



Komitet Upowszechniania  
Karmienia Piersią

# BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ  
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 2/2019

ISSN 1509-7250

## W numerze:

- Żółtaczka u noworodków karmionych piersią
- Cięcie cesarskie a karmienie piersią. O bezpieczeństwie leków w laktacji
- Czy karmienie naturalne wpływa na przeżywalność dzieci we współczesnym środowisku wielkomiejskim
  - Suplementacja żelaza, cynku i witaminy D podczas karmienia piersią
- Alergiczne zapalenie jelita grubego u dzieci karmionych wyłącznie piersią
  - Analiza kontaktu „skóra do skóry” i wczesnego karmienia piersią
  - Porady eksperta
- Szpital Przyjazny Dziecku w praktyce

## Drodzy Czytelnicy

Z wielką przyjemnością przedstawiam Biuletyn Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Jest to numer szczególny, bo debiutuję w nim w roli przewodniczącej naszego Stowarzyszenia. Jestem świadoma wielkich zadań Komitetu w Polsce i odpowiedzialności za ich realizację, której podjęłam się wraz z nowym Zarządem w maju 2019 roku. Jesteśmy też świadomi wspaniałej historii Komitetu, a jednocześnie nowych możliwości i wyzwań, które chcemy podjąć i rozwijać.

Jesteśmy pełni zapału do pracy. Mimo wakacji w Komitecie bardzo dużo się działo.

25 maja 2019, w polskim Tygodniu Karmienia Piersią, odbyła się coroczna konferencja związana z tegorocznym hasłem WHO/WABA „Wzmacniamy rodziców – umożliwiamy karmienie piersią”, którą prowadziła prof. Barbara Kowalewska-Kantecka. Tym wydarzeniem Pani Profesor zakończyła drugą kadencję przewodniczenia naszemu Stowarzyszeniu i nadal pozostaje z nami w KUKP.



Nowo wybrana Przewodnicząca Zarządu Głównego Maria Wilińska podziękowała prof. Barbarze Kowalewskiej-Kanteckiej za przewodniczenie KUKP w 2 kadencjach

W czerwcu 2019 wręczyliśmy tytuł Szpital Przyjazny Dziecku dwóm szpitalom spółki Copernicus w Gdańsku po ich udanej reocenie w styczniu 2019.

W czerwcu i sierpniu pomyślną reocenę przeszły szpitale w Zamościu i w Białej Podlaskiej. Gratulujemy!

W czerwcu braliśmy udział w spotkaniu sekcji Ochrona Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju w Pałacu Prezydenckim.

W nowej lokalizacji Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią – w Szpitalu Klinicznym CMKP – 11 lipca odbyło się uroczyste inauguracyjne spotkanie KUKP. Na moje zaproszenie przybyło liczne grono osób reprezentujących środowiska decydujące o kierunkach edukacji zdrowotnej w Polsce, zarządzający polityką karmienia, przedstawiciele stowarzyszeń sprzyjających karmieniu piersią, a także przyjaciele idei karmienia piersią i entuzjaści zdrowego stylu życia.

W sierpniu braliśmy udział w akcji NFZ z okazji Światowego Tygodnia Karmienia Piersią, promując karmienie naturalne i udzielając porad laktacyjnych w siedzibie NFZ w Warszawie przy ulicy Chałubińskiego.

Zainaugurowaliśmy Program KUKP Miejsca Przyjazne Karmieniu Piersią. Wdrożyliśmy ogólnopolskie badanie ankietowe na temat możliwości i odczuć kobiet karmiących w przestrzeni publicznej w Polsce. Trwa gromadzenie wyników.

Kontynuujemy patronat nad projektem MOMbrella Fundacji FreeMOM.

Podtrzymujemy kontakty ze Szpitalami Przyjaznymi Dziecku w Polsce, zachęcamy do monitoringu praktyk szpitalnych i do reoceny, jeśli ponagła termin. Zachęcamy

**c.d. na stronie 2 ►**

### c.d. Drodzy Czytelnicy

inne szpitale w Polsce do potwierdzenia jakości świadczonych usług położniczo-neonatologicznych poprzez zdobycie prestiżowego tytułu Szpital Przyjazny Dziecku.

O bieżącej pracy Komitetu i wielu podejmowanych inicjatywach KUKP piszemy obszernie na naszej stronie internetowej [www.laktacja.pl](http://www.laktacja.pl). Strona ta jest uaktualniana i rozszerzana. Wprowadziliśmy m.in. wykaz kursów, szkoleń i warsztatów, które są nową propozycją edukacyjną KUKP dla personelu medycznego oraz innych osób i zawodów zainteresowanych laktacją i karmieniem naturalnym. Zachęcam do lektury, do kontaktowania się z nami, do wyrażania opinii, włączania się w naszą bieżącą aktywność, do zgłaszania propozycji działań. Razem możemy więcej!

Zapraszam także do lektury Biuletynu. Jak obserwujemy, żółtaczka u noworodka karmionego piersią nadal budzi duże kontrowersje, głównie co do sposobu karmienia. Wszelkie wątpliwości rozwieje artykuł dr med. Marzeny Kostuch, w którym zostały umieszczone jednoznaczne, praktyczne zalecenia co do postępowania w tych częstych przypadkach.

Karmienie po cięciu cesarskim budzi wiele kontrowersji. O tym, jakie parametry farmakokinetyczne leków decydują o bezpieczeństwie karmienia piersią, a także krytycznie

o wpływie tych leków na dziecko, piszę w artykule poświęconym lekom stosowanym do znieczulenia porodu, przede wszystkim cięcia cesarskiego.

Otwieramy blok tematyczny „Co nowego w karmieniu piersią”, będący przeglądem aktualnych doniesień na temat laktacji i karmienia naturalnego. Na początek artykuły z *Breastfeeding Medicine*, przedstawiające skróty najciekawszych publikacji. Wiele nowych osób zaangażowanych w temat karmienia naturalnego podjęło się streszczenia tych artykułów. Bardzo dziękuję młodym Koleżankom i Kolegom!

W nowej rubryce „Szpital Przyjazny Dziecku w praktyce” publikujemy dwa listy ze szpitali, które w tym roku znakomicie przygotowały się do reoceny i obroniły swoje prawo do tego prestiżowego tytułu. To kolejny piękny przykład zaangażowania nie tylko w promocję karmienia piersią w swoim szpitalu, ale też wspaniały wzór dla innych! Cieszymy się z aktywności publikacyjnej naszych Szpitali, zachęcamy wszystkich chętnych do publikowania w Biuletynie! Kolejny numer, świąteczno-noworoczny, otwiera swoje podwoje dla chętnych, zapraszam!

*Maria Wilińska*

*Przewodnicząca Zarządu Głównego*

*Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią*



Szpital w Zamościu świętuje Światowy Tydzień Karmienia Piersią z uczniami miejscowej podstawówki



Podczas konferencji KUKP w maju br. Marek Krupiński, Dyrektor Generalny Biura UNICEF Polska wręczył certyfikat przedstawicielom Szpitala Przyjaznego Dziecku w Hajnówce



Spotkanie w nowej siedzibie KUKP. Gospodarzami spotkania byli prof. Maria Wilińska i Dyrektor Szpitala im. prof. W. Orłowskiego dr Dariusz Hajdukiewicz



Goście spotkania na Czerniakowskiej. Od lewej: Marek Krupiński, Dyrektor Biura UNICEF w Polsce, dr Paloma Cuchi, Dyrektor Biura WHO w Polsce, prof. Ewa Helwich, konsultant krajowy w zakresie neonatologii



## Żółtaczka u noworodków karmionych piersią

*dr n. med. Marzena Kostuch*

*Kliniczny Oddział Neonatologii CMKP SPSK*

*im. prof. W. Orłowskiego*

Żółtaczka to najczęstszy objaw kliniczny występujący w okresie noworodkowym. U każdego noworodka następuje wzrost stężenia bilirubiny niezwiązanej (pośredniej) w stosunku do prawidłowego stężenia bilirubiny występującego u dorosłego człowieka ( $\leq 1,5\text{mg/dl}$  lub  $26\text{umol/L}$ ).

Wyższe stężenie bilirubiny niezwiązanej u noworodków może być spowodowane przez wiele czynników:

- zwiększoną produkcję bilirubiny,
- zmniejszoną zdolność wątroby do wychwytu bilirubiny i jej koniugacji do formy związanej,
- opóźniony pasaż smółki,
- zwiększone wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach.

W okresie noworodkowym najczęściej obserwujemy żółtaczkę fizjologiczną. Pojawia się ona pod koniec 2. doby życia. Maksymalne stężenie bilirubiny u noworodków donoszonych nie przekracza  $12\text{mg/dl}$ , a u noworodków urodzonych przedwcześnie  $15\text{mg/dl}$ . Żółtaczka fizjologiczna ustępuje samoistnie w ciągu 14 dni u dzieci urodzonych o czasie oraz w ciągu 21 dni u wcześniaków.

Wyróżnia się dwie postaci kliniczne żółtaczki związanej z karmieniem naturalnym.

**Postać wczesna** to tzw. żółtaczka dzieci niedostatecznie karmionych piersią, zwana też żółtaczką wywołaną głodem. Postać wczesna związana jest głównie z niedostateczną podażą kalorii. U około 13% noworodków karmionych piersią stężenie bilirubiny przekracza  $12\text{mg/dl}$ , ujawnia się w 2-3. dobie życia. Główną przyczynę tej postaci żółtaczki stanowi zbyt późne rozpoczęcie karmienia piersią lub rzadkie albo nieefektywne karmienie w pierwszych dobach życia. Prowadzi to do opóźnienia pasażu smółki i zwiększonego wchłaniania jelitowego bilirubiny oraz wzmacnia jej krążenie jelitowo-wątrobowe. Wykazano, że nawet u zdrowego dorosłego człowieka przerwa w dostarczeniu kalorii trwająca 24 godziny powoduje niewielki wzrost stężenia bilirubiny niezwiązanej o ok.  $1-2\text{mg/dl}$  ( $17-34\text{umol/L}$ ) powyżej normy dla stężenia bilirubiny całkowitej ( $1,5\text{mg/dl}$ ,  $26\text{umol/L}$ ) u dorosłego człowieka<sup>1,2</sup>. U noworodków ograniczenie spożycia kalorii poniżej objętości należytą dla wieku skutkuje zdecydowanie większym wzrostem

stężenia wolnej bilirubiny, co jest związane ze zwiększonym wchłanianiem bilirubiny z jelit, typowym dla okresu noworodkowego. Postać wczesna żółtaczki związanej z karmieniem piersią występuje najczęściej w pierwszych dobach życia noworodka, ale może też wystąpić w późniejszych dobach okresu noworodkowego, a nawet u niemowląt.

