



**Seminarium z okazji  
Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią  
Wspieranie matek to „bieg po złoto” – każdy wygrywa!**

Centrum Nauki o Laktacji



**INTERTOM**

wyłączny przedstawiciel

firmy



---

## Plan Seminarium

**11.00 – 11.45 mgr Wanda Urmańska (45 min.)**

Strategia inicjacji karmienia piersią – cztery poziomy wsparcia.

**11.45 – 12.15 dr n. med. Barbara Baranowska (30 min.)**

Poradnictwo laktacyjne to wytwór cywilizacji czy odwieczna potrzeba?

**12.15 – 13.15 dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik (60 min.)**

Czy matka chora na chorobę zakaźną może karmić piersią?

**13.15 – 13.45 Poczęstunek (30 min.)**

**13.45 – 14.15 dr Elwira Soplińska, dr Magdalena Nehring-Gugulska (30 min.)**

Dyrektywa unijna w służbie matkom karmiącym – komentarz do obecnie obowiązującego modelu żywienia dzieci w Polsce.

**14.15 – 15.15 dr n. med. Marc Cregan (60 min.)**

Isolation of putative stem cells of multiple lineages from human breastmilk.

Izolacja domniemanych komórek macierzystych z wielu linii z ludzkiego mleka matek.

Why do pre-term mothers have difficulty with expressing their milk?

Dlaczego matki wcześniaków mają kłopoty z laktacją?

**15.15 – 16.15 Quiz z nagrodami i zakończenie konferencji (30 min.)**

---



---

# STRATEGIA INICJACJI KARMIENTA PIERSIĄ – CZTERY POZIOMY WSPARCIA

Mgr Wanda Urmańska psycholog kliniczny, IBCLC

Karmienie piersią uznane zostało jednym z podstawowych mierników zdrowia publicznego jako czynnik zapewniający długofalową ochronę i promocję zdrowia grupie wymagającej szczególnej troski – niemowlętom i dzieciom.

Hasłem tegorocznego Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią jest: Wspieranie matek to „bieg po złoto” – każdy wygrywa! Zatem nie od rzeczy będzie przyjrzenie się kilku kluczowym momentom tego biegu. Skoncentruję swoją uwagę na 4-rech z nich:

1. Skuteczność interwencji promowania inicjacji karmienia piersią.
2. Wspieranie matek – najbardziej efektywna droga udanego karmienia piersią.
3. IV poziomy wsparcia – studium przypadku.
4. Implikacje praktyczne i sugestie co do dalszych badań.

## 1. Skuteczność interwencji promowania inicjacji karmienia piersią.

Każdy sportowiec wie jak istotny jest start i jak długich przygotowań on wymaga, zarówno w sferze kondycyjnej jak i mentalnej. O ileż bardziej dotyczy to stwierdzenie przygotowania do rodzicielstwa, którego karmienie piersią jest swoistą kwintesencją. Wiele badań poświęcono analizie czynników wyjaśniających, dlaczego kobiety inicjują lub nie karmienie piersią. W przeglądzie literatury można natrafić na tezę, że kluczowym, a jednocześnie stosunkowo mało rozpoznany jest obszar, który możemy nazwać normami kulturowymi. USA, kraje Europy Zachodniej, poza Skandynawią uznają karmienie sztuczne – normą kulturową; wyjątek stanowią grupy społeczne uznające karmienie piersią jako preferowaną i bardziej akceptowaną metodę karmienia dzieci. Są one jednak uznane raczej jako „subkultura” czy „margines” (a może elita?). Sądząc po % kobiet inicjujących karmienie piersią, to raczej ono jest u nas „normą kulturową”.

Z obszaru norm kulturowych pochodzą wybory kobiet domagających się większej wolności, większej dostępności antykoncepcji czy większych możliwości na rynku pracy. Również lansowany przez media obraz piersi jako symbolu seksualności nie sprzyja promocji karmienia piersią: „Breast is best, but not in public” – (The Sunday Independent 1996 Jul 28). W Wielkiej Brytanii stwierdzono „utrata zbiorowej wiedzy i doświadczenia karmienia piersią w społeczności”. Nastąpiła swoista zapaść przekazu transgeneracyjnego. W Polsce zanotowano pewne pozytywne trendy – np. Karmienie piersią reklamowane przez gwiazdy show biznesu.

Kolejny czynnik wpływający na początki karmienia to zmedykalizowane praktyki szpitalne: jak oddzielanie dzieci od matek, karmienie co 4 godziny, ważenie przed i po karmieniu, dawanie dzieciom karmionym piersią dodatkowych porcji sztucznego pokarmu i to butelką ze smoczkiem. Można powiedzieć, że są to grube przewinienia jeśli chodzi o początki karmienia. Bardziej subtelne to: opóźnianie I-go karmienia, rutynowe dokarmianie sztucznym pokarmem przed karmieniem piersią np. dzieci po cięciu cesarskim, z dużą masą urodzeniową... Dla tych działań skuteczną przeciwwagą stanowi inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku wraz z 10 krokami do udanego karmienia piersią. (W Szwecji wszystkie szpitale położnicze objęte są tą inicjatywą). Szczególnie newralgicznym momentem dla utrzymania karmienia piersią wydaje się zapewnienie ciągłości opieki po wyjściu ze szpitala. I tu wielką rolę do odegrania mają wszelkie formy wsparcia matek karmiących, szczególnie te, które charakteryzują się profesjonalizmem proponowanych usług.

---

---

## 2. Wspieranie matek najbardziej efektywna droga udanego karmienia piersią.

Fakt, że wspieranie matek jest najbardziej efektywną drogą do udanego karmienia piersią, nie podlega dyskusji. Wielokrotnie udowodniono wpływ profesjonalnego wsparcia na długość karmienia piersią i wyłączenie karmienia piersią do 2 miesięcy. Natomiast ciągle nie do końca jest oczywisty efekt wsparcia na wyłączenie karmienia piersią w dłuższym przedziale czasowym (Golden standard), różnice między wsparciem profesjonalistów a laików (jaki typ szkoleń jest najbardziej odpowiedni dla jednych i drugich?) czy jak wspierać matki, które niekoniecznie chcą karmić piersią (znakomita większość badań opublikowanych w przeglądzie badań dotyczących wspierania matek karmiących, odnosi się do matek, które wybrały karmienie piersią jako sposób żywienia swoich dzieci). Coraz lepiej wiadomo jaka forma wsparcia i kiedy proponowane są najbardziej skuteczne. Wsparcie bezpośrednie jak również udzielone przed (w obszarze decyzji i informacji) i po porodzie jest bardziej efektywne niż telefoniczne i tylko po porodzie. Kluczowa jest także ciągłość wsparcia, a szczególnie zapewnienie jej w tak newralgicznym momencie jakim jest wyjście ze szpitala.

## 3. IV poziomy wsparcia studium przypadku.

Wsparcie: pomoc udzielona komuś, zwłaszcza pomoc materialna (Słownik języka polskiego; PWN). W literaturze psychologicznej funkcjonuje wsparcie jako pomoc udzielana w trzech wymiarach: informacyjnym, emocjonalnym i rzeczowym. Mówiąc o czterech poziomach wsparcia opieram się na bardzo osobistym doświadczeniu jakim było towarzyszenie córce przy porodzie i asystowanie przy pierwszym karmieniu wnuka. Wbrew pozorom jednostkowego wydarzenia nie należy lekceważyć, gdyż podejście kliniczne opiera się właśnie na analizie przypadku, a i wiele odkryć psychologicznych, a nawet całościowych teorii wypłynęło dzięki pogłębionej refleksji własnych doświadczeń.

Te wyodrębnione poziomy wsparcia to:

I – wsparcie personelu medycznego.

II – wsparcie osoby towarzyszącej (męża, ojca dziecka lub innej)

III – kompetencje matki

IV 1 kompetencje noworodka.

Każdy z nich można rozpatrywać w wymiarach j. w.

I. Wsparcie personelu medycznego:

- informacyjne: zanurzone w 10-ciu krokach, spójne i praktykowane na co dzień/egzekwowane przez rodziców.
- emocjonalne: dostępność fizyczna i komunikacyjna, poczucie ciągłości i fachowości opieki, dające poczucie bezpieczeństwa.
- rzeczowe: bezpośrednia pomoc.

