

X Jubileuszowy Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 9-10 czerwca 2017r.



*Karmienie piersią
to nie tylko żywienie!*

www.kobiety.med.pl

10 lat Centrum Nauki o Laktacji

10 lat istnieje Centrum, 10 lat mają pierwsze certyfikaty Doradców Laktacyjnych, 10 lat ma znak towarowy CDL, 10 lat szkolimy personel medyczny w zakresie laktacji jako niepubliczna placówka edukacyjna, 10 lat organizujemy konferencje naukowo-szkoleniowe z udziałem międzynarodowych gości dla naszych absolwentów, sympatyków i współpracujących z nami placówek leczniczych...

Początki

W 2006 roku, w toku składania projektu do Wojewódzkiego Urzędu Pracy, zaistniała formalna konieczność rejestracji działalności szkoleniowej, którą grupa lekarzy i położnych (konsultantów laktacyjnych) prowadziła w ramach Komisji Edukacji Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Wniosek o rejestrację takiej placówki złożyła p. Katarzyna Kaczor (dziś Stelągowska) do Urzędu Miasta Warszawa. Zarząd KUKP w trybie głosowania wyraził zgodę i powołał dr Magdalenę Nehring-Gugulską na dyrektora placówki. „*Super pomysł*” pisała w liście z 10 września 2006 śp. dr n. med. Anna Oslisło, dziś patron szkoły. „*Szkoła nie jest złym pomysłem, jestem za. Zdaje sobie jednak Pani Dyrektor (widzę Panią doktor na tym stanowisku) sprawę, że będzie to związane z wieloma dość drobiazgowymi pracami księgowymi*” – pisał do mnie prof. Jerzy Woy-Wojciechowski. Wpis do ewidencji placówek nr 931K otrzymaliśmy 20 listopada 2006, faktyczną działalność rozpoczęliśmy z początkiem roku 2007. Wszystkie szkolenia uzyskały akredytację Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Szkoła została wpisana do ewidencji organizatorów kształcenia podyplomowego lekarzy oraz położnych i pielęgniarek.

Certyfikat

Jeszcze w 2006 roku złożyliśmy wniosek o rejestrację zawodu medycznego – konsultant laktacyjny – przy aprobachie śp. prof. Zbigniewa Religi, ówczesnego Ministra Zdrowia. Konsultanci krajowi nie wyrazili zgody. Wyjątkiem była Pani Prof. Ewa Helwich, która znalazła „*rozwiązanie kompromisowe: certyfikat możliwy do uzyskania przez przedstawiciela zawodu medycznego po odbyciu przewidzianego przepisami szkolenia*”. 2.11.2006 r., podczas spotkania w restauracji „Kuźnia smaku” – trzy kobiety – Beata Szyber, Monika Żukowska-Rubik i ja wymyśliły polski odpowiednik certyfikatu IBCLC przeznaczony dla zawodu medycznego. Istotną różnicą miał być egzamin praktyczny. Pierwsze certyfikaty CDL nadano 18-stu doradcom dnia 26 maja 2007 roku podczas konferencji KUKP w Warszawie. 15.05.2010 r. zawężono zawody medyczne do lekarzy, położnych, pielęgniarek sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem zgodnie z wytycznymi Min. Zdr. „*zadania związane z opieką nad matką oraz noworodkiem, w tym dotyczące poradnictwa laktacyjnego realizowane są przez osoby posiadające w szczególności uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej*”. Po 7 latach certyfikat trzeba odnowić. Znak CDL jest prawnie chroniony.

Zmiana jednostki prowadzącej

28 maja 2008 Zarząd Główny podjął decyzję o możliwości oddzielenia CNoL oraz Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych (RMKL) od Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Rada z czasem przekształciła się w Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców laktacyjnych, a CNoL przeszedł pod skrzydła Fundacji Twórczych Kobiet. Powstałe w ten sposób trzy mniejsze jednostki miały prowadzić ścisłą współpracę.

CNoL dziś

Działalność szkoleniowa

Jest sztandarową aktywnością Centrum. A wszystko dzięki ludziom. Autorzy programów kształcenia, wykładowcy i trenerzy to wyjątkowe osoby. Entuzjaści i pionierzy polskiej laktacji, twórcy

poradnictwa laktacyjnego, uznane autorytety oraz autorzy podręczników, publikacji i prac naukowych w tej dziedzinie. Są praktykami i dzielą się doświadczeniem, wielu prowadzi poradnie laktacyjne i jest Międzynarodowymi Dyplomowanymi Konsultantami Laktacyjnymi (IBCLC) zrzeszonymi w Polskim Towarzystwie Konsultantów i Doradców Laktacyjnych. Są przy tym pasjonatami nauczania, sami się szkolą, aby skuteczniej uczyć, znają i rozwijają techniki aktywnego nauczania, wielu jest nauczycielami akademickimi. Dla CNoL pracuje 40 wykładowców, 30 trenerów, 16 egzaminatorów. Praktyki odbywają się w 20 placówkach leczniczych.

W latach 2007–2017 odbyły się 184 kursy, w których wzięło udział 7085 osób. Najważniejszym kursem jest kurs Problemy w laktacji, przygotowujący do uzyskania certyfikatu CDL, obecnie ma 105 godzin zegarowych, w tym 25 godzin zajęć praktycznych pod nadzorem. Odbyło się 13 kursów dla 715 osób. Popularnym kursem jest 12-sto godzinny kurs wyjazdowy „Karmienie piersią standardem w opiece okołoporodowej”. Takich kursów przeprowadziliśmy już 125, wzięły w nich udział 4952 osoby, w samym 2017 roku – 14 kursów dla 510 pracowników szpitali!

Każdego roku organizujemy konferencję szkoleniowo-naukową. W 9 konferencjach wzięło udział 2130 uczestników, w tegorocznej spodziewamy się 320 osób, to razem 2350. Pani profesor Ewa Dmoch-Gajzlerska jest z nami od początku, a od 2013 roku Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jest zawsze współorganizatorem zjazdu. Od początku nas wspiera nas Pani Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniki, a Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, wcześniej RMKL, jest stałym partnerem lub współorganizatorem zjazdów. Od 2012 roku nad Centrum czuwa Rada Naukowa, w której zasiadają obie Panie Profesor oraz: prof. Hanna Szajewska, dr Elwira Soplińska, dr n. hum. Barbara Kot-Doniec, Barbara Wilson-Clay, a także Panowie Profesorowie: Ryszard Lauterbach, Jerzy Leibschang, Andrzej Radzikowski, Jacek Rudnicki oraz dr n. med. Wojciech Puzyna. Stałymi partnerami od początku do dziś są: Fundacja Rodzić po Ludzku, Fundacja Bank Mleka Kobięcego, Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnych Metod Planowania Rodziny, Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej. Goście zagraniczni, którzy do nas przyjechali i mieli wystąpienia:

Marc Cregan – australijski naukowiec, odkrywca komórek macierzystych w pokarmie kobiecym. 2008 r.

Barbara Wilson-Clay – konsultantka laktacyjna z Austin w Teksasie (USA), autorka The Breast-feeding Atlas. 2011 r. i 2017 r.

Kerstin Uvnäs-Moberg – Profesor fizjologii Uniwersytetu Karolinska w Szwecji, badacz i ekspert fizjologii układu pokarmowego oraz wydzielania i funkcji oksytocyny; 2013r.

Paula Meier – Profesor na wydziale pediatrii w Rush University Medical Center w Chicago (USA), dyrektor ds. badań klinicznych i laktacji w ośrodkach intensywnej terapii noworodków. 2013r.

Peter Hartmann – Profesor biochemii na Uniwersytecie Zachodniej Australii, 2014r.

Donna Geddes – Profesor na Uniwersytecie Zachodniej Australii, współpracuje z Peterem Hartmannem w ramach Grupy Badawczej ds. Laktacji u Ludzi. 2014r.

Diane Spatz – Profesor Uniwersytetu w Pensylwanii (USA), Kierownik Badań i Programu Laktacyjnego w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii, 2016 r

Od kuchni

Pomimo tak ogromnej działalności CNoL nie posiada budynku, biura i sekretarek na etacie (!). Ale ma wspaniały zespół złożony z prawdziwych przyjaciół: Moniki Marzec, koordynatorki szkoleń, Kasi Stelągowskiej – sekretarza szkoły, Agnieszki Świątek – administratora szkoły, Magdaleny Jędrusek i Justyny Włosowskiej-Kupis – dział marketingu, Krzysztofa Kolińskiego – informatyka i Ewy Perkowskiej – księgowej oraz Klary Zawady – grafika. Bez tych ludzi nie byłoby nic. Większość trwa na stanowisku od początku! Warto dodać, że w wielu pracach pomagają nam... nasze dzieci!

Certyfikaty i tytuły

Obecnie 403 osoby w Polsce posiadają ważny tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego, najwięcej w województwie mazowieckim – 108 osób. Pracują w 160 poradniach laktacyjnych w Polsce oraz w szpitalach i przychodniach, w środowisku, a także na uczelniach medycznych.

20 osób odznaczono honorowym tytułem Promotor Karmienia Piersią, 135 osobom nadano tytuł po odbyciu kursu. To pokaźna grupa, działająca na polu promowania karmienia naturalnego i niemedycznego wsparcia, zakładają własne organizacje m.in. Fundacja Promocji Karmienia Piersią, organizują spotkania dla matek, prowadzą blogi, akcje promocyjne np. Mlekovite i inne.

Działalność lecznicza – porada laktacyjna

Porada laktacyjna, której udzielają absolwenci kursów CNoL jest świadczeniem zdrowotnym, dotyczy pary matka-dziecko, jest udzielana według ścisłego standardu, który został opublikowany i jest praktykowany od 25 lat w Polsce. Diagnozę stawia się przy użyciu wystandaryzowanych narzędzi, a leczenie oparte jest na aktualnych protokołach i EBM. Wiele protokołów postępowania z matką karmiącą w sytuacjach klinicznych opracowali nauczyciele CNoL, pozostałe oparte są o światowe wytyczne m.in. The Academy Breastfeeding Medicine, Amerykańskiej Akademii Pediatrii i in. Doradcy świadomie wykorzystują technologię i sprzęt wg wskazań (laktatory, kapturki, smoczki i inne), a ich celem nadrzędnym jest ochrona karmienia piersią. Prowadzą dokumentację, statystykę medyczną wykorzystując kody ICD10,9 i używając spójnej nomenklatury. Biorą odpowiedzialność zawodową za zdrowie i życie pacjenta. Pracują w zespołach terapeutycznych. Wiedząc, że system oparty na trzech filarach: promocja, edukacja (porada podstawowa), poradnictwo (porada specjalistyczna) ma udowodnioną skuteczność stworzyli go sami w Polsce, odpowiadając na potrzeby polskich matek.

W 2015 roku, była przychylność władz do opracowania procedury porady specjalistycznej i skierowania jej do AOTM, celem włączenia jej do koszyka świadczeń refundowanych. Ale nie potrwała długo. Podjęliśmy rekawicę. Projekt organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji opracowany przez zespół w składzie: Magdalena Nehring-Gugulska, Urszula Bernatowicz-Łojko, Monika Żukowska-Rubik, Beata Szytber, Joanna Żołnowska, Agnieszka Pietkiewicz, Kinga Osuch, Agnieszka Muszyńska, Karolina Jeleń, Katarzyna Asztabska, Barbara Królak-Olejek został opublikowany w: Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią (red) Szytber B., Dmoch-Gajzlerska E. *Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015*; 81-115. Do dziś władze udają, że go nie ma. Szkoda.

Działalność naukowa

Wielu konsultantów/doradców laktacyjnych, naszych nauczycieli i absolwentów prowadzi własną działalność naukową. Pracują na uczelniach, prowadzą fakultety w dziedzinie laktacji, są promotorami prac, publikują. Mamy jako środowisko kilkaset publikacji polskich i zagranicznych w dziedzinie laktacji. Warto wymienić 6 doktoratów:

Kiełbratowska Bogumiła. Wpływ aktywnej pomocy personelu medycznego na przebieg karmienia naturalnego. Rozprawa doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny. 2006 r.

Szytber Beata. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez Polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej. Warszawski Uniwersytet Medyczny. 2012.

Nehring-Gugulska Magdalena. Ocena wiedzy na temat karmienia piersią pracowników ochrony zdrowia zajmujących się poradnictwem laktacyjnym w Polsce. Rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. nadzw. Barbary Królak-Olejek. Śląski Uniwersytet Medyczny. Zabrze. Czerwiec 2012.

Pietkiewicz Agnieszka. Promocja karmienia piersią w Gdańsku – ewaluacja programu zdrowotnego. Gdański Uniwersytet Medyczny. 2015

Bebko Barbara. Analiza sposobu żywienia, w pierwszym roku życia, dzieci urodzonych przedwcześnie z masą ciała < 2000g hospitalizowanych w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka UM w Białymstoku w latach 2011-2012. Rozprawa doktorska pod kierunkiem dr hab. Marka Szczepańskiego. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Luty 2016

Żukowska-Rubik M. Porada laktacyjna jako skuteczny środek w realizacji światowych standardów karmienia piersią. Rozprawa doktorska pod kierunkiem prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej, WNoZ, WUM. Wrzesień 2016.

Najbardziej utytułowanym konsultantem i zarazem naszym nauczycielem jest prof. Barbara Królak-Olejnik – kierownik katedry i Kliniki Neonatologii UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

W Polsce powstało kilkadziesiąt prac licencjackich i magisterskich w dziedzinie laktacji na różnych uczelniach. Przoduje WUM – przeszło 60 prac, ale należy wymienić też UM Białystok, Gdańsk, Katowice, Lublin, Łódź, Radom, Szczecin, Toruń, Wrocław.

Warte uwagi publikacje z udziałem naszego środowiska:

Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: *Wydawnictwo Medycyna Praktyczna*; 2012

Protokół umiejętności ssania piersi. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Stobnicka-Stolarska P, Paradowska B. *Postępy neonatologii*. 1(20) 2014:53-67

Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M. *Postępy neonatologii*. 2(21) 2014:53-63

Monika Żukowska-Rubik. Dokarmianie dzieci karmionych piersią – kiedy, czym i jak? *Standardy Medyczne/Pediatrica* 2013, T. 11, 189-199

Monika Żukowska-Rubik, Kinga Osuch. Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym *Położna. Nauka i Praktyka*, nr 4/16/2011
Bernatowicz-Łojko U, Wesołowska A. Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. *Standardy Medyczne* 2012; 2.

Pietkiewicz A. Czynniki warunkujące przebieg karmienia piersią wśród mieszkanki Miasta Gdańska w 2011r., niepublikowany raport z badania przeprowadzonego w Gdańsku w 2011 roku w ramach Programu Zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”.

Agnieszka Kardziejonek, Dorota Ćwiek, Jolanta Kamola. Realizacja standardu opieki okołoporodowej w aspekcie karmienia piersią. *Med. Health Sci. Rev.* Szczegóły: 2016 : vol. 2, nr 2, s. 39.

Anna Szczygieł, Barbara Królak-Olejnik, Dorota Paluszyńska.: Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia karmienia naturalnego – wstępne wyniki polskich badań wieloośrodkowych. *Post.Neonatol.* 2015 Vol.21 nr 2; s.13-17

Karolina Jeleń, Frank Wiens, Dorota Paluszyńska, Barbara Królak-Olejnik.: Odżywianie w okresie ciąży i laktacji a ryzyko wystąpienia choroby atopowej u dziecka. *Stand.Med.Pediatr.* 2015 T.12 nr 4; s.587-590.

Nehring-Gugulska M. Karmienie piersią, a badania radiologiczne. *Medycyna Praktyczna. Pediatrica*. 2013(6), 71–73, <http://www.mp.pl/artykuly/92374>

Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Joanna Rachtan-Janicka, Aleksandra Wesołowska Piotr Socha, Mirosław Wielgoś, Monika Żukowska-Rubik, Beata Pawlus. *Standardy Med Pediatr* 2013 T.10 nr 3, s. 265-279.

Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. Helwich E., Wilińska M. (red). Borszewska-Kornacka MK., Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Bernatowicz-Łojko U., Zawitkowski P., Nowicka K., Pawlus B., Kostuch M., Baszczeska J. (wsp.) *Standardy Medyczne Pediatrica*, 2014, tom 11, nr 1, str 9-57

Szajewska H., Horvath A., Rybak A., Socha P. Karmienie piersią – stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Medyczne/Pediatrica* 2016 (13):9-24

Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M. Protokół leczenia zapalenia piersi. *Ginekologia po dyplomie*. 2016, 18 (5):53-70.

Bernatowicz-Łojko U., Nehring-Gugulska M., Olejnik-Królak B. Uzasadnione medycznie przeciwwskazania do karmienia piersią/pokarmem kobiecym oraz wskazania do stosowania substytutów mleka kobiecego, Załącznik 11 do Helwich E. i wsp. Wilińska M. (red). Standard Wczesnej Stymulacji Laktacji, *Standardy Med* 2014 tom 11, nr 1, str 9-57

Bernatowicz-Łojko U., Sinkiewicz-Darol E., Wesołowska A. i wsp. The macronutrient and energy contents of expressed human milk in the Polish population in prolonged lactation. *Toruń, Polska. UKMBA Conference*, poster

Hadyś A. Hiperaktywny wpływ i nadprodukcja mleka u matek karmiących, *International Review of Allergology and Clinical Immunology in Family Medicine*, 2016; Vol. 22, No. 4, 235

Szyber B., Dmoch Gajzlerska E. (red.): Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią. Monografia. *Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2015*, a w niej:

Niczyporuk A., Szyber B.: Dostępność i zasięg poradnictwa laktacyjnego w Polsce; 13-30

Wilk S., Szyber B.: Opieka laktacyjna w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej; 31-44

Szyber B., Strzrzyńska J., Durka A.: Odżywianie kobiet karmiących piersią w praktyce; 159-176

Muszyńska A. ANKIETA PIERWSZEGO KARMIENTA NOWORODKÓW – 100 NOWORODKÓW w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, Karowa 2

... i naprawdę wiele innych. Można je znaleźć na www.kobiety.med.pl/cnol w dziale Publikacje/Piśmiennictwo

Badania prowadzone przez CNoL

Bariery dla karmienia piersią – raport o stanie karmienia piersią w Polsce. Szyber Beata, Nehring-Gugulska M. 2012

Protokół postępowania w niedoborze pokarmu u matki z wykorzystaniem słoju jęczmiennego. Nehring-Gugulska M. 2015

Protokół leczenia i profilaktyki zapalenia piersi z wykorzystaniem probiotyków dla matek karmiących. Nehring-Gugulska M. Waśko Anna 2016

Karmienie dzieci odciąganiem pokarmem matki - Kinga Osuch, 2016

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Kierownicy badania: Żukowska-Rubik M. Nehring-Gugulska M. 2016 część 1 (pediatrzy, pracodawcy, szpitale dziecięce), 2017 część 2 (położne POZ, ginekolodzy-położnicy)

Kapturki – wskazania i zastosowanie. Kierownik badania: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, Autor: Magdalena Castello-Rokicka, 2016

Matki długokarmiące – obserwacja zachowań żywieniowych; Kierownik badania: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, konsultacja: dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, autor: lek. Dorota Bębenek 2016

Sekcja lekarska

3 kwietnia 2017 roku powołano Sekcję lekarską, która ma na celu aktywizację środowiska lekarskiego na rzecz wiedzy i nauki o laktacji.

