

Druga grupa kursu *Problemy w laktacji* już w najbliższy weekend ukończy kształcenie teoretyczne.

Przypominamy, że mamy zgodę, aby IBLCE przyjęło dokumenty wymagane na egzamin na IBCLC, do końca lutego. Można uzupełnić zaświadczenia o odbyciu praktyk, które stanowią część kursu, w późniejszym terminie.

Rok temu egzamin teoretyczny na CDL zdało 51 z 55 (92,7%) kandydatek. 29 osób uzyskało tytuł CDL.

Egzamin IBCLC zdało 81% kandydatek z Polski.

2.06.2012 roku zapraszamy na V Zjazd Centrum Nauki o Laktacji, który odbędzie się w Kinie Wisła w Warszawie. Już od 1.03.2012 będą aktywne zapisy na naszej stronie internetowej i w zakładce „Zjazdy” więcej informacji.

Uwaga, na naszej stronie łatwiej można

[Jeśli wiadomość nie jest wyświetlana prawidłowo, możesz zobaczyć ją TU](#)

Nauka o laktacji

[Przegląd medycznej prasy polskiej – opr. lek. K.Raczek-Pakuła, IBCLC, CDL](#)

POŁOŻNA.NAUKA I PRAKTYKA.

Wydanie specjalne 2010 „LAKTACJA”

Ciekawy numer w całości poświęcony laktacji. Zacytuję mocne słowa z artykułu wstępnego redaktor naczelnej, prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej: „Wiedza na temat laktacji jest ciągle zbyt mało rozpowszechniona. Prawdopodobnie jest to wynik lekceważenia tego problemu w państwowej opiece medycznej.”

Autorkami artykułów są położne, IBCLC, CDL, wieloletnie propagatorki karmienia piersią, nasi wykładowcy na kursach CNOL.

[mgr Beata Szyber – Nauka karmienia piersią – ważna rola położnej.](#)

Streszczenie: Położne odgrywają istotną rolę w promocji karmienia piersią. Ich udział w realizacji programu 10 kroków do Udanego Karmienia Piersią jest znaczący ze względu na bezpośredni kontakt z kobietami w ciąży, podczas porodu i porożu. Regulacje prawne dotyczące opieki laktacyjnej nad matką i dzieckiem nadają położnym status ekspertów. Aby sprostać wymaganiom, konieczne jest nieustanne podnoszenie kwalifikacji zawodowych tak, aby położne mogły oferować swoim podopiecznym poradnictwo laktacyjne na najwyższym poziomie. W opracowaniu postawiono pytanie, czy położne identyfikują swoje zadania zawodowe z opieką nad karmiącą kobietą i jej dzieckiem.

[mgr Joanna Żolnowska – Po prostu 10 kroków](#)

Zacytuję autorkę: „ Po prostu 10 kroków? Tak naprawdę w tym programie nic nie jest proste.”

Autorka w swoim artykule przedstawia praktyczne aspekty drogi do realizacji założeń Szpitala Przyjaznego Dziecku. Wiedza szczególnie cenna ze względu

znaleźć doradcę laktacyjnego! Zostali uszeregowani wg miast. Polecajcie pacjentkom.

W dziale [Publikacje](#) są nowe artykuły! Dodano polską wersję Globalnej strategii WHO!

Uwaga konsultanci IBCLC! Mamy dla Was propozycję uzyskania certyfikatu CDL „krótką ścieżką”. Szczegóły na [stronie CNoL](#)

na osobiste świadectwo osoby, która ten cel z niemałym zaangażowaniem zrealizowała. Przeczytajmy, jakie napotkać można trudności w realizacji kryteriów i jakie są sposoby rozwiązywania problemów, przy aktywnym udziale całego personelu. Lektura obowiązkowa dla tych entuzjastek spośród nas, na których barkach spocznie odpowiedzialność za przekształcenie szpitala w SzPD!

