



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 1/2020

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Dlaczego wzmacnianie mleka kobiecego jest tak ważne dla noworodków urodzonych przedwcześnie
 - Oligosacharydy pokarmu kobiecego odkrywane na nowo
- Od urodzenia do karmienia, czyli jak organizacja oddziału neonatologicznego i system pracy sprzyjają karmieniu piersią
 - Karmienie piersią jest sztuką
 - Trudności w karmieniu piersią okiem neurologopedy i fizjoterapeuty
 - Narażenie bierne na dym tytoniowy podczas ciąży i późniejsze wyniki karmienia piersią
- Ryzyko wczesnej suplementacji mlekiem modyfikowanym u noworodka karmionego piersią
 - Porady eksperta
- Szpital Przyjazny Dziecku w praktyce

Drodzy Czytelnicy!

Z przyjemnością przekazuję Państwu pierwszy tegoroczny numer naszego Biuletynu. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom, zamieszczamy w nim wiele praktycznych informacji przydatnych w pracy z kobietą karmiącą.

W ostatnich kilku latach dużo się zmieniło w opiece szpitalnej, wiele korzystnych zmian zachodzi obecnie. To napawa nadzieją. W artykule „Od urodzenia do karmienia” omawiam organizację oddziału noworodkowego i położniczego w aspekcie ułatwienia wdrażania praktyk laktacyjnych. Wspominam w nim także o zagrożeniach, jakie pojawiają się w szpitalu i stanowią przeszkody we współdziałaniu z matką karmiącą.

Coraz więcej wiemy o dużych potrzebach żywieniowych noworodków urodzonych przedwcześnie. Zachęcam do lektury artykułu prof. Barbary Królak-Olejnik poświęconego zagadnieniu wzmacniania pokarmu kobiecego. Dodatek wzmacniacza do mleka matki uzupełnia te wysokie wymagania wcześniaków w zakresie dostarczania białka oraz makro- i mikroelementów. Ewa Wybraniec pisze o oligosacharydach mleka kobiecego – odkrywanych na nowo składnikach pokarmu kobiecego o coraz lepiej poznawanej strukturze i roli biologicznej.

Wiele praktycznych porad dotyczących przystawiania do piersi znajdziecie w artykule doktor Marii Migielskiej-Wołyńiec o sztuce karmienia piersią.

Opieka nad małym dzieckiem to także dostarczanie mu „strawy dla duszy”. W Szpitalu Przyjaznym Dziecku w Częstochowie jest to czytanie dzieciom w okresie prenatalnym i od kołyski, o czym niezwykle interesująco

opowiada dr Jolanta Warzycha z wraz ze swoim zespołem. Autorki przenoszą nas w świat psychologii prenatalnej.

Kolejną porcję wartościowych porad znajdziecie w materiale „Trudności w karmieniu piersią ...” autorstwa Anny Balickiej, neurologopedy i Małgorzaty Tarnowskiej, fizjoterapeuty, na co dzień pracujących z noworodkami i ich rodzicami.

W numerze pojawia się też miła informacja z wizyty komisji KUKP w SPSK w Szczecinie, który kolejny raz udowodnił, że bez uchybień realizuje „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Zamieszczamy też doniesienia o nowościach w nauce z zakresu karmienia piersią oraz stałą rubrykę korespondencji z matkami karmiącymi.

Następny numer będzie wydaniem specjalnym, poświęconym konferencji naukowo-szkoleniowej pod oficjalnym hasłem Światowego Tygodnia Karmienia Piersią „Support Breastfeeding for a Healthier Planet”. Już dziś zapraszam do CMKP w Warszawie 29 maja. W Polsce Światowy Tydzień Karmienia Piersią obchodzimy bowiem między Dniem Matki a Dniem Dziecka. Program konferencji znajdziecie Państwo na drugiej stronie niniejszego numeru.

Czytelnikom Biuletynu i Przyjaciółom KUKP z okazji świąt Wielkiejnocy składam najserdeczniejsze życzenia radosnych spotkań rodzinnych, zdrowia i wszelkiej pomyślności.

Maria Wilińska
Przewodnicząca Zarządu Głównego KUKP

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią



Warszawa, 29 maja 2020 r.

Aula Wielka Centrum Medycznego
Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

PROGRAM

09:00–09:30 Rejestracja uczestników

09:30–10:00 Otwarcie konferencji, przywitanie gości
dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP
Wystąpienia Gości Honorowych
Wręczenie tytułów „Szpital Przyjazny Dziecku”

Sesja I **O Światowym Tygodniu Karmienia Piersią** *prowadzenie dr n. med. Marzena Kostuch*

10:00–10:20 Wykład inauguracyjny: Wykład wprowadzający do obchodów tegorocznego Światowego Tygodnia Karmienia Piersią
dr hab. n. med. Maria Wilińska, Szpital Kliniczny im. W. Orłowskiego CMKP

10:20–10:40 Czy Miejsce Przyjazne Karmieniu Piersią jest potrzebne w przestrzeni publicznej w Polsce – wyniki badania ankietowego KUKP
dr Justyna Grzyb, Klinika Neonatologii CMKP

10:40–10:50 Jak karmiłam piersią w przestrzeni publicznej – punkt widzenia matki
Agnieszka Kaczorowska-Pela

10:50–11:00 Dyskusja
Przerwa na kawę

Sesja II **Progi i bariery w laktacji i karmieniu naturalnym** *prowadzenie dr hab. n. med. Maria Wilińska*

11:20–11:40 Szpital Przyjazny Dziecku w ośrodku III poziomu referencyjnego – wyzwanie czy bariera?
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Borszewska-Kornacka

11:40–12:00 Karmienie piersią po cięciu cesarskim – jak pokonać progi i stworzyć możliwości?
prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich

12:00–12:30 Jak karmiłam piersią – między teorią a praktyką
Honorata, Małgorzata, Aleksandra – panel

Sesja III **O karmieniu w szpitalu i w domu** *prowadzenie dr hab. n. med. Maria Wilińska*

12:30–12:50 Leki a karmienie piersią – czy istnieje konflikt między tymi sytuacjami
dr n. med. Marzena Kostuch

12:50–13:10 Otoczyć matkę właściwą opieką – jak uczyć, aby nauczyć (w szpitalu)
mgr Ewelina Wiech

13:10–13:30 O karmieniu piersią po wyjściu do domu – jak zapewnić sukces lekarza i położnej/pielęgniarki w tzw. środowisku
dr Bożena Florczyk

13:30–14:00 Mówimy jednym głosem... Nasze doświadczenia z zakresu komunikacji w Oddziale Neonatologicznym
dr n. med. Jolanta Warzycha

Lunch

15:00 -16:00 WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW KUKP

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Dlaczego wzmacnianie mleka kobiecego jest tak ważne dla noworodków urodzonych przedwcześnie

dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniak, prof. nadzw (specjalista zdrowia publicznego, pediatrii i neonatologii) Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Karmienie naturalne jest najważniejszym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) i Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN), zalecają wyłączone karmienie piersią przez 6 miesięcy, natomiast w kolejnych miesiącach wprowadzanie posiłków uzupełniających w osłonie mleka kobiecego. Jednakże noworodki urodzone przedwcześnie, zwłaszcza przed 32. tygodniem ciąży, mają wyższe zapotrzebowanie na składniki odżywcze niż noworodki urodzone blisko terminu oraz w terminie porodu. Po pierwszych 2-3 tygodniach laktacji zawartość białka może być niewystarczająca do zaspokojenia potrzeb żywieniowych szybko rosnącego wcześniaka. Żywienie niewzmocnionym mlekiem kobiecym HM może doprowadzić do słabej mineralizacji kości i osteopenii w wieku 4-5 miesięcy ze względu na niedobór wapnia i fosforanów. Po 4-5 tygodniach mogą wystąpić objawy hiponatremii, po 8-12 tygodniach – hipoproteinemii, natomiast po 2 do 6 miesiącach – znaczny niedobór cynku.

Mleko własnej matki często nie spełnia wymagań metabolicznych noworodków urodzonych przedwcześnie. Zgodnie z rekomendacjami mleko z Banku Mleka Kobiecego stanowi alternatywę żywienia dla wcześniaków, gdy mleko matki nie jest dostępne. Należy pamiętać, że pasteryzacja powoduje straty głównie IgA i sIgA, laktoferyny, lizozymu, czynników wzrostu i aktywności antyoksydacyjnych. Istotnym z punktu widzenia wzmacniania jest fakt, że mleko dawczyń najczęściej pochodzi od matek, w okresie ustabilizowanej laktacji, kiedy zawartość białka obniża się i może wynosić nawet <1g/dl, stąd wzmacnianie mleka jest niezwykle istotne.

Mleko kobiece należy wzmacniać stosunkowo wcześnie po urodzeniu, szczególnie w białko, wapń i fosfor, zgodnie z zapotrzebowaniem w tej grupie noworodków. Optymalizacja opieki żywieniowej wcześniaka odgrywa kluczową rolę w poprawie rozwoju psychoruchowego i powinna stać się priorytetem we wszystkich oddziałach neonatologicznych.

Wzmacniacze wieloskładnikowe mleka kobiecego

Produkowane z mleka krowiego różnią się zawartością białka, kalorii, minerałów, pierwiastków śladowych, witamin i elektrolitów. Dodanie tłuszczów z równoczesną redukcją stężenia węglowodanów pozwoliło na obniżenie osmolarności tych produktów, zatem lepszą tolerancję (rzadziej wzdęcia brzuszka, ulewania, zalegania pokarmu). W ostatnim latach we Włoszech fetowano i wprowadzano wzmacniacz oparty na mleku oślim, ponieważ jego skład jest bardzo zbliżony do mleka kobiecego.

Wzmacniacze oparte na mleku kobiecym uzyskuje się przez koncentrację mleka poddanego obróbce cieplnej i dodanie witamin oraz minerałów; niestety są bardzo drogie, od 2 lat dostępne są również w Europie, ale liczba badań dotyczących ich stosowania jest niewielka.

Publikacje dotyczące stosowania wyłącznie mleka kobiecego i wzmacniaczy opartych na tym mleku (HM – human milk), mają głównie charakter obserwacyjny i brakuje jednoznacznych danych dotyczących skuteczności tych produktów. W Europie zarejestrowanych jest, a zatem stosowanych, kilkanaście różnych wzmacniaczy wieloskładnikowych, opartych na produktach zwierzęcych.

Na rynku polskim dostępne są tylko 2 wzmacniacze wieloskładnikowe. Zawierają mieszanek składników z różnych źródeł, w tym z olejów roślinnych i białek z mleka krowiego, co powoduje znaczne różnice w jakości makroskładników w odniesieniu do mleka kobiecego. W ich składzie znajdują się różne ilości białka, lipidów, węglowodanów, wapnia, fosforanów, innych minerałów (cynku, manganu, magnezu i miedzi). Pierwszej generacji wzmacniacze nie zawierały lipidów. W nowych, dostępnych produktach wzmacniających znajdują się oleje roślinne, oprócz najczęściej stosowanych maltodekstryn (węglowodanów), które służą jako źródło energii. Węglowodany i polisacharydy są głównie odpowiedzialne za wzrost osmolarności HM.

1. Zarejestrowany w Polsce wzmacniacz – 1 saszetkę (2,2 g) należy rozpuścić w 50 ml mleka kobiecego bezpośrednio przed spożyciem, maksymalny czas przechowywania 2 godziny. Maksymalna dawka wynosi 3 saszetki/kg masy ciała/dobę.
2. Zarejestrowany w tym roku wzmacniacz – 1 saszetkę (1 g) należy dodać do 25 ml mleka kobiecego, rozpoczynamy od 2 saszetek/dobę, maksymalnie 4 saszetki/100 ml mleka. Czas przechowywania po rozpuszczeniu w mleku maksymalnie 4 godziny. Dodatek tłuszczu pozwolił obniżyć zawartość węglowodanów, a zatem osmolarność, kaloryczność pochodzi nie tylko z białek i węglowodanów, ale również tłuszczu.

Wzmacniacze jednoskładnikowe

Produkty zawierające tylko białko, tłuszcze lub węglowodany są przydatne przy indywidualizacji wzmacniania. W Polsce dostępny (zarejestrowany dla noworodków) jest tylko suplement białka, który zawiera hydrolizat białka serwatkowego i hydrolizat kazeiny (z mleka krowiego) w saszetkach 1g.

