przeciwnowotworowych. W przypadku leków psychotropowych często nie mamy wystarczających danych. Tylko w przypadku 19 z 96 leków mamy wystarczające dane, aby podać bezpieczny sposób podawania i uznać je za dopuszczone w czasie karmienia. Najmniej problematyczne wydają się trójpierścieniowe przeciwdepresyjne: amitryptylina, clomipramina oraz inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny takie jak: paroksetyna, sertralina. (CNO LNews maj 2012)

Przeciwwskazania do karmienia piersią

Większość prezentowanych rekomendacji nie stanowi zaskoczenia dla polskich doradców i konsultantów laktacyjnych, dlatego pozwolimy sobie przytoczyć najpierw nowości, a potem najważniejsze fakty.

Nowością jest zmiana zaleceń dotyczących karmienia wcześniaków przez matki CMV+. Dotychczas uważano, że mleko tych matek powinno być podawane tylko donoszonym noworodkom. W świetle obecnych badań uważa się, że korzyści płynące z podawania świeżego mleka matki seropozytywnej dzieciom przedwcześnie urodzonym, nawet z ekstremalnie małą masą, przeważają nad ryzykiem zachorowania na cytomegalię. Nie odnotowano zaburzeń rozwoju neurologicznego w długofalowych obserwacjach. [28] Mrożenie pokarmu nie usuwa wirusa w 100%, a pasteryzacja Holdera (62,5 st./30 min) oraz krótka pasteryzacja 5-10 sekund w 72 st. obniża wartość odżywczą i bioaktywność pokarmu. Dlatego od tej chwili można powiedzieć, że świeży pokarm matki jest pokarmem z wyboru dla wszystkich wcześniaków.

Nowością jest również stanowisko w sprawie grypy H1N1. Matki w ostrej fazie choroby powinny być odizolowane od dzieci do czasu, gdy przestaną gorączkować, ale cały czas można podawać ich odciągany pokarm. [29]

Bezwzględne przeciwwskazanie ze strony dziecka stanowi galaktozemia, ale już fenyloketonuria pozwala na karmienie częściowe i stosowanie specjalistycznych preparatów do żywienia chorych dzieci. Bezwzględne przeciwwskazanie ze strony matki stanowi seropozytywność HTLV 1, HTLV 2 i nieleczona brucelloza (wyklucza karmienie i podawanie odciąganego mleka). W przypadku nieleczonej, aktywnej gruźlicy wskazana jest izolacja matki, ale mleko można podawać dziecku, a do karmienia można wrócić

po 2 tygodniach leczenia, gdy matka już nie prątkuje. Przy zmianach opryszczkowych na piersi należy unikać kontaktu dziecka ze zmianami, ale mleko też można podawać.

Matki narkomanki, HIV-negatywne, dobrze odżywione, w czasie kontrolowanej terapii odwykowej, powinny być zachęcane do karmienia dziecka piersią. Natomiast przyjmujące toksyczne dla rozwoju dziecka preparaty takie jak: fencyklidyna (PCP), kokaina, marihuana, nie powinny karmić piersią. Spożycie alkoholu i palenie papierosów powinno być ograniczone do zera lub sporadycznych, niewielkich ilości (*do 0,5 g alkoholu na kg masy ciała kobiety*), (*do 5 papierosów dziennie, nie przy dziecku – przyp. red.*).

Szczególna rola pediatrów

Tym razem została ujęta w 7 zasad.

Pierwszą z nich jest: pediatrzy powinni promować karmienie mlekiem matki jako normę w żywieniu dzieci. W tym celu powinni posiadać i pogłębiać wiedzę dotyczącą przebiegu karmienia piersią i zasad postępowania w laktacji oraz umieć ocenić jej skuteczność. Ważnym punktem wydaje się podkreślenie roli pediatrów w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy w zakresie laktacji i karmienia piersią. Pediatrzy powinni promować politykę i praktyki sprzyjające karmieniu piersią, zgodne z wytycznymi AAP, protokołami The Academy of Breastfeeding Medicine oraz „10 krokami do udanego karmienia piersią” WHO/UNICEF. Pediatrzy zostali też zobowiązani do współpracy z certyfikowanymi specjalistami w dziedzinie laktacji, a także pozostałymi pracownikami ochrony zdrowia, tak aby tworzyć spójny system wsparcia dla karmiących matek w środowisku lokalnym.