[mgr Joanna Kielbasińska, mgr Beata Szyber, prof. Ewa Dmoch-Gajzlerska – Pomoc laktacyjna położnej w domu pacjentki](#)

Streszczenie: W Polsce istnieje wiele form pomocy laktacyjnej. Do jednej z nich możemy zaliczyć porady udzielane przez położne podczas wizyt domowych. Położna powinna sprawować opiekę holistyczną, czyli umożliwiającą w tym samym czasie obserwację dziecka i matki oraz ich otoczenia. Możliwości takie daje wizyta domowa. Bardzo ciekawy artykuł, z opisem i dokumentacją fotograficzną ciekawych przypadków kilku pacjentek.

Zachęcam do zapoznania się z pełną treścią streszczanego tu wydawnictwa. Sprzedaż prowadzi PZWL, prenumeraty@pzwl.pl, tel. [226954132](tel:226954132).

KR-P

[UNICEF UK Baby Friendly Initiative](#)

[Stanowisko w sprawie suplementacji witaminy D dla dzieci karmionych piersią](#)

21 grudnia 2011

opr. lek. Aleksandra Hadyś IBCLC

Karmienie piersią ma zasadniczy pozytywny wpływ krótko, średnio i długoterminowy na zdrowie dzieci, ale także matek. Niekarmienie przyczynia się do wzrostu odsetka hospitalizacji, śmiertelności, dziecięcej cukrzycy i otyłości, chorób w wieku dorosłym.

Mimo tego, istnieją obawy odnośnie niskiego poziomu witaminy D w mleku kobiecym; niedobór natomiast może powodować opóźnienia rozwojowe, krzywicę.

Niedobór witaminy D jest rzadki u dzieci urodzonych o czasie z prawidłowym poziomem wit.D. Dodatkowo większość jest w stanie syntetyzować wit.D podczas normalnej ekspozycji słonecznej w lecie, ale niektóre grupy zostały ukazane jako te wyższego ryzyka niedoboru witaminy D, a mianowicie:

- Dzieci matek z ciemniejszym typem karnacji, w szczególności mieszkające na dużych szerokościach geograficznych (np. UK), gdzie w zimie ilość słońca jest zbyt mała, by pokryć zapotrzebowanie na witaminę D.

- Dzieci i matki ubierające odzież zbyt kryjącą, zapobiegająca ekspozycji na światło słoneczne;
- Dzieci i matki spędzające dużo czasu w domu albo te, które stosują kremy z faktorem redukującym znacznie ekspozycję na światło słoneczne;
- Dzieci matek otyłych (BMI >30).

Istotne jest zapobieganie/korygowanie niedoboru wit.D podczas ciąży w celu zapobiegania deficytów u dzieci po porodzie. Dziecko z deficytem wit.D nie uzupełni niedoborów jedynie z mleka matki.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE jest niezależną brytyjską instytucją odpowiedzialną za tworzenie standardów w zapobieganiu i leczeniu chorób) zaleca aby kobiety w ciąży i karmiące stosowały suplementację 10 mg (lub 400 j.m.) dziennie. Ponadto personel medyczny powinien informować kobiety ciężarne o roli suplementacji wit.D dla ich zdrowia i zdrowia ich dzieci.

Dzieci matek stosujących suplementację w ciąży powinny otrzymywać suplementację począwszy od 6-tego miesiąca życia. Jeżeli ciążowy status poziomu wit.D jest niepewny, albo matka jest z grupy ryzyka wymienionej powyżej - suplementację u dziecka i matki należy rozpocząć wkrótce po porodzie.

UNICEF UK Baby Friendly Initiative wspiera zalecenia NICE jako sensowny środek zapobiegający niedoborowi witaminy D dzieci karmionych piersią i aby promować zdrowie matek karmiących. Karmienie naturalne powinno być nadal wspierane i promowane dla wszystkich dzieci.

