



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 3 /2020

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Skażenie środowiska a karmienie piersią
- Pandemia SARS CoV 2 a karmienie piersią
 - Rak piersi a ciąża i karmienie piersią
- Wczesne czy późne wzmacnianie mleka kobiecego?
 - Laktoferyna mleka kobiecego
- Honorata, mama Adasia. Moja droga do karmienia piersią
- Szpital przyjazny dziecku - nieco inne spojrzenie

Drodzy Czytelnicy!

Za nami obchody Światowego Tygodnia Karmienia Piersią, którego temat przewodni pozwolił nam uświadomić sobie ogrom zniszczeń środowiska, w którym żyjemy. Emisja do atmosfery wielu trujących gazów, nadprodukcja wysoko przetworzonej żywności oraz konieczność utylizacji niewykorzystanych zasobów, transport, wszechobecny smog – to codzienne zjawiska naszej cywilizacji. Zdaliśmy też sobie sprawę z istniejących dalszych zagrożeń postępującej degradacji przyrody dla każdego z nas i następnych pokoleń.

Na tym tle karmienie piersią, bliskość matki z dzieckiem, integracja rodziny i wspólna dbałość o zdrowie jawi się jako wyspa szczęśliwości. Mleko mamy jest zawsze gotowe, nie wymaga podgrzewania, opakowania, jest zawsze w całości wykorzystane. Dlatego w ruch promocji karmienia naturalnego włącza się rzesza zapaleńców, fachowych pracowników ochrony zdrowia oraz wiele profesjonalnie działających organizacji pozarządowych.

Te starania przynoszą efekty! Jak obserwuję kobiety karmiące po porodzie, ich wiedza i determinacja w karmieniu piersią są godne podziwu! Te matki wymagają ciągłego wsparcia, utwierdzania w słuszności podjętej decyzji, pomocy w doskonaleniu umiejętności karmienia.

Oczekiwania i potrzeby są ogromne, dlatego tak ważne jest ciągle podnoszenie wiedzy i otwartość na nowe doniesienia naukowe. Konieczna jest efektywna wzajemna komunikacja i wspólne działania wszystkich zainteresowanych zespołów – medycznych, środowiskowych, a także innych matek, którym się udało. Nie jesteśmy dla siebie konkurencją, mamy wspólne zadania i wspólny cel – promowanie karmienia piersią jako najlepszego modelu żywienia, przynoszącego najwyższe korzyści dziecku, rodzinie, społeczeństwu i środowisku.

Zachęcam do lektury naszego kolejnego Biuletynu. W stałych rubrykach mamy dla Państwa artykuły pogładowe, pierwszy o wpływie skażenia środowiska na skład mleka kobiecego, kolejny o karmieniu piersią w epoce pandemii SARS CoV 2, kolejny na temat raka piersi. Aktualności naukowe to temat laktoferyny mleka kobiecego i jej znaczenia dla zdrowia dziecka oraz doniesienie o wzmacnianiu mleka kobiecego. Głos matek to dziś list Honoraty, jak dochodziła do karmienia piersią Adasia, jak pokonywała kolejne bariery.

Wiele ciepłych słów o laktacji napisała do nas mgr Agnieszka Marzęta. Niech Was nie zmyli tytuł artykułu „O laktacji inaczej”, to aktywne włączenie się w nurt popularyzacji karmienia piersią! Mamy też oryginalny głos prof. Marii Katarzyny Borszewskiej Kornackiej – indywidualne spojrzenie na Inicjatywę Szpital Przyjazny Dziecku – tu będzie naprawdę inaczej!

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzę, abyście przeżyli je Państwu bardzo duchowo, w atmosferze ponadpodziałowego porozumienia, w poczuciu wspólnoty celów, w jedności myśli. Bądźmy jednoczeni w rodzinach, ze współpracownikami w miejscach pracy, z medykami pracującymi w oddziałach covidowych, z dyżurującymi przy chorych. Skierujmy nasze myśli do matek czuwających przy noworodkach, zwłaszcza tych które pospieszyły się z przyjściem na świat. Nam, pracującym w oddziałach neonatologicznych trudno ustrzec się przed siłą skojarzenia, zwłaszcza w tą wigilijną noc.

Do Nowego Roku, w którym przywitamy Państwa nowym Biuletynem i nowymi propozycjami Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią!

Maria Wilińska
Przewodnicząca Zarządu Głównego Komitetu
Upowszechniania Karmienia Piersią

Skażenie środowiska a karmienie piersią

Lek. med. Urszula Bernatowicz Łojko, IBCLC

Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Bank Mleka Kobięcego, Poradnia Patologii Noworodka, WSZ im. L. Rydygiera w Toruniu

Dobra jakość życia to pojęcie wielowymiarowe. Jednym z nich jest środowisko, w którym żyjemy. Ma ono niebagatelny wpływ na szeroko rozumiany stan zdrowia człowieka oraz całość jego rozwoju i funkcjonowania.

W ostatnich latach skutki zanieczyszczenia środowiska są coraz bardziej odczuwalne również w Europie, w tym i w Polsce. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że czynniki stresogenne związane ze środowiskiem odpowiadają za 15–20% wszystkich zgonów w 53 państwach europejskich. Według OECD, do roku 2050 poziom zanieczyszczenia powietrza w miastach ma stać się główną środowiskową przyczyną umieralności na świecie.

Skażenie środowiska może dotyczyć zarówno wszechobecnej w życiu mieszkańców naszej planety wody, jak również powietrza, a także gleby i roślin. W konsekwencji problem ten obejmuje również pożywienie, w tym mleko produkowane przez ssaki, a więc także mleko ludzkie.

Skażenie powietrza to przede wszystkim cząstki pyłu zawieszonego i zawarte w nich związki metali ciężkich, jak kadm, ołów, arsen, czy rtęć. Substancje te trudno wyeliminować ze środowiska. Ich okres półtrwania wynosi od 2,5 roku do kilkunastu lat. W roku 2015 pyły zawieszone uznano za piąty wśród najważniejszych czynników ryzyka odpowiedzialnych za 7,6% zgonów na świecie. W krajach Unii Europejskiej ponad 75% mieszkańców miast jest narażonych na przekraczające normy ilości pyłów zawieszonych.

Kobiety w okresie ciąży oraz dzieci stanowią grupy szczególnie narażone na negatywne skutki skażenia powietrza. Ekspozycja we wczesnym okresie życia na nawet stosunkowo niskie dawki zanieczyszczeń może skutkować zarówno większą zapadalnością na schorzenia będące ich następstwem, jak też na zaburzenia rozwojowe, a także zwiększać ryzyko zgonu w okresie wczesnego dzieciństwa, czy w późniejszym wieku.

Nie mniej groźne są również liofilowe zanieczyszczenia organiczne, takie jak polichlorowane bifenyle, dibenzofurany czy dioksyny. Związki te przez ostatnie dziesięciolecia były powszechnie stosowane do produkcji m.in. izolacji

elektrycznych, płynów smarowych, farb, lakierów, dodatków do klejów, papieru kserograficznego, a także tworzyw sztucznych, używanych również do przechowywania żywności. Mimo, że związki te od lat nie są już komercyjnie produkowane, to ze względu na oporność na procesy rozkładu, nadal są istotnym czynnikiem zanieczyszczającym akweny wodne. Substancje te wykazują właściwości lipofilne – penetrują do tłuszczów, zarówno będących składnikami żywności (np. w procesie przechowywania jej w plastikowych pojemnikach), jak też do organizmów żywych, w tym ludzkiej i zwierzęcej tkanki tłuszczowej.

Do organizmu człowieka liofilowe zanieczyszczenia organiczne trafiają również poprzez spożywanie skażonych nimi ryb. Spożywanie ryb jako cennego źródła niezbędnych człowiekowi kwasów omega 3 (w tym DHA), które nie są syntetyzowane przez ssaki, może jednocześnie zwiększać narażenie na obecne w nich toksyczne związki organiczne.

Zarówno zanieczyszczenia organiczne, jak też związki metali ciężkich mogą być przyczyną zaburzeń w wytwarzaniu w organizmie ludzkim immunomodulatorów, w tym w szczególności cytokin- hormonopodobnych peptydów produkowanych przez limfocyty. Cytokiny odgrywają kluczową rolę w inicjacji i regulacji procesów immunologicznych. Negatywne oddziaływanie ww. toksyn przejawia się dysregulacją w wytwarzaniu cytokin o działaniu pro- i przeciwzapalnym. Prowadzi to do zaburzeń w budowaniu szybkiej i skutecznej odpowiedzi immunologicznej. Szkodliwe działanie bisfenoli czy soli metali ciężkich może prowadzić do rozwoju chorób autoimmunologicznych, alergicznych, może też pogarszać odpowiedź organizmu na czynniki infekcyjne, a także prowadzić do depresji czy zaburzeń snu.

Absorpcja toksycznych składników skażenia środowiska przez noworodki, niemowlęta i małe dzieci jest znacznie większa niż przez osoby dorosłe. Wynika to zarówno z niedojrzałości ich systemów obronnych, słabszych mechanizmów oczyszczania organizmu i wydalania toksycznych produktów przemiany materii, intensywnego procesu wzrastania i dojrzewania, a także większego stosunku powierzchni do masy ciała oraz dłuższego przebywania tych dzieci na zewnątrz.

Narażenie najmłodszej grupy wiekowej na oddziaływanie toksycznych czynników środowiskowych może prowadzić do nieodwracalnych zmian chorobowych i zaburzeń w rozwoju. M.in. udowodniono ich związek z rozwojem martwiczego zapalenia jelit, czy nietolerancją glutenu, a także wskazano jako przyczynę chorób skóry, zaburzeń endokrynych i neurologicznych.

Mleko kobiece jako substancja o wysokiej zawartości tłuszczu również może stać się potencjalnym rezerwuarem toksycznych zanieczyszczeń dla karmionego nim dziecka.

WYDAWCA:

Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Z drugiej jednak strony, jesteśmy w posiadaniu bardzo już bogatej wiedzy na temat protekcyjnego składu i oddziaływania pokarmu kobiecego na organizm oseska. Karmienie piersią jest uznanym przez krajowe i międzynarodowe gremia naukowe (w tym przez WHO) „złotym standardem” w żywieniu niemowląt i małych dzieci.

Rodzi się więc pytanie, jak traktować karmienie naturalne w dobie dramatycznie narastającego w ostatnich latach skażenia środowiska, w którym żyjemy. Czy mleko kobiece jest nadal bezpiecznym pokarmem dla najmłodszych?

