

7-8/2012

Wydarzenia CNoL

Karmienie piersią w teorii i praktyce - pierwsza, 400 stronicowa obszerna monografia na temat karmienia piersią oraz najnowszy leksykon leków Thomasa Hale - w sprzedaży na naszej stronie [TU](#)

1 września Kurs trenerów CNoL w Warszawie. Zapraszamy trenerów oraz kandydatów.

21-23 września - kurs Karmienie piersią w codziennej praktyce. Zapisy [TU](#)

5-7 października - pierwsza edycja kursu Problemy w laktacji.

21-22 września jesteśmy obecni podczas Krakowskiej Jesieni Pediatricznej.

[WWW](#)

21 – 22 września jesteśmy w Konferencji „Karmienie piersią – kawa na ławę” organizowanej przez Medela Polska i Katedrę Żywienia SGGW w Warszawie.

[WWW](#)

12-13 października jesteśmy na konferencji Warszawska Jesień Pediatriczna.

[WWW](#)

14 października 2012 patronujemy konferencji pt. Profilaktyka zdrowia prokreacyjnego. Problematyka okresu okołoporodowego XXI w. w Polsce organizowanej przez Stowarzyszenie NPR oraz Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydziału nauki o Zdrowiu WUM.

CNoL News Nr 7-8/2012, 16 sierpnia 2012

Wszystkim czytelnikom życzymy dobrego wypoczynku podczas wakacji!

A z okazji minionego Tygodnia Promocji Karmienia Piersia przyjmijcie tę garść wiedzy o laktacji. Wszak bez wiedzy nie ma promocji!

Redakcja CNoLNews.

Nauka o laktacji

Odpowiadamy na pytania uczestników ZJAZDU CNoL 2012

Skąd pochodzą bakterie w mleku kobiecym?

Pokarm naturalny posiada własną mikroflorę, liczba i rodzaj bakterii jest zmienny i zależy od źródła ich pochodzenia. Stanowią ją przede wszystkim Bifidobakterie i Lactobacilli. Bakterie znajdujące się w mleku pochodzą ze skóry matki, z pożywienia matki (prawdopodobnie istnieje zjawisko translokacji z przewodu pokarmowego matki), a także z jamy ustnej, gardła i nosa noworodka. Bakterie pochodzenia noworodkowego w pierwszych dniach po porodzie wywodzą się przede wszystkim z dróg rodnych matki- Lactobacillus stanowi prawidłową endogenną florę pochwy, także z jej skóry.

Bakterie te stanowią później dominującą florę jelit u niemowlęcia karmionego piersią. Ich wzrostowi sprzyjają prebiotyki zawarte w pokarmie – oligosacharydy, laktoza. Dominacja bakterii bifidogennych hamuje rozwój bakterii patogennych dzięki obniżaniu pH treści jelitowej, wydzielaniu naturalnych antybiotyków (bakteriocyn), konkurencji o składniki odżywcze. Tworzenie tego specyficznego ekosystemu bakteryjnego jelit odbywa się powoli, nawet kilka lat. Wywiera on wpływ na ogólną zachorowalność podczas całego życia, dotyczy to także chorób alergicznych.

Niekiedy pokarm zasiedlany jest przez bakterie patogenne, szczególnie w przypadku zakażenia bakteryjnego rany brodawki czy zapalenia piersi. W mleku są obserwowane bakterie z grup Staphylococcus, streptococcus czy Enterococcus. Liczne czynniki bioaktywne znajdujące się w pokarmie kobiecym chronią przewód pokarmowy dziecka przed dostępem bakterii patogennych.

Rutynowe badania pokarmu kobiecego nie są zalecane, tym bardziej, że nie ma standardów oceny mikrobiologicznej próbek mleka ludzkiego. Badania takie są natomiast prowadzone w bankach mleka. Liczba bakterii niechorobotwórczych nie powinna przekraczać 100 000/ml.

Kornacka M.K. Flora bakteryjna pokarmu naturalnego- wpływ na zdrowie niemowląt. Materiały z konferencji „Znaczenie pasteryzowanego pokarmu kobiecego w terapii noworodka” Warszawa, 10 kwietnia 2008.

