

„Notatki z Rodzicielstwa Bliskości” – patronat.

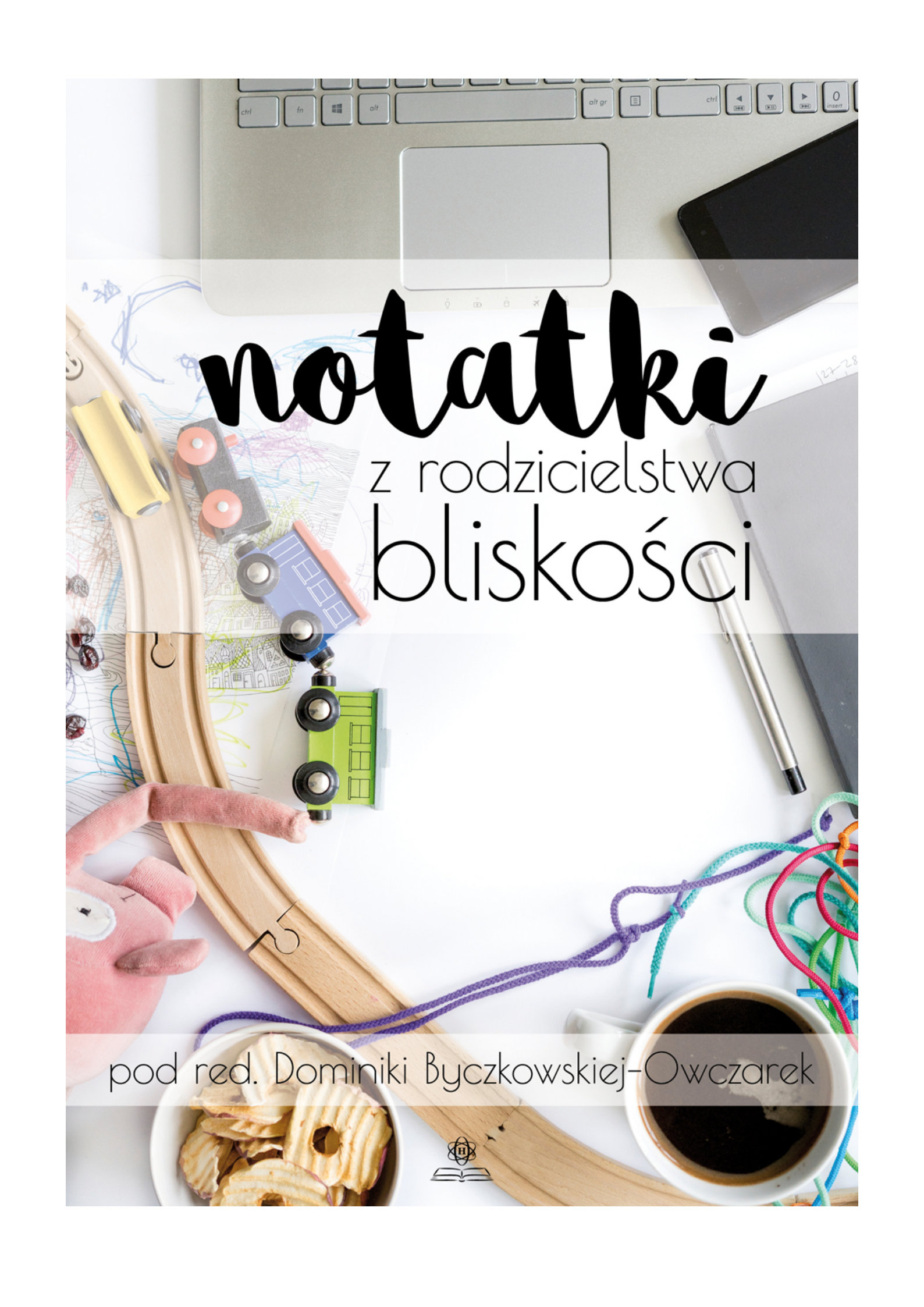
Notatki z rodzicielstwa bliskości to książka napisana przez rodziców i dla rodziców. Przybliżają oni swoje doświadczenia oraz dzielą się wiedzą na temat zyskujących na popularności nurtów i trendów w rodzicielstwie. Każdemu z nich poświęcony jest osobny rozdział. Autorzy wzbogacają swoje zwierzenia o krótkie wyjaśnienia teoretyczne oraz polecają przydatne lektury. W książce znajdziesz informacje dotyczące:

- rodzicielstwa bliskości,
- karmienia piersią (także dłuższego niż powszechnie przyjęte),
- chustonoszenia,
- Porozumienia bez Przemocy (NVC),
- metody rozszerzania diety BLW,
- roli ojca w rodzicielstwie bliskości.

To książka osobista i prosta – pomaga oswoić zjawiska, które mogą wydawać się zbyt nowoczesne lub ekstrawaganckie. Nie stanowi teoretycznego wywodu psychologów czy pedagogów, ale przystępnym językiem opowiada o tym, jak wygląda codzienne życie wielu współczesnych polskich rodzin.

Rodzicielstwo bliskości to więcej niż moda i więcej niż metoda wychowawcza – to postawa, sposób patrzenia na dziecko i relację z nim.

(materiały wydawcy)



notatki

z rodzicielstwa
bliskości

pod red. Dominiki Byczkowskiej-Owczarek



Dieta mamy karmiącej piersią – aktualizacja 2018

#KarmieJemWszystko

Dieta mamy karmiącej to **MIT**, spadek po poprzednim systemie, następstwo braku wiedzy na temat laktacji, nie istnieje coś takiego. Mama karmiąca powinna się po prostu zdrowo odżywiać, stosować zróżnicowaną dietę, bez suplementów w kolorowych pigułkach. Tak, możesz jeść wszystko, chociaż nie zaleca się fastfoodów i alkoholu (o tym niżej), dieta powinna być podobna do tej z okresu ciąży, bogata w warzywa, owoce i nieprzetworzone produkty, powinna być zgodna z nową piramidą żywieniową.



Instytut Żywności i Żywienia

Skąd się bierze pokarm?

Z ust wstępnie rozdrobniony i nadtrawiony enzymami zawartymi w ślinie pokarm trafia do żołądka. Czas trawienia w żołądku zależy od tego co mama je, ale także co jadła bezpośrednio przedtem bo dajmy na to dziecko zareagowało na gotowaną marchewkę – sama marchewka gotowana nie należy do potraw ciężkostrawnych, ale jeśli pojawiła się w towarzystwie mięsa, które w żołądku zalega 6-8 godzin!!! to wiadomo, że reakcja nastąpi odpowiednio później. Kiedy już pokarm strawiony w żołądku, go opuści, przenosi się do dwunastnicy gdzie przechodzi kolejny etap trawienia, a następnie dalej do jelita

cienkiego, gdzie następuje powolny proces przesuwania treści jelitowej dalej dzięki tzw ruchom robaczkowym, dzięki wyrostkom – kosmkom dochodzi to wchłaniania substancji odżywczych do krwi: proteiny, minerały, witaminy, tłuszcze, cukry proste, ale także leki, toksyny, konserwanty itd. Krew prowadzi wszystko do wątroby, pełniącej w naszym organizmie funkcje filtra ona wszystko metabolizuje i przerabia na łatwe do przyswojenia substancje, po opuszczeniu wątroby krew rusza w dalszą drogę do komórek organizmu oraz do gruczołów mlecznych, które pobierają z krwi wszelkie niezbędne substancje: przeciwciała, witaminy, minerały, składniki odżywcze, niestety nie wszystko zostało zatrzymane w wątrobie i niestety nie wszystko zostaje odfiltrowane w procesie przetwarzania krwi na mleko. Potencjalnie alergizujące białka, niektóre toksyny, wirusy, konserwanty i leki przechodzą przez te bariery i dostają się do mleka, u bardziej wrażliwych niemowląt może się to objawiać kolka, wypryskiem alergicznym, czy gorszym stolcem. Jednak nawet takie objawy nie są wskazaniem do stosowania diet eliminacyjnych w świetle badań z ostatnich 2 lat. jedynym bezwzględnym wskazaniem do stosowania ścisłej diety eliminacyjnej jest potwierdzona anafilaksja na dane białko, ale nie na to białko i wszystkie okoliczne, np, jeśli stwierdzono reakcję na beta-laktoglobulinę, to eliminujemy mleko i produkty mlekopochodne, a nie przy okazji wołowinę, a na wszelki wypadek wieprzowinę, jeśli na białko kurze, to eliminujemy białko, ale nie żółtko i kurczaka (a tym bardziej nie cały drób).

Co ważne, jeśli mama decyduje się wyeliminować jakiś składnik to jedyne jakie należy rozważyć to białko mleka krowiego, ewentualnie jajo i na okres nie dłuższy niż 3 max 6 tyg. Matka dietę powinna z powrotem rozszerzyć najpóźniej w 6-stym miesiącu życia dziecka, aby w 7, zgodnie ze schematem rozszerzania diety, można było wprowadzić do diety dziecka produkty uzupełniające w tym białka mlek czy jajo. Alergołodzy podkreślają wagę nie przeciągania diety eliminacyjnej dłużej niż 3 miesiące w skrajnych przypadkach.

Więcej nt diety eliminacyjnej przeczytacie w artykułach:

- [Dieta mamy alergika i dieta eliminacyjna – aktualizacja 2017,](#)
- [Dieta eliminacyjna – raz jeszcze,](#)
- [Dlaczego mleko mamy nie powoduje alergii?](#)
- [Postępowanie w przypadku alergii u dziecka – najnowsze zalecenia Towarzystw Alergologicznych oraz konsultantów laktacyjnych](#)

W wielu publikacjach udowodniono ochronną rolę diety śródziemnomorskiej w ograniczeniu reakcji alergicznych

Tak więc mama odżywia się zdrowo, dostarczając z pokarmu wszystkich niezbędnych składników: witamin, minerałów, oraz składników odżywczych. Cały czas powinna obserwować dziecko. Jeśli niepokoi ją zachowanie dziecka: jest niespokojnie, płacze, podkurcza przy tym nóżki, może zauważyć czy ma to związek z konkretnym produktem, podobnie w przypadku ewentualnej wysypki, lub nieprawidłowego stolca dziecka (ciemnozielonym, o nieprzyjemnym, intensywnie kwaśnym zapachu, mogą pojawić się pasma śluzu, krew lub/i stolec może być pienisty) wówczas jest wskazówką że coś dziecku szkodzi, taki składnik należy wykluczyć z diety mamy karmiącej na pewien czas, np na miesiąc. Jednak nie od urodzenia na wszelki wypadek, tylko wówczas kiedy widzimy, że wyraźnie szkodzi. Pamiętajmy, że pokarm jest niezależny od diety mamy, ale to czego mama nie dostarczy z pokarmem dziecko zabierze z organizmu mamy, dlatego zróżnicowana dieta jest niezwykle ważna dla zdrowia i samopoczucia mamy.

Czyli co tak konkretnie może jeść mama karmiąca piersią??

Karmienie piersią nie wyklucza normalnej diety. Można jeść wszystko (w granicach zdrowego rozsądku):

- orzechy i pestki (dynia, słonecznik)
- miód,
- mięso i ryby także surowe (a więc tatar i sushi także),

- sery i szynki dojrzewające,
- sery pleśniowe,
- owoce małowoskowe (jabłka, gruszki)
- dużopestkowe (śliwki, czereśnie, wiśnie, nektarynki)
- drobnopestkowe (jagody, borówki, truskawki),
- można smażona cebulkę,
- kapuchę,
- fasolkę,
- kiełki,
- kiszonki,
- grzyby leśne, mun, boczniaki i pieczarki,
- można jeść czekoladę
- cytrusy
- i nawet można to wszystko popić gazowana wodą.



Sushi z
 surowym
 łososiem,
 awokado
 zawinięte w
 nori,
 propozycja
 pożywnej
 kolacji na
 mamy
 karmiącej
 piersią



Leczo:
papryka,
pomidory,
cebula,
czosnek –
pożywny obiad
dla mamy
karmiącej
piersią

Mleko robi się z krwi, a nie z treści jelitowej.

Mama powinna się dobrze odżywiać, mieć zdrową i zróżnicowaną dietę.

- ryby, zwłaszcza surowe – są bardzo zdrowe, polecam rodzimego śledzia, a także szprotki i makrele wędzone na zimno – są świetnym źródłem kwasów Omega 3 (które są wrażliwe na obróbkę termiczną)

- owoce i warzywa – dostarczają witamin
- mięso – białka
- orzechy i nabiał – wapń
- cytrusy – wit C
- kiszonki – mają właściwości probiotyczne
- kasze – dostarczają minerałów
- pestki dyni, słonecznika, tłuszczy nienasyconych (są lepsze niż oleje, gdyż dostarczają błonnika więcej, nt olei można przeczytać tutaj)

A więc mamy jeść na zdrowie co chcemy.

