

XII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 7-8 czerwca 2019r.

Karmienie piersią naukowo i praktycznie



Organizatorzy:



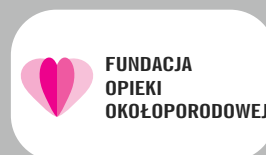
Patronat honorowy:



Patronat medialny:



Partnerzy:



Diamentowy Główny Partner:



Złoty Sponsor:



Kryształowy Sponsor:



Sponsorzy:



**Aleksandra Lewandowska**

Ukończyła Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Jest lekarzem rodzinnym na czwartym (ostatnim) roku specjalizacji oraz nauczycielem Naturalnego Planowania Rodziny. Obecnie w trakcie kursu na Certyfikowanego Doradcę Laktacyjnego. W toku studiów była członkiem IFMSA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny), wolontariuszką Fundacji Mam Marzenie, stowarzyszenia wspierającego chorych na chorobę Parkinsona. W trakcie specjalizacji była wolontariuszką Fundacji Promocji Karmienia Piersią, Honorową Dawczynią Mleka, pisała artykuły do Kwartalnika Laktacyjnego.

**Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Babka Medica i Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Zorganizowała ponad 20 konferencji naukowych. Od kilku lat inicjuje i przeprowadza badania w dziedzinie laktacji wraz z zespołem badaczy CNoL. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki, a ostatnio też tańca.

**Agnieszka Pietkiewicz**

Dr n. o zdr., psycholog, psychoterapeuta, CDL, prowadzi praktykę indywidualną w gabinecie psychoterapeutycznym w Gdańsku oraz pracuje w Szpitalu św. Wojciecha COPERNICUS PL Sp. z o.o. Przez lata tworzyła i realizowała programy polityki zdrowotnej służące wspieraniu kobiet karmiących piersią oraz przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym w okresie okołoporodowym. Autorka publikacji oraz programów szkoleniowych łączących zagadnienia laktacyjne i psychologiczne.

**Lek. Katarzyna Raczek-Pakuła**

Lekarz pediatra, IBCLC, CDL. Kilkanaście lat pracuje w Poradni Laktacyjnej w Centrum Medycznym „Żelazna” oraz w Poradni Laktacyjnej Centrum Medycznego Babka Medica w Warszawie, prowadzi też własną praktykę lekarską. Członek PTKiDL. Wykładowca i trener CNoL. Żona, matka, babcia, rowerzystka i łazik górski. Lubi drinki z palemką, lecz nie maluje paznokci.

**Christina Smillie, MD, FAAP, IBCLC, FABM**

Dr. Christina Smillie jest amerykańską lekarką-pediatrą, która jako pierwsza w USA, już w 1996 roku, zaczęła praktykować medycynę karmienia piersią (breastfeeding medicine) w ramach swojej prywatnej praktyki lekarskiej. Dr. Christina Smillie została certyfikowana zarówno przez Amerykańską Radę Pediatrii w 1983 roku jak i przez Międzynarodową Radę Egzaminatorów Konsultantów Laktacyjnych (IBLCE) w 1995 roku. Ceni sobie jednak ustawiczne kształcenie podyplomowe. Uczy się od kolegów po fachu, opiera swoją praktykę na wynikach badań naukowych (EBM), ale słucha i uczy się od dzieci i ich mam karmiących piersią. Od 1996 jest członkinią Akademii Medycyny Karmienia Piersią (ABM), a od 2002 jest w jej zarządzie. Dr Christina Smillie wygłasza wykłady zarówno w kraju jak i za granicą na temat klinicznych metod rozwiązywania różnorodnych problemów dotyczących karmienia piersią, zawsze podkreślając rolę diady matka-dziecko jako osobnego systemu psychoneurobiologicznego oraz wrodzonych instynktów leżących u podstaw kompetencji zarówno matki jak i dziecka. Polskim konsultantom/doradcom laktacyjnym znana jest z kursów Gold Learning Online Education. Jej profesjonalne, oparte na dowodach podejście do tematu laktacji jest niezwykle bliskie nam, ponieważ w Polsce laktacją zawodowo zajmują się medycy.

**Dr Urszula Tataj-Puzyna**

Adiunkt w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Położna z ponad 30 letnim stażem, prowadzi edukację przedporodową dla rodziców dzieci zdrowych oraz z wadami letalnymi i wadami serca. Na co dzień prowadzi zajęcia dla studentów położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, teoretyczne z zakresu położnictwa i praktyczne w warszawskich szpitalach. Bierze aktywne udział w projektach naukowych w obszarze położnictwa. Publikuje prace dotyczące praktyki położnej w czasopismach polskich i zagranicznych.

**Mgr Marek Wrześniewski**

Absolwent Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Ukończone kursy: NDT Bobath Basic, NDT Bobath Baby, AFE terapia oddechowa noworodków, Terapia Manualna Dzieci, Kinesiotaping, PNF podstawowy. Od 2005 młodszy asystent w Klinice Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Centrum Zdrowia Dziecka.

**Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

Lekarz pediatra, konsultant IBCLC i CDL, od 1996 roku pracuje w poradni laktacyjnej Centrum Medycznego „Żelazna” w Warszawie, gdzie prowadzi pacjentki i niemowlęta z trudnymi problemami w karmieniu piersią. Jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem w Centrum Nauki o Laktacji. Jest również współautorem wielu programów szkoleniowych m.in.: „Problemy w laktacji”. Publikuje prace nt. postępowania w laktacji w czasopismach dla lekarzy i położnych. W 2004 roku zorganizowała we współpracy z IBLCE pierwszy w Polsce i po polsku egzamin dla kandydatów na IBCLC. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, której przewodniczyła w latach 2005–2009 (obecnie Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych). Współtworzyła pierwszy polski podręcznik dla profesjonalistów pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydany przez Medycynę Praktyczną w 2012 i 2017 roku. Prywatnie żona lekarza i mama trójki dzieci, karmionych piersią w sumie przez 8 lat.

**Aleksandra Lewandowska**

Ukończyła Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Jest lekarzem rodzinnym na czwartym (ostatnim) roku specjalizacji oraz nauczycielem Naturalnego Planowania Rodziny. Obecnie w trakcie kursu na Certyfikowanego Doradcę Laktacyjnego. W toku studiów była członkiem IFMSA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny), wolontariuszką Fundacji Mam Marzenie, stowarzyszenia wspierającego chorych na chorobę Parkinsona. W trakcie specjalizacji była wolontariuszką Fundacji Promocji Karmienia Piersią, Honorową Dawczynią Mleka, pisała artykuły do Kwartalnika Laktacyjnego.

**Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Babka Medica i Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Zorganizowała ponad 20 konferencji naukowych. Od kilku lat inicjuje i przeprowadza badania w dziedzinie laktacji wraz z zespołem badaczy CNoL. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki, a ostatnio też tańca.

**Agnieszka Pietkiewicz**

Dr n. o zdr., psycholog, psychoterapeuta, CDL, prowadzi praktykę indywidualną w gabinecie psychoterapeutycznym w Gdańsku oraz pracuje w Szpitalu św. Wojciecha COPERNICUS PL Sp. z o.o. Przez lata tworzyła i realizowała programy polityki zdrowotnej służące wspieraniu kobiet karmiących piersią oraz przeciwdziałaniu zaburzeniom psychicznym w okresie okołoporodowym. Autorka publikacji oraz programów szkoleniowych łączących zagadnienia laktacyjne i psychologiczne.

**Lek. Katarzyna Raczek-Pakuła**

Lekarz pediatra, IBCLC, CDL. Kilkanaście lat pracuje w Poradni Laktacyjnej w Centrum Medycznym „Żelazna” oraz w Poradni Laktacyjnej Centrum Medycznego Babka Medica w Warszawie, prowadzi też własną praktykę lekarską. Członek PTKiDL. Wykładowca i trener CNoL. Żona, matka, babcia, rowerzystka i łazik górski. Lubi drinki z palemką, lecz nie maluje paznokci.

**Christina Smillie, MD, FAAP, IBCLC, FABM**

Dr. Christina Smillie jest amerykańską lekarką-pediatrą, która jako pierwsza w USA, już w 1996 roku, zaczęła praktykować medycynę karmienia piersią (breastfeeding medicine) w ramach swojej prywatnej praktyki lekarskiej. Dr. Christina Smillie została certyfikowana zarówno przez Amerykańską Radę Pediatrii w 1983 roku jak i przez Międzynarodową Radę Egzaminatorów Konsultantów Laktacyjnych (IBLCE) w 1995 roku. Ceni sobie jednak ustawiczne kształcenie podyplomowe. Uczy się od kolegów po fachu, opiera swoją praktykę na wynikach badań naukowych (EBM), ale słucha i uczy się od dzieci i ich mam karmiących piersią. Od 1996 jest członkinią Akademii Medycyny Karmienia Piersią (ABM), a od 2002 jest w jej zarządzie. Dr Christina Smillie wygłasza wykłady zarówno w kraju jak i za granicą na temat klinicznych metod rozwiązywania różnorodnych problemów dotyczących karmienia piersią, zawsze podkreślając rolę diady matka-dziecko jako osobnego systemu psychoneurobiologicznego oraz wrodzonych instynktów leżących u podstaw kompetencji zarówno matki jak i dziecka. Polskim konsultantom/doradcom laktacyjnym znana jest z kursów Gold Learning Online Education. Jej profesjonalne, oparte na dowodach podejście do tematu laktacji jest niezwykle bliskie nam, ponieważ w Polsce laktacją zawodowo zajmują się medycy.

**Dr Urszula Tataj-Puzyna**

Adiunkt w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Położna z ponad 30 letnim stażem, prowadzi edukację przedporodową dla rodziców dzieci zdrowych oraz z wadami letalnymi i wadami serca. Na co dzień prowadzi zajęcia dla studentów położnictwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, teoretyczne z zakresu położnictwa i praktyczne w warszawskich szpitalach. Bierze aktywne udział w projektach naukowych w obszarze położnictwa. Publikuje prace dotyczące praktyki położnej w czasopismach polskich i zagranicznych.

**Mgr Marek Wrześniewski**

Absolwent Wydziału Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie. Ukończone kursy: NDT Bobath Basic, NDT Bobath Baby, AFE terapia oddechowa noworodków, Terapia Manualna Dzieci, Kinesiotaping, PNF podstawowy. Od 2005 młodszy asystent w Klinice Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka Centrum Zdrowia Dziecka.

**Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

Lekarz pediatra, konsultant IBCLC i CDL, od 1996 roku pracuje w poradni laktacyjnej Centrum Medycznego „Żelazna” w Warszawie, gdzie prowadzi pacjentki i niemowlęta z trudnymi problemami w karmieniu piersią. Jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem w Centrum Nauki o Laktacji. Jest również współautorem wielu programów szkoleniowych m.in.: „Problemy w laktacji”. Publikuje prace nt. postępowania w laktacji w czasopismach dla lekarzy i położnych. W 2004 roku zorganizowała we współpracy z IBLCE pierwszy w Polsce i po polsku egzamin dla kandydatów na IBCLC. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, której przewodniczyła w latach 2005–2009 (obecnie Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych). Współtworzyła pierwszy polski podręcznik dla profesjonalistów pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydany przez Medycynę Praktyczną w 2012 i 2017 roku. Prywatnie żona lekarza i mama trójki dzieci, karmionych piersią w sumie przez 8 lat.

Wstęp

Szanowni absolwenci, pracownicy i kochani sympatycy CNoL,

Znów upłynął rok. I to rok bardzo intensywnej pracy. Wierzimy, że włożony wysiłek przyniesie 100-krotne owoce! Bo na nie czekają polskie karmiące mamy. Czekają na nasze profesjonalne wsparcie.

W tym roku odbył się największy w historii kurs Problemy w laktacji. Wzięło w nim udział rekordowo dużo uczestniczek – 150. Nowością i naszą dumą był udział 50 lekarek, dla których był przygotowany oddzielny, dłuższy program. Kadra medyczna mająca poszerzoną wiedzę o laktacji to ogromna siła w opiece nad matkami i dziećmi. To siła decyzyjna i sprawcza. Wszystkie braki programów nauczania przeddyplomowego wyrównują podyplomowe kursy. Medycyna jest dziś bardzo specjalistyczna. Pomimo zaklinania rzeczywistości zmniejszaniem liczby specjalizacji i dokładania zadań położnym i lekarzom rodzinnym, nic się nie zmienia. Pacjent szuka fachowca od prawej ręki, od lewego kolana i od karmienia piersią dziecka. Tym bardziej są poszukiwane i uzasadnione wąsko specjalistyczne kursy prezentujące praktyczną wiedzę opartą na dowodach. Zwłaszcza te, które prowadzą ludzie z pasją, czyli nasi Wykładowcy i Trenerzy. Podziękowania dla starszej i młodszej kadry. Starszej dziękuję za mądrość, a młodszej za entuzjazm. Razem możemy naprawdę dużo.

Tradycyjnie w czerwcu, gdy kwitną wiosenne kwiaty, do Warszawy zjeżdża kwiat polskiej medycyny. Jadą do nas osoby, którym do serca przypadła nauka o laktacji, które czują, że w tej dziedzinie mogą wykazać swoje talenty. Bo, jak mawiają nasi Egzaminatorzy: laktację trzeba czuć. Kto jej nie czuje, niech się za nią nie bierze, bo tylko popsuje.

W tym roku podczas zjazdu pokażemy Wam wyniki naszych badań dotyczące edukacji przedporodowej oraz przyjrzymy się, co dzieje się w Internecie, kim jest facebookowy pacjent i Googlowy doktor. Goście zaprezentują dwa w tym roku opublikowane badania z dziedziny laktacji. Znana wszystkim Pani profesor Maria Borszewska-Kornacka powie kiedy reagować, a kiedy spokojnie czekać w przypadku hipoglikemii. Ogromnym doświadczeniem podzieli się z nami dr Christina Smillie z USA. Gdy pierwszy raz ją usłyszałam, wiedziałam, że to osoba z naszej bajki. Jest lekarzem, ocenia pacjenta zgodnie ze sztuką, szuka odpowiedzi w badaniach, wyciąga wnioski z praktyki, patrzy kompleksowo na diadę matka-dziecko. Ma otwartość badacza, nie przywiązuje się do łatwych, popularnych rozwiązań. W tym roku dotkniemy trudnego tematu jakim jest awersja do piersi – dr Christina Smillie, mgr Marek Wrześniewski i ja – zaprezentujemy temat z różnych stron. Najtrudniejsze, najdziwniejsze przypadki czekają na Was na warsztatach. Dziękując Wam za to że jesteście – zapraszam na tańce w gorących rytmach latino, do zobaczenia w piątek przy kolacji.

Magda

XII Zjazd CNoL – PROGRAM KONFERENCJI

Karmienie piersią naukowo i praktycznie

PIĄTEK 7 czerwca 2019 roku – SESJA WYKŁADOWA godz. 9.30–18.30

09.30–10.30	Rejestracja uczestników, kawa powitalna, odwiedzanie stoisk
10.30–10.40	Powitanie uczestników i gości
10.40–10.50	Podsumowanie roku szkolnego 2018/19
10.50–11.00	Słowo wstępne – prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

Wykład otwierający:

11.00–11.20	Hipoglikemia – kiedy wymaga działania a kiedy tylko obserwacji? – prof. dr hab. n. med. Maria K. Borszewska-Kornacka
-------------	--

I sesja – Karmienie piersią naukowo

prowadząca dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

11.20–11.50	Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku – część 4 badania CNoL 1. edukacja w szkołach rodzenia – lek. Dorota Bębenek 2. pomoc laktacyjna w internecie – dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska
11.50–12.05	Wartość mleka kobiecego w drugim roku życia – dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka
12.05–12.20	Co myśli personel medyczny o długim karmieniu? – dr n. teol. Urszula Tataj-Puzyna
12.20–12.40	Głosy zaproszonych gości
12.40–13.40	Przerwa obiadowa

II sesja – Karmienie piersią profilaktycznie

prowadząca lek. Ewa Ślizień-Kuczapska

13.40–13.50	Prezentacja firmy Nutropharma prowadząca lek. Ewa Ślizień-Kuczapska
13.50–14.55	Błędne koło słabego przyrostu masy: słabe karmienie, słaby apetyt, słaba produkcja mleka – dr Christina Smillie
14.55–15.10	Insulinooporność a laktacja – zagadka do rozwiązania? – lek. Magdalena Castello-Rokicka
15.10–15.25	Czop zapalny – od teorii do praktyki – dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
15.25–15.35	W trosce o karmiące mamy – firma Polpharma
15.35–15.50	Dyskusja
15.50–16.10	Przerwa kawowa
16.10–16.30	Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego

III sesja – Karmienie piersią praktycznie

prowadząca mgr Maria Kaleta

- 16.30–16.40 Jak pomóc mamom dłużej karmić piersią? Rola położnej w profesjonalnym wsparciu i edukacji już podczas ciąży – Firma Philips Polska
- 16.40–16.55 Obserwacja zachowań dzieci i matek w sytuacji późnej awersji do piersi. Badanie CNoL – **dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**
- 16.55–18.00 Drzemka podczas pracy! Co mają wspólnego późne wcześniaki, dzieci z żółtaczką, dzieci z niską masą i jaką obrać drogę do skutecznego karmienia piersią? – **dr Christina Smillie**
- 18.00–18.15 Analiza problemów laktacyjnych najczęściej poruszanych na Facebooku – **lek. Aleksandra Lewandowska**
- 18.15–18.30 Dyskusja
- 18.30–20.00 Kolacja i program artystyczny:
W gorących rytmach latino „45 minut gorących rytmów, choreografia na udane wakacje” – Klub Tańca IMPET**

