



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENTA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

COMMITTEE FOR BREASTFEEDING PROMOTION
COMITÉ LA PROPAGATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SPZOZ
ul. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa

Nr 1/2018ISSN 1509-7250



Ministerstwo Zdrowia



unicef



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SPZOZ

Drodzy Czytelnicy, tegoroczna majowa Konferencja KUKP kończy aktualną kadencję Zarządu. Nadszedł czas na podsumowanie naszej pracy, zadowolona z osiągniętych dokonań i żalu, z powodu tych planów, których nie udało się zrealizować. Po stronie aktywów należy wyliczyć kontynuację Inicjatywy Szpitali Przyjaznych Dziecku. Mamy aktualnie 93 szpitale szczycące się tym tytułem. W ostatnim roku na terenie kraju przeprowadzono 6000, tj. sprawdzenia efektów pracy zespołów szkółących. W tym miejscu najgłębsze podziękowania składam Pani mgr Elżbiecie Chróścickiej, która „żelazną ręką” prowadzi ów niezwykle ważny dział pracy Komitetu. Warto zaznaczyć, że powstające ostatnio prywatne szpitale położnicze również są zainteresowane tym zaszczytnym tytułem, który świadczy o wysokim standardzie jakości udzielanej opieki. Podczas Walnego Zebrania Komitetu, w trakcie ogólnopolskiej Konferencji KUKP w Lublinie wiosną 2010 r., prof. Jerzy Leibschang zrezygnował z funkcji przewodniczącego. Przewodniczenie Komitetowi powierzono prof. Barbarze Kowalewskiej-Kanteckiej, prowadzącej w IMiD Oddział Hospitalizacji Jednego Dnia. W sierpniu 2010 r. nowy Zarząd zdecydował o wznowieniu wydawania Biuletynu KUKP nr ISSN 1509-7250, po kilku latach zaniechań. Działalność ta jest kontynuowana. Wydajemy zazwyczaj 2 edycje w roku, o różnej objętości, zależnie od wielości wydarzeń i środków finansowych. Obligatoryjnie każda coroczna Konferencja, związana ze Światowym Tygodniem Karmienia Piersią, znajduje odzwierciedlenie w Biuletynie. Dystrybuowany on jest bezpłatnie do pt Czytelników, głównie poprzez Szpitale Przyjazne Dziecku. Jestem dumna z jego pięknej formy edytorskiej oraz przyznanego numeru ISSN,

co zapewnia obecność tego pisma w ewidencji Polskiej Biblioteki Narodowej. Naszą działalność wydawniczą należy więc ocenić pozytywnie. Zachęcam wszystkich Państwa do przysyłania opisów swoich doświadczeń, zarówno tych pozytywnych, jak i napotykanymi trudności na polu pracy nad udanymi efektywnym karmieniem naturalnym w domach położnic. Zależy nam szczególnie na opisach wyników obowiązkowych wizyt położniczych i ich problemów z rozwiązywaniem wczesnych problemów laktacyjnych. Liczba tych wizyt została zwiększona do czterech. To właśnie położnice powinny być pierwszą pomocą dla matek w ich niepewności i lękach związanych z karmieniem piersią. Wyjaśnienie ewentualnych problemów laktacyjnych i efektywna pomoc w czasie tych wizyt sąnieocenione. Dlatego sumienne ich odbywanie, a nie jak nieraz słyszymy od młodych matek, tylko kontakt telefoniczny z pytaniem: „Jak sobie pani radzi, nie ma problemów, prawda?”. Położnice środowiskowe powinny też znać telefony i adresy, aby ewentualnie skierować matkę z większymi problemami jak najszybciej do miejsca, gdzie uzyskać może fachową poradę. Powinny poinformować o możliwościach kontaktu z doradcą laktacyjnym w razie problemów, z którymi same nie umieją sobie poradzić. Trzeba podkreślić, że porada laktacyjna powinna być opłacana ze środków publicznych. Oczywiście obecność „na rynku” odpłatnych świadczeń laktacyjnych jest również potrzebna.

Komitet, zaraz po powołaniu go przez Ministerstwo Zdrowia i Biura Krajowe UNICEF oraz WHO, był zlokalizowany przy siedzibie UNICEF w Warszawie, a następnie przez długie lata w Instytucie Matki i Dziecka, z którym związana była doc. dr hab. Krystyna Mikiel-Kostyra. Dr Kostyra

rozpoczęła cykl szkoleń personelu medycznego szpitali w zakresie karmienia piersią i przygotowania ich do procedur Szpitali Przyjaznych Dziecku. Jedynie w pierwszych kilku latach działalności pracownicy Komitetu mieli etaty opłacane przez UNICEF. Aktualnie, od wielu lat praca członków Zarządu jest pracą społeczną. Niewielkie środki finansowe są przeznaczane jedynie na pracę sekretarską. Opłacane też są zespoły, prowadzące szkolenia i oceny Szpitali Przyjaznych Dziecku.

Żegnając się nie bez żalu z naszym tradycyjnym adresem (z powodów bardzo prozaicznych – braku miejsca w IMiD po kapitalnym remoncie), zyskaliśmy w Szpitalu im. Świętej Rodziny nową, przyjazną siedzibę z dostępem do doskonałego zaplecza konferencyjnego. Informację o zmianie adresu umieszczono w Biuletynie nr 2/2017 oraz na stronie internetowej Komitetu.

*Prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka,
Przewodnicząca Zarządu Głównego KUKP*

KARMIENIE PIERSIĄ FUNDAMENTEM ŻYCIA

*Prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka,
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie*

KARMIENIE PIERSIĄ FUNDAMENTEM ŻYCIA - pod tym hasłem odbywają się w bieżącym 2018 roku na całym świecie obchody światowego tygodnia karmienia piersią. Podnosi ono znaczenie pokarmu matki dla wszechstronnego zdrowia dziecka, jego rozwoju psycho-ruchowego i umysłowego. Jednakże dobrze wiemy, że upowszechnienie karmienia piersią w całej populacji niemowlęcej jest nieosiąganym ideałem. Doprawdy trudno zrozumieć, dlaczego tak się dzieje.

Tegoroczna ogólnopolska konferencja, organizowana przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią również przebiega pod hasłem **KARMIENIE PIERSIĄ FUNDAMENTEM ŻYCIA**. Proponowane przez WABA hasła kolejnych światowych tygodni karmienia piersią starają się zwykle podkreślić znaczenie karmienia. W tym roku należy docenić trafność i dosadność użytego stwierdzenia „fundament życia”. Określenie to celnie podkreśla zasadnicze znaczenie pokarmu matki dla osiągnięcia pełni zdrowia i optymalnego rozwoju dziecka. Wiemy wszyscy, że mocne fundamenty gwarantują trwałość budowli. Paralela ta ilustruje więc doskonale znaczenie karmienia naturalnego dla życia i zdrowia dziecka, zarówno w niemowlęctwie, jak i w przyszłości. Jest to jednocześnie realizacja zaprogramowanego przez naturę sposobu odżywiania niemowląt. Pycha i zarozumiałstwo każą nam wierzyć, iż potrafimy wytworzyć sztucznie produkt tej samej jakości, jaką ofiaruje natura. Prawda jest jednak taka, że umiemy jedynie nieudolnie starać się, poprzez technikę, upodobnić wytworzony dla potrzeb żywieniowych niemowląt produkt do ideału, jakim jest pokarm matki. Mleko krowie prze-

znaczone jest dla żywienia cieląt. Dlatego starajmy się nie ulegać reklamie. Bronić się musimy przed ich potęgą. Musimy też przestrzegać praw wynikających z kodeksu marketingu produktów żywnościowych dla niemowląt.

Badania naukowe, poświęcone problemom laktacji, dotyczą nie tylko biochemicznego składu mleka kobiecego, jego wpływu na rozwój psychofizyczny i ruchowy dziecka, ale również odległych skutków karmienia. Wyrażają się one w lepszym wzrastaniu somatycznym i rozwoju umysłowo-psychicznym oraz uczuciowym. Wykazano niezwykłą „plastyczność” pokarmu, to znaczy zmienność jego składu w zależności od czasu trwania ciąży, stanu zdrowia matki oraz dziecka, pór roku, a nawet dnia i nocy. Zalecane w „Standardach opieki okołoporodowej” kładzenie noworodka, również po porodach zabiegowych, na brzuchu matki i jego atawistyczne pełzanie w kierunku piersi matczynej kolonizuje przewód pokarmowy noworodka florą matki. Zwrócono uwagę, że ta pierwsza kolonizacja jelita noworodka przyjaznymi szczepami matki jest właściwa i prowadzi do wytworzenia prawidłowej osi jelito-mózg GBA (Gut-Brain Axis). Odległe, dobroczynne skutki karmienia naturalnego wiążą się, jak pokazują badania ostatnich dekad, z ośrodkowym układem nerwowym oraz z układem pokarmowym. Dotyczy to zapewniania przez składniki pokarmu matki dobrostanu odżywczego, a przez sam akt fizycznej bliskości wzajemnej i kontaktu wzrokowego w trakcie karmienia - dobrostanu rozwojowego.