Badania naukowe przeprowadzone w ostatnich latach przez ośrodki europejskie, w tym również polskie wykazały, że w większości badanych prób mleko kobiece, mimo, że potencjalnie narażone na zanieczyszczenia środowiskowe, zawiera ich mniej, niż dopuszczalne normy zawartości toksycznych substancji. Najwyższe stężenia wykazano w próbach pochodzących z rejonów wysoko uprzemysłowionych, o dużej gęstości zaludnienia, o bardzo wysokim stopniu skażenia środowiska.

Wykazano pozytywną korelację zawartości tych czynników z wiekiem matki rodzącej pierwsze dziecko. Takiej korelacji nie obserwowano już w przypadku porodu drugiego i kolejnych dzieci. Zjawisko to należy wiązać z wieloletnią kumulacją toksyn o długim okresie półtrwania w organizmie starszych rodzających. Czynnikiemami zwiększającymi ryzyko kumulacji toksyn okazały się również: BMI (ang. body mass index – wskaźnik masy ciała) matki przed zajściem w ciążę, przyrost masy ciała matki w ciąży i masa ciała dziecka po urodzeniu, ponadto nawyki żywieniowe badanych kobiet (w tym m.in. ilość i rodzaj spożywanych ryb), a także palenie papierosów. Wskazuje to również na mleko ssaków jako wydzielinę, poprzez którą organizm matki eliminuje nagromadzone długookresowo zanieczyszczenia.

W związku z tym obecnie badania nad stopniem zanieczyszczenia mleka kobiecego stosuje się w wielu krajach jako matrycę do nieinwazyjnego śledzenia ekspozycji populacji mieszkańców danego terenu na skażenie środowiska.

Badanie przeprowadzone w 2017–18 roku przez badaczy z Wydziału Chemii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu nad zawartością polichlorowanych bifenyli w mleku matek z województwa kujawsko-pomorskiego (w tym również dawczyń do regionalnego Banku Mleka Kobiecego- rBMK) wykazały obecność tych związków w badanych próbach, ale ich stężenie było niższe niż obowiązujące dopuszczalne normy tych zanieczyszczeń. Była ona także dużo niższa niż wartości prezentowane w badaniach polskich z poprzednich lat, a nawet niż wyniki uzyskane w krajach europejskich o stosunkowo niskim stopniu zanieczyszczenia środowiska, jak Holandia czy Norwegia.

Być może wynika to z niezbyt dużego uprzemysłowienia regionu, w którym przeprowadzono badanie, jak też doboru

badanej grupy, którą w większości stanowiły zdrowe, dobrze wykształcone, świadome i troskliwe mamy, w tym dawczyni do rBMK, dbające o zdrowie swoje i swoich dzieci, w tym także o możliwie bezpieczne jakościowo pożywienie dla siebie. Ten projekt badawczy pozwolił również na opracowanie nowatorskiej metody badawczej QuEChERS z użyciem nowoczesnej chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią mas (GC-MS) do szybkiego i precyzyjnego oznaczania zawartości w mleku kobiecym ww. zanieczyszczeń.

Badania wskazują, że mleko matki jest nadal znacznie bezpieczniejszym pokarmem dla dziecka od stosowanych mieszanek modyfikowanych. Wiąże się to prawdopodobnie z wpływem zanieczyszczenia środowiska również na zwierzęta hodowlane, w tym mleczone krowy (powietrze, woda, stosowane pasze), a także ze stopniem skażenia wody lub tłuszczów używanych do procesu produkcji sztucznego pokarmu. Ponadto mleko kobiece w odróżnieniu od mieszanek modyfikowanych zawiera unikatowy skład zarówno swoistych gatunkowo składników odżywczych, jak też biologicznie, w tym immunologicznie, aktywnych czynników torujących optymalny wielokierunkowy rozwój dziecka karmionego piersią.

Należy dokładać wszelkich starań, by minimalizować stopień skażenia środowiska naturalnego, a także prowadzić właściwą politykę prozdrowotną, w szczególności realizując właściwie profilaktykę chorób cywilizacyjnych w naszym społeczeństwie, w tym zapobiegając nadwadze i otyłości.

Biorąc pod uwagę również dodatkowe, powstające w procesie produkcji mieszanki na bazie mleka krowiego czynniki, powodujące wzrost zanieczyszczenia środowiska (w tym ilość powstających gazów cieplarnianych, zużycie energii elektrycznej, produkcja i utylizacja opakowań, plastikowych akcesoriów do przygotowywania i podawania takiego pokarmu itp.), karmienie piersią nadal pozostaje niekwestionowanym priorytetem w żywieniu noworodków, niemowląt i małych dzieci, zgodnie z tegorocznym hasłem Światowego Tygodnia Karmienia Piersią: **„Wspieraj karmienie piersią dla zdrowszej planety!”**

Piśmiennictwo

1. Wiech A.K., Marciniak-Mykieta M., red. Albiński B., Główny Inspektorat Ochrony Środowiska. Stan środowiska w Polsce. Sygnały 2016, Biblioteka Monitoringu Środowiska Warszawa.2017. https://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_Sygnały_2016.pdf
2. Zielińska M.A., Hamulka J., Protective effect of breastfeeding on the adverse health effects induced by air pollution: current evidence and possible mechanisms. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.2019,16,4181.
3. Pajewska-Szmyt M., Sinkiewicz-Darol E., Bernatowicz-Łojko U., Kowalkowski T., Gadzała-Kopciuch R., Buszewski B. QuEChERS extraction coupled to GC-MS for a fast determination of polychlorinated biphenyls in breast milk. *Environmental Science and Pollution Research*, 2019, 26:30988-30999.
4. Pajewska-Szmyt M., Sinkiewicz-Darol E., Gadzała-Kopciuch R. The impact on environmental pollution on the quality of mother's milk. *Environmental Science and Pollution Research*, 2019, 26:7405-7427

Pandemia SARS CoV 2 a karmienie piersią

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Nowy koronawirus SARS CoV 2 okazał się jednym z najbardziej angażujących współczesnych patogenów i największym wyzwaniem zdrowia publicznego ostatnich dziesięcioleci. Naszym wspólnym interesem jest określenie i zrozumienie głównych dróg transmisji wirusa. Najbardziej znanym mechanizmem szerzenia się pandemii jest droga kropelkowa zarażenia poprzez bezpośredni kontakt z wydzieliną dróg oddechowych osoby zakażonej, z dyspersją pary wodnej z jej dróg oddechowych. Rzadziej do zakażenia dochodzi poprzez przedmioty martwe, w tym powierzchnie.

Dla kobiet rodzących i karmiących szczególnie ważne jest ryzyko transmisji pionowej do dziecka przez karmienie piersią i spożycie zakażonego mleka kobiecego. Dostępna literatura obejmuje zaledwie kilkanaście pozycji obrazujących problem. Wyniki prezentowane w dostępnym piśmiennictwie mówią o pojedynczym oznaczeniu, w którym wykryto obecność SARS CoV 2 w mleku. Drugie warte uwagi jest doniesienie, w którym stwierdzono obecność przeciwciał specyficznych dla SARS CoV 2. Należy tu dodać, że metoda oznaczania SARS CoV 2 w mleku nie została zwalidowana.

Brak jednoznacznych ustaleń co do ryzyka transmisji wertykalnej podczas ciąży, porodu i potem poprzez karmienie z piersi wywołał spore zamieszanie w zaleceniach czołowych światowych organizacji. Zalecenia *American Academy of Pediatrics, 2020; Centers for Disease Control and Prevention, 2020a, World Health Organization, 2020, United Nations Children's Fund [UNICEF] z roku 2020* oraz lekarzy chińskich ujawniły brak pewności co do najbezpieczniejszego postępowania z dzieckiem. Światowa Organizacja Zdrowia od początku pandemii zaleca aby matka, nawet jeśli ma pozytywny wynik na COVID, rozpoczęła karmienie piersią w ciągu pierwszej godziny po urodzeniu i kontynuowała wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy, a karmienie do 2 lat. Zalecane jest stosowanie odpowiedniej higieny dróg oddechowych, higieny rąk i środki ostrożności w środowisku. UNICEF rekomenduje matkom karmienie piersią z zachowaniem wszelkich środków ostrożności, jak noszenie maski i mycie rąk przed i po karmieniu. Centrum Kontroli Chorób Zakaźnych (USA) ani nie zaleca, ani nie zniechęca do karmienia piersią, ale radzi, aby decyzję podejmowała matka i rodzina w poro-

zumieniu z pracownikami ochrony zdrowia. Jeżeli matka zdecyduje się na separację, nadal może odciągać mleko dla dziecka, stosując odpowiednią higienę rąk. Mleko to może być podane dziecku przez zdrowego opiekuna. Matka, która pozostaje z dzieckiem we wspólnej sali i chce karmić piersią, może to realizować, zachowując osłonę twarzy i stosując higienę rąk.

Rekomendacje polskie początkowo wzorowane były na modelu lekarzy chińskich, nakazujących cięcie cesarskie jako metodę porodu z wyboru, a następnie bezwzględną separację matki COVID (+) i dziecka. Aktualnie zalecenia Konsultanta krajowego ds. neonatologii oraz Prezesa Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego utożsamiają się z zaleceniami WHO, CDC i UNICEF-u, co spotkało się z dużą ulgą środowiska medycznego zainteresowanego karmieniem naturalnym. Niestety, w wielu szpitalach covidowych nie jest to nadal możliwe z powodu różnorodnych trudności logistyczno-organizacyjnych. Jednocześnie z nowymi Zaleceniami ekspertów opracowano w CNOL, Fundacji BMK oraz Fundacji Mlekiem Mamy wytyczne dotyczące sposobu gromadzenia i przekazywania mleka kobiecego w przypadku separacji matki COVID (+) i dziecka. KUKP zgłosił do Konsultanta Krajowego w zakresie neonatologii oraz do Ministerstwa Zdrowia szczegółowe wytyczne odnośnie wymogów technicznych laktatorów, pozwalających na bezpieczne pozyskiwanie mleka w szpitalu. Zgłosiliśmy do Ministerstwa Zdrowia potrzebę zaopatrzenia wszystkich szpitali covidowych w Polsce w niezbędny sprzęt laktacyjny. Zaproponowaliśmy aby Agencja Rezerw Materiałowych zakupiła zestawy, które umożliwiłyby dezynfekcję zestawu osobistego pomiędzy kolejnymi użyciami przez tą samą matkę w krótkim 3-dniowym okresie hospitalizacji. Szpital jest bowiem zobowiązany do zapewnienia matce sprzętu medycznego do pozyskiwania pokarmu. Matka, która w szpitalu musi odciągać pokarm dla swojego dziecka, nie może pozostać sama z problemem braku laktatora. Co więcej, sprzęt ten musi być odpowiedniej klasy, aby mógł zostać przekazany kolejnej matce.