W tych 7 zasadach ujęto bardzo precyzyjnie niezwykle ważny proces tworzenia systemowego wsparcia dla karmiących matek, w który, w naturalny sposób i nikogo na świecie to nie dziwi, są włączeni certyfikowani doradcy/konsultanci laktacyjni. Wiodącą rolę w tworzeniu tego systemu przypisano w USA pediatrom. W Polsce są osoby, które już wiele lat temu tak odczytały swoje zadanie i łamiąc wszelkie schematy, pokonując liczne bariery stwarzają „świat przyjazny dziecku” w swoich „małych ojczyznach”. Czy nie przyszedł już czas na rozwiązania systemowe spójne dla całego kraju? Choćby rejestrację zawodu konsultanta laktacyjnego? Uznania potrzeby tworzenia poradni laktacyjnych i refundowania w nich wizyt?

Podsumowanie

Rekomendacje AAP 2012 potwierdzają, że szliśmy dotąd właściwą drogą, choć często prowadziła nas przez gąszcz niechęci i niedowierzania. Podążaliśmy za wiedzą o laktacji na najwyższym światowym poziomie. Teraz tylko ją aktualizujemy. Dostaliśmy zastrzyk energii. Tak wiele spisanych, konkretnych zasad postępowania, tak wiele praktycznych wskazówek, stanowi doskonałą bazę do tworzenia polskich standardów. Ale stanowi również wyzwanie.

Do dzieła!

Opracowanie:
Magdalena Nehring-Gugulska,
Piotr Nehring, Aleksandra Hadyś
Centrum Nauki o Laktacji

Całość dokumentu dostępna jest tu:
<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.html>

Wybrane pozycje piśmiennictwa:

1. Ip S., Chung M., Raman G. i wsp. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med.* 2009; 4: 17–30
2. Nishimura T., Suzue J., Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr Int.* 2009; 51: 812–6
3. Chantray C.J., Howard C.R., Auinger P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics.* 2006; 117: 425–32