Obserwować dziecko. A dietę eliminacyjną wprowadza się W OSTATECZNOŚCI ze wskazań medycznych, a nie na wszelki wypadek.



Najprostsza włoska kafetera do ciśnieniowego parzenia kawy. Jest łatwa w obsłudze i niedroga. Ze względu na wykonanie z aluminium, należy myć ją ręcznie. Są inne wersje wykonane z

innych
materiałów.

PŁYNY

Mama karmiąca piersią powinna się nawadniać, źródła podają różnie od 1,5-3 litrów na dobę, jednak nie oznacza to, że mama ma się zmuszać do picia, należy pamiętać że oprócz wody, płyny można pozyskać pijąc herbaty ziołowe i owocowe, soki (najlepiej świeżowyciskane, ewentualnie 1-dniowe, jeśli pasteryzowane, to najlepiej w szklanych butelkach, mleko i przetwory, zupy, czy jedząc owoce i warzywa.

Można pic kawę (do 4 filiżanek dziennie), ale prawdziwą, najlepiej parzoną w ekspresie ciśnieniowym lub kafeterze, ze względu na fakt, że rozpuszczalna jest produktem wysokoprzetworzonym i nie ma żadnych wartości ani aromatycznych, nie zawiera olejków eterycznych, ani smakowych, ani odżywczych i nie powinna się znaleźć w diecie mamy karmiącej piersią. Mitem jest, że kawa wypłukuje magnez z organizmu. Świeżo zmielona i zaparzona kawa, korzystnie wpływa na organizm człowieka.

polecam też artykuły okolicznościowe: [Co może w Święta jeść mama karmiąca piersią](#) i [Wielkanocna ucztą](#)

Źródła:

- <http://kellymom.com/>
- <http://www.aap.org/en-us/Pages/Default.aspx>
- <http://www.who.int/nutrition/en/>
- <http://www.kobiety.med.pl/cnol/>
- <http://milkpower.pl/dieta-mamy-alergika/>
- Greaves M. A causal mechanism for childhood acute lymphoblastic leukaemia, *Nature Reviews Cancer* (2018)

- Rudant, J. et al. Childhood acute leukemia, early common infections, and allergy: the ESCALE Study. *Am. J. Epidemiol.* **172**, 1015–1027 (2010)
- Chatzi L., Torrent M, Romieu I i wsp. „Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood,, Thorax 2008;63:507-513.
- J. De Batlle, J. Garcia-Aymerich, A. Barraza-Villarreal i wsp „Mediterranean diet is associated with reduced asthma and rhinitis in Mexican children,, Allergy. 2008 Oct;63(10):1310-6.
- G. HATTEVIG, B. KJELLMAN, N. SIGURS, i wsp „Effect of maternal avoidance of eggs, cow’s milk and fish during lactation upon allergic manifestations in infants,, Clin Exp Allergy. 1989 Jan;19(1):27-32.
- Kirsi M. Järvinen, M.D., Ph.D., Jennifer E. Westfall, Ph.D., Max S. Seppo, i współnicy, Role of maternal elimination diets and human milk IgA in development of cow’s milk allergy in the infants, Clinical & Experimental Allergy, Volume 44, Issue 1, pages 69–78, January 2014

Niniejszy tekst ma charakter informacyjny i nie zastąpi indywidualnej konsultacji z lekarzem pediatrą, specjalistą, dietetykiem i doradcą laktacyjnym, decyzję o podjęciu dalszych kroków mama musi podjąć sama na podstawie uzyskanej wiedzy.

Plan porodu, czyli jak się przygotować do pobytu w

szpitalu położniczym

Przepisy prawa dotyczące opieki w ciąży, porodzie i połogu regulują wiele aspektów dając kobiecie prawa, a jednocześnie nakładając na placówki opieki zdrowia obowiązki.

Pierwsze z nich: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – Nr 85/2011/DSOZ

Rozdział 6

Świadczenia położnej poz § 20.

1. (...)

2. Wizyty patronażowe położnej poz obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu. Realizując tę opiekę położna poz zobowiązana jest do wykonania w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych od 4 do 6 wizyt patronażowych.

3. Wizyty profilaktyczne położnej poz obejmują:

1) dokonanie rozpoznania problemów zdrowotnych populacji objętej opieką;

2) zaplanowanie i realizację na rzecz populacji objętej opieką, w zakresie posiadanych kompetencji, świadczeń profilaktycznych oraz z zakresu promocji zdrowia, w tym prowadzenie edukacji kobiet w ciąży oraz w ciąży wysokiego ryzyka, przygotowującej kobiety do odbycia porodu i rodzicielstwa, z zachowaniem poniższych zasad:

a) podstawą prowadzenia edukacji przedporodowej dla kobiet w ciąży, w tym kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, jest opracowany przez położną poz i stanowiący integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, plan edukacji obejmujący praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),

b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, poczynając od 21 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, z częstotliwością nie większą niż:

- 1 raz w tygodniu (okres od poniedziałku do piątku) w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży,
- 2 razy w tygodniu (okres od poniedziałku do piątku) w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania.

4. (...)

5. Położna poz dokumentuje udzielane świadczenia zdrowotne w prowadzonej indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy. Wykonanie wizyt, o których mowa w ust. 2–4, dodatkowo potwierdza podpisem świadczeniobiorcy/opiekuna.

Prawem kobiety jest przygotowanie się do porodu (bez względu, czy będzie to poród fizjologiczny czy też planowane cięcie cesarskie) i opieki nad noworodkiem. Aby się dobrze przygotować kobieta ma prawo do 1 wizyty tygodniowo, położnej środowiskowo – rodzinnej od 21 tygodnia ciąży, a od 32 tyg ma prawo do 2 takich wizyt w tygodniu. Osoba sprawująca opiekę nad ciężarną ustala wraz z kobietą plan opieki przedporodowej – plan wizyt, w razie konieczności także badań. Podczas tych wizyt kobieta powinna uzyskać wszelką niezbędną wiedzę niezbędną do przygotowania się do porodu taką jak oddychanie, nauczyć się zatrzymywania oddechu i używania tłoczni brzusznej niezbędnej w procesie wypierania dziecka. A także edukacji nt karmienia piersią i opieki nad dzieckiem, a także do 6 wizyt poporodowych.

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, położu oraz opieki nad noworodkiem

IV. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

1. Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę oraz ciążarna ustalają plan opieki przedporodowej oraz plan porodu. Plan opieki przedporodowej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką przedporodową wraz z określeniem czasu ich wykonania. W planie opieki przedporodowej należy uwzględnić możliwość zakwalifikowania ciężarnej do Programu badań prenatalnych, realizowanego w ramach programów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.

2. Plan opieki przedporodowej i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.

3. Plan opieki przedporodowej i plan porodu powinien być dołączany do dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę przedporodową powinna przekazać ciężarnej kopię planu opieki przedporodowej.

4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne) oraz przekazać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.

5. Ciężarną należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia powikłań zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych, adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

PRZYGOTUJ WYNIKI BADAŃ NAJLEPIEJ Z III

TRYMESTRU

- **2 WYNIKI GRUPY KRWI Z RÓŻNYCH POBRAŃ (JEŚLI TAKIE SĄ), lub tzw wynik potwierdzony**
- Wynik posiewu w kierunku paciorkowców – GBS (wymaz z pochwy i okolic odbytu wykonywany ok 35 tc.)
- wynik badania w kierunku chorób wirusowych
 - HIV
 - HBs
 - HCV
- morfologia

Jednym z praw kobiety jest stworzenie planu porodu, który musi znaleźć się w dokumentacji medycznej, jeśli kobieta nie ma własnego planu, szpital jest zobowiązany udostępnić gotowy plan kobiecie przybywającej do porodu, w którym może zaznaczyć istotne dla niej informacje. Każdy szpital tworzy plan porodu z informacjami istotnymi dla siebie, nie zawsze są to wszelkie kwestie istotne dla rodzącej.

Plan porodu powinien zawierać informacje osobowe, część dotyczącą porodu i część dotyczącą opieki nad dzieckiem.

PLAN PORODU:

Gdzie będzie odbywał się poród i osoby towarzyszące podczas porodu

- Imię rodzącej, imię partnera, imię innej osoby towarzyszącej, jeśli taka jest
- termin porodu z ostatniej miesiączki i pierwszego USG (10-14 tc)
- Szpital, dom narodzin, dom etc

Warunki w czasie porodu:

- światła, nastrój , ubrania
- obecność studentów – o ile studenci wydziału lekarskiego

chodzą po szpitalach wycieczkami w tzw grupach klinicznych liczących od kilku do kilkunastu, a i zdarza się, że kilkudziesięciu osób, o tyle studentki położnictwa odbywają praktyki indywidualne, lub parami, ewentualnie w małych grupach 4 lub 8 – osobowych

▪ **dłaczego warto dopuścić do swojego porodu studentkę położnictwa?**

- przede wszystkim będzie ci towarzyszyć przez cały okres porodu
- zwykle jest empatyczna chętnie pomaga, jest wrażliwa i nie ma w sobie jeszcze złych nawyków i będzie cię wspierać, nawet jeśli innych pracowników szpitala nie będzie, jednocześnie szanując twoją intymność i potrzeby
- jest tam by się uczyć, także od Ciebie, pamiętaj, że studia położnicze trwają 3 lata więc być może to właśnie ona będzie przyjmowała twój kolejny poród już jako pełnoprawna położna, to czego nauczy się w trakcie studiów może zaprocentować już na sali porodowej za kilka lat.
- wszelkie badania w trakcie porodu
- jedzenie i picie

Oczekiwania dotyczące przygotowania do porodu

- lewatywa, golenie etc

naturalne metody łagodzenia bólu porodowego

- informacje nt .wybranych metod nefarmakologicznych takich jak immersja wodna czy prysznic, spacerowanie, wybór pozycji, TENS
- korzystanie worka sako, piłki, stołka porodowego
- zapis KTG nie ograniczający aktywności

farmakologia i czynności medyczne podczas porodu

- znieczulenie wewnątrztrzewnowe, gaz, inne leki w trakcie porodu (np oksytocyna)

- zgoda na inne czynności medyczne masaż szyjki, oddzielenie dolnego bieguna pęcherza płodowego, ręczne poszerzanie rozwarcia, przebijanie pęcherza, nacinanie krocza

PRAWO WYBORU POZYCJI WERTYKALNEJ W I i II OKRESIE PORODU

III okres porodu i odpepnienie

chwila zaciśnięcia pępowiny, przecięcie pępowiny, poród lotosowy, pobranie krwi pępowinowej

podanie leków obkurczających macice

Powikłania i cesarskie cięcie

- wskazania
- obecność osoby towarzyszącej
- kangurowanie po porodzie

Informacje dodatkowe o stanie zdrowia

- cukrzyca, nadciśnienie,
- wady wzroku i słuchu,
- **ALERGIE** (wpisuj zawsze na czerwono drukowanymi literami)

INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA PO PORODZIE I POBYTU W ODDZIALE:

- nieprzerwany kontakt „skóra do skóry”, przez co najmniej 2 godziny od porodu, karmienie piersią bezpośrednio po porodzie
- odśluzowanie, mycie dziecka, gdzie dziecko ma przebywać w oddziale położniczym, przy matce, czy na noc do oddziału noworodkowego,
- obecność przy czynnościach medycznych szczepienie, pobieranie krwi (np karmienie piersią jako łagodzenie bólu)

- obecność przy dziecku w trakcie badania przez pediatrę/neonatologa
- sposób karmienia i zgoda na lub brak zgody, **na dokarmianie i dopajanie, prośba o pomoc w trudnych początkach**
- informowanie o konieczności podania smoczka, np do badania słuchu, badania pulsoksymetrycznego
- poinformowanie o chęci wcześniejszego opuszczenia szpitala np w 1 dobie, bezpośrednio po porodzie etc, lub o braku zgody na opuszczenie szpitala w sytuacji, kiedy dziecko musi zostać dłużej

podpisy ciężarnej i personelu sprawującego opiekę – nie są niezbędne, ale zwiększają moc dokumentu

Możecie skorzystać z naszego skorzystać porodu, zaznaczając w okienkach wybrane opcje, lub dopisać własne. Postanowiliśmy przedstawić Wam najistotniejsze kwestie dotyczące porodu i opieki w oddziale położniczo-noworodkowym, na które należy zwrócić uwagę, udostępniamy wam również nasz plan porodu, w którym możecie wypełnić gotowe pola tak aby plan porodu był dostosowany do waszych potrzeb.