Optymalnym wzmacnianiem jest zapewnienie każdemu dziecku żywienia zgodnie z jego potrzebami. Konieczne jest zatem monitorowanie przyrostów masy ciała, długości i obwodu głowy – siatki Fenton (dla wcześniaków). Warto stosować również siatkę ze strony growthcalculator.org nawet porównywać uzyskane wartości z siatką Fenton.

Standardowe (STD) wzmacnianie mleka kobiecego

Polega na dodaniu stałej ilości wzmacniacza wieloskładnikowego do 100 ml mleka kobiecego w celu uzyskania zalecanego stężenia składników odżywczych. Ta stała ilość obliczana i określona jest przez producenta przy założeniu stałej zawartości białka w mleku. Wzmacnianie standardowe rozpoczyna się zwykle, gdy podaż mleka wynosi 50-100 ml/kg. EMBA/ESPGHAN/AAP przyjęły wspólne stanowisko, zgodnie z którym zaleca się wzmocnienie HM dla wcześniaków o masie urodzeniowej <1800 g. Wzmocnienie STD nie uwzględnia jednak zmiennej zawartości makroskładników w mleku kobiecym i różnych wymagań niemowląt. Arslanoglu i wsp. wykazali, że rzeczywiste spożycie białka przy stosowaniu wzmacniania standardowego było znacznie niższe, niż zakładano (zakres rozbieżności od 0,5 do 0,8 g/kg/dobę). Z drugiej strony różnice w podaży kalorii były niewielkie i nie zawsze znaczące. Podobnie Picaud i wsp. wykazali, że jedna trzecia noworodków z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała (ELBW) wymagała dodatkowej podaży białka, aby osiągnąć oczekiwany przyrost masy ciała. Zazwyczaj zakłada się, że stężenie białka w mleku wynosi 1,4-1,5 g/dl, co niestety występuje tylko w pierwszych 2-3 tygodniach laktacji. Stężenie białka w mleku kobiecym zmniejsza się wraz z czasem trwania laktacji i obniża się do około 1 g/dl w 4-6 tygodniu. Zatem wzmacnianie standardowe nie pozwala na osiągnięcie stężenia białka w mleku koniecznego dla właściwego odżywiania noworodków urodzonych przedwcześnie.

Wzmacnianie regulowane (ADJ – adjustable fortification)

Polega na stosowaniu wieloskładnikowego wzmacniacza oraz suplementu białka. Wzmacnianie mleka rozpoczyna się od wzmacniacza wieloskładnikowego w sposób STD i tak szybko, jak tylko pełne wzmocnienie jest tolerowane

uzupełnia się podaż białka kierując się stężeniem azotu mocznika we krwi (BUN). Jeśli $BUN < 10$ mg/dl, konieczna jest dodatkowa podaż białka w postaci suplementu. Jeśli $BUN > 16$ mg/dl, poziom wzmocnienia powinien być obniżony.

$$BUN [mg/dl] = \text{mocznik} [mg/dl] / 2,14$$

$$BUN [mmol/l] = 0,357 * \text{mocznik} [mg/dl]$$

$$BUN [mg/dl] = 2,8 * \text{mocznik} [mmol/l]$$

Arslanoglu i wsp. w randomizowanym badaniu (RCT) oceniali ten sposób wzmacniania (ADJ) i uznali go za praktyczny, wykonalny i skuteczny w aspekcie podaży białka zbliżonego do spożycia wewnątrzmacicznego oraz lepszego przyrostu masy ciała i wzrostu i obwodu głowy w trakcie pobytu w szpitalu, w porównaniu ze wzmacnianiem STD. Picaud i wsp. w badaniu retrospektywnym dotyczącym noworodków o masie urodzeniowej ciała < 1250 g wykazali, że 1/3 tych dzieci wymagała dodatkowego białka do uzupełnienia standardowego wzmocnienia w celu osiągnięcia zadowalający przyrostów masy ciała.

Wzmacnianie celowane (targeted fortification)

Polega na analizie makroskładników mleka kobiecego i wzmacnianiu go w taki sposób, aby każde niemowlę zawsze otrzymywało ilość składników odżywczych, które są sugerowane w zaleceniach populacyjnych. Wprowadzenie przyłóżkowych analizatorów mleka kobiecego umożliwiło analizę i dostosowanie zawartości makroskładników w oparciu o prowadzone analizy mleka. Fusch i wsp. zwrócili uwagę na konieczność fabrycznej ponownej kalibracji tych analizatorów, ponieważ zostały one pierwotnie opracowane do użytku w przemyśle mleczarskim, a mleko kobiece ma inną matrycę i właściwości optyczne niż mleko krowie.

Jak długo wzmacniać mleko własnej matki

Eksperti ESPGHAN zalecają wzmacnianie do 40. a nawet 52. tygodnia wieku skorygowanego, zwłaszcza gdy niemowlęta były małe w stosunku do wieku ciążowym (SGA) w momencie wypisu. Nie podano jednak definicji SGA, czy masa ciała powinna być poniżej 10. (umiarkowane ograniczenie wzrostu) czy poniżej 3. percentyla (poważne ograniczenie wzrostu). Badania dotyczące żywienia dzieci po wypisie porównujące wzbogacone i standardowe odżywianie podkreślały zdolność noworodków urodzonych przedwcześnie, podobnie jak urodzonych o czasie, do regulowania objętości w celu skompensowania różnic kalorycznych. Dotyczyło to jednak tylko wcześniaków, które uzyskały skorygowany wiek 40 tygodni wieku ciążowego. Pomimo powszechnego stosowania wzmacniaczy mleka ludzkiego (HMF) u wcześniaków na oddziałach noworodkowych, niewiele

badania dotyczy stosowania ich po wypisie. Sugeruje się zatem wzbogacenie mleka po wypisie, bowiem prawdopodobnie przyczynia się do poprawy stanu odżywienia i właściwego wzrastania.

Ponieważ badania, w których oceniano wzbogacenie HM po wypisie, nie wykazały szkodliwego wpływu na wskaźniki karmienia piersią, proponuje się, aby po wypisie wzmacnianie mleka jednak stosować u dzieci karmionych piersią, natomiast mieszankę dla wcześniaków, jeśli były nią karmione, zwłaszcza jeśli nie przyrastały odpowiednio w oddziale neonatologicznym.

Piśmiennictwo u autorki

Oligosacharydy pokarmu kobiecego odkrywane na nowo

Ewa Wybraniec

położna, konsultant laktacyjny IBCLC

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

Mleko kobiece jest niezwykle złożonym produktem zawierającym składniki odżywcze i energetyczne, takie jak tłuszcze, białka, cukry oraz liczne biologicznie aktywne składniki, w tym laktoferyna, sekrecyjna immunoglobulina A (SigA) czynniki wzrostu, enzymy oraz hormony odpowiadające za wyjątkowe właściwości pokarmu kobiecego. Szczególną rolę przypisuje się oligosacharydom pokarmu kobiecego (human milk oligosaccharides, HMO).

Zainteresowanie HMO sięga początku XX wieku. Długo znane były jako czynnik bifidogenny odpowiedzialny za przewagę bakterii z rodzaju *Bifidobacterium* i *Lactobacillus* w stolcu niemowląt karmionych wyłącznie piersią. Aktualnie obserwuje się wzrost zainteresowania HMO. Składa się na to wiele czynników, m.in. dostępność nowych metod analitycznych. Nowe metody badawcze pozwalają na lepsze poznanie struktury oligosacharydów, ich funkcji i metabolizmu. Wyjątkowe właściwości ochronne mleka kobiecego mają związek z obecnością w nich oligosacharydów.

Co to są HMO?

HMO to złożone węglowodany, w skład których wchodzi: glukoza, galaktoza, N-acetyloglukozamina, fruktoza i kwas sjałowy. Szacuje się, że w pokarmie kobiecym znajduje się około 150 różnych HMO. Każda matka wytwarza specyficzny dla siebie zestaw HMO. Pod względem ilościowym HMO stanowią trzeci (po laktozie i tłuszczach)

składnik pokarmu kobiecego. Stężenie HMO zależy od okresu laktacji; w siarze wynosi ok. 20-30 g/l, a w dojrzalym mleku kobiecym ok. 5-15 g/l. Według niektórych danych wyższe stężenie HMO występuje w mleku matek, które urodziły przedwcześnie. Rozważany jest wpływ takich czynników, jak wysiłek fizyczny, masa ciała, dieta matki, papierosy, leki, ale dane są niejednoznaczne.

Rodzaj HMO

Znaczący wpływ na ilość i rodzaj HMO w pokarmie ma genetyka matki, w szczególności czynnik wydzielniczy oraz układ grupowy krwi Lewis. Struktura HMO jest zależna od ekspresji genu FUT2 oraz FUT3. Na podstawie obecności lub braku produktów ekspresji genów FUT2 i FUT3 wyróżnia się kilka fenotypów. Najwięcej (ok. 70-80%) stanowią matki o typie „wydzielacz” (aktywny gen FUT2). W mleku tych matek, w porównaniu z mlekiem matek o fenotypie „niewydzielacz”, stwierdza się większe całkowite stężenie HMO oraz fukozylowanych HMO, w szczególności 2-FL.

Metabolizm HMO

HMO wykazują odporność na działanie kwaśnego pH w żołądku, jak również na działanie enzymów trzustkowych i rąbka szczoteczki. W obrębie jelita cienkiego ok. 1% HMO jest wchłanianych. Wchłonięte HMO pozostają w krwioobiegu przez kilka godzin, mogą wywoływać działanie immunomodulujące, a następnie wydalane są z moczem. Przeważająca większość HMO w postaci niezmienionej dociera do jelita grubego, gdzie wybiórczo wykorzystywana jest przez znajdujące się tam drobnoustroje, ok. 10-80% HMO jest wydalanych ze stolcem.

Funkcje HMO

– działanie probiotyczne

Na skład mikroflory przewodu pokarmowego niemowlęcia będzie wpływać profil HMO otrzymanych z pokarmem matki. W przewodzie pokarmowym niemowląt HMO stymulują rozwój wybranych bakterii z rodzaju *Bifidobacterium*. Mniejsze ryzyko wystąpienia zakażeń przewodu pokarmowego u niemowląt karmionych wyłącznie piersią związane jest z mikrobiotą będącą po wpływie HMO.

– działanie antyadhezyjne, przeciwdrobnoustrojowe

Adhezja to proces umożliwiający mikroorganizmom przyleganie do innych komórek, a w przypadku patogenów inicjacje reakcji zapalnej. W adhezji istotną rolę odgrywają lektyny (glikany) bakteryjne, mające zdolność swoistego rozpoznawania receptorów (cukrów lub substancji zawierających powierzchniowe oligosacharydy) na powierzchni komórek nabłonkowych. Ze względu

na znaczne powinowactwo pomiędzy receptorami na powierzchni komórek nabłonkowych człowieka a HMO istnieje możliwość zahamowania reakcji zapalnej wywołanej przez niektóre patogeny. Funkcjonując jako „przyłny”, HMO wiążą patogeny, zapobiegając ich połączeniu z receptorem, a następnie kompleks drobnoustroj-HMO wydalany jest ze stolcem.

– **bezpośredni wpływ na komórki nabłonkowe jelita**

Wyniki badań *in vitro* wykazują, że HMO mogą wchodzić w bezpośrednią interakcję z komórkami nabłonkowymi jelita oraz wpływać na ekspresję genów i zmianę ekspresji glikanów na powierzchni komórek nabłonkowych, co utrudnia adhezję patogenów, uniemożliwiając zainicjowanie reakcji zapalnej.

– **wpływ na układ immunologiczny**

Na podstawie badań *in vitro* uważa się, że HMO mogą bezpośrednio modulować działanie układu odpornościowego na poziomie wewnątrzkomórkowym poprzez zmianę profilu wytwarzanych cytokin.

– **wpływ na rozwój mózgu**

HMO są źródłem kwasu sjałowego, który jest ważnym składnikiem odżywczym, wpływającym na rozwój mózgu oraz czynności poznawczych.

Martwicze zapalenie jelit

U noworodków urodzonych przedwcześnie z bardzo małą masą ciała często występuje martwicze zapalenie jelit (NEC). Choroba ta dotyczy ok. 5-10% wcześniaków i obciążona jest dużą śmiertelnością (ok. 20-30%). Jednym z czynników ryzyka NEC jest niedojrzałość jelit i karmienie sztuczne. Jednak NEC może wystąpić nawet u wcześniaków otrzymujących pokarm kobiecy. Wyniki badania z randomizacją na zwierzętach wykazały, że stosowanie HMO zmniejsza ryzyko NEC.

