



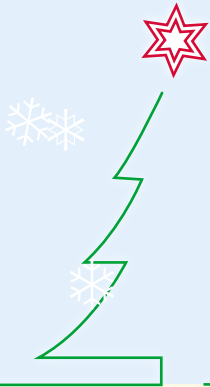
Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 3/2019

ISSN 1509-7250



*Drodzy Członkowie i Przyjaciele Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią
oraz Czytelnicy Biuletynu!*

*Składamy najserdeczniejsze życzenia radości, rodzinnych spotkań i klimatycznej
atmosfery w te piękne Święta Bożego Narodzenia. Oby dopisywały nam
zdrowie, optymizm i pomysłowość każdego dnia Nowego Roku!*

Drodzy Czytelnicy

W ostatnich dziewięciu latach, od czasu czerwcowej konferencji w 2010 r. Lublinie, związanej ze Światowym Tygodniem Karmienia Piersią, miałam zaszczyt pełnić funkcję Przewodniczącej Zarządu Głównego KUKP. Konferencja ta odbyła się w województwie, które szczyliło się wówczas największą w kraju liczbą odznaczonych tym tytułem oddziałów położniczych: 16 na 24. Organizatorem konferencji był prof. dr hab. Jan Oleszczuk, Wojewódzki Konsultant ds. Położnictwa i Ginekologii.

Odchodzę z funkcji przewodniczącej KUKP z uczuciem pewnego dyskomfortu, że nie potrafiłam mimo wielu prób znaleźć sposobu na wydobycie od „ojców założycieli”, tj. Ministerstwa Zdrowia oraz krajowych biur WHO i UNICEF, choćby niewielkich funduszy na działanie Komitetu. Są one przecież niezbędne do opłacenia pomieszczeń, sekretariatu z jego wydatkami, jak też druku Biuletynu i jego dystrybucji do Szpitali Przyjaznych Dziecku oraz do bibliotek. Działo się tak dlatego, że nasze ograniczenia statutowe, jak i moralne, wykluczają jako sponsorów bogate firmy przemysłu spożywczego dla dzieci!

W obecnej dobie komercjalizacji życia praca społeczna, którą był dla mnie czas poświęcony dla KUKP, nie jest zbyt popularna i nie budzi szczególnego uznania. Udało mi się przywrócić regularne wydawanie Biuletynu, co uważam za najważniejsze swoje osiągnięcie.

Szczególne podziękowania chciałabym złożyć pani mgr Elżbiecie Baum-Chróścickiej za Jej wieloletnie pro-

wadzenie działu Szpital Przyjazny Dziecku, organizowanie ekip wyjeżdżających do przeprowadzenia ocen i reocen szpitali oraz pełnienie funkcji skarbnika.

Pani dr n. przyr. Elżbiecie Łodykowskiej za ogrom pracy związanej z porządkiem dokumentacji KUKP na początku naszej działalności i późniejszą aktywność. Pani dr Marzenie Kostuch za reprezentowanie Komitetu na międzynarodowych spotkaniach bliźniaczych organizacji z innych krajów. Podjęty przez Nią trud badania sytuacji wykarmialności piersią aktualnej populacji niemowląt wykazał niestety niezadawalające wyniki.

Pani dr hab. Marii Wilińskiej, wiceprzewodniczącej KUKP za ogrom pracy włożonej w starania o otrzymanie grantu związanego z edukacją personelu medycznego w zakresie laktacji, niestety nie uzyskanego, oraz za efektywne kontakty ze sponsorami. Przy okazji życzę Pani Docent Marii z całego serca owocnej pracy na zaszczytnym stanowisku Przewodniczącej Komitetu, które niedawno objęła.

prof. dr hab. Barbara Kowalewska-Kantecka



Z głębokim żalem żegnamy

dr Marię Welento-Tyszko

gorącą orędowniczkę karmienia naturalnego,
wybitnie zasłużoną aktywistkę w propagowaniu
karmienia piersią w Polsce.

Zarząd Główny
Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią

W KUKP kończymy rok na pełnych obrotach

Od wydania poprzedniego numeru Biuletynu upłynęły zaledwie trzy miesiące, a w KUKP tyle się działo!

Pozyskaliśmy wspianego Patrona i Członka Honorowego KUKP w Osobie Jego Magnificencji prof. dra hab. Ryszarda Gellerta, Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Dziękujemy i deklarujemy obfitość i rzetelność działań w realizacji naszych zadań statutowych pod tak zaszczytnym Patronatem.

Odbyliśmy wiele spotkań, m.in. z Głównym Inspektorem Sanitarnym Ministrem Jarosławem Pinkasem, Rzecznikiem Praw Dziecka Panem Mikołajem Pawlakiem, z Dyrektorem Generalnym UNICEF Panem Markiem Krupińskim i Panią Dyrektorem Ewą Falkowską. Za szczególnie ważną uznaję wizytę w Ministerstwie Zdrowia i spotkanie z Panią Minister Józefą Szczurek-Żelazko. Miałam możliwość zaprezentowania Pani Minister głównych założeń i celów działalności Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, w szczególności Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku. Pani Minister była bardzo zainteresowana znaczeniem tej Inicjatywy w propagowaniu karmienia piersią i w zakresie edukacji personelu medycznego, w ujednoczeniu wiedzy i praktyk szpitalnych. W związku ze zwiększoną ilością realizowanych działań uznaje potrzebę wsparcia SzPDz. Owocem tej wizyty było m.in. kolejne spotkanie w MZ z nadzorem krajowym pielęgniarek i położnych. Spotkanie prowadziły Pani Minister Józefa Szczurek-Żelazko oraz dr Greta Kanowik, Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych. Temat spotkania objął kształcenie przed- i podyplomowe tej grupy zawodowej w zakresie laktacji i karmienia naturalnego. Zapowiedziana jest kontynuacja działań w zakresie edukacji personelu medycznego, ze szczególnym wskazaniem na opiekę powypisową.

Braliśmy udział w konferencjach, m.in. w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP), gdzie

odbyła się debata na temat problemów osób z łuszczycą; w Poznaniu na ogólnopolskiej konferencji PROLACTA zorganizowanej przez Fundację Opieki Okołoporodowej; w 10. edycji Spotkań Teatralnych pt. „Noworodek pacjentem wielospecjalistycznym...” w Częstochowie, wspianego spotkania naukowego organizowanego przez niebywale aktywną dr Jolantę Warzychę, członka Zarządu Głównego KUKP oraz w Toruniu w ogólnopolskiej konferencji Stowarzyszenia Menedżerów Pielęgniarstwa. Pełna informacja o naszej aktywności podczas tych konferencji znajduje się w zakładce AKTUALNOŚCI na stronie internetowej www.laktacja.pl.

Wspólnie z dr Marzeną Kostuch przeprowadziłyśmy całodniowe szkolenie z zasad realizacji 10 kroków do Udanego karmienia Piersią w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP oraz w Szpitalu Miejskim w Olsztynie. Kolejne szkolenie zaplanowane jest na 8 lutego w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP.

Ciągle intensywnie pracujemy nad reocenami i ocenami szpitali. W zdobyciu tytułu Szpital Przyjazny Dziecku chodzi o uwiarygodnienie wysokiego standardu opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i karmiącą. W informacji zwrotnej ze szpitali w Polsce widzimy bardzo duże zainteresowanie tytułem, dużą chęć poprawy jakości świadczeń, ale też brak środków finansowych lub brak personelu do realizacji wszystkich 10 kroków. To nas bardzo smuci, o tym głośno mówimy w Ministerstwie Zdrowia i innych ośrodkach decydujących o jakości w ochronie zdrowia. Jesteśmy dobrej myśli, bo dla Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (bastion, w którym jeszcze nie byliśmy) jakość jest naczelnym parametrem działania w szpitalach. Inicjatywa WHO 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią jest takim parametrem, potwierdzonym m.in. przez Amerykańską Akademię Pediatrii.

Zapraszamy na naszą stronę internetową aktualizowaną we współpracy z dr Marzeną Kostuch.

*Przewodnicząca ZG KUKP
Maria Wilińska*

Miejsce Przyjazne Karmieniu Piersią

Program Miejsce Przyjazne Karmieniu Piersią stworzyliśmy w KUKP. Ma on celu zapewnienie w jak największej ilości przestrzeni publicznych w kraju właściwych warunków dla nieskrępowanego karmienia piersią przy uwzględnieniu praw mam karmiących, jak również innych użytkowników przestrzeni.

Program uzyskał Patronat Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) prof. dra hab. Ryszarda Gellerta oraz Rzecznika Praw Dziecka Pana Mikołaja Pawlaka. Zyskaliśmy też dla tej Inicjatywy akceptację Głównego Inspektora Sanitarnego dra hab. Jarosława Pinkasa, prof. CMKP oraz Dyrektora Biura UNICEF w Polsce Pana Marka Krupińskiego.

Program MOMbrella Fundacji FreeMOM idealnie wpisuje się w Inicjatywę Miejsce Przyjazne Karmieniu Piersią! Gratulujemy pomysłu i zapraszamy kolejne organizacje do włączania się w ten projekt.



Rzecznik
Praw Dziecka
Mikołaj Pawlak

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa | tel.: 22 58 431 58, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl | Biuro czynne: wtorek i czwartek w godz. 9.00–15.00
KUKP jest organizacją pożytku publicznego

Edukacja laktacyjna przed porodem a okres karmienia

dr. n. zdr. Agnieszka Kardziejonek

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 PUM
w Szczecinie

Przygotowanie matek do karmienia piersią zaczyna się jeszcze przed porodem. Udział w szkołach rodzenia zmniejsza poziom lęku przed i po porodzie^{1,2}. Matki, które uczestniczą w zajęciach szkoły rodzenia dowiadują się podstawowych informacji o karmieniu³. Jak podaje Michalak szkoła rodzenia, a właściwie **szkoła karmienia, przed porodem zwiększa szanse na dłuższe i łatwiejsze karmienie piersią**⁴. Osoba prowadząca informuje o korzyściach zdrowotnych dla matki i dziecka, pokazuje pozycje do karmienia, zaznajamia ze wskaźnikami skuteczności karmienia. Szkołę rodzenia wybierają głównie matki z wyższym wykształceniem, zamieszkujące duże miasta i oczekujące pierwszego dziecka⁵. Matki, które otrzymały edukację w zakresie karmienia piersią w 41% częściej inicjują i kontynuują karmienie piersią, niż kobiety, które z niej nie skorzystały⁶.

