Karmienie piersią to filar zdrowego żywienia dzieci

III Zjazd absolwentów i pracowników Centrum Nauki o Laktacji

CENTRUM NAUKI O LAKTACJI im. Anny Oslislo

15 maja 2010 r.
Warszawa

Fundacja Twórczych Kobiet

Szanowne absolwentki!
Drodzy nauczyciele, pracownicy i współpracownicy CNoL!

Spotykamy się po raz trzeci. Tym razem w dniu Świętej Zofii, patronki położnych. Tegorocznym hasłem „Karmienie piersią filarem zdrowego żywienia dzieci" pragniemy zaznaczyć, że mleko matki jest niezbędnym elementem optymalnego żywienia dziecka. W pierwszych miesiącach jest wystarczającym pokarmem, w drugim półroczu stanowi osłonę dla pokarmów uzupełniających. Nie można go niczym zastąpić i stawiać na równi z nawet najstaranniej przygotowanym mlekiem modyfikowanym. Jest to niepodważalny fakt, wbrew temu, co niekiedy stanowią medyczni eksperci, pokazują reklamy i opisują artykuły dla rodziców.

Z satysfakcją kończymy nasz rok szkolny. Z kursów CNoL w roku szkolnym 2009/2010 skorzystało 248 kobiet, w tym ponad 60% położnych. Kursy odbyły się nie tylko w Warszawie, ale też Poznaniu, Wrocławiu i Gdańsku.
Z wielką przyjemnością nadajemy w tym roku 38 tytułów Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego CDL. Nasze absolwentki dołączyły też do grona międzynarodowych konsultantów laktacyjnych IBCLC. Zaczynamy mieć w Polsce poważną grupę zawodową: 109 CDL, 105 IBCLC, z którą będą musieli zacząć liczyć się nasi decydenci. Bo bez sprawnego systemu i współpracy zespołu: lekarz – położna – pielęgniarka – konsultant/doradca laktacyjny – rehabilitant, nie zrealizujemy zadań Narodowego Programu Zdrowia. Wiedzą to doskonale karmiące matki poszukując profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego. I znajdują…

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Wspomnienie o ŚP. dr n. med. Annie Oslislo
ur. 2.07.1956 – zm.1.02.2010

Specjalista pediatra i neonatolog, międzynarodowy dyplomowany konsultant laktacyjny IBCLC, nauczyciel akademicki, nauczyciel CNoL, żona, matka, przyjaciel.

Przygoda akademicka

W roku 1981 ukończyła Wydział Lekarski w Zabrzu, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Od razu rozpoczęła pracę jako asystent w Zakładzie Fizjologii. W latach 1984 – 2008 była adiunktem, później wykładowcą Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, w Klinice Położniczo-Ginekologicznej w Zabrzu przy Placu Traugutta 6 (II Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii, następnie Klinika Patologii Ciąży i Rozrodczości, następnie Klinika Perinatologii i Ginekologii). Pracę doktorską pt. *„Wpływ tyroksyny podawanej doowodniowo kobietom ciężarnym na układ oddechowy oraz gruczoł tarczowy noworodków urodzonych przedwcześnie w różnych stanach patologii ciąży”* obroniła w 1992 roku z wyróżnieniem. W latach 1998 – 2004 pracowała ze śp. Prof. Kazimierzem Kamińskim, kierownikiem Kliniki, niezwykłym człowiekiem, który miał ważny wpływ na jej zawodowe życie. Rozprawy habilitacyjnej pt. *„Dynamika stężeń naskórkowego czynnika wzrostu, insulinopodobnego czynnika wzrostu i erytropoetyny w mleku kobiecym po porodzie przedwczesnym z ciąży powikłanej i niepowikłanej wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrastania płodu”* poświęconej pamięci profesora – nie zdążyła obronić. Po rozwiązaniu Kliniki pracowała na Wydziale Opieki Zdrowotnej w Wyższej Szkole Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej. Tworzyła prace naukowe (była autorką lub współautorką 55 prac naukowych), programy szkoleń oraz materiały edukacyjne dla pracowników ochrony zdrowia i rodziców. Dzieliła się swą wiedzą na licznych konferencjach, kursach, szkoleniach i warsztatach. Po raz ostatni nauczała prowadząc warsztaty pt. *„Poradnictwo laktacyjne w praktyce pediatry lekarza POZ”* podczas Krakowskiej Jesieni Pediatrycznej 2009. Dla nas ostatni raz wystąpiła podczas II Zjazdu CNoL przedstawiając pracę pt. *„Metody dokarmiania dzieci karmionych piersią – trudny wybór?”*
Była członkiem wielu towarzystw naukowych min. Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej.

Lekarz dzieci

Była oddanym lekarzem najmłodszych dzieci. Ratowała życie przedwcześnie urodzonym, dbała o ich dalszy rozwój i pomagała ulżyć w cierpieniu. Nigdy nie odmawiała pomocy choremu dziecku. Była wsparciem dla rodzin. Niosła pomoc w Klinice w Zabrzu, potem w Szpitalu Miejskim w Knurowie oraz w jej własnym gabinecie.