4. Duijts L., Jaddoe V.W., Hofman A., Moll H.A. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010; 126
5. Quigley M.A., Kelly Y.J., Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 2007; 119
6. Sullivan S., Schanler R.J., Kim J.H., i wsp. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr*. 2010; 156: 562–7
7. Hauck F.R., Thompson J.M.D., Tanabe K.O. i wsp. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011; 128: 1–8
8. Bartick M., Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010; 125
9. Nwaru B.I., Erkkola M., Ahonen S. i wsp. Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics*. 2010; 125: 50–9
10. Zutavern A., Brockow I., Schaaf B. i wsp. LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics*. 2008; 121
11. Akobeng A.K., Ramanan A.V., Buchan I., Heller R.F. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Arch. Dis. Child*. 2006; 91: 39–43
12. Barclay A.R., Russell R.K., Wilson M.L. i wsp. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J. Pediatr*. 2009; 155: 421–6
13. Parikh N.I., Hwang S.J., Ingelsson E. i wsp. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am. J. Med*. 2009; 122: 656–63
14. Rosenbauer J., Herzig P. i Giani G. Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus - a nationwide population-based case-control study in pre-school children. *Diabetes. Metab. Res. Rev*. 2008; 24: 211-22
15. Das U.N. Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? *Am. J. Clin. Nutr*. 2007; 85: 1436–7
16. Kwan M.L., Buffler P.A., Abrams B., Kiley V.A. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public. Health. Rep*. 2004; 119: 521–35
17. Lucas A. Long-term programming effects of early nutrition – implications for the preterm infant. *J Perinatol* 2005;25 (suppl 2):S2-S6.
18. Singhal A, Cole TJ, Lucas A. Early nutrition in Praterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet* 2001;357(9254):413-419.
19. Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, et al. Impact of Breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res*.2010,67(4):357362.
20. Okamoto T, Shirai M, Kokubo M, et al. Human milk reduces the risk of retinal detachment in extremely low-birthweight infants. *Pediatr Int*. 2007;49(6):894-897.
21. Slutzah M, Codipilly CN, Potak D, et al. Refrigerator storage of Expressm human milk in the neonatal intensive care unit. *J Pediatr* 2010;156 (1):26-28.
22. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, et.al. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003;30(3):175-180.
23. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM et al. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15 year cohort study. *Pediatrics* 2009;123(2):483-493.
24. Schwarz EB, Brown JS, Creasman JM, et al. Lactation and Maternal risk of type 2 diabetes a population-based study. *Am J med*. 2010;123(9):863,e1-e6.
25. Karlson EW, Mandi LA, Hankinson SE et al. Do breastfeeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses health Study. *Arthritis Rheum* 2004;50(11)3(5):974-982.
26. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol* 2009;113(5):974-982.
27. Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding collaborative reanalysis of individual data from epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women without the disease. *Lancet* 2002;360(924):302-312.
28. Kurath S, Halwachs-Baumann G, Muller W. et al. Transmission of cytomegalovirus via Breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. *Clin Microbiol Infect*. 2012;16(8):1172-1178.
29. Centers for Disease Control and Prevention. 2009 H1N1 Flu (Swine Flu) and feeding your baby: what Parents should know. Available at: http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?s_cid=h1n1flu_outbreak_155. Accessed January 2010.

Nasi prelegenci:

Lek. Jolanta Baszczeska

Lekarz pediatra, neonatolog – od 15 lat na stanowisku Głównego Konsultanta ds. Neonatologii w Szpitalu Specjalistycznym św. Zofii w Warszawie. Kieruje Oddziałem Wcześnieńców i Patologii Noworodka im. WOŚP, który zgodnie z kontraktem z NFZ zapewnia opiekę trzeciego stopnia referencyjności. Aktywnie działa w Oddziale Warszawskim PTN jako przewodnicząca i aktualnie wiceprzewodnicząca. Nagrodzona odznaczeniami państwowymi i resortowymi, laureatka w konkursie „Profesjoniści Forbesa 2012 – Zawody Zaufania Publicznego” w kategorii lekarz w Województwie Mazowieckim. Wiedzą i doświadczeniem służy z oddaniem i zaangażowaniem noworodkom, których w Szpitalu św. Zofii rodzi się najwięcej w Warszawie i w województwie.

Lek. Urszula Bernatowicz-Łojko

Neonatolog, pediatra, IBCLC, pracuje na Oddziale Noworodków i Intensywnej Terapii Neonatologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. L. Rydygiera w Toruniu, koordynator Programu Promocji Karmienia Piersią i Pokarmem Kobięcym Dzieci w Województwie Kujawsko-Pomorskim. Działając w krajowych i międzynarodowych towarzystwach naukowych oraz organizacjach pozarządowych zajmujących się zdrowiem i żywieniem dzieci promuje karmienie piersią dzieci w Polsce oraz edukuje w tym zakresie zarówno rodziców, jak też personel medyczny. Delikatna kobieta, ale twardo dąży do celu.

Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

Ginekolog-położnik. Profesor. Prodziekan Kierunku Położnictwo Wydziału Nauki o Zdrowiu i Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Redaktor Naczelny czasopisma „Położna. Nauka i Praktyka”. Uśmiech, profesjonalizm, pozytywna energia, która promieniuje na współpracowników i wszystkie studentki – przyszłe położne.