Transmisja wirusów od zakażonej matki do karmionego piersią dziecka jest zjawiskiem znanym. Udokumentowano ją na przykładzie wirusa cytomegalii, HIV, HTLV. Ryzyko wzrasta wraz z wysokością wirerii matki. W przypadku HIV, jeśli matka nie przyjmuje leków antyretrowirusowych, ryzyko zakażenia dziecka w ciągu pierwszych 2 lat życia wynosi około 10-20%. Znamienne jest, że przy karmieniu mieszanym ryzyko transmisji wirusa od matki do dziecka wzrasta. W społeczeństwach bogatych karmienie piersią przez matki HIV dodatkowo, leczone bądź nieleczone, jest przeciwwskazane. W krajach III świata matki HIV dodatkowo wg zaleceń WHO powinny karmić piersią, biorąc pod uwagę korzyści karmienia naturalnego.

Co do CMV, około 60-70% noworodków karmionych przez matki CMV dodatnie zakaża się tym wirusem. Ryzyko zakażenia jest wyższe u wcześniaków, zwłaszcza o znacznej niedojrzałości. Niektóre z nich mogą demonstrować nawet objawy ostrej posocznicy. Tym niemniej, WHO i AAP rekomenduje karmienie piersią zdrowych donoszonych noworodków.

Najwyższe zagrożenie dla noworodka karmionego piersią istnieje w przypadku matki HTLV (+). Z uwagi na wysokie ryzyko rozwoju białaczki, w zgodnej opinii WHO i AAP karmienie piersią na całym świecie jest przeciwwskazane.

Ludzkie koronawirusy znane są od 1974 roku. Zawierają jednoniciową strukturę RNA. Siedem typów z nich powoduje infekcje u ludzi, w tym cztery: alfa koronawirusy 229E, NL63, OC43 oraz betakoronawirus HKU1 wywołują zwykle przeziębienia. Koronawirus 229E został zidentyfikowany w żołądku noworodka karmionego piersią. Do zakażenia mogło dojść poprzez mleko kobiece, ale ta droga nie została udokumentowana (nie przeprowadzono badania mleka).

W świetle rozprzestrzeniania się na świecie nowego wirusa SARS CoV2 pojawiają się co najmniej dwa zagadnienia do pilnego wyjaśnienia. Po pierwsze, czy w mleku matki zakażonej jest obecny wirus, co mogłoby stanowić zagrożenie zakażeniem dla karmionego piersią dziecka? Po drugie, czy wytwarzane przez zakażoną matkę przeciwciała i inne czynniki immunologicznie czynne obecne w mleku mogą stanowić potencjalną ochronę dziecka przed zakażeniem po jego urodzeniu się?

Wirus MERS-CoV, który zaatakował w Arabii Saudyjskiej w 2012 roku, nie został stwierdzony w mleku kobiecym. Nie opisano też przypadku zakażenia wertykalnego matka-płód tym patogenem. Istnieje natomiast doniesienie o zakażeniu człowieka poprzez spożycie niepasteryzowanego mleka wielbłądów jednogarbnych. To skutkowało wydaniem przez WHO w 1997 roku rekomendacji zakazujących picia świeżego mleka tych zwierząt.

SARS CoV spowodował epidemię w Chinach w roku 2003, następnie rozprzestrzenił się na cały świat. Nie udokumentowano wertykalnej transmisji SARS-CoV od matki do płodu. Istnieje jedno badanie (Robertson 2004), w którym stwierdzono obecność przeciwciał w mleku matki zakażonej w 19 tygodniu ciąży (badanie mleka oczywiście po porodzie, 131 dni od wystąpienia objawów). Dziecko nie było badane pod kątem tej choroby.

Wiele innych badań nie wykazało obecności wirusa SARS CoV w mleku zakażonych matek i u ich dzieci.

SARS-CoV-2

Śmiertelność związana z SARS CoV2 jest mniejsza niż spowodowana MERS i SARS CoV, ale rozpowszechnienie zachorowań na świecie jest nieporównywalnie większe.

Dlatego określenie stopnia zagrożenia zakażeniem SARS CoV 2 dla płodu i dziecka karmionego piersią jest szczególnie ważne. Dotychczas opublikowano co najmniej 14 badań, w których oceniano obecność wirusa SARS CoV 2 w mleku matek.

W jedynym badaniu (Wu et al., 2020) potwierdzono obecność wirusa w mleku jednej z badanych matek w jednej z trzech pobranych od niej próbek. Badania wykonywano w próbkach pobranych w 1, 6 i 27 dobie laktacji. Oznaczenie wykonano metodą T-PCR dla SARS-CoV-2. Badanie dodatkowo pochodziło z 1 doby. Dziecko było odseparowane od matki i karmione mieszanką sztuczną. U dziecka nie wykryto zakażenia.

W jedynym badaniu włoskim Salvatori et al. (2020) opisano dwie pacjentki przyjęte do szpitala we wczesnym okresie połogu (10 i 18 dzień po porodzie). Matki i noworodki okazały się SARS-CoV-2 dodatnie. Obie matki demonstrowały miernie nasilone objawy kliniczne zakażenia, jedno dziecko miało objawy (obniżony apetyt, biegunka), drugie było bezobjawowe. Noworodki były karmione piersią. W mleku matek nie wykryto obecności wirusa SARS-CoV-2.

Co najmniej w trzech kolejnych badaniach nie wykryto SARS CoV 2 w mleku matek, których dzieci trafiły w różnych okresach niemowlęctwa do szpitali z powodu COVID objawowego lub bezobjawowego Cui et al. (2020), Kam et al., 2020, Yuehua et al. (2020). Badaniu poddano po kilka próbek od każdej matki.

W badaniu Yu et al. 2020 roku w dwóch próbkach mleka jednej matki stwierdzono obecność przeciwciał IgG, nie IgM. Nie jest jasno określone znaczenie biologiczne przeciwciał w ochronie noworodka przed COVID. Przez analogię do innych schorzeń prawdopodobnie można uznać je za ochronę dziecka.

Podsumowanie

Mleko matki jest złotym standardem w żywieniu niemowląt. Jednak pewność co do jego bezpieczeństwa i praktyk dotyczących karmienia piersią podczas zakażenia COVID-19 u matek jest pytaniem otwartym. Jak dotąd, brak jest dowodów, że SARS-CoV-2 może być przenoszony pionowo od matki poprzez mleko do dziecka karmionego piersią. W związku z tym istnieje pilna potrzeba szybkiego uzyskania jednoznacznych dowodów na rolę (jeśli w ogóle) ludzkiego mleka i karmienia piersią w pionowym przenoszeniu COVID-19 z matek na niemowlęta. Aby to osiągnąć, krytycznie ważna jest walidacja metod analitycznych badających skład mleka kobiecego, ale też badanie jego właściwości bioaktywnych i odpornościowych. W finalnych rozważaniach bezpieczeństwa karmienia naturalnego należy wziąć pod uwagę efekty ochronne karmienia piersią w zakażeniach, stymulacji odporności,

rozwoju, w programowaniu metabolicznym, w działaniu przeciwnowotworowym i innych. Konieczne są badania interdyscyplinarne. Należy je przeprowadzać rygorystycznie i szybko, aby jak najlepiej opracować zasady dotyczące wczesnego wyboru żywienia noworodków i właściwego postępowania klinicznego wobec matek karmiących piersią i zakażonych SARS-CoV-2, oraz ich dzieci.

Piśmiennictwo

1. Kimberly A. Lackey, Ryan M. et al. SARS-CoV-2 and human milk: What is the evidence? *Matern Child Nutr.* 2020;16:e13032
2. Robertson, C. A., Lowther, S. A., Birch, T., et al. SARS and pregnancy: A casereport. *Emerging Infectious Diseases.* 2004;10(2), 345–348.
3. Wu, Y., Liu, C., Dong, L., et al. Viral shedding of COVID-19 in pregnant women. 2020. SSRN. Preprint. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3562059>
4. Salvatori, G., De Rose, D. U., Concato, C. Et al. Managing COVID-19-positivematernal-infant dyads: An Italian experience. *Breastfeeding Medicine.* 2020;15, 347–348.
5. Coutsoudis, A., Pillay, K., Kuhn, L. et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: Prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS (London, England).* 2020;15(3), 379–387.
6. Cui, Y., Tian, M., Huang, D. et al. A 55-day-old female infant infected with 2019 novel coronavirus disease: Presenting with pneumonia, liver injury, and heart damage. *J Inf Diseases.* 2020;376, 584–587.
7. Kam, K.-Q., Yung, C. F., Cui, L., et al. A well infant with coronavirus disease 2019 (COVID-19) with high viral load. *Clin Inf Diseases.* 2020;361
8. Yuehua, Z., Daojiong, L., Meifang, X et al. A case of three-month-old infant with new coronavirusinfection. *Chinese Journal of Pediatrics.* 2020;58(3), 182–184.
9. Yu, Y., Xu, J., Li, Y., et al. Breast milk-fed infant of COVID-19 pneumonia mother: A case report. *Research Square.* 2020; Pre-print. <http://doi.org/10.21203/rs.3.rs-20792/v1>

Rak piersi a ciąża i karmienie piersią

dr n.med. Marzena Kostuch

Oddział Kliniczny Neonatologii SPSK

im. W. Orłowskiego CMKP

Karmienie piersią to złoty standard żywienia niemowląt i małych dzieci ponieważ mleko matki to kompletne źródło pożywienia dla noworodków i małych niemowląt. Dzieci karmione piersią rzadziej chorują na szereg schorzeń, w tym biegunki, zapalenia górnych dróg oddechowych, zapalenia uszu i wiele innych. Ale karmienie piersią przynosi też realną korzyść dla matek karmiących. Karmienie piersią w pierwszej godzinie porodu zapobiega krwotokom poporodowym, ułatwia wydalanie łożyska i pomaga macicy powrócić do rozmiarów sprzed ciąży. Ponadto kobiety karmiące piersią łatwiej wracają do masy sprzed narodzin. Karmienie piersią to również profilaktyka raka piersi.

