



Pamela D. Berens, MD
Professor, Vice Chair, Clinical Affairs, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Health Science Center, Houston

Fakty i mity na temat karmienia piersią: co powinien wiedzieć o nim położnik

W artykule przedstawiono strategie, które pomogą większej liczbie waszych pacjentek karmić piersią przez dłuższy czas.

Większość ginekologów-położników jest świadomych korzyści z karmienia piersią oraz zagrożeń wynikających z rezygnacji z niego. Wielu nie zdaje sobie jednak sprawy z istotnej roli, jaką odgrywają jako źródło wsparcia dla pacjentek, które próbują karmić piersią. Ginekolog-położnicy, którzy wiedzą o istnieniu niektórych często podtrzymywanych mitów, a także są zaznajomieni ze strategiami karmienia piersią, mogą odegrać kluczową rolę w osiągnięciu powodzenia w karmieniu piersią przez kobiety, które zostały właśnie matkami.

MIT 1: *Karmienie piersią i karmienie mieszanką są zasadniczo równoważne.*

FAKT 1: *Karmienie piersią przynosi zarówno niemowlętom, jak i ich matkom istotne korzyści, których nie można zrównoważyć, stosując mieszankę.*

Wiele dowodów z badań naukowych potwierdza, że karmienie piersią przynosi ko-

rzyści zarówno niemowlętom, jak i ich matkom. Wśród dzieci karmionych mieszanką obserwuje się większą częstość występowania krótkotrwałych chorób i niepomyślnych następstw zdrowotnych w późniejszym okresie życia. Te niepożądane efekty obejmują między innymi zwiększone ryzyko zapalenia żołądka i jelit (martwicze zapalenie jelit), zakażeń dolnych dróg oddechowych, zapalenia ucha środkowego oraz astmy oskrzelowej w porównaniu z niemowlętami karmionymi piersią.¹ U niemowląt karmionych mieszanką stwierdza się większe prawdopodobieństwo nagłego zgonu w niemowlęctwie, białaczek w dzieciństwie, cukrzycy typu 1 i 2 oraz otyłości w porównaniu z dziećmi karmionymi piersią. Wśród matek karmiących piersią obserwuje się mniejsze ryzyko raka piersi i jajnika, cukrzycy typu 2 oraz chorób układu krążenia. Karmienie piersią zużywa dodatkowe kalorie, co może ułatwić zmniejszenie masy ciała po porodzie.¹⁻³ Karmienie piersią wiąże się z mniejszymi kosztami dla rodzin niż karmienie mieszanką, a koszt opieki zdrowotnej dla społeczeństwa również się zmniejsza.^{4,5}

ZMIENIAJĄCE SIĘ POGLĄDY NA TEMAT PIERSI W OKRESIE LAKTACJI

Anatomiczne ilustracje gruczołu piersiowego w okresie laktacji nie zmieniły się istotnie od ponad 150 lat, co zainspirowało badaczy z University of Western Australia do ponownej oceny anatomii tego gruczołu za pomocą ultrasonografii.¹ Wbrew wcześniejszym ilustracjom obrazowanie ujawniło przewody mleczne, które nie zawsze mają regularny promienisty układ. Często główne przewody leżą jeden pod drugim.

Jak wykazały te australijskie badania, gruczoł piersiowy zawiera przeciętnie 9 przewodów mlecznych (od 4 do 18), podczas gdy w podręczniku anatomii Graya i wielu innych źródłach przedstawiano 15-20 płatów i przewodów mlecznych.

Wszystkie przewody uwidocznione przez australijskich badaczy w ultrasonografii rozgałęziały się pod otoczką piersi, bardzo blisko brodawki, i nie miały typowego workowatego poszerzenia, często określanego mianem zatoki mlecznej. Rozgałęzienia wydawały się wychodzić z tkanki gruczołowej znajdującej się bezpośrednio pod brodawką. Jak stwierdzili autorzy, mniejsza liczba przewodów, a także ich wielkość i kształt sugerują, że ich główną rolą jest transportowanie, a nie magazynowanie mleka.

Piśmiennictwo:

1. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of the lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat.* 2005;206(6):525–534.

Strategie dla położnika. Informacje na temat karmienia piersią jako preferowanej metody żywienia niemowląt powinny być przedstawiane przy każdej okazji, od opieki przed zajściem w ciążę do wizyt po urodzeniu dziecka. W celu zachęcenia pacjentki do rozmowy pomocne jest wykorzystywanie pozytywnych otwartych pytań, takich jak: „Czy planuje Pani karmić piersią?” albo „Co Pani słyszała o karmieniu piersią?”. Najlepiej, gdy taka rozmowa może być prowadzona w obecności ojca dziecka, partnera pacjentki lub innej wspierającej ją osoby.

Jeżeli ciężarna mówi, że nie planuje karmienia piersią, lekarz powinien z szacunkiem przeanalizować jej rozumowanie i dostarczyć odpowiednich informacji w celu skorygowania wszelkich błędnych poglądów.

MIT 2: *Edukacja prenatalna dotycząca karmienia piersią nie ma znaczenia (i zajmuje zbyt dużo czasu).*

FAKT 2: *Położnik może pozytywnie wpłynąć na zamiar karmienia piersią, długość okresu karmienia, a także wyłączność tego karmienia.*

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) zdecydowanie popiera karmienie piersią „jako preferowaną metodę karmienia noworodków i niemowląt, a także zaleca karmienie wyłącznie piersią, dopóki niemowlę nie osiągnie wieku w przybliżeniu 6 miesięcy”.⁹ Przeprowadzone badania wykazały, że poradnictwo w okresie prenatalnym zwiększa odsetek kobiet wyrażających zamiar karmienia pier-

sią. Uczestnictwo w zajęciach dla przyszłych matek, interwencje polegające na promowaniu karmienia piersią oraz profesjonalne wsparcie tego rodzaju karmienia powodują zwiększenie liczby kobiet rozpoczynających karmienie piersią, sprzyjają długotrwałemu karmieniu wyłącznie piersią, a także zwiększają odsetek dzieci karmionych nadal piersią w 6 miesiącu.⁶⁻⁸

Strategie dla położnika. Prenatalną edukację dotyczącą karmienia piersią można z powodzeniem włączać do rutynowej opieki położniczej, wprowadzając ją podczas wizyt prenatalnych, angażując w te działania odpowiednio wyszkolony personel pomocniczy, a także wykorzystując odpowiednie materiały edukacyjne. Podczas początkowych wywiadów położniczych należy zadawać pytania dotyczące wcześniejszych doświadczeń z karmieniem piersią. Jeżeli ciężarna nie osiągnęła wcześniej założonych celów w zakresie takiego karmienia, należy przeanalizować możliwe przyczyny tego problemu i odnotować je podczas zbierania wywiadu położniczego (tab. 1).