Edukacja laktacyjna powinna być prowadzona w oddziałach patologii ciąży i poradniach przyklinikowych. Jest obowiązująca w szpitalach posiadających tytuł Szpital Przyjazny Dziecku. Rodzice przed porodem mogą zapoznać się z zasadami obowiązującymi na oddziale, które często są spisane nie tylko w procedurach wewnętrznych placówki ale także w widocznym miejscu dla pacjentów. Standard opieki okołoporodowej zakłada edukację w zakresie karmienia piersią i wsparcie w laktacji, w tym rozwiązywanie problemów związanych z laktacją w ramach spotkań edukacyjnych z położną i szkoły rodzenia, która według najnowszego standardu ma ramowy zakres tematyczny⁷. Wiele matek wybiera formę karmienia dzieci po porodzie już w okresie prenatalnym. Mimo, że w okresie ciąży spotykają się z położną i lekarzem, to nie wszyscy wybierają szkoły rodzenia i edukacja nie jest na tyle wystarczająca, aby każda kobieta posiadała odpowiednią wiedzę o laktacji⁸.

Przeprowadzono badanie w latach 2016 i 2017, którego celem pracy była ocena różnych czynników warunkujących okres karmienia dzieci mlekiem matki, między innymi uczestnictwo w szkole rodzenia⁹. Początkowo przeprowadzono badania jakościowe (grupy fokusowe, zogniskowany wywiad grupowy), następnie wykonano badanie pilotażowe na podstawie autorskiego kwestionariusza. Po analizie pilotażu podjęto badania ilościowe wykorzystując przygotowaną ankietę. Badaniem objęto 450 respondentek. Przyjęto niżej wymienione kryteria doboru kobiet: urodzenie minimum jednego dziecka po 2011 roku, urodzenie > 37. tygodnia ciąży, ciąża pojedyncza, zakończenie karmienia mlekiem matki tego dziecka. Wyniki poddano analizie statystycznej. Podzielono respondentki na grupy wg czasu zakończenia karmienia oraz źródeł pokarmu: karmienie piersią i/lub swoim pokarmem (PM) lub w sposób mieszany z mieszanką sztuczną (M).

Wybrane wyniki badań:

Źródła wiedzy o karmieniu piersią

Badanie wykazało, że dla 43,8% uczestniczek ankiety źródłem informacji o karmieniu piersią były czasopiśma i książki, dla 38,0% badanych kobiet Internet, 36,0% respondentek zdobywało wiedzę laktacyjną u położnej, a dla **29,8% szkoła rodzenia**.

Uczestnictwo w szkole rodzenia

Uczestnictwo w szkole rodzenia wpływało istotnie na okres karmienia piersią wśród respondentek. Analiza wyników ukazała, że **matki, które korzystały ze szkoły rodzenia, karmiły dłużej ($p < 0,001$)**. Najwięcej respondentek (27,8%), które nie uczęszczały na zajęcia szkoły rodzenia było w grupie karmiących mieszanie do 3 miesięcy życia dziecka, natomiast wśród uczęszczających – najliczniejszą grupą (28,4%) były respondentki karmiące powyżej roku życia. (Tabela 1)

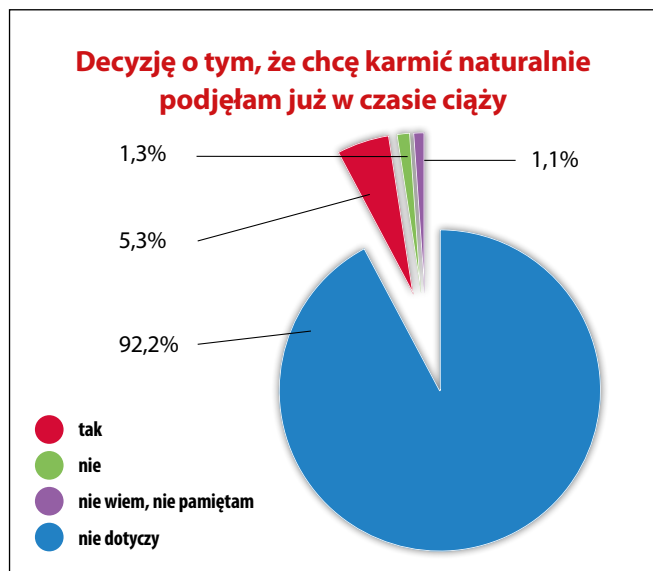
Czas podjęcia decyzji o karmieniu piersią a długość laktacji

Zastanowiono się również czy czas podjęcia decyzji o karmieniu piersią wpływa na okres jego trwania. Analiza badania ukazała, że 92,2% spośród wszystkich respondentek podjęło decyzję o karmieniu piersią w czasie ciąży a tylko 5,3% kobiet nie.

Tabela 1. Uczestnictwo w szkole rodzenia a okres karmienia piersią wśród respondentek

Szkoła rodzenia jako źródło informacji o karmieniu piersią	0-3 mies.				4-6 mies.				7-12 mies.				Powyżej 12 mies.				p*
	PM		M		PM		M		PM		M		PM		M		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	2	1,5	16	11,9	7	5,2	17	12,7	32	23,9	18	13,4	38	28,4	4	3,0	< 0,001
Nie	15	4,7	88	27,8	28	8,9	29	9,2	73	23,1	33	10,4	45	14,2	5	1,6	

* Dokładny test Fishera



Rycina 1. Czas podjęcia decyzji o karmieniu piersią wśród wszystkich badanych

Po analizie danych z podziałem na grupy stwierdzono, że **matki, które decyzję o karmieniu piersią podjęły już w ciąży, karmiły dłużej ($p < 0,001$)**. Ponad połowa respondentek karmiących mieszanie (62,5%) nie podjęła decyzji o chęci karmienia naturalnego w czasie ciąży, była w grupie matek, które zakończyły karmienie do 3 miesięcy od porodu. Natomiast częściej tę decyzję podejmowały matki karmiące piersią (24,6% matek, które zakończyły karmienie od 7 do 12 miesięcy od porodu oraz 20,0% respondentek karmiących powyżej roku życia dziecka, co wpłynęło na ich dłuższą laktację.

Wnioski badania własnego:

1. Przygotowanie przedporodowe odgrywa ważną rolę w karmieniu piersią, dzięki uczestnictwu w szkole rodzenia matki znają korzyści karmienia własnym pokarmem, co przyczynia się do dłuższego czasu laktacji. Dlatego dalej należy promować tę formę edukacji.
2. Pracownicy ochrony zdrowia powinni regularnie podwyższać swoją wiedzę laktacyjną, ponieważ prawidłowa realizacja założeń standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej korzystnie wpływa na dłuższy okres karmienia piersią.

Tabela 2. Decyzja o karmieniu piersią przed porodem a okres laktacji

Decyzję o tym, że chcę karmić naturalnie podjęłam już w czasie ciąży	0-3 mies.		4-6 mies.		7-12 mies.		Powyżej 12 mies.		p*								
	PM	M	PM	M	PM	M	PM	M									
	n	%	n	%	n	%	n	%									
Tak	17	4,1	80	19,3	31	7,5	45	10,8	102	24,6	48	11,6	83	20,0	9	2,2	< 0,001
Nie	0	0,0	15	62,5	3	12,5	1	4,2	3	12,5	2	8,3	0	0,0	0	0,0	
Nie wiem, nie pamiętam	0	0,0	4	66,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	
Nie dotyczy	0	0,0	5	100	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

* Dokładny test Fishera

Podsumowanie:

Badania własne oraz Kamianowskiej¹⁰ wykazały, że matki, które korzystały ze szkoły rodzenia, karmiły dłużej. Badania prowadzone w Polsce podają, w zależności od autora i regionu Polski, że 17% do 32% kobiet korzystało z tej formy edukacji^{1,11}. Ponadto Majchrzak podaje, że zauważa się spadek zainteresowania tą formą przygotowania do rodzicielstwa¹². Z przeprowadzonych przez NIK badań ankietowych wynika, że kobiety w ciąży wiedzę na temat porodu czerpały z Internetu, czasopism, od znajomych. Tylko 30% kobiet, które urodziły pierwsze dziecko, uczęszczało do szkoły rodzenia. Raport wskazał, iż potrzebna jest wczesna edukacja jak największej liczby kobiet w ciąży realizowana np. w szkołach rodzenia¹³. Przygotowanie do karmienia piersią powinno być prowadzone w szkołach rodzenia, które mają w sposób profesjonalny pomóc przygotować się rodzicom przyjąć nowe role społeczne¹⁴. **Edukacja laktacyjna powinna być prowadzona w czasie ciąży szczególnie jeśli zwiększa okres karmienia co wykazało badanie własne.** Osoby zajmujące się edukacją matek w okresie ciąży powinny dołożyć wszelkich starań aby treści o karmieniu piersią były przekazywane w sposób zrozumiały i kompetentny.

Kontakt do autora: cud@narodzin.pl

Piśmiennictwo:

1. Czerwińska-Osipiak A. (2016). Czynniki determinujące funkcjonowanie kobiet w okresie połogu. Rozprawa doktorska w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.
2. Szymański S., Brzączyk W., Konstany-Kurkiewicz V. (2017). Wpływ zajęć w szkole rodzenia na zmniejszenie lęku porodowego. Pielęgniarstwo Polskie. 232.
3. Krysa J., Iwanowicz-Palus G. J., Bień A. M., Rzońca E., Zarajczyk M. (2016). Antenatal classes as a form of preparation for parenthood: analysis of benefits of participating in prenatal education. Polish Journal of Public Health, 126(4), 192-196.
4. Michalak E. (2018). Pokonaj Laktoterrorizm. Pięć kroków do udanego karmienia piersią. Konin ISBN 978-83-952757-0-8.
5. Kwiatek M., Geca T., Biegaj-Fic J., Kwasniewska A. (2011). Szkoła rodzenia-profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu, 17(3).
6. Cohen S. S., Alexander D. D., Krebs N. F., Young B. E., Cabana M. D., Erdmann P., et al. (2018). Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: A meta-analysis. The Journal of pediatrics, 203, 190-196.