Konkludując, stwierdzić trzeba, że tegoroczne hasło Światowego Tygodnia Karmienia Piersią ujmuje sprawę karmienia poważnie, tak jak problem ten zasługuje, jako zasadnicze, fundamentalne zagadnienie dla zdrowia i prawidłowego rozwoju dziecka.

AKTUALIZACJA „DZIESIĘCIU KROKÓW DO UDANEGO KARMIENTA PIERSIĄ”

Dr n.med. Marzena Kostuch, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, Oddział Intensywnej Terapii Noworodka i Neonatologii

W 1974 roku WHO po raz pierwszy ogłasza, że karmienie mlekiem matki jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i dzieci, podkreślając wartość wyłącznego karmienia piersią w pierwszych miesiącach życia. W 1989 roku powstaje dokument UNICEF/WHO „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią- szczególnie rola opieki okołoporodowej”; w roku 1990 pojawia się Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku, której zadaniem jest upowszechnianie praktyk, wspierających karmienie piersią w placówkach służby zdrowia na podstawie „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) opublikowała swoje rekomendacje dotyczące karmienia piersią oraz stosowania mleka ludzkiego w 1997 roku, a w 2005 roku przedstawiła stanowisko mówiące, iż dziecko karmione piersią stanowi wzorzec wzrostu i rozwoju, z którym powinny być porównywane wszystkie dzieci. W 2009 roku ESPGHAN ogłosiło, że dzieci powinny być karmione wyłącznie piersią przez około 6 miesięcy, a potem tak długo, jak życzą sobie tego matka i dziecko.

Do 2017 roku treść „10 kroków” z niewielkimi modyfikacjami była niezmienna.

Każda placówka świadcząca usługi położnicze oraz prowadząca opiekę nad noworodkami powinna:

1. Opracować (w formie pisemnej) procedury sprzyjające karmieniu piersią oraz zapoznać z nimi pracowników.
2. Przeszkolić wszystkich pracowników w zakresie umiejętności, niezbędnych do wdrożenia powyższego postępowania.
3. Informować wszystkie kobiety w ciąży o korzyściach karmienia piersią oraz o tym, jak postępować w trakcie całego okresu karmienia.
4. Pomagać kobietom w rozpoczęciu karmienia piersią w ciągu pół godziny od narodzin dziecka.
5. Pokazywać matkom, jak karmić piersią oraz jak podtrzymać laktację, nawet jeśli będą oddzielone od swoich dzieci.
6. Nie podawać noworodkom żadnych pokarmów ani płynów poza mlekiem kobiecym,

z wyjątkiem sytuacji, gdy wymagają tego względy medyczne.

7. Stosować system „rooming-in” – pozwalając matkom i dzieciom pozostawać przez całą dobę razem.
8. Zachęcać kobiety do karmienia piersią „na żądanie”.
9. Nie podawać niemowlętom karmionym piersią smoczków ani żadnych innych uspokajaczy.
10. Sprzyjać powstawaniu lokalnych grup, wspierających karmienie piersią, oraz kierować do nich kobiety, opuszczające oddział położniczy.

W 2017 roku WHO opublikowała nowe wydanie dokumentu „Protecting, promoting and supporting BREASTFEEDING IN FACILITIES providing maternity and newborn services” zawierający zaktualizowane „10 kroków do udanego karmienia piersią”

Aktualne „10 kroków do udanego karmienia piersią” zostały podzielone na dwie części. Pierwsza obejmuje krytyczne dla udanego karmienia piersią procedury, związane z zarządzaniem. W części drugiej zostały zebrane kluczowe dla karmienia piersią praktyki kliniczne.

Aktualne 10 kroków do udanego karmienia piersią

Krytyczne procedury związane z zarządzaniem

- 1a. Stosować się do zasad *Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce* i odpowiednich rezolucji Światowego Zgromadzenia Zdrowia.
- 1b. Posiadać spisane zasady karmienia niemowląt, które są rutynowo przekazane personelowi i rodzicom.
- 1c. Stworzyć stały system monitorowania i zarządzania danymi.
2. Zapewnić, aby personel posiadał wystarczającą wiedzę, kompetencję i umiejętności do wspierania karmienia piersią.

Kluczowe praktyki kliniczne

3. Informować kobiety w ciąży i ich rodziny o korzyściach z karmienia piersią oraz zasadach postępowania w czasie karmienia piersią.
4. Umożliwić matce i dziecku jak najwcześniej po porodzie nieprzerwany kontakt skóra do

skóry i pomóc matce w zainicjowaniu karmienia piersią najszybciej jak to możliwe.

5. Pomóc matce w zainicjowaniu i podtrzymaniu karmienia piersią oraz nauczyć matkę rozwiązywać najczęstsze trudności w okresie laktacji.
6. Nie podawać noworodkom karmionym piersią żadnych pokarmów ani płynów innych niż mleko ludzkie z wyjątkiem sytuacji, gdy wymagają tego względy medyczne.

7. Umożliwić matce i dziecku wspólny pobyt w systemie rooming-in przez całą dobę.

8. Nauczyć matki, jak rozpoznawać u dziecka objawy gotowości do karmienia i pomóc matce w reagowaniu na nie.
9. Informować matki na temat ryzyka używania butelek do karmienia i smoczków uspokajaczy.
10. Po wypisie ze szpitala umożliwić rodzicom i ich dzieciom szybki dostęp do wsparcia i opieki.

KARMIENIE PIERSIĄ A WYSIŁEK FIZYCZNY

*Dr Lesław Kluba, Instytut Matki i Dziecka
w Warszawie, Zakład Usprawniania Leczniczego*

Historia ludzkości, sięgająca ok. 4 milionów lat wstecz, była ściśle związana z rozwojem biologicznym innych gatunków niż człowiek. Ludzie pierwotni, żeby przeżyć, prowadzili intensywny tryb życia. Pokonywali dziennie od 10 do 20 kilometrów, przemieszczając się całymi gromadami, łącznie z kobietami i dziećmi. Permanentny brak pożywienia i podpatrywanie przyrody wykształciły u człowieka pierwotnego przystosowanie do karmienia piersią jako jedyne źródła pokarmu dla dzieci. Dodatkowo niemowlęta były karmione w warunkach specyficznego stanu fizjologicznego matek, poddawanych intensywnym wysiłkom fizycznym i stresom. Wydaje się, że natura w sposób jednoznaczny utrwaliła korzystne mechanizmy biologicznego bezpieczeństwa potomstwa człowieka.

Współczesna wiedza traktuje niepodważalnie wyższość karmienia piersią nad innymi metodami, chociaż wykazuje ostrożność co do jakości kobiecego mleka w stanach obciążeń wysiłkami fizycznymi, jak choćby miało to miejsce w społecznościach nomadów. Niemniej jednak ewolucyjnie skład pokarmu jest optymalny. Dlaczego więc próbować ingerencji w jego strukturę i właściwości wykonując wysiłki fizyczne? Odpowiedź jest oczywista. To dalszy ciąg ewolucji, czy raczej obecnie rewolucji w podejściu do życia i dbałości o zdrowie nie tylko dziecka, ale także matki. Wiadomo, że najbardziej naturalnym czynnikiem zdrowia, nabytym w spadku po odległych przodkach, jest właśnie aktywność fizyczna pod postacią

różnych form ruchu. Zatem, czy występuje tu konflikt interesów zdrowego żywienia dzieci i zdrowego trybu życia matek? Postaram się wyjaśnić te rozbieżności i pogodzić obie strony.

Żeby nie bagatelizować problemu i mieć pełną świadomość, nasze rozważania powinno się prześledzić w następujących zależnościach:

- Wysilek fizyczny a kwas mlekowy
- Wysilek fizyczny a laktacja
- Wysilek fizyczny a karmienie piersią.

