Na czym polega karmienie piersią?

Tytuł trochę przewrotny, ale obserwując dyskusje mam na forach, dochodzę do wniosku, że to wcale nie jest takie oczywiste, jakby się mogło zdawać.

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO),
- Amerykańska Akademia Pediatryczna (AAP),
- Ministerstwo Zdrowia (MZ),
- Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia dzieci (PTGHiŻD),
- La Leche League (LLL),
- UNICEF
- American Academy of Family Physicians
- Australian National Health and Medical Research Council
- Health Canada

zalecają wyłączne karmienie piersią przez okres MINIMUM pierwszych 6 miesięcy życia (dopuszcza się wyjątki w uzasadnionych medycznych sytuacjach, ale o tym później).

CZYMŻE WIĘC JEST TO WYŁĄCZNE KARMIENIE PIERSIĄ?

Wyłączne karmienie piersią to podawanie piersi na żądanie, w każdej sytuacji kiedy dziecko właśnie tego potrzebuje, czyli:

- kiedy jest głodne
- kiedy jest spragnione
- kiedy jest śpiące
- kiedy się nudzi
- kiedy jest zaniepokojone
- kiedy się boi
- kiedy chce się przytulić do piersi mamy
- kiedy chce sobie possać nie spożywczo
- do snu

- na przebudzenie
- kiedy boli brzuszek
- kiedy się przejadło
- kiedy się ulało
- kiedy chce w każdej chwili i z dowolnego powodu

Wyjątkiem od tej reguły jest podawanie leków lub innych produktów leczniczych np probiotyków.

KIEDY W TAKIM RAZIE MÓWIMY, ŻE DZIECKO NIE JEST KARMIONE WYŁĄCZNIE PIERSIĄ?

- kiedy dziecko dostaje do picia coś poza pokarmem mamy, np wodę, herbatki
- kiedy dziecko jest karmione piersią i mieszanką, nawet jeśli tej mieszanki nie jest dużo
- kiedy dziecko dostaje coś poza piersią mamy np łyżeczkę marchewki na spróbowanie, albo na biegunkę
- kiedy dziecko dostaje smoczek zamiast piersi, aby nie płakało, aby wydłużyć okresy pomiędzy karmieniami (mama chce zebrać więcej mleka) [1]

---

[1] Smoczek nie wyklucza wyłącznego karmienia piersią, a jedynie zakłóca kiedy jest stosowany zamiast karmienia piersią, w chwilach, kiedy dziecko powinno ssać pierś i stymulować laktację.

DLACZEGO WYŁĄCZNE KARMIENIE PIERSIĄ JEST TAKIE WAŻNE?

Jelita niemowlęcia są niedojrzałe, mleko mamy zawiera przeciwciała sIgA, które mają znaczenie w ochronie przed alergiami, przejmują na siebie, podając cokolwiek innego niż pokarm mamy pozbawiamy dziecko tej ochrony, dlatego zwiększamy ryzyko rozwoju alergii, a jeśli się rozwinie, będzie miała cięższy przebieg, Dziecko przeciwciała swoiste zaczyna produkować dopiero jak dojrzeje jego układ immunologiczny,

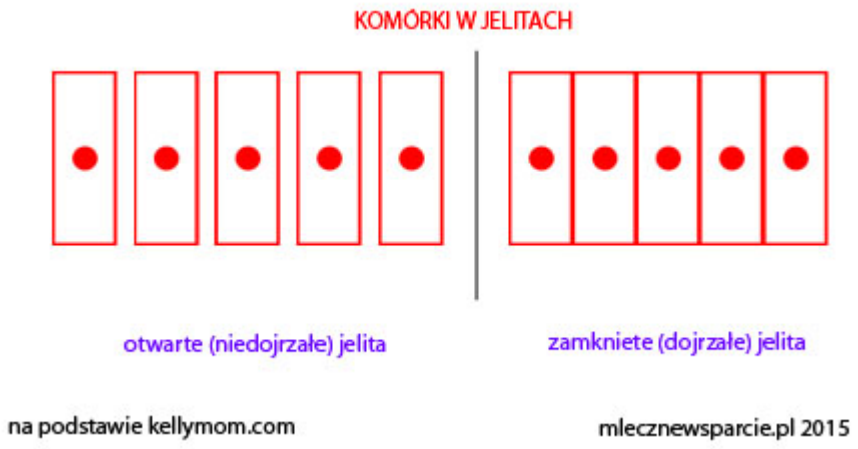
dzieje się to w drugiej połowie roku, dlatego m.in. tak ważne jest aby wstrzymać się z podawaniem innych substancji niż mleko mamy do drugiego półrocza życia dziecka. Przeciwciała sIgA do chwili kiedy dziecko zacznie produkować własne przeciwciała tworzą na powierzchni jelit niewidzialny film, który zapobiega przenikaniu substancji szkodliwych do krwiobiegu dziecka. Największe stężenie – dawka uderzeniowa – znajduje się w siarze, jeśli teraz dziecko dostanie mieszankę, zaburzy proces powstawania tej bariery ochronnej. Oczywiście kolejne porcje przeciwciał dotrą do jelit dziecka, jednak mają one służyć głównie utrzymaniu istniejącej już powłoki ochronnej, uzupełnianiu, wzmacnianiu. więcej na ten temat możesz przeczytać w artykułach:

- Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?
- Rola diety eliminacyjnej u matki oraz stężenia IgA w mleku kobiecym w rozwoju alergii na mleko krowie u dzieci
- Brak lub niedobór pokarmu i pokarm małowartościowy

Mleko mamy zawiera także liczne bakterie probiotyczne. Mają one na celu wzmocnić warstwę ochronną jelita dziecka, wspomóc perystaltykę. Niektóre ze szczepów wytwarzają enzymy trawienne (np. laktazę) inne witaminy – wit. K. Tak się składa, że mleko mamy ma odczyn zasadowy i jest zasadotwórcze, zaś mieszanki mają odczyn kwaśny i są kwasotwórcze. Bakterie probiotyczne lubią odczyn mleka mamy, zaś patogenne żywią się cukrem i lubią odczyn kwaśny. Zaburzenie równowagi kwasowo – zasadowej w jelicie dziecka może sprzyjać zaburzeniom trawienia, pojawiają się biegunki, stolce stają się zielone, śluzowate i o nieprzyjemnej kwaśnej woni.

Proces „domknięcia” jelit następuje ok 7 m. ż., dlatego właśnie zalecenia mówią, aby zwlekać z rozszerzeniem diety do 7 m.ż.. Dzięki domknięciu jelita stają się szczelne, więc nieprzepuszczają już wszelkich zbędnych substancji, dlatego podanie w tym okresie innych płynów i pokarmów nie jest już

takie niebezpieczne,



KOLEJNY WAŻNY ASPEKT TO PRZYROSTY MASY CIAŁA I LAKTACJA

Jeśli dziecko dostaje pierś na żądanie za każdym razem, kiedy powinno, a nie wg zegarka, albo innych „zaleceń”, to stymuluje laktację, nawet jeśli tylko „mizia” brodawkę przez sen. Jeśli dziecko ssie pierś tylko dla zaspokojenia głodu, niemalże z zegarkiem w ręku, a wszelkie inne potrzeby zaspokajane są inaczej: smoczek, bujanie etc, to mamy 2 problemy

1. spadek popytu na pokarm, dziecko ssie mniej niż powinno, a więc mniej zjada, a więc dostarcza mniej kcal, a więc ma mniejsze przyrosty.
2. niewystarczającą stymulację laktacji (mama często się skarży, że brakuje jej mleka) – czyli spadek podaży
3. jeśli dziecko ssie smoczek, zamiast piersi, to ssie suchą gumę, a nie pierś z której wypływa pokarm
4. bo jeśli dziecko ssie butelkę „o zgrozo” z woda, z herbatką, to zalewa sobie żołądek bezwartościowym i zbędnym płynem, który nie ma wartości kalorycznej, odżywczej, budulcowej, ale dziecko z wodą w żołądku, ssać piersi nie będzie, no nikt z pełnym żołądkiem jeść nie będzie (na dietach zaleca się wypicie szklanki wody przed posiłkiem, celem zmniejszenia apetytu)
5. jeśli w 5 m. (a co niektóre matki – wyścigowe już w 4m*) podamy dziecku marchewkę, która ma kaloryczność 27 kcal a mleko mamy ma 70 kcal w 100 g i ta marchewka

generalnie zalecana jest na diecie odchudzającej, to gdzie jest tu logika?

TO KIEDY MOŻNA TĘ DIETĘ ROZSZERZYĆ WCZEŚNIEJ?

1. Dr. Jack Newman uważa, że jeśli pojawiłaby się sytuacja, w której matka nie może karmić piersią z powodów obiektywnych, np. poważna choroba, w której leczenie zdecydowanie eliminuje możliwość kontynuacji karmienia piersią, to rozszerzenie diety jest rozwiązaniem lepszym, niż podanie sztucznej mieszanki.
2. PTGHiŻD uważa, że rozszerzenie diety po 4m. jest dopuszczalne w sytuacji anemii jako alternatywę dla podawania dziecku preparatów z żelazem, które często powodują zaparcia, a i dzieci niechętnie je przyjmują – aczkolwiek badania wykluczyły skuteczność takiego leczenia, więc to zalecenie jest wątpliwe (o tym dalej)
3. Możliwe jest karmienie mieszane, lub dokarmianie, ewentualnie czasowe odstawienie od piersi, z uzasadnionych powodów medycznych

W każdym innym przypadku można i należy KARMIĆ WYŁĄCZNIE PIERSIĄ, do ukończenia przez dziecko 6 miesiąca życia, lub dłużej, czekając na gotowość dziecka do rozszerzenia diety.

*jeśli podajemy coś w 4m tzn. ze dziecko ma ukończone 3m i własnie biegnie mu 4ty miesiąc, ale nie ma skończonych 4., jeśli dziecko skończy 4m, to biegnie mu 5-ty miesiąc i kiedyś własnie w 5-tym miesiącu rozszerzano diete, obecnie mówimy o rozszerzaniu w 7m. czyli po 6m. czyli w 2 półroczu.

DLACZEGO WARTO CZEKAĆ?

1. układ pokarmowy będzie miał czas żeby dojrzeć
2. zmniejszamy ryzyko wystąpienia otyłości w przyszłości ((AAP 2012, Wilson 1998, von Kries 1.999, Kalies 2005))
3. dziecko ma czas, aby dojrzeć do przyjmowania innych pokarmów niż płyny (Naylor & Morrow (2001)
4. Karmienie będzie łatwiejsze, bo dziecko będzie mogło

jeść samo
5. Późne rozszerzenie diety zmniejsza ryzyko rozwoju anemii z niedoboru żelaza* (Pisacane, 1995)
6. W pierwszym półroczu zmniejsza się prawdopodobieństwo ponownego zajścia w ciążę (przy zachowaniu pewnych zasad)
7. zapewnienie utrzymania poziomu laktacji na stałym poziomie, zmniejszenie popytu na mleko, poprzez zwiększenie ilości posiłków stałych zmniejsza ilość dostarczanych kalorii z pokarmu i jest przyczyną przedwczesnego odstawienia się dziecka od piersi.
8. pewne badania wykazały ze spadek wagi po porodzie jest większy u mam które karmią piersią wyłacznie przez 6m (Kramer & Kakuma2012).

Ad 5.