7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacji opieki okołoporodowej [Przeładowany: 19.11.2018]. Dostęp w: www.prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf.
8. Parks E.P., at. al, Feeding Healthy Infants, Children, and Adolescents; in: Kliegman R.M. at.al., Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set, 20th Edition, Elsevier Health Sciences, 2016, Chapter 45, p. 286-295. ISBN 978-1455775668.
9. Kardziejonek A. (2019). Czynniki determinujące okres karmienia dzieci mlekiem matki. Rozprawa doktorska w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym.
10. Kamianowska M, Szczepański M, Nowicka M. (2009). Analiza wpływu wczesnych problemów w karmieniu piersią oraz wiedzy matek w zakresie laktacji na sposób żywienia dzieci w okresie pierwszych 6 tygodni życia. Przegląd Pediatryczny (1), 29-34.
11. Cierpka A, Żuralska R, Olszewski J, Gaworska-Krzemińska A. (2007) Wiedza położnic na temat karmienia piersią. Problemy Pielęgniarstwa, 15 (2,3), 172-178.
12. Majchrzak M. i in. Czynniki determinujące sposoby karmienia noworodków i małych dzieci, w: Dobrostan i rodzina. Wydaw. Naukowe NeuroCentrum, 2014. ISBN 978-83-61495-27-7, s. 79-88.
13. Radgowski, W. (2017). Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych, zapewnienie standardów świadczeń zdrowotnych. Kontrola Państwowa, 62(3 (373)), 50-66.
14. Ćwiek D., Augustyniak K., Branecka-Woźniak D., Fryc D., Prociak J., Berezowska E., i inni (2017). Szkoła rodzenia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Szczecin ISBN 978-83-200-3949-8. ▶

Czy leki do znieczulania w położnictwie kolidują z wczesnym przystawieniem noworodka do piersi

*dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP
Kliniczny Oddział Neonatologii CMKP SPSK
im. prof. W. Orłowskiego*

Wszystkie leki stosowane do znieczulenia kobiety w okresie porodu przenikają zarówno do krwi dziecka jak i do pokarmu kobiecego. Stopień tego transferu oraz oddziaływanie na płód i noworodka są zróżnicowane.

Anestetyki dożyłne stosuje się w celu wprowadzenia do znieczulenia i jego podtrzymania.

Propofol (cięża: B, laktacja: L2) jest szybko i krótko działającym hipnotykiem. W 98% wiąże się z białkami osocza. Najistotniejsze działania niepożądane obejmują depresyjny wpływ na układ krążenia wyrażający się spadkiem ciśnienia tętniczego i depresją oddechową.

W ciąży donoszonej, po przejściu przez łożysko, stężenie propofolu we krwi pępowinowej wynosi 70% stężenia matki. Używany do znieczulenia cięcia cesarskiego nie wywiera niekorzystnego wpływu na stan zdrowia płodu

i noworodka po urodzeniu. Opisywane w skali ENNS (early neonatal neurobehavioral status) osłabienie stanu neurobehawioralnego płodów występowało w rzadkich przypadkach, było przejściowe i łagodne.

Podczas karmienia piersią noworodek otrzymuje z mlekiem nie więcej niż 1% dawki leku podanego matce. Lek jest szybko eliminowany z krążenia noworodka.

Rekomendacja: Propofol stosowany w położnictwie jest lekiem bezpiecznym z punktu widzenia wpływu na płód, stan noworodka po urodzeniu oraz w aspekcie karmienia naturalnego. Zaleca się jednak obserwację noworodków bezpośrednio po urodzeniu pod kątem ewentualnego niekorzystnego wpływu na oddychanie oraz obniżonej aktywności podczas karmienia.

Tiopental (cięża: C, laktacja L 3) – ultra szybko i krótko działająca siarkowa pochodna kwasu barbiturowego. Działanie polega na tłumieniu neuronów tworzących siatkowatego i skróceniu fazy snu REM. Szybkość działania na ośrodkowy układ nerwowy jest związana z łatwością rozpuszczania się leku w tłuszczach.

Najistotniejsze działania niepożądane tiopentalu obejmują depresyjny wpływ na układ krążenia wyrażający się spadkiem ciśnienia tętniczego. Lek wywołuje ponadto depresję oddechową oraz skurcz głośni i drzewa oskrzelowego. Jest silnym induktorem enzymów wątrobowych, przyspieszając w ten sposób metabolizm innych leków i endogennych substancji takich jak m.in. hormony steroidowe czy kwasy żółciowe.

Tiopental podany ciężarnej jest wykrywany we krwi płodu już po 1 minucie od iniekcji w stężeniu tylko niewiele niższym niż we krwi matki. Jednakże, koncentracja w OUN płodu jest mała i krótkotrwała z powodu szybkiego metabolizowania leku. Stosowany w znieczuleniu w standardowych dawkach nie wywiera więc istotnego wpływu na płód i na stan noworodka po urodzeniu. Dawki wyższe mogą spowodować depresję oddechową u noworodka.

Noworodek karmiony wyłącznie mlekiem matki osiąga stężenie leku w surowicy około 0,135mg/kg (zaledwie 2–3% dawki matki w przeliczeniu na kg masy ciała). Czyli, podczas pierwszego karmienia jest to mniej niż 0,1% dawki. Biorąc pod uwagę obniżające się stężenie leku we krwi kobiety i tym samym w jej mleku, nie należy obawiać się u noworodka karmionego wyłącznie piersią objawów toksycznych, nawet z uwzględnieniem dłuższego okresu eliminacji leku przez dziecko.

Rekomendacja: Tiopental stosowany w położnictwie jest lekiem bezpiecznym z punktu widzenia wpływu na płód, stan noworodka po urodzeniu oraz w aspekcie karmienia naturalnego. Zaleca się jednak obserwację noworodka bezpośrednio po urodzeniu pod kątem nadmiernej

sedacji, obniżonej aktywności podczas ssania, ewentualnego niekorzystnego wpływu na oddychanie.

Etomidat (ciąża – brak danych, laktacja – brak danych) stosowany w indukcji znieczulenia; jest szybko i krótko działającym hipnotykiem. Działa deprymująco na twór siatkowaty w pniu mózgu, prawdopodobnie przez pobudzenie układu kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). W ciągu 1 minuty od wstrzyknięcia etomidat osiąga maksymalne stężenie we krwi. Około 75% leku wiąże się z białkami osocza. W narządach silnie ukrwionych, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym, lek osiąga stężenie takie jak we krwi. Wskutek tak szybkiej dystrybucji stężenie leku w osoczu spada już po pierwszej minucie po podaży. W tkance tłuszczowej maksymalne stężenie osiąga jest po 10–25 minutach.

Etomidat może być używany podczas ciąży do znieczulenia pacjentki. W przypadku użycia w znieczuleniu do cięcia cesarskiego noworodek może wykazywać cechy depresji oddechowej.

Transfer leku do mleka oraz tolerancja przez karmione piersią noworodki są słabo zbadane. Jak dotąd nie opisano istotnych działań niepożądanych u noworodków karmionych piersią przez matki, które w znieczuleniu otrzymały etomidat.

Rekomendacja: kiedy matka osiągnie pełną świadomość po znieczuleniu, noworodek może być przystawiany do piersi. Ani opisane cechy farmakodynamiczne leku ani obserwacje kliniczne nie potwierdzają potrzeby opóźnienia lub przerwania karmienia piersią.

Ketamina (ciąża: B, laktacja L3). Ketamina jest szybko działającym anestetykiem o działaniu hipnotycznym i analgetycznym. Jest jedynym anestetykiem, który stymuluje układ krążenia, przyspieszając czynność serca i jednocześnie podwyższając ciśnienie tętnicze. Wywiera silny efekt przeciwbólowy. Nie powoduje depresji oddechowej. Działanie występuje 45–50 sekund po wstrzyknięciu dożylnym i utrzymuje się przez 10–20 minut.

Stopień wiązania z białkami jest niewielki, wynosi 12%. Z powodu dobrej rozpuszczalności w lipidach ketamina po wstrzyknięciu dożylnym szybko przenika do mózgu. Około 10 minut po podaniu stężenie w mózgu jest już nieznaczne, podczas gdy inne silnie ukrwione tkanki zawierają 70% związku.

Ketamina przenika przez łożysko. Zwiększa napięcie mięśnia macicy, nasila siłę i częstość skurczów macicy. Po podaniu dawki większej niż 2 mg/kg obserwowano znaczny wzrost napięcia macicy. Wysokie dawki wywierają depresyjny wpływ na płód, wywołując zaburzenia widoczne w monitorowaniu biofizycznym dziecka.

Ketamina użyta w znieczuleniu do cięcia cesarskiego może wywołać zaburzenia zachowania rodzącej i dziecka.

Stanowi to istotne ograniczenie zastosowania leku. U noworodka obserwuje się zaburzenia ssania. Negatywnego wpływu na dziecko nie obserwuje się, jeżeli czas od podaży leku do wprowadzenia do znieczulenia lub wyprobowania ze znieczulenia nie przekracza odpowiednio 10 i 1,5 minuty.

Karmienie piersią

Nie ma badań opisujących tolerancję i bezpieczeństwo karmienia piersią przez kobiety. Jednocześnie nie opisywano istotnego negatywnego wpływu ketaminy na noworodka karmionego piersią. Ze względu na brak danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego nie zaleca się stosowania tego leku w okresie karmienia piersią.

Rekomendacja: Nie wydaje się, aby ketamina mogła być rekomendowana do stosowania podczas ciąży. Wyjątkiem jest znieczulenie do cięcia cesarskiego u chorej we wstrząsie spowodowanym krwotokiem z dróg rodnych, z wyłączeniem pęknięcia macicy i wypadnięcia pępowiny. Monitorowanie noworodka obejmuje obserwację nadmiernego uspokojenia, nadwrażliwości na bodźce, osłabionego ssania.

Lotne środki znieczulenia ogólnego – anestetyki wziewne

Lotne środki znieczulenia ogólnego, czyli anestetyki wziewne to podtlenek azotu oraz pary anestetyczne: halotan, enfluran, izofluran, sewofluran i desfluran. Służą do indukcji znieczulenia drogą wziewną i do jego podtrzymywania.

Desfluran (ciąża – brak danych, laktacja – brak danych) spośród wszystkich anestetyków wziewnych desfluran wywołuje najszybszą indukcję znieczulenia, pozwala na najszybsze wybudzenie pacjenta i najłatwiejsze sterowanie jego głębokością. Działa depresyjnie głównie na układ krążenia i na układ oddechowy.

Nie ma opublikowanych doświadczeń z desfluranem podczas karmienia piersią. Ponieważ okres półtrwania desfluranu w surowicy u matki jest krótki, nie wydaje się, że lek przenika do mleka matki. Nie jest wymagane opóźnienie lub odroczenie karmienia piersią. Karmienie piersią można rozpocząć, gdy tylko matka uzyska świadomość po znieczuleniu ogólnym.

Desfluran należy do standardowych leków stosowanych w znieczuleniu do zabiegów podczas ciąży oraz do cięcia cesarskiego. Noworodki powinny być obserwowane pod kątem wydolności oddechowej i krążeniowej, jak również hiperbilirubinemii.