Lek. Katarzyna Moskała

Specjalista ginekolog-położnik, starszy asystent Oddziału Ginekologiczno-Położniczego im. St. Żeromskiego w Krakowie. Gorąca zwolenniczka i propagatorka partnerskich, opartych na zaufaniu i rzetelnej informacji relacji pacjent – personel medyczny. Prywatnie mama Michała i Marka, a w nielicznych wolnych chwilach pasjonatka pływania.

Lek. Magdalena Nehring-Gugulska

Pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Wieloletni wykładowca i współautorka programów nauczania m.in. „Karmienie piersią w codziennej praktyce” i „Problemy w laktacji” oraz programu „Jak wspierać karmienie piersią w placówkach służby zdrowia”. Przez wiele lat pełniła funkcję Sekretarza Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, zorganizowała m.in. 10 konferencji z okazji Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią. Wydała też popularny poradnik „Warto karmić piersią”. Prywatnie mama piątki dzieci. Kocha góry i podróże.

Mgr Agnieszka Pietkiewicz

Psycholog, IBCLC, pracuje w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku z osobami doświadczającymi urazów psychicznych w okresie okołoporodowym. Od 1996 roku zajmuje się poradnictwem laktacyjnym. W CNoL jest nauczycielem (wykładowca, trener, egzaminator), pełni też funkcję specjalisty ds. standardu CDL. Jest współautorką programu kursu Karmienie piersią standardem w opiece okołoporodowej. Współtworzyła i realizuje program zdrowotny „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” finansowanego w całości przez Miasto Gdańsk. Wulkan pomysłów, liczne talenty.

Dr n. med. Marek Ruszczyński

Od 10 lat związany ze Szpitalem Dziecięcym przy ul. Działdowskiej w Warszawie, obecnie adiunkt w Klinice Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Główne pola zainteresowań naukowych obejmują żywienie dzieci ze szczególnym uwzględnieniem probiotykoterapii, stanu odżywienia, nietolerancji pokarmowych. W pracy naukowej oraz klinicznej stara się postępować zgodnie z duchem medycyny opartej na wiarygodnych i aktualnych doniesieniach medycznych. Prywatnie ojciec dwójki dzieci wykarmionych piersią.

Dr n. o zdr. Beata Szyber

Położna, pedagog, IBCLC, CDL, ma wieloletnią praktykę w opiece przed i okołoporodowej. Aktualnie jest wykładowcą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prowadzi również ćwiczenia kliniczne. Jest współtwórczynią CNoL i PTKiDL. Prywatnie zapracowana kobieta, która lubi być z najbliższymi. Z przyjemnością jeździ na nartach, pływa, wędruje po lesie i zwiedza świat. Z prac gospodarskich preferuje gotowanie i szydełkowanie naukowo-użytkowe:) Marzy o studiach filozoficznych.

Mgr Joanna Żołnowska

Położna, mgr pedagogiki, IBCLC, CDL. Pełni funkcję koordynatora ds. Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku. Organizuje konferencje i szkolenia dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku. Nauczyciel CNoL (wykładowca, trener, egzaminator), kierownik kursów, współautor programu kursu: Karmienie piersią standardem w opiece okołoporodowej. Członek PTKiDL. Współtwórca i realizator programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” finansowanego w całości przez Miasto Gdańsk. Zapala innych zaangażowaniem i ma niezwykły dar przekonywania do słusznej sprawy.

Lek. Monika Żukowska-Rubik

Lekarz pediatra, IBCLC, CDL, od 16 lat pracuje w Poradni laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii w Warszawie. W CNoL pełni funkcję wicedyrektora, jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem oraz współautorem programów szkoleniowych m.in. „Karmienie piersią w codziennej praktyce” i „Problemy w laktacji” oraz programu „Jak wspierać karmienie piersią w placówkach służby zdrowia”. Publikuje w prasie medycznej nt. postępowania w laktacji. Członek zarządu PTKiDL. Ogromne doświadczenie, perfekcja i niezawodność. Mama Tadeusza, Zosi i Antoniego.