

IX Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 10-11 czerwca 2016

Matka
karmiąca
to skarb.
Czy go chronimy?



KOMITET HONOROWY

Prof. dr hab. n. med Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka

Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka WUM Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie

Prof. dr hab. n. med Ewa Helwich

Konsultant Krajowy w dziedzinie Neonatologii, Kierownik Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Dr Elwira Soplińska

Pediatra, emerytowana kierownik Wojewódzkiej Poradni Matki i Dziecka w Ciechanowie i lekarz wojewódzki, Rada Naukowa CNoL

Prof. dr hab. n. med Hanna Szajewska

Sekretarz Generalny ESPGHAN, Kierownik Kliniki Pediatrii WUM, Rada Naukowa CNoL

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Radowski

Krajowy Konsultant w dziedzinie Ginekologii i Położnictwa, Klinika Endokrynologii Ginekologicznej WUM Szpital Kliniczny im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie

KOMITET NAUKOWO-ORGANIZACYJNY

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

Prodziekan ds. Kierunku Położnictwo Wydziału Nauki o Zdrowiu WUM
Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej

Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Dr Monika Żukowska-Rubik

Wicedyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Kochani!

Pracowaliśmy naprawdę ciężko w tym roku. Pracy nam wcale nie ubywa, kolejni chętni napływają na nasze kursy i zaczynamy „pękać w szwach”. Ale nie poddajemy się! A zadowoleni uczestnicy kursów to nasza największa satysfakcja i nagroda za wysiłek.

Szczególne podziękowania należą się tym wykładowcom, którzy jeżdżą po Polsce i prowadzą kursy „Karmienie piersią standardem w opiece okołoporodowej”. Takich kursów przeprowadziliśmy już ponad setkę! W roku 2015 dwadzieścia, a do czerwca 2016 roku siedem. Łącznie przeszkoliliśmy na tych kursach ponad 4 tysiące pracowników szpitali, 890 osób w 2015 i 250 osób w 2016 roku. W tym roku odbył się 16-sty kurs „Problemy w laktacji”, o nieco zmienionej formule, zakończony egzaminami teoretycznym i praktycznym. Ten rok był rekordowy jeśli chodzi o liczbę uczestników kursu Promotor Karmienia Piersią. Powstaje nam ciekawe środowisko, które staje się prawdziwą maszyną napędową promocji. Cieszymy się!

Z wielu badań polskich i zagranicznych wynika, że system oparty na trzech filarach: promocja, edukacja (porada podstawowa), poradnictwo (porada specjalistyczna) jest niezwykle skuteczny. Stworzyliśmy go sami w Polsce, odpowiadając na potrzeby naszych matek. Pomimo, że raczej nie doczekamy się docenienia przez włączenie nas w pełni (refundacja) do systemu opieki nad matką i dzieckiem w Polsce, możemy być dumni, że doceniają nas pacjenci, doceniają specjaliści, doceniają współpracownicy. Cieszymy się!

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL

Matka karmiąca to skarb – czy go chronimy?

Polska, choć kraj niezamożny, ma w swoich zasobach niezwykle cenny skarb narodowy jakim są polskie matki. Praktycznie wszystkie chcą karmić piersią (95-98%)! Chroniąc ten skarb i aktywnie wspierając moglibyśmy być krajem „mlekiem matki płynącym” – potęgą na skalę światową. Moglibyśmy ograniczyć zapadalność dzieci na wiele chorób, moglibyśmy zaoszczędzić miliony w budżecie państwa, moglibyśmy stworzyć warunki matkom, aby realizowały swoje plany. Prezentowane podczas tegorocznej konferencji wyniki badania ankietowego pokazują jak bardzo nie potrafimy tego robić, jacy jesteśmy bierni, może zmęczeni, obojętni. Tak personel, jak zarządzający systemem ochrony zdrowia. Przecież każdy Minister zdrowia wie, że dzieci karmione piersią rzadziej chorują. Jednak wdrożenie zapisów Standardu Opieki Okołoporodowej ciągnie się niemiłosiernie. Mija rok za rokiem, kolejne 360 tysięcy dzieci rodzi się i zaczyna przygodę z karmieniem naturalnym. Około 60% (216 tysięcy) matek rocznie napotka na tej drodze proste problemy, około 20% (72 tysiące) złożone, skomplikowane sytuacje. Jak potoczą się ich losy? Czy ktoś udzieli im właściwego instruktażu karmienia na oddziale? Nauczy rozpoznawać wskaźniki skutecznego karmienia? Czy ktoś postawi właściwą diagnozę w przypadku problemów? Czy znajdą odpowiednią pomoc? Czy trafią na wyższy poziom opieki, gdy wczesna interwencja nie przyniesie skutku? Gotowe strategie, sprawdzone i skuteczne metody systemowego wsparcia karmiących matek nie zostały w Polsce nigdy kompleksowo wdrożone. Zalecało WHO, UNICEF, Dyrektoriat Zdrowia Unii Europejskiej i in. Ale pozostały w sferze częściowych zapisów w dokumentach i w obszarze aktywności garstki entuzjastów, skutecznie spychanych na peryferia systemu. Taka polityka lub jej brak, w kilka tygodni doprowadza do utraty laktacji połowę kobiet (po 6 tygodniu karmi 46% kobiet, dane MZ z 2014 roku). Nasze wspaniałe Matki-Polki, pragnące karmić swoje dzieci w najbardziej zdrowy z możliwych sposób, nie realizują swoich planów. Czują się rozczarowane. Często szukają pomocy na własną rękę. Trafiają różnie. Albo na porady w Internecie w stylu „Tak, trzeba karmić na okrągło, całą dobę, aż się ssać nauczy” lub „Ta zielona kupka, to od zielonego groszku, który Pani wczoraj zjadła”. Albo na profesjonalne wsparcie np. u położnej, pediatry lub ginekologa pozytywnie nastawionych do karmienia piersią. Nieliczne trafiają do nas – doradców/konsultantów laktacyjnych – najbardziej skutecznej formy kompleksowej pomocy obejmującej matkę i dziecko. W ten sposób zorganizowany system opieki pozwala 12% matek kontynuować karmienie do 12 miesiąca, czyli wedle rekomendacji ekspertów. Dużo to czy mało? Porównując z wynikami Norwegii, gdzie też prawie 100% zaczyna karmienie – mało. Bijąc się w piersi trzeba przyznać, że nasz skarb nie jest odpowiednio chroniony. Marnujemy potencjał matek. Nieraz patrzę z jakim poświęceniem moje pacjentki ratują swoją laktację, jak po nocach odciągają pokarm, jak ćwiczą ssanie dziecka, jak zapisują karmienia, liczą minuty, sumują mililitry podawanej mieszanki, aby podać jej dziecku jak najmniej. Ten potencjał jest niezwykle cenny! Szkoda go trwonić!

Wystarczy podjąć działania o udowodnionej skuteczności, nie marnować sił, czasu i środków na działania nieskuteczne. Te ostatnie będą trwały latami, a żadna realna zmiana się nie dokona. A nam potrzeba szybkiej, dobrej, jakościowej zmiany. Decydenci! Do systemu wpuście dobrą, energetyczną krew – nasze środowisko – na efekty nie będziecie czekać długo. Opierajcie swoje decyzje na wynikach wiarygodnych badań – szybko zobaczycie gdzie są problemy i jak im przeciwdziałać. Kilka dobrych decyzji – a miliony złotych same wskoczą do budżetu. A więc jaka decyzja? Chyba nie jest trudna...



Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Babka Medica i Concept Medica w Warszawie. Autorka programów kształcenia oraz licznych publikacji naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje stale z czasopismem dla rodziców Twoje Dziecko oraz z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna. Była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydanego przez Medycynę Praktyczną w 2012 roku oraz programu kursu specjalistycznego dla położnych pt. Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki.



Lek. Monika Żukowska-Rubik

Lekarz pediatra, konsultant IBCLC i CDL, od 1996 roku pracuje w poradni laktacyjnej Centrum Medycznego „Żelazna” w Warszawie, gdzie prowadzi pacjentki i niemowlęta z trudnymi problemami w karmieniu piersią. Jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem na kursach organizowanych przez Centrum Nauki o Laktacji. Jest również współautorem programów szkoleniowych m.in.: „Problemy w laktacji”. Publikuje prace nt. postępowania w laktacji w czasopismach dla lekarzy i położnych. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, której przewodniczyła w latach 2005–2009 (obecnie Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych). Współtworzyła wydanie pierwszego polskiego podręcznika dla profesjonalistów pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydanego przez medycynę Praktyczną w 2012 roku. Prywatnie żona lekarza i mama trójki dzieci, karmionych piersią w sumie przez 8 lat. Uwielbia taniec, teatr i narty.

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport 2016

Monika Żukowska-Rubik, Magdalena Nehring-Gugulska, Ewa Wietrak

CENTRUM NAUKI O LAKTACJI, MLEKO MAMY RZĄDZI

Obecnie na świecie promowany jest model miast i krajów „przyjaznych dziecku”. Pod tym hasłem kryje się wiele działań podejmowanych na szczeblach władz krajowych i lokalnych, mających na celu stwarzanie matkom warunków sprzyjających inicjacji i utrzymaniu laktacji, a dzieciom – umożliwienie żywienia matczynym mlekiem. Jadąc na międzynarodową konferencję zostaliśmy zobligowane przez organizatorów do zaprezentowania sytuacji polskich matek w trzech obszarach, budzących szczególne zainteresowanie. Zapytałyśmy matki o ich doświadczenia w kontaktach z lekarzami pediatrami sprawującymi podstawową opiekę nad dziećmi. Zapytałyśmy również, jak radziły sobie z karmieniem w czasie hospitalizacji dzieci z powodu problemów medycznych oraz o ich sytuację w miejscach pracy. Czy te obszary są przyjazne karmieniu? Dlaczego z 98% matek rozpoczynających karmienie po porodzie, w 6 tygodniu karmi nadal tylko 46%? Na dzisiejszej konferencji przedstawiamy to pierwsze w Polsce badanie diagnozujące sytuację matek karmiących piersią i ich dzieci. Kolejnym krokiem powinny być badania oceniające sytuację w innych obszarach.

Ankieta była złożona z 50 pytań, matki miały do wyboru odpowiedzi tak/nie/trudno powiedzieć. Postawiono także kilka pytań otwartych – jakie wypowiedzi lekarzy zachęcały lub zniechęcały matki do karmienia. Matki mogły zamieścić własne uwagi i przemyślenia. W części dotyczącej przyjaznej karmieniu praktyki pediatrycznej wzięło udział 2156 respondentek. W części dotyczącej oddziałów niemowlęcych 580, a w części dotyczącej miejsc pracy 570. Badanie było prowadzone w październiku i listopadzie 2015 roku za pośrednictwem internetu.

W części pediatrycznej matki odpowiadały czy lekarze rozmawiali z nimi o korzyściach karmienia, jak długo karmić piersią wyłącznie i kiedy zakończyć karmienie, jak często przystawiać do piersi, kiedy wprowadzać żywność uzupełniającą, ale również czy czuły się wspierane w razie trudności w karmieniu, czy mogły o nich rozmawiać z lekarzem. Pytania w części dotyczącej oddziałów niemowlęcych krążyły wokół możliwości karmienia dziecka przebywającego w szpitalu w dzień i w nocy, dostępności podstawowych udogodnień dla matki w postaci krzesła czy fotela do karmienia, możliwości odciągania i przechowywania mleka, postaw personelu wobec faktu karmienia piersią. Ostatnia część dotyczyła respektowania ustawowych przerw w miejscu pracy czy stworzenia warunków do odciągania mleka, tak żeby nie odbywało się ono w przysłowiowej toalecie...

Dlaczego zostały zbadane te obszary? Dlatego, że są to kolejne i nie ostatnie, po szpitalach położniczych, OITNach noworodkowych, profesjonalnym poradnictwie laktacyjnym, obszary kluczowe we wspieraniu matek i utrzymaniu karmienia naturalnego przez optymalny i rekomendowany czas. O tym się mówi na świecie, temu tematowi poświęcone są światowe dokumenty i sympozja. Wiele powiedziano na temat znaczenia szpitali położniczych w inicjacji karmienia, od kilku dekad realizowana jest Inicjatywa Szpitala Przyjaznego Dziecku. Wiele się mówi o pra-

widłowej stymulacji laktacji u matek wcześniaków, o znaczeniu karmienia ich mlekiem biologicznej matki, a jeśli go brakuje – mlekiem dawczyń. W naszym kraju od 6 lat obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Opracowano Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. Rozwija się inicjatywa tworzenia banków mleka. W polskim systemie opieki zdrowotnej pracuje kilka setek dobrze przygotowanych konsultantów i doradców laktacyjnych. Rośnie rzesza promoterek karmienia piersią, coraz więcej jest pozytywnie nakręconych matek, które chcą wspierać siebie nawzajem. Dziedzina pediatrii pozostaje nietknięta... Tymczasem pediatrizy odgrywają kluczową rolę w propagowaniu karmienia piersią, co podkreślone zostało w najnowszym dokumencie American Academy of Pediatrics „Breastfeeding and the Use of Human Milk” w 2012 roku.

Żywienie dziecka to przecież jeden z podstawowych tematów realizowanych w ramach opieki nad dziećmi zdrowymi, obok szczepień i monitorowania rozwoju. Dane z literatury pokazują, że pediatrizy mogą zrobić wiele dobrego i jednocześnie wiele złego w kwestii podejmowania i utrzymania karmienia swoich małych pacjentów mlekiem matki, a matki są szczególnie wrażliwe na przekaz informacji pochodzący od tych specjalistów.

Przykładowo ryzyko przerwania karmienia piersią rośnie 3-krotnie, jeśli lekarz powiedział matce, że dziecko słabo przybywa na wadze. Ryzyko przedwczesnego zakończenia karmienia wyłącznie piersią było większe, jeśli lekarz pediatra uważał, że jego porada odnośnie optymalnego czasu trwania karmienia nie jest ważna. Inne publikacje pokazują z kolei, że ryzyko przedwczesnego zakończenia wyłącznego karmienia było znacznie mniejsze, jeśli matka uzyskała od swojego lekarza zachętę, by karmić piersią.

Badania prowadzone w Gdańsku w ramach Programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska” pokazały, że wybór pediatri jako osoby, która spośród przedstawicieli ochrony zdrowia miała największy wpływ na sposób karmienia dziecka, powodował wzrost odsetka niemowląt karmionych mieszanką, a w tej grupie odsetek dzieci karmionych wyłącznie piersią był najniższy. Jednocześnie lekarze nie korzystali z zaproszeń na organizowane specjalnie dla nich szkolenia na temat postępowania w laktacji. Jeżeli jednak matki były wspierane i zachęcane przez pediatrów zwiększał się odsetek niemowląt karmionych piersią.

W celu szerszego spojrzenia na sytuację matek karmiących w Polsce powinny powstać w najbliższej przyszłości kolejne diagnozy dotyczące roli innych grup zawodowych oraz innych instytucji w stwarzaniu matkom świata przyjaznego karmieniu piersią.

RAPORT „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?”

JEST DOSTĘPNY na stronie www.mlekomamyrzadzi.pl oraz www.kobiety.med.pl/cnol.

Literatura:

Odom E, Li R i wsp. *Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding*. Pediatrics 2013; 131(3):726-32.

Pietkiewicz A. *Promocja karmienia piersią w Gdańsku – ewaluacja programu zdrowotnego*. Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. n. med. Anny Liberek, GUM, Gdańsk 2015.

Pietkiewicz A, Winiarska J, Żołnowska J. *Trzy lata promocji karmienia piersią. Sprawozdanie z realizacji programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”*. Niepublikowany raport. Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha, Gdańsk 2013.

Wskaźniki krajowe zebrane przez Ministerstwo Zdrowia w roku 2013, które dotyczyły 380 tysięcy niemowląt. Raport o stanie karmienia piersią w Polsce 2014. www.kobiety.med.pl

Taveras E, Li R i wsp. *Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding*. Pediatrics 2004; 113(4):e283-90.

Taveras E, Capra A i wsp. *Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation*. Pediatrics 2003; 112(1 Pt 1):108-15.



Diane L. Spatz, PhD, RN-BC, FAAN

Profesor Diane L. Spatz od wielu lat związana jest z Uniwersytetem w Pensylwanii, gdzie rozpoczęła karierę zawodową i gdzie w 1995 roku uzyskała tytuł doktora. Od 2012 roku do chwili obecnej pełni tam funkcję profesora na katedrze Pielęgniarstwa Perinatologicznego i żywienia. Kierownik badań i programu laktacyjnego w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii. Profesor Diane L. Spatz jest laureatką wielu prestiżowych nagród za działalność na rzecz edukacji w pielęgniarstwie i promocji zdrowia, przyznawanych między innymi przez Amerykańską Akademię Pielęgniarstwa (ang. American Academy of Nursing). Największe projekty badawcze, w których uczestniczyła Prof. Diane L. Spatz dotyczyły oceny efektywności karmienia piersią u matek, które urodziły dzieci z małą masą urodzeniową, opieki pielęgniarskiej u kobiet z grup o niskich dochodach, czy opieki domowej u kobiet w ciąży z grup ryzyka. Zajmuje się też oceną wiedzy personelu medycznego z zakresu laktacji.

Dr. Diane L. Spatz, RN-BC, FAAN jest znana na całym świecie ze swojej pracy dotyczącej wykorzystania mleka kobiecego i karmienia piersią, szczególnie w populacji wysokiego ryzyka. W 2004 roku opracowała swój model „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka”. Model ten jest wdrażany i realizowany w Oddziałach Intensywnej Terapii Noworodka w całym USA i innych krajach świata. Dr. Spatz otrzymała prestiżowy tytuł „Przełomowej” od Amerykańskiej Akademii Pielęgniarstwa, związany z poprawą wskaźników karmienia mlekiem kobiecym, a dzięki temu poprawą zdrowia niemowląt i kobiet w efekcie stosowania jej modelu.

GOŚĆ SPECJALNY – prof. Diane Spatz

1. Jak szpital może zapewnić mleko matki dla chorego dziecka?

2. Jak ochronić karmienie piersią podczas hospitalizacji dziecka?

3. Jak zmieniać szpital na wspierający karmienie piersią?

Wykorzystanie dowodów naukowych na temat mleka kobiecego i karmienia piersią do transformacji opieki okołoporodowej.

Spatz DL. *Using evidence on human milk and breastfeeding to transform care*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2015 May-Jun;44(3):409-11. doi: 10.1111/1552-6909.12571.

W USA 79% kobiet rozpoczyna karmienie piersią, przy czym procent ten obejmuje wszystkie kobiety, które kiedykolwiek karmiły piersią, nawet jeśli zrobiły to tylko raz. (Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom [CDC], 2014). Karmienie wyłącznie piersią i czas trwania karmienia szybko spadają, i tylko 18% niemowląt jest karmionych wyłącznie piersią przez 6 miesięcy po narodzinach (CDC, 2014). Jednym z udokumentowanych powodów, dla których kobiety nie kontynuują wyłącznego karmienia piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka jest brak wsparcia i poradnictwa opartego na dowodach naukowych ze strony specjalistów opieki zdrowotnej. (Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej USA, 2011).

Większość specjalistów opieki zdrowotnej w toku kształcenia zawodowego nie uzyskuje odpowiedniej ilości wiedzy na temat laktacji i żywienia kobiecym mlekiem, co prowadzi do przekazywania przez nich nieprawidłowych wiadomości pacjentom, udzielania nieprawidłowego wsparcia lub braku wsparcia w ogóle (Amerykański Komitet Karmienia Piersią [USBC], 2014).

USBC opracowała zestaw podstawowych kompetencji dla specjalistów opieki zdrowotnej, poparty przez wiele organizacji zawodowych w USA, w tym Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia Kobiet, Pielęgniarek Położniczych i Neonatologicznych oraz Amerykańską Akademię Pielęgniarstwa. Kompetencje te zawierają szczegółowe informacje na temat wiedzy, umiejętności i postawy, jaką powinni charakteryzować się wszyscy pracownicy służby zdrowia, aby zapewnić wsparcie i popartą naukową wiedzą opiekę laktacyjną (USBC, 2014).

