



Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią

BIULETYN

KOMITETU UPOWSZECHNIANIA KARMIENIA PIERSIĄ
I SZPITALI PRZYJAZNYCH DZIECKU

Nr 1/2024

ISSN 1509-7250

W numerze:

- Alergia na białko mleka krowiego – naddiagnozy?
 - Czy mleko ludzkie jest sterylne?
 - Laktatory i nakładki a zapalenie sutka
 - Galaktogogi: skuteczność czy mit?
- Leki a karmienie piersią – najczęściej zadawane pytania
- Anna: urodziłam wcześniaka; moja droga do karmienia piersią
- „Szpital Przyjazny Dziecku” – nowe tytuły, nowe inicjatywy regionalne

Drodzy Czytelnicy!



Mam prawdziwą przyjemność zaprosić Państwa do lektury nowego numeru Biuletynu Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Staraliśmy się, aby jego zawartość była dla Czytelników interesująca. Poruszamy w nim m.in. problem naddiagnozy alergii na białka mleka

krowiego, szeroko komentowanej w pediatrii, w NFZ-cie (płatnik!) i przede wszystkim wśród matek. Właśnie spojrzenie od strony matki wydaje mi się sugestywną ilustracją problemu.

W części poświęconej aktualnościom naukowym z zakresu laktacji i karmienia piersią wybraliśmy przegląd wiedzy dotyczącej stosowania galaktogogów. Budzą one niezmiennie żywe dyskusje. Są stosowane powszechnie na całym świecie. Ile jest w nich skutecznego działania, a ile tylko wiary (i wydanych pieniędzy!), donoszą ostatnie publikacje na ich temat.

Istnieje interakcja między mikrobiomem jamy ustnej dziecka a biocenozą piersi. Okazuje się, że stosowanie kapturków do karmienia i laktatorów do opróżniania piersi nie jest obojętne dla mikrobiomu dziecko-matka, i wywiera na niego istotny wpływ. Warto zapoznać się z materiałem dr Marzeny Kostuch na ten temat.

Po pandemii wróciliśmy do ocen i reocen szpitali pod kątem realizacji 10 Kroków do udanego karmienia piersią. Ostatnio odbyły się one w Szpitalach w Przeworsku, Świdniku, w CM Żelazna w Warszawie, w Szpitalu im. Ks. Anny Mazowieckiej przy Karowej w Warszawie oraz w Wejherowie. Czekamy na kolejne zgłoszenia, a o wizytach w szpitalach informujemy na bieżąco na naszej stronie internetowej.

Mocno monitujemy do Pani Minister Zdrowia o zwiększone finansowanie Szpitali Przyjaznych Dziecku. Uczestniczymy w Zespole Ekspertów przy MZ w pracach poprawiających stan laktacji w Polsce. Efekt tych działań powinien być poparty dużą aktywnością całego środowiska! O tym, jak źle wygląda przestrzeganie Standardu Opieki Okołoporodowej mówi raport z monitoringu opieki laktacyjnej w latach 2018–2022, który powstał w ramach projektu „Karmienie mlekiem mamy i dziecka” realizowanego przez Stowarzyszenie Małyssak. Raport ten, wśród wielu różnych tematów, podkreśla skuteczność Inicjatywy SzPDz we wdrażaniu prawidłowych technik laktacyjnych i wartość pracy KUKP w monitorowaniu jakości opieki.

Nasza дума w KUKP – podręcznik Laktacja tom 1 i tom 2. jest już wydany w PZWL. Zachęcamy do lektury, bo jest w nim zawarta najświeższa wiedza o laktacji i karmieniu naturalnym. W najnowszym, V wydaniu „Standardów opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce” zamieściliśmy dwa dokumenty nt karmienia piersią: Karmienie piersią w trudnych sytuacjach klinicznych matki i dziecka oraz Postępowanie medyczne z kobietą chorą na padaczkę i jej noworodkiem.

Odbieramy wiele pytań od matek w sprawie karmienia piersią podczas terapii farmakologicznych. To jest cenne, ponieważ najczęściej udaje się uspokoić matki co do bezpieczeństwa karmienia. Ten rok będzie dla naszej organizacji bardzo ważny z jeszcze jednego powodu, jest on bowiem rokiem wyborczym. Tradycyjnie w dniu 24 maja odbędzie się Walne Zebranie Członków KUKP, na którym wybierzemy nasze nowe władze. Warto już teraz zastanawiać się nad tym wyborem, aby nasze Stowarzyszenie nadal rozwijało się.

Z serdecznymi pozdrowieniami i życzeniami miłej lektury

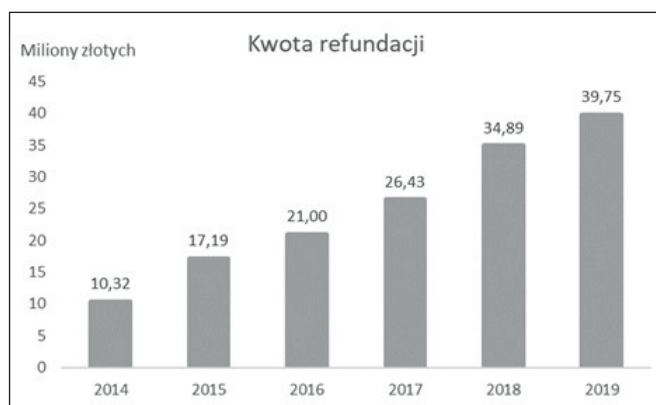
dr hab. n. med. Maria Wilińska
Przewodnicząca ZG KUKP

Alergia na białko mleka krowiego – diagnoza, której nie da się uniknąć?¹

dr n. hum. Emilia Kaczmarek

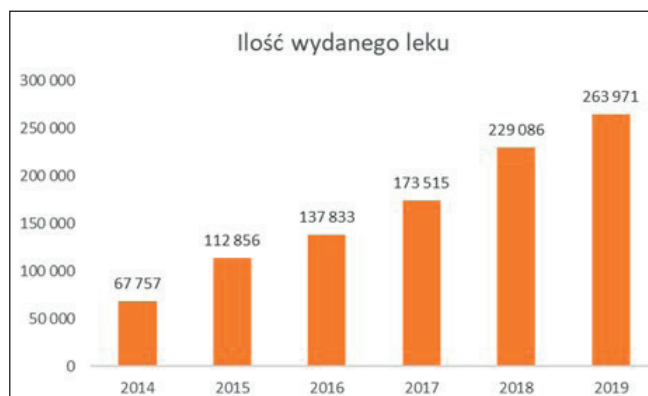
Zakład Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego

W ostatnich latach w wielu krajach odnotowano nawet dziesięciokrotny wzrost sprzedaży preparatów mlekozastępczych². Wzrost ich sprzedaży można zaobserwować także w Polsce – wedle publicznie dostępnych danych z portalu Dane.gov.pl oraz statystyk Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku sprzedano niecałe 68 tysięcy opakowań preparatu Neocate LCP – w 2019 roku ponad 260 tysięcy. To wzrost o prawie 300 procent. W 2014 roku na refundację tego preparatu wydano 10 milionów złotych, a w 2019 prawie 40 milionów.



Wykres 1. Wzrost kosztów refundacji preparatu Neocate LCP. Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych na portalu Dane.gov.pl

Preparaty tego typu przepisywane są jako zamiennik mleka matki dla niemowląt, u których zdiagnozowano alergię np. na białko mleka krowiego obecne w mleku matki. Różne źródła naukowe zgodnie podają, że alergia na białko mleka krowiego jest przypadłością rzadką. W badaniu, w którym wzięli udział mali pacjenci z dziewięciu europejskich krajów, wykazano, że cierpi na nią mniej niż 1 procent dzieci do 2. roku życia³. Szacunki z innych źródeł nie przekraczają kilku procent populacji.



Wykres 2. Wzrost sprzedaży preparatu Neocate LCP. Opracowanie własne na podstawie danych dostępnych na portalu Dane.gov.pl

Alergie na inne rodzaje pokarmu niż mleko są jeszcze rzadsze. Z czego może wynikać wzrost sprzedaży tego typu produktów? Jedną z przyczyn może być schemat diagnostyczny, który powoduje, że łatwo jest podejrzewać wystąpienie alergii, trudno ją jednak wykluczyć.

W 2018 r. portal „Medycyna Praktyczna” opublikował polskie tłumaczenie zaleceń dotyczących alergii pod tytułem „Skuteczniejsze rozpoznawanie, postępowanie diagnostyczne i leczenie IgE-niezależnej alergii na białka mleka krowiego u niemowląt – międzynarodowa interpretacja wytycznych Milk Allergy in Primary Care” (w skrócie iMAP)⁴. Alergia IgE-niezależna daje objawy opóźnione i nie da się jej potwierdzić w żaden obiektywny sposób. Jediną metodą diagnozy jest procedura eliminacji i prowokacji. Jeśli dziecko jest na coś uczulone, wyłączenie tego składnika z diety powinno mu pomóc (eliminacja), a po jego zjedzeniu objawy powinny się nasilić (prowokacja). Bez prowokacji nie da się określić, czy to zmiana diety przyniosła poprawę, ponieważ objawy mogą ustąpić samoistnie, a to, że stało się to akurat jakiś czas po zmianie diety, może być przypadkowe. Jeśli stan pacjenta nie wymaga hospitalizacji, to rodzic sam obserwuje reakcje swojego dziecka, a objawy, których wypatruje po włączeniu alergenu do diety, mogą być bardzo różne: katar, wysypka, ból brzucha, biegunka i wiele innych. Na łamach czasopisma „Clinical & Experimental Allergy” opublikowano wyniki badań dowodzące, że symptomy, które można uznać za przejaw alergii

2 Munblit D. et al. [2020], „Assessment of Evidence About Common Infant Symptoms and Cow’s Milk Allergy”, *JAMA Pediatr.*, 2020; 174 (6), 599–608.

3 Schoemaker, A. et al. [2015], „Incidence and natural history of challenge-proven cow’s milk allergy in European children – EuroPrevall birth cohort”, *Allergy*, 70(8), 963–972.

4 <https://www.mp.pl/pediatric/artykuly-wytyczne/wytyczne/175694,skuteczniejsze-rozpoznawanie-postepowanie-diagnostyczne-i-leczenie-ige-niezaleznej-alergii-na-bialka-mleko-krowiego-u-niemowlat>

pokarmowej wedle wytycznych iMAP, ma większość [!] zdrowych dzieci do 12. miesiąca życia⁵.

Wytyczne iMAP zawierają algorytm postępowania, który w przypadku stwierdzenia objawów łagodnej lub umiarkowanej alergii zaleca podawanie dziecku preparatów mlekozastępczych lub karmienie wyłącznie piersią z zachowaniem ścisłej diety eliminacyjnej u matki. Wytyczne te zakładają także, że w przypadku braku poprawy po czterech tygodniach diety eliminacyjnej, podejrzenie alergii może zostać utrzymane i należy zalecić eliminację kolejnych alergenów z diety matki. Oznacza to, że diagnozę alergii trudno jest sfalsyfikować – jeśli dieta eliminacyjna pomogła, może to świadczyć o alergii; jeśli nie pomogła – nie wyklucza to alergii.

Sama, jako matka karmiąca, spotkałam się z podobnym schematem postępowania w zaleceniach lekarzy. Kiedy u mojej czteromiesięcznej córki pojawiły się nitki krwi w stolcu przeszłam na ścisłą dietę eliminacyjną. Kiedy całkowite wyeliminowanie z diety nabiału nie przyniosło żadnej poprawy, polecono mi wyeliminować także inne potencjalne alergeny: jajka, wołowinę, soję, pszenicę, orzechy, kakao, cytrusy, selera, pietruszkę, pomidory, paprykę i ryby. Ostatecznie alergolog wykluczyła alergię jako przyczynę objawów występujących u mojej córki. Jednak proces prowokacji zakończył się, kiedy córka miała prawie rok⁶. Do tego czasu kilkakrotnie otrzymałam recepty na preparaty mlekozastępcze.

Opisywane zjawisko jest ważne z co najmniej trzech powodów. Po pierwsze, jeśli zdrowe dzieci są odstawiane od piersi na rzecz preparatów mlekozastępczych dla alergików, jest to szkodliwe dla ich zdrowia. Po drugie, jeśli matki karmiące dzieci bez alergii są na dietach eliminacyjnych miesiącami, to osłabia także zdrowie tych kobiet. W okresie laktacji organizm potrzebuje wielu substancji odżywczych, a trudno jest ułożyć zbilansowaną dietę pozbawioną wszelkich potencjalnych alergenów. Przebywanie miesiącami na restrykcyjnej diecie eliminacyjnej utrudnia też matce karmiącej funkcjonowanie społeczne. Nie dziwi więc, jeśli znaczna część kobiet decyduje się z tego powodu zaprzestać karmienia piersią⁷.

Po trzecie, preparaty mlekozastępcze wypisywane na receptę są refundowane, jeśli więc dochodzi do naddiagnozy, to marnotrawione są publiczne pieniądze.

W debacie na temat ryzyka naddiagnozy alergii pokarmowych wśród karmionych piersią niemowląt zwraca się także uwagę na konflikty interesów z udziałem producentów preparatów mlekozastępczych⁸. W 2020 roku „JAMA Pediatrics” opublikowano artykuł wskazujący, że 81 procent autorów różnych wytycznych dotyczących alergii, które ukazały się od 2012 roku, zgłosiło konflikt interesów⁹. W artykule tym podano też w wątpliwość samą możliwość powodowania alergii pokarmowej przez śladowe ilości alergenów obecne w mleku matki. Wskazano także, że badania, na których oparto zalecenia dotyczące diety eliminacyjnej, nie spełniają współczesnych kryteriów medycyny opartej na dowodach [evidence based medicine, EBM].

Pilnie potrzebujemy bezstronnych i wiarygodnych źródeł wiedzy o alergiach wśród niemowląt. Badania naukowe powinny ustalić, czy stosowane obecnie sposoby postępowania przynoszą korzyści kliniczne większości dzieci, czy też raczej prowadzą do naddiagnozy alergii wśród niemowląt i przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią.

Biogram:

Emilia Kaczmarek – doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Etyki Wydziału Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, członkini Centrum Bioetyki i Bioprawa WFz UW, autorka prac naukowych na temat medykalizacji i konfliktów interesów (m.in. Kaczmarek E. (2022). Promoting diseases to promote drugs: The role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. *British journal of clinical pharmacology*, 88(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/bcp.14835>)

5 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cea.14060>

6 Proces ten trwał tak długo, ponieważ zgodnie z zaleceniami alergologa prowokację rozpoczęłam dopiero kiedy w wieku 8 miesięcy objawy u mojej córki ustąpiły, a każdy z potencjalnych alergenów stopniowo przywracałam do swojej diety na parę dni (nadal karmiłam piersią), po czym podawałam go córce w małych ilościach.

7 Do potencjalnych powodów odstawienia dziecka od piersi w sytuacji podejrzenia alergii dochodzi również psychiczny dyskomfort związany z poczuciem winy na myśl o alergenie, który krąży w mleku matki „niczym trucizna”.

8 Tulleken, Ch. [2018], „Overdiagnosis and industry influence: how cow's milk protein allergy is extending the reach of infant formula manufacturers”, „BMJ”, 363.

9 Munblit D. et al. [2020], „Assessment of Evidence About Common Infant Symptoms and Cow's Milk Allergy”, „JAMA Pediatr.”, 2020; 174 (6), 599–608.

Czy mleko ludzkie jest sterylne?

dr n.med. Marzena Kostuch

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Przez wiele lat eksperci i klinicyści uważali, że pokarm ludzki jest sterylnym płynem, a ewentualnie stwierdzane w nim bakterie traktowano jako kontaminację lub zakażenie. Jednak badania naukowe ostatnich lat wykazały, że w mleku ludzkim znajduje się bogaty ekosystem drobnoustrojów komensalnych, które wykazują prozdrowotny wpływ dla matki i jej karmionego piersią dziecka. Mikroorganizmy te tworzą mikrobiotę mleka ludzkiego (Human Milk Microbiota (HMM)). Najnowsze badania wykazały, że w mleku ludzkim znajdują się nie tylko bakterie, ale również grzyby, wirusy i organizmy beztlenowe. Szacuje się, że w mleku ludzkim znajduje się około 800 różnych bakterii i 50 różnych grzybów. Ponieważ przeciętne niemowlę zjada średnio 800 mililitrów mleka dziennie, naukowcy szacują, że będzie ono jednocześnie spożywać od 1×10^5 i 1×10^7 bakterii dziennie. Oznacza to, że około 30% bakterii kolonizujących jelita niemowlęcia pochodzi z mleka matki.

Źródła bakterii w mleku matki to:

- translokacja bakterii z jelit matki, które za pośrednictwem komórek dendrytycznych i układu chłonnego kolonizują gruczoł piersiowy i mleko w tym gruczole oraz
- jama ustna niemowlęcia, z której wstecznie mleko cofa się do przewodów w gruczole piersiowym, kolonizując go.