Do innych czynników, które mogą wpłynąć na powodzenie karmienia piersią, należą wcześniejsze operacje piersi (biopsja piersi, operacje powiększenia lub zmniejszenia piersi), problemy ogólnomedyczne oraz stosowanie leków, które mogą wpłynąć na laktację (tab. 2). Należy udostępniać pacjentkom pisemne lub elektroniczne źródła informacji na temat karmienia piersią. Najlepiej unikać dystrybuowania informacji na temat żywienia i materiałów promocyjnych dostarczanych przez producentów mieszanek. Piśmiennictwo i plakaty propagujące karmienie piersią można uzyskać z ACOG, American Academy of Pediatrics (AAP),

Tabela 1. Przykładowe uwzględnienie wywiadu dotyczącego karmienia piersią w wywiadach położniczych

WCZEŚNIEJSZE CIĄŻE							
Data	Wiek ciążowy (tygodnie)	Masa urodzeniowa	Płeć dziecka	Sposób urodzenia	Znieczulenie	Miejsce porodu	Uwagi/powikłania
14.03.2007	9			Poronienie samoistne			
10.07.2011	39	2980 g	Dziewczynka	Samoistny poród przez pochwę	Nadtwardówkowe		Karmienie piersią przez 2 tygodnie, „zbyt mało mleka”

Tabela 2. Problemy stwierdzone w okresie prenatalnym wskazujące na potrzebę wczesnego udzielenia informacji dotyczących karmienia piersią

Wcześniejsze doświadczenia z karmieniem piersią	Nieosiągnięcie celów w zakresie karmienia piersią, niedostateczna podaż mleka (obiektywnie lub subiektywnie), zakażenia w obrębie gruczołu piersiowego, ból
Wcześniejsze problemy u niemowlęcia	Hipoglikemia, żółtaczka, zaburzenia wzrastania
Wcześniejsze operacje piersi	Ocena rodzaju operacji, wskazań i realistycznych oczekiwań
Stany chorobowe u matki potencjalnie wpływające na podaż mleka	Zespół policystycznych jajników, niepłodność, otyłość, choroby przysadki mózgowej, niekontrolowane choroby tarczycy, radioterapia w obrębie klatki piersiowej, rak piersi
Stany chorobowe u matki	<ul style="list-style-type: none"> Stany wymagające kontynuacji przyjmowania uprzednio stosowanych leków (poradnictwo dotyczące bezpieczeństwa leczenia), takie jak nadciśnienie tętnicze, depresja itd. Stany wymagające wczesnej interwencji u niemowlęcia, np. cukrzyca Inne stany, w których można przewidywać wczesne rozdzielenie niemowlęcia i matki
Nieprawidłowości w badaniu piersi u matki	<ul style="list-style-type: none"> Znaczna asymetria piersi, „cewkowaty” wygląd piersi, szeroko rozstawione piersi z minimalną ilością wyczuwalnej tkanki (zwłaszcza jeżeli występowała wcześniejsza niedostateczna podaż mleka lub zaburzony wzrost dziecka w wywiadzie) Nieprawidłowe masy w obrębie piersi Wklęsłe brodawki piersiowe
Problemy swoiste dla ciąży	Ciąża wielopłodowa, przewidywany poród przedwczesny

wydziałów zdrowia oraz z biur organizacji Women, Infants, and Children (WIC). Materiały te można prezentować i dystrybuować.

Ponadto pod koniec drugiego trymestru ciąży oraz podczas prenatalnych zajęć edukacyjnych należy przedstawić praktyczne informacje na temat karmienia piersią. Zagadnienia do omówienia obejmują cele kobiety w zakresie karmienia piersią, znaczenie początkowej wyłączności karmienia piersią, a także właściwą technikę przystawiania do piersi i odpowiednią pozycję ciała oraz ich związek z zapewnieniem odpowiedniej podaży mleka. Należy zachęcać personel pomocniczy do rutynowego angażowania się w tę edukację.

Kwestie dotyczące karmienia piersią i przewidywanych zdarzeń podczas pobytu w szpitalu powinny zostać ponownie poru-

szone w trzecim trymestrze. Należy omawiać uzasadnienie i znaczenie wczesnego bezpośredniego kontaktu matki z dzieckiem (skin-to-skin contact), opóźnienia rutynowych interwencji wykonywanych u noworodka oraz stałego przebywania dziecka razem z matką podczas pobytu w szpitalu, a także ograniczone medyczne wskazania do suplementacji. Należy zachęcać pacjentki, aby nie obawiały się kwestionować wskazań do suplementacji mieszanki, jeżeli jej stosowanie zostanie zaproponowane w szpitalu. Wszelkie istotne obawy dotyczące karmienia piersią powinny zostać przekazane personelowi opiekującemu się dzieckiem. Na przykład, jeżeli matka przeżyła operację zmniejszenia piersi, wskazane jest ściśle monitorowanie masy ciała dziecka i ilości oddawanego przez nie moczu, a ponadto należy poinformować o tym pediatrę.