Komercyjnie dostępne HMO

Do niedawna HMO obecne było wyłącznie w mleku matki. Aktualnie na świecie jest kilka firm, które stosując nowoczesne metody biotechnologiczne produkują wybrane HMO, tzw. syntetyczne HMO. Są to struktury identyczne z naturalnie występującymi HMO. Dostępne są już mleka modyfikowane zawierające HMO.

Podsumowanie

HMO mają wyjątkową strukturę i metabolizm. Nie mają dla niemowlęcia znaczenia odżywczego. Służą przede wszystkim wybiórczemu żywieniu niektórych drobnoustrojów zasiedlających przewód pokarmowy. Drobnoustroje te odwiedzają się modyfikując mikrobiotę i przyczyniając się do zmniejszenia ryzyka wielu chorób, przede wszystkim zakażeń przewodu pokarmowego. Niemowlęta

karmione sztucznie pozbawione są korzyści wynikających z obecności HMO. Jednak biotechnologia pozwala obecnie na produkcję niektórych HMO, które zaczynają być dodawane do mleka modyfikowanego.

HMO znane są od lat, ale wciąż odkrywane na nowo.

Piśmiennictwo u autorki

Od urodzenia do karmienia, czyli jak organizacja oddziału neonatologicznego i system pracy sprzyjają karmieniu piersią

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

Klinika Neonatologii SPSK im. prof. W.Orłowskiego CMKP

Opieka nad kobietą rodzącą i noworodkiem w Polsce jest zorganizowana na trzech poziomach referencyjnych, w zależności od stopnia przewidywanych problemów klinicznych z matką i noworodkiem. Taki schemat organizacyjny determinuje wraz ze wzrostem referencyjności coraz wyższe kompetencje zawodowe zespołu medycznego i narastające zaawansowanie organizacyjne i sprzętowe oddziału neonatologicznego.

Aby system działał, zespoły lekarskie i pielęgniarskie muszą pracować według wystandardyzowanych zasad i mieć określone kompetencje zawodowe oparte na systemie systematycznie powtarzanych szkoleń. Na każdym oddziale, w zależności od stopnia referencyjnego, muszą być określone i monitorowane zasady organizacji przestrzeni, jak również optymalne wyposażenie poszczególnych pomieszczeń.

Dla personelu ważna jest perspektywa rozwoju zawodowego, satysfakcja z pracy i dobre wzajemne relacje w zespole.

System opieki nad rodzącą i noworodkiem w Polsce

Trzystopniowy system organizacji opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą wprowadzony w Polsce w latach 90. ubiegłego wieku zasadniczo poprawił wyniki przeżywalności noworodków i bezpieczeństwo rodzących kobiet. Według aktualnie obowiązującego Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej chorą ciężarną lub kobietę rodzącą należy kierować do podmiotu leczniczego posiadającego oddział o poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną odpowiednią do jej stanu zdrowia oraz przebiegu ciąży lub porodu.

Oddział noworodków zdrowych

Zorganizowany jest w systemie rooming-in, umożliwiającym prawidłowe postępowanie ze zdrowym noworodkiem w pierwszych godzinach po jego urodzeniu.

Procedurą o szczególnie dużym znaczeniu dla potrzeb emocjonalnych matki i prawidłowego wywołania laktacji jest realizacja nieprzerwanego 2-godzinnego kontaktu skin-to-skin matki i dziecka przez cały okres pierwszego karmienia. Przerwywanie go z powodu pośpiechu personelu medycznego, natłoku pracy czy dążenia do szybkiej realizacji kolejnych procedur jest błędem działania. Kontakt ten może być przerwany tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach, odnotowanych w dokumentacji szpitalnej. Matka powinna być zawsze poinformowana o przyczynie rozdzielenia jej z dzieckiem.

Po cięciu cesarskim taki kontakt dziecka z matką także powinien mieć miejsce. W praktyce w wielu szpitalach w Polsce kontakt dziecka z matką po porodzie zabiegowym, o ile jest w ogóle stosowany, jest niestety skrócony do kilku lub kilkunastu minut. Rekompensatą jest kangurowanie dziecka przez ojca, zazwyczaj entuzjastycznie przyjmowane przez mężczyzn. Byłoby najlepiej, aby odbywało się ono w pokoju kooperacyjnym, dokąd matka dociera po cięciu cesarskim. Alternatywą jest kangurowanie przez ojca na oddziale neonatologii. Procedura ta może być wykonywana także przez inną osobę bliską, wskazaną przez matkę. Błędem jest odstępianie od kangurowania, jeżeli istnieją po temu możliwości.

Efektywne pierwsze karmienie piersią trwające aż do spontanicznego zakończenia ssania przez dziecko jest kluczem do uaktywnienia laktogenezy II, procesu prolaktynozależnej laktacji. Personel ten powinien umieć postępować w laktacji fizjologicznej oraz w typowych problemach, takich jak niedobór i nadmiar pokarmu, uszkodzenie brodawek piersiowych czy zaburzenia ssania u dziecka. Osoby o wyższym poziomie wiedzy powinny pełnić przede wszystkim rolę konsultacyjną dla podstawowego personelu i wesprzeć go w przypadku najtrudniejszych nieprawidłowości w laktacji i karmieniu naturalnym. Błędem jest cedowanie na konsultantów laktacyjnych wszystkich pojawiających się problemów w laktacji czy w zakresie ssania, a nawet niekiedy w ogóle podstawowej pracy w oddziale z matką w zakresie karmienia piersią.

Prawidłowo pracujący personel medyczny obejmuje matkę i dziecko systemem edukacji laktacyjnej. W pierwszej dobie po porodzie oznacza to informację dla matki o korzyściach karmienia naturalnego i o różnych pozycjach karmienia. W dobach drugiej i trzeciej personel udziela informacji o potencjalnych problemach laktacyjnych, utrwała techniki karmienia oraz demonstruje ręczne odciąganie pokarmu. Uczy rozpoznawania objawów

głodu u dziecka, udziela informacji o kryteriach skutecznego i efektywnego karmienia naturalnego. Matkom zapewnia się dostęp do informacji pisemnych i materiałów drukowanych na powyższe tematy.

Matkom karmiącym naturalnie nie udziela informacji na temat karmienia sztucznego. Matkom, które nie mogą lub nie chcą karmić piersią, należy udzielić informacji o ryzyku mieszanek sztucznych. Niezależnie, udziela się instruktażu jak karmić sztucznie, jak sporządzać mieszanki sztuczne i postępować ze sprzętem do karmienia.

Zasadą jest, że matkom zapewnia się dostęp do informacji pisemnych i materiałów drukowanych na temat roli i technik karmienia naturalnego.

Optymalnym modelem opieki personelu średniego nad matką i zdrowym dzieckiem podczas porodu i położu jest scentralizowanie tej pracy na położnej. Udział zespołu noworodkowego w porodzie i dalszej opiece nad zdrowym noworodkiem powinien ograniczać się do lekarzy neonatologów.

W wielu szpitalach w Polsce współistnieją nadal dwa zespoły – położniczy i noworodkowy, sprawujący oddzielnie opiekę nad matką i dzieckiem. Nie jest to model optymalny. Rozdział obowiązków w opiece nad matką (położna oddziału położniczego) i noworodkiem (pielęgniarka lub położna z zespołu neonatologicznego) po urodzeniu jest sztuczny i z reguły rodzi napięcia w kwestii podziału pracy. Zazwyczaj pojawiają się problemy współpracy zespołów, a zwłaszcza obowiązków w granicznych sytuacjach problemów w laktacji i ssania z piersi.

Opieka w systemie rooming-in zakłada ciągle przebywanie dziecka z matką, bez nieuzasadnionego rozdzielania. Niemal wszystkie procedury medyczne, terapeutyczne, diagnostyczne czy pielęgnacyjne dotyczące dziecka mogą i powinny być wykonywane na sali przy matce. Rozdzielenie matki i dziecka jest znaczącym czynnikiem hamującym uruchomienie laktacji. Częstym błędem na tym etapie opieki jest przesuwanie dziecka w godzinach nocnych z położnictwa do oddziału neonatologicznego. Tymczasem nocne karmienie piersią jest konieczne dla skutecznego wyzwolenia i utrzymania laktacji. Pokarm nocny odznacza się specyficznym składem biochemicznym, jak wysokojakościowe tłuszcze mleka i melatonina. Opieka personelu nad zdrowym dzieckiem przez cały okres jego pobytu w szpitalu powinna być realizowana przy łóżku matki, a nie w oddzielnym pokoju, także w nocy.

Oddział opieki pośredniej, ciągłej i intensywnej noworodka

Są to części oddziału o narastającym standardzie intensyfikacji obserwacji, diagnostyki i leczenia. Dla optymalizacji opieki nad pacjentem i pracy zespołu medycznego,

a także zgodności z ustawowymi normami, ważna jest powierzchnia, którą zajmuje oddział. Uwzględnić jednakże należy struktury dodatkowe poprawiające jakość i komfort pracy, na przykład możliwość wykonywania na miejscu niektórych zabiegów chirurgicznych u noworodków. W scentralizowanych wielostanowiskowych oddziałach ITN będzie to ligacja chirurgiczna przewodu tętniczego, drenaż otrzewnej, drenaż ssący klatki piersiowej, operacje laseroterapii siatkówki, podaż dożylkowa czynnika hamującego rozrost naczyń krwionośnych siatkówki (VEGF). Wiele oddziałów, dzięki wyposażeniu w analizatory biochemiczne, wykonuje część analiz laboratoryjnych w obrębie oddziału.

Oba systemy, tzn. wykonywanie zabiegów chirurgicznych i analiz biochemicznych w obrębie oddziału, wymagają dodatkowej struktury organizacyjnej i ekonomizacji kosztów. Będą optymalne kosztowo tylko w jednostkach dużych nie tyle co do liczby stanowisk, co dużej liczby hospitalizowanych pacjentów w OION.

Aktualna filozofia leczenia w OION to opieka scentralizowana na dziecku i rodzinie. Rodzicom należy zapewnić swobodny dostęp do dziecka, wręcz możliwość i warunki do ciągłego przebywania z nim. Matki poznają i realizują tzw. ssanie nieodżywcze, uczą się rozpoznawać i reagować na objawy głodu u dziecka, poznają cechy efektywnego przystawiania do piersi i skutecznego karmienia. Matki uczą się przystawiać dziecko do piersi. Odciąganie pokarmu dla dziecka, o ile nie może być ono w pełni karmione bezpośrednio z piersi, powinno odbywać się przy stanowisku dziecka, z kontaktem wzrokowym z małościem.

Rodzice powinni być stopniowo angażowani przez personel w elementy opieki neurorozwojowej nad dzieckiem, w stopniu uwzględniającym zarówno swoje indywidualne możliwości, jak też potrzeby dziecka. W miarę narastania kompetencji rodzicielskich rodzice stają się niemal wyłącznymi opiekunami dziecka. Warunki tworzone rodzicom powinny zachęcać ich do nieograniczonego kontaktu z dzieckiem przez całą dobę, we wszystkie dni tygodnia.

Należy przy tym mieć na uwadze, że opieka nad dzieckiem jest prawem, a nie obowiązkiem rodziców. Rodzice nieobecni nie powinni być jednak negatywnie stygmatyzowani.

Pełny rozwój kompetencji rodzicielskich, w tym opamiętanie umiejętności efektywnego nakarmienia dziecka jest jednym z przyszłych kryteriów wypisu dziecka do domu.

Ważnym elementem w strukturze oddziału jest dobrze wyposażone pomieszczenie socjalne dla rodziców, w którym mogą się spotkać, porozmawiać, zjeść posiłek

i zregenerować siły. Rolę tą może spełniać pokój laktacyjny. Tutaj matki mogą odciągać pokarm, o ile nie robią tego przy dziecku (co jest preferowane). W pokoju tym mogą odbywać się spotkania edukacyjne dla rodziców, organizowane i realizowane przez lekarzy, pielęgniarki, położne, fizjoterapeutów, neurologopedę, i psychologa. Taki schemat współpracy z rodzicami, obejmujący ich edukację przy dziecku oraz niezależne spotkania z personelem medycznym poza oddziałem są optymalnym systemem podnoszenia ich wiedzy, przygotowującym rodziców nie tylko do bieżącej opieki nad dzieckiem ale też sprawowania przyszłej roli rodzicielskiej.

