



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITET UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

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



Instytut
Matki i Dziecka

Nr 1/2016 – MAJ 2016

ISSN 1509-7250

KONFERENCJA KUKP 4 czerwca 2016 r



Ministerstwo Zdrowia



**STANDARDY
MEDYCZNE**
pediatria



Drodzy czytelnicy, aktualny numer Biuletynu poświęcony jest tradycyjnej, w naszym kraju zwykle majowej, konferencji z okazji Światowego Tygodnia Promocji Karmienia

Piersią. W tym roku, z uwagi na przypadający w ostatnim tygodniu maja dzień świąteczny, zdecydowaliśmy przenieść ją z ostatniej soboty majowej na pierwszą czerwcową, nie chcieliśmy bowiem nikomu zakłócać możliwości skorzystania z przedłużonego weekendu. Zmieniło się też miejsce naszego spotkania: z przyjemnością zaprosiliśmy Uczestników konferencji do auli Szpitala im. Świętej Rodziny przy ul. Madalińskiego w Warszawie, udostępnionej nam życzliwie przez Dyрекcję. Szpital ten, po rozbudowie, jest jednym z najpiękniejszych szpitali położniczo-ginekologicznych stolicy.

Mamy nadzieję, że współdziałanie członków Zarządu KUKP w pracach prowadzonych w ubiegłym roku przez Departament Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia, już niebawem zakończy ścieżkę legislacyjną, dotyczącą wspomnianych w poprzednim numerze Biuletynu (grudzień 2015) prac nad rozszerzeniem dotychczas obowiązujących porad laktacyjnych, udzielanych przez położne, w tym środowiskowe. Problem dotyczy również większej dostępności do nieodpłatnych porad laktacyjnych na terenie kraju, udzielanych indywidualnie, jak i w Poradniach Laktacyjnych. Wszyscy zgadzają się bowiem, że w tak ważnej sprawie, jaką jest żywienie noworodków i niemowląt zgodne z obowiązującymi standardami, a więc wyłączenie karmienia piersią przez pierwsze półrocze i jego kontynuacja po wprowadzaniu żywności uzupełniającej, jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia. **Porada laktacyjna**

powinna być fachowa, łatwo dostępna i refundowana. Zagadnienia poradnictwa laktacyjnego dotyczą całego kraju. Tam, gdzie rodzą się dzieci, tam też matki powinny otrzymać fachowe wskazówki i pomoc dla efektywnego karmienia. Wiedza ta nie może być zawłaszczana przez prywatną działalność doradców laktacyjnych i łatwo Dostępna w jedynie w dużych miastach. Pani prof. Ewa Dmoch-Gajzlerska, Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej i Prodziekan ds. Kierunku Położnictwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu WUM w pełni ten problem rozumie. Troszczy się nie tylko o edukację i praktyczną wiedzę laktacyjną wszystkich położnych, ale też o odpowiednią pozycję i kwalifikacje wszystkich położnych środowiskowych. Wchodzi tu dodatkowo, istotny problem zróżnicowania wiekowego i ogromnych, z tego tylko względu, różnic przygotowania zawodowego. Problem jest szczególnie istotny w obliczu bardzo krótkiego okresu pobytu matki wraz z noworodkiem w Oddziale. Praktycznie wszystkie zdrowe noworodki są wypisywane do domu przed ustabilizowaniem się laktacji. Stąd też znaczenie i jakość porad położnej środowiskowej urastają do kluczowego. Panią Profesor gościimy wśród pt Grona zaproszonych, znakomitych Wykładowców. W minionych miesiącach Członkowie Zarządu KUKP z dumą uczestniczyli we wspaniałych uroczystościach, organizowanych przez Szpitale Przyjazne Dziecku w Łodzi i Częstochowie z okazji uzyskania bądź podtrzymania prawa do tego zaszczytnego tytułu. Za każdym razem z wzruszeniem i radością nagradzamy wielki wysiłek całego zespołu tabliczką sygnowaną przez UNICEF i WHO.

Niestety, wielkim problemem Komitetu w ostatnim okresie, jest brak chętnych do tej społecznej pracy entuzjastów. Ponad połowa pt Członków

Zarządu nie przejawia najmniejszego zainteresowania problemami, nawet nie wykazują chęci podjęcia choćby telefonicznego kontaktu w ustalonych od lat dniach dyżurów, w każdy wtorek i czwartek. Zawsze zastać można wówczas panią Joannę Piekarską, prowadzącą sekretariat, z czym radzi sobie znakomicie; panią mgr Elżbietę Chróścicką prowadzącą dział Szpitali Przyjaznych Dziecku, oraz przewodniczącą Komitetu. Bywa też, w tych ustalonych dniach, pani dr Maria Wilińska i pani dr Krystyna Dziadkiewicz; regularny kontakt utrzymuje z nami pani dr Marzena Kostuch z Lublina. Często telefonicznie wspiera nas swoimi cennymi radami i znajomością prawa pani dr Maria Welento-Tyszko z Łódzkiego Oddziału KUKP. Rzadko zwołujemy oficjalne zebrania Zarządu, ponieważ na bieżąco, w wymienionym wyżej składzie, omawiamy aktualne sprawy i staramy się je załatwić. Prawdą jest, że nie mamy czasu telefonować do pozostałych pt Członków Zarządu, aby zapytać, co u nich słychać. Jeśli mamy do rozwiązania jakiś naprawdę trudny problem, potrzebujemy dyskusji i zgody większości, zwołujemy zebranie Zarządu, starając się ustalić datę najbardziej powszechnie odpowiadającą. Osobiście uważam, że wybranie do Zarządu jest zaszczytem i zobowiązuje do pracy każdego wybranego. A jeśli nie do pracy, to chociaż do zainteresowania. Ci natomiast, którzy zostali wybrani i pracują, nie są zobowiązani do tłumaczenia się tym z daleka. Bywa, że spotykamy się z nimi czasami, z niektórymi nawet dość często, przypadkowo, na różnych posiedzeniach naukowych czy innych wydarzeniach medycz-

nych, mających miejsce w Warszawie. Stąd wniosek, że nawet bywają tu często. Drzwi Komitetu są zawsze otwarte, we wspomnianych wyżej dniach pracy, nie tylko dla pt Osób wybranych do Zarządu, ale dla wszystkich pt Członków i Sympatyków. Sama jestem dostępna prawie zawsze w Instytucie. Na czas remontu budynku Biurowego IMiDz, w którym Komitet ma siedzibę, mój małeńki gabinet w części Klinicznej Instytutu, gości już od kilku miesięcy biuro KUKP.

Tegoroczne, ustalone przez WABA (Word Alliance for Breastfeeding Action) hasło brzmi „Breastfeeding: a key to sustainable development” co tłumaczymy jako „Karmienie piersią kluczem do zrównoważonego rozwoju”. Mówi więc ono o znaczeniu karmienia dla podtrzymywania wszechstronnego, prawidłowego rozwoju, zgodnego z fizjologią dziecka i z prawami natury. To właśnie jest wspólny mianownik wszystkich wykładów, omawiających różne aspekty tego zagadnienia, których streszczenia znajdują Państwo w niniejszym wydaniu Biuletynu. To także jest nasz – Komitetu i Państwa wszystkich, mam nadzieję - wspólny cel, który chcemy osiągnąć, propagując ideę karmienia piersią. Pokarm kobiecy bowiem jest niezastąpionym źródłem dla przebogatego, wszechstronnego rozwoju. W ten sposób przypominamy, że karmienie piersią jest prawem naturalnym dziecka.