Drugą postacią żółtaczki związanej z karmieniem piersią jest tzw. **postać późna**, czyli żółtaczka pokarmu kobiecego. Ten typ żółtaczki pojawia się u około 15-40% noworodków karmionych piersią pod koniec pierwszego tygodnia ich życia<sup>3,4</sup>. Na przełomie drugiego i trzeciego tygodnia życia stężenie bilirubiny w żółtaczce pokarmu kobiecego może osiągnąć nawet wartości 20-30 mg/dl. Żółtaczka ta może się utrzymywać przez 4-14 tygodni. Dotychczas podkreślano możliwość zaburzeń przemiany bilirubiny w wątrobie związanych z obecnością w pokarmie kobiecym czynników opóźniających glukuronizację. Chociaż patomechanizm tej żółtaczki nie do końca jest poznany, obecnie przeważają opinie, że przyczyną tego typu żółtaczki jest zwiększone wchłanianie bilirubiny z jelit pod wpływem niezidentyfikowanego czynnika w pokarmie ludzkim, a nie zaburzenia glukuronizacji.

Badania potwierdzające teorię o zwiększonym wchłanianiu bilirubiny z jelit w postaci późnej wykonano na szczurach. Wykazano, że u 2/3 grupy zwierząt, którym podano ludzkie mleko (przejściowe i dojrzałe) nastąpił wzrost wchłaniania zwrotnego bilirubiny niezwiązanej, przypuszczalnie w związku z wpływem niezidentyfikowanej substancji występującej w mleku ludzkim<sup>5,6</sup>.

Z czasem żółtaczka pokarmu kobiecego ustępuje, a podwyższone stężenie bilirubiny niezwiązanej w surowicy obniża się, pomimo kontynuacji karmienia piersią. Tempo obniżania się stężenia bilirubiny u noworodków jest osobniczo indywidualne.

Rozpoznanie żółtaczki związanej z karmieniem piersią ustala się na zasadzie wykluczenia innych przyczyn. Do niedawna uważano, że są to stany łagodne, które nie są obarczone ryzykiem rozwoju żółtaczki jąder podkorowych. Dzisiaj wiadomo, że również w przypadku żółtaczki związanej z karmieniem piersią istnieje ryzyko, choć niewielkie, rozwoju kernicterus. W większości przypadków stężenia bilirubiny w żółtaczkach związanych z karmieniem piersią są umiarkowane i nie niosą za sobą ryzyka encefalopatii.

W profilaktyce żółtaczki dzieci niedostatecznie karmionych piersią (czyli postaci wczesnej) główny nacisk kładzie się na rozpoczęcie karmienia piersią niezwłocznie po urodzeniu. Nawet noworodki urodzone drogą cięcia cesarskiego w większości przypadków mogą być przystawione do piersi w pierwszej godzinie życia.

**Nie ma uzasadnienia do pojenia noworodków wodą, glukozą – należy położyć nacisk na wyłączne efektywne karmienie piersią.** W ustalonym rozpoznaniu tego typu żółtaczki rodzicom należy wyjaśnić przyczynę żółtaczki, udzielić wsparcia, przedstawić preferowane postępowanie polegające na wyłącznym i skutecznym karmieniu piersią. Należy ich nauczyć reagowania na wczesne objawy głodu. Płacz jest późnym sygnałem głodu. Często przystawienie do piersi noworodka płaczącego jest utrudnione, a tym samym płacz może zmniejszać efektywność ssania we wczesnej fazie karmienia.

Dokarmianie (w kolejności) odciągniętym mlekiem matki, mlekiem z banku mleka ludzkiego lub mieszkanką modyfikowaną powinno być ograniczone wyłącznie do noworodków, u których występują wskazania medyczne, takie jak:

- ubytek masy ciała przekraczający 10% masy urodzeniowej, mimo poprawy techniki karmienia piersią i postępowania w laktacji,
- niedostateczna laktacja mimo prób stymulacji laktacji,
- kliniczne objawy odwodnienia u noworodka lub odwodnienie z zaburzeniami elektrolitowymi, w szczególności z hipernatremią.

W żółtaczce pokarmu kobiecego w Polsce niestety nadal bywa stosowany test karencji. Polega on na przerwaniu karmienia mlekiem matki na 12 godzin. W tym czasie noworodek otrzymuje mieszkankę modyfikowaną lub odciągnięty pokarm matki podgrzewany w temperaturze 56°C przez 5 minut w celu inaktywacji czynników zwiększających wchłanianie zwrotne bilirubiny w jelitach. Jeśli stężenie bilirubiny obniży się w ciągu 12 godzin o około 2 mg/dl, potwierdza to występowanie u dziecka żółtaczki pokarmu kobiecego.

Zasadność stosowania testu karencji jest obecnie zdecydowanie podważana. Często trwa on zbyt długo (nawet 2-3 doby) lub jest wykonywany za wcześnie – w pierwszym tygodniu życia. Konsekwencją takiego postępowania może być zachwianie wiary matki w korzyści z karmienia piersią i/lub zaburzenie mechanizmu ssania. Ponadto obniżenie stężenia bilirubiny nie wyklucza istnienia innych ważnych przyczyn żółtaczki. Zatem pozytywny efekt testu karencji nie zwalnia z przeprowadzenia całego procesu diagnostycznego. Na podstawie współczesnej wiedzy również w postaci późnej żółtaczki związanej z karmieniem piersią kontynuujemy wyłączne karmienie piersią, nie stosujemy przepajania wodą ani glukozą, nie zaleca się dokarmiania mieszkankami modyfikowanymi. Nie rekomenduje się także stosowania phenobarbitalu.

## Podsumowanie

Należy pamiętać, że:

1. Rozpoznanie typu żółtaczki u noworodków karmionych piersią ustala się na podstawie wykluczenia innych przyczyn zażółcenia u dziecka w dobrym stanie ogólnym, o prawidłowym rozwoju, braku niepokojących cech w badaniu przedmiotowym i dobrze przybierającego na wadze.
2. Każda żółtaczka utrzymująca się po drugim tygodniu życia wymaga diagnostyki, przede wszystkim wykluczenia cholestazy.
3. W tym całym procesie szczególnego znaczenia nabiera jednolita, wysokiej jakości opieka laktacyjna. Optymalne karmienie piersią jest krytycznie ważne zarówno do przemian bilirubiny w organizmie dziecka, jak i zdrowia matki oraz dziecka w ogóle.

## Piśmiennictwo

1. Bloomer JR, Barrett PV, Rodkey FL et al.: Studies on the mechanism of fasting hyperbilirubinemia. *Gastroenterology* 1971; 61: 479–487. 5.
2. Whitmer DI, Gollan JL: Mechanisms and significance of fasting and dietary hyperbilirubinemia. *Semin Liver Dis* 1983; 3: 42–51. 6. Gartner LM: Hyperbilirubinemia and breastfeeding. In: Hale.
3. Kelly DA, Stanton A: Jaundice in babies: implications for community screening for biliary atresia. *BMJ* 1995; 310: 1172–1173.
4. Gartner LM: Breastfeeding and jaundice. *J Perinatal* 2001; 21 Suppl 1: S25–S39.
5. Alonso EM, Whittington PF, Whittington SH, et al. Enterohepatic circulation of non-conjugated bilirubin in rats fed with human milk. *J Pediatr* 1991; 118: 425–430.
6. Gartner LM, Lee KS, Moscioni AD. Effect of milk feeding on intestinal bilirubin absorption in the rat. *Pediatr* 1983; 103: 464–471. ▶

## Cięcie cesarskie a karmienie piersią. O bezpieczeństwie leków w laktacji

*dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP*

*Kliniczny Oddział Neonatologii CMKP SPSK*

*im. prof. W. Orłowskiego*

### Główne tezy:

1. **Leki używane do znieczulenia w położnictwie przenikają do krwi rodzącego się dziecka oraz do mleka matki.**
2. **Stopień tego transferu jest różny, uwarunkowany właściwościami farmakokinetycznymi i farmakodynamicznymi użytego preparatu.**
3. **Większość leków stosowanych w położnictwie jest dla płodu i noworodka bezpieczna.**

Do wyzwolenia skutecznej laktacji u kobiety po porodzie konieczne jest regularne przystawianie zdrowego nowo-

rodka do piersi niezwłocznie po urodzeniu. Systematyczne opróżnianie piersi od pierwszych godzin po porodzie jest warunkiem skutecznej stymulacji laktacji. Największy odsetek karmienia piersią wykazano po porodach drogami natury, w szczególności odbywanych w domu. Po cięciu cesarskim przystawianie do piersi następuje później i karmienie sztuczne jest stosowane częściej.

Według WHO optymalny odsetek cięć cesarskich wynosi 10-15%. Jak wynika z raportu Lancet, liczba porodów przeprowadzanych metodą cesarskiego cięcia w okresie od 2000 do 2015 roku uległa na świecie podwojeniu i wynosi obecnie 21,1% wszystkich żywo urodzonych dzieci na świecie. Najszybszy roczny przyrost cięć cesarskich nastąpił w Europie wschodniej, w Azji centralnej (średnia roczna 5,5%) oraz w Azji południowej (6,1%).

W Polsce Rocznik Demograficzny nie podaje statystyki cięć cesarskich. Pochodzące z 2016 roku dane fundacji „Rodzić po Ludzku” wskazują, że odsetek porodów zakończonych cesarskim cięciem jest bardzo wysoki, wynosi 45,8 proc. i określony jest mianem „katastrofalnego”. To jeden z wyższych wskaźników w Europie.

### Znieczulenie do cięcia cesarskiego

Sposób znieczulenia do cięcia cesarskiego jest warunkowany różnymi czynnikami, uwzględniającymi bezpieczeństwo rodzącej, płodu i noworodka. Planowe cięcie cesarskie może być wykonane w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym, zewnątrzoponowym lub podpajęczynówkowym. Cięcie cesarskie ze wskazań nagłych zwykle przeprowadzane jest w znieczuleniu ogólnym. Sposób postępowania anestezyjologicznego musi uwzględniać odrębności zabiegu oraz wpływ anestetyków na czynność skurczową macicy. Leki stosowane przed zaciśnięciem pępowiny mogą wpływać na stan noworodka, natomiast w aspekcie karmienia naturalnego ma znaczenie podaż leków zarówno przed jak i po odpięciu.

