

Nawał mleczny i stabilizacja laktacji

W pierwszych dniach po porodzie piersi mogą zrobić się obrzmiałe i twarde jak kamienie. Obrzęk fizjologiczny, czyli nawał mleczny nie dotyka każdej mamy, ale jeśli się pojawi warto wiedzieć jak sobie z nim poradzić.

NAWAŁ MLECZNY

Nawał, czyli obrzęk fizjologiczny może, ale nie musi, pojawić się pomiędzy 2, a 5 dobą po porodzie i trwa ok 3-5 dni, nie dłużej jednak niż 10 dni. Jeśli utrzymuje się dłużej niż do 10-14 doby po porodzie, należy skontrolować sytuację z doradcą laktacyjnym lub lekarzem.

W okresie nawału:

- przystawiaj dziecko co najmniej 10-12 razy na dobę, dziecko powinno ssać co najmniej 15 minut, najlepiej co 1,5-2 godzin w ciągu dnia i nie rzadziej niż co 3 godziny w nocy,
- rób sobie chłodne kompresy lub/i okładaj piersi tłuczonymi liśćmi zimnej białej kapusty
- zmieniaj pozycje karmienia, aby mleko spływało z różnych części sutka
- noś muszle laktacyjne i wygodny biustonosz
- kładź się płasko na plecach pomiędzy karmieniami
- używaj ciepłych okładów bezpośrednio przed karmieniem, aby mleko lepiej wypływało

Z czasem gruczoły sutkowe wyregulują produkcję i nawał ustąpi, piersi jednak jeszcze przez jakiś czas pozostaną pełne. Jeśli pomimo częstego przystawiania będziesz odczuwać dyskomfort możesz użyć laktatora i pomiędzy karmieniami odciągać niewielką ilość pokarmu – do uczucia ulgi. Odciągnięcie może być też przydatne jeśli piersi mamy są duże, a przez

wypełnienie mlekiem twarde i trudne do prawidłowego uchwycenia przez dziecko, wówczas odciągnięcie sprawi, że staną się bardziej elastyczne i miękkie, a dziecku będzie łatwiej zassać prawidłowo brodawkę.

Jeśli nawał będzie się utrzymywał dłużej, prawdopodobnie mamy do czynienia z nieprawidłowym odpływem pokarmu z piersi. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewłaściwe przystawianie dziecka do piersi, co uniemożliwia prawidłowe pobieranie pokarmu, warto skonsultować problem ze specjalistą laktacji, który oceni przyczynę takiego stanu rzeczy, skontroluje, poprawi sposób przystawiania, a jeśli przyczyną jest krótkie wędzidełko odeśle do specjalisty, który je przytnie.

**BRAK NAWAŁU NIE OZNACZA BRAKU MLEKA
I NIE JEST PODSTAWA DO PODANIA BUTELKI**

STABILIZACJA LAKTACJI

Laktacja stabilizuje się do 4-6 tyg po porodzie, od tej chwili piersi rozpoczną regularną stałą produkcję, odpowiadającą na potrzebny małego ssaka. Miękkie piersi nie są oznaką braku pokarmu, a jedynie świadczą o tym, że laktacja się ustabilizowała. **Piersi to nie magazyn, tylko fabryka, produkują na bieżąco**, a produkcja przyspiesza w chwili kiedy dziecko zaczyna ssać. Wiele mam w tym czasie odczuwa przemożną potrzebę picia i jedzenia.

W okresie stabilizowana laktacji bardzo ważne jest przystawianie niemowlęcia na żądanie i zapewnienie mu odpowiednio długiego ssania, nie podawanie innych płynów i smoczka, dzięki temu laktacja dostosuje się to zapotrzebowania na odpowiednio wysokim poziomie i będzie bez problemów zaspakajał potrzeby niemowlęcia.

Źródła:

<http://www.breastfeedingbasics.com>

Zdjęcie:

Photos.com

Probiotyki

CO TO SĄ PROBIOTYKI?

Słowo probiotyk oznacza po grecku „dla zdrowia” (pro – dla, bios – zdrowie). Według definicji WHO probiotyki to żywe drobnoustroje, które podane w odpowiedniej ilości wywierają korzystny wpływ na zdrowie gospodarza. Probiotykami są więc tylko te szczepy pałeczek kwasu mlekowego z rodzaju *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* i drożdży probiotycznych (*Saccharomyces boulardii*), które mają udowodnione w badaniach klinicznych działanie prozdrowotne.

Drobnoustroje			
Rodzaj Lactobacillus	Rodzaj Bifidobacterium	Inne rodzaje bakterii	Grzyby drożdżopodobne

<i>L. acidophilus</i>	<i>B. adolescentis</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Saccharomyces boulardi</i>
<i>L. casei</i>	<i>B. animalis</i>	<i>Enterococcus faecium</i>	
<i>L. crispatus</i>	<i>B. bifidum</i>	<i>Lactococcus lactis</i>	
<i>L. debrueckii</i>	<i>B. infantis</i>	<i>Leuconostoc mesenteroides</i>	
<i>subsp. bulgaricus</i>	<i>B. longum</i>	<i>Pediococcus acidilactici</i>	
<i>L. gallinarum</i>	<i>B. breve</i>	<i>Pediococcus pentosaceus</i>	
<i>L. gasseri</i>		<i>Sporolactobacillus inulinus</i>	
<i>L. johnsonii</i>		<i>Streptococcus salivarius subsp. thermophilus</i>	
<i>L. paracasei</i>			
<i>L. plantarum</i>			
<i>L. reuteri</i>			
<i>L. rhamnosus</i>			
<i>L. helveticus</i>			

Tab. Gatunki drobnoustrojów wykorzystywanych jako probiotyki dla ludzi i zwierząt.

JAKIE ZNACZENIE MAJĄ DLA ORGANIZMU?

Bakterie probiotyczne mają spore znaczenie dla naszego zdrowia. Regulują florę bakteryjną, przygotowują podłoże dla tych dobrych bakterii – wyrównują pH, przyczepiają się do ścian jelit uniemożliwiając to bakteriom chorobotwórczym (działają jak tarcza ochronna), neutralizują szkodliwe produkty materii „złych” bakterii. Bronią przed inwazją zarazków i nie pozwalają chorobotwórczym drobnoustrojom przedostawać się do krwi. Im więcej w naszych jelitach jest dobrych bakterii, tym mniej miejsca jest na bakterie „złe”.

Probiotyki działają lepiej z prebiotykami – węglowodanami, które są pożywieniem probiotyków. Pobudzają wzrost i aktywność bakterii, które powodują fermentację w jelicie grubym. Są one bardzo przyjazne dla organizmu, bronią go przed rozwojem chorobotwórczych bakterii. Prebiotyki można znaleźć w produktach zbożowych (m.in. kaszach, chlebie pełnoziarnistym) oraz warzywach (m.in. szparagach, karczochach, cykorii,

cebuli). Produkty farmaceutyczne zawierające połączenie probiotyków i prebiotyków nazywamy synbiotykami.

ZASTOSOWANIE PROBIOTYKÓW

Bakterie probiotyczne pełnią wielorakie funkcje w organizmie:

- są bezpośrednim producentem witamin z grupy B, dlatego ich niedobór można niwelować odżywiając i dbając o dobrą florę bakteryjną,
- obniżają poziom złego cholesterolu frakcji LDL we krwi,
- wpływają na utrzymanie odpowiedniej kwasowości jelita, co hamuje rozwój niekorzystnej mikroflory oraz powoduje lepsze wchłanianie wapnia, żelaza i cynku,
- poprawiają ruchy robaczkowe jelit, a w konsekwencji polepszają przemianę materii, ich regularne spożywanie zapobiega tzw. biegunkom podróżnym,
- pomagają w zwalczaniu wrzodów żołądka,
- uśmierzają ból podczas ataku grzybicy pochwowej, spowodowanej stosowaniem antybiotyków,
- stymulują układ immunologiczny poprzez zdolność przylegania do śluzówki jelita, co zmniejsza zdolność oddziaływania na śluzówkę patogenów,
- łagodzą objawy nietolerancji laktozy, która występuje na skutek braku rozkładającego laktozę enzymu – niektóre probiotyki produkują ten enzym, dlatego dodaje się je do jogurtów dla osób ze słabą tolerancją,
- zapobiegają powstawaniu nowotworów.