Wykazano, w jaki sposób rozpoczęcie, czas trwania i wyłączość karmienia piersią mogą się poprawić, w sytuacji kiedy pracownicy służby zdrowia mają aktualną wiedzę w dziedzinie laktacji i karmienia piersią. Opisano również strategie potrzebne do tego, aby wspierać kobiety które rozpoczynają odciąganie pokarmu dla ciężko chorych noworodków i zapewniają mleko kobiece podczas hospitalizacji i po wypisie z OITN. Innowacyjne projekty badawcze i w zakresie poprawy jakości wydają się bardzo na czasie w świetle ostatnich wyników badań, według których tylko 13% pielęgniarek wspierało w karmieniu piersią matki noworodków przebywających

w OITN, a około 49% OITN nie posiada wśród pracowników konsultantki laktacyjnej (Hallowell, Spatz Hanlon, Rogowski, & Lake, 2014). Wyniki te jasno pokazują potrzebę opracowania innowacyjnych modeli praktycznych wspierających wykorzystanie mleka kobiecego i karmienie piersią w OITN.

Kluczowa rola pielęgniarek* we wspieraniu karmienia piersią

Spatz DL. *The critical role of nurses in lactation support*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010 Sep-Oct;39(5):499-500.

*w polskim systemie tę rolę pełnią głównie położne, ale też pielęgniarki noworodkowe i in.

Jako pielęgniarka z tytułem doktorskim pracuję klinicznie, badawczo i edukacyjnie. Pracując zarówno na Uniwersytecie Pensylwanii jak i Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii, mam obowiązek zapewnienia pracownikom służby zdrowia wiedzy i umiejętności o karmieniu piersią opartych na dowodach naukowych. Pracownicy służby zdrowia muszą sprawdzić, że kobiety i ich rodziny podejmą świadoma decyzję o rozpoczęciu lub kontynuacji karmienia piersią. Jako studentka pielęgniarstwa nie dowiedziałam się niczego na temat karmienia piersią, nie widziałam też podczas praktyki klinicznej kobiety karmiącej piersią. Po ukończeniu koledżu zaczęłam od razu pracę w dużym szpitalu okołoporodowym trzeciego stopnia referencyjności. Zajmowaliśmy się najbardziej złożonymi przypadkami i czułam się do tego przygotowana, do chwili, gdy zostałam poproszona o pomoc matce w karmieniu. Nie miałam wiedzy, umiejętności ani osobistego doświadczenia. I było to bardzo stresujące! Musiałam się wiele nauczyć i nie wiedziałam nawet od czego zacząć. Miałam szczęście zaangażować się w projekt badawczy dotyczący karmienia piersią wkrótce po tym doświadczeniu, a teraz, 20 lat później, zachęcam Was do rozważenia następującego stwierdzenia: Dobrze wykształceni pracownicy służby zdrowia zmieniają kulturę karmienia piersią.

Pielęgniarstwo jest największym zawodem medycznym w USA, wykonywanym przez 2,6 miliona osób, a pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w zmienianiu zachowań dotyczących karmienia piersią. Pielęgniarki są przy łóżkach pacjentek 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, jak również pracują środowiskowo, wpływając na zdrowie rodzin przez cały okres ich życia. Oczekuje się od pielęgniarek posiadania podstawowej wiedzy na temat promocji zdrowia, edukacji na temat zagrożeń i zapobiegania chorobom. Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w przekazywaniu edukacji prozdrowotnej i mają ogromny wpływ na promocję zdrowia i zapobieganie chorobom wśród swoich pacjentów. Jednocześnie brak wiedzy na temat karmienia piersią wśród pielęgniarek jest dobrze udokumentowany. Nieliczne instytucje mają konsultantki laktacyjne pracujące całodobowo przez 7 dni w tygodniu. Prowadzi to do znaczących braków w przekazywaniu wiedzy i umiejętności dotyczących karmienia piersią opartych o wiedzę naukową.

Niezwykle istotne jest, aby pielęgniarki posiadały wiedzę i umiejętności pozwalające na efektywną opiekę nad kobietą karmiącą, i aby uważały one tę opiekę za istotną część swojej pracy jako pracownic służby zdrowia. Dlatego też programy pielęgniarstwa, szpitale i inne instytucje służby zdrowia muszą uczynić edukację pielęgniarek w tej dziedzinie swoim priorytetem. Wszystkie pielęgniarki, niezależnie, czy planują pracować z rodzinami czy dziećmi, powinny otrzymać podstawową edukację na temat karmienia piersią i laktacji. Spatz, Pugh, i Panel Ekspertów Karmienia Piersią Amerykańskiej Akademii Pielęgniarstwa (2007) opublikowały artykuł opisujący model włączenia edukacji o karmieniu piersią i mleku kobiecym do programów nauczania pielęgniarek. Edukacja może i powinna być włączona we wszystkich szkołach, tak aby

karmienie piersią stało się normą kulturową, a pielęgniarki rozumiały, że ma ono wpływ na całe ludzkie życie. To podejście powinno znaleźć się we wszystkich podstawowych programach edukacji pielęgniarek. Studentki planujące pracę z rodzinami w okresie rozrodczym i dziećmi wymagają bardziej intensywnej i pogłębionej edukacji w dziedzinie karmienia piersią i laktacji. Od 1995 prowadzę seminarium na temat karmienia piersią i laktacji w szkole pielęgniarskiej Uniwersytetu Pensylwanii. Ten innowacyjny kurs skupia się na zrozumieniu karmienia piersią od strony naukowej i badawczej. Obejmuje 28 godzin doświadczenia dydaktycznego i laboratoryjnego i 14 godzin praktyki klinicznej (Spatz, 2005a) (równoważny naszemu kursowi specjalistycznemu dla Edukatorów ds. laktacji, przyp.red.). Wszystkie szkoły pielęgniarskie powinny mieć takie kursy dla swoich studentów. Jednakże większość szkół pielęgniarstwa oferuje niewiele lub zero wiedzy na temat karmienia piersią. Szpitale i przychodnie zatrudniają więc pielęgniarki, które nie są w stanie zapewnić wsparcia i opieki w karmieniu piersią. Muszą mieć możliwość doszkolić się podyplomowo. Wykształcone pielęgniarki powinny stanowić pierwszy poziom interwencji dla wszystkich kobiet karmiących i ich niemowląt. Gdyby tak było, obciążenie konsultantek laktacyjnych zmniejszyłoby się i mogłyby one zająć się bardziej złożonymi przypadkami (opieka specjalistyczna). Wykształcone pielęgniarki mogą zmienić kulturę karmienia piersią na poziomie społecznym i instytucjonalnym.

Program „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka”

Spatz DL. *Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants*. J Perinat Neonatal Nurs. 2004 Oct-Dec;18(4):385-96. Review.

(Za polski odpowiednik można uznać Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego (Helwich E. i wsp. Wilińska M. (red). Standardy Med 2014 tom 11 (1): 9-57), gdzie opisane niżej zadania wykonują m.in. położne, pielęgniarki noworodkowe, doradcy laktacyjni. przyp.red.)

Mleko kobiece jest najbardziej odpowiednim pokarmem dla niemowląt, w tym również niemowląt chorych i przedwcześnie urodzonych. Zapewnienie wyspecjalizowanego i holistycznego wsparcia karmienia piersią tych niemowląt o szczególnych potrzebach wymaga specjalistycznego podejścia. Autorka opisuje „10 kroków” służących do promowania i ochrony karmienia piersią niemowląt z grup wysokiego ryzyka. Kroki obejmują zapewnianie rodzicom wiedzy pozwalającej na podjęcie świadomej decyzji o karmieniu piersią; wspieranie matki w zainicjowaniu i utrzymaniu laktacji; zapewnienie odpowiednich technik postępowania z mlekiem kobiecym (pobieranie, przechowywanie, postępowanie); rozwinięcie procedur i metod podawania mleka niemowlęciu; zapewnianie możliwości kontaktu skóra do skóry (kangurowania) i nieodżywczego ssania piersi; radzenia sobie z przejściem do karmienia bezpośrednio piersią; pomiar transferu mleka; przygotowanie niemowlęcia i rodziny do wypisu ze szpitala oraz zapewnianie odpowiedniej dalszej opieki po wypisie. Materiały i przykłady pochodzą z badań naukowych i pracy klinicznej autorki w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii.

Amerykańska Akademia Pediatria zaleca karmienie wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka i kontynuowanie karmienia przez 1 rok lub dłużej. Amerykańska Akademia Pediatria, Światowa Organizacja Zdrowia i inne grupy specjalistów promują karmienie piersią i/lub wykorzystanie mleka kobiecego jako doskonałej formy odżywiania w pierwszym roku życia lub dłużej. Ponadto Światowa Organizacja Zdrowia i UNICEF zorganizowały inicjatywę

Szpital Przyjazny Dziecku, aby podkreślić rolę opieki nad matką dla ochrony, promowania i wsparcia karmienia piersią. Rekomendacje te są ważnymi krokami dla skutecznego rozpoczęcia karmienia piersią, koncentrują się one jednak na zdrowych, donoszonych noworodkach. Autorka proponuje „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka”:

- Świadoma decyzja
- Zainicjowanie i utrzymanie laktacji
- Postępowanie z mlekiem kobiecym
- Podawanie mleka kobiecego
- Kontakt skóra do skóry
- Nieodżywcze ssanie piersi
- Przejście do karmienia bezpośrednio z piersi
- Pomiar poboru mleka
- Przygotowanie do wypisu
- Odpowiednia opieka po wypisie

1. ŚWIADOMA DECYZJA

Choć wiele osób ma świadomość, że mleko matki jest dobre dla niemowląt, nieliczne kobiety i ich rodziny zdają sobie sprawę z ryzyka związanego z NIE karmieniem piersią. Badania fokusowe przeprowadzone w przygotowaniu do kampanii promującej karmienie piersią wykazały, że większość Amerykanów nie wie, jak długo dziecko powinno być karmione piersią i jakie są konsekwencje nie karmienia.

Korzyści z mleka kobiecego są jeszcze bardziej znaczące w przypadku dzieci chorych lub wcześniaków. Wszystkie kobiety powinny być edukowane w zakresie korzyści z karmienia piersią; jednakże kobieta w ciąży wysokiego ryzyka powinna otrzymać specjalistyczną wiedzę i wskazówki dotyczące konkretnych korzyści mleka kobiecego oraz metod rozbudzania laktacji po porodzie. Rodziny powinny zdawać sobie sprawę ze składników mleka kobiecego, które mogą pomóc i chronić ich noworodki.

Mleko kobiece jest specjalnym pokarmem dla niemowląt. Mleko matki wcześniaka zawiera więcej białek, lipidów i kalorii niż mleko matki dziecka donoszonego, a różnica ta utrzymuje się przez przynajmniej 29 dni laktacji. Oprócz dostarczania pełnego zestawu składników odżywczych, mleko matki zapewnia ochronę. Mleko kobiece zawiera żywe krwinki białe (makrofagi, neutrofile, komórki B i T) wspierające niemowlę w walce z infekcjami. Również zawarte w mleku kobiecym immunoglobulina A, laktoferryna, lizosomy, oligosacharydy i czynniki wzrostu wspierają układ immunologiczny dziecka.

Niemowlęta karmione mlekiem kobiecym szybciej przechodzą na całkowite żywienie enteralne niż te, które dostają mieszankę; również opróżnianie żołądka następuje szybciej w przypadku karmienia mlekiem kobiecym. Karmienie mlekiem kobiecym chroni niemowlęta przed martwiczym zapaleniem jelit i posocznicą, które zwiększają ryzyko zgonu. Wcześniaki karmione wzmocnionym mlekiem kobiecym krócej przebywają w szpitalu. Jeśli wcześniak otrzymuje mleko kobiece, zmniejsza się ryzyko martwiczego zapalenia jelit i posocznicy, koszty hospitalizacji, długość pobytu w szpitalu i umieralność. Niemowlęta karmione piersią również rzadziej zapadają na choroby dróg oddechowych, infekcje ucha, infekcje układu moczowego i biegunki. Ponadto karmienie piersią może chronić przed wirusem RSV. Badania wykazują również, że

mleko kobiece zwiększa poziom inteligencji dzieci, również wcześniaków. Poprawia się również ostrość widzenia u wcześniaków karmionych mlekiem kobiecym, a zmniejsza ryzyko wystąpienia i ciężkość retinopatii wcześniaczej.

Niemowlęta karmione piersią będą odczuwać korzyści również w życiu dorosłym. Karmienie piersią wpływa na obniżenie poziomu cholesterolu w życiu dorosłym oraz obniżenie ciśnienia krwi. Karmienie piersią może również chronić przed stanami zapalnymi jelit, a w rezultacie zmniejszyć ryzyko późniejszego wystąpienia celiakii.

Personel medyczny ma obowiązek doradzać pacjentkom; informowanie rodzin o znaczeniu mleka kobiecego dla niemowląt wysokiego ryzyka powinno być standardową praktyką. Autorka zaleca podawanie konkretnych przykładów, w jaki sposób mleko matki może pomóc niemowlęciu. Jednym z przykładów są zakażenia wewnątrzszpitalne. Wyjaśnienie, że mleko kobiece może pomóc chronić niemowlę przed patogenami, z którymi może ono mieć kontakt, pomaga rodzicom zrozumieć i docenić wpływ, jaki mleko matki może mieć na życie ich dziecka.

2. ZAINICJOWANIE I UTRZYMANIE LAKTACJI

W sytuacji idealnej, niemowlę powinno zostać przystawione do piersi w ciągu dwóch godzin po porodzie. Kiedy noworodek rodzi się chory, laktacja musi zostać zainicjowana przez laktator elektryczny w ciągu pierwszych 6-12 godzin po porodzie. Odciąganie musi naśladować wzorzec ssania zdrowego niemowlęcia, dlatego też powinno się odbywać 8-12 razy w ciągu doby. Podczas pierwszych dni wiele kobiet czuje się zniechęconych, ponieważ odciągają niewiele pokarmu lub nie mają go wcale. Należy się tego spodziewać. W ciągu pierwszych 3-4 dni produkowane są niewielkie ilości siary; jest ona niezwykle ważna dla noworodka, ponieważ zawiera białka, aminokwasy i immunoglobulinę A. Pielęgniarka musi wyjaśnić matce, że odciąganie stymuluje poziom prolaktyny, która wpływa na rozpoczęcie produkcji dużych ilości mleka. Już 6 dnia matki donoszonych niemowląt karmionych na żądanie wytwarzają średnio 556-705 g mleka dziennie, prawidłowy zakres produkcji pokarmu wynosi 440 do 1220 g/d aż do 6 miesięcy laktacji. Ponadto badania wykazują, że stopień opróżniania piersi jest kluczowym bodźcem dla syntezy mleka i ciągłej jego produkcji. Dlatego należy zachęcać matki do odciągania pokarmu co 2-3 godziny przez całą dobę, aż do całkowitego opróżnienia piersi podczas każdej sesji. Ponad 8 sesji karmienia piersią na dobę zapobiega obniżaniu poziomu prolaktyny przed kolejnym karmieniem. Poziom prolaktyny w surowicy matki powoli zmniejsza się w miarę stabilizacji laktacji, ale pozostaje podwyższony przez cały okres karmienia piersią.

Dla wielu matek rozpoczynanie laktacji przez odciąganie jest trudnym doświadczeniem. Z doświadczenia autorki wynika, że jeśli karmienie piersią jest przedstawione jako proces 10 kroków, tak jak to opisano w tym artykule, kobiety lepiej rozumieją na jakim etapie są obecnie i jakie kroki doprowadzą je ostatecznie do karmienia piersią ich dziecka. Matki często uważają, że nie ma potrzeby zaczynać odciągania pokarmu zaraz po porodzie, kiedy dziecko z nimi nie przebywa, ponieważ jest wcześniakiem lub jest chore. Ważne jest przekazanie, że wczesne i częste odciąganie jest niezbędne dla ustalenia i utrzymania odpowiedniej podaży mleka. W Szpitalu dziecięcym w Filadelfii matki otrzymują dziennik odciągania, aby mogły monitorować ilość odciągniętego mleka oraz liczbę sesji odciągania w ciągu doby. Dzięki temu zauważają również subtelne zmiany w ilości odciąganego pokarmu.

Położne/Pielęgniarki neonatologiczne powinny codziennie oceniać laktację matki. Ocena powinna obejmować częstość odciągania w ciągu doby. Pielęgniarka powinna również obserwować różnice w produkcji mleka między piersiami oraz stopień opróżnienia piersi podczas

odciągania. Ocena pielęgniarska powinna również obejmować obserwację piersi pod kątem ewentualnych patologii (obrzęk, zastój). Ważne, aby pamiętać, że matka jest źródłem pokarmu niemowlęcia.

Jeśli matka doświadcza zmniejszenia podaży mleka, konieczna jest wczesna interwencja w celu poprawy laktacji. Produkcja poniżej 500 ml dziennie oznacza zagrożenie laktacji. Pielęgniarka po pierwsze powinna upewnić się, że kobieta korzysta z laktatora elektrycznego szpitalnej jakości i utrzymuje odpowiednią liczbę sesji odciągania. Ważna jest również obserwacja techniki odciągania, aby upewnić się, że matka używa lejka odpowiedniej wielkości. Standardowy zestaw Medela zawiera lejek 24 mm. Matki o większych brodawkach potrzebują lejka w rozmiarze L (27mm) lub XL (30mm). Pielęgniarka może określić odpowiedni rozmiar na podstawie obserwacji lub wykorzystując narzędzie pomiarowe oferowane przez producenta. Jeśli niemowlę jest stabilne należy rozpocząć kontakt skóra do skóry, ponieważ badania wykazują, że wpływa on stymulująco na laktację.

Kolejnym krokiem jest rozważenie wsparcia farmakologicznego. Lekiem pierwszego wyboru dla wsparcia laktacji jest Metoklopramid (*Metoclopramide*), choć może powodować efekt uspokajający, a nawet depresję, ponieważ przekracza barierę krew-mózg. Zalecana dawka to 10 mg co 8 godzin i powolne zmniejszanie dawki przed całkowitym odstawieniem.

Domperidone również jest skuteczny w zwiększaniu podaży mleka, a jednocześnie ma mniej skutków ubocznych niż metoklopramid. FDA ostrzega przed ryzykiem stosowania go w formie doustnej, ale nie w postaci doustnej.

Należy również pamiętać, że niektóre leki zmniejszają podaż mleka (np. pigułki antykoncepcyjne zawierające estrogen), dlatego konieczne jest przeprowadzenie pełnego wywiadu z matką. Najlepszą techniką utrzymania laktacji jest wczesne, częste odciąganie pokarmu do całkowitego opróżnienia piersi. Podkreślanie znaczenia odciągania i krytyczna ocena podaży mleka, szczególnie w pierwszym tygodniu po porodzie, może mieć długofalowy wpływ na sukces laktacyjny matki.

3. POSTĘPOWANIE Z MLEKIEM KOBIECYM

Postępowanie z mlekiem i jego bezpieczeństwo są bardzo istotną kwestią dla matek niemowląt wysokiego ryzyka odciągających pokarm i przechowujących go przez długi okres. Mleko powinno być przechowywane w szklanych lub plastikowych pojemnikach dopuszczonych do kontaktu z żywnością. W naszym szpitalu używamy sterylnych butelek na mleko kobiece firmy Medela. Każda butelka jest wyczerpująco oznaczana przez matkę po odciągnięciu (nazwisko dziecka, numer dokumentów medycznych, czas odciągania). Butelki są przechowywane w indywidualnych zamykanych pojemnikach w lodówce i zamrażarce. Każdy pojemnik jest oznaczony nazwiskiem i numerem dokumentacji medycznej dziecka. Wyszkolone asystentki badawcze (studentki pielęgniarstwa) odwiedzają codziennie każdy oddział szpitala, aby sprawdzić zgodność z polityką przechowywania mleka. Na poziomie oddziału odpowiedzialność spoczywa na osobie (liderze) zajmującej się tylko przechowywaniem mleka w oddziale. System postępowania z mlekiem jest opisany i przedstawiony w formie obrazkowej. W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii przechowujemy świeże mleko w lodówce przez 48 godzin. Mleko zamrożone i rozmrożone musi być zużyte w ciągu 24 godzin.