Laudabilis

Rzadko ktoś zauważy i doceni naszą działalność, nie dostajemy nagród. Raczej pracujemy jak pszczołki, dla pacjentek, nie dla zaszczytów i apanaży. Ostatnio jednak mieliśmy niezwykle wydarzenie i przyjemność – dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska została uhonorowana najwyższym odznaczeniem Naczelnej Izby lekarskiej Laudabilis „Godny Uznania” za całokształt działalności. Przyjęła ją w imieniu całego środowiska.

Marzenia na najbliższe 10 lat

Włączenie specjalistycznej porady laktacyjnej do koszyka świadczeń refundowanych.

Włączenie doradców laktacyjnych CDL do systemu opieki zdrowotnej na stanowiska odpowiadające ich kompetencjom (oddziały szpitalne, środowisko).

Realizacja wyżej wymienionych programów i standardów.

Stworzenie specjalizacji „laktacyjnej” dla lekarzy, położnych i pielęgniarek.

Powstanie Kliniki Zaburzeń Laktacji przy UM.

Wianuszek młodych, sprytnych asystentek.

Lokal, biuro, sala wykładowa, balowa... 6 sekretarek na etacie, informatyk oraz statystyk.

Komitet naukowo-organizacyjny

**Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska, Prodzikan ds. kierunku
Położnictwo Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
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,
Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych**

**Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, Wicedyrektor ds. Programowych Centrum
Nauki o Laktacji**

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Komitet Honorowy

**Prof. Hanna Szajewska, Sekretarz Generalny ESPGHAN, Kierownik Kliniki
Pediatrii Warszawski Uniwersytet Medyczny, Rada Naukowa CNoL**

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

**Prof. dr hab. n. med. Maria K. 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**

Mgr Maria Jolanta Królak, Dyrektor Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych

**Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski, Kierownik II Katedry i Kliniki
Położnictwa i Ginekologii Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej**

**Mgr Leokadia Jędrzejewska, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Ginekologiczno-Położniczego**

Karmienie piersią to nie tylko żywienie!

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Gdy zaczynałam pracę 25 lat temu priorytetem była PROMOCJA KARMIENTA PIERSIĄ. Dziś nie zajmujemy się już promocją, ponieważ prawie 100% Polek chce karmić naturalnie, a my pomagamy im zrealizować te plany podejmując konkretne zadania. Dziś też nie mówimy już o karmieniu piersią, tylko o żywieniu dzieci mlekiem kobiecym. Dzięki rozwojowi technologii i sprzętu mleko matki może być dostarczane nawet najmniejszym dzieciom, którym do jedzenia z piersi daleko. A laktacja może być stymulowana nawet bez udziału dziecka. Świat się zmienia...

To co dziś wiemy o mleku matki znacznie poszerza nam spojrzenie na proces laktacji. Wiemy z całą pewnością, że nie jest to tylko podawanie dziecku najzdrowszego i zarazem najtańszego pożywienia. Jest to nieodłączny element cyklu reprodukcyjnego człowieka. Jest to bezdyskusyjnie zachowanie społeczne kobiety wobec potomstwa w każdej kulturze. Jest to niezaprzeczalnie profilaktyka zdrowotna wielu chorób dziecka i matki, a także programowanie żywieniowe pozwalające obniżyć ryzyko chorób cywilizacyjnych. Jest to wreszcie czynnik prozdrowotny i proekonomiczny wykorzystywany w programach zdrowotnych przez ministerstwa i instytucje na świecie. A w sytuacjach skrajnych kryzysów, kataklizmów – to żywność zapewniająca przetrwanie. **(wykład Barbary Wilson-Clay)**

Mleko kobiece zawiera składniki, które biorą udział w ochronie organizmu dziecka na wielu poziomach poprzez stymulację odporności swoistej i nieswoistej, działanie przeciwzapalne, działanie przeciwbakteryjne, rozwój tolerancji. Najcenniejsze jest wtedy, gdy pochodzi wprost od matki, a najwięcej korzyści odnoszą najmniejsze dzieci. **(wykład prof. Marka Szczepańskiego)** Jego skład dostosowuje się do sytuacji dziecka, zmienia go nawet rodzaj porodu. **(wykład prof. Barbary Królak-Olejnik)** Nie wszystkie funkcje zostały odkryte, a nauka dostarcza wciąż nowych danych wyjaśniających fenomen bioaktywności pokarmu ludzkiego. Od odkrycia komórek macierzystych przez Marka Cregana w mleku ludzkim upłynęło 10 lat, jednak nadal nie wiemy, w jakich procesach regeneracyjnych biorą udział w organizmie dziecka. Również w 1995 roku odkryto cząsteczkę HAMLET (ang. Human α -lactalbumin made lethal to tumor cells), czyli kompleks α -laktoalbuminy i kwasu oleinowego powstający po uwolnieniu wiązań z jonami wapnia w kwaśnym środowisku żołądka niemowlęcia. Dziś wiemy, że kompleks ten niszczy ponad 40 rodzajów komórek nowotworowych in vitro na drodze nowych, podobnych do apoptozy, mechanizmów śmierci komórki. Badania na zwierzętach wykazują, że HAMLET niszczy komórki raka pęcherza, mózgu (glioblastoma) oraz jelita. U ludzi wykazano efekt w przypadku brodawczaka skóry i raka pęcherza. Być może to dzięki temu procesowi zawdzięczamy efekt rzadszego występowania białaczek i chłoniaka u dzieci karmionych naturalnie. Mleko kobiece zawiera hormony i czynniki wzrostu, które odpowiadają za złożoną zależność pomiędzy przewodem pokarmowym a podwzgórzową regulacją głodu i sytości, co zapewnia profilaktykę otyłości. **(wykład dr Urszuli Bernatowicz-Łojko)**

Mleko ludzkie jest jałowe tylko w pęcherzykach mlecznych. Przepływając przez przewody mleczne uzupełnia swój skład o bakterie komensalne i probiotyczne tam rezydujące. Bakterie te tworzą unikalną mikrobiotę, mającą za zadanie z jednej strony chronić gruczoł matki przed inwazyjnymi patogenami (bariera śluzówkowa), a z drugiej strony zapewnić dziecku optymalną, bezpieczną mikroflorę przewodu pokarmowego. Mechanizm ten chroni dziecko przed zakażeniami m.in. przewodu pokarmowego, ale też przed próchnicą! **(wykład lek. Doroty Bębenek)** Pomimo wielu powszechnych mitów, nauka nie potwierdza, aby na skład mleka matki miał znaczący wpływ sposób jej odżywiania. Wyżej opisane mechanizmy dzieją się niezależnie od stanu odżywienia matki, poza skrajnymi sytuacjami. Mleka kobiet z całego świata są biochemicznie i immunologicznie zbieżne.

Karmiąca powinna odżywiać się w sposób urozmaicony, zgodnie z najnowszą piramidą zdrowia – wersja dla karmiących mam. **(wykład dr inż. Joanny Rachtan-Janickiej)**

Skarbem dla każdego kraju są mamy, które podejmują karmienie naturalne. Mądrością rządów i instytucji jest wspierać kobiety na tej drodze, aby nie stracić ich potencjału. Wszak korzyści ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia są niebagatelne. Ważnym, choć nie jedynym ogniwem tego procesu jest personel medyczny. Tylko połowa położnych realizuje prawidłowo swoje zadania, a lekarze ginekolodzy-położnicy mało interesują się wsparciem karmienia, co pokazało tegoroczne badania CNoL pt. *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?* obejmujące reprezentatywną dla kraju grupę 5937 matek. **(wykład dr n. med. Monika Żukowskiej-Rubik)**

Jak długo jeszcze będziemy czekać na systemowe wsparcie karmienia naturalnego w pełnym wymiarze? Na choćby wyposażenie szpitali w sprzęt do odciągania i przechowywania pokarmu? Na włączenie specjalistów ds. laktacji do realizacji wspomnianej opieki? Na refundację specjalistycznej porady laktacyjnej? W praktyce to rodzice ponoszą koszty żywienia naturalnego. Program 500+ dotyczy wieloródek, a większość problemów z laktacją mają pierwiastki. Paradoksalnie, mleko modyfikowane w szpitalach jest refundowane ze środków publicznych.

Polskie mamy karmiące naturalnie to niedoceniany przez rządzących i wielu decydentów skarb. Zwłaszcza te, które karmią długo, ponad 12 miesięcy, pomimo krytyki i trudności, stanowią wzór zachowań prozdrowotnych, co pokazało tegoroczne badanie CNoL obejmujące grupę 4168 matek. **(wykład dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska)**

Zapraszam na wykłady!

Dziękujemy, że wierzycie w nasze mamy i wspieracie je swoją codzienną pracą!

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?

Monika Żukowska-Rubik

Magdalena Nehring-Gugulska

Ewa Wietrak

Współpraca przy opracowaniu ankiety

Magdalena Castello-Rokicka

Centrum Nauki o Laktacji, Mleko Mamy Rządu

W zeszłym roku opublikowaliśmy Raport „Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?”, który dotyczył trzech obszarów: opieki pediatrycznej w przychodniach, oddziałów niemowlęcych oraz miejsc pracy. Zapytaliśmy matki, czy czują się wspierane w karmieniu piersią, czy dostają właściwe informacje i pomoc. Raport ujawnił, że to wsparcie jest zdecydowanie niewystarczające [1]. Zapowiedzieliśmy kontynuację projektu i badanie kolejnych obszarów, w których funkcjonują matka i niemowlę karmione piersią.

W tym roku Centrum Nauki o Laktacji we współpracy z Fundacją Mleko Mamy Rządu przeprowadziło badania, które dotyczyły opieki położnych środowiskowych oraz lekarzy ginekologów-położników w kontekście wspierania karmienia naturalnego.

Matki dzieci w wieku od 2-24 miesięcy były ankietowane za pośrednictwem internetu. Ankieta składała się z 44 pytań. Uzyskaliśmy odpowiedzi od 5937 respondentek!!!! Matki, które wzięły udział w badaniu pochodziły w podobnych proporcjach z dużych i średnich miast oraz mniejszych miast i wsi, a więc grupa była reprezentatywna dla całego kraju.

1. Opieka położnej środowiskowej

Ponad 40% matek położne odwiedziły 4 i więcej razy, 19% matek miało trzy wizyty, 14% dwie, 16% jedną, u około 6% matek położnej nie było ani razu (prawdopodobnie częściowo są to matki wcześniaków, do których położna nie dociera w ciągu pierwszych 2 mcy po urodzeniu).

Około $\frac{3}{4}$ matek zostało zapytanych przez położną środowiskową jak sobie radzą z karmieniem piersią oraz zachęcanych, by karmić naturalnie.

W przybliżeniu połowa matek potwierdziła, że położne:

- informowały je o korzyściach karmienia naturalnego dla matki i dziecka
- zalecały, by karmić na żądanie i wyłącznie piersią przez 6 miesięcy
- informowały na temat problemów występujących we wczesnym okresie laktacji, a uzyskane informacje były satysfakcjonujące i matki poczuły się pewniej w karmieniu

40% matek potwierdziło, że położne przez przynajmniej 5 minut obserwowały karmienie, u 56% nie oceniono karmienia. Tylko połowa matek, które miały trudności z karmieniem, uzyskała od położnych instruktaż i korektę techniki karmienia. 18% z nich zalecono wizytę u doradcy laktacyjnego.

$\frac{3}{4}$ matek nie uzyskało od położnych informacji, że nie zaleca się używania smoczka uspokajacza w pierwszych 4 tygodniach karmienia. Za to połowa matek dowiedziała się, by nie jeść pewnych produktów na wszelki wypadek (mleko, jaja, cytrusy, czekolada).

Wśród matek zgłaszających obawy o niewystarczającą ilość pokarmu (n=2379) około połowa była zapytana o liczbę karmień, liczbę mokrych pieluch i stolców w ciągu doby oraz oceniono przyrost mc. Jednak u co piątego niemowlęcia położne nie analizowały żadnego ze wskaźników skutecznego karmienia.

Wśród matek, których dzieci słabo przybywały na wadze (n=1304) 44% uzyskało poradę, by zwiększyć liczbę karmień, karmić z obu piersi (35%), odciągać mleko (23%), podać mieszankę (44%). Wizytę u doradcy laktacyjnego w tej sytuacji zalecono co 10 matce.

2/3 matek nie zaobserwowało u położnych przedmiotów reklamujących sztuczne żywienie.

Podsumowanie

Położne środowiskowe w polskim systemie opieki zdrowotnej są zobowiązane do sprawowania podstawowej opieki nad matką i niemowlęciem w okresie połogu. W tym czasie matki doświadczają najczęściej problemów w laktacji. Dane Poradni laktacyjnej Centrum Medycznego Żelazna wskazują, że 75% pacjentek poradni zgłasza się na wizytę nie później niż 5 tygodni po porodzie, a przeciętny wiek noworodka w dniu pierwszej wizyty to 2,5 tygodnia [2]. Wskaźniki karmienia w tym okresie drastycznie obniżają się. Zgodnie z danymi ogólnopolskimi z 2013 roku – 98% matek zaczyna karmić, w 6 tygodniu nadal karmi tylko 46% [3].

Podstawowa porada laktacyjna to informowanie o korzyściach karmienia, rekomendacjach i zasadach postępowania, instruktaż i korekta techniki karmienia, ocena wskaźników skutecznego karmienia oraz pomoc w częstych i niepowikłanych problemach [4]. Położne zobowiązane są do sprawowania takiej opieki nad matką i dzieckiem zgodnie z obowiązującym standardem opieki okołoporodowej. Matki w większości otrzymywały zachętę od położnych środowiskowych, by karmić piersią, ale nie wszystkie. Tylko połowa z nich otrzymała potrzebne informacje oraz pomoc praktyczną w przystawianiu dziecka do piersi! Jeszcze mniej kobiet uzyskało prawidłową poradę w sytuacji obaw o ilość pokarmu, który jest najczęstszym problemem w czasie karmienia i powodem jego zakończenia [5,6,7,8]. To jest bardzo niepokojący obraz i trudno nieustannie tłumaczyć sytuację brakiem czasu. Przynajmniej cztery wizyty położnej, które gwarantuje matce system POZ, to wystarczający czas, by zająć się podstawową pomocą w karmieniu, jeśli pojawiła się taka potrzeba [9].

Tylko 18% matek z trudnościami z karmieniem i 10% z problemem niedoboru pokarmu zostało skierowanych do konsultanta/doradcy laktacyjnego. To wprawdzie więcej niż kierują pediatry (7%), ale jednak wciąż bardzo niewiele. Doradcami laktacyjnymi w ponad 80% są właśnie położne [10,11]. Wymiana doświadczeń i współpraca w zespole terapeutycznym byłaby cenna i dla pacjentki i dla położnej.

Bardzo podobne odsetki odpowiedzi „tak” i „nie” w kolejnych pytaniach ankiety pozwalają postawić hipotezę, że pewna grupa położnych środowiskowych potrafi świadomie i konsekwentnie przeanalizować przebieg karmienia piersią i udzielić dobrych porad. Jednak równie liczna grupa nie posiada takich kompetencji. Niezbędna jest systemowa edukacja tej grupy zawodowej w zakresie wiedzy o karmieniu piersią, tak by udzielane wsparcie było skuteczne.

**TYLKO POŁOWA MATEK UZYSKAŁA OD POŁOŻNYCH ŚRODOWISKOWYCH
WSPARCIE W KARMIENIU PIERSIĄ I PRAKTYCZNĄ POMOC**

Fragmenty zapisów prawnych:

ZARZĄDZENIE Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

3. W ramach sprawowania opieki okołoporodowej w przebiegu ciąży położna POZ realizuje:

- 1) wizyty patronażowe w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu – w liczbie od 4 do 6 w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem

XIV. Połóg

2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę: (...) laktacji

4. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:

- 4) odżywiania – określenie rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), techniki i sposobu karmienia, dopajania (...);

6. Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.

8. Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).

10. Podczas wizyt położna w szczególności:

- 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
- 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
- 7) zachęca matkę do karmienia naturalnego noworodka, prowadzi instruktaż i koryguje nieprawidłowości w przebiegu karmienia piersią, ocenia przebieg karmienia naturalnego i czynniki ryzyka niepowodzenia w laktacji oraz pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
- 13) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: (...) odżywiania matki karmiącej, korzyści z karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, (...)

2. Opieka ginekologa-położnika

Ginekolog-położnik sprawuje opiekę nad matką często już od okresu przed poczęciem, poprzez ciążę i połóg, a niejednokrotnie przez wiele lat. Jest tym specjalistą, którego kobiety, kiedy już raz polubią, niechętnie zmieniają. Jego zdanie jest ważne.

13% matek potwierdziło, że lekarz ginekolog rozmawiał z nimi o karmieniu piersią w czasie wizyt w okresie ciąży, połowa z tych matek była zachęcana do karmienia naturalnego. 1/4 lekarzy badała piersi, ale większość z nich (90%) nie odniosło się do wyglądu piersi pod kątem przyszłego karmienia.

W czasie wizyty połogowej 80% matek potwierdziło, że lekarz pytał czy karmią piersią, ale tylko 1/3 lekarzy była zainteresowana jak matka sobie radzi, czy ma jakieś problemy. U 82% matek wypełniających ankietę lekarze nie zbadali piersi na wizycie w połogu.

Co 10 matka zwróciła się do ginekologa w razie trudności w karmieniu, połowa z nich uzyskała pomocną i satysfakcjonującą poradę. Co 10 matka otrzymała od lekarza informację, gdzie zgłosić się w razie problemów z karmieniem, w większości ci nieliczni lekarze kierowali pacjentki do doradców laktacyjnych (75%).

W razie konieczności farmakoterapii 97% matek zalecono leki, przy których nie było konieczne odstawienie dziecka od piersi.

Ponad połowa lekarzy rozmawiała z matkami na temat antykoncepcji, co piąta matka usłyszała od lekarza o metodzie LAM.

W 1/3 gabinetów matki zaobserwowały materiały zachęcające do karmienia piersią, w 16% reklamujące sztuczne żywienie.

Podsumowanie

Karmienie piersią jest ważnym czynnikiem prozdrowotnym nie tylko dla dzieci, ale także dla matek. Wydaje się, że to czy kobieta-pacjentka karmi piersią, powinno być ważne dla jej lekarza. Niestety tak nie jest. Lekarz – ginekolog jest dla kobiety autorytetem w sprawie zdrowia i szkoda, że nie korzysta z tego w tym obszarze. Przeważająca większość lekarzy ginekologów w ogóle nie podejmuje tego tematu z matkami w okresie ciąży. Szkoda, bo im wcześniej kobieta podejmuje decyzję o wyborze karmienia piersią, tym ta decyzja jest trwalsza. Okres pobytu na oddziale po urodzeniu dziecka to już zdecydowanie za późno na zmianę nastawienia, a jeśli matka podejmuje karmienie pod wpływem dyrektywnych działań personelu, to decyzje takie nie są trwałe [12]. Okres ciąży to dobry moment, by lekarz zapytał kobietę, jak planuje karmić, porozmawiać o korzyściach karmienia, ale też o obawach matki. Daje jej w ten sposób sygnał, że temat jest ważny oraz czas, by się więcej o karmieniu dowiedzieć. Matki oczekujące dziecka są wrażliwe na sposób, w jaki profesjonaliści medyczni rozmawiają z nimi o wyborze metody karmienia [13]. Badanie piersi powinno być przeprowadzone ze względu na profilaktykę raka piersi, ale także po to by ocenić czy występują czynniki ryzyka niepowodzenia w karmieniu.