> *Pisacane w swoich badaniach zaobserwował, że dzieci, które były karmione wyłącznie piersią przez 7 miesięcy (nie otrzymując jednocześnie suplementów żelaza lub zbóż wzbogacanych żelazem) miały znacznie wyższy poziom hemoglobiny w ciągu roku niż dzieci karmione piersią, które otrzymały stałe pokarmy wcześniej niż siedem miesięcy. Badacz nie stwierdzili **żadnych** przypadków niedokrwistości w pierwszym roku u niemowląt karmionych piersią wyłącznie przez siedem miesięcy i stwierdził, że karmienie piersią wyłącznie przez siedem miesięcy zmniejsza ryzyko wystąpienia niedokrwistości.*

Źródła:
kellymom.com

Bibliografia:
„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd ‚mamania’ 2013
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

Dr. Jack Newman's Guide to Breastfeeding: Revised Edition – Jack Newman, Teresa Pitman, Wyd. Pinter & Martin, 2014

Zdjęcie w nagłówku: www.popsugar.com

Skąd się wzięło wczesne rozszerzanie diety

Dawno, dawno temu w odległej galaktyce…

Dzieci były karmione piersią długo i dietę rozszerzano im późno (są miejsca na ziemi, gdzie nie dotarła cywilizacja i tam to się nadal praktykuje z zyskiem dla dzieci i społeczeństwa). Potem przyszły ciężkie czasy i dzieci trzeba było czymś wykarmić, matki umierały przy porodzie lub szły za pracą, mamek nie było, zaczęto podawać im jałowe (czyli pasteryzowane, a raczej przegotowane) mleko krowie, ale dzieci umierały, bo mleko było ubogie w potrzebne składniki odżywcze, minerały i witaminy. Dzieciom brakowało wrażliwej na temperaturę witaminy C, więc chorowały na szkorbut i umierały, z innymi witaminami nie było lepiej, niedobór witaminy B1 powodował chorobę beri beri, brak witaminy A kurzą ślepotę i podatność na infekcje wskutek wysychania śluzówek. Jak wiadomo krowa i człowiek różnią się od siebie na pierwszy rzut oka (chociaż producenci mieszanek tej różnicy nie widzą i z „uporem maniaka" próbują nam wmówić, że mleko krowie jest na wzór mleka matki), mają więc różne zapotrzebowania. Do tego mleko krowie ma za dużo białka i soli mineralnych obciążających nerki dziecka bardziej niż pokarm ludzki. Wbrew powszechnej opinii nie jest ono tak tłuste jak mleko kobiece, ale za to zawiera tłuszcze nasycone, ludzkie mleko natomiast tłuszcze nienasycone, bogate w kwasy omega. Dzieciom podawano

więc rozcieńczone krowie mleko, zagęszczane mączką… glutenową, czyli mąka pszenną.

Oczywiście, dzieci były tym miksem „zapchane”, co powodowało zaparcia, więc konieczne było podawanie płynów: wody, a zwłaszcza słodkich herbatek typu: rumianek, czy koper włoski, co pozwalało na przetrwanie 3-godzinnych przerw między karmieniami. Ale o tym niżej.

O różnicach w mleku ludzkim i krowim pisałam **tutaj**

Tabela 1. Porównanie składu mleka kobiecego i krowiego.

SKŁADNIK (jedn./100 ml)	MLEKO KOBIECE	MLEKO KROWIE
białko (g)	0,9 – 1,4	3,2 – 3,5
kazeina/serwatka	40/60	80/20
laktoferryna (g)	0,17	Ślad
tłuszcze (g)	3,9 – 4,4	3,7
kwasy nasycone/nienasycone	48/52	65/35
laktoza (g)	7,2	4,7
Ca/P	2/1	½

Źródło: Kubicka K.. i wsp.: *Pediatria. Tom 1.* PZWL, Warszawa 2010, 39 – 41

http://www.akademiadietetyki.pl/

Składniki odżywcze i czynniki odpornościowe	Świeże mleko z piersi	Świeże mleko krowie	Pasteryzowane mleko krowie	Przemysłowa mieszanka dla niemowląt
Enzymy antymikrobowe	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Usunięte
Probiotyki	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Kwasy omega 3 i 6	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Bakterie produkujące laktazę ⇨ enzym rozkładający laktozę	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Delikatne proteiny	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Zmodyfikowane
Białko wiążące witaminę B12	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Biodostępne witaminy	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Zablokowane
Biodostępny wapń	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Biodostępny fosfor	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Enzymy fosfatazy	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Oligosacharydy	Aktywne	Aktywne	Zmniejszone	Usunięte
Limfocyty odpornościowe	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Limfocyty B	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Mikrofagi	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Neutrofile	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Przeciwciała IgA/IgG	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Bifidobakterie ochronne	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Interferon gamma	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Fibrynonektyna	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne

Źródło: http://articles.mercola.com/

DOMAGAMY SIE UCZCIWOŚCI W REKLAMIE

Na stronie http://www.birthingandbreastfeeding.com/ prowadzonej przez Christy Jo Hendricks – Doule i IBCLC pojawiał się infografika obrazująca zestawienie mieszanki i mleka kobiecego i kampanie o zakończenie dezinformacji w reklamie preparatów mlekozastępczych.
Niedobór witamin wymusił uzupełnienie ich z innych pokarmów (wtedy jeszcze nie wiedziano, że to o witaminy chodzi, a jedynie że pewne pokarmy zapobiegają rozwojowi chorób. Nie wiedziano jeszcze dlaczego np. szkorbut był chorobą marynarzy i żołnierzy odciętych od źródeł świeżych owoców), tym sposobem dietę zaczęto rozszerzać gdy dzieci skończyły 6 tyg. Zaczęto podawać im warzywa – marchewka (ß-karoten, czyli witamina A) z jajkiem (żelazo) i masłem (witaminy A i D) oraz owoce, źródło witaminy C, aby dostarczyć brakujących składników, często butelką ze smoczkiem (co pokutuje po dzień dzisiejszy). Dzieci przestały umierać, ale lata świetlne zajęło producentom mleka sztucznego dodanie witamin i innych składników do swoich produktów, tak aby wyeliminować potrzebę wczesnego rozszerzania diety, jako że liczył się dochód, a nie zdrowie dzieci. Dopiero przepisy i regulacje prawne wymusiły tak naprawdę wzbogacanie mieszanek mlekozastępczych o odpowiednio dobrane kompozycje witamin i mikroelementów oraz zastąpienie ciężkostrawnych wysokonasyconych tłuszczy roślinnymi. Czy to dobra zmiana (modne ostatnio stwierdzenie)? Śmiem wątpić, czytając **składy współczesnych mieszanek**.

Kiedy już mieszanki były „dobrze” skomponowane i stosownie

wymieszane, przesunięto moment rozszerzania diety na ukończone 4m.ż.. Niestety wczesne rozszerzanie diety przeniosło się też na dzieci karmione naturalnie, a to dlatego, że wprowadzono takie zalecenia: **ANTYporadnik, czyli jak zabić laktację w 5 krokach**i dzieci karmione naturalnie szybko zaczynały być karmione sztucznie, a w 3m.ż. dostawały już pokarmy stałe. Kiedy wprowadzono odgórne zalecenia o rozszerzaniu diety po 4m.ż., poszły za tym rozporządzenia, ale kiedy wprowadzono (ponad 20 lat temu) że po 6m.ż., nikt nie dodał do tego aktów prawnych i w efekcie mamy słoiki ,,odpowiednie" dla dzieci po 4m.ż., chociaż należy karmić wyłącznie mlekiem z piersi przez 6m. (WHO)

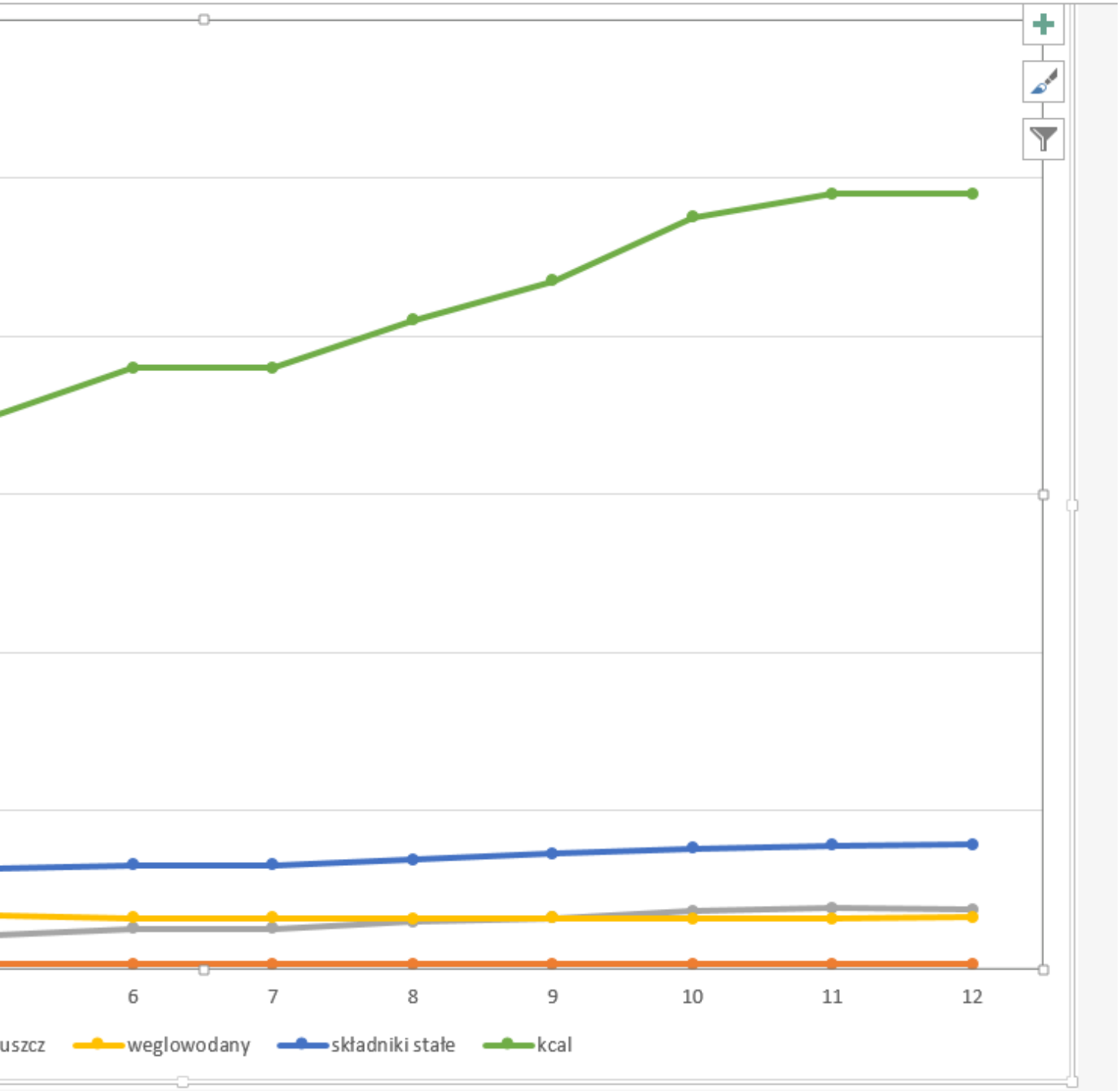
Bibliografia:

„Moje dziecko nie chce jeść" – Carlos González, Wyd ‚mamania' 2013

Zdjęcie w nagłówku: osesek.pl

Jak ważyć niemowlęta, czyli o kontroli małych przyrostów rzecz

Niemowlęta karmione piersią nie przyrastają jak po sznurku, mleko, które piją ulega ciągłym zmianom, tak w trakcie jednego karmienia, jak w cyklu dobowym, tygodniowym, miesięcznym czy rocznym. Jest substancją żywą, chociaż jego składniki są stałe, proporcje ulegają niewielkim wahaniom.



ików odżywczych podczas jednego karmienia, źródło: 011/05/foremilk-and-hindmilk-in-quest-of.html

Oznacza to, że nie ma ani potrzeby odciągania pierwszego mleka (pot. mleko I fazy) z powodu wyższej zawartości laktozy (żółta linia na wykresie), gdyż jej poziom jest stały przez całe karmienie, ani ze względu na jego „wodnistość”, mleko staje się tłuściejsze w sposób płynny, czyli im dłużej dziecko ssie tym mleko jest bardziej tłuste, kiedy następuje ten moment to już kwestia indywidualna matki, ale i dziecka.

Ponadto, wiemy z różnych badań, że im więcej czynnika FIL, tym mniejsza zawartość tłuszczu w pokarmie, zaś im mniej czynnika FIL tym poziom tłuszczu jest wyższy.
Najwyższy poziom FIL jest kiedy mama nie karmi aktualnie pierąsi, lub tuż przed, kiedy piersi są pełne, a najniższy (tym samym najwięcej tłuszczu) jest w piersiach pod koniec karmienia, lub kiedy dziecko „wisi" godzinami na piersi. Dlatego najwyższe przyrosty obserwuje się w pierwszym trymestrze życia, w tym okresie dzieci zwykle spędzają przy piersi 24/7.

Więcej o fizjologii laktacji i FIL możesz przeczytać w artykule: „Budowa gruczołu sutkowego (piersi), fizjologia i stabilizacja laktacji„.

A co jeśli przyrosty są niezadowalające, albo niższe od oczekiwanych.

Należy szukać przyczyny, więcej na ten temat w artykule: „Kiedy niemowlę ma małe przyrosty"

Dziś skupimy się jednak na pomiarach masy ciała.

JAK, KIEDY, JAK CZĘSTO WAŻYĆ NOWORODKA I NIEMOWLĘ?

Przede wszystkim zawsze na tej samej wadze!

Dlaczego to takie istotne? bo wagi mogą pokazywać różne wartości, a rozbieżności mogą być na prawdę duże.