Stworzenie komfortu pobytu dziecka w oddziale obejmuje redukcję natężenia światła, hałasu, minimalizację i grupowanie procedur medycznych, maksymalnie długie kangurowanie bez nieuzasadnionych ograniczeń oraz zapewnienie rytmu dnia i nocy.

Struktura architektoniczna pododdziału opieki intensywnej, ciągłej i pośredniej

Struktura klasyczna to system halowy (wiele stanowisk w jednym pomieszczeniu). Poszczególne pododdziały dzieli się według intensywności prowadzonych procesów leczniczych (odcinek obserwacyjny, czyli oddział opieki pośredniej, patologia noworodków, czyli oddział opieki ciągłej, wreszcie intensywna terapia noworodków). Do każdego z tych pomieszczeń wchodzi rodzaj śluzy, w której są możliwości mycia i dezynfekcji rąk. Możliwość dezynfekcji rąk powinna być dodatkowo możliwa przy każdym intensywnym stanowisku noworodka.

System pomieszczeń indywidualnych dla poszczególnych pacjentów sprzyja indywidualizacji opieki medycznej oraz poprawia komfort pobytu rodziców. W wielu oddziałach na świecie (tu przoduje system skandynawski) w pomieszczeniach tych umieszcza się łóżka dla rodziców. Kangurowanie odbywa się przez całą dobę, łącznie z wykonywaniem procedur medycznych u dziecka ułożonego na ciele matki lub ojca.

Taka filozofia scentralizowanej opieki nad rodziną w oddziale intensywnej terapii noworodka jest w tej chwili uznana za optymalną dla rozwoju dziecka o skrajnej niedojrzałości przy urodzeniu.

Kompaktowa struktura oddziału to dość istotne ograniczenie powierzchni, ale z drugiej – skrócenie dystansów do podręcznego magazynu materiałów zużywalnych, myjni inkubatorów, magazynu czystego sprzętu, pokoi administracyjnych. Kompaktowość Oddziału wyraża się także w krótkich dystansach pokonywanych przez personel medyczny przy najczęstszych czynnościach, jak mycie rąk przed badaniem pacjenta, pobieranie sprzętu,

przejście do pomieszczeń administracyjnych czy pokoju socjalnego.

W założeniach projektowych bloków porodowych nowych szpitali na świecie uwzględnia się możliwości przedłużonej stabilizacji stanu noworodka po urodzeniu. Potrzeba ta występuje w trudnych sytuacjach dziecka urodzonego w ciężkim stanie ogólnym. Należy przy tym założyć konieczność zwiększenia obsady personelu i dodatkowego wyposażenia. Może to być efektywne kosztowo, ale tylko w dużych centrach opieki perinatalnej. W pozostałych przypadkach optymalnym rozwiązaniem wydaje się umieszczenie na sali porodowej ciężko chorego noworodka w docelowym inkubatorze, kompletnie wyposażonym w sprzęt do resuscytacji noworodka. W OION dziecko pozostaje w tym samym inkubatorze, nie przekłada się go na inne stanowisko intensywnej terapii. To rekomendowana obecnie forma opieki nad noworodkiem urodzonym w ciężkim stanie ogólnym.

Pomieszczenia pacjentów powinny być oddzielone dużymi szklanymi ścianami od stanowisk biurowych pielęgniarek. System ten sprzyja potrzebie intymności pacjentów, ale jednocześnie zapewnia bezpieczeństwo leczonemu noworodkowi. Usytuowanie monitorów w polu widzenia pielęgniarki umożliwia bezpośrednią obserwację monitorowanych parametrów. W OION wskazana jest centrala monitorująca, która powinna być umieszczona poza salą noworodków. Umożliwia obserwację monitorowania każdego stanowiska przy wyłączonych alarmach dźwiękowych w pomieszczeniu. W pozostałych salach jest możliwość redukcji głośności alarmów dźwiękowych. Sygnał wizualny monitora musi być zawsze aktywny.

Rewolucyjnie skuteczne w ograniczaniu hałasu w pomieszczeniach noworodków okazało się bardzo proste urządzenie „Ucho” sygnalizujące kolorem przekroczenie dopuszczalnego natężenia dźwięku. Wszystkie dyskusje personelu o dziecku, przekazywanie dyżuru kolejnej zmianie czy ustalanie planu postępowania odbywa się poza salą z dzieckiem. Udzielanie informacji o dziecku odbywa się z bezpośrednim kontaktem z rodzicami, jest dyskretne i nie zakłóca pracy pozostałego personelu medycznego.

Bank mleka kobiecego

Aktualnie standardem postępowania w oddziale hospitalizującym noworodki chore i urodzone przedwcześnie jest dostępność do mleka kobiecego. Preferowane jest mleko własnej matki, a w razie

jego braku – mleko z banku mleka kobiecego. Procedura pozyskiwania mleka, jego przechowywania, transportu, mrożenia, rozmrażania, dzielenia i podawania dziecku oraz obsługi sprzętu laktacyjnego musi być skrupulatnie opisana i przedstawiona w wersji dla personelu i dla matek.

Wiele prac biurowych warto przekierować do sekretariatu Kliniki. Zadania lekarzy w zakresie pracy biurowej powinny zostać maksymalnie ograniczone.

Rodzice na oddziale

Rodzice dzieci oddzielonych od matek powinni mieć nieograniczony dostęp do swoich dzieci podczas całej hospitalizacji. Przy pierwszym spotkaniu z personelem oddziału powinni otrzymać informację ustną i pisemną o obowiązujących zasadach. Informator o Klinice powinien zawierać podstawowe dane o strukturze Kliniki, o personelu, o zasadach przebywania rodziców, zasadach odwiedzin przez dziadków, o wizytach starszego rodzeństwa, realizowanej opiece neurorozwojowej, o postępowaniu mlekiem i sprzętem laktacyjnym, oraz wiele innych. Rodzina noworodka, podobnie jak sam pacjent, jest w świetle obecnej wiedzy podmiotem działań opieki medycznej. ▀

Karmienie piersią jest sztuką

lek. Maria Migielska-Wołyniec

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

O karmieniu piersią i znaczeniu mleka matki dla wzrostu i rozwoju noworodka i niemowlęcia napisano już wiele publikacji. Świadomość społeczna dotycząca karmienia naturalnego jest w zasadzie w obiegowych opiniach wystarczająca. Sporadycznie zdarzają się matki, które po niedobrych przeżyciach związanych z laktacją nie chcą podejmować karmienia piersią. Jednak zmieniają się warunki życia matek i rodzin, więc kwestia udanego, skutecznego karmienia piersią jest ciągle aktualna. Certyfikaty konsultantów laktacyjnych (IBCLC, CDL) też wymagają aktualizacji co kilka lat. „Podstawy praktyki położniczej nie mogą być wyryte na kamiennych tablicach, lecz muszą być dynamiczne i zmieniać się w miarę dopływu nowych informacji” (Aleksander J., Levy U. Roch.S. w „Nowoczesnym Położnictwie” PZWL 1995).

Prawie niemożliwe jest ustalenie wyrytych wzorców postępowania, zapewniających skuteczność karmienia piersią fizjologicznego i naturalnego sposobu żywienia noworodków i niemowląt. Różnorodne problemy wymagają

identyfikacji, często współistnieją ze sobą różne przyczyny i tworzą się różnorodne kombinacje.

W uproszczeniu kwestie karmienia porządkuje się na problemy dotyczące matki i dotyczące dziecka. Istotna jest tzw. WWW udanej laktacji, gdzie kolejne W oznaczają: Wiarę, Wiedzę, Wytrwałość. Wydaje się, iż powyższe 3 elementy są równorzędne; pojedynczy nie stanowi istotnej kwestii.

W codziennej praktyce matki zwracają uwagę na brodawki sutkowe. Porada laktacyjna musi uwzględnić zarówno kształt brodawek, jak i wypełnienie piersi mlekiem. Tzw. „brodawki wisienkowate” sprawiają trudności w okresie nawału pokarmu, a tzw. „płaskie brodawki” nie zawsze wymagają używania kapturka. Matki często metodą prób i błędów realizują najbardziej naturalny sposób karmienia. Uważa się, iż porada laktacyjna powinna trwać co najmniej 1 godzinę, po czym obowiązuje tzw. „recall”, sprawdzający efekty udzielonych zaleceń. W praktyce obserwuje się, że matki nie akceptują częstego przystawiania dziecka do piersi, chciałyby karmić dziecko 6-8 razy dziennie, obawiają się, że jest głodne, jeśli cały czas chce ssać.

Częsta jest niewiedza o pojemności żołądka. W pierwszej dobie żołądek ma 5-10 ml i częste przystawianie dziecka do piersi nie jest powodowane jego głodem, ale ma stymulować produkcję mleka.

Każdy noworodek jest inny. Często spotyka się poporodowy obrzęk tkanek miękkich, zwłaszcza nosa, powiek, fizjologiczne tyłozuchwie, ułożeniowy kręczy. Wędzidełko języka ma różne formy i nie zawsze podcięcie wędzidełka niweluje kaskadę trudności związanych z karmieniem. Tzw. wąskie usta wymagają pomocy w wywinięciu warg, aby objęły otoczkę brodawki sutkowej. Często spotyka się tzw. gotyckie podniebienie, sprawiające trudności zwłaszcza w okresie nawału pokarmu u matki – twarde piersi utrudniają ssanie, nie wypełniają podniebienia. Badaniem fizykalnym często ocenia się globalne napięcie mięśniowe. Obniżone wymaga odpowiedniej pozycji przy karmieniu – stosuje się tzw. pozycję tancerza; wzmożone wymaga uspokojenia dziecka i wyczekania momentu gotowości do ssania.

Małżowina uszna i bark powinny być w jednej linii, by dziecko miało głowę w ułożeniu na wprost brodawki sutkowej. Zmiany skórne w postaci rumienia noworodkowego też często są przyczyną niepokoju dziecka ułożonego w pozycji przy przystawianiu go do piersi. Odrębną kwestię stanowi odciąganie pokarmu i podawanie go dziecku kieliszkiem albo łyżeczką. Jest to w zasadzie równoznaczne z karmieniem piersią, ale stwierdzono, iż taka praktyka wyraźnie zmniejsza ilość wytwarzanego pokarmu.

Powyższe problemy i trudności są często spotykane w praktyce i stają się przyczyną „krótkiego karmienia piersią”, zwłaszcza gdy współistnieje kilka przyczyn, a matka nie ma cierpliwości i nie lubi pokonywać trudności.

Generalnie karmienie piersią nie powinno być wyzwaniem dla matki, ale różnorodne trudności stają się początkiem końca karmienia piersią. Można stwierdzić, iż sztuka karmienia piersią, jak każda sztuka, wymyka się wszelkim kanonom. Angażuje na równi profesjonalną wiedzę, stale poszerzaną i pogłębianą, jak i szeroko pojętą humanizację medycyny z empatią i komunikatywnością. Rok 2020 jest przed nami, a praktyczna realizacja karmienia naturalnego stale zostaje kwestią do rozwiązania. ▶

Trudności w karmieniu piersią okiem neurologopedy i fizjoterapeuty

Anna Balicka, neurologopeda

Klinika Neonatologii SPSK im. prof. W.Orłowskiego CMKP

Małgorzata Tarnowska, fizjoterapeuta

Klinika Neonatologii SPSK im. prof. W.Orłowskiego CMKP

Najlepszym sposobem karmienia noworodka i **niemowlęcia** jest karmienie piersią. Najlepszym nie tylko pod względem wartości odżywczych, ale także ze względu na przyszły rozwój mowy – w ssaniu biorą bowiem udział mięśnie odpowiedzialne w późniejszym czasie za prawidłową wymowę.

Prawidłowe karmienie piersią jest ze strony dziecka uwarunkowane wieloma czynnikami: dojrzałością/prawidłowością odruchów sfery ustno-twarzowej, budową i sprawnością aparatu artykulacyjnego, koordynacją ssania, połykania i oddychania czy napięciem mięśniowym.