W czasie wizyt położniczych matki były co prawda pytane czy karmią piersią, ale praktycznie do tego ograniczało się zainteresowanie lekarza tematem – matek już nie pytano, jak sobie radzą, w większości nie badano piersi. Tymczasem wiele powikłań laktacyjnych w obrębie gruczołu piersiowego występuje właśnie w położu i kompetentny lekarz mógłby być bardzo pomocny. Matki wyczuwają ten brak zainteresowania i rzadko zwracają się do ginekologów w razie trudności i obaw związanych ze stanem piersi. Nieliczne matki uzyskały informację, gdzie znajdą pomoc, tymczasem współpraca w ramach zespołu terapeutycznego pomiędzy ginekologami a doradcami laktacyjnymi może stanowić przestrzeń do zagospodarowania.

W tej sytuacji ta niewielka – kilku-kilkunastoprocentowa – grupa lekarzy mocniej zaangażowanych we wspieranie matek w karmieniu naturalnym zasługuje na szczególne docenienie.

BADANIE POKAZUJE, ŻE DLA WIĘKSZOŚCI POLSKICH GINEKOLOGÓW KARMIENIE PIERSIĄ PRZEZ PACJENTKI NIE JEST PRZEDMIOTEM ZAINTERESOWANIA.

Piśmiennictwo:

- [1] Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku – WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO 2016
http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Polska_krajem_przyjaznym_matce.pdf
- [2] Dane statystyczne poradni laktacyjnej CMŻ 2009-2011.
- [3] Raport o stanie karmienia piersią w Polsce 2015:
http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=4&Itemid=42&lang=pl;
http://femaltiker.pl/wp-content/uploads/2015/05/Raport_Karmienie_Piersia_w_Polsce_20151.pdf
- [4] ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem.
- [5] Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M. Pozorny i rzeczywisty niedobór pokarmu. W: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2012: 263-75.
- [6] Chantry C., Dewey K. i wsp. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr*. 2014; 164(6):1339-45.
- [7] Balogun O., Dagvadorj A. i wsp. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015 Apr 7. doi: 10.1111/mcn.12180. [Epub ahead of print].
- [8] Wagner EA, Chantry CJ i wsp. Breastfeeding concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months. *Pediatrics* 2013; 132(4):e865-75.
- [9]. ZARZĄDZENIE Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- [10] Niczyporuk A.: Dostępność i zasięg poradnictwa laktacyjnego w Polsce. Praca magisterska pod kierunkiem dr n. o zdr. Beaty Szybyer w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej WUM, Warszawa 2014.
- [11] Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Dmoch-Gajzlerska E. Konsultanci laktacyjni w systemie opieki zdrowotnej. *Położna – Nauka i Praktyka* (w druku).
- [12] Sheehan A., Schmied V. i wsp. Exploring the process of women's infant feeding decisions in the early postbirth period. *Qual Health Res*. 2013; 23(7): 989-98.
- [13] Roll C., Cheater F. Expectant parents' views of factors influencing infant feeding decisions in the antenatal period: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2016 Aug;60:145-55.

Karmienie piersią to więcej niż pożywienie

Barbara Wilson-Clay, BS, IBCLC, FILCA

Abstrakt:

Istnieje coraz więcej dowodów potwierdzających korzyści płynące z karmienia piersią. Udokumentowano korzyści zdrowotne dla konkretnych niemowląt i ich matek, jak również korzyści ekonomiczne dla rodzin i całych narodów. Władze zaczynają postrzegać karmienie piersią jako istotną kwestię w dziedzinie opieki zdrowotnej. Jednakże konieczne jest szersze promowanie polityki karmienia piersią i wspieranie jej funduszami. Aby kobiety mogły z sukcesem osiągać cele związane z karmieniem piersią niezbędne jest zapewnienie im profesjonalnego wsparcia. W sytuacjach kryzysowych (np. klęski żywiołowe) najbardziej narażone są kobiety i niemowlęta. W takich sytuacjach wsparcie karmienia piersią może zapewnić przetrwanie najmłodszych. Niniejszy wykład prezentuje wnioski wyciągnięte z sytuacji kryzysowych i opracowane strategie.

Cele:

Przedstawienie korzyści zdrowotnych i ekonomicznych karmienia piersią

Przedstawienie ryzyka karmienia mieszkanką w sytuacjach kryzysowych (np. klęski żywiołowe)

Opis strategii ochrony życia niemowląt w sytuacjach kryzysów i klęsk żywiołowych.

Źródła:

- Aryoya MA, Golden K, Mgnie-Teta I, et al. Protecting and improving breastfeeding practices during a major emergency: lessons learnt from the baby tents in Haiti. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(8):612-617.
- Berberi LS. Infant and young child feeding in emergencies-organizational policies and activities during the refugee crisis in Lebanon. Abstract. *Breastfeeding Medicine* 2016; 11(2):78.
- Carothers C, Gribble KD. Infant and young child feeding in emergencies. *Journal of Human Lactation* 2014; 30(3):272-275.
- Cherian A, Lawande RV. Recovery of potential pathogens from feeding bottle contents and teats in Zaria, Nigeria. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1985; 79:840-842.
- Fu I, Fong D, Heys M, et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2014; 121(4):1673-1683.
- Green CP. Media Promotion of breastfeeding: A Decade's Experience. Nutrition Communication Project (Agency for Educational Development), *US Agency for International Development, Office of Nutrition*. 1989.
- Gribble KD, Berry NJ. Emergency preparedness for those who care for infants in developed country contexts. *International Breastfeeding Journal* 2011; 6(1):16.
- Hansen K. The power of nutrition and the power of breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2015; 10(8):385-388.
- Labere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat A-S, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit. A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115(2):139-146.
- Ma I, Zhang G, Swaminathan B. Efficacy of protocols for cleaning and disinfecting infant feeding bottles in less developed communities. *American Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 2009; 81(1):132-139.
- Rollins NC, Bhandari N, Hahjeebhoy N, et al. Why invest, and what will it take to improve breastfeeding practices? *The Lancet* 2016; 387:491-504.
- Steube AM, Horton BJ, Chetwynd E, et al. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal of Women's Health* 2014; 23(5):404-412.
- Victoria CG, Bahl RD, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387:475-490.

Czym najlepiej karmić wcześniaki i jak to osiągnąć w realiach polskich?

Prof. Marek Szczepański

Poród przedwczesny w sposób jednoznaczny kończy, optymalny sposób żywienia płodu. Wcześniak wymaga więc natychmiastowego rozpoczęcia żywienia, którego celem podstawowym jest zabezpieczenie bardzo wysokich potrzeb metabolicznych dziecka wynikających z szybkiego tempa wzrastania. Pamiętać należy, że zasoby składników odżywczych, którymi dysponuje wcześniak z okresu ciąży są zdecydowanie ograniczone i tym mniejsze im krócej ciąża trwała. Żywienie parenteralne noworodka urodzonego przedwcześnie ma więc charakter ciągły. Całkowite żywienie parenteralne powinno być utrzymane jak najkrócej. Już w pierwszej dobie życia, optymalnie w ciągu pierwszych 2 godzin życia, należy rozpocząć minimalne żywienie troficzne pokarmem mamy dziecka.

Pokarm kobiecy jest najlepszym źródłem wszystkiego, co niezbędne do prawidłowego rozwoju noworodka również urodzonego przedwcześnie. Badania składu pokarmu kobiecego wykazują, że pomimo niedojrzałości strukturalnej i czynnościowej gruczołów piersiowych do podjęcia laktacji, w ciążach zakończonych przedwcześnie, skład pokarmu w pierwszym tygodniu po porodzie, wydaje się być idealny dla niedojrzałego noworodka. Wykazano ponadto że stężenie białka i lipidów w pokarmie kobiet, które urodziły przedwcześnie jest wyższe przez pierwsze 10-12 tygodni, w porównaniu ze stężeniami stwierdzonymi u kobiet, które urodziły o czasie. Wcześniak żywiony od początku pokarmem własnej mamy, ma więc zdecydowanie korzystniejszy bilans białkowo-kaloryczny uzyskany drogą żywienia naturalnego.

W przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie, których tempo wzrastania, wynikające z tempa przemian metabolicznych jest szczególnie wysokie, pokarm naturalny pomimo swego unikalnego składu, jest niedoborowy. Wymaga suplementowania w białko, składniki mineralne (szczególnie Ca i P), witaminy i pierwiastki śladowe. Rolę taką spełnia wzmacniacz pokarmu kobiecego (HMF), który jednocześnie zwiększa wartość energetyczną mleka, które otrzymuje wcześniak i zaleca się by był stosowany do osiągnięcia masy ciała 2500 g. W sytuacjach szczególnych może okazać się, że zawartość białka w mleku odciągniętym z piersi nawet po dodaniu HMF, może być niewystarczająca by zapewnić optymalne tempo wzrastania. W chwili obecnej istnieje możliwość suplementowania białkiem (Bebilon Suplement białka), odciągniętego pokarmu kobiecego, do uzyskania stężeń gwarantujących optymalny efekt. Użycie suplementu białka powinno być poprzedzone oznaczeniem stężenia białka w odciągniętym pokarmie kobiecym.

Kwestią bezsporną jest fakt, że pokarm własnej matki jest najlepszy w żywieniu noworodków urodzonych przedwcześnie już od pierwszych godzin życia. Aby taka sytuacja mogła zaistnieć, wiedzę na temat efektywnej stymulacji laktacji, kobieta z ciążą zagrożoną porodem przedwczesnym powinna uzyskać na oddziale patologii ciąży, ponieważ wiele z tych kobiet, nie zdążyło skorzystać z wiedzy oferowanej w szkołach rodzenia.

Istnieją więc sytuacje w których uzyskiwane w kolejnych dniach i tygodniach po porodzie objętości pokarmu są niewystarczające. Zdarzają się również sytuacje w których noworodek urodzony przedwcześnie nie otrzymuje w ogóle pokarmu własnej mamy. W tej sytuacji neonatolog ma do dyspozycji zawsze, mieszanki sztuczne gotowe do użycia lub rzadziej, mleko pochodzące z banków mleka kobiecego. W zestawieniu mieszanki sztucznej dla wcześniaków z mlekiem kobiecym z banku mleka, mleko kobiece wypada korzystniej. Należy pamiętać jednak, że wartość biologiczna mleka pochodzącego z banku mleka ma się nijak do pokarmu odciągniętego z piersi matki która urodziła przedwcześnie jak również tej która urodziła o czasie.

Pokarm pochodzący z banków mleka jest pokarmem pasteryzowanym, czyli zgodnie z obowiązującymi zasadami podlega przez 30 minut obróbce termicznej w temperaturze 62,5–63,0°C. Proces pasteryzacji nie wpływa zasadniczo na zawartość lipidów, nasyconych, jedno- i wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (zwł. D i E) oraz laktozy i oligosacharydów. Nie wykazano również istotnych zmian w całkowitym stężeniu białek, nie podlega jednak dyskusji, że aktywność wielu z nich poddanych obróbce termicznej ulega obniżeniu. Aktywność niektórych enzymów znika zupełnie (np. lipaza) lub ulega obniżeniu (np. amylaza). Podobnie obniżeniu ulega stężenie i aktywność hormonów (np. insulina, adiponektyna) i czynników wzrostu (np. IGF-1, EPO, HGF, GM-CSF) o budowie polipeptydowej jak również niektórych witamin rozpuszczalnych w wodzie zwł. witaminy C. Pasteryzacja pokarmu w sposób szczególnie niekorzystny wpływa na zawartość i aktywność składowych mleka zaangażowanych w mechanizmy swoistej a zwłaszcza nieswoistej odpowiedzi immunologicznej. Wybitnie obniża się stężenie i aktywność biologiczna immunoglobulin A (w tym również sIgA), M i G oraz laktoferyny, lizozymu i niektórych cytokin (np. IL-6, IL-10, TNF- α , INF- γ). Podobnie stężenie glutationu, aktywność peroksydazy glutationowej oraz całkowita zdolność antyoksydacyjna ulegają znamiennemu obniżeniu. Pasteryzacja praktycznie całkowicie eliminuje aktywność komórek obecnych w mleku w tym zwł. limfocytów T i B oraz makrofagów.

Pasteryzacja mleka jest niezbędna ze względu na potencjalne zagrożenie obecnymi w nim bakteriami i wirusami, niesie ze sobą jednak istotne zmniejszenie znaczenia biologicznego takiego mleka zwłaszcza w żywieniu noworodków urodzonych przedwcześnie.

Wydaje się, że poszukiwanie nowych metod pasteryzacji mleka, które w minimalnym stopniu obniżają jego „właściwości obronne” np. przy użyciu fal ultrafioletowych C (UV-C), może okazać się sposobem, który pozwoli wcześniakom w pełni wykorzystać niezwykle, unikalne właściwości mleka kobiecego pochodzącego z banku mleka.

Jak rodzaj porodu wpływa na skład mleka matki – naukowe dowody i implikacje praktyczne

Dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik,

Poza aspektami odżywczymi, mleko ludzkie zawiera substancje bioaktywne, takie jak bakterie, oligosacharydy i inne składniki, które uczestniczą w interakcjach między komórkami gospodarzami a mikrobiotą i odgrywają kluczową rolę w zdrowiu niemowląt. Nowe techniki poszerzyły wiedzę dotyczącą mikrobiomu mleka. Wiadomo, że na skład mleka ludzkiego mogą mieć wpływ różne czynniki – w tym genetyczne, zdrowie i odżywianie matki, sposób zakończenia ciąży, karmienie piersią, stadium laktacji, a także położenie geograficzne – wpływ tych czynników na mikrobiotę niemowląt nie jest ostatecznie zbadany i jednoznacznie ustalony (Gomez-Gallego C. et al. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2016;21(6):400-405).

Wpływ czynników perinatalnych, w tym sposobu zakończenia ciąży, na skład mleka kobiecego jest przedmiotem badań na całym świecie. Analizując mleko dojrzałe kobiet karmiących wyłącznie piersią 1 miesiąc, większą różnorodność bakterii stwierdzono w próbkach mleka uzyskanych od kobiet rodzących siłami natury. W badaniach ilościowych wykazano większą liczbę bakterii *Bifidobacterium* spp. z relatywnie niższą *Staphylococcus* spp. (Cabrer-Rubio R. et al. *J Dev Orig Health Dis.* 2016;7(1):54-60). Natomiast większą liczbę bakterii stwierdzono w sianie i mleku przejściowym kobiet rodzących drogą cięcia cesarskiego. Niemniej jednak *Bifidobacterium* znacznie częściej wykazywano w mleku kobiet rodzących siłami natury. W przeprowadzonych badaniach mikrobiomu mleka kobiecego przeważały bakterie *Lactobacillus*, *Streptococcus* i *Enterococcus* spp. stwierdzano również większą liczbę bakterii w czasie trwania laktacji, szczególnie *Bifidobacterium* i *Enterococcus* Spp.

Natomiast szczególnie istotną jest informacja, że na wszystkich etapach laktacji liczba *Bifidobacterium* spp. była znacząco wyższe w próbkach mleka pochodzących od kobiet rodzących w terminie porodu (Khodayar-Pardo P. et al. *J Perinatol.* 2014;34(8):599-605, Hoashi M. et al. *Reprod Sci.* 2016 Jul;23(7):902-7). Wykazano również wpływ cięcia cesarskiego na stężenie amin biogennych w mleku kobiecym. Wyższe stężenie putrescyny korelowało z *Gammaproteobacteria*, szczególnie z *Pseudomonas fragi* (Gómez-Gallego C. et al. *Ann Nutr Metab.* 2017 Mar 17. doi: 10.1159/000457134). Gra hormonalna indukowana bólem porodowym i czynnością skurczową macicy może wpływać na zmiany składu białek mleka kobiecego dla optymalnego rozwoju istotnych funkcji fizjologicznych u noworodka (Dizdar EA. et al. *See comment in PubMed Commons below J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27(11):1099-102).

Poród siłami natury również wiąże się z większym stresem oksydacyjnym co przekłada się na aktywność antyoksydacyjną w mleku kobiecym. Natomiast znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego jeszcze bardziej obniża całkowity stan oksydacyjny (TOS – total oxidative status) oraz indeks stresu oksydacyjnego (OSI- oxidative stress index) w mleku (Simsek Y et al. *See comment in PubMed Commons below J Matern Fetal Neonatal Med.* 2015;28(6):734-8).

Wpływ sposobu zakończenia ciąży na bioaktywne składniki mleka kobiecego może odgrywać istotne znaczenie dla rozwoju schorzeń, w tym immunologicznych w późniejszym okresie życia. Noworodki urodzone w ten sposób pozbawione są możliwości kolonizacji florą bakteryjną matki, również opóźniona laktogeneza pozostaje często przyczyną braku możliwości uzyskiwania bezpośrednio po urodzeniu, najbardziej korzystnych składników mleka własnej matki. Ewolucja tak ukształtowała składniki mleka kobiecego, by chronić karmione piersią niemowlęta przed chorobami oraz zaspokajać ich potrzeby żywieniowe. Białka są nie tylko podstawowym źródłem aminokwasów koniecznym do budowy białek organizmu dziecka, stanowią również immunologicznie aktywne

cząsteczki chroniący przed patogenami. Białka modulują dojrzewanie i odpowiedź układu immunologicznego niemowląt, ale także stymulują obronę antybakteryjną. Niższy poziom Bifidobacterium w mleku kobiecym koreluje z mniejszą liczbą Bifidobacterium w przewodzie pokarmowym dziecka, zwiększając jednocześnie wzrost powyżej przyjętej normy Bacteroides. Z ostatnich badań wynika, że wysokie stężenie Bacteroides we wczesnym okresie życia związane jest ze zwiększonym ryzykiem astmy i otyłości w przyszłości (Vael C et al. *BMC Microbiol.* 2011;11:68, Vael C et al. *Gut Pathog.* 2011;3:8).

Wiedza dotycząca nie tylko składników mleka kobiecego, ale zależności wynikających ze sposobu zakończenia ciąży, a przede wszystkim implikacji klinicznych w przyszłości jest szczególnie istotnie w dobie tak często wykonywanych cięć cesarskich. Brak świadomości zarówno personelu medycznego jak również społeczeństwa z dotyczących konsekwencji zdrowotnych dla dziecka w przyszłości stanowi podstawę tak łatwo podejmowanych decyzji.

Mleko kobiece chroni dzieci przed nadwagą i otyłością – przegląd badań

lek. Urszula Bernatowicz-Łojko, IBCLC

Nadwaga i otyłość stanowią obecnie jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych. Dotyczy on jednak przede wszystkim populacji krajów uprzemysłowionych. Otyłość, z jej wszelkimi następstwami, jest w dużej mierze konsekwencją rozwoju cywilizacyjnego i w wielu krajach rozwiniętych uznaje się ją już za epidemię. Wg szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz International Obesity Task Force (IOTF) w 2025 r. ponad połowa mieszkańców tych krajów będzie otyła. Problem ten w coraz większym zakresie dotyczy również populacji dziecięcej, nawet w najmłodszej grupie wiekowej. Na świecie ilość dzieci z nadwagą lub otyłością sięga już 200 mln, a w grupie do 5 r.ż. otyłych dzieci jest już ponad 42 mln. Wg IOTF w Europie rocznie przybywa ok. 85.000 otyłych dzieci i młodzieży. Z danych organizacji UNICEF wynika, że polskie dzieci tyją najszybciej w Europie i w ciągu ostatniej dekady odsetek otyłych dzieci w naszym kraju uległ podwojeniu. Obecnie już ponad 22% polskich uczniów ma nadwagę lub otyłość, a w grupie dzieci trzyletnich problem ten dotyka ponad 12% dziewczynek i 9% chłopców (dane Centrum Zdrowia Dziecka).