Idealny przykład znajdziemy na funpage'u dr-a Jacka Newmana, to samo dziecko zważone na 2 wagach.

fot. dr Jack Newman

fot. dr Jack Newman

Aby pomiary były porównywalne

Zawsze ważymy po zmianie pieluszki, po jedzeniu – zawsze w takim samym stanie, daje to porównywalne wyniki, punkty odniesienia + prawdziwy przyrost.

Pamiętaj, że jeśli ważysz w pieluszce, wytaruj wagę z pieluszką aby pomiar był wiarygodny.

Pomiary powinny być dokonywane **NIE CZĘŚCIEJ** niż raz w tygodniu, **ZAWSZE O TEJ SAMEJ PORZE,** ale najlepiej raz na 2-4

tygodni, wówczas mamy realne przyrosty – tzw średnie przyrosty dobowe i tygodniowe.

WAGA URODZENIOWA I WAGA SPADKOWA

Daje nam ogólny punkt odniesienia, nie jest to jednak waga wyjściowa, jako wagę wyjściową przyjmujemy pierwsze ważenie w przychodni, w której będą się odbywały kolejne ważenia.

„ODROBIENIE" WAGI URODZENIOWEJ

Dziecko ma UWAGA 2-3 tygodni na powrót do wagi urodzeniowej, wszystko zależy od częstotliwości i długości karmień, ale także np żółtaczki

WAGA SPADKOWA

W szpitalu, po porodzie jako spadek fizjologiczny uznaje się do 10% utraty masy ciała po porodzie, jednakże dopiero przekroczenie 15% masy ciała, jest wskazaniem do interwencji i ewentualnego dokarmiania (kieliszkiem, odciągniętym mlekiem mamy)

Należy tu zauważyć, że w przypadku dzieci, których mamy w trakcie porodu otrzymywały kroplówkę, waga urodzeniowa jest zawyżona, takie dzieci mają zwykle większy ubytek masy, Ina May Gaskin, zaleca, aby za faktyczną wagę urodzeniową, w takim przypadku uznać masę po 24h od porodu.

CZEGO NIGDY NIE ROBIĆ!

1. nie ważyć przed jedzeniem i po jedzeniu, aby sprawdzić ile dziecko zjadło
2. nie ważyć rano i wieczorem
3. nie ważyć codziennie
4. nie ściągać pokarmu laktatorem aby sprawdzić czy jest tłusty albo ile jest go w piersiach, dlaczego? odpowiedź w tym artykule: 5 kroków do udanego karmienia piersią

Oprócz przyrostów masy ciała, ważne są też mokre

pieluszki, więcej nt. wskaźników skutecznego karmienia piersią można przeczytać w artykule: Wskaźniki skutecznego karmienia w portalu Medyczyna Praktyczna.

Zdjęcie w nagłówku, pochodzi z portalu gazeta.pl

Lek, suplement diety, dietetyczny środek specjalnego przeznaczenia medycznego, nazwa handlowa, substancja aktywna

konsultacja medyczna: lek. med. Magdalena Maczyta-Zajkowska

W kontaktach z mamami zauważyłam, zupełny brak zrozumienia tematu. Zadałam wiec pytanie i okazało się, że wiedza jest zatrważająca, wiele osób zupełnie nie odróżnia od siebie tych pojęć, postanowiłam więc przybliżyć tematykę, bo w kontekscie karmienia piersią i różnych problemów maluszków jest to temat ważny i potrzebny.

LEK

To prepart pochodzenia naturalnego (np probiotyk lub tradycyjne antybiotyki, niektóre preparaty pochodzenia

roślinnego), półsyntetycznego (np nowoczene antybiotyki), lub w całości syntetyczny (np. chemoterapeutyki, hormony), który przeszedł serie badań klinicznych (obejmujących działanie leku, jego skuteczność, rozszerzone badanie krwi, badania EKG, obserwacje pacjenta) najpierw na zwierzętach, a później na ludziach w niezależnych ośrodkach medycznych, a jego działanie terapeutyczne i nieporządane jest udokumentowane. Każdy lek przed wprowadzeniem do obiegu w danym kraju, musi dodatkowo przejśc badania kliniczne, na podtawie, których sporządzana jest informacja dla pacjenta. Leki są ściśle monitorowane pzrez GIF (Główny Inspektorat Farmaceutyczny), a działania nieprządane nie wymienione w „ulotce" nalezy zgłaszać do lekarza prowadzącego i/lub SANAPIDu. Największe badanie kliniczne odbywa się już po wprowadzeniu prduktu na rynek. Większość leków dotępna jest na receptę (Rp.), ale pewna część zarejestrowana jest w sprzedaży odręcznej (OTC), a nawet dopuszczona do obrotu poza apteką.

Do leków zaliczamy preparaty lecznicze działające na:

- układ nerwowowy (nasenne, nasercowe, przeciwbólowe, anestetyki),
- układ krwionośny (przeciwzakrzepowe, przeciwkrwotoczne, przeciwanemiczne),
- układ pokarmowy (przeciwrefluksowe, przeciwwrzodowe, przeciwwymiotne, zaburzeń motoryki układu pokarmowego)
- układ oddechowy (wykrzuślne, przeciwkaszlowe, przeciwastamtyczne)
- przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe, przeciwgrzybicze i przeciwpasożytnicze
- leki stosowane w leczniu raka
- immunostymulujące (szczepionki, odczulające, immunoglobiny) i immunosupresyjne (po przeszczepach)
- hormony, sterydy, witaminy (leki przeciw cukrzycowe, leki przeciwtarczycowe, leki przeciwanemiczne)
- przeciwzapalne i przeciwalergiczne
- moczopędne

- niektóre probiotyki posiadające rejestrację jako lek
- inne, niewymienione

SUPLEMENTY DIETY

Jest to grupa preparatów dotępnych bez recepty. Suplement jak sama nazwa wskazuje służy uzupełnieniu diety nie wymaga przeprowadzanie badań klinicznych dokumentujących jego skuteczność, a więc nie jest tak ściśle jak w przypadku leków kotrolowane jego działanie, są dotępne w sprzedaży odręcznej, bardzo często poza apteką. *Zgodnie z definicją to wszelkie środki spożywcze, które mają za zadanie uzupełniać codzienną dietę, i które stanowią skoncentrowane źródło witamin, minerałów lub substancji o działaniu odżywczym lub fizjologicznym, które jednak nie są produktami posiadającymi właściwości lecznicze w rozumieniu prawa farmaceutycznego. Ich zadaniem jest utrzymanie właściwych poziomów stężeń mikro i makroelementów we krwi, a co za tym idzie, poprawę ogólnej kondycji organizmu. Są to środki produkowane w formie tabletek, kapsułek, ampułek, saszetek etc, wydawane bez recepty, z przeznaczeniem dla osób dorosłych bez szczególnych zaleceń. [I] Ustawa z dn. 6.11.2007 (Dz.U.196 poz. 1425 z 2007 r.), reguluje ilości oraz stopień czystości dodawanych witamin, minerałów i innych substancji oraz ogólny wykaz substancji, jakie mogą wchodzić w skład suplementów diety.* Wiedza na teman ich działania często podchodzi tradycyji długiego stosowania (np zioła). Do suplementów zaliczamy:

- witaminy
- pierwiastki śladowe, mikro- i makroelemnty
- większośc probiotyków, prebiotyków, czy symbiotyków
- zioła

DIETETYCZE ŚRODKI SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA MEDYCZNEGO

To preparaty mające zwykle działanie odżywcze, będące uzupełnieniem, lub zamiennikim zróżnicowanej diety. *Skład*

dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego oparty jest na zdrowych zasadach medycznych i żywieniowych. Ich przygotowanie, zgodnie z instrukcjami producenta, jest bezpieczne, korzystne i skuteczne, jeżeli chodzi o spełnianie określonych potrzeb pokarmowych osób, dla których są one przeznaczone, zgodnie z ogólnie przyjętymi danymi naukowymi[I]. Zaliczamy do nich:

- mieszanki dla niemowląt
- preparaty mlekozastępcze o konkretnym przeznaczeniu (dla alergików, dla dzieci chorych na fenyloketonurię, preparat bez laktaozy etc)
- preparaty do żywienia pzoajelitowego
- niektóre probiotyki (posiadające taka rejestrację)
- preparaty na schorzenia (np Hipp ORS 200, Nutriton)

Ponadto dyrektywa unijna reguluje:

Informacje obowiązkowe

Oprócz informacji określonych w art. 3 dyrektywy 2000/13/WE, etykieta dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego zawiera obowiązkowo następujące informacje:

- *dostępna wartość energetyczna wyrażona w kilodżulach (kJ) i kilokaloriach (kcal) oraz zawartość białka, węglowodanów i tłuszczu, wyrażona w postaci liczbowej, na 100 g lub na 100 ml sprzedawanego produktu oraz, w stosownych przypadkach, na 100 g lub 100 ml produktu gotowego do spożycia, przygotowanego zgodnie z instrukcjami producenta. Informacje te mogą również być podane na dawkę określoną ilościowo na etykiecie lub na porcję, pod warunkiem, że podana jest liczba porcji zawartych w opakowaniu,*
- *średnia ilość każdego składnika mineralnego i każdej witaminy wymienionej w załączniku obecnej w produkcie, wyrażona w postaci liczbowej, na 100 g lub na 100 ml*

sprzedawanego produktu oraz, w stosownych przypadkach, na 100 g lub 100 ml produktu gotowego do spożycia przygotowanego zgodnie z instrukcjami producenta. Informacje te mogą również być podane na dawkę określoną ilościowo na etykiecie lub na porcję, pod warunkiem, że podana jest liczba porcji zawartych w opakowaniu,

- *wybiórczo zawartość składników białka, węglowodanów i tłuszczu i/lub innych składników odżywczych i ich składników, których wskazanie jest niezbędne do właściwego użytkowania produktu, wyrażona w postaci liczbowej, na 100 g lub na 100 ml sprzedawanego produktu oraz, w stosownych przypadkach, na 100 g lub 100 ml produktu gotowego do spożycia przygotowanego zgodnie z instrukcjami producenta. Informacja ta może również być podana na dawkę określoną ilościowo na etykiecie lub na porcję, pod warunkiem, że podana jest liczba porcji zawartych w opakowaniu,*
- *informacje dotyczące osmolalności lub osmolarności produktu (w stosownych przypadkach),*
- *informacje dotyczące pochodzenia i charakteru białka i/lub hydrolizatów białka zawartych w produkcie.*

Etykieta powinna zawierać również następujące obowiązkowe dane szczegółowe poprzedzone formułą „ważna informacja” lub innym równoznacznym zwrotem:

- *stwierdzenie, że produkt musi być używany pod nadzorem lekarza,*
- *stwierdzenie, czy produkt jest odpowiedni do używania jako jedyne źródło pożywienia,*
- *stwierdzenie, że produkt przeznaczony jest dla określonej grupy wiekowej (w stosownych przypadkach),*
- *w stosownych przypadkach stwierdzenie, że produkt stanowi zagrożenie dla zdrowia, jeżeli jest spożywany przez osoby niemające określonej choroby, zaburzenia lub stanu chorobowego, dla których produkt jest*

przeznaczony.

Etykieta zawiera również:

- *stwierdzenie „do postępowania dietetycznego …” gdzie w wolne miejsce należy wpisać choroby, zaburzenia lub stany chorobowe, dla których produkt jest przeznaczony,*
- *w stosownych przypadkach stwierdzenie dotyczące odpowiednich środków ostrożności i przeciwwskazań,*
- *opis właściwości i/lub cech, które czynią produkt użytecznym w szczególności, w zależności od przypadku, odnoszących się do składników odżywczych, których zawartość została zwiększona, zmniejszona, wyeliminowana lub zmieniona w inny sposób oraz uzasadnienie stosowania danego produktu,*
- *w stosownych przypadkach ostrzeżenie mówiące, że produkt nie jest przeznaczony do stosowania pozajelitowego.*

W stosownych przypadkach etykieta powinna zawierać instrukcje dotyczące właściwego przygotowania, zastosowania i przechowywania produktu po otworzeniu opakowania.

Środki spożywcze dla niemowląt

*Dyrektywa określa ponadto minimalne i maksymalne wartości dla witamin, minerałów i pierwiastków śladowych dla kompletnych żywieniowo środków spożywczych przeznaczonych dla niemowląt *.*

Dyrektywa 2006/141/WE dostosowuje jedną z wartości (maksymalny poziom manganu w żywności przeznaczonej dla niemowląt) z uwzględnieniem najnowszych badań naukowych. Nowe wymogi dotyczące preparatów do żywienia niemowląt na bazie białka mleka krowiego i hydrolizatów białka stosuje się obowiązkowo do dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia dla niemowląt z dniem 1 stycznia 2012 r.