Przygoda z laktacją

Laktacja była jej pasją. Ania pragnęła zapewnić każdemu dziecku, które przychodziło w jej lekarskie dłonie – najlepszy start i najzdrowszy pokarm na świecie – mleko matki. Promowała i wspierała karmienie piersią nie tylko wśród pacjentów. Szkoliła decydentów na kursach organizowanych przez Zakład Promocji Karmienia Piersią Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Była osobą odpowiedzialną za wdrożenie w Zabrzańskiej Klinice programu WHO/UNICEF

„Szpital Przyjazny Dziecku". Brała udział w realizacji filmu edukacyjnego pt. „Szpital Przyjazny Dziecku", rozpowszechnianego w szpitalach położniczych w Polsce. Była członkiem Zarządu Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. W roku 2000 dzięki niej powstał pierwszy w Polsce Oddział Terenowy KUKP w Zabrzu, którego była przewodniczącą przez dwie kadencje. Wiele lat, jako członek Komisji ds. Szpitali Przyjaznych Dziecku KUKP, uczestniczyła w ocenach i reocenach szpitali. Niejednokrotnie z własnej inicjatywy przyjmowała personel z innych oddziałów i pokazywała praktycznie, jak powinien być zorganizowany oddział według „10 Kroków". A trzeba w tym miejscu przyznać, że w klinice profesora Kamińskiego w sposób systemowy, nawet najmniejsze wcześniaki były prawidłowo kangurowane, otrzymywały pokarm matek, a matki miały warunki do skutecznej stymulacji laktacji. Z tego miejsca pochodzą polskie zasady przechowywania pokarmu ludzkiego oraz praktyka jego podawania w oddziale. Ania po latach stała się jednym z krajowych ekspertów w dziedzinie karmienia naturalnego. Kierowała komisją Edukacji i Promocji Zdrowia KUKP. Współtworzyła polską edycję *„Lactation Management Curriculum Guide (Przewodnik Nauczania o Karmieniu Piersią – wskazówki metodyczne dla wydziałów medycyny, pielęgniarstwa i żywienia)* oraz program i podręcznik *„Jak wspierać karmienie piersią w placówkach służby zdrowia"*, a także dwa podręczniki: *„Problemy w laktacji"* i *„Karmienie piersią"*.
Była inicjatorem i współtwórcą Centrum Nauki o Laktacji, do końca członkiem Rady CNoL, wykładowcą, trenerem i egzaminatorem. Była też jedną z osób, które powołały do życia Polską Radę Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych (RMKL). Była członkiem Międzynarodowego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych (ILCA) oraz Academy of Breastfeeding Medicine (ABM).
Dzięki Ani polska laktacja wzniosła się na poziom akademicki. A jej dorobek stanowi ważny fundament, z którego będą czerpać pokolenia lekarzy, położnych, nauczycieli i konsultantów/doradców laktacyjnych.

Człowiek
Była dla nas – tworzących obecnie Centrum Nauki o Laktacji – wielkim przyjacielem i niedościgłym wzorem. Wzorem kryształowej uczciwości, dokładności i niestrudzonej pracy. Nie pozwalała ani sobie, ani nam ustać w poszukiwaniu naukowej prawdy. Przekopywała tony doniesień, oceniała ich wartość, wyciągała wnioski. Dopiero na ich podstawie formułowała praktyczne zalecenia. Pilnowała, aby wykład był perfekcyjny, a artykuł idealny. Każde zdanie przemyślane, każda kropka we właściwym miejscu.
Wprowadzała marzenia w czyn. Tworzyła z nami nową jakość w polskiej medycynie – profesjonalne wsparcie dla karmiącej matki na wzór światowych standardów. Ania była osobą bardzo skromną. Zawsze mówiła o wspólnym dorobku zespołu, szkoły, stowarzyszenia, ale jej wkład merytoryczny i odwaga w realizacji trudnych i kontrowersyjnych praktyk były ogromne.
Będzie żyć w naszych umysłach i sercach, wciąż gotowa do pomocy, pełna energii i ciepła. Z Wysokiego Nieba będzie nam zsyłać mądre myśli i prowadzić ku dobremu.

Po drugiej stronie życia, po drugiej stronie cienia
nic nie boli, bo nieznane są cierpienia
nie ma marzeń, bo spełnione już marzenia...
A. SIKOROWSKI

Pokarmy uzupełniające. Kiedy? Jakie? Dlaczego?

Prof. dr hab. med. Hanna Szajewska
Warszawski Uniwersytet Medyczny

WPROWADZENIE

Żywienie niemowląt, a zwłaszcza odpowiedź na pytania: Co? Kiedy? Jak? budzi szereg emocji i dyskusji zarówno w środowisku naukowym, jak i wśród rodziców. Coraz więcej danych przemawia za tym, że właściwe żywienie w pierwszym okresie życia nie tylko zapewnia optymalny rozwój dziecka, tzn. odpowiednie przyrosty masy i długości/wysokości ciała oraz jego rozwój intelektualny, ale jednocześnie „programuje" istotne funkcje organizmu, także w wieku dorosłym[1]. Poprzez wpływ na to co jemy i jak jemy możemy, prawdopodobnie, oddziaływać na możliwości intelektualne dziecka oraz zmniejszyć ryzyko wystąpienia otyłości, nadciśnienia, cukrzycy, celiakii, alergii, nowotworów lub schorzeń układu krążenia.

Powszechnie akceptowany jest fakt, że celem, do którego należy dążyć, jest wyłączne karmienie piersią przez około 6 miesięcy. Wiadomo, że częściowe karmienie piersią, jak i karmienie przez krótszy czas jest również korzystne. Panuje również zgoda, że karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko[2]. W niniejszym artykule przedstawiono podsumowanie aktualnych zaleceń dotyczących wprowadzania pokarmów uzupełniających.