Pielęgniarki stanowią integralną część systemu postępowania z mlekiem kobiecym. Muszą pracować na co dzień z rodziną, aby zapewnić bezpieczeństwo mleka i zapobiec niepotrzebnemu marnowaniu mleka kobiecego. Warto również na poziomie oddziału monitorować liczbę matek odciągających pokarm i jego ilość, w celu zdobycia większego wsparcia i zasobów na rzecz karmienia piersią.

4. PODAWANIE MLEKA KOBIECEGO

Oczywiście najlepsze jest mleko kobiece podawane bezpośrednio z piersi. W przypadku najbardziej chorych dzieci może nie być to możliwe przez pierwsze tygodnie nawet miesiące. Kiedy rozpoczynane jest żywienie enteralne, przez pierwsze 24–48 godzin warto podawać siarę, aby jak najbliżej naśladować proces naturalny.

W naszym szpitalu prosimy matki o oznaczenie pomarańczową naklejką butelek z mlekiem ściągniętym w ciągu pierwszych 4 dni po porodzie, w ten sposób łatwo je odróżnić nawet w zamrażarce. Po „zaprawieniu” układu pokarmowego dziecka siarą można rozpocząć karmienie świeżym mlekiem. Mrożenie zabija żywe krwinki białe, zatem mleko mrożone powinno być podawane tylko wtedy, kiedy świeże mleko nie jest dostępne. Należy ustalić z rodziną zapotrzebowanie dobowe dziecka, tak aby świeże mleko było dostępne na bieżąco. Pielęgniarka zajmuje się również koordynacją z pozostałymi członkami personelu, aby wszyscy wiedzieli kiedy za zwyczaj członkowie rodziny dostarczają pokarm.

Można również nauczyć matkę dzielenia ściągane pokarmu na niskokaloryczne mleko pierwszej fazy I wysokokaloryczne mleko drugiej fazy. Mleko drugiej fazy może być wykorzystywane do poprawy tempa przyrostu masy. Procedura badania zawartości kalorii i lipidów w mleku kobiecym nazywa się krematokryt. Jest ona łatwa do wykonania i można jej nauczyć matki, co również zwiększy ich zaangażowanie.

Żywienie troficzne mlekiem matki rozpoczęte w 48 godzin po porodzie na poziomie 10–15 ml/kg/dzień poprawia późniejszą tolerancję stopniowego zwiększania żywienia enteralnego bez zwiększania ryzyka martwiczego zapalenia jelit. W przypadku podawania mleka kobiecego sondą preferowane jest podawanie całej dawki a nie żywienie ciągłe. Żywienie ciągłe prowadzi do zwiększonej utraty tłuszczu, w związku z czym niemowlę otrzymuje mniej kalorii; ponadto zwiększa ryzyko zanieczyszczenia bakteriynego mleka. Wiąże się również z mniejszą nietolerancją karmienia i zwiększonym przybieraniem na wadze.

Nietolerancja pokarmowa może być związana z zanieczyszczoną sondą. Mehall i wsp. wykazali, że bakteriynne zanieczyszczenie sondy przy żywieniu enteralnym zdarza się często i powoduje poważne nietolerancje u niemowląt karmionych mieszkanką, może też prowadzić do martwiczego zapalenia jelit. W badaniu tym mleko kobiece wykazało właściwości ochronne, niezależnie od zanieczyszczenia bakteriynego sondy.

Karmienie przy piersi zostanie omówione w osobnym punkcie. Zanim niemowlę będzie gotowe na karmienie przy piersi, powinno mieć jak najwięcej okazji na kontakt skóra do skóry i ssanie nieodżywcze.

5. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt skóra do skóry to praktyka układania niemowlęcia ubranego tylko w pieluszkę na nagiej piersi rodzica. W ciągu ostatnich 20 lat wiele przeprowadzono i opublikowano wiele badań dotyczących kontaktu skóra do skóry. Kontakt skóra do skóry (nazywany również „kangurowanie”) ma wiele korzyści dla niemowlęcia i rodziców. Badania wykazują, że kontakt skóra do skóry pomaga poprawić stan zdrowia dziecka. Zapewnia mu stabilność fizjologiczną, w tym poprawę wymiany gazowej, rytmu serca, zmniejszenie liczby bezdechów (choć zmienność pracy serca podczas przenoszenia dziecka na pierś rodzica wykazuje konieczność dalszych badań w tym zakresie). Kontakt skóra do skóry nie ma negatywnego wpływu na termoregulację dziecka, a może mieć pozytywny wpływ na jego przyrost masy.

W kilku badaniach porównywano niemowlęta, które miały kontakt skóra do skóry z rodzicami z grupą takich, które go nie miały. Niemowlęta, które doświadczają kontaktu skóra do skóry mają bardziej zorganizowane stany snu i czuwania, dłuższy czas spokojnego snu i skupienia uwagi. Kontakt skóra do skóry wspiera rozwój neurologiczny dziecka. Niemowlęta, które doświadczają kontaktu skóra do skóry krócej przebywają w szpitalu i łagodniej przechodzą infekcje. Jedno z badań wykazało, że niemowlęta, które w okresie noworodkowym miały kontakt skóra do skóry z rodzicami, w wieku 12 miesięcy wykazywały lepszy rozwój umysłowy i psychomotoryczny w porównaniu z grupą kontrolną. Z punktu widzenia karmienia piersią, kontakt skóra do skóry poprawia produkcję mleka, pomaga w ustaleniu laktacji i zwiększa czas jej trwania. Może również pomóc w zmniejszeniu stresu matki.

6. NIEODŻYWCZE SSANIE PIERSI

Nieodżywcze ssanie piersi należy rozpocząć, kiedy niemowlę jest już w stanie przebywać poza inkubatorem. Należy poinstruować matkę, aby opróżniła pierś tuż przed karmieniem dziecka sondą. Należy ułożyć dziecko skóra do skóry przy piersi, a matka powinna manualnie wycisnąć kilka kropel pokarmu na usta dziecka. Pozwala to dziecku poznać smak mleka i zapoznać się z piersią podczas karmienia sondą. Nieodżywcze ssanie piersi poprawia przejście na karmienie bezpośrednio piersią i powoduje dłuższy czas karmienia. Badania Nyquist i wsp. sugerują, że odruch szukania piersi, umiejętność przystawiania i skutecznego chwytania brodawki wraz z otoczką pojawia się już w 28 tygodniu, jeśli dziecko miało kontakt z piersią. Niemowlęta w tym badaniu reagowały na pierwszy kontakt z piersią matki odruchem szukania piersi i ssania niezależnie od wieku ciążowego w którym przyszły na świat i swojego wieku postmenstrualnego. Badacze zaobserwowali ssanie odżywcze w 30 tygodniu wieku ciążowego i powtarzalne serie ponad 10 do 30 zassań w 32 tygodniu.

Pielęgniarka powinna ustalić z matką kiedy może rozpocząć się ssanie nieodżywcze. Najlepiej, aby matka już wcześniej codziennie miała okazję na kontakt skóra do skóry, tak aby ssanie nieodżywcze pusty piersi stanowiło naturalny kolejny krok. Autorka zaobserwowała w swojej praktyce klinicznej, że kiedy niemowlę dojrzewa, samodzielnie zaczyna przemieszczać się w stronę piersi podczas kontaktu skóra do skóry.

7. PRZEJŚCIE DO KARMIENTA PIERSIĄ

W miarę jak niemowlę dojrzewa i jest w stanie uchwycić pierś i skutecznie ssać, możliwe jest przejście od nieodżywczego do odżywczego ssania. Nie ma powodu, dla którego niemowlę musi być karmione butelką przed rozpoczęciem ssania piersi. Karmione piersią noworodki do- noszone, wcześniaki i noworodki z chorobami serca są bardziej stabilne fizjologiczne podczas ssania piersi. Podczas karmienia piersią niemowlęta wykazują rzadsze nieprawidłowości rytmu serca, oddychania i saturacji, rzadziej zdarzają się też epizody bezdechu i bradykardii. Natomiast zamknięcie dróg oddechowych przy połykaniu podczas karmienia butelką zakłóca oddychanie i może wpływać na zmiany fizjologiczne.

W przypadku chorych lub przedwcześnie urodzonych zaleca się kilka pozycji do karmienia. Bardzo istotne jest wsparcie głowy i szyi, zatem najbardziej skuteczne są pozycja krzyżowa i futbolowa, ponieważ matka może podtrzymywać pierś, a jednocześnie kontrolować głowę niemowlęcia. Matka powinna zapewnić bliskie przystawienie dziecka do piersi. Powinna podtrzymywać pierś przez cały okres karmienia, aby dziecko nie odsunęło się pod jej ciężarem. Kapturek na brodawkę jest kluczowym tymczasowym narzędziem pozwalającym na poprawę ilości pobiera-

nego mleka z piersi. Kapturek pomaga kompensować słabe ssanie niemowlęcia koncentrując negatywny nacisk na czubku kapturka. Kapturek jest skuteczną metodą zwiększania poboru mleka z piersi i wydłużania czasu karmienia. Kapturek jest skuteczny, jeśli jest wykorzystywany wcześniej w procesie karmienia piersią, a nie jako ostatnia instancja i powinien być stosowany podczas wszystkich sesji karmienia. Pielęgniarka powinna najpierw pozwolić niemowlęciu spróbować ssania bez kapturka, a następnie, jeśli nie następuje efektywny pobór mleka, należy wykorzystać kapturek. Jeśli matka ma płaskie lub wklęsłe brodawki, kapturek powinien być stosowany od początku. Matka powinna korzystać z kapturka do czasu, gdy dziecko będzie w stanie pobierać odpowiednią ilość mleka bezpośrednio z piersi z kapturkiem. Kiedy dziecko jest w pełni karmione piersią z użyciem kapturka, matka może zacząć powoli rezygnować z zastosowania kapturka. Proces ten najprawdopodobniej będzie miał miejsce po wypisie.

Pielęgniarki są niezwykle istotne dla zapewniania matkom jak największej liczby okazji przystawiania dziecka do piersi. Pielęgniarki kontrolują proces karmienia i mogą pozytywnie lub negatywnie wpłynąć na sukces laktacyjny. Pielęgniarka powinna zawsze utrzymywać pozytywną komunikację werbalną i niewerbalną podczas wspierania matki w przejściu na karmienie bezpośrednio piersią. Karmienie piersią oznacza więcej pracy dla personelu pielęgniarskiego i wymaga więcej czasu, jednakże zapewnienie wsparcia i opieki laktacyjnej prowadzi do lepszych wyników dla matki i dziecka.

8. POMIAR POBORU MLEKA

Test wagowy jest prostą, nieinwazyjną techniką pomiaru poboru mleka podczas sesji karmienia piersią. Jest on dokładny, jeśli stosuje się wagę elektroniczną. W naszym szpitalu używamy wagi BabyWeigh Scale firmy Medela. Jej dokładność została wcześniej udowodniona. Poniżej opis ważenia testowego według naszych procedur:

Waga powinna zostać ustawiona na gładkiej, płaskiej powierzchni z daleka od źródeł ciepła lub chłodzenia (klimatyzacja). Upewnij się, że waga znajduje się na równej powierzchni i że szalka niczego nie dotyka. Przed użyciem należy przetrzeć wagę środkiem antybakteryjnym, a następnie włączyć. Dziecko powinno być ubrane w ubranka i/lub zawinięte w kocyk, w którym będzie karmione. Nie układać kocyka na wadze ani nie wywieszać poza szalkę, ponieważ może spowodować to błąd pomiaru. Jeśli dziecko ma podłączone rurki czy przewody, których nie można odłączyć, należy je w całości położyć na wadze, aby zważyć tyle samo przed i po karmieniu. Należy zapisać masę dziecka przed karmieniem – my sprawdzamy ją dwukrotnie. Następnie dziecko jest przystawiane do piersi, a po zakończeniu karmienia z jednej piersi ponownie kładzione na wagę i ważone. Nie zmieniamy dziecku pieluszki ani nie zdejmujemy żadnych ubrań. Waga po karmieniu również jest sprawdzana dwukrotnie. Następnie odejmujemy wynik przed karmieniem od wyniku po karmieniu i uzyskujemy ilość pobranego pokarmu: 1 gram = 1ml.

Ważenie jest skuteczną metodą pomiaru poboru mleka w szpitalu i po wypisie. W badaniu Hurst i wsp. matki, które prowadziły ważenie kontrolne dziecka wykazywały mniejszy poziom niepokoju. Ważenie kontrolne utrzymuje się do czasu pełnego uzyskiwania odpowiedniej ilości pokarmu z piersi przy każdym karmieniu. Jeśli matka stosuje kapturek na brodawkę, również należy kontrolować pobór mleka. W miarę jak dziecko pobiera coraz więcej mleka bezpośrednio z piersi można zmniejszać ilość mleka podawanego dodatkowo.

Pielęgniarka jest odpowiedzialna za nauczanie matki i rodziny ważenia kontrolnego. Z doświadczenia autorki wynika, że matki są w stanie przejąć pełną odpowiedzialność za proces karmienia, potrafią prowadzić ważenia kontrolne i odpowiednio prowadzić sesje karmienia piersią. Zmniejsza to obciążenie czasowe pielęgniarek i zwiększa pewność siebie matki, że będzie w stanie karmić dziecko piersią w domu.

9. PRZYGOTOWANIE DO WYPISU

Aby przygotować matkę do zabrania dziecka do domu i skutecznego karmienia go nadal piersią należy dać jej jak najwięcej możliwości karmienia piersią w szpitalu. Zachęcać matkę, aby spędzała jak najwięcej czasu z dzieckiem w szpitalu i uczyła się jego zachowań i sygnałów.

Wcześnieiki i chore niemowlęta mogą nie wysyłać tak jasnych i wyraźnych sygnałów głodu jak niemowlęta donoszone, w związku z czym są narażone na otrzymywanie niewystarczających ilości pokarmu.

Meier zaleca, aby rozpocząć karmienie na żądanie kiedy niemowlę jest w stanie przyjąć przynajmniej 50% pokarmu ustnie (z piersi lub butelki). Wspierając matkę w karmieniu piersią w tym okresie należy zdawać sobie sprawę z jej produkcji mleka; oceniać całkowitą produkcję dzienną jak również różnice w ciągu dnia i pomiędzy piersiami. Ta wiedza pozwala pielęgniarce podjąć decyzję z której piersi rozpocząć próbę karmienia oraz czy prosić matkę o wcześniejsze odciągnięcie pokarmu. Na przykład jeśli matka produkuje 1000 ml mleka dziennie, oznacza to, że produkuje między 100 a 200 ml mleka przy każdej sesji odciągania, co daje od 50 do 100 ml na pierś. Jeśli niemowlę jest w stanie spożyć tylko 40 ml na karmienie lub potrzebuje 320 ml dziennie, należy poprosić matkę o odciągnięcie nieco mleka pierwszej fazy przed każdą sesją karmienia. Pozwala to dziecku wypić więcej mleka drugiej fazy, bogatego w kalorie i lipidy.

W miarę jak dziecko wypija coraz więcej mleka z piersi, warto, aby matka mogła być dostępna przez dłuższy czas aby karmić na żądanie. Autorka zaleca zachęcanie matki do pozostawiania nawet przez okres 8 godzin w dniach przed wypisem. Tak jak w przykładzie wyżej, jeśli dziecko potrzebuje 320 ml mleka w okresie 24 godzinny, oznacza to 140 ml w ciągu 8 godzin. Podczas ośmiogodzinnego pobytu matki w oddziale dziecko jest karmione na żądanie a pobór mleka sprawdzany przy pomocy ważenia kontrolnego. Niemowlę może ssać często, ale pobierać małe ilości mleka przy każdym karmieniu. Pod koniec ośmiogodzinnego okresu, jeśli dziecko nie pobrało wymaganego minimum z piersi, można uzupełnić karmienie sondą lub butelką, a jeśli brakuje niewielkiej ilości (10-20 ml) można ją rozłożyć na kilka kolejnych karmień, kiedy matki nie ma. Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w zachęcaniu i wspieraniu matki w tym procesie. Matka powinna być mile widziana w oddziale i zachęcana do odgrywania aktywnej roli w opiece i pielęgnacji.

10. ODPOWIEDNIE WSPARCIE PO WYPISIE

Potrzeba odpowiedniego wsparcia karmienia piersią wcześniaków lub niemowląt chorych po wypisie nie może być lekceważona. W naszym szpitalu wszystkie matki karmiące piersią są wypisywane do domu z wagą dziecięcą BabyWeigh Scale przynajmniej na pierwszy miesiąc po wypisie, w zależności od umiejętności uzyskiwania mleka z piersi przez dziecko. Wagę tę można wypożyczyć. Matki otrzymują informację na temat minimalnego dobowego poboru mleka i otrzymują instrukcje dotyczące karmienia „zamiast” (nakarmienie pełną porcją odciągniętego mleka zamiast sesji przy piersi) lub karmienia z uzupełnieniem (nakarmienie częściową porcją

odciągniętego mleka podane w połączeniu z sesją przy piersi) w zależności od umiejętności ssania piersi przez dziecko przy wypisie.

Pielęgniarka instruuje matkę, że wszystkie sesje karmienia piersią powinny być monitorowane przy użyciu wagi do czasu, aż dziecko wykaże umiejętność samodzielnego uzyskiwania odpowiedniej ilości pokarmu bezpośrednio z piersi.

W okresie bezpośrednio po wypisie matka nadal powinna odciągać pokarm laktatorem o standardzie szpitalnym. Nieliczne niemowlęta są w stanie zapewnić odpowiednią dla utrzymania laktacji stymulację piersi w okresie bezpośrednio po wypisie, zatem bez odciągania istnieje ryzyko zmniejszenia laktacji.

Ważne jest, aby znać dzienną produkcję mleka przez matkę i codzienne zapotrzebowanie na mleko dziecka. Pozwala to na ustalenie częstotliwości odciągania. Z doświadczenia autorki wynika, że większość dzieci jest po wypisie karmionych z jednej piersi podczas jednej sesji karmienia. W takim wypadku należy poinstruować matkę, aby odciągała podczas każdej sesji pokarm z drugiej piersi i przechowywała go do późniejszego użycia.

Pierś, z której pokarm był odciągany powinna następnie być podana dziecku jako pierwsza podczas kolejnej sesji karmienia.

Posiadając w domu wagę matka może na bieżąco monitorować przybieranie na wadze swojego dziecka. Codzienne ważenie nie jest konieczne; wystarczy ważyć dziecko dwa razy w tygodniu aby ocenić jak przybiera. Niemowlę powinno przybierać średnio 25-30g dziennie (wcześniak więcej, przyp. red.)

Niemowlęta wysokiego ryzyka nie posiadają takich samych zasobów jak zdrowe, donoszone niemowlęta, nie wykazują również wystarczającej dojrzałości ssania w okresie tuż po wypisie. Wykorzystywanie wyłącznie wskazówek klinicznych, takich jak waga, pieluszki i stolce może narazić niemowlę na ryzyko niedożywienia. Wielu pracowników służby zdrowia nie zdaje sobie sprawy z tego ryzyka i może doradzać matkom zaprzestanie odciągania lub mierzenia poboru mleka przez dziecko. Matka musi posiadać wiedzę przed wypisem, aby po wypisie podejmować świadome i bezpieczne decyzje dla swojego dziecka. Proces karmienia piersią niemowlęcia wysokiego ryzyka jest długi i stanowi ogromne wyzwanie. Pielęgniarki są kluczowymi osobami dla zapewnienia sukcesu w przypadku tych niemowląt. Podejście oparte na wiedzy naukowej może poprawić opiekę nad kobietą karmiącą i wsparcie niemowlęcia. Zapewnienie pokarmu i karmienie piersią to jedyna rzecz, którą dla swojego dziecka może zrobić tylko matka. Pielęgniarki przy pomocy metody 10 kroków mogą promować i chronić karmienie piersią niemowląt wysokiego ryzyka.