Bliskość semantyczna określeń kwas mlekowy, mleko kobiece, mleczan, lacticacid, laktacja, może nieco utrudnić jasność pojęć. Wyjaśnijmy: kwas mlekowy (łac. *acidum lacticum*, ang. *lactic acid*) o wzorze $C_3H_6O_3$ jest organicznym związkem chemicznym, który powstaje w mięśniach szkieletowych w trakcie intensywnego wysiłku fizycznego. Jego powstawanie jest związane z procesem spalania glukozy w celu uzyskania energii potrzebnej do skurczu pracujących mięśni. Zjawisko to powstaje wtedy, gdy do komórek mięśniowych dopływa zbyt mało tlenu i tzw. glikoliza beztlenowa jest jedynym możliwym sposobem wytworzenia energii. Końcowym produktem procesu biochemicznego jest m. in. kwas mlekowy (oddychanie beztlenowe). Kwas mlekowy jest odprowadzany z mięśni przez układ krwionośny, a następnie ponownie przetwarzany w wątrobie do glukozy (glukoneogeneza). W warunkach tlenowych kwas mlekowy nie powstaje, ale jego gromadzenie się przy braku tlenu zmusza do przerwania wysiłku. Po 2 godzinach od zaprzestania pracy fizycznej cały kwas mlekowy zostaje odprowadzony z mięśni. Dzięki zjawisku glikolizy beztlenowej mięśnie mogą chwilowo osiągnąć moc przekraczającą maksymalną wydolność układu krążeniowo-oddechowego.

Tabela 1. Poziom kwasu mlekowego i wartości pH krwi i pokarmu w różnych stanach czynnościowych

Parametry	Spoczynek	Wysiłek umiarkowany	Wysiłek maksymalny	Sporty ekstremalne
Kwas mlekowy [LA mmol/L osocza]	1,1	3,3	8,9	12 – 17
pH krwi obwodowej	7,4	7,2	6,9	6,8
pH pokarmu kobiecego	7,0	?	?	?

Z powyższego wywodu wynikają dwie kwestie. Po pierwsze, kwas mlekowy krąży w ustroju dostając się również do gruczołów piersiowych i pokarmu matki. Po drugie, jego stężenie zależy od obecności lub braku odpowiedniej ilości tlenu w komórkach mięśniowych. Za właściwy poziom tlenu, który zabezpieczy pracę mięśniową, odpowiada z jednej strony sprawna jego dystrybucja, a z drugiej - intensywność wysiłku fizycznego. Z tego względu ważna jest znajomość fizjologicznej klasyfikacji wysiłków fizycznych. Rozróżnia się wysiłki krótkotrwałe o mocy maksymalnej, wysiłki długotrwałe poniżej osiągnięcia progu mleczanowego, wysiłki długotrwałe powyżej tego progu, wysiłki mieszane beztlenowo–tlenowe i ekstremalne. Niezależnie od rodzaju wysiłku, do jego realizacji konieczna jest energia. Energia pochodzi z rozpadu różnych źródeł organicznych z udziałem lub bez udziału tlenu z powietrza atmosferycznego. Jednak zapotrzebowanie na tlen w pracujących

mięśniach zawsze wzrasta, prowadząc do powstania zjawiska długu tlenowego. Wielkość tego długu skutkuje różnym tempem pozbywania się kwasu mlekowego jako wyniku skurczów mięśniowych.

Niezależnie od rodzaju wykonywanego wysiłku fizycznego występuje związek wpływu tego wysiłku na laktację. Tutaj sprawa wydaje się prosta, ponieważ za wydzielanie pokarmu odpowiada hormon przysadki mózgowej prolaktyna. Poziom tego hormonu wzrasta min. po wysiłku fizycznym stymulując laktację. Więc w przypadkach skąpego wydzielania mleka lub chęci przedłużenia tego wydzielania i zwiększenia objętości, wysiłki fizyczne są jak najbardziej wskazane. A że jest to metoda naturalna, nie występuje niebezpieczeństwo nadmiernego zwiększenia poziomu prolaktyny jak podczas farmakostymulacji. Występuje tu korzystna zależność intensywności wysiłku i wielkości stężenia prolaktyny.

Tabela 2. Charakterystyka wysiłków fizycznych.

Rodzaj wysiłku	Przykłady	Czas trwania	Źródła energii	Typ przemian
Krótkotrwałe o mocy maksymalnej	Sprinty, skoki, rzuty, podnoszenie ciężarów	Kilka sekund	Fosfageny (ATP, fosfokreatyna)	Beztlenowe, bezmleczanowe
Długotrwałe podprogowe	Marszobiegi, biegi średnie	Kilka minut	Fosfageny, glikogen	Beztlenowe, mleczanowe
Długotrwałe ponadprogowe	Biegi długie, rower, wiosła	Do godziny	Glikogen, tłuszcze	Tlenowe, bezmleczanowe
Mieszane	Gry, pływanie, tenis	90 minut	Glikogen	Beztlenowo–tlenowe
Ekstremalny	Narty biegowe, supermaratony, triathlon, wspinaczka	Wiele godzin	Tłuszcze	Tlenowe, bezmleczanowe

Niezależnie od rodzaju wykonywanego wysiłku fizycznego występuje związek wpływu tego

wysiłku na laktację. Tutaj sprawa wydaje się prosta, ponieważ za wydzielanie pokarmu odpowiada

hormon przysadki mózgowej prolaktyna. Poziom tego hormonu wzrasta min. po wysiłku fizycznym stymulując laktację. Więc w przypadkach skąpego wydzielania mleka lub chęci przedłużenia tego wydzielania i zwiększenia objętości, wysiłki fizyczne są jak najbardziej wskazane. A że jest to metoda naturalna, nie występuje niebezpieczeństwo nadmiernego zwiększenia poziomu prolaktyny jak podczas farmakostymulacji. Występuje tu korzystna zależność intensywności wysiłku i wielkości stężenia prolaktyny.

Jak dalece wysokie stężenie kwasu mlekowego w krwi obwodowej kobiety będzie wpływało na smak i jakość pokarmu, trudno o jednoznaczną od-

powieź. Bardzo różne i skrajne opinie nie przesądzą tej kwestii. Wydaje się jednak, że tak jak w innych obszarach ze styku zdrowia i aktywności fizycznej, tak samo przy karmieniu piersią wpływ wysiłkowego kwasu mlekowego na smak pokarmu matki będzie umiarkowany przy uprawianiu umiarkowanych wysiłków fizycznych. Tym bardziej, że jego eliminacja w drodze glukoneogenezy powinna się zakończyć do 2 godzin po wysiłku. Przy stosowaniu wysiłków fizycznych o wysokiej lub ekstremalnej intensywności odtwarzanie glikogenu może się wydłużać nawet do 24 godzin, zależnie od wielkości długu tlenowego.

Tabela 3. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej dotyczące zdolności do wysiłków fizycznych sportowych w modyfikacji własnej*

Stan fizjologiczny**	Aktywność fizyczna		
	Fizjoprofilaktyka	Rekreacja	Sport
Ciąża	Powyżej 4 mies. ciąży	Zdolna do 6 mieś. z wyłączeniem: - nurkowania - wycieczek górskich powyżej 2000 m - wysokiej temp. zewnętrznej	Niezdolna, zakaz treningu od początku ciąży
Pológ	Zdolna, wskazana przez 2 tygodnie	Niezdolna	Niezdolna
Karmienie piersią	Zdolna	Zdolna 6 – 8 tyg. po porodzie	Niezdolna do 12 tyg. po porodzie. Zdolna od 12 tyg. po porodzie

*należy uwzględnić indywidualne odrębności kobiet

** dla matek w wieku 20–30 lat i porodów fizjologicznych

Z tego względu godne polecenia dla karmiących mam będą wysiłki mieszczące się w obrębie metabolicznego progu przemian beztlenowych. Granicę tego progu wyznacza nieprzekraczalne stężenie 4 milimoli kwasu mlekowego w litrze osocza krwi. Wartość ta odpowiada wysiłkom tlenowym, które mogą być kontynuowane w dłuższym czasie bez pogorszenia wydajności pracy mięśniowej. Wyższe stężenie kwasu mlekowego świadczy o przemianach beztlenowych, które istotnie naruszają homeostazę organizmu kobiety, wpływając na kwasowość krwi i prawdopodobnie w pewnym stopniu na kwasowość pokarmu. Zdroworoządkowe spojrzenie nakazuje jednak ograniczenie intensywności treningu kobiet kar-

miących do bezpiecznej dwukrotności poziomu spoczynkowego, czyli 2 mmoli/litr osocza.

Rekomendowany przez autora dobór obciążeń wysiłkowych dla kobiet karmiących powinien uwzględniać następujące wytyczne:

1. Wysiłek należy wykonywać w warunkach przemian tlenowych.
2. Nie przekraczać stężenia 4 mmoli kwasu mlekowego w litrze osocza.
3. Zachowywać przerwy regeneracyjne na odbudowę zasobów glikogenu co najmniej 24 godziny między wysiłkami.
4. Tętno wysiłkowe powinno być utrzymywane w warunkach równowagi czynnościowej na

poziomie ok. 140 uderzeń serca na minutę, ale najlepiej 130.