Aktualne zalecenia

W tabeli 1 przedstawiono porównanie najważniejszych zaleceń dotyczących żywienia niemowląt – aktualne (2008) stanowisko Komitetu Żywienia ESPGHAN[3] oraz ekspertów polskich[4]. Analiza zaleceń wykazuje, że są one bardzo zbliżone.

Co to jest pokarm uzupełniający?

Komitet Żywienia ESPGHAN uważa, że termin „pokarmy uzupełniające" powinien obejmować wszystkie pokarmy stałe i płyny inne niż mleko kobiece lub mieszanki mleczne dla niemowląt. Wg Komitetu, włączanie mlek modyfikowanych i preparatów mlekozastępczych do pokarmów uzupełniających, proponowane przez Światową Organizację Zdrowia, nie tylko nie jest pomocne, ale może być wręcz mylące.

Oddzielne zalecenia dla niemowląt karmionych piersią i sztucznie?

Istnieją teoretyczne przesłanki przemawiające za korzystnymi skutkami różnych pokarmów uzupełniających dla niemowląt karmionych piersią i sztucznie. Komitet

uważa jednak, że próby opracowania i wprowadzenia oddzielnych zaleceń dla dzieci karmionych piersią i karmionych sztucznie mogą stwarzać istotne trudności praktyczne, dlatego nie są pożądane. Zalecenia dla dzieci karmionych piersią i sztucznie są więc takie same.

Kiedy wprowadzać pokarmy uzupełniające?
Pokarmów uzupełniających nie należy wprowadzać przed ukończeniem 17. tygodnia życia, natomiast u wszystkich niemowląt należy je wprowadzić przed ukończeniem 26. tygodnia życia.

Czy unikanie lub odraczania wprowadzania pokarmów potencjalnie alergizujących zmniejsza ryzyko alergii?
Nie ma danych naukowych, że unikanie lub odraczanie wprowadzania potencjalnie uczulających pokarmów, takich jak ryby i jaja, zmniejsza częstość alergii zarówno u niemowląt z grupy ryzyka wystąpienia alergii, jak i u nieobciążonych takim ryzykiem. Podobne są zalecenia Amerykańskiej Akademii Pediatrii[5]. Zmiana zaleceń dotyczących wprowadzania pokarmów potencjalnie alergizujących jest niewątpliwie jedną z największych zmian dotyczących żywienia niemowląt wprowadzonych w ostatnim czasie.

Żelazo
W okresie wprowadzania pokarmów uzupełniających u niemowlęcia karmionego piersią >90% zapotrzebowania na żelazo muszą zaspokoić pokarmy uzupełniające. Powinny one zapewniać dostateczną podaż żelaza o dobrej dostępności biologicznej.

Mleko krowie
Mleko krowie jest ubogim źródłem żelaza. Nie należy go stosować jako głównego napoju przed ukończeniem 12. miesiąca życia, chociaż małe objętości mleka można dodawać do pokarmów uzupełniających.

Gluten
Uzasadnione jest unikanie zarówno wczesnego (<4. mż.), jak i późnego (≥7. mż.) wprowadzania glutenu. Gluten należy wprowadzać stopniowo jeszcze w okresie karmienia piersią, ponieważ postępowanie takie zmniejsza ryzyko zachorowania na celiakię, cukrzycę typu 1 i alergię na pszenicę.

Dieta wegetariańska
Niemowlęta i małe dzieci otrzymujące dietę wegetariańską powinny spożywać dostateczną ilość (ok. 500 ml) mleka (kobiecego lub mieszanki) oraz produktów mlecznych. U niemowląt i małych dzieci nie należy stosować diety wegańskiej.

Tabela 1. Porównanie zaleceń polskich i stanowiska Komitetu Żywienia Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN)

	Zalecenia polskie (2007)[4]	**Stanowisko Komitetu Żywienia ESPGHAN (2008)[3]**
Karmienie piersią	Przez 6 miesięcy	Wyłączne lub pełne karmienie piersią przez ok. 6 miesięcy. Częściowe karmienie piersią, jak i karmienie przez krótszyczas jest również korzystne
Definicja pokarmów uzupełniających	-	Wszystkie pokarmy stałe i płynne inne niż mleko kobiece lub mleko modyfikowane
Kiedy zacząć wprowadzać pokarmy uzupełniające?	Nie wcześniej niż w 5. mż. [17 tydz.ż.]	
Nie później niż w 6. mż. [24 tydz.ż.]	Nie wcześniej niż przed ukończeniem 17. tyg. ż.	
Nie później niż w 26. tyg. ż.		
Oddzielne zalecenia dla niemowląt karmionych piersią i sztucznie?	Niewielkie różnice	Teoretycznie tak (ze względu na różnice w tempie wzrastania oraz potencjalne różnice w rozwoju neurologicznym, dojrzałości nerek i przewodu pokarmowego). W praktyce – nie.
Kolejność wprowadzania pokarmów uzupełniających	Wprowadzać kolejno i osobno, obserwując reakcję dziecka	
Pokarmy potencjalnie alergizujące (np. jaja, ryby, orzechy, owoce morza)	W chwili obecnej nie ma wystarczających dowodów naukowych uzasadniających eliminację lub opóźnione wprowadzenie pokarmów potencjalnie alergizujących	Nie ma danych naukowych, że unikanie lub odraczanie wprowadzania potencjalnie uczulających pokarmów, takich jak ryby i jaja, zmniejsza częstość alergii zarówno u niemowląt z grupy ryzyka wystąpienia alergii, jak i u nieobciążonych takim ryzykiem.
Gluten	Nie wcześniej niż w 5. mż., ale nie później niż w 6. mż. – stopniowe wprowadzanie niewielkiej ilości glutenu	Rozsądne jest unikanie zarówno wczesnego (<4. mż.), jak i późnego (≥7. mż.) wprowadzania glutenu; wprowadzać stopniowo jeszcze w okresie karmienia piersią. Postępowanie takie zmniejsza ryzyko zachorowania na celiakię, cukrzycę typu 1 i alergię na pszenicę
Mleko krowie	–	Mleko krowie jest ubogim źródłem żelaza. Nie należy go stosować jako głównego napoju przed ukończeniem 12. mż., chociaż małe objętości mleka można dodawać do pokarmów uzupełniających
Mięso, ryby	W 7.-9. mż. dla niemowląt karmionych piersią; w 6. mż. – dla niemowląt karmionych sztucznie	Słuszne jest włączenie do diety uzupełniającej bogatych źródeł żelaza (np. mięsa) i długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (np. tłustych ryb)