Dr hab. n. med. Ernest Kuchar

Wykładowca akademicki i lekarz-praktyk. Kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracuje równocześnie w poradni medycyny podróży Profemed w Warszawie. Ukończył wrocławską Akademię Medyczną oraz podyplomowe Studia Zarządzania i Oceny Technologii Medycznej. Specjalista pediatrii, medycyny sportowej i chorób zakaźnych. Stypendysta Fogarthy Foundation oraz American-Austrian Foundation. Odbył staże w Niemczech, Szwajcarii i USA. Popularyzator wiedzy medycznej w Internecie, ekspert portali medycznych: DynaMed, Medycyna Praktyczna, Konsylium24.pl. Zajmuje się obalaniem mitów medycznych. Członek polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Lekarzy Epidemiologów i Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) i International Organisation of Sports Medicine (FIMS).

Jak chronić dzieci przed chorobami zakaźnymi?

dr hab. n. med. Ernest Kuchar



Dr. n. med. Piotr Dziechciarz

Lekarz dzieci, gastroenterolog, pracuje w Klinice Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tworzy zespół żywieniowy, pod czujnym okiem profesor Hanny Szajewskiej szlifuje swoje merytoryczne i praktyczne umiejętności w duchu medycyny opartej na dowodach naukowych. Zdobyte doświadczenie stara się przekazywać studentom, lekarzom, pielęgniarkom i położnym.

Dlaczego nie rośnie, choć zjada co mu się należy?

dr n. med. Piotr Dziechciarz

O czym będzie?

1. Co to znaczy nie rośnie?
 - a/ o oczekiwanym spadku masy ciała
 - b/ o normach przyrostu masy ciała
2. Dlaczego nie rośnie?

Po co?

- Ocena zdrowia i dobrostanu dziecka
- Identyfikacja osób z nieprawidłowym stanem odżywienia
- Wczesne rozpoznawanie niektórych chorób
- Monitorowanie leczenia

Haymond, Acta Paediatrica 2013

Powód rezygnacji z karmienia piersią w 1 mż.

57%

niepokój matki o zbyt małą ilość pokarmu
lub za mały przyrost masy ciała

Wielka Brytania '90

Journal of Human Nutrition and Dietetics 1994

Ocena stanu odżywienia



Czy pomiar masy jest miarodajny?

- Błąd pomiaru:
 - błąd biologiczny
 - błąd zależny od obserwatora
 - błąd zależny od instrumentu

Ile wynosi oczekiwany poporodowy ubytek masy ciała?

<5 %? <7%? <10%?

Czynniki ryzyka oczekiwanego ubytku masy ciała

Ze strony matki

- Cukrzyca ciężarnych
- Otyłość u matki
- Wiek matki > 40 rż.
- Płyny iv. przed porodem
- Cięcie cesarskie

Ze strony dziecka

- Wyższa masa urodzeniowa
- Urodzenie po terminie porodu

Ubytek masy ciała systematyczny przegląd piśmiennictwa

„potrzebne są dobrze zaplanowane badania kliniczne w celu ustalenia norm oczekiwanego spadku masy ciała u niemowląt karmionych piersią”

Journal of Human Lactation 2015

Odwodnienie hypernatremiczne

częstość: 7/100 000 (n=62)
ubytek masy ciała = 19,5 %
(8.9-30.9%)
Zgony =0

Wielka Brytania 2009

Objawy kliniczne:

ubytek masy ciała 57/62
żółtaczka 12/62
objawy neurologiczne: 6/62
brak stolca: 11/62
oliguria: 11/62

Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013

Odwodnienie

58/100 000 karmionych
piersią
20/100 000 ciężkie
odwodnienie

Holandia 2002-2003

Objawy kliniczne:

ubytek masy ciała
żółtaczka
zbyt mało pokarmu
apatia
objawy odwodnienia
drgawki/wstrząs

Jakie normy?

Dzieci donoszone:
standardy WHO

Dzieci urodzone
przedwcześnie:
standardy Intergrowth-21st

https://intergrowth21.tghn.org/site_media/media/articles/Preterm_charts_combined_Boys.pdf

Dzienny przybór masy ciała

	WHO 3-97 cc		CNOL
	Dziewczynki	Chłopcy	
0-4 tż	-	-	26-31 g
2 mż	17-38 g	22-57 g	
3 mż	11-33 g	13-43 g	

M.Nehring-Gugulska, M.Zukowska-Rubik Ocena skuteczności karmienia
WHO Growth standards

Jak często ważyć dziecko?

- Brak danych naukowych na temat wpływu regularnego ważenia na zdrowie dzieci
- Konsensus ekspertów (Coventry 1998):
 - w trakcie szczepień i nie częściej 2 x miesiącu do 6 mż.
 - kiedy istnieją wskazania kliniczne

Ważenie dziecka przed i po karmieniu

95% CI : -12,4 ml do 15 ml

„jest nieprecyzyjną metodą oceny spożycia mleka u małych niemowląt”

„tylko 1 pomiar odbiegał od klinicznie akceptowalnej różnicy 5 g”

„jest dokładną metodą oceny spożycia mleka”

Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006

Breastfeeding Med. 2009

Objawy alarmowe u niemowląt do 2 mż.

- ✓ trudności w karmieniu
- ✓ apatia
- ✓ $37,5\text{ }^{\circ}\text{C} < \text{Temperatura} < 35,5\text{ }^{\circ}\text{C}$
- ✓ wydłużony powrót włośniczkowy
- ✓ częstość oddechów $> 60/\text{min}$
- ✓ postękiwanie
- ✓ zaciąganie międzyżebry
- ✓ sinica
- ✓ drgawki w wywiadzie
- ✓ sztywne kończyny

The Lancet 2008

Jak często upośledzenie stanu odżywienia u dzieci karmionych piersią jest spowodowane chorobą organiczną?

Mechanizmy niedoboru masy ciała



Mała podaż

- Zaburzenia karmienia
- Choroby neurologiczne
- Choroby serca
- Choroba refluksowa przełyku
- Choroby metaboliczne

Infekcje

Zwiększone straty

- wymioty
 - choroba refluksowa
 - wady przełyku
 - choroby metaboliczne
 - biegunka
 - zaburzenia trawienia
 - biegunki wrodzone
 - choroba Hirschsprunga
 - poliuria
 - moczówka prosta
- infekcje
- infekcje

Zwiększone zapotrzebowanie

- Nadczynność tarczycy
- Zwiększone napięcie mięśniowe
- Mukowiscydoza
- Choroby metaboliczne

infekcje

Zaburzenia wchłaniania

Biegunka

- tło alergiczne
- mukowiscydoza
- enteropatie wrodzone

Infekcje

O kandydozie jelit, przewodów mlecznych i innych części ciała – wiedza naukowa kontra facebookowa

dr hab. n. med. Ernest Kuchar

Grzybica przewodów mlecznych i brodawek piersi jest problemem budzącym kontrowersje. Najczęstszym czynnikiem etiologicznym choroby są grzyby drożdżopodobne z rodzaju *Candida*. Zazwyczaj dochodzi do zakażeń endogennymi grzybami drożdżopodobnymi, obecnymi wcześniej w organizmie, w wyniku zaburzenia równowagi pomiędzy grzybem a gospodarzem i fizjologiczną florą organizmu. Najważniejszym drobnoustrojem chorobotwórczym kandydozy jest *Candida albicans*, który w postaci bezobjawowej występuje u większości ludzi np. w jamie ustnej. Nosiicielstwo *C. albicans* jest największe wśród kobiet, szczególnie w miesiącach letnich. Pozostałe gatunki, w tym *C. krusei*, występują u pacjentów z obniżoną odpornością np. *Candida glabrata* wywołuje grzybice jamy ustnej i gardła u pacjentów poddawanych radioterapii z powodu nowotworów głowy i szyi, a u pacjentów zakażonych HIV wykrywano rzadkie gatunki, takie jak *Candida dubliniensis* i *Candida inconspicua*. Termin *Candida* wywodzi się z łacińskiego słowa oznaczającego biały. Ciekawą i unikalną właściwością drożdżaków *Candida* jest ich „dwulicowość” pod względem chorobotwórczości – przez to, że należą do grzybów dimorficznych „posiadają podwójną osobowość”: sympatycznego doktora Jekylla i groźnego Mr Hyde'a. W formie drożdżaka *Candida* spp. w przeważającej części przypadków pełni rolę nieszkodliwego komensala, czasami może jednak przybrać postać inwazyjnej grzybni rzekomej (*pseudohyphae*) i wówczas staje się chorobotwórczy. Najczęstszą przyczyną inwazji jest zakłócenie równowagi naturalnej flory lub osłabienia gospodarza czyli wpływ czynników zewnętrznych, niezależnych od właściwości chorobotwórczych drobnoustroju. Kluczowym czynnikiem patogenezy nie jest zatem zjadliwość drobnoustroju, lecz zmiana warunków jego bytowania zależna od gospodarza, dlatego *Candida* jest typowym drobnoustrojem oportunistycznym – do rozwoju zakażenia może dojść tylko przy patologii gospodarza. Przejście nieszkodliwej dla organizmu komensalnej postaci *Candida* w formę patogenną jest złożona i polega na ekspresji licznych czynników wirulencji. Kandydoza może przebiegać kilka postaci klinicznych np.: rumieniowa, hiperplastyczna czy przewlekła śluzówkowo-skinna. Współcześnie wraz z upowszechnieniem agresywnych metod terapii (leczenie biologiczne, chemio- i radioterapia, kortykosteroidy), częstym stosowaniem antybiotyków oraz zwiększeniem liczby matek chorych na cukrzycę rzeczywiście występują warunki sprzyjające wzrostowi liczby zakażeń grzybiczych. Jednakże wciąż podstawowy problem stanowi odróżnienie szkodliwego zakażenia grzybiczego od niegroźnej kolonizacji. Rozwój kandydozy związany jest zwykle z obniżoną odpornością (AIDS, choroby nowotworowe, immunosupresja jatrogenna, dializy), cukrzycą i innymi zaburzeniami hormonalnymi (niedoczynność tarczycy, choroba Addisona), znacznymi niedoborami pokarmowymi (żelaza, kwasu foliowego i wit. B12), alkoholizmem i narkomanią. Chorobie sprzyja niewłaściwa higiena (ciasne ubiory, wilgoć, przegrzanie). W praktyce rozpoznanie kandydozy brodawek piersiowych niestety opiera się na samych objawach klinicznych. Każde podejrzenie zakażenia grzybiczego powinno zostać potwierdzone badaniem mikologicznym. Należy wykonać bezpośrednie badanie mikologiczne (barwienie metodą Grama oraz z KOH) zeskrabin z miejsca zmienionego chorobowo, które może uwidocznić grzyby w patogennej formie strzępek (*pseudogrzybnia*) lub nieszkodliwych komórek pączkujących (*blatospory* – kolonizacja) oraz hodowlę. Obecnie zaleca się hodowlę ilościową (*colony forming units* – CFU), która ułatwia odróżnienie nosicielstwa od zakażenia – duża liczba kolonii przemawia za inwazją, mała za kolonizacją. W szczególnych przypadkach

zalecane jest badanie histopatologiczne, które umożliwia odróżnienie grzybicy od innych chorób dermatologicznych. Samo wyhodowanie w posiewie *Candida* świadczy o patologicznej drożdżycy lub nieszkodliwym nosicielstwie i nie pozwala na zróżnicowanie obu stanów. Objawy kliniczne kandydozy mogą być mylone ze znacznie częściej występującymi: zakażeniem bakteryjnym, zapaleniem podostrym piersi wywołanym dysbiozą przewodów mlecznych, skurczem naczyniowym (vasospazm) brodawek lub uszkodzeniem mechanicznym. Obecności drożdżaków *Candida* w posiewach z brodawek piersiowych i mleka zwykle towarzyszyły bakterie (zakażenie mieszane). Należy o tym pamiętać podejmując decyzje terapeutyczne. Pochopne leczenie ogólnymi lekami p-grzybiczymi bez potwierdzonego rozpoznania można uznać za błąd w sztuce.



Kinga Osuch

Położna, magister socjologii, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC, CDL. Jest koordynatorem opieki laktacyjnej i psychologicznej w Centrum Medycznym Żelazna w Warszawie, które jest Szpitalem Przyjaznym Dziecku i jednym z najlepszych szpitali położniczych w Polsce. Bezpośrednio pracuje z matkami w oddziale położniczo-noworodkowym i w poradni laktacyjnej Bona Mater. Jest nauczycielem CNoL (wykładowcą, trenerem, egzaminatorem)

Karmienie dzieci odciąganiem pokarmem matki.

mgr Kinga Osuch IBCLC, CDL

Karmienie pokarmem matki jest uznane przez WHO za karmienie piersią. Wyłącznie karmienie piersią to też karmienie odciąganiem pokarmem matki. Warto o tym pamiętać w rozmowach z matkami, ponieważ one często postrzegają siebie jako te „nie karmiące piersią”. Naszą rolą jest je wspierać, wzmacniać, udzielać wszelkich aktualnych i rzetelnych informacji. W praktyce bywa z tym różnie. Znamy się dobrze na karmieniu piersią, nie zawsze dobrze na karmieniu odciąganiem mlekiem. Matki odciągające mleko dla dzieci zauważają to i komunikują. Więc czas to zmienić.

Kobiety, które z konieczności lub z wyboru żywią w ten sposób swoje dzieci, przekonują się, że taka forma karmienia to jednak nie to samo co karmienie bezpośrednio piersią. Zarówno dla matki, jak i dla dziecka, ale też całego ich otoczenia. Nie jest to też łatwa droga. Bardzo często czują się samotne i nie zrozumiane przez innych. Niestety też pozbawione wsparcia i merytorycznej wiedzy na temat długotrwałego odciągania. Tym bardziej ważne jest by lepiej poznać tę grupę matek karmiących, ich problemy i potrzeby. Możemy się wiele od nich nauczyć, aby lepiej im pomagać i by edukować pracowników ochrony zdrowia i całe społeczeństwo, że taki sposób karmienia jest możliwy. Jest to szczególnie ważne, dla matek mających trudności z karmieniem. Często dostają informację, że jedyną drogą jest dokarmianie mieszanką. Przykład matek odciągających mleko obala ten powszechny mit. Okazuje się, że można, że da się. Matki te wiedzą, że jest to wiele bardziej wartościowy sposób karmienia niż karmienie mlekiem modyfikowanym. To grupa kobiet, które z wielką determinacją walczą o każdą kropelkę swojego mleka dla swoich dzieci.

Moja wiedza o matkach KPI (karmiących piersią inaczej) opiera się na kilkumiesięcznej obserwacji facebookowej zamkniętej grupy Mamy ściągające mleko (karmienie piersią inaczej) i pilotażowego badania ankietowego przeprowadzonego przez internet na przełomie roku 2015/16. Badanie trwało 48 dni i objęło 327 kobiet. W grupie były matki 1) karmiące wyłącznie odciąganiem pokarmem; 2) odciąganiem pokarmem i mieszanką, jeśli mleka nie starczało; 3) łączące karmienie piersią i odciąganie mleka.

Poniżej przedstawiam wyniki moich obserwacji:

W badanej grupie 327 kobiet tylko 26 dzieci nigdy nie było przystawianych do piersi. Reszta próbowała karmić lub karmiła przez różny czas lub stale łączyła odciąganie i podawanie mleka butelką z karmieniem piersią. Części matek udało się wrócić do karmienia piersią po dłuższym lub krótszym kpi.

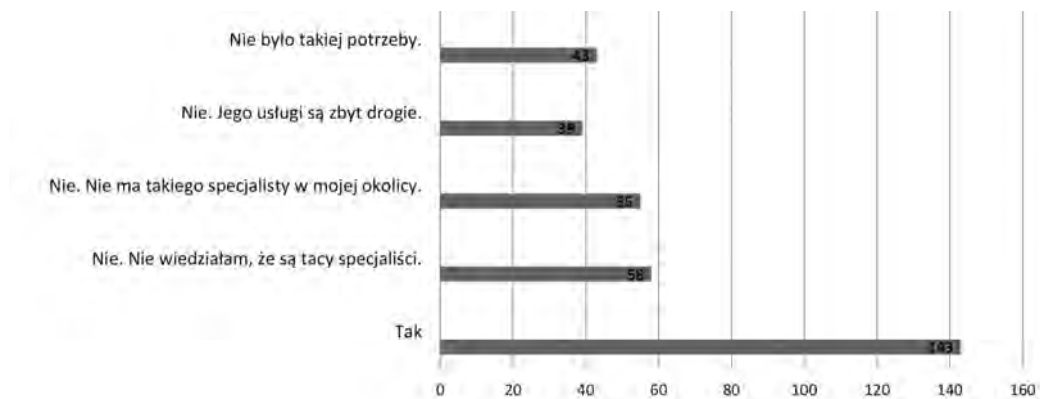
Dlaczego nie karmią bezpośrednio piersią?

Oczywiste przypadki jak rozszczep podniebienia czy inne choroby lub wady dziecka, które uniemożliwiają skuteczne ssanie piersi nie są wcale w przewadze. Również wcześniactwo zajmuje dopiero 3 pozycję. Głównym powodem jest odmowa ssania lub nieefektywne ssanie piersi przez dziecko. Często na taką decyzję składa się kilka przyczyn. np. brodawki trudne do uchwycenia, ból i rany brodawek, a następnie niepokój albo zasypianie przy piersi i trudności w ocenie czy dziecko się najada. Inny zestaw to: wcześniak i brodawki trudne do uchwycenia lub wcześniak i trudności w ocenie czy się najada z piersi. Są też mamy bliźniaków, których nie były w stanie nakarmić jednocześnie, bo oba lub jedno ssie nieefektywnie.

W kategorii „inne” matki podawały: pobyt dziecka w szpitalu, krztuszenie się dziecka i zachłyśnięcie podczas karmienia piersią, konieczność zagęszczania mleka w przypadku refluku, nieprawidłowe zachowania dziecka przy piersi (płacz, prężenie się, łapanie i puszczenie piersi), powrót do pracy, bądź na studia.

Jak widać, wśród przyczyn decyzji o kpi przeważają problemy laktacyjne. Nasuwa się więc pytanie czy matki korzystały z pomocy specjalistów laktacyjnych, aby je rozwiązać?

Czy korzystały z pomocy CDL lub IBCLC?



Jak widać prawie połowa respondentek miała kontakt z konsultantką bądź doradczynią laktacyjną, jedna z liderką LLL. Część z nich tylko w czasie pobytu na oddziale położniczym, część na wizytach domowych (od 1 do 10), jedna w Belgii, jedna w USA. Były takie mamy, które dostały porady przez telefon bądź internet. Mimo tak powszechnego korzystania z poradnictwa laktacyjnego, zastanawia fakt, że znalazło się ono dopiero na trzecim miejscu, jako źródło przydatnych informacji o odciąganiu.

Gdzie znalazły przydatne wiadomości na temat odciągania?

Na pierwszym miejscu matki odciągające wskazują... Internet!

Od położnej w trakcie pobytu w oddziale położniczym	64
Od doradcy laktacyjnego w trakcie pobytu w oddziale położniczym	48
Od lekarza w trakcie pobytu w oddziale położniczym	12
Z materiałów pisemnych przekazanych przez personel oddziału położniczego	24
W poradni laktacyjnej lub podczas wizyty domowej doradcy laktacyjnego	54
Od położnej rodzinnej	46
Od lekarza pediatry	10
Od lekarza ginekologa	3
W grupie wsparcia	37
W zamkniętej grupie na portalu społecznościowym	117
W internecie	195
Z książki, prasy	45
Na stronie lub w broszurce producenta mleka modyfikowanego	2
Na stronie lub w broszurce producenta sprzętu do odciągania	51
Od innej matki	92
Inne	21

Jako dobre źródło informacji, na drugim miejscu, znalazła się grupa wsparcia na portalu społecznościowym. W obserwowanej przeze mnie zamkniętej grupie na facebooku Mamy ściągające mleko (karmienie piersią inaczej), która ma 1165 członkiń, kobiety wspierają się wzajemnie, wymieniają doświadczenia i doradzają w kwestii sposobu odciągania, sprzętu, przechowywania mleka, radzenia sobie z różnymi trudnościami. A problemów pojawia się na tej drodze wiele. Wszystkie nowo przyjmowane do grupy mamy są pytane, czy na pewno zrobiły wszystko, żeby karmić piersią i namawiane do znalezienia fachowej pomocy.

Jakie trudności napotykają matki podczas KPI?

