

Zbyt mały przyrost masy ciała u karmionego piersią noworodka

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Poradnia Laktacyjna, Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie; Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie

Opis przypadku (cz. 1)

Na wizytę patronażową do lekarza rodzinnego zgłosiła się 30-letnia, dotychczas zdrowa kobieta ze swoim 13-dniowym synem. Chłopiec został urodzony siłami natury w 39. tygodniu ciąży, otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Okres prenatalny i okołoporodowy przebiegał bez powikłań, jedynie w okresie adaptacyjnym dziecko przechodziło fizjologiczną żółtaczkę. Chłopiec został zaszczepiony w szpitalu zgodnie z kalendarzem szczepień, otrzymał profilaktycznie 1 mg witaminy K domięśniowo. Pobrano krew na rutynowe badania przesiewowe noworodków, przeprowadzono przesiewowe badanie słuchu, którego wynik był prawidłowy. Rodzice nie zauważyli żadnych niepokojących objawów. Obecnie chłopiec jest karmiony piersią, nie jest dokarmiany. Po zważeniu dziecka lekarz stwierdził zbyt mały przyrost masy ciała – obecnie noworodek waży 3200 g, w dniu wypisu ze szpitala w 3. dobie masa ciała wynosiła 3070 g, a urodzeniowa masa ciała – 3300 g. Od wypisu przybrał zatem 130 g (czyli średnio 13 g/d) i mając prawie 2 tygodnie, nie „odyskał” urodzeniowej masy ciała. Matka jest bardzo zmartwiona i zaniepokojona tą wiadomością.

Zadanie 1

Jakie informacje należy uzyskać o przebiegu karmienia dziecka?

- A) Jaki jest rytm karmień – ile ich jest w dzień i w nocy, jakie są odstępy pomiędzy nimi, jak długo trwają, czy matka podaje jedną czy obie piersi w czasie każdego karmienia?
- B) Ile pieluch dziecko moczy w ciągu doby, ile oddaje stolców i jak one wyglądają?

- C) Jak dziecko jest przystawiane do piersi, jak chwyta i ssie pierś, czy w trakcie karmienia słychać przełykanie pokarmu w odpowiednim rytmie?
- D) Jak dziecko zachowuje się po karmieniach i pomiędzy nimi?

Opis przypadku (cz. 2)

Lekarz poszerzył wywiad dotyczący karmienia dziecka. Jak wynikało z relacji rodziców, chłopiec jest przystawiany do piersi co 2,5–3 godziny, w nocy przesypia najdłużej około 5 godzin – w sumie jest karmiony 7–8 razy na dobę. Zwykle ssie jedną pierś przez 30–40 minut, po kilku minutach karmienia zaczyna zasypiać. Jeśli po odłączeniu od piersi budzi się i płacze, matka podaje mu smoczek „uspokajacz”. W ciągu doby chłopiec moczy 6–8 pieluch (mocz jest jasny), oddaje także 4–6 żółtych, papkowatych stolców.

Z wywiadu zebranego od matki wiadomo, że rozpoczęła karmienie piersią zaraz po porodzie. Zaobserwowała, że w czasie ciąży piersi istotnie powiększyły się, tak, że nosiła biustonosz o rozmiar większy. Pod koniec 3. doby po porodzie zaczęła się u niej tzw. nawał mleczny.

Lekarz zbadał dziecko. Stwierdził, że jest ono aktywne, jego skóra jest lekko zażółcona na głowie i klatce piersiowej, napięcie mięśniowe i stan nawodnienia są prawidłowe, a odruchy noworodkowe żywe. Budowa jamy ustnej jest prawidłowa: nie stwierdzono, aby wędzidełko języka było skrócone, nie stwierdzono także nadmiernego cofnięcia żuchwy ani innych nieprawidłowości, które mogą wpływać na sposób ssania piersi. Zlecono wykonanie badań: morfologii krwi obwodowej z rozmazem,



Fot. M. Żukowska-Rubik

Ryc. 1. Noworodek skręca głowę w stronę piersi (© Monika Żukowska-Rubik)



Fot. M. Żukowska-Rubik

Ryc. 2. Płytkie ssanie, wąski kąt ust, zaciśnięty kącik ust, większa część otoczki na zewnątrz ust, nos i broda daleko od piersi (© Monika Żukowska-Rubik)

stężenia białka C-reaktywnego, bilirubiny całkowitej oraz badania ogólnego moczu.