Sewofluran (Ciąża: B, Laktacja: L3) cechuje się nieco mniejszą sterownością niż desfluran. Nie drażni górnych

dróg oddechowych i dzięki temu nadaje się do indukcji znieczulenia drogą wziewną. Wpływ na układ krążenia i oddechowemu znieczulanej pacjentki jest zbliżony do desfluranu.

Wziewne leki halogenowe są standardowymi preparatami do znieczulenia w położnictwie. Noworodek powinien być obserwowany pod kątem stabilności oddechowej i krążeniowej. Jak tylko matka może przystawić dziecko do piersi po znieczuleniu, należy to zrobić. Ani parametry farmakokinetyczne leków użytych do znieczulenia, ani obserwacje kliniczne nie uzasadniają opóźnienia ani przerywania karmienia piersią. Zalecenie to odnosi się także do znieczulenia do cięcia cesarskiego. Transfer leków przez łożysko jest wyższy niż przenikanie leku do pokarmu matczyngo. Nieznacznie zwiększone jest ryzyko wystąpienia hiperbilirubinemii.

Rekomendacja: Można stosować w znieczuleniu do cięcia cesarskiego. Należy unikać wysokich stężeń i długiego czasu stosowania, bo wzrasta ryzyko nadmiernej relaksacji mięśnia macicy rodzącej oraz depresji oddechowej noworodka. Przenikają przez barierę łożyskową. Są wydzielane do mleka matki, ale osiągają w nim śladowe stężenia. Ostrożnie stosować w okresie karmienia piersią.

Podtlenek azotu (ciąża: brak danych, laktacja: L3) Gaz rozwesalający. Podtlenek azotu jest nieorganicznym, bezbarwnym, bezwonny i pozbawionym smaku gazem, stosowanym zwykle do uzupełnienia znieczulenia ogólnego. Transport w osoczu odbywa się wyłącznie w postaci gazu rozpuszczonego fizycznie. Rozpuszczalność we krwi jest podobna do desfluranu, natomiast rozpuszczalność w mózgu i w innych narządach jest mniejsza niż wszystkich innych anestetyków wziewnych. W związku z tym ciśnienie gazu w mózgu rośnie w czasie wprowadzania do znieczulenia szybko i odpowiednio szybko następuje działanie. Po przerwaniu podawania gaz ulega niezwłocznej eliminacji z krwi przez płuca i następuje szybkie budzenie.

Podtlenek azotu jest słabym anestetykiem, jest więc stosowany głównie jako uzupełnienie innych anestetyków, umożliwiając zmniejszenie ich dawkowania.

Przedłużone stosowanie podtlenku azotu (> 15–17 minut) jest związane ze wzrostem jego depresyjnego oddziaływania na noworodka. Nie ma danych o przenikaniu podtlenku azotu do mleka ludzkiego.

Rekomendacja: Podtlenek azotu jest lekiem bezpiecznym dla noworodka. Jednakże, neonatolog musi wiedzieć o zastosowaniu tego leku u rodzącej aby kontrolować wydolność układu oddechowego u noworodka po urodzeniu.

III Opioidy. Spośród licznych opioidów w anestezjologii położniczej stosuje się zwykle fentanyl i sufentanyl. Inne opioidy, jak morfina, alfentanyl, remifentanyl, są stosowane raczej w znieczuleniach do wydobycia resztek

łożyska z macicy, ewentualnie do zabiegów wykonywanych po porodzie.

Opioidy wykazują silne działanie analgetyczne, a ponadto wywierają działanie nasenne i euforyzujące.

W położnictwie zastosowanie opioidów w znieczuleniu ogólnym jest ograniczone. Po podaniu dożylnym szybko i w znacznym stopniu przechodzą przez łożysko. Z uwagi na depresyjne działanie na płód i noworodka, w znieczuleniu porodu stosowanie opioidów powinno być ograniczone do wstępnej fazy rozwierania. W znieczuleniu do cięcia cesarskiego nie powinny być stosowane przed zaciśnięciem pępowiny. W znieczuleniach regionalnych do porodu drogami naturalnymi są stosowane w połączeniu ze środkami znieczulenia miejscowego.

Fentanyl (ciąża: C, laktacja: L2). Fentanyl jest lekiem silnie lipofilnym, szybko przenika przez barierę krew-mózg. Maksymalne działanie występuje 5–8 minut po wstrzyknięciu i przy standardowej dawce utrzymuje się przez 20–30 minut. Stosowanie fentanylu w znieczuleniach ogólnych w położnictwie powinno być ograniczone do wczesnej fazy okresu rozwierania z uwagi na zagrożenie depresją oddechową u noworodka. Przy rozważnym stosowaniu w zewnątrzoponowych znieczuleniach porodu, ryzyko ośrodkowej depresji oddechowej jest znikome zarówno u matki jak i u noworodka i postępowanie to uznaje się za bezpieczne. Nieco większe ryzyko wiąże się z podażą leku do przestrzeni podpajęczynówkowej.

Sulfentanyl (ciąża: C, laktacja: L4) bardzo silny opioid. Działa 7–10-krotnie silniej, a także szybciej i krócej od fentanylu. Jest bardziej lipofilny niż fentanyl. Silnie wiąże się z receptorami opioidowymi. Rozmieszcza się szybko w narządach obwodowych. Maksymalne działanie leku następuje około 2–4 minut po wstrzyknięciu i przy standardowej dawce utrzymuje się 30 minut.

Stosowanie sulfentanylu w znieczuleniach ogólnych w położnictwie powinno być ograniczone do wczesnej fazy okresu rozwierania z uwagi na zagrożenie depresją oddechową u noworodka. Przy rozważnym stosowaniu w zewnątrzoponowych znieczuleniach porodu, ryzyko ośrodkowej depresji oddechowej jest znikome zarówno u matki jak i u noworodka. Nieco większe ryzyko wiąże się z podażą leku do przestrzeni podpajęczynówkowej.

W trakcie porodu i zabiegu cięcia cesarskiego stosowanie dożylnie przed zaciśnięciem pępowiny jest przeciwwskazane. Sulfentanyl może bowiem wywierać hamujący wpływ na ośrodek oddechowy noworodka. W takiej sytuacji, na podstawie danych farmakokinetycznych należałoby przyjąć, że karmienie piersią można podjąć 24 h po znieczuleniu ogólnym.

Sulfentanyl przenika do mleka ludzkiego. Należy zachować ostrożność w przypadku podawania sulfentanylu kobiecie karmiącej piersią.

Alfentanyl (ciąża C, laktacja: L2) opioid słabiej działający od fentanylu, o szybszym i krótszym czasie działania. Maksymalne działanie przeciwbólowe i hamujące oddychanie występuje około jednej minuty od dożylnego wstrzyknięcia, a minimalny czas działania wynosi 11 minut. Alfentanyl jest mniej lipofilny niż fentanyl, wiąże się więc słabiej z tkanką tłuszczową i mięśniami. Lek osiąga we krwi pępowinowej około 30% stężenia we krwi matki. Potencjalny wpływ alfentanylu na noworodka obejmuje depresję oddechową i hipotensję.

Morfina (ciąża: C, laktacja: L3) obecnie rzadziej używana w znieczuleniu ogólnym do cięcia cesarskiego i w znieczuleniach regionalnych w położnictwie. Jej stosowanie w czasie porodu wiązałoby się z ryzykiem depresji oddychania u noworodka. Bywa stosowana w łagodzeniu bólu w czasie wydobycia z macicy resztek łożyska, czy w czasie drobnych zabiegów po porodzie.

Stężenie morfiny i jej metabolitu, morfino-6 glukozydronidu w colostrum u matek, u których do analgezji porodu drogą cięcia cesarskiego stosowano morfinę, jest bardzo małe. Nie opisano szkodliwego działania morfiny stosowanej u matek na karmione piersią noworodki.

Morfina jest jednym z bezpieczniejszych leków tej grupy, bo wchłanianie z przewodu pokarmowego przez noworodka jest bardzo małe. Długotrwała podaż morfiny w wysokich dawkach może spowodować nadmierną sedację i zaburzenia oddychania u noworodka.

Remifentanyl (ciąża: C, laktacja L3) dzięki odmiennej strukturze od innych opioidów remifentanyl cechuje się sterownością terapii porównywalną z anestetykami wziewnymi. Wynika ona z szybkiego rozkładu leku w organizmie.

Słabiej od innych opioidów, bo jedynie w 70% wiąże się z białkami osocza. Słaba jest także jego rozpuszczalność w lipidach. Półokres ustalania równowagi między krwią a mózgiem wynosi dla remifentanylu, podobnie jak dla alfentanylu, 1–1,5 minuty.

Przenikanie leku z krwi matki do pęcherzyka mlecznego w gruczole piersiowym jest śladowe. Wysokie wiązanie z albuminami osocza matki powoduje słabe przenikanie leku do mleka matki.

pK_a wynosi 7,07 i oznacza możliwość powrotu z mleka do osocza matki zgodnie z aktualną różnicą stężeń. Jest to mechanizm ochronny przed gromadzeniem się leku w pęcherzyku mlecznym. Lek w minimalnym stopniu przenika do tkanek innych niż krew matki i w związku z tym jego obecność w organizmie jest bardzo krótka. W połączeniu z bardzo krótkim okresem półtrwania oznacza to bardzo szybką eliminację leku z organizmu ludzkiego.

Kolejnym korzystnym w aspekcie bezpieczeństwa karmienia naturalnego parametrem leku jest duża masa cząsteczkowa. Barię biodostępności leku dla noworodka jest kategoria wchłaniania z przewodu pokarmowego, która dla remifentanylu jest określona jako słaba (*poor*).

Z powodu tej kinetyki, bardzo krótkiego okresu półtrwania i związanej z tym bardzo słabej biodostępności jest mało prawdopodobne, aby produkt osiągnął klinicznie istotne stężenia w mleku matki.

Rekomendacja: opioidowe leki przeciwbólowe zastosowane krótko przed urodzeniem dziecka mogą być przyczyną zaburzeń oddychania u noworodków po wydobyciu. Leki te mogą być używane podczas karmienia, ale przez krótki czas. Z powodu depresyjnego wpływu na oddychanie, noworodki tych matek powinny być poddane obserwacji. Opisywano zwiększone ryzyko bezdechów u noworodków.