Każdy zdrowy noworodek, już od momentu przyjścia na świat, jest wyposażony w pewien zestaw „umiejętności”, które zapewniają mu prawidłowe funkcjonowanie. Są to kształtujące się już w okresie życia płodowego odruchy (bezw warunkowe reakcje na bodziec), które umożliwiają dziecku oddychanie oraz pobieranie pokarmu i jego połykanie. Noworodek potrafi instynktownie objąć wargami pierś matki, docisnąć językiem do podniebienia brodawkę i pobierać pokarm. Umie także połknąć pokarm oraz obronić się przed zadławieniem. Jest w stanie zwrócić głowę w kierunku bodźca, wysunąć język z ust czy odruchowo reagować na bodziec dźwiękowy i wzrokowy.

Odruchy sfery ustno-twarzowej warunkujące prawidłowe karmienie piersią noworodka

Odruchy wargowe:

- szukania,
- otwierania,
- zwierania (wysuwania, ryjkowy) warg.

Odruch szukania jest jednym ze wskaźników gotowości noworodka do karmienia i dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. Jego brak jest jednak często mało spostrzegany. Matka, gdy przystawia dziecko do piersi, wybiera pozycję najdogodniejszą do karmienia i nie czeka na reakcję poszukiwania ze strony dziecka. Odruch szukania aktywizuje odruchy otwierania i zwierania warg oraz odruch ssania. Brak odruchu szukania współwystępuje najczęściej z brakiem odruchu otwierania warg – są to bowiem następujące po sobie reakcje: znalezienie źródła pokarmu i gotowość do jego pozyskania.

Kolejnym odruchem wargowym jest zwieranie; jego brak uniemożliwia wytworzenie pompy ssąco-tłoczącej wewnątrz jamy ustnej, co może być spowodowane brakiem lub niską sprawnością mięśnia okrężnego warg (to z kolei m.in. zaburza bądź znosi możliwość ssania piersi) lub brakiem bądź obniżonym odruchem żuchwowym (to uniemożliwia zwanie warg i zaburza bądź znosi m.in. karmienie piersią).

Sprawdzanie odruchów wargowych: szukanie – dotykamy kącika warg (lub policzka) naprzemiennie (lewy-prawy), dziecko zwraca głowę w kierunku drażnienia; otwieranie i zwieranie – dotykamy jednocześnie górną i dolną wargę w linii środkowej, dziecko otwiera wargi, po ustąpieniu bodźca zwierza je.

Odruch żuchwowy

Odruch ten umożliwia dziecku utrzymanie brodawki między wałami dziąsłowymi, buduje prawidłową pozycję spoczynkową języka, żuchwy i warg. Jego brak lub znaczne osłabienie obserwuje się u dzieci z obniżonym napięciem mięśniowym – świadczy o tym obniżona pozycja żuchwy, dziecko oddycha torem ustnym. Niska pozycja żuchwy wyłącza z pracy mięsień bródkowo-językowy (utrzymujący język w pozycji dopodniebiennej) i utrudnia (często wręcz uniemożliwia) realizację odruchu zwierania warg oraz ssania.

Sprawdzanie odruchu żuchwowego (w czasie snu, spokojnego czuwania): palcem wskazującym odciągamy bródkę dziecka ku klatce piersiowej, palcem drugiej ręki uderzamy w palec odciągający i puszczamy bródkę – żuchwa unosi się ku szczęce i zamyka jamę ustną.

Odruch lizania

Sprawdzanie odruchu lizania: dotykamy palcem/smoczką brzegu języka, język wykonuje ruch liżący ku górze.

Nieprawidłowa reakcja czubka języka może być spowodowana skróceniem wędzidełka podjęzykowego (wówczas czubek języka przyjmuje kształt serca zamiast kształtu łyżeczki) bądź zaburzeniami napięcia mięśniowego. Skutkiem tego mogą być m.in. trudności ze ssaniem piersi, ssanie w kierunku doprzednim (bez włączenia mięśnia bródkowo-językowego utrzymującego język dopodniebienne) czy płaskie układanie języka (na dnie jamy ustnej).

Odruch wypychania

Sprawdzanie odruchu wypychania: kładziemy palec na górnej powierzchni czubka języka, dziecko usuwa palec zdecydowanym ruchem języka.

Wygórowany odruch wypychania wynika często z „nałożenia” na reakcję odruchową wzmożonego napięcia mięśni tyłu języka, bocznych i tylnej ściany gardła oraz nadwrażliwości śluzówki wnętrza jamy ustnej. Może to skutkować wypychaniem brodawki i trudnościami z karmieniem (przystawianiem dziecka do piersi).

Odruch ssania (i połykania)

Ssanie (i połykanie) to proces niezwykle złożony, obejmujący trzy różne obszary anatomiczne (jamę ustną, gardło i przełyk); ma charakter rytmiczny i ściśle sekwencyjny.

Trudności ze ssaniem mogą mieć wiele przyczyn, które należy zawsze rozpatrzeć szczególnie wnikliwie – od możliwości ssania zależy bowiem wybór sposobu karmienia noworodka i niemowlęcia. Zaburzony/niewłaściwie realizowany odruch ssania może być wynikiem:

- niedojrzałości noworodka (wcześniaki urodzone przed 29. tygodniem mogą mieć nieukończony rozwój odruchu),
- braku odruchu żuchwowego (niemożność zrealizowania odruchu zwierania warg i dopodniebiennego utrzymania języka),
- braku odruchu zwierania warg z powodu nieprawidłowego napięcia mięśnia okrężnego warg,
- skróconego wędzidełka podjęzykowego,
- wygórowanego odruchu wypychania języka,
- wygórowanego bądź przemieszczonego ku przodowi jamy ustnej odruchu zwracania,
- wygórowanego odruchu kąsania (hamowanie ssania, szarpanie i kaleczenie brodawek prowadzące do dyskomfortu matki, a często zaprzestania bądź przerwania (na czas leczenia) karmienia piersią,

– nieprawidłowego napięcia mięśni języka (obniżone – język nie utrzymuje brodawki na podniebieniu; wzmożone – ruchy nierytmiczne, prężenie ciała),

– odgięciowego układania (wskutek nieprawidłowego napięcia mięśniowego), czego następstwem jest napięcie mięśni twarzy i przełyku uniemożliwiające ssanie.

Sprawdzanie odruchu ssania: kładziemy palec na język (bądź podniebienie) – na przestrzeń 3 cm, dziecko wykonuje rytmiczne ruchy ssące.

Odruch zwracania

Nieprawidłowy odruch zwracania częściej ma postać wygórowanego; jest wówczas przemieszczony (z podniebienia) w przedni obszar jamy ustnej – na czubek języka i dziąsła, co będzie znacząco utrudniać bądź uniemożliwiać ssanie piersi.

Sprawdzanie odruchu zwracania: kładziemy palec poza punktem ssania na języku (i podniebieniu), następuje skurcz mięśni tylnej ściany gardła i języka.

Odruch kąsania

Sprawdzanie odruchu kąsania: kładziemy palec na dziąsłach z przodu jamy ustnej, dziecko zaciska dziąsła. Jeśli dziecko zaciska je bardzo silnie i ta bolesność jest odczuwana jako dotkliwa, wówczas mamy do czynienia z wygórowanym odruchem kąsania, który zawsze (w różnym stopniu) utrudnia karmienie piersią. Dziecko ma trudności z przystawieniem się do piersi, z rozpoczęciem ssania, jest rozdrażnione, szarpie brodawki, kąsa je. Zbyt silne zaciskanie szczęk prowadzi do uszkodzeń brodawek i konieczności leczenia, co wiąże się często z okresowym (bądź nawet stałym) zaprzestaniem karmienia piersią.

Neurologopeda, badając noworodka, może ocenić prawidłowość wspomnianych wyżej odruchów, a w razie stwierdzenia jakichkolwiek odstępstw od normy, wdrożyć odpowiednie postępowanie (stymulację).

Warunki anatomiczne sfery ustno-twarzowej u noworodków a ssanie piersi

Noworodek ma specyficzną budowę aparatu ustno-twarzowego, która pozwala na bardzo wyspecjalizowane pobieranie pokarmu – to cofnięta żuchwa (tyłożuchwie fizjologiczne, które umożliwia wysuwanie, unoszenie i obniżanie języka podczas ssania), mała przestrzeń jamy ustnej, bliskość podniebienia i nagłośni, obecność tłuszczowych poduszczek policzkowych oraz nosowy tor oddychania. Wszystkie te warunki umożliwiają m.in. wytworzenie odpowiedniej siły ssania, koordynację ssania, połykania i oddychania, a także wytworzenie i utrzymanie prawidłowej szczelności układu.

Do najczęstszych zaburzeń anatomicznych sfery ustno-twarzowej wpływających negatywnie na proces karmienia piersią (i nie tylko) należą: skrócenie wędzidełka podjęzykowego czy podwargowego (częściej wargi górnej), rozszczepy wargi i podniebienia czy patologicznie cofnięta żuchwa i jej niedorozwój. Prawidłowa budowa wędzidełek umożliwia tak ważną w procesie ssania prawidłową pracę języka oraz warg.

Z całą pewnością na efektywność pobierania pokarmu duży wpływ ma pozycja, którą mamy przyjmując do karmienia noworodka czy niemowlęcia. Pozycja zawsze powinna być dobrana indywidualnie, aby mama i dziecko czuli się komfortowo.

Wszystkie czynności związane ze ssaniem piersi są przygotowaniem do mówienia. Karmienie naturalne jest m.in. formą profilaktyki logopedycznej, która chroni dzieci przed powstawaniem i utrwalaniem nieprawidłowości w oddychaniu i połykaniu, których następstwem są wady zgryzu i wady wymowy.

Zaburzenia napięcia mięśniowego

Napięcie mięśniowe jest istotnym elementem wpływającym na kształtowanie się prawidłowej postawy, ruchu oraz równowagi.

„Prawidłowe napięcie mięśniowe powinno być na tyle wysokie, aby przeciwdziałać sile grawitacji, a równocześnie na tyle niskie, aby pozwolić na płynny, selektywny ruch lub wyizolowaną aktywność” (Z. Szwiłing).

Na jakość napięcia mięśniowego wpływa wiele czynników:

- czynnik genetyczny,
- stopień uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego,
- niedojrzałość,
- ból,
- strach,
- grawitacja,
- zakłócające czynniki z otoczenia: hałas, temperatura, światło itp.,
- zadania stawiane przed pacjentem,
- płaszczyzny podparcia,
- szybkość aktywności,
- ustawienie punktów kluczowych względem siebie,
- nieprawidłowa pielęgnacja.

Dystrybucja napięcia mięśniowego zmienia się w trakcie rozwoju. Na początku obserwujemy „niższe” napięcie mięśniowe w częściach proksymalnych (głowa, tułów) oraz „wyższe” napięcie mięśniowe w częściach dystalnych (kończynach). Wraz z rozwojem obserwujemy wzrost napięcia mięśniowego w częściach proksymalnych oraz obniżenie w częściach dystalnych.

Nieprawidłowe napięcie mięśniowe zaburza rozwój ruchowy dziecka oraz może być przyczyną problemów z prawidłowym karmieniem piersią.

Wzmoczone napięcie mięśniowe (hipertonía)

Przy wzmocnionym napięciu mięśniowym obserwujemy znaczny opór mięśni podczas ruchu biernego oraz wygórowany odruch na rozciąganie.

Dzieci z hipertonią często są płaczliwe, niespokojne i mają problemy ze snem. Rodzice mogą zaobserwować silne zaciskanie piąstek, krzyżowanie kończyn dolnych, prężenie i wyginanie w łuk. Pojawiają się trudności w czynnościach pielęgnacyjnych, takich jak ubieranie czy zmiana pieluchy, które są związane z nadmiernym napięciem kończyn.

Trudno jest przystawić dziecko do piersi z powodu odginania głowy i prężenia. Wraz z nadmiernym wyprostem szyi obserwujemy zwiększone napięcie mięśni warg i języka, co znacznie utrudnia ssanie.

Jest to sytuacja bardzo stresująca zarówno dla dziecka, jak i mamy, a stres może spotęgować objawy wzmoczonego napięcia mięśniowego.

Obniżone napięcie mięśniowe (hipotonía)

Przy obniżonym napięciu mięśniowym obserwujemy znikomy opór mięśni podczas ruchu biernego oraz osłabienie odruchu na rozciąganie.