### Karmienie piersią a znieczulenie

Leki stosowane w położnictwie budzą dużo obaw personelu i rodziców. Zastosowanie leków u kobiety podczas znieczulenia porodu siłami natury, znieczulenia do cięcia cesarskiego oraz do wydobycia resztek łożyska z macicy może być powodem opóźnienia karmienia piersią. Jednakże, zazwyczaj obawy są bezpodstawne i prawdopodobnie wynikają z nadmiernie ostrożnego podejścia. Chociaż prawie wszystkie leki przenikają do mleka kobiecego, niekorzystne skutki u noworodków występują rzadko i są stosunkowo niewielkie.

Kierując się informacjami zawartymi w charakterystykach produktu leczniczego (ChPL) stosowanie 90% leków powinno być ograniczone zarówno w okresie ciąży,

jak i karmienia piersią. Jednakże, brakuje informacji uzasadniających takie zalecenia.

Ryzyka stosowania leków u kobiety rodzącej związane z ich przenikaniem do mleka oraz wpływu tego zjawiska na laktację u kobiety nie można rozważać bez zrozumienia korzyści karmienia piersią dla dziecka i matki. Właściwości prozdrowotne siary, głównie w aspekcie wysokiego stężenia laktoferyny, lizozymu, sIgA i oligosacharydów a także wybitnie wysokiego potencjału antyoksydacyjnego są bardzo wysokie. Dzięki zawartości bardzo wielu składników bioaktywnych stymuluje wzrastanie i dojrzewanie różnych tkanek i narządów, wywiera działanie przeciwzapalne, immunologiczne i immunostymulujące.

Korzystny wpływ na organizm kobiety obejmuje szereg zjawisk związanych z przyspieszeniem stabilizacji poporodowej. Korzyści odległe to przede wszystkim redukcja ryzyka występowania niektórych nowotworów u kobiet i poprawa gęstości mineralnej kości w okresie okołomenopauzalnym. Opóźnienie przystawienia do piersi zaburza inicjację laktogenezy II, proces wytwarzania mleka u kobiety po porodzie<sup>7-9</sup>. Ta wiedza obliuguje do bardzo rozważnego podejmowania decyzji o wstrzymaniu wczesnego przystawiania do piersi.

W rozważaniach dotyczących stosowania leków u matki w okresie laktacji należy uwzględnić nie tylko brak korzyści karmienia naturalnego, ale też ryzyko w związku z zastosowaniem mieszanki z mleka krowiego. Zastosowanie obcogatunkowego białka jako pierwszego posiłku dziecka i kontynuacja żywienia sztucznego powoduje wzrost ryzyka wystąpienia chorób alergicznych. Wywołuje też niekorzystny efekt biologiczny skutkujący znanymi konsekwencjami niefizjologicznego programowania metabolicznego<sup>10</sup>.

### Czynniki wpływające na koncentrację leku we krwi płodu i w mleku matki<sup>11-14</sup>

Dla lekarza ordynującego leki oraz decydującego o przystawieniu do piersi ważne jest poznanie czynników modyfikujących mechanizmy przechodzenia leków do krwi płodu i pokarmu matki.

#### 1. Stężenie leku we krwi matki.

Transport bierny jest podstawowym mechanizmem przechodzenia leku z krwi matki do jej mleka oraz przez łożysko do krążenia płodu. Stężenie leku we krwi matki jest czynnikiem decydującym o stopniu przechodzenia do mleka matki. Istnieje ciągle obustronny transport leku dążący do wyrównania stężeń leku w obu tych kompartmentach.

Stężenie leku we krwi matki jest modyfikowane przez dystrybucję leku do jej różnych tkanek. Wysoka objętość

dystrybucji wiąże się z szybko obniżającym się stężeniem leku we krwi matki i tym samym w jej mleku.

Poza transportem biernym w fazie wodnej, lipofilność leku jest czynnikiem ułatwiającym transport leku przez bariery fosfolipidowe i w tłuszczu mleka matki.

Transport leku do mleka jest uzależniony od stopnia wiązania leku z białkami osocza matki. Wolna frakcja leku dyfunduje przez bariery biologiczne łatwo, osiągając wysokie stężenia w różnych płynach ustrojowych. Frakcja związana w wysokim stopniu z białkami osocza (np. sertralina) pozostaje w krążeniu, nie osiągając w tkankach i innych płynach istotnych stężeń.

## 2. Wielkość cząsteczki

Leki o małej cząsteczce, jak alkohol, nikotyna czy kofeina to typowe przykłady małowcząsteczkowych substancji, łatwo pokonujących błony biologiczne. Osiągają wysokie stężenia we krwi płodu i w mleku matki. Leki o dużej masie cząsteczkowej (insulina, heparyna) w znacznym stopniu pozostają w pierwotnym kompartmentcie.

## 3. Stopień jonizacji

Tylko niezjonizowana forma leku pokonuje bariery biologiczne. Mleko charakteryzuje się odczynem bardziej kwaśnym (pH ok. 7,2) niż krew matki (pH ok. 7,4). Skłania to do łatwego przechodzenia do mleka leków takich jak oxycodon czy codeina. Preparaty te wpadają w tzw. pułapkę jonową, gromadząc się w mleku matki. Odwrotnie, kwasy organiczne, jak penicylina pozostają zjonizowane i wykazują tendencję do utrzymywania się w krążeniu matki.

## 4. Farmakogenomika matki

Wpływ farmakogenomiki matki można prześledzić na podstawie metabolizmu kodeiny, która jest przekształcana do morfiny przez cytochrom P450. Fenotyp ultraszybkiego metabolizmu występuje u 10% kobiet Europy Wschodniej i 30% kobiet afrykańskich. Powtarzane dawki kodeiny u tych kobiet wiążą się z wysoką endogenną produkcją morfiny. Łatwy i szybki transport morfiny do mleka matki może wywołać depresję ośrodkowego układu nerwowego u płodu i karmionego piersią dziecka. Kodeina jest przeciwwskazana u kobiet karmiących. Alternatywną analgezją, o znacznie bezpieczniejszym profilu, jest paracetamol i ibuprofen.

### Parametry farmakokinetyki leków u kobiet karmiących:

– RID (*Relative infant dose*). Dawka leku przyjęta przez dziecko podczas karmienia piersią jest iloczynem stężenia leku w mleku matki ( $C_m$ ) i objętości mleka spożytego przez dziecko w ciągu doby ( $V_m$ ). Relatywna dawka leku jest ilorazem dawki leku dostępnej dla dziecka zawartej w mleku matki [mg/kg/d] i dawki leku matki [mcg/kg jej masy ciała] x100. Wskaźnik

ten oznacza, jaki odsetek dawki leku matki jest przyswajany przez dziecko.

- Leki o RID <10% są z zasady bezpieczne.
- Okres półtrwania. Im krótszy, tym lepszy. Preferowane leki o  $T_{1/2}$  1-3h.
- Współczynnik mleko/krew matki. Bezpieczny < 1. Współczynnik > 1 świadczy o dużym przenikaniu do mleka. Jednakże, w przypadku małego stężenia w osoczu, całkowita dawka przyjętego przez dziecko leku jest nieduża mimo, że współczynnik jest wysoki.
- $T_{max}$  – czas od zażycia do osiągnięcia najwyższego stężenia leku we krwi matki.  $C_{max}$  leku nie powinno przypadać na ssanie z piersi.
- pKa – jest to wartość pH, przy której lek pozostaje w równowadze formy zjonizowanej i niezjonizowanej. Typowo, między mlekiem i krwią matki leki swobodnie transferują, pozostając w równowadze stężeń. Jest to mechanizm ochronny przed gromadzeniem się leku w pęcherzyku mlecznym. Niskie pKa oznacza możliwość powrotu z mleka do osocza matki zgodnie z aktualną różnicą stężeń. Lek, który ma pKa wyższe niż 7,2 nie odbywa typowej transmisji z powrotem do osocza matki, czyli ulega sekwestracji w mleku.
- Współczynnik P/B (*ang. maternal protein binding*, wiązanie z białkami osocza matki). Wysokie wiązanie z albuminami osocza matki skutkuje słabym przenikaniem leku do mleka matki.
- Objętość dystrybucji ( $V_d$ ) to przestrzeń organizmu kobiety inna niż krew, do której przenika lek. Mała objętość dystrybucji wskazuje na bardzo krótką obecność leku w organizmie. W połączeniu z bardzo krótkim okresem półtrwania oznacza to bardzo szybką eliminację leku z organizmu.
- MW – Masa cząsteczkowa jest silną determinantą transferu leku z osocza matki do mleka oraz wchłaniania z przewodu pokarmowego dziecka do jego krążenia. Leki o małej masie cząsteczkowej (<200) łatwo przenikają przez śródbłonek naczyń krwionośnego i ścianę pęcherzyka mlecznego matki. Leki o dużej cząsteczce muszą pokonać barierę lipidową błony komórkowej, co nieodłącznie wiąże się z blokowaniem dostępu leku do mleka matki.
- Biodostępność po podaży doustnej (*Oral*) – kategoria wchłaniania z przewodu pokarmowego; *poor* stanowi określenie słabej wchłanialności leku z mleka przez przewód pokarmowy dziecka do jego krwi.

### Transfer leku do mleka matki zwiększa się, jeżeli lek:

1. osiąga wysokie stężenie w surowicy matki
2. posiada małą masę cząsteczkową

3. słabo wiąże się z białkami osocza (wysoka frakcja wolna leku)
4. jest lipofilny i łatwo przekracza błony fosfolipidowe.

#### Parametry farmakokinetyczne wiążące się z dużą biodostępnością leku dla dziecka to:

1. wysoka relatywna dawka leku RID
2. długi czas biologicznego półtrwania
3. wysoki współczynnik mleko/krew matki
4. duża objętość dystrybucji
5. długi T<sub>max</sub>.
6. wysokie pK<sub>a</sub>

Ryzyko stosowania leków podczas ciąży i laktacji zostało uszeregowane w kategorii. Podczas ciąży ryzyko to związane jest z występowaniem wad i malformacji wrodzonych u płodu. Generalnie, nie pokrywa się z ryzykiem dla laktacji. Jednakże, jest możliwe dla laktacji w III trymestrze ciąży

#### Kategorie ryzyka leków dla ciąży

- A. Bezpieczne, brak znanego ryzyka dla płodu
- B. Zmniejszanie płodności; brak innych działań
- C. Brak wiedzy o działaniu leku, brak badań
- D. Znane ryzyko dla ludzkiego płodu
- X. Udokumentowana szkodliwość dla płodu u zwierząt i ludzi.