Następnie, aby ocenić **akt karmienia**, lekarz poprosił matkę o przystawienie dziecka do piersi. Zaobserwował, że w trakcie karmienia dziecko jest ułożone na plecach, a tylko głowę skręca w kierunku piersi (ryc. 1). W czasie ssania ma lekko otwarte usta (ryc. 2). Ssie aktywnie przez 5 minut, słyhać połknięcia pokarmu po 2–3 ssaniach, pauzy pomiędzy seriami ssania trwają kilka sekund. Później aktywność wyraźnie się zmniejsza,

dziecko ssie delikatnie, rzadko słyhać połykanie, pojawiają się dłuższe pauzy bez ssania.

Zadanie 2

Zaproponuj dalsze postępowanie dotyczące karmienia chłopca.

- Obserwacja 3–5 dni bez podejmowania szczególnych działań – prawdopodobnie matka i dziecko potrzebują więcej czasu, aby nabrać wprawy w karmieniu.
- Zwiększenie częstości karmień do około 10 na dobę, korekta techniki karmienia, podawanie obu piersi w czasie jednego karmienia i aktywizowanie dziecka, ograniczenie czasu ssania smoczka, ponowna kontrola masy ciała za 3 dni.
- Utrzymanie dotychczasowej częstości karmień, ale podawanie obu piersi w czasie jednego karmienia, korekta techniki karmienia, dokarmianie dziecka pokarmem odciągającym (3×40 ml), kontrola masy ciała za 3 dni.
- Dokarmianie mlekiem modyfikowanym po każdym nakarmieniu piersią – po około 50 ml lub więcej, jeśli dziecko będzie dalej sygnalizowało chęć jedzenia.

Omówienie zadania 1

Karmienie piersią jest optymalnym sposobem żywienia niemowląt i powinno się **dążyć do tego**, aby przez pierwszych 6 miesięcy dziecko było karmione wyłącznie pokarmem matki. Aktualnie szacuje się, że karmienie piersią rozpoczyna 98% kobiet po urodzeniu dziecka, niestety w 6. tygodniu karmienie kontynuuje już tylko 46% matek. Lekarze rodzinni i pediatrzy powinni oceniać stan odżywienia dziecka i efektywność karmienia piersią, by w porę zdiagnozować nieprawidłowości i zapobiegać przedwczesnemu zakończeniu karmienia.

Częstość i długość karmień piersią w dzień i w nocy, liczba zmoczonych pieluch i oddanych stolców w ciągu doby oraz przyrost masy ciała to informacje zaliczane do tzw. **wskaźników skutecznego karmienia**. W pierwszych miesiącach życia dziecka zaleca się zwykle karmienie piersią „na żądanie”, tzn. wtedy, gdy dziecko sygnalizuje głód oraz wówczas, gdy piersi są przepełnione (w celu zapobiegania zastojowi mleka). Na podstawie ob-

serwacji fizjologii procesu karmienia uważa się, że noworodek powinien być karmiony **8–12 razy na dobę**, w tym przynajmniej jedno karmienie powinno odbyć się w nocy – co ma znaczenie dla podtrzymania laktacji. **Czas trwania** karmienia wynosi przeciętnie 20–40 minut, jest jednak bardzo zróżnicowany indywidualnie, zależy od wielu czynników związanych z potrzebami, umiejętnościami i temperamentem dziecka, uwarunkowań anatomicznych oraz właściwości wypływu pokarmu u matki. Ważną informacją o efektywności karmienia są dane o **czynnościach fizjologicznych dziecka** (oddawaniu moczu i stolca). O ile w pierwszych dobach po urodzeniu, przed wystąpieniem tzw. nawału mlecznego u matki, mokrych pieluch jest mało, to w kolejnych dobach dziecko powinno moczyć przynajmniej 6 pieluch na dobę. Stolce również zmieniają się po urodzeniu: w ciągu pierwszych 48 godzin noworodek powinien oddać stolce smółkowe, w 3.–4. dobie oddaje zielonkawę, luźne tzw. przejściowe stolce, od 5. doby stolce karmione go piersią niemowlęcia mają zwykle żółte lub musztardowe zabarwienie, papkowatą konsystencję i są oddawane przeciętnie przynajmniej 3 razy na dobę (w czasie pierwszych 6 tygodni zwykle znacznie częściej, w późniejszym okresie u karmionego piersią dziecka normą może być zarówno oddawanie stolca raz w tygodniu, jak i po każdym karmieniu).