SOBOTA 8 czerwca 2019 roku – SESJA WARSZTATOWA godz. 8.30 –14.00

	SALA KRYSTAŁ	SALA CYRKONIA	SALA KORAL	SALA OPAL
8.00–8.30	Kawa powitalna			
8.30–10.00 Warsztat 1	Niepokój przy piersi, awersja do piersi i totalne odrzucenie: łagodna droga powrotu. Dr Christina Smillie	Fizjoterapeuta w pracy z dzieckiem z trudnościami w karmieniu. mgr Marek Wrześniewski	Kalejdoskop dziwnych przypadków w praktyce doradcy laktacyjnego - część 2 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik ,lek. Katarzyna Raczek-Pakuła	Frenotomia dla praktyków. Warsztat dla osób wykonujących zabieg. dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Jasińska
10.00–10.20	Przerwa kawowa			
10.20–11.50 Warsztat 2	Niepokój przy piersi, awersja do piersi i totalne odrzucenie: łagodna droga powrotu. Dr Christina Smillie	Fizjoterapeuta w pracy z dzieckiem z trudnościami w karmieniu. mgr Marek Wrześniewski	Kalejdoskop dziwnych przypadków w praktyce doradcy laktacyjnego - część 2 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Raczek-Pakuła	Jak przekazywać niewygodne informacje? dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz
11.50–12.30	Lunch			
12.30–14.00 Warsztat 3	Niepokój przy piersi, awersja do piersi i totalne odrzucenie: łagodna droga powrotu. Dr Christina Smillie	Fizjoterapeuta w pracy z dzieckiem z trudnościami w karmieniu. mgr Marek Wrześniewski	Kapturki, lejki, smoczki a ssanie efektywne. dr n.med. Magdalena Nehring-Gugulska, lek. Magdalena Castello-Rokicka	Jak przekazywać niewygodne informacje? dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz

CONFERENCE PROGRAM

Breastfeeding scientifically and practically

FRIDAY June 7th 2019 – LECTURE SESSION 9.30–18.30

09.30–10.30	Registration of participants, coffee, visiting the stands
10.30–10.40	Welcome
10.40–10.50	Summary of the 2018/19 academic year
10.50–11.00	Introductory lecture – prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

Opening lecture:

11.00–11.20	Hypoglycemia – when does it need action and when just observation? – prof. dr hab. n. med. Maria K. Borszewska-Kornacka
-------------	---

I session Breastfeeding – scientific approach

leader **dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

11.20–11.50	Is Poland a friendly country to a breastfeeding mother and her child? – part 4 of CNoL research 1. education in prenatal schools – lek. Dorota Bębenek 2. lactation support on the Internet – dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska
11.50–12.05	Value of human milk in second year of life – dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka
12.05–12.20	What does medical staff think about long breastfeeding? – dr Urszula Tataj-Puzyna
12.20–12.40	Guest's voices
12.40–13.40	Lunch break

II session Breastfeeding – practical approach

leader **lek. Ewa Ślizień-Kuczapska**

13.40–13.50	Presentation of a company Nutropharma
13.50–14.55	Slow weight gain and the vicious cycles that keep it going: Poor feeding, poor appetite, and poor production – dr Christina Smillie
14.55–15.10	Insulin resistance and lactation – a puzzle to solve? – lek. Magdalena Castello-Rokicka
15.10–15.25	Inflammatory bleb – from theory to practice – dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
15.25–15.35	Caring for breastfeeding mothers – Polpharma Company
15.35–15.50	Discussion
15.50–16.10	Coffee break
16.10–16.30	Handing out IBCLC Certificates

III session Breastfeeding – practical approach

leader mgr Maria Kaleta

- 16.30–16.40 How to help mothers to breastfeed longer – the role of midwife in educating and supporting professionally from as early as pregnancy – Philips Poland Company
- 16.40–16.55 Observation of mothers' and babies' behaviour in late breast aversion. CNoL research project – **dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**
- 16.55–18.00 Sleeping on the job: What late preterm, jaundiced and underweight babies all have in common, and the path to effective breastfeeding – **dr Christina Smillie**
- 18.00–18.15 Analysis of most common breastfeeding problems discussed on Facebook – **lek. Aleksandra Lewandowska**
- 18.15–18.30 Discussion
- 18.30–20.00 Dinner and entertainment:
Hot Latino rhythms – evening hosted by IMPET Dance Club**

SATURDAY June 8th 2019 – WORKSHOP SESSION 8.30–14.00

	ROOM KRYSTAŁ	ROOM CYRKONIA	ROOM KORAL	ROOM OPAL
8.00–8.30	Coffee			
8.30–10.00 Warsztat 1	Breast distress breast refusal oral aversion and total freakout: gentle paths back to the breast. dr Christina Smillie	Physiotherapist working with babies who have difficulties with breastfeeding. mgr Marek Wrześniewski	Caleidoscope of weird cases in lactation consultant practice – part 2 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Raczek-Pakuła	Frenotomy in practice. Workshop for specialists performing the procedure dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Jasińska
10.00–10.20	Coffee break			
10.20–11.50 Warsztat 2	Breast distress breast refusal oral aversion and total freakout: gentle paths back to the breast. dr Christina Smillie	Physiotherapist working with babies who have difficulties with breastfeeding. mgr Marek Wrześniewski	Caleidoscope of weird cases in lactation consultant practice – part 2 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Raczek-Pakuła	How to pass on uncomfortable information? dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz
11.50–12.30	Lunch			
12.30–14.00 Warsztat 3	Breast distress breast refusal oral aversion and total freakout: gentle paths back to the breast. dr Christina Smillie	Physiotherapist working with babies who have difficulties with breastfeeding. mgr Marek Wrześniewski	Nipple shields, funnels, teats and effective nursing. dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, lek. Magdalena Castello-Rokicka	How to pass on uncomfortable information? dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz

Komitet naukowo-organizacyjny

Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska

Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Rada Naukowa CNoL.

Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik

Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów
i Doradców Laktacyjnych.

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Wicedyrektor ds. Programowych Centrum Nauki o Laktacji

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji

Patronat Honorowy

Naczelna Izba Lekarska

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Polskie Towarzystwo Neonatologiczne

Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci

Komitet Honorowy

prof. dr hab. n. med. Maria K. Borszewska-Kornacka

Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego.

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski

Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Kierownik II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii.

Prodziekan ds. studiów licencjackich i magisterskich I Wydziału Lekarskiego.

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert

Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

dr n. med. Beata Guzak

Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

prof. dr hab. Ewa Helwich

Kierownik Kliniki Neonatologii i ITN. Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii.

prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii.

Lek. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Jarosław Kwiecień

Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci.

prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski

Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Warszawskiego

Uniwersytetu Medycznego. Rada Naukowa CNoL.

dr Elwira Soplińska

Pediatra, emerytowana kierownik Wojewódzkiej Poradni Matki i Dziecka
w Ciechanowie, Rada Naukowa CNoL.

prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska

Sekretarz Generalny ESPGHAN. Kierownik Kliniki Pediatrii Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego. Rada Naukowa CNoL.

prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii. Rektor Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego. Kierownik I Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM.

Hipoglikemia noworodka – czy zawsze wymaga leczenia?

Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka

Emerytowany Profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Hipoglikemia w pierwszych godzinach i dniach życia jest częstym zaburzeniem metabolicznym zarówno u zdrowych jak i chorych noworodków. Przyczyny jej są bardzo złożone, a do najczęstszych należą: niedojrzałość noworodka i poród przedwczesny, cukrzyca ciążowa i przedciążowa ciężarnych, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania czy niedotlenienie wewnątrzmaciczne. Związane jest to z pourodzeniową, przejściową aktywacją szeregu metabolicznych i hormonalnych mechanizmów, od których zależna jest prawidłowa adaptacja noworodka do życia pozamacicznego. Przejściowy niedobór glukozy w pierwszych godzinach życia jest wyrazem metabolicznych zaburzeń adaptacyjnych związanych z przerwaniem krążenia łożyskowego. W życiu płodowym glukoza łatwo transportowana jest przez łożysko na zasadzie różnicy gradientów stężeń i osiąga u płodu około 70–80% zawartości glukozy matczynej. Insulina natomiast nie przechodzi przez łożysko tak więc jej zasoby są wyłącznie własne, płodowe [1]. W chwili odcięcia pępowiny dowóz glukozy do noworodka jest zahamowany natomiast produkcja noworodkowej insuliny odbywa się nadal. Skutkuje to przejściową hipoglikemią noworodka, której definicja jest stale kontrowersyjna. U dzieci z wymienionymi powyżej czynnikami ryzyka zasoby glikogenu są zbyt małe, a wytwarzanie insuliny może być zwiększone. Niedotlenienie wewnątrzmaciczne jest jednym z najważniejszych przyczyn hiperinsulinizmu w pierwszych godzinach życia. Bezpośrednio po urodzeniu zostają uruchomione mechanizmy zapobiegające hipoglikemii. Dla utrzymania prawidłowego stężenia glukozy konieczne jest zapewnienie odpowiednich zasobów glikogenu i prekursorów glikoneogenezy jak: aminokwasy, kwasy tłuszczowe, glicerol, mleczany oraz właściwe funkcjonowanie enzymów wątrobowych koniecznych do glikogenezy i neoglikogenezy. Dochodzi do wzrostu kortyzolu, glukagonu, produkcji endogennej glukozy i glikoneogenezy. Glikoneogeneza w 4-6 godzin po urodzeniu jest już znacząca. Moment wdrożenia koniecznego leczenia ma zasadnicze znaczenie, gdyż celem jest z jednej strony zapobieganie niskim stężeniom glukozy zagrażającym przyszłym zaburzeniom neurologicznym, ale także wdrażanie jak najwcześniej żywienia enteralnego [1,2,3]. Niskie stężenie glukozy mogą wskazywać na proces chorobowy, ale nie ma per se to znaczenia diagnostycznego. U noworodków najczęściej obserwujemy hipoglikemię przejściową, która ma dobre rokowanie dla przyszłego rozwoju dziecka [4]. Potwierdzenie klinicznie istotnej hipoglikemii wymaga interpretacji wyników w odniesieniu do stanu klinicznego pacjenta. Utrzymująca się lub nawracająca hipoglikemia lub pojawiająca się w 3–4 dobie wymaga dokładnej diagnostyki [5]. Objawy kliniczne hipoglikemii dotyczą najczęściej układu nerwowego, oddechowego i krążenia. Bezdech, drżenia mięśniowe i drgawki i zaburzenia napięcia mięśniowego wysuwają się zwykle na plan pierwszy. Tachykardia czy tachypnoe są także częste w objawowej hipoglikemii. Należy jednak pamiętać, że hipoglikemia noworodka jest w 90% bezobjawowa.

Co rozumiemy pod pojęciem niskiego stężenia glukozy u noworodka? Jak niskie stężenie jest zbyt niskie? Jakie stężenie oznaczamy mianem hipoglikemii prowadzącej do nieodwracalnych zmian morfologicznych i strukturalnych mózgu. Aby klinicysta mógł odpowiedzieć sobie na to pytanie, mając na względzie bezpieczeństwo dziecka, które nie demonstruje żadnych objawów klinicznych, musi mieć wiarygodne, wysokiej klasy narzędzie diagnostyczne. Przyłóżkowe glukometry najczęściej stosowane w neonatologii jako metoda przesiewowa, musi być wystandaryzowana. Należy wybierać aparaty uwzględniające korektę względem hematokryty i innych czynników wpływających na prawidłowość odczytu (zaburzenia perfuzji, zaburzenia termoregulacji, kwasica). W przypadku nieprawidłowego wyniku uzyskanego przy pomocy przyłóżkowego glukometru bezwzględnie konieczne jest oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi noworodka [6].

Kontrowersje wokół prawidłowych stężeń glukozy we krwi noworodka trwają od wielu lat i często ewaluują. Nie ma jednolitej definicji hipoglikemii zarówno w piśmiennictwie, jak i w praktyce klinicznej. Kiedy w połowie lat 50. XX wieku rozpoznawano pierwsze przypadki znaczącej hipoglikemii noworodkowej, dzieci miały zwykle wyraźne objawy kliniczne, często drgawki, a wartości stężeń glukozy wynosiły poniżej 20 czy nawet 25 mg/dl (1,1–1,4 mmol/L). Patologiczne objawy ustępowały szybko po wzroście stężenia glukozy (> 40 mg/dl, 2,2 mmol/L). Obecnie, po 70 latach od czasu opisanego hipoglikemii po raz pierwszy i gdy stężenie glukozy 40 mg/dl stało się klasycznym standardem dla definiowania hipoglikemii, zmieniła się znacznie nasza wiedza dotycząca zaburzeń metabolicznych i chorób genetycznych leżących u podłoża zaburzeń homeostazy. Na tym etapie wiedzy, jeżeli jednak będzie coś, co doprowadzi nas do jej pogłębienia, to wiedza o stężeniu glukozy we krwi u noworodków i odpowiedź na pytanie: „Jak niskie jest zbyt niskie”.

Ostatnie dane [7] definiują hipoglikemię noworodka jako stężenie <30mg/dl (1,65mmol/l) w pierwszych 24 godzinach życia i <45mg/dl (2,5mmol/l) w następnych dniach życia. Cornblath [8] już po raz pierwszy zdefiniował taką „operacyjną” wartość dla zdrowych, donoszonych noworodków i późnych wcześniaków (34–37 tygodni ciąży) jako 30–36 mg/dl w pierwszych 24. godzinach życia. Jeżeli stężenie glukozy spada poniżej tej „operacyjnej” wartości to należy doprowadzić do podwyższenia stężenia >45 mg/dl. W żaden sposób nie należy jednak sądzić, że samo tylko niższe stężenie glukozy powoduje zaburzenia rozwojowe i opóźnienie umysłowe. Cornblath także sugeruje, że „operacyjna” wartość progowa może być podwyższona do 45–50 mg/dl (2,5–2,8 mmol/l), a nawet do wyższych wartości u chorych noworodków, dzieci z małą masą ciała czy u wcześniaków, u których zapotrzebowanie na glukozę może być większe, w niedotlenieniu, posocznicy czy innych zaburzeniach ustrojowych. Wreszcie rekomenduje on podwyższenie wartości progowych do 40–50 mg/dl po 24. godzinie życia. Adamkin [2,3] określa zakres norm dla pierwszych czterech godzin życia jako 25mg/dl-40mg/dl, które najczęściej stosowane są przez polskich neonatologów. Ten zakres wartości wyznacza kierunki naszego postępowania leczniczego i diagnostycznego. I tak stężenie glukozy <25mg/dl w 1–4 godziny życia u bezobjawowego noworodka są wskazaniem do natychmiastowego nakarmienia noworodka i kontroli glikemii po godzinie życia. Preferowanym żywieniem jest zawsze pokarm matki podany bezpośrednio z piersi lub z niej odciągnięty, pokarmem otrzymanym z banku mleka kobiecego, doustna dekstroza lub mieszanka [2,9]. Mimo niekwestionowanego wskazania do wyłącznego karmienia piersią niemowląt do 6 miesiąca życia, a także wcześniaków pokarmem własnej matki lub mlekiem dawczyń, dopuszczalne jest i rekomendowane, przy wskazanych granicznych stężeniach glukozy, podanie mieszanki, zwłaszcza u dzieci donoszonych i późnych wcześniaków.

Między 4 a 24 godziną życia za prawidłowy zakres glikemii uznawane są wartości 35mg/dl–45 mg/dl. W tych godzinach życia postępowanie przy stężeniu glukozy < 35mg/dl jest podobne jak bezpośrednio po urodzeniu i rozpoczynane jest od karmienia doustnego czy dożołądkowego. Należy zawsze, tak długo jak to jest możliwe, unikać dożylnego podawania glukozy z uwagi na powikłania związane z dostępnymi naczyniowymi tak centralnymi jak i obwodowymi. Tę drogę leczenia należy bezwzględnie zarezerwować dla noworodków z objawową hipoglikemią i dla dzieci z utrzymującą się hipoglikemią mimo karmienia enteralnego. U większości donoszonych noworodków karmionych mieszankami stężenie glukozy we krwi osiąga 40 mg/dl do 6.–12. godziny życia. Noworodki karmione wyłącznie piersią mają niższe stężenia glukozy niż dzieci karmione sztucznie. W jednym badaniu wykazano [10], że ok. 50% noworodków karmionych piersią ma stałe stężenie glukozy <36 mg/dl przez pierwsze 24 godziny po urodzeniu. Inne badania wskazują na różnorodność zakresu stężeń glukozy w pierwszych 72. godzinach życia. Obserwacje poszerzone o 1. tydzień życia wykazały, że dzieci karmione piersią nadal wykazują znacząco niższe stężenia glukozy (z zakresu 27–95mg/dl) ze średnią wartością 58 mg/dl, w porównaniu z noworodkami karmionymi sztucznie w tym samym okresie (zakres 45–111 mg/dl) ze średnią wartością 72 mg/dl. Ciekawe obserwacje wskazują na większy spadek masy

ciała u dzieci karmionych piersią i wyższe stężenie ciał ketonowych. Sugerują one, że alternatywne, neuroprotektoryjne źródła energii są normalnym mechanizmem adaptacyjnym w przejściowym okresie zmniejszonych porcji żywienia związanych ze średnimi objętościami mleka w piersi, które wzrastają w 1. tygodniu. Dla dzieci karmionych piersią znajdowano jedyną korelację tylko w przerwach między karmieniami. Uświadamia to konieczność wspierania laktacji, monitorowania jej i karmienia na żądanie. Wight [11] promuje wczesne i wyłączone karmienie piersią, które zaspokaja żywieniowe potrzeby zdrowych, donoszonych noworodków. Te noworodki nie rozwiną objawowej hipoglikemii jako wyniku niedostatecznego żywienia. Dzieci, które wymagają monitorowania stężenia glukozy po urodzeniu można bezpiecznie wypisać do domu przy stężeniu glikemii >45 mg/dl. Wight nie zaleca jednak u tych dzieci rutynowego, uzupełniającego podawania wody, glukozy czy mieszanki sztucznej ponieważ zaburza to normalny proces karmienia piersią. U zdrowych, donoszonych noworodków karmienie należy rozpocząć w ciągu 30–60 pierwszych minut życia i kontynuować „na żądanie” pamiętając, że płacz dziecka jest bardzo późnym objawem głodu. Najlepszą częstotliwością dostarczania pokarmu jest karmienie 10–12 razy na dobę, co zapobiega także hiperbilirubinemii w pierwszych dniach po urodzeniu.