Rak piersi jest najczęstszym nowotworem u kobiet na świecie. Rak piersi jest również główną przyczyną umieralności kobiet w wieku 35-54 lat. Najważniejszym czynnikiem ryzyka raka piersi jest wiek kobiety i wywiad wskazujący na występowanie raka piersi u krewnych pierwszego stopnia. Każdego roku na świecie pojawia się prawie 1 000 000 nowych przypadków raka piersi, co stanowi ponad 20% wszystkich nowotworów. Szczególnie często występuje w populacji kobiet w Ameryce Północnej i w Europie Zachodniej. W Polsce rak piersi jest również najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. W 2014 roku na raka piersi zachorowało w Polsce 17 379 kobiet co stanowi 51,6 zachorowań na 100 000 kobiet. Rak piersi jest w Polsce drugą po raku płuca przyczyną zgonów nowotworowych wśród kobiet. W 2014 roku odnotowano 5975 zgonów z powodu raka piersi o stanowi 14,8 zgonów na 100 000 kobiet.

Przyczyna większości zachorowań na raka piersi jest nieznana. Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest starszy wiek. Kolejnymi czynnikami ryzyka są:

- nosicielstwo mutacji niektórych genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2),
- rodzinne występowanie raka piersi, zwłaszcza u młodych kobiet,
- pierwsza miesiączka we wczesnym wieku,
- menopauza w późnym wieku,
- późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka,
- długotrwała hormonalna terapia zastępcza,
- długotrwała antykoncepcja hormonalna,
- nadwaga i otyłość,
- radioterapia okolicy klatki piersiowej przed 30. rż.
- niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi (atypowa hiperplazja, przedinwazyjny rak zrazikowy piersi).

Profilaktyka pierwotna raka piersi jest bardzo ograniczona. Do czynników zmniejszających ryzyko zachorowania na raka piersi należą:

- unikanie nadwagi i otyłości,
- aktywność fizyczna,
- ograniczanie spożycia alkoholu,
- unikanie palenia tytoniu
- ograniczanie stosowania hormonalnej terapii zastępczej.

Czy również karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi?

W dużym badaniu przeprowadzonym w Indiach wykazano zależność pomiędzy ochronnym działaniem karmienia piersią a ryzykiem zachorowania na raka piersi. Badanie zostało przeprowadzone na 2 obszarach w południowych Indiach w latach 2002–2005 i obejmowało 1866 kobiet

w grupie badanej i 1873 kobiety w grupie kontrolnej. W badanej populacji częste było długotrwałe karmienie piersią. Czas trwania karmienia piersią był odwrotnie proporcjonalny do ryzyka raka piersi u kobiet ale tylko przed menopauzą. Takiego efektu ochronnego karmienia piersią nie zaobserwowano u kobiet po menopauzie.

W metaanalizie z 2015 uwzględniono dwadzieścia cztery artykuły z 27 badaniami obejmującymi 13 907 przypadków raka piersi. Zebrane wyniki sugerują, że karmienie piersią było odwrotnie proporcjonalne do ryzyka raka piersi. Zależność między zmniejszonym ryzykiem zachorowania na raka piersi zwiększa się wraz z wydłużeniem czasu karmienia piersią.

Kolejne obserwacje kliniczne wykazały, że każdy rok karmienia piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi aż o 4,3%. Również naukowcy z Islandii odkryli, że istnieje odwrotna zależność między całkowitym czasem karmienia piersią a rakiem piersi. Furberg i wsp. badając laktację i ryzyko raka piersi u Afroamerykanek i białych kobiet mieszkających w Północnej Karolinie stwierdzili, że jakakolwiek laktacja, niezależnie od czasu trwania i czasu, była związana z niewielkim zmniejszeniem ryzyka raka piersi. W badaniach Huo i wsp. ryzyko raka piersi zmniejszało się nawet o 7% na każde 12 miesięcy karmienia piersią.

Dlaczego karmienie piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersią

Istnieje kilka hipotez próbujących wyjaśnić związek między karmieniem piersią a ryzykiem zachorowania na raka piersi. Wg jednej z nich ciąża i karmienie piersią zmniejsza liczbę cykli menstruacyjnych a tym samym narażenie na endogenne hormony, które mają wpływ na rozwój raka piersi. Inni badacze uważają, że ciąża i karmienie piersią powodują taką przemianę komórek gruczołu mlekowego, która umożliwia produkcję mleka ale równocześnie chroni komórki tego gruczołu przed metamorfozą w komórki nowotworowe. Rolę ochronną w pokarmie kobiecym pełni HAMLET. HAMLET jest kompleksem białkowo-lipidowym, który wywołuje śmierć komórki podobną do apoptozy w komórkach nowotworowych, ale pozostawia niezmienną w pełni zróżnicowaną komórki (komórki zdrowe). Działanie przeciwnowotworowe kompleksu HAMLET obejmuje ponad 40 różnych chłoniaków i raków. Kompleks HAMLET wnika do wnętrza komórek nowotworowych, powodując ich ostateczne zniszczenie w mechanizmie podobnym do apoptozy (apoptoza to zaprogramowana śmierć komórki). Kwaśne pH w żołądku dziecka karmionego piersią sprzyja tworzeniu się kompleksu HAMLET w pokarmie kobiecym. Mechanizm ten może przyczynić się do ochronnego działania karmienia piersią

przed nowotworami wieku dziecięcego. Tym samym kompleks HAMLET chroni zarówno matkę jak i dziecko. Matkę przed rakiem piersi, dziecko natomiast przed nowotworami wieku dziecięcego.

Wykazano również, że młodszy wiek pierwszej laktacji był istotnie związany ze zmniejszeniem ryzyka przedmenopauzalnego raka piersi.

Rak piersi a ciąża

Analiza częstości raka piersi u kobiet poniżej 30 roku życia wykazuje, że około 10-20% nowotworów piersi w tej grupie wiekowej może pojawić się w czasie ciąży. Sama ciąża nie pogarsza rokowania u kobiet z rakiem rozpoznanym w jej trakcie, w porównaniu z kobietami nie będącymi w ciąży w podobnym wieku. Ponieważ jednak u młodych kobiet z rakiem piersi ryzyko przerzutów jest większa niż u starszych kobiet, stąd rokowanie u młodych kobiet, również w ciąży jest gorsze niż u kobiet starszych. Również ciąża po przebytych raku piersi nie pogarsza odległego rokowania. Karmienie piersią w trakcie chemioterapii jest przeciwwskazane. Natomiast po zakończonej chemioterapii i po okresie 14 dni od zakończenia chemioterapii, karmienie piersią może być kontynuowane. Karmienie piersią po przebytych raku piersi nie zwiększa ryzyka nawrotu choroby.

Rak piersi w czasie karmienia piersią

Mimo, że karmienie piersią pełni funkcję ochronną przed rakiem piersi, to jednak nie wyklucza możliwości zachorowania zupełnie. Niestety rak piersi w czasie karmienia piersią jest często późno rozpoznawany ponieważ kobiety, które mają typowe objawy raka piersi mają rozpoznawane zapalenie piersi związane z zastojem pokarmu w czasie laktacji. Dlatego należy być czujnym jeśli stan pacjentki nie poprawia się mimo kuracji antybiotykowej. W takich przypadkach należy rozważyć w diagnostyce różnicowej raka piersi a nie zlecać kolejne kursy antybiotyków. Jak w każdej chorobie nowotworowej wczesne wykrycie i wczesne leczenie wydajnie poprawia rokowanie co do przeżycia.

Objawy alarmowe mogące świadczyć o raku piersi w czasie laktacji:

- zapalenie piersi nie reagujące na leczenie lub powtarzające się mimo prawidłowego leczenia w tej samej okolicy,
- zmiana koloru piersi na czerwony, w przypadku braku gorączki,
- stwardnienie skóry, wygląd skóry pomarańczy,
- długotrwałe utrzymujące się guzki piersi, zwłaszcza takie o nieregularnych obrysach,
- wydzielina krwista z brodawki (zazwyczaj jednej).

W sytuacji pojawienia się objawów alarmowych natychmiast należy skierować pacjentkę do specjalisty onkologa w celu wykluczenia raka piersi współistniejącego z laktacją

Zapalny rak piersi

Zapalny rak piersi jest stosunkowo rzadką ale bardzo agresywną chorobą, w której komórki nowotworowe blokują naczynia limfatyczne skóry piersi. Ten typ raka piersi dlatego nazywany jest „zapalnym”, ponieważ pierś jest opuchnięta i zaczerwieniona i wygląda jakby toczył się w niej stan zapalny.

Zapalny rak piersi stanowi od 1 do 5 procent wszystkich przypadków raka piersi zdiagnozowanych w Stanach Zjednoczonych. Większość zapalnych raków piersi to inwazyjne raki przewodowe, w których komórki nowotworowe pochodzą z komórek wyściełających przewody mleczne piersi.

Przebieg choroby jest szybki, choroba do stadium zaawansowania III lub IV rozwija się w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. W momencie rozpoznania zapalny rak piersi jest chorobą w III lub IV stopniu zaawansowania, w zależności od tego, czy komórki rakowe objęły wyłącznie pobliskie węzły chłonne, czy też przedostały się do odległych tkanek.

Objawy zapalnego raka piersi

- Obrzęk i zaczerwienienie obejmujące jedną trzecią lub więcej piersi.
- Skóra na piersi może być zaróżowiona, zaczerwieniona, posiniaczona lub wyglądem może przypominać skórę pomarańczy. Powyższe objawy spowodowane są zastojem limfy w skórze piersi z powodu zaciopowania przewodów limfatycznych przez komórki nowotworowe.
- Szybki wzrost rozmiaru piersi.
- Rzadko w piersi wyczuwalny jest guz, najczęściej guza w piersi nie wyczuwa się.
- Uczucie pieczenia, bólu lub tkliwości w obrębie piersi, sutek może być skierowany do wewnątrz.
- Może dojść do powiększenia węzłów chłonnych pachowych i/lub nadobojczykowych.

Ponieważ zapalny rak piersi dotyczy kobiet w młodym wieku, może występować u kobiet karmiących piersią. W takim przypadku do podejrzenia raka piersi powinno skłonić występowanie nasilonych objawów stanu zapalnego piersi bez współistniejących wykładników stanu zapalnego i gorączki. Rozpoznanie laktacyjnego zapalenia piersi i stosowanie wielu kursów antybiotykoterapii z powodu braku poprawy może znacznie opóźnić rozpoznanie raka zapalnego piersi i zmniejszyć szanse na skuteczną terapię.