Otyłość jest zaburzeniem złożonym i wieloczynnikowym. Jest ona uwarunkowana zarówno genetycznie (w ok. 5%), ale też przez czynniki środowiskowe, behawioralne, rozwojowe. Bezpośrednią przyczynę upatruje się w zaburzeniu bilansu energetycznego ustroju, na które zasadniczy wpływ ma ilość i jakość przyjmowanego pożywienia, biologiczne mechanizmy regulujące związane z jego pobieraniem (uczucie głodu-sytości) i przyswajaniem (m.in. hormonalne, enzymatyczne, neuroprzekaźniki i inne).

Otyłość pojawiająca się już w wieku wczesnodziecięcym, a więc w okresie intensywnego rozwoju, może mieć bardzo poważne, zarówno natychmiastowe, jak też odległe konsekwencje. Wśród nich jest wzrost ryzyka innych chorób przewlekłych (np. astma, bezdech senny, zaburzenia w układzie kostno-stawowym, zespół metaboliczny, cukrzyca typu 2 już w wieku młodzieńczym, choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, zaburzenia hormonalne, w tym regulacja płodności). Ważnym aspektem są również wynikające z nadwagi/otyłości problemy emocjonalne i społeczne (izolacja społeczna, dręczenie psychiczne przez rówieśników, niższa samoocena, skłonność do depresji, i inne).

Za czynniki warunkujące rozwój otyłości już we wczesnym okresie życia uznaje się: urodzeniową masę ciała dziecka (30%/ każdy kilogram ponad normę), wskaźnik Body Mass Index (BMI) rodziców, a szczególnie matki, palenie tytoniu przez matkę (czynne/bierne), status społeczno-ekonomiczny rodziny, aktywność fizyczną dziecka, czas spędzany przed ekranem (TV lub komputera) oraz czynniki żywieniowe.

Publikowane od lat 90-tych badania naukowe analizowały wpływ wczesnego okresu żywienia na rozwój nadwagi/otyłości u dzieci i młodzieży, w tym związek z karmieniem piersią.

Problem w dobrym oszacowaniu wpływu takiego czynnika, jak karmienie piersią na otyłość wynika przede wszystkim, ze wspomnianej wyżej wieloczynnikowej etiologii tego zaburzenia, trudności w dobrej konstrukcji badania (np. względy bioetyczne dotyczące randomizowanych badań karmienia/niekarmienia piersią), różnorodności sposobów karmienia piersią (nawet jeśli wyłączone, to, czy bezpośrednio z piersi, czy np. z butelki?, jeśli mieszane, to w jakich proporcjach, itp.).

Zdecydowana większość opublikowanych badań wskazuje jednak na ochronny wpływ karmienia piersią w stosunku do rozwoju otyłości. Potwierdza to również wiele metaanaliz przeprowadzonych w tym zakresie w ostatnich latach (Arenz , 2004; Owen,2005; Harder, 2005; Weng, 2012; Yan, 2014, Horta, 2015).

Analizy te wykazały, że jakiegokolwiek karmienie piersią jest czynnikiem zmniejszającym ryzyko otyłości (15%–22% przy karmieniu powyżej 6 m-cy), karmienie wyłącznie piersią jest korzystniejsze w tym zakresie od karmienia mieszanego (średnio o ok. 13%, od 30% do 50% mniejsze ryzyko otyłości przy wyłącznym karmieniu naturalnym do 6 m-cy, i redukcja ryzyka o 6% na każdy miesiąc karmienia u dzieci karmionych wyłącznie piersią, w stosunku do żywienia mieszanego), wskazując jednocześnie na złożoność problemu i niekorzystny wpływ współwystępowania ww. czynników ryzyka otyłości u dzieci na jej rozwój.

Potwierdzono wprost proporcjonalną zależność ochronnego działania interwencji w postaci karmienia piersią na ryzyko rozwoju otyłości (o 4% na każdy miesiąc karmienia mniejsze ryzyko u dzieci karmionych piersią do 9 m-cy, w stosunku do żywionych mieszkanką). Zaobserwowano też długotrwały efekt ochronny karmienia piersią, utrzymujący się przez cały okres młodości, przedłużając to oddziaływanie również na okres dorosłości.

Korzystnego działania karmienia piersią badacze upatrują w lepszej samoregulacji żywienia przez dziecko karmione w ten sposób, składzie jakościowym i ilościowym mleka kobiecego, lepiej dostosowanego do potrzeb ludzkiego potomstwa (m.in. mniejsza, niż w mieszance, zawartość białka, jakość i proporcje kwasów tłuszczowych, obecność czynników biologicznie aktywnych regulujących łaknienie i procesy metaboliczne), niż mieszanka, czy wreszcie w zdrowszym trybie życia prowadzonym przez matki karmiące.

Nowsze badania również potwierdzają ochronną rolę karmienia piersią, ale też umacniają wpływ wieloczynnikowego współoddziaływania tej interwencji. Np. Walby i wsp. w 2017 r. wykazali, że karmienie piersią 4–9 m-cy istotnie zmniejsza ryzyko otyłości w 4 r. życia, w pozytywnej korelacji z wyższym poziomem wykształcenia matki, niepaleniem tytoniu oraz prawidłowym BMI matki. Kreuz- Niedbala i wsp. w 2015 r. opisali zmniejszenie ryzyka otyłości i astmy u dzieci poznańskich karmionych piersią do 6 i 12 m-cy (odpowiednio o 21% i 38%) w porównaniu z dziećmi żywionymi mieszkanką, przyjmując otyłość, jako czynnik zwiększający zapadalność na choroby infekcyjne i konieczność stosowania antybiotykoterapii, która z kolei przyczyniała się do wzrostu występowania astmy u tych dzieci.

Japońscy i Australijscy badacze wykazali, że włączenie mieszanki do żywienia niemowląt przed ukończeniem 6 m-cy zwiększa odpowiednio w 7 r.ż. (Yamakawa, 2013) i 20 r.ż (Oddy, 2014) ryzyko otyłości w stosunku do stosowania karmienia wyłącznie piersią do 6 m-cy. Z kolei dwa przeglądy systematyczne analizujące czas oraz rodzaj wprowadzanej żywności uzupełniającej w grupie dzieci z Europy, USA i Kanady (Pearce, 2013) wskazują na istotny wzrost ryzyka otyłości u dzieci, którym rozszerzono dietę przed 4 miesiącem (szczególnie w grupie dzieci żywionych sztucznie) oraz pozytywną korelację otyłości ze wzrostem całkowitej ilości kalorii w posiłkach rozszerzających dietę. Przegląd systematyczny (40 badań) opublikowany w 2016 r., przeprowadzony w ramach międzynarodowego projektu Early Nutrition, a dotyczący efektów interwencji żywieniowej u dzieci do lat 3 i ich związku z rozwojem nadwagi i otyłości potwierdził 13% redukcję ryzyka otyłości związaną z karmieniem piersią, wskazał na niekorzystne znaczenie wysokiego spożycia białka z pokarmami rozszerzającymi dietę, a także na potencjalnie zbyt wysoką zawartość białka w mieszankach stosowanych w sztucznym żywieniu niemowląt. Również karmienie „wg schematu” (tj. co określoną ilość godzin) jest obarczone większym ryzykiem otyłości, niż karmienie „wg potrzeb dziecka” (Mihirshahi, 2011).

Warto zwrócić uwagę również na inne aspekty omawianego problemu, w tym nadwaga i otyłość wśród kobiet w okresie prokreacyjnym i wynikające z tego komplikacje zdrowotne, np. trudność w zajściu w ciążę, ryzyko niedonoszenia ciąży, wad wrodzonych u dziecka, metabolicznych i hormonalnych powikłań ciążowych (np. cukrzyca ciążowa, nadciśnienie indukowane ciążą), komplikacji związanych z porodem (wzrost częstości porodu zabiegowego, cięcia cesarskiego), czy wreszcie różnorodnych zaburzeń związanych z karmieniem piersią (opóźniona laktogeneza II, zbyt mała produkcja mleka, kłopoty z prawidłowym przystawieniem dziecka do piersi i inne).

Kobiety otyłe częściej rodzą dzieci z nadmierną lub niedostateczną masą ciała, rzadziej rozpoczynają karmienie naturalne, rzadziej karmią wyłącznie piersią i szybciej rezygnują z karmienia piersią, zwiększając tym samym znacząco ryzyko rozwoju otyłości u swego potomstwa oraz pojawienia się, bądź nasilenia objawów zespołu metabolicznego u siebie (Yeung, 2017; Choi Se Rin, 2017).

Biorąc pod uwagę wieloczynnikowe uwarunkowania nadwagi i otyłości, a także liczne, udowodnione korzyści zdrowotne dla dziecka i matki wynikające z karmienia piersią, w tym w profilaktyce problemu cywilizacyjnego, jakim jest otyłość, należy zintensyfikować w naszym kraju działania w zakresie zdrowia publicznego na rzecz upowszechniania karmienia piersią/mlekiem kobiecym niemowląt i małych dzieci.

Piramida żywienia dla kobiety w okresie laktacji

Dr inż. Joanna Rachtan-Janicka

Piramidy żywienia stosowane w Polsce i na świecie od ponad dwóch dekad pokazują w przejrzysty sposób schemat, jakim powinni się posługiwać pacjenci/konsumenci przygotowując swoją dietę. Należy pamiętać, że słowo „dieta” nie oznacza sposobu żywienia wyłącznie w okresie choroby, ale ogólnie – oznacza sposób/styl żywienia każdego z nas, niezależnie od stanu zdrowia czy stanu fizjologicznego.

Dieta kobiety w okresie prokreacji, ciąży, a następnie laktacji jest niezwykle ważna ze względu na zdrowie matki i dziecka. Każdy z tych okresów wymaga szczególnej dbałości o jakość stosowanych produktów i środków spożywczych, urozmaicenia jadłospisu, wytycznych dotyczących sposobu ich przygotowania do spożycia oraz częstotliwości spożywania posiłków.

Ponieważ zapotrzebowanie na składniki odżywcze w okresie laktacji różni się od potrzeb kobiety w czasie ciąży i znacząco odbiega od zaleceń dla kobiet w okresie prokreacji, celowym było przygotowanie piramidy żywienia dla kobiet w okresie laktacji, opartej o podsumowane i poddane krytycznej ocenie zalecenia przedstawione w normach i licznych stanowiskach ekspertów. Dodatkowo forma graficzna piramidy, z którą kobiety spotykały się w czasie edukacji szkolnej (swojej lub własnych dzieci), spotykają się w placówkach służby zdrowia oraz w mediach będzie łatwa do interpretacji i porównania. Taka forma prezentacji zaleceń będzie łatwa do powielenia przez pracowników służby zdrowia opiekujących się pacjentką okresie laktacji, a wydruk może służyć w celach edukacji żywieniowej czy zostać przekazany pacjentce.

Piramida jest ilustracją graficzną diety, która powinna być stosowana codziennie. Jednocześnie należy uwzględnić specyfikę kulturową, religijną, regionalną i zwyczaje żywieniowe kobiet, co może powodować indywidualne różnice w spożyciu.

Zalecenia ogólne

Przeciętne zapotrzebowanie energetyczne w okresie laktacji wynosi 2600-2900 kcal/dobę, aby zostało zrealizowane, kobieta musi stosować urozmaiconą i zbilansowaną dietę bogatą w produkty o wysokiej gęstości odżywczej;

Poniższe zalecenia obejmują realizację diety w pięciu posiłkach w ciągu dnia, uzupełnioną o płyny oraz, w uzasadnionych przypadkach, suplementację diety.

W czasie trwania laktacji nie zaleca się rutynowego stosowania diet eliminacyjnych, z wyjątkiem sytuacji, gdy choroba dotyczy bezpośrednio matki, np. celiakia, potwierdzona alergia pokarmowa lub nietolerancja pokarmowa.

NIGDY nie należy wprowadzać diety eliminacyjnej „na wszelki wypadek”, aby „chronić” dziecko przed „potencjalnym ryzykiem wystąpienia” alergii, nietolerancji, zmian skórnych itp.

Dieta eliminacyjna stosowana przez kobietę karmiącą może być stosowana w uzasadnionych medycznie przypadkach pod kontrolą lekarza i dietetyka. Wprowadzenie diety nie może polegać wyłącznie na usunięciu produktów z diety matki, ale MUSI zawierać listę zamienników żywności, która pozwoli kobiecie uzupełnić dietę w składniki odżywcze, które zostaną ograniczone poprzez wyeliminowanie określonych produktów z diety. Przykład – eliminacja mleka i przetworów mlecznych powoduje m.in. zmniejszenie podaży wapnia z dietą, należy wskazać pacjentce zamienniki – bezmleczne źródła wapnia, aby nie doszło do niedożywienia u matki.

Dieta wegetariańska może być stosowana w czasie laktacji, ale matka powinna być pod kontrolą lekarza i dietetyka, aby uniknąć niedoborów żywieniowych.

Większość opracowań naukowych poświęcona rozwojowi niemowląt wskazuje, że dziecko poprzez mleko matki poznaje nowe smaki, co pozwala na łatwiejsze rozszerzanie diety niemowlęcia i małego dziecka. Ponadto dziecko ma szansę nabrania tolerancji pokarmowej, co zmniejszy (ale nie wyeliminuje!) ryzyko wystąpienia alergii pokarmowej w przyszłości.

Aktywność fizyczna

Podstawą piramidy, podobnie jak w zaleceniach Instytutu Żywności i Żywienia z 2016 roku, powinna być aktywność fizyczna. Zaleca się, aby kobieta w okresie laktacji dostosowała formę aktywności fizycznej do swoich aktualnych możliwości i stanu zdrowia. Docelowo kobieta powinna poświęcić około 30 minut dziennie na aktywność fizyczną o średnim stopniu intensywności.

Kobiety w okresie laktacji mogą uprawiać sport (nawet kilka razy w tygodniu: ćwiczenia fitness, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, rolki, jazda konna, tenis itd.), ale w takim przypadku należy pamiętać, że zapotrzebowanie energetyczne oraz na składniki odżywcze wzrasta, więc gęstość odżywcza spożywanych posiłków też musi być odpowiednio większa. Zaniedbanie tego elementu może powodować zahamowanie laktacji z powodu niedożywienia i/lub niedoborów energetycznych.

Dlatego zaleca się, aby matki karmiące piersią wykorzystywały nie tylko aktywności sportowe, ale także energiczne spacerowanie i zabawę dzieckiem oraz prace domowe, tj. sprzątanie, odkurzanie, mycie łazienki, prasowanie, które także wiążą się z wysiłkiem fizycznym, a z reguły są realizowane przez każdą kobietę w wymiarze znacznie wyższym niż pół godziny na dobę.

SPOŻYWAJ CODZIENNIE

Warzywa i owoce – składnik każdego posiłku (warzywa bez ograniczeń + 1-2 porcje owoców)

Warzywa powinny stanowić składnik lub stanowić samodzielny posiłek. Kobiety w okresie laktacji powinny korzystać z różnorodnych warzyw i unikać stosowania monotonnej diety. Należy stosować warzywa pochodzące z różnych rodzin botanicznych, np.:

- baldaszkowatych, m.in. marchew, pasternak, pietruszka, seler, seler naciowy oraz kminek, koperek i lubczyk;
- dyniowatych, m.in. cukinia, dynia, kabaczek, ogórek, patison;
- komosowatych, m.in. boćwina, botwina, burak, komosa ryżowa, szpinak oraz szarłat/amarantus;
- krzyżowych, m.in. brukselka, brokuł, chrzan, gorczyca, kalafior, kalarepa, kapusta (biała, czerwona, pekińska, włoska), rzepa, rzepak, rzeżucha, rzodkiew, rzodkiewka;
- liliowatych, m.in. cebula, czosnek, por, szczypiorek, szparag;
- motylkowatych, m.in. bób, ciecierzycy, fasola, groszek, soczewica i soja;
- psiankowatych, m.in. bakłażan, papryka, pomidor i ziemniak;
- rdestowatych, np. gryka, szczaw;
- złożonych, m.in. cykoria, endywia, sałaty, słonecznik, topinambur;

Każde warzywo jest źródłem cennych, często unikalnych składników odżywczych i błonnika, dlatego zaleca się stosowanie urozmaiconej palety warzyw. Warzywa powinny stanowić główny składnik

posiłków, uzupełniany przez źródła węglowodanów (np. pieczywo, kasze) czy białka (np. mięso i nabiał). Większość warzyw może być podana w formie surowej (po uprzednim umyciu i ewentualnie obraniu), niektóre mogą (lub muszą) być poddane obróbce termicznej.

Ciekawym urozmaicheniem diety jest stosowanie kiełków warzyw, zbóż czy roślin strączkowych. Kiełki zawierają, oprócz podstawowych składników odżywczych, dość duże ilości witamin, składników mineralnych oraz błonnika pokarmowego.

Nie należy unikać spożywania warzyw o wyrazistym smaku lub zapachu – ilość substancji smakowo-zapachowych, które dostaną się do mleka mamy po zjedzeniu brokułów lub czosnku jest śladowa, na pewno nie spowoduje takiej zmiany smaku matczynego pokarmu, że dziecko odrzuci mleko. Ponadto dodatek warzyw do diety mamy nie wywoła kolki lub bólu brzucha u dziecka, ale zdecydowanie wpłynie na lepszą tolerancję nowych produktów, gdy nastąpi czas rozszerzania diety.

Owoce powinny stanowić uzupełnienie diety w witaminy, składniki mineralne oraz błonnik rozpuszczalny w wodzie. Powinno się zachęcać matki do korzystania z owoców sezonowych, ale także do przechowywania ich na okres jesienno-zimowy, np. w formie mrożonek.

W polskiej diecie dominują owoce z rodziny różowatych (aronia, brzoskwinia, czereśnia, gruszka, jabłko, jeżyna, malina, morela, nektarynka, pigwa, poziomka, truskawka, śliwka, wiśnia), z których większość można dostać w sklepach przez cały rok. Ponadto do często spożywanych owoców należą: agrest, arbuz, borówka, jagoda, melon, porzeczka i żurawina oraz cytrusy (ananas, banan, cytryna, grejpfrut, kiwi, klementynka, mandarynka czy pomarańcza).

Produkty zbożowe – uzupełnienie podstawowej diety (4–8 porcji)

Dieta kobiety w okresie laktacji musi być zbilansowana, czyli ma dostarczać wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Ponadto dieta w okresie laktacji powinna dostarczać ok. 500 kcal/dobę więcej, niż w okresie przed ciążą. Podstawowym źródłem energii w diecie matek są produkty zbożowe, które zawierają węglowodany złożone.

W jadłospisie mamy należy umieścić przede wszystkim produkty pełnoziarniste i razowe, np. płatki i otręby, musli, razowy makaron, różnorodne kasze oraz mieszane i ciemne pieczywo oraz mąki do wypieku ciast i pieczywa. Pieczywo jasne może być spożywane sporadycznie (np. 1-2 razy w tygodniu), ponieważ w porównaniu z innymi rodzajami pieczywa (ciemne, razowe) zawiera mniej błonnika, witamin i składników mineralnych.

Ciekawym dodatkiem do diety są kasze, m.in. jęczmienne (kujawska, mazurska, perłowa, pęczak, wiejska), pszenne (bulgur, kuskus, manna), kukurydziana, gryczana, owsiana, jagłana, quinoa oraz ryż (biały, brązowy, czerwony, dziki). Kasze mogą być doskonałym dodatkiem do warzyw i mięs m.in. jako nadzienie do warzyw pieczonych (np. papryka faszerowana kaszą perłową i mięsem), gotowanych (np. gotówki z kasza gryczaną i mięsem), sałatek (np. sałatka z brązowego ryżu, warzyw i makreli) i deserów (np. szarlotka z kaszy jaglanej z miodem).