5. Tolerancja wysiłku 30-minutowa.
6. Trzeba stosować intensywność rekreacyjną wg zasady 3 x 30 x 130.
7. Zajęcia fizyczne kondycyjne prowadzone zawsze po karmieniu dziecka piersią.
8. Dodatkowy trening siły mięśni brzucha, łądźwi, bioder i pośladków.
9. Dynamiczny trening gibkości stawów kręgosłupa, stawów krzyżowo – biodrowych i stawów biodrowych.

Przestrzeganie wymienionych zaleceń spowoduje, że organizm kobiety karmiącej dziecko piersią osiągnie fizjologiczną regenerację znacznie szybciej niż w warunkach „spokoju”, zapewniając jednocześnie odpowiednią jakość pokarmu i przygotowanie kobiety na podjęcie aktywności rucho-

wej po całkowitym zakończeniu karmienia, nawet o charakterze sportowym.

Wykonując zasadniczą część zajęć ruchowych koniecznie trzeba stosować ogólne reguły bezpiecznego dla zdrowia obciążania organizmu. Początek to zawsze 5–10 minut rozgrzewki z ćwiczeniami rozciągającymi oraz wymachami i przeprostami w pełnych granicach ruchu dużych stawów. Następnie 20–25 minut mocnego akcentu zajęć tlenowych z osiągnięciem stanu równowagi czynnościowej (tętno i oddech na jednakowym wyższym poziomie przez cały czas). Na zakończenie 5–10 minut schładzania przy poziomie 1/3 tempa z części zasadniczej. Forma powinna być dostosowana do upodobań i możliwości (rower, wiosła, rolki, narty, bieg, badminton, aerobik), ale zawsze dynamiczna.

Tabela 4. Zalecenia ogólne treningu zdrowotnego dla kobiet karmiących piersią.

	Ćwiczenia		
	Siły	Gibkości	Wytrzymałości
Poród fizjologiczny	Dynamiczne mięśni brzucha	Hula-hop, taniec brzucha	Bez ograniczeń
Poród zabiegowy	Izometryczne mięśni brzucha		Ostrożnie do 4 tygodni po zabiegu
Obfity pokarm	Bez ograniczeń		Więcej zajęć statycznych
Skąpy pokarm			Dużo ekspresji i dynamiki

Ponieważ wydolność fizyczna matki po porodzie jest obniżona, należy ją systematycznie podnosić. Jest to podobne zjawisko, jak okresy roztrebowania w sporcie i ponowna budowa formy przed zawodami. Musimy tylko pamiętać o fizjologicznej roli karmienia dziecka piersią. Najbardziej spektakularne zmiany w wyniku wysiłków fizycznych dotyczą obrazu krwi; fundamentem są tu wahania poziomów kwasu mlekowego, glukozy, hormonów i innych elementów osocza. Należy to uwzględnić i dostosować trening do pór karmienia, ponieważ wraz z krwią elementy te mogą przenikać do pokarmu matki.

Z praktycznych wskazówek dotyczących aktywności ruchowej kobiet karmiących należy przede wszystkim podkreślić dwie rzeczy. W początkowych fazach ćwiczeniowych (2–3 miesiące) trzeba dążyć do odciążenia kręgosłupa łądźwiowego, który w wyniku ciąży przez kilka miesięcy przenosił obciążenia pionowe w zmienionym układzie nadmiernego pogłębienia krzywizn fizjolo-

gicznych. Z tego względu bardzo wskazane są takie zajęcia jak wszystkie formy ćwiczeń w wodzie z pływaniem włącznie, a podczas ćwiczeń gimnastycznych - pozycje na czworakach, w leżeniu lub w zwisach na ramionach. Wskazane są także pozycje wywołujące efekt hiperkorekcji, czyli odwrócenie klasycznego wygięcia kręgosłupa łądźwiowego. Może to być kołyska, siad skulony, ukłon japoński.

Drugim elementem będzie rozciąganie długich taśm mięśniowo-powięziowych, czyli funkcjonalnych struktur łączących ze sobą przebieg wielu mięśni, które scalają za pośrednictwem tkanki łącznej czynność układu mięśniowego. Przykładem może być ruch wiosłowania w kajaku, gdzie aktywna taśma przebiega od prawej ręki i barku przez klatkę piersiową i brzuch do lewego stawu biodrowego i dalej aż do lewej stopy, a w kolejnym ruchu z odwrotnej strony. Taśmy mięśniowo-powięziowe w okresie ciąży i porodu nie były uruchamiane w swoich fizjologicznych granicach.

Dlatego zwlekanie z możliwością podjęcia obszer-nych ruchów aż do momentu zaprzestania karmie- nia może opóźnić lub bezpowrotnie ograniczyć możliwości ruchowe matki.

Zarówno karmienie piersią, jak i wysiłek fizy- czny to dwa naturalne stany fizjologiczne, kształ- towane ewolucyjnie od zarania dziejów gatunku ludzkiego. W związku z tym logika wskazuje na wybór ćwiczeń ruchowych z wykorzystaniem natu- ralnego środowiska, jakim obecnie będzie wolne powietrze oraz naturalne przeszkody i przedmioty w postaci gałęzi, kamieni, nierówności terenu itp.

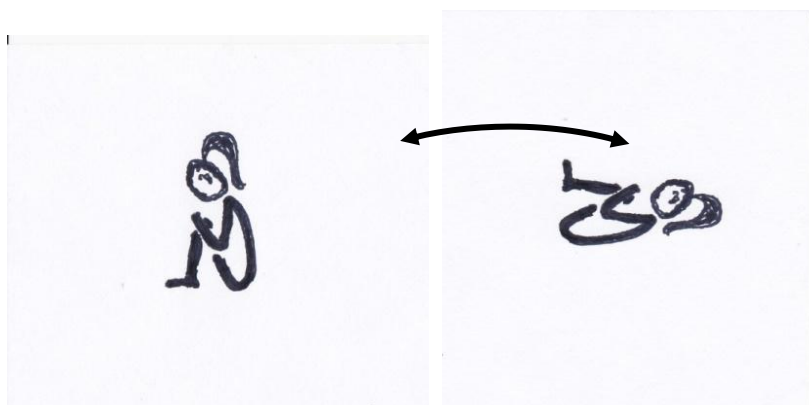
Pamiętajmy jednak, że nadrzędnym celem wszelkiej aktywności fizycznej kobiety karmiącej ma być jak najszybsza adaptacja organizmu do zwiększonego wysiłku przy zapewnieniu komfortu żywieniowego dziecka, czyli niezmienione pH pokarmu, wzbogaconego o elementy odporności, co zapewnią racjonalnie prowadzone wysiłki fi- zyczne. Dbłość o własne dobre samopoczucie to również dbłość o zdrowe dziecko.

Wnioski:

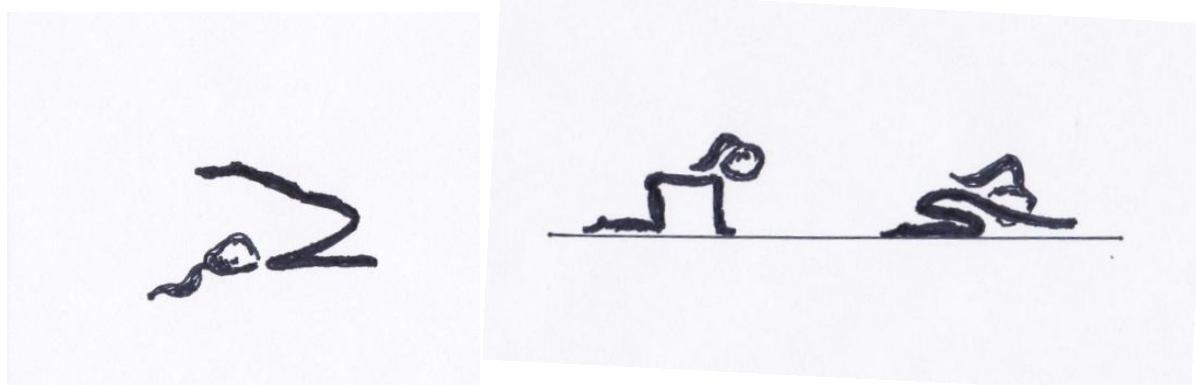
1. Karmienie dziecka piersią nie jest przeszkodą w uprawianiu ćwiczeń fizycznych przez matkę.
2. Pewne ograniczenia w stosowaniu aktywności ruchowej kobiet wynikają z przesłanek fizjolo- gicznych wysiłku fizycznego.
3. Zaproponowane formy i rodzaje zajęć rucho- wych wyrabiają smukłą sylwetkę bez hipertro- fii mięśniowej.