#### Leki – kategorie ryzyka dla laktacji

**L1** – Najbezpieczniejsze. Udokumentowany w badaniach naukowych brak negatywnego wpływu na dziecko. Zazwyczaj leki nie wchłaniają się, o małej biodostępności

**L2** – Bezpieczne. Nie wykazano działań szkodliwych. Bezpieczeństwo określone w niedużych badaniach u ludzi. Można karmić.

**L3** – Raczej bezpieczne. Brak kontrolowanych badań u ludzi. Część badań wskazuje na możliwy wpływ biologiczny leku na dziecko. Używać, jeśli korzyści przewyższają ryzyko. Tu mieszczą się wszystkie nowe niezbadane leki

**L4** – Ryzyko szkodliwości. Udokumentowane ryzyko dla dziecka lub laktacji. Stosowane, jeśli są konieczne dla matki i nie da się ich zastąpić innymi

**L5** – Szkodliwe. Znaczne, udokumentowane w badaniach na ludziach szkodliwe działanie leku na dziecko. Przeciwwskazane w laktacji.

#### Piśmiennictwo

1. Helwich Ewa, Wilińska Maria, Maria Katarzyna Borszewska Kornacka i in. Program wczesnej stymulacji laktacji dla III poziomu referencyjnego Neonatologia i Położnictwo. *Standardy Medyczne Pediatria* 2014;1(11):9-57.
2. Quigley C, Taut C, Zigman T, et al. Association between home birth and breast feeding outcomes: a cross-sectional study in 28 125 mother–infant pairs from Ireland and the UK. *BMJ Open* 2016;6:e010551.

## Podsumowanie

### Czynniki wpływające na stężenie leku w mleku matki i we krwi dziecka

Czynniki zależne od leku	Czynniki zależne od matki	Czynniki zależne od dziecka
Dawka	Stężenie leku we krwi matki	Dojrzałość organizmu
Lipofilność	– droga podania	wcześniaki
Masa cząsteczkowa	– zdolność	– mniejsza aktywność
Zdolność wiązania z białkami	metabolizowania leku)	enzymów wątrobowych
Zdolność do jonizacji	– stężenie białek wiążących	– słabsza filtracja kłębkowa
Czas półtrwania	Czynniki genetyczne	– wolniejsze wydalanie przez nerki
Biodostępność	Budowa gruczołu piersiowego	Stężenie białek wiążących
	Stężenie progesteronu	

3. Arguello B, Salgado TM, Fernandez-Llimos F. Assessing the information in the summaries of product characteristics for the use of medicines in pregnancy and lactation. *Br J Clin Pharmacol.* 2015; 79:537–44.
4. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf;jsessionid=0C85BF900E9045088CE2CC5C40CE9517?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=0C85BF900E9045088CE2CC5C40CE9517?sequence=1)
5. *Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections.* XXII International Congress Federation of Gynecology and Obstetrics: FIGO. 14–19 Oct. 2018, Rio de Janeiro
6. <http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/Najnowszy-raport-Fundacji-Rodzic-po-Ludzku.html>
7. Section on B, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012; 129(3): e827–41.
8. WHO, UNICEF. Global strategy on Infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.
9. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: a review of evidence. *Adv Biomed Res* 2014;3:3.
10. Wu TC, Chen PH. Health consequences of nutrition in childhood and early infancy. *Pediatr Neonatol* 2009;50:135–42.
11. Schaefer Ch, Peters P, Miller RK. *Drugs During Pregnancy and Lactation. Treatment options and risk assessment.* Elsevier BV. 2th edition.2007.
12. Hale TW. Anaesthetic and Analgesing Medications: Implications for Breastfeeding. In: Hale TW, Hartmann PE. *Textbook of Human Lactation.* Hale Publishing, LP. 2007.
13. Hale TW. *Medications and Mothers Milk.* 13th Edition. Hale Publishing, L.P.2007.
14. Cobb B, MD, Liu R, Valentine E, Onuoha O. Breastfeeding after Anesthesia: A Review for Anesthesia Providers Regarding the Transfer of Medications into Breast Milk. *Transl Perioper Pain Med.* 2015 ; 1(2): 1–7.
15. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP Pain management for women in labor; an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;14;(3):CD009234.
16. Pasha H, Basirat Z, Hajahmadi M et al.: Maternal Expectations and Experiences of Labour Analgesia with Nitrous Oxide. *Iran Red Crescent Med.* 2012;14(12):792-797.
17. Gizzo S, Noventa M, Fagherazzi S et al. Update on best available options in obstetrics anaesthesia: perinatal outcomes, side effects and maternal satisfaction. Fifteen years systematic literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2014; 290(1): 21-34.

## Czy karmienie naturalne wpływa na przeżywalność dzieci we współczesnym środowisku wielkomijskim

lek. Paweł Piwowarczyk

Klinika Neonatologii CMKP

Karmienie piersią jest dla dziecka optymalnym źródłem składników odżywczych, jak również zapewnia ochronę immunologiczną, co pozwala zapobiegać rozwojowi wielu schorzeń. Czy jednak na dzisiejszym etapie opieki medycznej karmienie piersią jest w stanie poprawić przeżywalność niemowląt w środowisku wielkomijskim w kraju wysoko cywilizowanym?

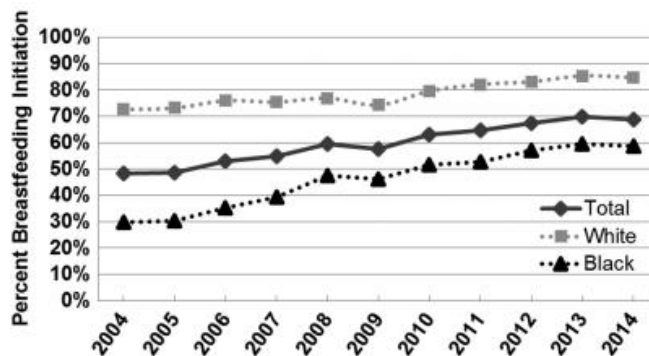
Badacze z Tennessee (USA) wykonali analizę statystyczną dotyczącą obszaru miejskiego w hrabstwie Shelby (kojarzonego głównie z miastem Memphis) na przestrzeni 10 lat, obserwując społeczeństwo pod kątem liczby matek karmiących piersią oraz analizując wskaźniki umieralności niemowląt w tym samym czasie w badanej populacji.

Na początku okresu obserwacji, w roku 2004, oceniany region prezentował odsetek mam karmiących piersią na poziomie średnio 48%. Trzeba dodać, że wskaźnik ten u kobiet rasy białej był istotnie wyższy niż wśród kobiet rasy czarnej (odpowiednio 72% i 30%).

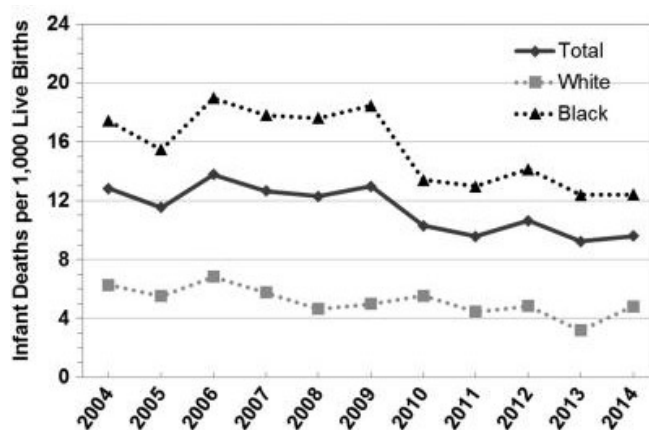
Dzięki wytycznym Światowej Organizacji Zdrowia, zaleceniom krajowych stowarzyszeń naukowych oraz lokalnym programom edukacyjnym położono większy nacisk na szeroką edukację kobiet na temat znaczenia pokarmu matki dla zdrowia dziecka. W kolejnych latach obserwowano zwiększanie częstości karmienia naturalnego w obu grupach, odpowiednio do 83% i 50%.

Wdrożone wysiłki na rzecz poprawy wskaźników karmienia piersią przyniosły spektakularne efekty. Zmiana w karmieniu niemowląt korelowała w istotny sposób z poprawą przeżywalności niemowląt. Wskaźnik zgonów w przeliczeniu na 1000 żywo urodzonych obniżył się z 13 w roku 2004 do 7,5 w roku 2014. U rasy czarnej wartości te wyniosły 17,3 do 13, wśród rasy białej 6,2 do 5,0. Wyniki te ilustrują wykresy 1a i 1b.

Analiza statystyczna otrzymanych wyników wykazała niezbicie, że poprawa laktacji i karmienia naturalnego miały istotny korzystny wpływ na przeżywalność dzieci.



**Wykres 1a.** Odsetek matek karmiących piersią w latach 2004-2014



**Wykres 1b.** Umieralność niemowląt (odsetek zgonów na 1000 żywo urodzonych) w latach od 2004 do 2014

Terminy: total (ogólnie), white (rasa biała), black (rasa czarna)

Nie jest to pierwsza praca tego typu; w innych badaniach zaobserwowano podobną zależność, czasem nawet spadek zgonów aż o 20%. Według magazynu Lancet szacuje się, że gdyby na świecie uzyskano optymalny odsetek matek karmiących udało się uniknąć 823 tys. zgonów dzieci do 2. roku życia. Dane WHO podają, że wyłącznie karmienie piersią w 6. miesiącu życia, a następnie utrzymanie karmienia do 2 roku życia pozwoliłoby uniknąć prawie półtora miliona zgonów dzieci w wieku do pięciu lat.

Karmienie piersią to nie tylko kwestia stylu życia, to potężne działanie prewencyjne i lecznicze.

### Źródło:

Julie L. Ware, Aimin Chen, Ardythe L. Morrow, and Jennifer Kmet Associations Between Breastfeeding Initiation and Infant Mortality in an Urban Population.

BREASTFEEDING MEDICINE 2019.



## Suplementacja żelaza, cynku i witaminy D podczas karmienia piersią

lek. Paulina Kuran

Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie

Pokarm kobiecy zawiera wystarczającą ilość mikro- i makroelementów do pokrycia zapotrzebowania niemowlęcia przez pierwsze 6 miesięcy życia, jednak suplementacja niektórych pierwiastków może być konieczna, zwłaszcza w sytuacji niedoborów u matki lub zwiększonego zapotrzebowania u dziecka.