Zdrowe, donoszone noworodki pochodzące z prawidłowej ciąży i porodu bez objawów klinicznych nie wymagają przyłożkowych badań przesiewowych. Rutynowe pomiary glikemii należy przeprowadzić tylko wówczas, gdy noworodek demonstruje objawy kliniczne lub jeżeli wiemy, że jest on w grupie ryzyka zaburzeń metabolicznych. Kliniczny raport Amerykańskiej Akademii Pediatrii AAP [12] nie wskazuje na wszystkie przedwcześnie urodzone noworodki, koncentrując się tylko na późnych wcześniakach. Takie założenie oparte jest na przeświadczeniu, że większość noworodków urodzonych przedwcześnie wymaga leczenia na oddziale opieki pośredniej lub intensywnej terapii, gdzie rutynowo te badania są zawsze wykonywane. Wyodrębnienie dzieci z grupy ryzyka zaburzeń homeostazy glukozy i wprowadzenie marginesu bezpieczeństwa przez wczesne monitorowanie, zapobieganie i leczenie (karmienie, wlewy dożylny z glukozy) stanowią zasadniczy cel postępowania.

Piśmiennictwo

1. Sweet C.B., Grayson S., Polak M. Management strategies for neonatal hypoglycemia. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2013;18:199-208
2. Adamkin D.H. Update of neonatal hypoglycaemia *Arch Perinat Med* 2015;11 3-15
3. Adamkin D.H., Metabolizm glukozy w Neonatologia w praktyce red. R. Polin, M.C Yodr red wydania polskiego E. Helwich Medipage 2015; 50-66
4. Rozance PJ, Wolfsdorf Ji. Hypoglycemia in newborns *Pediatr Clin North Am* 2019;66:333-342
5. Kulig-Rechtberger B., Joniec M. Hipoglikemia u noworodków – przyczyny i konsekwencje *Pediatr. Endocrinol.* 2016;15:49-54.
6. Hellman R. Niedokładności w pomiarach stężenia glukozy za pomocą glukometrów *Diabetologia po Dyplomie* 2012;4:40-45
7. Sharma A., Davis A., Shekhawat PS. Hypoglycemia in the preterm neonate: etiopathogenesis, diagnosis, management and long-term outcome. *Transl pediatr* 2017;6:335-348
8. Cornblath M., Ichord R. Hypoglycemia in neonates *Sem. Perinatol* 2000;24:134-149
9. Hegarty JE, Harding JE, Crowther CA Oral dextrose gel for prevention of low blood glucose levels in newborn babies *Cochrane Library* 10.1002/14651858.CD012152.pub2
10. McGowan JE. Neonatal Hypoglycemia. *Pediatrics in Review* 1999;20:6-15
11. Wight N.E. Hypoglycemia in breastfed neonates. *Breastfed Med* 2006;1:253-262
12. Crystal Phend AAP Issues Guide for Neonatal Hypoglycemia 2011

Abstract

Newborn hypoglycaemia – does it always require treatment?

Hypoglycaemia in the first hours and days of life is a frequent metabolic disorder in both healthy and sick newborns. The reasons for this are very complex, and the most common are: immaturity of the newborn and premature birth, gestational and pre-pregnancy diabetes of the mother, intrauterine growth restriction or intrauterine hypoxia. In newborns, the most common type is transient hypoglycaemia, which has a good prognosis for future development of the child. Confirmation of clinically relevant hypoglycaemia requires the interpretation of results in relation to the clinical condition of the patient. Persistent or recurrent hypoglycaemia or occurring on 3rd–4th day requires careful diagnosis. Clinical symptoms of hypoglycaemia are most often related to the nervous, respiratory and circulatory systems. Recent data define newborn hypoglycaemia as a concentration of <30mg/dl (1.65mm/l) in the first 24 hours of life and <45mg/dl (2.5mm/l) in the next days of life. Newborns exclusively breastfed have lower glucose levels than artificially fed children. Preventive action is early, frequent (10–12 times a day) and effective breastfeeding. In the event of abnormal food intake – feeding with expressed mother's milk, possibly temporarily with donor milk. Healthy, full-term infants from normal pregnancy and delivery without clinical symptoms do not require point-based screening. Routine glycaemic measurements should only be performed if the neonate demonstrates clinical signs or if it is known to be at risk for metabolic disorders. Identification of children at risk for glucose homeostasis disorders and the introduction of a safety margin through early monitoring, prevention and treatment (feeding, intravenous infusions of glucose) are the main goal of the procedure.

notatki

notatki

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?

część 4 badania CNoL

lek. Dorota Bębenek, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Promocja karmienia piersią w ramach edukacji w szkołach rodzenia

Pierwsze szkoły rodzenia powstały w Polsce w latach pięćdziesiątych. Obecnie program prowadzonych w szkołach rodzenia zajęć regulowany jest Standardem Opieki Okołoporodowej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej) i zawiera spory zakres wiedzy na temat karmienia naturalnego.

Przeprowadzone w tym roku badanie ankietowe miało na celu ocenę realizacji programu, jakość nauczania oraz satysfakcję uczestniczek zajęć. Objęło ponad 6000 mam, które w większości uczestniczyły w zajęciach szkół rodzenia finansowanych ze środków publicznych (szpital, przychodnia, POZ – 57% respondentek).

W 95% program obejmował temat karmienia piersią, zajęcia trwały przeważnie 60 minut i prowadzone były głównie przez położne (95%). Jednak 5% kobiet takich zajęć nie miała.

W czasie zajęć poruszano najważniejsze tematy związane z laktacją. Prawie 90% kobiet było informowanych o korzyściach płynących z karmienia piersią, o kontakcie skóra do skóry oraz o pierwszym karmieniu w kontakcie skóra do skóry (80%). Wspominano także, choć w mniejszym odsetku, o możliwości uzyskania pomocy laktacyjnej w oddziale, podczas pierwszego karmienia (65%) oraz podczas przystawiania do piersi w oddziale (56%). 63% mam dowiedziało się, że może szukać pomocy u certyfikowanego doradcy laktacyjnego.

W większość szkół omawiano zagadnienia związane z techniką karmienia (60-83%) oraz oceną efektywności ssania (50%). W relacji 9% respondentek te tematy nie były poruszane podczas zajęć. Informowano także, że karmienie powinno odbywać się na żądanie (43%) i przynajmniej 8 razy na dobę (46%). W 5% zalecano karmić co 3h.

W przeważającej liczbie przypadków przekazywano prawidłowe zalecenia dotyczące żywienia dzieci (wyłącznie karmienie piersią przez 6 miesięcy – 72%, wprowadzanie posiłków stałych około 6 mż – 55%). W 37% mamy były informowane o zaleceniu karmienia piersią przez przynajmniej 1–2 lata – 38% respondentek.

Większość kobiet doświadcza trudności związanych z karmieniem piersią. Szkoła rodzenia okazuje się być miejscem, gdzie informuje się matki o możliwościach radzenia sobie z podstawowymi problemami podczas laktacji (nawął, bolesne brodawki, niepokój o ilość pokarmu, wspomaganie laktacji, używanie laktatora). Stosunkowo niewiele mówi się natomiast o farmakoterapii podczas karmienia piersią (22%).

Kontrowersyjnym wydał się temat diety podczas karmienia piersią. Szkoła rodzenia okazuje się nie być wolną od mitu kolki niemowlęcej wynikającej z diety matki (20%), ale w 50% mit ten był obalany. W 65% zalecano zdrową, różnorodną dietę zgodną z upodobaniami matki (66%).

W Standardzie opieki okołoporodowej zapisano wyraźny zakaz propagowania, rozdawania, reklamowania preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia wobec kobiet ciężarnych i matek małych dzieci (zgodny z Dyrektywą UE 141 i Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 17.10.2006). Niestety nie jest przestrzegany w szkołach rodzenia. 47% matek

potwierdziło zakazane techniki marketingowe takie jak: rozdawanie butelek i smoczków do karmienia. W 7% mamy zgłaszały, iż otrzymały próbki preparatów mlek zastępczych, a w 24% przekazywano materiały reklamowe dotyczące tychże preparatów.

Dla równowagi niemal 60% mam zgłosiło, że otrzymało materiały na temat karmienia piersią.

Szkoły rodzenia mają za zadanie przygotować kobiety do roli matki, przekazać aktualną wiedzę na poziomie podstawowym i wskazać źródła szczegółowych informacji. Dla 38% ankietowanych zajęcia pozostawiły niedosyt. 43% mam oceniło je jako rzetelne, a 11% jako wyczerpujące.

Dla 46% respondentek zajęcia pomogły realizować plan odnośnie karmienia piersią, w 29% pomogły pokonać napotykaną trudności. Niedosyt odczuwało 19% mam, a dla 31% poruszane tematy były niewystarczające, by pokonać napotykaną problemy. Dla prawie 9% zajęcia były nieaktualne oraz niezgodne z oczekiwaniami.

Nie odnotowano związku między realizacją programu a czasem trwania karmienia naturalnego, ale zajęcia, które były zgodne ze standardem opieki okołoporodowej wiązały się z większą satysfakcją ankietowanych.

Abstract

Is Poland a friendly country to a breastfeeding mother and her child? – part 4 of CNoL research.

I/Breastfeeding promotion during education in prenatal schools

Dorota Bębenek MD, Magdalena Nehring-Gugulska PhD

The questionnaire survey carried out this year was aimed at assessing the implementation of the program included in the Perinatal Care Standard, the quality of teaching and the satisfaction of the participants at antenatal classes. It covered over 6,000 mothers, who mostly participated in publicly funded antenatal classes. In 95% of cases, the curriculum included the topic of breastfeeding, classes lasted mostly 60 minutes and were conducted mainly by midwives (95%). Most of the curriculum was covered, almost 90% of women were informed about the benefits of breastfeeding, skin-to-skin contact and first feeding (80%). Most of the schools discussed issues related to feeding technique (60-83%) and assessment of the efficiency of sucking (50%). 47% of mothers confirmed prohibited marketing techniques such as handing out bottles and teats. In 7% of cases mothers reported receiving samples of formula, and in 24% of cases the advertising materials concerning these products were distributed. 65% of mothers were recommended a healthy diet according to their preferences, but in 20% mother's diet was associated with infant colic. 47% of women reported receiving bottles and teats, 7% formula samples, 24% artificial milk ads. For 46% of women the classes were helpful in implementing the breastfeeding plan.

notatki

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?

– część 4 badania CNoL.

lek. Dorota Bębenek, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Pomoc laktacyjna przez internet

Świat Internetu, w tym mediów społecznościowych, ekstrapoluje niemal na każdą płaszczyznę życia. Kobiety szukają informacji, wsparcia w macierzyństwie w najbardziej dostępnych dla siebie miejscach, a Internet spełnia oczekiwania dostępności i dynamiki uzyskanych porad i informacji.

Przeprowadzone w roku 2019. badanie ankietowe dotyczące wsparcia laktacyjnego w Internecie ujawniło jak wielki potencjał ma to medium. Badana grupa kobiet liczyła niemal 4 tysiące. Zdecydowana większość respondentek (92%) poszukiwała informacji lub wsparcia laktacyjnego w Internecie. 75% z nich zgłaszała problem laktacyjny w pierwszym okresie po porodzie (do 4 tygodni), co pokrywa się z danymi uzyskanymi z ankiet prowadzonych w latach poprzednich [1].

Pomocy laktacyjnej w Internecie w celu rozwiązania problemu laktacyjnego poszukiwało niemal 70% respondentek. 40% poszukiwało jej u położnej w szpitalu, prawie 50% u położnej środowiskowej, 25% w poradni laktacyjnej lub u doradcy laktacyjnego na wizycie domowej. Jedynie 9% szukało pomocy w poradni u lekarza pierwszego kontaktu.

W większości mamy uzyskały pomoc przez Internet od innych mam (47%). W znacznie mniejszym odsetku od osób przeszkolonych w dziedzinie laktacji (9–18%).

Za dominujący problem skłaniający mamy karmiące do poszukiwań pomocy w Internecie uznano niewystarczającą pomoc uzyskaną od personelu medycznego (35–50%), natomiast bariera finansowa i lokalizacyjna dotyczyła jedynie 17% respondentek.

Najczęściej wybieranym źródłem pomocy lub wiedzy w Internecie były media społecznościowe, portale parentingowe, ale w dużym odsetku również strony i blogi prowadzone przez osoby przeszkolone w dziedzinie laktacji (w równym stopniu przez położne, lekarzy, doradców laktacyjnych czy promotorki karmienia piersią). Źródłami mało wykorzystywanymi okazały się wydawnictwa i portale specjalistyczne oraz, na szczęście, portale prowadzone przez firmy produkujące żywność dla dzieci.

Kobiety szukały głównie odpowiedzi na pytania dotyczące przebiegu laktacji i pierwszych miesięcy życia dziecka. Najbardziej interesujące zagadnienia to: efektywność karmienia, wskaźniki skutecznego karmienia, technika karmienia piersią, dieta w okresie karmienia. Ponadto problemy laktacyjne takie jak: postępowanie w niedoborze pokarmu, odciąganie mleka, zastój i zapalenie piersi, bolesne brodawki a także problemy dziecka: kolki, ulewianie, bóle brzucha, prawidłowe stolce, alergia. W dużym odsetku respondentki szukały także namiarów na miejsca, gdzie uzyskają fachową pomoc laktacyjną.

Czy pomoc laktacyjna udzielana matkom przez tak różne osoby w internecie była skuteczna?

20% mam uznało taką pomoc za w pełni skuteczną, 40% za częściowo skuteczną. Trudno jest w badaniu ankietowym ocenić jakość tej pomocy. Z naszych poprzednich badań wiemy, że skuteczność porady udzielonej w poradni laktacyjnej lub podczas wizyty doradcy laktacyjnego sięgała 70%, w innych badaniach 95–100%. W tym wypadku jest to znacznie mniejszy odsetek.

Należy brać pod uwagę, że porada laktacyjna jest świadczeniem zdrowotnym i powinna zawierać wszystkie elementy, łącznie z badaniem matki, dziecka, jego jamy ustnej, oceną aktu karmienia i jego skuteczności oraz być udzielana przez osoby do tego uprawnione [2,3]. Najwyższą skutecznością odznaczają się bezpośrednie porady [4], zwłaszcza te udzielane przez profesjonalny personel i składające się z wywiadu, badania, oceny aktu karmienia, instruktażu i wsparcia [1,5].

Odrębnym zagadnieniem jest ponoszenie odpowiedzialności za skutki porady przez internet. Lekarz, położna, pielęgniarka ponosi odpowiedzialność prawną za skutki swojej działalności leczniczej [2,3]. W internecie „porad” udzielają różne osoby, w dużym odsetku nie mające uprawnień do tego typu działalności. Odpowiedzialność więc spada na matkę, o czym prawdopodobnie matka nie wie. Roszczenia za potencjalne szkody zdrowotne są w tym wypadku trudne do przeprowadzenia.

W dobie upowszechniającej się telemedycyny prawdopodobnie sprawy odpowiedzialności będą stopniowo porządkowane. Na razie art. 42 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty otrzymał następujące brzmienie: 1. Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności

Internet ze względu na dostępność i zasięg może być przydatnym narzędziem edukacyjnym oraz promującym naturalne karmienie. Może spełniać rolę komunikacji między pacjentem a placówką leczniczą. Ważnym wydaje się kierowanie pacjentek do doradców laktacyjnych w sytuacjach, w których informacje uzyskane przez Internet są niewystarczające lub kontakty z „doradcami” niosą ryzyko błędu diagnostycznego lub leczniczego o nieodwracalnych skutkach.

Piśmiennictwo:

1. Nehring-Gugulska M, Bębenek D, Żukowska-Rubik M: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka sprawowana przez doradców/konsultantów laktacyjnych. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 3. 2018.
2. Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej
3. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty
4. Britton C, McCormic FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 1. Art. No: CD001141. DOI:10.1002/14651858.
5. Żukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012. Wydanie II poprawione. 2017:155-168

Abstract

Is Poland a friendly country to a breastfeeding mother and her child? – part 4 of CNoL research.

2/lactation support on the Internet

Dorota Bębenek MD, Magdalena Nehring-Gugulska PhD

The survey conducted in 2019 concerned lactation support on the Internet. The studied group contained almost 4,000 women. 92% of them used the Internet to search for information or lactation support. They were mainly mothers up to 4 weeks after delivery (75%). The Internet was used

by almost 70% of respondents to solve the lactation problem. 40% were also looking for help from a midwife at a hospital, 50% from a health visitor, 25% at a lactation clinic or a lactation consultant at a home visit. 9% sought help from the GPs. For the most part, they have received help via the Internet from other mothers (47%). The main reason for seeking help on the Internet was insufficient help from medical staff (35-50%).

The received help turned out to be fully effective for 20% of mothers, partially effective for 40% of mothers. It is difficult to assess the quality of knowledge and help obtained by mothers in this study. It is known, however, that direct advice consisting of an interview, examination, evaluation of the act of feeding, instruction and support is the most effective. A separate issue is responsibility for the effects of online advice. Claims for potential health damages are difficult to make in this case.

Due to its availability and coverage, the Internet can be a useful educational tool and promote natural feeding. It can fulfill the role of communication between the patient and the treatment facility.

.....
notatki

Wartość mleka kobiecego w drugim roku życia

dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka

Karmienie piersią jest złotym standardem żywienia niemowląt. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie kontynuację karmienia piersią minimum dwa lata lub dłużej [1]. Amerykańska Akademia Pediatrii (ang. American Academy of Pediatrics – AAP) zaleca wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy, a następnie kontynuowanie karmienia piersią, gdy wprowadzane są pokarmy uzupełniające, z kontynuacją karmienia piersią przez 1 rok lub dłużej, zgodnie z wzajemnymi życzeniami matki i dziecka [2]. Niestety, według statystyk WHO, tylko 36% niemowląt na całym świecie jest karmionych wyłącznie piersią do 6 miesiąca [3,4].

Skład jakościowy mleka zdrowych matek jest podobny, ale ich poziomy zmieniają się w zależności od okresu laktacji [12]. Siara pojawia się w pierwszych dniach po porodzie i jest zastępowana mlekiem przejściowym, które natomiast po dwóch tygodniach po porodzie, przechodzi w mleko dojrzałe. Mleko kobiece, oprócz składników odżywczych, jest źródłem aktywnych biologicznie związków, takich jak immunoglobuliny, czynniki wzrostu, cytokiny, białka ostrej fazy, białka o właściwościach przeciwwirusowych i przeciwbakteryjnych. Bioaktywne cząsteczki obecne w mleku wspierają niedojrzały układ odpornościowy noworodka, a także chronią przed rozwojem infekcji [13]. Ponadto, mleko kobiece jest źródłem dobroczynnych bakterii kształtujących florę jelitową niemowląt [14,15,16,17,18]. Długie karmienie piersią, może w dalszym ciągu modulować układ odpornościowy dziecka, a także odgrywać kluczową rolę w programowaniu metabolicznym.