Tabela 3. Dziesięć kroków do udanego karmienia piersią

<p>Każdy ośrodek zapewniający opiekę położniczą i opiekujący się noworodkami powinien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzić pisemne zasady dotyczące karmienia piersią, które są rutynowo przekazywane całemu personelowi opieki zdrowotnej 2. Szkolić cały personel opieki zdrowotnej w zakresie umiejętności potrzebnych do realizacji tych zasad 3. Informować wszystkie ciężarne o korzyściach z karmienia piersią oraz sposobach prowadzenia tego karmienia 4. Pomagać matkom rozpoczynać karmienie piersią w ciągu pół godziny od urodzenia dziecka 5. Pokazywać matkom, jak karmić piersią oraz jak podtrzymać laktację, nawet jeśli będą oddzielone od swoich dzieci 6. Nie podawać noworodkom żadnych innych pokarmów ani napojów poza mlekiem matki, z wyjątkiem szczególnych wskazań medycznych 7. Umożliwiać stałe przebywanie dziecka z matką podczas pobytu w szpitalu 8. Zachęcać do karmienia piersią na żądanie 9. Nie podawać smoczków dzieciom karmionym piersią 10. Sprzyjać powstawaniu grup wsparcia w zakresie karmienia piersią i kierować matki do takich grup w momencie wypisu ze szpitala/przychodni
--

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia/UNICEF. Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services, 1989

MIT 3. *Praktyki związane z porodem i urodzeniem dziecka nie wpływają na powodzenie karmienia piersią.*

FAKT 3: *ACOG zachęca do propagowania programu Ten Hospital Practices to Encourage and Support Breastfeeding (tab. 3).⁹*

Program jest oparty na kolejnych punktach Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). Przeprowadzone badania wykazały, że łączna częstość karmienia piersią i częstość karmienia wyłącznie piersią zwiększają się, jeżeli rutynowe postępowanie w szpitalu obejmuje te punkty.^{10,11} Ponadto matki, których dotyczyło więcej punktów, zasadniczo częściej karmiły piersią.^{12,13}

Wpływ procedur związanych z porodem i urodzeniem dziecka na powodzenie karmienia piersią może być trudny do interpretacji z powodu wpływu czynników zakłócających. Niemowlęta urodzone przedwcześnie lub będące w ciężkim stanie z innego powodu mogą wymagać separacji i dodatkowego wsparcia dla karmienia piersią. Cięcie cesarskie może się wiązać z opóźnieniem rozpoczęcia karmienia piersią i zmniejszeniem częstości takiego karmienia we wczesnym okresie. Rutynowe postępowanie w szpitalu powinno być w usystematyzowany sposób ukierunkowane na minimalizację tych różnic. Cięcie cesarskie może się wiązać ze zjawiskiem opóźnionej laktogenzy (zwiększenie objętości wytwarzanego pokarmu następuje nie w 2-3 dobie, ale w 4-6 dobie – przyp. autorki komentarza), co bywa wskazaniem do czasowego dokarmiania.¹⁴

W badaniu Infant Feeding Practices Study II, przeprowadzonym w latach 2005-2007, stwierdzono, że prawdopodobieństwo osiągnięcia wyniku sześciu punktów

z inicjatywy BFHI było następujące: karmienie piersią w ciągu pierwszej godziny po porodzie – 62%, niestosowanie mieszanki w szpitalu – 60%, stałe przebywanie dziecka razem z matką (rooming in) – 58%, karmienie na żądanie – 57%, unikanie stosowania smoczków – 47%, dostarczanie informacji na temat wsparcia dla karmienia piersią – 73%. Przed porodem 85% kobiet zamierzało karmić dziecko wyłącznie piersią przez 3 miesiące lub dłużej, ale cel ten zrealizowało tylko 32%.¹⁵ Wśród kobiet, które osiągnęły wynik wszystkich sześciu punktów z inicjatywy BFHI, stwierdzono 2,7 razy większe prawdopodobieństwo zrealizowania zamiaru karmienia wyłącznie piersią.

Wciąż możliwa jest poprawa pod względem rutynowego zapewniania w szpitalu optymalnych warunków ułatwiających karmienie piersią. Opóźnienie rozpoczęcia karmienia piersią oraz stosowanie mieszanki w szpitalu są czynnikami ryzyka przedwczesnego przerwania takiego karmienia.¹² Jednym z celów programu Healthy People 2020 jest zmniejszenie odsetka noworodków otrzymujących mieszankę w ciągu pierwszych dwóch dni życia do 14,2%¹⁸ (w 2011 roku ten odsetek w Stanach Zjednoczonych wyniósł 19,4%¹⁹). Odsetek kobiet karmiących wyłącznie piersią różni się istotnie w zależności od stanu: w stanach Montana i Oregon odsetek kobiet karmiących wyłącznie piersią w ciągu pierwszych 3 miesięcy jest bliski 50%, natomiast w innych stanach jest znacznie mniejszy niż 20%.¹⁹

Strategie dla położnika. Jeżeli dziecko urodziło się o czasie i w dobrym stanie ogólnym, a matka jest zdrowa, to bezpośredni kontakt matki z dzieckiem tuż po porodzie zwiększa powodzenie karmienia piersią,

a ponadto przynosi inne korzyści zdrowotne.¹⁶ Kiedy noworodek zostanie osuszony, należy położyć go bezpośrednio na brzuchu matki i okryć oboje ciepłym kocem. U noworodka znajdującego się w tej pozycji można z powodzeniem dokonać oceny jego stanu, obliczenia wyniku w skali Apgar oraz zaciśnięcia i przecięcia pępownicy. Rutynowe zabiegi wykonywane u noworodka mogą zostać opóźnione o czas przebywania dziecka na brzuchu matki aż do pierwszego karmienia piersią. Wskazane procedury, takie jak monitorowanie stężenia glukozy u noworodków urodzonych przez chore na cukrzycę, mogą być wykonywane u dziecka leżącego na brzuchu matki. Najlepiej, gdy przekazanie noworodka matce następuje już na sali porodowej.

Rutynowe postępowanie szpitalne powinno obejmować stałe przebywanie dziecka z matką, karmienie na żądanie oraz zaznajomienie członków rodziny z wczesnymi sygnałami, za pomocą których dziecko daje znać o głodzie. W przypadku niemowląt urodzonych o czasie i karmionych piersią stosowanie smoczków powinno być ograniczone do momentów bolesnych zabiegów, takich jak obrzezanie, a stosowania smoczków zakładanych na butelkę należy unikać aż do czasu pełnego rozwoju karmienia piersią. AAP zaleca proponowanie stosowania smoczków ze względu na związek ze zmniejszonym ryzykiem nagłej śmierci łóżeczkowej, ale sugeruje, aby odraczać to „do czasu ustabilizowania się laktacji na poziomie odpowiednim dla danego dziecka, zwykle w ciągu 3-4 tygodni życia dziecka”.¹⁷ Suplementacja mieszanką powinna być zarezerwowana dla wskazań medycznych, które należy odnotować w dokumentacji i przedyskutować z matką. Umożliwia to rodzinie zrozumienie medycznej potrzeby stosowania mieszanki, dzięki czemu jest to postrzegane jako leczenie, a nie rutynowa metoda karmienia.