Dzieci z hipotonią charakteryzują się zmniejszoną aktywnością, słabym odruchem chwytym oraz słabą pracą przeciwko sile grawitacji. W pozycji na plecach możemy zaobserwować odwiedzenie i rotacje zewnętrzną kończyn dolnych oraz efekt „rozlanego brzuszka” z powodu osłabionych mięśni brzucha.

Dzieci te są postrzegane jako bardzo spokojne. Rodzice określają, jakby „przelewały się przez ręce”.

Przy znacznej hipotonii pojawiają się problemy z karmieniem ze względu na osłabiony odruch ssania (słabą pracę mięśni języka, okrężnego warg oraz żuchwy). Podczas karmienia dziecko często krztusi się pokarmem. Problem stanowi też znacznie obniżona aktywność dziecka i słaba praca przeciwko sile grawitacji. Wszystkie te czynniki są problematyczne dla mamy, która rozpoczyna karmienie. Mamy często czują niemoc i frustrację, próbując „obudzić dziecko”.

Asymetria ułożeniowa

W pierwszych dwóch miesiącach życia asymetria ułożenia ciała jest związana z występującym w tym okresie asymetrycznym tonicznym odruchem szyjnym (ATOS). Jeżeli w dalszym procesie rozwoju rozwijające się napięcie jest nieprawidłowe, może doprowadzić do asymetrii

ułożeniowej, która obejmuje mięśnie przykręgosłupowe, powodując:

- nieprawidłowe rozłożenie ciężaru ciała,
- asymetryczne ustawienie głowy i szyi,
- skrzywienia kręgosłupa,
- nieprawidłowe ustawienie miednicy.

Nie rozwija się prawidłowo czucie linii środkowej i symetryczne ułożenie ciała. Obserwujemy u dziecka preferencje jednej strony. Dziecko chętniej obraca głowę w jedną stronę. Ruch głowy i szyi jest ograniczony w stronę przeciwną, a to wiąże się z patrzeniem dziecka w tę stronę i uniemożliwia ruchy wodzenia gałki ocznej oraz skupianiu wzroku w linii środkowej ciała. Dziecko aktywizuje kończynę górną, w której stronę jest zwrócone. Ma problemy z posługiwaniem się drugą kończyną górną oraz obiema naraz.

Ze względu na wszystkie powyższe czynniki, a w szczególności ograniczenia ruchomości w obrębie szyi, pojawiają się trudności z karmieniem dziecka piersią. Dziecko będzie akceptowało karmienie z jednej piersi.

Rodzice to osoby, które spędzają z dzieckiem najwięcej czasu. Obserwują je w różnych sytuacjach życia codziennego od pielęgnacji po karmienie czy zabawę. Ich obserwacja jest nieoceniona w procesie diagnostycznym. To rodzice jako pierwsi są w stanie zaobserwować nieprawidłowości w napięciu mięśniowym swojego dziecka. Mimo iż łatwo zaobserwować pewne nieprawidłowości, to zaburzenia napięcia mięśniowego wymagają konsultacji neurologicznej i fizjoterapeutycznej. Po dokładnym zbadaniu dziecka specjalista postawi szczegółową diagnozę i ustali dalsze postępowania, aby pomóc dziecku i jego rodzicom.

Podsumowanie

Zarówno dojrzałość/prawidłowość odruchów sfery ustno-twarzowej, budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego, koordynacja ssania, połykania i oddychania, jak i zaburzenia napięcia mięśniowego mają ogromny wpływ na efektywne karmienie piersią.

Jeżeli karmienie piersią sprawia trudności, warto skonsultować się z neurologopedą, fizjoterapeutą i doradcą laktacyjnym, aby objęli mamę i dziecko opieką oraz dołożyli wszelkich starań, aby karmienia piersią stało się cudownym doświadczeniem dla obojga.

Piśmiennictwo u autorek

Narażenie bierne na dym tytoniowy podczas ciąży i późniejsze wyniki karmienia piersią

lek. Izabela Choregiewicz

Klinika Neonatologii SPSK im. prof. W.Orłowskiego CMKP

Według raportu WHO 2016 epidemia palenia tytoniu jest jednym z największych problemów zdrowotnych na świecie, a liczba osób niepalących narażonych na bierne palenie stale rośnie. Wiadomo, że palenie podczas ciąży opóźnia wzrastanie płodu, hamuje rozwój odporności i zmienia wszystkie fazy cyklu snu niemowlęcia. Nikotyna przenika do krwi płodu i płynu owodniowego oraz do mleka matki. Negatywnie wpływa na rozwój neurologiczny dziecka. Ekspozycja matki na dym tytoniowy jest również związana z niekorzystnymi następstwami dla płodu, jak takimi jak zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrastania, wady wrodzone, przedwczesny poród a nawet zgon wewnątrzmaciczny i martwe urodzenie.

Ten systematyczny przegląd miał na celu zbadanie związków między narażeniem na bierne palenie kobiet podczas ciąży z rozpoczęciem, rozpowszechnieniem i czasem trwania karmienia piersią w porównaniu z kobietami, które karmiły piersią i nie były narażone na bierne palenie. Kobiety, które paliły podczas ciąży zostały grupy badanej wykluczone.

Do wyszukiwania została użyta baza danych MEDLINE za pośrednictwem Ovid SP i PubMed oraz CINAHL i EMBASE. Słowa kluczowe, których użyto to „bierne palenie”, „kobiety w ciąży”, „kontrola przypadku”, „kohorta” i „przekrój” 2017 bez żadnych ograniczeń dotyczących języka i czasu oraz statusu publikacji. Wyniki wyszukiwania zostały zduplikowane. Dwóch badaczy niezależnie sprawdzało tytuły i streszczenia.

Narażenie na dym tytoniowy zdefiniowano jako kontakt z palaczami w domach, miejscach pracy i miejscach publicznych. Kryteria wykluczenia obejmowały matki, które wcześniej paliły i przestały palić przed zajściem w ciążę, kobiety ciężarne, które paliły podczas ciąży oraz badania bez grupy porównawczej. Oceniono związek między narażeniem na dym tytoniowy u kobiet w czasie ciąży a rozpoczęciem karmienia piersią, czasem trwania i częstością wyłącznego karmienia piersią, a czasem trwania i częstością częściowego karmienia piersi. Wyłączne karmienie piersią zostało zdefiniowane jako karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy.

Wyszukiwanie w bazie danych zidentyfikowało w sumie 5539 rekordów, z których 2762 było duplikatami i zostało

usunięte. Z 2777 przejrzanych rekordów 2663 zostało wykluczonych podczas przeglądu, ponieważ nie miały one znaczenia dla pytania badawczego. Stosując kryteria włączenia i wyłączenia, wybrano 114 pełnych tekstów do oceny. Wykluczono wszystkie badania dotyczące rzucenia palenia u któregokolwiek z rodziców, grupy kontrolne złożone z kobiet, które nie były narażone na dym tytoniowy oraz kobiety, które paliły podczas ciąży, a także badania bez grupy kontrolnej. W sumie 106 badań zostało wykluczonych z powodu różnych populacji, ekspozycji, wyników i schematów badań. W rezultacie w przeglądzie uwzględniono osiem badań. Badania zostały opublikowane w latach 1997–2014. Dwa badania przeprowadzono w Polsce, a pozostałe sześć badań przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, Brazylii, Iranie, Egipcie, Tajwanie i Hongkongu.

W dwóch z ośmiu badań oceniono związek ryzyka ekspozycji na dym tytoniowy i skrócenia wyłącznego czasu karmienia piersią. Oba badania określiły ekspozycję na dym tytoniowy w domu, a punkty pomiarowe miały miejsce sześć miesięcy po porodzie. Badanie w Iranie wykazało, że średni okres wyłącznego karmienia piersią był o 27 dni krótszy u kobiet, które były narażone na dym tytoniowy podczas ciąży w porównaniu z tymi bez takiego narażenia. W badaniu w Polsce także stwierdzono, że istnieje istotny odwrotny związek między stężeniem kotyniny we krwi matki (wykładnik kontaktu z dymem papierosowym) a wyłącznym czasem karmienia piersią.

W dwóch badaniach mierzono częstość karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy na podstawie ekspozycji na dym tytoniowy. W obu wykazano, że częstość karmienia piersią była mniejsza wśród kobiet, które były narażone na dym podczas ciąży. Badanie w Iranie ujawniło, że tylko 22,8% matek narażonych na dym tytoniowy karmiło piersią przez sześć miesięcy w porównaniu z 50,7% nienarażonych. Badanie w Tajwanie mierzyło częstość karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy, porównując narażenie na dym tytoniowy. Wyniki wskazały, że czas karmienia piersią w grupie narażonej był również krótszy w porównaniu do grupy bez narażenia. Kobiety narażone na dym tytoniowy w okresie od jednego do pięciu miesięcy po porodzie znacznie krócej karmiły piersią w porównaniu do osób, które nie były narażone. Badanie w Hongkongu oceniło narażenie na dym tytoniowy przed okresem poporodowym lub w jego początkowym okresie. Odsetek częściowego karmienia piersią przez dowolny czas lub karmienia wyłącznie piersią przez mniej niż trzy miesiące wynosił: 37,7% u nigdy nie narażonych, 41,5% u kobiet narażonych okazjonalnie i 44,9% u kobiet codziennie narażonych.

Podsumowanie

Ekspozycja na dym tytoniowy u matek w czasie ciąży była istotnie związana ze zwiększonym zaprzestaniem karmienia piersią przed sześcioma miesiącami. Ponadto narażenie na dym podczas ciąży było związane z krótszym czasem karmienia piersią i mniejszą częstością karmienia piersią.

Badanie pokazuje, że czas karmienia piersią wśród kobiet narażonych na bierne palenie jest zwykle krótszy niż zalecany przez WHO. Dym tytoniowy niekorzystnie wpływa na długość karmienia piersią. Dlatego potrzebne są dalsze badania w celu opracowania strategii zdrowia publicznego, które mogłyby zapobiec niekorzystnym skutkom palenia biernego. Biorąc pod uwagę korzyści płynące z karmienia piersią dla zdrowia niemowląt, odpowiednia kampania zapobiegająca paleniu ma kluczowe znaczenie.

Na podstawie:

Suzuki D, Wariki WMV, Suto M et al. Secondhand Smoke Exposure During Pregnancy and Mothers' Subsequent Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Sci Rep. 2019 12;9(1):8535

Ryzyko wczesnej suplementacji mlekiem modyfikowanym u noworodka karmionego piersią

lek. Adam Rytel

SPSK im. Prof. W. Orłowskiego CMKP

Randomizowane badanie kliniczne przeprowadzone przez Urashima M. et al. stawia pytanie – czy nawet minimalna ekspozycja na mleko modyfikowane w pierwszych dniach życia noworodka podwyższa ryzyko wystąpienia uczulenia na mleko krowie oraz zwiększa częstość występowania alergii pokarmowych w późniejszym okresie życia?

Do badania zostały włączone noworodki zagrożone atopią w wywiadzie rodzinnym. 312 noworodków podzielono na dwie grupy ze względu na rodzaj pokarmu, którym suplementowano mleko matki przez pierwsze 3 dni ich życia: w pierwszej grupie stosowano mleko modyfikowane, w drugiej mieszankę elementarną opartą na aminokwasach.

Wyniki były następujące: w grupie dzieci dokarmianych w pierwszych dniach życia mlekiem modyfikowanym w porównaniu do stosowania mieszanek elementarnych stwierdzono w wieku dwóch lat istotnie wyższą częstość uczulenia na białko mleka krowiego (IgE >0.35 [UA]/mL), n=46 (32.2%) vs n=24 (16.8%), inne alergię pokarmowe

(n=4 [2.6%] vs n=20 [13.2%]). W tej grupie częściej występowały wstrząsy anafilaktyczne (1 [0.7%] vs 13 [8.6%]).

Autorzy stawiają wniosek, że aby zmniejszyć częstość alergii pokarmowych i związanych z nimi powikłań u dzieci, trzeba unikać podawania mleka modyfikowanego co najmniej w trzech pierwszych dniach życia.

Na podstawie:

Urashima M, Mezawa H, Okuyama M, et al. Primary pre-vention of cow's milk sensitization and food allergy by avoiding supplementation with cow's milk formula at birth a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2019;173:1137–1145.