Środki zwiotczające

Środki zwiotczające mięśnie to związki wywołujące odwracalne wiotkie porażenie mięśni szkieletowych. W znieczuleniu ogólnym do cięcia cesarskiego konieczne jest uzyskanie szybkiego i pewnego zwiotczenia przed intubacją. Stosowana jest w tym celu sukcyntylocholina, która wiąże się z receptorami cholinergicznymi, powodując ich długotrwałą depolaryzację. Przy obecności bezwzględnych przeciwwskazań do jej stosowania stosuje się rokuronium. W anestezyjologii położniczej znajduje też zastosowanie cis-atrakurium, którego cechą wyróżniającą jest niezależność od wątroby i nerek rozkład i eliminacja.

Sukcynylocholina (ciąża: C, laktacja: L1) lek o bardzo szybkim i bardzo krótkim działaniu. Dzięki małej rozpuszczalności w tłuszczach i zjonizowanemu charakterowi cząsteczki lek nie przenika przez łożysko. Rozpatrując zastosowanie w czasie porodu, należy uwzględnić ryzyko wystąpienia bezdechu u dziecka (ocenia się, że działanie to może wystąpić po podaniu rodzącej dawki > 1 mg/kg mc.). Lek może być stosowany w okresie karmienia piersią.

Rokuronium (Ciąża: brak danych, Laktacja: brak danych) jest niedepolaryzującym środkiem zwiotczającym charakteryzującym się najszybszym wystąpieniem działania spośród leków tej grupy. Bromek rokuronium w bardzo niewielkim stopniu przenika przez łożysko i nie powoduje klinicznie istotnych działań niepożądanych u noworodka. Podany jako wprowadzenie do znieczulenia nie ma wpływu na stan kliniczny dziecka po urodzeniu oceniany wg skali Apgar. Nie ma danych o przenikaniu rocuronium do mleka kobiet karmiących piersią.

U kobiet karmiących piersią lek ten należy stosować tylko wtedy, gdy w opinii lekarza prowadzącego korzyści przeważają nad ryzykiem.

żają nad ryzykiem. Po podaniu pojedynczej dawki zaleca się zaprzestanie karmienia piersią przez czas odpowiadający pięciu okresom półtrwania, tj przez około 6 godzin.

Cis-atracurium (Ciąża – B, Laktacja – brak danych) jest niedepolaryzującym środkiem zwiotczającym.

Stężenie leków zwiotczających podanych rodzącej w ciąży donoszonej we krwi pępowinowej stanowi 10–20% stężenia matki. To oznacza, że zachodzi istotny transport przezłożyskowy. Jednakże użycie tej grupy środków podczas porodu jest przez noworodki dobrze tolerowane. Z powodu wysokiej jonizacji leków oraz ograniczonej rozpuszczalności w tłuszczach, środki zwiotczające w przeciwieństwie do leków anestetycznych podawanych ogólnie i miejscowo dość trudno pokonują barierę krew-płyn mózgowo-rdzeniowy. To wyjaśnia brak efektu miorelaksacyjnego u płodu.

Rekomendacja: środki zwiotczające mogą być używane jako część zestawu anestetycznego podczas ciąży i porodu.

Analgezyja po CC

Paracetamol (ciąża: B, laktacja: L1). Niewielka ilość leku przenika do mleka matki. Nie obserwowano niepożądanych objawów u noworodka karmionego piersią po zażyciu paracetamolu przez matkę. Mimo, że metabolizm leku i wydalanie nerkowe jest u noworodka niedojrzałe, nie obserwowano kumulacji leku nawet przy dłuższym stosowaniu.

Rekomendacja: Paracetamol jest dopuszczalny przy karmieniu piersią. Poza ibuprofenem, paracetamol należy do grup analgetyków z wyboru u karmiących matek.

Nalbupina (ciąża: B, laktacja: L2) Lek przeciwbólowy o silnym działaniu zbliżonym do morfiny. Jest zarówno agonistą jak i antagonistą receptora opioidowego. Ilość leku, jaką otrzymuje dziecko karmione piersią wynosi 0,012% dawki matki.

Rekomendacja: Lek rekomendowany dla karmiących matek.

Ibuprofen (ciąża: brak danych, laktacja: L1) Niesteroïdowy lek przeciwzapalny i przeciwbólowy. Często stosowany u dzieci. Do mleka przenika mniej niż 0,6% dawki matki. Po podaży 400mg stężenie leku w mleku jest niewykrywalne. Nie opisano działania niepożądanego u karmionych piersią noworodków, których matki przyjęły Ibuprofen.

Rekomendacja: Ibuprofen jest lekiem z wyboru u karmiących matek.

Podsumowanie

1. O wszystkich lekach stosowanych podczas znieczulenia położniczego lekarz neonatolog powinien zostać poinformowany.

2. W związku z różnicami farmakologicznymi, farmakodynamicznymi i farmakokinetycznymi istnieje możliwość i konieczność doboru leków o najkorzystniejszym profilu dla osiągnięcia optymalnego efektu.
3. Każdy noworodek po cięciu cesarskim powinien być obserwowany pod kątem wystąpienia zaburzeń polekowych, głównie ze strony układu oddechowego i krążenia.
4. W podejmowaniu decyzji o odstąpieniu od karmienia dziecka należy wziąć pod uwagę ryzyko dla dziecka związane z podaniem mieszanki sztucznej jak również negatywnego wpływu zakazu karmienia piersią na wyzwolenie i utrzymanie laktacji u matki.

Piśmiennictwo:

1. d'Allesio JG, Ramanathan J. Effects of maternal anesthesia in the neonate. *Semin Perinatol* 1998;22:350-362
2. Dailland P, et al. Intravenous propofol during cesarean section: placental transfer, concentrations in breast milk, and neonatal effects. A preliminary study. *Anesthesiology*. 1989; 71(6):827–34.
3. Gin T, O'Meara ME, Kan AF, et al. Plasma catecholamines and neonatal condition after induction of anaesthesia with propofol or thiopentone at caesarean section. *Br J Anaesth* 1995;70:311-316
4. Nitsun M, Szokol JW., Saleh HJ, et al. Pharmacokinetics of Midazolam, propofol, and fentanyl transfer into human breast milk. *Clin Pharmacol Ther* 2006; 79:549-557
5. Esener Z, Sarihasan B, Güven H, Ustün E. Thiopentone and etomidate concentrations in maternal and umbilical plasma, and in colostrum. *Br J Anaesth*. 1992;69(6):586-8
6. Hodgkinson R, Bhatt M, Kim SS et al. Neonatal behavioral tests following cesarean section under general and spinal anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1978;132:670-674).
7. Baraka A, Luis F, Dalleh R. Maternal awareness and neonatal outcome after ketamine induction for anesthesia for cesarean section. *Can J Anaesth* 1990;37:641-644
8. de Amivi D, Delmonte P, Martinotti L et al. Can anesthesiologic strategies for cesarean section influence newborn jaundice? A retrospective and prospective study. *Biol Neonate* 2001;79:79-102
9. Baka NE, Bayoumeu F, Boutroy MJ et al. Colostrum morphin concentrations during postcesarean intravenous patient-controlled analgesia. *Anesth Anal* 2002;94:184-187
10. Sachs HC, and COMMITTEE ON DRUGS. The Transfer of Drugs and Therapeutics Into Human Breast Milk: An Update on Selected Topics. Copyright 2013 by the American Academy of Pediatrics. *PEDIATRICS*.2013;132 (3):e796-e809
11. Broussard CN, Richter JE. Treating gastroesophageal reflux disease during pregnancy and lactation: what are the safest therapy options? *Drug Saf*.1998;19:325-337
12. Yousefshahi F, Davari-Tanha F, Najafi A, Kaveh M, Hemami MR, Khashayar P, Anbarafshan.M. Effects of Intrathecal Opioids Use in Cesarean Section on Breastfeeding and Newborns' Weight Gaining. *J Family Reprod Health*. 2016;10(4): 176–183
13. Hale TW. Anaesthetic and Analgesic Medications: Implications for Breastfeeding. In: Hale TW, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation*. Hale Publishing, LP. 2007

14. Schaefer Ch, Peters P, Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation. Treatment options and risk assessment. Elsevier BV. 2th edition.2007
15. Hale TW. Hale's Medications & Mothers' Milk.. Hale Publishing. 2019.
16. Misiólek H, Zajączkowska R, Daszkiewicz A et al. Postoperative pain management — 2018 consensus statement of the Section of Regional Anaesthesia and Pain Therapy of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy, the Polish Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the Polish Association for the Study of Pain and the National Consultant in Anaesthesiology and Intensive Therapy. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2018, vol. 50, no 3, 173–199. doi: 10.5603/AIT.2018.0026
17. Matsota PK, Marcantonis SL, Fousteri MZF, Pandazi AK, Manikis DE, Christodouloupoulou TC et al. Excretion of ropivacaine in breast milk during patient controlled epidural analgesia after cesarean delivery. *Regional Anaesthesia Pain Medicine*. 2009;34:126-129

W przygotowywaniu materiału wykorzystano z charakterystyk produktu leczniczego

Wsparcie karmienia piersią jako czynnik ochronny dla zdrowia psychicznego matek w okresie poporodowym

Magdalena Chrzan-Dętkoś,

Tamara Walczak-Kozłowska

Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Poporodowe zaburzenia zdrowia psychicznego kobiet są problemem powszechnym i społecznym. Kontinuum trudności rozciąga się od łagodnych i przejściowych postaci tzw. *baby blues*, nie wymagającego specjalnej interwencji, a doświadczanego przez ok. 50–80% kobiet w ciągu pierwszych 14 dni po porodzie, poprzez typową depresję z łagodnymi i umiarkowanymi objawami (około 13–20%) aż do przypadków psychozy poporodowej (mniej niż 1%), określanych jako epizod głębokiej depresji z cechami psychotycznymi, często wymagający hospitalizacji (O'hara, McCabe, 2013; Robertson, Grace, Wallington, Stewart, 2004). Zaburzenia depresyjne są groźne w skutkach zarówno dla matki jak i dla jej dziecka. Ok. 30% depresyjnych matek przejawia myśli związane z wyrządzeniem sobie krzywdy, które mogą prowadzić do samobójstwa, stanowiącego siódmą główną przyczynę śmierci kobiet 6 miesięcy po porodzie (Oates, 2003). Zespół pod kierunkiem Jennings (1999) wskazał natomiast, że aż 41% matek cierpiących na depresję zgłasza myśli, których treść dotyczy krzywdzenia niemowlęcia. Zaburzenia depresyjne matki są również związane z wyższym stresem rodziców i zwiększonym ryzykiem negatywnych praktyk rodzicielskich (Netsi, Pearson, Murray, Cooper, Craske, Stein, 2018).