Fizjologiczny ubytek masy ciała po urodzeniu nie powinien przekraczać 10%, a urodzeniową masę ciała dziecko powinno wyrównać w ciągu 2 tygodni. **Przeciętny przyrost masy ciała** w pierwszym kwartale wynosi 25–31 g/d.¹ Trzeba pamiętać, aby przyrost obliczać od najmniejszej masy ciała, z dnia wypisu lub kolejnej znanej, ale nie od urodzeniowej. Zwiększanie masy i długości ciała należy monitorować za pomocą standardów rozwoju według WHO.

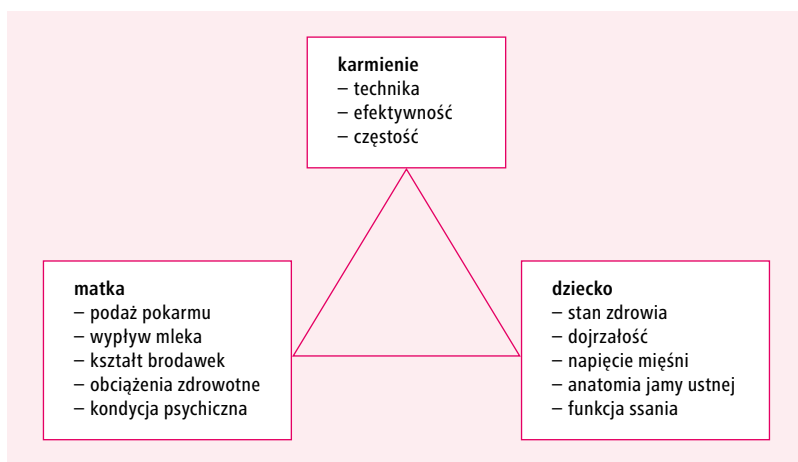
Niezbędnym uzupełnieniem opisanych powyżej informacji jest obserwacja aktu karmienia pod kątem pozycji matki i dziecka, techniki przystawiania dziecka, obecności cech prawidłowego uchwycenia piersi, oznak wypływu pokarmu i skuteczności ssania, czyli pobierania z piersi odpowiedniej do potrzeb ilości mleka. W przypadku dzieci zbyt mało przybierających na wadze ta obserwacja pozwala odpowiedzieć na pytanie, jakie interwencje muszą być podjęte. Jeśli technika karmienia jest

prawidłowa lub zostanie skorygowana, a dziecko ssie efektywnie, to prawdopodobnie nie będzie ono wymagało dokarmiania, a jedynie intensyfikacji karmienia piersią. Jeśli jednak sposób karmienia nie budzi zastrzeżeń, a noworodek nie radzi sobie z pobieraniem pokarmu, konieczna jest stymulacja laktacji (by zwiększyć podaż pokarmu) oraz dokarmianie dziecka pokarmem odciganym lub mieszkanką, by zaspokoić jego potrzeby. Decyzja o rozpoczęciu dokarmiania i objętości dodatkowo podawanego pokarmu jest podejmowana również na podstawie przyrostu masy ciała – im jest on mniejszy w stosunku do przeciętnego, tym intensywniejsze powinno być dokarmianie. Zawsze należy jednak udzielić porady (lub skierować na konsultację), dzięki której karmienie piersią będzie optymalne pod względem techniki i częstotliwości.