Podsumowanie

Kobiety powinny być informowane, że ryzyko raka piersi przed menopauzą zmniejsza się wraz z laktacją i że ten efekt ochronny wydaje się być najlepszy w przypadku kobiet, które karmią piersią przez dłuższy okres w ciągu życia. Kobiety z rodzinnym ryzykiem mogą potencjalnie odnieść największe korzyści z karmienia piersią. Ponieważ mleko matki jest idealną substancją odżywczą dla noworodka, a karmienie piersią jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka, należy zachęcać wszystkie kobiety do karmienia piersią swoich dzieci.

Źródło

1. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187-95.
2. Thomas DB, Rosenblatt KA, Ray RM, Tryggvadóttir L, Sigurvinsson T, Tulinius H et al. Breastfeeding and reduced risk of breast cancer in an Icelandic cohort study. *Am J Epidemiol* 2001; 154: 975-7.
3. Furberg H, Newman B, Moorman P, Millikan R. Lactation and breast cancer risk. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 396-40
4. Huo D, Adebamowo CA, Ogundiran TO, Akang EE, Campbell O, Adenipekun A et al. Parity and breastfeeding are protective against breast cancer in Nigerian women. *Br J Cancer* 2008; 98: 992-6.
5. Vendhan Gajalakshmi, Aleyamma Mathew, Paul Brennan et al: Breastfeeding and breast cancer risk in India: A multicenter case-control study. *IJC*, 125, 3, 2009, 662-665
6. Ying Zhou, Jingde Chen, Qun Li et al: Association Between Breastfeeding and Breast Cancer Risk: Evidence from a Meta-analysis. *Breastfeeding Medicine* 10, 3, 2015
7. *Onkologia w Praktyce Klinicznej — edukacja 2018*, tom 4, nr 4
8. Catharina Svanborg, Helena Agerstam, Annika Aronson, Rolf Bjerkvig, Caroline Düringer, Walter Fischer, Lotta Gustfsson, Oskar Hallgren, Irene Leijohuvud, Sara Linse, Ann-Kristin Mossberg, Hanna Nilsson, Jenny Pettersson, Malin Svensson: HAMLET kills tumor cells by an apoptosis-like Sve mechanism--cellular, molecular, and therapeutic aspects. *Adv Cancer Res.* 2003;88:1-29.
9. <https://www.cancer.gov/types/breast/ibc-fact-sheet>

O laktacji – inaczej...

mgr Agnieszka Marzęta

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki

im. Jana Bożego w Lublinie

Karmienie naturalne jest najwłaściwszym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) i Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN), zalecają wyłączne karmienie piersią przez 6 miesięcy a w kolejnych miesiącach wprowadzenie posiłków uzupełniających w osłonie mleka kobiecego.

Zdecydowana większość matek może z powodzeniem karmić swoje dzieci piersią lub własnym mlekiem począwszy od pierwszych chwil po urodzeniu. Wyłączne karmienie piersią do ukończenia szóstego miesiąca życia przynosi korzyści zdrowotne zarówno dziecku jak i matce. Karmienie piersią pozwala wykorzystać naturalne zasoby żywieniowe, zmniejsza ilość odpadów, redukuje zanieczyszczenie środowiska.

Laktacja jest złożonym procesem regulowanym na odpowiednich poziomach:

- poziom hormonalny, który odpowiada za dojrzewanie gruczołu piersiowego w ciąży i rozpoczęcie laktacji po porodzie,
- poziom neurohormonalny, który zależy od odruchów prolaktynowego (odpowiada za wytwarzanie pokarmu) i oksytocynowego (odpowiada za wypływ mleka z piersi).

Ssanie jest bodźcem powodującym wytwarzanie oksytocyny co prowadzi do wypływu mleka, umożliwia opróżnienie piersi i nakarmienie dziecka. Podczas karmienia wydzielają się również beta-endorfiny, czyli naturalne opioidy. Działają one znieczulająco i wywołują uczucie przyjemności, łagodzą stres i poprawiają nastrój. Należy jednak pamiętać, że oksycytyna działa uspokajająco i pomaga w redukcji stresu tylko wtedy, gdy karmienie jest udane, skuteczne i efektywne.

Opieka w systemie rooming-in zakłada ciągłe przebywanie dziecka z matką, bez nieuzasadnionego rozdzielania. Częstym błędem na tym etapie jest nocne przystawienie dziecka w boksie noworodków. Tymczasem nocne przystawienie do piersi są niezbędne dla skutecznego wyzwolenia i utrzymania laktacji. Pokarm nocny różni się składem, gdyż zawiera wysokojakościowe tłuszcze i melatoninę odpowiedzialną za dobry sen. Dlatego opieka nad zdrowym noworodkiem przez cały okres pobytu w szpitalu powinna być realizowana w obecności matki. W czasie stabilizacji

laktacji należy unikać rutynowego stosowania smoczków „uspokajaczy”, należy stosować takie metody, które nie będą zaburzać ani zmieniać w znaczący sposób wzorca ssania charakterystycznego dla prawidłowego ssania z piersi. Należy unikać stosowania alternatywnych metod karmienia, chyba że istnieją uzasadnione powody, takie jak:

- decyzja matki podjęta mimo udzielenia jej pełnej informacji na temat karmienia naturalnego,
- problemy natury funkcjonalnej (anatomicznej, neurologicznej, wydolnościowej itp.),
- wskazania kliniczne.

Przy obecnym stanie wiedzy istnieje niewiele przeciwwskazań do karmienia dziecka mlekiem jego matki. Większość z nich ma charakter czasowy i możliwy jest powrót do karmienia naturalnego. Powodzenie tego procesu w dużej mierze zależy od opiekującego się matką i dzieckiem personelu medycznego, świadomego niezwykle ważnego znaczenia karmienia naturalnego oraz udzielającego matce skutecznego wsparcia i fachowej pomocy. W dzisiejszych trudnych czasach, gdzie z powodu pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 i szerzącej się choroby COVID-19 utrudniony jest fizyczny kontakt matki z najbliższymi, rola personelu i jego wsparcie ma ogromne znaczenie. Pamiętajmy, aby nie oceniać matek tylko razem z nimi rozwiązywać zaistniałe problemy. To chwila, w której cały świat powinien tej parze sprzyjać. Żeby im dobrze poszło oraz zgrali się w tym tańcu, który obydwójce tańczą po raz pierwszy. Aby matki poczuły się pełnowartościowe. Aby osiągnęły najlepsze wyniki, należy je odpowiednio i uwaga – POZYTYWNE zmotywować. Tylko taka motywacja uskrzydla, pozwala walczyć z niepowodzeniami.

Nasza wiedza powinna być profesjonalnie dostosowana do indywidualnego przypadku. Wspierać i mobilizować to nie znaczy nakazywać. Często słyszymy od matek, że wywieramy na nich presję. Zjawisko to zwane „laktaterrorem” ma odwrotne skutki od zamierzonych. Sztywne reguły panujące w niektórych szpitalach powodują frustrację u matek, zniechęcają do karmienia piersią co powoduje u nich ogromny stres. Żadnej kobiety nie zachęcimy do karmienia naturalnego okazując jej pogardę, nazywając egoistką czy leniwą osobą. Co najwyżej wzbudzimy agresję, niechęć i jeszcze bardziej obrzydzimy jej karmienie piersią. Dlatego takie postępowanie robi więcej szkody niż pożytku dla propagowania karmienia naturalnego. Dbajmy, aby swoją empatią i profesjonalizmem wspierać matki tak aby pierwsze chwile macierzyństwa były dla nich najpiękniejszym wspomnieniem w życiu.

**„Perfekcyjne matki istnieją,
ale one jeszcze nie mają dzieci”**

Wczesne czy późne wzmocnienie mleka kobiecego?

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Odciągnięte mleko matki (EBM) jest powszechnie uzupełniane komercyjnie przygotowanym wzmocniaczem mleka kobiecego, aby zaspokoić dodatkowe potrzeby żywieniowe wcześniaków. Nie jest znane optymalne spożycie mleka, przy którym należy wprowadzić wzmocnienie.

Celem tego systematycznego przeglądu było porównanie wpływu wczesnej fortyfikacji (EF) z opóźnionym wprowadzeniem wzmocniacza mleka kobiecego (DF) na krótkoterminowe wyniki, w tym wzrost, tolerancję pokarmową, długość pobytu w szpitalu i dojrzałość przy wypisie do domu noworodków o bardzo małej masie urodzeniowej. Wyszukiwanie prowadzono do marca 2019 r. przy użyciu 5 elektronicznych baz danych (*PubMed, Ovid Medline, Web of Science, Ovid Embase i Cochrane Library*). Poszukiwanie uzupełniono o przeszukiwanie rejestru badań klinicznych i list referencyjnych. Kwalifikujące się badania obejmowały randomizowane badania z grupą kontrolną, które zostały zaprojektowane w celu porównania EF z DF przy użyciu wzmocniacza wieloskładnikowego dla niemowląt o masie urodzeniowej <1500 g, które były karmione wyłącznie lub głównie EBM. Czterech autorów niezależnie sprawdzało studia pod kątem kwalifikowalności. W sumie przebadano 1972 artykuły; 2 badania spełniły kryteria włączenia i objęły 171 uczestników. Definicje EF i DF nie były spójne w obu badaniach.

Nie było znaczącego wpływu EF w porównaniu z DF na analizowane wyniki.

Nie ma wystarczających dowodów, aby stwierdzić przewagę EF nad DF u noworodków z bardzo małą masą urodzeniową. Pomimo przesiewu dużej liczby międzynarodowych badań z wykorzystaniem solidnej strategii wyszukiwania, znaleziono niewiele dowodów na korzyści płynące z EF w porównaniu z DF. Liczba badań była niewielka, a definicje EF i DF różniły się. W badaniu Shah i wsp. wykazano, że liczba dni do osiągnięcia pełnego karmienia enteralnego oraz liczba przypadków nietolerancji pokarmowej były podobne w grupach EF i DF^[2]. Niektóre opublikowane badania, które nie spełniały kryteriów włączenia opisywanego badania, wykazały pewne korzyści z EF. W jednym badaniu obserwacyjnym porównywano EF (80 ml/kg/dobę) z DF (160 ml/kg/dobę) u późnych wcześniaków i stwierdzono, że noworodki z grupy EF szybciej odzyskiwały masę u-

dzeniową i miały mniej przypadków nietolerancji pokarmowej^[3]. Badanie kliniczne przeprowadzone przez Sullivana i wsp.^[4] (który nie został zaprojektowany do porównywania EF z DF) wykazało, że wzbogacanie wzmocniaczem na bazie mleka ludzkiego było tolerowane przy 40 ml/kg/dzień. Badanie obserwacyjne Tillmana i wsp.^[5] wykazało, że EF (od pierwszego karmienia) poprawiło mineralizację kości (niższa aktywność fosfatazy zasadowej). Jednocześnie nie obserwowano nietolerancji pokarmowej.