Do gruczołu piersiowego bakterie skórne przedostają się przez pory w skórze brodawki. Rzadszym źródłem bakterii w gruczole piersiowym są mikrourazy brodawki i otoczki, przez które bakterie przedostają się do gruczołu piersiowego.

Do głównych mikroorganizmów stanowiących około połowy mikrobioty mleka ludzkiego należą: *Streptococcus*, *Serratia*, *Pseudomonas*, *Corynebacterium*, *Ralstonia*, *Propionibacterium*, *Sphingomonas* i *Bradyrhizobium*. Bakterie te występują we wszystkich próbkach mleka niezależnie od uwarunkowań, w jakich żyje matka. Skład pozostałej mikrobioty jest zmienny i zależy od wielu czynników. Za funkcję probiotyczną mikrobioty mleka ludzkiego odpowiadają bakterie z rodzaju *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*. Co ciekawe bakterie z rodzaju *Bifidobacterium* są nieliczne w przewodzie pokarmowym osób dorosłych a u niemowląt i małych dzieci występują licznie. Wśród szczepów *Lactobacillus* wyizolowano szczepy *Lactobacillus rhamnosus* o właściwościach przeciwtleniających i przeciwnowotworowych. W obrębie wirusów dominują

fagi i bakteriofagi, a wśród drożdży *Debaryomyces hansenii* jest gatunkiem dominującym podczas karmienia piersią, podczas gdy *Saccharomyces cerevisiae* staje się gatunkiem dominującym podczas odstawiania dziecka od piersi. Mikrobiota mleka ludzkiego zmienia się na przestrzeni laktacji. Colostrum ma niższą biomasę bakterii niż mleko przejściowe lub dojrzałe, ale wykazuje znacznie większą różnorodność bakterii.

Zidentyfikowano wiele czynników, które mogą wpływać na skład mikrobioty mleka ludzkiego (HMM). Do tych czynników należy m.in. etap laktacji ale również wskaźnik masy ciała matki (BMI), wiek matki i jej dieta, położenie geograficzne, status społeczno-ekonomiczny, stosowanie antybiotyków lub probiotyków w czasie ciąży oraz sposób ukończenia porodu.

Wykazano, że u otyłych matek w mleku przeważają bakterie *Lactobacillus* spp. U matek tych stwierdzono też zmniejszenie populacji bakterii *Bacteroidetes*, *Proteobacteria* i *Firmicutes*. Istotnie na skład mikrobiomu mleka ludzkiego wpływa dieta. Wykazano, że zwiększone spożycie witaminy C wiąże się ze wzrostem liczby bakterii z rodzaju *Staphylococcus* w mleku, podczas gdy spożywanie wielonienasyconych kwasów tłuszczowych i kwasu linolowego prowadzi do wzrostu liczby bakterii rodzaju *Bifidobacterium*. Antybiotykoterapia w czasie ciąży i w okresie okołoporodowym zmniejsza liczbę bakterii z rodzaju *Bifidobacterium*. To spostrzeżenie jest o tyle istotne, ponieważ zmniejszona liczba tych bakterii w jelitach niemowląt sprzyja otyłości i wystąpieniu atopii. Sposób podaży mleka ma też znaczenie. U niemowląt karmionych bezpośrednio piersią w jelitach występuje duża liczba *Bifidobacterium* spp. Natomiast u niemowląt karmionych mlekiem odciągniętym stwierdzono podwyższoną liczbę potencjalnych bakterii patogennych. Udowodniono wpływ stresu matczyngo na skład mikrobioty jej mleka. Wykazano też różnice w składzie mikrobioty pomiędzy populacją matek żyjących w środowisku miejskim i wiejskim.

Znaczenie mikrobioty mleka ludzkiego

Mikrobiota ludzkiego przewodu pokarmowego odgrywa szereg ważnych ról w żywieniu, ochronie immunologicznej, metabolizmie i obronie gospodarza, a nawet w ludzkich zachowaniach i emocjach. Wykazano, że blisko 30% bakterii przewodu pokarmowego niemowląt pochodzi z mikrobioty mleka ludzkiego.

Udowodniono, że mikrobiota mleka ludzkiego jest odpowiedzialna za kształtowanie się u karmionego piersią dziecka mikrobioty przewodu pokarmowego poprzez dostarczanie samych mikroorganizmów, składników odżywczych dla mikrobioty i pewnych korzystnych dla

tych mikroorganizmów metabolitów. Najnowsze badania wykazały również, że mikrobiota mleka ludzkiego wpływa na kształtowanie mikrobioty układu oddechowego u dziecka.

Badania ostatnich lat potwierdziły, że dysbioza jelit u kobiety występująca w czasie ciąży, może wpływać na skład pionierskiego ekosystemu bakteryjnego noworodka, co może działać jako czynnik ryzyka rozwoju chorób, takich jak otyłość i astma w przyszłości, a także może sprzyjać rozwojowi takich stanów patologicznych jak martwicze zapalenie jelit (NEC) w pierwszych miesiącach życia, szczególnie u przedwcześnie urodzonych noworodków.

Piśmiennictwo

1. Notarbartolo V, Giuffrè M, Montante C, Corsello G, Carta M. Composition of Human Breast Milk Microbiota and Its Role in Children's Health. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2022 May;25(3):194-210.
2. Hufnagl K, Pali-Schöll I, Roth-Walter F, Jensen-Jarolim E. Dysbiosis of the gut and lung microbiome has a role in asthma. *Semin Immunopathol.* 2020;42:75–93.
3. Oikonomou G, Addis MF, Chassard C, Nader-Macias MEF, Grant I, Delbès C, et al. Milk microbiota: what are we exactly talking about? *Front Microbiol.* 2020;11:60.
4. Demmelmair H, Jiménez E, Collado MC, Salminen S, McGuire MK. Maternal and perinatal factors associated with the human milk microbiome. *Curr Dev Nutr.* 2020;4:n027

Czy laktatory i nakładki mogą powodować zapalenie sutka

dr n.med. Marzena Kostuch

Mikrobiom piersi to bardzo zróżnicowana społeczność bakterii różniąca się od mikrobiomu bytującego na skórze i otoczce. W gruczole piersiowym znajdują się zarówno prozdrowotne, jak i patogenne bakterie. Gdy mikrobiom gruczołu sutkowego traci różnorodność, następuje rozrost bakterii chorobotwórczych. Dysbioza gruczołu sutkowego jest to więc proces, w wyniku którego zwiększa się populacja potencjalnych patogenów kosztem prawidłowej mikroflory gruczołu sutkowego.

Zablokowane kanaliki i przewody mlekowe mogą spowodować zastój mleka i wywołać niezakaźne zapalenie sutka, natomiast uraz gruczołu sutkowego zakłócający integralność piersi może doprowadzić do bakteryjnego zapalenia sutka.

Jaką rolę w powstaniu dysbiozy gruczołu piersiowego pełni użycie laktatora i nakładek na sutki

Głównymi czynnikami predysponującymi do zapalenia sutka jest dysbioza i hiperlaktacja.

W wyniku dysbiozy dochodzi do niekontrolowanego rozrostu jednego rodzaju bakterii, która tworzy gruby biofilm na ścianach przewodów mlekowych, prowadząc

do zmniejszenia światła tych przewodów lub całkowitego ich zamknięcia. Jednak produkcja mleka nadal trwa a jego przepływ przez przewody i wypływ z gruczołu piersiowego jest znacznie upośledzony lub wręcz niemożliwy. Prowadzi to do zastoju mleka i rozwoju procesu zapalnego w gruczole mlekowym.

Laktatory

- Stymulują zwiększoną produkcję mleka matki przekraczającą fizjologiczne zapotrzebowanie.
- Odciąganie pokarmu przy użyciu laktatora nie stwarza możliwości wymiany bakteryjnej między jamą ustną niemowlęcia a piersią matki, a zatem może predysponować do dysbiozy.
- Laktatory mogą również powodować urazy miększu piersi i kompleksu otoczki brodawki sutkowej, jeśli stosowane są niewłaściwe rozmiary kołnierzy, sił ssania jest zbyt duża lub matka odciąga pokarm przez zbyt długi czas.

Użycie laktatorów może więc prowadzić do nadmiernej produkcji pokarmu (hyperlaktacja) i dysbiozy gruczołu mlekowego. Połączenie hyperlaktacji z dysbiozą może doprowadzić do rozwoju zaburzeń ze spektrum stanów zapalnych gruczołu sutkowego. Z tego powodu odciąganie pokarmu powinno być ograniczone tylko do sytuacji, gdy matka jest oddzielona od niemowlęcia lub wymaga odciągania pokarmu z innych medycznie wskazanych powodów. Laktatory mogą być również używane w stanach z zastojem pokarmu. Zbyt częste przystawianie dziecka do piersi lub nadmierne odciąganie laktatorem utrwała zjawisko hiperlaktacji, która nasila zastój i jest głównym czynnikiem ryzyka pogorszenia, obrzęku i zapalenie tkanek gruczołu sutkowego.

Nakładki na brodawki sutkowe

- Podobnie jak w przypadku odciągania pokarmu przy użyciu laktatora, osłonki na brodawki sutkowe reprezentują нефizjologiczne karmienie piersią i skutkują nieodpowiednim odciąganiem pokarmu. Niemowlęta często biernie piją mleko, nie przywierając do piersi i nie stymulując prawidłowo gruczołu do produkcji mleka.
- Osłonki zaburzają wymianę bakterii między gruczolem sutkowym a jamą ustną niemowlęcia.

W protokole zalecono również unikania rutynowego sterylizowania laktatorów i nakładek przed każdym użyciem.

Piśmiennictwo

- Mitchell KB, Johnson HM, Rodn'guez JM et al. The Academy of Breastfeeding Medicine: Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022. *BREASTFEEDING MEDICINE.* 17;5; 2022

Galaktogogi dla kobiet karmiących piersią: skuteczność czy mit?

dr hab.n.med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Wiele kobiet karmiących piersią jest zaniepokojonych ilością wytwarzanego mleka podczas karmienia dziecka. Przekonanie matek o niewystarczającej laktacji i niedożywieniu noworodka lub niemowlęcia wiedzie do przedwczesnego dokarmiania i jest najczęstszą przyczyną przedwczesnego zakończenia karmienia piersią. Obiektywnie, w wielu przypadkach jest to przekonanie mylne [1,2,3]. Tym niemniej, niepewność co do wystarczającego karmienia dziecka piersią może być źródłem poważnych problemów emocjonalnych, a nawet zaburzeń psychicznych do depresji włącznie [4].

Tab. 1. Przyczyny obniżonej produkcji mleka [za: 5]

Czynniki zdrowotne matki	zakażenia, niedokrwistość, krwotok porodowy, nikotynizm zaburzenia hormonalne (otyłość, cukrzyca, zespół policystycznych jajników, niedoczynność przysadki, hiperandrogenizm, choroby tarczycy, torbiele jajników)
Mammogeneza	Niedorozwój gruczołów piersiowych, stany pooperacyjne/polekowe gruczołu piersiowego
Laktogeneza	Opóźnione pierwsze przystawienie do piersi Pozostawione resztki łożyska
Galaktopoeza	Niedostateczna częstość przystawiania do piersi Nieprawidłowa pozycja matki podczas karmienia Zmęczenie, stres, brak wypoczynku matki brak pewności siebie, brak wsparcia rodziny i otoczenia matki.
Nieprawidłowości karmienia	Ograniczenia w częstości przystawiania i długości trwania karmienia piersią Zaburzenia budowy i funkcji aparatu orofacjalnego dziecka (np. restrykcyjne wędzidełko języka) Ból (w tym bolesność sutków) u matki, zwłaszcza podczas karmienia.
Czynniki ze strony dziecka	Choroby dziecka (np. wrodzone wady rozwojowe układu krążenia, zakażenia) Wcześnieactwo Obniżone napięcie mięśniowe Włączenie dodatkowych karmień butelką, zwłaszcza w okresie kształtowania umiejętności ssania.

Wiele kobiet pragnących kontynuować karmienie naturalne, w sytuacji niepewności lub niedoboru pokarmu podejmuje próby stymulacji laktacji preparatami farmakologicznymi lub roślinnymi.

Do środków farmakologicznych stymulujących laktację należą antagoniści dopaminy (metoklopramid, domperidon, chloropromazyna, sulpiryd). Działają one poprzez blokowanie receptora D2 w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Efektem tej blokady jest ograniczenie działania dopaminy. Dopamina jest znanym blokerem wydzielania prolaktyny. Zahamowanie receptora dopaminy uwalnia więc prolaktynę. Hormon ten, produkowany na początku laktogenezy II w dużych ilościach i obecny w wysokim stężeniu we stymuluje proliferację komórek wydzielniczych gruczołu sutkowego, pobudza ich działanie i w efekcie zwiększa produkcję mleka. W dalszym okresie laktacji stężenie prolaktyny obniża się, a większego znaczenia nabiera autokryny sposób regulacji laktacji, zależny od systematycznego opróżniania i następowego wypełniania gruczołu piersiowego. Dlatego efekt działania leków zwiększających stężenie prolaktyny jest wyraźny wtedy, gdy jej stężenie jest obniżone.

W dalszych etapach laktacji, gdy produkcja mleka jest mniej zależna od prolaktyny a bardziej od mechanizmów autokryny (czyli cyklicznego opróżniania i wypełniania gruczołów mlecznych), wpływ galaktogogów farmakologicznych może już nie być tak wyraźny.

Po podaży leków blokujących receptor D2 należy się liczyć z występowaniem istotnych działań niepożądanych zarówno u matki jak i u dziecka. U kobiet, które przyjmowały leki o działaniu antagonistycznym wobec dopaminy w celu wywołania lub zwiększenia laktacji, obserwowano występowanie m.in. dolegliwości żołądkowo-jelitowych, uczucia suchości w jamie ustnej, bólów głowy, zaburzeń rytmu serca, bezsenności, depresji i osłabienia. Opisywano nawet występowanie zespołu pozapiramidowego, łojotoku, nadmiernej potliwości oraz zaburzeń kardiologicznych. U dzieci stwierdzano zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, obniżenie aktywności i nadmierną senność.

Tab. 2. Farmakologiczne galaktogogi

Mechanizm działania	Przykłady leków
leki blokujące dopaminę, czyli antagoniści dopaminy	domperidon metoklopramid sulpiryd
stymulacja produkcji prolaktyny	hormon uwalniający tyreotropinę kortyzol
Dominujące działanie prokinetyczne na drogi mleczne	oksytocyna
bezpośredni lub pośredni wpływ na gruczoł sutkowy skutkujący stymulacją produkcji mleka	hormon wzrostu insulinopodobny czynnik wzrostu prolaktyna insulina

Rekombinowana prolaktyna ludzka

Biorąc pod uwagę, że prolaktyna jest kluczowym hormonem wyzwalającym i stabilizującym laktację, bezpośrednie podawanie prolaktyny wydaje się pragmatycznym podejściem do leczenia niewydolności laktacyjnej wynikającym z jej niedoboru. W badaniu kontrolowanym placebo wykazano korzystny wpływ podaży rekombinowanej prolaktyny ludzkiej (r-hPRL) na poprawę laktacji [30]. r-hPRL może być realną opcją leczenia niewydolności laktacyjnej u kobiet z ustalonym niedoborem prolaktyny. Biorąc pod uwagę wysokie koszty i wyzwania administracyjne związane z leczeniem, leczenie to może mieć zastosowanie w rzadkich sytuacjach. Należą do nich zespół Sheehana lub wrodzony niedobór prolaktyny, w których laktotrofy są nieobecne lub ich liczba jest niewystarczająca.

Preparaty roślinne

Zainteresowanie roślinnymi galaktogogami na świecie narasta. Niektóre rośliny, takie jak kozieradka pospolita (łac. *Trigonella foenum-graecum*), fenkuł włoski (łac. *Foeniculum vulgare*), rutwica lekarska (łac. *Galega officinalis*), szparag (łac. *Asparagus racemosus*), anyż (łac. *Pimpinella anisum*), ostropest plamisty (łac. *Silybum marianum*), bazylika, werbena, kawa czy kmin rzymski tradycyjnie uważane są za preparaty mlekopędne. Opinie dotyczące ich skuteczności i bezpieczeństwa są bardzo zróżnicowane.

Jakie są najnowsze doniesienia na ten temat w odnośnej literaturze? Przeprowadziłam przegląd odnośnych artykułów w bazie PubMed z ostatniego roku.

Stosowanie i doświadczenia galaktagogów podczas karmienia piersią wśród australijskich kobiet

W okresie od września do grudnia 2019 r. przeprowadzono wśród Australijek ankietę, aby zbadać rozpowszechnienie stosowania galaktagogów i spostrzeżenia dotyczące ich bezpieczeństwa i skuteczności. W badaniu wzięły udział kobiety, które karmiły piersią obecnie lub

w przeszłości. Ankieta zawierała pytania dotyczące okresu włączenia galaktagogu, czasu przyjmowania, skutków ubocznych i postrzeganej skuteczności (w skali od 1 do 5, czyli od najmniejszej do największej).