Zarówno podczas porodu, jak i w trakcie hospitalizacji po porodzie położnik powinien więc wspierać takie elementy postępowania, jak bezpośredni kontakt matki z dzieckiem tuż po porodzie, wczesne rozpoczęcie karmienia piersią, stałe przebywanie dziecka z matką w szpitalu oraz unikanie stosowania mieszanki bez wskazań medycznych.

MIT 4: *Wspieranie karmienia piersią to domena pediatrów.*

FAKT 4: *Obowiązkiem położnika jest zaznajomienie się z najczęstszymi problemami*

dotyczącymi karmienia piersią w celu uniknięcia dezinformacji, która mogłaby niekorzystnie wpłynąć na proces karmienia piersią.

Położnicy świetnie się nadają do rozwiązywania wielu problemów związanych z karmieniem piersią. Położnik, który został odpowiednio przeszkolony w zakresie laktacji, powinien być kompetentny wobec takich problemów, jak przewlekły ból piersi lub brodawki piersiowej, hiperlaktacja, obrzęk piersi, nawracające zastoje pokarmu/zatkanie przewodów mlecznych oraz niedobór pokarmu. Niemal każda matka może karmić piersią, natomiast laktacja, podobnie jak każdy inny proces fizjologiczny, może zawieść. Rozpoznawanie i leczenie powikłań ma zasadnicze znaczenie dla unikania niepomyślnych wyników leczenia. W leczeniu problemów z karmieniem w okresie poporodowym pomocna może być ścisła współpraca z certyfikowanym konsultantem laktacyjnym.

Strategie dla położnika. Położnicy powinni dysponować właściwymi informacjami medycznymi dotyczącymi wielu zagadnień. Na przykład dostarczanie matkom dokładnych informacji na temat żywienia zwiększa powodzenie karmienia piersią. Poporodowa retencja masy ciała przyczynia się istotnie do otyłości w późniejszym okresie życia, a rodzenie kolejnych dzieci wiąże się ze wzrostem wskaźnika masy ciała (BMI). Wytwarzanie mleka w ilości wymaganej do karmienia wyłącznie piersią wymaga ponad 600 kcal dziennie.³ Karmienie piersią wiąże się z mniejszą poporodową retencją masy ciała we wszystkich grupach BMI przed ciążą.²⁰

W okresie karmienia piersią kobiety mogą się bezpiecznie odchudzać i ćwiczyć, a położnicy znajdują się w idealnej sytuacji, aby omawiać zalecenia dotyczące zdrowego sposobu odżywiania i ćwiczeń fizycznych. Również okres między ciążami i antykoncepcja mogą wpływać na karmienie piersią i najlepiej omawiać te zagadnienia z położnikiem lub położną. Z przesłanek teoretycznych wynika, że natychmiastowe rozpoczęcie podawania egzogennej progesteronu po porodzie wywiera niekorzystny wpływ na laktację, ponieważ spadek stężenia progesteronu po porodzie odgrywa ważną rolę w laktogenezie.²¹ Rozważając zastosowanie bezpośrednio po porodzie środków zawierających progestageny, należy zestawić korzyści z antykoncepcji z potencjalnym niekorzystnym wpływem na wytwarzanie mleka. Potencjalnie mniejsze ryzyko wiąże się z rozpoczęciem antykoncepcji w mo-

Tabela 4. Przykładowe źródła informacji dla lekarzy i pacjentek (w języku angielskim)

ZASOBY	DOSTĘP	FORMAT
Informacje na temat leków		
Lactmed	toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm	Strona internetowa i darmowa aplikacja
Infant Risk	infantrisk.com/category/breastfeeding	Strona internetowa
Medications and Mother's Milk	autor: Thomas W. Hale, PhD (2012)	Książka i aplikacja
Drugs in Pregnancy and Lactation	autor: Gerald G. Briggs (2014)	Książka
Informacje dla pacjentek		
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)	acog.org/Patients/FAQs/Breastfeeding-Your-Baby	Ulotki do pobrania z internetu
Edukacja w kwestii karmienia piersią dla personelu medycznego		
Breastfeeding Basics	breastfeedingbasics.org	2-3-godzinny kurs internetowy z testami dotyczącymi poszczególnych modułów
Wellstart International	wellstart.org	Kurs internetowy w zakresie laktacji dla personelu medycznego
American Academy of Pediatrics (AAP): promocja karmienia piersią w gabinetach lekarskich	aap.org/breastfeeding/curriculum	Program szkolenia zawodowego dla rezydentów
Protokoły postępowania klinicznego		
Academy of Breastfeeding Medicine	bfmed.org/Resources/Protocols.aspx	Darmowe recenzowane protokoły dotyczące różnych zagadnień
Inne zasoby dla personelu medycznego		
CDC Guide: Strategies to Support Breastfeeding	cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm	Strona internetowa
Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional	autorzy: Ruth A. Lawrence, MD, Robert M. Lawrence, MD (2010)	Książka

mencie rutynowej wizyty poporodowej (po 4-6 tygodniach), kiedy doszło do całkowitego ustabilizowania procesu karmienia piersią i wytwarzania mleka.

W większości przypadków nie wykazano, aby współczesne środki antykoncepcyjne wywierały niekorzystny wpływ na już ustabilizowaną laktację. Kiedy wybiera się antykoncepcję u kobiet w okresie laktacji, należy brać pod uwagę adekwatność wytwarzania mleka, uprzednio stosowane metody antykoncepcji, a także odstęp między ciążami.

Podczas wizyt kontrolnych po porodzie u kobiet należy rutynowo dokonywać przesiewowej oceny w kierunku depresji, a położnicy powinni znać możliwości leczenia tego stanu oraz orientować się w kwestii ich wpływu na niemowlę karmione piersią.