Piśmiennictwo:

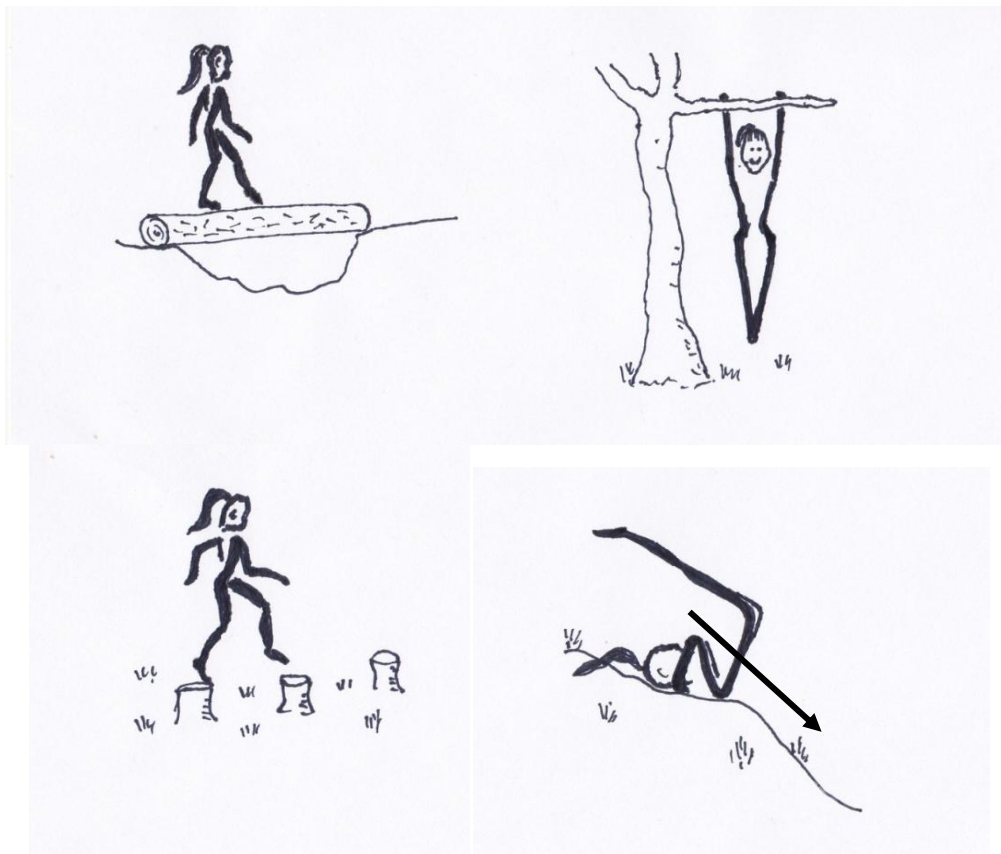
1. Kluba L.: *Ładne piersi karmiące. Biuletyn KUKP Nr 2/2016.*
2. Kluba L.: *Macierzyństwo to również zadbane kobieta – fizjoprofilaktyka zdrowia matki. Biule- tyn KUKP Nr 1/2017.*
3. Kluba L.: *Góry, las czy morze? Gdzie karmiąca mama jechać może? Biuletyn KUKP Nr 2/2017.*
4. Ronikier A.: *Fizjologia wysiłku w sporcie, fizjote- rapii i rekreacji. COS 2008 Warszawa.*



Ryc. 1. Pozycje hiperkorekcyjne: siad skulony i kołyska na plecach.



Ryc. 2. Pozycja hiperkorekcyjna leżenie przewrotne, pozycja wyjściowa na czworakach i ukłon japoński.



Ryc. 3. Przykłady wykorzystania naturalnych warunków do ćwiczeń ruchowych.

Ryciny autora

KARMIENIE PIERSIĄ A STANY NAGŁĄCE W OKRESIE NOWORODKOWYM.

Dr n. med Ewa Głuszcak-Idziakowska, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. W. Orłowskiego, CMKP w Warszawie

Karmienie piersią jest złotym standardem żywienia noworodków i niemowląt, zapewniającym optymalny rozwój somatyczny, psychoruchowy oraz zwiększenie funkcji poznawczych. Unikalność pokarmu wobec substytutów mleka Kobięcego polega na niemożliwych do odtworzenia w warunkach laboratoryjnych wartościach, związanych zarówno ze składem samego pokarmu, jak i z aktem karmienia piersią. Ludzkie mleko zawiera czynniki, które wpływają na wzrost i rozwój niemowląt, dojrzewanie przewodu pokarmowego, ochronę błony śluzowej przewodu pokarmowego, rozwój mikroflory jelitowej, reakcje przeciwzapalne jelita i narządów dystalnych, reakcje immunomodulujące programujące krótko i długoterminowe odpowiedzi immunologiczne. Karmienie mlekiem matki jest szczególnie istotne u noworodków chorych, z różnymi problemami zdrowotnymi. W takim przypadku pokarm kobiecy i karmienie piersią stanowi ważny element leczenia chorego dziecka.

Niedotlenienie wewnątrzmaciczne i niska punktacja Apgar.

Noworodki, które doznały ciężkiego niedotlenienia wewnątrzmacicznego i otrzymują po urodzeniu bardzo niską punktację w skali Apgar, wymagają specjalnej terapii. Ze względu na to, że przewód pokarmowy był słabo perfundowany podczas niedotlenienia, dziecko musi być żywione parenteralnie. Niedotlenienie zmniejsza perystaltykę jelit i wydzielanie hormonów stymulujących. Siara własnej matki będzie najlepiej tolerowana przez przewód pokarmowy noworodka, który uległ niedotlenieniu wewnątrzmacicznemu. Jej niewielkie ilości można podać na śluzówkę dziecka w ciągu 24 godzin. Tak więc siara powinna być odciągana i stać się pierwszym pokarmem doustnym. Matki będą potrzebowały pomocy w rozpoczęciu laktacji i zrozumieniu patofizjologii choroby swoich dzieci. Te noworodki w okresie zdrowienia często mają słabą siłę ssania i ssanie często u nich nie jest skoordynowane z połykaniem, co sprawia, że karmienie piersią, jak i z butelki jest równie trudne. Potrzebne będą specjalne techniki przystawiania dziecka do piersi. Polecane są pozycje: „futbolowa” i „chwyt tancerza”.(1)

Noworodki urodzone przedwcześnie. Narodziny noworodka o bardzo małej i ekstremalnie małej masie ciała to zawsze nagły przypadek żywieniowy. Ludzkie mleko jest preferowanym pokarmem dla wszystkich niemowląt, w tym noworodków przedwcześnie urodzonych i chorych, z rzadkimi wyjątkami. Wcześniactwo powoduje słabą tolerancję, mleka gdy jest dodatkowo powikłane przez zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego, zmniejszenie krążenia trzewnego i małowodzie, słabą perfuzję jelit, zmniejszenie wzrostu jelita cienkiego, trzustki, i słabą perystaltykę jelitową. Gdy karmienie enteralne jest opóźnione u noworodków, głodzenie powoduje zaniki komórek nabłonka jelitowego. Pozbawianie niedojrzałego noworodka karmienia dojelitowego jest procesem niefizjologicznym. Płód zwykle wykonuje ruchy ssania i połyka płyn owodniowy już we wczesnej ciąży. Ma to troficzny wpływ na jelito. Dojrzewanie perystaltyki jelita cienkiego, a tym samym tolerancja karmienia, zwiększa się poprzez wcześniejszą ekspozycję jelita na odżywianie. Uważa się, że wydzielanie hormonów przewodu pokarmowego występuje w odpowiedzi na pierwsze karmienia po urodzeniu. Próby kliniczne wczesnego karmienia wcześniaków wykazały, że dzieci karmione w ciągu pierwszych kilku dni lub pierwszego tygodnia miały lepszą tolerancję pokarmową i krótszy czas żywienia pozajelitowego. Karmienie noworodka urodzonego przedwcześnie mlekiem własnej matki wiąże się z mniejszą częstością występowania zakażeń i martwiczego zapalenia jelit (NEC) oraz lepszym wynikiem neurorozwojowym w porównaniu z użyciem produktów z mleka krowiego. Wyzwaniem jest zwiększenie dostępności mleka własnej matki. Korzyści psychologiczne dla matki, która może brać udział w opiece nad dzieckiem poprzez dostarczanie mu swojego mleka, są mniej namacalną, ale nie mniej istotną zaletą.