Układ pokarmowy noworodka jest jałowy – oznacza to, że jeśli jest karmiony piersią to jego jelita skolonizują bakterie probiotyczne pochodzące z pokarmu mamy, który je zawiera – będą to głównie pałeczki kwasu mlekowego (*Lacidobactillus*) i bifidobakterie (ponad 700 różnych szczepów!) Pokarm mamy pobudzi także wzrost i aktywność „dobrych” bakterii, ponieważ mleko kobiece zawiera także prebiotyki.

Odpowiednio dobrane probiotyki są szczególnie wskazane dla maluchów z problemami trawiennymi (kolki, biegunki, zaparcia),

a także tych w trakcie antybiotykoterapii, która niszczy naturalną florę bakteryjną jelit. Źródłem pożytecznych bakterii są także produkty z mleka ukwaszonego – jogurt, kefir, maślanka, mleko acidofilne. Warto wiedzieć, że każdy rodzaj fermentowanego produktu mlecznego zawiera inne bakterie kwasu mlekowego; różnice istnieją także między poszczególnymi rodzajami produktów jednego typu (np. różne szczepy bakterii w różnych jogurtach). Od tego, jaki szczep znajduje się w danym produkcie, zależy jego działanie i wpływ na nasze zdrowie. Bardzo ważne jest więc, by wybierać produkty dobrze przebadane i znać ich specyficzne działanie.

Nie ma także ryzyka przedawkowania probiotyków. Jeśli organizm nie będzie potrzebował bakterii probiotycznych lub jeśli dostanie ich za dużo – nadmiar zostanie w naturalny sposób wydalony z jelit.

KIEDY POTRZEBUJEMY PROBIOTYKU?

Dowiedzieliście się, że probiotyki są bardzo pożyteczne i mają szereg zastosowań. Podsumujmy zatem kiedy można je podać. Wypisałam kilka sytuacji kiedy użycie probiotyków może być pomocne w leczeniu czy profilaktyce wraz z szczepami, które mają udowodnione w badaniach działanie w podanych sytuacjach:

- kłopoty z brzuszkiem, kolki, zaparcia: *Lacidobacillus reuteri* DSM 17938, *Lacidobacillus rhamnosus* GG (AC 53103), *Bifidobacterium lactis* BB-12, *Lacidobactillus acidophilus*(LA-1, LA- 5);
- ostra biegunka infekcyjna (skrócenie czasu jej trwania o ok, 1 dzień): *Lacidobacillus rhamnosus* GG, *Saccharomyces boulardii*, *Bifidobacterium bifidum*, *Bifidobacterium breve*;
- biegunka poantybiotykowa i jej profilaktyka (probiotyk podajemy w trakcie przyjmowania antybiotyku, ok 2-3h po leku oraz prze 2-3 tygodnie po zakończeniu terapii): *S. boulardii* (do(rośli) i dz(ieci)), *L. Rhamnosus* GG (wyłącznie dz), *L.rhamnosus* E/N, *Oxy*, *Pen* (dz), *Streptococcus thermophilus* + *Bifidobacterium lactis*

BB-12 (dz), L. Casei DN114001(do);

- profilaktyka alergii i azs (mama od 8 msca ciąży i podczas karmienia piersią, dziecko min. do końca 6 msca życia): L. Rhamnosus GG + Bifidobacterium lactis BB-12;
- profilaktyka i łagodzenie objawów nietolerancji laktozy oraz candidozy: Lactobacillus acidophilus LA-1 i LA-5, L. debrueckii subsp. bulgaricus;
- profilaktyka, wspomaganie leczenia zespołu jelita drażliwego: Bifidobacterie (b. lactis, b. animalis, b. longum, b. breve)
- wspomagająco przy zakażeniu Helicobacter pylori (choroba wrzodowa żołądka): L. Salivarius, L. Gasseri
- wzmacniająco na odporność: L. Lactis, L. Plantanum, L. Paracasei, L. Brevis, B. bifidum
- wspomagająco i profilaktycznie przy infekcjach intymnych: Lactobacillus reuteri, Lactobacillus rhamnosus, Bifidobacterium, Sacharomyces boulardii i cerevisiae

JAZ ZATEM WYBRAĆ PROBIOTYK?

Przede wszystkim: czytajcie etykiety, informacje zawarte na opakowaniach preparatów i ulotki do nich dołączone – gros z nich znajduje się w internecie, ale warto korzystać bezpośrednio ze stron producentów, nie np. z informacji zawartych na kartach produktów w aptekach internetowych, te niestety są robione niedbale i rzadko aktualizowane, na stronach producentów macie informacje „z pierwszej ręki”.

Moim zdaniem warto zwrócić uwagę na cztery aspekty:

1. Czy produkt jest lekiem lub dietetycznym środkiem specjalnego przeznaczenia medycznego (DŚSPM, FSMP) czy też suplementem diety (tzw. rejestrację produktu). Jest to o tyle istotne, że świadczy o poziomie jego przebadania oraz bezpieczeństwie stosowania. Najwyższą jakością i bezpieczeństwem wyróżniają się oczywiście **leki**, które przechodzą szereg długotrwałych badań klinicznych i te byłoby najlepiej wybierać.

Niestety na polskim rynku jest ich niewiele (Lakcid, Lacidofil i do niedawna Trilac, ale zaprzestano jego dystrybucji). Drugą grupą są **dietetyczne środki specjalnego przeznaczenia medycznego**, czyli preparaty o ustalonym składzie i potwierdzonych badaniami właściwościach wspomagających leczenie, które należy podawać pod nadzorem lekarza. **Suplementy diety** natomiast nie muszą mieć ani udowodnionego działania, ani składu.

2. Wiek osoby, która będzie przyjmować preparat. Skład flory bakteryjnej u człowieka zmienia się wraz z wiekiem i sposobem żywienia (np. noworodki karmione naturalnie mają w jelicie głównie bakterie z rodzaju Bifidobacterium). Często producenci minimalny wiek pacjenta określają też na podstawie substancji dodatkowych zawartych w konkretnym probiotyku.
3. Skład preparatu, czyli to co i w jakich ilościach zawiera dany produkt.

Na opakowaniu/ulotce powinna znaleźć się czytelna informacja o szczegółowym składzie preparatu. Dużą uwagę należy zwrócić na bakterie probiotyczne –prawidłowo podana nazwa probiotyku składa się z rodzaju (np. Bifidobacterium), gatunku (np. lactis) oraz szczepu (np. DN-173 010). Pamiętać należy, że każdy szczep ma inne działanie.

Musi znaleźć się także informacja o ilości komórek danego szczepu. Przedstawiona jest ona w jednostce CFU, która najczęściej odpowiada jednej komórce. Aby preparat był skuteczny, trzeba przyjmować minimum 3-5 mld komórek bakteryjnych (opisy typu: „5 mld CFU” lub „ $3,2 \cdot 10^9$ CFU”) na dobę. Jeśli chodzi o żywność wzbogaconą w probiotyki, to żeby miała ona znaczenie prozdrowotne, musi zawierać co najmniej 10 mln żywych komórek bakteryjnych w 1 ml. Uwagę należy zwrócić także na dodatkowe składniki preparatów probiotycznych, szczególnie w przypadkach alergików. W preparatach probiotycznych stosuje się różnego rodzaju substancje konserwujące, przeciwzbrylające, barwniki, które mogą

niezbyt korzystnie wpływać na funkcjonowanie organizmu. UWAGA! Skład należy sprawdzać dość często. Producenci potrafią z partii na partię zmieniać składniki dodatkowe – np. otoczki, substancje wypełniające itp.

4. Forma podania.

Należy ją dostosować indywidualnie do potrzeb osoby przyjmującej preparat. Najczęściej spotykane na polskim rynku są kapsułki, saszetki z proszkiem (można podać w formie sypkiej lub rozpuścić w niewielkiej ilości wody lub mleka) oraz krople. Spotkać można także probiotyki w formie tabletek, pastylek do ssania lub pastylek do rozpuszczania zamkniętych w ampułkach.