Położnicy mają okazję omówić kwestie stosowania leków w okresie poporodowym. Wpływ leków stosowanych podczas ciąży i/lub po porodzie na laktację lub niemowlę karmione piersią powinien zostać omówiony jeszcze przed porodem. Bezpieczeństwo

stosowania leków podczas ciąży i laktacji nie jest równoważne. Wpływ wywierany przez lek na noworodka lub niemowlę może zależeć od wpływu na wytwarzanie mleka, swoistej charakterystyki leku, jego czasu półtrwania (zarówno w organizmie matki, jak i w organizmie dziecka), wieku dziecka, stanu jego zdrowia oraz metabolizmu, procentowego udziału mleka matki w pokarmie dostarczanym dziecku, a także względnej dawki leku otrzymywanej przez dziecko. W celu uzyskania dokładnych i aktualnych informacji należy sięgnąć do źródeł omawiających stosowanie leków podczas karmienia piersią.

Ostre problemy, takie jak zapalenie lub ropień piersi, powinien najlepiej oceniać położnik. Uszkodzenia i zakażenia brodawki piersiowej i nawracające zastoje/zatkanie przewodów mlecznych są czynnikami predysponującymi do zapalenia piersi i problemy te należy rozwiązać w celach profilaktycznych. Kobieta z rozpoznaniem zapalenia piersi powinna kontynuować karmienie

KIEDY I GDZIE ROZMAWIAĆ O KARMINIU PIERSIĄ?	
Kiedy i gdzie?	Co należy zrobić lub omówić?
Gabinet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukacja personelu w kwestii przekazywania pacjentkom spójnych informacji 2. Ocena materiałów edukacyjnych dla pacjentek (pisemnych/dostępnych w internecie) 3. Prezentowanie plakatów/znaków informacyjnych zachęcających do karmienia piersią
Początkowy okres ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 4. Plany dotyczące karmienia piersią, zachęcanie do takiego karmienia (ocena przyczyn, dla których pacjentka nie chce karmić piersią) 5. Wcześniejsze doświadczenia w zakresie karmienia piersią (czy pacjentka osiągnęła zamierzone cele?) 6. Badanie piersi (należy zwrócić uwagę na blizny po wcześniejszych zabiegach chirurgicznych, wciągnięcie brodawek piersiowych itd.)
Środkowy okres ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 7. Zachęcanie do uczestnictwa w prenatalnych zajęciach dla przyszłych matek (szkoła rodzenia) 8. Omówienie celów w zakresie karmienia piersią 9. Omówienie znaczenia wyłączności karmienia piersią w ciągu pierwszych 6 miesięcy 10. Odpowiednia podaż mleka wynika z odpowiedniego zapotrzebowania (znaczenie wczesnego i częstego karmienia piersią) 11. Technika przystawiania dziecka do piersi i właściwa pozycja ciała matki
Końcowy okres ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 12. Przygotowanie do pobytu w szpitalu: zaplanowanie bezpośredniego kontaktu dziecka z matką tuż po porodzie, stałego przebywania dziecka z matką podczas pobytu w szpitalu itd. 13. Jeżeli zostanie zaproponowane stosowanie mieszanki, pacjentka może zapytać, jakie jest do tego wskazanie
Szpital	<ol style="list-style-type: none"> 14. Należy zachęcać do zasad i praktyki postępowania szpitalnego opartych na 10 krokach przedstawionych w tabeli 3 15. Bezpośredni kontakt dziecka z matką tuż po porodzie aż do momentu pierwszego karmienia piersią 16. Zachęcanie do umożliwienia stałego przebywania dziecka z matką oraz karmienia na żądanie 17. Edukacja dotycząca objawów ostrzegawczych przed wypisem ze szpitala
Po porodzie	<ol style="list-style-type: none"> 18. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia na wypadek problemów z karmieniem piersią 19. Wiedza na temat dostępności konsultanta laktacyjnego i innych zasobów w miejscowej społeczności na wypadek zaistnienia takich potrzeb 20. Ocena karmienia piersią podczas wizyt kontrolnych, rozwiązywanie problemów oraz umacnianie pacjentki w realizacji celów w zakresie karmienia piersią

lub odciągać mleko z piersi objętej zapaleniem, ponieważ zaprzestanie tych czynności w okresie zakażenia zwiększa ryzyko wytworzenia się ropnia. Do czynników, które mogą skłonić do rozważenia wykonania posiewu mleka, należą: niedawna hospitalizacja, wcześniactwo, nawrót zapalenia piersi oraz odciąganie mleka bez karmienia piersią. Mleko kobiece wytworzone w okresie występowania zapalenia piersi u kobiety nie jest szkodliwe dla zdrowego, donoszonego niemowlęcia i typowo zachęca się do kontynuacji karmienia piersią, jednocześnie stosując odpowiednie antybiotyki. Objawy ropnia piersi są podobne, jednak ból jest znacznie silniejszy, a w badaniu palpacyjnym wyczuwa się ograniczony obszar (torbiel) z wyraźnym chełbotaniem. Skuteczna jest zwykle seryjna aspiracja pod kontrolą ultrasonograficzną (niekiedy z zastosowaniem drenażu) w połączeniu z odpowiednią antybiotykoterapią.²²

Przy wyborze antybiotyku przydaje się znajomość wrażliwości drobnoustrojów na

antybiotyki zarówno w szpitalu, jak i w lokalnej społeczności, ponieważ w niektórych miejscach problemem może być występowanie metycylinoopornych szczepów gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*).²³ Nacięcie i drenaż są typowo zarezerwowane dla przypadków niepowodzenia leczenia zachowawczego, a także nietypowych sytuacji.

Zwracając uwagę na wyżej omówione mity, położnicy powinni uświadomić sobie, że odgrywają kluczową rolę w ułatwianiu swoim pacjentkom osiągnięcia celów w zakresie karmienia piersią. Dostępnych jest wiele źródeł informacji na ten temat (tab. 4). Karmienie piersią jest ważnym komponentem położnictwa i opieki zdrowotnej nad kobietami, a sukces karmienia piersią przez pacjentki w dużej mierze zależy właśnie od położników.

Autorka nie zgłosiła żadnego konfliktu interesów odnoszącego się do treści niniejszego artykułu.