Piśmiennictwo:

[1] Baker D. Programming the baby. [W:] Mothers, babies and health in later life. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998:12-15.

[2] ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:112-25.

[3] ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008;46:99-110 (tłumaczenie polskie: Medycyna Praktyczna 2008;3:45-61).

[4] Dobrzańska A, Czerwionka-Szaflarska M, Kunachowicz H, et al. Zalecenia dotyczące żywienia zdrowych dzieci w pierwszym roku życia opracowane przez Zespół Ekspertów powołany przez Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii. Standardy Medyczne 2007;4:196-202.

[5] Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; 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;121:183-91.

Dlaczego należy podawać witaminy dzieciom karmionym piersią?

Dr hab. n. med. Zenon Piotr Halaba
Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu

Witamina D – rola w organizmie i konsekwencje niedoboru

Pomimo iż pokarm matki jest rekomendowany, jako jedyne źródło odżywiania niemowlęcia do 6 miesiąca życia, wyłączne karmienie dziecka mlekiem kobiecym może prowadzić do znacznych niedoborów witaminy D. Witamina D odgrywa kluczową rolę w regulacji gospodarki wapniowej i metabolizmu kostnego. Ogromne znaczenie dla organizmu ma również jej działanie niekalcemiczne. Stąd skutki niedoboru witaminy D nie ograniczają się tylko do zaburzeń mineralizacji szkieletu: krzywicy w rosnącym organizmie, kiedy to chrząstka wzrostowa nie uległa jeszcze zarośnięciu, zmniejszeniu szczytowej masy kostnej osiąganej w okresie dojrzewania, osteomalacji lub osteoporozy u osób dorosłych. Konsekwencje niedoboru są bardziej rozległe i obejmują zwiększoną zapadalność na niektóre postacie nowotworów (rak jelita grubego, sutka, gruczołu krokowego, endometrium, jajnika, przełyku, żołądka, trzustki, pęcherza moczowego), choroby autoimmunologiczne, przewlekłe stany zapalne, choroby metaboliczne, nadciśnienie i choroby układu sercowo naczyniowego. Działanie niekalcemiczne witaminy D, równie ważne a może nawet istotniejsze jest mniej uświadamiane. Badania naukowe potwierdziły, że nasłonecznienie, a także sama witamina D redukuje ryzyko wystąpienia aż 17 rodzajów raka. Witamina D spełnia korzystną rolę nie tylko w prewencji chorób nowotworowych, ale również w ich leczeniu. Wyższy poziom 25(OH)D poprawia bowiem znamiennie rokowanie w przebiegu chorób nowotworowych. Niedobór witaminy D, poprzez zachwianie równowagi immunologicznej, może stanowić czynnik środowiskowy sprzyjający rozwojowi zjawisk autoimmunologicznych zaś właściwa suplementacja preparatami witaminy D może stanowić czynnik ochronny. Większe dzienne spożycie witaminy D zmniejsza ryzyko zachorowania na stwardnienie rozsiane (ryzyko względne RR=0,59) i reumatoidalne zapalenie stawów (RR=0,67). Prawidłowy poziom witaminy D odgrywa również istotną rolę w przebiegu gruźlicy, gdzie pod jej wpływem makrofagi i monocyty uwalniają białko katelicydynę (CD cathelicidin), pobudzające wrodzoną odporność i indukujące niszczenie samej komórki prątka.

Rola witaminy D w okresie wzrostu i dojrzewania

Najważniejszą rolą witaminy D w okresie wzrostu i dojrzewania jest zapewnienie optymalnej szczytowej masy kostnej. Istnieje ścisła zależność pomiędzy gęstością mineralną kości a osoczowym poziomem 25(OH)D, krążącego metabolitu witaminy D. Równie istotnym działaniem witaminy D w okresie wzrostu i dojrzewania jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia niektórych chorób autoimmunologicznych w późniejszym okresie życia (stwardnienie rozsiane, RZS) jak i łagodzenie ich przebiegu. Niedobór witaminy D w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia stanowi czynnik ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 1 (RR = 3,0). Kolejnym znaczącym efektem działania witaminy D w okresie dzieciństwa jest redukcja ryzyka wystąpienia chorób alergicznych (astma oskrzelowa). Badania na zwierzętach dostarczyły oczywistych dowodów na udział witaminy D w rozwoju mózgu, brak jest jednak takich prac w populacji ludzkiej. Pojawiają się również doniesienia o wpływie niedoboru witaminy D na rozwój autyzmu, guzów mózgu, padaczki, choroby afektywnej dwubiegunowej i schizofrenii.