Etapy laktacji

Laktacja jest procesem dynamicznym [19]. Wiele czynników może wpływać na skład mleka, największe znaczenia ma jednak etap laktacji [20] oraz czas zakończenia ciąży [21]. Skład mleka kobiecego może także różnić się w zależności od długości karmienia, pory dnia, okresu laktacji. Uważa się, że skład mleka kobiecego jest dostosowany do potrzeb niemowlęcia i odzwierciedla jego wymagania żywieniowe [22]. Dieta matki ma niewielki wpływ na ilość składników odżywczych w mleku kobiecym [23, 24]. Rodzaj kwasów tłuszczowych jest skorelowany z odżywianiem, a ściślej rodzajem kwasów tłuszczowych spożywanych przez matkę. Dieta uboga w długołańcuchowe nienasycone kwasy tłuszczowe, będzie przekładała się na ich niewielkie stężenie w mleku i może negatywnie wpływać na rozwój neurologiczny u niemowląt karmionych piersią [25, 26]. Korzyści związane z karmieniem piersią dla rozwoju dziecka wydają się wykraczać poza pierwsze 2 lata życia.

Z perspektywy żywieniowej niemowlęstwo jest okresem niezwykle wrażliwym i krytycznym dla rozwoju. Kompozycja makroskładników mleka kobiecego różni się w zależności od matki i laktacji. Skład dojrzałego mleka kobiecego matki, która urodziła w terminie porodu szacuje się na 0,9 do 1,2 g/dl dla białka, 3,2 do 3,6 g/dl dla tłuszczu oraz 6,7 do 7,8 g/dl w pierwszym roku laktacji. Szacunki energii wahają się od 65 do 70 kcal/dl i są silnie skorelowane z zawartością tłuszczu w mleku [17]. Stężenia makroelementów i zawartość energii stopniowo wzrastają wraz z postępem laktacji [16]. Zawartość tłuszczu, białek i energia w mleku matek karmiących piersią dłużej niż rok, znacznie wzrasta, w porównaniu z mlekiem matek karmiących do 12 miesięcy. W grupie matek karmiących piersią ponad dwa lata, stężenia tłuszczu i białka są najwyższe w porównaniu z mlekiem matek krócej karmiących piersią. Fakt ten jest prawdopodobnie związany z dostosowaniem składu mleka do zwiększonego zapotrzebowania na energię intensywnie rosnącego dziecka. Ponadto nie obserwuje

się istotnych korelacji między makroskładnikami i miesiącem laktacji wśród matek karmiących piersią dłużej niż 24 miesiące. Stężenia tłuszczu i białka zwiększają się przy długim karmieniu piersią ale tylko do dwóch lat, po czym stężenia pozostają na stabilnym poziomie, chociaż jest to skorelowane z ilością karmienia. Natomiast stężenie węglowodanów w późniejszym okresie laktacji znacząco się zmniejsza. Prawie 2,5-krotnie wyższe stężenie tłuszczu w mleku kobiecym jest odwrotnie proporcjonalne do ilości spożywanego mleka przez niemowlęta [31]. Wyniki te pokazują, że źródłem kalorii w mleku matki dla starszych dzieci jest głównie tłuszcz, podczas gdy węglowodany odgrywają większą rolę w żywieniu niemowląt we wcześniejszym okresie życia. Wyższe stężenie tłuszczu i niższe stężenie węglowodanów mogą być związane z niższym BMI [32]. Zmieniony skład mleka kobiecego i dalsze skutki, jakie może to mieć dla późniejszego zdrowia osób dorosłych, są bardzo interesujące w odniesieniu do programowania metabolicznego w tym wczesnym okresie. Podczas długotrwałej laktacji udział mleka matki w diecie małych dzieci może być znaczący z punktu widzenia poboru energii. Rzeczywiście, zmniejszenie ilości mleka spożywanego przez dziecko, które również je pokarmy stałe, może być zrównoważone przez wzrost poziomu energii [28,33,34]. Należy wyraźnie podkreślić, że obecnie oficjalną polityką Amerykańskiej Akademii Pediatrii nie jest ograniczanie czasu trwania laktacji. Ponadto niedawny przegląd biologicznych i kulturowych aspektów odstawiania dziecka od piersi zasugerował, że z antropologicznego punktu widzenia opartego na badaniach naczelnym „karmienie piersią dziecka od 2,5 do 7 lat jest normalne dla naszego gatunku” [28,35]. Takie same zmiany, w kompozycji makroskładników odżywczych, zaobserwowano podczas stopniowego i łagodnego odstawiania dziecka od piersi. Znaczące zmiany w stężeniu białka mleka i laktozy zaobserwowano tylko wtedy, gdy objętość mleka spadła poniżej 400 ml/d. Można zatem stwierdzić, że długie karmienie piersią jest naturalnym sposobem na powolne zakończenie karmienia i laktacji. Ze względu na większą świadomość żywieniową w pierwszych miesiącach i latach życia dziecka, długie karmienie piersią jest częstsze wśród wysoko wykształconych, lepiej sytuowanych matek, które są bardziej świadome korzyści wynikających z długiego karmienia piersią [36]. Ochrona przed śmiertelnością i zachorowalnością na choroby zakaźne także sięga aż do drugiego roku życia, a karmienie piersią zapobiega połowie zgonów spowodowanych zakażeniami u dzieci w wieku 6–23 miesięcy. Badania etnograficzne pokazują, że całkowity czas karmienia piersią wynosi od 2 do 4 lat w większości tradycyjnych społeczeństw [37-39].

Abstract

Value of human milk in second year of life.

Human milk (HM) is the first dietary exposure in infancy and the best nutritional option for growth and healthy development of the newborn and infant. The concentrations of macronutrients, namely proteins, carbohydrates and lipids, change during lactation stages. HM has been studied extensively in the first 6 months of lactation, but there are limited data regarding milk composition beyond one or two years postpartum. Macronutrient content of milk of mothers breastfeeding longer than 18 months fat and protein, increased and carbohydrates decreased significantly, compared with milk expressed by women breastfeeding up to 12 months. Moreover, the concentration of fat protein and carbohydrates in HM over two years of lactation from the 24th to the 48th month remained at a stable level. These results create a greater potential for understanding the nutritional contribution of HM over 2 years of lactation and showed that the source of calories in breast milk for older children is mainly fat, while carbohydrates play a greater role in infant nutrition in the early stage. The observed changes of macronutrient concentrations from the 1st to the 48th month

of lactation are probably related to the adaptation of milk composition to the increased energy demand intensively growing child.

.....
notatki

Co myśli personel medyczny o długim karmieniu?

dr n. teol. Urszula Tataj-Puzyna

Długie karmienie piersią jest w Polsce rzadkością i często wiąże się z brakiem akceptacji i zrozumienia opinii publicznej. Pomimo braku doniesień na temat szkodliwości karmienia piersią dziecka powyżej dwóch lat, a przeciwnie dowiedzionych licznych korzyści z karmienia piersią małych dzieci nie jest to praktyka powszechna. Rozpowszechnianie rzetelnej informacji na temat karmienia piersią po ukończeniu czasu niemowlęstwa zależy m.in. od wiedzy i nastawienia personelu medycznego, którego przedstawiciele przez większość rodziców w Polsce są traktowani jako autorytety w zakresie żywienia dzieci.

Polska posiada bardzo wysoki odsetek kobiet inicjujących karmienie piersią zaraz po porodzie, ok 98% kobiet karmi naturalnie zaraz po urodzeniu, jednakże w 6. tygodniu karmi mniej niż połowa. Po ukończeniu roku karmionych piersią jest jedynie 11,2% dzieci (CSO, 2014). Nie istnieją aktualne, ogólnokrajowe statystyki dotyczące karmienia piersią dzieci powyżej pierwszego roku życia. W zaleceniach krajowych towarzystw naukowych w odniesieniu żywienia dziecka powyżej 1. roku życia nie pojawia się słowo karmienie piersią, za to sugerowane jest mleko modyfikowane (Zalecenia dotyczące żywienia dzieci zdrowych w wieku 1–3 lata (13–36 miesięcy), opracowane przez zespół ekspertów powołany przez konsultanta krajowego ds. Pediatrii, 2012).

Celem przeprowadzonego przez nas badania było opisanie stanu wiedzy oraz postaw polskich profesjonalistów (położnych i lekarzy) wobec przedłużonego karmienia piersią oraz określenie związku między poziomem wiedzy i nastawieniem do długiego karmienia piersią.

Metodą badania był sondaż diagnostyczny. Grupę badaną stanowiło 495 osób. Wśród profesjonalistów odpowiedzi udzielali: ginekolodzy, neonatolodzy, położne. Oceniano nastawienie i wiedzę personelu medycznego w stosunku do karmienia piersią dzieci po ukończeniu 1. roku życia.

Większość badanych posiadała niski poziom wiedzy na temat korzyści związanych z karmieniem dzieci powyżej 1. roku życia oraz dodatkowo wskazywała na nieuzasadnione wynikami badań negatywne skutki takiego postępowania żywieniowego. Ponad połowa badanych naturalny wiek odstawienia dziecka od piersi umiejscowiła przed ukończeniem 12. miesiąca życia. Jedynie 5,2% badanych znała wytyczne WHO dotyczące długości karmienia. Średni poziom wiedzy rozpoznano u 20% badanych a niski poziom wiedzy prezentowało 77,6%. Odnotowano istotną statystycznie zależność między poziomem wiedzy a nastawieniem do karmienia dziecka powyżej niemowlęstwa. Stwierdzono również bardziej przychylną postawę wobec długiego karmienia u położnych w porównaniu z lekarzami. Na postawy wpływało również doświadczenie związaną z długością karmienia piersią własnych dzieci.

Warto edukować personel i wspierać go we własnych decyzjach dotyczących karmienia dzieci, bo wiedza w tym zakresie jest niska, a jej przyrost koreluje z własnym doświadczeniem laktacyjnym. Edukowanie personelu wpływa na zwiększenie pozytywnego nastawienia i może sprzyjać zachęcaniu kobiet do kontynuowania karmienia piersią powyżej 1. roku życia.

Publikacja:

Baranowska B1, Malinowska M2, Stanaszek E3, Sys D4, Bączek G1, Doroszevska A5, Tataj-Puzyna U1, Rabijewski M. Extended Breastfeeding in Poland: Knowledge of Health Care Providers and Attitudes on Breastfeeding Beyond Infancy. J Hum Lact. 2019 May;35(2):371-380.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30571929#>

Abstract

What does medical staff think about long breastfeeding?

Background: Extended breastfeeding is rare in Poland, and lack of acceptance and understanding is often evident in public opinion. The ability to provide reliable information about breastfeeding beyond infancy depends on health professionals' levels of knowledge and attitudes. They are considered by most parents in Poland to be authorities in the field of child nutrition.

Research aims: To determine [1] the level of knowledge and the attitudes of Polish health professionals towards extended breastfeeding; [2] the relationship between personal breastfeeding experience and attitudes towards extended breastfeeding; and [3] the relationship between knowledge about breastfeeding beyond twelve months and attitudes towards breastfeeding beyond infancy.

Methods: A one-group prospective, cross-sectional, self-report style survey was used. The convenience sample (N = 495) comprised gynaecologists, neonatologists and midwives. Data were collected via an online questionnaire and the results were analyzed with the use of descriptive statistics, a chi-square independence test, Fisher's exact test, post-hoc testing, and two-part tables using SPSS.

Results: Most of the respondents (76.7%; n = 384) had a low level of knowledge about the benefits of breastfeeding beyond twelve months and even emphasized that this nutritional choice could have negative impacts. There was a positive correlation ($F=105.847$; $p < .01$) between levels of knowledge and respondents' attitudes towards breastfeeding beyond infancy.

Attitudes were also influenced by the length of time respondents had breastfed.

Conclusion: Healthcare providers have an insufficient level of knowledge about extended breastfeeding and need further education in this area.

Keywords

Breastfeeding knowledge, lactation prolonged, Theory of Planned Behavior, weaning.

.....
notatki

notatki

Powolny przyrost masy i drzemka podczas pracy

Christina M. Smillie, MD, FAAP, IBCLC, FABM, Stratford, Connecticut, USA

Te dwa wykłady są powiązane, są częścią 1 i 2 tego samego tematu, prezentuję je więc razem jako jedną monografię.

Błędne koło słabego przyrostu masy: słabe karmienie, słaby apetyt, słaba produkcja mleka.

Cele

Uczestniczka będzie potrafiła:

1. wyjaśnić w jaki sposób wzorec jedzenia niemowlęcia o zbyt niskiej masie ciała może spowodować spowolnienie produkcji mleka matki;
2. wyjaśnić, czemu niemowlęta te wydają się anorektyczne;
3. podać argumenty za interwencją zanim powolne przybieranie na wadze zmieni się w opóźnienie rozwoju;
4. opisać trzy proste strategie przyspieszania produkcji pokarmu i wyjaśnić, czemu niektóre popularne zalecenia dotyczące odciągania pokarmu mogą być nieefektywne.

Drzemka podczas pracy! Co mają wspólnego późne wcześniaki, dzieci z żółtaczką, dzieci z niską masą i jaką obrać drogę do skutecznego karmienia piersią?

Cele

Uczestniczka będzie potrafiła:

1. wymienić cztery czynniki ryzyka dotyczące sennego jedzenia i wyjaśnić, co sprawia, że niemowlęta z tymi czynnikami ryzyka są sennie;
2. opisać argumenty za zapewnianiem u tych niemowląt innych metod wspierania karmienia piersią niż u zdrowych donoszonych niemowląt bez czynników ryzyka;
3. opisać metodę pozwalającą dać tym niemowlętom energię pozwalającą na dobre karmienie oraz wyjaśnić kiedy i jak przejść na samodzielną regulację karmienia przez niemowlę;
4. opisać w jaki sposób profilaktyczne wsparcie późnych wcześniaków może zoptymalizować produkcję pokarmu u matki i zbudować fundamenty skutecznego karmienia piersią.

Monografia

Ponad 50 lat temu brytyjski pediatra Ronald Illingworth napisał „Wolno rosnące dziecko karmione piersią często zachowuje się, jakby było gotowe na śmierć głodową.” Niemowlęta karmione piersią, które powoli przybierają na wadze, mogą stanowić wyzwanie zarówno dla rodziców, jak i specjalistów. Ich spokój i pozorne zadowolenie mogą opóźnić diagnozę, a ich anorektyczne zachowanie może sprawić, że karmienie będzie bardzo trudne dla rodziców.

Literatura mogąca pomóc nam w opiece nad tymi dziećmi jest uboga. Baza wiedzy jest niejasna przez niespójne definicje, sprzeczne standardy wzrostu, niewystarczające badania i brak spójnego standardu opieki.

Tło

Pediatrzy od dawna byli uczeni, że niemowlęta powinny odzyskać masę urodzeniową najpóźniej do 2 tygodnia życia, a następnie rosnać co najmniej 20 g/dobę lub 5 uncji (około 150g)/tydzień. Te wskazówki są zazwyczaj przywoływane bez odniesienia do źródeł czy jakichkolwiek opublikowanych badań, nawet w szanowanych tekstach pediatrycznych (np. Berkowitz, 2008, Burns et al, 2009, and Kliegman et al 2011).

Mała praca detektywistyczna pozwoliła mi na zlokalizowanie źródła, badania Nelsona i jego grupy z 1989 roku. Jednakże dane Nelsona nie wspierają w rzeczywistości wniosków, które są przekazywane między lekarzami. Jak w dziecięcej zabawie w „głuchy telefon”, znaczenie danych zostało źle zrozumiane, a kontekst badania zagubiony. Rzeczywiście 95% niemowląt w badaniu wracało do masy urodzeniowej do 2 tygodnia życia. Jednak niemowlę, które osiągnęło masę urodzeniową dopiero w 14 dniu życia, miało masę o dwa odchylenia standardowe niższą niż średnia, która wynosiła mniej niż tydzień. Badanie wykazało, że każde niemowlę miało przejściowo słabszy przyrost masy, ale u żadnego ten powolny wzrost nie utrzymywał się przez cały czas.

Od 2000 r. mamy dane z wieloośrodkowego badania wzrostu przeprowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w celu ustalenia standardów. To bardzo staranne badanie miało na celu bardzo ściśle spojrzenie na wzrost niemowląt i dzieci w optymalnych warunkach. Ponad 8 tysięcy dzieci o różnym pochodzeniu etnicznym z 6 krajów na 6 kontynentach było nie tylko monitorowanych pod kątem wzrostu, ale także miało zapewnione odżywianie i wsparcie dla osiągania optymalnego wzrostu. Wszystkie badane niemowlęta przekroczyły te stare wytyczne. Nawet niemowlęta rosnące wzdłuż pierwszego centyla osiągały średnio 28 g/dzień (dziewczynki) i 32 g/dzień (chłopcy) w ciągu 2 do 8 tygodni. W 50-tym centylu dziewczęta osiągały średnio 34 g/dzień, chłopcy 39 g/dzień.

Lata temu Dewey i wsp. wykazali w swoich klasycznych badaniach DARLING, że zdrowe niemowlęta, które karmią się piersią na żądanie, samodzielnie regulują ilość pobieranego pokarmu, aby odpowiednio przybierać na wadze. Widujemy jednak dzieci karmione wyłącznie piersią, które rosną wolniej niż wskazują standardy WHO. Te podsypiające przy jedzeniu niemowlęta o zbyt niskiej masie, które są „gotowe zagłodzić się na śmierć” nie posiadają samoregulacji koniecznej dla zdrowego wzrostu. Jak zauważyło wielu badaczy, sygnalizują one głód subtelnie i rzadko. Sprawia to, że strategie żywieniowe, które opierają zwiększenie masy ciała dziecka jak i produkcji mleka matki na założeniu, że dziecko „wie co robi”, „wie kiedy jest głodne”, stają się nieskuteczne. Powoduje to błędne koło utrzymującego się powolnego tempa wzrostu, wzmocnione przez niewystarczająco skuteczny styl karmienia. Co ważne, nieefektywne opróżnianie piersi spowalnia również produkcję mleka u matki, wprowadzając kolejne błędne koło.