Contemporary OB/GYN 2015;60(5):16-42

© 2015 Advanstar Communication Inc. i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. www.ahrq.gov. AHRQ Publication No. 07-E007, April 2007.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187–195.
3. Butte NF, King JC. Energy requirements during pregnancy and lactation. *Public Health Nutr*. 2005;8(7A):1010–1027.
4. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010;125(5):e1048–1056.
5. Bartick MC, Stuebe AM, Schwarz EB, Luongo C, Reinhold AG, Foster EM. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):111–119.
6. Britton C, McCormick FM, Rentrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD001141.
7. Rosen IM, Krueger MV, Carney LM, Graham JA. Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2008;33(5):315–319.
8. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*. 2011;11 Suppl 3:S24.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: breastfeeding in underserved women: increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol*. 2013;122(2 Pt 1):423–428.
10. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001;108(3):677–681.
11. Merewood A, Mehta SD, Chamberlain LB, Philipp BL, Bauchner H. Breastfeeding rates in US Baby-Friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics*. 2005;116(3):628–634.
12. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth*. 2001;28(2):94–100.
13. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S43–9.
14. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003; 112(3 Pt 1):607–619.
15. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012;130(1):54–60.
16. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD003519.
17. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome, Moon RY. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2011;128(5):1030–1039.
18. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy People 2020*. Washington, DC.
19. Breastfeeding Among U.S. Children Born 2001–2011, CDC National Immunization Survey, <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>.
20. Baker JL, Gamburg M, Heitmann BL, Lissner L, Sorensen TI, Rasmussen KM. Breastfeeding reduces postpartum weight retention. *Am J Clin Nutr*. 2008;88(6):1543–1551.
21. Brownell EA, Fernandez ID, Howard CR, et al. A systematic review of early postpartum medroxyprogesterone receipt and early breastfeeding cessation: evaluating the methodological rigor of the evidence. *Breastfeed Med*. 2012;7(1):10–18.
22. Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR, et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. *Br J Radiol*. 2005;78(927):186–188.
23. Berens P, Swaim L, Peterson B. Incidence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in postpartum breast abscesses. *Breastfeed Med*. 2010;5(3):113–115.

Ciesz się, że „Ginekologia po Dyplomie” docenia temat karmienia piersią, wprawdzie publikując autorów zagranicznych, a nie polskich, ale widać, co z importu, to bardziej przekonuje. A teraz na poważnie. Ginekolog-położnik pełni bardzo istotną rolę w opiece nad matką karmiącą piersią. Udowodniono korzystny wpływ pozytywnego przekazu ze strony lekarza na czas trwania karmienia naturalnego.¹ Warto o tym pamiętać i ten potencjał dobrze wykorzystywać. Problemami, zgłaszanymi nie tylko przez polskich lekarzy, są brak czasu na zajęcie się problemami laktacji podczas rutynowych wizyt, zaburzenia w komunikacji (kobieta jest skoncentrowana na czym innym) oraz brak wiedzy.² Badania naukowe dotyczące wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat laktacji są dosyć liczne, choć w Polsce jest ich zaledwie kilka. Badania przeprowadzone w naszym kraju pokazują znaczny niedostatek wiedzy wśród personelu sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem w okresie karmienia piersią. Dwa największe objęły 361 i 400 pracowników ochrony zdrowia.^{3,4} Wiedza badanych osób nie osiągała wymaganego poziomu, adekwatnego do zadań przed nimi postawionych. Czynnikiem znacząco pogłębiającymi wiedzę były kursy podyplomowe w zakresie laktacji, przynajmniej 20-godzinne. Najwyższy poziom wiedzy wykazywały osoby, które odbywały najdłuższe kursy (minimum 65 h) i posiadały certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji.⁴ W programach nauczania przeddyplomowo

oraz na kursach specjalizacyjnych temat laktacji zajmuje zaledwie 1-2 h, a o zajęciach praktycznych nie ma co marzyć. Trudno byłoby więc w krótkim czasie odpowiednio doksztalić wszystkich lekarzy, choć byłoby to korzystne.

Powszechnie stosowanym i zalecanym sposobem postępowania jest współpraca zespołu terapeutycznego złożonego z położnej, lekarza neonatologa, pediatry, ginekologa-położnika ze specjalistami ds. laktacji. W Polsce to ponad 400 położnych, pielęgniarek lub lekarzy, którzy posiadają certyfikaty konsultanta/doradcy laktacyjnego. Wymieniane w artykule złożone, wymagające czasu i diagnostyki problemy laktacyjne, takie jak przewlekły ból piersi lub brodawki piersiowej, hiperlaktacja, nawracające zastoje pokarmu lub nawroty zatkania przewodów mlecznych oraz niedobór pokarmu, to zakres ich codziennej pracy. Leczenie zapalenia piersi bez hamowania laktacji to dla nich rutynowe postępowanie. Powszechne błędy postępowania w zapaleniu piersi, takie jak silne masowanie, uciskanie gruczołu prowadzące do uszkodzenia tkanek i powikłań; podawanie niewłaściwego antybiotyku, np. amoksycyliny, przy najczęstszej etiologii gronkowcowej; brak oceny i korekty techniki karmienia, najczęstszej przyczyny uszkodzenia brodawek i zalegania mleka w przewodach mlecznych, byłyby do uniknięcia, gdyby współpracowano z konsultantami/doradcami laktacyjnymi. Współpracując, uczymy się wreszcie od siebie nawzajem.



dr. n. med.
Magdalena Nehring-Gugulska
Centrum Nauki o Laktacji
w Warszawie

Skuteczność specjalistów ds. laktacji jest bardzo wysoka i dobrze udokumentowana.⁵ Specjalistyczna porada laktacyjna trwa 60-90 minut i przebiega zgodnie ze ścisłym standardem.⁶ W Polsce mamy również protokoły postępowania w problemach laktacyjnych oparte na odpowiednich źródłach i naszym doświadczeniu klinicznym.⁷ Warto wykorzystać ten polski dorobek i gotową kadrę w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Około 60% karmiących matek napotyka na różnego rodzaju problemy laktacyjne oraz brak wiedzy na temat postępowania w laktacji mimo edukacji przedporodowej.^{8,9} Niestety doskonale wiemy, jak wiele z nich nie może zrealizować planów dotyczących naturalnego karmienia. Prawie wszystkie polskie matki chcą karmić piersią, aż 97,7-99,4% rozpoczyna karmienie.^{10,11} Dane GUS, oparte na populacji 360 195 dzieci urodzonych w 2013 roku, pokazują, że już po 6 tygodniach mniej niż połowa niemowląt (46%) jest karmiona piersią (167 663 badanych), w 2-6 miesiącu – 42% (151 629 badanych), w 9 miesiącu 17% (62 274), a w 12 miesiącu zaledwie 11,9% (43 129) niemowląt. Większość niemowląt jest dokarmiana mieszankami, nawet w pierwszych dobach życia (50-60%).^{11,12}