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



Zarząd KUKP składa serdeczne podziękowania Dyrekcji Szpitala Specjalistycznego imienia Świętej Rodziny w Warszawie, która okazała nam przychylność i umożliwiła zorganizowanie Konferencji w auli przy ul. Madalińskiego. Adresatami wyrazów naszej szczególnej wdzięczności są: Pani Dyrektor Maria Dziura; Pan dr Paweł Kubik, zastępca dyrektora ds. lecznictwa, oraz Pan Dariusz Malczyk, zastępca dyrektora ds. administracyjno-logistycznych.

Karmienie piersią kluczem do zrównoważonego rozwoju

Prof. dr hab. n. med. Barbara Kowalewska-Kantecka

Jak rozumieć hasło tegorocznego światowego tygodnia promocji karmienia piersią?

Dobroczynny wpływ karmienia piersią na wszechstronny somatyczny i psychoruchowy rozwój dzieci jest powszechnie znany. Badania naukowe, dotyczące składu mleka kobiecego, toczą

się nieprzerwanie od połowy XIX w., zaś postępy nauki ostatniego półwiecza pozwalają odkrywać nowe mechanizmy immunologiczne, wyjaśniające jego znaczenie. Badania z połowy XIX w., niedługo po wynalezieniu mikroskopu, ukazały obecność krwinek białych w kropli mleka kobiecego, oglądanej przez mikroskop. Nie znając jeszcze ich odpornościowego znaczenia i nie wiedząc, że jest to zjawisko fizjologiczne, uważano je po prostu za zanieczyszczenie. Postępy immunologii

drugiej połowy XX w. pozwoliły na wykazanie w pokarmie kobiecym nie tylko upostaciowanych składników krwi - limfocytów, granulocytów, ale i frakcji komplementu, lizozymu, laktoferrytyny i gotowych przeciwciał z grupy IgG i IgA - głównie powierzchniowej IgAs. Składniki te odpowiadają za zwiększenie obrony immunologicznej przed zakażeniami. Następną niezwykle ważną i niezastępowalną biologicznie grupą są czynniki wzrostu komórkowego dla ważnych narządów, takich jak ośrodkowy układ nerwowy czy siatkówka oka.

Wydawałoby się, że powiedziano już bardzo dużo, jeśli nie wszystko, na temat wartości jakościowej, energetycznej, biochemicznej czy biologicznej pokarmu. Jednakże w ostatnich latach znowu zostaliśmy zaskoczeni nowymi odkryciami. Tym razem dotyczą one właściwości tzw. mikrobioty przewodu pokarmowego noworodka. Przez mikrobiotę rozumie się miliardowe skupiska bakterii, zasiedlających błonę śluzową jelita. Wykazywane od 2012 r. znaczenie mikrobioty przewodu pokarmowego dziecka, karmionego pokarmem matki, ukazuje jego wpływ na modulowanie komórek T, wpływ na adipogenezę oraz prawdopodobnie na lepszy rozwój mózgu i zdolności poznawcze. Właśnie mikrobiocie poświęca się ostatnio szczególną uwagę. Jej znaczenie omawia styczniowy numer „Lancetu”, jednego z najstarszych czasopism lekarskich o zasięgu światowym („Lancet”, vol. 387, styczeń 2016). Poświęcony jest on w całości zagadnieniom mleka kobiecego, karmienia piersią i korzyściom w bliskiej i odległej perspektywie, które z faktu karmienia wypływają zarówno dla dziecka, jak i matki. Karmiąca jest lepiej chroniona przed nowotworami macicy, jajników i piersi; nawiązuje ściślejszą więź emocjonalną ze swoim dzieckiem; umacnia się osobowościowo w roli matki. Dziecko otrzymuje najlepiej, bo stosownie do swoich potrzeb, skomponowany pokarm, zapewniający mu optymalne wzrastanie somatyczne i lepszy rozwój emocjonalny, a być może również intelektualny. Przez taki rozwój rozumieć powinniśmy rozwój podtrzymujący i zwiększający potencjał somatyczny i intelektualny dziecka.

Docenienie przez środowisko neonatologów znaczenia wartości pokarmu matczynego jako potężnej broni w walce o utrzymanie przy życiu i zdrowiu noworodków z bardzo i ekstremalnie małą masą ciała znalazło swoje odbicie w rozszerzającej się praktyce podawania pokarmu metodą minimalnego karmienia doustnego (pojedyncze krople na śluzówkę jamy ustnej) u najbardziej nawet niedojrzałych wcześniaków. Trzeba w tym

miejscu również wspomnieć rolę Banków Mleka Kobięcego. Zapewniają one nie tylko mleko kobiece dla niedojrzałych wcześniaków, ale też podejmują działania mobilizujące aktywność laktacyjną matek. Oczywiście, koncesjonowane w Bankach mleko pozbawione jest jednak najbardziej wartościowych biologicznie elementów.

Światowa Organizacja Zdrowia, w strategii globalnego rozwoju, prowadzonej od 2002 r., jako jedno z priorytetowych zadań, wyznaczyła działania na rzecz powszechnego karmienia piersią niemowląt na całym świecie, bez różnicy w statusie materialnym rodziców. Nowością jest właśnie apelowanie o karmienie piersią wszystkich noworodków i niemowląt, na całym świecie, również w zamożniejszych warstwach społeczeństwa. Zwrócono uwagę na zdrowie i poziom odżywienia dziecka w okresie przed i w czasie ciąży oraz odżywianie dziecka w okresie wczesnoniemowlęcym jako prewencję występowania chorób niezakaźnych w ciągu całego życia. Karmienie przez pierwszych sześć miesięcy wyłącznie piersią oraz odpowiednie żywienie uzupełniające przyczyniają się do optymalnego rozwoju fizycznego i umysłowego dziecka. Zwrócono też uwagę, że u niemowląt, u których stwierdza się ograniczenie wzrostu w okresie prenatalnym, a także prawdopodobnie po urodzeniu, ryzyko wystąpienia chorób niezakaźnych w życiu dorosłym wydaje się większe. Ostatnie zdanie potwierdza znany klinicystom fakt, że stale jeszcze nie wszystkie przyczyny dystrofii wewnątrzłonowej stanowią problem patogenetycznie rozwiązany.

Komitet Upowszechnienia Karmienia Piersią w naszym kraju wpisuje się w tę światową dyrektywę.

Szpitalne przyjazne dziecku, które promujemy i wspieramy, mają za swój cel właśnie wdrażanie inicjatywy Innocenti, czyli realizację 10 kroków do udanego karmienia. Standardy Opieki Okołoporodowej, opracowane przez Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia, obowiązujące we wszystkich placówkach położniczych, również kładą nacisk na wczesną poporodową, prawidłową stymulację laktacji. Problem utrzymania laktacji zależy jednak przede wszystkim od świadomości i woli matek oraz ich wspomaganie przez doradców laktacyjnych, położne szpitalne i środowiskowe. Nie bez znaczenia jest również przygotowanie dziewczynki do roli matki poprzez domy rodzinne i wychowanie szkolne, czyli odtworzenie zerwanej przez zawieruchy dziejowe tradycji rodzinnej.

Przygotowanie położnej do wspierania karmienia piersią

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

Położne to grupa zawodowa, która ze względu na swoją historyczną i współczesną pozycję jest:

➤ bliska matki i dziecka w okresie okołoporodowym, także w sytuacji ciąży powikłanej przedwczesnym zakończeniem,

➤ realizująca swoje zadania we współpracy z innymi członkami zespołu.