Bibliografia

Bodnar LM, Catov JM, Roberts JM and Hyariv N. Sinhan. (2007) *Prepregnancy Obesity Predicts Poor Vitamin D Status in Mothers and their Neonates*. The Journal Of Nutrition. 137: [2437-2442](#).

Gordon CM, Feldman HA, Sinclair L, et al. *Prevalence of Vitamin D Deficiency Among Healthy Babies and Toddlers*. Arch Pediatr Adolesc Med 2008; 162:505-512.

Grover SR, Morley R. (2001) *Vitamin D deficiency in veiled or dark skinned pregnant women*. Med J Aust: 173:251-2.

Hollis BW, Johnson D, Hulsey TC, Ebeling M, Wagner CL. *Vitamin D supplementation during pregnancy: double-blind, randomized clinical trial of safety and effectiveness*. J Bone Miner Res. 2011 Oct; 26(10):2341-57.

Horta, B et al. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding*. Geneva, World Health Organisation.

Ip, S, et al. (2007). *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Agency of Healthcare Research and Quality.

Lerch C, Meissner T. *Interventions for the prevention of nutritional rickets in term born children*. Cochrane Database Syst Rev 2007, Issue 4

Michie C.A, Bangalore S. *Vitamin D and rickets in 21st century London*. London Primary Care Journal 2010; 3:1-10.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008) *Public health guidance PH11*. Maternal and child nutrition.

Quigley, M A, et al. (2007). *Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study*. Pediatrics 119: e837-e842.

Nasze doświadczenia

Porada laktacyjna? Koniecznie z dzieckiem!

mgr Katarzyna Płaza-Piekarzewska,

Ilek. Katarzyna Raczek-Pakuła IBCLC

Opis przypadku przedstawia 7 tygodniową obserwację laktacji z problemami: nawracające zapalenia piersi powikłane grzybicą brodawek, nie gojącą się ranę brodawki i spadek produkcji pokarmu.

I wizyta

Wywiad: Pacjentka zgłosiła się w 8 dobie z powodu zastoju w prawej piersi.

Dziecko po in vitro, ur. w 36 tyg. ciąży, CC, m.ur. 2330g, w szpitalu głównie karmione butelką. Był nawał, piersi urosły w ciąży. Obecnie karmione co 2-3 godziny, budzi się na karmienia, raz dokarmiono w nocy 20 ml (palec-strzykawka).

Badanie piersi: zaróżowienie i nieco wzmożona spoistość piersi prawej - boczne kwadranty, brodawki zdrowe.

Badanie dziecka: z odchyień stwierdzono masę 2140 g - ubytek masy ciała w stosunku do najniższej w szpitalu (2160 g, w 4 dobie co stanowiło 8%)

Obserwacja karmienia: chwytła dobrze, ale brak połykania i brak wypływu przy prawej piersi (ale przy laktatorze mleko płynęło).

Rozpoznanie: Brak przyrostu masy ciała, niedobór pokarmu, obrzęk piersi.

Zalecono: aktywizację przy karmieniu i dodatkowa stymulację laktacji laktatorem, dokarmianie 200 ml na dobę, okłady na bolącą pierś.

Wizyta kontrolna w dobie 14

Wywiad: Karmiona co 3-4 godziny, z obu piersi, ssie chętnie, ale przy prawej piersi nie słyhać łykania. Dokarmianie - odciągać udało się od 124 do 150 ml na dobę, podawano po karmieniach w porcjach podzielonych strzykawką po palcu.

Badanie dziecka: Skąpa tkanka podskórna, masa 2275 g, przyrost 27 g/d (nie odzyskana masa urodzeniowa)

Obserwacja karmienia: Wąski kąt otwarcia ust (mama zwykle karmi na leżąco, na siedząco nie ma wprawy). Pokazano pozycje cross, futbol i chwyt kanapki, uzyskano głębsze przystawienie . W teście wagowym zaobserwowano, że wyssała ok. 40 ml z obu piersi. Po karmieniu odciągnięto pokarm lactiną.