Wrodzona wada serca. Gdy niemowlę, u którego zdiagnozowano wrodzoną wadę serca, jest już karmione piersią, zwykle nie ma wskazań medycznych, aby przerwać ten proces. Nawet niemowlęta z siniczną wadą serca, jeśli istnieje możliwość karmienia doustnego, mogą być przystawiane do piersi. Częstość oddechów i bicia serca pozostaje stabilna podczas karmienia piersią. Błędne jest stwierdzenie, że więcej pracy wymaga opróżnienie piersi niż butelki. (2,3) Matkę należy wesprzeć w karmieniu dziecka, tak aby osiągnęło ono odpowiednią masę ciała. Pielęgniarka lub Konsultant laktacyjny powinni pomagać matce w zwiększeniu

produkcji i zwiększaniu zawartości tłuszczu w mleku przy każdym karmieniu. Zapewnienie mleka własnej matki choremu dziecku jest niezwykle ważne, ale tworzenie relacji podczas karmienia piersią jest również istotne. Badania wykazały, że niemowlęta mają istotną odpowiedź sercowo-naczyniową na przyjmowanie pokarmu. (4) Jest ona regulowana przez zmiany w autonomicznej aktywności serca i układu naczyniowego.

Śmierć łóżeczkowa, zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS). SIDS jest najczęstszą przyczyną śmierci niemowląt po pierwszym miesiącu życia, co stanowi jedną trzecią wszystkich zgonów w pierwszym roku życia. Do modyfikowalnych czynników ryzyka SIDS zaliczamy: pronacynną pozycję spania, palenie przez matkę tytoniu, brak karmienia piersią i dzielenie łóżka matki czy rodziców przez niemowlę. W przypadku niemowląt rasy białej ryzyko SIDS wzrasta o 19% za każdy Miesiąc przy braku karmienia piersią i 100% za każdy miesiąc niewyłączonego karmienia piersią. W przypadku niemowląt rasy negroidalnej ryzyko wynosiło odpowiednio 19% i 113%. Zaleca się, aby informacje o zaletach karmienia piersią były zawarte w komunikatach prewencyjnych. (5)

Choroby jelit. Martwicze zapalenie jelit występuje najczęściej u wcześniaków narażonych na niedotlenienie. Badania przeprowadzone na zwierzętach sugerują, że mleko matki, a konkretnie siara, zapewnia ochronę przed tą chorobą. (6) Mleko matki jest zalecane w przypadku wczesnego żywienia pooperacyjnego ze względu na jego właściwości przeciw infekcyjne, przeciwzapalne i łatwą strawność. Jeśli niemowlę będzie karmione piersią, mleko matki może być wprowadzone wcześniej niż mieszanka modyfikowana. Zespół krótkiego jelita wymaga szczególnego postępowania, ale mleko kobiece jest zwykle dobrze tolerowane i w przypadku braku mleka matki należy uzyskać mleko dawcy. Niedrożność smółkowa jest rzadziej spotykana i mniej dotkliwa u niemowląt karmionych piersią, które otrzymały odpowiednią ilość siary bezpośrednio po urodzeniu. Siara ma bowiem działanie przeczyszczające i stymuluje pasaż smółki przez przewód pokarmowy. Jeśli zaburzenie to zostanie zdiagnozowane, powinna być przeprowadzona Diagnostyka w kierunku mukowiscydozy i niewydolności trzustki.

Nietolerancja laktozy. Zespołem klinicznym związanym z powolnym przyrostem lub zaburzonym rozwojem dziecka jest nadmierne spożycie laktozy, wynikające z niskiego poziomu tłuszczu

w mleku matki i konsumowania przez niemowlę nadmiernej ilości mleka ze względu na jego niskokaloryczną zawartość. Gdy karmienie z jednej piersi nie trwa wystarczająco długo, aby tłuszcz wypłynął, rezultatem jest niskokaloryczne mleko o wysokiej zawartości laktozy. W takich przypadkach zalecane jest karmienie jednorazowo tylko z jednej piersi. (7)

Galaktozemia. Galaktozemia, spowodowana niedoborem galaktozo-1-fosforanourydylo-transferazy (GALT), jest rzadką chorobą, w której niemowlę nie jest w stanie metabolizować galaktozy. Choroba może szybko doprowadzić do zgonu w ciężkiej postaci. Galaktozemia jest badana w większości stanów w Stanach Zjednoczonych wraz z fenylketonurią (PKU) i innymi zaburzeniami metabolicznymi. W Polsce IMiD przeprowadza to badanie na zlecenie lekarza leczącego. W klasycznym niedoborze uridylotransferazy galaktozy-1-fosforanu karmienie piersią jest przeciwwskazane.

Fenylketonuria (PKU) Fenylketonuria jest najczęstszym zaburzeniem metabolicznym aminokwasów, w której fenyloalanina kumuluje się z powodu upośledzenia aktywności enzymatycznej hydroksylazy fenyloalaninowej. Leczeniem jest włączenie preparatu wolnego od fenyloalaniny i dodatkowo dokarmianie mlekiem z piersi lub z mieszanką sztuczną, aby zapewnić niezbędną, niewielką podaż tego aminokwasu. Ludzkie mleko ma mniej fenyloalaniny niż mieszanki modyfikowane, ale jej ilość przekracza tolerancję większości niemowląt z PKU. Dziecko karmione piersią otrzymuje najpierw małą objętość mieszanki eliminacyjnej (10–30 ml), a następnie wypija mleko z piersi matki. Niemowlęta z PKU są bardziej podatne na infekcję drożdżakową. Matka powinna zwracać uwagę na jej objawy u niemowlęcia i pojawienie się obolących sutków, które mogą być wywołane przez *Candida albicans*.

Zakażenie dróg oddechowych. Noworodki, u których rozwinęły się choroby układu oddechowego, powinny być karmione piersią. Ogromne znaczenie ma obecność przeciwciał i właściwości przeciwinfekcyjne mleka matki. Siara i mleko kobiece zawierają duże ilości przeciwciał IgA, z których niektóre są specyficzne dla wirusa syncytialnego układu oddechowego (RSV). Karmione piersią, ale niekarmione butelką niemowlęta mają IgA w wydzielinie z nosa. Neutralizujące inhibitory RSV zostały wykazane w serwatce większości próbek mleka kobiecego. (8) Przeciwciała przeciw RSV IgG są obecne w mleku i reaktywnych limfocytach T.

Oporność na RSV indukowana przez karmienie piersią była związana z obecnością interferonu i specyficznej dla wirusa aktywności transformacji limfocytów, co sugeruje, że karmienie piersią ma unikatowe mechanizmy modulowania odpowiedzi immunologicznej niemowląt na zakażenie RSV. (9) Jeśli niemowlęta karmione piersią zachorują, przebieg choroby jest zdecydowanie łżejszy. (8,10)

Działanie przeciwbólowe. Noworodki chore, z problemami wrodzonymi i rozwojowymi w okresie noworodkowym, są często poddawane różnym procedurom medycznym. W porównaniu z placebo, odpowiednim ułożeniem dziecka lub brakiem interwencji, karmienie piersią okazuje się najlepszą terapią. Glukoza i sacharoza są substytutem koniecznym, gdy mleko matki nie jest dostępne. (11)

Na podstawie: **Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession, Eighth Edition 2016**

Piśmiennictwo:

1. McBride M.C., and Danner S.C.: *Sucking disorders in neurologically impaired infants: assessment and facilitation of breastfeeding.* *Clin Perinatol* 1987; 14: 109
2. Marino B.L., O'Brien P., Lore H., editor: *Incompleted reference.*
3. Combs V.L., Marino B.L., *Comparison of growth patterns in breast- and bottle-fed infants with congenital diseases,* „*Pediatrics Nursing*” 19(2):175–179, 2011
4. Montgomery RK, Buller HA, Rings EHHM, et al., *Lactose intolerance and the genetic regulation of intestinal lactasephlorizin hydrolase,* *FASEB J* 5:2824, 1991.
5. Vennemann M.M., Bajanowski T., Brinkmann B. et al., *Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome,* „*Pediatrics*” 123:e406–e410, 2009
6. Newburg D.S., and Walker W.A.: *Protection of the neonate by the innate immune system of developing gut and of human milk.* *Pediatr Res* 2007; 61: 2-8
7. Woolridge M.W., and Fisher C.: *Colic, “overfeeding” and symptoms of lactose malabsorption in the breastfed baby: a possible artifact of feed management.* *Lancet* 1988; 2:382
8. Toms G.L., and Scott R.: *Respiratory syncytial virus and the infant immune response.* *Arch Dis Child* 1987; 62: 544
9. Chiba Y., Minagawa T., Mito K., et al: *Effect of breastfeeding on responses of systemic interferon and virus-specific lymphocyte transformation in*

infants with respiratory syncytial virus infection. J Med Virol 1987; 21:7

10. Toms G.L., Gardner P.S., Pullan C.R., et al: *Secretion of respiratory syncytial virus inhibitors and antibody in human milk through lactation. J Med Virol 1980; 5: 351*

11. Shah P.S., Aliwalas L., and Shah V.: *Breastfeeding or breast milk to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review. Breastfeed Med 2007; 2: 74-82*

KARMIE NIE PIERSIĄ – NIE - ZWYKŁY POSILEK. Na podstawie doświadczeń własnych podczas pracy w Oddziale Neonatologii Tunbridge Wells Hospital, UK

Dr n. med. Marzanna Reško-Zachara, Instytut Matki i Dziecka, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Nawet o najbardziej oczywistych faktach trzeba czasem przypomnieć. Widok niemowlęcia spokojnie ssącego z piersi mamy mówi nam, że jest to dynamiczny dialog biologiczny. Podczas tego procesu zaspokajane są nie tylko potrzeby odżywcze. Buduje się psychosocjologiczna więź pomiędzy matką a dzieckiem.