Jak widać wśród zgłaszanych problemów, na pierwszym miejscu znalazło się przeciążenie matek i stres. Wiele kobiet w postach na facebooku pisze, jak trudno jest łączyć odciąganie z opieką nad dziećmi i innymi obowiązkami. Wiele matek przeżywa poczucie winy i żaloby po nieudanym karmieniu piersią. Do tego dochodzi brak zrozumienia w bliższym i dalszym otoczeniu oraz brak wiedzy i wsparcia ze strony służby zdrowia. Grupa wsparcia pomaga w przezwyciężeniu poczucia osamotnienia i motywuje do kontynuowania wysiłku.

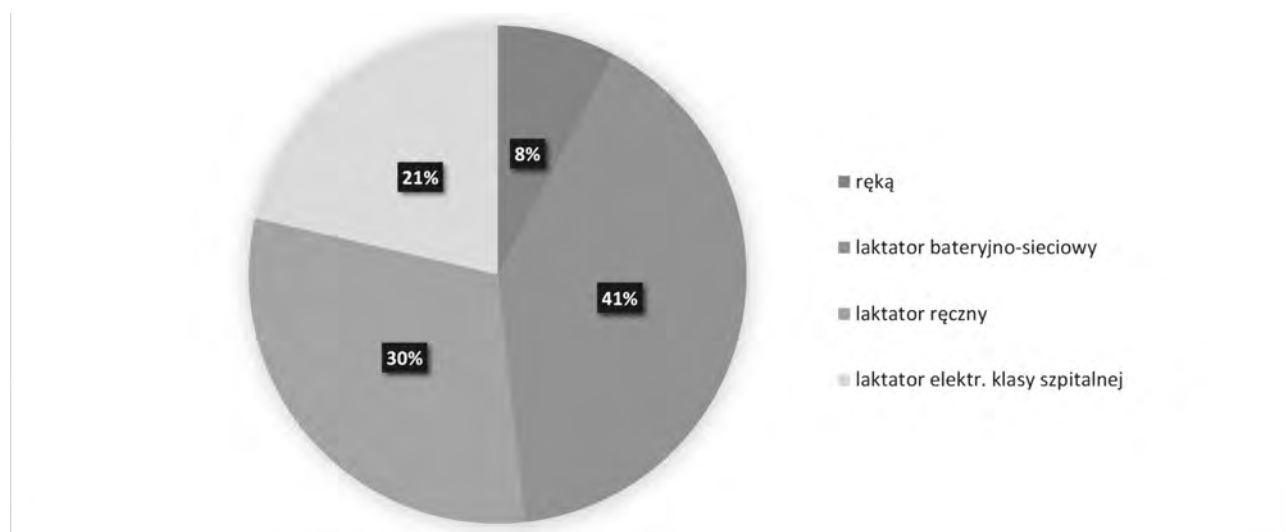
Matki kpi mają również szereg problemów typowo laktacyjnych.

Najczęściej występującymi problemami laktacyjnymi są niedostateczna ilość mleka, czasami pojawiająca się okresowo (miesiączka, inne kryzysy laktacyjne) oraz problemy z wypływem. Na trzecim miejscu ból przy odciąganiu, uszkodzenia skóry. Zakażenia brodawek to rzadki problem – 1,5%. Ropień piersi dotyczył tylko dwóch kobiet – 0,6%.

Radę wymieniane między matkami dotyczą:

- ☐ skuteczności różnych laktatorów,
- ☐ doboru lejków,
- ☐ awarii sprzętu mogących skutkować gorszym odciąganiem,
- ☐ częstotliwości i systemów odciągania,
- ☐ stosowania lecytyny jako środka ułatwiającego wypływ
- ☐ środków mlekopędnych

W jaki sposób odciągają?



Częstotliwość i czas odciągania jest bardzo różny w zależności od konkretnej sytuacji. Są matki, które odciągają 3 razy na dobę po kilkaset ml i odciągające co 2–3 godziny. W przypadku słabej produkcji stosowane jest PP czyli power pumping jeden lub dwa razy na dobę przez kilka dni:

PP przy laktatorze na jedną pierś: odciąganie przez 10 min z jednej piersi a następnie 10 min z drugiej piersi i tak przez godzinę.

PP przy laktatorze na dwie piersi: odciąganie przez 20 min, 10 min przerwy, odciąganie 10 min, 10 min przerwy i tak do godziny.

Na ile odciągane mleko zaspokajało potrzeby dziecka/dzieci?

73% matek było w stanie zapewnić dzieciom odpowiednią ilość mleka. 27% częściowo. U części laktacja poprawiła się tak, że od pewnego momentu mogły wykarmić dziecko tylko swoim mlekiem.

Laktatory:

Według respondentek laktator do intensywnego odciągania powinien być:

- ☐ elektryczny
- ☐ na dwie piersi
- ☐ najlepiej mobilny, tzn. mały, żeby móc go nosić ze sobą, z akumulatorkiem lub na baterie.
- ☐ z możliwością dopasowania lejków do rozmiaru brodawek
- ☐ z regulacją siły ssania i dość dużą siłą ssania
- ☐ prosty w obsłudze i myciu
- ☐ nieawaryjny, z łatwym dostępem do części zamiennych i serwisu
- ☐ cichy

Najbardziej popularne laktatory według kolejności:

- ☐ bateryjno – sieciowe: Medela Swing, Medela Mini Electric, Canpol Babies EasyStart, Lovi Prolactis, Avent Isis iQ Uno, Ardo Calypso Double, Spectra 9 Plus Tufi, Medela Swing Maxi
- ☐ ręczne – Avent Natural, Medela Harmony, Tommee Tippee
- ☐ klasy szpitalnej – Medela Lactina, Medela Symphony, Tufi Spectra S 2

Bardzo przydatny jest gorset do odciągania bez używania rąk.

Najbardziej popularne marki, czyli Medela i Avent, poza jakością, mają niewątpliwie najsukcesowniejszy marketing i trzeba to brać pod uwagę.

Karmienie mieszanką kosztuje w pierwszym roku życia co najmniej 2 tys. zł (najtańsze mleka). Jeśli kobieta karmi odciągającym mlekiem, warto, żeby zainwestowała w dobry sprzęt.

Środki mlekopędne

72% kobiet stosowało rozmaite środki mlekopędne. Najczęściej gotowe herbatki laktacyjne (60%), 15% mieszanki ziołowe, 38% sód jęczmienny lub preparat siodu, kozieradkę 8%. Tylko jedna stosowała środek farmakologiczny (metoclopramid).

Inne wymieniane środki mlekopędne:

Bawarka, owsianka, dużo wody, łuski kakaowca, ostra papryka, herbata z mlekiem i przy-

prawami orientalnymi, Lactinatal, biszkopty, kawa zbożowa, kiełki lucerny sok z pokrzywy, oglądanie filmów o narodzinach dzieci, patrzenie na malucha, kompot z gotowanych nieobratych jabłek, Piulatte plus, mleko kokosowe, suplementacja magnezu i wapnia, czarnuszka, kminek, rutwica, orzechy nerkowca, drapacz lekarski, koper włoski, koper ogrodowy, liście malin, spirulina, shatavari czyli szparag lekarski, anyż białozir, kmin rzymski, drożdże piwne, migdały, czosnek, imbir.

Wiele matek kpi odczuwa lęk, że mleka może zabraknąć. Jeśli tylko się im udaje, gromadzą zapasy. Większość mroziła i używała później. Niestety 37 wylewało (11,3%). Tylko 5 oddawało mleko do banku (1,5%).

Mleko nadmiarowe (np. przeterminowane mrożone) jest przez mamy dolewane do kąpieli dziecka.

Podsumowanie

Wielu kobietom, które zdają sobie sprawę z wartości karmienia naturalnego, nie udaje się karmić bezpośrednio piersią. Muszą wtedy uzyskać informację, że możliwe jest karmienie odciągającym mlekiem. Wbrew obiegowym opiniom, niestety propagowanym też przez personel medyczny, laktacja może być w ten sposób utrzymywana przez wiele miesięcy, aż do decyzji matki o zakończeniu karmienia. Trzeba mieć jednak świadomość, że jest to trudna droga. Warto uświadomić to matkom, aby nie obierały jej zbyt pochopnie i wyczerpały najpierw wszystkie możliwości poprawy sytuacji. Nie mniej jednak wartość karmienia dziecka własnym mlekiem jest nie do przecenienia. Matki kpi potrzebują od nas rzetelnej wiedzy i odpowiedniej opieki fachowego personelu medycznego. Oczekują wsparcia i akceptacji otoczenia, dostępu do dobrego sprzętu i kontaktu z innymi matkami w podobnej sytuacji. Szkoda, że za ten sprzęt muszą same płacić. Wiele jest jeszcze do zrobienia.

Lp.	Nazwa	Cena	Rodzaj	Klasa sprzętu	Zasilanie	System	Praca na dwie piersi	Fazy odciągania	Regulacja siły	Zegar	Poziom hałas	Wielkość	Wynierne lejki	Nakładka masująca	Dostępność części zamiennych	Dodatki
1	Ameda Lactaline	550 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Nie	Głośny	Mały	Nie	Nie	Nie	
2	Ardo Amaryl	130 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Jedna	Nie	Nie	Cichy	Mały	Tak	Tak	Tak	
3	Ardo Calypso	600 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Tak	Jedna	Tak	Nie	Cichy	Średni	Tak	Tak	Tak	
4	Avent Isis IQ Uno	450 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Otwarty	Nie	Dwie	Tak	Nie	Głośny	Mały	Nie	Nie	Nie	Pamięć trybu pracy, torba termiczna
5	Avent Natural	100 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Jedna	Nie	Nie	Cichy	Mały	Nie	Tak	Nie	
6	Avent Natural eL	400 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Nie	Dwie	Tak	Nie	Głośny	Średni	Nie	Tak	Nie	
7	Babyono Sensiduo	250 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Nie	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Mały	Nie	Nie	Nie	
8	Beemo Care	1 000 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Średni	Nie	Nie	Tak	Pamięć trybu pracy, dwa silniki
9	Canpol Babies Easy Start	150 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Nie	Trzy	Tak	Nie	Cichy	Mały	Nie	Tak	Tak	Darmowy serwis, woreczek na sprzęt
10	Lansinoh Signature Pro/Affinity Pro	450 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Średni	Tak	Nie	Tak	
11	Lovi Prolactis	400 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Nie	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Średni	Nie	Tak	Tak	Budzik, pamięć trybu pracy
12	Lovi Protect	150 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Jedna	Nie	Nie	Cichy	Mały	Nie	Tak	Nie	
13	Medela Base	100 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Jedna	Tak	Nie	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	
14	Medela Freestyle	1 200 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Akumulator	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	Pamięć trybu pracy, torba i wkłady chłodzące
15	Medela Harmony	150 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	
16	Medela Lactina	5 000 zł	Elektryczny	Kl.Szpitalna	Zasilacz	Zamknięty	Tak	Jedna	Tak	Nie	Cichy	Duży	Tak	Nie	Tak	
17	Medela Maxi Swing	800 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	
18	Medela Mini Electric	400 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Otwarty	Nie	Jedna	Tak	Nie	Głośny	Mały	Tak	Nie	Tak	
19	Medela Pump In Style	1 500 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Akumulator	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Duży	Tak	Nie	Tak	Plecak z chłodząrką, lodówka na 4 butelki
20	Medela Swing	600 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Baterie	Otwarty	Nie	Dwie	Tak	Nie	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	
21	Medela Symphony	7 000 zł	Elektryczny	Kl.Szpitalna	Zasilacz/Akumulator	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Duży	Tak	Nie	Tak	Karta z programem Symphony PLUS
22	Tommee Tippee	100 zł	Ręczny	Osobisty	Ręczny	Otwarty	Nie	Jedna	Nie	Nie	Cichy	Mały	Nie	Nie	Nie	Elastyczny, miękki lejek
23	Tommee Tippee Close to Nature	300 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz	Zamknięty	Nie	Jedna	Tak	Nie	Cichy	Mały	Nie	Tak	Nie	
24	TuFi Spectra 9+	450 zł	Elektryczny	Osobisty	Zasilacz/Akumulator	Zamknięty	Tak	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Mały	Tak	Nie	Tak	
25	TuFi Spectra S2	800 zł	Elektryczny	Kl.Szpitalna	Zasilacz	Zamknięty	Nie	Dwie	Tak	Tak	Cichy	Duży	Tak	Nie	Tak	Lampka

Opr. Małgorzata Ruban dla Akcji Informacyjnej o KPI



Katarzyna Jasińska

Lekarz, w trakcie specjalizacji z neonatologii. Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Dotychczasowe doświadczenie zdobywała w Instytucie Matki i Dziecka oraz obecnie w Szpitalu Klinicznym WUM im. ks. Anny Mazowieckiej. Tegoroczna absolwentka kursu „Problemy w Laktacji”, uzyskała tytuł Certyfikowany Doradca Laktacyjny.

Odciąganie pokarmu w świetle badań naukowych

lek. Katarzyna Jasińska

Zwroty używane w badaniach

- Odciąganie symultaniczne (SIM), jednoczesowe = z obu piersi naraz, zazwyczaj 10-15 minut, podwójna końcówka
- Odciąganie sekwencyjne (SEQ) = raz jedna, raz druga pierś, zazwyczaj 7-5-3 min, pojedyncza końcówka
- Transfer = przechodzenie na karmienie bezpośrednio piersią
- Laktator stacjonarny/sieciowy (podłączenie sieciowe, duży moduł, klasa szpitalna)
- Laktator bateryjny (na baterie, mały moduł, przenośny)



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of milk expression for lactating women (Review)

- 2015 (aktualizacja przeglądu z 2008)
- Analiza 34 badań z udziałem 1998 uczestników, z czego 17 badań z udziałem 961 z danymi do analizy
- Zakres:
 - Wpływ sposobów odciągania na ilość pozyskanego mleka
 - Wpływ na odpowiedź hormonalną organizmu matki
 - Wpływ transferu na karmienie wyłączone piersią
 - Efekty niepożądane odciągania (matka)
 - Wpływ sposobów odciągania na skład pozyskanego mleka
 - Ocena satysfakcji matek



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of milk expression for lactating women (Review)

ILOŚĆ ODCIĄGNIĘTEGO MLEKA:

- Laktator elektryczny stacjonarny z 2 trybami zmiennej siły ssania – brak znamiennego wzrostu dziennej produkcji mleka (Meier 2008)
 - Żaden z badanych modeli laktatorów nie miał przewagi (Hopkinson 2009; Pessoto 2010; Fewtrell 2001; Slusher 2007; Boutte 1985)
 - Technika – 8 badań jednogłośnie: wzrost produkcji
 - Metody relaksacyjne (Feher 1989; Keith 2012)
 - Ciepło (Yig it 2012)
 - Delikatny masaż (Stutte 1988; Jones 2001; Stellwagen 2010)
 - Wczesna stymulacja laktacji (Parker 2012)
 - Większa częstota odciągania pokarmu:
4 lub więcej dziennie: 342 +/- 229 ml vs. 3 lub mniej: 221 +/- 141 ml (De Carvahlo 1985)
- Jeśli tylko 5 x na dobę, wolniejszy wzrost objętości dobowej, niższy poziom PRL po 42 d. vs. 8x (Hill, 1996)

Symultaniczne vs. Sekwencyjne – ta sama objętość

	Symultaniczne	Sekwencyjne
Neifert 1985 (n=10)	20 min	10 min
Auerbach 1990 (n=25)	7-12 min	10-15 min
Groh-Wargo 1995 (n=32)	16 min 7,6 h/tydz	24 min 11,1 h / tydz



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of milk expression for lactating women (Review)

CZAS PRZEZNACZONY NA ODCIĄGANIE:

- Istotnie skrócony przy symultanicznym odciąganiu podwójnym laktatorem, przy jednakowej dobowej produkcji mleka i ilości sesji odciągania ** (-3,5h/tydz) (Groh-Wargo 1995)



**Cochrane
Library**

Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of milk expression for lactating women (Review)

WPŁYW NA GOSPODARKE HORMONALNĄ:

- OKSYTOCYNĄ:
 - Brak różnic w odruchu oksytocynowym pomiędzy poszczególnymi modelami małych laktatorów bateryjnych vs. laktator sieciowy (Francis 2008)
 - Brak różnic w odruchu oksytocynowym pomiędzy odciąganiem jednoczasowym i sekwencyjnym (Prime 2012)
 - Odruch oksytocynowy stymulowany jest przez masaż piersi (Matthiesen et al. 2001), kontakt skóra do skóry (Uvnäs-Moberg 2005) delikatną stymulację brodawek (Rojansky 2001; Summers 1997)
- PRL:
 - Brak różnic dla jednoczasowego i sekwencyjnego odciągania (Groh-Wargo 1995)
 - Większy poziom PRL przy stosowaniu laktatora sieciowego w odciąganiu jednoczasowym vs. odciąganie ręczne, laktator ręczny, laktator bateryjny (Zinaman 1992)
 - Większy poziom PRL w symultanicznym vs. sekwencyjnym (Neifert 1985, n=10)

Zakres odpowiedzi humoralnej

	Ssanie piersi przez dziecko	Odciąganie ręczne	Laktator ręczny	Laktator baterijny	Laktator sieciowy
PROLAKTYNA	55-550ng/ml	67 ng/ml	67 ng/ml	59,7 ng/ml	46-405 ng/ml
POZIOMY PODSTAWOWE: 10 d. 200ng/ml 10-90 d. 60-110ng/ml 90-180 d. 50 ng/ml 180-360 d. 30-40 ng/ml		28-42 d.	28-42 d.	28-42 d.	Sekwencyjne 92,1 +/- 29,2 ng/ml Symultaniczne 136 +/- 31,6 ng/ml (Hill, 1996)
OKSYTOCYN 5-15 JU/ml 100 mU/10 minut	Liczba wypływów: 1-9, Średnio 2,5/karmienie (Kent 2006)				Symultaniczne Liczba wypływów: 5.1±2.0 (Prime DK 2011)

Opr. Marsha Walker, Nehring-Gugulska M

	Dziecko	Ręczne odciąganie	Ręczny laktator	Laktator baterijny	Laktator sieciowy
Zassania/minutę	36–126	zmienne	zmienne	5–60	2–84
Czas trwania podciśnienia	0,7 sekund	brak	zmienne	1–50 sekund	1–3 sekundy
Przerwa między zassaniami	0,7 sekund				
Ilość mleka	0,14 ml/zassanie na początku 0,01 ml/zassanie na końcu 0,25 ml (6 mc) Taki 2012				

Opr. Marsha Walker



Cochrane Database of Systematic Reviews

Methods of milk expression for lactating women (Review)

TRANSFER Z MLEKA ODCIĄGANEGO NA KARMIE NIE PIERSIĄ:

- Brak różnic pomiędzy matkami odciągającymi mleko laktatorem i ręcznie (Boo 2001)
- Korzystny wpływ edukacji matek wcześniaków (opartej na teorii społecznego uczenia się) w zakresie laktacji na: wczesne rozpoczęcie odciągania ($P < 0,004$), częstsze odciąganie, oraz większy odsetek wyłącznego karmienia piersią po wypisie ze szpitala (80% vs 40%) (Ahmed 2008)
- Mały podręczny laktator „petal compression” vs. Laktator elektryczny stacjonarny – częściej przy wypisie karmienie piersią (95%- 1,79 do 32,89) (Burton 2013)

USZKODZENIA SKÓRY:

- Brak uszkodzenia skóry brodawki lub otoczki w grupie stosującej ręczne odciąganie*
- Jeden przypadek uszkodzenia skóry brodawki lub otoczki przy użyciu laktatora ręcznego i stacjonarnego elektrycznego*

*Pessoto 2010

- Podobna częstość występowania uszkodzenia skóry brodawki lub otoczki podczas używania laktatora ręcznego i elektrycznego stacjonarnego (7%)*
- Podobna częstość występowania obrzęku podczas używania laktatora ręcznego i elektrycznego stacjonarnego (4% vs 6%)*
- Pośród 2% użytkowników laktatora elektrycznego stacjonarnego *mastitis***

** Fewtrell 2001

WPŁYW NA SKŁAD MLEKA:

- **TŁUSZCZE:**
 - Wyższa zawartość w mleku odciągającym z jednoczasowym masażem vs. Bez**, ***
 - Korzystny wpływ metod relaksacyjnych podczas odciągania **** ≠ Feher 1989
- **KALORYCZNOŚĆ:**
 - Brak różnic – mleko odciągnięte ręcznie vs. laktatory*
- **BIAŁKO:**
 - Wyższa zawartość w mleku odciągniętym ręcznie vs. laktator ręczny*
 - Niższa zawartość w mleku odciągniętym laktatorem ręcznym vs. elektryczny laktator stacjonarnym*
 - Brak różnic – mleko odciągnięte ręcznie vs. elektryczny laktator stacjonarnym*
- **SÓD, POTAS:**
 - Sód w wyższym stężeniu, potas w stężeniu niższym w mleku odciągniętym ręcznie vs. laktator ręczny*
 - Brak różnic – mleko odciągnięte ręcznie vs. elektryczny laktator stacjonarnym*

OBECNOŚĆ BAKTERII:

- Występowanie wzrostu kolonii bakteryjnych $>10^4$ /ml i $<10^4$ /ml bez różnic w zależności od sposobu odcignięcia mleka (ręczne vs. laktator elektryczny) *

*Pessoto 2010

ORIGINAL ARTICLE

Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants 2012

Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants 2009

J Morton, JY Hall, RJ Wong, L Thairu, WE Benitz and WD Rhine

Department of Pediatrics, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, USA

Połączenie odciągania laktatorem elektrycznym z technikami ręcznymi:

- Zwiększenie produkcji
- Zwiększenie kaloryczności



<http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

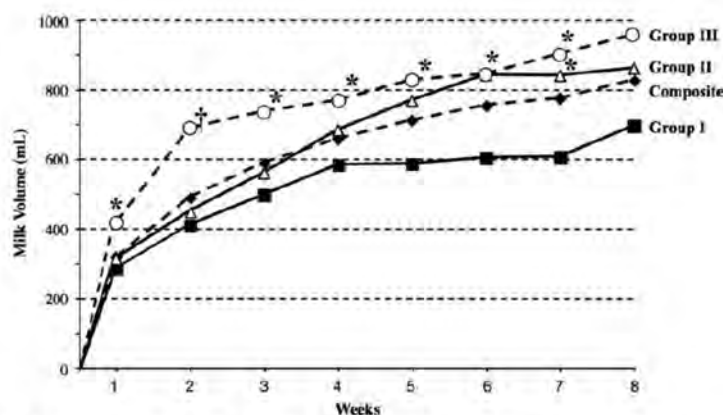


Figure 2 Mean daily volumes (MDV). MDV of expressed milk over the course of the 8-week study of three groups as defined by frequency of hand expression during the first 3 postpartum days. Group I (<2 times per day, $n = 15$), Group II (2 to 5 times per day, $n = 18$) and Group III (>5 times per day, $n = 16$) volumes are shown along with the output data of the Composite Group. Statistical comparisons using ANOVA were performed only between Groups I, II and III. $P < 0.05$ *vs Group I, †vs Groups I and II.