POBIERZ PLAN PORODU

POBIERZ KARTĘ NA WÓZECZEK/ŁÓŻECZKO JPG

JESTEM DZIECKIEM KARMIONYM WYŁĄCZNIE PIERSIĄ

Drogi lekarzu, droga położna, chcę być karmiony **WYŁĄCZNIE** piersią.
Proszę nie podawaj mi butelki i smoczka. **Pomóż mojej** mamie
w trudnych początkach. Ja naprawdę potrzebuję być blisko mojej mamy,
więc proszę **NIE ROZDZIELAJ** mnie z nią.

Nazywam się _____

Jestem dzieckiem _____

Urodziłem się _____

PROSZĘ NIE DOPAJAJ I NIE DOKARMIAJ MNIE
MIESZANKĄ MLEKOZASTĘPCZĄ
DZIĘKUJĘ

**mleczne
wsparcie**
wsparcie oparte
na badaniach
naukowych

DOTACJA

Prowadzenie bloga to koszt, pomagamy i piszemy PRO BONO (nie zarabiamy), a przychodzi termin płatności za serwer i domenę, pozostaje nam prosić Was o wsparcie.

Poniżej znajdują się linki do mikropłatności na kwotę 2, 5, lub 10 PLN.

Każda z was może wybrać, która kwota jej odpowiada, liczy się każda złotówka.

Wszelkie nadwyżki, które się pojawią zostaną przekazane na zakup literatury fachowej lub dostęp do wirtualnych baz artykułów medycznych.

Z góry wam dziękuję

Pozdrawiam

Dotacja PLN 2

Dotacja PLN 5

Dotacja PLN 10

Czy w trakcie karmienia piersią można być honorowym dawcą?

Pytanie pojawiające się dość często na stronach i grupach parentingowych. Jeszcze nie dawno stanowisko co do tej kwestii nie było jednoznaczne.

KRWIODAWSTWO

W wielu krajach było jasno określone, w Polsce w stacjach krwiodawstwa odmawiały przyjmowania krwi od matek karmiących, co nadal się zdarza, tym czasem już w styczniu 2017 roku Ministerstwo Zdrowia wydało oficjalne pismo, które nawiązuje treścią do standardów zachodnich.

Standardy światowe są dość jasne:

- Ogólnie 6 miesięcy po porodzie
- Dr Jack Newman podaje, że każda matka, która przeszła kwalifikację, i nie ma anemii, może oddać krew.
- W związku z ubytkiem krwi, ważne jest prawidłowe nawadnianie przed i po oddaniu krwi
- Nie należy dźwigać (także dziecka) w dniu oddania krwi
- Amerykański Czerwony Krzyż daje zielone światło na oddawanie krwi już po zakończeniu połogu, czyli ok 6 tygodni po porodzie

Stanowisko [Ministerstwa Zdrowia](#)

Na podstawie [Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18](#)

kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi,

Jedyna dyskwalifikacją jest ciąża, poród i okres 6m od zakończenia ciąży, nie jest nią karmienie piersią.

Tak więc w przypadku odmowy pobrania krwi, warto się powołać na ustawę i stanowisko Ministerstwa Zdrowia



Ministerstwo Zdrowia
Departament Polityki Zdrowotnej

Warszawa, 02-01-2017 r.

PZT.407.5.2017.TK

Pan
Konrad Przybylski
e-mail: konrad.przybylski

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na pismo z 3 stycznia 2017 r., przekazane za pośrednictwem poczty elektronicznej, w sprawie kwalifikacji dawców krwi, Departament Polityki Zdrowotnej informuje, iż rozporządzenie z dnia 18 kwietnia 2005 r. w sprawie warunków pobierania krwi od kandydatów na dawców krwi i dawców krwi (Dz. U. Nr 79, poz. 691, z późn. zm.), na które się Pan powołuje, jednoznacznie i jasno określa wymagania i warunki kwalifikacji dawców w poruszonym przez Pana stanie faktycznym. Powodem dyskwalifikacji czasowej (na okres 6 miesięcy) jest poród lub zakończenie ciąży. W przypadku karmienia piersią – nie jest wskazane żadne przeciwwskazanie w postaci dyskwalifikacji czasowej.

Reasumując: okres karmienia piersią nie wiąże się z żadną dyskwalifikacją czasową.

Z poważaniem

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Polityki Zdrowotnej

Joanna Kilińska

W 2010 roku postanowiłam przystąpić do programu [DKMS](#). Karmiłam wówczas 1,5-letnią córkę. pojawiło się pytanie czy jest po przeciwwskazaniu. Długo rozmawiałam z lekarzem fundacji ustalając, że tylko okres pierwszych 6 miesięcy po porodzie jest faktycznym przeciwwskazaniem, rok później będąc w ciąży (która też jest przeciwwskazaniem) wiedząc że rozwija się prawidłowo skontaktowałam się z fundacją, która zablokowała moje konto na ponad rok (czyli uwzględniając datę rozwiązania + 6m + miesiąc). Moje konto aktywowało się automatycznie po ok 7m od porodu.

Tak jak w przypadku dawstwa krwi, ciąża i okres ok 6 miesięcy po porodzie jest czasowym przeciwwskazaniem do oddawania krwi i szpiku.

Dla kobiety z depresją poporodową karmienie piersią też jest lekiem

przedruk: <http://www.mp.pl/pediatrica/wywiady/167754,dla-kobiety-z-depresja-poporodowa-karmienie-piersia-tez-jest-lekiem>

Wywiad przeprowadziła: Agnieszka Krupa

Dysponujemy lekami przeciwdepresyjnymi, które dopuszczają kontynuowanie karmienia piersią. Lekarz, który nakazuje przerwanie karmienia piersią, pozbawia kobietę najważniejszego zadania, jakie wypełnia w roli matki i pogłębia jej poczucie porażki.



Dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka. Fot. Jacek Łagowski / Agencja Gazeta

dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka – psychiatra, ordynator Oddziału Zapobiegania Nawrotom I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Przewodnicząca Filii Warszawskiej Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Jedna z założycieli Fundacji „eF kropka” przeciwdziałającej dyskryminacji chorych psychicznie. Pracuje w Pracowni Terapii i Rozwoju w Warszawie. Ma za sobą kilka lat współpracy z Fundacją „Rodzić po Ludzku” w Poradni „Początek dla kobiet w ciąży i matek małych dzieci”. Nadal leczy pacjentki z okołoporodowymi zaburzeniami psychicznymi.

Agnieszka Krupa: Czym jest depresja poporodowa?

Dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka: Zaburzeniem psychicznym, na które cierpi około 20% kobiet, które urodziły dziecko. Może być jednorazowym epizodem albo przejść następnie w stan przewlekły.

Czasem myli się ją z depresją okołoporodową, czyli nawrotem

depresji u kobiet, które wcześniej na nią chorowały, a przypadającym na okres po urodzeniu dziecka. Jest też inny stan określany jako *baby blues*, który dotyczy 50–80% młodych matek. Są to wahania nastroju związane z okresem adaptacji do sytuacji, zmianami hormonalnymi, których w zasadzie się nie leczy, ale potrzebne jest wsparcie i pomoc otoczenia kobiety.

Tego stanu nie powinno się lekceważyć, bo kobiety, które przechodzą przez poporodowe zaburzenia depresyjne, w większości miały też *baby blues*. Może gdyby wcześniej otrzymały wsparcie, depresja by się nie rozwinęła albo przebiegała łagodniej.

Co ją powoduje?

Znaczenie ma splot różnych czynników: biologicznych (poród, połóg, utrata krwi, zmęczenie, gwałtowne zmiany hormonalne) oraz psychologicznych (stres i duża zmiana w życiu kobiety, niezależnie od tego, czy to pierwsze czy kolejne dziecko). Istnieją również powody psychospołeczne – związane z rolą społeczną kobiety, relacjami w rodzinie wielopokoleniowej, relacją z własną matką (młoda kobieta zastanawia się, jak to było, kiedy jej matka ją rodziła). Dużo się dzieje także w rodzinie, pojawia się jej nowy członek i związana z tym inna odpowiedzialność. Co ciekawe, emigracja, która jest czynnikiem ryzyka w różnego typu zaburzeniach, ma tu szczególne znaczenie – ludzie nie mają swoich korzeni, wyjeżdżają za pracą, a rodzina, która mogłaby pomóc, zostaje daleko.

Bardzo istotne jest samo doświadczenie porodu i jego przebieg. Rzadko się zdarza, aby kobieta z depresją poporodową powiedziała, że ciąża i poród przebiegły bez zakłóceń. Stresujące wydarzenia, lęk, nerwy, problemy ze zdrowiem, traumatyczny poród – to wszystko ma wpływ na stan psychiczny kobiety.

Kobiety mówią o silnym lęku, zamartwiają się, że nie będą w stanie wykarmić dziecka, że dziecku coś się stanie. Czują się winne, że coś robią nie tak, a problemy z laktacją

dodatkowo nasilają przygnębienie.

Czy można przewidzieć, które kobiety są zagrożone depresją poporodową i podjąć jakąś profilaktykę?

Czynniki ryzyka depresji poporodowej można podzielić na 3 grupy: psychiatryczne (np. depresja w rodzinie, przebyta depresja poporodowa – ryzyko nawrotu 35–50%, inne zespoły depresyjne – ryzyko 30–60%, stan euforyczny po porodzie – ryzyko rozwoju depresji 10%), związane z ciążą (niechciana ciąża, ciąża zagrożona, traumatyczne doświadczenia we wcześniejszych ciążach, ciężki lub urazowy poród) i psychospołeczne (trudne wydarzenia życiowe niezależne od ciąży, samotne macierzyństwo, złe relacje z matką, problemy finansowe, złe relacje w rodzinie). Ginekolog i lekarz rodzinny, zbierając wywiad od ciężarnej, pytają o przebyte choroby i przebieg poprzednich ciąż, więc już na tym etapie mogą wyodrębnić kobiety z grupy ryzyka i baczniej je obserwować podczas ciąży oraz po porodzie, aby w porę podjąć interwencję i nie dopuścić do rozwijania się zaburzeń psychicznych. Jednym ze skuteczniejszych działań profilaktycznych jest udział w zajęciach w dobrej szkole rodzenia, które uświadamiają kobietę i zmniejszają jej niepokój.

Czy kobiety same rozpoznają u siebie zaburzenia depresyjne i zgłaszają się po pomoc?

Świeżo upieczona mama rzadko dokona takiej autorefleksji, jest zbyt pochłonięta nową sytuacją. Na ogół depresję zauważają jej bliscy i znajomi, rzadziej lekarz lub położna. Nie od razu też uda się stwierdzić, że to depresja, bo lęk, niepokój czy ogólne rozstrojenie nerwowe są typowe dla tego okresu. Czułość otoczenia powinna się zwiększyć, jeśli lęk jest bardzo nasilony i nie mija. Są też bardziej oczywiste sytuacje – kiedy kobieta nie jest w stanie się zająć swoim dzieckiem, nie odpowiada na jego potrzeby, jest obojętna.

Kobiety mówią głównie o silnym lęku. Dotyczy on zwykle dziecka

lub samej matki, która na przykład zamartwia się, że nie będzie w stanie wykarmić dziecka. Ten stan pogłębiają problemy z laktacją, obawa, że dziecku coś się stanie, że zachoruje; czasem lęk o małżeństwo i pracę. Kobiety czują się winne, że coś robią nie tak, czują potępienie ludzi, że źle się zajmują własnym dzieckiem.

Macierzyństwo to ciężka praca – matka nie dosypia, jest zmęczona, dziecko pochłania jej siły. Zdrowa matka w kontakcie z dzieckiem odczuwa gratyfikację, przeżywa przyjemność przy karmieniu piersią, działają hormony, które pomagają wytrzymać obciążenia związane z opieką nad noworodkiem. Kobieta w depresji tej gratyfikacji nie ma, nie odczuwa radości i satysfakcji, opiekuje się dzieckiem automatycznie, z obowiązku i nie ma przyjemności z przytulenia ani uśmiechu malucha. To duże nieszczęście. Kobieta płacze, nie zajmuje się dzieckiem, wyraźnie się boi, jest spięta i przerażona. Jej stan bardzo wpływa na relację z dzieckiem, dlatego kobiet z depresją nie można pozostawiać bez pomocy.

Czy lekarze często kierują kobiety na konsultację psychiatryczną?

Najczęściej zgłaszają się bliscy kobiety, najrzadziej do psychiatry kierują inni lekarze. Zdarzało się, że neonatolodzy przysyłali do mnie pacjentki, ale to rzadkie przypadki. Świadczy to chyba o tym, że lekarze niepsychiatrzy rzadko podejrzewają depresję poporodową.

Jakie objawy u kobiety po porodzie powinny zaalarmować lekarza?