W codziennym jadłospisie warto uwzględnić płatki zbożowe i otręby, należy jednak zwracać uwagę na skład kupowanych produktów i wybierać te, do których nie dodano cukru.

Należy pamiętać, że przy rosnącym dodatku produktów zbożowych w diecie należy jednocześnie zwiększyć ilość wypijanych płynów, gdyż błonnik zawarty w zbożach i pseudozbożach bardzo mocno chłonie wodę z przewodu pokarmowego i przy jej niedostatecznej ilości może spowodować zaparcia.

Co dzień w diecie należy umieścić np. 3-4 kromki pieczywa (najlepiej ciemnego, razowego, na zakwasie) oraz porcję musli/płatków ok. 5 łyżek i makaron/kaszę w ilości ok. 50-100 g ugotowanego produktu.

Produkty mleczne – niezbędny dodatek (2–3 porcje)

Zaleca się, aby produkty mleczne, tj. mleko, sery (żółte, serki kanapkowe, twarogi) i napoje fermentowane (jogurty, kefiry, maślanki) znajdowały się codziennie w jadłospisie matki w okresie laktacji. Mleko i jego przetwory są źródłem białka, wapnia i tłuszczu.

Matka karmiąca powinna przede wszystkim wybierać produkty o smaku naturalnym, czyli jogurty bez owoców i cukru (owoce najlepiej dodać do jogurtu samodzielnie), a sery kanapkowe twarogowe bez dodatku soli.

Nie należy nadmiernie ograniczać zawartości tłuszczu w produktach mlecznych, ale wybierać produkty tłuste i półtłuste. Pamiętajmy, że kwasy tłuszczowe z produktów mlecznych przechodzą do pokarmu matki, co pozwala m.in. prawidłową mielinizację komórek nerwowych.

W czasie trwania laktacji zaleca się spożywanie 2–3 porcji produktów mlecznych dziennie (np. szklanki mleka, 200 g jogurtu, maślanki lub kefiru i plasterka sera żółtego), co powinno pozwolić na pokrycie zapotrzebowania matki na wapń.

Mięso, ryby, jaja i strączkowe – podstawowe źródło białka i żelaza (1–2 porcje dziennie)

W diecie matki karmiącej muszą się znaleźć m.in. źródła białka o wysokiej wartości biologicznej (mięso i jego przetwory, ryby, jaja oraz z produktów roślinnych – strączkowe), a także żelaza hemowego, które znajduje się w produktach pochodzenia zwierzęcego.

W okresie laktacji kobieta musi dostarczać do swojego organizmu 10 mg żelaza dziennie. Mięso czerwone i ryby zawierają ok. 2–3 razy więcej żelaza niż, popularne w Polsce, mięso drobiowe. Zgodnie z aktualnymi danymi z badań naukowych, oraz w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych, zaleca się ograniczanie ilości czerwonego mięsa w diecie do ok. 50 g/dobę, nie należy przekraczać ilości 0,5 kg/tydzień. Uzupełnieniem diety w cenne źródło białka i żelaza powinien być drób (kurczak, indyk, kaczka, gęś, perliczka) i wysokogatunkowe wędliny oraz tłuste ryby morskie. Przy tygodniowym spożyciu mięsa (np. wołowego i wieprzowego po 50 g, drobiowego ok. 200-250 g, przetworów mięsnych ok. 100 g, tłustych ryb morskich 200 g oraz 4 jaj) uzyskamy pokrycie zapotrzebowania na żelazo w diecie kobiety karmiącej.

Kobieta w czasie laktacji powinna wybierać mięso wysokiej jakości, które ma być dodatkiem do warzyw i produktów zbożowych, a nie dominującym składnikiem posiłków i dań. Spożywanie produktów będących źródłem żelaza hemowego oraz warzyw i/lub owoców bogatych w witaminę C pozwala na lepsze wykorzystanie żelaza przez organizm matki.

Należy pamiętać zalecanych technik obróbki kulinarnej mięsa – zaleca się gotowanie, gotowanie na parze, duszenie, grillowanie i pieczenie, przy ograniczeniu smażenia, zwłaszcza głębokim tłuszczu.

Dietę matki mogą wzbogacać dodatkiem roślin strączkowych, wykorzystując różne gatunki roślin – wprowadzamy do diety nie tylko białko, ale także wapń, magnez i witaminy. Należy wybierać świeże produkty sezonowe oraz kiełki lub umiejętnie przygotowywać nasiona suchych strączkowych, aby nie wywoływały efektu wzdymającego u matki.

Zaleca się spożywanie 4-5 jaj tygodniowo, ze względu na smaki jakość najbardziej cenione są jaja z chowu ekologicznego i wolnego wybiegu.

Oleje, tłuszcze, orzechy i nasiona – urozmaicają i wzbogacają dietę (1 porcja)

Skład jakościowy tłuszczu mleka kobiecego zależy od diety spożywanej przez matkę, dlatego czasie laktacji nie należy stosować diety bardzo niskotłuszczowej. Ponadto tłuszcz jest nośnikiem dla witamin A, D, E oraz K.

Kobietom zaleca się stosowanie tłuszczu roślinnego o wysokiej jakości (oleje z pierwszego tłoczenia), dobrane odpowiednio do stosowanych technik kulinarnych.

Do szczególnie polecanych produktów należą oleje bogate w jednonienasycone kwasy tłuszczowe, tj. olej rzepakowy i oliwa z oliwek, które nadają się do przygotowywania potraw na zimno (np. surówek) i na ciepło (np. pieczenie, duszenie). Oleje bogate w wielonienasycone kwasy tłuszczowe np. olej słonecznikowy, dyniowy czy lniany nadają się do spożycia jedynie na zimno.

Zaleca się ograniczenie stosowania produktów bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe – smalec, słonina, tłuste mięsa i wędliny oraz masło, a także olej palmowy i kokosowy, które zawierają podobną ilość działających aterosennie kwasów laury nowego i miryscynowego, jak masło. Wymienione wyżej tłuszcze powinny być stosowane w diecie sporadycznie, wyjątkiem może być częstsze, kilka razy w tygodniu, stosowanie niewielkich ilości masła. Smalec, czy tłuszcz kokosowy mają wysoką odporność na poddawanie ich działaniu wysokich temperatur, dlatego są wykorzystywane do pieczenia i smażenia.

Nie zaleca się także stosowania w diecie tłuszczu roślinnego poddawanego uwodornieniu, a do takich produktów należą twarde margaryny w kostkach. Produkty te zawierają kwasy tłuszczowe trans, które przyczyniają się do powstawiania chorób serca i procesu miażdżycy, a przenikając do mleka matki mają wpływ na przyszłe zdrowie dziecka. Dlatego zaleca się unikanie i redukcję spożycia produktów cukierniczych bogatych w tłuszcze, np. ciasta kruche czy francuskie.

Ważnym elementem diety są orzechy, nasiona i pestki. Dostarczają dużych ilości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin rozpuszczanych w tłuszczach, składników mineralnych oraz błonnika pokarmowego. Poleca się spożywanie ok. 15-20 g orzechów i nasion na dobę. Mogą one stanowić domieszkę do musli i płatków śniadaniowych, być posypką do sałatek, dekoracją dań czy składnikiem pieczywa. W okresie laktacji zaleca się dodatek maku, sezamu czy migdałów, ze względu na wysoką zawartość wapnia. Do diety włączamy produkty bez dodatku soli, cukru/karmelu czy prażonych lub smażonych w tłuszczu.

Woda i płyny – niezbędne dla życia

Kobieta karmiąca powinna spożywać codziennie ok. 3 l płynów. Prawidłowe nawodnienie organizmu stanowi podstawę do produkcji odpowiedniej ilości mleka przez kobiety chcące karmić piersią. Określenie płyny należy rozumieć, jako spożycie wody, herbaty i kawy, soków i napojów oraz mleka, a także wodę zawartą w owocach, warzywach, zupach, gotowanych ziemniakach, kaszach czy makaronach.

Zaleca się przede wszystkim spożycie wody niegazowanej, ponieważ lepiej zaspokaja pragnienie oraz nie powoduje uczucia wzdęcia i odbijania, występującego często po spożyciu wód gazowanych.

Korzystne jest pokrywanie zapotrzebowania na wodę naturalnymi wodami źródłanymi i mineralnymi, nisko- i średniozmineralizowanymi, niskosodowymi <20 mg/l i niskosiarczanowymi <20 mg/l. Woda butelkowana musi być wolna od zanieczyszczeń i czysta pod względem mikrobiologicznym.

W diecie karmiącej zaleca się spożywanie soków 100%, świeżo wyciskanych i bez dodatku cukru.

W czasie laktacji matka może spożywać kawę i herbatę, pod warunkiem, że dzienna dawka kofeiny nie przekroczy 300 mg, co oznacza, że nie należy przekraczać 6 filiżanek kawy lub 10 szklanek herbaty na dzień. Kawy i herbaty nie powinno się dosładzać, a smak kawy można złagodzić np. dodatkiem mleka. Należy unikać herbaty z guarany i yerba mate (zawiera kofeinę)

Z uwagą i ostrożnością należy podchodzić do herbatek ziołowych lub ziołowo-owocowych, gdyż mogą zawierać składniki hamujące laktację lub przechodząc do mleka niekorzystnie wpływać na zdrowie i rozwój niemowlęcia. Według leksykonu Hale'a nie należy stosować w okresie laktacji: (aloesu, jemioli, pluskwicy groniastej, podbiału, ogórecznika, orzechów cola, ożanka, rabarbaru, rauwolfii, liści senesu, szakłaka i żywokostu).

Suplementacja diety

Zgodnie z wytycznymi Grup Ekspertów w okresie laktacji zaleca się suplementację diety przez cały rok witaminą D3 (800-2000 IU). U kobiet, które są niedożywione i nie spożywają wystarczającej ilości ryb zaleca się dodatkowo uzupełnienie diety w DHA w ilości 400-600 mg/dobę, pozostałym kobietom zaleca się uzupełnianie diety o 200 mg DHA na dobę.

Zioła w diecie – alternatywa dla soli

Ze względu na profilaktykę chorób sercowo-naczyniowych wszystkim kobietom, niezależnie od stanu fizjologicznego, poleca się ograniczenie stosowania soli kuchennej. Alternatywą dla chlorku sodu może być stosowanie tzw. soli dietetycznych zawierających chlorek potasu i/lub wapnia. Są to produkty jodowane, więc ich spożywanie nie spowoduje niedoborów jodu u matki.

Zamiennikiem soli w diecie i składnikiem poprawiającym smak mogą być zioła. Poleca się stosowanie rozmarynu, kurkumy, imbiru, cynamonu, curry i wielu innych. Nie należy natomiast stosować nadmiernych ilości (czyli po kilka pęczków dziennie) szałwii, mięty, kopru włoskiego, bo mogą wpływać hamująco na laktację.

SPOŻYWAJ OKAZJONALNIE, KILKA RAZY W MIESIĄCU LUB WCAŁE

- czerwone mięsa (chuda wołowina, wieprzowina, baranina);
- tłuste wędliny, kiełbasy i pasztety;
- tłuszcze zwierzęce: masło, smalec, słonina i tłuszcze roślinne: olej kokosowy i palmowy;
- wysokoocyszczane produkty zbożowe (biały ryż, makaron, białe pieczywo);
- cukier i słodzone (cukierki, ciasta, batony, pączki, drożdżówki itp.);
- napoje słodzone (soki w kartonach, herbaty typu ice tea, napoje gazowane);
- słone i/lub tłuste przekąski (chipsy, chrupki, solone orzeszki, solony popcorn, krakersy);

NIE SPOŻYWAJ ALKOHOLU, NIE PAL PAPIEROSÓW

Piśmiennictwo

Borszewska-Kornacka M.K., Rachtan-Janicka J., Wesołowska A., Socha P., Wielgoś M., Żukowska-Rubik M., Pawlus B., 2013, Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. *Standardy Medyczne Pediatria*, 10(3): 265–279;

Jarosz M: Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja, *IŻŻ*, Warszawa 2012.

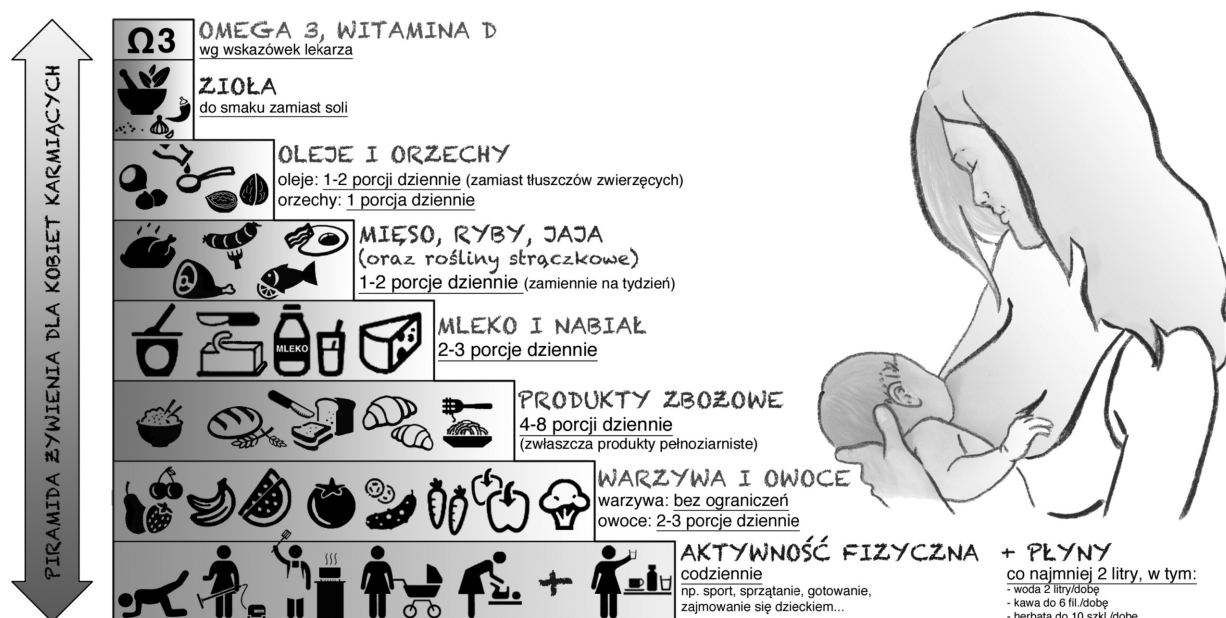
Ministry of Health, New Zealand, 2006, *Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A background paper*, Ministry of Health, Wellington;

Mecacci F., Biagioni S., Ottanelli S., Mello G., 2015, Nutrition in pregnancy and lactation: how a healthy infant is born, *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4 (2): e040236;

Picciano M.F., 2003: Pregnancy and Lactation: Physiological Adjustments, Nutritional Requirements and the Role of Dietary Supplements, *The Journal of Nutrition*, 133 (6): 1997-2002;

Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez niemowlęta, dzieci i młodzież, *Standardy Medyczne. Interna*, 2010;1:7–15;

Zalecenia Instytutu Żywności i Żywienia: Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej. Warszawa 2016.



Rys. Katarzyna Rachtan-Pheron

Matki długokarmiące – obserwacja zachowań żywieniowych – badanie CNoL

Kierownik badania: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Konsultacja: dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Autor: lek. Dorota Bębenek

Definicja

Za matki długokarmiące w Polsce uważa się takie, które kontynuują karmienie ponad 12 miesięcy. Przekonanie to wynika z tego, że jak sięgnąć pamięcią zalecenia Instytutu Matki i Dziecka dotyczyły karmienia piersią tylko w pierwszym roku życia dziecka. Ostatnie, ale dopiero po interwencji środowisk „prokarmieniowych”, uwzględniły też mleko matki w diecie dziecka 1-3 letniego.

Sytuacja

matek długokarmiących jest w Polsce około 10%, co przy 360 tys. porodów daje liczbę niebagatelną – 36 tysięcy kobiet – w skali roku. Pomimo, że stanowią całkiem pokaźną grupę społeczną niewiele o nich wiemy. Są krytykowane, niezrozumiane i zniechęcane do karmienia. Z badania prowadzonego przez CNoL w roku 2016 wśród 2157 matek wynikało, że większość pediatrów nie sugerowała, kiedy zakończyć karmienie, ale 14% matek usłyszało, że należy je zakończyć przed 12 miesiącem.[1] W pytaniach otwartych matki powtarzały uzyskiwaną od pediatrów informację, że po 12 miesiącu karmienie jest niewartościowe. Oto kilka ciekawszych wypowiedzi lekarzy przytaczanych przez matki zniechęcane do długiego karmienia:

- *To już pora, aby odstawić od piersi, jest taka duża, a mleko Pani już nie jest wartościowe.*
- *Dziecko co mogło to już najlepsze zjadło, a teraz to Pani ma problem emocjonalny w głowie, że Pani nadal chce karmić (dziecko 18 mc).*
- *Czas najwyższy przestać już karmić, bo dziecko zaraz będzie miało rok.*
- *Na każdej wizycie po ukończeniu przez synka 12 miesięcy pediatra zachęcał do odstawienia, bo kiedy ja choruję to nie mogę brać żadnych leków, a dla dziecka to już właściwie nie daje żadnych korzyści.*
- *Ma już 18mc, trzeba już dziecko odstawić bo jak będzie pani długo karmić to: córka będzie mieć problemy ze zgryzem, będzie mieć wady wymowy, będzie psychicznie uzależniona ode mnie, zamknięta w sobie i w ogóle czym starsza tym trudniej będzie odstawić.*
- *Lekarz stwierdził że karmi się piersią do szóstego miesiąca, a potem to nic nie wartościowa woda... uśmiechał mu się w twarz pytając skąd ma te dane.*
- *Po roku z kości wydziela się związek, który jest toksyczny dla dziecka... Po zacytowaniu przeze mnie ustaleń WHO, dowiedziałam się, że są one tylko dla krajów trzeciego świata.*
- *Obecnie karmię 1,5 roczną córkę nadal piersią. Syna karmiłam rok i 10 m-cy, miał problemy z zębami bardzo szybko mu się popsuky, dentyści i lekarze obwiniali za to zbyt długie karmienie piersią, zwłaszcza w nocy. Myślę że nie było to tym spowodowane, syn miał zaburzoną gospodarkę fosforanowo-wapniową i prędzej od tego, bo córka także ssie pierś w nocy często i ma zdrowe zęby. Poza tym synek już w wieku 11 m-cy miał kłopoty ze szkliwem, które odpadało. Jedna z dentystek wręcz na mnie nakrzyczała że to moja wina, po co jeszcze karmię, a zwłaszcza w nocy.*

Panadto tegoroczne Stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej przedstawia karmienie piersią po 12. miesiącu jako istotny czynnik ryzyka próchnicy wczesnodziecięcej, co może zniechęcać do długiego karmienia.[2] Nie robiłybyśmy z tego problemu, bo generalnie trzeba dbać o zęby naszych dzieci, gdyby nie fakty:

- żadna instytucja na świecie nie zaleca skracania czasu karmienia naturalnego (WHO, AAP, ESPGHAN i in.), Dyrektoriat Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka Komisji Europejskiej (ECDPHRA), Ministerstwa Zdrowia wielu krajów, w tym Polski, ani nie zgłasza dowodów na szkodliwość długiego karmienia (AAP),
- karmienie piersią w analizach antropologicznych naturalnie kończy się między 2,3 a 6–7 rokiem życia, średnio 3–4 lata,[3]
- mleko matek po 12 miesiącach nadal zachowuje wysokie wartości odżywcze. Ma nawet więcej białka i kalorii niż mleko matek karmiących 3-4 miesięczne dzieci.[4] W okresie odstawiania, gdy następuje involucja gruczołu, mleko składem upodabnia się do siary – wykazuje znów wysoką zawartość białka i czynników immunologicznych m.in. SIgA, laktoferryny, lizozymu, rośnie stężenie sodu i żelaza, a obniża się poziom laktozy, cynku,[3]
- korzyści zdrowotne wynikające z karmienia piersią często wiążą się z jego długością – np. każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko otyłości dzieci o 4%,
- korzyści zdrowotne dla kobiet karmiących też często wiążą się z czasem ogólnym karmienia np. w przypadku raka piersi, raka jajnika, cukrzycy typu 2, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób układu sercowo-naczyniowego, hiperlipidemii, nadciśnienia tętniczego,[5] a ostatnio udowodniono, że stopniowe i późne odstawianie zmniejsza ryzyko rozwoju raka piersi,[6]
- jednym z ostatnich odkryć jest wpływ ssania piersi na rozwój twarzoczaszki u dzieci, im dłużej trwa tym lepiej ukształtowane jest podniebienie i zgryz dziecka, wpływ niezależny od wielkości poboru mleka[7]
- laktoza jest mniej kariogenna niż sacharoza powszechnie zawarta w produktach podawanych dzieciom,[8] a 84,3% rodziców polskich dzieci do 2. roku życia deklaruje, że podaje im słodkie produkty.[9]
- szczególnie napiętnowane jest nocne karmienie dzieci, ale wymieniane jest jednym tchem z podawaniem dzieciom w nocy butelki z mieszanką,[2] mimo że mieszanki mleczne są bardziej kariogenne niż mleko kobiece, mimo że nie zawierają sacharozy.[10]

Powyższe rozbieżności nie dawały nam spokoju, postanowiliśmy więc przyjrzeć się grupie mam długokarmiących. Jak postępują? Czy rzeczywiście karmią w nocy? Jakie produkty podają dzieciom? Czy stosują profilaktykę próchnicy? Czy ich zachowania żywieniowe różnią się od populacji polskich rodziców? Dopiero po przeanalizowaniu wyników będziemy mogły sformułować zalecenia dotyczące długiego karmienia i odnieść się do stwierdzeń zawartych w stanowisku PTSD. Wyniki dadzą też twardy dowód w dyskusji, czy należy zachęcać te mamy do zakańczania karmienia, czy modyfikować ich zachowania, czy dać im spokój...