Obecnie nie ma standardu opieki pediatrycznej dotyczącego radzenia sobie z powolnym przyrostem masy ciała u niemowląt karmionych piersią. Powers opisuje aktualne najlepsze praktyki, obejmujące zebranie obszernego wywiadu, badanie fizykalne zarówno matki, jak i niemowlęcia, obserwację sesji karmienia piersią oraz indywidualne podejście do interwencji, obejmujące, jak wskazano: instrukcje dotyczące pozycji do karmienia; ważenie; naprzemienne karmienie piersią (przekładanie dziecka od jednej do drugiej piersi więcej niż dwa razy, gdy dziecko spowalnia ssanie), kompresję piersi; sprzęt do utrzymania laktacji; uzupełniające karmienie odciągniętym mlekiem matki, mlekiem od dawczyń lub mieszanką; odciąganie mleka drugiej fazy; interwencje wobec konkretnego niemowlęcia, takie jak frenotomia oraz stymulacja laktacji u matki.

Jednakże, jak wskazuje Powers, to czego nadal brakuje w definicjach i badaniach, to solidne, fizjologiczne podstawy takich interwencji klinicznych: kiedy i dlaczego należy wprowadzić suplementację, w jaki sposób i w jakim celu?

Nasze doświadczenie w praktyce medycyny karmienia piersią

W naszej praktyce widzimy te dzieci codziennie. Ich matki pracują bardzo ciężko, budząc dzieci do karmienia, nadal budząc je, gdy zasypiają zbyt szybko przy piersi, pracując przez całą dobę, by nakarmić te niezainteresowane jedzeniem dzieci. Tak więc, pomimo niedostatku literatury, która mogłaby nas poprowadzić, opracowałyśmy strategię wspierania tych rodzin, w oparciu o nasze obserwacje i nasz paradygmat zrozumienia nieskutecznego zachowania tych dzieci podczas karmienia.

Podkreślam raz jeszcze, że gdy apetyt niemowlęcia jest osłabiony, niemowlę NIE jest zdrowym niemowlakiem opisywanym przez Dewey i WHO. Wręcz przeciwnie – jego anorektyczne zachowania sprawiają, że niemowlę nie jest zdolne do samoregulacji, która mogłaby przerwać błędne koło powolnego wzrostu, niskiej energii i rzadkich, nieskutecznych karmień.

Dlatego musimy interweniować, aby przerwać błędne koło dalszego ograniczania wzrostu, produkcji mleka i umiejętności ssania.

Obserwacje kliniczne

Małe i sennie niemowlęta mają mało podskórnej tkanki tłuszczowej: nie mają pulchnych ud, a nawet jeśli ich uda zaczynają się wypełniać, ramiona nadal są szczupłe, skóra na ramionach luźna. Przy piersi wydają się, jak to nazywamy, „zależne od wypływu”, piją tylko wtedy, gdy wypływ mleka jest wystarczająco szybki, aby utrzymać ich uwagę, a następnie zasypiają, gdy pierś mięknie, nie wypijając bardziej wartościowego, ale wolniej płynącego mleka drugiej fazy. Warto zauważyć, że starsze dzieci (około 3 miesięcy lub więcej) z przewlekłym powolnym przyrostem masy ciała pozostają szczupłe, zależne od wypływu i niezainteresowane karmieniem, ale zazwyczaj mają dobry kontakt z rodzicami, są ciekawskie. Takie starsze dzieci z niedowagą zazwyczaj nie będą już wykazywać wcześniejszych sennych zachowań żywieniowych, chociaż ich drzemki i sen nocny są często nadmiernie długie. Mój dzisiejszy wykład skupia się na młodszych dzieciach.

Proponowany model patofizjologiczny dla zrozumienia zachowań podczas karmienia „sennego” dziecka.

Dzieci te, gdy mają niedowagę, wydają się mieć za mało endogennych rezerw energii, a ich zachowanie wskazuje na oszczędzanie energii, poprzez picie tylko w czasie dużego wypływu, a następnie szybkie zasypianie. Sugerujemy, że ten przedwczesny sen wynika zarówno z bezpośredniego uspokajającego działania endogennej oksytocyny indukowanej przez ssanie, jak i z fałszywej sytości wywołanej przez uwalnianie cholecystokininy wskutek działania oksytocyny. W rezultacie niemowlęta nie kończą karmienia i nie uzyskują wystarczającej ilości kalorii, aby utrzymać wzrost lub normalną aktywność. Wskutek takich deficytów ich senne zachowanie anorektyczne sugerują, że spalają własne tkanki, poddając je procesowi, który nazywam anoreksją ketogeniczną. Ketoza tłumi grelinę, hormon stymulujący apetyt. Badamy tę hipotezę w naszej praktyce klinicznej. Te niemowlęta również słabo opróżniają piersi matek, co spowalnia tempo produkcji mleka. Matki zazwyczaj winią się za to, że nie wytwarzają wystarczającej ilości mleka, ale w rzeczywistości produkcja mleka została osłabiona przez niemowlę. Te dwa wzajemnie oddziałujące na siebie błędne koła, powolny przyrost masy ciała niemowlęcia i upośledzona produkcja mleka przez matkę, są dodatkowo napędzane przez słaby wypływ mleka z piersi dla niemowlęcia. W związku z tym dochodzimy do wniosku, że niezależnie od początkowej przyczyny, w momencie gdy dziecko ma już niedowagę, sam powolny przyrost masy ciała powoduje powolny przyrost masy ciała.

Strategie interwencji

I FAZA

Jeśli dziecko jest ketotyczne, musimy dostarczyć mu kalorie, pomimo jego anoreksji. Wymaga ono wystarczającej podaży kalorii by ograniczyć uwalnianie greliny i zastąpić endogeniczne, ketogeniczne źródło energii energią egzogeniczną. A jeśli zależność od wypływu zakłóca wystarczający pobór pokarmu, musimy zastosować metody karmienia wysokim przepływem, aby pozwolić na odpowiedni pobór pokarmu zanim dziecko przestanie ssać.

Metody karmienia wysokim przepływem obejmują: masowanie piersi przed karmieniem, aby je ogrzać i przyspieszyć wczesny wypływ mleka; kompresja piersi podczas karmienia w celu utrzymania wysokiego ciśnienia podczas gdy pierś mięknie; karmienie sondą przy piersi oraz podawanie butelką odciągniętego mleka lub mieszanki. Zazwyczaj smoczek o niskim przepływie jest wystarczający, ponieważ przepływ utrzymuje się od początku do końca karmienia, ale w zależności od dziecka i od typu smoczka, może być potrzebny smoczek o średnim lub wysokim przepływie.

Delikatne masowanie piersi przed karmieniem ma dodatkową korzyść w postaci mleka bogatszego w kalorie. Pozwala na oderwanie i wmieszanie do pokarmu globulek tłuszczu, które normalnie przyklejają się do ścianek przewodów mlecznych, innymi słowy – homogenizuje mleko zanim dotrze do brodawki.

Morton wykazał, że u matek dzieci z OITN odciągających pokarm laktatorem zastosowanie tej techniki spowodowało, że pokarm miał średnio 26 cal/oz czyli 87 kcal/100 ml.

Ponieważ zdarza się, że produkcja mleka u matki jest tak ograniczona, że nie ma ona wystarczająco dużo pokarmu by sprostać zapotrzebowaniu normalnego wzrostu, nie wspominając o zwiększonym poborze kalorii potrzebnym do nadrobienia zaległości, często musimy polegać na uzupełnianiu karmienia innym pokarmem. Optymalnie byłoby podawać mleko od dawczyń, a jeśli nie jest dostępne, mieszanekę dla niemowląt.

Choć wiele osób chciałoby matematycznie obliczać dokładnie ile kalorii należałoby podać, według naszych obserwacji to apetyt dziecka lub jego brak stanowi czynnik ograniczający i dyktujący faktyczny pobór kalorii. Dlatego naszym celem w przypadku pracy z sennym, anorektycznym niemowlęciem, jest po prostu zwiększenie poboru o przynajmniej dodatkowe 30-45 ml na karmienie, oraz budzenie dziecka w celu zapewnienia około 9 lub 10 karmień na dobę. Oznacza to zazwyczaj budzenie dziecka na karmienie co 2 godziny w ciągu dnia i co 3 godziny nocą. Oraz zapewnianie niemowlęciu dodatkowych 30 ml podczas każdego karmienia w ciągu dnia, podawanych sondą przy piersi lub butelką przed lub po karmieniu.

II FAZA

Z naszych obserwacji wynika, że po 1-2 dniach zwiększona ilość energii podawana dziecku wydaje się kończyć ketozę. Zazwyczaj obserwujemy dramatyczną zmianę w zachowaniu i stylu jedzenia dziecka. Dzieci te nagle zaczynają nie tylko rozpoznawać sygnały głodu, ale wręcz ogromnego głodu, którego możemy oczekiwać, biorąc pod uwagę ich znaczący deficyt wagowy. Matki opisują je jako „wygłodniałe”, „żarłoczne”, „nienasycone”.

Przy piersi mogą nadal być zależne od wyptywu, ale teraz wykazują niecierpliwość, kiedy wyptyw spowalnia, odrywając się od piersi i domagając się więcej. Niektóre przejściowo odrzucają pierś, nie akceptując wolnego przepływu, szczególnie jeśli produkcja pokarmu jest bardzo osłabiona. Choć może to niepokoić matkę, rzadko trwa dłużej – niemowlę z radością wróci do piersi, gdy jego apetyt unormuje się, a produkcja mleka zwiększy. U niektórych dzieci występuje jedno- lub dwudniowa faza przejściowa pomiędzy fazą senności a „żarłocznością”. W tym czasie mogą być na przemian senne i bardzo głodne, ale faza ta rzadko utrzymuje się dłużej. Kiedy dzieci wchodzi w fazę „żarłoczności”, następuje szybkie nadrobienie zaległości wzrostu. Kiedy byłyśmy w stanie precyzyjnie obliczyć pobór, tak jak w przypadku karmienia wyłącznie butelką, udało nam się oszacować, że przy tym nowym głodzie i szybkim wzroście pobór kierowany apetytem dziecka wynosił zazwyczaj około litra dziennie, a wzrost przy tym poborze wynosił około 500 gramów na tydzień. Należy podkreślić, że te wartości są wyłącznie szacunkowe, ponieważ na wzrost dziecka wpływa wiele różnych czynników. Ważne jest jednak, że matka nie jest w stanie wymusić takiego wzrostu, nie będzie on miał miejsca przy karmieniu na siłę. Matka musi budzić dziecko w fazie senności, ale wyłącznie w celu pokonania anoreksji. Kiedy apetyt dziecka się obudzi, matka nie będzie musiała zachęcać dziecka, to ono będzie zachęcać matkę.

Jednocześnie produkcja mleka u matki zazwyczaj jest osłabiona, musimy więc wspierać matkę w okresie, kiedy będzie podawała dziecku więcej kalorii, a jej piersi produkowały mniej mleka niż potrzeba. Wymaga to od matki czasu, wysiłku i energii, co może być bardzo frustrujące. Ważne jest zaproponowanie strategii, które umożliwią matce przetrwać ten trudny okres. Zatem skuteczne działanie obejmuje również wsparcie matki, jej energii, snu i dobrostanu emocjonalnego. Wreszcie zachęcamy matki, aby nie usiłowały zwiększać produkcji mleka w czasie, kiedy ich niemowlę jest tak trudne do karmienia – najpierw tak senne, później tak żarłoczne – ma w tym okresie wystarczająco dużo pracy z samym karmieniem. Jeśli uda jej się tylko utrzymać lub nieznacznie zwiększyć produkcję, o wiele łatwiej będzie zwiększyć ją w późniejszym okresie.

III FAZA

Według naszych obserwacji, kiedy dziecko nadrobi masę, czyli osiągnie masę, którą miałoby, gdyby jego wzrost był od początku prawidłowy, niemowlę wchodzi w trzecią, ostatnią, fazę: staje się łatwe do karmienia. Tak naprawdę to raczej zmiana ich zachowania niż waga daje nam znać, że dziecko nadrobiło niedobory. W tym obszarze występuje duża różnorodność, oceniamy więc „nadrobienie” nie na podstawie liczb, ale zachowania. Dziecko dobrze je i jest zadowolone przez kilka godzin, przy

prawidłowym wydalaniu i odpowiednim wzroście masy. Innymi słowy, dziecko z łatwością samoreguje pobór pokarmu, odpowiednio do potrzeb rozwojowych.

To właśnie ta zmiana zachowania związanego z karmieniem stanowi uzasadnienie tej interwencji. Lubimy interweniować wcześniej, kiedy problem z karmieniem wiąże się z niewielkim zwolnieniem wzrostu i nie odpowiada jeszcze definicji zaburzeń rozwoju. Martwi nas nie samo powolne przybieranie na wadze, ale nierozwiązany problem z karmieniem, który jest jednocześnie przyczyną i skutkiem powolnego wzrostu. Niemowlę, które w wieku dwóch tygodni dopiero wraca do masy urodzeniowej, tak naprawdę waży o 250-300 gram mniej niż powinno. Zatem niemowlę, które ważyło 2500g przy urodzeniu i waży 2500g w wieku dwóch tygodni jest o 10% w tyle. Nic więc dziwnego, że takie dziecko jest często senne i słabo je. Jeśli klinicysta uważa, że to niemowlę rozwija się prawidłowo i nie widzi go po raz kolejny przed 6 tygodniem życia, wizyta kontrolna może ujawnić dziecko, które je tylko 5-6 razy dziennie i które przybrało w ciągu miesiąca tylko 250g albo wręcz straciło na wadze.

Inne dzieci z niskimi zasobami energii

Niemowlęta, które po kilku dniach mają jeszcze żółtaczkę, często tracą na wadze, stają się odwodnione, senne i słabo jedzą. Oczywiście diagnozę żółtaczki należy brać pod uwagę. Jednak słabe karmienie też może powodować senność u dziecka, a u matki bolesność brodawek i ograniczenie produkcji mleka.

Niemowlęta z hipotrofią czasem od razu wykazują problematyczne zachowania związane z karmieniem, ponieważ ich niska masa urodzeniowa może być wynikiem wewnątrzmacicznego zatrzymania wzrostu. Zatem w momencie przyjścia na świat są już opóźnione i wykazują opisane wyżej zachowania.

Wcześnieiki mają szczególnie mało podskórnej tkanki tłuszczowej. Mowa tu zarówno o noworodkach w OITN urodzonych przed 36 tygodniem życia, jak i późnych wcześniakach, urodzonych między 36 a 38 tygodniem. Morton wskazuje, że późne wcześniaki są od razu w gorszej sytuacji. Choć czasem może wydawać się, że potrafią dobrze ssać, są tak naprawdę zależne od wypływu i nie są w stanie wystymulować laktacji u matki. Sugeruje ona, aby przestać traktować je jak noworodki donoszone i pozwalać im na porażkę zanim podejmiemy działania. Wykorzystując technikę A, B, C oznaczającą A – chwytywanie piersi (ang. Attachment), B – produkcja mleka (ang. Breastmilk production) i C – kalorie (ang. Calories), odróżnia optymalną metodę pracy ze zdrowym donoszonym noworodkiem od pracy ze zdrowym późnym wcześniakiem. Zauważa, że zdrowy donoszony noworodek przychodzi na świat z ogromnym zapasem energii, możemy więc pozwolić mu na spokojne uczenie się chwytania piersi, w czasie gdy rozpoczyna się wytwarzanie mleka u matki. Ma czas, by po kilku dniach uzyskać odpowiednią ilość kalorii. Natomiast późny wcześniak według niej wymaga odwrócenia kolejności: najpierw musimy mu zapewnić odpowiedni pobór kalorii, w czasie gdy matka przy pomocy laktatora stymuluje laktację, nie oczekując wsparcia od wcześniaka. Wówczas, przy dobrym poborze kalorii i rozwiniętej produkcji pokarmu niemowlę będzie w odpowiedniej formie by opanować chwytywanie piersi. A nawet wówczas, te maleńkie niemowlęta o szczupłych ramionach i udach, mogą nie być w stanie dobrze rosnąć wyłącznie w oparciu o karmienie piersią, choć wielu się to udaje. Ten paradygmat rozumienia zachowania wcześniaka jest taki sam, jak nasz dotyczący donoszonego noworodka wolno przybierającego na wadze. Wcześnieik o zbyt niskiej masie w chwili przyjścia na świat wymaga tych samych strategii, aby „nadrobić” masę, w tym przypadku masę, którą normalnie uzyskałby w rozwoju wewnątrzmacicznym.

Wspieranie rodzin w karmieniu tych dzieci

Niezależnie od pierwotnej przyczyny ograniczonego poboru kalorii i zależności od wypływu przy karmieniu, musimy tym dzieciom zapewnić podaż kalorii metodami do momentu rozbudzenia apetytu dziecka. W tym momencie niemowlę donoszone staje się naprawdę głodne i chce zjeść DUŻO więcej. Zachowanie wcześniaka zazwyczaj pozostaje nieco bardziej subtelne, choć nawet wcześniaki wykazują dużą różnorodność zachowań.

Dajemy matce konkretne instrukcje optymalizowania karmienia piersią. Masowanie piersi przed karmieniem jest ważne, szczególnie w przypadku sennego niemowlęcia. Kiedy apetyt się rozwinie, głodne dziecko może nie dać matce czasu na masaż przed karmieniem. Niezależnie od tego, czy stosuje się narzędzia suplementacji przy piersi czy nie, karmienie sennego niemowlęcia powinno być ograniczone do czasu, kiedy dziecko aktywnie ssie. Bez „drzemek podczas pracy”. Podkreślamy, że to ograniczenie jest tylko na teraz, kiedy ma dużo do zrobienia. Nazywamy to potrójnym karmieniem: 1/karmienie piersią, 2/karmienie butelką, jeśli nie jest używany dren przy piersi, a następnie 3/ odciąganie pokarmu.