Rozpoznanie: mała aktywność dziecka, płytkie przystawienie

Zalecono: korektę przystawienia, utrzymanie dokarmiania odciągniętym pokarmem (100-150 ml/dobę)

Wizyta kontrolna w 21 dobie

Wywiad: Budzi się sama co 2,5-3h, opróżnia obie piersi. Pręży się i ma gazy. Dokarmiana odc. pok. od 67 do 144, ale dwa razy podano mleko modyfikowane 25-35ml/porcję.

Badanie dziecka: masa 2550 g, przyrost 40 g/d (odzyskała m.ur.)

Obserwacja karmienia: Wsysa pierś jak makaron, przy lewej piersi większa aktywność, przy prawej słabo ssie.

Zalecono rezygnację z odciągania i dokarmiania.

Wizyta kontrolna w 29 dobie

Wywiad: Karmiona wg potrzeb, bez dokarmiania. Są kolki, ale bez leczenia, bóle brodawek na początku karmień.

Bad. dziecka masa 2910 (45 g/d)

Obserwacja karmienia: wąsko otwiera buzię, wymaga korekty, przytrzymania bródki w celu szerszego otwarcia buzi.

Zalecenia: Przekazano do dalszej opieki p.o.z.

Wizyta nagła, bez dziecka (około 5 tyg.)

Wywiad: Dreszcze od 2 dni, gorączka 38,4st.C, ból piersi lewej (tej lepiej produkującej), dziecko słabiej z niej ssie, mama brała paracetamol, ibuprofen ale bez poprawy. Odciąga pokarm z chorej piersi 2 razy po 30 ml.

Bad. piersi: pierś prawa - rana ze strupem na szczycie brodawki, objawy zapalenia: obrzęk, rumień, ucieplenie, ból w obszarze 3/4 piersi lewej.

Rozp. Połogowe zapalenie sutka, uszkodzenie brodawki

Zalecono leczenie antybiotykiem cefaklor na 7 dni i profilaktycznie klotrimazol na brodawki, probiotyk.

Wizyta kontrolna (6 tyg. i dwa dni)

Wywiad: Kontrola leczenia zapalenia, objawy zapalne zapalne ustąpiły, natomiast brodawka lewa boli kłująco po karmieniu. Dziecko karmione prawidłowym rytmem, bez dokarmiania.

Badanie piersi: Bez objawu zapalenia gruczołu. Obie brodawki, obie otoczki lśniące, żyworóżowe, Rana brodawki lewej pokryta żółtym strupem, dość rozległa.

Badanie dziecka: biały nalot na języku, m.c. 3434 (32g/d)

Obserwacja karmienia: wąsko otwiera buzię, mama nie potrafi szerzej uchylić dziecku żuchwy, a dziecko wsysa pierś jak spaghetti.

Rozpoznanie: grzybica brodawek, pleśniawki u dziecka

Leczenie: Dziecko - Nystatyna pędzlowanie 2 tyg, mama: Odst. Clotrimazol , lamisilatt na 2 tyg, Flumucon po kilkudniowej obserwacji (do rozważenia przy utrzymującej się bolesności)

Wiz kolejna bez dziecka po kilku dniach

Wywiad i objawy: Zgrubienie i lekki ból w piersi lewej (nawrót obrzęku, ale w węższym obszarze). Na brodawce pojawiła się długa rozpadlina skórna u podstawy brodawki, nie goi się rana z żółtym strupem. Brodawki i otoczki nadal zaróżowione.

Dziecko oprócz karmień piersią dostaje też 80 ml sztucznej mieszanki na dobę, ma dobre przyrosty masy , poprzedniego dnia ważone w p.o.z.: 3560 (przyrost 37g/d)

Rozpoznano: nawrót zapalenia piersi, zakażenie grzybicze brodawki. Pobrano pokarm na posiewm, włączono antybiotyk Augmentin i zalecono zastosować jednocześnie flumycon.