II. wsparcie osoby towarzyszącej (męża, ojca dziecka lub innej)

- najbardziej skuteczne – ekologiczne dwurodzicielstwo zawarte w polskim modelu szkoły rodzenia stworzonym przez prof. Fijałkowskiego: naturalne planowanie poczęć, naturalne rodzenie i naturalne karmienie. Zgodność wiedzy, wartości i otwarcie na potrzeby drugiej osoby. Ta filozofia, czy styl życia daje kobiecie głęboką akceptację swojej płciowości, zaufanie do reakcji własnego ciała, jego objawów i mechanizmów nim rządzących. Karmienie piersią w pełni się w tą postawę wpisuje
- towarzyszenie innej bliskiej osoby opisywane jest w literaturze jako pozytywne doświadczenie, jeśli tylko osoba towarzysząca nie podważa kompetencji matki, szczególnie u progu macierzyństwa. W tym okresie kobieta jest niezwykle wyczulona na ocenę swoich działań.

III. kompetencje matki

- wsparcie wypływające z własnych zasobów: wiedzy, doświadczenia, przekazu transgeneracyjnego, dojrzałości emocjonalnej, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych czy ponad przeciętnych. (Stres jako wyzwanie i mobilizacja, a nie ograniczenie)
- zdolność do wyrażania swoich potrzeb i otwarcie na odbiór wsparcia z poziomów I i II
- relacja z dzieckiem, jego „reprezentacja” w umyśle matki.

---

#### IV. kompetencje noworodka.

- jego „kompetencje i zorganizowanie” (Brazelton) na poziomie kontroli stanów, autonomicznym (kontrola oddechu, temperatury...), społeczno-interakcyjnym i motorycznym, a także odruchów (szukania, ssania, połykania...)
- potrafi używać wszystkich pięciu zmysłów (wzroku, słuchu, smaku, węchu i dotyku) co ma kapitalne znaczenie w karmieniu piersią
- relacja z matką, poziom przytulności, umiejętność samouspokojenia...
- Niemowlęta „komunikują się” przez swoje zachowanie, które stanowi racjonalny język. Nie tylko reagują na otaczające je bodźce, jak na przykład głos i twarz ojca, ale również podejmują kroki w celu kontrolowania swojego otoczenia, na przykład płacząc, by przywołać matkę. Różnicują swoje zachowanie zależnie od partnera interakcji, posiadają własną osobowość, gotowe są na kształtowanie i bycie kształtowanym przez otoczenie.

#### 4. Implikacje praktyczne i sugestie co do dalszych badań.

- Można i należy wpływać na decyzję kobiet inicjujących karmienie piersią, jak również kontynuujących ten proces (nacisk na wyłączność) poprzez:
  - Skoordynowane działania na szczeblu państwowym (polityka prozdrowotna) i lokalnym
  - Ocenę istniejących programów edukacyjnych i literatury dla kobiet o różnym statusie społecznym i etnicznym
  - Zmiany praktyk szpitalnych w kierunku 10 kroków do udanego karmienia piersią.
  - Zwiększenie dostępności małych, nieformalnych grup omawiających karmienie piersią jeszcze w okresie prenatalnym i dalej (np. w oparciu o szkołę rodzenia czy grupy wsparcia matek karmiących)
  - Ewaluacja powinna być nieodłącznym elementem każdego nowo wprowadzanego programu edukacji zdrowotnej
- dodatkowe wsparcie laktacyjne powinno być częścią składową rutynowej opieki zdrowotnej
- kurs WHO/UNICEF uznany jest za skuteczny model profesjonalnego kształcenia
- potrzebne badania nad najbardziej odpowiednim szkoleniem zarówno laików jak i profesjonalistów, którzy wspierają matki karmiące – cenne doświadczenie CNOL
- potrzebna jest analiza ekonomiczna oceniająca koszty i efekty różnych interwencji
- implementacja inicjatywy SPD powinna być skojarzona z monitoringiem karmienia piersią aby wyjaśnić czy efekt jest podobny w krajach z różnymi wskaźnikami inicjacji i rozpowszechnienia karmienia piersią.
- badania jakościowe powinny zbadać różne elementy strategii wsparcia karmienia piersią i mechanizmu działania tegoż wsparcia.

#### Piśmiennictwo:

Brazelton T.: Neonatal Behavioral Assessment Scale, 3-rd Edition, Cambridge University Press 2001.

Brazelton T., Nugent J.: Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS). Handbook. Copyright © 2005 Children's Hospital Boston.

Fairbank L. I in.: A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding, Health Technology Assessment 2000; Vol.4: No.25.

Fijałkowski W.: Ekologia rodziny, Rubikon, Kraków 2000.

Sikorski J., Renfrew M.J. I in.: Support for breastfeeding mothers (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd. 2005.



---

## PORADNICTWO LAKTACYJNE – WYTWÓR CYWILIZACJI CZY ODWIECZNA POTRZEBA?

Dr n. med. Barbara Baranowska

Jeśli założylibyśmy, że karmienie piersią zawsze było procesem instynktownym i całkowicie zgodnym z ludzką naturą, a żadne czynniki zewnętrzne nie mogły go zakłócić, to w dzisiejszych czasach udane karmienie piersią powinno być powszechne, a poradnictwo laktacyjne powinno należeć do zbytecznych profesji. Ponieważ konsultantów laktacyjnych przybywa, a kobiety na przestrzeni wieków w różnym stopniu odchodziły od karmienia piersią, należy zastanowić się, które elementy postawione na wstępie założenia nie są prawdziwe.

- **Czy kobieta pierwotna karmiła piersią?** – pomimo braku bezpośrednich dowodów, nie można mieć wątpliwości, że pierwszym pokarmem człowieka, było mleko z matczynej piersi. Obecnie dysponujemy pochodzącą z różnych źródeł wiedzą, na temat żywienia dzieci w zamierzczłych czasach. Analiza izotopów azotu uzyskanych z prehistorycznych szkieletów, analiza ontogenicznego profilu nietolerancji laktozy oraz stopień hipoplazji szkliwa potwierdzają pierwotną rolę karmienia piersią w żywieniu naszych przodków [11].
- **Czy jednak karmienie piersią, jest proces instynktownym, należącym do naturalnych zachowań człowieka?** – U wielu zwierząt ssanie matczynej piersi jest procesem instynktownym. Nowonarodzone warchlaki zdolne są do aktywnego poszukiwania i ssania sutków, jeśli tylko maciora pozostaje w pobliżu [5]. Kopytne zaraz po porodzie wstają i kierują się do matczynej wymion. Potomstwo naczelnych jest zdecydowanie mniej aktywne w podjęciu pierwszego ssania piersi. Mały goryl po porodzie jest całkowicie bezradny i zdany jedynie na pomoc własnej matki lub innej samicy. [10] U naczelnych maleje rola „dziecięcego” instynktu, na rzecz aktywnej roli samicy w inicjacji karmienia piersią. Ludzki noworodek pozostawiony zaraz po porodzie na brzuchu matki, w ciepłych i bezpiecznych warunkach spontanicznie przysunie się do piersi i będzie starał się ją uchwycić. Samice naczelnych nie wykazują jednak silnego instynkt przystawienia małych do piersi. Obserwacje prowadzone wśród pierwszych narodzonych w niewoli szympanсів i goryli pokazały, że samice, które nigdy nie widziały innych karmiących samic nie wykazywały inklinacji do karmienia piersią, a ich maleństwa trzeba było karmić sztucznie [10]. Na tej podstawie zbudowano teorię, że karmienie piersią jest zachowaniem nabytym, które musi być poprzedzone rodzajem „matczynego doświadczenia”. Dodatkowym elementem popierającym tę tezę jest „allomothering” – występujące u naczelnych zjawisko przejmowania za rodziców zachowań związanych z opieką nad noworodkiem, przez innych członków społeczności [7]. Allomothering najczęściej obserwowano u młodych samic lub samic nie posiadających jeszcze potomstwa. Zachowanie to uznano za sposób zdobywania przez dorastające samice „matczynego doświadczenia” związanego z porodem i opieką nad małymi. Doświadczenie noszenia na rękach rodzeństwa przez młodziczki i dojrzewające samice jest silnie skorelowane z wzrostem ich sukcesu rozrodczego w dorosłości [2]. Istnieje więc potrzeba nauczania się i przejęcia przez samice pewnego rodzaju zachowań reprodukcyjnych. Trudno jest jednoznacznie ocenić czy zachowania laktacyjne u ludzi są wrodzone – instynktowne, czy też nabyte przez naukę i doświadczenie. Badania antropologiczne i fizjologiczne dowodzą, że karmienie piersią jest połączeniem instynktownego odruchu szukania u dziecka, hormonalnej gotowości organizmu kobiety i nabytego doświadczenia matki. Wielokulturowe badania wykazały, że 5-letnie dziewczynki dużo



---

częściej czuły się odpowiedzialne za inne dzieci, niż ich rówolatkowie, szczególnie jeśli ich matki były silnie obciążone pracą [1]. Wiedza kobiet i ich zdolność do opieki nad dziećmi zaczyna być przekazywana kulturowo między pokoleniami. W wielu kulturach rolę przekazywania wiedzy i doświadczenia związanego z karmieniem piersią przejęły matki, babki, dule, akuszerki czy położne. Należy tu również zaznaczyć, że zaprzeczenie „naturalności” karmienia nie implikuje „nienaturalności” karmienia piersią. Z perspektywy kobiety bowiem, doświadczenie karmienia piersią wywołuje wiele spontanicznych naturalnych reakcji mających podstawy w ludzkiej fizjologii i psychologii. Oksytocyna i prolaktyna, hormony prowadzące do produkcji i wypływu mleka, znane są jako hormony miłości i przywiązania i wzmacniają one instynktową, biologiczną potrzebę opieki nad własnym potomstwem.