Śród 1876 respondentów 1120 (60%) zgłosiło stosowanie jednego lub więcej galaktagogów. Kobiety miały $31,5 \pm 4,8$ lat. W momencie przeprowadzania badania 65% procent kobiet karmiło piersią. Do najczęściej zgłaszanych galaktagogów zaliczały się ciasteczka laktacyjne (47%), drożdże piwne (32%), kozieradka (22%) i domperidon (19%). Średni czas stosowania każdego galaktagogu wynosił od 2 do 20 tygodni. Około 1 na 6 kobiet rozpoczęła stosowanie galaktagogów już w pierwszym tygodniu po porodzie. Większość kobiet zgłosiła, że otrzymywała zalecenia dotyczące stosowania galaktagogów ziołowych/dietetycznych z Internetu (38%) lub od znajomych (25%), podczas gdy galaktogogi farmaceutyczne były najczęściej przepisywane przez lekarzy pierwszego kontaktu (72%). Postrzegana skuteczność różniła się znacznie w zależności od rodzaju preparatu. Postrzegana skuteczność była najwyższa w przypadku domperidonu (średnia ocena 3,3 w porównaniu z 2,0 do 3,0 w przypadku innych galaktagogów), przy czym ponad 23% osób stosujących domperidon zgłosiło występowanie licznych skutków ubocznych, w porównaniu do średnio 3% kobiet przyjmujących ziołowe galaktogogi.

Badanie wykazało, że stosowanie galaktagogów jest powszechne w Australii, ale ich skuteczność w opinii matek jest niska. Autorzy wnioskuje, że aby stworzyć strategię stosowania galaktogogów oparte na dowodach i poprawić wyniki karmienia piersią konieczne są dalsze badania [6].

Zastosowanie galaktagogów w celu zwiększenia produkcji mleka wśród matek karmiących piersią w Stanach Zjednoczonych: badanie opisowe.

Badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych miało na celu poznanie rozpowszechnienia stosowania galaktagogów i postrzeganych skutków oraz porównanie stosowania galaktagogów. W okresie od grudnia 2020 r. do lutego 2021 roku przeprowadzono przekrojową ankietę internetową obejmującą 1294 matek karmiących piersią jedno dziecko i mieszkających w Stanach Zjednoczonych. Kobiety zrekrutowano za pomocą płatnych reklam na Facebooku. Badano fakt stosowania galaktagogów i ich postrzegany wpływ na produkcję mleka.

Ponad połowa uczestniczek (57,5%) zadeklarowała przyjmowanie jakichkolwiek galaktagogów, 55,4% zadeklarowało spożywanie pokarmów lub napojów, a 27,7% zadeklarowało stosowanie suplementów ziołowych. Niewiele respondentek (1,4%) zgłosiło używanie środków farmaceutycznych. Stosowanie galaktagogów

było wyższe wśród uczestniczek, które zgłosiły karmienie piersią po raz pierwszy (tak: 66,7% vs nie: 49,3%; $p < 0,001$), karmienie piersią odciąganiem mlekiem (tak: 63,1% vs nie: 50,4%; $p < 0,001$), suplementację mlekiem modyfikowanym (tak: 66,8% vs nie: 50,4%; $P < 0,001$) i postrzeganą niewystarczającą ilość mleka (tak: 78,8% vs nie: 53,8%; $P < 0,001$).

Stosowanie galaktogogów w celu zwiększenia produkcji mleka jest więc w Stanach Zjednoczonych powszechne. W cytowanym badaniu skuteczność galaktogogów w zwiększaniu ilości mleka matki określały jako zróżnicowaną. Z uwagi na rozpowszechnienie stosowania galaktogogów autorzy uważają za konieczne zobiektywizowanie ich skuteczności i bezpieczeństwa w konkretnych badaniach. Przede wszystkim jednak podkreślają konieczność zwiększonego wsparcia kobiet w karmieniu piersią [7].

Czy rozpowszechnienie stosowania galaktogogów roślinnych idzie jednak w parze z ich skutecznością?

W kolejnym randomizowanym badaniu kontrolowanym przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych badano skuteczność ciasteczek laktacyjnych zawierających galaktogogi w zwiększaniu produkcji mleka kobiecego. Ciasteczka laktacyjne (LC) są sprzedawane jako substancje wspomagające mleko; ich skuteczność pozostaje nieznana.

Celem tego badania była ocena wpływu dziennego spożycia LC przez 1 miesiąc na zmiany w obiektywnej i subiektywnej produkcji mleka oraz na poczucie skuteczności w karmieniu piersią.

To randomizowane, kontrolowane badanie przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych od marca do grudnia 2021 r. wśród matek w wieku 18–45 lat, karmiących wyłącznie piersią zdrowe, donoszone, 2-miesięczne niemowlęta. Ocena dotyczyła 1 miesiąca stosowania galaktogogów. Uczestnicy ($n = 176$) zostali losowo przydzieleni do codziennego spożycia 56,5 g LC z „galaktagogami” (płatki owsiane, drożdże piwne, nasiona lnu i kozieradka) lub konwencjonalnych ciasteczek o podobnej wadze, kaloriach i wyglądzie, ale pozbawionych galaktagogów. Pierwszorzędowym wynikiem były zmiany po 1 miesiącu odnośnie objętości mleka kobiecego (HMPR), mierzone za pomocą zwalidowanego protokołu odciągania mleka. Drugorzędne wyniki obejmowały zmiany w postrzeganej niewystarczającej ilości mleka (PIM) i poczuciu własnej skuteczności w laktacji.

Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią stoi na stanowisku, że jedyną drogą do poprawy laktacji jest doskonalenie techniki karmienia piersią u dobrze zmotywowanej matki.

Spośród 176 losowo przydzielonych uczestników (wiek: $31,3 \pm 5,8$ lat; 71,0% samo identyfikowało się jako osoby rasy białej, 15,3% Latynosów/Latynosów, 6,3% osób rasy czarnej i 4,0% Azjatów). 90 uczestników (51,1%) ukończyło końcowe pomiary HMPR i 129 (73,3%) ukończyło studia wtórne. Wykazano średni wzrost HMPR o $5,8 \pm 15,7$ ml/h u uczestników kontrolnych i $5,5 \pm 17,6$ ml/h u uczestników LC po 1 miesiącu codziennego zażywania ciasteczek. Nie zaobserwowano znaczących różnic w zakresie HMPR, PIM lub poczucia własnej skuteczności w karmieniu piersią: średnia (SE) różnica w różnicach dla HMPR, $-0,33$ (4,97), $P = 0,948$; Wyniki PIM (zakres: 5-50), $-0,52$ (1,83), $P = 0,775$; i poczucie własnej skuteczności (zakres: 14-70), odpowiednio $0,31$ (2,23), $P = 0,888$.

W badaniu tym nie znaleziono dowodów na wpływ spożycia LC na HMPR, PIM lub poczucie własnej skuteczności w karmieniu piersią u rodziców wyłącznie karmiących piersią, których ogólnie postrzegana podaż mleka była wystarczająca.

Wnioskiem autorów jest, że zalecenia dotyczące spożycia LC w celu zwiększenia obiektywnej lub subiektywnej podaży mleka mogą w tym trudnym momencie wywołać fałszywą nadzieję i wygenerować niepotrzebne koszty finansowe.

Numer rejestracyjny badania: To badanie zostało zarejestrowane na stronie Clinicaltrials.gov pod numerem NCT04805008 (8).

Piśmiennictwo

- 1 Stuebe A. Enabling women to achieve their breastfeeding goals. *Obstetrics and Gynecology* 2014;123(3):643-52
- 2 Kowalewska M, Głębicka J, Cholewicka B i in. Ocena wpływu różnych form poradnictwa laktacyjnego na utrzymanie karmienia piersią - doświadczenia własne Szpitala Wojewódzkiego w Łomży. *Postępy Neonatologii* 2005;2(8):42-45
- 3 Ruoei Li, Sara B. Fein, Jian Chen et al. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics* (2008) 122 (Supplement_2): 569–576
- 4 Watkinson M, Murray C, Simpson J. Maternal experiences of embodied emotional sensations during breast feeding: an interpretative phenomenological analysis. *Midwifery* 216;36:53-60].
- 5 Amir LH. Breastfeeding - managing 'supply' difficulties. *Australian Family Physician* 2006;35(9):686-9.
- 6 McBride GM, Stevenson R, Zizzo G, Rumbold AR, Amir LH, Keir AK, Grzeskowiak LE. Use and experiences of galactagogues while breastfeeding among Australian women. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254049.
- 7 Ryan RA, Hepworth AD, Lyndon A, Bihuniak JD. Use of Galactagogues to Increase Milk Production Among Breastfeeding Mothers in the United States: A Descriptive Study. *J Acad Nutr Diet*. 2023;123(9):1329-1339.
- 8 Palacios AM, Cardel MI, Parker E, Dickinson S, Houin VR, Young B, Allison DB. Effectiveness of lactation cookies on human milk production rates: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2023;117(5):1035-1042

Stosowanie leków w okresie laktacji. O co najczęściej pytają matki i osoby zlecające leki?

dr hab.n.med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

Farmakokinetyka niemal wszystkich obecnie stosowanych leków jest w aspekcie karmienia piersią dokładnie scharakteryzowana. W olbrzymiej większości przypadków kobieta karmiąca może przyjmować potrzebne jej leki. Do lekarza i farmaceuty należy dobór preparatu o najkorzystniejszych parametrach farmakokinetycznych oraz drogi jego podania. Farmakoterapia bardzo rzadko oznacza konieczność rezygnacji z naturalnego karmienia. Dzięki rozwojowi farmakokinetyki i licznym obserwacjom klinicznym coraz więcej wiemy o lekach i ich funkcjonowaniu w ustroju.

Lekarze ordynujący leki kobiecie karmiącej mają możliwość wyboru pomiędzy preparatami o różnych parametrach farmakologicznych. Należy mieć świadomość, że niemal każdy lek będzie przenikał do mleka matki, pytanie tylko, w jakim stężeniu i w jaki sposób wpłynie na dobrostan dziecka i sam proces laktacji.

Reasumując, kobiecie karmiącej można ordynować leki, ale powinien temu towarzyszyć namysł, czy farmakoterapia jest konieczna. Jeśli tak, należy dokonać wyboru odpowiedniego preparatu i schematu jego stosowania oraz ustalić z matką staranną obserwację dziecka.

Jak istotny z punktu widzenia praktyki klinicznej jest problem farmakoterapii w okresie karmienia piersią?

Z pewnością jest to problem wart dostrzeżenia i szerszej dyskusji. Większość leków niesie ze sobą różne poziomy ryzyka dla niemowlęcia karmionego piersią. Ryzyko to nie powinno być wyolbrzymiane, ponieważ noworodki i niemowlęta w większości przypadków otrzymują znacznie niższą dawkę z mlekiem matki w porównaniu ze znaną, bezpieczną dawką tego samego leku stosowaną terapii dziecka.

Należy przy tym pamiętać, że niektóre leki mogą być przeciwwskazane lub nie są jeszcze odpowiednio zbadane, dlatego pozostaje przyjąć generalną zasadę, że podczas karmienia piersią przyjmować należy tylko leki konieczne. Trzeba pamiętać, że istnieje możliwość wyboru preparatu o parametrach farmakokinetycznych na tyle korzystnych, iż nie będzie on wywierał istotnego negatywnego wpływu na karmione piersią dziecko.

W rozważaniach „za i przeciw” karmieniu piersią podczas farmakoterapii należy też wziąć pod uwagę utracone korzyści karmienia naturalnego w przypadku decyzji o jego wstrzymaniu, a także ryzyko zastosowania mieszanki mlekozastępczej, produkowanej zazwyczaj na bazie mleka krowiego.

Z punktu widzenia praktyki klinicznej problemem jest fakt, że nader często bywa ono powodem przerwania karmienia naturalnego. Znajomość podstawowych parametrów farmakokinetycznych preparatu pozwoli lekarzowi dobrać optymalną drogę podania leku oraz udzielić wskazówek co do modyfikacji schematu karmienia dziecka.

Co mówią badania i praktyka o farmakokinetyce leków w okresie laktacji? Co decyduje o przenikaniu substancji leczniczej do mleka matki?

Warto pamiętać, że w kontekście oszacowania bezpieczeństwa farmakoterapii okres ciąży i laktacji należy traktować odrębnie. Podczas ciąży leki przenikają do płodu drogą krwi i ten transfer jest zazwyczaj duży. Wiele leków wywiera toksyczny, nawet mutagenny wpływ na rozwijający się płód. W okresie laktacji, dziecko karmione piersią jest w dużym stopniu chronione przed przenikaniem leków do jego organizmu przez liczne bariery biologiczne.

Najważniejszym parametrem decydującym o stopniu przenikania leku z krwi matki do jej pokarmu jest stężenie wolnego leku w surowicy krwi kobiety. Na to stężenie wpływa wiele czynników, przede wszystkim dawka leku (im wyższa, tym większe stężenie) i droga jego podania. Preparaty podawane dożylnie i domięśniowo przenikają do krwi i pokarmu w większym stopniu niż leki stosowane doustnie. Leki zastosowane wziewnie i miejscowo (na skórę lub do worka spojówkowego) przenikają do mleka w znikomym stopniu.

Istotne znaczenie mają także właściwości chemiczne substancji: do krwi i pokarmu matki łatwiej przenikają preparaty o małej cząsteczce, słabo wiążące się z białkami oraz leki o wysokiej lipofilności. Znaczenie ma też pH preparatu leczniczego, ponieważ pH surowicy krwi matki i mleka różni się.

Niemal cała wiedza o oddziaływaniu leków na organizm karmionego piersią dziecka pochodzi z obserwacji, czyli z opisów przypadków. Jak już jednak wspomniałam, precyzyjna analiza parametrów farmakokinetycznych danego leku pozwala przewidzieć, czy będzie on bezpieczny dla matki karmiącej i jej dziecka. Przydatnym narzędziem, będącym źródłem wiedzy w tym zakresie, jest np. baza LactMed (Drugs and Lactation Database), zawierająca charakterystykę większości stosowanych leków.

Baza zawiera dane o T_{max}, C_{max}, pH leku, objętości jego dystrybucji, wskaźniku M/P (odzwierciedlającym wielkość transportu leku z krwi do mleka) oraz stopniu wiązania leku z białkami krwi matki.

Przydatnym parametrem określającym bezpieczeństwo leku przyjmowanego przez matkę dla karmionego piersią dziecka, podawanym w bazie LactMed, jest RID (Relative Infant Dose). Wskaźnik ten określa, jaki odsetek dawki leku podany matce jest przyswajany przez dziecko. Leki o RID <10 proc. są z zasady bezpieczne dla noworodków urodzonych o czasie. W przypadku wcześniaków korzystniejsze są leki o znacznie niższym współczynniku RID.

Tutaj warto zrobić zastrzeżenie, że dane o bezpieczeństwie leku podczas karmienia piersią, zamieszczone w bazie LactMed, są w wielu przypadkach rozbieżne z zapisami w tzw. charakterystyce produktu leczniczego (ChPL).

Czy istnieją grupy leków, których stosowanie u matek karmiących jest przeciwwskazane?

Zgodnie z klasyfikacją Kategorii Ryzyka Laktacyjnego według prof. Halé'a, leki zaliczane są do 5 grup:

- Kategoria L1 – leki najbezpieczniejsze,
- Kategoria L2 – leki bezpieczne,
- Kategoria L3 – leki prawdopodobnie bezpieczne,
- Kategoria L4 – leki potencjalnie niebezpieczne,
- Kategoria L5 – leki niebezpieczne i przeciwwskazane.

Terapia przeciwnowotworowa cytostatykami i antymetabolitami, leczenie lekami psychotropowymi z grupy L5 oraz uzależnienie od alkoholu i narkotyków w okresie czynnym jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią. Wskazaniem do izolacji dziecka od matki jest jej terapia lub diagnostyka preparatami radioaktywnymi (z wyjątkiem technetu 99, który przy zachowaniu odpowiedniej ostrożności może być zastosowany u kobiety karmiącej piersią) – aż do zaniku radioaktywności.

Jak więc widać, do kategorii L5 zakwalifikowano nieliczne leki. Preparaty z pozostałych kategorii można ordynować kobiecie karmiącej, choć w przypadku części z nich jest to obarczone koniecznością zwiększonego nadzoru dziecka. W przypadku substancji leczniczych z grupy L4 rodzice muszą zostać uświadomieni o potencjalnym ryzyku zdrowotnym dla dziecka, aby mogli podjąć świadomą i przemyślaną decyzję. Warto też, by lekarz, zanim zaleci im przerwanie laktacji, rozważył, czy istnieje możliwość zamiany leku na taki o bardziej korzystnym profilu farmakokinetycznym.