Znaczenie niedoboru witaminy D w ciąży

Ze zrozumiałych względów większość prac opartych jest o badania na zwierzętach. Badania na szczurach pokazują, że niedobór witaminy D upośledza funkcję jajników i procesy spermatogenezy. Prawidłowy poziom 1,25-(OHO)2D – aktywnego metabolitu witaminy D jest niezbędnym dla wytworzenia tolerancji immunologicznej implantowanego płodu jak również utrzymania ciąży poprzez tłumienie reakcji immunologicznych typu Th1. Niedobór witaminy D u matek w okresie ciąży upośledza wzrost płodu w następstwie zaburzonej matczynej homeostazy wapnia. Podaż 400 IU/dzień witaminy D w ostatnim trymestrze ciąży nie zwiększa w istotny sposób poziomu krążącej 25(OH)D u matek jak i u ich nowonarodzonych dzieci. Niedobór ten wiąże się też z krótszym czasem trwania ciąży i niższą urodzeniową masą ciała. Ciężarna celem zapobieżenia niedoborowi witaminy D powinna spożywać około 1000 IU witaminy D na dzień prze ostatnie 4 – 5 miesięcy ciąży. Niestety większość preparatów witaminowych przeznaczonych dla kobiet w ciąży zawiera 400 IU witaminy D a suplementacja dobowa w tej ilości ma tylko nieznaczny wpływ na jej poziom we krwi ciężarnej, szczególnie w miesiącach zimowych. Niedobór u matki przekłada się bezpośrednio na niedobór u noworodka, który w skrajnych przypadkach może manifestować go już po urodzeniu.

Suplementacja Wit. D

Niemowlęta karmione wyłącznie piersią mają znaczący niedobór witaminy D, ponieważ jej ilość w pokarmie kobiecym, nawet przy spożywaniu przez kobiety kar-

miące bardzo wysokich dawek witaminy D (2000 IU), jest niewystarczająca. Mleko matki zawiera jedynie od 12 – 60 IU/L witaminy D. Stąd zaspokojenie potrzeb niemowlęcia karmionego piersią zależy głównie (przy restrykcjach związanych z ekspozycją na światło słoneczne) od suplementacji. Dziecku karmionemu wyłącznie piersią oraz karmionemu w sposób mieszany podajemy codziennie 400 IU witaminy D. Jeśli dziecko spożywa dziennie 1 litr mieszanki otrzymuje wraz z nią zalecaną dawkę dzienną witaminy D (400 IU). Ale niemowlęta karmione sztucznie, które wypijają dziennie mniejszą niż 1 litr objętość mieszanki mlecznej, powinny również otrzymywać witaminę D. Wyższe dawki witaminy D (800-1000 IU) powinny otrzymywać niemowlęta o ciemnej karnacji skóry lub przy znaczącym ograniczeniu ekspozycji na światło słoneczne. Wyższe dawki zalecane są również wcześniakom, niemowlętom z zaburzeniami wchłaniania tłuszczy i dzieciom przyjmującym leki przeciwpadaczkowe.

Witamina K – konsekwencje niedoboru

Witamina K uczestniczy w tworzeniu aktywnych form białek w organizmie. Jest niezbędnym kofaktorem enzymu kokarboksylazy katalizującej proces aktywacji białek z grupy GLA, do których należą: czynniki krzepnięcia krwi, białka regulujące metabolizm kostny i cykl komórkowy oraz biorące udział w procesje adhezji komórek. Noworodki i niemowlęta są szczególnie narażone na niedobory witaminy K z powodu ograniczonego jej przechodzenia przez łożysko i niewielkiej zawartości w mleku kobiecym. Dobowe zapotrzebowanie na witaminę K u niemowląt wynosi około 5 – 10 µg (1µg/kg/dzień). Źródłem witaminy K dla organizmu są niektóre pokarmy (zielone warzywa liściaste, oleje roślinne) i synteza bakterii jelitowych. Mleko kobiece jest jej ubogim źródłem i zawiera jedynie 1 – 4 µg/L. Podaż kobietom karmiącym wysokich dawek witaminy K znacznie zwiększa jej zawartość w mleku. Niedobór witaminy K w okresie niemowlęcym jest przede wszystkim związany z występowaniem krwawień na skutek zmniejszenia produkcji czynników krzepnięcia. Witamina K jest niezbędna w procesie mineralizacji szkieletu, dlatego niedobór prowadzić będzie do obniżenia masy kostnej i mniejszej wytrzymałości szkieletu.