Najbardziej niepokojące są myśli o śmierci swojej lub dziecka, ponieważ mogą zostać zrealizowane. Bardzo pomocna w ocenie stanu pacjentki jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (www.depresja-poporodowa.pl/edynburska-skala-depresji-poporodowej.php). To bardzo prosta skala samooceny zawierająca 10 pytań na temat samopoczucia. Lekarz może przekazać kobiecie

taką ankietę do wypełnienia choćby podczas oczekiwania na wizytę w poczekalni, wtedy nie musi przeprowadzać pogłębionego wywiadu, bo wynik testu sugeruje, czy pacjentkę należy skierować do psychiatry. Problem zaczyna się, kiedy kobieta zapyta: dokąd?

Niestety oferta ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej poza dużymi miastami wygląda kiepsko, choć istnieją rejonowe Poradnie Zdrowia Psychicznego. Ginekolog, położnik, pediatra czy lekarz POZ powinni wykonać pierwszy krok i nawiązać z nimi współpracę.

A co z myślami o zrobieniu dziecku krzywdy czy porzuceniu go?

Takie myśli, gdy się pojawiają – czasem nawet z wizualizacją – budzą w matce silne emocje, poczucie winy i lęku przed realizacją. Nie należy ich lekceważyć, jeśli kobieta mówi o tych myślach spontanicznie, a jeśli boi się je wypowiedzieć – trzeba zapytać. Rozmowa zwykle przynosi pacjentce ulgę. Często te myśli są obsesyjnym odreagowaniem zmęczenia i napięcia związanego z wczesnym macierzyństwem, występują nie tylko u matek z depresją poporodową, mogą mieć charakter natręctwa w zaburzeniach lękowych lub obsesyjno-kompulsywnych.

Czy depresję poporodową zawsze się leczy farmakologicznie?

To zależy od nasilenia i rodzaju objawów. Zaburzenia psychiczne najlepiej leczyć terapią skojarzoną – ważne jest leczenie farmakologiczne, psychoterapia i edukacja. Jeśli stan kobiety istotnie utrudnia funkcjonowanie i zajmowanie się dzieckiem, wówczas psychiatra podejmuje decyzję o leczeniu farmakologicznym.

W sytuacji, kiedy leczenie jest bezwzględnie konieczne, bo istnieje zagrożenie życia, chora ma myśli lub tendencje samobójcze, psychiatra powinien rozważyć hospitalizację. W Polsce niestety nie ma miejsc, gdzie można hospitalizować matkę z dzieckiem, wiąże się to z separacją, a to jest kolejna trauma i dla matki, i dla dziecka.

Czy leczenie farmakologiczne jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią?

Nie, ponieważ aktualnie istnieją leki, które dopuszczają kontynuowanie karmienia dziecka piersią. Od 18 lat leczę farmakologicznie kobiety w trakcie laktacji i każdorazowo wspólnie z pacjentką podejmujemy świadomą decyzję o nieprzerywaniu karmienia piersią. Lata doświadczeń i kolejne publikacje naukowe potwierdzają, że jest to możliwe. Dzisiaj widzę, że coraz więcej lekarzy decyduje się na ten krok.

Jednym ze skuteczniejszych działań profilaktycznych jest udział w zajęciach w dobrej szkole rodzenia, które uświadamiają kobietę i zmniejszają jej niepokój.

Czym powinien się kierować lekarz przy doborze leku?

Nie ma klinicznych badań eksperymentalnych z randomizacją, ale są badania obserwacyjne w populacji kobiet, opisy serii przypadków i inne doniesienia naukowe. Dane te wykorzystano do stworzenia wykazów leków, które można podawać kobiecie podczas karmienia piersią, a także kategorii ryzyka laktacyjnego według prof. Hale'a. Bardzo dobrą internetową bazą do szybkiej weryfikacji bezpieczeństwa leków przepisywanych kobiecie karmiącej piersią jest na przykład amerykański LactMed (www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm), stworzony przez National Library of Medicine.

Rodzice obawiają się, że leki zaszkodzą dziecku, dlatego trzeba z nimi dokładnie omówić ryzyko i ewentualne działania niepożądane. Kiedy to leczenie jest wskazane, ale nie bezwzględnie konieczne, pacjentki nie można do niczego zmuszać.

Myślę, że dla niektórych kobiet utrzymanie laktacji jest rzeczywiście ważne, ale niektóre z nich nie są gotowe na karmienie piersią. One, paradoksalnie, z ulgą przyjmują wiadomość, że przy lekach powinny przerwać karmienie. Pamiętajmy, aby zalecenia były zgodne z oczekiwaniami kobiet. Wtedy proces leczenia przebiega lepiej, a powrót do zdrowia

jest znacznie szybszy.

Co jeśli kobieta za wszelką cenę chce karmić piersią, ale słyży od lekarza, że musi je przerwać, bo przyjmuje leki?

To bardzo trudna sytuacja. Kobieta jest w kiepskiej kondycji – nie dość, że uważa się za złą matkę, to jeszcze nie może karmić swojego dziecka. To dla niej kolejna porażka, pogłębiająca jej przygnębienie. W takim przypadku radziłabym zasięgnąć alternatywnej opinii innego lekarza, ponieważ można dobrać leki bezpieczne podczas laktacji. Lekarz, który zaleca odstawienie dziecka od piersi, chyba nie zdaje sobie sprawy, że pozbawia kobietę najważniejszego zadania, jakie wypełnia w roli matki.

Istnieją sytuacje szczególne, jak psychoza, w których rzeczywiście należy przerwać karmienie piersią, bo matka staje się zagrożeniem dla życia dziecka i wymaga innych leków (przeciwpowychotycznych), ale to są wyjątki. Natomiast jeśli leczy się depresję u kobiet w ciąży, dobrze wybierać lek, który będzie można utrzymać po porodzie, aby młoda mama mogła karmić dziecko. Jest w czym wybierać, bo paleta skutecznych i bezpiecznych leków, które można łączyć z laktacją, bardzo się w ostatnich latach poszerzyła.

Które to leki?

Sięgamy po preparaty z grupy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Ja najchętniej stosuję sertralinę – jest bezpieczna, zarejestrowana także dla dzieci i posiada odpowiednią klasyfikację FDA. Istnieje możliwość modyfikacji dawek. Lek działa również przeciwlękowo i przeciwobsesyjnie. Zdarzyło mi się leczyć sertralina ciężkie zespoły obsesyjno-kompulsywne i zespoły natręctw, które uniemożliwiały matce opiekę nad dzieckiem.

Pediatra lub lekarz rodzinny powinni wiedzieć, do jakiej poradni zdrowia psychicznego kierować pacjentkę, jaki jest czas oczekiwania na konsultację.

Czy dla kobiet z depresją poporodową karmienie piersią jest rzeczywiście ważne?

Z mojego doświadczenia wynika, że jest bardzo istotne. Pacjentki, które nie mogą karmić, doświadczają nawrotów traumy, czują żal, że nie przeżyły tego ważnego czasu tak, jakby chciały, są bardziej podatne na epizody depresyjne, mają poczucie porażki.

To także najlepszy sposób budowania relacji między dzieckiem a matką. Bardzo istotnej relacji, która rzutuje na całe życie dziecka i jego funkcjonowanie w dorosłym życiu. Dziecko potrzebuje matki utrzymującej z nim kontakt.

Jakie błędy popełniają lekarze, którzy leczą takie pacjentki?

Mają tendencję do bagatelizowania potrzeby kobiet do utrzymania karmienia piersią. Należy sprawdzić, jak kobieta zdefiniuje konieczność przerwania laktacji – możliwe, że jako kolejną porażkę. Nie powinno się naciskać na matkę, aby przerwała karmienie piersią. Trzeba poszukać leku, który nie wymaga rezygnacji z laktacji. Lekarz, który nie czuje się pewnie lub nie ma doświadczenia w postępowaniu w takich przypadkach, powinien skierować chorą do innego specjalisty.

Kolejny problem to niedocenienie psychoterapii. Kierujemy pacjentki na terapię – czasem same, a czasem na terapię rodzinną lub grupową. W Polsce niestety nie ma struktury opieki psychiatrycznej, która oferowałaby pomoc kobiecie w okresie okołoporodowym, obejmującą edukację i wsparcie medyczne. Trzeba wiele zachodu, aby znaleźć takich specjalistów. Czasami pozostają tylko odpłatne wizyty w prywatnej placówce. Środowisko psychiatryczne stara się wdrożyć Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego i przeprowadzić reformę psychiatrii opartą na psychiatrii środowiskowej i uwzględniającą także pomoc kobietom. Takie systemowe zmiany w opiece psychiatrycznej umożliwiłyby organizację nielimitowanych wizyt domowych terapeutów nie

tylko chorym psychicznie, ale także kobietom i ich rodzinom, które przeżywają kryzys związany z ciążą, porodem i połogiem.

Jak powinna wyglądać współpraca psychiatry z lekarzem rodzinnym i pediatrą w opiece nad matką z depresją poporodową i jej dzieckiem?

Pediatra lub lekarz rodzinny powinni wiedzieć, do jakiej poradni zdrowia psychicznego kierować pacjentkę i jaki jest czas oczekiwania na konsultację. Powinien istnieć jasno ustalony schemat postępowania, bo wszystkie elementy tej struktury (psychiatra, pielęgniarka patronażowa, pediatra) działają, ale odrębnie. Do tego dochodzi problem obciążenia pracą lekarzy POZ.

Lekarz POZ powinien nawiązać współpracę z rejonową Poradnią Zdrowia Psychicznego (PZP), do której będzie mógł kierować pacjentki. Ustalić tzw. szybką ścieżkę dla pacjentek wymagających bardzo pilnej konsultacji, bo na przykład matka zagraża życiu swojemu lub zdrowiu swojego dziecka.

Czyli nie wygląda to różowo?

Bezpłatna pomoc dla kobiet z okołoporodowymi zaburzeniami psychicznymi dostępna jest w ramach projektów realizowanych przez zajmujące się tym organizacje pozarządowe lub w szpitalach położniczych zatrudniających psychologów (co niestety jest rzadkie). Brakuje rozwiązań systemowych na poziomie POZ, na przykład psychoterapeutów, którzy w ramach podstawowej opieki mogliby wspierać kobiety w tym okresie. Realizacja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na pewno poprawiłaby tę sytuację.

Rozmawiała Agnieszka Krupa

Różowe mleko – Serratia marcescens, czyli krwawa pałeczka

Co jakiś czas spotykam się z konsternacją i pytaniem co to?

Nie nie jest to gotowy koktajl wiśniowy, czy truskawkowy, nie jest to również krew gdyż, kiedy mama odciąga mleko i poleci do butelki krew z uszkodzonego kanalika widać to od razu, ale zdarzają się sytuacje kiedy mama odstawia mleko białe, a bierze różowe, nie kojarzy uszkodzenia kanalika, ani brodawki, a tu taka niespodzianka.



DOI: 10.1055/s-0034-1387934

Za taki obrót rzeczy odpowiedzialna jest *Serratia marcescens*, czyli krwawa pałeczka, lub cudowna pałeczka. Dokładnie ta sama bakteria odpowiada za krew na hostii, nie to nie jest żaden cud, to po prostu bakteria, niestety rzadko kościół dopuszcza niezależnych naukowców w celu weryfikacji, woli „swoich” którzy wymyślą historie typu „komórki z mięśnia sercowego” że niby to z serca Chrystusa. Krwawa pałeczka świetnie się rozwija na skrobi, a ta znajduje się wypiekach takich jak chleb i też można ją tu spotkać) czy hostii właśnie. [V, VI]

Wracając do mleka.

S. marcescens jest Gram-ujemną (-) pałeczką z rodziny enterobakterii. Powiązano przypadki zakażeń w środowisku szpitalny na skutek nieprawidłowego postępowania ze sprzętem medycznym, higieną rąk a także postępowaniem z mlekiem kobiecym. Pałeczka krwawa jest dość powszechna co tłumaczy częstotliwość. Ze względu że większość epidemia ma podłoże szpitalne, uznaje się że zakażenia mleka mają właśnie pochodzenie szpitalne – tzw bakterie szpitalne. Jednakże niektóre badania zdają się tego nie potwierdzać, i jednak wykazują, że ponad 65% wszystkich rozpoznań ma podłoże poza szpitalne.

Jeśli się rozejrzemy wokół nas okaże się, że z krwawą pałeczką, spotykamy się częściej niż nam się wydaje: pod prysznicami, w wannach, toaletach, a nawet na mydelniczkach, jako, że *S. marcescens* uwielbia środowisko wilgotne.

Dlaczego *S. marcescens* jest czerwona?

Bakteria ta wytwarza prodigiozynę, czerwony pigment odpowiadający za takie barwienie mleka, co ciekawe pod wpływem czynników fizycznych (temperatura, promieniowanie UV) kolor może ulegać modyfikacjom od krwistoczerwonego, przez różowy do białego)

Po raz pierwszy *S. marcescens*, została opisana w 1958r. i

właśnie na pieluszkach, które wypłukane czystą wodą objawiały się czerwonymi plamami.