### Żelazo:

Suplementacja żelaza nie jest zalecana w przypadku matek z prawidłową morfologią krwi obwodowej. U dzieci matek z anemią zaleca się suplementację w dawce 1 mg/kg/dobę (2 mg/kg/dobę u wcześniaków) przez pierwszych 6 miesięcy (do momentu wprowadzania pokarmów uzupełniających, będących źródłem tego pierwiastka). Należy być świadomym działań niepożądanych nadmiernej suplementacji żelaza – zwłaszcza dotyczących osłabienia właściwości immunologicznych i zmniejszenia biodostępności żelaza zawartego w pokarmie matki.

### Cynk:

Uważa się, że suplementacja cynku nie wpływa istotnie na badane punkty końcowe, takie jak: stężenie cynku w surowicy, rozwój fizyczny i psychomotoryczny, parametry hematologiczne, czy częstość infekcji. W związku z powyższym dodatkowa podaż nie jest zalecana.

### Witamina D:

Rekomenduje się suplementację witaminy D (formy D3 – cholekalcyferolu) wszystkim niemowlętom przez pierwszy rok życia rozpoczynając od 2. tygodnia życia, w dawce 400-800 IU/dobę. Dopuszcza się wprowadzenie suplementacji wyłącznie u matki, jeśli stwierdzono przeciwwskazania do podawania preparatu bezpośrednio dziecku. Wówczas zalecana – i co się podkreśla – bezpieczna dla matki i zarazem wystarczająco pokrywająca zapotrzebowanie dziecka dawka uzupełniająca to 6400 IU/dobę.

### Rekomendacje dotyczące dzieci urodzonych przedwcześnie:

Randomizowane badania dotyczące przedwcześnie urodzonych noworodków karmionych pokarmem kobiecym z dodatkiem wzmacniacza dostarczającego cynk, witaminę D oraz niekiedy żelazo wykazały lepszy rozwój

fizyczny i psychomotoryczny uczestniczących w projekcie dzieci.

Zaleca się suplementację żelaza w dawce 2-4 mg/kg/dobę oraz witaminy D w dawce 400-800 IU/dobę, a także wzbogacony cynkiem wzmacniacz pokarmu kobiecego.

Dzieci urodzone w terminie poniżej 34 tygodnia ciąży powinny rutynowo otrzymywać suplementację żelaza i witaminy D.

### Źródło:

Sarah N. Taylor and The Academy of Breastfeeding Medicine: „ABM Clinical Protocol #29: Iron, Zinc, and Vitamin D Supplementation During Breastfeeding”, *BREASTFEEDING MEDICINE*, Volume 13, Number 6, 2018, pages 398-404

## Alergiczne zapalenie jelita grubego u dzieci karmionych wyłącznie piersią

lek. Magdalena Zarłenga

Klinika Neonatologii CMKP

Zadaniem Akademii jest wypracowanie protokołów postępowania w przypadku często obserwowanych w czasie karmienia piersią problemów medycznych. Protokoły mają służyć jako rekomendacje w postępowaniu, nie wykluczając indywidualnej potrzeby leczenia danego schorzenia. Rekomendacje mają na celu zapewnienie lekarzom podstawowej wiedzy w zakresie karmienia naturalnego.

### Cel protokołu klinicznego # 24:

- przedstawienie dostępnej wiedzy naukowej na temat etiologii i patogenezy schorzenia,
- ocena wszystkich możliwych aspektów schorzenia,
- zapoznanie z medycznym postępowaniem w przypadku wystąpienia schorzenia,
- rozszerzenie wiedzy na temat alergicznego zapalenia jelita grubego u dzieci karmionych piersią.

Jako definicję alergicznego zapalenia jelita grubego u dzieci karmionych piersią rozumie się pojawienie się krwistych stolców u prawidłowo rozwijającego się, zdrowo wyglądającego dziecka. Jako wyłączone karmienie piersią rozumie się karmienie tylko pokarmem matki, bez podaży innych płynów czy pokarmów stałych. Wyjątki stanowią leki czy suplementy diety.

Jako alergię pokarmową na potrzeby protokołu zdefiniowano odtwarzalne niepożądane zdarzenia zdrowotne związane ze spożyciem alergenu pokarmowego.

Klinicznie zapalenie jelita grubego spowodowane jest działaniem określonych białek zawartych w pokarmie.

Występuje w różnych formach klinicznych – od łagodnego przez eozynofilowe zapalenie odbytu do zapalenia jelita grubego indukowanego karmieniem piersią.

Białka mleka krowiego (BMK) obecne w mleku matki są głównym czynnikiem powodującym alergiczne reakcje pokarmowe w grupie dzieci karmionych wyłącznie piersią. Dla tej grupy dzieci BMK odpowiadają za 50-65% reakcji alergicznych.

Ryzyko wystąpienia jakiejkolwiek alergii pokarmowej u dzieci karmionych piersią wynosi od ok. 0,5% do 1%. Jest ono istotnie mniejsze niż u dzieci karmionych mieszankami modyfikowanymi na bazie mleka krowiego. Wynika to prawdopodobnie z niewielkiego stężenia BMK w mleku kobiecym, obecności substancji immunomodulujących w pokarmie matki oraz odmiennej mikrobioty dzieci żywionych mlekiem modyfikowanym i karmionych naturalnie.

Najczęstszą manifestacją kliniczną alergii na BMK dzieci karmionych piersią są nieprawidłowości ze strony przewodu pokarmowego oraz zmiany skórne. Objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego w większości przypadków pojawiają się między 2. a 6. tygodniem po urodzeniu, rzadko wcześniej. Są zazwyczaj łagodne, przemijają po zastosowaniu odpowiedniej diety matki. Bardzo rzadko wywierają negatywny wpływ na rozwój dziecka (zahamowanie wzrastania, anemia, hipoalbuminemia). Dziecko wygląda na zdrowe, ma prawidłowy apetyt.

Badania dodatkowe nie wnoszą istotnych informacji w ustalaniu rozpoznania. Z odchylen w rozmazie białokrwinkowym można zaobserwować eozynofilię, która słabo koreluje ze stanem klinicznym pacjenta. Wyniki innych badań mogą być zupełnie prawidłowe – wymaz z odbytu bez wzrostu flory patogenicznej, zdjęcie rentgenowskie jamy brzusznej wykluczające martwicze zapalenie jelit (NEC), prawidłowy jest rozmaz kału, prawidłowe stężenie całkowitej i specyficznej IgE. Endoskopię można rozważyć jedynie w przypadkach objawów przewlekających się i nie reagujących na leczenie dietetyczne.

Przyczyną schorzenia jest nadwrażliwość komórek dystalnego odcinka jelita na spożyte przez matkę białka pokarmowe obecne w jej pokarmie. U dziecka dochodzi do obrzęku błony śluzowej jelita, ogniskowych nadżerek, powstają widoczne w biopsji eozynofilowe nacieki nabłonka i warstwy właściwej. Zapalenie może objąć tylko obytnicę, ale może sięgać nawet okrężnicy. Poważne objawy, jak smoliste stolce, wzdęcie brzucha, ostre i ciężkie biegunki sugerują konieczność poszukiwania innych enteropatii indukowanych białkami pokarmowymi.

Typowo objawy alergicznego zapalenia jelita grubego u dzieci karmionych piersią ustępują po 72-96 godzinach

karencji, czasem znacząca poprawa obserwowana jest dopiero po 2-4 tygodniach eliminacji czynnika sprawczego. Innymi czynnikami powodującymi zapalenie jelita są jaja (19%), kukurydza (9%), soja (3%).

Do uwrażliwienia na dany alergen może dojść już w życiu płodowym, kiedy antygen przechodzi przez łożysko, jest wydzielany do płynu owodniowego i ma bezpośredni kontakt z komórkami jelita. Zjawisko nadwrażliwości może też wynikać z kontaktu alergenu ze śluzówką noworodka po urodzeniu, już od 1. doby życia. Dodatkowy wpływ mają czynniki środowiskowe.

Brak jest wystarczających danych, że jakkolwiek dieta eliminacyjna u kobiety ciężarnej, a potem karmiącej, zapobiegała alergii pokarmowej. Natomiast obecność w mleku kobiecym czynników biologicznych (leukocytów, substancji prezentujących antygeny, przeciwzapalnych cytokin) wraz z tolerowanymi niewielkimi ilościami alergenów wykazuje w badaniach zwierzęcych pozytywny wpływ w zapobieganiu alergiom pokarmowym w późniejszym życiu.

Postępowanie przy objawach klinicznych jednoznacznie sugerujących alergiczne zapalenie jelit u dziecka karmionego wyłącznie piersią.

### 1. Dieta eliminacyjna u matki.

Wprowadzanie: Należy unikać zbyt restrykcyjnej diety. Proponuje się wykluczyć na 2 do 4 tygodni jedną grupę produktów potencjalnie alergizujących. Przykładowe grupy produktów: produkty mleczne (i inne zawierające mleko) lub jaja, orzeszki, kakao, zboża, owoce cytrusowe, truskawki.

Poprawa powinna być widoczna po 72-96 godzinach; dietę należy utrzymać wtedy do 2-4 tygodni. Jeśli brak jest zmiany/poprawy po odpowiednim czasie od wykluczenia pierwszej grupy produktów, wprowadza się kolejną eliminację. Takie postępowanie kontynuujemy, aż wyczerpiemy listę potencjalnie alergizujących produktów. Należy pamiętać o produktach, które mogą zawierać śladowe ilości konkretnych alergenów. Matka powinna czytać etykiety produktów celem uniknięcia niezamierzonego spożycia alergenu.

Jeśli pomimo eliminacji wszystkich z możliwych grup alergenów objawy występują, matka powinna prowadzić szczegółowy dziennik tego, co zjadła przez dwa dni powszednie i cały jeden weekend. Uważna analiza pozwala znaleźć przyczynę alergii pokarmowej.

Trudne przypadki: Dalsze wykluczanie produktów z diety matki może negatywnie odbić się na jej zdrowiu. Ścisła, bardzo restrykcyjna dieta matki karmiącej wymaga kontroli przez doświadczonego dietetyka. Przykładem takiej diety jest dieta hipoalergiczna oparta na jagnięcinie, ryżu, gruszkach, dyni.

Wprowadzanie produktów spożywczych po okresie eliminacji: Wprowadza się jeden produkt naraz i obserwuje się dziecko przez około tydzień. Konieczne może być ponowne wycofanie produktu z diety, jeśli pojawiają się objawy alergii.