Czas przeznaczony na wizytę lekarską jest ograniczony, jednak ocena aktu karmienia jest ważna. Matka może nakarmić dziecko w czasie, kiedy lekarz wypełnia dokumentację, wystawia skierowania – pozwoli mu to na jednoczesne monitorowanie zachowania dziecka. Jeśli lekarz nie czuje się dostatecznie pewnie w obserwacji karmienia lub nie znajduje na nią chociaż 5–10 minut w czasie wizyty, powinien poprosić o ocenę karmienia przeszkoloną położną lub skierować matkę i dziecko do poradni laktacyjnej (listę doradców laktacyjnych można znaleźć na stronie www.bit.ly/2VySCgL). Obserwacja karmienia może być uzupełniona testem wagowym, czyli zważeniem dziecka przed karmieniem i po karmieniu (bez zmiany ubrań i pieluchy). Należy jednak pamiętać, że jednorazowy test wagowy ma wartość jedynie orientacyjną.

Subiektywnym wskaźnikiem skuteczności karmienia jest zachowanie dziecka. Najedzony noworodek zwykle zasypia po nakarmieniu lub przez pewien czas spokojnie czuwa. Dziecko głodne zwykle płacze, często domaga się ssania piersi, nie chce jej wypuścić z ust. Jednak zachowanie dziecka po karmieniach należy interpretować wyłącznie wraz z pozostałymi wskaźnikami skutecznego karmienia. Noworodki o silnej potrzebie ssania, choć osiągają nieraz bardzo duże przyrosty masy ciała, mogą często domagać się ssania piersi. Z kolei noworodki niedożywione, z dużym niedoborem energii, mogą przesympać wiele godzin, nie sygnalizując potrzeby karmienia.





Ryc. 3. Poszukiwanie przyczyny niedostatecznego przyrostu masy ciała u noworodka
(© Monika Żukowska-Rubik)

► **Ramka 1. Jak można poprawić efektywność karmienia w przypadku zbyt małego przyrostu masy ciała dziecka?**

- korekta pozycji matki i dziecka przy piersi
- korekta sposobu chwytania i ssania piersi przez dziecko
- aktywizacja dziecka w czasie karmienia
- różne techniki wspomagania ssania piersi (skierowanie do doradcy laktacyjnego, neurologopedy)
- zwiększenie częstości karmień
- podawanie obu piersi w czasie jednego karmienia
- skrócenie nocnej przerwy w karmieniach
- ograniczenie czasu ssania smoczka „uspokajacza”

Od Redakcji: Filmy instruktażowe oraz więcej informacji na ten temat na stronie:
www.mp.pl/pacjent/pediatrica/karmienie-piersia.html

■ **Omówienie zadania 2**

W opisanym przypadku chłopiec za mało przybiera na wadze (13 g/d), ale jest w dobrym stanie ogólnym, jego stan nawodnienia jest dobry. Liczba mikcji i oddawanych stolców mieści się w normie. Natomiast wywiad wskazuje, że przebieg karmienia piersią wymaga korekty. Karmień jest za mało, dziecko jest przystawiane tylko do jednej piersi, choć sygnalizuje płaczem niezaspokojony głód. Dostaje wtedy smoczek. Technika karmienia jest nieprawidłowa, a dziecko mało aktywne w czasie karmienia. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że przyczyną zbyt małego przyrostu masy ciała jest nieprawidłowe postępowanie w okresie laktacji (ryc. 3).

Nie należy rozpatrywać tego w kategoriach winy, a tym bardziej nie należy krytykować za to matki. Zgodnie ze Standardem Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej z 2018 roku podstawowy instruktaż techniki karmienia i postępowania w okresie laktacji matki powinny uzyskać już w szpitalu.² Dodatkowo, matka powinna być objęta opieką położnej POZ, do zadań której należy monitorowanie przebiegu karmienia piersią. Niestety nie zawsze tak się dzieje,³ wielu kobietom trudno jest uzyskać prawidłową poradę i w konsekwencji wiele matek wcześniej rezygnuje z karmienia piersią.