Niemniej jednak, odpowiednie randomizowane badania kliniczne zaprojektowane w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa EF u niemowląt wysokiego ryzyka są potrzebne, aby uzyskać informacje na temat optymalizacji praktyk żywieniowych noworodków urodzonych przedwcześnie. Chociaż optymalizacja żywienia wcześniaków jest korzystna pod względem poprawy krótkoterminowego wzrastania, brak jest dowodów na długoterminowe korzyści z fortyfikacji EBM. Niedawno opublikowana metaanaliza Cochrane, porównująca wzrost i wyniki rozwojowe stosowania wzmocnionej EBM z niefortyfikowaną EBM, wykazała niewystarczające dane, z których można wyciągnąć jakiegokolwiek znaczące wnioski^[6]. Pomimo rygorystycznej metodologii wyszukiwania, autorzy doszli do wniosku, że istnieją ograniczone dowody na ocenę korzyści ze wzmocnienia EBM w porównaniu z niewzmocnionego EBM.

Podsumowanie

Aktualne dane są ograniczone i nie dostarczają dowodów na optymalny czas rozpoczęcia fortyfikacji. Należy uzgodnić definicję EF i DF. Potrzebne są dalsze, duże randomizowane kontrolowane badania kliniczne porównujące korzyści różnych modeli wzmocnienia mleka kobiecego.

Na podstawie:

1. Alyahya W, Simpson J, Garcia AL et al. Early versus Delayed Fortification of Human Milk in Preterm Infants: A Systematic Review. *Neonatology* 2020;117:24–32
2. Shah SD, Derreddy N, Jones TL et al. Early versus Delayed Human Milk Fortification in Very Low Birth Weight Infants-A Randomized Controlled Trial. *J Pediatr*. 2016;174:126–131
3. Alizadeh Taheri P, Sajjadian N, Asgharyan Fargi M et al. Is early breast milk fortification more effective in preterm infants?: a clinical trial. *J Perinat Med*. 2017;27;45(8):953–57
4. Sullivan S, Schanler RJ, Kim JH et al. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatr*. 2010;156(4):562–7
5. Tillman S, Brandon DH, Silva SG. Evaluation of human milk fortification from the time of the first feeding: effects on infants of less than 31 weeks gestational age. *J Perinatol*. 2012;32(7):525–31
6. Brown JV, Embleton ND, Harding JE et al. W. Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD000343.

Czy laktoferyna mleka kobiecego redukuje ryzyko powikłań u noworodków?

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Laktoferyna jest glikoproteiną o znanym działaniu przeciwnieinfekcyjnym i immunomodulacyjnym. W wielu oddziałyaniach noworodkowych stosuje się laktoferynę (LF) pochodzenia zwierzęcego w zapobieganiu posocznicy (LOS) i martwicemu zapaleniu jelit (NEC), jednakże nie udokumentowano skuteczności tego działania [1].

Wcześniejsze badania wykazały, że spożywanie siary i mleka matki zapewnia ochronę przed posocznicą zwłaszcza u niemowląt z bardzo małą masą urodzeniową (VLBW) [2]. Istnieje jednak luka w wiedzy na temat rzeczywistego wpływu spożycia ludzkiej LF na ochronę przed infekcjami i zgonem wcześniaków.

Celem badania Ochoaa i wsp. było określenie wpływu spożycia LF z mleka własnego matki w pierwszych 10 dniach życia, na zapobieganie LOS, NEC i zgonu w pierwszych 8 tygodniach życia noworodków urodzonych z masą ciała <2000 g oraz w podgrupie wcześniaków VLBW [3]. Do badania zakwalifikowano 299 wcześniaków. Średnia masa ciała wynosiła $1,410 \pm 308$ g, wiek płodowy 31 ± 2.7 tyg. Wśród nich 61.2% było VLBW. 240 wcześniaków otrzymało ludzką LF.

Średnie stężenie LF w colostrum i mleku przejściowym wynosiło 14.4 ± 8.1 mg/mL. Zawartość ta ulegała systematycznemu obniżaniu się w trakcie laktacji. U noworodków <2000g dzienna podaż LF w mleku wynosiła średnio 283 mg/kg. U wszystkich badanych noworodków, także VLBW, już przy podaży LF ludzkiej >100 mg/kg/dobę zaobserwowano redukcję LOS, NEC oraz liczby zgonów.

Zaobserwowano kumulacyjny wpływ objętości spożywanego mleka matki na przeżywalność i redukcję zachorowalności. Noworodki, u których wystąpiło analizowane zdarzenie, miały mniejsze średnie dzienne spożycie LF ludzkiej w okresie badania w porównaniu z noworodkami bez zdarzenia. Badanie wykazało, że spożycie mleka ludzkiego w pierwszych dniach życia chroni noworodki urodzone przedwcześnie przed infekcjami i śmiercią w pierwszych 8 tygodniach życia. Noworodki z wyższym spożyciem ludzkiej LF były mniej narażone na badane zdarzenia niż noworodki z niższym spożyciem tego składnika mleka kobiecego.

W prezentowanym badaniu stężenie LF w mleku w pierwszych 10 dniach życia wynosiło około 14 mg/ml, co jest wartością wyższą od średniej w literaturze (6–10 mg/ml w siarze) [4]. Objętość spożywanego mleka ludzkiego ma kluczowe znacze-

nie w ograniczaniu powikłań leczenia wcześniaków. Istnieje jeszcze wiele innych czynników, które mogą odpowiadać za działanie ochronne mleka kobiecego, w tym między innymi przeciwiociała, oligosacharydy, lizozym i mucyny.

W innym małym badaniu kliniczno-kontrolnym noworodków w wieku poniżej 32 tygodni Trend i wsp. [5] stwierdzili, że niemowlęta z LOS spożywały mniejsze ilości ludzkiej LF mierzone w 7. i 21. dniu życia, w porównaniu z noworodkami, u których LOS nie wystąpił. Analiza ta nie uwzględniała spożycia mleka kobiecego przed rozwojem posocznicy. Niemniej jednak wyniki obu prac są zgodne: niemowlęta, u których rozwinęła się posocznica, mają mniejsze spożycie ludzkiej LF.

Badanie Corpeleijn i wsp. wykazało, że spożycie siary w pierwszych 5 dniach życia i wyższy procent (> 50%) spożycia MOM w pierwszych 6–10 dniach życia chroniło przed posocznicą, NEC i/lub śmiercią w pierwszych 60 dniach życia niemowląt VLBW [6].

Ta ochrona we wczesnym okresie życia może być związana z wpływem LF na: (1) modulację wzrostu bakterii w przewodzie pokarmowym; (2) sprzyjanie proliferacji, różnicowaniu i dojrzewaniu komórek jelitowych, co może zmniejszać przepuszczalność jelit i zapobiegać przemieszczaniu się bakterii z jelita do krwiobiegu oraz (3) regulację odpowiedzi immunologicznej gospodarza.

Podsumowanie:

Karmienie mlekiem kobiecym zawierającym między innymi LF wiąże się z poprawą przeżywalności oraz mniejszą liczbą infekcji. To podkreśla znaczenie promowania karmienia mlekiem własnej matki we wczesnym okresie poporodowym, zwłaszcza w przypadku noworodków z grup ryzyka, przebywających na oddziałach intensywnej terapii.

Piśmiennictwo

1. Sherman MP, Adamkin DH, Niklas V et al. Randomized Controlled Trial of Talactoferrin Oral Solution in Preterm Infants. *J Pediatr.* 2016 Aug;175:68–73.e3.
2. Ochoa TJ, Zegarra J, Bellomo S et al.; NEOLACTO Re-search Group. Randomized Controlled Trial of Bovine Lactoferrin for Prevention of Sepsis and Neurodevelopment Impairment in Infants Weighing Less Than 2000 Grams. *J Pediatr.* 2019; DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.12.038
3. Ochoaa TJ, Mendoga K, Carcamo C et al. Mother's Own Milk Lactoferrin Intake Associated with Reduced Neonatal Sepsis, Necrotizing Enterocolitis, and Death? *Neonatology* 2020;117:167–174
4. Rai D, Adelman AS, Zhuang W, Rai GP, Boettcher J, Lönnnerdal B. Longitudinal changes in lactoferrin concentrations in human milk: a global systematic review. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2014;54(12):1539–47
5. Trend S, Strunk T, Hibbert J, Kok CH, Zhang G, Doherty DA, et al. Antimicrobial protein and Peptide concentrations and activity in human breast milk consumed by preterm infants at risk of late-onset neonatal sepsis. *PLoS One.* 2015 Feb;10(2):e0117038.
6. Corpeleijn WE, Kouwenhoven SM, Paap MC, van Vliet I, Scheerder I, Muizer Y, et al. Intake of own mother's milk during the first days of life is associated with decreased morbidity and mortality in very low birth weight infants during the first 60 days of life. *Neonatology.* 2012;102(4):276–81

Pani Elżbieta pyta:

Czy po wykonaniu zdjęcia radiologicznego należy odstawić czasowo dziecko od piersi?

Pani Elżbieto

Promieniowanie rentgenowskie stosowane do uzyskiwania zdjęć radiologicznych w stomatologii, zdjęć rentgenowskich złamanych kości czy zdjęć rentgenowskich klatki piersiowej jest obecne tylko podczas wykonywania zdjęcia i nie pozostawia promieniowania ani radioaktywności w ciele matki ani w jej mleku. Promieniowanie rentgenowskie nie zmienia też składu mleka ani nie wpływa na jego wytwarzanie. Wykonanie zdjęcia radiologicznego u karmiącej matki nie wymaga zastosowania żadnych specjalnych środków ostrożności. W przypadku badania mammograficznego należy przed jego wykonaniem maksymalnie opróżnić piersi. To zmniejszy odczuwanie bólu w czasie badania i zwiększy wartość diagnostyczną badania.

Pozdrawiam
dr n. med. Marzena Kostuch

Pani Beata pyta:

Czy po zastosowaniu znieczulenia miejscowego w czasie leczenia stomatologicznego muszę wylewać mleko?