## 2. Zastosowanie enzymów trzustkowych.

Podawane są one matce w nadziei, że proteazy zhydroliżują potencjalnie alergizujące białka spożyte przez matkę, zanim te zostaną wchłonięte do krwioobiegu. Nie ma jednoznacznie zdefiniowanego dawkowania. Stosuje się możliwie najniższe dawki – Creon/Kreon. Pierwsze doniesienia są pozytywne, jeśli chodzi o zmniejszenie objawów alergii u dziecka.

## Szacowanie ryzyka wystąpienia alergii oraz postępowanie

Po wystąpieniu u dzieci karmionych wyłącznie piersią objawów alergicznego zapalenia jelit z krwią w stolcu albo dodatnim wynikiem na krew utajoną w stolcu należy:

- zebrać wywiad w kierunku alergii w rodzinie; jeśli jest dodatni to u dziecka występuje wysokie ryzyko rozwoju alergii,
- upewnić się co do wyłączności karmienia piersią (inne postępowanie w przypadku spożywania innych produktów),
- ocenić, czy nie występują inne objawy alergii pokarmowej (np. skórnej) poza układem pokarmowym,
- ocenić prawidłowości wzrastania, częstości oddechów, tętna,
- wykonać palpacyjne badanie brzucha (nierozdęty, nietkliwy, prawidłowo wyglądający),
- wykonać badanie w kierunku przepuklin,
- wykonać badania dodatkowe przy podejrzeniu możliwości powikłania anemią, hipoalbuminemią.

## Zalecenia

1. Jeśli podejrzewamy ciężkie alergiczne zapalenie jelita grubego (brak prawidłowych przyrostów masy ciała, liczne krwawe stolce, występuje enteropatia z utratą białka), należy:
  - przekazać pod opiekę gastroenterologa/alerologa dziecięcego,
  - w oczekiwaniu na konsultację zalecić matce dietę eliminacyjną, kontynuować karmienie piersią, suplementacja wapniem dla matki (1000 mg/dobę w kilku dawkach podzielonych),
  - jeśli obserwuje się anemię/hipoalbuminemię, rozważyć wprowadzenie mieszanki hipoalergicznej.
2. Jeśli podejrzewamy średnio nasilone alergiczne zapalenie jelita grubego, czyli prawidłowe przyrosty masy ciała, małą liczbę krwawych stolców/dobę, prawidłowe

badanie palpacyjne brzucha, prawidłowe wyniki Hb i albuminy, zalecamy:

- kontynuację karmienia piersią, matka rozpoczyna dietę eliminacyjną, z odpowiednią suplementacją/substytucją,
  - dietę utrzymać minimum 2 do 4 tygodni, poprawa powinna być widoczna po 72-96 godzinach.
3. Średnio nasilone alergiczne zapalenie jelita grubego z poprawą po zastosowaniu diety eliminacyjnej u matki:
    - wprowadzenie pokarmu do diety matki (prowokacja),
    - w razie nawrotu objawów wykluczenie alergenu z diety na minimum 6 miesięcy, nawet do 9-12 miesięcy życia. Większość dzieci pozytywnie zareaguje na alergen po 6 miesiącach od diagnozy, jeśli mają minimum 9 miesięcy wieku pourodzeniowego. Objawy rzadko pojawiają się po raz pierwszy między 5. a 6. miesiącem życia.
  4. Średnio nasilone alergiczne zapalenie jelita grubego bez poprawy po zastosowaniu diety eliminacyjnej u matki:
    - eliminacja kolejnego alergenu z diety matki,
    - kontynuacja karmienia piersią, jeśli dziecko osiąga prawidłowe przyrosty masy ciała i długości,
    - okresowa kontrola morfologii i stężenia albumin przy długim czasie utrzymywania się krwistych stolców,
    - zażywanie enzymów trzustkowych,
    - można rozważyć wprowadzenie mieszanki hipoalergicznej, zawsze pod opieką specjalisty, jeśli są negatywne skutki u dziecka.

## Kierunki dla dalszych badań:

- 1) Ocena aktualnej częstości występowania alergicznego zapalenia jelit u dzieci karmionych wyłącznie piersią (ostatnie dane pochodzą sprzed ponad 20 lat), w większość aktualnych badań włączone są dzieci karmione na bazie mleka krowiego.
- 2) Ocena wpływu matczynej i noworodkowej oporności na rozwój alergicznego zapalenia jelit. Znana jest zależność między wystąpieniem objawów alergicznego zapalenia jelit u dzieci karmionych wyłącznie piersią a spożytymi przez matkę antygenami. Ciągłe niewyjaśniona jest rola uwrażliwiania się płodu oraz noworodka przez powtarzające się spożycie mleka matki.
- 3) Ocena bezpieczeństwa i efektywności stosowania enzymów trzustkowych w zmniejszaniu objawów alergicznego zapalenia jelit u dzieci karmionych wyłącznie piersią, a jeśli są skuteczne, to w jakich przypadkach powinny być stosowane.

4) Czy dzieci karmione piersią z wywiadem w kierunku alergicznego zapalenia jelit powinny mieć opóźniane albo zakazane wprowadzanie innych znanych alergenów pokarmowych, żeby zapobiec dodatkowym objawom alergicznym?

Dzisiaj nie wydaje się to być wskazane, dzieci te jedynie powinny przez 6 miesięcy i do 9-12 miesiąca życia powinny unikać alergenu, który spowodował alergiczne zapalenie jelit.

5) Ocena przydatności dodatkowych badań laboratoryjnych w diagnostyce alergicznego zapalenia jelit u dzieci karmionych wyłącznie piersią – trwają badania nad przydatnością oznaczania stężenia cytokin prozapalnych.

#### Źródło:

Źródło: *ABM Clinical Protocol #24: Allergic Proctocolitis in the Exclusively Breastfed Infant BREASTFEEDING MEDICINE Volume 6, Number 6, 2011.* ■

## Analiza kontaktu „skóra do skóry” i wczesnego karmienia piersią

lek. Izabela Choregiewicz

Klinika Neonatologii CMKP

Mimo że korzyści wynikające z natychmiastowego, ciągłego, nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” bezpośrednio po urodzeniu oraz wczesne rozpoczęcie karmienia piersią zostały szeroko zbadane i potwierdzone, to nadal mniej niż połowa noworodków na całym świecie jest karmionych piersią w ciągu pierwszej godziny życia.

Kontakt „skóra do skóry” zmniejsza stres dziecka związany z rodzeniem się, zapewnia mu optymalną regulację termiczną, skraca okres płaczu, poprawia dynamikę krążeniowo-oddechową oraz zapewnia optymalne stężenie glukozy we krwi. Również matka jest beneficjentem korzyści w postaci skrócenia trzeciego okresu porodu, natychmiastowego obkurczenia macicy, pełnego oddzielenia łożyska i w efekcie zmniejszonej utraty krwi w trakcie porodu.

Kontakt „skóra do skóry” prowadzi do poprawy jakości ssania ocenianego w drugim tygodniu życia oraz zwiększa prawdopodobieństwo wyłącznego karmienia piersią.

Uniwersytet Loma Linda znajdujący się w stanie Kalifornia, oznaczony jako Baby-Friendly Hospital, wdrożył rutynową praktykę układania noworodków w pozycji skin-to-skin w ciągu pierwszej godziny po urodzeniu. Personel szpitala przez 5 dni doskonalił się w zakresie znaczenia i stosowania kontaktu „skóra do skóry” me-

todą PRECESS15. Badanie prowadzono przez 4? miesiące – od maja do lipca 2013 roku. Uzyskano świadomą zgodę od pierworódek i wieloródek, u których nie było powikłań w okresie ciąży i u których planowano poród drogami i siłami natury.

Kryteriami włączenia były: wiek kobiety  $\geq 18$  lat, niskie ryzyko powikłań, angielski lub hiszpański jako główny język oraz wiek ciążowy pomiędzy 37. a 42. tygodniem ciąży. Protokół badania obejmował nagranie wideo noworodków i ich matek będących w dobrym stanie klinicznym w ciągu pierwszej godziny po porodzie.

Kryteria włączenia noworodka to stabilny stan kliniczny i brak nieprawidłowości w badaniu prenatalnym. Dziewięćdziesiąt sześć matek wyraziło zgodę na udział w badaniu. Finalnie grupa badawcza składała się z 84 kobiet.

Natychmiastowego kontaktu „skóra do skóry” (w ciągu 5 minut od urodzenia) nie zastosowano u 10 par (11,9%) ze względu na zakończenie porodu drogą cięcia cesarskiego oraz u 21 par (25%) z powodu konieczności natychmiastowej wzmożonej opieki nad matką lub noworodkiem po porodzie pochwowym. U 53 par (63,1%) bezpośrednio po porodzie lub w ciągu 5 minut zastosowano kontakt „skóra do skóry” po planowanym porodzie pochwowym. Ciągły kontakt „skóra do skóry” był kontynuowany u 48 pacjentów (90,6%). U 5 par przerwano proces ze względu na konieczność interwencji. 48 noworodków, które otrzymały natychmiastowy i nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” zostało ocenionych według kryteriów Widstrom (dziecięć obserwowalnych, instynktownych etapów w ciągu pierwszej godziny po urodzeniu, gdy noworodki znajdują się w bezpośrednim, ciągłym nieprzerwanym kontakcie „skóra do skóry” z matką, etap 8. to karmienie piersią). 23 z nich (47,9%) demonstrowało instynktowne zachowania opisane w kryteriach Widstrom w pierwszej godzinie (8. etap), a 25 (52,1%) nie. U 35 (41,7%) kobiet, u których zastosowano indukcję porodu, zaledwie 5 (14,7%) noworodków osiągnęło etap ssania (ósmy z etapów). Z 50 (60%) matek, u których poród zaczął się spontanicznie 18 (36%) noworodków osiągnęło etap ssania.

W pracy wykazano, że natychmiastowy, ciągły i nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” wspiera noworodki w osiągnięciu ssania w pierwszej godzinie po urodzeniu, a indukcja porodu zmniejsza wskaźnik prawidłowego ssania w pierwszej godzinie życia.