W opisywanym przypadku nie ma podstaw, aby podejrzewać, że przyczyny braku prawidłowego przyrostu masy ciała u noworodka są związane z czynnikami po stronie matki lub dziecka. Matka jest zdrową kobietą, gruczoł piersiowy rozwinął się w czasie ciąży, o czym świadczy powiększenie piersi w tym okresie. Nawał mleczny wystąpił o czasie, czyli do 72 godzin po porodzie, co świadczy o prawidłowym uruchomieniu tzw. kompleksu laktogennego (tj. grupy hormonów, które biorą udział w inicjacji laktacji). Nie stwierdzono nieprawidłowości w budowie piersi matki, takich jak nietypowy kształt, niedorozwój lub znaczna asymetria. Wywiad okołoporodowy nie jest obciążony. Dziecko jest urodzone w terminie, stan jego zdrowia również nie budzi niepokoju, poza utrzymującym się lekkim zażółceniem skóry. Jest ono żywotne, ma prawidłowe napięcie mięśniowe i prawidłowo zbudowaną jamę ustną.

Aby poprawić sytuację, należy zintensyfikować karmienie u opisywanej pary matka–dziecko (ramka 1).

Przede wszystkim należy **skorygować ułożenie dziecka przy piersi**, tak by brzuchem było zwrócone do ciała matki (ryc. 4). Dziecko, które ssie pierś płytko (jak opisywany chłopiec), wymaga na ogół odłączenia od piersi i powtórnego przystawienia. Matce warto pokazać najważniejsze **elementy techniki przystawiania** – dziecko ma głowę lekko odchylną, należy poczekać, aż otworzy szeroko usta, w tym momencie brodawka sutkowa powinna być nakierowana na podniebienie, a dolna warga ułożona około 2–3 cm od podstawy brodawki (ryc. 5). Delikatne przysunięcie dziecka w stronę piersi pozwala mu uchwycić głęboko brodawkę wraz z otoczką (p. film prezentujący tę technikę:



Fot. M. Żukowska-Rubik

Ryc. 4. Noworodek zwrócony brzuchem do ciała matki. Usta szeroko otwarte, dolna warga wywinięta – prawidłowa pozycja i uchwycenie brodawki sutkowej (© Monika Żukowska-Rubik)



Fot. A. Piotrowska

Ryc. 5. W momencie chwytania piersi głowa lekko odchylona, brodawka sutkowa skierowana na podniebienie, dolna warga 2–3 cm od podstawy brodawki (© Monika Żukowska-Rubik)

www.mp.pl/70289). Jeśli otoczka brodawki jest twarda, napięta, przed karmieniem matka powinna odciągnąć ręcznie lub laktatorem niewielką ilość mleka, by zmiękczyć otoczkę. Opisywany noworodek ssie pierś w dobrym rytmie 2–3 zassania/połknięcia przez około 5 minut. W pierwszych minutach karmienia powinien dominować rytm 1–3 zassania/połknięcie, później niemowlę zwykle robi dłuższe pauzy w czasie ssania, a liczba zassań na jedno połknięcie zwiększa się. W czasie karmienia dziecko warto **mobilizować do aktywnego ssania**, czyli takiego, które jest połączone z przelatyaniem pokarmu (masaż podbródka, dłoni, stóp, karmienie w kontakcie „skóra do skóry”, dziecko nie powinno być zbyt ciepło ubrane, ani zawinięte w kocyk).

W opisywanym przypadku, jeśli chłopiec zostanie nakarmiony z obu piersi za każdym razem i będzie przystawiany częściej, z dużym prawdopodobieństwem wystarczy to, by poprawić tempo przyrostu masy ciała. Można również zalecić matce odciąganie pokarmu kilka razy dziennie po karmieniu i uzyskany pokarm podawać dziecku. Takie postępowanie byłoby zalecane szczególnie, gdy nie ma możliwości przeprowadzenia wizyty kontrolnej w ciągu 3–4 dni lub istnieją obawy, czy matka poradzi sobie z wypełnieniem zaleceń. Utrzymanie dotychczasowego rytmu karmień (ale nie mniej niż 7–8/d) i dodatkowe odciąganie pokarmu kilka razy dziennie zapewni odpowiednią stymulację laktacji. Matka powinna dostosować do zaleconego dokarmiania objętość i częstotść

Tabela 1. Schemat dokarmiania według Nancy Mohrbacher w zależności od przyrostu masy ciała

Przyrost (g/tydz.)	Przyrost (g/d)	Liczba porcji	Wielkość porcji (ml)	Dobowo (ml)
85–113	12–16	2–3	60	120–180 ^a
<85	<12	4–5	60	240–300 ^a

^a Porcje dokarmiania mogą być mniejsze, ale podawane częściej.

odciągania pokarmu, a także zanotować objętość podawanych porcji.