Schemat posadowienia kobiety karmiącej piersią i jej dziecka w strukturze społecznej wygląda następująco:

Otoczenie społeczne i stosunek do kobiety karmiącej piersią



System ochrony zdrowia



Położna



Kobieta karmiąca i jej dziecko

Kształcenie położnych do sprawowania opieki laktacyjnej odbywa się przede wszystkim na podstawie:

- Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie **Standardów kształcenia** dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, **pielęgniarstwa i położnictwa** z 2012 roku.

Położne powinny być przygotowane przede wszystkim do realizacji:

- Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie **Standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem** z 2012 roku;

- Pomocy matce i dziecku w sytuacjach ciąży, porodu i położu powikłanego.

W latach poprzednich rozpoczęliśmy weryfikację programów nauczania, aby nasz sposób kształcenia sprostał wymaganiom **II** i częściowo **III** poziomu nauczania o laktacji zgodnie z *Well-start International University of California w Lactation Management Curriculum Guide (LMCG)*, który zaleca, aby poszczególne poziomy kształcenia realizowane były następująco:

Poziom I – podstawowy: Przedstawiciele zawodów medycznych po zakończeniu kształcenia formalnego muszą osiągnąć ten poziom - lekarze, pielęgniarki oraz żywieniowcy. Jest to poziom przeznaczony dla osób, które nie zamierzają zajmować się w jakikolwiek sposób opieką perinatalną, ale w swojej praktyce czasem spotykają karmiącą kobiet i dziecko karmione piersią; są

wówczas zobowiązane do udzielania wskazówek związanych z laktacją. Dla tego poziomu powinni umieć zapewnić taką opiekę, która prowadzi do zapoczątkowania i utrzymania laktacji. Po osiągnięciu tego poziomu kształcenia, osoby te powinny poradzić sobie z podstawowymi działaniami związanymi z promocją karmienia piersią i zapewnić właściwe kierowanie potrzebujących tego matek i dzieci do innych specjalistów (profesjonalistów zajmujących się laktacją) oraz grup wsparcia działających społecznie. Będą też tworzyć klimat sprzyjający karmieniu piersią w społeczeństwie.

Poziom II - ogólny: Ten poziom powinni osiągnąć wszyscy, którzy regularnie zajmują się zdrowiem matek i małych dzieci. Dotyczy to osób praktykujących w położnictwie, pediatrii, medycynie rodzinnej; wykładowców perinatologii i neonatologii, położnych opiekujących się kobietami w ciąży i w okresie okołoporodowym, pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach pediatrycznych i noworodkowych, jak też specjalistów od żywienia kobiet i dzieci. Konieczne tu są wiedza i umiejętności potrzebne do codziennej praktyki, jak pomoc w najbardziej typowych problemach związanych z laktacją. Osoby, które osiągnęły ten poziom, powinny umieć zapewnić wsparcie kliniczne w zapoczątkowaniu i utrzymaniu laktacji oraz zapobiegać wystąpieniu problemów w karmieniu piersią. Kompetencje dla tego poziomu to również znajomość sposobów organizacyjnego stwarzania dogodnych warunków do promocji karmienia piersią i popierania polityki temu sprzyjającej. Osobom, które osiągnęły ten poziom, niezbędna jest wiedza, jak i kiedy szukać pomocy specjalistów ds. laktacji. Ten poziom powinien być osiągnięty wraz z zakończeniem szkolenia w zakresie opieki perinatalnej.

Poziom III – specjalistyczny: Przeznaczony jest dla lekarzy, położnych i pielęgniarek oraz dietetyków, chcących specjalizować się w poradnictwie laktacyjnym. Osoby te powinny mieć taką wiedzę i umiejętności, aby zapewnić wsparcie kliniczne i stworzyć zasady postępowania dla umożliwienia skutecznego rozpoczęcia karmienia piersią, stymulowania i utrzymania laktacji w sytuacjach powikłanych. Osoby te powinny zajmować się również budowaniem zespołowego podejścia do poradnictwa laktacyjnego, kierować tworzeniem, oceną i wdrażaniem w życie programów promocji karmienia piersią. Powinny uczyć o karmieniu piersią i laktacji. Ten poziom jest osiągany przez osoby z dużym doświadczeniem klinicznym, które ukończyły niezależne studia i odbyły staż specjalistyczny, związany z poradnictwem laktacyjnym.

W ramach kształcenia podyplomowego realizujemy kurs specjalistyczny dla położnych **Edukacja**

i wsparcie kobiety w okresie laktacji. W Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej prowadzimy badania nad ludzką laktacją i uwarunkowaniami karmienia piersią, które są publikowane i mają wpływ na Polską rzeczywistość.

W ramach powołanej kilka lat wcześniej Pracowni Laktacyjnej realizowany jest program **Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią**, w ramach którego, prócz wymienionych wcześniej aktywności, odbył się cykl ogólnopolskich seminariów *Rozwój wcześniaka – wspólna sprawa*, a także opracowano *Program fakultetu laktacyjnego*.

Na bieżąco realizowana jest współpraca:

➤ z ośrodkami kształcenia praktycznego, które stosują skuteczne postępowanie w opiece laktacyjnej;

➤ z polskimi organizacjami promującymi karmienie piersią;

➤ z partnerami z innych krajów.

Za korzystne należy uznać, że wśród położnych jest najwięcej specjalistów w dziedzinie laktacji IBCLC, CDL.

Materiał opracowano na podstawie monografii:

Sztyber B., Dmoch-Gajzlerska E. (red.): *Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią*. Monografia. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2015

Żywienie noworodków przedwczesnie urodzonych wyłącznie mlekiem własnej matki vs żywienie z udziałem mleka pasteryzowanego - czy są różnice w wynikach klinicznych leczenia?

Dr Maria Wilińska, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, SP Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego

Mleko matki jest według wytycznych WHO oraz organizacji naukowych, zajmujących się żywieniem dziecka, pierwszym wyborem dla noworodka i niemowlęcia. Mleko kobiece zapewnia optymalny skład pod względem składników odżywczych, pełni też ważną rolę w zakresie oddziaływania immunologicznego, immunomodulacyjnego oraz troficznego.

W sytuacjach, gdy mleko własnej matki jest niedostępne, podawanie pasteryzowanego i przebadanego mleka od dawczyni jest dobrą alternatywną opcją, zwłaszcza dla niemowląt chorych i wysokiego ryzyka zagrożenia życia i zdrowia.

Idea banków mleka jest na świecie rozwijana od początków XIX wieku. W Polsce laktaria istniały od lat 50. ubiegłego wieku. Ich idea została reaktywowana w roku 2012 poprzez utworzenie Pierwszego profesjonalnego banku mleka kobiecego w SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP. Obecnie powstają w Polsce kolejne banki mleka, co znacznie ułatwia szpitalom dostęp do mleka kobiecego.

Pasteryzacja metodą Holtera (30 min. w temperaturze 62,5°C) to najczęściej używany sposób przetwarzania pokarmu w bankach mleka. Technologia ta pozwala zachować większość cennych właściwości mleka co do jego składu i oddziaływania biologicznego. Udokumentowano w wielu doniesieniach z ośrodków klinicznych na świecie, w tym także z Polski, że karmienie naturalne w porównaniu do żywienia sztucznego przynosi ewidentne korzyści zdrowotne noworodkom

leczonym w oddziałach intensywnej terapii neonatologicznej.

Należy jednak mieć na uwadze, że proces pasteryzacji zubaża mleko kobiece w niektóre ważne dla zdrowia składniki. Pasteryzacji nie przeżywiają komórki, w tym leukocyty i makrofagi, zmniejsza się aktywność m.in. lipazy lipoproteinowej, obniża stężenie IgAs, laktoferyny, lizozymu, aktywnych cytokin i chemokin. Pasteryzacja obniża stężenie laktoperoksydazy i potencjał antyoksydacyjny mleka, a mrożenie pokarmu prowadzi do dalszej redukcji tej cennej właściwości mleka.