Unikatowe kursy w ofercie Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią

10 kroków do udanego karmienia piersią w 10 godzin

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią oferuje profesjonalny kurs „10 kroków do udanego karmienia piersią. Ochrona, promocja i wspieranie karmienia piersią w placówkach świadczących opiekę położniczą oraz opiekę nad noworodkiem: uaktualniona (2018) Inicjatywa WHO „Szpital Przyjazny Dziecku”.

Kurs prowadzony jest na terenie placówki sprawującej opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą i karmiącą piersią lub w miejscu wskazanym przez placówkę przez ekspertów KUKP – członków Komisji ds. Oceny i Reoceny Szpitali Przyjaznych Dziecku.

Adresaci: personel szpitalny uczestniczący w opiece nad kobietą i jej dzieckiem: lekarze, pielęgniarki, położne, dietetycy, neurologopedii, fizjoterapeuci, psychologzy

Cel: aktualizacja, pogłębienie i usystematyzowanie wiedzy personelu medycznego i niemedycznego dotyczącej laktacji, szeroko pojętego karmienia piersią i opieki nad kobietą i jej dzieckiem. Rozwijanie umiejętności praktycznych i komunikacji interpersonalnej.

Ocena kursu przez uczestników: kwestionariusz oceny kursu.

Sposób potwierdzania obecności na kursie: certyfikat.

Program:

1. Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce
2. Zasady opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i karmiącą w szpitalu.
3. Anatomia piersi i fizjologia laktacji. Skład mleka kobiecego w różnym okresie laktacji, w tym po porodzie przedwczesnym. Znaczenie karmienia naturalnego dla zdrowia dziecka oraz kobiety i rodziny.
4. Ocena budowy i funkcji aparatu orofacialnego.
5. Zasady prawidłowego przystawiania do piersi. Pozycje matki i dziecka podczas karmienia. Ręczne odciąganie pokarmu. Karmienie noworodka urodzonego przedwcześnie.
6. Potencjalne problemy dotyczące matki i dziecka w okresie laktacji oraz metody ich rozwiązywania i leczenia.
7. Charakterystyka i postępowanie w stanach konieczności czasowego lub trwałego wstrzymania podaży pokarmu matki (leki, choroby matki i dziecka). Matka HIV (+)- aktualne zalecenia w Polsce i na świecie.
8. Opieka medyczna i prawna w aspekcie karmienia naturalnego nad kobietą w okresie ciąży, porodu i laktacji.
9. „10 kroków do udanego karmienia piersią” – analiza realizacji w szpitalu.
10. Karmienie po wypisie, programy integrujące kobiety karmiące po wypisie do domu.
11. Warsztaty – ćwiczenia oparte na przypadkach.

Cena zawiera: udział w wykładach, udział w warsztatach, materiały naukowe z kursu, certyfikat.

Czas trwania: 10 godzin. **Cena:** 6000,00 zł

Karmię piersią 6-miesięczne dziecko. Od 2 dni jestem przeziębiona, leczę się preparatem Teraflu. Przeziębienie. Odstawiłam na czas leczenia dziecko od piersi. Odciągam pokarm i wylewam go, dziecko karmię w tym czasie mieszanką modyfikowaną. Jak długo muszę odczekać po ostatniej dawce leku by móc powrócić do karmienia piersią.

Ewelina

Pani Ewelino

Stosowanie preparatu Teraflu, przeziębienie ani sam fakt występowania u Pani infekcji wirusowej górnych dróg oddechowych nie wymaga odstawiania dziecka od piersi. Stosowany przez Panią preparat zawiera paracetamol i pseudoefedrynę. Obie substancje lecznicze nie stanowią zagrożenia dla dziecka i mamy leczone tymi substancjami mogą karmić piersią. Natomiast znajdująca się w składzie tego preparatu pseudoefedryna może hamować laktację. W sytuacji gdy Pani odstawiła dziecko od piersi i odciąga Pani pokarm tylko laktatorem, ryzyko zmniejszenia się laktacji jest większe. Laktator zazwyczaj nie opróżnia tak dokładnie piersi, jak robi to niemowlę. Proszę zatem szybko wrócić do przystawiania dziecka do piersi, niezależnie od stosowanego przez Panią leku i występującego u Pani przeziębienia. Proszę tylko zachować ścisłą higienę, myć często ręce, często wietrzyć mieszkanie, by zmniejszyć ryzyko zarażenia dziecka infekcją wirusową.

*Pozdrawiam serdecznie
dr n. med. Marzena Kostuch*

Mam katar, kaszel, gorączkę. Boli mnie gardło. Karmię piersią. Czy mogę brać jakieś leki?

Krystyna

Pani Krystyno

Wiele leków powszechnie stosowanych w infekcjach może być stosowana przez kobiety karmiące piersią. Do leków, które kobieta karmiąca piersią może stosować w czasie infekcji, m.in. należą:

1. Leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe – paracetamol i ibufen.
2. Można stosować leki miejscowe – czyli powszechnie stosowane krople na katar i leki do ssania na gardło.
3. Leki na kaszel suchy – przeciwkaszlowe – preparaty zawierające substancję zwaną dekstrometorfanem są kompatybilne z karmieniem piersią.
4. Leki mukolityczne na mokry kaszel – preparaty z acetylocysteiną na mokry kaszel.
5. Witamina C – jest bezpieczna.
6. Jeśli lekarz uzna za zasadne włączyć do leczenia antybiotyki – większość popularnie stosowanych w infekcjach górnych dróg oddechowych antybiotyków można stosować w czasie karmienia piersią. Bezpieczne są:
 - a. Penicyliny, np. preparaty zawierające amoksylicynę;
 - b. Cefalosporyny, np. cefuroksym;
 - c. makrolidy można stosować w karmieniu piersią, ale są to antybiotyki tzw. drugiego wyboru;
7. Dobrą alternatywą dla chemicznych substancji leczniczych jest miód.

Leki zawierające pseudoefedrynę, czyli popularne leki na przeziębienie jak Gripex czy Sudafed nie są szkodliwe dla dziecka (przechodzą do pokarmu w śladowych ilościach), ale mogą zmniejszyć laktację.

Wszystkie leki, które można stosować u dziecka karmionego piersią, można również stosować u jego mamy. Oczywiście w zmodyfikowanych dawkach przeznaczonych dla osoby dorosłej.

*Pozdrawiam serdecznie
dr n. med. Marzena Kostuch*



Unikatowe kursy w ofercie Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią

Profesjonalny kurs prowadzony przez ekspertów KUKP na terenie placówki opieki zdrowotnej lub innym miejscu wskazanym przez odbiorcę.

Adresaci: lekarze, pielęgniarki, położne, dietetycy, neurologopedzi, fizjoterapeuci

Cel: Przekazanie rzetelnej wiedzy o laktacji i karmieniu naturalnym przez profesjonalnie przygotowany panel wykładowców. Przygotowanie kadry do sprawowania rzetelnej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i karmiącą w zakresie laktacji.

Laktacja i karmienie naturalne

Program:

1. Fizjologia laktacji i karmienia piersią. Budowa i funkcja aparatu orofacialnego. Protokół ssania.
2. Międzynarodowy Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące.
3. Prezentacja pozycji matki i dziecka podczas karmienia.
4. Problemy matki w przebiegu laktacji i karmienia piersią.
5. Leki stosowane podczas znieczulenia porodu i karmienia piersią.
6. Choroby matki a karmienie naturalne.
7. Problemy dziecka wpływające na karmienie z piersi:
 - dziecko chore
 - noworodek urodzony przedwcześnie
 - noworodek z wadą rozwojową wpływającą na umiejętność ssania piersi
 - problem nieprawidłowego wędzidełka podjęzykowego – rozpoznawanie, kwalifikacja do podcinania, procedura podcinania (prezentacja przypadków, filmy, ew. ćwiczenia praktyczne)
 - miejsce i rola neurologopedy w oddziale neonatologicznym

Czas trwania: 8 godzin. **Cena:** 5000,00 zł. Cena zawiera udział w wykładach, udział warsztatach, materiały naukowe z kursu, certyfikat.

Zgłoszenia prosimy kierować pod adresem: kukp@laktacja.pl lub telefonicznie: **22 58 413 58**.

Czytanie w okresie prenatalnym i od kołyski w Szpitalu Przyjaznym Dziecku

Jolanta Warzycha, Marta Baryła, Marta Bazylińska
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. N.M.P.
w Częstochowie

„Jeżeli nie damy dziecku zabawek, będzie bawiło się kamykami lub patykami.

Jeżeli nie damy mu książki, samo po nią nie sięgnie.”

prof. Grzegorz Leszczyński

W dzisiejszych czasach czytanie wypierają media (telewizja, wideo, komputer). Stale maleje wśród Polaków poziom czytelnictwa, a rozumienie tekstu przez dzieci i młodzież jest niewystarczające. Czytanie dziecku powinno się zaczynać w okresie prenatalnym.

Czytanie do brzucha uświadamia kobietom ciężarnym, że wchodzi w sferę dziedzictwa kulturowego. Płód w brzuchu słyszy, chociaż dźwięki świata zewnętrznego muszą przedostać się przez otaczające tkanki. Lingwiści twierdzą, że podstawą do późniejszego przyswajania języka są rytm i melodia słyszanych głosów. Już od 24 tygodnia ciąży płód rozpoznaje głos matki. W latach 80. prowadzono badania, które sugerowały, że dzieci po urodzeniu rozpoznają melodię ulubionego serialu mamy.

Na oddziale neonatologicznym, gdzie pracujemy, rodzice są częścią zespołu terapeutycznego. Oprócz uczestniczenia w pielęgnacji i karmieniu czytają noworodkom wiersze i bajki terapeutyczne. Wiedzą, że potrzebę i nawyk czytania należy kształtować od pierwszych dni. Czytanie małej postaci na głos stymuluje rozwój jego mózgu. Często powtarzane frazy (wyliczniki, wierszyki) zostawiają ślad w mózgu dziecka, co wpływa na późniejsze rozumienie mowy (słownik bierny). Ta prawidłowość jest związana z kolejnością dojrzewania poszczególnych ośrodków w mózgu odpowiedzialnych za rozumienie i artykułowanie mowy.

Naukę mowy rozpoczynamy czytając do brzucha, a kontynuujemy na oddziale neonatologicznym. Obszary mózgu odpowiedzialne za przetwarzanie dźwięków są aktywne już w III trymestrze ciąży.

Czytanie na oddziale sprawia, że cała rodzina ma swoje obowiązki. Mama kanguruje, karmi piersią lub pokarmem odciągającym, a ojciec i rodzeństwo czytają na głos. Dziecko jest otaczane mową i spokojną muzyką. Czytanie pomaga przyswajać intonację i melodię języka.

Z naszych obserwacji wynika, że wcześniaki z grupy 32-34 tygodnie, którym czyta się wiersze i bajki są spokojniejsze, mają szybsze i większe przyrosty masy ciała. Czytanie, tak jak szczepienia, są inwestycją w zdrowie najmłodszych. Buduje szczególny rodzaj więzi emocjonalnej między rodzicami i noworodkami. Jest elementem medycyny ukierunkowanej na małego pacjenta i rodzinę.

Psycholodzy i pedagodzy zajmujący się rozwojem dzieci podkreślają, że czytanie wpływa na aktywację pięciu obszarów kompetencyjnych: komunikacji, odpoczynku, inteligencji emocjonalnej, koncentracji i emocji. Przynosi korzyści natychmiastowe i procentuje w przyszłości. Nie wywołuje lęków i niepokoju jak telewizja czy smartfony. Pomaga uspokoić także rodziców zestresowanych porodem przedwczesnym. Mamy nadzieję, że czytanie z oddziału neonatologicznego będzie przenieszone do domu i stanie się codzienną czynnością. Niemowlęciu poznającemu wyrazy dźwiękonaśladowcze i brzmienie kolejnych słów łatwiej jest zacząć mówić samodzielnie (słownik czynny). Powiązanie dźwięku z obrazem wzmacnia bowiem zapamiętywanie nowych informacji, usprawnia koordynację wzrokowo-ruchową, stymuluje wzrok.