Ustalając **objętość dokarmiania**, można skorzystać z wzoru Mohrbacher, który uzależnia ją od przyrostu masy ciała osiąganego przez dziecko karmione piersią (tab. 1). Harmonogram dokarmiania może być ustalony indywidualnie – dodatkowa porcja pokarmu nie musi być podawana po każdym karmieniu. Warto zauważyć, że w przypadkach jak opisywany, lekarze, a także sami rodzice często decydują się na dokarmianie dziecka dużą ilością mieszanki dla niemowląt. Takie postępowanie z pewnością poprawi przyrost masy ciała, jednak doprowadzi również do osłabienia laktacji i zwiększy ryzyko, że dziecko odrzuci pierś, a czas karmienia będzie krótszy, niż jest to optymalne dla dziecka i matki.

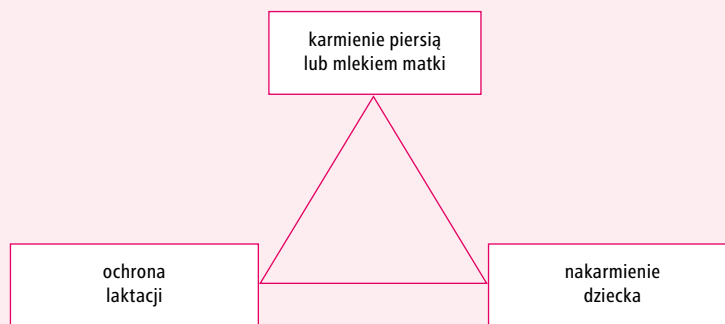
Podawanie smoczka „uspokajacza” w omawianej sytuacji powinno być znacznie ograniczone na rzecz przystawiania dziecka do piersi. Zgodnie z zapisami Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej nie zaleca się podawania smoczka

Tabela 2. Uniwersalny schemat karmienia piersią w I półroczu życia dziecka

Najważniejsza zasada – karmienie według potrzeb matki i dziecka (przepełnienie piersi, objawy głodu u dziecka).

8–12 karmień/d, w tym przynajmniej 1 w nocy
 dziecko samo „zarządza” rytmem karmień (karmienie „sterowane” przez dziecko)
 pierwszą pierś dziecko powinno opróżnić dokładnie (niemowlę ssalo aktywnie, samo puściło pierś, pierś wyraźnie rozluźniła się)
 drugą pierś matka może zaproponować dziecku
 dziecko decyduje, ile zje: tzw. *responsive feeding*
 podczas następnego karmienia należy zacząć od drugiej piersi
 w pewnych porach dziecko może domagać się przystawienia do piersi znacznie częściej (*cluster feeding*)
 docelowo ustala się rytm karmienia indywidualny dla danej pary matka–dziecko

Na podstawie 11. pozycji piśmiennictwa



Ryc. 6. Strategia postępowania w przypadku trudności z karmieniem piersią (© Monika Żukowska-Rubik)

przez 4 tygodnie po urodzeniu.² Smoczek „uspokajacz” można zaproponować, gdy przebieg karmienia piersią jest ustabilizowany, co oznacza, że noworodek jest karmiony wyłącznie piersią, według własnego rytmu, a laktacja w pełni zaspokaja jego potrzeby. U niektórych matek ten moment następuje po 2, u innych po 3–4 tygodniach, a zatem zalecenia muszą być indywidualnie dostosowane. Smoczki są bardzo pomocne u niemowląt z silną potrzebą ssania, zmniejszają ryzyko zespołu nagłego zgonu niemowląt, ale ich używanie w pierwszych tygodniach po urodzeniu może zaburzać ustalanie indywidualnego dla matki i dziecka rytmu karmienia, poprzez zaspokojenie potrzeby ssania i ograniczanie czasu, który dziecko spędza przy piersi.⁴

Wizyta kontrolna powinna odbyć się najlepiej po 3–4 dniach, by sprawdzić, czy interwencja okazała się skuteczna. Jeśli dziecko przybiera prawidłowo na wadze, jest zadowolone po karmieniach,

można zalecić ostrożne przechodzenie na rytm karmień według jego potrzeb (kiedy sygnalizuje głód) (tab. 2). Jeśli pomimo intensyfikacji karmienia przyrosty masy ciała nie są zadowalające, a dziecko po karmieniach sygnalizuje dalszą potrzebę jedzenia, objętość pokarmu matki, jakim dokarmiane jest dziecko, można nieco zwiększyć, ewentualnie uzupełnić mlekiem modyfikowanym.