Źródła:

Strona Główna

<http://www.nutribiomed.pl/files/0000/0499/otc.pdf>

<http://www.vitanatural.pl/Prebiotyki+i+probiotyki+a+mikroflora+jelit.>

<https://www.zlobki.waw.pl/>

<http://www.wsse.bialystok.pl/index.php/bezpieczestwo-ywnoci/>

<http://www.czytelniamedyczna.pl/>

Strona główna

<http://www.nazdrowie.pl/>

Zdjęcie w nagłówku:

©123RF/PICSEL

Kozieradka

KOZIERADKA

Kozieradka pospolita, kozieradka lekarska (*Trigonella foenum-graecum* L.) – gatunek rośliny zielnej z rodziny bobowatych. Inne nazwy zwyczajowe: fenegryka, greckie siano, kozioróżnik, boża trawka. Łacińska nazwa *foenum-graecum* oznacza „greckie siano”. Rodzimm obszarem jej występowania jest Azja i Europa Wschodnia, rozprzestrzenia się też w niektórych innych regionach jako gatunek zawleczony i jest uprawiana niemal na całym świecie. W Polsce roślina zawlekana i przejściowo dziczejąca z upraw (efemerofit). [1]

SUROWIEC ZIELARSKI

Nasiona kozieradki są pozyskiwane ze względu na dużą zawartość śluzu polisacharydowego (jego zawartość przekracza nawet 40%). Poza tym nasiona zawierają tłuszcze, saponiny steroidowe, w tym pochodne diosgeniny i estry saponin z białkami (np. fenugrekina). Ponadto w surowcu obecne są białka roślinne, śladowe ilości olejków eterycznych, flawonoidy, cholina, lecytyna, witaminy PP, F, D i alkaloid trygonelina.

DZIAŁANIE

Działa osłaniająco i przeciwzapalnie na błonę śluzową przewodu pokarmowego, oraz (zastosowany zewnętrznie) na skórę, w

związku z tym jest stosowany w chorobie wrzodowej i w stanach zapalnych skóry (czyraki, egzemy, ropnie). Nasiona kozieradki mogą również obniżać poziom cholesterolu i cukru we krwi. Kozieradce przypisuje się również właściwości przeciwzapalne, żółciopędne, rozkurczowe, poprawiające samopoczucie, żółciotwórcze, pobudzające wydzielanie soku trzustkowego, żołądkowego i jelitowego, wzmacniające, usprawniające wchłanianie pokarmów, regulujące wypróżnienia, pobudzające regenerację wszystkich tkanek, aktywujące hemopoezę (kozieradka to naturalny aktywator procesów wytwarzania krwinek), mlekopędne, moczopędne, przeciwalergiczne, anaboliczne. [I] Przypisuje się działanie, ale brak jednoznacznych wyników badań potwierdzających jej skuteczność co przy **ogromie możliwych skutków ubocznych** warto wziąć pod uwagę i **zrezygnować z jej stosowania**.

KOZIERADKA [II] – wyjątkowe zioło o szerokim wachlarzu zastosowań podczas laktacji. Korzystnie wpływa na podaż mleka. Okłady są sposobem na nawał mleczny, a napar działa kojąco na gardło i kaszel w trakcie infekcji. W przypadku zwiększania podaży mleka efekty zauważane są od 24-72 h od rozpoczęcia przyjmowania, ale czasem dopiero po 2 tyg lub wcale. Każda mama musi sama sprawdzić czy u niej to się sprawdzi. Proponowane dawkowanie:

kapsułki (580-610 mg)	2-4 kapsułki 3 razy dziennie 6-12 kapsułek (łącznie) na dzień ~ 1200-2400 mg, 3 razy dziennie (3.5-7.3 g / dzień)
kapsułki (500 mg)	7-14 kapsułek (łącznie) na dzień

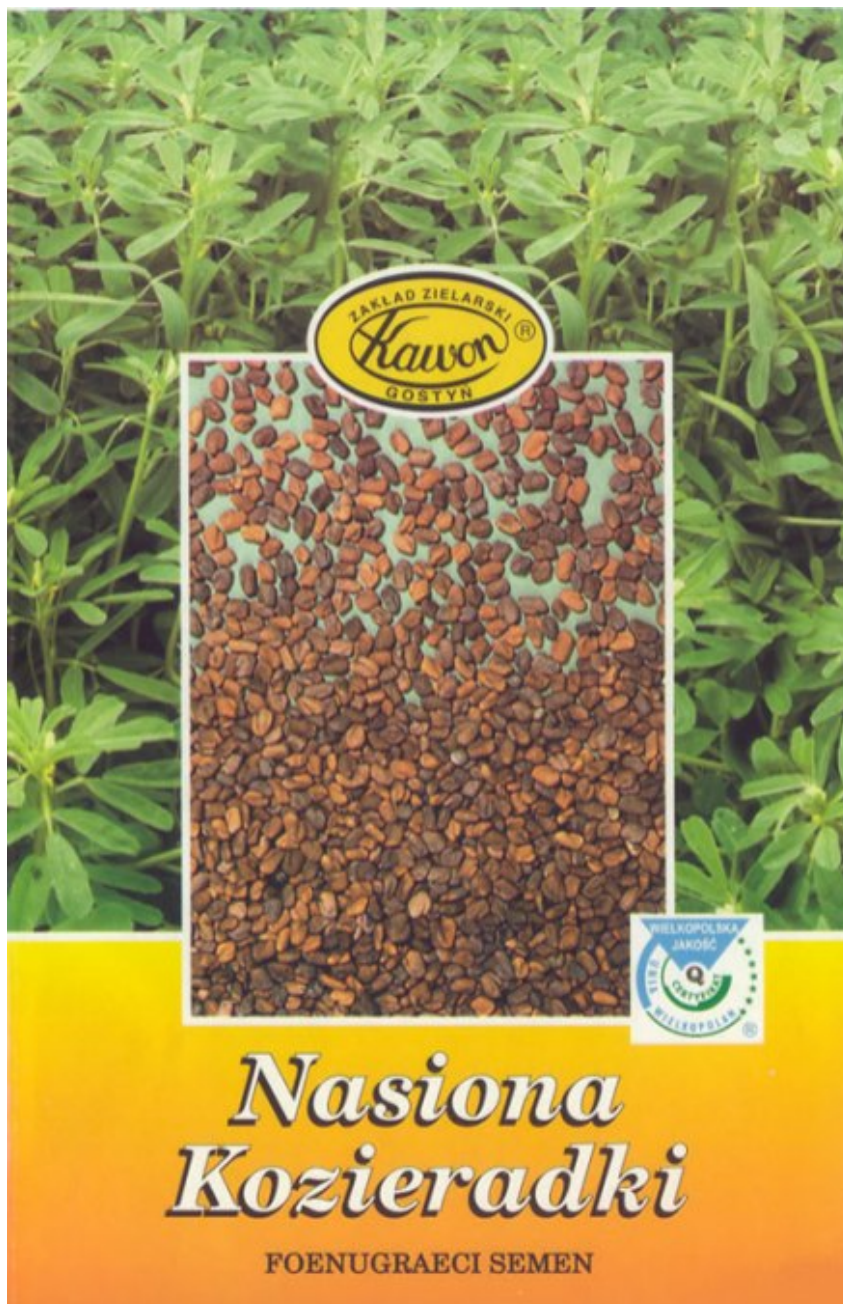
<i>proszek lub nasiona</i>	<i>1/2 – 1 łyżeczka 3 razy dziennie 1 kapsułka = 1/4 łyżeczki może być mieszany z niewielką ilością wody, soku</i>
<i>nalewka</i>	<i>1-2 ml, 3 razy dziennie (patrz na opakowaniu)</i>
<i>napar</i>	<i>jeden kubek herbaty, 2-3 razy dziennie</i>