W wielu sytuacjach dokarmianie jest nieuzasadnione medycznie. Powszechne jest przekonanie, że jak dziecko płacze, to matka ma za mało pokarmu i należy je dokarmiać. Równie często weryfikacja wskaźników wzrostu dziecka nie potwierdza jednak tego rozpoznania. Nieznajomość prawidłowych norm wzrastania dzieci karmionych naturalnie jest częstą przyczyną nieporozumień. Brak próby stymulacji laktacji w przypadku rzeczywistego niedoboru pokarmu zdarza się również często. Na wszystkie problemy panaceum jest mieszanka, dlatego wskaźniki karmienia wyłącznie mlekiem matki są w Polsce skrajnie niskie.¹³ Zdecydowanie lepsze są tylko w regionach, gdzie konsultanci laktacyjni przy wsparciu lokalnych władz realizują programy zdrowotne (np. w województwie kujawsko-pomorskim, w Gdańsku).^{14,15}

Przypomniany przez autorkę artykułu program Baby Friendly Hospital Initiative nie jest niczym nowym, powstał w latach 90. i promował praktyki sprzyjające laktacji. W Polsce mamy ok. 90 takich szpitali, a siódmym z „10 kroków” kilka lat temu zaimplementowano do polskiego Standardu Opieki Okoloporodowej w nowoczesnej, poszerzonej formie.¹¹ Jest to niezwykle nowatorski dokument. Gdyby był rzetelnie realizowany, a personel merytorycznie przygotowany, rzeczywistość na oddziale położniczo-noworodkowym matka nabywałaby umiejętność prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i oceny dobowych wskaźników karmienia, a dziecko byłoby oceniane pod kątem dojrzałości/umiejętności w zakresie ssania i skuteczności pobierania pokarmu z piersi. Oczywiście na tym nie może się skończyć opieka laktacyjna. Przebieg laktacji w okresie stabilizacji (2-4 tygodnie) jest dynamiczny

i w tym czasie wymaga szczególnej uwagi i wsparcia. Rolą ginekologa-położnika jest przede wszystkim zachęcanie pacjentki do karmienia piersią i identyfikacja grupy ryzyka spośród ciężarnych, które z powodu np. niedorozwoju gruczołu piersiowego lub zaburzeń hormonalnych (cukrzyca, niedoczynność tarczycy, choroby przysadki) mogą nie osiągnąć pełnej laktacji. Opisany sposób prowadzenia rozmowy i sugerowane działania wydają się możliwe do zrealizowania w przypadku nieskomplikowanych problemów laktacyjnych. Gdy wystąpią złożone problemy, warto współpracować z całym zespołem terapeutycznym z uwzględnieniem specjalistów ds. laktacji. Ogromną rolę lekarza, co podkreśla autorka artykułu, jest „ratowanie” pacjentek przed zalewem szkodliwych, nierzetelnych informacji z mediów społecznościowych i nierzetelnych stron internetowych. Niestety nawet inteligentni rodzice ulegają sugestiom „doktora Google’a”. Efekt? Na przykład 85% polskich matek stosuje w czasie karmienia piersią dietę niedoborową, eliminując nabiał, owoce, warzywa, orzechy i inne wartościowe produkty, aby dziecko nie miało kolek, wysypek, suchej skóry i alergii. Niestety nie ma w tym postępowaniu wiedzy opartej na dowodach ani wiedzy o wytwarzaniu pokarmu w komórkach wydzielniczych nabłonka laktocytu, ani o procesie trawienia pokarmów itp.¹⁶

Aby polskie matki, pełne zapału do karmienia naturalnego, nie poległy przy pierwszych trudnościach, zapewnijmy im spójny przekaz informacji opartych na rzetelnych źródłach wiedzy.

Uwagi merytoryczne, które nasunęły mi się po przeczytaniu artykułu:

1. Obecnie nie zaleca się karmienia „na żądanie” (on-demand), tylko „odpowiednio do potrzeb” (responsive-feeding), kiedy to zarówno matka, jak i dziecko decydują o porach, częstotliwości i długości karmienia.
2. Kontakt „skóra-do-skóry” (SDS) i pierwsze karmienie po porodzie są przeznaczone nie tylko dla zdrowych matek i zdrowych noworodków. Mogą być realizowane też przez kobiety z różnymi jednostkami chorobowymi, po cięciu cesarskim i w wielu innych sytuacjach klinicznych. Często praktykuje się też odroczone SDS, kiedy stan matki i dziecka na to pozwalają.
3. PCOS i biopsja piersi rzadko stanowią przyczynę niedoborów pokarmu.
4. W diagnostyce ropnia piersi rutynowo wykorzystuje się badanie USG; aspiracja igłowa treści ropnia jest zalecanym postępowaniem przy ropniach o średnicy do 3 cm, niezbyt jeszcze powszechnym wśród polskich chirurgów, ale bardzo oczekiwanym przez matki.
5. Nie tylko sposób przystawiania do piersi i pozycja matki odpowiadają za ilość wytwarzanego mleka, najważniejsze są stan gruczołu piersiowego, re-

gulacja hormonalna laktacji i umiejętność ssania dziecka; ta ostatnia może być zastąpiona przez odciąganie pokarmu laktatorem.