Metoda

Badanie przeprowadzono w dniach 17.02.2017r. – 5.03.2017r. za pomocą formularza ankietowego zawierającego 34 pytania. Uzyskano 4168 wypełnionych formularzy.

Wyniki

Większość (94%) respondentek karmi piersią lub swoim mlekiem dzieci w wieku poniżej 3 lat, 6% ankietowanych karmi starsze dzieci. Aż 40% mam chce karmić w ten sposób do samoodstawienia.

Karmienie mlekiem matki

Zdecydowana większość karmi piersią (98,4%), 3,1% karmi odciągniętym mlekiem podawanym butelką. Ale tylko 6% z nich podaje swoje mleko butelką w nocy. Połowa dzieci ssie pierś 3-6 razy na dobę, 33% częściej. 41% maluchów otrzymuje pierś przed drzemkami, 55,8% przed spaniem oraz 50% w trakcie nocnych pobudek. 60% matek karmi gdzie chce, bez ograniczeń dotyczących miejsca (dom, miejsca publiczne itp.).

Rozszerzanie diety

Większość ankietowanych zaczęła rozszerzać dietę zgodnie z aktualnymi zaleceniami, po 6. miesiącu życia (81%). Ponad 95% maluchów otrzymuje po 12. m.ż. przynajmniej 3 posiłki stałe. Zgodnie z zaleceniami WHO nie zaleca się podawania dzieciom produktów dosładzanych. Większość mam samodzielnie przyrządza dzieciom kaszki i unika podawania produktów dosładzanych. Podaje je jedynie 9,7%. Do najchętniej wybieranych przekąsek należą chrupki kukurydziane (61,%) oraz świeże owoce (91,7%), także warzywa (47,3%). Jedna trzecia mam podaje swoim dzieciom słodczyce, a 7% oferuje im słone przekąski. Większość maluchów na główne posiłki podawane ma dania obiadowe, w tym warzywa, mięsa do gryzienia (85,6%), a nie gotowe dania ze słoiczków dla dzieci (17,6%). Mamy chętnie oferują dzieciom kasze, kaszki, kluski i makarony. Zdecydowana mniejszość podaje słodkie serki (11,7%), oraz ciasta, placki i drożdżówki (25,9%).

Napoje

Najczęściej podawanym napojem jest woda (niemal 95%), jednakże niemal 50% dzieci otrzymuje do picia soki, lecz tylko nieliczne spożywają je z butelki ze smoczkiem, przed snem lub w nocy.

Mleko krowie/roślinne/modyfikowane

20% dzieci nie otrzymuje do picia żadnego mleka. 41,3% mam podaje dzieciom mleko krowie, zazwyczaj nie przekraczając 0,5l/ dobę. Jedna czwarta podaje mleko roślinne.

9% podaje dzieciom mleko modyfikowane, sporadycznie używając do tego butelki (8,4% z tej podgrupy) i zazwyczaj podają je 1-2 razy na dobę (13,5%), a tylko 6% przed snem nocnym.

Higiena jamy ustnej

Wiedzę na temat prawidłowej higieny jamy ustnej większość mam czerpie z Internetu lub z prasy (54,4%), 37,9% otrzymuje odpowiednie instrukcje od stomatologów, natomiast jedynie 8,5% dowiaduje się o prawidłowej pielęgnacji jamy ustnej w poradni rejonowej. Pierwsza wizyta u stomatologa u większości maluchów, których mamy wzięły udział w ankiecie, jeszcze się nie odbyła (67,6%).

Większość dzieci ma myte zęby 1-2 razy/ dobę (87,3%), 7,8% robi to jeszcze częściej, natomiast prawie 5% w ogóle nie myje dzieciom zębów. Mamy najczęściej wybierają pasty z niską zawartością fluoru (47,7%), ale niemal równie pokaźna grupa stosuje preparaty bez fluoru (39,4%), a niemal 8% zupełnie nie używa pasty do zębów.

Krytyka długiego karmienia piersią

Większość mam spotkała się z krytyką karmienia piersią (62,9%), a autorami nieprzychylnych uwag zazwyczaj są rodzina, znajomi (76%) i pracownicy ochrony zdrowia (ponad 75%), z czego 27,9% to pediatrzy.

Dyskusja

Wyniki analizy pokazują, że około połowa matek nie karmi piersią w nocy i/lub przed snem nocnym, co obala tezę, że długie karmienie zawsze się wiąże z tym zachowaniem. W ciągu doby karmi rzadko, tylko jedna trzecia karmi 6 lub więcej razy na dobę. PTSD w swoim poprzednim stanowisku zaleca matkom ograniczanie częstości i czasu karmienia piersią, nie karmienie przed snem i w nocy, karmienie tylko w porach karmienia.[9] Badane matki praktycznie nie używają butelki, co jest prawidłowym zachowaniem.

Matki podają dzieciom nabiał, natomiast tylko niewielki procent podaje mleko modyfikowane, bardzo rzadko butelką, co jest prawidłowym zachowaniem. W badaniach często łączy się w jedną grupę podawanie nocne mleka modyfikowanego butelką i karmienie piersią, co wprowadza w błąd i zaburza wyniki.[11]

Mamy długo karmiące piersią lub mlekiem kobiecym znacznie częściej i rzetelniej przestrzegają zasad zdrowego żywienia dzieci niż populacja badanych polskich rodziców.[10, 11,12] Tylko 34% podaje dzieciom dostarczane produkty, co w porównaniu z danymi z polskiej populacji (90%) jest prawie 3-krotnie rzadsze.[11] 51% podaje dzieciom soki, co jest prawie dwukrotnie rzadsze niż dane polskie (90%; 85,5%).[12, 13]

Większość mam długokarmiących regularnie myje dzieciom zęby 1-2 razy lub więcej/dobę (95,1%), co jest prawidłowym zachowaniem. Zgodnie z zaleceniami PTSD zęby powinny być myte 2x dziennie. Niestety nie robiono w Polsce badań pokazujących częstość higieny jamy ustnej u dzieci w wieku do 3 lat, z którymi można by porównać powyższy wynik.

Wnioski

Nie jest słuszne krytykowanie tej grupy matek, ponieważ pod wieloma względami może być wzorem zachowań prozdrowotnych na tle pozostałej części społeczeństwa. Taką grupę warto wspierać, biorąc pod uwagę realne, policzalne korzyści płynące z prawidłowego żywienia dzieci w okresie ich rozwoju.

Dla zwiększenia wiarygodności tej tezy należałoby przeprowadzić podobne badanie w grupie matek nie karmiących piersią lub mlekiem kobiecym po 12m.ż. i porównać otrzymane wyniki w obydwu grupach.

Literatura:

- [1] Żukowska–Rubik M., Nehring–Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? *Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 1.* 2016.
http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Polska_krajem_przyjaznym_matce.pdf
- [2] Stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, Sekcji Stomatologii dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy i konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dotyczące związku sposobu karmienia dziecka w drugim roku życia z próchnicą wczesnego dzieciństwa. Dorota Olczak-Kowalczyk, Joanna Szczepańska, Lidia Postek-Stefańska, Maria Borysewicz-Lewicka, Maria Mielnik-Błaszczak, Grażyna Marczuk-Kolada, Anna Jurczak, Katarzyna Emerich, Joanna Manowiec, Urszula Kaczmarek. *Nowa Stomatologia 1/2017*
- [3] Lawrence RA, Lawrence RM, ed. *Breastfeeding. A guide for the medical profession. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Mosby; 2005.*
- [4] Bernatowicz-Łojko U, Sinkiewicz-Darol E, Wesołowska A i wsp. *The macronutrient and energy contents of expressed human milk in the Polish population in prolonged lactation.* Toruń, Polska. UKMBA Conference, poster
- [5] Eidelman AL, Schanler RJ et al. AAP, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012 Mar;129(3):e827-41

- [6] Silanikove NLife Sci. *Natural and abrupt involution of the mammary gland affects differently the metabolic and health consequences of weaning*. 2014 Apr 25;102(1):10-5.
- [7] Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systemic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015; 104: 54-61)
- [8] Bowen WH, Lawrence Rh A. Comparison of the Cariogenicity of Cola, Honey, Cow Milk, Human Milk, and Sucrose. *Pediatrics* 2005; 116(4)
- [9] Dorota Olczak-Kowalczyk, Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej, *Nowa Stomatologia* 2/2015, s. 81-90
- [10] Erickson PR, McClintock KL, Green N, LaFleur J: Estimation of the caries-related risk associated with infant formulas. *Pediatr Dent* 1998; 20: 395-403
- [11] Wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu „Monitoring Stanu Zdrowia Jamy Ustnej 2008”. http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0009/24876/wyniki_moni_2008_02009.pdf.
- [12] Stolarczyk A, Szott K, Socha P: Ocena sposobu żywienia niemowląt w wieku 6 i 12 m.ż. w populacji polskiej w odniesieniu do zaleceń Schematu Żywienia Niemowląt z 2007 roku. *Standardy Medyczne Pediatria* 2012; 9: 545-551.
- [13] Łukasik R, Waksmańska W, Gawlik K et al.: Stan wiedzy rodziców na temat żywienia dzieci od urodzenia do 3 lat. *Nowa Pediatria* 2014; 2: 56-62.

Przewlekły ból brodawek i piersi – jak postępować?

Barbara Wilson-Clay

Abstract:

Uporczywy ból piersi i brodawek jest jednym z najczęściej podawanych powodów zaprzestania karmienia piersią. Pomimo tego, że większość kobiet doświadcza pewnego stopnia bólu piersi i brodawek, szczególnie w ciągu pierwszych tygodni po porodzie, zapewnia się zbyt mało wsparcia profilaktycznego, które pozwoliłoby młodym matkom zrozumieć ten ból i poradzić sobie z nim. Niewyjaśniony ból może stać się przyczyną niepokoju i lęku. Czynniki zapalne wytwarzane przez organizm w odpowiedzi na ból przyczyniają się do rozwoju depresji poporodowej. Ponadto w wyniku bolesnych chorób piersi i brodawek mogą nastąpić znaczące urazy fizyczne. Niniejszy wykład opisuje przyczyny bólu piersi i brodawek oraz aktualne teorie dotyczące jego występowania. Omówione zostaną dowody dotyczące postępowania w bólu brodawek i zapaleniu piersi. Zaprezentowana zostanie nowa teoria dysbiozy przewodów gruczołu piersiowego oraz niepokoje dotyczące zbyt częstego diagnozowania kandydozy przewodów mlecznych.

Cele:

Opis przyczyn przewlekłego bólu brodawek i omówienie relacji między bólem a zaburzeniami depresyjnymi.

Omówienie jakości dowodów dotyczących interwencji w przypadku bolesnych brodawek i zapalenia piersi.

Definicja dysbiozy przewodów gruczołu piersiowego i omówienie potencjalnych implikacji tego pojęcia dla leczenia zapalenia piersi.

Omówienie najnowszych doniesień dotyczących bólu piersi powodowanego tak zwaną "kandydozą przewodów mlecznych"

Źródła:

Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, et al. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 1996; 17(1):53-58.

Barrett ME, Heller MM, Stone HF, et al. Dermatoses of the breast in lactation. *Dermatologic Therapy* 2013; 26(4):331-336.

Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2016;11(2):46-53.

[http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/persistent%20pain2016%20\(2\).pdf](http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/persistent%20pain2016%20(2).pdf)

Buck ML, Amir LH, Cullinane M, et al. Nipple pain, damage, and vasospasm in the first 8 weeks postpartum. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(2):56-62.

Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, Smart NA. Interventions for the prevention of mastitis following childbirth. *Cochrane Database System Review* 2012; 10:CD007239. <http://www.cochrane.org/CD007239>

Delgado S, Arroyo R, Jimenez E, et al. Staphylococcus epidermidis strains isolated from breast milk of women suffering from infectious mastitis: potential virulence traits and resistance to antibiotics. *BMC Microbiology* 2009; 9:82. www.biomedicalcentral.com

Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database System Review* 2014; 12:CD007366. <http://www.cochrane.org/CD007366>

Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database System Review* 2013; 2:CD005458. <http://www.cochrane.org/CD005458>

Jimenez E, Andres J, Manrique M, et al. Metagenomic analysis of milk of healthy and mastitis-suffering women. *Journal of Human Lactation* 2015; 31(3):406-415.

Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, et al. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeeding Medicine* 2009; 4(2):57-61.

Kendall-Tackett K. A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. *International Breastfeeding Journal* 2007;2:6. doi 10.1186/1746-4358-2-6.

Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes, and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2015; 12:12247-12263.

Mediano P, Fernandez L, Jimenez E, et al. Microbial Diversity in Milk of Women With Mastitis: Potential Role of Coagulase-Negative Staphylococci, Viridans Group Streptococci, and Corynebacteria. *Journal of Human Lactation* 2017; 33(2).

McClellan H, Geddes D, Kent J, et al. Infants of mothers with persistent nipple pain exert strong sucking vacuums. *Acta Paediatrica* 2008; 97(1):1205-1209.

Piatt JP, Bergeson PS. Gentian violet toxicity. *Clinical Pediatrics* 1992;31(12):756-757.

Prime D, Geddes D, Hartmann P. Oxytocin: Milk ejection and maternal infant well being, in Hale and Hartmann's *Textbook of Human Lactation*, Amarillo, TX: Hale Publishing 2007; page 147.

Wilson-Clay B. Oversupply. *Journal of Human Lactation* 2006; 22(2):218-220.

Stosowanie kapturków – wyniki badania ankietowego CNoL

Lek. Magdalena Castello-Rokicka, dr hab n med Magdalena Nehring-Gugulska

Ostonki na brodawki (tzw. kapturki) próbowano stosować od stuleci. Pierwotnie wykonywano je, np. ze skóry, drewna, następnie w XX wieku zaczęto używać do tego celu gumy i lateksu. Obecnie wykonuje się je już praktycznie tylko z cienkiego silikonu, który nie zmniejsza aż tak wypływu mleka z piersi, jak inne wymienione materiały.

Uważa się, że kapturki powinny być stosowane jedynie pod kontrolą doradcy lub konsultanta laktacyjnego w konkretnych sytuacjach klinicznych, przez najkrótszy możliwy czas potrzebny do uzyskania pożądanego efektu. Wiadomo, że z uwagi na powszechną ich dostępność, głównie są kupowane przez matki w celu ochrony poranionych brodawek. Należy jednak zauważyć, że w takiej sytuacji kluczowe jest poprawienie techniki karmienia, gdyż samo zastosowanie kapturka nie rozwiąże problemu. Do najważniejszych wskazań do ich stosowania zalicza się:

- płaskie, wklęsłe, nieelastyczne brodawki piersiowe u matki,
- zaburzenia funkcji ssania z powodów anatomicznych (wysokie podniebienie, cofnięty język, krótkie wędzidełko języka) lub czynnościowych (cofanie języka, unoszenie języka, brak stabilizacji na piersi, niskie napięcie warg, słaba siła ssania i in.),
- nieefektywne opróżnianie piersi przez wcześniaka,
- zbyt duże podciśnienie w jamie ustnej dziecka podczas ssania powodujące bolesność brodawek u matki,
- niechęć do ssania piersi przez dziecko przyzwyczajone do karmienia butelką, drenem po palcu.
- odmowa ssania piersi przez dziecko,
- hiperaktywny wypływ pokarmu (HWP),
- blokada psychiczna matki, aby karmić gołą piersią.

Technika nakładania osłonek ma zapewniać komfort matce oraz skuteczne opróżnianie piersi. Zawsze należy dobrać odpowiedni rozmiar, tak aby kapturek się nie odklejał, ale też aby nie uciskał brodawki i nie blokował wypływu mleka. Brodawka zawsze powinna znaleźć się centralnie w jego wnętrzu. Karmienie przez osłonki powinno przebiegać zgodnie z zasadami efektywnego ssania piersi. Oprócz szerokości kapturka, ważny jest również indywidualny dobór pod kątem celu jego zastosowania w danej sytuacji klinicznej, z uwagi na różne ich długości, różną sprężystość i twardość, co może mieć znaczenie, np. u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym, u wcześniaków, w przypadku wyjątkowo poranionych brodawek u matki.

Z wyników badań ankietowych na temat stosowania kapturków wypełnionego przez 430 użytkowniczki forów internetowych wynika, że większość matek używała ich z uwagi na poranione brodawki (40%) lub płaskie i wklęsłe brodawki (38%), a ich zakup najczęściej zlecała położna (51,9%). 45% karmiła z ich użyciem dłużej niż miesiąc, najdłużej – 2,5 roku. Tylko 14,65% respondentek wśród wad kapturków wymieniło, że zauważyły niecałkowite opróżnienie piersi, a tylko 6,05%, że zauważyły spadek produkcji pokarmu. Przekonanie, że kapturki zaburzają naturalne karmienie i nie da się utrzymać prawidłowej laktacji wydaje się nieaktualne, ale wymaga dodatkowych badań. Najczęściej kupowanymi markami kapturków były Avent i Medela. Z drugiego badania ankietowego, wypełnionego przez 48 doradczyń i konsultantek laktacyjnych wynika, że najczęściej polecaną marką była Medela (87,5%) z uwagi na odpowiednią elastyczność silikonu i kształt oraz możliwość wyboru 3 rozmiarów. Za główne korzyści z używania osłonek uznano możliwość karmienia przy płaskich

i wklęsłych brodawkach (75%), powrót do karmienia przy odmowie piersi (62,5%) oraz poprawę efektywności ssania zaburzonego z różnych względów (45,8%).