OSTRZEŻENIA

Zapoznaj się z ewentualnymi skutkami ubocznymi

- Kozieradka może przyczynić się do fałszywego rozpoznania choroby syropu klonowego u niemowląt
- Kozieradka należy do rodziny bobowatych, może być więc przyczyną reakcji alergicznych u alergików, zwłaszcza z alergią na tę rodzinę roślin (rutwica, rośliny strączkowe – groch, ciecierzycy, fasola, orzeszki arachidowe)
- Kozieradka obniża poziom cukru we krwi i stosowana w dawkach większych niż zalecane może doprowadzić do hipoglikemii u matek karmiących piersią, równocześnie chorujących na hipoglikemię. Jednocześnie może być korzystna u osób z cukrzycą
- Kozieradka jest uważana za naturalny lek na astmę, jednakże u niektórych inhalacje z mielonych nasion powodują objawy kaszlu
- Kozieradka może opóźnić wchłanianie leków, zwłaszcza przyjętych razem lub bezpośrednio po, ze względu na śluzu wytwarzane przez jej nasiona
- Kozieradka może nasilić działanie insuliny i leków przeciwcukrzycowych,
- Kozieradka może wchodzić w interakcje z lekami przeciwzakrzepowymi, inhibitorami płytek i inhibitorami

MAO, chociaż w badaniach nie wykazano zagrożenia, że względu na zawartość aminy, może nasilać ich działanie i powodować krwotoki











Źródła:

[http://pl.wikipedia.org/\[I\]](http://pl.wikipedia.org/[I])

Fenugreek Seed for Increasing Milk Supply[II]

Zdjęcie w nagłówku:

www.idaliablog.com

Wędzidełko

W jamie ustnej niemowlęcia mogą znajdować się wędzidełka. Nie każde dziecko je ma, a nie każde może utrudniać kp.

Największym problemem może być skrócone wędzidełko języka.

Skrócone wędzidełko podjęzykowe może powodować wiele problemów laktacyjnych:

1. nieprawidłowe, niewystarczająco głębokie chwytanie brodawki, a w następstwie
2. ból i macerację brodawki
3. nawracające zastoje
4. pleśniawki/grzybica
5. obkurcz naczyń
6. małe przyrosty
7. zmniejszenie podaży, poprzez nie wystarczającą stymulację i brak możliwości wyssania „całej” ilości pokarmu
8. dziecko cmoka (nie może prawidłowo zassać brodawki)
9. dziecko się krztusi
10. zaburzenia logopedyczne w późniejszym okresie związane z małą ruchliwością wargi i języka

SKRÓCONE WĘDZIDEŁKO JĘZYKA (ANKYLOGLOSJA)

Ankyloglosja to sytuacja, w której błona pod językiem jest zbyt krótka lub zbyt gruba, zwykle zanika do 13 tyg życia płodowego, ale u niektórych niemowląt zanika tylko częściowo, albo nie zanika wcale. Problem dotyka od 0,2-2% noworodków. Kiedy pojawiają się problemy z prawidłowym przystawieniem po porodzie, prawidłowym zassaniem brodawki należy dokonać diagnozy, może się zdarzyć, że dziecko nie będzie w stanie ssać piersi, ale poradzi sobie z butelką ale

są też takie dzieci, u których nawet z pobieraniem pokarmu z butelki jest problem, takie dzieci się krztuszą, lub pokarm wypływa kącikami

Skrócenie wędzidełka języka ogranicza mobilność języka, dokładnie język niemowlęcia ma ograniczony zakres ruchowy co sprawia, że dziecko nie może być prawidłowo przystawione do piersi i prawidłowo zassać brodawki z otoczką, a także skutecznie przełykać. Czasami język dziecka, nie jest w stanie utrzymać wystarczająco długo prawidłowego podciśnienia w ustach, aby zaspokoić w pełni głód (szybko się męczy), część dzieci będzie w stanie połykać tylko to mleko które samo napływa (z pełnych piersi pod ciśnieniem), ale nie będzie w stanie dalej kontynuować ssania i pobierania pokarmu, kiedy już przestanie sam wypływać.

SKRÓCONE WĘDZIDEŁKO WARGOWE

Wiele dzieci ma problem ze skróconym wędzidełkiem wargowym, czyli pojawieniem się fałdu pomiędzy wargą a zębami dziecka, następstwem może być nieprawidłowe ułożenie wargi (brak wywinięcia) i uszczelnienie, łykanie większych ilości powietrza, a to skutkuje że dzieci robią się niespokojne i cierpią na kolki gazowe.

DIAGNOSTYKA

- Kiedy dziecko płacze – czy przednia krawędź języka jest co najmniej tak wysoko, jak kąciki ust – *windowwanie języka*
- Czy kiedy włożysz palec i przesuwasz po dolne dziąsła swojego dziecka wodzi za nim językiem – *lateryzacja*
- Czy kiedy odchylasz w dół brodę dziecka i dolną wargę język pozostaje na granicy dolnych dziąseł, ewentualnie dolnej wargi – *rozszerzanie*
- Jeśli dziecko podnosi język w kierunku podniebienia, widzisz lub wyczuwasz błonę, która uniemożliwia wysokie uniesienie języka, czy błonka jest biaława ze względu na

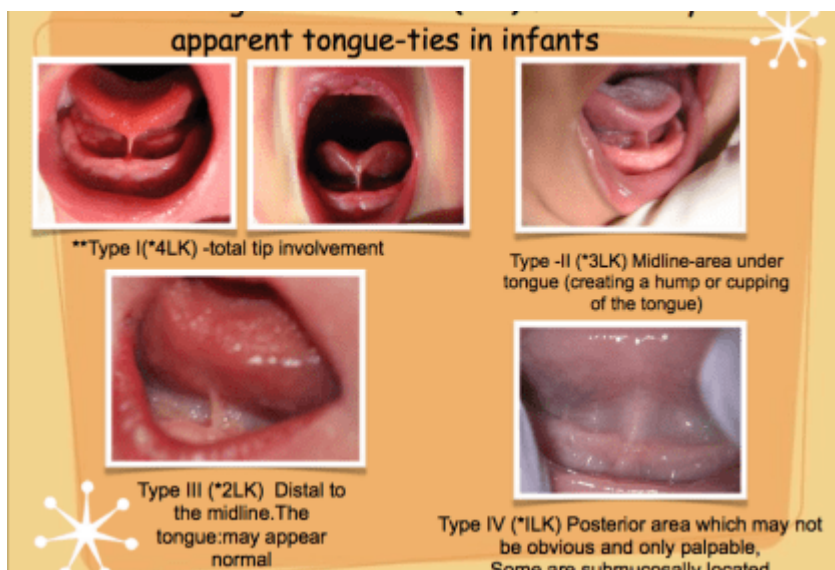
napięcie

- Jeśli odwiniesz górną wargę dziecka w kierunku nosa, widzisz lub wyczuwasz błonkę (białą ze względu na rozciąganie)

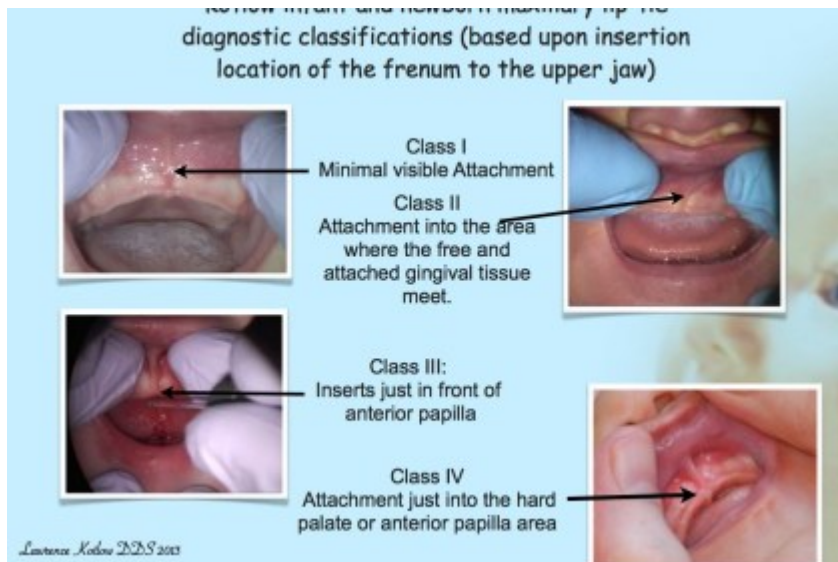
Ta lista nie zawiera pełnej lista nie zawiera pełnej oceny funkcji języka, jeśli jednak dziecko ma problem z lateryzacją i rozszerzaniem lub podnoszeniem języka może to wskazywać na skrócenie wędzidełka, warto skonsultować się z doświadczonym doradcą laktacyjnym, który dokona pełnej diagnostyki i wskaże możliwości rozwiązania tego problemu.