Po jednym lub dwóch dniach w przypadku niemowląt donoszonych, przy wcześniakach zazwyczaj dłużej, rozbudza się apetyt dziecka. W tym czasie niemowlę zacznie szybko przybierać na wadze i nadrabiać, ale nadal będzie wymagać od matki wiele uwagi.

Po nadrobieniu, niemowlę donoszone je dobrze, ponieważ dobry apetyt pozwala na samoregulację poboru pokarmu zgodnie z zapotrzebowaniem. Może tak być również w przypadku niektórych wcześniaków, ale nie należy tego zakładać, nawet po osiągnięciu odpowiedniej masy i przekroczeniu daty porodu.

Matka niemowlęcia donoszonego lub wcześniaka może nie mieć czasu przyspieszyć produkcji mleka do czasu normalizacji masy dziecka, kiedy jego apetyt i zachowanie podczas karmienia stają się łatwiejsze.

Zajmujemy się nie tylko problemem niemowlęcia, ale również wspieraniem matki w tym trudnym czasie. Wsparcie to obejmuje proponowanie jej strategii pozwalających na uzyskaniu wystarczającej ilości snu, jak również niestresujące strategie zwiększania produkcji mleka.

Po długim dniu potrójnych karmień co dwie godziny, o 19 lub 20 matka zazwyczaj jest wyczerpana i gotowa na sen. Zachęcamy ją, po karmieniu i odciągnięciu około 19, do zrobienia sobie pełnej 4–5 godzinnej przerwy od potrójnych karmień i sen od 20 do 1 w nocy, podczas gdy partner lub babcia przejmuje karmienie około 22. Jest to okres kiedy produkcja mleka jest najwolniejsza i piersi są w stanie wytrzymać 4–5 godzin nie budząc jej. Kiedy obudzi się o 1 będzie o wiele bardziej wypoczęta, łatwiej jej będzie nakarmić niemowlę w sposób, który jest dla niej najbardziej odpowiedni o tej porze. I nadal będzie miała energię, aby odciągnąć pokarm. Ponadto będzie jej łatwiej znów usnąć po 5 godzinach snu.

Proponujemy również wskazówki dotyczące odciągania, różne od tych, które zazwyczaj się słyszy, a których celem jest ułatwienie odciągania. Odciąganie może być dla matek stresujące, a stres zakłóca wypływ mleka. Dlatego zachęcamy matki, aby postrzegały odciąganie jako czynność, którą można przerwać, aby nie czuły się niewolnicami laktatora. Nawet odliczanie do tyłu zakłóca wypływ mleka, tak samo jak stres i dyskomfort. Zachęcamy więc matki, jeśli odciąganie staje się irytujące, aby zrobiły krótką przerwę, zajęły się czymś innym, a następnie wróciły do odciągania. Przerwa może trwać 5 minut lub pół godziny, ale w czasie, kiedy matka zajmuje się czymś innym, jej piersi nadal produkują pokarm. Hormony stresu zakłócające produkcję mleka mogą się zmniejszyć podczas przerwy, zaś

prolaktyna, podwyższona przez niedawne odciąganie, nadal rośnie. Kiedy więc wraca do laktatora, znów masuje piersi i nagle widzi mleko, które zostało wyprodukowane, kiedy zrobiła sobie przerwę.

Po odciągnięciu laktatorem zachęcamy matki z osłabioną laktacją do odciągania ręcznego, przez minutę lub dwie, chyba że mleko nadal płynie, wyjaśniając, że prawdopodobnie nie odciągnie dużo ręką po odciągnięciu laktatorem. Celem odciągania ręcznego po laktatorze jest wyciągnięcie nieco więcej mleka, naśladować głodne dziecko, które wraca po dodatkę, aby „powiedzieć piersi” aby zwiększyła produkcję.

Choć idealnie byłoby, aby matka odciągała pokarm po każdym karmieniu w ciągu dnia i przynajmniej raz lub dwa razy w nocy, staramy się dostosowywać nasze instrukcje do życia matki. Stres, poczucie niekompetencji lub bycia ocenianą nie pomagają oksytocynie ani produkcji mleka. Na przykład matki z zaburzeniami nastroju potrzebują snu, a w ciągu dnia powinny postrzegać macierzyństwo jako coś pozytywnego. Dlatego w przypadku niektórych matek sugerujemy tylko 4 odciągania dziennie, plus jedno w nocy, z następującym po nim krótkim odciąganiem ręcznym.

Kiedy dziecko nadrobi niedobory masy i stanie się łatwiejsze do karmienia, matka będzie miała więcej czasu na zwiększenie produkcji pokarmu. Pozytywny wynik, dobre przybieranie i łatwe karmienie są dobrą informacją dla matki, powodują zwiększenie poziomu oksytocyny, ważnego dla zwiększenia produkcji i poprawy wypływu mleka.

Lubimy przekazywać matkom realistyczne oczekiwania i wykonalne plany, aby poradziły sobie z tą niezwykle trudną sytuacją.

Literatura

Berkowitz, CD, ed. *Berkowitz's Pediatrics: A Primary Care Approach 3rd ed.*, Washington, DC: American Academy of Pediatrics; 2008: 63.

Burns, CE, Dunn, AM, Brady, MA, Star, NB, Blosser, CG, eds. *Pediatric Primary Care*. St. Louis, MO: Saunders Elsevier; 2009:191-234, 235, 252. *Early Hum Dev*, 2007; 83(1): 29-39.

Davies DP, Evans T: The starved but contented breastfed baby. *Arch Dis Child* 53: 763, 1978.

DeCarvalho MDea. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Peds* 72:307-311, 1983.

Dewey, K.G., Heinig, M.J., Nommsen, L.A., & Lonnerdal, B. Adequacy of energy intake among breast-fed infants in the DARLING study: Relationships to growth velocity, morbidity, and activity levels. *J Pediatrics*. 1991; 119: 538-547.

Dewey KG, Heinig J, Nommsen LA et al: Maternal versus infant factors related to breast milk and residual milk volume: the DARLING study. *Peds* 87(6):829-837, 1991.

Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA et al: Growth of breast-fed and formula-fed infants from 0 to 18 months: The DARLING study. *Peds* 89(6):1035-1040, 1992.

- Dewey, KG & Lonnerdal, B (1986). Infant self-regulation of breast milk intake. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75, 893-898.
- Dewey, KG, Nommsen-Rivers, LA, Heinig, MJ & Cohen, RJ. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112(3), 607-619.
- Franco P et al Influence of Swaddling on Sleep and Arousal Characteristics of Healthy Infants. *Pediatrics* 2005;115;1307-1311
- Gibson AA, Seimon RV, Lee CM, Ayre J, Franklin J, Markovic TP, Caterson ID, Sainsbury A. Do ketogenic diets really suppress appetite? A systematic review and meta-analysis. *Obesity Rev*. 2015 Jan;16(1):64-76.
- Illingworth, RS. *Common Symptoms of Disease in Children 5th ed*. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications; 1967/1975.
- Inui, A, Asakawa, A, Bowers, CY, Mantovani, G, Laviano, A, Meguid, MM, Fujimiya, M. Ghrelin, appetite, and gastric motility: the emerging role of the stomach as an endocrine organ. *FASEB J*. 2004; 28: 439-456.
- Kliegman, RM, Stanton, BF, St. Geme, JW, Schor, NF, Behrman, RE, eds. *Nelson textbook of pediatrics* 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2011: 27
- Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol*. 2009 Nov;29(11):757.
- Morton J, Wong RJ, Hall JY, Pang WW, Lai CT, Lui J, Hartmann PE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants *J Perinatol*. 2012 Oct;32(10):791.
- Nelson SE, Rogers RR, Ziegler EE, Fomon SJ: Gain in weight and length during early infancy. *Early Hum Dev* 19:223-239, 1989.
- Nommsen-Rivers, LA, Dewey, KG (2009). Growth of breastfed infants. *Breastfeeding Med*. 2009; 4: S45-S49.
- Powers NG, Slusser W: Breastfeeding update. 2: Clinical lactation management. [Review]. *Pediatr Rev* 18:147-161, 1997. The onset of lactation and full lactation. *Am J Clin Nutr* 48: 1375-86, 1988
- Powers, N.G. (2010). Low intake in the breastfed infant: Maternal and infant considerations. In J. Riordan & K. Wambach (Eds.), *Breastfeeding and Human Lactation* (4th ed.). (pp.325-363). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Shaoul, R, Kessel, A, Toubi, E, Lanir, A, Glazer, O, Jaffe, M. Leptin and cytokines levels in children with failure to thrive. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37:487-491.
- Smillie CM Testing a theory of slow weight gain in breastfeed infants. Abstract, platform Oct 2010. *Breastfeeding Med*, 5(6): 333. 2010.
- Uvnäs-Moberg K, Widström A-M, Marchini G, Winberg J. Release of GI hormones in mother and infant by sensory stimulation. *Acta Paediatr Scand*. 76:851-860, 1987.
- Uvnäs-Moberg K, Eriksson M. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatr*. 1996;85:525-530
- World Health Organization Multicenter Growth Reference Study Group. WHO child growth standards, *Acta Paediatr*. 2006; 95: 1-104.
- World Health Organization Department for Nutrition for Health and Development. *WHO Growth Standards Length/Height-for-age, Weight-for-age, Weight-for-length, Weight-for-height and Body Mass index-for-age, Methods and Development*. Geneva, SW: WHO Press; 2006.
- Woolridge MW, Ingram JC, Baum JD: Do changes in pattern of breast usage alter the baby's nutrient intake? *Lancet* 336:395-397, 1990.

Abstract

Breastfed infants who gain weight slowly can present a challenge to both parents and providers.

Their quiet, content demeanor can delay diagnosis, and their anorectic behavior can make feeding very difficult. Moreover, as Powers laments, our evidence base is clouded by confused definitions, contradictory growth standards, inadequate research, and no definitive standard of care.

The medical literature has long suggested that, at minimum, infants should be back to birthweight by 2 weeks of age, and thereafter grow at least 20 gm/day, or 5 oz/week. It was over 25 years ago that Dewey et al demonstrated in their classic DARLING studies that healthy infants who breastfeed on demand self-regulate their intake to steadily gain weight appropriately

However, as many have observed, the sleepy underweight infant cues subtly and infrequently, thus defeating feeding strategies which rely on the baby's presumptive good appetite to increase both infant weight and maternal milk production. We submit that once the infant's appetite is impaired, the infant is NOT the healthy infant Dewey and WHO describe. Instead, apparent anorexia makes the infant incapable of the self-regulation that could break the vicious cycles of slow growth, low energy, and infrequent ineffective feeds. Importantly, ineffective milk removal also slows maternal breast milk production, further decreasing infant intake.

In our breastfeeding medicine practice we've developed an approach to breaking these vicious cycles, using high-flow feeding methods to push infant intake towards rapid catch-up growth, while also offering strategies for increasing the rate of milk production. This requires significant maternal time, effort and energy, and can be hugely frustrating, so it is important to offer strategies that work with the mother's real life, and permit her needed rest. Thus successful management also includes appropriate and intensive support to the mother, her energy, sleep, and emotional well-being.

It's our observation that, once caught up on weight, these infants become easy to feed, and do indeed achieve appropriate self-regulation to follow WHO growth standards.

In Slow weight gain: the Vicious cycles, we look at the interlocking vicious cycles that perpetuate slow weight gain. These babies, once underweight, conserve energy, only drinking with high flow, and falling asleep too soon, under the influence of cholecystokinin. Thus they do not get enough calories, and must start burning their own tissues, which subjects them to the anorexia of ketosis.

They likewise leave milk behind in mother's breast, slowing her production. She blames herself, for not having enough milk, but in reality her production has been compromised by her infant's poor feeding. These two interfacing vicious cycles, of infant's slow weight gain and mother's compromised milk production, are reinforced and exacerbated by the infant's resulting poor transfer of milk at the breast. Slow weight gain causes slow weight gain.

In Sleeping on the job, we look at how to solve this problem. We push calories, via a high flow feeding method, until the infant's appetite kicks in, at which point the infant becomes ravenous and wants to take a LOT more. This is when the infant will start gaining rapidly, catching up, but just as demanding of his mother's time. She may not find the time to speed her milk production until the infant's weight has normalized, at which point his appetite and feeding behavior also calm. We address not only the infant's issues, but how to support the mother through this difficult time. This involves giving her strategies for getting enough sleep, and as well as non-stressful strategies for increasing milk production.

notatki

notatki

Insulinooporność a laktacja – zagadka do rozwiązania?

lek. Magdalena Castello-Rokicka

Coraz więcej doniesień wskazuje na to, że zaburzenia gospodarki węglowodanowej mogą wpływać negatywnie na proces karmienia piersią. Jednocześnie wiadomo również, że laktacja może być modyfikowalnym czynnikiem oddziałującym na późniejszą gospodarkę metaboliczną u kobiet. Często w różnych źródłach nienaukowych w dalszym ciągu można spotkać się ze stwierdzeniem, że prawdziwy niedobór pokarmu występuje niezwykle rzadko, a prawidłowy przebieg laktacji jest sprowadzany do chęci karmienia lub ich braku przez kobietę. Należy jednak zaznaczyć, że nie jest to informacja zgodna z aktualną wiedzą medyczną. W opracowaniu tym zostanie położony nacisk na wytłumaczenie powiązań między gospodarką węglowodanową matki a karmieniem piersią, na możliwy związek insulinooporności z coraz powszechniejszymi problemami z laktacją w krajach rozwiniętych oraz potencjalne możliwości jej leczenia.

Insulina jest jednym z hormonów wchodzących w skład kompleksu laktogenego, oprócz progesteronu, IGF-I, kortyzolu, prolaktyny, estrogenów, hormonu wzrostu i oksytocyny, potrzebnych do prawidłowego wytwarzania pokarmu u kobiety. Warto zauważyć, że w procesie laktogenezy wykorzystywanie glukozy jest związane z procesami niezależnymi od insuliny, natomiast sama insulina odgrywa bardzo ważną rolę w biosyntezie mleka w innych mechanizmach. W badaniach *in vitro* wykazano, że insulina stymulowała ekspresję genów białek odpowiedzialnych za produkcję mleka. Wrażliwość gruczołu sutkowego na insulinę zależała od etapu rozwoju, w którym się aktualnie znajdował – na początku ciąży wykazywał większą wrażliwość na działanie czynnika insulinopodobnego IGF-1, natomiast po rozpoczęciu laktacji stawał się wysoce wrażliwy na insulinę. Wcześniej uważano, że wysokie stężenia krążącej insuliny i glukozy mają negatywny wpływ na produkcję mleka, obecnie wydaje się jednak, że musi to być raczej złożony rezultat obecności insulinooporności oraz zmniejszającego się wydzielania insuliny na przekazywanie sygnałów komórkowych zależnych od insuliny. Coraz więcej dowodów świadczy o tym, że zaburzenia tolerancji glukozy mogą potencjalnie upośledzać laktację na kilku etapach, poczynając od hamowania mammogenezy we wczesnej ciąży, przez upośledzanie rozwoju zróżnicowanych laktocytów w zaawansowanej ciąży, wpływu na opóźnienie laktogenezy II oraz spowalniania produkcji mleka już na etapie późniejszego wytwarzania pokarmu.

Z dotychczasowych obserwacji wynika, że otyłość jest czynnikiem negatywnie korelującym z rozpoczęciem i utrzymaniem karmienia piersią. U otyłych kobiet może zarówno dojść do opóźnienia laktogenezy II (rozpoczęcia obfitego wytwarzania mleka do 72 godzin po porodzie), jak i skrócenia całkowitego czasu karmienia piersią. W niektórych częściach USA odnotowano opóźnienie laktogenezy II nawet u 44% kobiet, natomiast w tym samym czasie w np. Ghanie, u zaledwie 4% kobiet. Jednym z czynników, które wydają się być silnie związane ze wspomnianymi problemami, są zaburzenia gospodarki węglowodanowej, często współistniejące z nieprawidłową masą ciała. Jednocześnie dalej nie jest do końca poznany mechanizm wiążący otyłość ze zmniejszającą się wrażliwością tkanek na insulinę. Wśród hipotez były brane pod uwagę, m.in.: rozwijający się stan zapalny, dysfunkcje mitochondrialne czy lipotoksyczność. Innymi schorzeniami, którym towarzyszy insulinooporność, jest cukrzyca i zespół policystycznych jajników (PCOS). W badaniu prospektywnym SWIFT, oceniającym ryzyko wystąpienia opóźnienia laktogenezy II wykazano, że problem ten dotyczył 33% kobiet z 8883 biorących udział w badaniu i głównie związany był z przedciążową otyłością (OR: 1.56; 95% CI: 1.07, 2.29), stosowaniem insuliny w leczeniu cukrzycy ciążowej (OR: 3.11; 95% CI: 1.37, 7.05) oraz suboptymalnym karmieniem piersią w szpitalu (OR: 1.65; 95% CI: 1.20, 2.26). W analizie przypadków Riddle i Nommersen, ryzyko szans zgłoszenia się do poradni laktacyjnej z uwagi na

problemy z niedoborem pokarmu było znacznie wyższe w grupie kobiet z rozpoznaną cukrzycą w wywiadzie, zarówno przedciążową typu 1 i 2, jak i ciążową, w stosunku do kobiet bez cukrzycy (OR 2.4 [95% CI 1.4–4.3]). Jednocześnie wydaje się, że samo rozpoznanie PCOS, które dotyczy obecnie już około 9–21% kobiet w wieku rozrodczym, nie przesądza o mniejszej szansie na udane karmienie piersią, po skorygowaniu względem współistniejącej nadwagi lub otyłości.

W jeszcze innym badaniu porównywano ekspresję genową transkryptomu (zestawu cząsteczek mRNA) drobinek tłuszczu mleka kobiet z prawidłową produkcją mleka oraz ze stwierdzonym niedoborem produkcji pokarmu. Dzięki sekwencjonowaniu RNA w tej drugiej grupie zaobserwowano nadekspresję receptorowej białkowej fosfatazy tyrozynowej typu F (PTPRF), która hamuje stymulujące działanie insuliny na produkcję mleka. Wysłunięto wniosek, że być może owa nadekspresja PTPRF w gruczole sutkowym odpowiada za niedobór pokarmu u kobiet z insulinoopornością.