Suplementacja Wit. K

Standardowa podaż 0,5 mg witaminy K domięśniowo, bezpośrednio po porodzie zapobiega występowaniu jedynie klasycznych, wczesnych objawów choroby krwotocznej, nie chroni przed jej późnymi następstwami. Stąd dzieci karmione wyłącznie piersią wymagają dodatkowej jej podaży. Według zaleceń krajowego zespołu ekspertów, po jednej dawce domięśniowej tuż po urodzeniu, niemowlęta

karmione wyłącznie piersią powinny otrzymywać witaminę K od 2 tygodnia życia do ukończenia 3 miesiąca życia w dawce 25 mcg/dobę. Wyższe dawki tj. 50 mcg/dobę zaleca się w tej grupie niemowląt w przypadku współistnienia biegunki, przedłużającej się żółtaczki lub przejściowej cholestazy. To są polskie zalecenia. Natomiast na świecie uważa się że te dawki są niewystarczające. Z drugiej strony w pracach dotyczących dzieci urodzonych przedwcześnie udowodniono, iż nawet stężenia witaminy K w surowicy 100 razy wyższe niż u dorosłych i 10 – 20 razy wyższe niż u niemowląt karmionych mieszankami nie powodują zatrucia witaminą K. Stąd rodzi się dylemat. Mieszanki mleczne dla niemowląt, a także preparaty mlekozastępcze, zawierają od 3 do 9 mcg witaminy K w 100 ml mieszanki, stąd zapewniają wystarczającą podaż witaminy K, nawet po uwzględnieniu niskiego wchłaniania witaminy K z przewodu pokarmowego, które u niemowląt wynosi około 30%. Jeśli więc dziecko jest dokarmiane mieszanką w ilości powyżej 250 ml to nie potrzebuje dodatkowej suplementacji. Jednakże należy zaznaczyć, iż dodatkowa podaż nie stanowi zagrożenia.

Karmienie piersią dużego dziecka w historii, sztuce i ... w praktyce

Dr n. med. Barbara Baranowska
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Długość karmienia piersią w aspekcie historycznym i antropologicznym

Nasi przodkowie w okresie przedneolitycznym tworzący społeczności myśliwsko-zbieracze dysponowali jedynym dostępnym sposobem żywienia dzieci – karmieniem matczynym mlekiem. Nie ma dziś wątpliwości, że niemowlęta spędzały cały czas przy boku rodzicielki, noszone prawdopodobnie w różnego rodzaju chustach. Ta pełna dostępność kobiecej piersi pozwalała na kontynuowanie karmienia do 4 a nawet 6 roku życia. Z czasem, potrzeba wykonywania ciężkiej pracy przez matki, konieczność uczestniczenia w uprawianiu ziemi zmuszała kobiety do coraz wcześniejszego odstawiania dzieci od piersi.

Najstarsze zalecenia dotyczące czasu karmienia piersią pochodzące z Bliskiego Wschodu datuje się je na 3000 p.n.e. Moment zaprzestania karmienia naturalnego przypadał według starodawnych pism w 2-3 roku życia dziecka.

Ustawodawstwo dotyczące mamek karmiących do 2-3 roku życia dzieci pojawia się już w zapisach Kodeksu Hammurabiego datowanego na 1792-1750 rok przed Chrystusem. W czasach starożytnych, w których normy obyczajowe kształtowali filozofowie promowano karmienie piersią, jako optymalny sposób żywienia dzieci. Kobiety zachęcane były do kontynuowania karmienia piersią do 3 roku życia dziecka. Według Soranusa dziecko powinno być karmione piersią do 3-4 roku życia, a według Galena okres zastąpienia mleka matki innymi produktami powinien przypadać dopiero, gdy dziecko osiąga wiek 3 lat.

Zapisy dotyczące laktacji odnaleźć można również we wszystkich pismach świętych wyznaczających reguły postępowania wiernych. Ważność karmienia piersią i jej wpływ na tworzenie więzi między matką i dzieckiem znajduje wyraz przypowieściach sławiących matczyny pokarm. Biblia zawiera zapisy na podstawie których można szacować, iż długość karmienia piersią wynosiła ponad dwa lata. Na podstawie Talmudu i Midrasz można wnioskować, że dziecko powinno być karmione piersią przez półtora roku do dwóch lat, czyli do czasu gdy samodzielnie przekracza progi świątyni. Muzułmanów do karmienia piersią do drugiego roku życia zachęca Koran.

Dopiero w XX wieku, w erze ekspansji przemysłu produktów zastępujących mleko kobiece zaczęto promować wczesne odstawienie od piersi.

Antropolog Katharine Dettwyler na podstawie obserwacji ssaków określiła, z pun-

ktu widzenia biologicznego, optymalny czas karmienia naturalnego. Badaczka uwzględniając okres osiągania dojrzałości układu immunologicznego człowieka, wiek dojrzałości seksualnej, czas trwania ciąży, osiąganą wagę i wzrost, a także moment pojawienie się zębów trzonowych uznała, iż moment odstawienia młodego człowieka od piersi następować w sposób naturalny powinien pomiędzy 2,5 a 8 rokiem życia.

Opinia autorytetów medycznych dotycząca długości karmienia piersią

Pomimo, iż istnieje niewiele badań naukowych dotyczących karmienia dużych dzieci, co wynika przede wszystkim ze społecznego ostracyzmu i pokutujących w środowisku medycznym nieprzychylnych opinii, światowe autorytety medyczne wydają rekomendacje dotyczące optymalnego żywienia dzieci.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca karmienie dzieci do drugiego roku życia dziecka i dłużej. Podobne stanowisko prezentuje Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zaleca karmić piersią przynajmniej przez 1 rok życia lub dłużej, zgodnie z życzeniem matki lub dziecka. Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) zaleca kontynuować karmienie piersią tak długo, jak matka i dziecko tego potrzebują. Jednym słowem – górnej granicy karmienia piersią żaden z autorytetów nie wyznaczył.