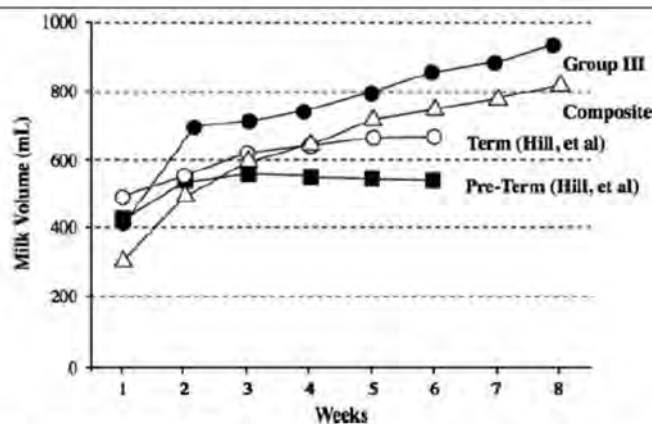


Figure 5 Comparison between milk output of mothers of term and preterm infants. Milk outputs reported by Hill *et al.*⁶ were compared to those of mothers from our study (Composite Group only). The top line shows output of mothers who used hand expression >5 times per day in the first 3 postpartum days (Group III). (Adapted with permission from the *J Hum Lact.*)

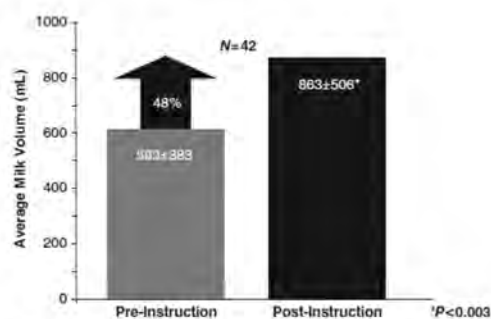


Figure 3 Mean daily volumes (MDV) pre- and postinstruction of hands-on pumping (HOP). In 42 mothers, MDV increased by 48%, comparing each mother's MDV 3 days before her first monitored pumping session (preinstruction) to week 8 (postinstruction) MDV. Data are shown as mean ± s.d. ml.

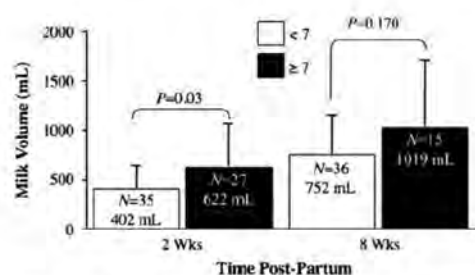
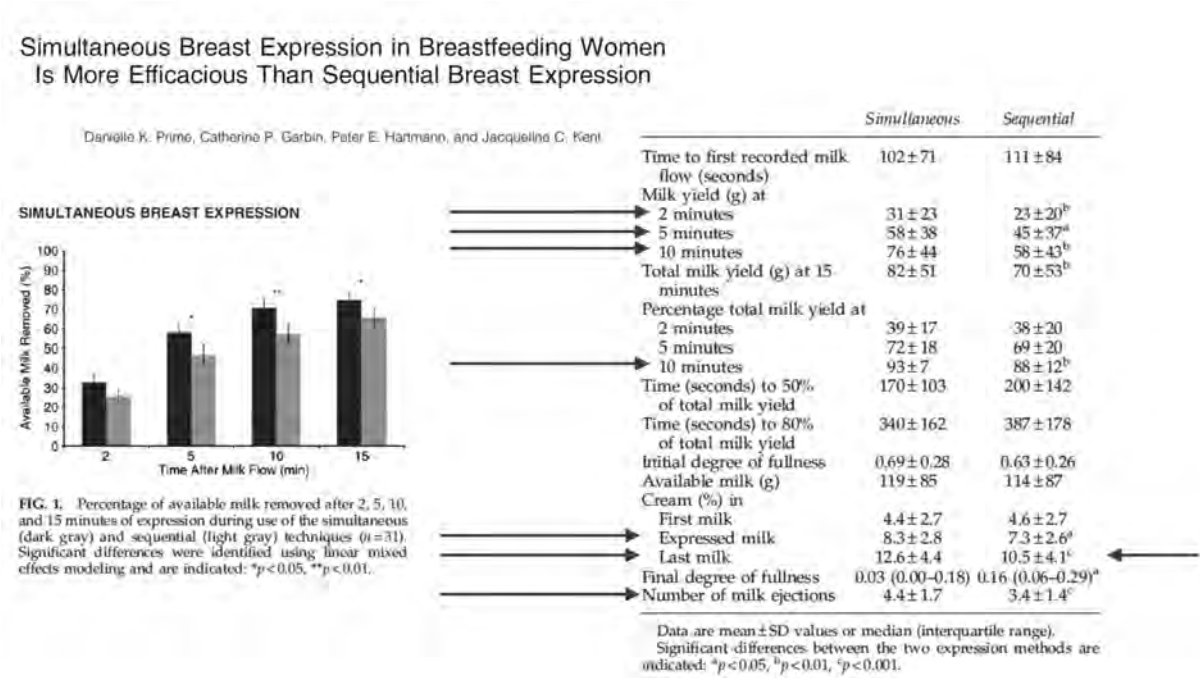


Figure 4 The effect of pumping frequency on early (2 weeks) and late (8 weeks) output. Mothers who pumped with a low frequency (<7 times per day) were compared to those who pumped with a high frequency (≥7 times per day). Data are shown as mean ± s.d. ml. High frequency pumping significantly influenced mean daily volumes (MDV) at 2 weeks ($P = 0.030$), but not at 8 weeks ($P = 0.170$).

Symultaniczne odciąganie pokarmu jest bardziej efektywne niż sekwencyjne.



Volume of Milk Obtained in Relation to Location and Circumstances of Expression in Mothers of Very Low Birth Weight Infants

Juliana Acuña-Muga, RN¹, Noelia Ureta-Velasco, MD¹, Javier de la Cruz-Bértolo, MD², Rosa Ballesteros-López, RN¹, Rocío Sánchez-Martínez, RN¹, Eugenia Miranda-Casabona, RN¹, Almudena Miguel-Trigoso, RN¹, Lidia García-San José, RN¹, and Carmen Pallás-Alonso, MD, PhD¹

Journal of Human Lactation
2014, Vol 30(1) 41–46
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0890334413509140
jhl.sagepub.com
SAGE

Figure 1. Mother Pumping Milk with the Baby in Kangaroo Care.



Table 2. Volume (mL) of Breast Milk Expressions According to Location of Expression and Circumstances.^a

Location and Circumstance of Expression	Unadjusted Estimate	Adjusted by Mother		Adjusted by Mother and Covariate	
	Mean (95% CI)	Mean (95% CI)	P Value	Mean (95% CI)	P Value
Far from the infant	106.3 (102.8-109.9)	97.2 (83.1-111.4)	Reference	97.4 (84.3-110.5)	Reference
Close to the infant	101.8 (97.8-105.9)	101.1 (86.9-115.3)	.045	101.2 (88.1-114.3)	.046
Far from the infant					
At home	107.6 (104.0-111.2)	98.0 (84.1-111.8)	Reference	98.4 (85.3-111.5)	Reference
In hospital, other room	74.8 (56.1-93.5)	87.3 (66.7-107.9)	.185	87.4 (67.3-107.4)	.17
In proximity to the infant					
Beside the incubator	99.4 (93.0-105.9)	96.9 (79.9-113.9)	Reference	96.7 (80.9-112.4)	Reference
KMC	104.2 (96.9-111.6)	108.0 (90.8-125.1)	.0030 ^b	107.7 (91.8-123.5)	.0030 ^b
After KMC	120.8 (111.1-130.5)	117.8 (98.0-137.6)	.0024 ^b	117.7 (99.0-136.5)	.0024 ^b
Kangaroo father care	96.2 (87.6-104.8)	103.0 (85.1-121.0)	.89 ^b	102.6 (85.9-119.4)	.89 ^b

Abbreviations: CI, confidence interval; KMC, kangaroo mother care.

^aThree sets of comparisons are included: (1) far from versus in proximity to the infant; (2) at home versus in another room; and (3) beside the incubator versus the 3 subcategories involving kangaroo care. Covariates for adjustment: gestational age, birth weight, and number and duration of previous lactation.

^bDenotes P values adjusted using Bonferroni's method for simultaneous inference.

Original Article

Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery

Makiko Ohyama, Harumi Watabe and Yumiko Hayasaka

Neonatology and Maternity Ward, Kanagawa Children's Medical Center, Yokohama City, Japan

- Odciąganie ręczne: średnio 2ml (0-12,6) vs. odciąganie laktatorem Symphony: średnio 0,6 ml (0-7,2) [p<0,05]
- Odczuwanie bólu: laktator ręczny 36% bez bólu vs. laktator Symphony 90% bez bólu

Breastfeed Med. 2012 Apr;7(2):100-6. doi: 10.1089/bfm.2011.0013. Epub 2011 Oct 19.

Dynamics of milk removal during simultaneous breast expression in women.

Prime DK¹, Kent JC, Hepworth AR, Trenqove NJ, Hartmann PE.

80% odciąganego mleka zbierane jest w przeciągu 6 minut sesji odciągania.

Autorzy sugerują by matki zależne od laktatora, ograniczone czasowo poinformować o możliwości skrócenia sesji, bez ograniczenia ich częstości.

Ramsay 2006: 45% mleka w ciągu pierwszych 5 min, zalecane powtórzenie po 15 min

Galaktogogi w świetle badań naukowych

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Najczęściej kobiety rezygnują z karmienia, ponieważ myślą, że mają za mało pokarmu. (1,2,3) Wiele matek od pierwszych dni życia dziecka obawia się o ilość mleka. (4) Sytuacje, gdy stymulacja laktacji wydaje się konieczna, ponieważ stwierdza się rzeczywisty niedobór pokarmu należy oddzielać od sytuacji, gdy mamy do czynienia z tzw. pozornym niedoborem pokarmu, kiedy matce wydaje się, że jest go za mało, a wskaźniki obiektywne tego nie potwierdzają. Rzeczywisty niedobór najczęściej, jest wynikiem błędów w postępowaniu i zazwyczaj jest odwracalny. Jednak nie zawsze przyczyną jest błąd czy niedorozwój gruczołu, nierzadko po stronie dziecka jest problem z efektywnym opróżnianiem piersi i najadaniem się. Przejściowe zmniejszenie laktacji może pojawić się po chorobie dziecka lub matki, po dłuższym rozstaniu, u matek długo odciągających pokarm dla dziecka przebywającego w szpitalu, a także w okresach napięcia nerwowego. Najbardziej skuteczną formą pomocy w tych sytuacjach jest kompleksowa porada laktacyjna z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych i zastosowaniem protokołów leczniczych. (4) Takie założenie miałyśmy wykonując badanie obserwacyjne dotyczące 128 kobiet z rzeczywistym niedoborem pokarmu. (5) Najpierw należy ocenić sytuację obiektywnie. Szczegółowej ocenie podlega technika karmienia. Jeśli dziecko jest przystawiane do piersi przynajmniej 8–12 razy na dobę, ssie prawidłowo i słychać miarowe, rytmiczne połykanie przez średnio 16 minut z jednej piersi, jeśli moczy 6–8 pieluszek, oddaje 3–4 stolce, przybiera 25–30 gramów na dobę w pierwszych 3 miesiącach życia to z pewnością najada się, a laktacja ma się dobrze. Stymulacja laktacji jest pierwszą linią postępowania w przypadku niedoboru. Żeby zwiększyć ilość mleka wytwarzanego przez gruczoł piersiowy należy zwiększyć intensywność opróżniania piersi. (3,6) Poprzez poprawę techniki, zwiększenie częstości lub dodatkową stymulację laktatorem elektrycznym można osiągnąć efekt w ciągu kilku dni do 2 tygodni. (3,4,5,6) Warto też zwrócić uwagę na sposób odżywiania matki.

ZALECENIA KTÓRE PRZEKAZYWANO PODCZAS 1 WIZYTY PO USTALENIU DIAGNOZY (5)

- ☐ Korekta techniki przystawiania do piersi
- ☐ Zwiększenie częstości karmień (jedna, obie piersi)
- ☐ Dodatkowe odciąganie pokarmu laktatorem elektrycznym
- ☐ Dokarmianie odciąganym pokarmem
- ☐ Zmniejszenie dokarmiania mieszanką sztuczną
- ☐ Zdrowe, urozmaicone odżywianie matki
- ☐ Preparat naturalny wspomagający wytwarzanie pokarmu

Wydaje się korzystne stosowanie preparatów o działaniu laktogennym (tzw. galaktogogów) jako wspomagających proces stymulacji laktacji. Matki same szukają takich łatwych rozwiązań. Jednak w oderwaniu od poprawy postępowania efekt nie będzie spektakularny. Decyzję o zastosowaniu galaktogogów naturalnych czy leków, powinna podejmować osoba, która prowadzi i monitoruje stymulację laktacji (konsultant/doradca laktacyjny, położna, lekarz). (4)

Matki same szukają takich preparatów:

Badania z USA – 15% sięga po preparaty roślinne

Norwegia to kraj o jednym z najwyższych wskaźników karmienia piersią – 40% kobiet stosuje galaktogogi.

Polska – to kraj, o wysokim wskaźniku rozpoczynania karmienia i wysokim wskaźniku porażek laktacyjnych

56% stosuje różne galaktogogi:

- Herbatki laktacyjne 49%
- Piwo ciemne bezalkoholowe 12%
- Słód jęczmienny 6%
- Leki na rp <1%

Ankieta wśród 732 kobiet 05.2015 <http://mamadu.pl/118499,karmienie-piersia-wyniki-ankiety-dla-mam>

Laktacja to proces zależny od wielu czynników anatomicznych, metabolicznych, hormonalnych, behawioralnych ze strony zarówno matki jak i dziecka. Różnego typu substancje uważane za laktogenne tzw. galactogogues są stosowane tradycyjnie przez matki we wszystkich kulturach. Są to zarówno leki (antagoniści dopaminy, hormony), żywność (owies, ryż brązowy, jęczmień, czosnek i setki innych), jak i zioła.

Zioła

Stosowanie ziół laktogennych jest znane od starożytności. Badacze tematu zidentyfikowali 400 gatunków roślin uważanych za laktogenne. (6,7) Na różne sposoby próbowano wyjaśnić mechanizm działania ziół na laktację zwierząt i ludzi. Dotychczas go nie wyjaśniono (3). Kontrolowanych prób klinicznych jest również niewiele. A jeśli są, nie zawsze potwierdzają tezę (6,7). Badacze są zgodni, że działa tu wiele czynników. Najsilniejszym z nich jest efekt placebo wynikający z przekonania, że istnieje takie działanie terapeutyczne (therapeutic suggestion). (7) Efekt ten wzmacnia tradycja lokalna. Dodatkowe czynniki to te, które mogą skutkować poprawą kondycji mamy m.in. poprawa apetytu, ułatwianie trawienia, skuteczne nawadnianie, obniżenie napięcia nerwowego (6,8) Jest to zrozumiałe, ponieważ proces laktacji jest skomplikowaną funkcją organizmu zależną nie tylko od działania kompleksu hormonów (prolaktyna, oksytocyna, insulina, tyroksyna, STH i in.), ale też od stanu fizycznego i emocjonalnego kobiety. (3) Można też brać pod uwagę zmianę zapachu pokarmu, co może być interesujące dla dziecka. (6,9)

W krajach europejskich najczęściej używane są następujące zioła: kozieradka (łac. *Trigonella foenum*, ang. *fenugreek*), rutwica (łac. *Galega officinalis*, ang. *goat's rue*), niepokalanek pieprzowy (łac. *Vitex agnus casus*, ang. *chasteberry*). Stosuje się też zioła aromatyczne poprawiające trawienie takie jak koper włoski (łac. *Foeniculum vulgare* ang. *fennel*), biedrzynek anyż (łac. *Pimpinella anisum* L. ang. *anisi*), koper ogrodowy (łac. *Anthem graveolens*, ang. *dill*), kmin rzymski (łac. *Cuminum cyminum*, ang. *cumin*), kminek zwyczajny (łac. *Carum carvi*, ang. *caraway*), wpływające na stan emocjonalny matki: melisa (łac. *Melissa officinalis*, ang. *lemon balm*), a także inne, jak pokrzywa (łac. *Urtica dioica*, ang. *stinging nettle*), lipa (łac. *Tiliae inflorescentia*), rumianek (łac. *Matricaria recutita*, ang. *chamomile*). (7,8)

Owoc kopru włoskiego – zawiera olejek eteryczny złożony w 90% z trans-anetholu oraz fenchonu, estragolu, 1,8-cyneolu (eukaliptol) i in. Działa rozkurczowo, wiatropędnie, pobudza tra-

wienie, działa wykrztuśnie, obniża cholesterol*. Polimery trans-anetolu (dianethol, photoanethol) uważane za laktogenne, mają aktywność estrogenną, więc powinny działać odwrotnie. (6,11) Olejki przechodzą do pokarmu matki (transfer), ale oznaczalne stężenia w mleku notowano dopiero podczas podawania wysublimowanych olejków w kapsułkach (100mg). (10) Stosowany w normalnych dawkach jest uznany za bezpieczny w stosowaniu u niemowląt cierpiących na kolikę niemowlęcą (13,14) oraz dobrze tolerowany przez dorosły organizm (FDA) jako aromatyczny dodatek do żywności. Rzadko bywa uczulenie na koper, ale należy je brać pod uwagę.