DOI: 10.1055/s-0034-1387934

Nie znane są dokładne ilości wydzielanie do mleka, jednakże uznaje się że są one zbyt małe by wywołać objawy chorobowe u dziecka, co zdaje się potwierdzać praktyka kliniczna (brak udokumentowanych przypadków zarażenia niemowląt karmionych piersią przez matki u których stwierdzono infekcję i „różowe mleko”

Jednocześnie znaczenie ma już odciąganie i przechowywanie mleka, gdyż to sprzyja namnażaniu się bakterii (stąd w odciągany mleku odstawionym do lodówki zmiana zabarwienia, w wyniku intensywnego mnożenia się bakterii), dlatego nie zaleca się w przypadku infekcji podawania niemowlęciu odciągniętego mleka z powodu, w zależności od ilości organizmów w 1 ml może spowodować nietolerancję pokarmową (zatrucie bakteryjne: wymioty i biegunki) lub nawet doprowadzić do ogólnoustrojowego zakażenia bakteryjnego i sepsy (posocznicy).

W opisanych w literaturze medycznej przypadkach zaleca się

odstawienia niemowlęcia na czas leczenia.

Serratia marcescens często kolonizuje drogi oddechowe i żołądkowo-jelitowe u niemowląt, oraz drogi oddechowe, do lat 90-tych uznawana była za ustrój niepatogenny, obecnie odpowiada za szpitalne infekcje szpitalne, a pojawia się głównie na oddziałach OIOM.

Infekcje układu oddechowego u dzieci zostało powiązane z zanieczyszczeniem roztworu do inhalacji, u kolejnych dzieci na tym samym oddziale pojawiły się podobne infekcje z tej samej kolonii.

Najczęstsze choroby wywołane przez pałeczkę: zapalenie opon mózgowych, zapalenie płuc, infekcje dróg moczowych, infekcje tkanek miękkich i choroby żołądkowo-jelitowe. *Serratia marcescens* powoduje również infekcje związane z wenflonami czy cewnikiem moczowym. Co ważne powszechnym zanieczyszczeniem roztworów soczewek kontaktowych i przyczyną infekcji ocznych związanych z soczewkami kontaktowym.

W hodowlach laboratoryjnych (posiewy) kolonie *S marcescens* mogą wyglądać na białe, szare, czerwone lub różowe.

Izolacja Serratia z odciągniętego mleka matki została opisana w kilku raportach, a większość z nich dotyczyła OION. W przypadku wybuchu epidemii w 2 jednostkach OION (oddział intensywnej terapii niemowląt przyp. aut.), w których uczestniczyło 17 niemowląt z 2 przypadkami śmierci, szczep izolowany został wyizolowany z mleka matki od matki, której dziecko było skolonizowane. Laktatory były dzielone na jednostki, a praktyki dezynfekcji nie były odpowiednie. Podobny wybuch obejmował 30 niemowląt bez zgonów. biegunki wśród tych dzieci były częste i często przedłużały się.[II]

mleczne wsparcie w swojej działalności trzyma się faktów potwierdzonych naukowo (źródła do artykułów) i nie wnika indywidualne wierzenia osób czytających. Nie jest intencja mlecznego wsparcia obrażać uczucia religijne i przekonywać osoby wierzące w cud, że jest inaczej, ale edukować osoby, które sprawdzonej wiedzy poszukują. Każdy człowiek ma prawo wierzyć w cud, jeśli jest przekonany, że do niego doszło, nawet jeśli nauka twierdzi inaczej, bo nie jest rola nauki przekonywać, a jedynie weryfikować fakty.

ŹRÓDŁA:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239145/> [I]
- <https://academic.oup.com/jpids/article/1/4/347/952794> [II]
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217515316373> [III]
- <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5042011291.pdf> [IV]
- <https://answersingenesis.org/biology/microbiology/serratia-marcescens-the-miracle-bacillus/> [V]
- <https://www.newscientist.com/article/mg14219282-300-science-the-miraculous-microbes-of-bolsena/> [VI]

Badania obrazowe i karmienie

piersią

Na forach co rusz pojawiają się pytania o badania obrazowe czy można, czy też są przeciwwskazania oraz czy można stosować kontrast. Dzieje się tak dlatego że radiolodzy nie do końca posiadają wiedzę o karmieniu piersią (w sumie to nie jest ich działka), znając farmakokinetykę kontrastu zakładają, że konieczne jest odstawienie na 12 -24 – 48h (niepotrzebne skreślić). A niektórzy wręcz mówią, że samo działanie promieniowania rentgenowskiego sprawia że nie można karmić piersią i tu pojawia się mój ulubiony mit – zalecenie prosze ściągnąć mleko i wylać.

Zaczniemy więc od początku.

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

USG

Nie wymaga żadnych specjalnych zabiegów. W okresie ciąży i karmienia piersią jest to diagnostyka zupełnie bezpieczna i powszechnie stosowana. Co ważne w okresie laktacji można i trzeba przeprowadzać regularnie raz w roku badanie piersi i narządu rodowego i karmienie piersią absolutnie nie jest przeciwwskazaniem. Na pewno w przypadku gruczołu sutkowego (pamiętamy sutek=pierś) (sutek nie jest tożsamy z brodawką bądź co bądź sutowa, gdyż na szczycie sutka się znajduje) konieczne jest spotkanie z doświadczonym diagnostą który będzie umiał zinterpretować obraz.

RTG

Zdjęcie rentgenowskie nie wymaga szczególnego przygotowania (poza tym, które jest wskazane ze względu na obrazowany fragment ciała) **NIE WYMAGA** szczególnego postępowania po wykonaniu badania, nie trzeba nic odciągać i wylewać, karmić można bezpośrednio po opuszczeniu gabinetu diagnostyki obrazowej. Nie, mleko nie zostaje napromieniwane w żaden

sposób. Współczesne elektroniczne aparaty rentgenowskie nie wymagają dużych dawek w celu uzyskania obrazu, a czas naświetlania jest bardzo krótki. Ale nawet, jeżeli zostaniecie poddane badaniu w czasie rzeczywistym, np badanie przewodu pokarmowego gdzie badanie jest nieco dłuższe (aktualnie odchodzi się już od tych metod, na rzecz połykania mikrokamer w kapsułkach, gastroskopii i kolonoskopii) to nadal mleko nie jest narażone na akumulację promieniowania i nie wymaga to szczególnego postępowania po zakończeniu badania.

TK (Tomografia Komputerowa) lub CT (ang. Computer Tomography)

Tomografia komputerowa to skany tkanek i organów z wykorzystaniem promieniowania rentgenowskiego, badanie jest nieco dłuższe niż zwykłe prześwietlenie i dana część ciała jest poddana serii prześwietleń, dzięki czemu można ją dokładnie obejrzeć „plasterek po plasterku” i znaleźć nieprawidłowości. Postępowanie jak w przypadku RTG. Promieniowanie rentgenowskie jest teratogenne, dlatego nie stosuje się go w okresie ciąży.

RM (rezonans magnetyczny) częściej MRI (ang. Magnetic Resonance Imaging)

W przeciwieństwie do TK i RTG w badaniu wykorzystuje się bardzo silne pole magnetyczne. Badanie jest bezpieczne u kobiet w ciąży i kobiet karmiących piersią, przeciwwskazaniem są wszczepione metalowe części (np metalowe płytki, rozruszniki), które pod wpływem działania pola magnetycznego mogłyby zostać wyrwane, w związku z tym konieczne jest usunięcie wszystkich metalowych przedmiotów przed wykonaniem badania.

KONTRAST

Czasem do wykonania badania konieczne jest podanie kontrastu, ta procedura budzi najczęściej emocji i wątpliwości, gdyż

podanie następuje dożylnie. Badania wykazały, iż podanie kontrastu nie ma znaczenia dla karmienia piersią, nie wymaga odstawienia, przerwy, odciągania czy wylewania mleka.

Jakie mamy kontrasty? Oznaczenie w laktacyjnym leksykonie leków w nawiasie

- Barium sulfate (L1) – sole baru podawane doustnie w celu przeprowadzenia badania okładu pokarmowego
- Diatrizoate (L2) – dożylnie w celu uwidocznienia naczyń krwionośnych czy serca

Substancje cieniujące nie biorą udziału w przemianach metabolicznych i są szybko usuwane z organizmu. Ich zadaniem jest gromadzenie się w dotkniętej stanem zapalnym tkance i umożliwienie wychwycenia anomalii. Badania wykazały, że przenikalność do pokarmu jest tak znikoma, że nie ma wpływu na karmione piersią niemowlę.[3]

Swoje zastosowanie kontrasty znajdują przede wszystkim w diagnostyce zmian chorobowych w układzie nerwowym (mózgu i rdzeniu kręgowym), w tkankach miękkich (np. płuca, wątroba, śledziona) oraz w kościach. Nie sposób przecenić ich roli również w badaniach angiograficznych, ukazujących budowę układu sercowo-naczyniowego i umożliwiających wykrycie tak poważnych zmian jak zwężenia czy tętniaki.[2]

Źródła”

[1] <http://www.citomed.pl/tomografia-komputerowa.448.0.html>
(odczyt 23.02.2018)

[2]

<http://pl.mrinmr.com/info/contrast-what-is-classification-12893303.html> (odczyt 23.02.2018)

[3] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952588/>

Czy mleko matki może być toksyczne, trujące dla dziecka?

W dzisiejszym świecie nawet żywność ekologiczna nie jest wolna od zanieczyszczeń. Stosowanie naturalnych metod uprawy nie gwarantuje, że żywność będzie zupełnie wolna od zanieczyszczeń środowiskowych (deszcze, powietrze). Jak to się więc ma to mleka kobiecego? Czy filtrowanie przez organizm matki pozwala dostarczyć dziecku najczystszy pokarm, wolny od substancji toksycznych?

Mleko matki jest bogatą substancją o skomplikowanym składzie będącą wypadkową substancji produkowanych przez organizm matki i tego, co matka przyjmuje wraz ze spożyciem pokarmów, środków farmaceutycznych, leków czy narkotyków, ale i poprzez inhalacje (dym papierosowy, pył) czy kontakt ze skórą.

Wiemy, że pokarm nie jest wprost zależny od diety matki, ale pośrednio już tak. Wiemy, że w jelitach wszystko, co matka zje i wypije zostaje rozłożone do mikrocząsteczek, takich jak aminokwasy, kwasy tłuszczowe, cukry proste. Wydobywane są z niego witaminy i minerały, ale co z innymi związkami? Lekarze często boją się leczyć karmiące mamy (dając wybór odstawienie i leczenie lub odpowiadają od leczenia) w obawie przed przeniknięciem do mleka silnych leków, które mogłyby w ich przekonaniu zaszkodzić dziecku.

0 przenikalności do pokarmu decyduje wiele czynników:

1. wielkość cząsteczki mogącej wniknąć z jelit do krwiobiegu
2. filtrowanie, metabolizowanie przez wątrobę
3. funkcjonowanie układu wydalniczego i nerek
4. wreszcie wielkość cząsteczki możliwej do przeniknięcia do laktocytów (czyli komórek mlekotwórczych)

Część substancji przenikających do pokarmu jest zależna od ich poziomu w surowicy (wit D, K, kwasy omega), zaś inne są na stałym poziomie, niezależnie od tego, ile mama ich przyjmuje (żelazo, cukier, białko). W przypadku leków i innych substancji szkodliwych sprawa jest już nieco inna.

LEKI

Dr Jack Newman z Kanady, niekwestionowany autorytet w kwestii karmienia piersią uważa, że podczas karmienia piersią, bez szkody dla dziecka, można przyjmować aż 98% różnych substancji leczniczych. Ponadto prof Hale z USA publikuje regularnie aktualizowaną książkę informującą o ryzyku stosowania farmakoterapii. Leki są oznaczane wg kategorii L1-L5 (level 1-5), gdzie L1 oznacza lek bezpieczny, a L5 lek silnie szkodliwy.

▪ L1 „najbezpieczniejsze”

Grupa ta obejmuje leki, które były przyjmowane podczas laktacji przez dużą liczbę matek bez żadnego zaobserwowanego negatywnego efektu u karmionego dziecka. Na lekach z tej grupy były przeprowadzane badania wśród matek karmiących piersią, które nie wykazały ryzyka dla dziecka, ani możliwości odległego działania szkodliwego. Obejmuje ona także produkty lecznicze niedostępne drogą doustną dla dziecka.

▪ L2 „bezpieczniejsze”

Grupa ta obejmuje leki, które były stosowane u ograniczonej liczby matek, które nie wykazały działań niepożądanych u

karmionych dzieci. Grupę tę stanowią także leki, dla których istnienie ryzyka po zastosowaniu leku jest mało prawdopodobne.