Preparaty z grupy L3 są określane jako leki, których stosowanie w okresie laktacji wiąże się z potencjalnym ryzykiem dla dziecka oraz koniecznością stałej obserwacji

jego stanu zdrowia w kierunku potencjalnych działań niepożądanych. Nie są to jednak leki przeciwwskazane dla matek karmiących, stąd też lekarze są zwykle bardziej skłonni do rekomendowania zachowania karmienia naturalnego. Przykładowo, do tej kategorii zaliczono wiele leków stosowanych w terapii padaczki. Ich zażywanie nie wiąże się z negatywnymi skutkami dla dziecka, również w zakresie jego rozwoju intelektualnego.

Niekiedy wątpliwości dotyczą stosowania antybiotyków i leków przeciwbólowych u kobiet karmiących. Chciałabym podkreślić, że w grupie antybiotyków nie zidentyfikowano preparatów bezwzględnie przeciwwskazanych w okresie laktacji. Oczywiście, nie oznacza to, że można swobodnie stosować każdy antybiotyk. Przede wszystkim chciałabym podkreślić, że całkowicie bezpieczne dla matek karmiących i ich dzieci są antybiotyki beta-laktamowe, a więc penicylina i pochodne, ponadto cefalosporyny, a nawet karbapenemy, czyli leki o wyraźnie zdefiniowanych wskazaniach ze względu na swoją siłę działania. Z grupy makrolidów jako lek pierwszego wyboru rekomendowana jest erytromycyna.

Pewne kontrowersje narosły wokół stosowania antybiotyków aminoglikozydowych, np. gentamycyny i amikacyny, które ze względu na potencjalne działanie nefrotoksyczne (zgodnie z ChPL) nie powinny być włączane u kobiet karmiących. Tymczasem są to leki niewchłaniające się z przewodu pokarmowego, nie jest więc możliwe, by ich zażywanie przez matkę skutkowało nefrotoksycznością lub ototoksycznością u dziecka.

Warto pamiętać, że antybiotykoterapia u kobiety karmiącej może być przyczyną przejściowej dysbakteriozy przewodu pokarmowego u dziecka i związanych z nią problemów jelitowych. Z drugiej strony podtrzymanie laktacji sprzyja prawidłowej mikrobiocie przewodu pokarmowego, ryzyko zdrowotne jest więc niskie. W przypadku niektórych terapii antybiotykowych, np. tetracyklinami, o realnym ryzyku zdrowotnym dla dziecka możemy mówić dopiero wtedy, gdy leczenie jest długotrwałe, czyli trwające powyżej 3-4 tygodni.

Szczególną grupę wśród antybiotyków stanowią chinolony, stosowane w konkretnych wskazaniach u dorosłych pacjentów. Istnieje obawa, że ich stosowanie u kobiet karmiących wiąże się z zaburzeniami chrząstki wzrostowej kości dziecka. Z aktualnej wiedzy wynika, że takie ryzyko należy brać pod uwagę tylko przy długotrwałej terapii chinolonami i to podawanymi w wysokim stężeniu. W praktyce klinicznej są to sytuacje rzadkie. Amerykańska Akademia Pediatryczna dopuściła stosowanie chinolonów u kobiet w okresie laktacji.

Chciałabym też wspomnieć o metronidazolu. Przez długie lata jego stosowanie było przeciwwskazane w okresie laktacji. Obecnie wiadomo, że tylko długotrwała terapia metronidazolem może wiązać się z ryzykiem działań niepożądanych u dziecka. Większa obawa co do tego antybiotyku wynika z faktu, że zmienia on smak mleka, ponieważ ze względu na metaliczny posmak pokarmu dzieci często odmawiają ssania piersi.

Antybiotykoterapia matki w okresie laktacji sprzyja pieluszkowemu zapaleniu skóry, może wywołać dysbakteriozę przewodu pokarmowego i zaburzenia w oddawaniu stolców u dziecka. W rzadkich przypadkach obserwuje się wysypkę skórą.

Wielkim problemem matek karmiących jest depresja. Może ona wynikać z trudności w karmieniu piersią. Depresja potęguje istniejące problemy laktacyjne. W każdym przypadku należy otoczyć taką kobietę zarówno rodzinnym, jak i profesjonalnym wsparciem. Jeżeli konieczne są leki, należy je bezzwłocznie zastosować. Bezpieczna w okresie laktacji pozostaje farmakoterapia oparta na lekach z grupy SSRI. Korzystnymi właściwościami farmakokinetycznymi z perspektywy wpływu na laktację charakteryzują się: sertralina, nortryptylina, paroksetyna. Lekami II wyboru są citalopram i bioksetyna, charakteryzujące się wskaźnikiem RID >10 proc.

Inną szeroką grupą leków, o jakiej zdecydowanie warto wspomnieć, są preparaty stosowane w leczeniu zaburzeń sercowo-naczyniowych. Część z nich, np. inhibitory konwertazy angiotensyny II, nie jest zalecana w czasie ciąży, natomiast w okresie laktacji mogą być bezpiecznie wykorzystywane.

Szczególną uwagę z racji na powszechność stosowania należy zwrócić na leki beta-adrenolityczne. Wpływają one na częstość pracy serca zarówno płodu jak i dziecka karmionego piersią. Możliwe jest też wystąpienie u dziecka hipoglikemii, dlatego u noworodków matek leczonych beta-adrenolitykami zaleca się kilkakrotne wykonanie pomiaru stężenia glukozy. Spośród beta-adrenolityków dostępnych na rynku można wybrać preparat o znacznie niższym ryzyku wspomnianych działań niepożądanych u dziecka. Pierwszym wyborem są: propranolol, nadolol, metoprolol i labetalol.

Bezpieczne w leczeniu nadciśnienia są też: kaptopryl, leki blokujące kanały wapniowe, dihydralazyna i leki moczopędne. Te ostatnie są postrzegane jako leki zmniejszające laktację, ale bierze się to zapewne z ich działania odwadniającego.

Kobiety karmiące sięgają również po leki przeciwbólowe oraz przeciwprzeziębieniowe – te dostępne bez recepty, jak i te zalecane przez lekarzy.

Najlepszym wyborem spośród leków o działaniu przeciwbólowym i przeciwgorączkowym dla kobiet karmiących jest paracetamol i ibuprofen. Są to substancje lecznicze charakteryzujące się znikomym przenikaniem do mleka.

Mniej korzystne parametry farmakokinetyczne wykazują preparaty depot. Wskaźnik RID dla tej grupy preparatów wynosi ok. 10, dlatego nie zaleca się naproksenu i innych leków przeciwzapalnych o długotrwałym okresie działania.

W terapii przeziębienia zdecydowanie warto uczulić pacjentki na ryzyko sięgania po preparaty złożone, zawierające oprócz niesteroidowego leku przeciwzapalnego pseudoefedrynę czy kodeinę, znane substancje hamujące laktację. Rekomenduje się więc, by leczenie infekcji i bólu u kobiet karmiących oparte było na preparatach zawierających pojedynczy lek.

Leki przeciwbólowe o większej sile działania, dostępne na receptę lub stosowane w szpitalu również nie są przeciwwskazane w karmieniu piersią. Dobrym przykładem tej grupy leków jest propofol, ketamina oraz morfina.

W aptekach pacjentki często pytają o różnorodne preparaty stymulujące laktację.

Nie ma badań jednoznacznie potwierdzających ich skuteczność. Z obserwacji wynika, że ich stosowanie może w niektórych przypadkach pozytywnie wpływać na laktację. Dobrze oceniany przez matki karmiące jest słód jęczmienny i kozieradka. Nie udokumentowano jednak zwiększenia stężenia prolaktyny po doustnym stosowaniu galaktogogów roślinnych.

Napar z szałwii hamuje laktację.

Nie do końca jednak możemy przewidzieć wpływ preparatów roślinnych zawartych w preparatach aptecznych na laktację i przebieg karmienia naturalnego. Dlatego zalecałabym daleko idącą wstrzeźliwość w rekomendowaniu pacjentkom leków roślinnych stymulujących laktację. Przypominam, że kluczowe dla laktacji jest prawidłowe przystawianie dziecka do piersi i systematycznie powtarzany akt ssania.

W jaki sposób prawidłowo dobrać dawkę leku oraz drogę jego podania, by zminimalizować ryzyko dla matki i dziecka?

Jak już powiedziałam, większość leków jest bezpieczna podczas karmienia piersią. W farmakoterapii matki karmiącej należy stosować leki znane, dokładnie

opisane, poddane badaniom klinicznym, a nie leki ostatnio wprowadzone do leczenia. Zazwyczaj istnieje możliwość dobrania leku o korzystnych parametrach farmakologicznych.

W terapii matki karmiącej piersią należy dobierać leki o krótkim okresie półtrwania, aby łatwiej było dostosować porę podania leku do karmienia dziecka, ponadto leki o wysokim stopniu wiązania z białkami i o dużej masie cząsteczkowej. Ważne jest, by najwyższe stężenie leku przypadało na czas między karmieniami.

Większość leków o RID <10 proc. jest bezpieczna dla karmionego piersią dziecka, ale należy uwzględnić drogę podania preparatu. Należy, o ile to możliwe, zalecać leki działające miejscowo, a dopiero w drugiej kolejności rozważać preparaty podawane doustnie, domięśniowo czy tym bardziej dożylnie. Trzeba brać pod uwagę dojrzałość metabolizmu dziecka związaną z jego wiekiem i masą ciała, ale też terminem i sposobem, w jaki przyszło na świat. Przenikanie leków do mleka w pierwszych dniach po porodzie jest największe, ale wobec niewielkiej objętości spożywanego pokarmu nie ma to większego znaczenia dla dziecka.

Wcześnieśnik ma znacznie mniejsze możliwości metabolizowania leków w stosunku do noworodka donoszonego. Metabolizm wątrobowy i nerkowe wydalanie leków na poziomie osoby dorosłej dziecko osiąga w wieku ok. 2 lat.

Nie powinny być zalecane leki ziołowe, homeopatyczne, wysokie dawki witamin oraz nietypowe suplementy diety, jak preparaty jodowe i cynk.

Co w sytuacji, gdy u dziecka wystąpią objawy niepożądane? Co powinno w tym kontekście zaalarmować matkę, lekarza lub farmaceutę?

Dzieci karmione piersią przez matki zażywające leki powinny być często kontrolowane pod względem potencjalnych objawów ubocznych lub toksycznych. W szczególności odnosi się to do noworodków w pierwszym miesiącu życia i urodzonych przedwcześnie. Leki stosowane w pierwszych trzech dniach po porodzie zazwyczaj są bezpieczne w związku z małą objętością pozyskiwanego przez dziecko pokarmu.

Jeśli kobieta zażywa leki kardiologiczne, należy monitorować u dziecka ciśnienie tętnicze, częstość pracy serca i stężenie glukozy we krwi. W przypadku narkotycznych leków przeciwbólowych konieczny jest nadzór nad aktywnością oddechową dziecka, snem i żywotnością, a także reakcją na bodźce. Trzeba zwrócić uwagę na chęć do ssania, przybieranie na wadze oraz konsystencję i regularność oddawania stolców. Sygnałem alarmowym będą: nadmierna ospałość i apatia, bezdech senny czy nadmierne rozdrażnienie.

Bez wątpienia to właśnie farmaceuta, obok lekarza, jest tym profesjonalistą medycznym, który ze względu na posiadaną wiedzę i kompetencje odgrywa ważną rolę w edukowaniu pacjentek na temat bezpieczeństwa i zasad farmakoterapii w okresie laktacji. Powinien on uwrażliwić kobietę na ryzyko płynące z rezygnacji z karmienia naturalnego na rzecz sztucznej mieszanki. W doborze leku powinien posiłkować się aktualną wiedzą, jak ta zawarta w bazie LactMed.

Kiedy zalecić pacjentce czasową rezygnację z karmienia piersią? Jak może to wpłynąć na przebieg laktacji?

Sugerowałabym daleko idącą ostrożność w zalecaniu nawet czasowego czy częściowego odstąpienia od karmienia piersią. Podjęcie takiej decyzji wiąże się z reguły z zahamowaniem laktacji, nawet przy uwzględnieniu odciągania pokarmu laktatorem. Utrata systematyczności przystawiania dziecka do piersi to sygnał dla kobiecego organizmu, że mleko nie jest już potrzebne, w związku z czym laktacja osłabia się. Nawet krótka przerwa w karmieniu (jedna lub dwie doby, a nawet tylko przerwa nocna) może skutkować trudnościami w odtworzeniu pierwotnej produkcji mleka. Ponieważ dziecku trzeba w tym czasie podać pokarm sztuczny, musimy liczyć się z brakiem akceptacji nowego pokarmu i niekorzystnymi konsekwencjami zdrowotnymi.

W sytuacji gdy przerwa w przystawianiu do piersi jest konieczna, trzeba przeprowadzić z pacjentką szczegółową rozmowę o tym, jak należy przechowywać ściągnięte mleko i czy można je następnie wykorzystać. To bardzo ważny element współpracy z matką. Trzeba jej powiedzieć, że nawet częściowe karmienie piersią jest dla dziecka korzystne. Jeżeli to możliwe, w karmieniu dziecka należy wykorzystać uprzednio ściągnięty pokarm. Warto dołożyć wszelkich starań, aby czasowe odstawienie dziecka od piersi zdarzało się jak najrzadziej.

Niestety, nadal zbyt często podejmuje się decyzję o wstrzymaniu lub zaprzestaniu karmienia piersią podczas przyjmowania leków przez matkę karmiącą. Ta nieuzasadniona ostrożność wynika zwykle z nieświadomości ryzyka stosowania mieszanki sztucznej w żywieniu dziecka. Karmienie piersią jest fundamentem żywienia. Jest ważne dla optymalnego rozwoju, programowania metabolicznego i wzrastania dziecka, zapewniając zdrowie w okresie karmienia piersią i w całym dalszym życiu. Dlatego karmienie piersią powinno być chronione zarówno w świadomości matek, jak i personelu medycznego oraz farmaceutów, podejmujących decyzje odnośnie do terapii kobiety karmiącej. ▀

Pani Anna pyta

Dzień dobry!

Czytam właśnie „Standardy opieki medycznej nad noworodkiem” 2023. W rozdziale o noworodku matki chorej na padaczkę jest informacja o monitorowaniu stężenia LPP ze względu na zmiany objętości dystrybucji leków.

Proszę o informację, kto może zlecić takie badanie, żeby dla pacjentki było nieodpłatne. Krótko mówiąc, czy jest realne przestrzeganie takiego zalecenia? Czy nie znając poziomu leku u mamy można z czystym sumieniem zachęcać do karmienia piersią?

Anna

Pani Anno

Dziękuję za pytanie odnoszące się do praktycznej realizacji standardu postępowania z kobietą chorą na padaczkę w okresie okołoporodowym. Postępowanie to regulują w Polsce dwa dokumenty:

- Postępowanie z kobietą z padaczką w okresie rodowym (poz. 16 piśmiennictwa)
- Rekomendacja: Postępowanie z kobietą chorującą na padaczkę i jej noworodkiem w: Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce (2023)

Lekarz położnik opiekujący się rodzącą powinien pozostawać w kontakcie telefonicznym z epileptologiem prowadzącym pacjentkę i ustalać bieżące postępowanie.

Oznaczanie stężenia LPP we krwi położnicy należy przeprowadzić w przypadku, jeśli podczas ciąży nastąpiło zwiększenie dawki leku.

Dodam, że w związku z nagłym i dużym obniżeniem stężenia estrogenów we krwi kobiety po porodzie, wszystkie stany napadowe, w tym padaczkowe, mogą ulec nasileniu. To ryzyko określane jest jako duże. Dlatego konieczne jest indywidualne podejście do pacjentki, a decyzja o redukcji leków musi być starannie wyważona.

Praktycznie, każdy położnik prowadzący poród musi skontaktować się z epileptologiem prowadzącym pacjentkę z EPI. Muszą ustalić postępowanie z konkretną pacjentką, m.in. zanalizować dawkowanie LPP podczas ciąży i ustalić dawki LPP po porodzie.

O potrzebie redukcji dawki LPP mówimy, gdy jego stężenie przekracza dopuszczalne wartości górne i sytuacja kliniczna pacjentki jest stabilna. Wtedy też zazwyczaj pojawiają się opisane niepożądane objawy u dziecka. Ich obecność jest powodem zalecenia żywienia mieszanego.

Stężenie LPP u pacjentki po porodzie oraz ustalenie dawkowania powinno być przeprowadzone przed wypisem kobiety z położnictwa, jeszcze w szpitalu lub po wypisie w domu, na podstawie skierowania wystawionego przez neurologa-epileptologa prowadzącego pacjentkę, na podstawie ustaleń podjętych jeszcze przed porodem.

Lekarz rodzinny posiada ograniczone kompetencje co do zlecenia stężenia LPP.

Tak jak piszemy w Standardzie, planujemy skompilowanie dokumentów standardu neonatologicznego oraz standardu dla położników i neurologów-epileptologów (poz. 16). Obecnie osobą wiążącą te dwa dokumenty jest prof. Joanna Jędrzejczak, Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Epileptologicznego.