Examination Technique For Tongue-Tie and Lip-Tie from Bobby Ghaheri on Vimeo.

WIZUALNA KLASYFIKACJA WG DR-A KOTŁOWA



1. Type I (4LK) – całkowite skrócenie wędzidełka podjęzykowego. 2. Type II (3LK) – w środkowej linii podjęzykowej (język tworzy garb lub przykrywkę) 3. Type III (2LK) – dalsze od linii środkowej, może wyglądać normlanie 4. Type IV (1LK) – tylni obszar, który móc nie być oczywistym a jedynie wyraźnym, zlokalizowane podśluzówkowo



1. Class I – Klasa I – minimalnie zauważalny przyczep 2. Class II – Klasa II – przyczep głównie do tkanki dziąsłowej 3. Class III – Klasa III – wchodzi dokładnie przed przednią brodawką 4. Class IV – Klasa IV – przyczep do podniebienia twardego albo wcześniejszego obszaru brodawki

* kryteria oznaczania wg Kotłowa

** kryteria oznaczania konsultantów IBCLC

POSTĘPOWANIE

W wielu przypadkach wystarczy praca z konsultantem laktacyjnym,, logopedą lub doświadczonym lekarzem w celu poprawy elastyczności i przystawienia dziecka do piersi. W niektórych przypadkach zalecane jest podcięcie wędzidełka, zabieg jest bezbolesny, gdyż błonka nie jest unerwiona. W UK taki zabieg może wykonać położna podczas wizyty w przychodni, w Polsce zwykle takie dziecko kierowane jest do chirurga, który dokonuje zabiegu, niektórzy stomatolodzy dziecięcy także wykonują zabieg podcięcia wędzidełka. Jednak często stosuje się znieczulenie miejscowe, obwodowe i podaje leki uspakajające dziecku

Dysponujemy 2 metodami:

- tradycyjna przy pomocy skalpela lub nożyczek
- laserowa

Jeśli rodzice z różnych powodów nie decydują się na zabieg

podcięcia wędzidełka, powinni zostać pod ścisłą opieką logopedy i doradcy laktacyjnego (CDL) lub międzynarodowej konsultantki laktacyjnej (IBCLC). Im starsze dziecko tym lepiej będzie sobie radzić z pobieraniem pokarmu i połykaniem, wzrosną przyrosty, poprawi się laktacja, Ważne aby dziecku które nie jest w stanie opróżnić piersi, uzupełniać niedobory mleka: pokarmem odciągniętym, dawczyni ostatecznie mieszanką, aby zapewnić prawidłowy rozwój i przyrosty.

Zabieg może jednak spektakularnie poprawić komfort karmienia, podaż mleka oraz przyrosty, zwłaszcza jeśli wykonany jest w pierwszych tygodniach życia, dziecko szybciej uczy się nim operować w pełni, dlatego zawsze warto rozważyć wykonanie zabiegu przy dużej nieruchomości języka.

Tak czy inaczej większość przypadków skróconego wędzidełka cofa się samoczynnie do końca 1 roku życia, W ekstremalnych przypadkach, może jednak nie cofnąć się na tyle by nie spowodować zaburzeń logopedycznych w wymawianiem głosek przy **wędzidełku językowym: sz, ż, cz, dż, r, ł**, ponadto może pojawić się seplenienie głosek: **s, z, c, dz, t, d, n**, przy **wędzidełku wargowym: p, b, m**.

Źródła:

<http://www.kiddsteeth.com/>

<http://santabarbaralactation.com/>

<http://www.breastfeedingbasics.com/>

<http://drghaheri.squarespace.com/>

<http://tonguetie.net/>

0 ssaniu piersi, palca,

smoczka i innych substytutów

WAŻNE

NINIEJSZY ARTYKUŁ NIE STANOWI PRYZWOLENIA
DO PODAWANIA SMOCZKA

**NIEMOWLĘ POTRZEBĘ SSANIA POWINNO ZAWSZE MIEĆ
ZASPAKAJANĄ POPRZECZ PODANIE PIERSI MAMY
DZIECKU KARMIONEMU PIERSIĄ NIE POTRZEBA
ŻADNYCH SUBSTYTUTÓW**

Niemowlę zostało stworzone tak, by swoje potrzeby zaspakajać poprzez ssanie. Nie chodzi tylko o picie i jedzenie, ale wszelkie potrzeby takie jak bezpieczeństwo, nuda, senność, **ideałem jest aby na te wszystkie potrzeby zawsze gotowości czekała pierś mamy**. Ma to kolosalne znaczenie dla prawidłowego przebiegu laktacji, dla rozwoju aparatu mowy i zębów, dla prawidłowych przyrostów. Nie zaleca się wprowadzania nic poza piersią przez co najmniej pierwsze 3-4 tyg, a najlepiej 6-8 tyg od porodu [Kelly Bonyata, IBCLC], ale co jeśli tak się nie da?

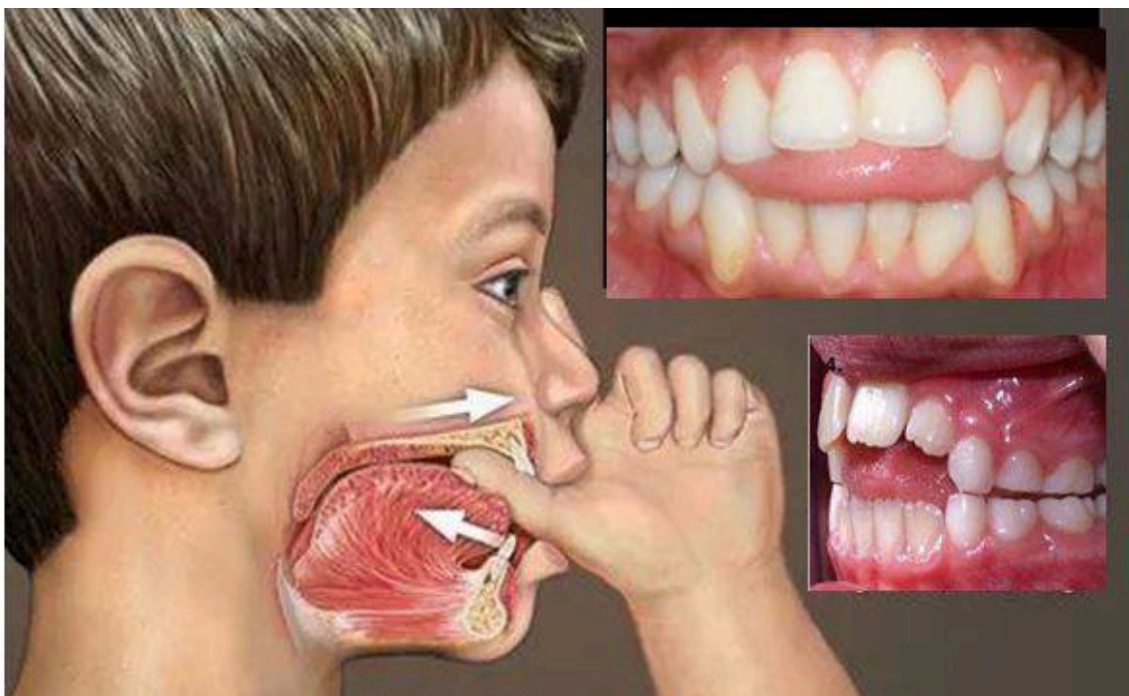
Są sytuacje, w których pierś nie może zaspokoić wszystkich potrzeb.

Jest grupa dzieci, która po najedzeniu się z piersi, nie chcą kontynuować ssania piersi nie żywnościowo, wypluwają i zaczynają ssanie palca, próby podania piersi kończą się nerwowym odpychaniem i próbą włożenia sobie kciuka do ust, starsze dzieci też ssą np. pieluszkę.

Nawykowe ssanie kciuka może się przedłużyć nie tylko na okres ssania piersi mamy, ale na wiele lat i być poważnym problemem w przyszłości a nawet w dorosłości (nieświadome ssanie palca przez sen).