▪ L3 „prawdopodobnie bezpieczne”

Nie istnieją kontrolowane badania na grupie kobiet karmiących piersią, jednakże ryzyko niepożądanego działania leku u karmionego dziecka jest możliwe. Tyczy się także leków, dla których badania wykazały tylko minimalny, niezagrażający efekt niepożądany. Lek należący do tej grupy powinien być podany tylko wtedy, gdy korzystny efekt przewyższa ryzyko, które niesie dla karmionego dziecka. Ponadto wszystkie nowe leki, które nie mają przeprowadzonych odpowiednich badań, są automatycznie kwalifikowane do tej grupy, co jest niezależne od tego, jak bardzo mogą być bezpieczne dla karmionego dziecka.

▪ L4 „prawdopodobnie szkodliwe”

Dla leków z tej grupy istnieją dowody szkodliwego wpływu na karmione dziecko albo wytwarzanie mleka, jednakże korzyści z ich zastosowania u matek karmiących mogą być akceptowalne pomimo ryzyka dla dziecka (np. jeżeli zastosowanie leku jest niezbędne dla ratowania życia albo z powodu zagrażającej poważnej choroby, w sytuacji, w której nie ma możliwości zastosowania innego, bezpieczniejszego preparatu lub jest on nieskuteczny).

▪ L5 „szkodliwe”

Badania na grupie matek karmiących piersią wykazały istotne i udokumentowane ryzyko dla dziecka w oparciu o doświadczenia na ludziach. Grupę tą stanowią także leki o wysokim ryzyku szkodliwości dla dziecka. Ryzyko zastosowania leku z tej grupy u kobiety karmiącej piersią stanowczo przewyższa każdą możliwą korzyść z karmienia. Lek z tej grupy są przeciwwskazane u kobiet karmiących piersią.

W Polsce kategoryzacja prof Hale’a nosi nazwę **Laktacyjnego**

Leksykonu Leków i dostępna jest na stronie Centrum Nauki o Laktacji.

Inaczej ma się sprawa z serwisem ToxNet, prowadzącym bazę **LactMed**. ToxNet, czyli Toxicology Data Network, to baza leków i innych substancji mających wpływ na zdrowie i życie człowieka. Prowadzona jest przez Narodową Bibliotekę Medyczną w USA (U.S. National Library of Medicine – Narodowego Instytutu Zdrowia -> NIH National Institute of Health), jej częścią jest baza działania leków u kobiet karmiących piersią.

W bazie zgromadzone są informacje o stosowaniu leków u hospitalizowanych matek karmiących piersią. Badaniu podlegają matka, dziecko oraz pokarm w różnych okresach od podania leku. Wyniki badań z ośrodków z całego świata są analizowane i prezentowane w formie opisowej. Opis zawiera informację o przenikalności do mleka, poziomie leku w pokarmie, w zależności od poziomu we krwi oraz poziomy we krwi dziecka. Baza uwzględnia wiek dziecka. Zawiera ona informacje o lekach, ale także o innych substancjach, takich jak alkohol, narkotyki czy nikotyna, a także zioła czy inne substancje lecznicze np. żeńszeń.

Ostatnio popularny jest serwis <http://www.e-lactancia.org/> Czerpie on informacje z Lactmed i od prof. Hale'a łącząc je w przystępną dla kobiet karmiących formę. Niestety, baza jest niepełna i zawiera nieścisłości, opisując leki jako bezpieczne, kiedy wg prof. Hale maja oznaczenie L5. Wskazana rozważa w używaniu tego portalu.

    555 people like this. Be the first of your friends.

Breastfeeding risk

Very Low Risk Comment

Compatible.
Not risky for breastfeeding or infant.

Either undetected or insignificantly detected in breast milk.
Commonly prescribed to children by pediatricians.
Preferred medication for pain relief in nursing mothers.
The American Academy of Pediatrics rates it compatible with breastfeeding.

Legend of risks

 Very Low risk

Compatible.
Not risky for breastfeeding or infant.

 Low Risk probable

Moderately safe.
Mild risk possible. Follow up recommended.

 High Risk probable

Poorly safe.
Evaluate carefully. Use a safer alternative.

 Very High Risk

Not recommended.
Cessation of breastfeeding advised.

[Tweet](#)

Breastfeeding risk

Low Risk probable Comment

Moderately safe.
Mild risk possible. Follow up recommended.
Read the Comment.

It may inhibit lactation for the first postnatal week. Lactation has an opposite (anovulatory) effect to this drug.

See below the information of these related products:

Follitropin (Low Risk probable) In Vitro Fertilization (Low Risk probable)
Lutropin (Low Risk probable)

Legend of risks

 Very Low risk

Compatible.
Not risky for breastfeeding or infant.

 Low Risk probable

Moderately safe.
Mild risk possible. Follow up recommended.

 High Risk probable

Poorly safe.
Evaluate carefully. Use a safer alternative.

 Very High Risk

Not recommended.
Cessation of breastfeeding advised.

    36 people like this. Be the first of your friends.

Breastfeeding risk

High Risk probable Comment

Poorly safe.
Evaluate carefully.
Use a safer alternative.
Read the Comment.

Drug approval was cautionary withheld in many countries since 2002 because of increase risk of severe liver toxicity. The FDA never approved it for use in the USA. The EMA (European Drug Agency) introduced limitations for use by narrowing indication profile, shortening duration of treatment, age restriction for younger than 12 year, and avoiding it in pregnancy and breastfeeding.

Latest update failed to find relevant data on breastfeeding.

Its high molecular weight and plasma protein binding make excretion into breast milk unlikely. However, anti-inflammatory drugs that are known to be safer for both the mother and the infant should be preferred.

Legend of risks

 Very Low risk

Compatible.
Not risky for breastfeeding or infant.

 Low Risk probable

Moderately safe.
Mild risk possible. Follow up recommended.

 High Risk probable

Poorly safe.
Evaluate carefully. Use a safer alternative.

 Very High Risk

Not recommended.
Cessation of breastfeeding advised.

Breastfeeding risk

Very High Risk

Not recommended.
Cessation of breastfeeding or
alternative.

Comment

Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) is a liposoluble metabolite that accumulates in fat tissue and may reach a concentration in the human milk that would be as high as 8 times of plasma level.

It has been shown to induce hypotonia, poor suction, sedation and psychomotor delay in one-year-old children who were exposed to cannabis through breastfeeding.

THC has been detected in the infant's urine for three weeks after exposition.

Mean head circumference may be lower than that of non-exposed infants.

A higher risk for Sudden Unexpected Death of Infancy has been linked to homes of consumers.

In spite of reduction of Prolactin level, no decrease in milk production has been observed.

The deleterious effect on judgment and behavior seen in individuals who use Cannabis may interfere with ability of women for motherhood and will pose a higher risk for life.

Wynikająca z informacji pozyskiwanych od badaczy konkluzja jest taka, że kontynuacja leczenia wraz z farmakoterapią przewyższa zyski dla niemowlęcia nad ryzykiem przeniknięcia substancji leczniczych do pokarmu. I tylko niewielka część leków i substancji leczniczych (np. żeńszeń) jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do karmienia piersią.

A jak się ma sprawa z dodatkami do żywności, środkami ochrony roślin, czy innymi zanieczyszczeniami przenikającymi do pokarmu?

METALE CIĘŻKIE:

Ołów, rtęć, arsen, kadm i inne potencjalnie toksyczne metale mogą się akumulować w organizmie. Badanie mleka na obecność ołowiu i rtęci wykonywano wielokrotnie w wielu ośrodkach na świecie. Pewne jest, że ich poziom jest zależny od odżywiania matki nie tylko w okresie ciąży i karmienia, ale i także w okresie przedkonceptyjnym. I tak w przypadku ołowiu, gromadzącego się w kościach, ważne jest, aby matka dobrze się odżywiała, dostarczała wystarczające ilości dobrze przyswajalnego wapnia np. z produktów mlecznych, aby nie narażać kości na odwapnienie. Uruchamianie zapasów wapnia z kości wiąże się z uwolnieniem złogów ołowiu, a to zwiększa ryzyko przekazania tego pierwiastka dziecku. Niemniej jednak bardziej na działanie ołowiu i rtęci narażony jest płód w macicy, niż dziecko karmione piersią. Należy tu także

zauważyć, że w mlekach w proszku też mogą się znajdować metale ciężkie. Ponadto ludzkie mleko, nawet jeśli zawiera metale ciężkie (zanieczyszczenie powietrza), wykazuje dużą zaletę dla rozwoju neurologicznego mózgu dziecka, zastępując znacząco ewentualne skutki ekspozycji, a nawet wykazano możliwości tłumienia i cofania skutków poekspozycyjnych poprzez karmienie piersią. Uważa się, że substancje takie jak: selen, glutation (pochodna białka serwatkowego – glutation jest przeciwutleniaczem istotnym w detoksykacji i odporności), witamina E, cysteina, tryptofan, cholina, tauryna, białka S100B, kwas sjałowy i wielonienasycone kwasy tłuszczowe mają działanie ochronne. Dodatkowo α -laktoalbuminy wykazały działanie antynowotworowe poprzez apoptozę (powodowanie śmierci) komórek rakowych. α -laktoalbuminy jest to swoiste białko mleka ludzkiego, nie występuje ono w mleku krowim, będącym podstawą mieszanek (mleko krowie zawiera za to prawie nieobecne w mleku ludzkim β -laktoglobuliny, częstą przyczynę alergii) ^[1]

ŚRODKI OCHRONY ROŚLIN

Jak pokazują badania prowadzone od lat 50-tych XX wieku poziom pestycydów w pokarmie ludzkim wyraźnie spadł w krajach (w tym w Polsce), w których wycofano stosowanie danych substancji uznanych za silnie szkodliwe oraz ich metabolitów, takich jak: DDT, chlordan, heptachlor i epoksydu heptachloru, dieldryny, heksachlorocykloheksan, heksachlorobenzen. W ostatnich 2 dekadach w różnych państwach świata obserwuje się także znaczący spadek poziomu dioksyn i furanów. Jednocześnie obserwuje się wzrost stężenia PBDE, czyli polibromowane difenyloetery. Są one zaliczane do grupy persystentnych zanieczyszczeń organicznych, ze względu na swoje właściwości fizykochemiczne. Charakteryzują się one dużą trwałością w środowisku, co może stanowić istotne zagrożenie dla zdrowia człowieka. Wykrywane są w środowisku na całym świecie i także w tkankach ludzkich. Wykazano ich oddziaływanie na układ nerwowy, dokrewny i immunologiczny, a

nawet związek z powstawaniem nowotworów.

Badania wykazały, że istotne znaczenie dla zwiększenia ekspozycji niemowląt na czynniki chemiczne ma utrata masy ciała przez matkę i uwalnianie substancji toksycznych z tkanki tłuszczowej. Z tego właśnie względu diety odchudzające i oczyszczające w okresie laktacji są przeciwwskazane, chyba że znaczna otyłość matki ma wpływ na jej zdrowie i redukcja masy ciała (pod kontrolą lekarza, dietetyka i trenera) jest konieczna dla jej zdrowia i funkcjonowania. Jednakże są substancje, które niwelują te skutki poprzez silne powinowactwo (zdolność łączenia) do metali ciężkich, jak ma to miejsce w przypadku Chlorelli. Dwa niezależne badania przeprowadzone w Japonii przez 2 niezależne zespoły wykazały, korzystny wpływ chlorelli na oczyszczanie organizmu z metali ciężkich. W 2011 zespół badawczy pod przewodnictwem d-ra Takuya Uchikawa wykazał, że spożywanie chlorelli powoduje wydalanie związków ołowiu z kałem, jednocześnie obniża się poziom związku w mózgu i nerkach. Wcześniej inny zespół pod przewodnictwem Shiro Nakano zauważył, że spożywanie chlorelli w ciąży i podczas laktacji zmniejsza ryzyko ekspozycji płodów i niemowląt karmionych piersią na dioksyny, skumulowane w tkance tłuszczowej matki, a uwalniane w okresie ciąży i karmienia piersią^[5].

Chlorella to słodkowodny glon, bogaty w białka, duże ilości witamin, minerałów, błonnika i kwasów nukleinowych. Białka z Chlorelli to wszystkie niezbędne dla rozwoju i zdrowia człowieka aminokwasy. W licznych badaniach wykazano, że chlorella i pochodne mają zdolność obniżania poziomu cholesterolu, zapobiegania wrzodom wywołanych stresem oraz poprawiają odporność. Wykazano też jej działanie przeciwnowotworowe. Już w latach 1999-2001 w badaniach na szczurach i myszach wykazano, że przyspiesza ona wydalanie dioksyn. Dziś mamy potwierdzenie tego faktu u kobiet ciężarnych i karmiących piersią.