Produkt podlega ścisłemu nadzorowi urzędowemu.

WSKAZÓWKA

Witaminy, probiotyki, pierwiastki śladowe i minerały, mogą mieć formę: leku, suplementu diety, lub DŚSPM.
Mając wybór, zawsze wybieraj lek. Leki mają najlepiej przebadany skład i udokumentowane działanie, także to niepożądane.

NAZWA HANDLOWA

To nazwa produktu pod jakim go rozpoznajemy w aptece. Zwykle jest to duży wyraźny napis.

NAZWA SUBSTANCJI AKTYWNEJ/CZYNNEJ

w przypadku leków jest umieszczony drobnym drukiem pod nazwą handlową, w przypadku suplementów diety oraz dietetycznych środków specjalnego przeznaczenia medycznego w składzie produktu.

PREPARAT ZŁOŻOWNY

PREPARAT JEDNOSKŁADNIKOWY

ZESTAWIENIE WYPRANYCH PREPARATÓW WG NAZWY SUBSTANCJI CZYNNEJ ICH NAZW HANDLOWYCH

Nazwa substancji aktywnej	Nazwa handlowa
Paracetamol (lek) (Rp., OTC)	• APAP • Codipar • Panadol • Pedicetamol • Acenol
Ibuprofen (lek) (Rp., OTC)	• Ibum • Ibufen • Nurofen • Ibupar
Ibubrofen + Paracetamol (lek)	• Nurofen Ultima • Metafen
Simeticon (lek) (OTC)	• Espumisan • Sab Simplex • Bobotic • Infacol
Laktaza (suplement diety) (OTC)	• Kolaktaza • Delicol

Probiotyk Lactobacillus rhamnosus GG (OTC)	1. Trilcac Plus (+ 3 inne szczepy I oligosacharydy poprawiające adhezję) 2. Dicoflor 3. Multilac Baby (10 różnych szczepów) 4. Acidolac Baby – krople 5. Floractin
Omeprazol (lek), (Rp. OTC)	• Polprazol • Bioprazol • Gasec • Ortanol • Helicid
Pantoprazol (lek), (Rp., OTC)	• Controloc • Anesteloc • Contix
Amoksycyklina + kwas klawulonowy (lek) (Rp.)	• Augmentin • Amoksilav • Forcid • Agulavin
Cefuroksyna (lek), (Rp.)	• Zinnat • Zamur • Ceforexim
Loratadyna (lek), (Rp. OTC)	• Flonidan • Claritine
Cetyryzyna (lek) (Rp., OTC)	• Zyrtec • CetAlergin
Lewocetyryzyna (lek), (Rp.)	• Xyzal • Contahist
Preparat mlekozastępczy (DŚSPM), (Rp., OTC)	• Neocante • Bebilon Pronutra • Nutramigen • XP Analog LCP

Preparaty stosowane w chorobach metabolicznych (DŚSPM) (Rp.)	• MSUD – Choroba Syropu Klonowego • TYR – Tyrozynermia • UCD- zaburzenia cyklu mocznikowego
Preparaty stosowane w infekcjach przewodu pokarmowego (DŚSPM),(OTC)	• HiPP ORS 200 • ACIDOLAC

Bibliografia:

- Dyrektywa 1999/21/WE Komisji z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie dietetycznych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego [Zob. akt(-y) zmieniający(-e)]. [II]
- (Dz. U. z 2006 r. Nr 171, poz. 1225 z późn. zm.) z dn. 25.08.2006r.[I]
- „Farmakologia” pod red. Grażyny Rajtar-Cynke, wyd. Czelej Sp. z o.o., Lublin 2002

Zdjęcie w nagłówku:

- healthcultureandsociety2013.wikispaces.com

Długie karmienie piersią

WHO: Zaleca się wyłączne karmienie piersią przez okres 6 miesięcy, a następnie kontynuację karmienia piersią co najmniej do ukończenia 24 miesiąca życia przy stopniowym wprowadzaniu pokarmów stałych, oraz dalszą kontynuację tak długo jak mama i dziecko chcą, najlepiej do samoodstawienia się dziecka.
Takie same zalecenia są przedstawiane przez Ministerstwo Zdrowia, Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa

Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, La Leche League, zaś Amerykańska Akademia Pediatryczna zaleca: 6 miesięcy wyłącznego karmienia piersią, minimum 12 miesięcy karmienia piersią i kontynuację jak wyżej.

CZYMŻE WIĘC JEST DŁUGIE KARMIENIE PIERSIĄ?

Długie karmienie piersią, czyli ile, czyli to dziecko i mama decydują ile ale nie krócej niż 1-2 lata, 1-2 lata to po prostu karmienie piersią i absolutne minimum czasu karmienia piersią.

Mało kto wie, ale jeszcze przed wojną, czy na początku XX wieku powszechne było karmienie dzieci czteroletnich i nie stanowiło to żadnego zgorszenia społecznego, czy zdziwienia, było to zupełnie naturalnym zjawiskiem, jak to, że dietę rozszerzano dopiero w 2-3 roku życia i to bardzo ostrożnie. [VI]

Oczywiście mam świadomość, że dla niektórych 2 lata to wiek nieosiągalny, niewyobrażalny, a dłużej niż 2 lata to w ogóle przysłowiowy „kosmos", jednakże liczne badania pokazują, że 2 lata to optimum dla rozwoju układu pokarmowego dziecka, i to co dostanie w tym czasie, „programuje" jego metabolizm na całe życie. Ponadto rzadsze karmienia w okresie po 24 miesiącu życia sprawiają, że mleko jest porównywalne składem z siarą, a więc niezwykle bogate w przeciwciała odpornościowe, zabezpieczające organizm na kolejne miesiące i lata.

> *Karmienie piersią po 1 roku życia w Stanach Zjednoczonych, określane jako „przedłużone karmienie piersią" nie jest zbyt popularne w USA.* ***Mimo to wiek odstawienia od piersi, jednak waha się od 2 do 4 lat w wielu społeczeństwach na całym świecie.*** *Na przykład, w Gwinei Bissau w Afryce Zachodniej, średni czas wynosi 22,6 miesięcy, matki w Indiach często karmią piersią aż 3 lub 4 lat (Anne Seshadri, 2002).* ***Starożytni Grecy, Żydzi i muzułmanie wszyscy zalecali karmić piersią niemowlęta od 2 do 3 lat, jak znajdujemy w pismach***

Arystotelesa, Talmudu i Koranu.[I]

ZYSKI PŁYNĄCE Z PRZEDŁUŻONEGO KARMIENIE PIERSIĄ

Kampania Kanadyjskiego Ministerstwa Zdrowia: „Karmienie Piersią nie jest tylko dla noworodków”

„Badania pokazują, że zawartość tłuszczu i energii z pokarmu rzeczywiście wzrasta po pierwszym roku. Mleko matki dostosowuje się do systemu rozwijającego się malucha, zapewniając dokładnie odpowiednią ilość składników odżywczych w odpowiednim czasie. W rzeczywistości, badania pokazują, że w wieku od 12 do 24 miesięcy, 448 ml mleka matki dostarcza każdego dnia **nie mniej** niż:

- **Energia 29%**
- **Kwas foliowy 76%**
- **Białko 43%**
- **Witamina B12 94%**
- **wapnia 36%**

- **Witamina C 60%**
- **Witamina A 75 %**

w przeciwieństwie do mleka krowiego, które może powodować alergie i problemy trawienne, ludzkie mleko zawiera kompletny zestaw składników odżywczych. Tracey Chandos, mama 16-miesięcznego spokojna, o to czy jej dziecko jest najedzone: „Trudno stwierdzić, ile jedzenia trafia do brzucha malucha w porównaniu do tego ile kończy się na podłodze. Maluchy mogą kochać wszystko, co im dasz jednego dnia i prawie nic jeść w kolejnym.” Nawet jeśli twóje dziecko będzie jeść tylko krakersy i ryby przez trzy dni z rzędu, możesz mieć pewność, że dostaje wszelkie niezbędne składniki odżywcze z Twojego mleka. A ponieważ mleko ludzkie jest trawione szybko i łatwo, karmienie w czasie choroby gwarantuje, że Twoje dziecko otrzymuje zarówno płyny i jak i ważne składniki odżywcze, co pomoże mu szybko odzyskać zdrowie”.[II]

WITAMINA B12 – KOBALAMINA?

Witamina, która jest dostępna tylko w produktach pochodzenia zwierzęcego, a wiec nie ma jej dostępnej dla wegan, musza ja suplementować, Ta wyjątkowa witamina jest niezwykle ważna dla małego człowieka, dlatego tak wysoki poziom jej dostępności jest w każdym okresie karmienia.

*Podobnie jak inne **witaminy z grupy B**, witamina B12 bierze udział w przemianie węglowodanowej, białkowej, tłuszczowej i w innych procesach:*

- *uczestniczy w wytwarzaniu czerwonych krwinek,*
- *wpływa na funkcjonowanie układu nerwowego,*
- *umożliwia syntezę w komórkach, przede wszystkim szpiku kostnego,*
- *zapewnia dobry nastrój,*
- *równowagę psychiczną,*
- *odgrywa rolę przy odtwarzaniu kodu genetycznego,*
- *pobudza apetyt.*

*Witamina B12 odgrywa istotną rolę we właściwym funkcjonowaniu organizmu. **Kobalamina jest odpowiedzialna za prawidłowy rozwój komórek nerwowych, gdyż uczestniczy w syntezie choliny, która jest składnikiem fosfolipidów otoczki mielinowej włókien nerwowych**. Ponadto warunkuje podziały komórkowe oraz syntezę kwasów nukleinowych DNA i RNA oraz białek uczestniczących w ich budowaniu. Obecność witaminy B12 ma wpływ na funkcjonowanie karnityny, dzięki czemu pośrednio prowadzi do zmniejszenia się ilości lipidów (tłuszczów) we krwi, gdyż przyczynia się do ich zużytkowania. Witamina B12 oddziałuje na układ kostny, co ma szczególne znaczenie dla rozwoju dzieci oraz dla kobiet w czasie menopauzy, które są w tym okresie zagrożone osteoporozą polegającą na utracie masy kostnej.[V]*

A wiec dzieci karmione piersią, mają zapewnione kompletnie odżywienie bez względu na przebieg rozszerzania diety

ponadto:

1. **Karmione piersią maluchy są fizycznie zdrowsze**
2. **Małe dzieci karmione piersią są zdrowsze emocjonalnie**
3. **Małe dzieci karmione piersią są bardziej inteligentne**
4. **Stymuluje prawidłowy rozwój aparatu mowy i jej rozwój**

Ponadto, mamy mają wspaniałe narzędzie opiekuńczo – wychowawcze rozwiązujące mnóstwo problemów, bo co nie ukoi tak jak pierś mamy, pierś mamy pomoże rozładować stres, ukoi ból, pocieszy w smutku.

NIE MOŻNA ZAPOMNIEĆ O ZYSKACH DLA MAMY:

1. **Poprawia samopoczucie**
2. **Zmniejsza ryzyko wystąpienia nowotworów: piersi, jajników i szyjki macicy**
3. **Zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2,**

reumatoidalnego zapalenia stawów oraz osteoporozy

> *Lektury literatury międzykulturowej o wieku odstawienia, pokazuje, że różne kultury mają bardzo różne przekonania na temat, kiedy dzieci powinny zostać odstawiane od piersi. Często słyszy się, że na całym świecie średni wiek odstawienia od piersi jest 4,2 roku, ale liczba ta nie jest ani prawdziwa, ani sensowna. Badanie z 64 „tradycyjnych" badań przeprowadzonych przed 1940 wykazały średnią długość karmienia piersią około 2,8 roku, ale w niektórych społeczeństwach karmienie piersią jest znacznie krótsze, a w niektórych znacznie dłuższe [III]*

i dalej

> *Prawdą jest, że nadal istnieje wiele społeczeństw na świecie, gdzie dzieci są regularnie karmione piersią, aż do wieku czterech lub pięciu lat lub starszych, a nawet w Stanach Zjednoczonych, niektóre dzieci są karmione tak długo i dłużej. W społeczeństwach, w których dzieciom pozwala się ssać pierś „tak długo, jak chcą" zazwyczaj własne odstawienie, bez argumentów lub emocjonalnej traumy, wypada w okresie od 3 do 4 lat.[III]*

Badanie przeprowadzone w grupie ssaków naczelnych

Niektóre wyniki przedstawiają się następująco:

1. Holly Smith badając grupę 21 gatunków ssaków naczelnych, odkryła, że □□potomstwo odstawiono w tym samym czasie: **przed pojawieniem się stałych zębów trzonowych. U ludzi, to: 5,5-6,0 lat.**

2. U większości ssaków długość ciąży jest w przybliżeniu równa długości karmienia wielu gatunków, co sugeruje, wiek odstawienia 9 miesięcy dla ludzi. **Dla szympansów i goryli,**

dwóch naczelnych najbliższych wielkości dla ludzi, a także związanych z najbardziej genetycznie, stosunek wynosi 6:1. Oznacza to, że karmienie ich potomstwa sześć razy dłużej niż ciąża (w rzeczywistości 6,1 dla szympansów i 6.4 dla goryli). **Z tego wynika że czas karmienia u ludzi to 4,5 roku (sześć razy 9 miesięcy ciąży).**

3. Wielu pediatrów uważa, że większość ssaków odstawia potomstwo kiedy potroją wagę urodzeniową, co sugeruje wiek 1 rok u ludzi. Zależy to jednak od masy ciała, u większych ssaków potomstwo jest karmione, aż czterokrotnie powiększy swoją wagę urodzeniową. **Człowieka następuje to ok 2,5 i 3,5 roku,** zwykle.