No cóż niektórzy uważają, że jest to dobre rozwiązanie, i gdyby nie stawało się problemem patologicznym – przedłużonym pewnie by tak było, ale problemem jest to, że częste i **nawykowe ssanie (nie mylić z rozwojowym wkładaniem rączek do buzi ok 3-go miesiąca życia)** kciuka może prowadzić do wielu problemów:

- do zniekształceń w obrębie podniebienia twardego prowadzącego do zaburzeń logopedycznych
 - do zniekształceń zgryzu i potrzeby leczenia ortodontycznego
 - do maceracji skóry palca, czasami także nosa w okolicy oczu (palcem wskazującym)
- im wcześniej się je wyeliminuje tym jest mniejsza szansa na zaburzenia.



Polski Związek Logopedów

*Jedną z konsekwencji długotrwałego ssania smoczka lub kciuka może być utrwalenie się u dziecka **niemowlęcego sposobu połykania**. Jest to połykanie z językiem ułożonym na dnie jamy*

ustnej. Wykonuje on ruchy wyłącznie w kierunku przód-tył. Wraz z prawidłowym rozwojem dziecka, język w trakcie połykania powinien zmienić swoje ruchy i unosić się w kierunku podniebienia. (...)

ne znaczenie ma także słabszy rozwój mięśni narządów artykulacyjnych. **Zmniejsza się napięcie mięśni warg**, co w późniejszym okresie utrudnia wymowę głosek p, b, m, w, f. Znacznie **obniża się sprawność języka**. Dziecko ma poważne problemy z uniesieniem go i realizacją głosek ś, ź, ć, dź, sz, ż, cz, dż, ł, r.

Język, który spoczywa na dnie jamy ustnej i porusza się wyłącznie w kierunku przód – tył, ma tendencję do wsuwania się między zęby. W ten sposób powstaje jedna z bardzo częstych wad wymowy, czyli **seplenienie międzyzębowe**. Najczęściej zaburzona jest wówczas realizacja głosek s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż, a czasem także t, d, n.

Dzieci, które długotrwale ssą smoczek lub kciuk narażone są także na wady zgryzu oraz deformacje podniebienia. Do najczęstszych wad zgryzu należy **tyłozgryz**, czyli cofnięcie dolnej szczęki w stosunku do górnej i wysunięcie do przodu górnych siekaczy. Powoduje to zmianę brzmienia głosek s, z, c, dz, które przypominać mogą sz, ź, cz, dż. Kolejnym zagrożeniem jest **zgryz otwarty**, który charakteryzuje brak łączenia się zębów szczęki dolnej z zębami szczęki górnej w odcinku środkowym lub bocznym. Język dziecka wsuwa się wówczas w powstałą szparę powodując wspomniane już wyżej seplenienie międzyzębowe.[1]

SMOCZEK I KARMIENTE PIERSIĄ

SSANIE PALCA, PIELUSZKI CZY SMOCZKA JEST ROZWIĄZANIEM, KTÓREGO NALEŻY BEZWZGLĘDNIE UNIKAĆ, ALE KIEDY JUŻ ZAJDZIE TALKA POTRZEBA

**NAJBEZPIECZNIEJSZYM ROZWIĄZANIEM JEST SMOCZEK,
KTÓREGO JEDNAKŻE NIE NALEŻY UŻYWAĆ NADMIERNIE, A
JEDYNNIE W OSTATECZNOŚCI,**

PODSTAWĄ ZAWSZE JEST PODANIE PIERSI

Kiedy uzasadnione jest podanie smoczka?

- kiedy dziecko ssie kciuk (lub inny palec) – w przeciwieństwie do smoczka, który można po prostu zabrać, z oduczeniem ssania palca jest już problem
- kiedy dziecko płacze w foteliku samochodowym – wyjmowanie go i wożenie na rękę, karmienie w foteliku z piersią nad dzieckiem są absolutnie niedopuszczalne i bardzo niebezpieczne

Jednakże należy pamiętać że ssanie palca, smoczka czy pieluszki może powodować:

- zaburzenie odruchu ssania
- skłonność do zapalenia ucha lub pleśniawek
- zaburzenia laktacji (zwłaszcza w pierwszych tygodniach)
- zmniejszone przyrosty masy ciała
- alergię na lateks

**NALEŻY DĄŻYĆ ABY PIERŚ BYŁA JEDYNYM SPOSOBEM
ZASPAKAJANIA POTRZEBY SSANIA U DZIECKA**

*Czy smoczki zawsze są złe? Nie
Czy smoczki czasami są złe? Tak*

Powinny być one tak powszechne, jak są?

*Jeśli zdecydujesz się na używanie
smoczka,*

*pamiętaj żeby nie zastępował pokarmu dla
ciała i umysłu,
i używaj go ostrożnie.
[Diane Wiessinger, MS, IBCLC]*

A CO JEŚLI SSIE NAWYKOWO?

Jeśli dziecko ma już kilka miesięcy i ssie już bezwiednie (nawykowo) palec, pomóc może specjalna nakładka na kciuk dostępna w 2 rozmiarach lun na pozostałe palce.



FingerGuard



Dr Thumb

Źródła:

[http://ulogopedy.pl/\[I\]](http://ulogopedy.pl/[I])

<http://fotelik.info/>

<http://kellymom.com/>

<http://www.askdrsears.com/>

<http://www.normalfed.com/>

Obrazek w nagłówku:

baby-recipes.com

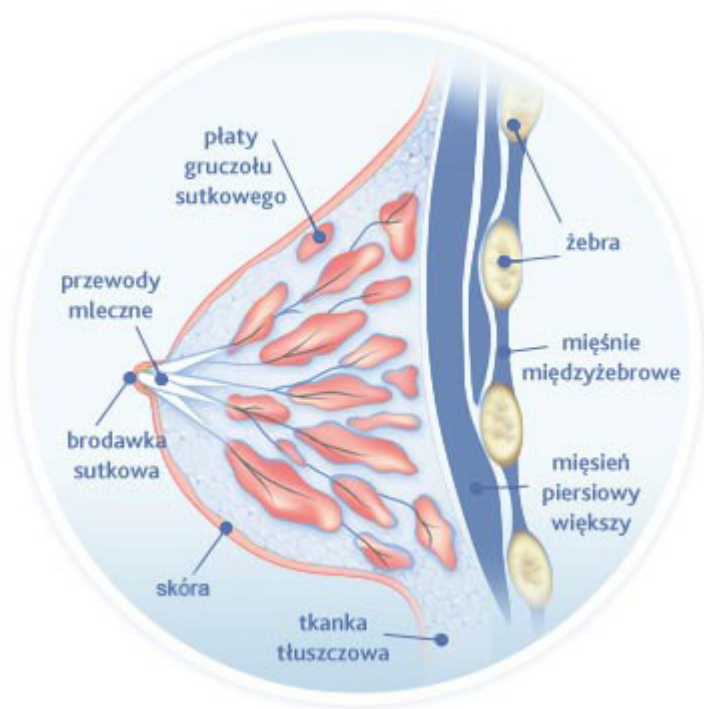
Budowa gruczołu sutkowego

(piersi), fizjologia i stabilizacja laktacji

BUDOWA SUTKA

Wielkość gruczołu piersiowego, zależna od ilości tkanki tłuszczowej, nie wpływa na zdolność wytwarzania mleka. Osie piersi biegną nieco rozbieżnie do przodu. Na szczycie piersi, nieco poniżej środka wystaje mały stożkowaty twór – **brodawka piersiowa** stercząca ku górze i do boku. Dokoła niej znajduje się **otoczka piersi**. Brodawka i jej otoczka zwracają uwagę swym ciemniejszym zabarwieniem powstałym wskutek nagromadzenia się melaniny w naskórku. W okresie ciąży i karmienia piersią zabarwienie staje się intensywniejsze. Po zaprzestaniu karmienia pigmentacja zmniejsza się, ale nigdy nie wraca do stanu sprzed pierwszej ciąży. Skóra brodawki piersiowej jest nieco pofałdowana wskutek występowania w niej drobnych brodaweczek stanowiących ujścia **przewodów mlecznych**. Powierzchnia otoczki piersiowej też nie jest gładka – drobne wzniesienia w jej obrębie to gruczoły apokrynowe łojowe (gruczoły otoczki) tzw. **gruczoły Montgomery'ego** ze swymi ujściami.