Depresja poporodowa, lęk i wątpliwości odnośnie skuteczności karmienia piersią są czynnikami ryzyka wczesnego zaprzestania karmienia naturalnego. Pomimo dobrze znanych i szeroko udokumentowanych korzyści zdrowotnych dla matki i dziecka, wskaźnik wyłącznego karmienia piersią do 6 miesięcy po porodzie rzadko osiąga poziom zalecany przez Światową Organizację Zdrowia. W Polsce odsetek wyłącznego karmienia piersią w 6. miesiącu po porodzie wynosi 10%, a karmienia piersią w ogóle – 38% (Królak-Olejnik, Gajewska, 2015). Brak wsparcia w zakresie karmienia piersią po urodzeniu i po wypisaniu ze szpitala jest czynnikiem, który silnie przyczynia się do niskiego wskaźnika rozpoczęcia i kontynuacji wyłącznego karmienia piersią. Przegląd literatury nie tylko wskazuje, że depresja jest czynnikiem ryzyka wczesnego zaprzestania karmienia piersią, ale także wyraźnie nakreśla się odwrotny związek: kobiety, dla których karmienie piersią stanowi trudność, znacznie częściej zapadają na depresję (Chaudron i in., 2004). Jak wskazuje Groër (2005), kobiety karmiące niemowlęta mlekiem modyfikowanym mają wyższy wskaźnik objawów depresyjnych niż kobiety karmiące piersią. Zespół Davey (2011) podkreśla, że konsultanci laktacyjni mogą pomóc w przewyciężeniu negatywnego poczucia winy doświadczanego przez matki.

Badania własne przeprowadzone w ramach projektu „*Macierzyństwo: krok po kroku*”, w którym oferowano bezpłatne, ponad godzinne konsultacje laktacyjne dla kobiet deklarujących chęć skorzystania ze wsparcia w zakresie karmienia piersią (do 6 miesięcy po porodzie), wykazały, że zgłaszające się do programu kobiety miały istotnie większe nasilenie problemów w zakresie zdrowia psychicznego w porównaniu do grupy kontrolnej. Po miesiącu od konsultacji z doradcą laktacyjnym wyniki uczestniczek programu obniżyły się, a różnica pomiędzy nimi a grupą kontrolną przestała być istotna statystycznie. Zaobserwowano istotne obniżenie nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym w wymiarze: symptomów somatycznych, nasilenia lęku i bezsensowności oraz zaburzeń czynnościowych. Co ciekawe, kobiety zgłaszające się na konsultacje nie różniły się istotnie od grupy kontrolnej kompetencjami w zakresie karmienia piersią, jednak różnicę taką zaobserwowano po miesiącu od konsultacji: uczestniczki miały istotnie wyższe poczucie skuteczności w karmieniu piersią niż ich koleżanki z grupy kontrolnej. Poczucie własnej skuteczności w karmieniu piersią było również istotnym predyktorem zdrowia psychicznego u kobiet zgłaszających się na konsultacje, czego nie zaobserwowano w grupie kontrolnej.

Badania wskazują, że czynnik psychologiczny może mieć większy wpływ na karmienie piersią, niż dotychczas uważano, jednak związek ten może mieć również odwrotny kierunek: skuteczność w karmieniu piersią

może modyfikować wskaźniki zdrowia psychicznego. Przytoczone wyniki badania własnego wyraźnie pokazują, jak ważna i wspierająca jest interwencja w zakresie karmienia piersią dla zdrowia psychicznego matki.

Piśmiennictwo:

1. Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HI, Cornwell Y. Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 2004;113: 551–558.
2. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J*. 2011; 15(7): 866–875. doi: 10.1007/s10995-008-0314-8.
3. Groër MW. Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biol Res Nurs*.. 2005; 7(2):106–117. doi: 10.1177/1099800405280936.
4. Jennings, KD, Ross S, Popper S, Elmore M. Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *J Affect Disord*. 1999; 54(1-2):21-8.
5. Królak-Olejnik B, Gajewska D. Raport z badania „Ocena wdrażania praktyk laktacyjnych w ramach obowiązującego standardu opieki okołoporodowej oraz sposobu żywienia dzieci od urodzenia do 12. miesiąca życia. [Report from the study „Evaluation of the implementation of lactation practices within the current standard of perinatal care and the way of feeding children from birth to 12 months]. Warszawa: Fundacja NUTRICIA; 2015.
6. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(3):247–253. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.
7. O'hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
8. Oates, M. (2003). Postnatal depression and screening: too broad a sweep?. *The British Journal of General Practice*, 53(493), 596.
9. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004; 26(4):289-295. ▸

Projekt „Przystanek Mama”

Obecnie prowadzimy projekt „Przystanek Mama”, który jest programem profilaktyczno-edukacyjnym, dotyczącym wczesnego wykrywania depresji poporodowej wśród kobiet w okresie poporodowym, a realizowanym na terenie trzech województw: pomorskiego, kujawsko-pomorskiego i warmińsko-mazurskiego.

Głównym celem Projektu jest **wzrost wczesnego wykrywania depresji poporodowej poprzez edukację i wzrost świadomości społecznej na temat depresji poporodowej, a w dalszej konsekwencji wzrost odsetka kobiet z wczesnie rozpoznaną depresją poporodową**. „Przystanek Mama” odpowiada założeniom Ogólnopolskiego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej” Ministerstwa Zdrowia.

W ramach projektu oferujemy:

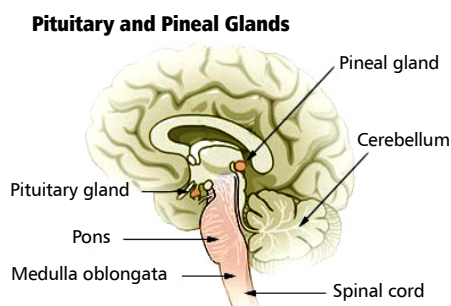
1. **Badanie przesiewowe** dotyczące ryzyka i nasilenia objawów depresji poporodowej podczas wizyt patronażowych położnych, ale też podczas wizyt z niemowlęciem u lekarza pediatry, na przykład podczas rutynowych szczepień.
2. **W trakcie takiej wizyty położna/pielęgniarka wypełnia z mamą formularz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej**, a następnie omawia wynik i w zależności od potrzeb matki proponuje odpowiednią formę wsparcia.
3. **Trzy konsultacje psychologiczne** w miejscu zamieszkania. W przypadku utrzymywania się objawów depresji i braku poprawy stanu psychicznego, psycholog zaleca dalsze leczenie (w ramach NFZ).
4. **Szkolenia edukacyjne** skierowane do personelu medycznego opiekującego się matką i jej dzieckiem (tj. do pielęgniarek i położnych POZ, lekarzy POZ). Celem szkoleń jest zdobycie wiedzy w zakresie rozpoznania objawów depresji poporodowej oraz stosowania Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.
5. **Możliwość samodzielnego wypełnienia Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej** przez młode matki za pośrednictwem strony internetowej (<https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/forum/>) i otrzymania natychmiastowej informacji zwrotnej.
6. **Forum informacyjno-konsultacyjne** obsługiwane przez psychologa, będące miejscem, w którym Mamy mogą zadawać pytania, wymienić się spostrzeżeniami, wątpliwościami, a także porozmawiać z innymi kobietami borykającymi się z problemem depresji poporodowej. Psycholog odpowiada na pytania zainteresowanych kobiet i ich rodzin oraz bliskich maksymalnie w ciągu 48 h (<https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/forum/>).
7. **Akcję informacyjno – edukacyjną**: dostarczamy ulotki i materiały informacyjne dotyczące higieny psychicznej, oraz objawów depresji poporodowej do poradni ginekologicznych, poradni dla dzieci, oddziałów położniczych, neonatologicznych
8. **Grupy wsparcia dla mam z dziećmi**.
9. Współpracujące z nami położne i pielęgniarki mogą korzystać z **bezpłatnych superwizji** – omawiania swoich wątpliwości w pracy z pacjentami z psychoterapeutą.
10. Profile na **Facebooku**: <https://www.facebook.com/PrzystanekMAMA> oraz **Instagramie**: https://www.instagram.com/przystanek_mama/, obsługiwane przez psychologa, gdzie mamy również mogą zadawać pytania, dzielić się swoimi uwagami i spostrzeżeniami. ▸

Melatonina, wielka aktywność działania, mała wiedza i otwarte pytania o wpływ na stan zdrowia i rozwój dziecka

dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP
Kliniczny Oddział Neonatologii CMKP SPSK
im. prof. W. Orłowskiego

Melatonina jest hormonem wydzielanym przez szyszynkę. Szyszynka (łac. Corpus pineale, syn. glandula pinealis, syn. epiphysis cerebri) jest jednym z gruczołów wydzielania wewnętrznego, zlokalizowanym w ośrodkowym układzie nerwowym, leżącym pomiędzy wzgórkami górnymi blaszki pokrywy. Gruczoł znajduje się w zagłębieniu pod blaszką czworaczą, kontaktując się z kresomózgowiem szypułą szyszynki [ryc. 1].

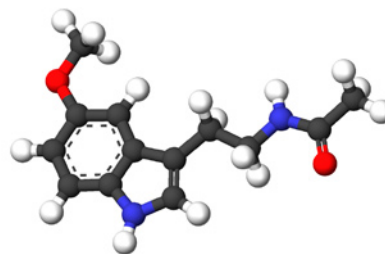
Komórki szyszynki – pinealocyty – produkują tzw. hormon snu, czyli melatoninę. Melatonina i jej pochodne metabolity są wydzielane do płynu mózgowo-rdzeniowego i do krwi. Wydzielanie to jest ściśle związane z bodźcami świetlnymi – ich obecność hamuje produkcję hormonu. Czynność wydzielnicza szyszynki przebiega zgodnie z dobowym rytmem zmian oświetlenia i zapewne wpływa na rytmiczność różnych funkcji fizjologicznych. U ssaków wydzielanie szyszynki kontrolowane jest przez impulsy wysyłane przez siatkówkę oka. Impulsy te są przekazywane przez tylną część podwzgórza, pień mózgu i rdzeń kręgowy do zwoju szyjnego górnego. Neurony tego zwoju kontrolują wydzielanie hormonu przez szyszynkę. Zaburzenia w pracy szyszynki powodują zachwianie rytmu dobowego, a w dłuższym okresie zaburzenia w rozwoju gonad.



Ryc. 1. Lokalizacja szyszynki w ośrodkowym układzie nerwowym (<https://pl.wikipedia.org/wiki/Szyszynka>)

Oprócz szyszynki melatonina jest syntetyzowana przez siatkówkę i komórki enterochromatofilne przewodu pokarmowego. Tam melatonina odpowiada za spowalnianie procesów trawiennych, choć pobudza wydzielanie enzymów przez trzustkę.