4. Jedno z badań wykazało, że wśród naczelnych potomstwo **odstawiało się osiągając około 1/3 swojej wagi dorosłego**. To dzieje się u ludzi na około 5-7 lat.

5. Porównanie odstawienia wieku i dojrzałości płciowej wu innych naczelnych sugeruje wiek odzwyczajania **ok 1/2 dogi do dojrzałości rozrodczej czyli 6-7 lat dla ludzi.**

6. **Badania wykazały, że układ odpornościowy dojrzewa do wieku 6 lat, oraz że mleko matki pomaga rozwijać system odpornościowy** i zwiększa ilość matczynych przeciwciał, o ile mleko jest produkowane (maksymalnie do dwóch lat, brak badania zostały przeprowadzone na skład mleka matki po dwóch latach po porodzie).

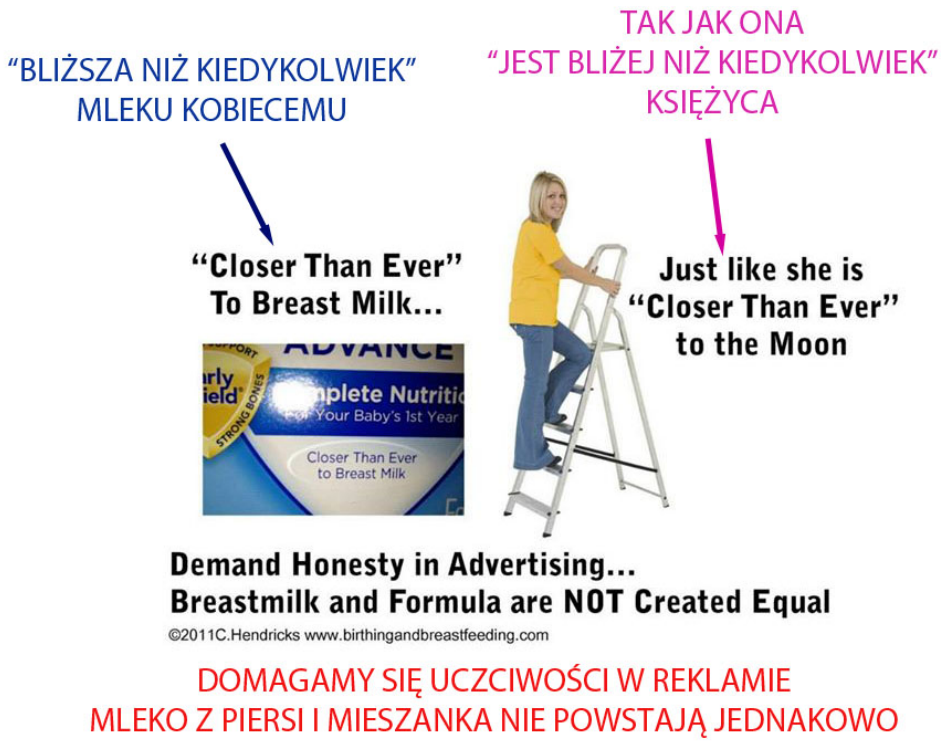
I tak dalej. Minimalne przewidywane wiek naturalnego wieku odsadzenia u ludzi wynosi 2,5 lat, o maksymalnie 7,0 lat.

Ponadto różne badania wykazały ze im dłużnej dzieci są karmione piersią – badanie w trakcie kp i po zakończeniu – tym miały wyższy iloraz inteligencji, lepszy rozwój psycho – ruchowo – emocjonalny, ale i lepszą odporność na

choroby układu pokarmowego, choroby górnych dróg oddechowych, stwardnienia rozsianego, cukrzycy, chorób serca, wraz z długością karmienia spadało prawdopodobieństwo zapadalności na te choroby, a znacząco spadało w stosunku do dzieci karmionych sztucznie – Badania najwyższego grupy wiekowej to 18-24m i więcej ale należy przypuszczać, że każdy miesiąc kontynuacji karmienia piersią jest korzystny.

Na stronie La Leche League można znaleźć zdanie: „Dlaczego karmić dłużej niż rok? Bo niedźwiedzią przysługą jest wierzyć, że mieszanka zbliżyła się do mleka matki”

Na stronie http://www.birthingandbreastfeeding.com/ prowadzonej przez Christy Jo Hendricks – Doule i IBCLC pojawiał się infografika obrazująca zestawienie mieszanki i mleka kobiecego i kampanie o zakończenie dezinformacji w reklamie preparatów mlekozastępczych.



PODAWANIE MIESZANKI ZAMIAST PIERSI PO 1 ROKU ŻYCIA

Są mamy, które odstawiają dziecko po 6 miesiącach, a

maksymalnie w okolicy 1 roku życia z różnych powodów, w zamian proponują dziecku preparat mlekozastępczy, czy to jest dobre rozwiązanie?

Zdecydowanie nie, jeśli mama zdecydowała się nie kontynuować karmienia piersią powyżej 6-go miesiąca wystarczy, że wraz z rozszerzaniem diety wprowadzi dziecku napoje roślinne potocznie mleka roślinne np. ryżowe, owsiane, jaglane, migdałowe czy kokosowe, ale zdecydowanie nie sojowe (ze względu na jego wysoką zawartość fitohormonów, a konkretnie fitoestrogenu oraz fakt ze jeśli nie jest ekologiczne i nie jest to zaznaczone na opakowaniu z dużym prawdopodobieństwem jest to soja GMO) oraz przetwory mleczne, naturalne sery, jogurty, maślanki czy kefiry należy szukać produktów o krótkim składzie, idealnie z mleka i żywych kultur bakterii, unikać produktów zawierających mleko w proszku.

Jeśli mama kończy karmienie w okolicy roku, może oprócz powyższych podać mleko krowie jako uzupełnienie, ważne jest to jakie mleko poda, mieszanka jest zdecydowanie najgorszym rozwiązaniem.

Składniki odżywcze i czynniki odpornościowe	Świeże mleko z piersi	Świeże mleko krowie	Pasteryzowane mleko krowie	Przemysłowa mieszanka dla niemowląt
Enzymy antymikrobowe	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Usunięte
Probiotyki	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Kwasy omega 3 i 6	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Bakterie produkujące laktazę ⇨ enzym rozkładający laktozę	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Delikatne proteiny	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Zmodyfikowane
Białko wiążące witaminę B12	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Biodostępne witaminy	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Zablokowane
Biodostępny wapń	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Biodostępny fosfor	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Enzymy fosfatazy	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Oligosacharydy	Aktywne	Aktywne	Zmniejszone	Usunięte
Limfocyty odpornościowe	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Limfocyty B	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Mikrofagi	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Neutrofile	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Przeciwciała IgA/IgG	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Bifidobakterie ochronne	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Interferon gamma	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Fibrynonektyna	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne

Źródło: http://articles.mercola.com/

UWAGA mleko krowie pomimo, że żywe nie jest pokarmem odpowiednim dla niemowlęcia, nie posiada przeciwciał, czy limfocytów skierowanych na choroby ludzkie, a zwierzęce, ma inne proporcje laktozy, tłuszczy, białek, hormonów, czy wapnia, absolutnie nieodpowiednie dla niedojrzałego układu pokarmowego niemowlęcia, dlatego mleko musi zostać poddane obróbce przemysłowej, aby było zdatne do podania dziecku, jednakże w procesie produkcji zatraca także swoje naturalne korzystne właściwości.

Tabela 1. Porównanie składu mleka kobiecego i krowiego.

SKŁADNIK (jedn./100 ml)	MLEKO KOBIECE	MLEKO KROWIE
białko (g)	0,9 – 1,4	3,2 – 3,5
kazeina/serwatka	40/60	80/20
laktoferryna (g)	0,17	Ślad
tłuszcze (g)	3,9 – 4,4	3,7
kwasy nasycone/nienasycone	48/52	65/35
laktoza (g)	7,2	4,7
Ca/P	2/1	½

Źródło: Kubicka K.. i wsp.: *Pediatria. Tom 1.* PZWL, Warszawa 2010, 39 – 41

http://www.akademiadietetyki.pl/

Oczywiście idealnie jeśli mama zdecyduje się wybrać pierwszy

wariant, czyli kontynuować karmienie piersią do końca 2 roku życia i dłużej, ze względu na wyjątkowy skład i przyswajalność:

> *Laktoza nadaje mleku słodki smak, a co najważniejsze stanowi źródło energii dla rozwijającego się mózgu. Uczestniczy także w namnażaniu dobroczynnych bakterii z rodzaju Lactobacillus i Bifidobacterium. Tłuszcze zaś to podstawowy składnik energetyczny.* ***Frakcja tłuszczów nienasyconych, w tym wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, stanowi budulec kory mózgowej oraz siatkówki oka, tym samym korzystnie wpływając na rozwój układu nerwowego i funkcji poznawczych.***
>
> *[…]*
>
> *Główną i najważniejszą różnicę w składzie mleka kobiecego i krowiego, stanowi zawartość białka i proporcje poszczególnych jego frakcji. Pokarm kobiecy zawiera około 1 grama białka na 100 ml. Dla porównania mleko krowie ma go ponad trzy razy więcej (tab.1). Korzystniejszy jest także stosunek białek serwatkowych do kazeinowych, który zapewnia szybkie jego trawienie, a tym samym znacznie zwiększa jego przyswajalność (tab.1).* ***Liczne badania dowodzą, iż spożywanie białka ponad normę stymuluje nadmierne wydzielanie, m.in. hormonu wzrostu i insuliny, a co za tym idzie namnażanie większej ilości komórek tłuszczowych, czyli adipocytów.*** *Powyższe działanie w znacznym stopniu predysponuje do rozwoju otyłości, już w bardzo młodym wieku*
>
> *[…]*
>
> ***Na słuszność karmienia piersią wskazują również właściwości odpornościowe mleka kobiecego. Wiążą się one z obecnością przeciwciał wszystkich klas, zwłaszcza sekrecyjnej immunoglobuliny A, która chroni niedojrzały jeszcze przewód pokarmowy niemowlęcia przed zakażeniami.*** *U dzieci karmionych sztucznie, w związku z przenikaniem obcogatunkowych białek, dochodzić może do rozwoju alergii [4]. Na uwagę zasługuje*

także czynnik przeciwbakteryjny, jakim jest laktoferryna. Działa nie tylko przeciwzapalnie i immunomodulująco, ale przede wszystkim ułatwia wchłanianie żelaza (przyswajalność z mleka krowiego: 2–25 %, z mleka kobiecego: 75 %), regulując jednocześnie proces homeogenezy. Odpowiednia ilość składników mineralnych chroni natomiast nerki przed nadmiernym obciążeniem [IV]

Zdecydowanie nie ma nic złego w karmieniu kilkulatka, bez względu na opnie otoczenia, mleczna droga to umowa pomiędzy matką i dzieckiem, i tylko tych dwoje może dokonywać zmian i modyfikacji tej umowy, oraz ją wypowiedzieć nikt z pośród otoczenia, lekarzy, położnych pielęgniarek i innych osób, które tych dwoje spotyka na swojej drodze mlecznej nie ma prawa ingerować w ten układ, jest to wyjątkowy układ oparty na wielkiej miłości, szacunku, zaufaniu i budowaniu poczucia bezpieczeństwa oraz relacji na całe życie i bez względu na straszne historie babci, cioci i pani z kiosku

WSZYSTKIE DZIECI ODSTAWIAJĄ SIĘ SAME WÓWCZAS KIEDY SĄ NA TO GOTOWE*

* jeśli między mamą i dzieckiem jest zdrowa relacja i szacunek dla potrzeb; statystycznie najwięcej dzieci odstawia się w wieku 2-4 lat, żadne dziecko nie odstawi się przed 24 miesiącem życia, jeśli jest karmione na żądanie, a dieta nie jest rozszerzana zbyt agresywnie, dziecko nie jest dopajane, czy też karmienia nie są zastępowane pokarmami stałymi czy słodkimi napojami. Jeśli dziecko odmawia piersi przed ukończeniem roku oznacza to, że dziecko jednak otrzymuje za dużo, pokarmów stałych, które powinny stanowić tylko uzupełnienie diety. Dzieci instynktownie dążą do długiego karmienia piersią, które jest dla nich najlepsze.