Kontrola za dwa dni (bez dziecka)

Wywiad: Augmentinu nie zażywała, jedynie Flumycon i Ibuprom. Nasila się ból brodawki lewej, dziecko nie chce ssać tej piersi (a była ta lepsza...) Brak poprawy w leczeniu zapalenia, pokarm odciąga 20ml/dobę, dziecko dostaje też 60-80 ml/dobę mieszanki.

Bad.piersi: Na lewej lekki rumień, obrzęk i ból przy obmacywaniu w obszarze zmienionym zapalnie dwa dni wcześniej. Brodawka lewa - rana mniejsza, bez strupa, ból w dolnym kwadrancie piersi prawej.

Rozpoznanie: Zapalenie piersi i zakażenie rany brodawki,

Zalecono:antybiotykoterapię Augmentinem.

Wizyta z dzieckiem (8 tyg i dwa dni), tydzień po poprzedniej.

Wywiad: Brak objawów zapalenia piersi, poprawa po leczeniu antybiotykiem. Przepisane leki bierze systematycznie. Dziecko karmione piersią, dalej dokarmiane 80 ml/d, ma kolki, jest niespokojne przy karmieniu.

Kłucie w piersi i brodawkach, dziecko podrażnia je, ale rana brodawki lewej się goi. W posiewie pokarmu wyhodowano gronkowiec złocisty, brak wzrostu grzybów.

Bad piersi: prawie bez odchyień, nieco różowe brodawki, na lewej drobniutka ranka na szczycie.

Bad. dziecka: Biały nalot na języku, m.c. 3792g (przyrost 23 g/dobę, niższy niż dotychczasowe tempo przyrastania), przy niezmienniej niewielkiej podaży sztucznej mieszanki.

Ocena karmienia przy piersi: Pomimo głębokiego przystawienia, po chwili słyca celowo, odgina się do tyłu. Robi to w różnych pozycjach, nie akceptuje głębokiego uchwycenia. Mama pozwala jej na płytkie ssanie, nie poprawia, bardziej koncentruje się na prężeniu i niepokoju dziecka.

Rozpoznanie: Nieprawidłowe uchwycenie piersi i skutki:

obniżenie laktacji - niedobór pokarmu

nawracające zapalenia piersi

uszkodzenia brodawek

Wnioski z tego przypadku

Na wizyty laktacyjne, niezależnie czy to jest wizyta pierwsza, czy kolejna dotycząca choroby mamy, matka powinna przychodzić z dzieckiem.

Zawsze należy sprawdzać, czy matka stosowała się do poprzednich zaleceń (tu: pogłębianie uchwycenia!)

Ważne, aby nie utrwalił się nawyk złego ssania, sposób podawania piersi i efektywność ssania powinno być oceniane przy każdej wizycie („ograniczone zaufanie”).

Zaobserwowano, że w okresie stabilizacji laktacji, kiedy czynne były mechanizmy hormonalne, produkcja pokarmu była wystarczająca (wiek 4 tyg, przyrost 45g/d, bez dokarmiania.) W momencie gdy zaniedbano głębokie przystawianie, pojawiło się pierwsze zapalenie, które wyzwoliło kaskadę problemów laktacyjnych. Został zaburzony mechanizmy popytu i podaży, który miał odpowiadać za produkcję pokarmu.

Uwrażliwienie pacjentki na znaczenie prawidłowej techniki karmienia to podstawa porady laktacyjnej.

Ogłoszenie: Redakcja tego działu bardzo prosi o nadsyłanie opisów swoich doświadczeń i ciekawych przypadków. doktorpakula@gmail.com

Różne

BLISKIE SPOTKANIE PROFESJONALISTÓW!



Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych zaprasza na konferencję LAKTACYJNA METAMORFOZA, która odbędzie się w dniach 20-21 kwietnia 2012 w Poznaniu. Będzie okazja do wymiany doświadczeń, poszerzenia wiedzy i podtrzymania przyjaźni! Konferencja jest dla wszystkich doradców i konsultantów, także tych „w trakcie certyfikacji”.

Szczegóły zaproszenia na www.laktacja.org.pl

JUBILEUSZ 100-LECIA SZPITALA ŚW.ZOFII W WARSZAWIE

1912 – 2012

W tym roku w naszym szpitalu obchodzimy wspólny jubileusz. Szpital Św. Zofii został założony w 1912 roku dzięki staraniom doktora Stanisława Zaborowskiego. Był pierwszym szpitalem położniczym w Warszawie. Został zbudowany dzięki funduszom miasta oraz prywatnego ofiarodawcy Leona Goldstana, którego życzeniem było, by szpital nosił imię jego zmarłej przy porodzie matki. Przez kolejne dziesięciolecia szpital przechodził kolejne zmiany w zakresie architektury budynku i struktury oddziałów. Najbujniejszy okres w historii szpitala to ostatnie 20-lecie pod kierownictwem doktora Wojciecha Puzyny. Szpital jest liderem w zakresie nowoczesnej opieki okołoporodowej i ginekologicznej, obejmuje pacjentki i noworodki opieką na III poziomie referencyjności. Jednocześnie promuje od lat poród bliski naturze i karmienie piersią. Od kilku lat w naszym szpitalu rodzi się ponad 4500 dzieci każdego roku, co daje szpitalowi czołowe miejsce wśród warszawskich szpitali. Szpital zajął I i II lokatę w kolejnych edycjach akcji „Rodzić po ludzku”, został nagrodzony certyfikatem Szpital Przyjazny Dziecku i przeszedł dwie recertyfikacje, zdobył Międzynarodowy Certyfikat Jakości ISO 9001:2008. Jest również akredytowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; wyniki tegorocznego audytu zapewniają szpitalowi 4 miejsce wśród 112 szpitali z całego kraju.

W tym roku, na jubileusz 100-lecia, został oddany do użytku nowy budynek, w którym miejsce znalazły nowy blok porodowy, operacyjny, patologii ciąży, wcześniaków i patologii noworodka, a ginekologia i położnictwo zyskały dodatkową powierzchnię.

Kolejne mocne strony szpitala to zgrany zespół i to, co podkreślają pacjentki – życzliwe i partnerskie do nich podejście.

Szpital jest wyjątkowy jeszcze pod jednym względem – liczby osób z certyfikatami IBCLC lub CDL. Jest to zjawisko niepowtarzalne w skali kraju i nie tylko. Pracuje tu obecnie lub pracowała w przeszłości grupa kilkudziesięciu konsultantów i doradców laktacyjnych, którzy tu właśnie „zarazili się” pasją do poradnictwa laktacyjnego i zbierali pierwsze szlify i doświadczenia. Szpital i poradnia laktacyjna stanowią bazę szkoleniową i egzaminacyjną dla kursantów Centrum Nauki o Laktacji, a współpraca ta trwa już 5 lat.

Z okazji jubileuszu 100-lecia odbyła się uroczysta gala z wręczeniem odznaczeń pracownikom, wspomnieniami i występami zaprzyjaźnionych artystów. Zaproszeni goście zgodnie stwierdzili, że wszyscy albo urodzili się w Św. Zofii albo przyszły tu na świat ich dzieci.

Dobrze jest pracować w takim miejscu i mieć udział w tworzeniu jego historii.

Monika Żukowska-Rubik

Katarzyna Raczek-Pakuła

Kinga Osuch

ABM zaprasza

dr Adriano Cattaneo zaprasza na 4-te międzynarodowe spotkanie Academy Breastfeeding Medicine.

W tym roku odbywa się w dniach 19-20 maja 2012 w Trieście we Włoszech.

Szczegóły spotkania i Zapisy na stronie www.bfmed.org i www.abm-trieste.org.