W czasach współczesnych „długim karmieniem piersią" czy też „karmieniem dużych dzieci" można nazwać kontynuowanie karmienia piersią w 2-3 roku życia dziecka.

Współczesna polemika wokół długości karmienia piersią

W dzisiejszych czasach do największych zwolenników długiego karmienia piersią należą przede wszystkim beneficjenci czyli dzieci i ich karmiące matki. Często ojcowie dostrzegający pozytywne aspekty laktacji wspierają „karmiącą" się diadę. Również wśród pediatrów zdarzają się osoby dostrzegające i promujące zyski zdrowotne wynikające z przedłużonego karmienia piersią.

Głos sprzeciwu należy przede wszystkim do psychologów, grup feministycznych oraz ogółu społeczeństwa, opierającego się na kulturowych normach. Brak szerokiej społecznej akceptacji zmuszający kobiety do ukrywania się z karmieniem dużych dzieci w domach nakręca spiralę niechęci, a wręcz prowadzi do uznawania takiego postępowania jako krzywdzącego dla dzieci i wpływającego destrukcyjnie na funkcjonowanie systemu rodzinnego.

Co zyskuje kontynuująca karmienie matka?

– korzyści zdrowotne
– poczucie siły i sprawstwa
– poczucie dumy
– poczucie autonomii i niezależności związanej z korzystaniem z własnych zasobów

Co zyskuje długo karmione dziecko?

– korzyści zdrowotne
– zaspakajanie ważnej potrzeby bliskości co prowadzi do wytworzenia bezpiecznej więzi z matką
– właściwy hormonalny koktajl wpływający na układ nerwowy, wzmacniający w dziecku zdolność do kochania i zachowań altruistycznych
– poczucie logiki wynikającej z wyrażania, akceptacji i zaspakajanie potrzeb
– odwagę do eksploracji świata, który zdaje się im być światem przyjaznym
– ukojenie i uspokojenie w trudnych i bolesnych chwilach

Obawy związane z długim karmieniem piersią

– szkody związane z odebraniem dziecku samodzielności i zaburzeniem procesu naturalnej separacji
– zaburzenie rozwoju psychospołecznego dziecka (zaburzenia osobowości, niedostosowanie emocjonalne)
– zaburzenia rozwoju seksualnego u dziecka
– karmienie dużych dzieci połączone w wielu przypadkach z wspólnym spaniem prowadzi do rozpadu relacji seksualnej między ojcem i matką i niewłaściwego funkcjonowania rodziny

Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zapisała w swoim stanowisku, że nie istnieje górna granica długości, ani dowody na szkodliwość, w sferze psychiki lub rozwoju, przy karmieniu piersią do 3 roku życia lub dłużej.

Piśmiennictwo:

1. Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci. WHO 2002
2. American Academy of Pediatrics. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics, 2005
3. ESPGHAN 2009, Breastfeeding:Commentary by the ESPGHAN Commitee on Nutrition
4. Sinnott A. Breastfeeding Older Children, Free Association Books, London, 2009

Karmienie naturalne i alternatywne u dzieci z różnym rodzajem napięcia mięśniowego

Mgr Marek Wrześniewski, fizjoterapeuta

Istotne czynniki:

1. stan emocjonalny matki (osoby karmiącej) i dziecka
2. pozycja matki (osoby karmiącej) i dziecka
3. możliwości funkcjonalne dziecka
   (napięcie mięśniowe, aktywność aparatu oralnego, inne)

Ogólne zasady:

podwyższone nap. mm.		obniżone nap. mm.
spokój	=	spokój
wygaszanie	>	wygaszanie
aktywizacja	<	aktywizacja
mobilność	>	mobilność
stabilizacja	=	stabilizacja
trakcja	>	trakcja
docisk (pressure)	<	docisk (pressure)

Pozycja – charakterystyka

1. bezpieczna dla dziecka i matki (osoby karmiącej)
2. gwarantująca dziecku wyrównanie posturalne
3. dostosowana do możliwości funkcjonalnych dziecka i matki (osoby karmiącej)

Podstawowe problemy:

1. uniesiony apex
2. silnie wyrażona odruchowa reakcja kąsania
3. słaba koordynacja ssania połykania i oddychania
4. wypływ pokarmu z kącików ust
5. problemy oddechowe
6. szczelność/nieszczelność układu
7. inne

Propozycje rozwiązań:

1. metoda otwartej głowy
2. dobór odpowiedniej pozycji
3. dobór odpowiedniego smoczka
4. techniki (wspomagania)
5. diagnostyka / interwencja medyczna

Poznaj siebie i pokaż się od najlepszej strony
Katarzyna Jakubowska
colourmebeautiful

Jeśli chcesz poznać swój styl odpowiedz na poniższe pytania. Możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Pamiętaj że nie ma złych odpowiedzi. Reszty dowiesz się podczas mojego warsztatu.

1. Jakie nosisz kolory?

a) Pasujące do nastroju w danym dniu
b) Nasycone, kontrastujące, jaskrawe odcienie
c) Śliczne pastele
d) Lubię dobrze dobrane kolory
e) Noszę proste kombinacje kolorów, barwy naturalne
f) Najchętniej jeden kolor w różnych odcieniach

2. Jak robisz zakupy?

a) Uwielbiam bazary i ubrania retro (vintage)
b) Kupuję, jeśli coś mi się spodoba.
c) Bardzo lubię robić zakupy.
d) Planuję moje zakupy i zabieram ze sobą listę.
e) Kupuję, kiedy coś jest mi potrzebne.
f) Inwestuję w ubrania.