Źródła:
http://www.lalecheleague.org/
http://articles.mercola.com/

http://www.akademiadietetyki.pl/[IV]
https://portal.abczdrowie.pl/

Bibliografia:

Parental Concerns About Extended Breastfeeding in a Toddler [I], PEDIATRICS Vol. 114 No. Supplement 6 November 1, 2004 pp. 1506 -1509 10.1542/peds.2004-1721V
Extend Breastfeeding's Benefits [II], Issue 144 September/October 2007 By Kyla Steinkraus
A Natural Age of Weaning[III], by Katherine Dettwyler, PhD ,Department of Anthropology, Texas A and M University
Moje dziecko nie chce jeść Carloz Gonzalez, wyd. ‚mamania' 2013[VI]

Położna środowiskowa – kim jest? Kiedy wybrać, kiedy zmienić, czego oczekiwać?

ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ POŁOŻNĄ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE (POŁOŻNĄ ŚRODOWISKOWĄ)

Kobieta ma prawo do bezpłatnego wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80zł.Położną możemy wybrać z tej samej przychodni do której należymy z innej przychodni lub położną, która prowadzi własną działalność gospodarczą i ma podpisany kontrakt z NFZ .

Deklarację wyboru położnej można zmienić również po pierwszej wizycie patronażowej, jeżeli była ona niezadowalająca.

Nie istnieje obecnie rejonizacja. Jest to zapisane w ***Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)*** natomiast położna może nie wyrazić zgody na objecie kobiety i jej dziecka opieką, jeżeli będzie musiała dojeżdżać do kobiety np. 30 km, ponieważ przy kilku odległych wizytach świadczenie opieki może być niewykonalne czasowo.

Położne prowadzą również indywidualną edukację przedporodową, edukacje w bezpłatnych szkołach rodzenia począwszy od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- 1 raz w tygodniu w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,
- 2 razy w tygodniu w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania.

Rodzice powinni, wybrać położną jeszcze przed urodzeniem się dziecka np. (w ostatnim trymestrze ciąży), a zgłosić jej ten fakt po wypisaniu noworodka do domu. Dzięki temu będzie można osiągnąć podstawowy cel opieki profilaktycznej nad noworodkiem, czyli jak najwcześniejsze objęcie go opieką, w ważnym okresie przystosowywania się do środowiska zewnątrz macicznego, i monitorowanie przebiegu karmienia piersią.

Pierwsza wizyta patronażowa położnej powinna się odbyć w ciągu 48 godzin po opuszczeniu szpitala przez matkę i noworodka lub chwili zgłoszenia telefonicznego, ustnego, pisemnego.

WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ POZ

Obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz nad kobietą w okresie połogu. Realizując tę opiekę położna POZ zobowiązana jest do wykonania w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych **od 4 do 6 wizyt patronażowych**.

Położna powinna być dostępna od poniedziałku do piątku, pomiędzy 08:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od

pracy.

CEL WIZYT PATRONAŻOWYCH:

1. Opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym:
   - obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego,
   - stanu skóry i błon śluzowych,
   - pępka,
   - wydalin,
   - wydzielin,
   - rozwoju psychoruchowego,
   - funkcjonowania narządów zmysłów,
   - ocenę odruchów noworodka,
   - **sposobu oraz technik karmienia**,
   - wykrywanie objawów patologicznych,
   - ocenę relacji rodziny z noworodkiem;
2. prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie pielęgnacji noworodka,
3. karmienia piersią,
4. szczepień ochronnych,
5. badań profilaktycznych,
6. opieki medycznej,
7. socjalnej oraz w zakresie laktacji,
8. kontroli płodności,
9. samo opieki,
10. promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców,
11. identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie,
12. formułowanie diagnozy i ustalenie hierarchii podejmowanych działań.

Każdą położną podstawowej opieki zdrowotnej obowiązują przepisy akty prawne i ustawy…

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie

fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159 t.j.)
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

Zdjęcie w nagłówku: www.wisegeek.net

Położna Dorota Hałaczkiewicz – mój anioł

Wpis bardzo, bardzo osobisty, bo dotyczy mojej położnej, moich porodów i wsparcia jakie ja otrzymałam.

Chciałabym wam napisać o kimś niezwykłym, o mojej położnej, Jest cudowną położną, jakich szukać ze świecą, prawdziwa położna z powołania, ma do niej bezgraniczne zaufanie. Życzę wam żeby wasze położne była takie jak moja.

A to historia moich porodów:

ROK 2008
Rodziłam w Szpitalu im. Kopernika w Łodzi z cudowną położną panią Dorotą Hałaczkiewicz (przed porodem odwiedziłam oddział i wszystkiego się dowiedziałam, żeby być gotową). Przygotowałam też plan porodu, ponieważ wówczas to było uznawane jako fanaberia (bo przecież tego nie da się zaplanować), więc wpięłam go do karty ciąży, aby personel mógł przeczytać. Swój poród wspominam naprawdę rewelacyjnie.

Do szpitala przyjechałam 21.10 ok. 19 z bólami w podbrzuszu co 4 min. Położna mnie zbadała, szyjka prawie zgładzona, niescentrowana, rozwarcie trochę ponad 1 palec. Odesłałam wiec męża do domu, bo do rana miało się nic nie zdarzyć, jednak bóle się nasilały i poszłam pod prysznic, ok. 23 szyjka była całkowicie zgładzona i częściowo scentrowana. Próbowałam sobie radzić z bólem. Około 1 w nocy bóle stały się nie do zniesienia, poszłam po raz kolejny pod prysznic, przynosił ulgę pomiędzy bólami, które były już co 3min, ale w szczycie nic. Szyjka była całkowicie zgładzona, potem o godz. 2 była już prawie na 2 palce, i pani Dorota w badaniu KTG i brzucha stwierdziła skurcze. Pod koniec każdego miałam mdłości 2-3x torsje. Od 2-3 balansowałam na piłce, o 3 rozwarcie przekroczyło 2 palce, zdecydowałam się na lewatywę, zadzwoniłam po męża i całe szczęście. Po lewatywie poszłam jeszcze pod prysznic. Później położyłam się na worku sako, dostałam od położnej ciepły termofor na brzuch, ok. 4 nad ranem moje rozwarcie osiągnęło 3 palce przyjechał mąż, potem poszło bardzo szybko, ok. 4:45 odeszły mi wody przy pełnym rozwarciu. Położna i mąż przekonali mnie żebym wstała i oparła się o stół porodowy, zaczęły się skurcze parte, po kilku skurczach pomogli mi wejść na stół. Rodziłam w pozycji kolanowo-łokciowej, z ochroną krocza i udało się, o 5:20 na świat przyszła Martynka i trafiła na mój brzuch. APG:10, 3250g, 54cm długości, nie pękłam i nie byłam nacięta, w zasadzie od razu po porodzie normalnie funkcjonowałam. Poczekaliśmy, aż przestanie tętnic pępowina, wówczas została zaciśnięta i mąż z dumą ją przeciął. Położna cały czas mówiła, jak oddychać, kiedy nie przeć, dostałam naprawdę olbrzymie wsparcie.

Niestety, mała po 10-15 minutach została zabrana na wszelkie szpitalne czynności, a ja nie miałam siły walczyć i poddałam się temu. Dostałam ją godzinę po porodzie, bo mąż po nią poszedł, nikt sam z siebie nie zapytał, czy przynieść dziecko. Była już wymyta i w kokonie. Na oddziale noworodkowym robiono wszystko przy dziecku, chyba aż za dużo.

Co do karmienia jeszcze, ponieważ wiedziałam, że w Koperniku dzieci są dokarmiane, więc od pierwszej nocy miałam Malutką przy sobie, odwoziłam ją tylko na przewinięcie, i zaraz położne mi ją przywoziły. Nawet pierwszą noc spędziła ze mną ku zdziwieniu położnych. Jedna położna zmasakrowała mi pierś, kazała masować, żeby pomóc dziecku. Oczywiście, położne swoje, a jak wychodziły z sali ja wracałam do wiedzy ze szkoły rodzenia. Kiedy mała nie chciała się uspokoić, a w szpitalu 27 st.C, zaproponowały dopojenie glukozą, dzielnie podałam pierś i Malutka usnęła.

Teraz może trochę to uporządkuję:

Przygotowałam plan porodu, szpital został wybrany świadomie, z pomocą strony fundacji Rodzić po ludzku, zależało mi żeby były szanowane prawa pacjenta i mamy, ochrona krocza i dogodna pozycja.

Chociaż wspominam cały ten okres cudownie i lepiej niż mogłabym sobie wyobrazić, nie było idealnie, bo mała nie mogła zostać ze mną te 2 godziny po porodzie, bo została umyta, bo sama musiałam pilnować, aby jej nie dokarmiano, ale nikt mnie nie popędzał, wszyscy czekali na naturalny rozwój wypadków, każda interwencja medyczna podczas porodu, a także po nim, była konsultowana ze mną, zapytano czy chce szczepić i podać witaminę K. Jeśli miałabym jeszcze rodzić w szpitalu, to na pewno w żadnym innym szpitalu, bo chyba nie umiem zaufać innej położnej, na szczęście nie muszę i teraz mogę sama decydować o procedurach, przebiegu porodu i połogu, karmieniu i myciu, bo mogę urodzić w domu, z tą samą położną, a to jest bezcenne.

Poród mojej pierwszej córki był najcudowniejszym momentem mojego życia, dzięki tak cudownej opiece położnej odważnie patrzę w przyszłość, odważnie patrzę na kolejne ciąże porody, bo wiem że jestem w najlepszych rękach, które zapewnią mi najlepsze wsparcie w tych wyjątkowych chwilach. W Chwilę po porodzie, kiedy Mała była u mnie na brzuchu z radością

zapytałam męża kiedy następne i z niecierpliwością czekałam na moment naszej wspólnej gotowości i wskazanie II kresek na teście ciążowym.

ROK 2010

Nasza druga wspólna ciąża, planowaliśmy poród domowy i od pierwszych chwil się nastawiałam, że to nastąpi, niestety, poroniłam w 8 tyg i wtedy była ze mną moja położna, wspierała mnie, doradzała, dzięki niej nie zdecydowałam się na łyżeczkowanie, tylko czekałam aż macica sama się oczyści i tak się stało, tydzień później USG pokazało że jest idealnie, czekałam na spadek hCG aby móc znów próbować.

ROK 2011

W 3 lata po pierwszym pozytywnym teście po raz 3-ci byłam w ciąży i moja położna z nami. Wspierała mnie cały czas, cały czas też przygotowywałam się i robiłam wszelkie niezbędne badania niezbędne do porodu domowego, który miałaby oczywiście PRZYJĄĆ Dorota. Na miesiąc przed porodem omówiłam plan porodu.

Mój lekarz mówi: „że jeśli nie czynimy gwałtu na naturze, ona nie czyni gwałtu na nas”

Miesiące mijały wszystkie wyniki były idealne, ale przyczyny obiektywne, sprawiły że pomimo tego, musiałam urodzić w szpitalu. Skurcze przyszły w sobotę rano, kiedy moja córka przyszła na poranne mleczko, mąż napościł wody do wanny i się relaksowałam, moja mama przyjechała po córkę była godzina 9:30, piętnaście minut później poprosiłam męża żeby zadzwonił do położnej, chociaż skurcze były regularnie nieregularne 2 skurcze co 1,5 min i potem 8 min przerwy, to kiedy wychodziłam z wanny były już regularne co 5 min i tak przez cała drogę do szpitala, kiedy schodziłam z izby przyjęć były co 3 min, a na sali o 10:40 co 2 min. Położna podłączyła KTG, a ja bujałam się na piłce schodząc na czworaki kiedy przychodził skurcz, wody nie odeszły, nikt nic nie przyspieszał, o 11:35 rozpoczęła się II faza porodu 5 min później wraz z workiem owodniowym w czepcu, urodziła się moja młodsza córka, Dorota

dbała o to żeby każdy punkt był spełniony, zadbała o miła atmosferę, muzykę relaksacyjną. Nikt nic nie robił wbrew mojej woli, wszyscy byli mili i radośni. Pomimo, że troszkę pękłam, były to cudowne chwile, a 6 godzin później wyszłam do domu z moją córka. Kilka dni później Dorota przyszła aby pobrać próbkę krwi na fenyloketonurię, badanie przesiewowe wykonywanie rutynowo w szpitalu.
Kiedy lekarz chciał podać żelazo, na anemie fizjologiczna i antybiotyki na małe przyrosty (sugerując zapalenie płuc, odesłała mnie do Magdy Karpienia z La Leche League, uznając że ona da mi lepsze wsparcie laktacyjne, nie uważała się za osobę wystarczająco kompetentną w tej dziedzinie, wiedząc ze ktoś to zrobi lepiej)
Kiedy po prawie 5 latach kp dopadło mnie rozległe zapalenie piersi, kazała natychmiast przyjechać i skonsultować to z konsultantka IBCLC – Irenką Staśkiewicz, dzięki której od razu dostałam dobre leczenie antybiotyczne i szybko stanęłam na nogi bogatsza o nowe doświadczenie.
Mogłam do niej dzwonić z każdym problemem, a dziś wspiera mnie w mojej decyzji pójścia na położnictwo.