Opis przypadku (cz. 3)

Wizyta kontrolna odbyła się po 3 dniach. Chłopiec był karmiony 8–10 razy na dobę, nocna przerwa w karmieniu została skrócona do 4 godzin. Matka skorygowała sposób przystawiania dziecka do piersi, pamiętała o rozluźnieniu otoczki przed karmieniem oraz o podaniu obu piersi przy każdym karmieniu. Chłopiec nie dostawał smoczka ani nie był dokarmiany, po jedzeniu był spokojny i sprawiał wrażenie zadowolonego. W ciągu tych 3 dni średni przyrost masy ciała wynosił 31 g/d, a więc był optymalny. W wykonanych badaniach dodatkowych nie stwierdzono odchyień poza zwiększonym stężeniem bilirubiny całkowitej – 9 mg/dl. Ustalono, że przedłużająca się żółtaczka była związana z nieefektywnym karmieniem piersią. Zalecono kolejne ważenie za 5–7 dni.

Podsumowanie

Warto pamiętać, że nie każde karmione piersią dziecko zbyt mało przybierające na wadze wymaga dokarmiania. Wywiad dotyczący matki i dziecka oraz analiza przebiegu karmienia piersią pozwalają wychwycić nieprawidłowości oraz czynniki ryzyka niepowodzenia karmienia piersią. Strategia postępowania opiera się na 3 filarach: nakarmienie dziecka, ochrona laktacji, dążenie do utrzymania wyłącznego karmienia piersią (a jeśli to nie jest możliwe – z częściowym dokarmianiem) (ryc. 6). Zawsze powinno się zacząć od interwencji podstawowych, które zapewniają maksymalne zintensyfikowanie karmienia piersią. Tylko w niektórych przypadkach wskazane jest dokarmianie dziecka. Mlekiem pierwszego wyboru jest zawsze pokarm matki, następnie mleko z banku pokarmu kobiecego (w Polsce dotyczy w praktyce tylko wcześniaków), a dopiero w następnej kolejności

mleko modyfikowane. Dokarmienie następuje po nakarmieniu dziecka z obu piersi, nigdy przed ani zamiast podania piersi.

Na szczególną uwagę zasługują noworodki obciążone **czynnikami ryzyka nieefektywnego ssania** – wcześniaki i „późne” wcześniaki (urodzone w 34.–36. tyg. ciąży)⁵, po przebytych urazach w czasie porodu, z problemami w okresie adaptacyjnym (nasiloną żółtaczką, zakażeniem, dużym ubytkiem masy ciała), dziećmi chore, z wadami wrodzonymi (np. serca), zaburzeniami napięcia mięśniowego, z nieprawidłowościami w zakresie budowy jamy ustnej. Te noworodki mogą niewystarczająco przybierać na wadze, pomimo obfitej podaży pokarmu u matki. Z czasem u matek tych niemowląt dochodzi do wtórnego niedoboru pokarmu spowodowanego słabą stymulacją. W tych przypadkach laktacja powinna być podtrzymywana przez odciąganie mleka.

Należy zwrócić również uwagę na **czynniki ryzyka niedoboru pokarmu u matki**: zaburzenia hormonalne (otyłość, zespół wielotorbielotawych jajników, cukrzyca, uszkodzenia przysadki, niedoczynność tarczycy), leki hamujące laktację (np. dwuskładnikowe hormonalne środki antykoncepcyjne), palenie papierosów, stres, zmęczenie, niedorozwój gruczołu piersiowego, stan po zabiegach w obrębie piersi (zwłaszcza redukcja), patologia porodu (krwotok, resztki łożyska w macicy).⁶ U niektórych matek laktacja może nie osiągnąć poziomu niezbędnego do zaspokajania potrzeb dziecka, pomimo prawidłowej stymulacji. W takich przypadkach zawsze możliwe jest karmienie piersią i dokarmianie mieszanką w niezbędnej ilości.