#### Źródło:

Cadwell K. et al. *Mapping, Measuring, and Analyzing the Process of Skin-to-Skin Contact and Early Breastfeeding in the First Hour After Birth, Breastfeeding Medicine (13), No 7, 2018* ■

**Wkrótce urodzę. Przed zajściem w ciążę miałam bardzo mały biust. Teraz piersi nieco powiększyły mi się, ale nadal są dużo mniejsze od piersi moich koleżanek w ciąży. Boję się, że moje piersi nie będą w stanie wyprodukować odpowiedniej ilości mleka. Czy mam się czego obawiać?**

**Elżbieta**

**Pani Elżbieto**

Większość kobiet jest w stanie wyprodukować odpowiednią ilość mleka dla swojego dziecka bez względu na rozmiar piersi. Rozmiar piersi nie jest obiektywnym wskaźnikiem ich zdolności, ponieważ za produkcję mleka odpowiada tkanka gruczołowa. Duże piersi mogą składać się głównie z tkanki tłuszczowej, a małe mogą mieć przewagę tkanki gruczołowej. Dlatego proszę w spokoju oczekiwać na narodziny maluszka, a po jego urodzeniu karmić dziecko na żądanie, najlepiej przystawiając dziecko do obu piersi w czasie każdego karmienia. Proszę pamiętać też, że najważniejsze jest, ile dziecko zje pokarmu w ciągu doby, a nie w czasie poszczególnych karmień. Jeśli nawet Pani piersi będą produkowały nieco mniej mleka na poszczególne karmienia, dziecko będzie zgłaszało zapotrzebowanie na Pani mleko częściej, tak by dobową objętość mleka, jaką dostanie dziecko była odpowiednia do jego potrzeb.

*dr n. med. Marzena Kostuch*

**Nerwica dopadła mnie trzy lata temu. Nagłe ataki paniki, dreszcze, szybki oddech i bicie serca. Obecnie karmię piersią swoje trzecie dziecko. Wszyscy mówią – zajmij się sobą, odstaw od piersi. Odstawić od piersi pewnie byłoby najprościej, ale ja chcę jak najdłużej karmić. Co mam robić? Czy mogę brać coś z ziołowych leków? A co z hydroksyzyną?**

**I czy po wzięciu leku trzeba odczekać jakiś czas od karmienia, czy odciągnąć mleko?**

**Beata**

**Pani Beato**

Zazwyczaj lekarze odradzają karmienie piersią, tworząc mit o zagrożeniu dla dziecka w związku z przechodzeniem leku do pokarmu.

Są tu dwa aspekty:

Należy uwzględnić, że odstawienie dziecka od piersi oznacza konieczność podaży mieszanki pochodzącej z mleka krowiego. Trzeba uwzględnić fakt, że mleko w proszku zawiera alergeny mleka obcogatunkowego. O tym wiele osób polecających mieszankę sztuczną zapomina. Trzeba więc rozważyć ryzyko włączenia diety potencjalnie alergizującej i wszystkie tego następstwa. Pozbawiamy dziecko też wielu substancji biologicznie czynnych, które są obecne w mleku mamy i próżno ich szukać w mieszance mlecznej. Myślę tu o właściwościach

przeciwwzapalnych, autoimmunologicznych, troficznych, immunostymulujących mleka matki. Należy wspomnieć też o higienie, wygodzie i bezpieczeństwie oraz o aspekcie finansowym, korzystnym przy karmieniu piersią.

Druga sprawa, to bezpieczeństwo karmienia podczas zażywania leków. Jeśli chodzi o preparaty ziołowe, to niebezpieczeństwo przy dużych dawkach wynika z tego, że są one niestandardyzowane, czyli nie wiemy, jaką ilość substancji czynnej pobieramy. Nie ma problemu przy dawkach małych i niesystematycznych, one są z reguły bezpieczne. Zawsze należy jednak obserwować dziecko – czy chętnie ssię, czy nie nadmiernie przysypia, czy przybywa na wadze.

Jeśli chodzi o „twarde” leki, to jest tu duży wybór – najbezpieczniejsza z punktu widzenia laktacji jest sertralina, jeśli lekarz zechce użyć tej grupy leków p/lękowych. Dodam, że każdy lek jest zakwalifikowany do określonej grupy L (laktacji). Leki z grupy L1 i L2 można spokojnie zażywać, L3 – uważać na wspomniane zachowania noworodka, L4 lepiej unikać, L5 są przeciwwskazane (do tej grupy należą m.in. p/nowotworowe, więc Pani nie dotyczą). Lekarz, który przepisuje leki, jest zobowiązany sprawdzić, do jakiej grupy „L” dany lek należy, i udzielić Pani stosownej rady. Zawsze należy wziąć pod uwagę bilans ryzyko-korzyści i nie odstawać bezkrytycznie dziecka od piersi. Polecam stronę:

<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

Oczywiście, jeśli zdecyduje Pani o odstawieniu od piersi, lub u dziecka wystąpią istotne działania niepożądane związane z lekiem, to trzeba będzie dobrać optymalną mieszankę.

Hydroksyzyna należy do grupy L2, a więc bezpiecznej. Nie stwierdzono przenikania do pokarmu matki w gruczole piersiowym, jest więc uważana za lek bardzo bezpieczny. Działanie leku jest długotrwałe, więc nie ma zależności przyjęcia leku od stężenia w surowicy. Po 2h uzyskuje maksymalne stężenie w surowicy. Można więc przyjąć lek niezależnie od przystawiania do piersi. Nie ma potrzeby odciągania mleka po zażyciu leku i tym bardziej utylizowania mleka.

Hydroksyzyna posiada działanie uspokajające i dodatkowo przeciwhistaminowe (m.in. suchość w ustach). Trzeba zwracać uwagę na nadmierne uspokojenie dziecka i zmianę chęci przystawiania do piersi.

Preparaty ziołowe, np. 1-2 szklanki dziennie melisy, waleriana, destresan nie będą szkodzić dziecku. Należy przestrzegać dawek podanych na opakowaniach.

Mam nadzieję, że wyjaśniłam wszystkie Pani wątpliwości. Życzę udanego karmienia piersią, proszę cieszyć się macierzyństwem w pełnym wymiarze.

*dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP*

## Trzymamy standardy

**Hanna Orjanik**

Lekarz Kierujący Oddziałem Neonatologii  
Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego  
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu znajduje się w ciągłym procesie podwyższania jakości, nadzorowanym przez różne zewnętrzne systemy oceny jakości. Od 1998 roku w tych procesach uczestniczą również Oddział Neonatologii oraz Położniczo-Ginekologiczny i Patologii Ciąży.

Działania nasze są ukierunkowane na edukację matek i promocję karmienia piersią oraz prowadzenie porodów zgodnie z wciąż podnoszonymi standardami opieki perinatalnej. Realizujemy w ten sposób misję Szpitala „Niesiemy pomoc medyczną potrzebującemu bliźniemu” wypełnianą między innymi poprzez realizację „10 kroków do karmienia piersią”, przestrzeganie zasad Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce oraz realizację ustawowego standardu opieki perinatalnej.

Od początku istnienia Oddziału, tj. od 20 lat, matki przebywają z dziećmi w systemie rooming-in, nie ograniczamy kontaktu rodziców z chorym noworodkiem, dysponujemy miejscami hotelowymi dla matek.

### Jak powtórzyć własny rekord?

Poprzez obchody Światowego Tygodnia Promocji Karmienia Piersią, kiedy to przy udziale uczniów Szkoły Podstawowej nr.2 im. Henryka Sienkiewicza w Zamościu, w obecności lokalnych mediów, propagujemy karmienie naturalne wśród mieszkańców miasta.

Pierwsza ocena do uzyskania tytułu Szpital Przyjazny Dziecku przyniosła niebywale wysoki wynik. Uzytkaliśmy 100 punktów na 100 możliwych. Był to ponoć pierwszy taki wynik w Polsce.

To zobowiązywało do utrzymywania standardów. Miały miesiące i lata, zmieniały się zasady w opiece perinatalnej, zwłaszcza nad chorym noworodkiem i wcześniakiem. Nadeszła pora na kolejną ocenę, żeby utrzymać przyznany raz tytuł. Rok przed oceną rozpoczęliśmy proces przygotowawczy do reoceny. Targani niepewnością, ambicją aby utrzymać poprzedni, doskonały wynik, skupieni i zmobilizowani aktualizowaliśmy poprzednie standardy, wprowadzaliśmy nowe, najbardziej aktualne. Edukację i nowelizację realizowanych standardów prowadziły pielęgniarki, położne i lekarze zarówno sympatycy karmienia naturalnego jak i certyfikowani doradcy laktacyjni czy edukatorzy do spraw laktacji.

Większej uwagi wymagała realizacja standardów postępowania na odcinku Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, żeby było nowoczesnie, zgodnie z zasadami, szczególnie, bezpiecznie i dokładnie.

Termin oceny przypadł na czas obchodów Światowego Tygodnia Karmienia Piersią. Komisja wymagająca, same autorytety, znane postacie środowiska neonatologicznego. Czy rezygnować z wieloletniej tradycji wizyty dzieci ze Szkoły Podstawowej, wierszy, emocji, łez wzruszenia, które trochę rozpraszają mamy i personel, czy postawić na naturalność i prawdę? Rodziły się pytania i wątpliwości. Zapadła decyzja! Z niczego nie rezygnujemy! Przecież to nasza tradycja, przecież tym sposobem wychodzimy do społeczności miasta, propagując karmienie naturalne. Przecież dzieci czekają, przygotowują się jak co roku. Uczą się wierszy, robią serduszka, które potem będą wręczać mamom na oddziale. Nie możemy zawieść. Jak przyjmie to komisja? Zobaczmy.

### Przyszedł czas reoceny, 31.05-1.06 2019

Podczas rozmów z członkami komisji opadły emocje. Panie były dociekliwe i skrupulatne w każdym najdrobniejszym punkcie, ale z drugiej strony dało się odczuć ich wielką empatię. Pomogły nam otworzyć się i szczerze porozmawiać. Wiedzieliśmy, że ta ocena to nie tylko egzamin, ale również wsparcie dla nas i wiele cennych podpowiedzi.

Najbardziej wzruszającym momentem była chwila ogłoszenia wyników. Słowa, które padły, to była najmiłsza nagroda dla nas za wysiłek przygotowań, stres i codzienną pracę. Bo przecież to, jak pracowaliśmy w dniach oceny, nie było tylko na pokaz, na chwilę. To nasza codzienność. Ponownie uzyskaliśmy 100%!

Zdobycie tytułu nie jest dla nas jednorazowym wysiłkiem, to tylko motywacja do dalszego kształcenia i utrzymania wysokiego standardu.

Przebrzmiały echa wizytacji, opadły emocje. Trzymamy niezmiennie standardy. Rozwijamy ambulatoryjne poradnictwo laktacyjne, pracujemy jak zawsze wypełniając wszystkie zasady Szpitala Przyjaznego Dziecku. Nawet dzieci przywożone do nas z innych szpitali przez zespoły karetki N przyjeżdżają z siałą swojej mamy. Rodziny chętnie i systematycznie dowożą odciążony pokarm.