Dostępne na polskim rynku osłonki na brodawki różnią się między sobą szerokością, długością, kształtem, grubością, miękkością i elastycznością silikonu. W razie wątpliwości podczas ich indywidualnego doboru dla danej pacjentki, można sprawdzić wszystkie te cechy w tabelach porównawczych zamieszczonych w pełnej wersji artykułu, który można znaleźć:

<http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Os%c5%82onki%20na%20brodawki%20zwane%20kapturkami.%20Castello-Rokicka%20M.pdf>

lub: www.kobiety.med.pl/cnol → Warsztat pracy cdl → artykuł.

Analiza ciekawych przypadków klinicznych

Barbara Wilson-Clay

Opisy przypadków odgrywają ważną rolę w medycynie, nauce i naukach społecznych. Mają one kontekst „prawdziwego życia”, którego brakuje suchym danym naukowym, ponadto przedstawiają obserwacje w dłuższym okresie. Choć opisy przypadków mają wady metodologiczne, takie jak nieobiektywność obserwatora i brak rygorystycznych warunków, przynoszą szczegółowe informacje na temat interwencji i wyników, dzięki czemu mogą sugerować dalsze obszary do badania w bardziej kontrolowanych warunkach badawczych. Prezentuję tu dwa opisy przypadków: pierwszy dotyczy matki z rzadką chorobą dermatologiczną, a drugi matki i dziecka z licznymi, choć częstymi problemami z karmieniem piersią.

Przypadek I:

Abstrakt:

Rzadkie zaburzenia związane z piersią i brodawką mogą zakłócać karmienie piersią. Ten przypadek opisuje proaktywne działania wspierające laktację i pozytywny wynik u kobiety z rzadkim zaburzeniem: dużym znamieniem o szorstkiej strukturze umiejscowionym na prawej brodawce i otoczce.

Znamię to nieprawidłowy, zazwyczaj nienowotworowy przerost komórek skóry. Znamiona mogą pojawiać się w każdym miejscu ciała i mogą być duże lub małe (pieprzyk). Mogą być zaobserwowane tuż po porodzie, mogą też powoli rosnąć. Znamieniowa hiperkeratoza brodawki i otoczki jest zjawiskiem rzadkim. Charakteryzuje się łuskowatym pogrubieniem i zmienioną pigmentacją brodawki i otoczki, często pogłębiającymi się o okresie dojrzewania lub ciąży. Wyniki dotyczące karmienia piersią u tych kobiet rzadko są opisywane w literaturze, a jeśli już, to krótko (3 przypadki). Nie opracowano najlepszych praktyk opartych na dowodach naukowych dotyczących postępowania w przypadku znamion na otoczce w czasie karmienia piersią. Personel szpitala zajmujący się tą młodą matką i jej dzieckiem obawiał się, czy dziecku uda się uchwycić brodawkę, biorąc pod uwagę sztywność tkanki brodawki, czy łuski nie zablokują zewnętrznego ujścia przewodów mlecznych, a w efekcie ich zaczerwienienia, czy uda się ustalić i bezpiecznie utrzymać laktację w chorej piersi oraz czy uda się zapobiec bólom brodawki i zapaleniu piersi.

W tej prezentacji opisane są formy interwencji zastosowane w tym przypadku w celu zaproponowania praktycznych sugestii dla osób, które będą pracowały z kobietami z rzadkimi zaburzeniami brodawek. Matka ta karmiła piersią długo i z sukcesem.

Cele:

Uczestnicy omówią wpływ wrodzonego znamienia na brodawce i otoczce na rozpoczęcie i utrzymanie karmienia piersią.

Uczestnicy opiszą interwencje, które doprowadziły do pozytywnego wyniku oraz ich zastosowanie w innych przypadkach.

Źródła:

Arora B, Khinda, V, Bajaj N, et al. Congenital epidermal nevus. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 2014; 7(1):43-46.

Aytekin S, Tarlan N, Alp a S, et al. Naevoid hyperkeratosis of the nipple and areola. (Letter) *European Academy of Dermatology and Venereology (JEADV)* 2003; 17(2):232-3.

Baykal C, Buyukbabini N, Kavak A, et al. Nevroid hyperheratosis of the nipple and areola: a distinct entity. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2002; 46(3):414-418.

Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, et al. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database System Review* 2012; 10:CD007239.

Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database System Review* 2014; 12:CD007366 doi: 10.1002/14651858.pub2.

Fenniche S, Badri T. Nevroid hyperkeratosis of the nipple and areola. *New England Journal of Medicine* 2010; 362(1):1618. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm0909467>.

Lebwohl M, Herrmann LG. Impaired skin barrier function in dermatologic disease and repair with *Moisturization*. *Cutis* 2005; 76(6 Supplement): 7-12.

Lyon VB. Congenital melanocytic nevi. *Pediatric Clinics of North America* 2010; 57(5):1155-1176.

Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression On milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birthweight Infants. *Breastfeeding Medicine* 2015; 10(2):84-91.

Santos PS, Inoco-Aruajo JE, Souza LM, et al. Efficacy of HPA Lanolin in treatment of lip alterations related to chemotherapy. *Journal of Applied Oral Science* 2013; 21(2):163-166.

Vieira F, Bachion MM, Mota DD, et al. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *Journal of Nursing Scholarship* 2013; 45(2):116-125.

Yikilmaz SR, Wilson-Clay B. Successful breastfeeding outcome of a woman with a nevus of the nipple: a case study. *Journal of Human Lactation* 2016; 32(2):361-363. doi: 10.1177/0890334415627026.

Przypadek II

Abstrakt:

Opieka nad kobietą w okresie laktacji zależy od starannej oceny problemów matki i dziecka. Obecność wielu czynników ryzyka wymaga zidentyfikowania wszystkich tych problemów i zaradzenia im krok po kroku, aby zapewnić dobry wynik.

Ten przypadek dotyczy 30-letniej pierworódki, z jedną wklęsłą brodawką i mało elastyczną tkanką otoczki obu piersi. Obserwowano, że wklęsłe brodawki mają negatywny wpływ na czas trwania karmienia piersią i mogą powodować odrzucenie piersi przez dziecko i ból brodawki u matki. Noworodek, urodzony w 41 tygodniu, miał krótkie wędzidełko języka (typ 1) przytwierdzone blisko czubka języka. Jego pozycja i nieprawidłowe napięcie mięśniowe sugerowały również kręczy szyi. W związku z niewystarczającą ilością pobieranego pokarmu wynikającą z powyższych problemów dziecko straciło 10% masy urodzeniowej w pierwszych 3 dniach życia. Nadmierna utrata masy ciała zmniejsza u dziecka siłę do efektywnego ssania piersi. Laktacja u matki nie była dobrze zainicjowana i rozwinięta aż do 4 doby. Opóźnienie laktogenezy II jest znanym czynnikiem ryzyka dla zaprzestania karmienia wyłącznie piersią i karmienia piersią w ogóle. Wędzidełko zostało podcięte 5 dnia, ale w związku z problemami wynikającymi z kręczy szyi nie zaobserwowano natychmiastowej poprawy w karmieniu. U matki wystąpiło zarówno silne przepełnienie piersi jak i ból brodawek. Niemowlę było marudne i bardzo płakało, co zmniejszało pewność siebie u matki.

Pomimo tych trudności, wsparcie matki i konkretne działania w kierunku usunięcia każdego z problemów pomogły jej zachować wytrwałość. W wieku 6 tygodni dziecko zaczęło efektywnie ssać pierś i zmniejszył się ból podczas karmienia. Przez cały ten czas niemowlę było karmione wyłącznie mlekiem matki, głównie butelką i dobrze przybierało na wadze. Karmienie wyłącznie piersią utrzymano przez 6 miesięcy. Częściowe karmienie piersią kontynuowane było do czasu, gdy dziecko samo z niej zrezygnowało w wieku 3,5 roku.

Cele:

Uczestnicy zidentyfikują wielorakie czynniki ryzyka związane z wczesnym karmieniem piersią dla pary matka–dziecko zbadanych 1 dnia po porodzie i obserwowanych przez kolejne 3,5 roku.

Uczestnicy omówią zastosowane interwencje ochrony i utrzymania karmienia piersią.

Źródła:

Academy of Breastfeeding Medicine (ABM). Clinical Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. 2009.www.bfmed.org/Resources/Protocols. Accessed March 2017.

Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, et al. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *Journal of Pediatrics* 2012; 161(4):608-614.

Crepinsek MA, Crowe L, Michener K, et al. Interventions for preventing mastitis after childbirth. *Cochrane Database Review* 2012; 10:CD007239.

Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database System Review* 2014; (12):CD007366.

Dewey KG, Nommsen-Rivers M, Heinig MJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112(3):607-619. Genna CW. Breastfeeding infants with congenital torticollis. *Journal of Human Lactation* 2015; 31(2):216-220.

Hummel P, Fortado D. Impacting infant head shapes. *Advances in Neonatal Care* 2005; 5(6):329-340.

Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2015; 12:12247-12263.

Park IY, Kim ME, Jo HH, et al. Association of the nipple-areolar complexes with age, parity, and breastfeeding in Korean premenopausal women. *Journal of Human Lactation* 2014; 30(4):474-79.

Van Vlimmeren LA, Helders PJ, van Adrichem LN, et al. Torticollis and plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. *Pediatric Rehabilitation* 2006; 9(1):40-46.

Walls V, Glass R. Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: experience from 11 cases. *Journal of Human Lactation* 2006; 22(3):328-334.

Wilson-Clay B, Hoover K. The Breastfeeding Atlas, 6th edition. Manchaca, Texas: *Lactnews Press*. 2017.

Warsztat

Jak karmić wcześniaki – czy trudno jest zrealizować „Program wczesnej stymulacji laktacji”?

Agnieszka Muszyńska

Kinga Osuch

Agnieszka Paderewska

Magdalena Paszko

Produkcja pokarmu kobiecego rozpoczyna się między 16 a 20 tyg. ciąży. Skład pokarmu jest wówczas podobny do płynu owodniowego i różny w zależności od czasu trwania ciąży

Siara wydzielana jest w pierwszych dniach po porodzie (do czasu wystąpienia nawału mlecznego) – jest gęsta, żółta, swą barwę zawdzięcza dużej zawartości beta-karotenu

Siara zawiera bardzo duże stężenie immunoglobulin, zwłaszcza klasy SIgA oraz leukocytów, zawiera dużo białka, sodu, potasu, chlorków, cynku, witamin A, E i karotenu, oraz mniej niż mleko dojrzałe – tłuszczów, laktozy i witamin rozpuszczalnych w wodzie

Siara zawiera czynniki wzrostu, które powlekają przewód pokarmowy, stymulując wzrost enterocytów i zwiększając powierzchnię wchłaniania

Wyjątkowość składu siary jest następstwem otwartych, w pierwszych dniach po porodzie, połączeń międzykomórkowych nabłonka laktacyjnego w gruczole piersiowym matki

Dzięki tym szerokim przestrzeniom istnieje możliwość niemal swobodnego przenikania z krwi matki do jej mleka dużych cząstek biologicznie czynnych

Siara dzięki temu ma wyjątkowe właściwości immunomodulujące, immunostymulujące, przeciwzapalne, odżywcze i troficzne

Im wcześniej nastąpił poród tym wyższa jest zawartość cytokin, chemokin i czynników troficznych – czyli substancji o znaczeniu przeciwzapalnym, przeciwbakteryjnym i przeciwwirusowym

Błona śluzowa przewodu pokarmowego noworodka rodzącego się przedwcześnie cechuje się skłonnością do atrofii pod wpływem negatywnych, działających w tym czasie czynników

Dzieje się tak w wyniku m.in. niedokrwienia, niedotlenienia, wtórnych zaburzeń metabolicznych, niekorzystnej kolonizacji, procesów zapalnych, stosowanych antybiotyków.

Brak biologicznej aktywności składników siary przyspiesza i nasila te zjawiska. Toczące się w śluzówce jelit procesy patologiczne utrudniają przyjmowanie pokarmu, a współistniejąca niedojrzałość motoryki jelit nasila tę nietolerancję.

Dlatego konieczne jest jak najwcześniejsze terapeutyczne włączenie siary do procesu leczenia dziecka

Wartość leczniczą siary należy przedstawić rodzicom

U noworodków przedwcześnie urodzonych karmionych mlekiem matki udokumentowano:

- poprawę przeżywalności,
- zmniejszenie ryzyka występowania:
 - martwiczego zapalenia jelit (NEC)
 - retinopatii wcześniaczej,
 - zakażeń,
- zmniejszenie częstości hospitalizacji w pierwszym roku życia,
- poprawę parametrów neurorozwojowych.

Wysokoenergetyczna siara, przyjęta nawet w niewielkiej ilości, zapewnia prawidłowy poziom glukozy we krwi (ABM Clinical Protocol 5, 2003)

Należy dążyć do tego, aby każde dziecko otrzymało siarę jak najwcześniej,

- WHO – w ciągu 1 godziny życia dziecka
- optymalnie w drugiej godzinie życia,
- nie później niż do 6 godziny po urodzeniu

MEF – minimalne żywienie troficzne

To wczesna podaż pokarmu, której zadaniem jest stymulacja funkcji motorycznej i wydzielniczej przewodu pokarmowego dziecka oraz stymulacja procesów ochronnych i stymulacji rozwoju błony śluzowej przewodu pokarmowego

Wczesne rozpoczęcie podaży pokarmu oraz szybkie jego zwiększanie jest korzystne dla osiągnięcia wyłącznego żywienia enteralnego, co oznacza skrócenie żywienia pozajelitowego i wiąże się ze skróceniem utrzymania cewników centralnych.

Procedura ręcznego odciągania siary u pacjentki w szpitalu (opr. A. Muszyńska)

personel

Uzyskaj zgodę od pacjentki na pobranie pokarmu kobiecego

Przygotuj zestaw:

- Rękawiczki jałowe
- Strzykawkę 2ml
- Igły/koreczki do zabezpieczenia strzykawek
- Jałowa buteleczka na pokarm kobiecy
- Plaster lub nalepka z nazwiskiem i imieniem pacjentki oraz datą i godziną odciągnięcia pokarmu
- Umyj i zdezynfekuj ręce
- Załóż jałowe rękawiczki

matka

Dokładnie myje ręce wodą z mydłem, wyciera ręcznikiem papierowym

Procedura ręcznego odciągania siary u pacjentki w szpitalu (opr. A. Muszyńska)

1. Ułóż kciuk oraz drugi i trzeci palec w kształcie litery C około 3 cm od brodawki piersiowej
2. Przyciśnij lekko całą pierś do ściany klatki piersiowej, bez przemieszczania palców
3. Zbliź kciuk i palec wskazujący do siebie, delikatnie uciskając by spowodować wypływ pokarmu



4. Uzyskany pokarm nabierz do strzykawki lub zbierz do buteleczki
5. Zwolnij ucisk
6. Uciskaj otoczkę rytmicznie, ruchem wygarniającym, nie przesuwając palców po skórze. Zmieniaj ułożenie palców wokół brodawki

W czasie odciągania nie wolno forsownie masować i ugniatać piersi



Na początku nie spodziewaj się dużych ilości

Kilka minut może trwać uruchomienie wypływu

Potem pojawią się krople siary w różnym kolorze

Może uda się odciągnąć kilka kropli, może 0,5 ml

Czasem jest więcej mleka

Odciągaj pokarm bardzo delikatnie, żeby nie sprawiać pacjentce bólu
(na początku pacjentka może odczuwać dyskomfort, który w trakcie odciągania mija)

Zabezpiecz strzykawki z pokarmem kobiecym igłą lub koreczkiem / dokładnie zakręć butelkę
Podpisz strzykawki/butelkę z pokarmem kobiecym nazwiskiem i imieniem pacjentki oraz datą i godziną odciągnięcia pokarmu kobiecego

Sprzątnij zestaw

Zdejmij rękawiczki

Zdezynfekuj ręce

Zanieś strzykawki/butelki z pokarmem kobiecym na oddział, gdzie znajduje się dziecko pacjentki i przekaz dyżurnej położnej lub pielęgniарce, która umieści w lodówce jeśli pokarm nie będzie teraz podawany dziecku

Dokonaj zapisu w dokumentacji medycznej pacjentki

1. Zadanie:

Jak zorganizować odciąganie siary i podawanie jej noworodkowi oddzielonemu od matki

- Kto ma odciągać siarę i kiedy. Co jest do tego potrzebne.
- Kiedy podajemy siarę noworodkowi, kto ją podaje i w jaki sposób.
- Co będzie nam potrzebne do realizacji tego zadania.

2. Zadanie:

Jak stymulować laktację

- Kiedy wkraczać z laktatorem i jak się nim posługiwać
- Ile mleka powinna matka odciągać
- Jak utrzymać laktację na odpowiednim poziomie
- Co będzie nam potrzebne do realizacji tego zadania

3. Zadanie:

Jak bezpiecznie przechowywać pokarm kobiecy w szpitalu i jak go przygotować przed podaniem dziecku.

- Zasady przechowywania mleka kobiecego w szpitalu
- Zasady przygotowywania mleka kobiecego przed podaniem dziecku
- Co będzie nam potrzebne do realizacji tego zadania.

Postępowanie z mlekiem matki na różnych etapach przechowywania.

Opr. K. Osuch, M. Nehring-Gugulska na podstawie aktualnych pozycji piśmiennictwa.

	Przechowywane	Przechowywane	Przechowywane	Transportowane	Podgrzane
Mleko matki	Temperatura pokojowa (19–25°C)	Lodówka (półki środkowe i dolne)(4°C)	Zamrażarka (-18°C)	torba chłodząca z wkładami (15°C)	Temp (26–37°C)
Świeże	optymalnie do 4 godz maksymalnie 6–8 godz.	do 96 godz.	3–6 miesięcy	24 godz.	Do końca karmienia maksymalnie do 4 godz.
Rozmrożone w lodówce	Do 4 godz.	do 24 godz. od momentu całkowitego rozmrózenia	Nie zamrażać ponownie	Do 4 godz.	Do końca karmienia maksymalnie do 4 godz.
Rozmrożone w temp. pokojowej, podgrzane, nie podane dziecku	Maksymalnie do 4 godz.	do 4 godz.	Nie zamrażać ponownie	Do 4 godz.	Do końca karmienia maksymalnie do 4 godz.
Podgrzane, podane dziecku	Do końca karmienia	Nie przechowywać	Nie zamrażać	Nie transportować	Do końca karmienia
Świeże i rozmrożone z dodatkiem wzmacniacza lub białka (stosować zalecenia producenta)	Nie przechowywać	Raczej nie przechowywać (do 12 godz. jeśli było połączone z zimnym mlekiem)	Nie zamrażać	Nie transportować	Do końca karmienia

Karmienie mlekiem matki na oddziale wcześniaków niesie ze sobą wiele wątpliwości.