6. Środki antykoncepcyjne złożone, zawierające estrogeny, ograniczają wytwarzanie pokarmu przez gruczoł piersiowy.
7. Większość leków może być stosowana przez matkę w okresie laktacji, również w przypadku terapii nadciśnienia i depresji; rzadko leki przyjmowane przed rozwiązaniem uniemożliwiają karmienie. Zupełnie inaczej ocenia się ryzyko podawania leków w czasie ciąży, inaczej w laktacji, to dwie różne farmakokinetyki. Na ogół można dobrać zarówno preparat, jak i dawkę oraz porę stosowania tak, aby zminimalizować dotarcie substancji czynnej do organizmu dziecka.
8. Zmniejszanie masy ciała w okresie laktacji jest bezpieczne do pewnego stopnia, nie zaleca się restrykcyjnych, niedoborowych diet odchudzających o zawartości poniżej 1800 kcal na dobę ani tempa większego niż 2 kg/miesiąc.
9. Warto pamiętać o fizjologicznym zjawisku laktacyjnej niepłodności, które jest z powodzeniem wykorzystywane jako jedna z metod planowania rodziny (LAM – lactational amenorrhea method).

Piśmiennictwo

1. Taveras EM, Grummer-Strawn L. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113(4):e283-90.
2. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113(5):e405-11.
3. Szyber B. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez polskie położne w zakresie laktacji w szpitalach przyjaznych dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny, kwiecień 2012.

4. Nehring-Gugulska M, et al. Breastfeeding Knowledge among Polish Healthcare Practitioners Supporting Breastfeeding Mothers. *Nurse Education in Practice* (2015).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2015.03.011>

5. Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ, et al. Support for breastfeeding mothers (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 1. Art. No: CD001141. DOI:10.1002/14651858. CD001141. pub3. Published by Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons Ltd. 2009.

6. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. *Standardy Med* 2005;4(2):1786-90.

7. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A (red.). Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.

8. Wilk S. Wsparcie laktacyjne kobiet po porodzie w systemie opieki poporodowej w Polsce oraz w innych krajach Unii Europejskiej. Praca magisterska pod kier. B. Szyber. WUM, WNoZ, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, 2014.

9. Siwak A. Wiedza kobiet o potogu a powikłania potogu w doświadczeniu położnej środowiskowej. Praca magisterska pod kier. B. Szyber. WUM, WNoZ, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, 2014.

10. Zagórecka E, Motkowski R, Stolarczyk A i wsp. Karmienie naturalne w żywieniu niemowląt z wybranych miast Polski Centralnej i Wschodniej. *Pediatr Pol* 2007;82(7):538-49.

11. Bernatowicz-Łojko U, Wesolowska A. Udział pokarmu kobiecego w żywieniu dzieci do drugiego roku życia w Polsce na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. *Standardy Medyczne* 2012; 2.

12. Wilńska M, Zejda J, Brożek G i wsp. Realizacja procedur sprzyjających karmieniu piersią w szpitalach w Polsce – wyniki badania ankietowego 2008/2009. *Standardy Med Pediatr* 2009;6(7):1056-64.

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

14. Pietkiewicz A. Niepublikowane wyniki na podstawie danych zebranych w ramach zadania 1.4 „Monitoring i ewaluacja” programu zdrowotnego „Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”, finansowanego w całości ze środków Miasta Gdańska, realizowanego przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha w latach 2011-2013. Program uzyskał pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 217/2012 z dn. 19.11.2012. Autorki programu: J. Żolnowska, A. Pietkiewicz, A. Czerwińska.

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. nr 187, poz. 1259). Nowelizacja z dn. 20 września 2012 roku (Dz.U. 12.1100 z dn. 4.10.2012).

16. Szajewska H, Borszewska-Kornacka MK, Gajewska D i wsp. Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Standardy Med. Pediatry* 2014(3):321-38.

Polskie źródła aktualnej wiedzy o laktacji:

Polskie protokoły leczenia jednostek związanych z laktacją można znaleźć na stronie www.kobiety.med.pl/cnol w dziale „Wiedza o laktacji i publikacje”.

Tłumaczenia protokołów ABM na stronach Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców laktacyjnych: www.laktacja.org.pl.

Monografia obejmująca diagnostykę i postępowanie w większości problemów z karmieniem naturalnym na podstawie najnowszej światowej wiedzy i 20-letniej praktyki polskich lekarzy – konsultantów laktacyjnych, 400-stronicowa pozycja: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Praca zbiorowa pod red. M. Nehring-Gugulskiej, M. Żukowskiej-Rubik, A. Pietkiewicz. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2012.

W „Laktacyjnym leksykonie leków” można sprawdzić około 1300 substancji leczniczych pod kątem ryzyka stosowania w czasie ciąży i laktacji (leksykon opracowany przy współpracy prof. Tomasza Hale'a).

Stałe lub czasowe przeciwwskazania do podawania dziecku mleka kobiecego/mleka biologicznej malki można znaleźć w artykule: 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 nr 11 do Helwich E. i wsp., Wilńska M. (red). *Standard Wczesnej Stymulacji Laktacji*. *Standardy Med* 2014;11(1):9-57.

Tłumaczenia stanowisk AAP dotyczącego karmienia piersią, stanowiska ESPGHAN, rekomendacje polskich towarzystw naukowych i polskich ekspertów, a także wiele opisów badań dotyczących laktacji można znaleźć na stronie www.kobiety.med.pl/cnol w dziale „Publikacje”.

Najnowszy raport na temat stanu karmienia piersią w Polsce pod adresem: www.mlekomamyrzadz.pl

Polskie 10 kroków do udanego karmienia piersią: http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=184%3A2015-05-30-11-24-39&lang=pl.

Wiele cennych tłumaczeń i polskich publikacji oraz odpowiedzi na pytania lekarzy do ekspertów w dziedzinie laktacji można znaleźć na portalu www.mp.pl.

Polecane źródła wiedzy dla pacjentek: www.pediatria.mp.pl/karmieniepiersia – artykuły, filmy, odpowiedzi na pytania; www.kobiety.med.pl/cnol – wiedza o laktacji

Strony prowadzone przez malki, promotorki karmienia piersią, m.in. www.hafja.pl; www.maminiec.eu; Kwartalnik laktacyjny, *Mlekokolek* i in.

Kontakty do doradców laktacyjnych: www.laktacja.org.pl; www.kobiety.med.pl/cnol – Doradcy

Książki: „Sztuka karmienia piersią” – Hannah Lohrop, tłum. Anna Grelirska. Media Rodzina, Poznań 2011; „Warto karmić piersią” – Magdalena Nehring-Gugulska. Wydawnictwo Medela Polska, Warszawa 2012.