Niewiele jest jednak doniesień, na ile opisywane zmiany składu mleka wpływają na wyniki kliniczne leczenia pacjentów intensywnej terapii noworodka.

Celem pracy było wykazanie, czy istnieją różnice w osiągniętych wynikach klinicznych leczenia pacjentów intensywnej terapii noworodka, jeśli w żywieniu enteralnym stosowano jako uzupełnienie pokarmu naturalnego mleko kobiece pasteryzowane, w porównaniu do żywienia wyłącznie mlekiem własnej matki.

Materiał i Metoda

Badanie przeprowadzono w okresie od 1.04.2012 r. do 31.03.2016 r. w Klinice Neonatologii CMKP. Prospektywnie gromadzono dane demograficzne i kliniczne pacjentów intensywnej terapii noworodka. Pierwszą grupę (I) utworzyły noworodki otrzymujące w żywieniu enteralnym wyłącznie mleko własnej matki (MM), drugą (II) - noworodki otrzymujące mleko matki i dodatkowo mleko pasteryzowane (BMK). Mleko z banku mleka kobiecego (BMK) stosowano w sytuacji braku lub niedoboru pokarmu własnej matki, po wyczerpaniu wszystkich możliwości jego pozyskania. W żywieniu enteralnym noworodka, zgodnie z procedurami, nie stosowano mieszanek sztucznych w pierwszych 4 tygodniach leczenia dziecka, a terminie późniejszym pokarm sztuczny włączano wyłącznie w sytuacji braku pokarmu matki, przygotowując dziecko do wypisu do domu.

Charakterystyka demograficzna pacjentów obejmowała dojrzałość przy urodzeniu (<28 hbd, 28-31hbd, >31 hbd), urodzeniową masę ciała, ocenę wg Apgar w 5' życia oraz długość hospitalizacji. Oceniane parametry kliniczne dotyczyły włączenia minimalnego żywienia troficznego (h życia), długości stosowania żywienia pozajelitowego, czasu utrzymywania centralnych linii żylnych, występowania zakażeń późnych, liczby dni antybiotykoterapii w stosunku do całkowitej liczby dni hospitalizacji oraz charakterystykę źródeł pokarmu przy wypisie dziecka. Jako karmienie naturalne uznano podaż dziecku pokarmu matki albo bezpośrednio z piersi, albo po odciążeniu, z ewentualną dodatkową podażą mieszanki sztucznej. Wyłączne karmienie piersią to żywienie dziecka tylko pokarmem matki, bez jakiegokolwiek innej suplementacji mieszanką sztuczną.

Analiza wyników leczenia objęła też występowanie martwiczego zapalenia jelit, retinopatii wcześniaczej, dysplazji oskrzelowo-płucnej oraz krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego.

Typ badania: kliniczne, prospektywne, obserwacyjne.

Rodzice wyrazili zgodę na wykorzystanie danych do analizy klinicznej. Komisja Bioetyczna przy CMKP nie wniosła zastrzeżeń do publikacji wyników obrazujących normalną praktykę kliniczną.

Analiza statystyczna

W ramach analizy opisowej cech niemierzalnych (jakościowych) dane prezentowano w postaci wartości odsetkowych (%). Cechy mierzalne opisywano za pomocą mediany (*Me*), a także miar dyspersji – odchylenia standardowego (*SD*) oraz 95-procentowego przedziału ufności (95% *CI*). W analizie statystycznej zastosowano następujące testy istotności: w przypadku badania zależności pomiędzy cechami niemierzalnymi stosowano test niezależności χ^2 , Test dokładny Fishera (dwustronny) oraz analizę log-liniową. W zakresie oceny zależności lub istotności różnic w układach z dwoma i więcej zmiennymi ilościowymi, bądź ilościowymi i jakościowymi, użyto test normalności Shapiro-Wilka, test na homogeniczność (jednorodność) wariancji Levene'a, jedno- i wieloczynnikową analizę wariancji (ANOVA) bez powtórzeń, test Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz uogólnione modele liniowe, gdy zmienna zależna miała charakter ilościowy, lecz nie spełniała założeń o normalności rozkładu, natomiast zmienne niezależne (opisujące) miały charakter mierzalny lub niemierzalny. Za znamienne statystycznie wyniki przedmiotowych testów istotności uznawano wtedy, kiedy poziom istotności wynosił $p < 0,05$. Do przeprowadzenia analizy statystycznej wykorzystano program Sta-

ta®/Special Edition w wersji 14.1 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

Wyniki

Analiza karmienia enteralnego objęła 639 noworodków hospitalizowanych w OION Kliniki Neonatologii CMKP w okresie 1.04.2012r. do 31.03.2016r. Liczebność grupy I wynosiła 101 noworodków, grupy II - 538 pacjentów.

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupą I i II pod względem urodzeniowej masy ciała, dojrzałości przy urodzeniu, oceny stanu klinicznego wg Apgar w 5' życia oraz długości hospitalizacji. W pogłębionej analizie wg dojrzałości stwierdzono, że noworodki > 31 hbd w grupie II były hospitalizowane dłużej (16 vs 11 dni, $p=0,002$), w pozostałych podgrupach różnic nie wykazano.

Nie wykazano także różnic istotnych statystycznie między grupą I i II w analizie rodzaju pokarmu przy wypisie z oddziału - 96% grupy I oraz 94% noworodków grupy II było karmionych naturalnie. Karmienie wyłącznie piersią dotyczyło 77,24% badanych noworodków ogółem, w tym 61,29% noworodków otrzymujących tylko mleko własnej matki *versus* 80,04% noworodków otrzymujących mleko z banku mleka.

Minimalne żywienie troficzne w grupie I włączano w czwartej, w II – w trzeciej godzinie życia (ns). Dłuższe żywienie pozajelitowe wykazano tylko dla grupy o dojrzałości 28-31 hbd, odpowiednio 8 i 6 dni ($p=0,004$), odpowiednio dłużej w tej grupie utrzymywano centralną linię żylną: 9 vs 5 dni, $p=0,002$.

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pod względem częstości występowania zakażeń późnych, liczby dni antybiotykoterapii, krwawień do ośrodkowego układu nerwowego oraz występowania dysplazji oskrzelowo – płucnej. Nie stwierdzono w grupie I żadnego przypadku martwiczego zapalenia jelit, w grupie II - 0,4% (ns). Stwierdzono w grupie II większą częstość występowania ciężkich postaci retinopatii wcześniaczej (II i III stopień) $p=0,021$.

Wybrane wyniki kliniczne przedstawia wykres 1.