- **Czemu karmienie piersią jest tak otwarte na oddziaływania kulturowe?** – Tam gdzie wpływy cywilizacji do dziś dnia nie są zbyt silne, wszystkie kobiety u których wystąpiła prawidłowa laktacja i nie wystąpiły znaczące problemy związane z przystawieniem dziecka, karmią piersią. Z badań Lawrence’a opublikowanych w 1989 roku wynika, że wśród społeczności myśliwych i zbieraczy funkcjonujących w czasach współczesnych 75% badanych matek karmi dzieci do 2-3 roku życia, 25% do 18 miesiąca życia, a 1% do 6 miesiąca życia dziecka [11]. Ponieważ karmienie piersią nie jest jedynie instynktownym zachowaniem człowieka, podlegać może bardzo silnym wpływom zewnętrznym: kulturowym, ekonomicznym, społecznym i religijnym.

Na początku naszej cywilizacji nie istniały alternatywne metody karmienia niemowląt. Pierwsze teksty medyczne zawierające porady na temat żywienia dzieci dotyczyły głównie długości wyłącznego i całkowitego karmienia piersią. Z czasem gdy pojawiły się nowe rozwiązania – mamki, mleko zwierzęce, mieszanki większość tekstów dotyczyła doboru „właściwego” dla danych czasów sposobu żywienia dziecka.

- **Najstarsze zalecenia**

- Pierwsze teksty pisane, dotyczące karmienia piersią odnaleziono na papirusach pochodzących z Egiptu 1600 p.n.e. [12]. Najstarsze doniesienia z Bliskiego Wschodu datuje się nawet na 3000 p.n.e. Zawierały one zalecenia dotyczące karmienia piersią dziecka do 2-3 roku życia. [11]. Pomimo, że egipskie kobiety zazwyczaj karmiły własne dzieci, to istniały wyjątki. Karmienie piersią było tak powszechne i zwyczajne, że członkiniom rodów królewskich nie przystawało podawać własnej piersi, dlatego królewskie dzieci karmione były przez mamki.
- Starożytne indyjskie teksty Ajurwedy datowane na 2000 – 800 lat p.n.e zalecały, żeby dziecku, które nie ukończyło roku podawać jedynie mleko kobiece, karmienie mieszane stosować do 2 roku życia, a dziecko od piersi odstawić stopniowo [12]. Zgodnie jednak z literaturą hinduistyczną, karmienie piersią rozpoczynało się dopiero od 6-7 dnia życia dziecka, gdy siara zmieniała się w mleko przejściowe. Zamiast siary dziecku podawano rytualną miksturę z miodu, masła, soków roślinnych i piasku złotonośnego [11].
- Mitologia Rzymian opisuje Remusa i Romulusa ssącego sutki symbolicznej wilczycy. Według rzymskiej tradycji *Rumina* – napełnia kobiece piersi, *Vaginat* – otwiera usta dziecka do pierwszego krzyku, a *Educa* uczy dzieci ssania. W imperium Greków i Rzymian większość kobiet karmiła piersią, lecz z czasem modną zaczęła być instytucja mamek. W Sparcie w 4 wieku przed Chrystusem karmienie piersią dzieci było zleczone dekretem królewskim [3].
- Stary Testament, zawiera informację, że Sara karmiła Izaaka jako 90 letnia kobieta. Druga Księga Machabejska opisuje matkę siedmiu synów, która karmiła piersią przez trzy lata. Talmud i Midrasz podaje, że dziecko powinno być przystawiane do piersi natychmiast po porodzie i powinno być karmione piersią przez półtora roku do dwóch lat [3]. Starożytni Hebrajczycy całkowicie popierali karmienie piersią i wyrażali dezaprobatę dla karmienia sztucznego oraz korzystania z usług mamek. Koran podaje, że dziecko karmić piersią należy do drugiego roku życia (jeśli mąż nie zdecyduje inaczej) [6].
- W czasie Islamskiej ekspansji średniowieczny lekarz Avicenna (980-1037) upowszechnił znaczenie karmienia piersią opisując mleko jako „białą krew” [12].

---

– Pierwszy drukowany tekst dotyczący laktacji powstał w 1473 roku i został napisany przez Bartolomeusa Metzingera [3].

• **Czemu kobiety przestały karmić piersią?** – Czemu karmienie piersią zaczęło wymagać obrony, wsparcia i poradnictwa? – W Europie w okresie pomiędzy XV-XVIII wiekiem kobiety pochodzące z niższych klas społecznych oraz mieszkające na wsiach karmiły piersią, gdyż nie miały możliwości finansowych, aby korzystać z innych sposobów karmienia dziecka [9]. Z tej właśnie klasy społecznej wywodziły się mamki. Żony średniowiecznych artystów, sprzedawców i rzemieślników, musiały zasilać rodzinny budżet. Obowiązek zarobkowania był silniejszy, niż odpowiedzialność wykarmienia własnych dzieci. Niemowlęta wysyłane więc były do mamek. Ponieważ często rodziny nie stać było na wynajmowanie dobrej mieszkającej w pobliżu mamki, bardzo wcześnie do diety dziecka wprowadzano pokarmy inne niż mleko kobiece. To właśnie ta grupa społeczna rozpoczęła w uprzemysłowionej XIX wiekowej Europie modę na karmienie dzieci mieszankami podawanymi butelką. W tamtych czasach, jedyną grupą społeczną, która miała wybór co do sposobu karmienia własnych dzieci była bogata arystokracja i kupcy. Matki te mogły pozwolić sobie na karmienie piersią, ale to głównie one odsyłały dzieci do mamek z powodu konwenansów, decyzji męża, wyrazu statusu i prestiżu społecznego. Grupa ta w XIX wiekowej Europie preferowała karmienie dzieci butelką przez guwernantki [4].

• **Problemy z karmieniem związane ze zdrowiem i urodą kobiety [4] :**

- Do XVIII wieku karmienie piersią było uważane za fizycznie wyniszczające i bardzo niebezpieczne dla matki.
- Karmienie piersią dziecka prowadziło do przedwczesnego starzenia się matki. Obwisły i pokryty bliznami biust był w tym okresie bolesną rzeczywistością dla wszystkich karmiących kobiet, opisywaną w wielu rozdziałach poświęconych chorobom i urazom piersi w podręcznikach do położnictwa.
- Karmienie piersią miało też negatywny wpływ na figurę. Nieodpowiednia dieta i deficyty mineralne powodowały wypadanie zębów i włosów, chudnięcie, a wręcz całkowite wyniszczenie.
- W 1700 włoski lekarz Bernardo Ramazzini napisał rozprawę naukową na temat chorób zawodowych, rozpoczynając ją od cierpień powszechnych dla matek karmiących i mamek:
  - Stopniowe chudnięcie, wyniszczenie,
  - Histeria,
  - Pryszcze i świerzb
  - Bóle głowy
  - Zawroty głowy
  - Problemy oddechowe
  - Słabe widzenie
  - Podatność na inne choroby
  - Nawał pokarmu prowadził do „zsiadania się” mleka w piersiach, zapalenia piersi, ropnia piersi oraz pęknięć brodawek.
- Delikatne i wrażliwe mieszcanki uznawano za niezdolne do karmienia. Jedynie ich wiejskie siostry, pulchne i dorodne zdolne były do produkcji wystarczającej ilości pokarmu.
- Moda wymagająca noszenia gorsetów (już u 3 letnich dziewczynek) powodowała spłaszczenie piersi, deformację brodawek, czasem perforację płuc (z powodu przemieszczeń żeber) oraz guzy piersi.

• **Problemy z karmieniem wynikające z wierzeń i przesądów [4]:**

- Karmienie siarą było zabronione. Uważano ją za trującą, szatańską substancję.
- Karmienie dzieci mlekiem zwierzęcym również było całkowicie zakazane.
- Pokarm kobiecy uważano za menstruacyjną krew, która zostaje w organizmie matki przemieniona, oczyszczona oraz poprowadzoną z macicy do piersi.
- Jedynie kobiety o orzechowych i brązowych włosach mogły karmić piersią i zostawać mamkami. Uważano, że kobiety o włosach blond i rudych wprowadzają do mleka zanieczyszczenia i niepożądany temperament.