Gruczoł piersiowy składa się ze stożkowatych płatów. Płaty utworzone są natomiast z płacików, które są skupiskami pęcherzyków mlecznych. Łącznotkankowe więzadła Coopera tworzą zrąb podtrzymujący tkankę gruczołową i tłuszczową.

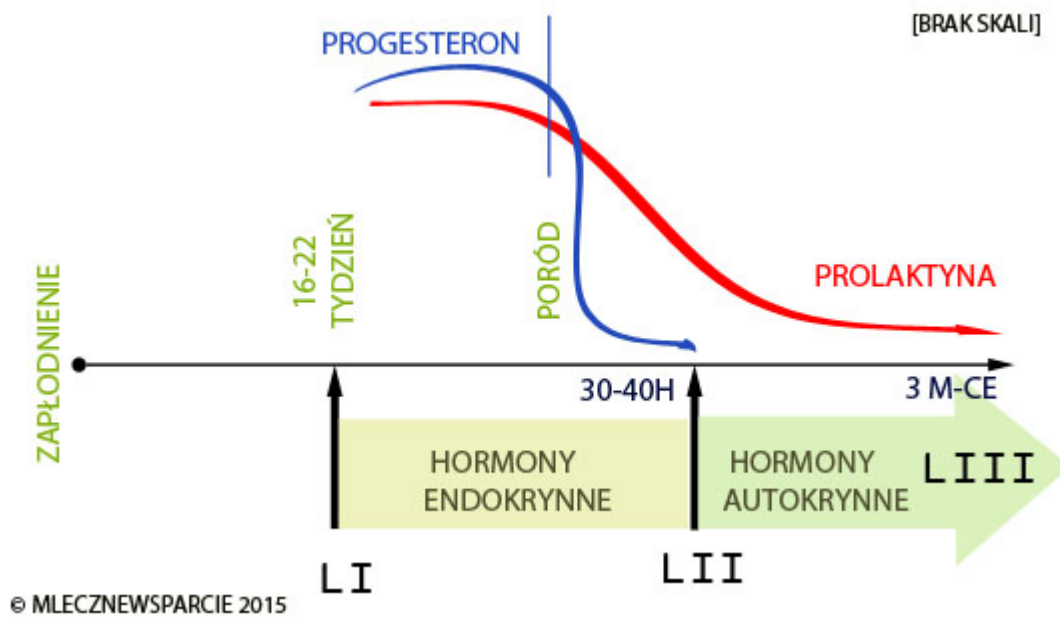


Proces laktacji jest regulowany na trzech poziomach:

- **hormonalnym (LI)** – zależny od hormonów wydzielanych przez gruczoły endokrynne i łożysko; odpowiedzialny za dojrzewanie gruczołu piersiowego już w okresie dojrzewania, następnie w czasie ciąży i uruchomienie laktacji po porodzie, prawidłowa gospodarka hormonalna wpływa na laktację przez cały czas jej trwania (niedorozwój tkanki gruczołowej w okresie dojrzewania, spowodowany zaburzeniami hormonalnymi, może wpływać na trudności w rozpoczęciu i kontynuacji karmienia piersią, w takiej sytuacji mama potrzebuje dodatkowego profesjonalnego wsparcia)
- **neurohormonalnym (LII)** – zależny od odruchów prolaktynowego i oksytocynowego; odpowiedzialny za stymulację laktacji w pierwszych tygodniach po porodzie i utrzymanie wytwarzania pokarmu
- **autokrynnym (LIII)** – umożliwia regulowanie produkcji pokarmu zależnie od stopnia opróżnienia lub przepełnienia gruczołu[I]

Schemat poniżej przedstawia proces produkcji pokarmu i

etapy laktogenezy



Około 16-22 tyg ciąży rozpoczyna się pierwszy etap produkcji pokarmu – kolostrum (LI – laktogeneza I), poziom pokarmu – siary jest mniej więcej stały jego ilość wzrasta ok 30-40 godzin po porodzie, mamy wówczas do czynienia z nawałem mlecznym – obrzęk fizjologiczny. W okresie LI jeszcze nie działa regulacja popyt – podaż, produkcja jest napędzana poprzez wewnętrzną kontrolę hormonalną. W II połowie ciąży pomimo produkcji siary, wysoki poziom progesteronu blokuje wydzielanie pokarmu. w chwili porodu następuje nagły spadek hormonów: estrogenu, progesteronu oraz poziomów HPL, to nagłe obniżenie poziomu progesteronu przy wysokim poziomie prolaktyny odblokowuje wydzielanie pokarmu i obfitą produkcję pokarmu, chociaż badania pokazują, że produkcja pełną parą rusza ok 30-40 po porodzie matki zwykle to odczuwają dopiero ok 50-72 godzin po porodzie (2-3 doba).

Etapy LI i LII są kierowane hormonalnie, niezależnie od woli matki i pojawiają się zawsze bez względu na to czy matka piersią karmi czy też nie.

Moment LII jest przełącznikiem do uruchomienia docelowego

procesu Laktogenezy III sterowanej przez zależność popytu i podaży i stabilizacji laktacji, oznacza to, że produkcja jest w pełni sterowana zewnętrznie poprzez opróżnianie piersi, Im piersi są częściej opróżniane tym szybciej produkowane są nowe porcje pokarmu, im rzadziej tym pokarmu jest mniej. Oczywiście są sytuacje kiedy problemy hormonalne u mamy mogą zakłócić produkcję pokarmu, wiemy że insulina, tyroksyna i kortyzol są również zaangażowane w produkcję pokarmu, ale do dziś nie poznano w pełni tej zależności, obecny stan wiedzy mówi, że mamy z insulinoopornością, zaburzeniami pracy tarczycy czy zespołem policystycznych jajników, mogą mieć problemy z podażą pokarmu, to w normalnych warunkach ustabilizowanej laktacji, nie mają tak dużego znaczenia i produkcja pokarmu będzie kontynuowana, tak długo, jak dziecko będzie ssało piersi mamy.

Czynniki mogące opóźnić laktogenezę II:

OKOŁOPORODOWE:

- cięcie cesarskie
- stres
- znieczulenie zewnątrzoponowe
- nie całkowite oczyszczenie macicy (resztki łożyska)

ZE STRONY MATKI

- otyłość (wskaźnik masy ciała BMI powyżej 27)
- cukrzyca typu I (insulinozależna)
- nadciśnienie tętnicze
- zaburzenia pracy tarczycy

ZE STRONY DZIECKA

- masa urodzeniowa powyżej 4,5 kg
- wcześniactwo
- wady wrodzone u dziecka
- inne choroby

Odruch wytwarzania pokarmu (prolaktynowy)



Odruch prolaktynowy Rys. K. Flasińska-Rubik

Ssanie piersi przez dziecko pobudza zakończenia nerwów czuciowych znajdujących się w brodawce. Bodziec ten przekazuje informację do przysadki mózgowej i powoduje uwalnianie prolaktyny z przedniego płata przysadki mózgowej. Komórki wyścielające pęcherzyki w gruczołach piersiowych syntetyzują pod wpływem prolaktyny mleko z prekursorów pochodzących z krwi matki, a następnie wydzielają je do światła pęcherzyków.