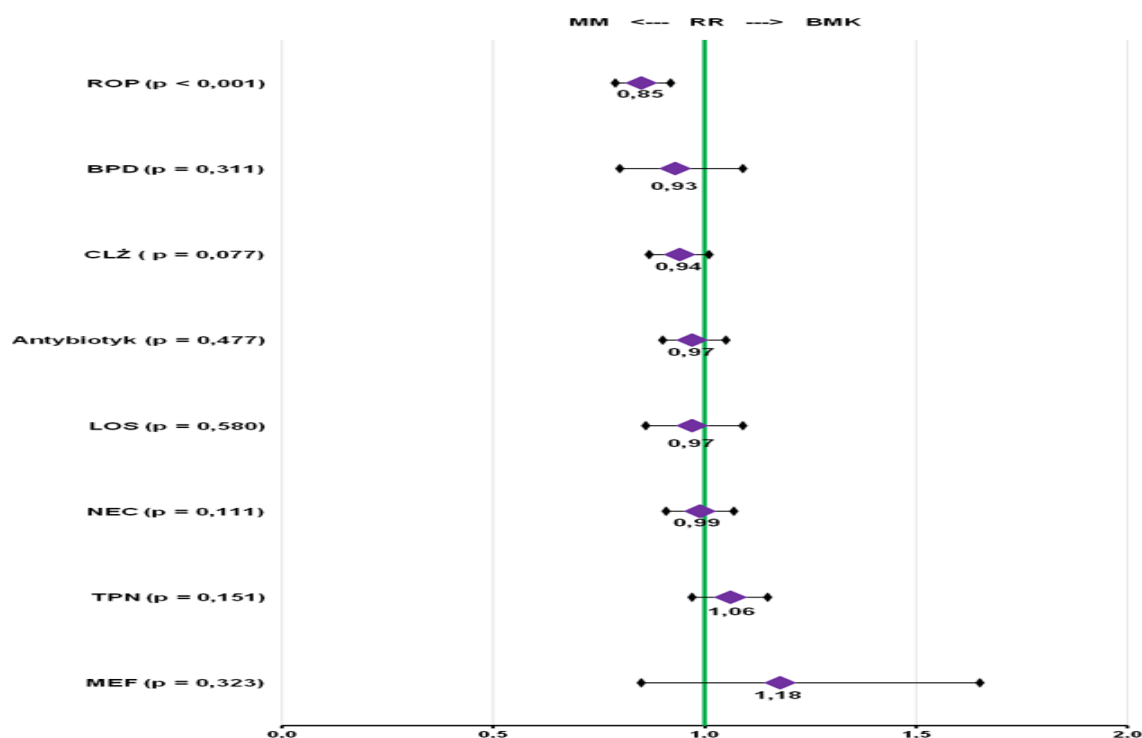
Wnioski

1. Karmienie wyłącznie naturalne pacjentów w oddziale intensywnej terapii noworodka jest obecnie w Polsce możliwe do realizacji.
2. Dostępność mleka z banku mleka kobiecego przyspiesza osiągnięcie pełnego żywienia enteralnego, skraca czas trwania żywienia pozajelitowego i poprawia wskaźniki wyłącznego karmienia naturalnego przy wypisie.
3. Karmienie wyłącznie pokarmem własnej matki wywiera silny ochronny wpływ na doj-

rzewanie siatkówki redukując występowanie retinopatii wcześniaczej o średnim i dużym nasileniu, i powinno być preferowane.

4. Należy wdrażać nowoczesne programy opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,

które pomogą skutecznie wyzwolić i utrzymać laktację. W przypadku braku lub niedoboru pokarmu własnej matki należy zapewnić noworodkom dostępność do mleka pasteryzowanego.



Wykres 1. Analiza porównawcza występowania zdarzeń klinicznych w grupie I (MM) i II (BMK)

Karmienie piersią a nadwaga i otyłość u dzieci (abstrakt)

Elżbieta Wojdan-Godek, Poradnia Zaburzeń Laktacji, Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży IMiD

Istnieje coraz więcej dowodów na to, że sposób żywienia w tzw. krytycznych okresach życia (okres prenatalny i niemowlęcy) poprzez oddziaływanie metaboliczne (tzw. teoria programowania metabolicznego) może determinować późniejsze ryzyko wystąpienia wielu chorób, w tym tzw. chorób cywilizacyjnych, jak nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży oraz populacji dorosłych.

Karmienie piersią będące złotym standardem żywienia noworodków i niemowląt, jako czynnik żywieniowy zostało poddane szerokim analizom epidemiologicznym, które wykazały jego pozytywne długofalowe skutki zdrowotne. Do badań potwierdzających korzystny wpływ karmienia piersią na zmniejszenie ryzyka wystąpienia nadwagi/otyłości należą:

1. **badania obserwacyjne, przekrojowe** (Niemcy-Bawaria- von Kries R 1999, Czechy – Toschke AM 2002) wykazujące ochronny

wpływ karmienia piersią wobec ryzyka rozwoju otyłości w wieku szkolnym;

2. **metaanalizy** (Arenz S 2004, Owen CG 2005, Harder T 2005) wykazują:

- a) **fakt karmienia piersią** (inicjacja karmienia piersią) zmniejszają ryzyko nadwagi w stosunku do żywienia sztucznego,
- b) **długość karmienia piersią** (efekt dawki) jest odwrotnie skorelowana z nadwagą u dzieci – im dłuższy jest czas karmienia piersią, tym mniejsze ryzyko nadwagi/otyłości
- c) **wyłączne karmienie piersią** ma zmniejszone ryzyko nadwagi/otyłości w porównaniu do każdego innego sposobu karmienia.

Karmienie piersią zmniejsza ryzyko nadwagi/otyłości poprzez liczne mechanizmy biologiczne :

1. samokontrola i samoregulacja spożycia ilości pokarmu/energii podczas karmienia bezpośrednio z piersi,
2. zmniejszenie obciążenia białkowego i kalorycznego w pokarmie matki w porównaniu z mieszankami, w konsekwencji mniejsza

stymulacja hormonu wzrostu i IGF-1 oraz insuliny, co skutkuje słabszym rozwojem adipocytów,

3. korzystny profil lipidowy (jakościowy i ilościowy) w pokarmie w porównaniu do mieszanek sztucznych, wpływający na poprawę późniejszych parametrów gospodarki lipidowej,
4. wolniejsze tempo wzrostu (przyrostów masy ciała) w 1 roku życia u dzieci karmionych piersią,
5. obecność w pokarmie matki bioaktywnych białek uczestniczących w kontroli łaknienia i regulacji masy ciała (leptyna, adiponektyna, grelina, rezystyna, obstatyna),
6. wprowadzanie pokarmów uzupełniających po 6 mż u dzieci wyłącznie karmionych piersią.

Należy podkreślić, że efekt protekcyjny karmienia piersią w stosunku do nadwagi/otyłości utrzymuje się u dzieci starszych i w wieku dojrzałym.

Na podstawie przytoczonych badań obserwacyjnych, klinicznych oraz metaanaliz można stwierdzić, że karmienie piersią w okresie noworodkowym i niemowlęcym wykazuje silne długofalowe efekty zdrowotne w kontekście zmniejszenia późniejszego ryzyka wystąpienia nadwagi/otyłości. U podstaw tych efektów leżą m. in. biologiczne mechanizmy, wynikające z karmienia piersią, a prowadzące do usprawniania szlaków metabolicznych i programowania naszego zdrowia. Wymagają one dalszych pogłębionych badań, które pozwolą, być może, zapobiec rozwojowi groźnych w skutki chorób cywilizacyjnych dietozależnych.