Szczepański M. Żywnienie noworodka. W: Podstawy neonatologii. Red. Szczapa J. PZWL 2010

Jakie postępowanie przyjmuje się przy wysokich poziomach bilirubiny u noworodka z podejrzeniem żółtaczki pokarmu Kobiecego?

Żółtaczka pokarmu kobiecego, nazywana także żółtaczką późną związaną z karmieniem piersią rozpoczyna się w 5-10 dobie po porodzie, szczyt osiąga w 15 dobie po porodzie, może utrzymywać się nawet do 12 tygodni. Jej przyczyną są obecne pokarmie lipaza lipoproteinowa i betaglukuronidaza, które zaburzają metabolizm bilirubiny w różnych mechanizmach, nasilając żółtaczkę.

Przy wysokich poziomach bilirubiny istnieje zagrożenie żółtaczką jąder podkorowych mózgu (kernkerus). U każdego dziecka z żółtaczką należy przede wszystkim **wykluczyć** przyczyny patologiczne (hemoliza, zakażenie, krwihak, cholestaza). Dziecko, które jest w dobrym stanie ogólnym, bez odchyień w badaniu przedmiotowym, jest prawidłowo karmione i osiąga dobre przyrosty mc, w badaniach dodatkowych wykluczono patologiczne przyczyny żółtaczki – prawdopodobnie ma żółtaczkę pokarmu kobiecego. Poziom bilirubiny należy **monitorować**. Wskazania do **fototerapii** są uzależnione od wieku noworodka, poziomu bilirubiny i od tego, czy istnieją dodatkowe czynniki ryzyka, takie jak wcześniactwo, infekcja, niedotlenienie, kwasica. U zdrowego, donoszonego dziecka w VI dobie, bez żadnych dodatkowych obciążeń w postaci np. krwiaka podkostnowego, zestawienia konfliktowego w grupach głównych, żółtaczki u poprzednich dzieci i innych wskazaniami do rozpoczęcia fototerapii jest poziom bilirubiny 21 mg%. Poziomy żółtaczki w wysokiej i wysokiej umiarkowanej strefie ryzyka są wskazaniami do ścisłego monitorowania. Noworodek w VI dobie urodzony w 35 tygodniu, z infekcją będzie poddany fototerapii już przy poziomie 15 g%. Szczegółowe wytyczne dotyczące podejmowania fototerapii w żółtaczkach oraz algorytm postępowania zostały opracowane przez AAP w 2004 roku. Pomocny jest również normogram stref ryzyka w zależności od wieku i poziomu bilirubiny opublikowany przez Bhutani VK. w Pediatrics w 1999 r. A zatem wskazania do fototerapii są ustalane indywidualnie dla każdego dziecka. Zachęcam do zajrzenia do protokołu ABM i zapoznania się ze wspomnianymi algorytmami postępowania w żółtaczkach.

Test karencji, czyli przerwania karmienia piersią na 24-48 godzin, jest testem diagnostyczno-leczniczym. Obniżenie poziomu bilirubiny o 2mg%/12 h potwierdza rozpoznanie żółtaczki pokarmu kobiecego. W Polsce test jest zalecany często bez uzasadnienia przy niskich poziomach bilirubiny, prowadzony nieprawidłowo bez oznaczenia wyjściowego i końcowego poziomu żółtaczki, zbyt długo.

Wskazaniem do wykonania testu może być niebezpieczny, szybko narastający poziom bilirubiny (jak przy wskazaniach do fototerapii) przy podejrzeniu żółtaczki pokarmu kobiecego. Obecnie odchodzi się od stosowania testu. Nie zwalnia on lekarza z wykluczenia patologii i podjęcia fototerapii, a wprowadza niebezpieczeństwo zaburzenia karmienia piersią. Dziecko może odmówić ssania piersi, u matki może rozwinąć się zastój, zapalenie piersi, obniżyć poziom laktacji.

ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for Management of Jaundice in the Breastfeeding Infant Equal

to or Greater Than 35 Weeks' Gestation.
<http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%2022%20Jaundice.pdf>

Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a pre-discharge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. Pediatrics 1999;103:6-14.

Królak-Olejnik B. Karmienie piersią w wybranych stanach patologii noworodka donoszonego i niemowlęcia. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Red: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna & FTK/Centrum Nauki o Laktacji, 2012.

Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics 2004;114:297-316.

Wojsyk-Banaszak I. Żółtaczka. W: Podstawy neonatologii. Red. Szczapa J. PZWL 2010

Wpływ porodów i wzorca karmienia piersią na BMI kobiet.

Przeprowadzono duże badanie populacyjne kobiet w UK, aby wykazać długotrwałe efekty kobiecych wzorców dotyczących ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem na ich wynik BMI. Dane zebrano od 740 628 uczestniczek w okresie postmenopauzalnym (tzw. Million Women Study) w okresie między 1996 a 2001 rokiem.

Kobiety podawały wzrost, wagę, ilość ciąż i porodów, sposób karmienia dzieci i inne wskaźniki pokrewne. Średni wiek kobiet, średnie BMI 26.2; 88% było wieloródkami, średnia ilość dzieci 2.1. BMI wzrastało progresywnie z liczbą porodów, z 25.6 u nieródek do 27.2 u kobiet z czwórką lub większą liczbą dzieci. Pomiędzy wieloródkami, 70% kiedykolwiek karmiło i przeciętny czas karmienia wynosił 7.7 miesiąca. Niezależnie od liczby porodów standaryzowane średnie BMI było znacząco niższe wśród kobiet, które karmiły w przeciwieństwie do niekarmiących, malejąc o 0.22 na każde 6 miesięcy karmienia piersią. Innymi słowy, kobiece średnie BMI było 1% niższe na każde 6 miesięcy karmienia.

Powiązania powyższe były wysoce znaczące statystycznie i niezależne od innych efektów, na które wpływają czynniki powiązane z otyłością- grupa socjoekonomiczna, region zamieszkania, palenie, aktywność fizyczna.

(...) Redukcja BMI jest powiązana z każdym 6-cio miesięcznym okresem karmienia; w UK kobiety mogłyby znacząco redukować ryzyko chorób związanych z otyłością i ich kosztami.

Bobrow KL, Quigley MA, Green J et al (2012). Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. International Journal of Obesity advance online publication, 10 July 2012; doi:10.1038/ijo.2012.76

Ponowna hospitalizacja, rozmowy z personelem medycznym i ich wpływ na karmienie piersią.

Prospektywne, kohortowe badanie przeprowadzono w Alberta (Kanada), aby określić, czy ponowne przyjęcie do szpitala podczas pierwszych 2 miesięcy życia zmniejsza szanse na przeważające karmienie piersią.

Matki biorące udział w badaniu- urodziły dziecko pomiędzy 34 a 41 tygodniem ciąży i były wypisane do domu w ciągu 7 dni. Ponownie przyjmowane dzieci porównano z nieprzyjmiowanymi ponownie. Całkowita liczba 1798 matek została poddana badaniu (n=250 ponownie przyjętych, 1548 nie przyjętych ponownie). Dane zebrane w postaci kwestionariusza 2 miesiące po porodzie.

Najczęstszą przyczyną ponownej hospitalizacji była żółtaczka. 73% relacjonowało karmienie głównie piersią w 2 miesiącu po porodzie. Dzieci ponownie przyjęte do szpitala nie były powiązane z zaprzestaniem karmienia głównie piersią. Jakkolwiek to, co pokazało badanie: szanse na karmienie głównie piersią były dwa razy większe jeśli wrażenie matki z rozmowy z personelem medycznym były pozytywne, wzmacniające w przeciwieństwie do wrażeń negatywnych.

Badanie zademonstrowało brak negatywnego wpływu na karmienie piersią w przypadku ponownego przyjęcia do szpitala w Alberta; znaczący wzrost powodzenia karmienia piersią przy pozytywnego odbioru rozmów matek z personelem szpitala.