---

- **Problemy z karmieniem związane z relacjami seksualnymi [4]:**

- Kontakty seksualne były zabronione przez okres karmienia (18-24 miesięcy), gdyż wierzono, że stosunek może „osłabić” i „zepsuć” mleko matki.
- Istniało wierzenie, że stosunki seksualne w okresie połogu mogą mieć fatalne skutki dla mężczyzny, gdyż krew menstrualna była uznawana za potężną truciznę (jedna kropla mogła zatruć całe wino).
- Nie można było również współżyć z karmiącą żoną w obawie o kolejną ciążę.

- **Problemy z karmieniem związane z kateryczną doktryną kościelną [4]:**

- Doktryna chrześcijańska ograniczała w dużym zakresie aktywność seksualną mężczyzn. Kościół zakazywał odbywania czynności seksualnych nie związanych z rolą prokreacyjną, masturbacji oraz aktywności seksualnej poza granicami małżeństwa.
- Dodatkowo istniało wiele okresów narzuconej abstynencji. Odbywanie stosunków było stanowczo zabronione w dni postne i święta religijne, niedzielę, Boże Narodzenie, Wielki Piątek, Wielkanoc i Wielki Post.
- Do początku XVIII w. doktryna chrześcijańska zakazywała kobiecie sprzeciwiać się mężowi wobec realizacji „obowiązku małżeńskiego”, często więc pomimo chęci wykarmienia własnego dziecka, kobieta zmuszona była odesłać dzieci do mamki.

- **Problemy z karmieniem wynikające z imperatywu natalistycznego [4]:**

- Niepłodność laktacyjna została wcześniej poznany fenomenem. Przed XVIII w. głównym celem małżeństwa było posiadanie dużej liczby potomstwa. Dzieci miały zapewnić stabilizację sytuacji ekonomicznej rodziny oraz gwarantować kontynuację linii rodowej i nazwiska. Wysoka śmiertelność dzieci zmuszała rodziców do ciągłej aktywności prokreacyjnej.
- Posiadanie mamki pozwalało na rodzenie kolejnych dzieci w przerwach 1 – 1,5 rocznych.

Powody dla którego kobiety nie karmiły piersią XVI w XVII w XVIII włącznie  
Obawa o zdrowie i urodę 0,330,600,440,47  
Wpływ męża 0,330,500,250,34  
Moda i przesady 0,330,200,380,31  
Dyskomfort matki 0,500,310,31  
Brak umiejętności 0,300,060,13  
Presja otoczenia 0,200,060,09  
Czynniki religijne 0,50-0,16  
inne 0,170,500,560,47

*Źródło: V. Fildes 1986*

Matki z klasy wyższej i średniej, które sprzeciwiały się społecznym zwyczajom i karmiły swoje dzieci uznawane były za pobożne, poświęcające swoje zdrowie, urodę i spokój umysłu dla dobra własnego dziecka.

### **Poradnictwo laktacyjne przed rewolucją przemysłową**

- Testy medyczne pisane przez lekarzy zawierały porady dotyczące najlepszych technik karmienia i podawały sposoby radzenia sobie z problemami laktacyjnymi, jednakże były one często sprzeczne z radami, które kobieta słyszała od swoich bliskich.
  - Do XVIII wieku teksty dotyczące opieki nad dziećmi były pisane jedynie dla wyedukowanej społecznej elity.
  - Najwcześniejsze, bezpośrednie komentarze pisane przez kobiety (głównie w pamiętnikach i listach) zawierały opisy własnych problemów laktacyjnych lub rady dawane siostrze lub przyjaciółkom.
  - Nie było w tamtych czasach ograniczeń dotyczących długości i czasu karmienia piersią, dzieci karmiono piersią na żądanie i przeciętnie przez okres 18-24 miesięcy.
  - W II połowie XVIII wieku lekarze wprowadzili tabele dotyczące czasu i długości karmienia, co miało wzmocnić socjalną odpowiedzialność matek.
-

- 
- A w 1860 fabryka Nestle [8] ...

... i dalej losy karmienia piersią (lub mieszanką) są już dobrze znane.

Historia karmienia piersią jest właściwie historią z pola bitwy. Czasem było ono wstanie bronić się samo, czasem potrzebowało obrońców i doradców (Avicenna, Rousseau, WHO, UNICEF). Przeciwnikami w tej walce okazał się rozwój cywilizacji, rozkwit rynku produktów zastępujących mleko kobiece i męska dominacja.

Badania dotyczące korzyści płynących z karmienia piersią, znaczenia psychicznej więzi między matką a noworodkiem oraz śmiertelności dzieci karmionych sztucznie wpłynęły na rozwój współczesnego poradnictwa laktacyjnego.

Piśmiennictwo:

1. Edwards C. P.: Behavioral sex differences in children of diverse cultures: The case of nurturance to infants. W: M. E. Pereira & L. A. Fairbanks. Juvenile primates. Life history, development, and behavior. New York: Oxford University Press (1993). Za: Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47
2. Fairbanks L.A.: Reciprocal benefits of allomothering for female vervet monkeys. *Anim. Behav.*, 40 (1990): 553-562 Za: Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47
3. Fildes V.A.: Breasts, Bottles and Babies: A History of Infant Feeding. Edinburgh: Edinburgh University Press (1986). Za: Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive Behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47
4. Grieco S.F., Corsini C.A.: Historical Perspectives on breastfeeding. Unicef 1991
5. Gunther M.: Instinct and the nursing couple. *Lancet*, 575-8 (1955). Za: Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive Behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 2006:39-47
6. Hofvander Y.: Breastfeeding was a Life in the Past and Still Is! *Upsala J Med Sci* 111 (1) (2006):17-26
7. Maestripieri, D.: Social structure, infant handling, and mothering styles in group-living Old World monkeys. *Int. J. Primatol.*, 15: 531-53 (1994). Za: Wells J. The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive Behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47
8. Matusiak M.M.: A cultural Perspective of The Feeding Habits. *The Internet Journal of Nutrition and wellness* 2(1) (2005)
9. McLaren D.: Fertility, infant mortality, and breast feeding in the seventeenth century. *Med Hist*, 22(4) (1987):378-396
10. Schaller G.B.: The mountain gorilla: ecology and behaviour. University of Chicago Press, Chicago (1963) za: Wells J.: The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive Behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47
11. Stuart-Macadam P., Dettwyler K.A.: Breastfeeding: biocultural perspectives. Aldine de Gruyter, New York 1995.
12. Wells J.: The role of cultural factors in human breastfeeding: adaptive Behavior or biopower? *Human Ecology*, 14 (2006):39-47



---

## CZY MATKA CHORA NA CHOROBY ZAKAŻNĄ MOŻE KARMIĆ PIERSIĄ?

**Dr hab.n.med. Barbara Królak-Olejnik, IBCLC,  
specjalista pediatra, neonatolog**

WHO i AAP zalecają, aby niemowlęta były karmione wyłącznie pokarmem matki do szóstego miesiąca życia włącznie, a następnie, po włączeniu żywienia uzupełniającego do 2 roku życia i dłużej. Mleko kobiece stanowi bowiem, podstawowe źródło naturalnych czynników chroniących organizm noworodka i niemowlęcia przed infekcjami w pierwszym roku życia. Poprzez bogactwo różnorodnych czynników wzrostu, interferonów, cytokin i innych substancji przeciwbakteryjnych oraz wysokie stężenia głównie immunoglobuliny A wydzielniczej (slgA), chroni przewód pokarmowy nie tylko tapetując go „żywą szczepionką”, ale również umożliwia dojrzewanie stosunkowo „przepuszczalnego” przewodu pokarmowego noworodka i niemowlęcia. Ostatnie badania wyraźnie potwierdzają fakt, iż wzrasta ilość kobiet wybierających naturalny sposób żywienia swoich dzieci. Czy naturalna odporność jest wystarczająca, aby w przypadku chorób zakaźnych bezpiecznie nadal karmić piersią? Czy w każdej sytuacji należy zaprzestać karmienia naturalnego? Które choroby zakaźne budzą najwięcej kontrowersji i dlaczego? Jaka jest nasza wiedza na temat tych schorzeń?