Karmienie piersią a rozwój mózgu

Prof. dr hab. n. med. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Mózg człowieka rozwija się najbardziej burzliwie w ostatnich tygodniach ciąży i w pierwszych dwóch latach życia. W trzecim trymestrze ciąży objętość mózgu wzrasta o 3ml na dzień, objętość kory wzrasta czterokrotnie, a mózdzku czterdziestokrotnie. W życiu wewnątrzmacicznym rozwojowi mózgu sprzyjają liczne czynniki troficzne, znajdujące się w płynie owodniowym. Naturalną kontynuacją odżywiania wewnątrzmacicznego jest karmienie piersią lub pokarmem kobiecym. W mleku ludzkim wykazano obecność białek, którym przypisuje się rolę regulacyjną i zalicza się je do hormonów polipeptydowych, uczestniczących w kontroli spożycia żywności, regulacji masy ciała i rozwoju mózgu. Należą do nich: grelina, adiponektyna, rezystyna czy leptyna. Hormony, znajdujące się w mleku ludzkim, prawdopodobnie pochodzą z transferu z osocza matki, a częściowo są syntetyzowane miejscowo i wydzielane przez komórki nabłonkowe gruczołu sutkowego. Leptyna i grelina, hormony zaangażowane w regulację równowagi energetycznej organizmu, działają jako przekaźniki informacji między adipocytami tkanki tłuszczowej, przewodem pokarmowym i mózgiem, i w ten sposób uczestniczą w kontroli spożycia żywności i regulacji masy. Wykazano obecność receptorów dla leptyny na komórkach nabłonkowych żołądka i jelita cienkiego człowieka, co sugeruje, że leptyna może przechodzić z mleka matki do krwi niemowląt. Obecność w mleku ludzkim hormonów, takich jak leptyna, grelina, adiponektyna i rezystyna, uczestniczących w regulacji równowagi energetycznej, sugeruje, że mleko matki może być źródłem ważnych związków w rozwoju metabo-

licznym dziecka. Uważa się, że hormony te mogą być zaangażowane w regulację wzrostu i rozwoju w okresie noworodkowym i niemowlęcym.

Innym niezwykle ważnym mechanizmem, wpływającym na prawidłowy rozwój OUN, jest wpływ działania osi jelito-mózg. Działanie osi u osób dorosłych znane jest od dawna, ale ostatnio znajduje także zastosowanie w neonatologii. Podstawą tej teorii jest założenie, że dysbiota, która jest mediatorem procesów zapalnych jelit, wpływa na rozwój wielu chorób, w tym także zaburzeń OUN. Prawidłowa mikrobiota jelitowa bezpośrednio po urodzeniu kształtowana jest przez bakterie mleka kobiecego i immunologiczne czynniki, zawarte przede wszystkim w sianie, ale także mleku kolejnych faz laktacji. Obecnie wiemy, że jelita są głównym źródłem przeciwzapalnych limfocytów T oraz limfocytów T regulujących odpowiedź immunologiczną (tzw. limfocytów Treg.). Limfocyty te aktywowane są w przewodzie pokarmowym przez liczne korzystne bakterie mleka kobiecego (Tab. 1). Stworzona przez te bakterie prawidłowa mikrobiota może przetrwać wiele lat, wpływając na przyszłe osobnicze zdrowie. Indukuje ona komórki dendrytyczne, jedyne komórki uznawane za te, które prezentują antygen. Odgrywają więc podstawową rolę w pobudzeniu limfocytów, zwłaszcza dziewiczych. Tymi antygenami powinny być w pierwszych minutach życia bakterie mleka kobiecego. Oś jelito-mózg działa poprzez stymulację przez mikrobiotę składników motorycznych i czuciowych przewodu pokarmowego. Wysyłają one sygnały do OUN, które z kolei przekazują informacje zwrotne do jelit. Poza korzystnymi czynnikami mleka kobiecego, sam kontakt matki i dziecka podczas aktu karmienia czy kontakt „skóra do skóry” ma także wpływ na prawidłowe funkcjonowanie osi i tym samym na rozwój OUN. Tak więc prawidłowa czynność jelit, stymulowana

mlekiem matki, wpływa na systemową homeostazę, a tym samym poprzez korzystne bodźce sensoryczne i motoryczne wpływa na ochronę mózgu.

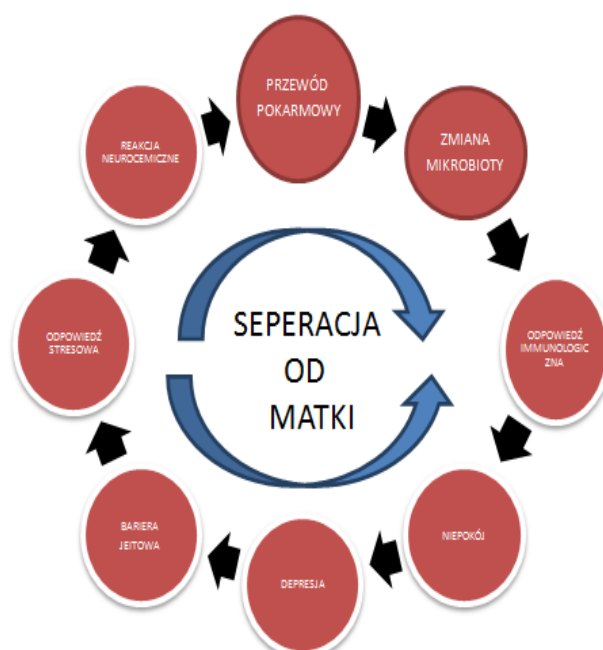
Tabela 1. Bakterie mleka kobiecego

Grupa bakterii	Rodzaj bakterii
<i>Staphylococcus sp.</i>	<i>S. epidermidis</i> <i>S. hominis</i> <i>S. capitis</i> <i>S. ureus</i>
<i>Streptococcus sp.</i>	<i>S. salivarius</i> <i>S. mitis</i> <i>S. parasanguis</i> <i>S. peroris</i>
<i>Lactobacillus sp.</i>	<i>L. Gasperi</i> <i>L. rhamnosus</i> <i>L. acidophilus</i> <i>L. plantarum</i> <i>L. fermentum</i>
<i>Enterococcus sp.</i>	<i>E. faecium</i> <i>E. faecalis</i>

Centralnym ośrodkiem osi jelito-mózg jest oczywiście mózg i połączenia korowe, układ limbiczny i oś podwzgórze-przysadka oraz pień mózgu. Układ limbiczny reguluje integracją sensoryczną, funkcje poznawcze i zaburzenia motoryczne. Prawidłowa inicjacja i późniejsze działanie osi jelito-mózg ma szczególne znaczenie u noworodków urodzonych przedwcześnie, zwłaszcza u dzieci o znacznej niedojrzałości. U tych noworodków kontakt nabłonka jelitowego i komórek

dendrytycznych z siarą, stały kontakt z matką, a także ból i stres, wynikający z hospitalizacji, ma duży wpływ zwłaszcza na rozwój hipokampu i przyszłe zaburzenia neurorozwojowe. Badania doświadczalne na zwierzętach, które można transponować na noworodki, wykazują niekorzystny wpływ zarówno flory jelitowej, jak i separacji od matki (brak karmienia piersią) na zmiany zachowania, mogące mieć w przyszłości wpływ na zaburzenia zachowania, autyzm, depresję, defekty pamięci czy bóle narządowe (tab.2).

Tabela 2. Wpływ separacji od matki na zmiany OUN



Rola ginekologa w promocji karmienia piersią

Dr Paweł Kubik, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny w Warszawie

- Obowiązki ginekologa wynikające z przepisów prawnych
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.09.2012 w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej. Zgodnie z zalecanym zakresem świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży należy: „praktycznie i teoretycznie przygotować do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej”. (wizyty lekarskie: 21-26; 27-32; 33-37; 38-39 i po 40 tyg. ciąży).

- wytyczne zawarte w programie specjalizacyjnym z zakresu położnictwa i ginekologii: „Promocja karmienia piersią i postępowanie w zaburzeniach i powikłaniach laktacji”.
- Cel promocji karmienia piersią - jak największy odsetek kobiet karmiących.
 - Metoda – przedstawienie korzyści dla dziecka i matki, wynikających z karmienia naturalnego.

Dziecko: mniejsze ryzyko wystąpienia chorób w okresie noworodkowym, niemowlęcym oraz w latach późniejszych (biegunka, zapalenie jelit, choroby układu oddechowego, infekcje układu moczowego, alergia, cukrzyca, otyłość, nadciśnienie tętnicze, choroby nowotworowe).