Zlecenie dokarmiania mieszanką z powodu zbyt małego przyrostu masy ciała, bez analizy przebiegu karmienia piersią, jest niestety najczęściej podejmowaną przez lekarzy interwencją.^{7,8} Dokarmione w ten sposób dziecko na ogół szybko osiąga dobre tempo wzrastania. Jednak brak stymulacji laktacji za pomocą częstego karmienia albo odciągania pokarmu prowadzi do pogorszenia laktacji, a dziecko traci zainteresowanie ssaniem niewydolnej piersi na rzecz pełnej mleka butelki.

W codziennej praktyce warto dołączyć do wywiadu pytania o przebieg karmienia (**ramka 2**), a w przypadku trudności w karmieniu – przynajmniej kilkuminutową ocenę aktu karmienia. Zain-

► Ramka 2. Pytania o przebieg karmienia w wywiadzie lekarskim

- Dziecko jest karmione piersią, ... x/d, z jednej/obu* piersi/raz, w nocy...
- Dostaje wyłącznie pierś*
- Dokarmiane PM... x/d, dobowo... ml*
- Dokarmiane MM... x/d, dobowo... ml*
- Mokre pieluchy .../d, stolce .../d, papkowate, żółte
- Przyrost mc. ...g/d (...g/tydz.)
- Matka nie zgłasza problemów z karmieniem/zgłasza*...
- Czynniki ryzyka niepowodzenia karmienia piersią matczyne/dziecięce*...

* niepotrzebne skreślić

MM – mleko modyfikowane, PM – pokarm matki

teresowanie lekarza karmieniem piersią, przekazywanie informacji o postępowaniu w karmieniu, fachowa pomoc w przypadku problemów są bardzo pozytywnie odbierane przez matki.⁸ Warto pamiętać, że matki, które uzyskują wsparcie od swoich lekarzy, karmią dłużej i z powodzeniem. Jako lekarze mamy zatem bezpośredni wpływ na to, jaki odsetek naszych pacjentek będzie karmić piersią,^{9,10} a poprzez to na korzyści zdrowotne, które dzięki temu osiągają zarówno kobiety, jak i ich dzieci.

PIŚMIENNICTWO

1. Nehring-Gugulska M.: Monitorowanie przebiegu karmienia. [W:] Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A.: Karmienie piersią w teorii i praktyce: podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017
2. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. Standard organizacyjny opieki okołoporodowej w Polsce. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2018; <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> (dostęp: 04.04.2019)
3. Raport: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej piersią i jej dziecku 2017; http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport_2017.pdf (dostęp: 04.04.2019)
4. Fernández-Cañadas Morillo A., Durán Duque M., Hernández López A.B. i wsp.: A Comparison of Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding at 3 and 6 Months. *Breastfeed Med.*, 2017; 12 (7): 430–435
5. Amir L.H., Bearzatto A.: Overcoming challenges faced by breastfeeding mothers. *Aust. Fam. Physician*, 2016; 45 (8): 552–556
6. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego wyłącznie piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji. *Postępy Neonatologii*, 2014; 2 (20): 43–55
7. Raport: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej piersią i jej dziecku 2016. http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Polska_krajem_przyjaznym_matc_2016.pdf (dostęp: 04.04.2019)
8. Raport Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku 2018. http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport_karmienie_w_Polsce_2018.pdf (dostęp: 04.04.2019)
9. Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A. i wsp.: Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 2003; 112 (1 Pt 1): 108–115
10. Taveras E.M., Li R., Grummer-Strawn L. i wsp.: Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*, 2004; 113 (4): e283-290
11. Kent J.C., Mitoulas L.R., Cregan M.D. i wsp.: Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics*, 2006; 117 (3): e387-395

Prawidłowe odpowiedzi:
Zadanie 1: A, B i C; D tylko z pozostałymi wskaźnikami
Zadanie 2: B i C