3. Jak opisałabyś swój wygląd?

a) Eklektyczny i czasami niezwykły
b) Lubię robić wrażenie i nosić ubrania zwracające uwagę.
c) Śliczny i bardzo kobiecy
d) Uporządkowany, zorganizowany i skoordynowany
e) Zrelaksowany i swobodny.
f) Prosty i elegancki.

4. Co obejmuje Twoja garderoba do pracy?

a) Oryginalne ubrania
b) Ubrania przyciągające wzrok
c) Śliczne bluzki i topy, które łączę z żakietami
d) Kostiumy i garnitury
e) Wygodne w noszeniu, części ubioru
f) Podstawowe zestawy, ale z dodatkami

5. Jakie ubrania nosisz poza pracą?

a) Moja kolekcja ubrań retro
b) Ostatnie modne nabytki
c) Śliczne, kobiece ubrania
d) Skoordynowane części ubioru
e) Dżinsy i wygodne bluzki i bluzy
f) Proste w stylu, do których dodaję akcesoria

6. Co nosisz na specjalne okazje?

a) Aksamit, brokat, antyki i koronki
b) Niezwykłe i wyraziste ubrania
c) Dopasowane suknie z bogatym wykończeniem
d) Proste, dopasowane suknie
e) Wygodne, eleganckie spodnie albo długie spódnice oraz luźną górę
f) Elegancką suknię lub garnitur

7. Jakie są Twoje buty?

a) Nie są skoordynowane z moim ubiorem
b) Na wysokim obcasie albo modne
c) Śliczne, z kokardkami i dodatkami
d) Pasują do mojej torebki
e) Wygodne
f) Na czasie

8. Jaką lubisz biżuterię?

a) Niezwykłą – kolekcjonuję ją
b) Odważną, zdecydowaną
c) Misterną, kołyszącą się i śliczną
d) Prostą i szlachetną
e) Minimalną
f) Modną i widoczną

9. Jakie jest Twoje podejście do makijażu?

a) Eksperymentuję.
b) Lubię, gdy go widać.
c) Uwielbiam go i poświęcam mu dużo czasu.
d) Zawsze maluję się tak samo.
e) Minimalistyczne.
f) Dopełnia mój wygląd.

10. Jaki rodzaj uczesania nosisz?

a) Zmienia się wraz z moim nastrojem.
b) Zmienia się regularnie.
c) Długie włosy.
d) Porządne.
e) Niewymagające wysiłku.
f) Na czasie

Podlicz odpowiedzi i wpisz wyniki do tabeli poniżej:

Po warsztacie dowiedziałam się, że mój styl to:

.....

Nasi prelegenci:

Prof. dr hab. med. Hanna Szajewska

Kierownik Kliniki Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Sekretarz Generalny Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN), wcześniej sekretarz Komitetu Żywienia ESPGHAN. Propaguje medycynę opartą na danych naukowych (Evidence Based Medicine). Autorka prawie 200 publikacji naukowych i wielu rozdziałów w podręcznikach polskich i zagranicznych.

Dr hab. n. med. Zenon Piotr Halaba

Pediatra, pracuje na oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Kliniki Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu. Członek sekcji Chorób Metabolicznych Kości Dzieci i Młodzieży Polskiej Fundacji Osteoporozy oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Od połowy lat dziewięćdziesiątych prowadzi badania naukowe dotyczące zaburzeń metabolizmu kostnego u dzieci i młodzieży.

Dr n. med. Barbara Baranowska

Biolog, położna, wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracownik merytoryczny Fundacji Rodzić po Ludzku. Wykłada w zakresie: teorii i praktyki położnictwa, badań naukowych (Evidence Base Medicine), diagnostyki i leczenia niepłodności, niepowodzeń prokreacyjnych, bioetyki. Liczne publikacje krajowe oraz zagraniczne.

Mgr Joanna Żołnowska

Położna, mgr pedagogiki, IBCLC. Pełni funkcję koordynatora wdrażania Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku. Wyróżniona „Złotym Czepkiem" za działalność na rzecz Samorządu Pielęgniarek i Położnych – organizuje konferencje i szkolenia dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku. Nauczyciel CNoL (wykładowca, trener, egzaminator), członek RMKL.

Lek. med. Katarzyna Raczek-Pakuła

Lekarz pediatra, IBCLC. Od 10 lat Pracuje w Poradni Laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii i w Poradni Laktacyjnej Przychodni Babka Medica w Warszawie, prowadzi też własną praktykę lekarską. Nauczyciel CNoL (wykładowca, trener, egzaminator), członek KUKP i RMKL.

Mgr Marek Wrześniewski

Fizjoterapeuta pracujący w Klinice Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie. Od 2009 roku współpracuje z Centrum Nauki o Laktacji prowadząc warsztaty dla uczestników z zakresu fizjoterapii u dzieci z zaburzeniami napięcia posturalnego.

Katarzyna Jakubowska

Doradca wizerunku. Specjalista od kobiecego piękna. Jej pasją jest kreowanie wizerunku kobiety dostosowanego do wymagań roli i sytuacji. Pomaga odkryć swoje dobre strony i uczy jak umiejętnie pokazać je światu. Szykowna, niezwykła kobieta. Matka siedmiorga dzieci.