Choroby zakaźne i pasożytnicze nie stanowią problemu społecznego i epidemiologicznego w Polsce. Zachorowania na dur plamisty, malarię, błonicę i poliomyelitis uległy niemal całkowitej likwidacji. Zagrożenie epidemiczne, z uwagi na dużą populację nosicieli, wirusowego zapalenia wątroby, czerwonki, duru brzuszego, jednak nadal istnieje. Mają miejsce także sytuacje, w których zwiększa się możliwość rozprzestrzeniania chorób zakaźnych, szczególnie szerzących się drogą przewodu pokarmowego. Podróże coraz bardziej popularne do różnych krajów świata, w tym także tropikalnych, mogą stanowić możliwość zawleczenia do Polski chorób typowych tylko dla tych rejonów.

Odpowiedź na pytanie czy matka chora na schorzenie zakaźne lub pasożytnicze może karmić piersią jest tym łatwiejsza im więcej wiemy na temat tych schorzeń. Istotna jest znajomość nie tylko obrazu i przebiegu klinicznego, ale przede wszystkim znajomość czynnika etiologicznego, jego dróg szerzenia i wrót zakażenia, a także okresu wylęgania choroby.

Ocena czynnika zakaźnego, jego możliwości i relatywnego ryzyka transmisji na dziecko, jest pierwszym etapem decyzyjnym w aspekcie izolacji i możliwości karmienia piersią lub odciągniętym pokarmem matki. Karmienie piersią rzadko jest przeciwwskazane w schorzeniach infekcyjnych matki. Często pytanie dotyczące izolacji i zaprzestania karmienia piersią pojawia się w sytuacji gorączki, bólu, zakażenia i innych objawów schorzeń rozwijających się u matki, kiedy rozpoznanie nie jest jednoznaczne. Należy odpowiedzieć na pytanie czy matka jest zakaźna, czy stanowi źródło zakażenia dla swojego dziecka, jaki jest prawdopodobny mechanizm transmisji zakażenia, jaka jest wirulencja mikroorganizmów i podatność niemowlęcia na zakażenie. A zatem czy matka może bezpiecznie zajmować się własnym dzieckiem i czy może karmić je piersią.

**Tab. 1. Przeciwwskazania do karmienia piersią ze strony matki**

(opracowanie M. Nehring-Gugulska)

<b>Choroba matki</b>	<b>Karmienie piersią?</b>	<b>Pokarm matki?</b>	<b>Izolacja matki?</b>
Zakażenie wirusem HTLV-1* i HTLV-2*	NIE A jeśli jest to konieczne ze względów zdrowotnych, to do 6 miesiąca	NIE Ewentualnie po zamrożeniu do -20°C	NIE
Zakażenie wirusem HIV*	NIE – kraje rozwinięte TAK – kraje rozwijające się, 3-6 miesiąc wyłącznie piersią z wyłączeniem okresu uszkodzenia brodawek i zapalenia piersi	NIE TAK – odpowiednio opracowany	NIE
Gruźlica	NIE w okresie prątkowania i 14 dni od rozpoczęcia leczenia	TAK NIE - jeśli zmiany na piersi lub zapalenie	TAK, jeśli prątkuje 14 dni od rozpoczęcia leczenia
Opryszczka zwykła	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	NIE Matka powinna zakrywać zmiany.
Ospa wietrzna pólpasiec	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	Jeśli 2 dni lub później po porodzie, rozważyć izolację do przyschnięcia zmian.
Kiła	TAK, po 24h od rozpoczęcia leczenia NIE – jeśli zmiany na brodawce	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	24h
Liszajec zakaźny	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	TAK NIE – jeśli zmiany na brodawce	NIE
Nosicielstwo wirusa cytomegalii*	TAK NIE – karmienie wcześniaka	TAK Dla wcześniaka, (m.c.<1500g), dla dziecka z zaburzeniami odporności, pokarm mrożony (-20°C przez 3 dni) lub pasteryzowany w 72°C przez 10 sek.)	NIE

<b>Choroba matki</b>	<b>Karmienie piersią?</b>	<b>Pokarm matki?</b>	<b>Izolacja matki?</b>
WZW A (HAV)	TAK Po podaniu dziecku immunoglobuliny (HAIG) i szczepienia anty-HAV	TAK	NIE
WZW B (HBV)	TAK, po podaniu dziecku immunoglobuliny (HBIG) i szczepienia anty-HBV	TAK	NIE
WZW C (anty HCV +, HCV RNA +)	TAK NIE – okres wiremii, koinfekcja HIV.		
Odra	TAK Dziecku podać immunoglobulinę.	TAK	72h
Różyczka	TAK	TAK	NIE
Świnka	TAK	TAK	NIE
Krztusiec	TAK	TAK	NIE
Zapalenie piersi ropień piersi		TAK	
Zakażenie Paciorkowcem typu A (Str.pyogenes)	TAK, po 24h od rozpoczęcia leczenia	NIE, przez 24h od rozpoczęcia leczenia	NIE
Zakażenie Paciorkowcem typu B (agalactiae)	TAK	TAK	24h
Zakażenie Gronkowcem MRSA	TAK, po 24h od rozpoczęcia leczenia	NIE, przez 24h od rozpoczęcia leczenia	24h
Zakażenie Haemophilus influenzae	TAK	TAK	24h
Brucelloza	TAK, po 72 h od rozpoczęcia leczenia	NIE, przez 72h od rozpoczęcia leczenia	NIE
Borrelioza	TAK	TAK	NIE
Toxoplazmoza	TAK	TAK	NIE
Rzeżączka	TAK, od razu jeśli leczenie ceftriaksonem, po 24h jeśli leczenie innym antybiotykiem	TAK – ceftriakson NIE przez 24h, jeśli inny lek	24h
Chlamydia	TAK	TAK	NIE
Trąd, malaria	TAK	TAK	NIE



<b>Choroba matki</b>	<b>Karmienie piersią?</b>	<b>Pokarm matki?</b>	<b>Izolacja matki?</b>
grypa, angina, zapalenie oskrzeli, nieżyt żołądkowo-jelitowy, zakażenie układu moczowego, zakrzepowe zapalenie żył	TAK	TAK	NIE

\*Możliwa transmisja przez pokarm.

Przedstawione tabelaryczne informacje dotyczą zakażeń ciężkich z klinicznymi objawami u matki potwierdzonymi badaniami mikrobiologicznymi, czy testami immunologicznymi. Nie obejmują nosicielstwa i zakażeń bezobjawowych, za wyjątkiem cytomegalii.

Szczepienia przeciwko gruźlicy znacznie zmniejszyły zachorowalność, jak również ciężkość przebiegu gruźlicy. Jednakże nadal schorzenie to występuje zwłaszcza wśród dorosłych w wieku 25 – 45 lat. Dotyczy także kobiet ciężarnych, kiedy postawienie rozpoznania jest równoznaczne z włączeniem leczenia przeciwgruźliczego, bez względu na trymestr ciąży.

Poporodowe zakażenie w przypadku gruźlicy nieleczonej, następuje drogą kropelkową, stąd konieczność izolacji noworodków do czasu uzyskania u matki jałowej płwociny (2–3 tygodnie po włączeniu 3–4 lekowej terapii).

**Tab. 2. Zalecenia dotyczące noworodków matek chorych lub z kontaktu z gruźlicą (TB)**

	<b>Karmienie piersią?</b>	<b>Pokarm matki?</b>	<b>Izolacja</b>
TB, dodatni test tuberkulinowy	TAK	TAK	NIE
TB z nieprawidłowym obrazem rtg bez cech aktywnego procesu	TAK	TAK	NIE
TB z nieprawidłowym obrazem rtg i aktywnym procesem (dodatnie badanie mikrobiologiczne)	NIE	TAK	TAK
TB z podejrzeniem zapalenia piersi	NIE	NIE	TAK
TB, stan nieokreślony	NIE	TAK	TAK, do czasu wykonania rtg i badania mikrobiologicznego

Podobnie jak BCG, tak i inne szczepienia obecne w kalendarzu szczepień znacznie obniżają wskaźnik zachorowalności populacji na schorzenia zakaźne. Niestety, szczepienia zalecane obecne na rynku farmaceutycznym od kilku lat nie zabezpieczyły populacji kobiet w wieku rozrodczym. Skuteczność szczepionki przeciw ospie wietrznej, w kontrolowanych badaniach klinicznych oceniono na 86% w zapobieganiu chorobie i 100% w zapobieganiu ciężkiej postaci ospy. Czas ochrony przed ospą wietrzną wynosi według różnych danych od 11 do 20 lat. Według zaleceń Amerykańskich Lekarzy

---

Rodzinnych u kobiet, które nie przebyły ospy wietrznej w dzieciństwie, w okresie rozrodczym przed zajściem w ciążę, powinno dokonywać się szczepień przeciwko ospie wietrznej. Uważają oni, że jeżeli kobiety w ciąży nie przechorowały ospy wietrznej i nie były zaszczone, to należy przeprowadzić rutynowe testowanie serologiczne tych kobiet i po urodzeniu dziecka immunizować. Jednakże nie ma wystarczających danych dotyczących bezpieczeństwa szczepienia przeciw ospie po urodzeniu, a zwłaszcza kobiet karmiących piersią, gdyż nie wiadomo czy wirus zawarty w szczepionce jest wydzielany z mlekiem matki. U około 5% kobiet po szczepieniu występuje wysypka z pęcherzykami, z których można wyhodować wirusa, brak również wystarczających danych dotyczących ryzyka przeniesienia wirusa poprzez kontakt z nowo narodzonym dzieckiem.