Matka: mniejsze ryzyko wystąpienia raka jajnika, raka piersi, raka endometrium, endometriozy, mięśniaków macicy.

Kiedy „praktycznie i teoretycznie przygotować do karmienia piersią” - wizyty lekarskie, szkoła rodzenia, pobyt w szpitalu: patologia ciąży, sala porodowa, oddział położniczy.

WIZYTY LEKARSKIE – forma indywidualna - średni czas wizyty – 15-20 min (wywiad, aktualne problemy zgłaszane przez pacjentkę, badanie ginekologiczne, pomiar RR, badanie USG, omówienie wyników zleconych badań, omówienie pytań zgłaszanych przez pacjentkę, najczęściej związanych z przebiegiem ciąży - aktywność fizyczna, dieta, przyjmowane leki, podróże itp., oraz zbliżającym się porodem - wybór szpitala, możliwość znieczulenia, sposób rozwiązania ciąży) + omówienie zaleceń.

Wniosek: na omówienie tematu związanego z karmieniem piersią pozostaje skrajnie mało czasu - 1-3 min – w praktyce w trakcie rutynowych wizyt ten temat nie jest poruszany.

SZKOŁA RODZENIA - forma grupowa - harmonogram zajęć przewiduje spotkanie poświęcone tematyce karmienia piersią.

Tylko jaki odsetek kobiet ciężarnych uczestniczy w zajęciach szkoły rodzenia?

OKOŁOPORODOWY INTENSYWNY NADZÓR AMBULATORYJNY

- zapis kardiograficzny
- USG
- omówienie badań
- kwalifikacja do sposobu porodu
- zalecenia
- średni czas wizyty ok 15min.

Wniosek: pozostaje bardzo mało czasu na omówienie tematu związanego z karmieniem piersią przez lekarza.

BLOK PORODOWY - poród fizjologiczny prowadzony jest przez położną - lekarz pełni rolę nadzorującą.

W tym czasie omawiane są z pacjentką zagadnienia związane bezpośrednio z przebiegiem porodu oraz trwają przygotowania do przywitania dziecka. Wskazane jest omówienie „kontaktu skóra do skóry” i znaczenia pierwszego karmienia. Ewentualne czynności zabiegowe, wykonywane przez lekarza, nie powinny zaburzać pierwszych chwil z dzieckiem.

POBYT PACJENTKI W ODDZIALE POŁOŻNICZYM – znaczenie systemu rooming-in.

W trakcie obchodu lekarz ginekolog zwraca uwagę na stan ogólny pacjentki, sprawdza stopień obkurczenia macicy, proces gojenia krocza lub blizny po cięciu cesarskim. Lekarz powinien również wyrazić swoje zainteresowanie sposobem karmienia dziecka, wyglądem, stanem piersi i rozwojem laktacji. Pierwsze dni po porodzie decydują niekiedy, czy pacjentka będzie karmić naturalnie, czy też zrezygnuje z tej metody. I właśnie wtedy tak wiele zależy od wsparcia i pomocy personelu, w tym lekarza ginekologa.

Co należy rozumieć przez pojęcie „pomoc personelu”?

Przede wszystkim pomoc w skutecznym rozwiązywaniu problemów i pytań związanych z laktacją i karmieniem. Pacjentka bezpośrednio po porodzie jest zmęczona, osłabiona, niewyspana, zestresowana, niekiedy z objawami depresji poporodowej i właśnie wtedy gdy pojawia się „problem z brakiem pokarmu”, bolesnością brodawek czy nawałem mlecznym, oczekuje bezpośredniej, troskliwej i fachowej pomocy. Jeśli pacjentka z różnych względów nie karmi dziecka piersią, lekarz respektuje jej prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z żywieniem jej dziecka.

Jaka w tym jest rola ginekologa?

Tylko odpowiednia organizacja pracy personelu w oddziale może zapewnić pomoc, jak najszybciej, bez względu na porę dnia. Zwykle nie jest to pomoc lekarza, a raczej położnej pełniącej dyżur lub, jeśli to możliwe, doradcy laktacyjnego. Lekarze dyżurni zdecydowaną większość czasu spędzają w bloku porodowym i jeśli nawet posiadaliby odpowiednią wiedzę i umiejętności, w praktyce nie zawsze mogą dysponować wystarczającym czasem potrzebnym na poradę laktacyjną.

ROLA LEKARZA GINEKOLOGA

W Polsce zdecydowana większość ciężarnych jest prowadzona przez lekarza położniaginekologa, z którym spotyka się zwykle ok. 10 razy na wizytach. Uwzględniając ograniczenia czasowe (czas trwania wizyty ok 15-20 min), realną formą promocji karmienia piersią może być przekazywanie (w różnej, dodatkowej formie np. poradniki, ulotki, foldery) pacjentce informacji na temat korzyści wynikających z naturalnego karmienia.

Pacjentka zgłaszająca się do porodu powinna być już przekonana o celowości karmienia piersią, natomiast rolą szpitala jest zapewnienie jej pełnego wsparcia, polegającego najczęściej na pomocy w rozwiązywaniu wszelkich wątpliwości czy problemów związanych z laktacją. Wydaje się, że wiodącą rolę powinny pełnić w tym zadaniu położne i doradcy laktacyjni. Lekarz ginekolog, którego system pracy w szpitalu jest często rotacyjny, tzn. na przykład co kilka miesięcy delegowany jest z oddziału ginekologicznego na oddział położniczy, salę porodową czy do poradni, w praktyce nie posiada wystarczającej wiedzy ani doświadczenia w udzielaniu profesjonalnej pomocy karmiącym pacjentkom. Nawet okresowe szkolenia laktacyjne, które odbywają się w szpitalu, przy często ograniczonych możliwościach zdobywania umiejętności praktycznych, powodują, że ginekolog nie jest w stanie udzielić optymalnej pomocy. Rolą ginekologa raczej powinno być promowanie karmienia piersią poprzez edukację pacjentek co

do korzyści wynikających z karmienia piersią oraz poprzez tworzenie sprzyjających warunków. Niezbędna do przeprowadzenia wyżej wymienionych czynności jest przede wszystkim odpowiednia wiedza, przekazywana lekarzowi podczas studiów, stażów specjalistycznych, kursów i szkoleń.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat świadomość wśród lekarzy ginekologów znaczenia karmienia piersią wyraźnie wzrosła, głównie dzięki szkoleniom na ten temat, co jest jednym z czynników poprawiających odsetek kobiet karmiących.

Stan wykarmialności populacji dzieci polskich wg badań własnych

Dr n.med. Marzena Kostuch Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

Karmienie naturalne uważane jest za złoty standard w żywieniu niemowląt i małych dzieci. Zgodnie z zaleceniem WHO należy karmić wyłącznie piersią do 6 miesiąca życia, a następnie w sposób uzupełniany odpowiednimi do wieku pokarmami aż do 2 lat lub dłużej. Mimo istnienia wielu dokumentów wspierających karmienie piersią, zalecenia zawarte w tych dokumentach nie przekładają się na wskaźniki karmienia piersią w populacji dzieci polskich. Obowiązujący Standard Opieki Okołoporodowej kładzie nacisk na karmienie piersią, a dokarmianie mieszankami mlekozastępczymi traktuje jako procedurę medyczną, wymagającą zlecenia lekarskiego. Zalecenia zawarte w Standardzie i w innych dokumentach, regulujących zasady żywienia dzieci do 2 roku życia, mają na celu poprawę wskaźników karmienia piersią.