Pozdrawiam

dr hab. n. med. Maria Wilińska

Pani Renata pisze

Jestem chora na stwardnienie rozsiane. Planowana jest terapia Octrelizumabem. Obecnie jestem w 8. miesiącu ciąży. Bardzo chciałabym karmić piersią, wiem jakie to ważne dla dziecka, nie wyobrażam sobie inaczej. Niestety, nikt nie może udzielić mi informacji, czy będzie to bezpieczne dla dziecka. Nie chciałabym mu zrobić krzywdy. Czy możecie mi państwo udzielić takiej informacji?

Renata

Szanowna Pani Renato.

Karmienie piersią jest jak najbardziej możliwe podczas terapii lekami biologicznymi takimi jak ocrelizumab. Ilości okrelizumabu w mleku są niskie. Jest to lek o bardzo dużej cząsteczce, z trudem przenikający do pokarmu matki i podobnie w znikomych ilościach przedostający się do krwi dziecka przez jego przewód pokarmowy. Prawdopodobnie ulega on także częściowemu zniszczeniu w przewodzie pokarmowym niemowlęcia [1]. Wiele niemowląt było karmionych piersią podczas stosowania ocrelizumabu, ich wzrastanie i rozwój były prawidłowe. Lek nie powodował żadnych poważnych lub trwałych uszkodzeń. Wydaje się, że stosowanie okrelizumabu jest dopuszczalne w okresie karmienia piersią i po wstrzyknięciu leku można je kontynuować.

Odczekanie co najmniej 2 tygodni po porodzie z wznowieniem leczenia może zminimalizować przeniesienie leku na niemowlę [2].

Dotychczas opisane stosowania tego leku u karmiących matek z SM są następujące:

Obserwowano rozwój dzieci w wieloośrodkowym badaniu z udziałem kobiet otrzymujących ocrelizumab (n = 30) lub rytuksymab (n = 15) z powodu stwardnienia rozsianego lub zaburzeń ze spektrum zapalenia nerwu i rdzenia wzrokowego. Czterdzieści trzy kobiety karmiły swoje dzieci piersią (n = 27 wyłącznie, n = 16 częściowo) przez (mediana) 6,4 miesiąca (zakres od 0,3 do 11,7). W ciągu pierwszych 12 miesięcy życia wszystkie niemowlęta rosły i rozwijały się prawidłowo, zgodnie ze standardami WHO i grupą niemowląt niekarmionych piersią. Poza drobnymi infekcjami powszechnymi w okresie niemowlęcym nie wystąpiły żadne niespodziewanie ciężkie lub częste infekcje. Czwooro niemowląt w wieku od 2,1 do 6,2 miesiąca karmionych piersią po zastosowaniu ocrelizumabu lub rytuksymabu przez matkę miało poziomy IgG i CD19 w granicach normy [3].

W retrospektywnym badaniu kohortowym z bazy danych niemieckiego rejestru stwardnienia rozsianego i ciąży zidentyfikowano 2 matki, które otrzymywały ocrelizumab w okresie karmienia piersią. W jednym przypadku dawka wynosiła 300 mg w 20. dniu po porodzie, a po podaniu dawki karmiła piersią przez 2,7 miesiąca. Druga otrzymała 600 mg w 194. dniu po porodzie i karmiła piersią przez 2,1 miesiąca po podaniu dawki. Liczba krwinek u zdrowego dziecka była prawidłowa po 59 i 39 dniach od podania dawki. Nie wystąpiły żadne nietypowe zakażenia. Inna kobieta otrzymała rytuksymab w dawce 250 mg w 55. dobie po porodzie i okrelizumab w dawce 300 mg w 333. dobie po porodzie. Po podaniu dawki rytuksymabu matka karmiła piersią przez 22,9 miesiąca. Jej niemowlę miało prawidłową morfologię krwi po 45 i 213 dniach od dawki rytuksymabu. W tym czasie dziecko przeżyło zapalenie spojówek i zapalenie ucha środkowego [5]. Ekspozycja na ocrelizumab w mleku matki przy wyłącznym karmieniu piersią nie miała wpływu na liczbę komórek B u kolejnego niemowlęcia [6].

W innym badaniu retrospektywnym zidentyfikowano 4 pacjentki ze stwardnieniem rozsianym, które otrzymywały okrelizumab w dawce 600 mg podczas karmienia piersią. Nie zgłoszono żadnych działań niepożądanych u niemowląt. [7]

Piśmiennictwo

1. Anderson PO. Monoclonal antibodies during breastfeeding. *Breastfeed Med* 2021;16:591-3.
2. Krysko KM, Dobson R, Alroughani R, et al. Family planning considerations in people with multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2023;22:350-66.
3. Anderson A, Rowles W, Poole S, et al. Anti-CD20 monoclonal antibody therapy in postpartum women with neurological conditions. *Ann Clin Transl Neurol* 2023;10:2053-64.
4. Tailor K, Bove R, Oreja-Guevara C, et al. Pregnancy outcomes in patients treated with ocrelizumab. Presented at MSVirtual2020, the 8th Joint ACTRIMS-ECTRIMS meeting 2020:P1132.

5. Ciplea AI, Langer-Gould A, de Vries, A, et al. Monoclonal antibody treatment during pregnancy and/or lactation in women with MS or neuromyelitis optica spectrum disorder. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm* 2020;7:e723. doi:10.1212/nxi.0000000000000723
6. Schwake C, Steinle J, Thiel S, et al. Effects of anti-CD20 therapies on infant health and physiological B-cell development if administered before or during pregnancy and/or lactation. *Mult Scler J* 2022;28 (3 Suppl):29-30. doi:10.1177/13524585221123
7. Chey SY, Kermod AG. Pregnancy outcome following exposure to ocrelizumab in multiple sclerosis. *Mult Scler J Exp Transl Clin* 2022;8:20552173221085737.

Źródło:

www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500903/

*Pozdrawiam
dr hab. n. med. Maria Wilińska*

Jestem położną pracującą w tzw. środowisku

Bardzo lubię swoją pracę. W szczególności dużo satysfakcji daje mi praca wśród młodych matek które właśnie urodziły dziecko. Cieszę się, że mogę im pomóc w tych pierwszych tygodniach po porodzie. Czasami jednak napotykam na problemy z karmieniem piersią, na które niewiele mogę poradzić. Czy jest w Polsce dostępny jakiś konsultant lub specjalista laktacyjny do którego mogłabym wysłać pacjentkę z trudnym problemem w laktacji? Niestety nie każda mama może sobie pozwolić na wizytę w prywatnej poradni laktacyjnej.

Pozdrawiam, Danuta.

Brak sieci dostępnych specjalistycznych poradni laktacyjnych finansowanych przez NFZ to wielka bolączka naszego systemu ochrony zdrowia. Co prawda wiele problemów laktacyjnych może rozwiązać położna środowiskowa i lekarz rodzinny, ale w niektórych przypadkach niezbędna jest pomoc specjalisty laktacyjnego. Brak takiej osoby i takiej porady niestety najczęściej kończy się wielkim fizycznym bólem matki i dużym dyskomfortem psychicznym związanym z koniecznością zastosowania mieszanki sztucznej. Rozpoczęcie dokarmiania dziecka najczęściej wiedzie do zmniejszenia laktacji i przedwczesnego zakończenia karmienia piersią. To duża frustracja dla matki, jeśli planowała długotrwałe karmienie piersią. W Ministerstwie Zdrowia pracuje w tej chwili zespół ekspertów, którego zadaniem jest m.in. opracowanie systemu poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego. Mamy nadzieję, że wdrożenie wypracowanych dokumentów spełni te oczekiwania. Ważne jest, aby położne środowiskowe domagały się w swoich Stowarzyszeniach i Izbach profesjonalnych szkoleń, kursów i materiałów dydaktycznych szerzących współczesną wiedzę na temat laktacji i karmienia naturalnego.

Pozdrawiamy Zespół KUKP

Moja droga do karmienia piersią

Anna

Moja córka urodziła się w 28. tygodniu ciąży. Przyszła na świat wcześniej rano za pomocą cięcia cesarskiego. Otrzymałam znieczulenie ogólne, więc mogłam zobaczyć ją dopiero po południu po około sześciu godzinach od porodu. Po narodzinach oraz przez wiele kolejnych dni Agnieszka była karmiona przez sondę. Pierwsze mleko ludzkie otrzymała z Banku Mleka. Początkowo były to niewielkie ilości, 6, 10, 12 ml, stale zwiększane proporcjonalnie do masy ciała dziecka. Równoległe ja ściągałam moje mleko dla córki. Proces pozyskania odpowiedniej ilości mojego pokarmu był dla mnie bardzo trudny. Pierwsze krople pomagała mi ściągać ręcznie położna, kolejne płynęły dzięki użyciu laktatora. Pierwsze ilości mojego mleka nie przekraczały 6 ml. Było to frustrujące, zwłaszcza wówczas, kiedy inna mama, moja szpitalna współlokatorka, ściągała zdecydowanie więcej, a we wspólnej lodówce przeznaczonej na mleko wszystkich mam stały pełne woreczki pokarmu kobiecego. Wszystko to nie było budujące. Ilość mojego pokarmu stopniowo rosła, chociaż nie w takim tempie, jakiego bym oczekiwała i jaka była potrzebna mojemu dziecku. Kiedy zanosilałam paniom pielęgniarkom strzykawki wypełnione moim mlekiem, zadowolona, że córka otrzyma porcje pokarmu np. na cały dany dzień, okazywało się, że to ilość jedynie na część karmień, bo jednorazowo Agnieszka dostawała już większą porcję. Cieszyłam się, że dziecko przybiera na wadze i toleruje pokarm, a jednocześnie niepokoiłam się, że nie dam rady wycisnąć więcej mleka. Ściągałam jednak tak cenne mililitry pokarmu i przeliczałam na porcje. Niełatwe było ściągnięcie mleka szczególnie każdej nocy jeszcze w szpitalu. Szwy pooperacyjne dawały o sobie znać, a wstawanie z łóżka nie należało do najłatwiejszych czynności. Co ciekawe, większość dolegliwości pooperacyjnych ustępowała, kiedy przychodziłam do córki i stałam przy inkubatorze. Mobilizująca była też obecność w sali szpitalnej innej mamy, która podobnie jak ja, wstawiała w nocy i włączała laktator.

Po pewnym czasie Agnieszka przestała otrzymywać równoległe z moim mlekiem pokarm z Banku Mleka kobiecego. Po osiągnięciu pewnej wagi nie kwalifikowała się już do otrzymywania go. Zaczęła być karmiona dodatkowo mlekiem modyfikowanym. Sytuacja taka jeszcze mocniej wzmagala u mnie stres, ponieważ wówczas musiałam mobilizować się jeszcze bardziej, aby zbierać odpowiednią ilość mleka. Dodatkowo dojmująco działało na mnie każde sformułowanie „mleko sztuczne” wypowiedziane przez część personelu medycznego. Semantyka

przymiotnika „sztuczne” działała na wyobraźnię i tworzyła wrażenie jakoby dziecko otrzymywało coś gorszego. Zdecydowanie wołałam posługiwać się słowem „modyfikowane”.

Dwa tygodnie po porodzie zostałam wypisana do domu. Moment wyjścia ze szpitala bez dziecka był dla mnie ogromnie trudnym doświadczeniem. Zaczęliśmy z mężem codziennie dojeżdżać do córki do szpitala. W nocy w domu ściągałam pokarm. Podobnie jak w szpitalu, odliczałam każdy mililitr, sprawdzałam, czy starczy mleka przynajmniej na karmienia w ciągu dnia. Cieszyłam mnie, kiedy woreczek na mleko był choćby w połowie pełny, chociaż wiedziałam, że była to suma wszystkich nocnych ściągniętych porcji mleka.

W ciągu dnia ściągałam pokarm w szpitalu, najczęściej w pokoju laktacyjnym lub siedząc przy córce, co miało pomóc w laktacji. Od początku stosowałam metodę 7-5-3 lub 15-15. Ilość ściągniętego mleka wahała się między 25 a 40 ml, co w dalszym ciągu nie wystarczało na wykarmienie dziecka wyłącznie moim pokarmem. Czasami mleka było jeszcze mniej. W szpitalu pokarm odciągały również inne mamy, które dojeżdżały do swoich dzieci. Spędzałyśmy wiele czasu na wspólnych rozmowach, które odbywały się najczęściej podczas właśnie ściągnięcia pokarmu. Zainspirowana bezprzewodowym laktatorem jednej z koleżanek, postanowiłam również taki nabyć. Dawał mi większą swobodę i zauważyłam, że w nieco krótszym czasie udawało mi się ściągnąć nieco więcej mleka. Czas, który spędzałyśmy z laktatorami, wspominam bardzo pozytywnie, choć to ja miałam najmniej mleka i w trakcie wspólnego ściągnięcia pokarmu nigdy nie osiągnęłam takiej ilości pokarmu jak moje koleżanki. Były to jednak momenty, które pozwalały rozładować stres i nawet żartować z moich laktacyjnych osiągnięć. Do tej pory utrzymujemy kontakt.

Dwa tygodnie przed zakładanym wyjściem mojej córki do domu otrzymałam możliwość skorzystania z pokoju dla matki z dzieckiem. Do tej pory Agnieszka leżała razem z innymi dziećmi w jednej sali. Możliwość przebywania z córką w takim pokoju dawała nam szansę na właściwie pierwsze chwile bycia tylko we dwie i w pełnej bliskości. Do tego momentu moja córka była karmiona przez sondę oraz stopniowo butelką zwykle raz lub dwa razy w ciągu dnia. Kiedy trafiłyśmy do pokoju matki z dzieckiem, już w kolejnej dobie wyjęto córce sondę, ponieważ dobrze poradziła sobie z piciem mleka z butelki i mogłyśmy przejść na karmienie na żądanie. Wówczas zaczęłam podawać mój pokarm podczas każdego karmienia, co było niemożliwe w trakcie podawania mleka przez sondę. Po uprzednim ściągnięciu mojego pokarmu podawałam najpierw w butelce właśnie moje mleko, a następnie z drugiej butelki

karmiłam córkę mlekiem przeznaczonym jako pierwsze dla niemowląt przedwcześnie urodzonych. Prowadziłam notatki, ile mojego mleka udało się ściągnąć. Ilość pokarmu nieco zwiększyła się. Dla mnie jednak najważniejsze było to, że moja córka otrzymywała mój pokarm podczas każdego karmienia i nie musiałam czekać, aż uzbieram porcję właściwą do wagi dziecka, tak jak to miało miejsce podczas karmienia sondą. Miałam poczucie, że daję mojemu dziecku to, co najwartościowsze na tym etapie jego rozwoju. Zawsze słyszałam, że mleko matki to najlepszy pokarm dla dziecka. Kiedy, szukając w literaturze i na specjalistycznych portalach artykułów o sposobach polepszenia laktacji, natrafiłam na informację, że w mleku matki znajdują się komórki macierzyste, tym bardziej starałam się podczas każdego karmienia dawać mojej córce własny pokarm. Upatrywałam w tym szansy na właściwy rozwój mojego przedwcześnie urodzonego dziecka. Wcześniaki nie mają jeszcze w pełni rozwiniętych organizmów, doświadczają wielu trudności, a komórki macierzyste mają zdolności naprawcze. Będąc z Agnieszką w pokoju matki z dzieckiem, starałam się przystawiać ją również do piersi, jednak dopiero w zaciszu domu systematycznie pracowałyśmy nad opanowaniem właściwego przystawiania i ssania. Naprzemiennie podawałam butelką ściągnięty pokarm lub karmiłam z piersi i dodatkowo dokarmałam mlekiem dla niemowląt. Doświadczyłam wielu zabawnych momentów, kiedy to córka wybierała sposób karmienia: raz wybierała butelkę, bo chciała szybciej napić się mleka, a znowu innym razem wołała podelektować się bezpośrednio pokarmem z piersi mamy. Ostatecznie opanowała bardzo dobrze umiejętność ssania, a ja dość szybko odstawiłam w domu laktator i przestałam liczyć mililitry mleka.

Obecnie karmię moją córkę własnym pokarmem, dokarmiam mlekiem dla niemowląt oraz podaję już zupki warzywne i owocowe. Choć minęło zaledwie kilka miesięcy od narodzin mojej córki, dziś czas dojazdów do szpitala i nocne odciąganie pokarmu wydają się być już bardzo odległe. Z perspektywy czasu wiem, że doświadczyłam ogromnego stresu, który miał znaczący wpływ na moją laktację. Dopiero przebywanie z dzieckiem w domu i znane mi otoczenie pozwoliły cieszyć się momentami karmienia i bliskością z córką.

Bardzo mocno chcę również podziękować wszystkim Mamom, które decydują się oddawać swój pokarm do Banku Mleka. Szczególnie tej Mamie, choć nie znamy Jej imienia, dzięki której Agnieszka mogła na samym początku życia otrzymać pełnowartościowy pokarm. Zachęcam wszystkie Mamy, które mogą podzielić się tym, co najbardziej wartościowe dla wcześniaków, aby to uczyniły. ▀

Oliwia

Od najmłodszego dzieciństwa słyszałam, że ja i moja siostra nie byłyśmy karmione piersią, bo nasza mama nie miała pokarmu. Opowiadała nam, jak trudno było o mleko w proszku, jak ciężko było nas wykarmić. Teraz jesteśmy dojrzałymi kobietami, skończyłyśmy studia, prowadzimy własne biznesy, obie jesteśmy bardzo zaangażowane w swoją pracę zawodową.