McNeil DA, Siever J, Tough S, et al (2012). Hospital re-admission of late preterm or term infants is not a factor influencing duration of predominant breastfeeding. Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed. published 29 June 2012, 10.1136/archdischild-2011-300889

Rekomendacje AAP dotyczące żywienia dzieci zdrowych urodzonych o czasie

Wprowadzenie

Warto wspomnieć, że w USA od roku 1978 realizowany jest program zdrowotny Healthy People. Kolejne jego edycje 1989, 1999, 2010, 2020 za cel stawiają sobie zwiększanie odsetka karmiących matek, jako zasadniczego czynnika prozdrowotnego i proekonomicznego. Wdrażane są działania promocyjne, edukacyjne i organizacyjne wobec pracowników ochrony zdrowia, ale także matek i środowiska, prowadzona jest ewaluacja wyników na poziomie krajowym. Wskaźniki karmienia ulegają stopniowej poprawie, choć nie wszystkie cele są osiągnięte. Przykładowo w 1988 zaczynało karmić 47%, w 1998 roku 56%, w 2007 - 75% (cel 75%). W 6 miesiącu karmiło 44% (cel 50%), wyłącznie piersią 13,8% (cel 17%, poprzednio było zero!). W 12- stym miesiącu karmiło jeszcze 22,4% matek (cel 25%). W następnej edycji Healthy People 2020 zaplanowano zwiększenie odsetka rozpoczynających karmienie do 82%, karmiących w 6 miesiącu do 60,5%, wyłącznie 25,5%, do 12 miesiąca 34%. Zaplanowano też zwiększenie odsetka pracodawców wspierających karmiące matki do 38%, zmniejszenie odsetka dokarmianych noworodków w pierwszych 2 dobach życia z 25% do 15%. Z podziwu godną konsekwencją program ten jest wdrażany i realizowany systemowo.

Rekomendacje ujęto w 5 szczegółowych punktów, które bardzo jasno precyzują postępowanie pediatry i innych pracowników ochrony zdrowia sprzyjające laktacji. Omówimy trzy najważniejsze.

1. Wyłączne karmienie piersią powinno trwać około 6 miesięcy.
 - a. alternatywnie mlekiem odciętym, w następnej kolejności mleko dawczyń
 - b. do 1 roku lub dłużej według życzenia
 - c. żywność uzupełniająca bogata w żelazo i inne mikroelementy powinna być wprowadzana około 6 miesiąca
2. Opieka okołoporodowa powinna sprzyjać rozpoczęciu i kontynuowaniu laktacji i być zgodna z zaleceniami AAP oraz z protokołami The Academy of Breastfeeding Medicine i zawierać następujące elementy:
 - a. kontakt skóra do skóry i pierwsze karmienie tuż po porodzie,
 - b. opóźnienie rutynowych procedur takich jak: ważenie, mierzenie, mycie, badania krwi, szczepienie, zakraplanie spojówek, iniekcja witaminy K – do 6h, i in.), aż nie zostanie zakończone pierwsze karmienie,
 - c. zapewnienie 8-12 karmień/dobę;
 - d. instruktaż techniki karmienia przez przeszkolony personel;

- e. prowadzenie dokumentacji i monitorowanie przebiegu karmienia;
 - f. nie podawanie suplementów takich jak: woda, roztwór glukozy, mleko modyfikowane, inne noworodkom karmionym piersią, poza opartymi na EBM wskazaniami w trakcie leczenia hipoglikemii lub hiperbilirubinemii;
 - g. unikanie używania smoczków;
 - h. rozpoczęcie suplementacji wit. D (400 IU) po wypisie ze szpitala.
3. Wszystkie noworodki karmione piersią powinny być rutynowo badane między 3 a 5 dobą życia (48-72 godziny po wypisie ze szpitala). Opieka pediatry powinna obserwację karmienia i ocenę przyrostu masy (spadek nie powinien przekraczać 7% i trwać powyżej 5 doby).

Monitorowanie wzrostu

Od września 2010 roku w USA instytucja zajmująca się zdrowiem dzieci oraz AAP rekomendują zgodnie monitorowanie wzrostu dzieci karmionych piersią do 24 miesiąca życia według siatek centylogowych WHO z 2006 roku (dobrze znanych polskim konsultantom i doradcom, przyp. red.). Wzrost w tym tempie stanowi wzorzec, który chroni zarówno przed niedożywieniem jak i otyłością. Stosowanie innych siatek dla dzieci karmionych piersią zmniejsza ilość błędów lekarskich dotyczących zalecania dokarmiania.