Pani Beato

Zgodnie z aktualną wiedzą leki stosowane do znieczuleń miejscowych w stomatologii nie stanowią żadnego wskazania do czasowego przerywania karmienia piersią. Nie ma potrzeby wylewania porcji mleka „na wszelki wypadek”. Bezpośrednio po zakończeniu leczenia stomatologicznego mama może od razu przystawić dziecko do piersi. Znieczulenie zarówno nasiętkowe, jak i przewodowe podczas zabiegów stomatologicznych nie powinno w ogóle ingerować w karmienie piersią dziecka. Stosowane środki działają miejscowo przez bardzo krótki czas. Ich stężenie w mleku jest praktycznie nieoznaczalne.

Pozdrawiam
dr n. med. Marzena Kostuch

Pani Joanna pisze

Niedługo będę rodzić. Zdecydowałam się na poród w szpitalu. Nie przechodziłam choroby COVID, ani moja rodzina. To moja trzecia ciąża, poprzednie dzieci karmiłam piersią ponad rok. Co teraz będzie z karmieniem piersią, jeśli zachoruję w okresie porodu?

Droga Pani Joanno,

Cieszę się, że pyta Pani o karmienie w okresie pandemii SARS CoV 2, bo to problem wielu matek. Zalecenia wiążących światowych i polskich towarzystw i organizacji czuwających nad zdrowiem człowieka podkreślają w obecnym czasie szczególnie znaczenie pokarmu kobiecego dla noworodka. Konsultant Krajowy ds. Neonatologii oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego także rekomendują karmienie piersią przez matki z COVID, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności. Chodzi tu o zachowanie ogólnej higieny i w szczególności mycie rąk przed i po każdym karmieniu piersią oraz stosowanie maseczki na twarz podczas całej hospitalizacji. Personel dostarczy Pani maski i poinformuje, jak często należy je zmieniać.

Preferowanym modelem karmienia dziecka jest ssanie bezpośrednio z piersi matki, także przez matki SARS CoV 2 dodatnie. Matki z podejrzeniem lub rozpoznaniem COVID(+) trafiające na oddział szpitalny muszą być izolowane. Wszystkie sprzęty z których korzystają są objęte są procedurami o podwyższonym standardzie higienicznym. Akcesoria laktacyjne powinny być po każdym użyciu (nawet jeśli są dedykowane do okresowego użytkowania) rozmontowywane, myte, płukane i poddawane dezynfekcji termicznej.

Jeszcze przed porodem powinien zostać ustalony z Panią rodzaj i sposób karmienia dziecka. Jeżeli zaistnieją wskazania do odciągania pokarmu, to szpital jest zobowiązany zapewnić Pani podczas hospitalizacji w oddziale położniczym sprzęt szpitalny do odciągania mleka. Może też Pani posiadać własny laktator. W każdej z tych sytuacji personel udzieli Pani instrukcji jak bezpiecznie odciągać i przekazywać mleko dla dziecka oraz jak myć i dezynfekować części laktatora.

Sprzęt do pozyskiwania mleka powinien spełniać wysokie standardy bezpieczeństwa epidemiologicznego. Najnowsza generacja laktatorów klasy szpitalnej, dostępnych także do użytku domowego, zawiera szczelny filtr między zestawem osobistym a drenem laktatora i samym laktatorem. Producent określa ten zestaw jako czwartą (najwyższą) klasę bezpieczeństwa higienicznego. Ta pozornie drobna modyfikacja gwarantuje możliwość pełnej dezynfekcji zestawu osobistego pomiędzy kolejnymi użyciami, zapewniającej bezpieczeństwo epidemiologiczne mleka. Takich rozwiązań dotychczas nie było. To ważne, bowiem o ile dotychczas nie stwierdzono wirusa SARS CoV 2 w mleku w piersi, to ryzyko kontaminacji mleka koronawirusem z otoczenia istnieje.

Na szczęście u noworodków przebieg zakażenia koronawirusem jest z reguły bezobjawowy. Matka COVID (+), poprzez karmienie piersią, wraz z mlekiem dostarcza dziecku przeciwciała anti-COVID, przekazując dziecku tą bierną odporność.

Serdecznie pozdrawiam, Maria Wilińska

Moja droga do karmienia piersią – głos mają matki karmiące

Honorata

Mama Adasia

Kiedy – przy jakiej okazji – dowiedziałam się, że karmienie piersią jest dobre dla dziecka

Idea karmienia piersią była dla mnie od zawsze naturalną i niezwykle ważną częścią macierzyństwa. Dlatego tak bardzo zależało mi, aby jej doświadczyć. Nie umiem wskazać momentu, kiedy zrodziła się świadomość, że karmienie piersią jest dobre, ale myślę, że jest to wynik wielu działań edukacyjnych prowadzonych w mediach tradycyjnych i w internecie.

Kto udzielił mi tej informacji

Pogłębienie wiedzy na pewno nastąpiło w okresie okołoporodowym. W szkole rodzenia odbyły się zajęcia poświęcone temu tematowi, ale największą wartość miały rozmowy z personelem medycznym, tuż po porodzie. Ciężką próbą dla niejednej debiutującej mamy może okazać się zderzenie wiedzy teoretycznej z praktyką – trzymasz swojego nowonarodzonego maluszka i nie wiesz co i jak robić. Bez profesjonalnego wsparcia w zakresie przystawienia noworodka i porad laktacyjnych, wiem, że karmienie piersią w moim przypadku byłoby niemożliwe.

Czy ta informacja była dla mnie ważna, czy wtedy doceniałam jej wartość

Pomoc personelu medycznego tuż po porodzie była kluczowa. Poród zanim się rozpoczął siłami natury, został zakończony cięciem cesarskim i wbrew moim wcześniejszym planom mleko nie popłynęło z piersi rwącym strumieniem. W tej sytuacji priorytetem stało się rozbudzenie laktacji. Właśnie w tym momencie personel medyczny oddziału neonatologii wykonał fantastyczną pracę. Po pierwsze, dał mi szansę na rozbudzenie laktacji i zamiast podawać mleko modyfikowane, karmił moje dziecko mlekiem z banku mleka. Po drugie, otrzymałam wskazówki, które skutecznie pobudziły laktację (m.in. metoda 7-5-3, udostępniono mi także profesjonalny laktator). I po trzecie, maluszek był regularnie przystawiany do piersi (pomimo chwilowego nieurodzaju), zatem uczył się prawidłowego ssania. Ale to nie wszystko. Każde karmienie piersią było wzbogacone porcją mleka z banku mleka, które sączyło się wprost do ust maluszka za pomocą cewnika. Wysitek się opłacił. Nadeszła długo oczekiwana chwila i ujrzeliśmy siarę. Złote krople sączyły się jedna za drugą. Była

to satysfakcja na miarę wyczerpującego maratonu – może nie byliśmy pierwsi, ale dobiegliśmy.

Czy podczas ciąży ktoś rozmawiał ze mną na ten temat (ginekolog, położna)

Raczej nie. Nie miałam takiej potrzeby, ponieważ karmienie piersią było dla mnie czymś naturalnym i bezdyskusyjnym.

Jakie miałam inne niż personel medyczny źródła wiedzy nt karmienia naturalnego

Szkoła rodzenia, blogi i tematyczne serwisy internetowe.

Czy w szpitalu i potem podczas karmienia te informacje były przydatne, czy może inne były lepsze

Najbardziej przydatne były informacje otrzymane od personelu medycznego w szpitalu. Natomiast zgodnie z zasadą „kto pyta nie błądzi”, należy pytać, nawet o rzeczy najbardziej oczywiste. Personel cierpliwie udzielał wyczerpujących informacji. Natomiast to my – pacjenci musimy zainicjować kontakt, bo personel nie siedzi w naszej głowie, ale zapytany chętnie dzieli się wiedzą, jak również swoimi osobistymi doświadczeniami.

Kto tak naprawdę pomógł mi w KP

Zespół neonatologów i pielęgniarki laktacyjne.

Jakie miałam problemy podczas karmienia

Na początku brak pokarmu, a później niewystarczająca ilość

Czy KP dostarcza mi radości czy raczej problemów

Dawało dużą satysfakcję i poczucie bliskości z dzieckiem, ale wymagało determinacji i poświęcenia. Aby utrzymać laktację na odpowiednim poziomie odciągałam mleko po każdym karmieniu. Tej próby nie wytrzymały dwa laktatory.

Czy, pokonując problemy, mam przekonanie, że robię to dla własnego zdrowia i zdrowia dziecka

Tak, miałam takie przekonanie.

Czy karmię piersią w miejscach publicznych i czy to jest dla mnie krępujące, czy są do tego warunki

Zdarzyło mi się karmić w miejscach publicznych. Było to dla mnie krępujące, pewnie dlatego że nie było ku temu odpowiednich warunków.

Konspekt wywiadu przygotowała Maria Wilińska

Szpital przyjazny dziecku – nieco inne spojrzenie

Maria, Katarzyna Borszewska-Kornacka

Emerytowany Profesor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prezes Fundacji Koalicja dla Wcześnieika

Inicjatywa szpitala przyjaznego dziecku powstała w 1991 roku, aby przywrócić prawidłowy sposób karmienia dzieci na całym świecie. Powołały ją Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF). Szpitale, które są odznaczone tym tytułem, przestrzegają przyjętych zasad udanego karmienia piersią, czyli tzw. 10 kroków. W szpitalach przyjaznych dziecku jest respektowany międzynarodowy kodeks marketingu produktów zastępujących mleko kobiece. Na ich terenie obowiązuje zakaz reklamy mieszanek mlekozastępczych oraz akcesoriów do sztucznego karmienia. Każda z tych placówek jest porównywalna do odznaczonych szpitali z całego świata. Do niedawna tak w Polsce jak i w świecie o tytuł ten ubiegały się głównie szpitale I stopnia referencyjności i oddziały dla noworodków zdrowych przebywających w systemie „matka z dzieckiem”. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w roku 2018 poddała rewizji obowiązujące dotychczas 10 kroków karmienia piersią i rozszerzyła ich zastosowanie także dla chorych noworodków, w tym wymagających intensywnej terapii [1].

Polski Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią może poszczycić się znaczną poprawą odsetka donoszonych (97%) noworodków opuszczających oddziały neonatologiczne karmionych piersią. Wynik taki uzyskano dzięki programom edukacyjnym i tym samym wzrostowi świadomości społeczeństwa co wyraźnie wskazuje na zasadnicze kierunki działań pozwalające osiągać sukcesy.