Owoc anyżu – podobnie jak koper włoski zawiera olejek eteryczny złożony w 90% z trans-anetholu oraz inetylochawikolu, ketonu -aldehydu i kwasu anyżowego, kwasu octowego i innych związków. Działa rozkurczowo, wiatropędnie, pobudza trawienie, działa wykrztuśnie, moczopędnie (nie potwierdzono w RCT). Przypisywane działanie laktogenne, przeciwkolikowe jak opisano powyżej. (6,7) Ma wysoką zawartość kwasów tłuszczowych (oleinowego, petroselinowego, palmitynowego, linolowego). Jest bezpiecznym, cenionym, aromatycznym dodatkiem do żywności, wykorzystywanym też w kosmetologii.

Kozieradka

Badanie Swafford, 2000 – 10 matek przez 2 tyg piło 9 filiżanek naparu. Po 2 tygodniach ilość mleka odciganego zwiększyła się z 207 do 464 ml/dzień. Brak grupy kontrolnej.

Badanie Reeder, 2011 – 26 kobiet – brak potwierdzenia efektu, 3x3 kapsułki 21 dni

Badanie Ghasemi V i wsp. z Iranu, 2015, metodologia wątpliwa.

Możliwe objawy uboczne:

Interakcje z lekami p/cukrzycowymi

Reakcje alergiczne (podobne do astmy)

Zmieniony zapach ciała matki i dziecka (mylony z chorobą syropu klonowego)

Biegunka (najczęściej)

Rutwica – Tradycyjnie stosowana jako środek przeciwcukrzycowy. Zawiera związki guanidyny, m.in. galeginę, która hamuje wchłanianie i wytwarzanie glukozy, korzystnie działa w cukrzycy, z niej powstał Metformin (lek przeciwcukrzycowy). Kiedyś odkryto, że zwiększa mleczność krów, przypisując działanie fitoestrogenom (kemferol, kwercetyna).

U kobiet badania obserwacyjne, małe grupy, bardzo stare, lata 50.–60. 336 matek, brak grupy kontrolnej, randomizacji, zwiększenie produkcji o 30–60% (*Typhl, 1961*)

Możliwe działania uboczne:

U matki może wywołać hipoglikemię

Uwaga na interakcje z lekami p/cukrzycowymi

W jednym kontrolowanym badaniu (RCT) (n=66) wykazano korzystny wpływ na laktację herbatki ziołowej stosowanej po porodzie (Humana), w której skład wchodziły wyżej wymienione zioła (2,6 g hibiskusa, 200 mg ekstraktu z kopru włoskiego, 20 mg oleju z kopru włoskiego, 200 mg rooibos, 200 mg werbeny, 200g liści malin, 100 mg kozieradki, 100 mg rutwicy i 500 mg witaminy C na 100 g produktu). Dłuższej obserwacji nie prowadzono. (10)

Opisano dwa przypadki pogorszenia stanu ogólnego noworodków (apatia, brak reakcji na bodźce), gdy matki piły ponad 2 litry herbatki ziołowej na dobę zawierającej lukrecję, koper, anyż i rutwicę lekarską. Po odstawieniu herbatki stan niemowląt radykalnie poprawił się. (12)

Sylimaryna – Ekstrakt z nasion ostropestu plamistego. Zawiera flawonolignany, należące do grupy fitoestrogenów. W celu zwiększenia działania sylimaryny wytwarza się środki pozwalające na zwiększenie wchłaniania substancji roślinnej z przewodu pokarmowego, w połączeniu z fosfolipidami (fitosomy, liposomy). Zaobserwowano korzystny efekt laktogeny na zwierzętach (Capasso i wsp. 2014)

Di Pierro (2008) wykazał działanie mikronizowanej sylimaryny 420 mg vs placebo u 25 kobiet przez 63 dni. Po 30 dniach 990 ml vs 650 ml – ocena na podstawie ważenia dziecka – uznano za efektywne. Brak działań ubocznych u matki i dziecka.

Badanie kliniczne z randomizacją, podwójnie zaślepienie, kontrolowane placebo. 50 matek w 10 dniu po przedwczesnym urodzeniu dziecka (<32 tyg. C.). Dawkowanie: 1 saszetka, co 12 godzin przez 28 dni. Określano ilość mleka po każdej sesji odciągania pokarmu, lub określano wagę dziecka przed i po karmieniu piersią. Brak wpływu przyjmowania sylimaryny na ilość mleka w punktach końcowych badania tj. 26–28 dzień przyjmowania produktu (36–38 dzień po porodzie). Nie powiązano także ilości mleka (zwiększenia) z długością przyjmowania sylimaryny vs grupa placebo. Brak korelacji z ilością mleka a przyjmowaniem sylimaryny przez 28 dni. Nie wykryto sylimaryny w mleku kobiecym. Żadna z kobiet nie zgłosiła działań niepożądanych. (Peila C. i wsp. 2015)

Są też inne „ziołka” niestosowane w naszej kulturze:

Shatavari (*Asparagus racemosus*)

Dziki szparag lekarski z Indii

2 badanie małe grupy (1996, 2011)

Brak danych o działaniach niepożądanych

Torbangun (*Coleus amboinicus* Laur)

Tradycyjne warzywo z Indonezji

Badanie wskazuje na efektywność zupy z liści torbangun – zwiększenie po 28 dniach o 65% ilości mleka (2006 r)

Chastberry (*Vitex agnus castus*)

L2 (wysokie ryzyko podczas kp) – zawiera diterpeny, agoniści dopaminy – mogą hamować laktację. W Polsce – stosowane w zaburzeniach miesiączkowania, PMS

Słód jęczmienny / beta-glukan

Badania in vitro oraz z udziałem zwierząt i ludzi wskazują na indukcję wydzielania prolaktyny po spożyciu słodu jęczmiennego – może mieć to korzystny wpływ na laktację, szczególnie na jej początkowym etapie, gdy jest zależna od hormonów.

De Rosa et al. Lancet 1981;24,2(8252):934

Carlson at al. J Clin endocrinol Metab 1985

Sawagado et al. Annale debiologic clinique, 1998;46,126–134

Sepheri et al. Proc Soc Exp Biol Med. 1990;194(3):193–7

Sepheri et al. Iranian Journal of Science & Technology, Transaction A, Vol 31, (A3), 223–229,2007

Wady stosowania galaktogogów naturalnych:

- działanie wielu substancji nie jest udokumentowane w kontrolowanych próbach klinicznych
- mechanizm działania nie zawsze jest wyjaśniony (zioła)
- poprzez samoleczenie matki opóźniają zgłoszenie po profesjonalną pomoc laktacyjną
- stosowanie zamiast diagnozy i indywidualnie dostosowanej porady jest nieprofesjonalne (oszukiwanie pacjenta)

Badanie CNoL – porada laktacyjna według protokołu plus sól/beta glukan (5)

Badanie zdrowych matek karmiących, u których zdiagnozowano rzeczywisty niedobór pokarmu 4,8 g słoju oraz min. 200 mg beta-glukanu, 29 osób wykwalifikowanych w udzielaniu porad laktacyjnych: 14 położnych oraz 15 osób posiadających certyfikaty konsultanta/doradcy laktacyjnego (14 położnych i 1 lekarz), badanie obserwacyjne, brak grupy kontrolnej

WYNIKI były zaskakujące. Poprawę laktacji uzyskano u 93% kobiet! Ilość odciąganego pokarmu w ml wzrosła prawie 2,4 razy (29,6 vs. 70,9 ml), jednocześnie niemowlęta otrzymywały 2,6 razy mniej mieszanki mlekozastępczej (115,8 vs. 43,6 ml). Czas miarowego połykania wydłużył się u 91% dzieci. Ponad połowa (59,5%) kobiet stosowała mniej lub całkowicie zaprzestała podawania mieszanki mlekozastępczej po 3 wizytach w poradni laktacyjnej oraz stosowaniu słoju jęczmiennego, jako produktu wspomagającego laktację. Badanie udowodniło wysoką skuteczność porad laktacyjnych udzielanych przez specjalistów laktacyjnych w przypadku rzeczywistego niedoboru pokarmu u matki. Podaż słoju jęczmiennego jako uzupełnienie schematu porady laktacyjnej w przypadku kryzysu laktacyjnego i rzeczywistego niedoboru pokarmu wydaje się uzasadniona. Niemniej, nadal niezbędne są badania z randomizacją, podwójnie ślepą próbą, które potwierdziłyby korzystny wpływ tego składnika

Środki farmakologiczne

Stosowane: antagoniści dopaminy (metoclopramid, domperidone, chlorpromazyna, sulpiryd). Przez obniżenie poziomu DA powodują wzrost PRL. Tylko niewielkie zwiększenie PRL jest potrzebne do wytworzenia dużych objętości mleka. Stosowanie OFF – LABEL!!!

Hormony: tarczycy, wzrostu (ryzykowne)

Metoclopramidum – informacje

Stosowany w gastroenterologii (działa na mięśniówkę przełyku i żołądka przez receptory ACTH, stosowany w dyspepsji, chorobie refluksowej, zespołach motorycznych, objawowo w nudnościach, wymiotach). Stosowany w diagnostyce laboratoryjnej poziomu PRL (poziom po podaniu). Stosowany off-label jako pobudzający laktację. Działania uboczne po stosowaniu pow. 3 tyg (Senność, bóle głowy, dezorientacja, depresja, stany lekowe, pobudzenie, dyskinesje). Możliwe interakcje z inh. wych serotoniny, dlatego nie stosuje się u pacjentek z depresją.

Metoclopramidum – badania

Od 1981 roku pozytywne doniesienia (*Kaupila 1983*)

32 matki, 3x10mg, 87,5% matek zareagowało, o 66-100% zwiększenie laktacji (*Gupta 1985*)
28 kobiet, 3x10mg, brak wpływu w porównaniu z placebo, ale podawano w 96 h po porodzie, gdy PRL jest na wysokim poziomie (*Hansesn 2005*)

Jeśli PRL pow. 100 ng/ml – brak efektu, jeśli 20–30 ng/ml szybka reakcja (*Kaupila 1983*)

Po 7 dniach – spodziewany efekt. Stosowanie tych leków przy zwiększonym już stężeniu PRL we krwi matki nie daje efektu. (11)

Metoclopramid – stosowanie

Jeśli stosować u matek we wczesnym okresie to zasadne wykonać poziom PRL – badanie 3 h po karmieniu.

Żadne lub niskie stężenie w mleku matki (1 dziecko na 5 badanych miało w surowicy oznaczalny poziom odpowiadający minimalnej dawce dziecięcej, tylko Kauppila odnotował wzrost PRL u 4 z 7 dzieci, ale nikt tego potem nie potwierdził.

Nie odnotowano działań ubocznych u dziecka (*Hale 2014*)

Metoclopramidum wg *Hale L2*

Dawka 3 x 10 mg, 3 x 15 mg (1,5 tabl)

Szczyt w mleku po 1–2 h (nie karmić)

Stosowany 7–10–14 dni (*Hale, 2005*)

Efekt po 4–5 dniach

Stopniowe odstawianie przez 5–7 dni, o jedną tabletkę mniej co kilka dni.

Jeśli efekt obniżenia laktacji – wydłużyć zmniejszanie dawki o 10 mg/tydzień

Jeśli efekty uboczne – odstawić

Domperidone – informacje

Stosowany w gastroenterologii (choroba refluksowa, wymioty/nudności, dyspepsja). Niezarejestrowany w wielu krajach. Mniej działań ubocznych, ośrodkowych. Można u matek z depresją. (11) W mniejszym stopniu przenika do mleka.

Domperidone – badania

Wzrost PRL z 8,1 do 124,1 ng/ml (*Brouwers 1980*)

Po 7 dobach 3x10mg wzrost produkcji o 44,5% vs 16,6% placebo (*Da Silva 2001*, 16 matek)

Zwiększenie dawki nie daje efektu, już przy 3 x 10 mg efekt z 8,7 do 23,6 g/h (*Wan 2008*)

U matek wcześniaków po 14 dniach produkcja wzrosła o 267% vs 18,5% placebo, poziom PRL o 97% vs 17%

Lek obwiniany głównie o zaburzenia rytmu z powodu wydłużenia odcinka QTc w EKG

U osób pow. 60 r ż, z chorobami nowotworowymi, podawano dożylnie, przeciwwymiotnie, leki współistniejące, hipokalemia = zab. rytmu (*Osborne 1985*) U młodych kobiet nie notowano wydł. QTc. Nie było żadnego przypadku u matki karmiącej.

W opisie produktu leczniczego – bardzo rzadkie przypadki wydłużenia QTc, arytmii komorowych u pacjentów z tow. chorobami serca lub zażywających leki wydłużające QTc i powodujące zab. elektrolitowe

Ryzyko skorelowane z dawką leku

Wiele innych leków powoduje to wydłużenie, więc możliwe interakcje np. p-grzybicze, antyhistaminiki, makrolidy, p-depresyjne, p-psychotyczne i in.!

W Kanadzie dopuszczony, stosowany powszechnie. W USA niezarejestrowany. W Europie tak.

Dawkowanie

3 x 10 mg NAJLEPIEJ

3 x 20 mg – max. 4 x 20 mg

Nawet 2–4 tygodnie

Potem stopniowe odstawianie, nie zanotowano spadku laktacji po odstawieniu

T max w mleku – 30 minut

PC – zaburzenia rytmu serca, bradykardia, hipokalemia, hiperkalemia, hipomagnezemia, leki wydłużające QTc, zaburzenia elektrolitowe (np. biegunka). Nie stosować z makrolidami, lekami p-grzybiczymi.

Protokół ABM wymienia lek jako farmakologiczny galaktogog działający na zasadzie antagonisty dopaminy i zwiększający stężenie prolaktyny. (3)

Nowy kliniczny protokół stosowania domperidonu u kobiet, które urodziły wcześniaki (Haase B et al. J Hum Lact. 2016 May;32(2):373–81)

W Polsce dostępny Oproperidys 10 mg. Kod ATC A03FA03

DOBRY PRZYKŁAD POSTĘPOWANIA W KANADZIE

1. Intensywna stymulacja laktacji
2. Wspomaganie nefarmakologiczne
3. Wywiad w kierunku chorób układu krążenia i leków
4. Zastosowanie najmniejszej dawki uznanej za skuteczną
5. Monitorowanie postępów stymulacji i stanu matki

RYZKO

Ryzyko wynikające z niekarmienia piersią jest dobrze udokumentowane

Ryzyko stosowania ziół – wg Hale L3

Ryzyko przyjmowania domperidonu hipotetyczne, u młodych kobiet – brak dowodów na toksyczność, wg Hale L1

Słód, sylimaryna – ryzyko zerowe

Stosowanie leków off-label budzi kontrowersje

Warto wiedzieć i czytać:

Trochę inne podejście prezentuje Jędrzej Sarnecki w pracy poglądowej pt. *Galaktogogi – substancje stymulujące laktację*. Standardy med. 2016, t.13, str. 49-52 opracowanej na podstawie: Wilińska M. Schleussner E. *Galactogogues and breastfeeding. Focus on new natural solutions for hypogalactia*. Naturfoods 2015. Leczenie farmakologiczne jest tam przedstawione jako obarczone poważnym zagrożeniem zdrowia dla matki i dziecka, podkreśla się rolę środków naturalnych, zwłaszcza sylimaryny.

Piśmiennictwo:

1. Woś H, Gawęda A. *Przyczyny rezygnacji z karmienia naturalnego dzieci z terenu Górnego Śląska*. Nowa Pediatria 2007;3: 54–59.
2. Anna Szczygieł, Barbara Królak-Olejniak, Dorota Paluszyńska. *Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia karmienia naturalnego – wstępne wyniki polskich badań wieloośrodkowych*. Post.Neonatol. 2015 Vol.21 nr 2; s.13–17.
3. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *ABM clinical protocol #9: use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion* (First revision January 2011). Breastfeed Med. 2011;6:41-9. PMID: 21332371.
4. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. *Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji*. Postępy neonatologii. 2(20) 2014:43–55.
5. Nehring-Gugulska M., Kucia M., Wietrak E. *Stymulacja laktacji z wykorzystaniem słodu jęczmiennego a parametry wzrostowe dziecka w przypadku kryzysu laktacyjnego*. Położna, nauka i praktyka. PZWL 2015.
6. Hale TW., Hartmann PE. *Textbook of Human lactation*. Hale Publishing, Amarillo, Texas 2007.
7. Bingel AS, Farnsworth NR. *Higher plants as potential sources of galactogogues*. In: Wagner H, Hikino H, Farnsworth NR (eds) *Economic and medicinal plant research*. Vol.6 New York, Academic Press, 1994:1–54.
8. Babczyńska-Grazke M. *Zioła i ich zastosowanie w czasie laktacji*. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012. Str.297-302.

9. Hausner H., Bredie W.L., Molgaard C. et al. *Differential transfer of dietary flavour compounds into human breast milk.* *Physiol Behav.* 2008;95:118–24. PMID: 18571209.
10. Turkyilmaz C., Onal E., Hirfanoglu I.M. et al. *The effect of galactagogue herbal tea on breast milk production and short-term catch-up of birth weight in the first week of life.* *J Altern Complement Med.* 2011;17:139–42. PMID: 21261516.
11. Hale TW. *Medications and mothers' milk.* 2014. 16 th edition. Hale Publishing. Omówienie polskie: Laktacyjny Leksykon Leków. Centrum Nauki o Laktacji. http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=131&Itemid=49&lang=pl
12. Rosti L., Nardini A., Bettinelli M.E., Rosti D. *Toxic effects of a herbal tea mixture in two newborns.* *Acta Paediatr.* 1994;83:683. Letter. PMID: 7919774.
13. Alexandrovich I., Rakovitskaya O., Kolmo E. et al. *The effect of fennel (Foeniculum vulgare) seed oil emulsion in infantile colic: a randomized, placebo-controlled study.* *Altern Ther Health Med.* 2003;9:58-61. PMID: 12868253
14. Savino F., Cresi F., Castagno E., Silvestro L., Oggero R. *A randomized double-blind placebo-controlled trial of a standardized extract of Matricariae recutita, Foeniculum vulgare and Melissa officinalis (ColiMil) in the treatment of breastfed colicky infants.* *Phytother Res.* 2005;19:335–40. PMID: 16041731.



dr n. biol. Aleksandra Wesołowska

Prezes Fundacji Bank Mleka Kobięcego, kierownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Warszawie w Szpitalu im. Św Rodziny, pracownik naukowo-dydaktyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Lider grantu dofinansowanego z II Konkursu Innowacje Społeczne pt "Laktotechnologia jako odpowiedź na specjalne potrzeby żywieniowe dzieci urodzonych przedwcześnie". Członek Zarządu w European Milk Bank Association (EMBA) oraz koordynator reaktywacji banków mleka z ramienia EMBA na Polskę. Laureatka prestiżowej nagrody im. T. Sendzimira przyznanej w 2008 roku przez Fundację Kościuszkowską za projekt reaktywacji banków mleka w Polsce. Autorka licznych artykułów i wystąpień w prasie branżowej i kobiecej na temat idei banku mleka kobiecego i sposobu działania takich placówek w Polsce i za granicą. Mama trójki dzieci.

Stymulacja laktacji u mam wcześniaków. Wyniki badania FEMA

dr n. biol. Aleksandra Wesołowska

Prawidłowo przebiegająca laktogeneza II jest kluczowa w przypadku kobiet, które planują jak najdłuższe karmienie piersią. W praktyce niestety spotykamy się z wieloma czynnikami zakłócającymi wystąpienie nawału mlecznego, który warunkuje prawidłową laktację. Opóźnienie laktogenezy II może być związane m.in. ze stresem okołoporodowym, cesarskim cięciem, pierwotnym bezmlecznością, chorobami takimi jak otyłość, nadciśnienie, cukrzyca czy też opóźnionym kontaktem „skóra do skóry”. Zaburzona laktogeneza II ma najczęściej miejsce w przypadku palenia papierosów przez matkę, niedorozwoju tkanki gruczołowej piersi, pozostawienia części łóżyska po porodzie, niedoczynności tarczycy, przysadki mózgowej czy syndromem policystycznych jajników.