W ciąży zaszłyśmy w podobnym czasie. Niestety wróciły do nas opowieści mamy o marnych szansach na karmienie piersią. W tym przeświadczeniu urodziłam, około trzy miesiące po mojej siostrze. Obserwowałam jej zmagania z karmieniem piersią. Niestety mimo pomocy mamy, sztabu doradczyń laktacyjnych i wspomaganie „hektolitrami” herbatek na laktację, właściwie przez cały czas synek siostry był dokarmiany. Kiedy rodziłam, był karmiony w zasadzie już tylko sztucznie. Siostra zresztą już w 4 miesiącu po porodzie wróciła do pracy w swojej firmie.

Widzicie zatem, że mój start w laktację był jednym pasmem niepewności, obaw i niewiary w moje karmienie piersią. Dużo jednak na ten temat czytałam, wiele słyszałam od innych matek i mocno się na karmienie nastawiłam. Rodziłam w szpitalu warszawskim który jest znany z tego, że bardzo promuje karmienie naturalne i rzeczywiście uczy przystawiania do piersi. To jest jeszcze ważniejsze niż wiedza teoretyczna, bo tej można się nauczyć samemu. Jak to robić praktycznie, to jest według mnie najważniejsze. Bezcenna jest pomocna, rzeczywiście znająca się na rzeczy położna, która ma dużo czasu dla pacjentki, czuwa, poprawia, tłumaczy i wspiera, wspiera. Mnie taka się trafiła.

Łatwo nie było. Najpierw dziecko było śpiące, potem bardzo słabe, w końcu bardzo spadło na wadze. Następnie żółtaczka i fototerapia. Potem odbudowanie masy ciała i dokończenie fototerapii w domu. Wizyta u tej położnej w szpitalu jeszcze raz i mnóstwo telefonów. Skrętnie kilkumiesięczne notatki o ilości jedzenia mam do dziś.

Ale warto było. Udało się karmić córkę aż do III trymestru kolejnej ciąży! W międzyczasie awansowałam. Moje drugie dziecko, syn, ma dziś 1,5 roku i nadal karmię go piersią. Uwierzcie, że nie jest mi łatwo pracować z laktatorem. Mam go zawsze ze sobą – w pracy i w czasie wyjazdów służbowych. Tych w korporacji jest u mnie niemało.

Czy można karmić piersią mimo niekorzystnych przykładów w rodzinie? Mnie się udało, ale żałuję, że tak bardzo wkręciłam się w te negatywne przykłady w mojej rodzinie. Na szczęście spotkałam właściwych ludzi, którzy przebudowali moje myślenie i przede wszystkim nauczyli mnie karmić piersią i wierzyć w siebie. ▀



Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Przeworsku
www: <https://www.spzoz-przeworsk.pl>

ul. Szpitalna 16
37-200 Przeworsk
tel.: +48166491500, fax: +48166487219
e-mail: sekretariat@spzoz-przeworsk.pl

Przeworsk, 16.01.2024 r.

**Stowarzyszenie Komitet Upowszechniania
Karmienia Piersią**
ul. Czerniakowska 231
00-416 Warszawa

Szanowni Państwo,

W imieniu Dyrekcji SPZOZ w Przeworsku składamy serdeczne życzenia wszelkiej pomyślności w tym Nowym Roku.

Poniżej przesyłamy naszą relację z procesu przygotowania do uzyskania tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku:

„ Jak cało i zdrowo zdobyliśmy plakietkę” (czyli ponad 9 m-cy pracy)

„Szpital Rejonowy im. Jankowskiego w Przeworsku to niewielki Szpital Powiatowy w ramach, którego od 1944r. istnieje Oddział Ginekologiczno - Położniczy oraz Neonatologiczny.

Kiedyś rodziło się tu rocznie nawet 1100 dzieci, a oddział położniczy i neonatologiczny miały bardzo dobrą renomę. Potem przyszły „chude lata”, pandemia a wreszcie plan zamknięcia oddziałów. W 2019r. od kiedy wstrzymano proces wygaszania działalności oddziałów przez cały okres pandemii podobnie jak wiele szpitali w Polsce borykaliśmy się z trudnościami kadrowymi i sukcesywnie coraz mniejszą ilością porodów.

W 2022r. nowy Dyrektor SPZOZ w Przeworsku podjął decyzję o reorganizacji istniejących oddziałów. Postanowił stworzyć mały nowoczesny Oddział Położniczy i Neonatologiczny, w którym pacjentka i jej dziecko otrzyma opiekę medyczną na najwyższym poziomie w życzliwej „domowej atmosferze”.

Na pierwszy ogień przyszły zmiany kadrowe – już w listopadzie 2022r. udało się zorganizować zespół neonatologów - lekarzy z doświadczeniem nad drugim i trzecim stopniu referencyjności tak, aby zapewnić bezpieczeństwo i opiekę rodzącym się u nas dzieciom. Po burzy mózgów powstał nasz wspólny plan jak spełnić dyrektorskie „mam marzenie”.

Postawiliśmy na konkrety – poza niewielkim remontem, dokupieniem potrzebnego sprzętu przede wszystkim chcieliśmy podnieść jakość opieki nad pacjentką i jej nowo narodzonego dzieckiem.

Numer rachunku bankowego:
76 9106 0008 2001 0011 8880 0001
NIP : 794-15-27-016
REGON : 000305410



Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Przeworsku
www: <https://www.spzoz-przeworsk.pl>

ul. Szpitalna 16
37-200 Przeworsk
tel.: +48166491500, fax: +48166487219
e-mail: sekretariat@spzoz-przeworsk.pl

29 listopada 2022r. Dyrektor szpitala przychyłając się do propozycji Pani Koordynator podjął decyzję o przystąpieniu do inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” i obiecał zorganizować wcale nie małe środki w tym celu.

Rozpoczął się czas wytężonej pracy i jak się okazało wielu zmian.

Pierwsze ogólnoszpitalne szkolenie odbyło się już 20-21 stycznia 2023r., w którym wzięli udział wszyscy lekarze ginekolodzy, neonatolodzy, cały personel pielęgniarski, a także wiele osób z administracji szpitala i służb pomocniczych. Potem przyszły kursy specjalistyczne dla zespołu położnych „Edukacja i wsparcie w laktacji”, który odbywał się od marca do czerwca 2023 roku, a który ukończyło 25 położnych.

Równolegle pracowałyśmy nad stworzeniem materiałów informacyjnych – tablic, które mały znaleźć się na ścianach szpitala wszędzie tam, gdzie pomoc medyczną znajdują kobiety z naszego powiatu – mamy, babcie i córki, tak aby inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku wrosła w codzienność szpitala i zwiększyła wrażliwość na potrzeby kobiety w tym tak ważnym w jej życiu okresie.

Opracowałyśmy również pakiety informacyjne, z których korzystają pacjentki w trakcie pobytu w naszym oddziale. Po uzgodnieniu merytorycznym przyszedł czas na najbardziej artystyczną część przedsięwzięcia, pomysłów, projektów graficznych, które jak zwykle musieliśmy zderzyć z prozą życia czyli ograniczeniami finansowymi.

Przygotowania obejmowały również zmiany w dokumentacji medycznej, zleceniach mieszanek mlecznych jak leków, stworzenia własnej Karty Obserwacji Karmienia Noworodka.

Tymczasem w oddziale trwały prace remontowe, mające na celu stworzenie przyjaznej „domowej atmosfery” tak, aby pacjentka czuła się u nas oczekiwanym gościem.

W międzyczasie personel szkolił się cyklicznie na szkoleniach wewnątrzoddziałowych, a nowe umiejętności wprowadzał na bieżąco w pracy z pacjentkami.

Okres przygotowań był czasem intensywnej nauki i pracy. Miałyśmy jasno sprecyzowany kierunek, w którym mamy podążać. Przyznajemy, że nie było łatwo, chwilami nawet dość ciężko. Musiałyśmy pewne zachowania przemyśleć, przedyskutować, z niektórych zrezygnować lub wprowadzić pewne korekty. Najtrudniej było tym najbardziej doświadczonym. Zawsze mogliśmy liczyć na siebie oraz na naszą panią Koordynator i jej Zastępcę.

Od czerwca 2023r. wprowadziliśmy zasady Międzynarodowego kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece. Rozpoczęło się tropienie wszelkich przejawów prób reklamy mieszanek mlecznych, smoczków, gryzaków itd. – ściągaliśmy zegary, kalendarze, odkładaliśmy długopisy, a i tak podczas wizyty komisji Pani Profesor Wilińska zaskoczyła nas pytaniem o możliwość zakupu smoczków w sklepiku na terenie szpitala (uff na szczęście ich nie było).

24-25 listopada 2023r. przystąpiliśmy do egzaminu przed komisją w składzie Pani dr hab. n. med. Marii Wilińskiej oraz międzynarodowego doradcy laktacyjnego Pani mgr Marii Kalety. Te dwa dni były dla nas bardzo stresujące i jednocześnie podnoszące na duchu. Mimo rzetelnych przygotowań towarzyszył nam stres, ale dzięki życzliwej atmosferze

Numer rachunku bankowego:
76 9106 0008 2001 0011 8880 0001
NIP : 794-15-27-016
REGON : 000305410



Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Przeworsku
www: <https://www.spzoz-przeworsk.pl>

ul. Szpitalna 16
37-200 Przeworsk
tel.: +48166491500, fax: +48166487219
e-mail: sekretariat@spzoz-przeworsk.pl

i profesjonalnie przeprowadzonej ocenie, udało nam się opanować emocje i efektywnie wykazać się wiedzą i umiejętnościami. Po egzaminie przed wymagającą komisją i uzyskaniu upragnionej plakietki poczułyśmy się nie tylko nagrodzone za ciężką pracę, ale również zyskałyśmy poczucie bycia częścią wielkiej rodziny Szpitali Przyjaznych Dziecku. Wiemy, że mamy wsparcie.

Uzyskana przez nas wysoka ocena, jest dla nas największą nagrodą i mobilizuje nas do dalszych wysiłków i zaangażowania w promowanie i wspieranie karmienia piersią.

Dynamika zmian w oddziałach szpitala doprowadziła do tego, że w niespełna rok przygotowaliśmy Nasz Szpital uzyskał wymarzony certyfikat „Szpitala Przyjaznego Dziecku”. Zdobyty tytuł to zaszczyt dla szpitala, wyróżniający go wśród innych jednostek w regionie. Jesteśmy obecnie jedynym szpitalem w województwie podkarpackim, który może poszczycić się certyfikatem. Szpital, który posiada ten tytuł jest porównywalny z odznaczonymi szpitalami z całego świata, a sposób postępowania sprzyja w pełni dobru matki i dziecka.

Jesteśmy dumne, że dzięki temu nasze pacjentki mogą liczyć na pomoc na najwyższym poziomie. Wiemy, że właściwe techniki porodowe oraz promowanie karmienia piersią to podstawy współczesnego położnictwa.

Na koniec chciałybyśmy jeszcze raz podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do naszego sukcesu, Szanownej Komisji – „Dziękujemy”, wiemy, że przed nami jeszcze wiele pracy.”

1635919 | lek. med. Marta Knapczyk
specjalista neonatologii
Koordynator Oddziału

p.o. DYREKTOR
Robert Plazlak

060904610
SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W PRZEWORSKU
37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16
NIP 794-15-27-016
REGON 16163 642-72-19

Numer rachunku bankowego:
76 9106 0008 2001 0011 8880 0001
NIP : 794-15-27-016
REGON : 000305410

Reocena CM Żelazna

mgr Małgorzata Gierada Radoń

Koordynator ds Laktacji, CM Żelazna

Centrum Medyczne „Żelazna” to spółka zarządzająca Szpitalem i Przychodnią św. Zofii w Warszawie. Szpital tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku otrzymał w 1994 roku jako pierwsza placówka w Warszawie i piąta w Polsce. Szpital posiada trzeci stopień referencyjności. W Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka leczone są dzieci wymagające intensywnej opieki, uro-



Zdj. 1. Od lewej

Komisja wizytująca (KUKP): dr n. med. Jolanta Warzycha, dr n. med. Hanna Kajdas-Duda, mgr Halina Boniecka
CM Żelazna: dr n. med. Wojciech Puzyna, Prezes Zarządu, mgr Małgorzata Gierada Radoń.

zione przedwcześnie, z małą masą urodzeniową oraz dzieci z ciąż wielopłodowych.

W placówce prowadzona jest szeroka edukacja matek/rodziców o karmieniu piersią. Odbywa się to już w szkołach rodzenia akredytowanych przy szpitalu a potem podczas hospitalizacji. Indywidualne konsultacje laktacyjne dla kobiet ciężarnych odbywają się w oddziale Patologii Ciąży, a każda porada dostosowana jest do indywidualnych potrzeb, problemu i doświadczeń każdej pacjentki. Cały personel szpitala sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną, rodzącą, matką i jej dzieckiem jest świadomy i przekonany

o słuszności kontaktu „skóra do skóry” i korzyściach płynących z karmienia piersią. Wspiera matki w rozpoczęciu i utrzymaniu laktacji. Informuje je o możliwości ręcznego odciągania pokarmu i przeprowadza praktyczny instruktaż. W oddziałach na każdej sali dostępne są laktatory, a pacjentki otrzymują informacje o zasadności ich używania oraz instrukcję postępowania. Są także informowane jak i w jakich warunkach przechowywać pokarm. Informacje, które otrzymują pacjentki są spójne. Wypracowanie jednorodnych kompetencji w dużej grupie pracowników jest wynikiem efektywnych szkoleń i doskonalenia opieki nad pacjentkami i ich dziećmi. Zespół Laktacyjny, którego mam przyjemność być koordynatorem, dostępny jest dla pacjentek od poniedziałku do piątku w godzinach 7÷19.



Zdj. 2. Od lewej

1. prof. dr hab.n.med. Grzegorz Jakiel, Kierownik I Kliniki Ginekologii i Położnictwa
2. Renata Niewitecka, radna m.st. Warszawy
3. dr n. med. Wojciech Puzyna, CM Żelazna, Prezes Zarządu
4. Renata Kaznowska, Wiceprezydent m.st. Warszawy
5. Krzysztof Strzałkowski, Burmistrz dzielnicy Wola
6. mgr Małgorzata Gierada Radoń, CM Żelazna, Koordynator ds. laktacji
7. dr hab. n. med. Maria Wilińska, Przewodnicząca ZG KUKP
8. Agnieszka Łyda, CM Żelazna, Dyrektor ds. administracyjnych
9. dr hab. n. med. Grażyna Bączek, CM Żelazna, Dyrektor ds. położnych i pielęgniarek.

W działaniach wspierających karmienie piersią współpracujemy z położnymi i pielęgniarzkami, które sprawują opiekę nad matką i dzieckiem oraz z neurologopedią, fizjoterapeutą i psychologiem. Włączamy do zespołu także rodziców. Wspieramy ich w laktacji, zachęcamy do opieki nad swoimi dziećmi oraz przekazujemy wiele praktycznych wskazówek na temat bezpieczeństwa dziecka na oddziale i po wypisie do domu.

Pacjentki mają dostęp do poradnika „Karmienie piersią krok po kroku” zarówno w wersji drukowanej jak i w pliku PDF (do pobrania ze strony internetowej szpitala).

Dostęp do niego jest również poprzez kod QR, który jest na każdej sali. Jest to ABC karmienia piersią. Dzięki niemu mamom łatwiej jest zrozumieć fizjologię laktacji w pierwszych dobach po porodzie, a zawarte w nim informacje oparte są na aktualnej wiedzy medycznej.

Zaszczytnym tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku” cieszymy się już od 30 lat. Przed nami wspaniały Jubileusz. W dniach 14-15 grudnia 2023 roku po raz czwarty z ramienia Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią odwiedził nas zespół reoceniający. Dokonał on oceny realizacji „10 kroków do udanego karmienia piersią” we wszystkich obszarach, gdzie przebywały kobiety ciężarne, rodzące, matki, dzieci i matki z dziećmi. Członkinie komisji oceniającej, prezentując pełen profesjonalizm, bardzo wnikliwie w przyjaznej atmosferze przyglądały się pracy naszego zespołu. Rozmawiały z personelem i z pacjentkami jak w praktyce realizujemy „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Przedstawiona przez komisję wysoka ocena jest dla nas ogromnym wyróżnieniem i potwierdzeniem, że świadczenia realizowane przez nas są na wysokim poziomie, a pracownicy dokładają wszelkich starań, aby zadania wynikające z poszczególnych 10 kroków były stałą pracą, którą należy kontynuować dla dobra matek i ich dzieci. Będziemy dokładać wszelkich starań, aby zarówno mamy rodzące w naszym szpitalu, jak i ich dzieci miały jak najlepszą opiekę laktacyjną przed, w trakcie i po porodzie. Okazując troskę i empatię dajemy im wiarę we własne siły i utwierdzamy w przekonaniu, że karmiąc piersią, dają swoim dzieciom wszystko co najlepsze. Wiedzą, że jest to sposób karmienia, który niesie ze sobą wiele korzyści zdrowotnych dla nich i dla dziecka. ▮

Szkolenia

dr n. zdr. Agnieszka Kardziejonek

Szkolenia laktacyjne, które zostały objęte patronatem przez Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią odbywają się na terenie szpitali głównie w północno zachodniej części Polski. **Dedykowane są dla wszystkich członków zespołów terapeutycznych zajmujących się opieką okołoporodową** a w szczególności pracujących w oddziałach Położniczo-Ginekologicznych i Pediatryczno-Neonatologicznych. Zaproszeni zostają wszyscy członkowie zespołu: położne, pielęgniarki, lekarze, psychologowie, fizjoterapeuci, neurologopedzi.