Większość związków chemicznych gromadzi się w tłuszczach, ale jest wydalanych z moczem i kałem, jednak ich poziom w mleku jest silnie skorelowany z ilością przyjmowanych tłuszczów zwierzęcych oraz z przyrostem masy ciała. U szczupłych matek z niskim poziomem spożycia tłuszczów zwierzęcych poziomy w mleku były niewielkie, co ciekawe nie zaobserwowano korelacji z BMI jako takim oraz miejscem zamieszkania. Zaobserwowano natomiast spadek poziomu wraz z wiekiem, długością karmienia oraz ilością dzieci, gdyż pokarm jest jedną z dróg wydalania tej substancji. Pomimo stworzenia wielu modeli mających ocenić wpływ na niemowlęta karmione piersią nie udało się ocenić faktycznego zagrożenia ze względu na zbyt dużą ilość zmiennych. Biorąc jednak pod uwagę ilości w mleku i masę ciała dziecka zagrożenie jest znikome, korzyści płynące z karmienia piersią stanowiączo je przewyższają.^[2]

Pamiętajmy też, aby nie brać bezpośrednio kopiowanych wzajemnie od siebie przez różne portale przedruków artykułów nt badań na mlekiem kobiecym. Dlaczego? Dlatego, że często wybierają one najbardziej sensacyjne zdania z publikacji naukowych bez merytorycznego omówienia ich. Taka sytuacja miała miejsce 2 lata temu, kiedy to świat obiegł „news” jakoby mleko kobiece było przyczyną akumulacji w organizmach dzieci szkodliwej substancji Perfluorowane związki alifatyczne (PFAS), co było wodą na młyn dla zwolenników mieszanek. Wg artykułów w portalach parentingowych to karmienie piersią było przyczyną takowych wyników badań. Skupiono się tylko na wartościach, nie wzięto jednak pod uwagę wielu innych informacji takich jak: grupa badawcza (81 dzieci, ale w efekcie tylko 12 dzieci), tego, że nie były jednak karmione wyłącznie piersią w chwili, kiedy odnotowano najwyższe wartości (11 mż), lokalizacji – Wyspy Owcze, gdzie podstawą diety jest mięso waleń (a w innych krajach można jedynie z wody akumulować), a te same w sobie akumulują tę substancję z wody, tego, że badania były przeprowadzane w 2000 roku, a w 2005 nakazano redukcję wykorzystania tej substancji, a więc spadła jej ilość w środowisku. Nie było porównania z dziećmi

karmionymi wyłącznie mieszanką. Nie zbierano i nie badano próbek mleka oraz nie badano rzeczywistego wpływu substancji tej na dzieci^[6].

Te wszystkie czynniki niestety sprawiają, że to tylko burza w szklance wody, gdyż bez rzetelnie przeprowadzonych i zweryfikowanych przez zespół badaczy badań w innej części świata można mówić jedynie o ciekawym zjawisku, godnym obserwacji, ale nie o wiarygodnych badaniach. A takich kontrowersyjnych tez, co rusz pojawiających się w portalach dla rodziców i nie tylko, jest więcej.

NIKOTYNA, NARKOTYKI, ALKOHOL

Aktualne badania pokazują, że używki są szkodliwe dla dziecka, jednakże korzyści dla dziecka przewyższają zagrożenia. Okazjonalne spożywanie alkoholu wymaga odczekania i metabolizowania go przez organizm matki (uznaje się że jeden kieliszek wina lub jedno piwo jest metabolizowane ok 3h i jest to czas który należy odczekać.). Badania dopuszczają także palenie papierosów i marihuany, gdyż nadal korzyść dla dziecka jest większa, niż podanie mieszanki mlekozastępczej. Jednakże stosowanie innych narkotyków w tym dopalaczy jest już mocno niebezpieczne i niewskazane.[3]

PODSUMOWANIE

Pomimo skażenia środowiska i powszechnego stosowania substancji szkodliwych, nadal karmienie piersią pozostaje najlepszym sposobem żywienia niemowląt. Korzyści wynikające z ochronnych właściwości mleka kobiecego, przeważają nad zagrożeniami współczesnego środowiska i związków chemicznych stosowanych w przemyśle i rolnictwie. Podsumowując, składniki zawarte w pokarmie kobiecym nie tylko są w stanie równoważyć ewentualne skutki obecności toksyn, ale nawet częściowo je neutralizować, a to jest wartość trudna do szacowania. Dlatego podawanie mieszanki o nieznanej zawartości zanieczyszczeń chemicznych jest większym zagrożeniem niż karmienie naturalne.

Źródła

- Nathaniel Mead „_Contaminants in Human Milk: Weighing the Risks against the Benefits of Breastfeeding,, Environ Health Perspect. 2008 Oct; 116(10): A426–A434.
- Judy SLaKind, AAmina Wilkinsc, Cheston M BerlinJr.b „Environmental chemicals in human milk: a review of levels, infant exposures and health, and guidance for future research”, Toxicology and Applied Pharmacology, Volume 198, Issue 2, 15 July 2004, Pages 184-208
- **LactMed**
- Takuya Uchikawa i wsp “The enhanced elimination of tissue methylmercury in Parachlorella beijerinckii-fed mice” The Journal of Toxicological Sciences, Vol. 36 (2011) No. 1 January P 121-126
- Shiro Nakano i wsp „Maternal-fetal distribution and transfer of dioxins in pregnant women in Japan, and attempts to reduce maternal transfer with Chlorella (Chlorella pyrenoidosa) supplements” Chemosphere Volume 61, Issue 9, December 2005, Pages 1244-1255
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26291735>

Co to znaczy, że mleko mamy się zmienia i dostosowuje do

bieżących potrzeb dziecka?

Zewsząd słyszymy, że mleko ulega ciągłym zmianom, że ciągle dostosuje się to pór dnia i potrzeb oseska, ale co to tak na prawdę oznacza w praktyce?

Pokarm kobiecy produkuje się już od połowy ciąży, już wtedy ulega zmianom, pierwszy pokarm przedporodowy jest gęsty, bogaty w przeciwciała odpornościowe, laktoferynę, o której pisałam niedawno, dostosowany do potrzeb dziecka urodzonego przedwcześnie, zaraz po porodzie pojawia się siara, jej skład jest zbliżony do pokarmu przedporodowego, wraz z nawałem pokarm zmienia się w tzw pokarm przejściowy by po ok tyg od porodu pojawił się pokarm dojrzały. Jednak pokarm zmienia się w ciągu doby, a także w miarę karmienia, zmienia się także pokarm matki przechodzącej infekcję, lub wówczas, kiedy dziecko jest chore, lub zagrożone infekcją.

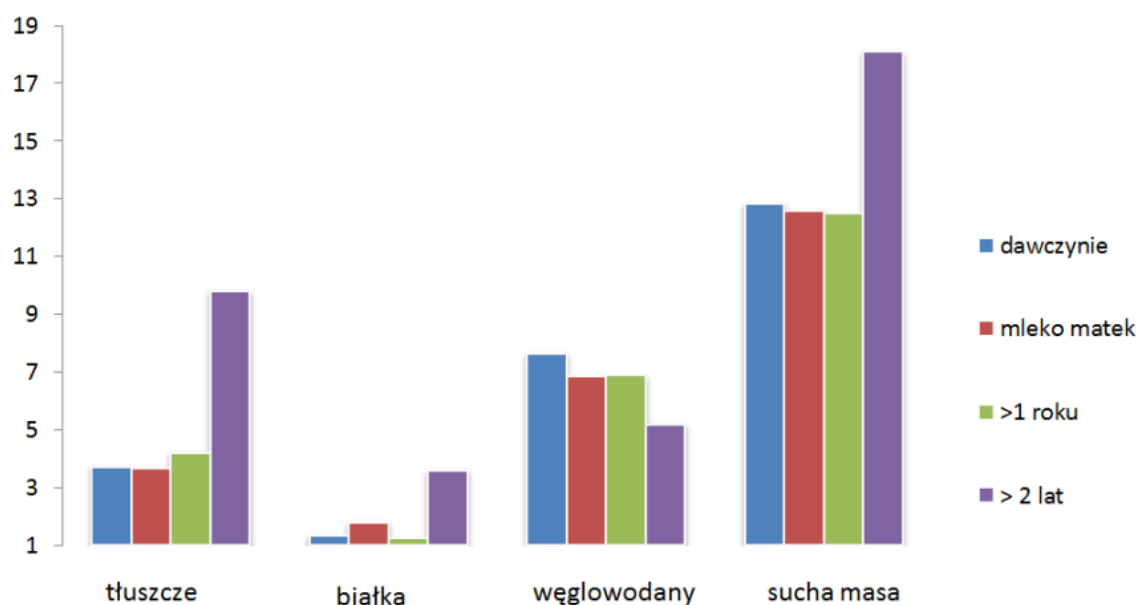
Zasadniczy skład pokarmu jest stały. Takie składniki jak białko, węglowodany (np laktoza) mają stały poziom, niewielkim zmianom ulega ilość tłuszczu, którego ilość wzrasta w miarę ssania. Są też składniki zależne od diety matki, lub takie, które pojawiają się okresowo. Co ciekawe, pomimo, że wiele składników ma stały poziom, to ten poziom jest różny w zależności od wieku dziecka. Badania przeprowadzone przez bank pokarmu kobiecego we Wrocławiu wykazały zmiany składu pokarmu:

Stężenie makroskładników w mleku kobiecym w zależności od długości laktacji w porównaniu z mlekiem dawczyń

	mleko dawczyń	mleko matek wcześniaków	mleko matek karmiących > 1 roku	mleko matek karmiących > 2 lat	rekomendacje ESPGHAN kg/per day (< 1000 g)	rekomendacje ESPGHAN g/dl (<1000 g)
białka [g/dl]	1,35+/-0,3	1,9+/-0,6	1,25+/-0,24	3,7+/-2,8	4,0-4,5	2,7-3,0
tluszcze [g/dl]	3,7+/- 0,9	3,3+/- 1,3	4,2+/-1,9	9,9+/-4,2	4,8-6,6	3,2-4,4
węglowodany [g/dl]	7,6+/-0,61	6,71+/-1,1	6,9+/-0,55	4,9+/-2,8	11,6-13,2	7,7-8,8
energia [kcal/dl]	70,2+/- 6,7	67,1+/-12,4	71,6+/-16,8	135,3+/-40,2	110-135	73-90

Ryc. 1 Mleko dawczyń karmiących dłużej niż 12 miesięcy doniesienie wstępne Wrocławskie Forum Neonatologiczne, 24.06.2017 dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka

Stężenie makroskładników w mleku kobiecym w zależności od długości laktacji w porównaniu z mlekiem dawczyń

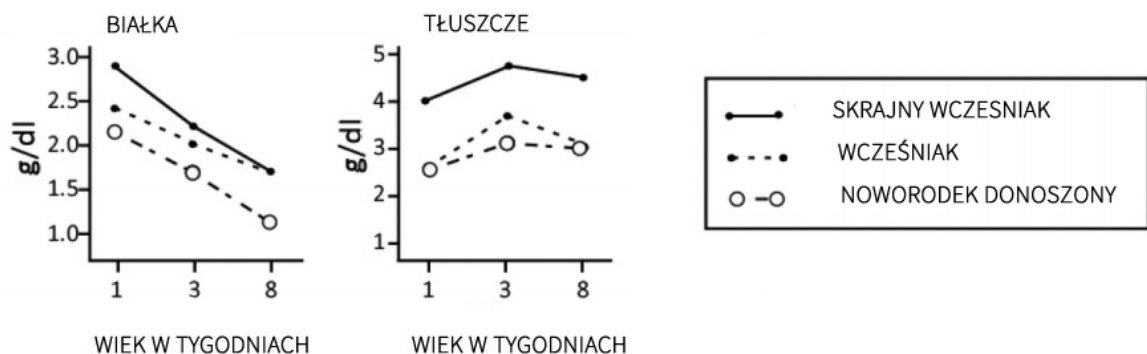


Ryc. 2 Mleko dawczyń karmiących dłużej niż 12 miesięcy doniesienie wstępne Wrocławskie Forum Neonatologiczne, 24.06.2017 dr n. med. Matylda Czosnykowska-

Na szczególną uwagę zasługują:

- Wielokrotny skok ilości tłuszczu dzieci karmionych ponad 2 lata, co odpowiada na wysokie zapotrzebowanie energetyczne dwulatków
- Znaczący wzrost ilości białka i są to głównie białka odpornościowe, jednocześnie przy podwyższonych ilościach białek (odpornościowych) w mleku wcześniaczym, co jest odpowiedzią na zapotrzebowanie tych niedojrzałych niemowląt w składniki odpornościowe
- Spadek ilości węglowodanów w miarę długości karmienia.