Dorota była mi położna i doula w jednym

Dziękuję Doroto za to, że jesteś moim Aniołem, że byłaś przy mnie i wspierałaś w każdej chwili mojego macierzyństwa.
Dziękujemy Ci wszyscy czworo
W raz z dziewczynkami,
którym pomogłaś przyjść na świat

archiwum prywatne

Źródła:
http://instytutpoloznej.pl/eksperci/page/2

Zdjęcie w nagłówku:
fot. Marcin Wojciechowski

Opalanie

Dni coraz cieplejsze, wkrótce zechcesz skorzystać ze słońca, lub chociaż lekko przyciemnić swoja skórę, czy opalanie się jest bezpieczne, czy można korzystać z kąpieli słonecznych, solarium lub samoopalaczy??

Opalać można się na 3 sposoby, 2 z nich to bezpośredni wpływ promieniowania UV na skórę, zaś 3-ci to opalanie chemiczne za

pomocą wszelkich preparatów drogeryjnych, aptecznych i profesjonalne nanoszonych na skórę w w gabinecie kosmetycznym (opalanie natryskowe) celu zmiany wybarwienia NASKÓRKA.

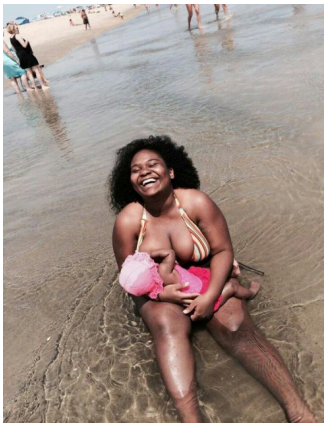
Do skóry dociera promieniowanie UVA, UVB oraz UVC (w większości jednak jest pochłaniane przez ozon więc nie ma istotnego znaczenia).

Za szybką zmianę koloru odpowiada głownie promieniowanie UVA (ono tez odpowiada za poparzenia słoneczne), natomiast za efekt długotrwały UVB (odpowiada za rumień, który znika zamieniając się w opaleniznę).

Efekt opalania jest znacznie trwalszy (skóra jaśnieje tygodniami (solarium) do miesięcy(słońce) gdyż do zmian dochodzi głębiej, w przeciwieństwie do samoopalaczy, które zmienią jedynie zabarwienie najbardziej zewnętrze warstwy naskórka, który szybko się złuszcza.

Czy można opalać się podczas karmienia piersią?
Powinnam napisać że NIE, bo nie powinno się opalać **ani w ciąży, ani podczas karmienia ani w żadnym innym okresie życia**, ale wiem że to i tak nie zmieni niczyjej decyzji, wiec powiem tylko **opalajcie się z głową i rozsądnie**.
Promieniowanie UV (tak to pochodzące ze słońca, a zwłaszcza to z solarium uszkadza komórki kolagenowe, wysusza skórę, sprzyja jej starzeniu, wpływa na pojawienie się w późniejszym okresie przebarwień po słonecznych, a skóra poparzone jest bardziej narażona w przyszłości na wystąpienie raka skóry.

Czy opalanie ma wpływ na mleko?



mybrownbaby.com

Nie nie ma żadnego wpływu, mleko się nie zagotuje, nie skiśnie, nie skwasi, ale preparaty jakimi smarujemy piersi już mają wpływ, dlatego warto mądrze dobierać kremy.

1. Na słońce wychodzimy w odpowiednim stroju byle nie eksponować brodawek, odradzam opalanie TOP-LESS
2. W solarium używamy zwilżonych płatków kosmetycznych, którymi osłaniamy brodawki (dają ochronę termiczna, a mokre nie będą zwiewane przez nawiew – odradzam więc tubę, albo używanie w tubie góry od kostiumu
3. Nie każdy samoopalacz może być stosowany na piersi podczas karmienia piersią, warto się dowiadywać, gdyż niektóre mogą przenikać do pokarmu, lub po prostu podczas nakładania omijać okolice biustu.

ZACHOWAJ UMIAR

Jak we wszystkim w opalaniu warto zachować umiar, pamiętaj, skóra zdrowo wykłada jak jest liźnięta słońcem, a nie spieczona i niewysuszona na skwarkę, słońce jest potrzebne, aby produkować witaminę D, ale delikatna ekspozycja w zupełności wystarczy.

STOSUJ KREMY

Zabezpieczaj skórę dobrymi preparatami z filtrami UV, nie każdy krem jest wart uwagi, nie każdy zawiera dobre filtry. Napisze tylko kilka słów, ogólne, zainteresowane mamy odsyłam

do portali poświęconych kosmetykom, np: http://www.kosmopedia.org/, http://www.srokao.pl/

Słowem wstępu, co to takiego SPF? To liczba mówiąca nam o tym ile razy dłużnej możemy przebywać na słońcu po użyciu danego produktu, w stosunku do opalania bez do chwili kiedy pojawi się poparzenie słoneczne.

www.mamamia.com.au

Na rynku mamy 3 rodzaje filtrów: chemiczne, mineralne i roślinne.

Filtry roślinne są sporne, podaje się, że ich wartość jest niska i wynosi ok 4 SPF, do tego są dość niestabilne, więc należy być ostrożnym w ich stosowaniu

Filtry mineralne Dwutlenek tytanu (Titanium dioxide) i Tlenek cynku (Zinc oxide) – nie wchodzą w reakcje w skórze, inna nazwa to filtry fizyczne, działają na zasadzie lustra, które odbija promieniowanie UV, dlatego im grubsza warstwa, tym lepsza ochrona. Są to najlepsze filtry na ciężarnych, matek karmiących piersią oraz ich maleństw od pierwszych chwil życia- **wg mnie najlepsze filtry**

Filtry chemiczne Dzielą się oczywiście na „lepsze i gorsze”, są to filtry które działają w skórze, wchodząc w reakcję, rozkładają promieniowanie, niedopuszczają do poparzenia:

- ***Kwas PABA i jego pochodne**. Kwas paraaminobenzoesowy (λ maks. 283 nm) był jednym z pierwszych powszechnie używanych filtrów chemicznych (opatentowany w 1943 r.). Obecnie zarówno on, jak i jego pochodne są rzadko stosowane, gdyż mogą powodować reakcje fototoksyczne.*
- ***Pochodne kwasu cynamonowego**. Związki tego typu w znacznym stopniu zastąpiły PABA i jego pochodne. Parsol MCX (ester 2-etoksylowy kwasu 4-metoksycynamonowego) jest obecnie najczęściej stosowanym filtrem UVB. Ma on jednak słabsze właściwości ochronne niż pochodne PABA, dlatego aby osiągnąć wyższe wartości współczynnika ochrony przeciwsłonecznej, stosowany jest w połączeniu z innymi filtrami (np. Parsol HS, Parsol 1789). Wadą pochodnych kwasu cynamonowego jest to, że mogą się one rozkładać pod wpływem promieniowania UV.*
- ***Benzofenony**. Benzofenon-3 jest najczęściej używanym filtrem z tej grupy związków. Ma on zdolność absorbowania promieniowania z zakresu UVB, a tak- że UVA. Używany jest głównie jako filtr UVA. Ma on jednak właściwości zwiększania współczynnika ochrony przeciwsłonecznej w kombinacji z innymi filtrami.*
- ***Pochodne kwasu salicylowego**. Wykazują słabe właściwości przeciwpromieniowe UVB. Dlatego, choć są znane od dawna i nie powodują podrażnień skóry, wyparte zostały przez pochodne PABA i pochodne kwasu cynamonowego o lepszej fotoprotekcji.*
- ***Pochodne kamfory**. Ta grupa związków nie została zaakceptowana przez FDA (U.S. Food and Drug Administration) do używania w USA, jednak w Europie stosuje się kilka pochodnych kamfory. Najczęściej używaną pochodną kamfory jest 4-metylobenzylidenokamfora, która w umiarkowanym stopniu absorbuje promieniowanie w zakresie UVB.*
- ***Pochodne benzoilometanu**. Parsol 1789, czyli butylometoksydibenzoilometan, jest już od dawna stosowany w Europie. Jest on jednym z efektywniejszych filtrów UVA. Ma silną zdolność absorbowania*

promieniowania z zakresu UVA 1. Jego wadą jest to, że może ulegać fotolizie (rozpadowi) pod wpływem promieniowania UV.

- ***Pochodne kwasu antranilowego****. Związki te dają umiarkowaną ochronę przed promieniowaniem UVB, absorbują głównie promieniowanie z zakresu UVA 2. Są jednak mniej skuteczne w tym zakresie niż benzofenony i rzadziej używane.[I]*

Krótki wykaz dostępnych filtrów i ich opis, niżej linki do analiz.

Fizyczne (mineralne)

Nie mogą wnikać w naskórek (za duży rozmiar cząsteczek), na powierzchni skóry tworzą jednak warstwę, która jest barierą dla promieni UV. Działają jak mikrolustra, odbijając lub rozpraszając promienie ultrafioletowe. Stosuje się dwa związki, chroniące zarówno przed UVA, jak i UVB:

– dwutlenek tytanu (Titanium dioxide),
– tlenek cynku (Zinc oxide).

Dobrze, jeśli występują razem w preparacie do opalania, ich działanie wzajemnie się uzupełnia.

Chemiczne

Wnikają w wierzchnie warstwy naskórka. Pochłaniają energię światła słonecznego. Przetwarzają niebezpieczną energię UV w energię cieplną. Zmienia się przy tym, odwracalnie, ich struktura chemiczna. Gdy przechodzą ponownie do formy wyjściowej, uwalniają energię cieplną. Najczęściej stosowane filtry chemiczne w kremach ochronnych:

Ochrona antyUVB – Octocrylene; Octyl methoxycinnamate; Octyl salicylate; Octisalate; 4-Methylbenzilidene Camphor; Oxybenzone (w około 10% chroni też przed UVA).

Ochrona antyUVA – Parsol 1789 (Avobenzone) (UVA); Mexoryl SX (UVA/UVB); Mexoryl XL (UVA/UVB). Dwa ostatnie zostały opatentowane przez koncern L'Oreal.

Najlepszą ochronę przed skutkami promieniowania ultrafioletowego dają preparaty chroniące przed całym spektrum tego promieniowania, czyli zawierające filtry antyUVA i antyUVB. Najlepiej, jeśli jest to mieszanka różnych filtrów.

Odczytajmy skróty na opakowaniach kosmetyków przeciwsłonecznych. Ta wiedza będzie przydatna w zrozumieniu ich działania. Na opakowaniach odnajdziemy symbole literowe SPF, IPD i PPD.

SPF – to Sun Protective Factor, czyli faktor (czynnik) ochrony przed promieniowaniem słonecznym. Oznacza zdolność kosmetyku do ochrony przed promieniowaniem UVB. SPF dobieramy do karnacji, czyli tzw. fototypu. Osoby o karnacji jasnej muszą mieć SPF z wyższym wskaźnikiem.

SPF 2 blokuje 25-30% promieniowania UVB; SPF 4 blokuje 50%; SPF 10 blokuje 85%; SPF 15 blokuje 95-96%; SPF 30-50 blokuje 98%; SPF 60 blokuje 98,5%. Im wyższy wskaźnik SPF, tym wyższe stężenie filtru w preparacie kosmetycznym. Między SPF 30 a SPF 60 różnica ochronna jest niewielka, ale może mieć znaczenie dla osób szczególnie wrażliwych na słońce. Według nowej, unijnej klasyfikacji, wskaźniki wyższe niż 50 są określane jako SPF 50+. Liczba SPF mówi, jak długo możemy przebywać na słońcu po nałożeniu preparatu, aby nie ulec oparzeniu. Mnożymy ją przez 15, np. SPF 15: 15×15 minut = 225 minut. Podstawowe 15 minut to czas potrzebny na wniknięcie minimalnej dawki rumieniowej UV w skórę (dla rasy białej).