Wśród wielu korzyści, wynikających z kontynuacji karmienia piersią w pierwszym roku życia, mówi się o długofalowym wpływie na rozwój poznawczy dziecka i jego index IQ. Stwierdzenie takie budzi jednak kontrowersje. Podczas prowadzonych badań występują ograniczenia metodologiczne – obecność czynników wprowadzających błąd statystyczny (*residualconfounders*), jak np. fakt, że grupy kobiet decydujących się na karmienie piersią mogą być wyjściowo różne od tych, które nie karmią (styl życia, wykształcenie, tradycje itp.).(1)

Fakty dotyczące wpływu karmienia piersią na matki są następujące: kobiety karmiące piersią są spokojniejsze, mają większą cierpliwość, nawiązują lepszą więź z dzieckiem. Rezygnacja z karmienia piersią jest kosztowna dla budżetu domowego i globalnego (koszty mieszanek mlecznych, koszty leczenia z powodu chorób związanych z wczesnym odstawieniem od piersi).(2)

Karmienie piersią wykazuje znaczący korzystny wpływ na: zmniejszenie zachorowalności niemowląt na biegunki, ostre infekcje układu oddechowego, zapalenie ucha środkowego inne infekcje; zmniejszenie umieralności niemowląt z powodu biegunek i zakażeń układu oddechowego, rozwój intelektualny dzieci; zmniejszenie zapadalności na choroby przewlekłe, takie jak otyłość, cukrzyca i rak. Ma też wpływ na zdrowie matek

z podkreśleniem zmniejszenia ryzyka raka piersi i jajnika, wywiera korzyści ekonomiczne zarówno dla indywidualnych gospodarstw domowych, jak i w ujęciu globalnym (system ochrony zdrowia, pracodawcy i całe społeczeństwo).(3)

Statystyki nie pozostawiają wątpliwości – nie jest dobrze:

1. Wielka Brytania – 75% kobiet zaczyna karmić piersią po porodzie, mniej niż 43% kontynuuje powyżej 6 tygodnia życia dziecka, w 3 miesiącu – 17%, w wieku 6 miesięcy tylko 1%,(4)
2. Polska – 98% matek zaczyna karmić piersią po porodzie, w 6 tygodniu jest to już tylko 46%; w miesiącach 2-6 karmi 42%; a w 9 miesiącu karmi 17%, (5) (*dane GUS 2014*)

Matki czują się poddane presji karmienia w czasie, kiedy ich organizm jest bardzo wrażliwy, zmęczony i pełny niepokoju po ciąży i porodzie. Od momentu, kiedy stwierdza się ciążę, są zachęcane do karmienia piersią. Traktują to jak dodatkowe obciążenie. Wolą być wybrane i nie być oceniane. Nie lubią pytań obcych ludzi: jak karmisz? Dlaczego nie karmisz piersią? Jeśli karmię w miejscu publicznym, to: „powinnaś się jakoś okryć podczas karmienia”.

Położne środowiskowe i pracownicy socjalni (*healthvisitors*) „dręczą” matki, czują się one winne, kiedy próbują sobie jakoś radzić karmiąc w sposób mieszany lub zaprzestając karmienia. Jest to odbierane jako porażka. Pracownicy ochrony zdrowia, zamiast obwiniać matki za niepowodzenie w karmieniu, powinni zastanowić się nad przyczynami takiego stanu.

Z relacji znajomych karmiących piersią, w portalach społecznościowych publikowane są nagrania, które mówią o zmęczeniu, o „permanentnym karmieniu”. Takie natężenie presji niesie za sobą zagrożenie depresją poporodową.

Wśród rozmów z matkami słyszy się o strachu przed bólem piersi, krwawieniem z brodawek, zapaleniem gruczołu sutkowego.

Obawiają się również powrotu do pracy: „Wracam do pracy i są takie dni, że po prostu nie mam czasu na odciąganie pokarmu”.

Powrót do pracy w ciągu 6 tygodni od porodu stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zaprzestania karmienia piersią.

Jak pomóc?

Jednym z rozwiązań jest nawiązanie kontaktu i uzyskanie porady doradcy laktacyjnego; można nauczyć się używać laktatora wcześniej.

Doradza się również poszukanie odpowiedniej przyjaznej opieki dla dziecka. Pomaga również zachęta do elastycznego zachowania – jeśli nie ma czasu na odciąganie, karmić wtedy, kiedy można – każda objętość pokarmu jest dobra.

Co jeszcze przeraża? Zmiana dotychczasowego trybu życia, brak możliwości wyjścia na koncert, imprezę, do teatru – wygodne życie skończyło się, teraz tylko pierś, pierś, pierś...pieluchy...pierś...

W szpitalu – fotografie szczęśliwych matek i ich szczęśliwych dzieci przy piersi, a brak wsparcia po wypisaniu ze szpitala.

Karmienie piersią jest całkiem naturalne, ale czy zawsze.....wykonalne?

Wiele osób uważa, że wszystko, co świeżo upieczona mama musi zrobić to po prostu włożyć pierś do buzi noworodka i już – jak pendrive do portu USB.

Pojawia się dysharmonia-rozbieżność między oczekiwaniami młodej mamy a realiami codziennego życia. Obawy, dyskomfort i niepokój matki narastają; zadowolenie z bycia mamą zaspokoje nie obaw rodziny wypiera cel, jakim jest karmienie wyłącznie piersią.

Mamy wprowadzają sztuczne mleko lub przestają karmić piersią, aby poprawić całą sytuację; może to powodować poczucie porażki i winy.

Niektóre matki są zdania, że karmienie piersią jest trudne i zabiera dużo czasu, jest uciążliwe.

Młodzi rodzice uważają, że trudno jest ograniczyć dotychczasowe aktywności niezwiązane z dzieckiem; trzeba zmienić dotychczasowe zwyczaje „mój czas” staje się „czasem dla dziecka”, co jest bardzo trudne .

Większość kobiet w badaniu *Pediatrics* przestaje karmić z powodu poczucia „znalezienia się w potrzasku” (6).

Jak sobie poradzić ?

Dać sobie trochę czasu – karmienie jest umiejętnością, którą się nabywa, jak każdą inną; trzeba się nauczyć, skorzystać z porady nie tylko teoretycznej, ale również praktycznej - może podczas

karmienia? Bardzo ważne jest karmienie nocą, bo dostarcza melatoninę, co ułatwi sen niemowlęcia. Kiedy dziecko śpi, mama też powinna spać.

Kobiety chcą, aby pozostali członkowie rodziny – starsze dzieci, mąż, dziadkowie – też angażowali się w karmienie, aby nawiązał się kontakt z noworodkiem. Stanowi to wyższy priorytet niż karmienie wyłącznie piersią.

Pierwszy tydzień jest najważniejszy; karmienie wtedy piersią i stymulacja laktacji daje dobre prognozy na przyszłość. Należy starać się nie odciągać i nie podawać pokarmu smokiem przez pierwsze 4-6 tygodni!

Ojcowie, rodzeństwo i dziadkowie mogą w tym czasie inaczej nawiązywać kontakt z maleństwem.

Matki wstydzą się karmić w miejscach publicznych. Wobec tego trzeba poszukać miejsc oznakowanych międzynarodowym symbolem (restauracje, sklepy), które zapewniają miejsce do karmienia i ewentualnie odciągania pokarmu. Jest tych miejsc naprawdę dużo. Do okrycia można zastosować chustę czy kocyk. Zanim jednak zaczniemy karmić poza domem, najpierw dobrze byłoby nabrać pewności karmieniu – wtedy to może być całkiem przyjemne. Można karmić w parku, na plaży, jedząc lunch z przyjaciółką czy podczas obiadu z mężem.