Zakażenie matki wcześniej niż 5 dni przed porodem nie ma istotnego znaczenia dla płodu i noworodka prawdopodobnie dlatego, że przeciwciała przeciwko ospie zostały przeniesione do płodu. Immunoglobuliny IgG, IgM i IgA produkowane są 2 – 5 dni po zakażeniu wirusem, a szczytowe stężenie osiągają 2 – 3 tygodnie po zakażeniu. Zakażenie matki 5 dni przed porodem i 2 dni po porodzie stanowi istotne ryzyko dla noworodka. Noworodkowa ospa wietrzna manifestująca się zapaleniem płuc i zmianami skórnymi dotyczy 50% dzieci zakażonych w pierwszych 10 dniach po urodzeniu i w 30% może być przyczyną ich zgonów. Noworodek po urodzeniu powinien być izolowany i poddany immunizacji (VZIG 125j. domięśniowo). Odciągnięte mleko matki może być podane dziecku, jeżeli matka nie ma zmian na piersi i dziecko otrzymało immunoglobulinę. Matka jest zakaźna do czasu zaschnięcia (zestrupienia) zmian skórnych, zwykle 6–10 dni od pojawienia się objawów. Natomiast matka, która zachorowała wcześniej przed porodem wytworzy przeciwciała chroniące noworodka. Po podaniu immunoglobuliny dziecku po porodzie, jeżeli zmiany nie występują na piersi matki może ona karmić piersią. Noworodka chronią przeciwciała, które otrzymał wewnątrzmacicznie przez łożysko, jak również w mleku matki.

W okresie prekonceptyjnym poradnictwo dotyczące szczepień i immunizacja powinny być podstawowym elementem postępowania profilaktycznego. W okresie ciąży szczepienia prowadzi się jedynie w razie wystąpienia nagłych wskazań. Szczepienia ochronne powodują powstanie odporności immunologicznej w stosunku do określonych chorób zakaźnych, która w razie zajścia w ciążę, jest korzystna dla płodu i noworodka. Przeciwciała matczyne, wytworzone np. wskutek szczepień ochronnych, przechodzą przez łożysko do krwiobiegu dziecka i chronią go przed zakażeniem przez okres około 6 miesięcy po urodzeniu. Transfer łożyskowy immunoglobulin klasy G rozpoczyna się około 20 tygodnia ciąży i ustaje tuż przed porodem. Bierna immunizacja chroni dziecko do 4 – 6 miesiąca życia, kiedy to jego własny układ immunologiczny produkuje odpowiednią ilość immunoglobulin IgG i IgM. Karmienie naturalne zwiększa dodatkową ochronę ze strony matki, ze względu na znane walory immunologiczne mleka.

Informację na temat schorzeń zakaźnych i pasożytniczych w aspekcie karmienia piersią w dostępnych danych literaturowych, a zwłaszcza podręcznikach, zarówno dla studentów, jak i lekarzy niestety są bardzo lakoniczne. Jedynym wiarygodnym źródłem informacji pozostaje konsultant laktacyjny.

#### Piśmiennictwo

1. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Fifth Edition. Mosby Inc. 1999
2. Lawrence R.M, Lawrence R. A. Breast milk and infection. Clin Perinatol 31 (2004), 501 – 528
3. Magdzik W, Naruszewicz-Lesiuk D, Zieliński A: Choroby zakaźne i pasożytnicze epidemiologia i profilaktyka. α-medica press. Bielsko-Biała 2004
4. Rennie JM, Robertson NRC. Textbook of Neonatology Third Ed. Ed. Churchill Livingstone 1999
5. Riordan J: Breastfeeding and Human Lactation. Third Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc. 2005
6. Słomko Z, Drews K. Zakażenia perinatalne. Tom I. PTMP Poznań 2001
7. [www.ilca.org](http://www.ilca.org)
8. [www.who.gov](http://www.who.gov)



---

# DYREKTYWA UNIJNA W SŁUŻBIE MATKOM KARMIĄCYM

oraz

**Komentarz do obecnie obowiązującego Modelu żywienia  
dzieci w Polsce.**

**Dyrektywa Komisji 2006/141/WE z dnia 22 grudnia 2006  
w sprawie początkowego żywienia niemowląt i preparatów  
do dalszego żywienia niemowląt oraz zmieniająca  
dyrektywę 1999/21/WE**

**Dr Elwira Soplńska, dr Magdalena Nehring-Gugulska**

Niniejsza dyrektywa jest dyrektywą szczegółową w rozumieniu Art. 4 ust. 1 dyrektywy 89/398/EWG ustanawiającą wymogi dotyczące składu i znakowania preparatów do początkowego i dalszego żywienia niemowląt przeznaczonych dla niemowląt w dobrym stanie zdrowia we Wspólnocie (Art. 1).

## **OCHRONA KARMIENTA PIERSIĄ JAKO PRIORYTET**

Zgodnie z wcześniejszymi kierunkami prac Unii Europejskiej [1, 2, 3, 4] w zakresie ochrony, wspierania i propagowania karmienia piersią dyrektywa ta rozszerza i uzupełnia dotychczasowe zasady ogólne (Dyrektywa 2000/13/WE) w celu „zachęcania i ochrony karmienia piersią” (22).

W trosce o zapewnienie jak najlepszej **ochrony zdrowia niemowląt** (27) dyrektywa 2006/141 **zobowiązuje państwa członkowskie**, aby informacja na temat odżywiania dzieci mająca bezpośredni wpływ na wybór sposobu żywienia dziecka przez kobiety ciężarne i matki niemowląt umożliwiła odpowiednie używanie specjalnie do tego przeznaczonych produktów i **nie szkodziła wspieraniu karmienia piersią** (28).

Chroniąc karmienie piersią dyrektywa „umożliwia państwom członkowskim zastosowanie zasad i celów przyjętych w Międzynarodowym Kodeksie Substancji Zastępujących Mleko Kobięce dotyczących wprowadzania do obrotu, informowania i obowiązków służby zdrowia” (Art. 1) Stanowi to zgodność z przyjętą przez zgromadzenie ogólne WHO Globalną Strategią Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci [2].

## **6 MIESIĘCY WYŁĄCZNIE**

Preparat **do początkowego żywienia niemowląt jest** przeznaczony „do **specjalnego** odżywiania niemowląt, (...) w przypadku, **gdy nie są karmione piersią**” (Artykuł 13.1.a).

Preparat do dalszego żywienia niemowląt jest przeznaczony: do **specjalnego** odżywiania niemowląt w wieku powyżej 6 miesięcy, (...) **nie może być stosowany jako substancja zastępcza dla mleka kobiecego w ciągu pierwszych 6 miesięcy życia**”. (Artykuł 13.1.b)

Czytamy dalej, że: „Decyzję o rozpoczęciu żywienia uzupełniającego, w tym wszelkie wyjątki od wieku sześciu miesięcy można podjąć wyłącznie po zasięgnięciu opinii **niezależnych osób posiadających kwalifikacje w dziedzinie medycyny**, żywienia lub farmacji albo innych specjalistów zajmujących się

---

opieką nad matkami i dziećmi **w oparciu o indywidualne, konkretne potrzeby niemowlęcia w zakresie wzrostu i rozwoju**".

Uwaga autorek – przedstawiciele producentów żywności dla niemowląt i ich serwisy konsumenckie, które niejednokrotnie nazywają siebie „ekspertami w żywieniu” **nie są niezależnymi podmiotami!**

## ETYKIETY NA PREPARATACH

### **Mają nie zniechęcać do karmienia piersią!**

Artykuł 13 szczegółowo podaje, jakie informacje powinna zawierać etykieta preparatów **do początkowego i dalszego żywienia niemowląt**. Poza wyżej omówionymi artykułami 13.1.a i 13.1.b, znajdujemy artykuł 13.3 mówiący, że etykieta powinna być zaprojektowana tak, aby w żaden sposób nie zniechęcać do karmienia piersią.