Dziesięć kroków karmienia piersią dla noworodków chorych zostało sformułowanych przez Diane Lynn Spatz z Children's Hospital of Philadelphia (tabela) już w 2004 roku [2].

W 2013 roku w Journal of Human Lactation przedstawiono modyfikację rekomendacji WHO, dające wskazówki oddziałom intensywnej terapii noworodka, jak zdobyć ten zaszczytny certyfikat [3]. Cel zasadniczy jest stale ten sam i zmierza do zwiększenia odsetka karmienia piersią noworodków z małą i ekstremalnie małą masą ciała, zwłaszcza leczonych na oddziałach intensywnej terapii. Przed matkami wcześniaków i personelem medycznym oddziałów intensywnej terapii są więc wielkie wyzwania, aby uzyskać tytuł szpitala przyjaznego dziecku. Wyzwania te powinny koncentrować się na trzech zasadniczych filarach działalności:

1. kształtowaniu postaw personelu medycznego nastawionym na indywidualne potrzeby matki – wsparcie emocjonalne
2. stworzeniu centrów rodziny wspierających rodziny wcześniaków
3. skoordynowanej opiece prenatalnej (położniczej), postnatalnej (noworodkowej) i przede wszystkim wypisowej.

Dostęp kobiet do opieki położniczej tak w czasie ciąży i w okresie połogu jest w Polsce bardzo dobry i regulowany Rozporządzeniem Ministra z dnia 16.08 2018 roku, które obowiązuje od 1.01.2019 roku [4]. Wątpliwości może budzić niepewna przyszłość dotychczas dobrze ukierunkowanych badań prenatalnych i stale rozwijających się zabiegów prenatalnych. Projekt kompleksowej opieki powypisowej, dotyczący noworodków przedwcześnie urodzonych i specjalistycznych konsultacji u byłych pacjentów oddziałów intensywnej terapii i oddziałów patologii noworodka, już kilka lat temu został złożony w Ministerstwie Zdrowia. Jak dotąd, nie doczekał się realizacji. W wymienionych powyżej trzech zasadniczych kluczowych aspektach opieki nad ciężarną z patologiczną ciążą i jej przedwcześnie urodzonym dzieckiem muszą na każdym z tych etapów znaleźć się edukacyjne działania promujące wartości mleka kobiecego jako leku, zwłaszcza dla tej grupy dzieci. Są one szeroko opisane w opracowanym przez Helwich, Wilińska i wsp. Programie wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego [5].

Zasady szpitala przyjaznego dziecku, niezależnie od stopnia referencji placówek, koncentrują się, zgodnie z kierunkiem wyznaczonym przez światowe gremia, głównie na efektach związanych z karmieniem piersią. To jest oczywiście i to powinien być zasadniczy i szczytny cel wszystkich osób zainteresowanych zdrowiem dzieci, z pełnym respektowaniem praw dziecka i małego pacjenta. Korzystnym zjawiskiem w wielu naszych oddziałach jest wzrastająca z roku na rok liczba matek karmiących piersią swoje dzieci w dniu wypisu, także tych urodzonych z ekstremalnie małą masą ciała.

Jako neonatolog z prawie 50-letnim stażem w neonatologii i w intensywnej terapii noworodka pragnę podzielić się moją refleksją, którą od wielu lat próbuję przekazać polskiemu KUKP. Większość naszych oddziałów III stopnia referencji i intensywnej terapii noworodka od wielu lat jest przyjaznymi dzieciom placówkami. Nasza specjalność, znaczone kolorem fioletowym, zawiera w sobie ciepło i empatię. Neonatologia uczy pokory, a naszemu bezbronnemu pacjentowi należy się szczególnie szacunek i ten szacunek od nas otrzymuje. W zespołach lekarsko-pielęgniarskich, mimo zmęczenia, często frustracji i wypalenia zawodowego codziennym stresem, widzimy i widzieliśmy zawsze dobro dziecka. Nasze działania skupiają się na zdrowiu

i ratowaniu życia naszych najmniejszych pacjentów i wielokierunkowej edukacji rodziców.

Czy ustawiczne pokonywanie wielu barier organizacyjnych, utrudniające pracę naszych oddziałów intensywnej terapii, nie kwalifikują się do uzyskania tytułu przyjaznego dziecku? Dlaczego? Chory noworodek zawsze wymagał od nas perfekcyjnego przestrzegania zasad etycznych w realizacji codziennych prostych i trudniejszych procedur, zwłaszcza gdy w salach panuje nocny półmrok, a rodzice nie są obecni przy dziecku. Dokładna higiena i dezynfekcja rąk przed i po każdej detalicznie opisanej w dokumentacji szpitala procedurze, zapewnienie jak najdelikatniejszego badania fizykalnego, stosowanie mikrometod w badaniach laboratoryjnych i komasowanie badań, bezinwazyjność monitorowania parametrów życiowych, usilne dążenie do maksymalnego skrócenia czasu koniecznego żywienia parenteralnego na rzecz karmienia enteralnego pokarmem matki czy z banku mleka – to nie rutyna, to głęboko przemyślane i umocnione wiedzą przyjazne aspekty opieki nad dzieckiem. Niezwykle długotrwała i trudna droga – od uzyskania kropli siary, poprzez odżywcze karmienie, nauka karmienia butelką ze smoczkiem czy karmienie łyżeczką i wreszcie piersią – to sukces wielu osób zaangażowanych w opiekę nad wcześniakiem. Wśród nich kluczową rolę odgrywają konsultanci laktacyjni, neurologopedzi, fizjoterapeuci no i oczywiście matki (rodzice).

Neonatologiczni eksperci EFCNI opracowali ostatnio ankietę upowszechnioną w 27 językach świata, w której zwracamy się do rodziców wcześniaków, także w Polsce, o opinię dotyczącą udziału rodziców w opiece nad wcześniakiem i procedur medycznych. Stymulacją do opracowania tej ankiety, stanowiącej część światowej kampanii ZERO SEPERACJI, było zamknięcie oddziałów NICU dla rodziców wcześniaków spowodowane pandemią wirusem SARS CoV 2. Okazuje się jednak, że część szpitali nawet w czasie pandemii stworzyło możliwości rotacyjnego odwiedzania dzieci i codziennego dostarczania pokarmu. To wymierny przejaw przyjaznych postaw szpitali i dogłębnego zrozumienia potrzeb rodziców. To także bardzo ważny krok w ubieganiu się o uzyskania zaszczytnego tytułu nadawanego przez KUKP.

Logicznym wydaje się więc rozszerzenie kryteriów certyfikacji o inne jeszcze niż tylko aspekty związane z karmieniem piersią. W kategorii szpitala przyjaznego dziecku mieszczą się wszystkie wymienione aspekty naszej pracy, ale także liczba i dostępność wszystkich pracowników medycznych różnych specjalności zaangażowanych w opiekę nad wcześniakiem, szanowanie szeroko rozumianych praw pacjenta-wcześniaka, prowadzenie szerokiej edukacji, zaangażowanie szpitali w stosowanie metod wczesnej i powypisowej stymulacji rozwoju dziecka.

Mały pacjent ma prawo do:

- przyścia na świat w przyjaznym otoczeniu/porodu rodzinnego w wybranym przez mamę szpitalu
- respektowania wszelkich praw mamy wynikających z Karty Praw Pacjenta (a następnie mojego ustawowego przedstawiciela)
- pierwszego kontaktu z mamą poprzez „skóra do skóry” i pozostania do zakończenia pierwszego karmienia
- nie ingerencji bez potrzeby, ograniczenia do wskazówek i obserwacji
- natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia życia, porodu przedwczesnego czy komplikacji okołoporodowych
- traktowania podmiotowego/indywidualnego, jako osoby, z taktem, wyrozumiałością, empatią
- przebywania bez ograniczeń z mamą na oddziale położniczo-noworodkowym (system 'matka z dzieckiem') i opieki wykwalifikowanego personelu
- możliwie jak najczęstszych kontaktów z mamą na OITN, a w razie choroby przebywania razem z nią na Patologii Noworodka
- obecności mamy podczas wizyty lekarskiej i bezpośredniego udzielenia jej przystępnej informacji o stanie zdrowia, ewentualnym rozpoznaniu nieprawidłowości, proponowanych metodach diagnostyczno-leczniczych
- wyrażenia poprzez mamę zgody na badania/świadczanie zdrowotne
- wspierania mojej mamy w karmieniu piersią, wskazówki do pielęgnacji oraz edukacji w zakresie obserwacji stanu ogólnego, rozpoznawania nieprawidłowości, zaspokajania potrzeb fizycznych i psychicznych

Tabela. 10 kroków karmienia piersią Diana Spitz

- Świadoma decyzja
- Zainicjowanie i utrzymanie laktacji
- Postępowanie z mlekiem kobiecym
- Podawanie mleka kobiecego
- Kangurowanie-
- Niedożywcze ssanie piersią
- Karmienie piersią
- Ocena karmienia –adekwatna ilość
- Przygotowanie do wypisu
- Opieka powypisowa

Piśmiennictwo

1. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn service: the revise Baby-Friendly Hospital Initiative WHO, UNICEF, 2018
2. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs 2004;18:385-396
3. Nyqvist KH., Haggkvist A, Hansen MN et al Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding in neonatal intensive care J Human Lact 2013;29;300
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz U 2018 poz. 1756
5. Helwich E., Wilińska M., Borszewska-Kornacka MK i wsp. Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego Standardy medyczne 2014;11:9-16
6. Noteworthy professional news Sue H., Keira S., et al Advances in neonatal Care 2020;20:263-264

Ponowne zdefiniowanie oczekiwań

Przedstawiamy System F&P 950

Poprawa opieki nad pacjentem oraz efektów leczenia stanowi podstawę tego, co robimy.

Dlatego zaprojektowaliśmy System F&P 950, aktywny nawilżacz oddechowy o ulepszonej użyteczności i zwiększonej wydajności. *

Skontaktuj się z lokalnym przedstawicielem jeszcze dzisiaj w celu uzyskania dodatkowych informacji.



* W porównaniu z systemem F&P 850.
Poszczególne elementy mogą się różnić od przedstawionych.

F&P i F&P 950 są znakami towarowymi firmy Fisher & Paykel Healthcare Limited.
Informacje patentowe znajdują się na stronie internetowej www.fphcare.com/ip.

Fisher & Paykel Healthcare GmbH (Sp. z o.o.) Oddział w Polsce
Pl. Andersa 7, Poznań 61-684 tel. 00800 4911977 e-mail: biuro@fphcare.pl

Fisher & Paykel
HEALTHCARE