Czasem karmienie piersią boli jak diabli – popękane brodawki, krwawienie, pęcherze i zasinienia. To znak, że coś jest nie tak. Często kobiety niepotrzebnie dostają wtedy antybiotyki albo leki przeciwbólowe. Większość bolesnych objawów spowodowana jest nieprawidłową techniką przystawiania dziecka do piersi. Trzeba wówczas poszukać doradcy laktacyjnego, który pokaże prawidłową pozycję. Nie każdy ból jest objawem zapalenia! Nie stosujmy od razu antybiotyków. Odciąganie pokarmu przez kilka dni pozwoli piersiom wygoić się.

Jeśli wydaje się, że nie ma wystarczającej ilości pokarmu i dziecku nie wystarcza, to można przystawiać na żądanie przez kilka dni, wtedy ważyć po karmieniu lub każdego dnia i sprawdzić, że wskazówki wagi idą w górę! Nie dać się okłamać laktatorowi – laktator odciąga zwykle mniej, niż dziecko bezpośrednio!

Niemowlęta przystawiają się do piersi nie tylko z głodu – i jest to niespodzianka dla rodziców! Mogą być spragnione, zmęczone, może je coś boli? Mogą być przemęczone, znudzone, czują się samotne lub po prostu chcą się przytulić. Mama mówi: „Przecież nie może być głodne – przed chwilą ja

dło! „Ale dziecko może potrzebować czegoś innego, nie tylko posiłku, i nie istnieje „rozpieszczanie” przez przytulanie i częste ssanie. Karmienie to Relacja, to pełne doświadczenie bycia blisko mamy. Doświadczenie kontaktu skóra-do-skóry, jej zapachu, słuchanie jej głosu, spojrzenia w jej twarz, komfort ciepłego mleka pełnego biologicznie aktywnych komponentów- wszystko to zapewnia niezbędne warunki zdrowego wzrastania i rozwoju niemowlęcia i dziecka. Nie jest to tylko zwykły posiłek.

Piśmiennictwo:

1. *Pediatricsresearch*, vol. 67, s. 357-362 (2010)

2. *Pediatrics*, vol.125, nr 5, listopad 2010)

3. León-Cava, Natalia, *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*, Washington, D.C.: PAHO© 2002

4. McAndrew at al., 2010, *UK National Infant Feeding Survey*

5. *DaneGUS 2014*

6. R. Li, S. B. Fein, J. Chen, L. M. Grummer-Strawn *Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year Pediatrics October 2008, vol. 122 / ISSUE Supplement 2*

BANK MLEKA KOBIECEGO

Mgr Olga Barbarska, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie

Bank mleka kobiecego jest profesjonalnym laboratorium, które zajmuje się pozyskiwaniem mleka od Honorowych Dawczyń, bezpiecznym przechowywaniem i dostarczaniem go potrzebującym dzieciom.

Pokarm z banku mleka jest przeznaczony w pierwszej kolejności dla noworodków przedwcześnie urodzonych, dla których stanowi on lek. W obliczu szczególnych potrzeb żywieniowych oraz niedojrzałości układu pokarmowego podanie mleka kobiecego staje się priorytetem. Karmienie niemowląt mlekiem kobiecym w porównaniu z wykorzystaniem sztucznych mieszanek obniża ryzyko wielu powikłań, m.in.: martwiczego zapalenia jelit, infekcji dróg oddechowych, alergii czy sepsy.

Kolejne pozycje na liście beneficjentów stanowią noworodki donoszone, pozostające w stanie ciężkim lub chore, niemowlęta w okresie okołoperacyjnym czy dzieci będące pod opieką hospicjum.

Podstawę funkcjonowania banków mleka stanowią dawczynie pokarmu. Honorową Dawczynią może zostać każda zdrowa, nie posiadająca nałogów mama, która karmi swoje dziecko naturalnie i chce podzielić się nadmiarem swojego mleka. Współpraca odbywa się na zasadzie wolontariatu.

Z każdą potencjalną dawczynią zostaje przeprowadzony szczegółowy wywiad, dotyczący aktualnego stanu zdrowia, występowania schorzeń przewlekłych, przebytych chorób, stosowanych leków, a także stylu życia i sposobu żywienia. W trakcie wizyty rejestracyjnej zostaje pobrana próbka krwi do badań pod kątem chorób przenoszonych za pośrednictwem mleka (wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, wirusa CMV i HIV

oraz kiły) oraz próbka mleka, która będzie poddana badaniom mikrobiologicznym.

Mleko jest odbierane od dawczyń z domu; do tego momentu może być przechowywane w zamrażarce domowej przez okres dwóch tygodni. W banku mleka odbywa się pasteryzacja, analiza składu i znakowanie każdej butelki. Termin przydatności pokarmu wynosi maksymalnie do 3 miesięcy po pasteryzacji.

Skład mleka kobiecego, pochodzącego od poszczególnych dawczyń, jest zróżnicowany. Wiąże się to nie tylko z indywidualnymi cechami genetycznymi, ale zależy także od fazy laktacji czy czasu trwania ciąży i momentu rozwiązania. Znajomość składu pokarmu, przeznaczonego dla noworodków chorych i przedwcześnie urodzonych, ma kluczowe znaczenie dla planowania żywienia i leczenia tych dzieci, dlatego nowoczesne banki mleka są wyposażone w analizatory składu mleka kobiecego. Urządzenia te umożliwiają szybką ocenę zawartości białka, tłuszczu, węglowodanów i wartości energetycznej pokarmu, pochodzącego od danej kobiety. Informacja, dotycząca wartości odżywczej, jest dołączona do każdej butelki mleka, wydanej z banku.

Pokarm z banku mleka mogą zamówić jedynie placówki lecznicze na potrzeby dzieci znajdujących się na oddziałach. Najczęściej jest on wykorzystywany w pierwszych dniach życia do czasu unormowania laktacji u matki lub do czasu poprawy stanu zdrowia i podjęcia decyzji o żywieniu mieszkanką sztuczną, jeśli karmienie naturalne po wypisaniu dziecka do domu jest niemożliwe.

Do głównych zadań banków mleka, oprócz pozyskiwania, przetwarzania i przechowywania pokarmu, należy promocja karmienia piersią. Wykorzystanie przez szpital pokarmu od dawczyń

wpływa pozytywnie na promocję karmienia piersią już od pierwszych chwil, jeszcze w trakcie hospitalizacji na oddziale neonatologicznym. Korzystanie z pokarmu od dawczyń zawsze jest ściśle powiązane z objęciem matki profesjonalną opieką laktacyjną. Największe efekty tego postępowania dotyczą noworodków o bardzo niskiej masie urodzeniowej, w szpitalach z dostępem do mleka z banku mleka kobiecego odsetek dzieci karmionych piersią w dniu wypisu ze szpitala może być nawet dwukrotnie wyższy.

Honorowe oddawane pokarmu stanowi również potężny ruch społeczny, skupiony wokół idei banku mleku, którego rzecznikami są dawczynie, ale również ich najbliżsi, a także personel medyczny.

W chwili obecnej na terenie Polski funkcjonuje 7 banków mleka kobiecego, kolejne 3 są w trakcie organizacji. Według danych Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka, w Europie istnieje obecnie 225 podobnych placówek.

HASŁA WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION DLA ŚWIATOWYCH TYGODNI KARMIENIA PIERSIĄ W OSTATNICH DZIEWIĘCIU LATACH:

2010 PO PROSTU DZIESIĘĆ KROKÓW

2011 MÓWCIE DO MNIE

2012 ROZUMIEJĄC PRZESZŁOŚĆ – PLANUJMY PRZYSZŁOŚĆ

2013 WSPIERAJĄC MATKI – WSPIERAMY KARMIENIE PIERSIĄ

2014 KARMIENIE PIERSIĄ MĄDRĄ INWESTYCJĄ NA CAŁE ŻYCIE

2015 KARMIENIE PIERSIĄ I PRACA – ZRÓBMY TO

2016 KARMIENIE PIERSIĄ KLUCZEM DO ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU

2017 RAZEM WSPIERAMY KARMIENIE PIERSIĄ

2018 KARMIENIE PIERSIĄ FUNDAMENTEM ŻYCIA

WYDAWCA:

**Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią
ul. A. J. Madalińskiego 25, 02-544 Warszawa
Tel.: 22 45 02 400, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl
ISBN-13 978-83-924586-5-4
KONTO BANKOWE: 54 1140 1010 0000 5046 0800 1001**



**SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. ŚWIĘTEJ RODZINY SPZOZ**