### Co nas trapi?

Głównie to, że po ciężkiej pracy z mamami wchodzą one w środowisko nieprzygotowane do profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego. Lekką ręką, brakiem wiedzy personelu medycznego poradni rodzinnych, brakiem świadomości w rodzinach niszczone jest to, co matki wypracowały w czasie pobytu w naszym szpitalu.



Podsumowanie reoceny Szpitala Przyjaznego Dziecku w Zamościu. Od prawej: Ordynator Oddziału Neonatologii Hanna Orjanik, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Marta Węgrzyn-Bąk, Przewodnicząca Zarządu KUKP Maria Wilińska

Smutne jest to, że przestrzeń publiczna jest nie przygotowana na obecność matki karmiącej w lokalach, parkach, na plaży, ulicy itp. Za mało jest informacji o karmieniu naturalnym w mediach jako przeciwwagi do obecności reklamy mieszanek mlecznych i powszechnego wizerunku bobasa z butelką. Smutne jest to, że tak niechętnie społeczeństwo słucha o laktacji i karmieniu piersią.

Wierzmy, że w wyniku mody na zdrową żywność dojdzie do głosu i zapanuje moda na karmienie naturalne.

Nasza praca niekiedy przypomina pracę siłaczki ze znanej lektury szkolnej, pracę u podstaw. Wierzmy, że da ona rezultaty.

Dziękujemy Komitetowi Upowszechniania Karmienia Piersią za wszystkie działania wspierające tych, którym na sercu leży zdrowie polskich dzieci i ich mam. Dziękujemy, że jesteście Państwo wymagającym arbitrem. My staramy się podążać za Wami. ▀

## 10 kroków do sukcesu

**Barbara Cydejko, Aniela Moszkowska**

*Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej*

Po wielu latach niezbyt przychylnego podejścia do karmienia naturalnego dzieci nadszedł czas, kiedy stało się ono priorytetem nie tylko dla przyszłych matek, ale również dla profesjonalistów medycznych, systemu ochrony zdrowia i całego społeczeństwa. Nowe trendy znalazły swoje odzwierciedlenie w założeniach narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, a następnie w Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej oraz Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej chętnie wdraża innowacyjne projekty, szczególnie gdy mają one na względzie dobro przyszłych mam i ich dzieci oraz gdy w znaczący sposób poprawiają jakość świadczonej

opieki. Po raz pierwszy szpital poddał się ocenie w zakresie „10 kroków do udanego karmienia piersią” w 2008 roku i zdobył tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku.

### Od samooceny do reoceny

Dla posiadacza tytułu SPD przygotowanie szpitala do reoceny stanowi łatwiejsze zadanie, ale pozostaje presja związana z ambicją, aby nie stracić przyznanego kredytu zaufania. Wiele wymagań związanych z realizacją poszczególnych kroków wdrożyliśmy już wcześniej w pełni lub częściowo. Niektóre wymagały tylko kilku szlifów, aby można było z całą pewnością stwierdzić, że dany krok jest realizowany. Bardzo duże znaczenie w przygotowaniu szpitala do reoceny miała samoocena, czyli pierwszy etap, który każdy szpital, niezależnie od swojej wielkości czy też struktury powinien przeprowadzić, zanim podejmie decyzję o przystąpieniu do oceny. Zidentyfikowano obszary wymagające podjęcia działań i opracowano harmonogram zadań, pozwalający w sposób planowy przygotować i zaangażować cały personel sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą i matką tak, aby realizując swoje zadania reprezentował porównywalny poziom kompetencji, niezależnie od miejsca udzielania świadczeń medycznych.

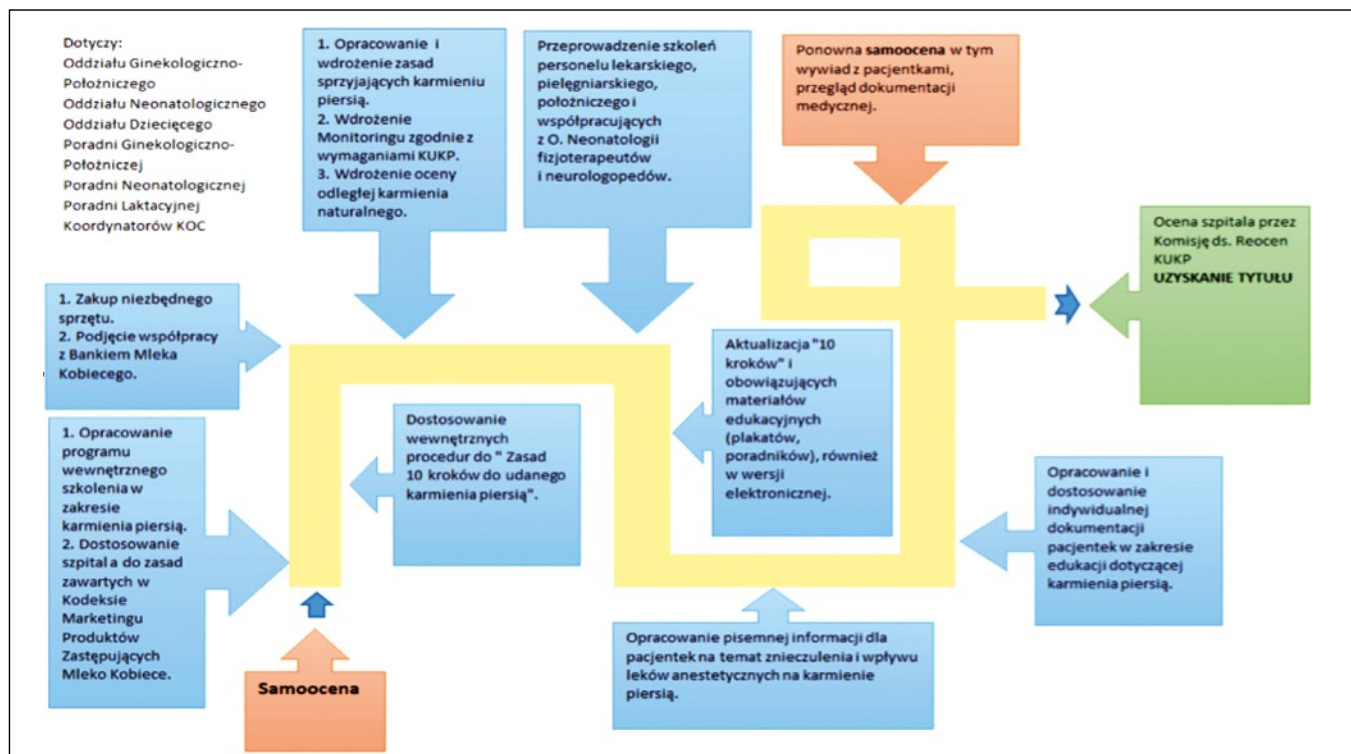
Dzięki podjętym działaniom kobieta ciężarna, rodząca i matka otrzymują spójną informację, a okazywana przez personel troska i empatia dają matkom wiarę we własne siły i utwierdzają w przekonaniu, że karmienie piersią jest najlepszym darem, jaki mogą ofiarować dla swoich nowonarodzonych dzieci i sobie samym.

Wypracowanie jednorodnych kompetencji w dużej grupie pracowników było możliwe dzięki efektywnym szkoleniom przeznaczonym dla wszystkich pracowników sprawujących opiekę nad kobietą ciężarną, matką i dzieckiem. Opracowanie i udostępnienie zasad sprzyjających karmieniu piersią, procedur oraz innych materiałów edukacyjnych niezależnie od ich formy jest doskonałym uzupełnieniem rutynowej edukacji pacjentek prowadzonej przez personel.

### Co zrobiliśmy

Doposażenie oddziałów położniczego, neonatologicznego oraz poradni laktacyjnej w niezbędny sprzęt sprzyjający karmieniu piersią: fotele, podnóżki, poduszki do karmienia piersią, laktatory ze stymulacją ssania, lustra, jak również kwiatowa wizualizacja oddziału położniczego pozytywnie wpłynęły na nastawienie kobiet do karmienia piersią i na proces laktacji.

Szpital wdrożył również monitoring karmienia dzieci i systematycznie prowadzi wywiady z matkami karmiącymi piersią oraz z matkami, które najczęściej



Mapa drogowa wdrożenia „10 kroków do udanego karmienia piersią” w WSzS w Białej Podlaskiej, opracowanie własne

z przyczyn medycznych nie mogły karmić piersią. Personel medyczny systematycznie sięga po informacje od matek, które przebywają w domu, a ich pociechy mają już po kilka miesięcy i w większości przypadków karmione są wyłącznie piersią. Pozyskane w ten sposób informacje zwrotne od matek, pozwalają na podejmowanie działań, które doskonalą opiekę okołoporodową nad matką i dzieckiem, jak również pozwalają na pełniejszą realizację „10 kroków do udanego karmienia piersią”.



Sala lawendowa na oddziale położniczym Szpitala w Białej Podlaskiej

Bezwzględne przestrzeganie zasad Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce nie jest, jak by się wydawało, zadaniem łatwym, lecz wymagającym ciągłego nadzoru. W celu utrzymania idei „10 kroków do udanego karmienia piersią” powołano Szpitalny Zespół ds. Upowszechniania Karmienia Piersią, któremu powierzono zadania związane z monitorowaniem efektywności i skuteczności poszczególnych kroków.

#### Po 6 miesiącach przygotowań

W dniach 23-24.08.2019 r., z ramienia Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią odwiedził nas zespół oceniający i dokonał oceny realizacji „10 kroków do udanego karmienia piersią” we wszystkich obszarach pobytu kobiety ciężarnej, rodzącej, matki i dziecka. Członkinie zespołu zrobiły na nas bardzo pozytywne wrażenie, prezentując pełen profesjonalizm i pragmatyczne podejście do opieki okołoporodowej w świetle realizacji „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Przedstawiona przez nie wysoka ocena szpitala jest dla nas ważnym wyróżnieniem i potwierdzeniem, że świadczenia realizowane są na wysokim poziomie, a pracownicy dokładają wszelkich starań, aby realizowane zadania wynikające z poszczególnych kroków już zawsze służyły matkom i ich dzieciom. ▮

#### WYDAWCA:

**Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią**

ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa

tel.: 22 58 431 58, e-mail: kukp@laktacja.pl, www.laktacja.pl

Biuro czynne: wtorek i czwartek w godz. 9.00-15.00

KUKP jest organizacją pożytku publicznego