Z uwagi na obserwowany związek insulinooporności ze zmniejszoną produkcją mleka, wydawało się, że skuteczną interwencją w celu poprawy wskaźników karmienia piersią będzie uwrażliwienie tkanek na insulinę poprzez podawanie metforminy. Metformina jest doustnym lekiem zmniejszającym stężenie glukozy we krwi, poprawiającym tolerancję glukozy oraz zwiększającym wrażliwość tkanek na insulinę. Nie powoduje hipoglikemii ani hiperinsulinemii. Uważana jest za lek kompatybilny z karmieniem piersią, podczas jej stosowania w pierwszych 6 miesiącach po porodzie nie wykazano negatywnego wpływu na rozwój i wzrastanie dziecka. Nommsen opublikowała niedawno wyniki badania pilotażowego, do którego zakwalifikowano 15 kobiet ze stwierdzoną insulinoopornością oraz niedoborem pokarmu. Ukończyło je 8 kobiet w grupie przyjmującej metforminę oraz 5 kobiet w grupie przyjmującej placebo. 1 kobieta zrezygnowała z uwagi na obawy co do bezpieczeństwa leczenia i 1 przerwała badanie z powodu działań niepożądanych leku (biegunka, bóle brzucha). Między grupą przyjmującą lek, a grupą przyjmującą placebo, zanotowano zwiększenie produkcji pokarmu o średnio 68ml/dobę, co stanowiło różnicę nieistotną statystycznie. W badaniu nie udało się wykazać związku między przyjmowaniem metforminy w celu zmniejszenia insulinooporności, a pozytywnym wpływem na laktację. Badacze zauważyli jednak sami, że być może wpływ na wyniki miały czynniki takie, jak: zbyt późne rozpoczęcie przyjmowania metforminy (idealnie powinno nastąpić jeszcze w ciąży lub w pierwszych dobach po porodzie) czy nieprecyzyjne kryteria rozpoznawania insulinooporności. W innym badaniu, Vanky sprawdził wpływ stosowania metforminy u ciężarnych z rozpoznaniem PCOS. Nie zaobserwowano, by przyjmowanie metforminy wpłynęło na późniejszą produkcję mleka u kobiet przyjmujących lek w stosunku do kobiet przyjmujących placebo.

Metforminę po raz pierwszy zaczęto pozyskiwać z rutwicy lekarskiej, rośliny tradycyjnie używanej w celu zwiększenia produkcji mleka. W tym samym celu stosowana była powszechnie kozieradka, również w badaniach na zwierzętach wykazująca właściwości obniżania stężenia glukozy w surowicy. Niestety brak jest na razie obiektywnych randomizowanych badań, które pozwoliłyby odpowiedzieć na pytanie, czy w pewnych szczególnych grupach narażonych na ryzyko niedostatecznej produkcji pokarmu preparaty pochodzenia ziołowego mogłyby wykazać się większą skutecznością niż placebo.

Pisząc o związku gospodarki węglowodanowej z laktacją, nie sposób nie wspomnieć o pozytywnym wpływie samego karmienia piersią na zwiększanie wrażliwości tkanek na insulinę. Efekt ten był zwłaszcza obserwowany u kobiet z nadwagą i otyłych, u których rozpoznano cukrzycę ciążową. Dodatkowo, w badaniach obserwacyjnych brak karmienia piersią był związany u kobiet z wolniejszą utratą masy ciała po porodzie, większym ryzykiem w przyszłości otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zespołu metabolicznego, chorób układu krążenia.

Dotychczasowe doniesienia sugerują, że zaburzenia gospodarki węglowodanowej mogą się przyczyniać do trudności z rozpoczęciem i utrzymaniem karmienia piersią. Kobiety, u których

podejrzewa się w związku z dodatnim wywiadem w kierunku otyłości, insulinooporności wyższe ryzyko wystąpienia problemów laktacyjnych, powinny zostać objęte dodatkową opieką. Jednocześnie umożliwienie im udanego karmienia piersią dzięki wcześnie udzielonej odpowiedniej pomocy może zmniejszyć ich ryzyko zaburzeń metabolicznych w przyszłości. Potrzebnych jest więcej badań w celu pełnego zrozumienia mechanizmów stojących za wystąpieniem insulinooporności, jej wpływu na laktację oraz poznania możliwości skutecznego jej przeciwdziałania.

Bibliografia:

Nommsen-Rivers, Laurie A. „Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature.” *Advances in nutrition* 7.2 (2016): 407-414.

Stuebe, Alison M. „Does breastfeeding prevent the metabolic syndrome, or does the metabolic syndrome prevent breastfeeding?” *Seminars in perinatology*. Vol. 39. No. 4. WB Saunders, 2015.

Biloš, Lora Stanka Kirigin. „Polycystic ovarian syndrome and low milk supply: Is insulin resistance the missing link?”

Joham, Anju E., et al. „Obesity, polycystic ovary syndrome and breastfeeding: an observational study.” *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 95.4 (2016): 458-466.

Riddle, Sarah W., and Laurie A. Nommsen-Rivers. „A case control study of diabetes during pregnancy and low milk supply.” *Breastfeeding Medicine* 11.2 (2016): 80-85.

Matias, Susana L., et al. „Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus.” *The American journal of clinical nutrition* 99.1 (2013): 115-121.

Ye, Jianping. „Mechanisms of insulin resistance in obesity.” *Frontiers of medicine* 7.1 (2013): 14-24.

Nommsen-Rivers, Laurie, et al. „Feasibility and Acceptability of Metformin to Augment Low Milk Supply: A Pilot Randomized Controlled Trial.” *Journal of Human Lactation* (2019): 0890334418819465.

Yasuhi, Ichiro, et al. „High-intensity breastfeeding improves insulin sensitivity during early post-partum period in obese women with gestational diabetes.” *Diabetes/metabolism research and reviews* (2019): e3127.

Abstract

Insulin resistance

Previous reports suggest that disturbances in carbohydrate metabolism may contribute to difficulties in starting and maintaining breastfeeding. Women who are at a higher risk of lactation problems due to a positive history of obesity and/or insulin resistance, should receive additional care. At the same time, enabling them to breastfeed successfully through early appropriate support can reduce their risk of metabolic disorders in the future. More research is needed to fully understand the mechanisms behind the occurrence of insulin resistance, its impact on lactation and understanding the possibilities of its effective prevention.

notatki

Czop zapalny – od teorii do praktyki

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Czop zapalny to zmiana o białżółtawym zabarwieniu pojawiająca się na szczycie brodawki, zwykle jednostronnie. Czasem ma wygląd pęcherzyka, bąbla (ang. bleb), czasem przypomina raczej naciek z nieregularnymi brzegami. Polskie określenie „czop” sugeruje blokowanie przepływu mleka przez przewód mleczny, jednak nie zawsze tak jest. Zwykle towarzyszy temu bardzo silny, kłujący ból brodawki.

Po raz pierwszy podłoże zapalne tego typu zmian zostało opisane przez MaryAnn O'Hara (doniesienie zjazdowe – kongres Academy of Breastfeeding Medicine 2012). Autorka przeprowadziła badania histopatologiczne materiału uzyskanego z biopsji zmiany u pięciu pacjentek. W badaniach stwierdziła obecność nacieków histiocytarnych w tkankach otaczających przewody mleczne, nie było tam natomiast komórek bakterii ani grzybów. Ze względu na naturę tych zmian zaproponowała leczenie ich miejscowymi lekami steroidowymi o średniej sile działania.

Wydaje się, że czopy zapalne różnią się od typowych czopów-pęcherzyków blokujących ujście przewodu mlecznego wyprowadzającego powstających ze zgęstniałego pokarmu. Te ostatnie powiązane są z zastojem pokarmu; otworenie takiej zmiany daje natychmiastowe odbarczenie zastojowego płata. W praktyce klinicznej różnicowanie tych zmian nie zawsze jest proste i oczywiste. Niewątpliwie wiemy wciąż za mało o naturze czopów na brodawkach.

Piśmiennictwo:

O'hara MA. Bleb histology reveals inflammatory infiltrate that regresses with topical steroids: a case series. *Breastfeeding Medicine* 2012; 7(Supp 1: S1.)

Żukowska-Rubik M. Bolesność brodawek. W: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. II wydanie. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.

Nehring-Gugulska M. Zaburzenia przepływu pokarmu. W: *Karmienie piersią w teorii i praktyce*. Red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. II wydanie. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.

Abstract

Inflammatory bleb – from theory to practice

Inflammatory bleb is a whitish-yellow lesion at the top of the nipple, usually on one side. Sometimes it looks like a bleb, sometimes more like an infiltration with irregular edges. A Polish name – bleb – suggests blockage of milk flow through the milk duct, but that is not always the case. It is usually accompanied by stabbing pain in the nipple.

Inflammatory nature of the lesion was first described by MaryAnn O'Hara (conference report – Academy of Breastfeeding Medicine Congress 2012). The author conducted histopathological examination of material collected from biopsy of the lesion in five patients. The examination confirmed presence of histiocytic infiltration of tissue surrounding milk ducts and absence of bacterial or fungal cells. Due to the nature of these lesions she proposed treatment with local steroids drugs of medium potency.

It seems inflammatory plugs differ from typical plugs of thickened milk blocking a milk duct. The later ones are associated with stasis; opening such a lesion leads to immediate relief to the blocked part of the breast. In clinical practice differentiation between these lesions is not always easy and obvious. Undoubtedly our knowledge about nipple blebs is still insufficient.

notatki

Obserwacja zachowań dzieci i matek w sytuacji późnej awersji do piersi. Badanie prowadzone przez Centrum Nauki o Laktacji w 2018/19 roku, wyniki wstępne

*Dr n med. Magdalena Nehring-Gugulska, lek. Magdalena Castello-Rokicka,
lek. Katarzyna Raczek-Pakuła*

Wprowadzenie

Awersja do piersi to temat bardzo słabo znany i bardzo słabo zbadany. Dostępna literatura to w większości zbiór tzw. doświadczeń własnych konsultantów laktacyjnych. W literaturze ściśle medycznej „odmowa przyjmowania pokarmu” przez noworodka/niemowlę traktowana jest wyłącznie jak objaw choroby. Z tych dwóch powodów warto zająć się tym tematem, aby stawiać właściwą diagnozę. Z jednej strony nie przeoczyć poważnej choroby wymagającej szybkiej interwencji, a z drugiej strony nie zestresować rodziców i nie narażać dziecka na zbędne procedury medyczne, jeśli jest zdrowe, a tylko „postanowiło” jeść z innego naczynia. Ważnym aspektem jest udzielenie wsparcia matce.

Podstawa

W praktyce spotykamy się z dwoma rodzajami awersji: wczesną i późną.

Wczesna awersja dotyczy dzieci, które wykazują trudności z chwytaniem/ssaniem piersi po porodzie. Matki i personel często określają ten stan słowem „nie chce ssać” lub „nie chce piersi” wytwarzając dodatkową frustrację. Oczywiście do aktu woli jeszcze w rozwoju daleko. Powodów tego stanu jest wiele, od poważnej choroby, przez anomalie anatomiczne po zwykłą nieumiejętność przystawiania dziecka do piersi, często wynikającą z braku prawidłowego instruktażu. Niestety rzadko matki dowiadują się, że sytuacja ta jest przejściowa i zamiast mieszanki mogą podawać dziecku swoje mleko jak długo zechcą.

Późna awersja to niechęć do ssania piersi, która pojawia się u dziecka, które dotychczas normalnie ssało pierś matki. Tym typem awersji zajęliśmy się w naszym badaniu.

Przebieg badania

Grupa badana – niemowlęta w wieku 1–12 mc (po 4 tygodniu), karmione piersią przynajmniej przez pierwszy okres życia, wykazujące obecnie codzienny objaw odmowy ssania piersi.

W pierwszej części badania chcieliśmy określić powody takiego zachowania dziecka, które dotychczas dobrze ssało. Analizowane były dwie grupy czynników, jedna dotyczyła okresu okołoporodowego a druga sytuacji, które bezpośrednio poprzedziły wystąpienie awersji.

Na wizycie poza zebraniem szczegółowego wywiadu każde dziecko miało wykonane badanie jamy ustnej, mechanizmu ssania nieodżywczego na palcu, ocenione napięcie mięśniowe i jeśli było to możliwe obserwację aktu karmienia z pomiarem wydajności w teście wagowym.

Na potrzeby badania określiliśmy 8 sposobów żywienia dziecka.

WKP	KP+PM	KP+MM	KP+PM+MM	WPM	PM+MM	WMM sztucznie	KP/PM + ŻU
Wyłącznie karmienie piersią	KP + dokarmianie odciągany pokarmem matki	KP + dokarmianie mieszanką	KP + dokarmianie odciągany pokarmem matki + mieszanką	Karmi wyłącznie odciągany pokarmem matki	Karmi odciągany pokarmem matki + dokarmia mieszanką	Wyłącznie sztuczne	KP lub odciągany pokarmem mamy + podaje żywność uzupełniającą

W każdej sytuacji rozpoznania późnej awersji do piersi wdrożono postępowanie zgodnie z przyjętym protokołem. Punktem końcowym była liczba karmień przy których dziecko wykazuje objawy w stosunku do ilości karmień na dobę podejmowanych przez matkę.

Zalecenia

- Korekta techniki przystawiania do piersi (asymetric latch)
- Korekta pozycji (stabilne ułożenie dziecka tak, aby nie zsuwało się z piersi, nie zmieniało pozycji na brodawce, dostosowanie do stanu dziecka i matki: koszyczek, wysoka spod pachy, biologiczna, pod górkę itp.
- Karmienie „NA SPOKOJNIE” tak, aby uzyskać komfort karmienia dla dziecka i matki (nie na siłę, po uspokojeniu, w ciemniejszym pokoju, podczas bujania, przez sen, w nocy, inne)
- Odciąganie pokarmu, gdy dziecko nie chce ssać piersi i podawanie dziecku zależnie od wieku: butelką, kubeczkim, z kleikiem ryżowym, inne
- Rozszerzanie diety dziecka o pokarmy uzupełniające, jeśli są wskazania (słaby przyrost masy lub wiek pow. 6 mc)
- Rozszerzanie diety matki, jeśli była eliminacyjna
- Podcięcie/skierowanie na podcięcie krótkiego wędzidełka, jeśli są wskazania
- Wizyta u fizjoterapeuty, jeśli są wskazania
- Kontrola masy ciała

Każdą mamę dziecka z awersją staraliśmy się ocenić pod kątem jej stanu psychicznego i reakcji na zaistniałą sytuację. Automatyczną reakcją było obwinianie siebie i poczucie odrzucenia przez dziecko. Reakcje bywają bardzo silne. Najczęstszym zachowaniem była walka z dzieckiem i brak akceptacji sytuacji. Już postawienie diagnozy i wytłumaczenie zjawiska awersji dawało matkom większe poczucie komfortu. Wszystkie przyjęły do wiadomości, że walka jest czynnikiem pogłębiającym problem. Wszystkie podjęły próbę utrzymania laktacji i „przejścia” przez trudny okres stosując podane im metody. Zauważyliśmy niezwykle pomysłowość matek dotyczącą podawania piersi.

Podsumowanie:

Awersja późna to trudny temat. Wymaga różnicowania z przyczynami chorobowymi. Diagnozę można postawić po ich wykluczeniu. Jednak często łączy się z nieprawidłowym sposobem jedzenia, nieprawidłowym napięciem mięśniowym, co można skorygować. Każda matka dziecka z awersją i cała jej rodzina wymaga szczególnego wsparcia. Tylko zrozumienie i zaakceptowanie sytuacji pozwala pójść dalej – podjąć działania naprawcze.

Abstract

Observation of infants' and mothers' behaviour in late aversion to breast

Breast aversion is a poorly known and poorly researched topic. Available literature is mostly just a collection of lactation consultants' case studies. In strictly medical literature newborn's/infant's „refusal to feed” is treated only as a symptom of illness. For those two reasons it seems worthwhile to look into the topic in order to make the right diagnosis. In our practice we see two types of breast aversion: early and late.

Early aversion refers to newborns who have difficulty latching/sucking the breast after delivery. There are many possible reasons for this condition, from serious illness, through anatomic anomalies to simple lack of skill, usually resulting from lack of professional instruction. Unfortunately mothers rarely hear that this situation is temporary and instead of formula they can feed their babies with their own milk as long as they want.

Late aversion means reluctance to suck the breast in a baby who was nursing normally so far. This is the type of aversion we looked at in our study.

In the first part of study we wanted to see the reasons for such behaviour in a baby who so far was nursing well. Two types of factors were analysed: one rooted in perinatal period and the other in situations directly preceding the aversion.

It turned out the aversion was often associated with inappropriate feeding (quick milk flow), or abnormal muscle tone, both of which can be corrected.

In each situation the intervention included:

- CALM feeding, comfortable for both mother and baby (not forcefully, when the baby was calm, in a darkened room, while rocking, while sleeping, at night etc.)
- Expressing milk and feeding it to the baby, depending on age: by bottle, cup, with rice gruel, other

Each mother of a baby with breast aversion and her whole family requires special support. Only understanding and accepting the situation will allow them to go forward and repair the situation.

.....
notatki

notatki

Analiza problemów laktacyjnych najczęściej poruszanych na Facebooku

lek. Aleksandra Lewandowska

Odkąd powstał serwis społecznościowy Facebook w 2004 roku, nastał prawdziwy „boom” na rozwiązywanie wszelakich problemów przy jego pomocy. Popularność Facebook`a jest zrozumiała. Poważną zaletą takich miejsc wymiany doświadczeń jest szybkie uzyskanie odpowiedzi dużej liczby osób w stosunkowo krótkim czasie, bez wychodzenia z domu. Wadą jest ryzyko uzyskania odpowiedzi ogólnikowych, oceniających, niemerytorycznych. Możliwe jest wyciąganie niewłaściwych wniosków przez pytającego, gdyż każdy przypadek jest indywidualny. Dlatego wielu problemów nie można skutecznie rozwiązać „on-line”. Warto zawsze dla bezpieczeństwa rozważyć, czy nie lepiej byłoby omówić ich w osobistej relacji z odpowiednim specjalistą.

W niniejszym artykule poddano analizie cztery facebook`owe grupy wsparcia dla matek karmiących. Brano pod uwagę tematykę problemów, z którymi zwracały się członkinie grup oraz fachowość osób udzielających odpowiedzi.