### **Mają chronić pierwsze 6 miesięcy!**

Artykuł 13.4 precyzuje, iż etykiety **do początkowego żywienia niemowląt** powinny **dotychczas dodatkowo** zawierać następujące **dane szczegółowe** poprzedzone słowami „Ważna uwaga” lub równoważnym sformułowaniem:

a) o wyższości karmienia piersią

b) o stosowaniu produktu jedynie na podstawie opinii niezależnych osób (jak w 13.1.b)

Artykuł 13.5 podkreśla, że nie mogą zawierać żadnego wizerunku niemowlęcia bądź innych wizerunków ani tekstów idealizujących używanie produktu.

## REKLAMA

### **Produkty do początkowego żywienia niemowląt – znaczne ograniczenia!**

Wymogi, zakazy i ograniczenia zawarte w wyżej wymienionych artykułach 13.3 – 7 dotyczą też reklamy i prezentacji produktów **do początkowego żywienia niemowląt**, która powinna być ograniczona do publikacji wyspecjalizowanych w opiece nad dziećmi i do publikacji naukowych (art. 14).

Powinna zawierać jedynie informacje **naukowe i rzeczowe** – nie dające do zrozumienia ani nie wywołujące przekonania, że karmienie z butelki jest równoważne lub przewyższa karmienie piersią. (14.1)

**Nie wolno** dokonywać reklamy w punktach sprzedaży, dystrybucji próbek ani żadnych innych praktyk promocyjnych w celu pobudzania sprzedaży konsumentom na poziomie handlu detalicznego takich, jak:

– specjalne wystawy, kupony zniżkowe, premie, sprzedaż specjalna, sprzedaż poniżej kosztów produkcji i sprzedaż wiązana (14.2)

– dostarczanie próbek, upominków promocyjnych (ani ogółowi ani kobietom w ciąży, matkom lub członkom ich rodzin ani za pośrednictwem służby zdrowia bądź za pośrednictwem pracowników służby zdrowia).(14.3)

Artykuł 14 dodatkowo stanowi, iż **państwa członkowskie mogą jeszcze bardziej ograniczyć reklamę tych produktów lub wprowadzić jej zakaz**. Np. W Luksemburgu 3.04.2008 wprowadzono zakaz reklamy wszelkiej żywności dla niemowląt również preparatów do dalszego żywienia. [5]

## INFORMACJA I EDUKACJA

Kluczowy dla praw konsumenckich i praw pacjenta w zakresie ochrony karmienia piersią jest art. 15 dyrektywy. Stanowi on, iż „Państwa Członkowskie gwarantują, że rodzinom i osobom zajmującym się problemami żywienia niemowląt i małych dzieci udostępniana jest obiektywna i spójna informacja i (...) zapewniają kontrolę nad nią”. Państwa gwarantują, że dokumenty informacyjne i edukacyjne kierowane do kobiet w ciąży i matek niemowląt i małych dzieci, odnoszące się do ich żywienia będą zawierały jasny przekaz na temat:

- 
- a) korzyści wyższości karmienia piersią
  - b) odżywiania matki i sposobu przygotowania się do karmienia piersią i kontynuowania go
  - c) ewentualnego negatywnego wpływu jaki ma na karmienie piersią częściowe karmienie za pomocą butelki
  - d) trudności w zmianie decyzji o niekarmieniu piersią
  - e) w razie potrzeby właściwego stosowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt, wraz z informacją o skutkach społecznych i finansowych oraz zagrożeniach zdrowia wynikających z ich niewłaściwego stosowania, bez wizerunków idealizujących ich stosowanie.

Jeśli zakład opieki zdrowotnej widzi potrzebę uzyskania i dystrybuowania takich materiałów powinien zwrócić się na piśmie do producenta o dostarczenie ich i uzyskać zgodę stosownych władz.

## IMPLEMENTACJA

Dyrektywa weszła w życie 20 dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej L401 z 30 grudnia 2006 – to jest 19 stycznia 2007. Do dnia 31 grudnia 2007 Polska, jak i inne państwa UE, była zobowiązana przyjąć i opublikować przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne niezbędne do wdrożenia dyrektywy (Art. 18). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 w sprawie środków żywieniowych specjalnego przeznaczenia jest implementacją dyrektywy do polskiego prawodawstwa. [6]

## KOMENTARZ DO ZALECEŃ KONSULTANTA KRAJOWEGO DS. PEDIATRII Z DNIA 15 MAJA 2007 [7]

### Zalecenia a Dyrektywa:

- 1) zalecenia powołują się na aktualną Dyrektywę 141/2006/WE **wyłącznie** w odniesieniu do dzieci **karmionych sztucznie** i nie uwzględniają **żadnego z wymogów ochrony karmienia piersią** zawartych w dyrektywie
- 2) **niezgodnie** z Dyrektywą 141/2006/WE zalecenia dopuszczają wprowadzenie mleka modyfikowanego na życzenie matki
- 3) w żadnym punkcie zaleceń nie zastosowano, tak mocno podkreślanej w Dyrektywie, zasady szczególnej ochrony dla wyłącznego karmienia piersią (Art. 13, 15)
- 4) naruszeniem dyrektywy są też wszystkie dotychczasowe publikacje zaleceń przez producentów żywności dla niemowląt, a zawierające informacje o serwisie konsumenckim producenta (Art. 13.1b).

### Zalecenia a Globalna Strategia:

- 1) **niezgodnie** z Globalną Strategią [2] i następnymi dokumentami [3,4] zaleca się odstępianie od zasady 6 miesięcy wyłącznego karmienia piersią i wprowadzanie żywienia uzupełniającego (przecieru jarzynowego z kaszką lub kleikiem glutenowym jeden raz dziennie 2 – 3g/100ml) w 5 i 6 miesiącu życia z zastosowaniem wobec całej populacji dziecięcej.
- 2) Zalecenia tego samego zespołu ekspertów dotyczące żywienia dzieci w 1–3 roku życia nie uwzględniają możliwości i zasadności karmienia piersią w drugim roku życia zgodnie z życzeniem matki i dziecka. [8]

Zaznaczyć należy, iż do czasu opublikowania przez kraje członkowskie prawa krajowego w przedmiocie regulowanym prawem unijnym obowiązuje prawo unijne w pełnym zakresie czyli w maju 2007 wszystkie aspekty ochrony karmienia piersią winny być uwzględnione w zaleceniach konsultanta krajowego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 października 2007 w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego opublikowano 13 listopada 2007 (Dziennik Ustaw 2007 Nr 209 poz. 1518) obowiązuje ono od 27 listopada 2007 z wyjątkiem paragrafów 5 – 20 które weszły w życie 1 stycznia 2008 (niektóre artykuły wejdą w życie z opóźnieniem tj. 31 grudnia 2009 i 1 stycznia 2012).

---

## WAŻNE

O ile polskie tłumaczenie dyrektywy zgodne jest z literą i duchem oryginału, to rozporządzenie Ministra Zdrowia zawiera kardynalny błąd merytoryczny i to w zakresie praw pacjenta. W paragrafie 20 ust.2 3/3 rozdział 2 zapisano ... „możliwych negatywnych skutków dla karmienia piersią w przypadku **częstego** dokarmiania butelką...” (winno być częściowego, w oryginale angielskim **partially**). Sprawa tego błędu jest przedmiotem wyjaśnień obecnego kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.[6]

Piśmiennictwo:

1. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and Policy implications. Public Health Nutr 2001; 4 265- 73
2. WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. WHA 55/2002/REC/1 Annex 2, 2002
3. Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania, Komisja Europejska, Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka, Luksemburg 2004. Wer. pol. opr. Mikiel – Kostyra K., 2004
4. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. 2006
5. Journal Officiel du Grand – Duche de Luxembourg. Recueil de legislation. A-N 38. 3 avril 2008: 602-626.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Dziennik Ustaw z 2007 r. Nr 209 poz. 1518.
7. Zalecenia dotyczące żywienia dzieci zdrowych w pierwszym roku życia, opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. pediatrii. *Pediatrics po dyplomie*. Vol. 11 (4) 2007: 93-94.
8. Zalecenia dotyczące żywienia dzieci zdrowych w wieku 1 – 3 lata (13 – 36 miesięcy) opracowane przez zespół ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. pediatrii z dnia 19 września 2007. *Praktyczne Aspekty w Pediatrii*. Materiały V Kongresu Akademia po Dyplomie Warszawa 4-5 kwietnia 2008.
9. Dyrektywa Komisji 2006/141/ WE z dnia 22.12.2006 w sprawie preparatów do początkowego żywienia niemowląt i preparatów do dalszego żywienia niemowląt oraz zmieniająca dyrektywę 1999/21/WE. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* L 401/1-3.