Umberto Eco powiedział: „Kto czyta, żyje podwójnie”. Nie chcemy, aby noworodki i niemowlęta żyły w jednowymiarowym świecie pozbawionym emocji i dlatego tłumaczymy rodzicom potrzebę czytania do brzucha i od kołyski. Czytanie to także antidotum na wpływy współczesnej cywilizacji. Nikt z nas nie rodzi się czytelnikiem. Czytelnika trzeba wychować poprzez wprowadzenie czytania jako rytuału. Warto utrzymać ten rytuał nawet wtedy, gdy dziecko samo już potrafi czytać. Literatura dziecięca pełna wierszy, rymowanek i kołysanek to kontakt z całą gamą dźwięków i bodźców rozwijających mózg poprzez budowę międzyneuronalnych połączeń.

Warto postawić na różnorodność, czyli poezja na zmianę z muzyką – raz Brzechwa i Tuwim, raz Chopin i Mozart.

Stosunek małego dziecka do czytania i słuchania jest budowany poprzez odniesienia emocjonalne. Kilkuminutowe czytanie spokojnym głosem pozwala budować poczucie przewidywalności i przynależności do wspólnoty rodzinnej. Dorosli na czas lektury stają się dziećmi i nostalgicznie wracają do czasów dzieciństwa. ▀

Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie z tytułem Szpitala Przyjaznego Dziecku

mgr piel. Anna Romańska

pielęgniarka oddziałowa Kliniki Patologii Noworodka

mgr poł. Iwona Perlicka

doradca laktacyjny, Klinika Położnictwa i Ginekologii

Pierwszy raz tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie otrzymał w 2003 r., jako czwarty szpital kliniczny w Polsce. Jesteśmy szpitalem o trzecim stopniu referencyjności i w Klinice Patologii Noworodka leczymy dzieci urodzone przedwcześnie, z małą masą urodzeniową, wymagające intensywnej opieki i terapii, dzieci z cięż wielopłodowych, a także dzieci matek przewlekle chorych np. na cukrzycę, choroby nowotworowe, choroby nerek (w tym po przeszczepie nerek). Wykonujemy operacje okulistyczne wcześniaków z powodu retinopatii, operacje chirurgiczne i kardiochirurgiczne (zamykanie przewodu tętniczego). Przy często występujących patologich, niespodziewanych sytuacjach, z którymi bardzo często się spotykamy, trudniej jest spełnić wymagania, jakie są stawiane przez WHO Szpitalom Przyjaznym Dziecku, w odróżnieniu od szpitali o niższym stopniu referencyjności.

Choć tym zaszczytnym tytułem cieszymy się od lat, to cały czas doskonalimy naszą opiekę nad pacjentkami. W 2016 r. utworzyliśmy stanowisko Doradcy Laktacyjnego, dzięki czemu prowadzimy więcej cyklicznych szkoleń wewnętrznych dla personelu. Aby ujednoczyć sposób postępowania w określonych sytuacjach, opracowaliśmy procedury opieki laktacyjnej, niektóre dostosowaliśmy do naszych potrzeb. Doradca laktacyjny służy pomocą położnym sprawującym codzienną opiekę nad naszymi mamami w sytuacjach trudnych oraz pacjentkom w pierwszych dniach po porodzie.

Kładziemy duży nacisk na edukację kobiet ciężarnych, by lepiej mogły się przygotować do nowych wyzwań poporodowych, szczególnie w karmieniu piersią. W tym celu wydaliśmy „Miniprzewodnik laktacyjny”, będący małym ABC karmienia piersią dla ciężarnych, z informacjami, które pomagają zrozumieć fizjologię laktacji w pierwszych dobach po porodzie, i wskazówkami, co robić w sytuacjach wyjątkowych.

Od 2017 r. prowadzimy indywidualne konsultacje laktacyjne dla kobiet ciężarnych z Oddziału Patologii Ciąży, dzięki czemu porada jest dostosowana do potrzeb i doświadczeń konkretnej matki. Taka forma

rozmowy daje możliwość zadawania innych pytań przez kobietę mającą już wiedzę nt. laktacji, a innych przez matkę oczekującą pierwszego doświadczenia karmienia.

Zaktualizowaliśmy także „Działania propagujące i wspierające karmienie piersią” obowiązujące w naszym szpitalu. Rozszerzyliśmy je o nowe wytyczne w zakresie „10 kroków do udanego karmienia piersią” wprowadzonych przez WHO. Ich aktualizacja w 2018 r. dotyczyła m.in. opieki nad noworodkami chorymi oraz dziećmi urodzonymi przedwcześnie, również tymi pozostającymi w intensywnej opiece i terapii. Kiedy w 2003 r. otrzymaliśmy prawo posługiwania się tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku” ten aspekt opieki nie był oceniany, jednak już wówczas cały personel naszej kliniki był świadomy i przekonany o słuszności i korzyściach płynących z kontaktu „skóra do skóry” i wdrażał je na co dzień.

We wsparciu matek w rozpoczęciu i utrzymaniu laktacji bardzo pomocne są laktatory, którymi dysponujemy w dużej ilości. Każda mama otrzymuje jednorazowy zestaw do odciągania pokarmu wraz z instrukcją postępowania. Pacjentki są informowane także o metodzie ręcznego odciągania pokarmu – otrzymują pisemną informację na ten temat oraz o warunkach przechowywania pokarmu.

Utrzymanie tytułu to wyróżnienie dla naszego szpitala, ale i konieczność ciągłej pracy i wysiłku całego zespołu sprawującego opiekę nad matką i dzieckiem. Włączamy do niego także rodziców, szczególnie tych, których dzieci urodziły się przedwcześnie. Zachęcamy ich do opieki nad swoimi dziećmi, podczas której personel przekazuje wiele wskazówek odnośnie pielęgnacji, karmienia, a także bezpieczeństwa dziecka na oddziale i po wypisie do domu.

W tym roku 10 i 11 stycznia, po raz kolejny przechodziliśmy reocenę. Członkowie komisji oceniającej stworzyli przyjazną atmosferę, choć bardzo wnikliwie przyglądali się naszej pracy. Znów mamy pewność, że zarówno kobiety wybierające nasz szpital, jak i ich pociechy będą miały możliwie najlepszą opiekę przed porodem, w trakcie, a także po porodzie. To jest dla nas najważniejsze. ▀



SAMODZIELNY
PUBLICZNY SZPITAL
KLINICZNY NR 2
PUM w Szczecinie

Działania propagujące i wspierające karmienie piersią

realizowane w SPSK-2



- Personel medyczny naszego szpitala, opiekujący się matkami i dziećmi, jest przeszkolony w realizowaniu wszystkich działań sprzyjających karmieniu piersią.
- Zachęcamy kobiety oczekujące narodzin dziecka do udziału w zajęciach szkół rodzienia, udostępniamy ulotki, miniprzewodniki laktacyjne, informatory, polecamy literaturę i strony internetowe na temat karmienia piersią i opieki nad dzieckiem. Informujemy rodziców o możliwości uczestniczenia przy porodzie osoby towarzyszącej.
- Z każdą matką będącą pod opieką Oddziału i Poradni Patologii Ciąży SPSK-2 rozmawiamy na temat jej planów dotyczących sposobu żywienia dziecka, zachęcamy do karmienia piersią, przedstawiamy i uzasadniamy praktyki szpitalne sprzyjające karmieniu piersią.
- Informujemy ciężarne i potożnice o:
 - korzyściach karmienia naturalnego dla dziecka, matki i rodziny,
 - prawidłowych technikach i pozycjach przy karmieniu dziecka piersią,
 - sposobach oceny prawidłowego ssania,
 - postępowaniu w razie trudności z karmieniem piersią.
- Bezpośrednio po narodzinach dziecka zapewniamy kontakt noworodka z mamą „skóra do skóry”, podczas którego w ciągu pół godziny po porodzie pomagamy mamie w rozpoczęciu karmienia.
- Po cięciu cesarskim i porodzie zabiegowym zapewniamy mamie i dziecku kontakt „skóra do skóry”, jeśli ich stan zdrowia na to pozwala.
- Bierzymy pod uwagę wpływ leków na karmienie piersią i ograniczamy ich stosowanie.
- Personel opiekujący się mamą i dzieckiem zna zasady postępowania z matką HIV-pozytywną.
- Pomagamy mamom w karmieniu piersią, uczymy ich prawidłowej pozycji podczas karmienia, techniki przystawiania do piersi oraz ręcznego odciągania pokarmu.
- Matki otrzymują pisemną informację o zasadach odciągania mleka, warunkach jego przechowywania i transportu.
- Informujemy matki o funkcjonowaniu w szpitalu Banku Mleka Kobięcego SPSK-2, warunkach zostania dawczynią mleka kobiecego, zasadach jego odciągania i podawania go noworodkom, które z różnych przyczyn nie mogą być karmione mlekiem własnej mamy.
- Stwarzamy warunki sprzyjające rozpoczęciu i kontynuowaniu wyłączonego karmienia piersią – oddział funkcjonuje w systemie „matka z dzieckiem” (noworodek przebywa z mamą we wspólnym pokoju przez całą dobę), dotyczy to także matek po porodach zabiegowych i dzieci leczonych. Tylko przyczyny medyczne mogą być powodem oddzielenia dziecka od mamy – wyjaśniamy wówczas matce powód takiego postępowania i uczymy jak utrzymać laktację.
- Zachęcamy matki do karmienia piersią i ułatwiamy karmienie według potrzeb dziecka i matki, nie ograniczamy czasu trwania karmienia. Nie dopajamy i nie dokarmiamy noworodków karmionych piersią, z wyjątkiem uzasadnionych wskazań medycznych.
- Nadzorujemy przebieg karmienia noworodka, a wyniki obserwacji zapisujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.
- W przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych i chorych pomagamy mamie w stymulacji i utrzymaniu laktacji - zapewniamy rodzicom nieograniczony kontakt z dzieckiem, zachęcamy do odciągania pokarmu przez matkę, umożliwiamy rodzicom „kanguruwanie” wcześniaka, nawet jeśli pozostaje on pod opieką oddziału intensywnej terapii, ale jego stan na to pozwala.
- Jeśli niezbędne jest dokarmienie, prowadzimy je w sposób niezaburzający ssania u dziecka (za pomocą strzykawki lub sondy przy piersi).
- Nie prowadzimy zbiorowego instruktażu jak karmić sztucznie i nie reklamujemy mieszanek i akcesoriów do sztucznego karmienia oraz firm je produkujących. W uzasadnionych przypadkach pokazujemy w jaki sposób stosować mieszanki modyfikowane.
- W razie problemów z karmieniem piersią personel naszego szpitala chętnie służy pomocą wszystkim mamom – zachęcamy do kontaktu.

Klinika Patologii Noworodka

dyrektor szpitala
Marcin Sygut

Marcin Sygut

lekarz kierujący
dr hab. n. med.
Beata Łoniewska, prof. PUM

Beata Łoniewska

pielęgniarka oddziałowa
mgr piet.
Anna Romańska

Anna Romańska

Klinika Późnictwa i Ginekologii

lekarz kierujący
prof. dr hab. n. med.
Andrzej Torbé

Andrzej Torbé

położna oddziałowa
mgr pot.
Kamila Pietrzak

Kamila Pietrzak

+48 91 466 13 56

Izba Przyjęć Późniczo-ginekologiczna

+48 91 466 13 71

Poradnia Patologii Noworodka

+48 91 466 13 69

dzyurka potożnych i pielęgniarek
neonatologicznych

W miejscach, gdzie przebywają kobiety przed i po porodzie, pacjentki i ich rodziny mogą zobaczyć plakat „Działania propagujące i wspierające karmienie piersią”, mat. SPSK-2

WaterWipes®

THE WORLD'S PUREST BABY WIPES

Najbezpieczniejsze chusteczki na świecie

💧 Chusteczki nasączone wodą dla niemowląt

💧 Bezpieczne dla wrażliwej skóry wcześniaków i noworodków

💧 Polecane przez 97% lekarzy pediatrów*

💧 Tylko 2 składniki

99,9 % wody i 0,1 % ekstraktu z pestek grejfruta - naturalna substancja przeciw drobnoustrojom przedłużająca trwałość produktu

💧 Zalecane do pielęgnacji przy odparzeniach pieluszkowych, alergiach i atopowym zapaleniu skóry

💧 Wygoda stosowania poręczny i naturalny odpowiednik wody i wacika

99,9% wody
0,1% ekstraktu
z pestek grejfruta



* dotyczy pediatrów w UK

Polecane przez brytyjskich specjalistów

 **AllergyUK**
ALLERGY FRIENDLY PRODUCT

waterwipes.pl