IPD lub PPD – to wskaźniki zdolności kosmetyku do ochrony przed UVA. IPD to Immediate Pigmentation Darkening, PPD to Persistant Pigmentation Darkening. IPD informuje, w jakim stopniu preparat chroni przed UVA. Maksymalne osiągalne jest IPD 90 – 90% ochrony. PPD informuje, ile razy zmniejszyła się

dawka promieniowania UVA, absorbowana przez skórę. Często na opakowaniach pojawia się tylko informacja: antyUVA, np. kremy do twarzy z adnotacją SPF 60/UVA 16 lub SPF 45/UVA 15.

Filtry naturalne

Mile widzianym składnikiem są filtry naturalne pochodzenia zwierzęcego lub z wyciągów roślinnych. Kiedy zaczęto odkrywać własności promieniochronne substancji naturalnych, spodziewano się, że zastąpią one filtry mineralne bądź chemiczne. Niestety, żaden ze znanych filtrów naturalnych nie jest wystarczająco skuteczny. W kremach pielęgnacyjnych dziennych oraz w preparatach do opalania filtry te wspomagają tylko ochronę przeciwsłoneczną, ponadto dostarczają skórze innych, ważnych składników aktywnych. Najważniejsze to antyoksydanty, czyli „wymiatacze" wolnych rodników, ponieważ ekspozycja na słońce wyzwala intensywne reakcje rodnikotwórcze. Filtry naturalne dają ochronę odpowiadającą SPF 2-4. Większość działa w zakresie antyUVB.

Polecam zapoznać się też ze źródłami – na dole strony

AKTUALIZACJA

Najnowsze badania mówią o ekspozycji na słońce w strefie umiarkowanej od 4h/dziennie w okresie zimowym, do 20 min/dobę w okresie letnim, jako wystarczające do wyprodukowania niezbędnej ilości witaminy D3. Zalecenie takie uwzględnia wysokość, słońca oraz ilość odsłoniętej powierzchni skóry aby wytworzyć wit D3.

Źródła:

http://www.wydawnictwopzwl.pl
http://www.srokao.pl/2012/06/naturalne-filtry.html
o filtrach ogólnie: przeczytac wraz z komentarzami po każdą

analizą i już nie pytać już o to jaki filtr

http://www.srokao.pl/2012/04/filtry-dla-dzieci-analiza.html – chemiczne
http://www.srokao.pl/2013/05/filtry-przeciwsoneczne-dla-dzieci.html – mineralne
http://www.srokao.pl/2013/06/filty-przeciwsoneczne-dla-dzieci-teraz.html – eko
http://www.srokao.pl/2012/05/krem-ochronny-na-sonce-hipp-babysanft.html – hipp
http://www.srokao.pl/2012/06/analiza-chicco-krem-do-opalania-spf-50.html

Zdjęcie:

https://www.pinterest.com/

Wsparcie laktacyjne w Polsce

Gdzie można uzyskać profesjonalne wsparcie laktacyjne?

Polska

CERTYFIKOWANY DORADCA LAKTACYJNY I MIĘDZYNARODOWY CERTYFIKOWANY KONSULTANT LAKTACYJNY

W Polsce edukacją i certyfikacją zajmuje się Centrum Nauki o Laktacji
CNoL przygotowuje do 2 certyfikatów własnego CDL (Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego) oraz IBCLC (Internatiolnal Board Certificated Lactation Colsultant), Aby uzyskać tytuł CDL lub IBCLC należy się wykazać dyplomem

kierunków medycznych: Uniwersytet Medyczny, Szkoła Pielęgniarko – Położnicza, ale także humanistycznych takich jak: Psycholog czy Logopeda

- CNoL przeprowadza też egzamin na CDL http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=3%3Awarunki-uzyskania-certyfikatu&Itemid=4&lang=pl;
- Certyfikacja IBCLC zajmuje się IBLCE – International Board of Lactation Consultant Examiners http://iblce.org/.

ŚCIEŻKI EDUKACJI LAKTACYJNEJ
2013/2014

POZIOM II WIEDZY O LAKTACJI*

Położna

Kurs specjalistyczny dla położnych
28h wykładów + 21h praktyk
EDUKATOR ds. LAKTACJI

Lekarz pediatra, neonatolog, ginekolog, lek. rodzinny, ogólny, inne specjalności

3 h seminarium
Karmienie piersią w praktyce lekarza

Matki, doule, zawody medyczne inne niż lekarz, położna, pielęgniarka, zawody niemedyczne

20h wykładów + 10h praktyk
PROMOTOR KARMIENIA PIERSIĄ

Szpital położniczo-noworodkowy III poziom referencji, oddział intensywnej terapii

12 h kurs dokształcający
Karmienie piersią i mlekiem kobiecym wcześniaków i dzieci chorych – standard opieki w szpitalach III poziomu referencyjnego

Szpital, inny podmiot leczniczy, grupowa praktyka położnych, piel., lekarzy

12 h kurs dokształcający
Karmienie piersią standardem w opiece okołoporodowej

POZIOM III WIEDZY O LAKTACJI*

Lekarz, położna, pielęgniarka,
wyjątkowo inny zawód medyczny (np. logopeda zatrudniony na oddz. noworodkowym)

Kurs *Problemy w laktacji* - przygotowujący do
CERTYFIKATU KONSULTANTA LUB DORADCY LAKTACYJNEGO
I, II, III sesja (50 h + 20h nauka własna + minimum 25 h praktyk)

ETAP I

IBCLC

CDL
Egzamin teoretyczny 15 marzec 2014
Organizator CNoL, Warszawa

ETAP II

Praktyka indywidualna w zakresie udzielania porad bezpośrednio kobietom karmiącym piersią w wymiarze:
1000 h — 500 h

ETAP III

Egzamin teoretyczny 30 lipiec 2014
Organizator IBLCE, Poznań

Egzamin praktyczny kwiecień 2014
Organizator CNoL, w 4-5 wybranych ośrodkach egzaminacyjnych w kraju

ETAP IV

Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny (IBCLC)
(dyplom)
Tytuł nadawany przez IBLCE.
Znany na całym świecie tytuł nadawany na 5 lat.
Po 5 latach recertyfikacja poprzez udokumentowanie samokształcenia (punkty CERP)
Po 10 latach obowiązkowy egzamin
Szczegóły na: www.iblce-europe.org
Opłata za egzamin 2014 (660 dolarów)

Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL)
(certyfikat, zaświadczenie o przebiegu kształcenia, znaczek)
Tytuł nadawany przez CNoL.
Znany w Polsce tytuł nadawany na 7 lat.
Po 7 latach recertyfikacja poprzez weryfikację aktywności zawodowej, udokumentowanie samokształcenia (punkty GE) lub ponowny egzamin teoretyczny.
Zalecany kurs aktualizujący wiedzę.
Szczegóły na: www.kobiety.med.pl/cnol
Opłata za egzamin 2014 (130 PLN teor + 150 prakt)

*Poziomy kształcenia w dziedzinie laktacji wg Lactation Management Curriculum Guide, Wellstart Int. University California

http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/sciezki.pdf
Lista CDL i IBCLC znajduje się tutaj:
http://pediatria.mp.pl/karmienie-piersia/show.html?id=71012
Numery certyfikatów CDL dostępne są na stronach:

http://www.kobiety.med.pl/cnol/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=3&lang=pl
Numery certyfikatów IBCLC tutaj:
http://laktacja.org.pl/viewpage.php?page_id=10

Każdy certyfikat wydawany jest na 5 lat, po tym czasie traci swoją ważność i konieczna jest recertyfikacja.

W Polsce mamy także Komitet Upowszechniania Kamienia Piersią: http://laktacja.pl/

Wsparcie CDL i IBCLC jest odpłatne, NFZ nie przewidział w koszyku świadczeń gwarantowanych refundacji usług wsparcia laktacyjnego, wiele z CDL i IBCLC pracuje jednak na oddziałach szpitalnych, lub w poradniach jako lekarze i położne tam w ramach świadczonych usuług refundowanych można uzyskać bezpłatnie wsparcie laktacyjne.

Każda chętna osoba, która nie ma wykształcenia medycznego, może stać się Promotorem Karmienia Piersią

PROMOTOR KARMIENIA PIERSIĄ

Funkcjonuje jeszcze PKP, jest to osoba, kobieta, która nie ma żadnego wykształcenia medycznego, w związku z tym nie może być CDL i IBCLC, ale może wspierać karmienie piersią dzięki odpowiedniku szkoleniu i praktykom, listę certyfikowanych PKP można znaleźć na stronie Centrum Nauki o Laktacji.

Promotorki mają odpowiednią wiedzę i przeszkolenie aby wspierać mamy w drodze mlecznej, chociaż nie mają specjalistycznego wykształcenia umożliwiającego rozwiązywanie wszystkich problemów w laktacji.

La Leche League

Ponad to od kilku lat w Polsce działa La Leche League, aktualnie (na dzień dzisiejszy 4.2015) posiada 3 aktywne liderki: w **Łodzi** Magda Karpienia oraz w **Zielonej Górze** Julita Hypki, w **Krakowie** Darya Grygorjeva (wsparcie w językach:

ukraiński, rosyjski, angielski) kontakt można uzyskać na stronie: http://www.lllpolska.org/index.php/liderki

Wsparcie La Leche League jest bezpłatne i opiera się na wolontariacie specjalnie przeszkolonych matek, które same karmiły piersią.

La Leche League to ogólnoświatowa organizacja non-profit zajmująca się wspieraniem matek karmiących naturalnie i poszerzaniem świadomości społecznej. Nasza misja to pomoc kobietom na całym świecie na zasadzie wsparcia osobistego dawanego matkom przez matki, poprzez zachętę, informację, edukację i promowanie karmienia piersią jako ważnego elementu rozwoju dziecka.
W latach 50-tych XX wieku 7 kobiet miało marzenie. Chciały nieść wsparcie, informację i zachętę, których nie doświadczyły same i promować karmienie piersią jako najnaturalniejszy i najlepszy sposób nawiązywania więzi z dzieckiem. Spotykały się w domach. Dzięki informacjom przekazywanym z ust do ust, spotkania szybko przerosły ich możliwości lokalowe. Obecnie La Leche League działa w 69 krajach i opiera się na pracy ponad 40 tys. wolontariuszek, będąc niekwestionowanym autorytetem w dziedzinie karmienia piersią. [http://www.lllpolska.org/index.php/o-la-leche-league]

Ponadto w Polsce działają DOULE wspierające mamy podczas ciąży, porodu i połogu, usługi DOUL są odpłatne, informacje na ich temat można znaleźć tutaj: http://www.doula.org.pl/znajdz-doule-8

EUROPA

CDN

Zdjęcie: licensedibclc.com

Składanie skargi na pracownika służby zdrowia

FORMULARZ SKARGI – do pobrania

Składać można do:

- Dyrektora placówki POZ lub Poradni specjalistycznej
- Do ordynatora lub dyrektora Szpitala
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych http://nipip.pl/ – lub oddział okręgowy
- Biura Rzecznika Praw Pacjenta
  Ogólnopolska bezpłatna infolinia Rzecznika Praw Pacjenta:
  800 – 190 – 590
  (z tel. stacjonarnych i komórkowych)
  czynna pn. – pt. w godz. 9.00 – 21.00
  Biuro Rzecznika Praw Pacjenta
  ul. Młynarska 46
  01-171 WarszawaSekretariat:
  tel.: (22) 532 – 82 – 50
  fax.: (22) 532 – 82 – 30
  sekretariat@bpp.gov.plhttp://www.bpp.gov.pl/kontakt/mozliwosci-kontaktu/
  http://www.bpp.gov.pl/kontakt/zlozenie-wniosku-skargi-zgodnie-z-kpa/http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/zalatw-sprawe-krok-po-kroku/jak-zlozyc-skarge/
  http://www.nfz.gov.pl/kontakt/centrala-nfz/
- Do Ministerstwa Zdrowia
  http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/minister-zdrowia
  Ministerstwo Zdrowia
  ul. Miodowa 15
  00-952 Warszawa

Telefon:	(22) 634 96 00
E-mail:	kancelaria@mz.gov.pl

  http://www.mz.gov.pl/leczenie/prawa-pacjenta
  http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie
  http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka
  http://www.mz.gov.pl/ministerstwo/jednostki-podlegle-lub

-nadzorowane