Forma szkolenia to krótkie wykłady tematyczne poparte przykładami z życia szpitalnego oraz warsztaty praktyczne. Program został opracowany szczególnie

z uwzględnieniem kwestii praktycznej w pracy w rodzinie. Tematyka szkolenia to m.in.: fizjologia pierwszych dni laktacji, zmiany u matki i noworodka, praktyczne wskazówki jak efektywnie pomagać matce i dziecku. W kolejnej części uczestnicy zapoznają się z treściami tj.: monitorowanie przebiegu karmienia noworodka, kiedy i jak wdrożyć dokarmianie oraz dobieranie metody dokarmiania oraz rodzaju podawanego pokarmu, odciąganie i przechowywanie pokarmu kobiecego, instruowanie matki wcześniaka. Następnie: sytuacje szczególne u matki, różnorodność anatomiczna brodawek, nawał fizjologiczny, niedobór pokarmu, sposoby na pobudzenie laktacji, relaktacja, pielęgnacja i leczenie brodawek. Kolejne tematy to sytuacje szczególne u dziecka, anatomia jamy ustnej dziecka, wcześniactwo, zaburzenia funkcji ssania, karmienie w sytuacjach kryzysowych, żywienie matki karmiącej, 10 kroków do udanego karmienia piersią, przegląd najnowszych zaleceń, wytycznych operacyjnych. Treści jest dużo ale części teoretyczne przeplatane są przerwami z poczęstunkiem, które służą integracji zespołów, które na co dzień zajmują się laktacją. **Całość kończy się warsztatami gdzie uczestnicy mogą odgrywać przykładowe scenki podczas których wykorzystują zdobytą wiedzę i nabywają umiejętności w pomocy laktacyjnej.**

Szkolenie przyczynia się do podwyższenia jakości usług położniczych w szpitalu, satysfakcji wykonywanej pracy, integracji zespołów z różnych oddziałów oraz zadowolenia pacjentów. **Szkolenie jest krokiem w stronę recertyfikacji, bądź uzyskania tytułu Szpitala Przyjaznego Dziecku.** Zajęcia opracowane są i prowadzone przez dr n. zdr. Agnieszkę Kardziejonek, położną, certyfikowanego doradcę laktacyjnego, familiologa, autorkę książki pt. „Czynniki determinujące okres karmienia dzieci mlekiem matki”.

Osoby zainteresowane zorganizowaniem szkolenia na terenie szpitala zachęcamy do kontaktu: agnieszkakardziejonek@gmail.com

O KUKP w Łodzi

dr n. hum. Katarzyna Grzeszkiewicz-Radulska
sekretarz Zarządu Oddziału Łódzkiego Komitetu
Upowszechniania Karmienia Piersią

Inicjatorką powstania Oddziału KUKP im. Prof. Włodzimierza Fijałkowskiego w Łodzi była śp. doktor Maria Welento-Tyszko, lekarz pediatra, gorąca orędowniczka i zaangażowana działaczka Inicjatywy WHO/UNICEF Szpital Przyjazny Dziecku. W wyniku starań zespołu medycznego, którym doktor Tyszko kierowała

w szpitalu im. Rydygiera w Łodzi, szpital ten, jako jeden z pierwszych w Polsce, jeszcze w 1995 roku, otrzymał tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku. Doktor Tyszko była w strukturach KUKP osobą niezwykle cenioną. Przewodniczyła zespołowi oceniającemu szpitale w ramach Inicjatywy WHO/UNICEF Szpital Przyjazny Dziecku, była też przewodniczącą Komisji ds. Promocji Szpitali Przyjaznych Dziecku.

Łódzki Oddział KUKP został powołany 9 czerwca 2005 przez Zarząd Główny KUKP. Wpisanie łódzkiego Oddziału do Krajowego Rejestru Sądowego i uzyskanie przez Oddział osobowości prawnej nastąpiło 26 stycznia 2006 roku.

W oparciu o statut Stowarzyszenia KUKP określający w par. 6 cele Stowarzyszenia, Oddział wyznaczył następujące kierunki działań dla województwa łódzkiego:

1. Udostępnianie społeczeństwu obiektywnej, pełnej, jasno przedstawionej informacji o karmieniu piersią jako naturalnym i właściwym sposobie żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci. Wskazywanie korzyści z karmienia piersią dla matki dziecka i rodziny. Informowanie o właściwych praktykach odnośnie żywienia niemowląt i małych dzieci, w tym o wprowadzaniu w odpowiednim czasie dodatkowej żywności dobrej jakości, bezpiecznej. Ukazywanie ryzyka sztucznego żywienia i jego konsekwencji dla zdrowia i rozwoju człowieka.
2. Cel główny: zmotywowanie szpitali z oddziałami położniczymi do pracy według zaleceń Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku oraz uzyskania tytułu i utrzymania standardu BFHI (Baby-Friendly Hospital Initiative). Działaniem priorytetowym jest przyjęcie w placówkach medycznych województwa zasad postępowania sprzyjających ochronie, propagowaniu i wspieraniu karmienia piersią.
3. Rozpowszechnianie informacji wśród pracowników ochrony zdrowia o zasadach, celach i przepisach Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce i naruszeniach prawa w tej dziedzinie w Polsce. Wylimitowanie z placówek medycznych materiałów reklamowych zastrzeżonych w Kodeksie, w tym tzw. paczek wypisowych z nieodpowiednią zawartością.

W latach 2006–2019 przyjęte kierunki działania realizowane były m.in. poprzez prowadzenie edukacji przedporodowej w Szkole Rodzicielstwa (we współpracy z Centrum Służby Rodzinie), udział w konferencjach i szkoleniach do zadań, włączenie się w realizację programu Poprawa opieki nad noworodkiem w województwie łódzkim, utrzymywanie kontaktów z kadrą kierowniczą oddziałów neonatologicznych województwa, współpraca

z Urzędem Miasta Łodzi przy wznowieniach informatora dla kobiet w ciąży, a także wystąpienia w mediach.

Choroba, a potem śmierć doktor Marii Welento-Tyszko (10 listopada 2019 roku) była dla Oddziału ogromnym ciosem. Straciliśmy nie tylko członkinię-założycielkę,

ale przede wszystkim główną działaczkę i promotorkę działań, osobę, która dzięki swoim kompetencjom, motywacji, wysokiej i uznanej pozycji w środowisku medycznym miała największe możliwości realizacji obranych celów. Od tego czasu działalność Oddziału znacznie wyhamowała, do czego dodatkowo przyczyniły się pandemia oraz rezygnacja z członkostwa 5 osób, w tym 2 członków Zarządu Oddziału.

Wobec trudnej sytuacji, w jakiej znalazł się Oddział, na 30 czerwca 2023 roku zwołano zebranie członków Zarządu Oddziału. Na zebraniu tym postulowano potrzebę przyjęcia do Oddziału nowych członków.

W misję szukania i zapraszania nowych osób chętnych do pracy w Oddziale zaangażowały się szczególnie p. Bogusława Rudnicka i p. Anna Jewusiak, za co im – jako sekretarz Oddziału, w imieniu wszystkich członków – bardzo dziękuję.

W dniu 15 grudnia 2023 roku miało miejsce Sprawozdawczo-Wyborcze Zebranie członków Oddziału. Zebranie przyjęło w poczet członków KUKP 5 osób, a także powołało władze Oddziału IV kadencji. Skład Zarządu Oddziału tworzą:

- Karolina Hincz – przewodnicząca, lekarz specjalista położnictwa i ginekologii w Klinice Położnictwa, Perinatologii i Ginekologii w ICZMP w Łodzi,
- Irena Rychta – wiceprzewodnicząca, położna w ICZMP w Łodzi, Międzynarodowy Certyfikowany Konsultant Laktacyjny IBCLC, trener Centrum Nauki o Laktacji w Warszawie,
- Agnieszka Piątkowska – wiceprzewodnicząca, położna, specjalista pielęgniarstwa neonatologicznego, Międzynarodowy Certyfikowany Konsultant Laktacyjny IBCLC, kierownik Banku Mleka Kobięcego w Klinice Neonatologii w ICZMP w Łodzi,
- Anna Jewusiak – członek Zarządu Oddziału,
- Paweł Radulski – skarbnik,
- Katarzyna Grzeszkiewicz-Radulska – sekretarz.

Podsumowując, łódzki Oddział KUKP wkroczył w nowy okres. Wyraźne ożywienie działalności w ostatnim czasie, a także zaangażowanie nowych i dotychczasowych członków, pozwalają mieć nadzieję na skuteczną realizację zadań statutowych, zwłaszcza w dziedzinie upowszechniania zasad sprzyjających ochronie, propagowaniu i wspieraniu karmienia piersią w placówkach medycznych województwa łódzkiego. ▀

Karmienie piersią na przestrzeni dziejów w historii i sztuce

dr hab.n.med. Maria Wilińska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią

dr n. med. Jolanta Warzycha

Oddział Neonatologii, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka WSzS w Częstochowie

Starożytność

W najstarszych czasach, dokąd sięga obecna wiedza, karmienie naturalne utrzymywało potomstwo przy życiu przez pierwsze 4–6 lat po urodzeniu. Karmienie piersią było instynktem warunkującym przeżycie dziecka. Wiedzę o źródłach pokarmu w pierwszych latach życia w czasach prehistorycznych, w epoce kamienia łupanego, wywodzimy z badań archeologicznych i szczegółowej analizy składu chemicznego szkieletów [1]. Informacji na temat długości karmienia piersią w czasach prehistorycznych dostarczyły analizy stabilnych izotopów azotu z próbek kolagenu kostnego i zębiny niemowląt. Wysoka zawartość azotu w porównaniu do węgla dowodzi przewagi pokarmu matki w żywieniu dziecka. Odwracanie proporcji jest tożsame z rozszerzaniem diety dziecka o pokarmy inne niż mleko matki [2]. Długość karmienia piersią może być także ustalana na podstawie objętości czaszki. Włączenie mięsa do diety stymuluje wzrastanie mózgowia. Analogię obserwuje się w świecie współczesnych ssaków, u których rozszerzenie diety o mięso wiąże się z istotnym zwiększeniem objętości mózgu. W ewolucji człowieka objętość czaszki koreluje zatem z wielkością mózgu, a ta z długością karmienia piersią [3].

Danych o długości karmienia naturalnego dostarcza też analiza uzębienia, w szczególności zawartość w nim wapnia i strątu. Na podstawie stężenia tych minerałów można określić, w jakim wieku dziecka zaprzestano karmienia piersią.

W badaniach archeologicznych wykazano, że krótsze karmienie piersią przyczyniało się do skrócenia życia dziecka [4].

Posiadamy cenne dane polskie na temat karmienia piersią w średniowieczu. Z analizy uzębienia pochodzących ze szczątków płci męskiej i żeńskiej odkrytych na średniowiecznym cmentarzystwie w Cedyni (województwo zachodniopomorskie, powiat gryfiński), datowanym na X–XIII w wynika, że dzieci w średniowieczu były karmione mlekiem matki przez około 2–3 lata. Dr Krenz-Niedbała



Zdj. 1. Najstarsze przedstawienie Matki Boskiej Karmiącej zachowane w rzymskich katakumbach Pryscylli. Na zdjęciu Maryja, Jezus i prorok Balaam, wskazujący palcami na gwiazdę.

wykażała ponadto, że chłopcy byli karmieni piersią o jeden rok dłużej niż dziewczynki [5].

Żywnienie zawsze uważane było za jeden z najistotniejszych aspektów życia człowieka. Od dawna też zdawano sobie sprawę, że nie tylko jego ilość ale także jakość pokarmu istotnie wpływa na ludzkie życie. Już przed wiekami ówczesni lekarze zaobserwowali, że modyfikacja diety może być formą leczenia, niejednokrotnie ratującą życie chorego. Hipokrates twierdził: Niech pożywienie będzie waszym lekarstwem, a Majmonides: Zanim zastosujesz farmakoterapię, rozpocznij leczenie żywieniowe [6].

W okresie antycznym zostały sformułowane poglądy, które ukształtowały myślenie i postępowanie w żywieniu niemowląt na długie stulecia. Niektóre z nich obowiązywały aż do XVIII wieku. Bezsprzecznie, pokarmem zalecanym dla niemowląt we wszystkich cywilizacjach antycznych było mleko kobiece. Różnice dotyczyły głównie akceptacji czasu pierwszego karmienia, karmienia przez mamki oraz momentu odstawiania od piersi.

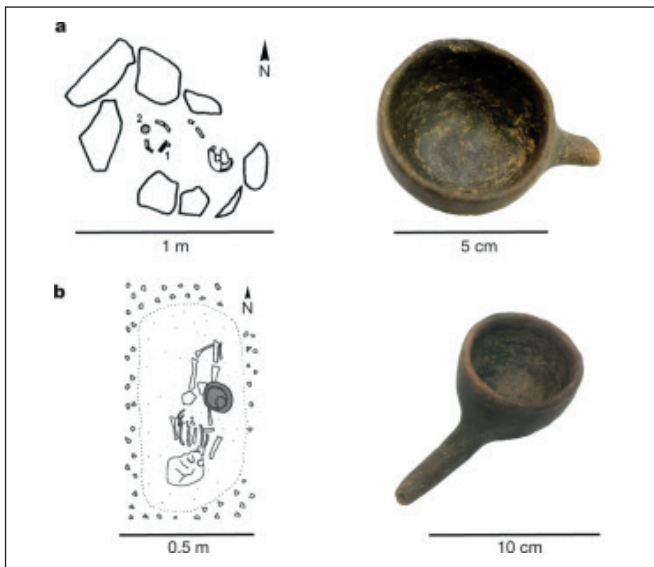
Niewiele jednak wiadomo na temat tego, jakie pokarmy były podawane niemowlętom w prehistorii. Możliwe naczynia do karmienia niemowląt, wykonane z gliny, pojawiły się po raz pierwszy w Europie w neolicie (około 5000 lat p.n.e.), stając się coraz bardziej powszechne w epoce brązu i żelaza [7]. Badania archeologiczne przeprowadzone przez zespół Julie Dunne z University

of Bristol's School of Chemistry na terenie dzisiejszej Bawarii (Niemcy) udokumentowały, że naczynia te zawierały mleko zwierząt. Uczeni zbadali dwa nienaruszone naczynia pochodzące z okresu między około 2800 a 2450 lat temu oraz trzecie, zniszczone, znalezione w skremowanych szczątkach dziecka, datowane na okres około 3200–2800 lat temu. Szczątki ludzkie należały do dwojga dzieci w wieku około 1 lub 2 lat oraz trzeciego, które mogło mieć nawet 6 lat w chwili śmierci [8]. Naczynia te były na tyle małe, że mieściły się w rączkach dziecka. Posiadały dziobek, przez który można ssać płyn. Czasami mają stopy i kształtem przypominają wymaginowane zwierzęta.



Zdj. 2. Ceramiczne naczynia odkryte w grobach dzieci w Bawarii na terenie dzisiejszych Niemiec [8].

W oparciu o analizy śladów kwasów tłuszczowych w pozostałościach w naczyniach udokumentowano, że zawierały mleko przeżuwaczy pochodzące od udomowionego bydła, owiec lub kóz.



Zdj. 3. Schemat grobów dziecięcych i umieszczonych w nich naczyń do karmienia.

Obecność tych wyraźnie wyspecjalizowanych naczyń w grobach dziecięcych w połączeniu z dowodami chemicznymi potwierdza, że były używane do karmienia niemowląt mlekiem zwierzęcym zamiast mleka ludzkiego i/lub podczas odstawiania od piersi pokarmem uzupełniającym [8].

Fascynujące dla badaczy na całym świecie jest wykorzystanie w archeologii technik biomolekularnych pozwalających na wgląd w aspekt żywieniowy prehistorycznego życia ludzkiego.