Płód nie produkuje melatoniny, aktywność tego hormonu jest realizowana przez szyszynkę matki. Melatonina matczyna działa już na najwcześniejszym etapie rozwoju zarodkowo-płodowego. W rzeczywistości działanie to następuje nawet przed rozwojem zarodka. Melatonina wpływa bowiem na jakość oocytów i prawdopodobnie indukuje modulację epigenetyczną wewnątrz komórki jajowej.



Ryc. 2. Schemat struktury melatoniny (<https://pl.wikipedia.org/wiki/Melatonina>)

Melatonina jest silnym antyutleniaczem (Boutin JA 2019, Reiter RJ 2016). Wywiera działanie neuroprotektcyjne u płodu i niemowlęcia. Posiada aktywność immunostymulującą jako substancja działająca przeciwzapalnie (Carrillo-Vico A, 2013). Jest regulatorem snu i czuwania, światło hamuje wydzielanie melatoniny endogennej.

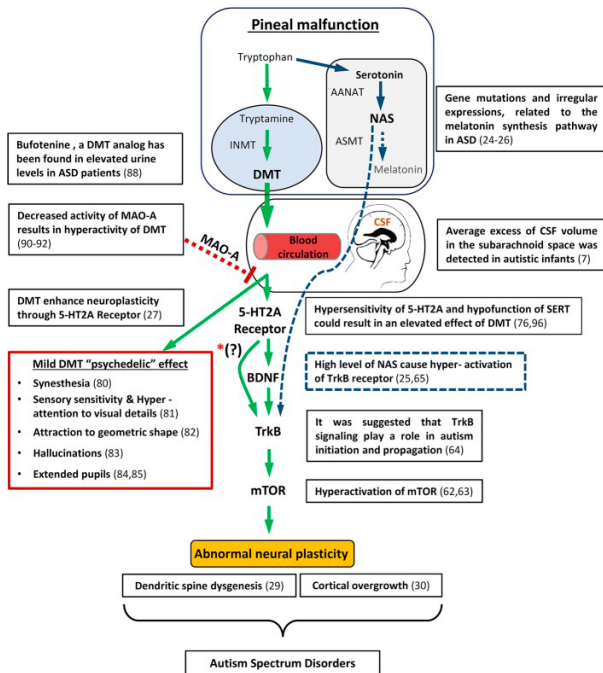
Niemowlęta do 12 tygodnia nie mają ściśle określonego rytmu dobowego, ich organizm prawie wcale nie produkuje melatoniny. Dziecko śpi kiedy jest najedzone. Dopiero około 20 tygodnia pojawia się wyraźny zarys tego cyklu. To oznacza, że mleko matki jedynym źródłem melatoniny w pierwszym półroczu życia dziecka (Tseng PT, 2019). Maximum produkcji endogennej przypada na 3–4 rok życia.

Ponadto melatonina działa jako czynnik protekcyjny przeciw nowotworom (Reiter RJ. Int J Mol Sci. (2017), chorobom układu krążenia (Tyler CV Am J Intellect Dev Disabil. (2011) oraz cukrzycy t II i otyłości (Garfinkel Diabetes Metab Syndr Obes. (2011), Mulder H. Diabetologia (2017).

Niezwykle ciekawe są obserwacje dotyczące stężenia melatoniny u osób z autyzmem. Stwierdzono istotny deficyt tego hormonu zarówno u pacjentów z autyzmem, jak też u chorych z rozpoznanymi zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Niedobór melatoniny jest u tych chorych spowodowany blokiem enzymatycznym, w wyniku którego przemiana tryptofanu przebiega szlakiem obocznym, z wytwarzaniem dwumetylotryptaminy (DMT), substancji o działaniu psychodelicznym, podobnym do LSD [Ryc. 3]. U pacjentów z autyzmem obserwuje się przerost kory mózgowej i zaburzenia neurostruktury dendrocytów w rdzeniu kręgowym, typowe zaburzenia stwierdzone przy braku melatoniny. Obserwacje wskazują, że zaburzenia snu

są bardzo charakterystyczne dla pacjentów z autyzmem i dotyczą ponad jednej trzeciej chorych. Należy dodać, że w ostatnich kilkudziesięciu latach liczba rozpoznań schorzeń z grupy autyzmu lawinowo narasta.

Powiązanie karmienia sztucznego w pierwszym półroczu życia, kiedy pokarm matki jest jedynym źródłem melatoniny, z rozwojem chorób o charakterystyce autyzmu jest tezą, która wymaga potwierdzenia w szeroko prowadzonych badaniach klinicznych.



Ryc. 3. Schemat nieprawidłowości metabolicznych i klinicznych w zaburzeniach czynności szyszynki

Jaka jest przyczyna bolesności okolicy piersi po wykluczeniu błędów „laktacyjnych”?

lek. Kinga Zielińska

Klinika Neonatologii SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP

Natarczywy ból piersi lub samej brodawki towarzyszący karmieniu piersią jest częstym zjawiskiem wśród matek karmiących. Kanadyjscy autorzy artykułu „Musculoskeletal impairment: causes of pain with breastfeeding insight into 11 cases” przeprowadzili badanie wśród matek, które doświadczają niewyjaśnionego bólu piersi, szukając możliwych przyczyn innych niż dotyczących nieprawidłowego ssania czy przystawiania do piersi.

Badanie przeprowadzono w latach 2015–2017. Do udziału zaproszono matki, które zgłosiły się do ambu-

latorium laktacyjnego w okresie od 1 do 35 tygodnia po porodzie. Grupę badaną stanowiły kobiety, które podczas wizyty zgłaszały ból w klatce piersiowej w okolicy piersiowej. Badacze przeanalizowali dotychczasowy stan zdrowia, przebieg ciąży, okresu okołoporodowego oraz procesu karmienia piersią.

Pośród 17 wybranych kobiet finalnie w badaniu pozostało 11 matek, które przeszły przez cały proces ewaluacji. Proces badawczy polegał na cotygodniowej ocenie układu mięśniowo-szkieletowego podczas konsultacji fizjoterapeutycznej oraz indywidualnej terapii za pomocą dostosowanych technik manualnych dobranych na podstawie badań naukowych przeprowadzonych w grupie pacjentów „niekarmiących”.

W pierwszej ocenie 10 z 11 kobiet zlokalizowało ból punktowo w linii pachowej przedniej bocznie od piersi, obustronnie lub jednostronnie. Tylko u jednej kobiety spośród tych 10 zostało wykryte uszkodzenie kręgu piersiowego, natomiast u wszystkich 11 wykryto nadmierne napięcie mięśni kręgosłupa, klatki piersiowej lub obręczy barkowej oraz nieadekwatną kontrolę mięśniową dotyczącą głowy oraz obszaru miednicy i brzucha. U ponad połowy kobiet wykryto istotne zaburzenia krzywizny kręgosłupa piersiowego.

Efektywność konsultacji fizjoterapeutycznej była znacząca. Już po pierwszym spotkaniu zarówno terapeuta jak i większość matek widziała poprawę. Z 11 kobiet u 5 bolesność piersi znacząco złagodniała po 1–3 wizytach, u 3 matek po 4–5 spotkaniach, pozostałe 3 potrzebowały 7–8 sesji terapeutycznych dla uzyskania poprawy.

Wnioskiem autorów badania jest, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy między bólem piersi a uszkodzeniem układu mięśniowo-szkieletowego w odcinku piersiowym. Sugerują, że przyczyną dolegliwości bólowych może być nadmierne napięcie mięśni w obrębie klatki piersiowej, które podrażnia unerwienie gruczołu piersiowego.

Zwracają uwagę, że prawidłowa pozycja przyjmowana podczas karmienia piersią ma szczególne znaczenie dla zdrowia kręgosłupa kobiet karmiących. Zalecają pozycję półleżącą, podczas której mięśnie kręgosłupa mogą się odprężyć w ułożeniu neutralnym. Pozycja ta jest w szczególności polecana tym kobietom karmiących, które doświadczają bolesności piersi. Natomiast gdy takie postępowanie jest niewystarczające, to terapia manualna u doświadczonego fizjoterapeuty jest niezbędna.

Streszczenie na podstawie artykułu: *Christiane Charette, Liette Theroux. Musculoskeletal impairment: causes of pain with breastfeeding insight into 11 cases. Breastfeeding Med., 2019.*

Chciałabym się poradzić odnośnie potencjalnej szkodliwości dwóch leków stosowanych w czasie karmienia piersią. Zacznę od tego, że mój synek ma obecnie 6 tygodni, a urodził się w 36. tygodniu ciąży z wagą 2 370 g. Jego niska waga urodzeniowa jest dodatkowym powodem mojego zmartwienia i boję się wrócić do moich lekarstw. Niestety nie umie ssać piersi, ale ściągam pokarm i karmię go butelką.

Pierwszy lek to Sertagen z substancją czynną sertralina. Niestety od lat leczę się na depresję. Epizody depresyjne pojawiają się właściwie krótko po odstawieniu leków. Przerwałam branie leku w pierwszym trymestrze ciąży, a potem brałam dawkę 50 mg. Przerwałam znów krótko przed porodem i nie biorę do teraz. Przed porodem trafiłam na 2 tygodnie na oddział patologii ciąży, potem przedwcześnie urodziłam i kolejny tydzień spędziłam w szpitalu. Już wtedy pojawił się gorszy nastrój, ale myślałam, że ma związek z hormonami. Niestety to nie mija. Są dni, gdy znacznie się pogarsza. Odczuwam typowe objawy, które odczuwałam zawsze po odstawieniu leków. Jest to trudne i nie pozwala mi cieszyć się macierzyństwem. Zastanawiam się, czy byłoby to niebezpieczne dla dziecka, gdybym wróciła chociaż do tej dawki 50 mg. Zanim zaszłam w ciążę, brałam długo 100 mg.

Drugi problem to atopowe zapalenie skóry. W ciąży nastąpiła remisja, a teraz objawy wracają. Są uciążliwe i dodatkowo negatywnie wpływają na mój nastrój. Stosowałam lek Protopic, czyli takrolimus. Stosuje go tylko co kilka dni i tylko na usta i powieki, więc stosunkowo małe powierzchnie. Czy może to zaszkodzić dziecku?

Będę bardzo wdzięczna za odpowiedź, ponieważ codziennie biję się z myślami jak mam dalej postępować.