**Dr Mark Cregan,  
The University of Western Australia, Australia**



Doktor Mark D. Cregan obronił doktorat na Uniwersytecie Zachodniej Australii w laboratorium Profesora Petera Hartmanna specjalizującego się w badaniu składu mleka kobiecego. Następnie został wykładowcą The School of Biomedical and Chemical Science (Szkoła Nauk Biomedycznych i Chemicznych) na The University of Western Australia i stworzył Lactation Biology Laboratory (Laboratorium Biologii Laktacji) w 2003 roku.

Główne badania grupy dr Cregana skupiają się na komórkowej strukturze mleka kobiecego w porównaniu z mlekiem syntetycznym, wpływie mleka, potencjalnych problemach laktacyjnych i przechowywaniu mleka. Do tej chwili, badania zespołu dr Cregana zaowocowały między innymi odkryciem obecności domniemanych sutkowych komórek macierzystych w ludzkim mleku. Dr Cregan kontynuuje prowadzenie badań dotyczących laktacji w przypadku porodów przedwczesnych i uczestniczy w projektach dotyczących badania zalet regularnej stymulacji piersi u kobiet, które miały trudności w karmieniu swoich przedwcześnie urodzonych dzieci.

### **Dokonania**

Dr Cregan współpracuje z The University Admissions Committee and The Faculty of Medicine Year 1 & 2 Committee, a w przeszłości był członkiem The Medical Assessment Committee, Medical Curriculum Council, MBBS Selection Committee and The Faculty of Life and Physical Sciences Board. Dr. Cregan wykłada na wszystkich poziomach studiów dyplomowych i podyplomowych The Faculties of Life and Physical Science and Medicine and Dentistry i jest również szefem badań naukowych The Faculty of Life and Physical Sciences w Singapurze. Dr Cregan również bierze aktywny udział w krajowych i międzynarodowych wykładach i warsztatach na temat laktacji zarówno dla lekarzy (Health and Medical Professional) jak i ludzi nie związanych z medycyną.

Dr Cregan przewodniczył konferencji Organising and Scientific Programme Committees for the International Society for Research in Human and Lactation (ISRHML), która odbyła się w Perth (Australia) w lutym 2008.

### **Wybrane Publikacje**

Cregan MD and Hartmann PE. (1999). Computerized breast measurement from conception to weaning: Clinical implications. *Journal of Human Lactation*. 15: 89-96.

Hartmann PE and Cregan MD. (2001). Lactogenesis and the effects of insulin-dependant diabetes mellitus and prematurity. *Journal of Nutrition*. 131: 3016-3020S.



---

Hartmann PE, Cregan MD and Mitoulas LR. (2001). Maternal modulation of specific and non-specific components of colostrum and mature milk. In: *Advances in nutritional research*, Volume 10: The immunological properties of milk. pp 365-387. ed. Woodward WH and Draper HH. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, USA.

Cregan MD, Mitoulas LR and Hartmann PE. (2002). Milk prolactin, feed volume, and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24-hour period. *Experimental Physiology*. 87: 207-214.

Cregan MD, de Mello TR, Kershaw D, McDougall K and Hartmann PE. (2002). Initiation of lactation in women following pre-term delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 81: 870-877.

Hartmann PE, Cregan MD, Ramsay DT, Simmer K and Kent JC. (2003). Physiology of lactation in pre-term mothers: Initiation and Maintenance. *Pediatric Annals*. 32: 351-355.

Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty D and Hartmann PE. (2006). Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breastmilk throughout the day. *Pediatrics*. 117: 387-395.

Cregan MD, Fan Y, Appelbee A, Brown ML, Klopčič B, Koppen J, Mitoulas LR, Piper KME, Chong YS and Hartmann PE. (2007). Identification of nestin-positive putative mammary stem cells in human breastmilk. *Cell and Tissue Research*. 329: 129-136.

## **IZOLACJA DOMNIEMANYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH Z WIELU LINII Z LUDZKIEGO MLEKA MATEK**

Fan YP<sup>1</sup>, Chan J<sup>1</sup>, Choolani MC<sup>1</sup>, Chong YS<sup>1</sup>, Cregan MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Położnictwa i Ginekologii, Narodowy Uniwersytet w Singapurze, Singapur.

<sup>2</sup>Szkoła Nauk Biomedycznych, Biomolekularnych i Chemicznych, Wydział Życia i Nauk Fizycznych, Uniwersytet Zachodniej Australii, Australia.

Wykazaliśmy wcześniej obecność domniemanych sutkowych komórek macierzystych w mleku kobiet (MK), definiowanych za pomocą ekspresji markera sutkowych komórek macierzystych, cytokeratyny (CK) 5, markera multipotencjalnych komórek macierzystych/komórek progenitorowych, nestyny oraz obecności bocznej populacji (BP) komórek, które usuwały barwnik Hoechst 33342. W komórkach wyizolowanych z MK,  $2,0 \pm 0,4\%$  (średnia  $\pm$  błąd standardowy średniej) komórek wykazywało zdolność do usuwania barwnika Hoechst 33342, co stanowi właściwość odnotowaną w kilku populacjach komórek macierzystych, w tym w naszej niedawnej pracy na domniemanych sutkowych komórkach macierzystych.

Następnie scharakteryzowaliśmy ewentualne inne populacje komórek macierzystych w MK. CD133 i CD34 są uznanymi markerami krwiotwórczych komórek macierzystych i przy użyciu cytometrii przepływowej zaobserwowaliśmy, że odpowiednio  $2,6 \pm 0,8\%$  i  $0,7 \pm 0,2\%$  całej populacji komórek MK wykazywało obecność tych markerów. Dodatkowo Stro-1, marker mezenchymalnych komórek macierzystych, występował także na  $27,8 \pm 9,1\%$  całej populacji komórek. To ilustruje możliwość występowania w MK komórek macierzystych/komórek progenitorowych z wielu linii. Następnie na 2 sposoby spróbowaliśmy wyizolować potencjalne prymitywne typy komórek: przy użyciu CD133 znakujących kulek magnetycznych w celu wyizolowania komórek CD133 dodatnich oraz fluorescencyjnego sortowania komórek populacji bocznej.

Następnie scharakteryzowaliśmy sortowane populacje pod kątem markerów różnych linii komórkowych: CD45 oraz lin dla komórek krwiotwórczych, CD105 dla komórek mezenchymalnych i CK5, 14, 18 i epcam dla nabłonkowych. Ekspresja nestyny, CK 18 i epcam różniła się istotnie między populacją boczną i populacją nie będącą boczną ( $90,0 \pm 4,7\%$  wobec  $0,7 \pm 0,6\%$ ,  $5,3 \pm 4,0\%$  wobec  $39,4 \pm 9,8\%$  i  $50,6 \pm 8,6\%$  wobec  $18,1 \pm 6,0\%$ , odpowiednio wartość  $P = 0,001$ ,  $0,03$  i  $0,02$ ), co oznacza, że komórki bocznej populacji zawierały większość komórek macierzystych/progenitorowych pochodzenia nabłonkowego, definiowanych jako komórki, w których odpowiednio ekspresja nestyny i epcam jest wysoka.

Finansowane przez National Healthcare Group, Singapur i Medela AG, Szwajcaria.

---

---

## DLACZEGO MATKI WCZEŚNIAKÓW MAJĄ KŁOPOTY Z LAKTACJĄ?

Dr Mark D. Cregan

Kobiety po przedwczesnym porodzie mogą mieć kłopoty z laktacją, co zazwyczaj przejawia się jako wytwarzanie niewielkich objętości mleka (<200 ml/24 godziny) do końca 1 tygodnia po porodzie, aczkolwiek częste i regularne odciąganie mleka może odwrócić te zaburzenia. Niestety, niewiele wiadomo na temat fizjologicznych przyczyn trudności z laktacją. Posługując się definicją wcześniactwa jako urodzeniem między 22 a 34 tygodniem ciąży, przegląd literatury sugeruje, że rozwój gruczołu piersiowego w trakcie ciąży i laktogeneza I (zdolność gruczołu piersiowego do wydzielania mleka) mogą być niekompletne w trakcie ciąży, gdyż kobiety rodzące przedwcześnie dzieci mogą nie być anatomicznie lub fizjologicznie przygotowane do laktacji. Dodatkowo, laktogeneza II może być opóźniona u niektórych kobiet po porodzie przedwczesnym, pojawiając się dopiero 5 – 6 dni po porodzie. Badania na zwierzętach pokazują, że podawanie kortykosteroidów w trakcie ciąży może wywołać laktację jeszcze przed porodem. Inne badania pokazały, że laktogeneza II może być opóźniona u kobiet po porodzie przedwczesnym. Wyniki tych wszystkich badań sugerują, że potencjalnie istnieje wiele przyczyn występowania zaburzeń laktacji po porodzie przedwczesnym, i że konieczne są dalsze badania dla określenia wpływu tych czynników na długoterminowy wynik karmienia piersią.