Praktyki szpitalne

W 2009 roku AAP oficjalnie zatwierdziło program „10 kroków do udanego karmienia piersią” jako skuteczny dla poprawy wskaźników karmienia naturalnego takich jak: odsetek matek rozpoczynających karmienie, długość karmienia oraz wyłączność karmienia. Wykazano skuteczność 5 praktyk w stosunku do długości karmienia piersią bez względu na status ekonomiczny badanych kobiet:

- rozpoczynanie karmienia w 1 godzinie po porodzie,
- wyłączne karmienie mlekiem matki,
- system rooming-in,
- unikanie smoczka-uspokajacza,
- przekazanie numeru telefonu do punktu pomocy laktacyjnej po wypisie.

W USA oceniono na poziomie krajowym (80% szpitali) stopień stosowania praktyk sprzyjających laktacji . Średnia wdrożenia „10 kroków” w szpitalach wyniosła 65%. Uznano to za wskaźnik niesatysfakcjonujący i natychmiast zalecono wszystkim szpitalom wdrażanie jednolitych zasad , które opublikowano pod nazwą The Sample Hospital Breastfeeding Policy. Strategia jest oparta na poprzednich rekomendacjach AAP 2005 oraz „10 krokach” i jest dostępna na stronie internetowej AAP pod nazwą: Safe and Health Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Phisicians offices. Trzeba przyznać, że jest to podziwu godna interwencja na poziomie państwowych służb. My możemy pozazdrościć, a może wziąć przykład?

W tegorocznych rekomendacjach zaprezentowano wyniki dużych prac oryginalnych oraz metaanaliz wiarygodnie opisujących wpływ karmienia piersią na zdrowie dzieci i matek, co stanowi uzupełnienie metaanalizy AHRQ z 2007 roku, znanej doradcom i konsultantom laktacyjnym ze stanowiska ESPGHAN, tłumaczonego na język polski i opublikowanego w materiałach zjazdowych w roku 2011.

Pełny tekst stanowiska [TU](#)

Różne

Dwa doktoraty z dziedziny laktacji obronione wiosną 2012!

Obroniła się dr n. o zdr. Beata Szyber i dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska. Oba doktoraty dotyczyły podobnej dziedziny - kształcenia. Prace badały poziom wiedzy w zakresie laktacji personelu medycznego opiekującego się matką i dzieckiem w Polsce oraz zaangażowanie tego personelu w poradnictwo laktacyjne. Wnioski są dość smutne dla kształcenia przeddyplomowego, ale pocieszające dla kształcenia podyplomowego. Czekamy na wykłady i publikacje, które może poruszą naszych decydentów...

Doktorantkom gratulujemy, redakcja CNoLNews

Dzięki PTKDiL dwa protokoły Academy of Breastfeeding Medicine są dostępne w języku polskim tu:

[WWW](#)

#10 - Karmienie naturalne późnych wcześniaków (od 340/7 do 366/7 tydzień ciąży)

#22 - Wytyczne postępowania w żółtaczce u noworodków karmionych piersią urodzonych w 35 tygodniu ciąży lub później.

Konkurs fotograficzny Karmię piersią w Gdańsku do 31 sierpnia.

W ramach finansowanego przez Miasto Gdańsk programu zdrowotnego promującego naturalne karmienie, organizujemy konkurs fotograficzny "Karmię piersią w Gdańsku". Konkurs skierowany jest do wszystkich rodziców, bez względu na miejsce zamieszkania. Zapraszam, Agnieszka Pietkiewicz (za zgodą PTKiDL)

[WWW](#)

Złoty stetoskop dla poradni laktacyjnej – Gratulujemy!

W tegorocznym plebiscycie Expressu Bydgoskiego "Złoty Stetoskop", w kategorii "poradnie", trzecie miejsce wywalczyła funkcjonująca w naszym Szpitalu Poradnia Laktacyjna, która funkcjonuje od wielu lat przy Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr J. Bizuela.

Mimo, że porady laktacyjne nie znalazły miejsca w "koszyku świadczeń zdrowotnych" NFZ i są tym samym działalnością deficytową, Dyrekcja naszego Szpitala zdecydowała o kontynuowaniu pracy Poradni Laktacyjnej, ze względu na dużą potrzebę społeczną na tego typu świadczenia.

[WWW](#)

mgr Janina Fałkowska (za zgodą PTKiDL)