W badaniach własnych oceniono długość karmienia piersią w populacji dzieci do 12 miesiąca życia, docelowo do 2 roku życia. Uzyskane wyniki porównano ze wskaźnikami z 2002 roku. Oceniano długość karmienia piersią, długość wyłącznego karmienia piersią, stosowanie procedur sprzyjających karmieniu piersią, zawartych w „10 krokach do udanego karmienia piersią” w oddziałach neonatologicznych. W badaniach określono najczęstsze przyczyny zakończenia karmienia piersią oraz sposób i czas rozszerzania diety u niemowląt. Interesujący jest wynik dotyczący wieku wprowadzania glutenu do diety niemowlęcia oraz długości stosowania prowokacji glutenem. Badanie jest badaniem ankietowym.

Mimo wprowadzenia Standardu i istnienia szeregu innych dokumentów wspierających karmienie piersią, z badań wynika, że nie obserwuje się istotnych zmian w stanie wykarmialności populacji dzieci polskich. Od lat Polska należy do

Punktem wyjścia jest przede wszystkim proces kształcenia w uczelniach medycznych, by po ich ukończeniu młody lekarz miał świadomość, że procedury związane z karmieniem naturalnym mają podobną wagę, jak przeprowadzenie trudnego porodu lub skomplikowanej operacji. Laktacja nie może być traktowana przez lekarza jako uciążliwy problem drugiej czy też kolejnej kategorii, a szkolenia w ramach Szpitala Przyjaznego Dziecku jako uciążliwy przerywnik w pracy.

krajów, w których istnieje wysoki wskaźnik inicjacji karmienia piersią, natomiast wraz z upływem czasu nie udaje się utrzymać karmienia piersią w kolejnych miesiącach życia dziecka. Powszechnie jest stosowanie butelki ze smoczką jako metody dokarmiania noworodków w oddziałach neonatologicznych i niemowląt w domu; większość dzieci w domach otrzymuje smoczek do uspokajania. Najczęstszą przyczyną zakończenia laktacji, podawaną przez ankietowane matki, jest brak pokarmu, choć zdarzają się ankiety, w których matki podają jako powód zakończenia laktacji sytuacje, które nie stanowią przeciwskazania do kontynuowania laktacji, jak np. odstawienie dziecka od piersi na zlecenie lekarza z powodu infekcji u matki i konieczności zastosowania antybiotykoterapii. Alarmujący jest sposób stosowania procedury prowokacji glutenem, niezgodny z zaleceniami zawartymi w obowiązującym schemacie żywienia. Najczęściej matki podają, że wprowadzają gluten do diety dziecka po 7-8 miesiącu życia i nie mierzą dawek glutenu lub stosują zgodnie z zaleceniami małe dawki glutenu w czasie prowokacji ale przez czas zbyt krótki, często krótszy niż 2 tygodnie.

Uzyskane aktualnie wyniki porównano do wyników z 2002 roku. Nie stwierdzono poprawy większości wskaźników karmienia piersią, niektóre uległy natomiast istotnemu pogorszeniu, np. długość wyłącznego karmienia piersią.

Wnioski z porównania wskazują na konieczność ciągłej edukacji personelu medycznego, zajmującego się opieką nad matką i dzieckiem, i zmiany podejścia do rozwiązywania problemów laktacyjnych. Obecnie podstawową metodą rozwiązywania takich problemów jest wprowadzenie butelki z mieszanką mlekozastępczą. Istotna dla poprawy wskaźników karmienia piersią byłaby również poprawa dostępności do profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego. Aktualnie poradnictwo laktacyjne nie jest finansowane ze środków budżetowych i opiera się głównie na prywatnych poradniach laktacyjnych.

PROGRAM SPD W 2015 – PODSUMOWANIE

Rok 2015 obiecująco rozpoczęła styczniowa ocena realizacji programu „Dziesięciu kroków” w Centrum Zdrowia Tuchów i powitanie nowej placówki w gronie Szpitali Przyjaznych Dziecku.

Wiosna otworzyła długi cykl procesów reoceny: w marcu prawo do używania tytułu SPD przez kolejne pięć lat uzyskał Szpital ZOZ w Nidzicy; w kwietniu pomyślnie przeszedł tę procedurę Szpital Specjalistyczny „Inflancka” w Warszawie; w maju ponownie oceniliśmy pozytywnie kompetencje w tym zakresie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie.

Jednak dopiero jesień okazała się prawdziwym wyzwaniem dla zespołów oceniających, które tydzień po tygodniu ruszały w podróż jak Polska długa i szeroka, aby sprawdzać i oceniać starania kolejnych placówek o utrzymanie

wyróżniającego tytułu. We wrześniu odwiedziliśmy Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie i SPS ZOZ w Łęborgu; w październiku podróżowaliśmy do Szpitala Powiatowego w Limanowej, do Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie, do Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy i do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Lublinie. Wreszcie w listopadzie przeprowadziliśmy reocenę w Centrum Medycznym im. Rydygiera w Łodzi. Wszystkie procesy zakończyły się pozytywnie: łącznie dziesięć udanych reocen w 2015 roku! Cieszymy się, że doświadczenie posiadania tytułu motywuje zespoły Szpitali Przyjaznych Dziecku do ponowienia wysiłku dla jego utrzymania; to dla nas znak, że WARTO!

We wrześniu odbyło się też szkolenie personelu w Szpitalu Wielospecjalistycznym Medeor Plus w Łodzi, które zaowocowało pomyślnie przeprowadzoną oceną w lutym 2016 r.

MEDEOR – 95. SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU

Elżbieta Szkuclarek, lek. med., doradczyni laktacyjna Medeor Plus

W dniu 21 kwietnia 2016 roku w zabytkowych wnętrzach Pałacu Izraela Poznańskiego w Łodzi odbyła się uroczystość wręczenia tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku” Szpitalowi Wielospecjalistycznemu „Medeor”. W imieniu wszystkich pracowników z rąk pani mgr Elżbiety Baum-Chróścickiej, członkini Zarządu Głównego Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią i szefowej Zespołu Oceniającego, symboliczną tabliczkę odebrali Dyrektor Szpitala dr Jan Krajewski, Ordynator Oddziału Noworodkowego dr Ewa Białasiewicz oraz Naczelną Położną Mariola Brych. Na sali zgromadzili się przedstawiciele lokalnych władz, Łódzkiego Oddziału NFZ, Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego, grono profesorskie łódzkich szpitali oraz pracownicy szpitala Medeor. Odczytane zostały listy gratulacyjne, otrzymane od Pani Prezydent Miasta Łodzi Hanny Zdanowskiej oraz Dyrektora Generalnego UNICEF Polska pana Marka Krupińskiego.

Zdobycie tego zaszczytnego tytułu jest owocem wspólnej, wielomiesięcznej pracy całego zespołu szpitala nad udoskonaleniem opieki okołoporodowej, szczególnie w zakresie promocji, wspierania i ochrony karmienia naturalnego.

Szpital „Medeor” od ponad czterech lat świadczy usługi w zakresie położnictwa i ginekologii na poziomie I stopnia referencyjności, zapewniając swoim pacjentom specjalistyczną i fachową opiekę w ramach kontraktu z NFZ. Porody odby-

wają się w rodzinnej, kameralnej atmosferze; opieka nad matką i dzieckiem jest sprawowana zgodnie z zasadami sprzyjającymi karmieniu piersią. Umożliwiamy konsultacje doradcy laktacyjnego przed porodem, codziennie w trakcie pobytu na oddziale oraz po wyjściu ze szpitala w poradni laktacyjnej przez cały okres laktacji. Dla pacjentek szpitala wszystkie porady są bezpłatne.

Szpital posiada również certyfikat „Szpital bez bólu”.