Justyna

Pani Justyno

Dziękuję za list. Odczytuję go jako Pani przekonanie o dobrodziejstwie karmienia piersią. Przykro mi, że musi się Pani zmagać z tak przykrymi, bo przewlekłymi chorobami. Ma Pani rację, że obie są ze sobą związane, bo wzajemnie się stymulują.

Sertralina jest najlepszym lekiem z grupy antydepresantów w aspekcie karmienia naturalnego. Należy do grupy L2, czyli bardzo bezpiecznych podczas karmienia. Po dawce 100 mg piśmiennictwo donosi o stężeniu leku u dziecka w wieku 3 tygodni życia poniżej poziomu wykrywalności. Po 3 miesiącach zażywania tej dawki dziecko osiągnęło prawidłowe przyrosty długości masy ciała. Metabolit sertraliny posiada zaledwie 10% aktywności pierwotnej substancji.

Transfer leku do mleka matki jest określany jako bardzo mały, obecność leku we krwi dziecka jest nie-

wykrywalna. To świadczy o bardzo wysokim profilu bezpieczeństwa leku. Można bezpiecznie karmić piersią. Oczywiście dla pełnego bezpieczeństwa obowiązuje nadzór nad przyrostami masy ciała dziecka. Istnieje śladowa obawa, że dziecko będzie przysypiać zbyt długo i wtedy należy aktywnie zachęcać je do ssania, zgodnie z ogólnymi zaleceniami w takich sytuacjach.

Takrolimus nakładany na skórę w ograniczonych miejscach jest bez znaczenia dla mleka i karmienia piersią.

Życzę dużo zdrowia i powodzenia w utrzymaniu laktacji.

*Pozdrawiam serdecznie
Maria Wilińska*

Mam trzymiesięcznego synka. Karmię go piersią. Mam dużo pokarmu. Przy karmieniu pokarm intensywnie wypływa z piersi. Synek dosyć często nie nadąża z połknięciem pokarmu i krztusi się w czasie karmienia. Bardzo mnie to stresuje. Karmię na siedząco w pozycji klasycznej. Próbowałam też karmić spod pachy i na boku na leżąco. Niestety w każdej z tych pozycji jest podobnie. Co mogłabym zrobić by ograniczyć krztuszenie się dziecka spowodowane szybkim wypływem pokarmu z piersi w czasie karmienia?

Elżbieta

Pani Elżbieto

Najlepszą pozycją do karmienia piersią w przypadku zbyt intensywnego wypływu pokarmu jest tak zwana pozycja biologiczna. Mama przyjmuje pozycję półleżącą. Dziecko ułożone jest na mamie, brzuch dziecka skierowany jest do brzucha mamy. W tej pozycji istnieje najmniejsze ryzyko zakrztuszenia się nawet przy bardzo intensywnym wypływie pokarmu. Poza tym bliski kontakt mamy i dziecka sprzyja wytworzeniu silnych więzi. Ułatwia też mamie szybką regenerację ponieważ sprzyja wypoczynkowi.

*Pozdrawiam serdecznie
Maria Wilińska*



Karmienie w pozycji krzyżowej

Potwierdzona jakość. Już po raz trzeci Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie otrzymał tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”

Daria Rodziewicz

Rzecznik prasowy Miejskiego Szpitala Zespolonego
w Olsztynie

Zdobycie tego zaszczytnego tytułu jest owocem wspólnej wielomiesięcznej pracy całego zespołu Oddziału Noworodków i Wcześnieńców z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru oraz Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa nad udoskonaleniem opieki okołoporodowej, szczególnie w zakresie promocji, wspierania i ochrony karmienia naturalnego.

Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie świadczy usługi w zakresie położnictwa i ginekologii na poziomie II stopnia referencyjności, zapewniając swoim pacjentom specjalistyczną i fachową opiekę w ramach kontraktu z NFZ. Porody odbywają się w rodzinnej, kameralnej atmosferze, a opieka nad matką i dzieckiem jest sprawowana zgodnie z zasadami sprzyjającymi karmieniu piersią.

– Kobiety z Warmii i Mazur wybierają Szpital Miejski w Olsztynie ze względu na fachową i troskliwą opiekę, którą zapewniają lekarze oraz wyspecjalizowane położne. Głównym celem, który przyświeca nam, jest bezpieczeństwo matki i dziecka – mówi Dyrektor Joanna Szymankiewicz-Czużdaniuk. – Pierwszy raz tytuł Szpital Przyjazny Dziecku otrzymaliśmy w 1995 r. Byliśmy jednym z pierwszych szpitali w Polsce odznaczonych tym tytułem. Od tego czasu stale podwyższamy i uaktualniamy standardy w opiece perinatalnej.

– Personel oddziałów noworodkowego i położniczego składa się z kobiet, które w większości same rodziły i po porodzie miały różne problemy laktacyjne. Chcieliśmy więc w naszym postępowaniu wykazywać się profesjonalizmem, ale też i empatią w kontaktach z kobietami ciężarnymi, rodzącymi i po porodzie – tłumaczy lek. Halina Zińczuk-Kozak, Koordynator Oddziału Noworodków i Wcześnieńców. – To, że trzeci raz poddaliśmy się ocenie, aby otrzymać tytuł Szpital Przyjazny Dziecku, świadczy, że jako zespół ciągle doskonalimy swoje kwalifikacje, aby spełniać wysokie wymagania.

– W naszym szpitalu opracowaliśmy nowe zasady sprzyjające karmieniu piersią. Poprzednie trzeba było nieco zmodyfikować i dostosować do uaktualnionych „10 kroków do udanego karmienia piersią” – tłumaczy położna Iwona Kwiatkowska, Certyfikowany Doradca

Laktacyjny. – Opracowaliśmy poradnik karmienia piersią oraz materiały edukacyjne promujące karmienie piersią, które otrzymuje każda rodząca u nas mama. Podjęliśmy także współpracę z Bankiem Mleka Kobięcego – dodaje Iwona Kwiatkowska.

W placówce przeprowadzono szereg szkoleń z zakresu prawidłowego postępowania w laktacji oraz wdrożono program indywidualnej oceny z umiejętności rozwiązywania problemów laktacyjnych. W oddziałach przeprowadzono również dodatkowy monitoring zgodny z wymaganiami KUKP. Dostosowano dokumentację elektroniczną do potrzeb samooceny. W szpitalu możliwe są konsultacje doradcy laktacyjnego przed porodem, a także codziennie w trakcie pobytu na oddziale *rooming-in*, który umożliwia matce przebywanie razem z dzieckiem w jednym pokoju od urodzenia i przez całą dobę. Pacjentki doceniają ten fakt, co wykazał ranking szpitali fundacji „Rodzic po ludzku”, w którym panie pozytywnie oceniły wsparcie przy karmieniu piersią aż w 97%. Co roku położna laktacyjna udziela rad i dzieli się wiedzą z młodymi mamami podczas Tygodnia Karmienia Piersią, organizowanego przez Warmińsko-Mazurski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia.

Po wielu miesiącach przygotowań 1–16 listopada 2019 r. Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie gościł komisję reocen Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Chociaż byliśmy rzetelnie przygotowani, towarzyszył nam stres. Jednak udało się nam opanować emocje i wykazać się wiedzą oraz umiejętnościami, ponieważ ekipa oceniająca KUKP to znakomite profesjonalistki, które potrafiły stworzyć przyjazną atmosferę współpracy.

Uzyskana przez nas wysoka ocena jest największą nagrodą i mobilizuje nas do dalszych wysiłków i zaangażowania w promowanie i wspieranie karmienia naturalnego. ▀



Na zdjęciu od lewej: mgr p.oł. Izabela Kundo – Pielęgniarka oddziałowa Oddziału Noworodków i Wcześnieńców z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru, dr n. o zdr. Lucyna Kielbasa – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz Pełnomocnik d/s Systemu Zarządzania Jakością, **od prawej:** lek. med. Halina Zińczuk-Kozak – Koordynator Oddziału Noworodków i Wcześnieńców z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru., spec. Danuta Piskorz – Położna koordynująca pion położniczy Kliniki Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa, **w środku komisja KUKP:** Halina Boniecka, Joanna Żołnowska, Ewa Wodzikowska

Diflos IDEALNY PROBIOTYK

Diflos to skuteczny probiotyk:

- w trakcie i po antybiotykoterapii,
- w biegunkach o różnej etiologii,
- w stanach obniżonej odporności organizmu,
- w zapobieganiu kolkom niemowlęcym,
- wspierający rozwój mikroflory przewodu pokarmowego u dziecka karmionego mlekiem matki,
- od pierwszych dni życia.

♥ PROBIOTYK DLA CAŁEJ RODZINY

zawierający mikroenkapsulowany szczep *Lactobacillus rhamnosus GG*.



Sugerowana cena produktów to tylko **15 złotych**.



Our technology
Your health
www.smartpharma.com.pl

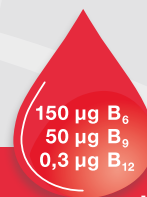


PRECYZYJNA I BEZPIECZNA

PROFILAKTYKA NIEDOBORU ŻELAZA
ZGODNIE Z ZALECENIAMI POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEONATOLOGICZNEGO*



0,1–0,2 ml /
kg masy ciała / dobę
do 12 miesiąca życia



1 kropla /
kg masy ciała / dobę
niemowlęta przedwcześnie urodzone

Innofer baby to jedyny produkt na rynku zawierający żelazo elementarne, rekomendowane przez PTN w profilaktyce i leczeniu anemii. Cechuje się najwyższą biodostępnością (70%) i bezpieczeństwem stosowania (status GRAS). **Innofer baby** umożliwia precyzyjne dawkowanie, dostosowane do zmieniającej się masy ciała dziecka.

Nie wywołuje zaparć, biegunek i bólów brzucha, nie ma metalicznego posmaku i nie barwi zębów.

Pozytywna opinia Instytutu Matki i Dziecka nr OP-ZŻ/0430/3/2019.

Innovitum B to zawiesina doustna, która zawiera **witamina krwiotwórcze, konieczne do prawidłowej produkcji czerwonych krwinek i właściwego wykorzystania żelaza w organizmie:**

- **witamina B₆**, jest niezbędna do powstania hemoglobiny,
- **witamina B₉**, inaczej kwas foliowy, gwarantuje prawidłowe podziały komórkowe,
- **witamina B₁₂**, reguluje produkcję i dojrzewanie czerwonych krwinek.

Od pierwszych dni życia



Nie zawierają białek mleka krowiego, laktozy i glutenu

*PTN; Standardy Opieki Medycznej nad Noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego – wydanie III, Warszawa 2019