Grupą która jest szczególnie narażona na problemy laktacyjne są matki wcześniaków. W przypadku porodu przedwczesnego opieka laktacyjna powinna być kompleksowa i obejmować odpowiednio do potrzeb dostęp do profesjonalnego sprzętu stymulującego laktację, wsparcie laktacyjne realizowane przez wyedukowanego doradcę, pomoc psychologiczną, czy dostęp do mleka z banku mleka. Podstawowym kryterium zastosowanie danego preparatu powinno być bezpieczeństwo. Wiele dostępnych na rynku produktów jest niedostatecznie sprawdzonych pod tym względem, a ich wieloskładnikowy charakter utrudnia ocenę efektywności. Zbadanie skuteczności i bezpieczeństwa innowacyjnego preparatu Femaltiker z unikalną formułą Lactanell zawierającego ekstrakt słoju jęczmiennego z wystandaryzowaną zawartością beta glukanu oraz ekstraktem z melisy lekarskiej było celem badania klinicznego przeprowadzonego przez Fundację Bank Mleka Kobiecego. Asumptem do podjęcia badań nad skutecznością preparatu opracowanego przez Dział R&D firmy Holbex Sp. z o.o. był przegląd literatury opublikowany przez Prof. Berthold Koletzko wskazujący na możliwe laktogenne działanie słoju jęczmiennego.

Badanie przeprowadzono w dwóch warszawskich szpitalach o III stopniu referencyjności (Szpital kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej na Karowej oraz Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka) gdzie zrekrutowano mamy wcześniaków urodzonych między 25 a 37 tyg. ciąży. Pary mama-dziecko były losowo przydzielane do grupy Femaltiker (n=40) lub placebo (n=40) w 2 dobie po porodzie. Wszystkie kobiety były pod opieką certyfikowanego doradcy laktacyjnego i miały dostęp do laktatora klasy szpitalnej, którym odciągały mleko co najmniej 6 razy dziennie przez 12 dni trwania badania. Dodatkowo kobiety prowadziły dzienniczki laktacyjne, zapisując ilości odciąganej mleka o każdej sesji. Femaltiker lub placebo było przyjmowane 2 razy dziennie przez cały okres trwania badania. Mamy w dniu włączenia do badania, w dniu 6 i dniu 12 w obecności doradcy odbywały 1 sesję odciągania pokarmu laktatorem. Ponadto zapisywana była całkowita ilość mleka odciągniętego w ciągu całej doby przed każdą z kolejnych 2 monitorowanych sesji.

Jednym z najważniejszych wyników wskazujących jednoznacznie na to, że formuła Lactanell działa pobudzająco na gruczoł mlekowy była statystycznie większa ilość odciąganej mleka w porównaniu do grupy placebo. W całym okresie trwania badania, na podstawie zsumowanych wyników z dzienniczek laktacyjnych, mamy w grupie Femaltiker odciągnęły aż o 1700 ml więcej mleka vs. grupa placebo. Wynik ten odpowiada aż 43% pokarmu więcej. Średnia ilość mleka oznaczona na dobę przed ostatnią sesją przeprowadzoną w obecności doradcy laktacyjnego w 12 dniu badania była o 34% większa w grupie Femaltiker. W przeliczeniu na porcję

mamy przyjmujące Lactanell mogły zapewnić aż 3 posiłki dziennie więcej swojemu dziecku. Wyniki dla pojedynczej sesji odciągania pokarmu na zakończenie badania także były wyższe w grupie Femaltiker – mamy odciągały o 24% więcej mleka w porównaniu do grupy placebo. Jaka zatem może być konkluzja? W celu stymulacji laktacji, a w szczególności skutecznego zwiększenia ilości mleka należy stosować Femaltiker z Lactanell w schemacie 2 razy dziennie od 2 doby po porodzie.

Mleko mamy szczególnie w przypadku dziecka urodzonego przedwcześnie zyskuje status leku, dlatego każda nawet najmniejsza jego ilość jest na wagę złota. Bezpieczne i potwierdzone badaniami klinicznymi naturalne sposoby na zwiększenie ilości mleka, w tym stosowanie słoju jęczmiennego, powinny być włączone w schemat stymulacji laktacji.

Piśmiennictwo:

Abstrakt nr P-120. FEMALTIKER INDUCES AN INCREASE OF MOTHER'S MILK OF PRETERM INFANTS IN A PROLACTIN-INDEPENDENT MANNER. BFM-2016 18 Zjazd Towarzystwa Nauk o Mleku Kobięcym i Laktacji Abstrakt BFM-2016



Katarzyna Raczek-Pakuła

Lekarz pediatra, IBCLC. Kilkanaście lat pracuje w Poradni Laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii (obecnie Centrum Medyczne „Żelazna”) oraz w Poradni Laktacyjnej Przychodni Babka Medica w Warszawie, prowadzi też własną praktykę lekarską. Członek PTKiDL. Żona i matka, harcerka, rowerzystka i łazik górski.



Magdalena Bednarczyk

Terapeuta wczesnej interwencji, konsultant WUM w zakresie neurologopedii. Pracuje w poradni specjalistycznej Centrum Medycznego Żelazna w Warszawie. Szczęśliwa Matka Polka trojga dzieci. Dzięki własnemu doświadczeniu, wspierająca pod każdym względem bliźnięta.

Jak ocenić funkcję języka, jak rozpoznać typ wędzidełka, jak je podciąć i czy to ma sens?

Warsztat

lek. Monika Żukowska-Rubik, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,
lek. Katarzyna Raczek-Pakuła, mgr Magdalena Bednarczyk

W ostatnich latach obserwujemy niezwykłą modę na „wędzidełka”. Do poradni laktacyjnej trafia wiele niemowląt z podejrzeniem skróconego wędzidełka. Jest ono uważane za głównego, a często jedynego winowajcę trudności w karmieniu piersią. Jeżeli nie ma trudności w karmieniu, to rodziców uprzedza się, że będą problemy z wymową. Doradca laktacyjny musi umieć przeprowadzić ocenę sytuacji, postawić właściwą diagnozę używając rzetelnych narzędzi, nie oceny „na oko” oraz odpowiedzieć rodzicom na ich wątpliwości i w razie potrzeby pokierować dziecko na zabieg frenotomii.

Pierwsze badanie jamy ustnej powinno odbyć się wkrótce po urodzeniu, w celu dokonania oceny a) symetrii, ruchomości i wielkości języka, b) podniebienia, c) poprawności odruchu ssania (pkt. XII.10.5). Zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, wykonuje je lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, w ciągu pierwszych 12 godzin życia noworodka (Standardy Opieki Okołoporodowej, pkt. XII.10.5; Dz. U. z 2012 r. poz. 1100).

W czasie porady laktacyjnej również prowadzimy szczegółową anatomię i funkcję jamy ustnej. Oceny dokonuje się w stanie spoczynku i podczas karmienia. Warto wykorzystać narzędzie jakim jest **PROTOKÓŁ OCENY UMIEJĘTNOŚCI SSANIA PIERSI (Protokół)**.

Tabela 1. Ocena budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych.

Oceniany element	Za prawidłowy 1 punkt, za nieprawidłowy 0	Punkty	Jeśli nieprawidłowy właściwe podkreślić	Postępowanie(jeśli 0 pkt)
wargi	napięte prawidłowo, domknięte		wiotkie, otwarte napięte, zaciśnięte	Konsultacja doradcy laktacyjnego/neurologopedy
policzki	dobrze rozwinięta tkanka tłuszczowa		slabo rozwinięta tkanka tłuszczowa	Konsultacja doradcy laktacyjnego/neurologopedy
żuchwa	cofnięta fizjologicznie		cofnięta nadmiernie małożuchwie	Konsultacja doradcy laktacyjnego/neurologopedy
język	ułożenie wysokie fizjologiczne		cofnięty, wiotki, wysunięty, płaski	Konsultacja doradcy laktacyjnego/neurologopedy
podniebienie twarde	prawidłowe		wysokie gotyckie	Konsultacja doradcy laktacyjnego/neurologopedy
wędzidełko języka	prawidłowe		skrócone, ale elastyczne skrócone typ przedni skrócone typ tylny	dalsza obserwacja frenulotomia neonatolog/pediatra frenulotomia frenulotomia (laryngolog/chirurg stomatolog)

Odruchy:

szukania	prawidłowy	słabo wyrażony brak	dalsza obserwacja neurolog
ssania	prawidłowy	słaby brak	dalsza obserwacja neurolog
kąsania	prawidłowy	wygórowany	konsultacja neurologopedy
Liczba uzyskanych pkt			
Jeśli 9 punktów		Jeśli 0-8 pkt	
Prawidłowa budowa jamy ustnej i prawidłowe odruchy.		Nieprawidłowości w zakresie budowy i funkcji jamy ustnej wymagające dalszego postępowania.	

W toku badania wychwycono nieprawidłowość:

wędzidełko języka	prawidłowe	0	skrótowe, ale elastyczne skrótowe typ przedni skrótowe typ tylny	dalsza obserwacja frenulotomia neonatolog/pediatra frenulotomia (laryngolog/chirurg stomatolog)
-------------------	------------	---	--	--

Ankyloglossia (Q 38.1) – upośledzony ruch i funkcja języka z powodu wrodzonej anomalii anatomicznej jaką jest hipertroficzne (krótkie, nieelastyczne) wędzidełko języka (frenulum, ang. Tongue-tie).

OCENA SYTUACJI KLINICZNEJ**Wywiad – pytania, które muszą być zadane:**

- Czy brodawki były lub są poranione?
- Czy karmienie jest bolesne?
- Jak dziecko przybysza na wadze?
- Jak duży był poporodowy ubytek mc?
- Ile czasu trwają karmienia?

Elementy, które muszą być ocenione:

- Anatomia języka i wędzidełka: kształt języka, miejsca przyczepów, długość, grubość, elastyczność – określenie typu wędzidełka (4 typy), wg Watson-Genna, skala Hazelbacher
- Funkcja języka (wysuwanie, unoszenie, lateralizacja) - skala Hazelbacher
- Ocena karmienia : pozycja, umiejętność chwytania i ssania, efektywność pobierania pokarmu, skuteczność karmienia (Protokół)
- Stan gruczołu piersiowego i brodawek u matki (tabela 7) NOWOŚĆ
- Obecność 4 typowych problemów z karmieniem: trudności/brak chwytania, nieefektywne/długie karmienia, bolesne/poranione brodawki, brak/słabe przyrosty mc

PODSUMOWANIE OCENY – typ wędzidełka

typ	Przyczepy górny i dolny
Typ 1	przyczep do czubka języka i do dolnego wału dziąsłowego
Typ 2	przyczep 2–4 mm od czubka języka i do dolnego wału dziąsłowego lub tuż za nim do dna jamy ustnej
Typ 3	przyczep do środkowej części dolnej powierzchni języka i do środka dna jamy ustnej, czasem język ma kształt serduszka
Typ 4	podśluzówkowe, przyczep języka do dna jamy ustnej u podstawy języka, wędzidełko grube, włókniste, nieelastyczne. Nie widać wędzidełka, a ruchomość języka upośledzona u zdrowego neurologicznie dziecka

Na podstawie Watson-Genna C.

Upośledzona/prawidłowa ruchomość języka (skala Hazelbaker)

Obecność 4 typowych problemów z karmieniem:

- ☐ trudności/brak chwytania,
- ☐ nieefektywne/długie karmienia,
- ☐ bolesne/poranione brodawki,
- ☐ brak/słabe przyrosty mc

POSTĘPOWANIE:

Instruktaż prawidłowego przystawiania i korekta nieprawidłowości w zakresie techniki karmienia
ZAWSZE, TAKŻE PO ZABIEGU!

FRENOTOMIA (zabieg podcięcia wędzidełka) NIE ZAWSZE!

Ocena skuteczności karmienia ZAWSZE, TAKŻE PO ZABIEGU!

Interwencje logopedyczne CZASEM, TAKŻE PO ZABIEGU

DECYZJA TERAPEUTYCZNA – WARIANTY

PROBLEMY WYNIKAJĄCE Z OBECNOŚCI WĘDZIDEŁKA:

Piśmiennictwo:

PROTOKÓŁ OCENY UMIEJĘTNOŚCI SSANIA PIERSI Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Stobnicka-Stolarska P (Centrum Nauki o Laktacji) Paradowska B (Stowarzyszenie Terapeutów Metody Castillo Moralesa) Postępy Neonatologii 1 (20), 2014: 53 – 65

Watson-Genna C . Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, Jones and Burtlet Publishers

Buryk M., Bloom D., Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. Pediatrics 2011; 128: 280.

Geddes D. i wsp. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. Pediatrics 2008;122: e194.

Sioda T. Krótkie wędzidełko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią. Post. Neonatol 2007; 1(11): 52–27.

Hazelbaker AK. The Assesment tool for lingual frenulum function (ATLFF): Use in a lactation consultant private practice.,Pacific Oaks College, Pasadena 1993; modyfikacja z 1998 roku.

Amir L.H. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. Int. Breastfeed. J. 2006; 1: 3.

Żukowska-Rubik M, Osuch K. Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym. Położna: Nauka i Praktyka. 2011;4:48-53.



Agnieszka Pietkiewicz

Dr n. o zdrowiu, psycholog, psychoterapeuta, CDL, pracuje w Szpitalu Św. Wojciecha w Gdańsku oraz prowadzi praktykę indywidualną w gabinecie psychoterapeutycznym. W CNoL pełni funkcję specjalisty ds. standardu CDL, prowadzi szkolenia łączące tematykę psychologiczną i laktacyjną. Wielbicielka turystyki pieszej i teatru na przyzwoitym poziomie.

Chmury nad kołyską – opieka laktacyjna nad matką zmagającą się z depresją poporodową

dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz

Pojawiające się podczas ciąży, porodu i połogu zmiany biologiczne oraz towarzyszące im komplikacje niosą ze sobą zagrożenie rozwinięcia zaburzeń psychicznych (1). W tym okresie występują depresja poporodowa, depresja w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych, psychoza połogowa, zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Czynniki zwiększające ryzyko problemów to m.in. występowanie w przeszłości zaburzeń psychicznych i prób samobójczych, obecność zaburzeń psychicznych w rodzinie, problemy związane z poprzednimi ciążami (poronienie, choroba lub wady genetyczne dziecka), niewłaściwa opieka prenatalna, nadużywanie środków psychoaktywnych, alkoholu (2). Depresja poporodowa (10–25% matek) pojawia się w ciągu 4–8 tygodni po porodzie, choć w opinii części badaczy okres ten należy przedłużyć nawet do 3 miesięcy (3). Bardziej narażone na występowanie depresji poporodowej są osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, zwłaszcza zaburzenia nastroju, stany lękowe, uzależnienia (4,5). Typowo depresyjnym objawom utrudniającym matce opiekę nad dzieckiem (zmęczenie, obniżona aktywność, obniżony nastrój), towarzyszą trudności z rozpoznawaniem, czego potrzebuje noworodek oraz jak na te potrzeby reagować. Dominujące uczucia to niepokój o stan zdrowia dziecka, poczucie winy, smutek, ale także wrogość w stosunku do dziecka. Występują także: przekonanie o byciu złą matką, niska samoocena, trudności w podejmowaniu decyzji, wycofanie z kontaktów społecznych, poczucie izolacji i braku wsparcia.

Zastosowanie psychoterapii i interwencji psychospołecznych obniża o 30% nasilenie objawów depresji poporodowej (3). Zdaniem badaczy psychoterapia może przyczyniać się do poprawy porównywalnej do efektów stosowania leków przeciwdepresyjnych (6). Ma to szczególne znaczenie dla utrzymania karmienia piersią: połączenie działań psychoterapeutycznych i farmakoterapii z pomocą leków dozwolonych w trakcie laktacji może pozwoli uniknąć odstawienia dziecka od piersi. Objęcie działaniami psychoterapeutycznymi ciężarnych z zaburzeniami nastroju niejednokrotnie pozwala ograniczyć stosowanie farmakoterapii po porodzie, a w niektórych przypadkach nawet uniknąć jej stosowania (1).

Skrajną postacią zaburzeń okołoporodowych są psychozy poporodowe, a ryzyko ich wystąpienia jest większe u matek cierpiących na depresję lub psychozę maniako-depresyjną w okresie ciąży oraz kobiet, w których rodzinie pojawiło się to lub inne zaburzenie psychiczne lub choroba alkoholowa (7).

Fachowa pomoc udzielona w sytuacji okołoporodowej nabiera szczególnego znaczenia jeżeli dotyczy to kobiet, które zmagają się z różnymi obciążeniami związanymi z własną sytuacją psychospołeczną, np. istniejącymi w rodzinie zaburzeniami psychicznymi czy uzależnieniami. W tej sytuacji matce bez specjalistycznego wsparcia może być znacznie trudniej przezwyciężyć kryzys i stres, który się wiąże z narodzinami dziecka. Skutki depresji dotyczą matki, dziecka i pozostałych osób w rodzinie. Kobieta w mniejszym stopniu angażuje się w relację z dzieckiem, trudno jej dopasować się emocjonalnie i behawioralnie do potrzeb dziecka. Trudności z nawiązaniem więzi utrzymują się nawet po ustąpieniu powyższych zaburzeń. U dzieci depresyjnych matek występuje większe ryzyko występowania problemów psychiatrycznych i deficytów więzi (8).

Zarówno w ciąży jak i po porodzie ważną funkcję prewencyjną pełni profesjonalne wsparcie i objęcie opieką psychologiczną całej rodziny. Wielu autorów zwraca uwagę na znaczenie psychoedukacji partnera matki cierpiącej na zaburzenia psychiczne (6), interwencje ukierunkowane na funkcjonowanie pary rodzicielskiej i włączania w proces leczenia pozostałych członków rodziny (1).

Wspieranie karmienia piersią u kobiet zmagających się z depresją poporodową pełni zarówno funkcję ochronną dla matki, jak i dla dziecka. Karmienie piersią zwiększa emocjonalną odpowiedź matki w relacji z dzieckiem, a utrzymanie naturalnego karmienia chroni niemowlę przed niektórymi negatywnymi skutkami psychologicznymi i fizjologicznymi w sytuacji przeżywanej przez matkę depresji (9).

1. Müldner-Nieckowski Ł i wsp., *Multiaxial changes in pregnancy: mental health – a review of the literature*. Ginekologia Polska 2014; 85, 10, s.784–787.
2. Rymaszewska, M. Dolna, M. Gryboś, A. Kiejna. *Zaburzenia psychiczne okołoporodowe – epidemiologia, etiologia, klasyfikacja, leczenie*. Ginekologia Polska 2005, 76, 4, s. 322–330
3. Maliszewska K., Preis K., *Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy*. Annales Academiae Medicae Gedanensis, 44/2014, s. 105–111.
4. Bielawska-Batorowicz E., *Psychologiczne aspekty prokreacji*. „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005, 221–242.
5. Freeman M.P, Keck P.E., McElroy S.L., *Postpartum depression with bipolar disorder*. Am. J. Psychiatry 2001; s. 158–652.
6. Rzewuska M., *Zaburzenia psychiczne w ciąży i poporodowe i ich leczenie*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2009, 9, 1, s. 7–28
7. Born L., Zinga D., Steiner M., *Problemy związane z wykrywaniem i diagnozowaniem zaburzeń poporodowych*. Psychiatria po Dyplomie, 2004/1, 6, s. 27–36.
8. Bailham D, Joseph S., *Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice*. Psychology, Health & Medicine. 2003, 8, s.159–168.
9. Jones, N.A. *The Protective Effects of Breastfeeding for Infants of Depressed Mothers*. Breastfeeding Abstracts 200, 24, 3, s. 19–20.



Agnieszka Muszyńska

CDL, magister położnictwa, pracuje jako edukator ds. laktacji w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie i prowadzi tam: Poradnię Laktacyjną, zajęcia dla rodziców wcześniaków oraz publikuje poradniki dla rodziców. Od kilku lat wykładowca i trener w CNoL, członek PTKiDL. Prywatnie mama trójki dzieci, urlop spędza najchętniej w górach (z plecakiem), jest w trakcie zdobywania Korony Gór Polski.

Jak zmieniać oblicze polskiego Szpitala na przyjazne mamie karmiącej i nie załamać się?

mgr Agnieszka Muszyńska