- Jak powinien przebiegać proces przechowywania i podgrzewania pokarmu?
- Jakie znaczenie ma chłodzenie, zamrażanie czy pasteryzacja?
- Okazuje się, że odpowiednie postępowanie zmniejsza ryzyko strat. Zachowuje właściwości antybakteryjne mleka, aktywność enzymów i przeciwciał.
- Odpowiednia temperatura mleka podawanego wcześniakom może zmniejszyć zalegania, ułatwić trawienie [Gonzales, Duryea, Vasquez, Geraghty 1995 r.].
- **Dużym wyzwaniem staje się także potrzeba precyzyjnego suplementowania pokarmu.**
- Dodatek HMF, witamin lub suplementu białka w nieodpowiednich proporcjach, zwiększa osmolalność pokarmu powyżej bezpiecznej granicy. W badaniu na zwierzętach wraz ze zwiększoną osmolalnością pokarmu rośnie ryzyko NEC [Milk osmolality: does it matter?- Pearson F., Johnson MJ, Leaf AA. 2013 r.].

4. Zadanie:

Jak przechodzić z sondy na pierś wspomagając i wspierając rozwój funkcji jedzenia i mówienia

- Kiedy rozpoczynamy karmienie doustne
- Jaki przyjąć schemat karmienia doustnego
- Butelka czy pierś
- Co będzie nam potrzebne do realizacji tego zadania.

Przechodzenie z sondy na pierś ma wspomagać dojrzewanie funkcji jedzenia i mówienia.

Ocena gotowości do karmienia doustnego:

- ☐ Wiek konceptualny 32-34 Hbd (dojrzałość biologiczna)
- ☐ Dojrzałość reakcji odruchowych
- ☐ Dojrzałość koordynacji ssania-połykania-oddychania
- ☐ Odpowiednia masa ciała, siła i wydolność wysiłkowa
- ☐ Wydolność krążeniowo-oddechowa
- ☐ Możliwość utrzymania aktywności dziecka w trakcie jedzenia / pobierania pokarmu
- ☐ Akceptacja doświadczeń związanych z karmieniem

Decyzja lekarza prowadzącego / konsultacja i współpraca z rodzicami i personelem

Nieprawidłowo rozpoczęte karmienie może spowodować:

- ☐ Słabą efektywność karmienia / męczliwość
- ☐ Brak przyrostu masy ciała lub spadek masy
- ☐ Nieprawidłowości w rozwoju i pojawianiu się kolejnych etapów funkcji pobierania pokarmu (jedzenia łyżeczką, picia z kubka, gryzienia i żucia)
- ☐ Nieprawidłowe oddychanie > zaburzenia oddychania
- ☐ Większe ryzyko zachłyśnięcia/krztuszenia, zadławienia, inne...
- ☐ Częste infekcje górnych dróg oddechowych i incydenty zachłystowego zapalenia płuc
- ☐ Kolki/zarzucania treści pokarmowej z żołądka do przełyku oraz inne problemy z obszaru przewodu pokarmowego
- ☐ Problemy emocjonalne, wtórne następstwa w postaci „jadłowstrętu” dziecięcego, zakłócenia w relacji dziecko-opiekunowie
- ☐ Nieprawidłowy rozwój twarzoczaszki, szczególnie w zakresie ortodoncji
- ☐ Wady artykulacyjne

5. Zadanie:

Jak wspierać matkę, której dziecko (wcześniak w szpitalu) ma wzdęty brzuch

- ☐ Przyczyny wzdęcia brzucha u wcześniaka
- ☐ Czy możemy zapobiegać lub zmniejszać ryzyko wzdęcia brzucha
- ☐ Czy możemy pomóc matce wcześniaka w tej sytuacji
- ☐ Co będzie nam potrzebne do realizacji tego zadania.

Piśmiennictwo

Helwich E., Wilińska M., Borszewska-Kornacka M., Królak-Olejek B. i wsp.: Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego. *Standardy Medyczne 2014*

http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/wczesna_stymulacja.pdf

Warsztat

Krótkie wędzidełko – nowe wyzwania w diagnostyce i postępowaniu

*Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,
lek. Katarzyna Raczek-Pakuła, mgr Magdalena Bednarczyk,
mgr Paulina Stobnicka-Stolarska, lek. Magdalena Castello-Rokicka*

W sprawie krótkiego wędzidełka języka nie stoimy w miejscu. Dzięki PAUS (Protokół oceny umiejętności ssania) mamy wreszcie polską statystykę. Od dwóch lat uczymy doradców/konsultantów rozpoznawać typ wędzidełka i oceniać szczegółowo ruchomość języka oraz w korelacji z oceną kliniczną laktacji kierować na zabieg. W tym roku podczas warsztatu pokażemy nowe techniki badania i diagnozy, poćwiczymy ocenę budowy i funkcji języka na skali Hazelbaker (mamy oficjalną zgodę na wprowadzenie jej w wersji polskiej), pokażemy nowe techniki podcinania oraz ćwiczenia po zabiegu, a także nowe doniesienia na temat wpływu krótkiego wędzidełka na proces oddychania i budowę jamy ustnej.

Statystyka polska

101 pracowników ochrony zdrowia, którzy byli uczestnikami kursu doskonalącego Problemy w laktacji w ramach praktyki indywidualnej miało za zadanie stosować Protokół (PAUS)* podczas wykonywania obowiązków zawodowych, od października 2015 do stycznia 2017, 500 noworodków urodzonych między 37 and 42 tyg ciąży zostało ocenionych według Protokołu między 2. a 15. dobą życia. 159 (31.8%) z nich miało przynajmniej jedną cechę nieprawidłowej budowy jamy ustnej lub odruchów oralnych [Tabela 1].

Najczęściej obserwowane:

- Nieprawidłowy odruch ssania (u 51 dzieci; 10.2%)
- Krótkie wędzidełko języka (49; 9.8%)

270 (54.00%) miało przynajmniej jedną cechę nieprawidłowego chwytania i ssania piersi.

Najczęściej obserwowano:

- Zbyt płytkie chwytanie piersi (118; 23,6%)
- Wąski kąt ust (103; 20,6%).

Badania z innych krajów – częstość występowania krótkiego wędzidełka od 1,72 do 10,7%. Rozbieżność częstości występowania świadczy również o braku jednego, powszechnie zaakceptowanego kryterium oceny.

Protokół PAUS stanowi dobre narzędzie do rutynowego badania przesiewowego noworodków i pozwala wykryć oraz skorygować nieprawidłowości w okresie stabilizacji laktacji u matki.

PROTOCOL OF SUCKING SKILLS OF NURSING INFANT Magdalena Nehring-Gugulska, Monika Żukowska-Rubik, Paulina Stobnicka-Stolarska, The Centre for Lactation Science, Warsaw, Poland, Barbara Paradowska, Association of Castillo Morales Method Therapists, Wrocław, Poland POSTER 12th International Breastfeeding and Lactation Symposium 7–8 April 2017, Florence, Italy

Definicja: 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).

Skala Alison Hazelbaker do oceny wędzidełka języka (1998)

© Alison K. Hazelbaker, PhD, IBCLC, FILCA, 1993, 2009, 2012, 2016 Tłumaczenie za zgodą autorki – M. Żukowska-Rubik

Imię i nazwisko matki.....

Data obserwacji

Imię i nazwisko dziecka.....

Wiek dziecka.....

OCENA WYGLĄDU	Punktacja za wygląd
Wygląd języka przy uniesieniu 2: zaokrąglony 1: niewielka przerwa na czubku 0: kształt serca	
Elastyczność wędzidełka 2: bardzo elastyczne 1: umiarkowanie elastyczne 0: mało elastyczne lub brak elastyczności	
Długość wędzidełka przy uniesionym języku 2: więcej niż 1 cm lub schowane w języku 1: 1 cm 0: mniej niż 1 cm	
Przyczep wędzidełka do języka 2: daleko od czubka języka 1: jest na czubku języka 0: rozdziela czubek języka na dwie części	
Przyczep wędzidełka do dolnego wału dziąsłowego 2: przyczepione do dna jamy ustnej lub daleko przed dziąsłem 1: przyczepione tuż przed dziąsłem 0: przyczepione na dziąśle	
OCENA FUNKCJI	Punktacja za funkcję
Lateralizacja 2: pełna 1: trzon języka, ale czubek nie 0: ani trzon, ani czubek	
Unoszenie języka 2: czubek do połowy wysokości jamy ustnej 1: tylko krawędzie języka do połowy wysokości jamy ustnej 0: czubek języka pozostaje przy wale dziąsłowym lub osiąga do połowy wysokości jamy ustnej przy przymknięciu jamy ustnej	
Wysuwanie języka 2: czubek poza dolną wargę 1: czubek tylko do wału dziąsłowego 0: żadne z powyższych albo przednia lub środkowa część języka podwija się tworząc garb	
Rozciąganie się przedniej części języka 2: pełne 1: umiarkowane lub częściowe 0: niewielkie lub nie występuje	
Obejmowanie palca przez język 2: cały brzeg języka silnie obejmuje palec 1: tylko boczne krawędzie języka obejmują palec lub siła obejmowania palca jest umiarkowana 0: słabe obejmowanie palca lub jego brak	
Perystaltyka 2: pełna od przodu do tyłu 1: częściowa lub zaczynająca się za czubkiem języka 0: brak lub perystaltyka w odwrotnym kierunku (wypychanie)	
Kłaskanie 2: nie występuje 1: okresowo 0: często lub przy każdym ruchu ssania	
Punktacja łącznie	
Podsumowanie skali Hazelbaker	
14 = Znakomita punktacja za funkcję niezależnie od punktacji za wygląd. Frenotomia nie jest zalecana. 11 = Punktacja za funkcję do przyjęcia, jeśli punktacja za wygląd wynosi minimum 10. <11 = Punktacja wskazuje na upośledzenie funkcji języka. Frenotomia powinna być rozważona, jeśli działania zachowawcze nie przynoszą poprawy. Frenotomia jest wskazana, jeśli punktacja za wygląd wynosi mniej niż 8 punktów.	

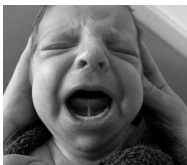
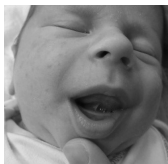
Skala Hazelbaker w modyfikacji Amir (2006)

Amir oceniając wiarygodność skali wykazała, że podstawowe znaczenie w ocenie funkcji języka mają trzy pierwsze kryteria – lateralizacja, unoszenie i wysuwanie języka. Zaproponowała uproszczenie skali i używanie trzech kryteriów dla funkcji:

OCENA WYGLĄDU	Punktacja za wygląd
Wygląd języka przy uniesieniu 2: zaokrąglony 1: niewielka przerwa na czubku 0: kształt serca	
Elastyczność wędzidełka 2: bardzo elastyczne 1: umiarkowanie elastyczne 0: mało elastyczne lub brak elastyczności	
Długość wędzidełka przy uniesionym języku 2: więcej niż 1 cm lub schowane w języku 1: 1 cm 0: mniej niż 1 cm	
Przyczep wędzidełka do języka 2: daleko od czubka języka 1: jest na czubku języka 0: rozdziela czubek języka na dwie części	
Przyczep wędzidełka do dolnego wału dziąsłowego 2: przyczepione do dna jamy ustnej lub daleko przed dziąsłem 1: przyczepione tuż przed dziąsłem 0: przyczepione na dziąśle	
Podsumowanie punktacji za wygląd (max 10 pkt)	
Ocena funkcji w modyfikacji AMIR	Punktacja za funkcję
Lateralizacja 2: pełna 1: trzon języka, ale czubek nie 0: ani trzon, ani czubek	
Unoszenie języka 2: czubek do połowy wysokości jamy ustnej 1: tylko krawędzie języka do połowy wysokości jamy ustnej 0: czubek języka pozostaje przy wale dziąsłowym lub dosięga do połowy wysokości jamy ustnej przy przymknięciu jamy ustnej	
Wysuwanie języka 2: czubek poza dolną wargę 1: czubek tylko do wału dziąsłowego 0: żadne z powyższych albo przednia lub środkowa część języka podwija się tworząc garb	
Podsumowanie punktacji za funkcję (max. 6 pkt.)	
Zabieg podcięcia wędzidełka jest zalecany, gdy punktacja za funkcję wynosi 4 lub mniej, bez względu na punktację za wygląd.	
Zabieg	tak nie

Tab. Rozpoznawanie typu skróconego wędzidełka języka.

Opr. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Stobnicka-Stolarska P.

Typ	Obraz	Przyczepy	Uwagi
Typ 1		od samego czubka języka do dolnego wątku dziąsłowego	najłatwiejszy do zauważenia
Typ 2		2–4 mm od czubka języka i do dolnego wątku dziąsłowego lub tuż za nim do dna jamy ustnej	występuje najczęściej
Typ 3		od środkowej części dolnej powierzchni języka do środka dna jamy ustnej	czasem język ma kształt serduszka gdy usta szeroko otwarte unosi się tylko czubek języka, a nie jego środek,
Typ 4		podśluzówkowe, grube, włókniste, nieelastyczne	nie widać wędzidełka, a ruchomość języka upośledzona u zdrowego neurologicznie dziecka brzegi języka podwijają się do góry (kształt miseczki)

Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: *Wydawnictwo Medycyna Praktyczna*; 2017. (w przygotowaniu)

Nowości:

Prawidłowe ssanie = prawidłowy zgryz, prawidłowy oddech. Wykryto związek krótkiego wędzidełka z zaburzeniami oddychania u dzieci. Huang YS, Quo S, Berkowski JA, Guilleminault C. Short Lingual Frenulum and Obstructive Sleep Apnea in Children. *International Journal of Pediatric Research*. 2015 1:1.

Standard Opieki Okołoporodowej

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).

OCENA SYTUACJI KLINICZNEJ

Wywiad – pytania, które muszą być zadane:

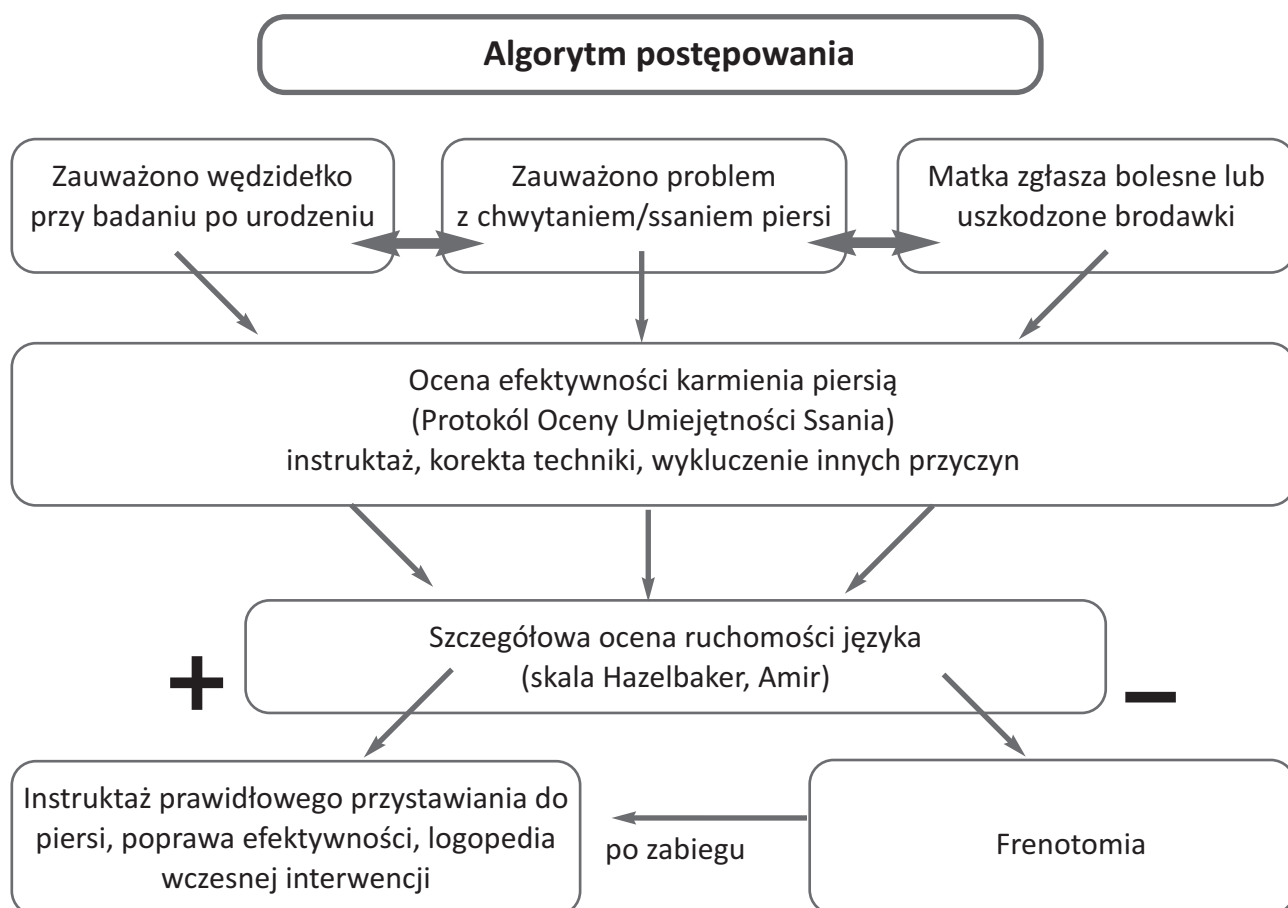
- Czy brodawki były lub są poranione?
- Czy karmienie jest bolesne?
- Jak dziecko przybywa na wadze?
- Jak duży był poporodowy ubytek mc?
- Ile czasu trwają karmienia?

Elementy, które muszą być ocenione:

- **Ocena karmienia:**
pozycja, umiejętność chwytania i ssania,
efektywność pobierania pokarmu,
skuteczność karmienia (Protokół)
- **Stan gruczołu piersiowego i brodawek u matki**

Obecność 4 typowych problemów z karmieniem:

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



Kontakty do naszych gości:

Dr Maciej Michalak (stomatolog)

Zabiegi podcinania wędzidełka laserem - www.medipark.pl

Zapisy tel. 22 329 13 00, 881 50 70 90

Absolwent Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Pracownik Kliniki Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Klinicznym Oddziałem Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Specjalizant chirurgii stomatologicznej, implantolog, członek Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia.

Klaudia Żak (chirurg):

Centrum Zdrowia NZOZ, ul. Kazimierza Pułaskiego 20b, Konstancin-Jeziorna

tel. 22 446 66 44, 537 022 222

(możliwość na NFZ i odpłatnie)

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* 2014; 1(20): 53 – 65.
- Amir LH. Reliability of the Hazelbaker assessment tool for lingual frenulum function. *Int. Breastfeed. J.* 2006; 1: 3.
- Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: a randomized trial. *Pediatrics* 2011; 128(2): 280-8.
- Geddes D, Langton DB, Gollow I i wsp. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 2008;122(1):188-94.
- 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.
- Sioda T. Krótkie wędzidełko języka jedną z przyczyn trudności w karmieniu piersią. *Post. Neonatol* 2007; 1(11): 52–27.
- Watson-Genna C. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants, *Jones and Bartlett Learning*. 2013
- Żukowska-Rubik M., Osuch K. Zabiegi w poradnictwie laktacyjnym. *Położna: Nauka i Praktyka*. 2011;4:48-53.

Klucz do zrozumienia współczesnej matki

Izabela Frankowska-Olech, Izabela Sztandera, Agata Aleksandrowicz
Promotorki Karmienia Piersią

Jaka jest współczesna kobieta? Skąd czerpie informacje? Jakie źródła wiedzy są dla niej wiarygodne i gdzie szuka pomocy w przypadku problemów z karmieniem piersią?

Na warsztacie zostanie przedstawiony portret aktualnej polskiej mamy, co wspiera ją w macierzyństwie, a co podcina jej skrzydła. Wypracujemy formułę komunikacji z teraźniejszą mamą oraz znajdziemy możliwości wykorzystania nowych technologii i narzędzi