W gronie osób wychodzących naprzeciw zatrośkanym mamom znalazły się głównie inne mamy karmiące obecnie lub ewentualnie w przeszłości. Wśród udzielających wsparcia znalazły się również mamy związane zawodowo z tą grupą odbiorców: Certyfikowane Doradczynie Laktacyjne, położne i Promotorki Karmienia Piersią, pielęgniarki, dietetyczki i kosmetołóżki oraz Międzynarodowe Konsultantki Laktacyjne.

Wśród pytań związanych z dziećmi w trakcie karmienia piersią – najwięcej dotyczyło wyglądu/fizjologii stolca, następnie rozszerzanie diety dziecka, chęć wyjaśnienia nietypowych zachowań dziecka przy piersi, zasypianie dziecka przy piersi czy ponowne częste budzenia na karmienie w nocy, niedostateczne przybory masy ciała oraz tematy związane z butelkami i mlekiem modyfikowanym, sprawy ogólnokliniczne (np. pleśniawki czy żółtaczka) i odstawienie od piersi.

Jeśli chodzi o poruszane tematy związane bardziej z samymi matkami karmiącymi, na czoło wysuwa się sprawa możliwości stosowania określonych leków/substancji leczniczych/ziół, następnie kwestie kliniczne dotyczące piersi i całego organizmu, ściąganie mleka laktatorem, dieta i suplementacji, odstawienie dziecka od piersi. Sporą uwagę poświęcono poszukiwaniom lekarzy specjalistów będących za karmieniem piersią, produktom związanym z laktacją – laktatorem, butelkom, wkładkom laktacyjnym, pojemnikom na mleko, muszłom laktacyjnym oraz sprawie powrotu mamy do pracy. Ważnym tematem okazały się obawy mam o zbyt słabą laktację oraz sposoby na zwiększenie ilości mleka. Wreszcie listę poruszanych spraw zamyka szereg dość specyficznych tematów związanych z laktacją, jak karmienie piersią a: karmienie dwojga dzieci jednocześnie, możliwość skorzystania z sauny, basenu, rentgenodiagnostyki, zabiegów laserowych, znieczuleń miejscowych (w tym u stomatologa), przymusowe, czasowe przebywanie poza domem przez kilka dni (np. w szpitalu), rozszczep wargi i podniebienia u dziecka, ciąża, brak libido, pierwsza miesiączka, czasowa niechęć dziecka do piersi (np. podczas przeziębienia).

Problemy matek karmiących są liczne, ale zrozumiałe. Wydaje mi się, że młode mamy w ferworze nowych obowiązków i braku doświadczenia, otaczają się poradami swoich mam i babć. Te zaś, kierując się co prawda w swych intencjach jedynie troską, nie mają zazwyczaj świadomości, że ich wiedza nie współgra już z szybkim postępem badań nad laktacją. Niestety fachowcy również nie zawsze doksztalcają się na bieżąco, bądź brakuje takiej możliwości w toku specjalizacji zawodowej (pobieżne kursy dla lekarzy i to nie wszystkich dziedzin). Jeśli dodamy trudny, systemowo ograniczany, dostęp

do doradców i konsultantów laktacyjnych – nie dziwi matczyne zagubienie i chęć szukania pomocy tam, gdzie to w takim kontekście najprostsze – czyli w dobie komputerów, w sieci. Dr Facebook zastępuje pomoc, której matki nie mogą uzyskać normalną drogą.

Dalsze ograniczanie dostępu do profesjonalnej pomocy laktacyjnej spowoduje jedynie upowszechnianie „doktora Facebook`a”. Będzie to w moim przekonaniu dużą szkodą dla skutecznego rozwiązania wielu problemów laktacyjnych. Żadna relacja pisemna czy zdjęciowa nie zastąpi fachowej oceny problemu przez położną, pielęgniarkę, lekarza – doradcę laktacyjnego. Nie wspominając o odpowiedzialności za zdrowie „facebookowego pacjenta”.

Abstract

Analysis of most common breastfeeding problems discussed on Facebook

Problems with breastfeeding and lack of knowledge are frequent challenges that young mothers face. The consequences are multilayered. Lack of support and time as well as contradictory information cause uncertainty and confusion, and technological progress encourages seeking help on the Internet. However, is „Dr. Google” able to expertly solve any lactation problem? The paper will discuss the role of Facebook as a source of information on lactation for young mothers – its advantages (eg. fast and comprehensive response) and disadvantages (vagueness, risk of unprofessional response), types of problems discussed (deficiency in body weight of a breastfed child, diet and treatment of a nursing mother), categories of advisors (CDLs, midwives). There will also be examples of non-specialist advice from „professionals”, which prompt mothers to search further for answers to burning questions on the Internet.

notatki

notatki

Niepokój przy piersi, awersja do piersi i totalne odrzucenie: łagodna droga powrotu. Warsztat.

*Dr. Christina Smillie, Breastfeeding Resources, Stratford, Connecticut USA
cms@breastfeedingresources.com*

Obserwacje opisane w ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci pokazują, że kiedy zdrowy noworodek jest ułożony skóra do skóry na matce po narodzinach, jest on uwarunkowany przez mechanizmy psycho-neurobiologiczne i endokrynologiczne do reakcji neuro-sensorycznych i neuro-behawioralnych w celu znalezienia piersi, uchwycenia jej i ssania. Widzimy też, że dzięki powtarzaniu tych zachowań noworodek zmienia zachowanie instynktowne w zachowanie wyuczone, kiedy wraz z matką uczą się karmienia piersią.

Jednocześnie wszystkie miałyśmy do czynienia z niemowlętami, które być może nie miały takiej możliwości, wskutek czego mają trudności z wyuczeniem się umiejętności jedzenia. Niektóre z tych dzieci, nawet uspokojone i ukojone przed karmieniem, zaczynają szukać piersi, ale kiedy ją znajdą, wydają się zdeorganizowane i dezorientowane lub zaniepokojone. Choć wiele osób nazywa tę sytuację „odrzuceniem piersi”, nie jest jasne, czy niemowlę faktycznie odrzuca pierś, czy też jest po prostu zaniepokojone faktem, że jest zbyt zdeorganizowane byssać. Dla mnie w tej sytuacji niemowlę wygląda na równie zaniepokojone jak matka – patrzy na mnie, jakby chciałossać pierś, ale nie jest w stanie uspokoić się na tyle, by podążać za swoim instynktem. Jest to frustrujące dla obojga, a w przypadku dziecka frustracja zaostcza sytuację. Wiemy bowiem, że tylko spokojne i zrelaksowane niemowlę może zorganizować się na tyle, aby skuteczniessać pierś. Frustracja powoduje stres, a stres powoduje dezorganizację, reakcje zgięciowe oraz odruchowe reakcje ruchowe zakłócające proces ssania. Dlatego wolę nie nazywać tej sytuacji „odrzuceniem piersi” ale określać zaobserwowane zachowania jako „niepokój przy piersi”.

Co się dzieje?

Ten „niepokój przy piersi” wydaje się być NOWYM zjawiskiem, opisanym po raz pierwszy około 30 lat temu. Problem ten nie pojawia się w podręcznikach położniczych sprzed wieków, nie jest też opisany we wczesnej literaturze organizacji La Leche League ani w książkach na temat karmienia piersią sprzed ery współczesnego doradztwa laktacyjnego.

Dlaczego teraz?

Co dzieje się teraz, co nie miało miejsca wcześniej? Słuchając opowieści opowydanych przez matki odkryłam, że zawsze jest jakiś incydent lub incydenty poprzedzające ten problem przy piersi. Wspólnym odkryciem był fakt, że w którymś momencie, zazwyczaj podczas pobytu w szpitalu, ktoś z personelu, mający dobre chęci, próbował pomóc w przystawieniu niemowlęcia do piersi poprzez popychanie lub przyciskanie do piersi zdeorganizowanego, zaniepokojonego, a nawet płaczącego niemowlęcia. Ważne jest, że matka zawsze opisywała tę sytuację z niepokojem w głosie, często mówiąc w imieniu dziecka, opisując własny dyskomfort podczas tego „eksperyckiego” wsparcia.

Niemowlęta, które kilkakrotnie były na siłę dociskane do piersi, niezgodnie z własnym instynktem, mogą nauczyć się kojarzenia niepokoju z piersią. Niemowlęta te przytulone do matki skóra do skóry nadal będą szukać piersi, ale kiedy ją znajdą i zaczną zbliżać się do brodawki, stają się nagle zdeorganizowane. Unoszą język do podniebienia, są tak napięte i zaniepokojone, że nie są w stanie uchwycić brodawki. Mogą wyginać się w łuk, płakać lub odsuwać od piersi. Na szczęście zrozumienie

neuro-behawioralnych aspektów niemowlęcia i podstaw warunkowania pozwala na łatwe rozwiązanie tego problemu.

Takie niemowlęta potrzebują możliwości odzyskania zaufania i pozytywnych skojarzeń z piersią. Można to osiągnąć powstrzymując się od prób zmuszenia niemowlęcia do ssania piersi. Należy podawać dziecku odciągnięty pokarm w inny sposób, zazwyczaj przez dzień lub dwa, w niektórych przypadkach nawet przez tydzień lub dłużej, w zależności od tego, na ile szkodliwe okazało się pierwsze doświadczenie, od poziomu niepokoju matki i niemowlęcia, od czasu trwania negatywnego warunkowania, od osobowości matki i niemowlęcia oraz ich sytuacji domowej i rodzinnej.

W okresie karmienia alternatywnymi metodami matka i niemowlę mogą odzyskać zaufanie do siebie podczas okresów bezpiecznego, spokojnego kontaktu skóra do skóry po karmieniu metodą alternatywną, aby niemowlę nie było głodne i nie szukało piersi. Jeśli niemowlę jest starsze niż 1–2 tygodnie, pomocne jest nie stosowanie pełnego kontaktu skóra do skóry z rozebranyim dzieckiem, ale po prostu pozwolenie niemowlęciu na przytulenie buzi do klatki piersiowej mamy. Wystarczy do tego większy dekolt czy rozpięcie bluzki. Nie chcemy przestymulować niemowlęcia, a tylko uspokoić je i pozwolić się zrelaksować, poczuć bezpiecznie.

Po odzyskaniu zaufania niemowlę zapomina o negatywnych skojarzeniach i będzie w stanie podążać za swoim naturalnym instynktem, który prowadzi je do piersi. Zazwyczaj doradzamy matce, żeby pierwsze kilka razy, kiedy pozwoli dziecku szukać pierś nie były ustalone według planu, kalendarza czy z zegarkiem w ręku. Zachęcamy, aby te pierwsze próby (zazwyczaj nie następujące jedna po drugiej) były inicjowane wyłącznie instynktownymi (prawo-półkulowymi) impulsami matki, tak aby dawała ona niemowlęciu szansę szukania piersi tylko wtedy, kiedy jest ono w wyjątkowo czujnym, społecznym stanie i wydaje się starsze niż jest w rzeczywistości, czyli w tak zwanym „stanie komunikatywnym” opisanym przez Amiel-Tison i Grenier.

Nawet starsze niemowlęta, które nigdy nie były przy piersi, mogą w ten sposób nauczyć się ssać. Choć znane są anegdotyczne przypadki niemowląt w wieku 10, a nawet 20 miesięcy, które zaskoczyły swoje matki niezależnie inicjując po raz pierwszy karmienie w ten sposób, takie przypadki są rzadkie; jest to o wiele łatwiejsze dla niemowląt w pierwszych 3 miesiącach życia. Po osiągnięciu przez niemowlę 4 lub 5 miesiąca życia, kiedy rozwojowo łatwiej o rozproszenie jego uwagi, jego ciekawość i wysoki poziom aktywności mogą utrudniać osiągnięcie spokojnego i skupionego stanu, który pozwala na instynktowne podążanie do piersi.

Naszą rolą, jako pracowników służby zdrowia, jest przekazanie tych informacji w spokojny, zrelaksowany sposób, aby matka mogła poczuć się pewnie i komfortowo, aby mogła z kolei pomóc dziecku uspokoić się i zrelaksować.

Kiedy matka mówi do dziecka zgodnie ze swoją intuicją, zachowanie niemowlęcia może ją uspokoić. Zamiast instruować matkę, aby mówiła do dziecka, klinicysta może modelować takie zachowanie, mówiąc do niemowlęcia w sposób spokojny, a nawet zabawny, o swoich emocjach. Kiedy matka spontanicznie odezwie się do dziecka, co często się zdarza, klinicysta może zwrócić uwagę na to, jak dziecko uspokaja się na dźwięk jej głosu, jak zatrzymuje się lub zaczyna szybciej ssać w odpowiedzi na jej mowę.

Chcemy zachęcić matki do cieszenia się procesem uczenia się, do zdawania sobie sprawy, że może on trochę potrwać, tak jak uczenia się chodzenia, tańca czy jeżdżenia na rowerze. Matka może potrzebować wzmocnienia jej kompetencji macierzyńskich. Chcemy podkreślić, że wszystko to jest normalną częścią macierzyństwa – problem, które zmusiły ją do poszukiwania pomocy, nie oznaczają, że jest niekompetentna.

Pomocne może być wytłumaczenie matce, że jej zadaniem nie jest nauczyć się karmienia piersią czy nauczyć tego dziecko. Jej zadaniem jest po prostu zapewnienie dziecku spokoju, aby mogło się nauczyć. Jak często powtarza w swoich wykładach Nils Bergman „karmienie piersią to nie domena matki, tylko niemowlęcia” (2001). Wytłumaczenie matce, że to dziecko się uczy może zmniejszyć presję, jaką sama sobie narzuciła i poprawić poczucie pewności siebie.

Nie istnieje jeden sposób, aby tego dokonać. Kluczowe jest stosowanie przez klinicystę technik prawopółkulowych, aby wzmocnić pewność siebie matki, która jest jej potrzebna aby uspokoić dziecko, co z kolei promuje zachowania związane z prawidłowym karmieniem, a te zwrótnie wzmacniają pewność matki. Modelując cierpliwość i spokój specjalista opieki zdrowotnej może wywołać u matki stan autonomiczny i emocjonalny jaki jest potrzebny, aby mogła pomóc swojemu dziecku. Matka może pomóc dziecku postępować zgodnie z instynktem szukania, chwytania piersi i uczenia się jedzenia pomagając mu osiągnąć stan rozluźnienia, czujności i spokoju, stan przywspółczulny.

Dzięki obserwacji wrodzonych zachowań dziecka zwiększa się pewność siebie matki; w ten sposób wspierają się wzajemnie na początku wspólnej drogi.

Literatura

- Amiel-Tison, C., & Grenier, A. (1983). Expression of liberated motor activity (LMA) following manual immobilization of the head (J. Steichen, P. Steichen-Asch, & C. P. Braun, Trans.). In C. Amiel-Tison & A. Grenier (Eds.), *Neurologic evaluation of the newborn and the infant* (pp. 87–109). New York, NY: Masson.
- Genna, C. W., & Barak, D. (2010). Facilitating autonomous infant hand use during breastfeeding. *Clinical Lactation*, 1(1), 15–20.
- Gribble, K. D. (2005). Post-institutionalized adopted children who see breastfeeding from their new mothers. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 19(3), 217–234.
- Harris, H. (1994). Remedial co-bathing for breastfeeding difficulties. *Breastfeeding Review*, 11(10), 465–468.
- Meyer, K., & Anderson, G. C. (1999). Using kangaroo care in a clinical setting with fullterm infants having breastfeeding difficulties. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 24(4), 190–192.
- Newman J, Wilmott B. Breast rejection: a little-appreciated cause of lactation failure. *Canadian Family Physician*. 1990 Mar;36:449.
- Nyqvist, K. H. (2008). Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(6), 776–781.
- Schore, A. N. (2001). The effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- WORKSHOP, June 8, 2019 Breast Distress: CM Smillie MD
- Schore, A. N. (2005). Back to basics: Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatric Review*, 26, 204–217.
- Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent–infant interactions: Psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 262–287.
- Uvnäs-Moberg, K. (1994). Oxytocin and behaviour. *Annals of Medicine*, 26(5), 315–317.
- Uvnäs-Moberg, K., & Eriksson, M. (1996). Breastfeeding: Physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica*, 85, 525–530.
- Uvnäs-Moberg, K., Johansson, B., Lupoli, B., & Svennersten-Sjaunja, K. (2001). Oxytocin facilitates behavioural, metabolic and physiological adaptations during lactation. *Applied Animal Behaviour Science*, 72(3), 225–234.
- Winnicott, D. W. (1952/1958). Anxiety associated with insecurity. In *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis* (pp. 97–100). Oxford, England: Basic Books.
- Woolridge, M. W. (1986). The anatomy of infant sucking. *Midwifery*, 2(4), 164–171.

Abstract

Breast distress breast refusal oral aversion and total freakout: gentle paths back to the breast.

Observations described over the past several decades show us that when the healthy unmedicated infant is placed skin on skin on his mother after birth, he is hardwired via psychoneurobiological and endocrine forces to use a variety of neurosensory and neurobehavioral responses to search out and find the breast, attach and begin suckling. And we see that via repeating these behaviors the babies can translate this instinctive behavior into learned behavior as they and their mothers learn to feed.

And yet we all have experienced the infant who may not have had this opportunity, and subsequently have trouble learning to feed. Some of these babies, even when calmed and comforted before feeding, will begin the search to the breast, yet once at the breast, appear disorganized and confused, or worse, can appear distressed or even appear to be rejecting the breast. Some have termed this „breast refusal”, although from observing these babies, I prefer to term this „breast distress”.

Babies who have been repeatedly pushed forcefully to the breast, bypassing their instincts, may learn to associate distress with the breast. Thus, when placed skin on skin, these babies will usually still search for the breast and move toward the nipple, but when they get close to the breast they can suddenly become disorganized, their tongues rise to their palates, and they become so tense and distressed that they are unable to follow through to grasp the breast. They may even arch, cry, or pull away from the breast. Although many term this breast refusal, it is not clear whether the infant is actually refusing the breast or simply distressed at being too disorganized to feed. Fortunately, an understanding of infant neurobehavior and basic principles of conditional learning allows this problem to be easily addressed.

.....
notatki