Starożytność

Najstarsze źródła pisane na temat karmienia piersią pochodzą ze starożytności, z Bliskiego Wschodu, z 3000 lat p.n.e. Zawierają zalecenia karmienia piersią dziecka do 2.–3. r.ż. [9]. Kodeks Hammurabiego to babiloński zbiór praw zredagowany i spisany w XVIII w. p.n.e. za panowania króla Hammurabiego, szóstego przedstawiciela I dynastii z Babilonu. Odnaleziony w 1902 roku w Suzie (dzisiejszy Iran), obecnie należy do zbiorów Luwru. Jest uważany za największe dzieło legislacyjne starożytnego Wschodu. Wśród wielu praw regulujących praworządność pojawia się też zobowiązanie do karmienia małych dzieci piersią oraz regulacje dotyczące mamek.



Zdj. 4. Kodeks Hammurabiego w Luwrze (Paryż, Francja) (kolekcja własna, na zdjęciu Maria Wilińska)

Większość filozofów i lekarzy ery starożytnej zalecała matkom karmienie dzieci własną piersią. Według Plutarcha z Cheronei, jednego z największych pisarzy starożytnych, tylko matka mogła karmić swoje dziecko piersią. Karmienie leżało w naturze kobiety, która była do tego przystosowana i przez naturę odpowiednio wyposażona. Cesarz Antoniusz Pius nawet płacił matkom za karmienie piersią. Prawo Likurga uczyniło obowiązkiem Spartanek

podawanie dziecku własnej piersi, karmienie piersią było zleczone dekretem królewskim [6].

W cywilizacjach matriarchalnych, jak Babilonia i Egipt, przyjście na świat dziecka było witane z radością, niezależnie od jego płci i ewentualnych wad widocznych przy urodzeniu. Niemowlęta były z zasady karmione piersią przez własne matki od dnia urodzenia. W erze ptolemejskiej oraz czasach późniejszych: 3 w.p.n.e. – 4 w.n.e. karmienie przez mamki było stosowane tylko w razie śmierci i choroby matki lub innych przyczyn uniemożliwiających karmienie własnego dziecka [10,11].

W kolejnych wiekach nastąpiła zmiana podejścia do karmienia noworodków. Pierwsze medyczne teksty dotyczące żywienia pochodzące ze starożytnego Rzymu i zawierające uwagi dotyczące dzieci są datowane na I–II w.n.e. Najbardziej znaczącym było dzieło „O chorobach kobiet” Soranusa z Efezu (98–117 w.n.e.). Pierwszym pokarmem rekomendowanym przez Soranusa dla noworodka był gotowany miód lub miód z dodatkiem mleka koziego. Soranus zalecał matkom wstrzymanie karmienia dziecka przez pierwsze dwa dni po porodzie. W tym czasie dziecku należało podać miód wywierający działanie przeczyszczające i pomagający wydalic śmólkę, po czym zastosować właściwy pokarm, którym było mleko mamki [7]. Soranus podawał cechy mamki, które zapewniały powodzenie w karmieniu i nabywanie przez dziecko dodatkowych umiejętności. Mamka powinna być zdrowa, posiadać doświadczenie w karmieniu piersią, oddana dziecku, cierpliwa. Oddanie mamki miało się wyrażać m.in. w unikaniu kontaktów płciowych, aby nie zająć w kolejną ciążę. Wierzono ponadto, że wraz z karmieniem piersią dziecko zdobywa podstawy pięknego greckiego języka [7].

Podobnego jak Soranus zdania na temat karmienia po porodzie był Galen. Galen, właściwie Claudius Galenus to rzymski lekarz greckiego pochodzenia, anatom, filozof, utalentowany badacz i pisarz, jeden z najznakomitszych starożytnych lekarzy, którego dzieła wywarły olbrzymi wpływ na rozwój nauk medycznych nawet w kolejnych epokach, średniowieczu i odrodzeniu. Galen wskazywał, że mleko matki jest zdrowe już po kilku pierwszych dniach po porodzie. W tych pierwszych dniach dziecko powinno być karmione naturalnie ale przez inną kobietę. Twierdził także, że jeśli niedostępne jest mleko mamki, to przez pierwsze trzy dni dziecko ma być karmione tylko miodem lub miodem z mlekiem kozim (podobnie jak Soranus). Dopiero od czwartego dnia matka może je karmić własną piersią. Pierwsze mleko ma być ręcznie wyciśnięte z piersi i odrzucone [7].



Zdj. 5. Jan van Eyck, Lucca Madonna, 1436 r.

Arystoteles w swojej „Historia animalium” także poświęca nieco miejsca żywieniu niemowląt. Idzie o kilka kroków dalej w zaleceniach dotyczących pierwszego karmienia po porodzie. Uważa, że najlepiej pierwszy raz przystawić dziecko do piersi w pierwszym dniu po jego urodzeniu. Stwierdza także, że co prawda siara różni się wyglądem od późniejszego mleka i jest słonawa, jednak jest odpowiednia do karmienia niemowlęcia [6, 7].

W przeciwieństwie do lekarzy, rzymscy filozofowie i moralisci byli przeciwni zatrudnianiu mamek. Pliniusz, Plutarch, Tacyt i Aulus Gellius, wszyscy z II w.n.e. wypowiedzieli się zdecydowanie za karmieniem piersią przez matki od pierwszego dnia argumentując, że mleko matki jest najlepszym pokarmem dla niemowlęcia, przygotowanym przez samą naturę. Akcentowali szkodliwość braku więzi między matką a dzieckiem gdy ono jest karmione przez inną kobietę, co może powodować problemy w rodzinie [6, 7]. Według ich opinii matka była zwolniona z karmienia piersią tylko w razie choroby lub chęci posiadania większej liczby dzieci.



Zdj. 6. Ze szkoły Roberta Campina, Dziewica z dzieciątkiem, ok. 1440 r.

Z czasem jednak instytucja mamki stawała się coraz bardziej powszechna. Utrwalił się obyczaj karmienia mlekiem mamki przez pierwsze 20 dni po narodzinach dziecka. Według ówczesnych poglądów mleko matki po porodzie traciło na pewien czas wartość odżywczą i nie nadawało się dla dziecka [12, 13].

Ibn-Sina, czyli Avicenna (980–1036) był kolejnym uczonym starożytnym, który poświęcił w swoim „Kanonie medycyny” nieco miejsca żywieniu niemowląt. Twierdził, że noworodek powinien być przystawiony do piersi jak najszybciej po porodzie. W pierwszym dniu powinna być to pierś matki ale już od drugiego dnia dziecko powinno być karmione przez matkę. Avicenna prawdopodobnie jako pierwszy wyraził pogląd, że noworodek powinien być karmiony zaledwie 2–3 razy dziennie, zwłaszcza w pierwszych dniach życia. Odstawienie od piersi wg Avicenny powinno następować stopniowo i rozpocząć się pod koniec drugiego roku życia. Jako pokarm sztuczny Avicenna na początku zalecał chleb rozmoczony miodzie lub mleku. Dopuszczał okazjonalne podawanie niemowlętom wina (!).

Długość karmienia piersią także była określana w źródłach starożytnych. Lukrecjusz, poeta rzymski żyjący w I w. p.n.e., sugerował karmienie dzieci mlekiem matki do 3. r.ż. Podobnie wspomniani wyżej Soranus i Galen propagowali karmienie piersią do 3. a nawet 4. roku życia. Podanie pokarmu innego niż mleko kobiece według zarówno Soranusa jak i Galena powinno nastąpić po wyrżnięciu się pierwszego zęba. Odstawianie od piersi powinno się odbywać stopniowo. Rekomendowaną porą roku do przejścia na żywienie sztuczne była wiosna, za najmniej sprzyjającą uważano jesień.

Informacje dotyczące karmienia piersią znajdują się także w pismach świętych, które wyznaczały reguły postępowania dla wiernych [7].



Zdj. 7. Kobieta karmiąca dziecko piersią. Relikt z Mezopotamii (2000–1500 p.n.e.). Muzeum Sulaimaniya w Iraku.

Koran, święta księga islamu, według tradycji muzułmańskiej powstała w latach 610–632, stanowiąca źródło prawa i moralności, precyzuje karmienie piersią w życiu rodziny i społeczności islamskiej. Punktem wyjścia jest uznanie przez Allaha, że mleko matki jest najzdrowszym źródłem pożywienia dla niemowląt. Karmienie piersią powinno trwać przynajmniej dwa lata, choć istniały społeczności, w których karmienie piersią trwało nawet do 7 roku życia dziecka. Rodzice mogli podjąć wspólną decyzję o wcześniejszym zakończeniu laktacji. Koran podkreśla, że karmienie piersią jest ważne dla zdrowego wzrastania i rozwoju dziecka oraz zacieśniania więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem.

Koran nakłada na ojca zobowiązania wobec karmiącej matki. Obejmują one między innymi pomoc i wsparcie matki w karmieniu piersią poprzez zapewnienie pożywienia i ubrania, zachęcania do karmienia piersią i udzielania wsparcia emocjonalnego. Kobieta pozostaje pod ochroną Koranu jeśli ma niezawinione trudności w karmieniu piersią. Koran dopuszcza wynajęcie mamki do karmienia dziecka, co nie powinno zaburzać relacji między małżonkami. Kobieta karmiąca jest chroniona także w sytuacji jeśli z powodów losowych zostanie z dzieckiem sama.

W islamie istnieje pojęcie „mleczne rodzeństwo”. Jeżeli dziecko regularnie i często pije mleko obcej kobiety, to zostaje mlecznym bratem lub siostrą dzieci mamki. Przez karmienie piersią kobieta staje się matką dziecka. Dziecko karmione i dzieci naturalne mamki pozostają rodzeństwem w świetle prawa. Dziecko musi pierś ssać, aby wytwarzały się więzy mleczne. Jednakże mleko nie będzie tworzyło relacji, jeżeli nie będzie jedynym pokarmem dziecka, jeśli podawane jest dziecku w formie przetworzonej (np. ser, maślanka) lub zostanie poddane obróbce cieplnej. Dzięki takiemu przekonaniu nie ma przeciwwskazań do tworzenia w krajach islamskich banków mleka kobiecego.

W przypadku adopcji muzułmanki starają się karmić piersią adoptowane dzieci, ponieważ według prawa tak powstają pomiędzy nimi więzy mleczne. Kobieta karmiąca staje się matką dziecka.

Matki karmiące piersią są zwolnione z postu podczas ramadanu. Muszą jednak odrobić ten post w innym terminie, na przykład po zakończeniu karmienia. Matki mogą również nie przenosić postu, tylko wypłacić rekompensatę karmiąc biednych ludzi posiłkiem za liczbę pominiętych postów.

Muzułmańskie matki wspomagają swoją laktację jeżdząc specjalne pożywienie. Za galaktogogi w kulturach islamskich uznaje się: czarnuszkę, daktyle oraz sprosz-

kowe nasiona kozieradki zmieszane z orzechami smażonymi na maśle i cukrze [7].

Kultura hinduska

W starożytnych Indiach medycyna była dobrze rozwiniętą, samodzielną dziedziną wiedzy. Już w tych czasach istnieli lekarze zajmujący się tylko dziećmi [14]. Zachowała się wiedza o dwóch dokumentach medycznych z tego okresu: Susruta Samhita – IV–II w.p.n.e., w którym istnieje rozdział poświęcony ciąży, kobiecie karmiącej oraz niemowlęciu oraz Caraka Samhita – I w.n.e., w którym jest oddzielny rozdział dotyczy opieki nad noworodkiem i niemowlęciem [6].

Według tych dokumentów dziecko po urodzeniu powinno być pielęgnowane miodem i klarowanym masłem do wydalenia smółki, następnie karmione trzy razy dziennie mieszanką masła oraz miodu z domieszką korzeni lokalnych roślin [15]. Czwartego dnia wieczorem noworodek po raz pierwszy zostawał przystawiany do piersi. Jeśli matka nie miała mleka lub też z innych powodów nie mogła karmić piersią zatrudniano mamkę. Dla zdrowia dziecka zarówno fizycznego i psychicznego musiała ona być z tej samej klasy społecznej, w średnim wieku, o dobrym charakterze, zdrowa, wolna od nałogów. Według Caraka Samhita powinna mieć żyjącego potomka płci męskiej. W celu uzyskania obfitej laktacji kobiecie karmiącej zalecano włączenie do diety wina oraz mięsa zdrowych zwierząt. W razie braku mleka kobiecego podawano mleko krowie lub kozie, kładąc nacisk na jego świeżość.

Pierwszy pokarm sztuczny, z reguły gotowany ryż, mógł zostać podany niemowlęciu w czasie wyrzynania się zębów mlecznych. Był to moment uroczysty, w którym odprawiano ceremonię zwaną Annaprasna. Niemniej wczesne teksty ajurwedyjskie zaznaczają, że do końca pierwszego roku życia jedynym pokarmem niemowlęcia powinno być mleko kobiece, między pierwszym a drugim rokiem życia mleko z dodatkiem pokarmów stałych i dopiero później dziecko ma być odstawione zupełnie od piersi [7].

Kultura żydowska

W kulturze Izraelitów narodziny dziecka były powodem do radości. Dzieci były dowodem błogosławieństwa Boga. Mimo, że większą wartość miały dzieci płci męskiej, dzieciobójstwo (wówczas powszechne wobec noworodków płci żeńskiej w większości kultur) było zakazane i karane.

Powinności kobiety wobec dziecka i rodziny w zakresie karmienia piersią zawarte są w Talmudzie i w księdze Midrasz. Karmienie piersią przez co najmniej 3 miesiące

zostało zapisane jako obowiązek matki wobec dziecka i męża, ojca dziecka. Pierwsze przystawienie do piersi powinno nastąpić przed przecięciem pępowiny, zawsze w pierwszych 24 godzinach życia. To zapis nieistniejący w kulturach greckich czy hinduskich. Znano i wykorzystywano właściwości przeczyszczające miodu a nawet śmietany, delikatniejszej i bardziej pożywnej niż mleko krowie [16]. Talmud zaleca karmienie dziecka w ciągu dnia bez ograniczeń oraz jedno karmienie nocne nad ranem. Długość karmienia piersią powinna wynosić między 18 a 24 miesiące, w niektórych kręgach nawet 5 lat. Mamki były zatrudniane tylko w razie konieczności i były to wyłącznie kobiety żydowskie. Mamka miała jasno określone obowiązki dbałości o siebie i dziecko w okresie jego karmienia.

Karmienie piersią w Talmudzie jest utożsamiane z szansą na przeżycie dziecka. W Talmudzie nie ma wzmianki o żywieniu sztucznym. Kobieta była chroniona przed zajściem w kolejną ciążę, co musiałoby się wiązać z odstawieniem od piersi i sztucznym żywieniem dziecka. Efekty takiego karmienia były z reguły fatalne [7].

Piśmiennictwo

- Musiał-Morsztyn D, Bogdał G, Królak-Olejnik B. Karmienie piersią na przestrzeni dziejów. Część I – od starożytności do współczesności. *Piel. Zdr. Publ.* 2014, 4, 1, 59–64
- Garnysz M. Chemia w antropologii, czyli zmuszy kości do mówienia. *Głos z próbowki* 2011, 3, 3–8.
- Psouni E., Janke A., Garwicz M.: Impact of Carnivory on Human Development and Evolution Revealed by a New Unifying Model of Weaning in Mammals. *PLoS ONE* 2012, 7(4), e32452
- Yngve Hofvander (2006) Breastfeeding – Was a Life Line in the Past and Still Is!, *Upsala Journal of Medical Sciences*, 111:1, 17–26, DOI: 10.3109/2000-1967-031
- Krenz-Niedbała M.: Biologiczne i kulturowe skutki neolityzacji w populacjach ludzkich na ziemiach polskich. Wydanie 8. Monografie – Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu Inst. Antropologii UAM 2000, 1–115
- Fildes V A: *Breasts, bottles and babies*. Edinburgh University Press, Edinburgh 1986.
- Silka S. Ewolucja poglądów na żywienie niemowląt w XIX i XX wieku. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. 2013.
- Dunne, J., Rebay-Salisbury, K., Salisbury, R.B. et al. Milk of ruminants in ceramic baby bottles from prehistoric child graves. *Nature* 574, 246–248 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1572-x>.
- Stuart-Macadam P, Dettwyler K.A.: *Breastfeeding: biocultural perspectives*. Aldine de Gruyter, New York 1995
- Abt A, Garrison F H: *History of Pediatrics*. Saunders, Philadelphia London 1965
- Wickes I G: A history of infant feeding. Part I – Primitive peoples: ancient works: renaissance writers: *Arch Dis Child* 1953, 28: 151-158
- Moore H.L.: Płeć kulturowa i status – wyjaśnienie sytuacji kobiet. [W:] *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej*. Red.: Kempny M., Nowicka E. Warszawa 2003
- Aries P.: *Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w czasach dawnych*. Gdańsk 1995
- Peiper A: *Chronik der Kinderheilkunde*. Thieme, Leipzig 1966
- Abt A, Garrison F H: *History of Pediatrics*. Saunders, Philadelphia London 1965
- Dunn PM. Sir Frederic Still (1868-1941): the father of British paediatrics. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006;91(4):F308-10.

Sięgnij po kompendium wiedzy klinicznej i farmakoterapii!



Patronat merytoryczny: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP)
i Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP)



szukaj na pzwl.pl