Porównanie składu pokarmu w zależności od wieku ciążowego (tłumaczenie własne)



Ryc. 3 Mark A. Underwood, „Human milk for the premature infant”, *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb; 60(1): 189–207.

Jak widać mleko matek dzieci urodzonych przedwcześnie różni się znacząco od mleka matek, które ciążę donosiły, a im niższy wiek ciążowy, tym mleko jest bogatsze w tłuszcz i białka niezbędne do tego by rosnąć, przybierać na wadze oraz chronić, także ze względu na niewielkie ilości tego mleka spożywane

przez noworodka. Z tego też względu mleko dawczyń jest wzmacniane.

Oprócz opisanych wyżej różnic w składzie mleka w zależności od wieku ciążowego i wieku dziecka, skład pokarmu zmienia się w cyklu dobowych, wpływając także na zegar biologiczny niemowlęcia.

INNE SKŁADNIKI MLEKA

TRYPTOFAN I MELATONINA

Jak wiemy z wcześniejszych artykułów, mleko kobiece poza składnikami odżywczymi i odpornościowymi, zawiera również aminokwasy i hormony.

Jednym z tych aminokwasów jest tryptofan. Jest to aminokwas egzogeny, czyli dostarczany z pokarmem (nasz organizm nie jest w stanie samodzielnie go wytworzyć), jego największe ilości znajdują się w mięsie, można znaleźć go także w jajach, trudno go dostarczyć z produktów roślinnych (znajduje się np w niektórych algach). Tryptofan jest wykorzystywany do produkcji melatoniny, hormonu uważanego za niezbędny do snu. Pokarm kobiecy zawiera zarówno tryptofan jak i melatoninę, a ich poziom wzrasta wieczorem i w nocy, w ten sposób pozwala regulować pory snu dziecka.

KWASY TŁUSZCZOWE ŚREDNIO- I KRÓTKOŁAŃCUCHOWE

Zależne są od diety, ale ich najwyższy poziom w pokarmie znajduje się właśnie w nocnym mleku, dlatego nocne karmienia są takie ważne. Kwasy tłuszczowe odpowiadają za rozwój mózgu, więc im częściej karmimy w nocy, tym lepszy rozwój mózgu zapewniamy dziecku. **PAMIĘTAJ O DIECIE BOGATEJ W RYBY**, , w przypadku jeśli Twoja dieta nie jest zróżnicowana, pamiętaj o suplementacji DHA.

PRZECIWCIAŁA ODPORNOŚCIOWE

O tym jak działają pisaliśmy w artykułach: dlaczego mleko mamy jest żywe? – przeciwciała odpornościowe w mleku mamy, Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?, Karmienie piersią, a odporność. Warto jednak dodać, poziom przeciwciał wzrasta w trakcie infekcji matki, co ma zapobiegać, lub łagodzić infekcje u dziecka, a kiedy dziecko jest narażone na infekcje lub jest chore, organizm matki produkuje dodatkowe przeciwciała, aby wesprzeć malucha w trakcie infekcji.

UPAŁY

Mleko matki zmienia się także w zależności od pory roku, latem dzięki zawartości składników mineralnych świetnie gasi pragnienie i zapobiega odwodnieniu. Mleko kobiece w 88% składa się z wody, a częste przystawianie maluszka gwarantuje jego prawidłowe nawodnienie.

PODSUMOWANIE

Mleko kobiece to unikalna substancja, jedyny taki pokarm w całym życiu człowieka, nie możliwy do zastąpienia, żadnym innym pokarmem. Jest nie tylko źródłem składników ożywczych pozwalających na wzrost dziecka, ale i jego prawidłowy, optymalny rozwój psychofizyczny i emocjonalny.

ŹRÓDŁA:

- Wykład: „Mleko dawczyń karmiących dłużej niż 12 miesięcy doniesieniestępne” Wrocławskie Forum Neonatologiczne, 24.06.2017 dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka
- Mark A. Underwood, „Human milk for the premature infant,, , Pediatr Clin North Am. 2013 Feb; 60(1):

189–207.

- dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, „Mleko matki to fenomen natury”, medycyna praktyczna
 - <http://dx.doi.org/10.12944/CRNFSJ.1.1.04>
 - Dr n. med. Aleksandra Banaszkiewicz, „Dlaczego pokarm kobiecy jest tak wartościowy i unikalny?,” Centrum nauki o Laktacji
-

Bank Mleka we Wrocławiu

W dniach 23-24 czerwca podczas IV Forum Neonatologicznego we Wrocławiu „Daj szansę na mleko matki” odbyła się prezentacja otwartego w grudniu 2016r. Banku Mleka. Oprócz warsztatów odbyły się także 2 prelekcje nt. wrocławskiego banku.

Bank we Wrocławiu jest 6 w Polsce bankiem mleka kobiecego działającym przy wsparciu Fundacji Bank Mleka Kobiecego, a kolejne 4 banki są w trakcie tworzenia. Jest to proces długotrwały, wymagający zaangażowania wielu osób, ale przede wszystkim stworzenia miejsca to pozyskiwania pokarmu, a następnie przygotowywania, przechowywania, jak i analizowania. Miejsce to musi spełniać określone kryteria i mieć odpowiednie wyposażenie.



miejsce do pozyskiwania pokarmu



pasteryzator





pasteryzator

Podczas warsztatu koordynator wrocławskiego Banku dr n. med Matylda Czosnykowska-Lukacka opowiadała o tym w jaki sposób funkcjonuje ich bank: pozyskiwanie dawczyń, wycenianie mleka, zawieranie umów ze szpitalami, natomiast prezes Fundacji bank Mleka Kobiecego opowiadała o zasadach tworzenia banków i o tym jak funkcjonują banki mleka poza Polską.



Koordynator Banku Mleka Kobiecego przy szpitalu
Uniwersyteckim we Wrocławiu,
dr n. med. Matylda Czosnykowska-Lukacka

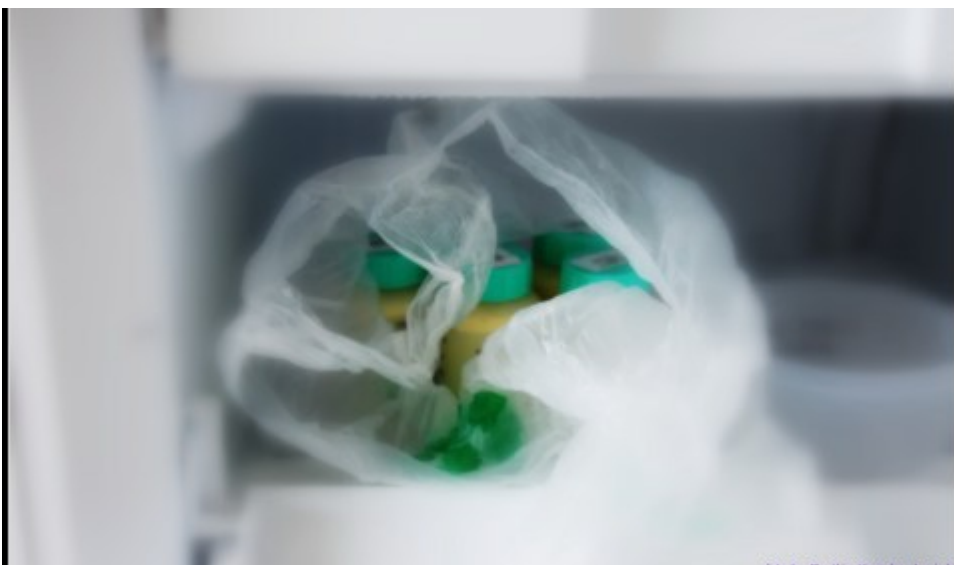


Prezes Fundacji Bank Mleka Kobiecego dr n. biol Aleksandra

Wesołowska (po środku), opowiada o pasteryzatorze

OBIEG MLEKA W BANKU

Po przyjęciu mleka do banku jest ono, kodowane (kod paskowy) i mrożone w lodówce na świeże mleko (zielone zakrętki).

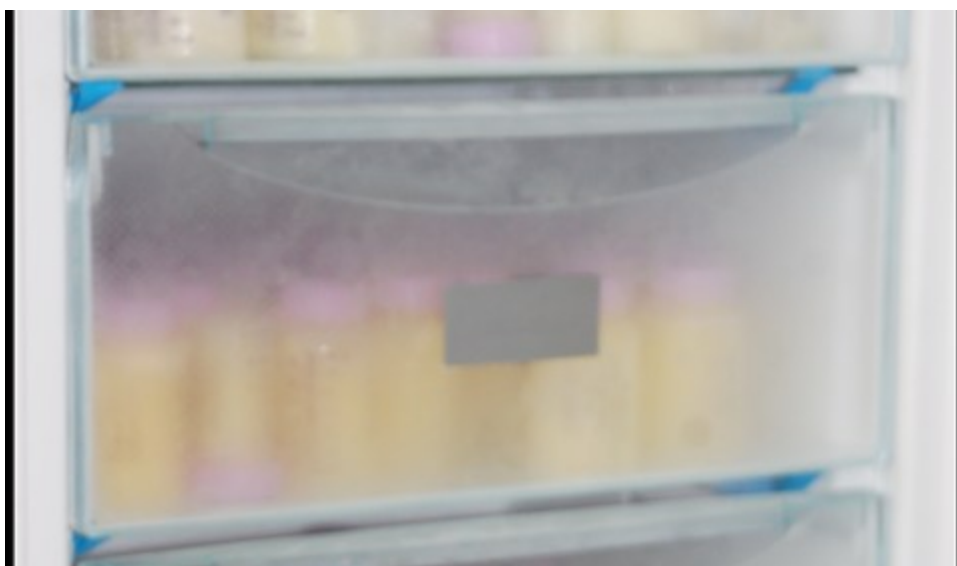


Po uzbieraniu 1,5 litra od jednej dawczyni mleko jest rozmrażane, zlewane do 1 pojemnika, pobierana jest próbka do testów, zaś mleko jest rozlane do nowych sterylnych pojemników, kapslowane (fioletowa nakrętka) i poddawane pasteryzacji, następnie trafia do ponownego mrożenia w lodówce

na mleko pasteryzowane i tutaj czeka na przekazanie do oddziału.



próbki do testów



mleko po pasteryzacji

POZYSKIWANIE MLEKA

Mleko pozyskiwane jest na 2 sposoby.

1. matki przebywające na oddziale (zwykle korzystają z kącika do pozyskiwania pokarmu i 1-razowych zestawów osobistych)
2. matki przebywające w domu, zgłaszają się jako dawczynie ochotniczki pobadaniach otrzymują butelki i kiedy zbiorą pokarm informują o tym bank, który wysyła transport po butelki z mlekiem.

Aby stać się dawczynią należy zgłosić chęć, oraz przejść badania podmiotowe (wywiad) i przedmiotowe – badanie laboratoryjne.

BADANIE PODMIOTOWE: przebieg ciąży, porodu i połogu, przebieg laktacji, stan zdrowia dziecka, stan zdrowia matki (choroby przewlekłe, operacje piersi, leki, antykoncepcja, tryb życia, używki, odżywianie, samopoczucie)

BADANIE PRZEDMIOTOWE: oglądanie i badanie piersi, badanie krwi w kierunku niektórych chorób zakaźnych

Kobiety są informowane jakie leki i suplementy są dopuszczalne podczas oddawania mleka do banku. O postępowaniu w przypadku leczenia antybiotykiem.\

WYKLUCZENIE:

- choroby przewlekłe lub zaburzenia systemowe
- długotrwałe przyjmowanie niektórych leków

Przyjmowanie leków rzadko jest przeciwwskazaniem do karmienia własnego dziecka, jednak w przypadku oddawania krwi do banku, są już ograniczenia. Ze względu na to, że odbiorcami są często dzieci chore i wcześniaki, mleko które otrzymują, powinno być pozbawione dodatków leków.

WYKLUCZENIE CZASOWE

- podejrzenie różyczki
- gorączka u dawczyni, lub członka rodziny
- szczepionki komórkowe
- choroby skóry i niektóre choroby zakaźne

Zakwalifikowane matki otrzymują wytyczne odnośnie pozyskiwania i przechowywania pokarmu:

- higiena rąk i sprzętu
- przechowywanie pokarmu tylko w pojemnikach otrzymanych od banku,

- natychmiastowe schłodzenie mleka w lodówce bezpośrednio po pozyskaniu
- w zamrażalniku powinno być wyodrębnione miejsce tylko na pokarm

Biorące udział w warsztacie IBCLC (Międzynarodowi Certyfikowani Konsultanci Laktacyjni):









Źródła: M. Czosnykowska-Łukacka "Kwalifikacja Dawczyń do Banku Mleka Kobiecego", IV Wrocławskie Forum Neonatologiczne, Wrocław 2017