Odruch wypływu pokarmu (oksytocynowy)



Odruch oksytocynowy, Rys. K. Flasińska-Rubik

Mleko zgromadzone w piersi nie wypływa natychmiast. Ssanie przez dziecko jest bodźcem, który wyzwała wydzielanie oksytocyny z tylnego płata przysadki mózgowej. Oksytocyna, drogą naczyń krwionośnych, dociera do gruczołu, gdzie powodując skurcz komórek mioepitelialnych oplatających pęcherzyki i przewody mleczne, pozwala na wypływ mleka. Uruchomienie wypływu mleka jest niezbędne do opróżnienia piersi i nakarmienia dziecka. Moment uruchomienia wypływu łatwo jest rozpoznać po wyraźnej zmianie rytmu ssania u dziecka. Część kobiet odczuwa wypływ mleka jako mrowienie, rozpieranie w piersi. O ile odruch prolaktynowy uruchamiany jest tylko przez ssanie lub odciąganie pokarmu, to odruch oksytocynowy może być wywołany przez inne bodźce, np. wzrokowe czy słuchowe np. widok, płacz, wspomnienie dziecka. W pierwszych tygodniach po porodzie obserwowane jest wypływanie mleka z drugiej piersi podczas karmienia, a także samoistne wypływy mleka pomiędzy karmieniami. [I]

Właśnie dlatego sprawdzanie ilości mleka w piersiach nie jest wyznacznikiem, laktatora nie darzy się miłością, więc nie ma odruchu oksytocynowego i wypływu mleka. Piersi pełne, a

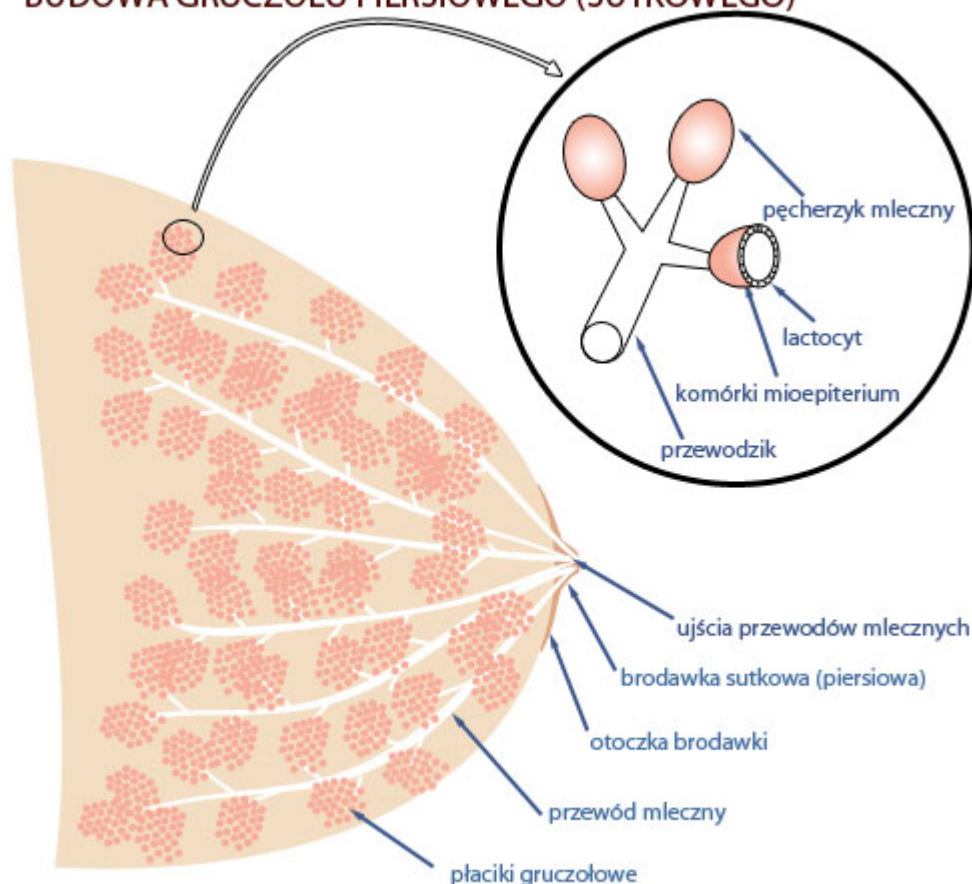
laktator pusty.

Lokalna lub autokrynną regulacja laktacji jest związana z pojawianiem się w przepełnionej piersi czynnika hamującego wytwarzanie pokarmu. Im dłużej pierś pozostaje przepełniona, tym bardziej zwalnia się szybkość syntezy mleka; i odwrotnie: im częściej i dokładniej pierś jest opróżniana, tym intensywniej wytwarzane jest mleko.

Dlatego właśnie wydłużanie przerw pomiędzy karmieniami przynosi odwrotny skutek i spowalnia laktację ciągłe ssanie piersi pobudza laktację i pobudza intensywnie produkcję pokarmu.

NAJNOWSZE BADANIA NA TEMAT PRODUKCJI POKARMU

BUDOWA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO (SUTKOWEGO)



© MLECZNE WSPARCIE 2015

Pokarm zawiera niewielkie białka serwatkowe FIL (Feedback Inhibitor of Lactation), pełniące funkcję blokera zwrotnego produkcji pokarmu, rolą FIL wydaje się jest wysyłanie informacji zwrotnej kiedy piers jest pełna i zatrzymaniu (zwolnieniu) syntezy mleka w pęcherzykach mlecznych. Produkcja pokarmu znacząco zwalnia kiedy duża ilość czynnika FIL zgromadzi się w piersiach. Kiedy spada poziom czynnika FIL produkcja przyspiesza, a dzieję tak, gdy dzicko zostanie nakarmione.

PROLATYNA

Kolejnym czynnikiem niezbędnym do syntezy pokarmu jest hormon prolaktyny. Na ściankach pęcherzyków mlecznych znajdują się receptory prolaktynowe, które odbierają sygnały o jej obecności we krwi i wysyłają informację do laktocytów do rozpoczęcia syntezy składników pokarmu, kiedy pęcherzyki wypełnią się mlekiem, receptory zostają zablokowane i produkcja zatrzymana. Usunięcie mleka z piersi odblokowuje receptory i produkcja rusza od początku.

Przypuszcza się, że częste przystawienia dziecka do piersi w pierwszych tygodniach i częste opróżnianie zwiększa ilość receptorów a tym samym poprawia produkcję pokarmu.

OBA CZYNNIKI POTWIERDZAJĄ TO DOTYCHCZASOWE BADANIA:



PEŁNE PIERSI = WŁONIEJSZA PRODUKCJA POKARMU



PUSTE PIERSI = SZYBSZA PRODUKCJA POKARMU

© MLECZNE WSPARCIE 2015

ZAWARTOŚĆ TŁUSZCZU

Badania wskazują, że jest ścisła zależność pomiędzy ilością pokarmu w piersiach a zawartością tłuszczu w mleku, a nie od pory dnia czy okresu karmienia.

Im mniej pokarmu w piersiach, tym jest on bardziej tłusty

Kiedy dziecko ssie często i długo, co nie pozwala napełnić się piersiom wbrew potocznym opiniom, mama w tym czasie ma najwyższy poziom produkcji mleka, gdyż właśnie wtedy piersi pracują na najwyższych obrotach mała ilość czynnika FIL + wysoki poziom prolaktyny (przypuszczalnie namnażanie się receptorów wpływa na wydajność produkcji) oraz właśnie takie wielogodzinne ssania sprawia że dzieci dostają najtłuszciesze, najbardziej odżywcze mleko, a nie jak wiele osób uważa słabe, chude i mało wartościowe

JAK ZMIENIĆ PODAŻ POKARMU W CIĄGU DNIA?

Do tej pory naukowcy uważali że największa produkcja pokarmu jest w godzinach porannych, zaś najmniejsza w wieczornych, jednocześnie poziom tłuszczu stopniowo wzrasta w ciągu dnia,

ale jeśli weźmie się pod uwagę typowy rytm dobowy dłuższe przerwy w nocy i częste ssania (zwłaszcza po całym dniu wrażeń) to wyraźnie widać zależność z FIL, prolaktyną i zawartością tłuszczu w mleku.

PAMIĘĆ POJEMNOŚCI

Kolejnym czynnikiem wpływającym na ilość produkowanego pokarmu jest tzw: „pamięć pojemności”, to nic innego jak zapisana informacja o tym ile pokarmu było wyprodukowane i ile zostało wyssanie, w ten sposób piersi planują produkcję, dostosowując do bieżącego zapotrzebowania, informacje te są aktualizowane na bieżąco. Czynnikiem nie zależnym od matki i dziecka jest indywidualna fizjologiczna pojemność piersi. Pamięć pojemności nie jest zależna od rozmiaru, chociaż mamy o dużym biuście mogą mieć większą pojemność przechowywanego pokarmu, niezależnie od pojemności mamy z dużymi i małymi piersiami mogą produkować podobnie duże ilości pokarmu. Różnica jest taka, że mama o pojemności większej może pozwolić sobie na dłuższe przerwy, zaś ta o małej pojemności będzie musiała karmić częściej aby dostarczyć te samą ilość pokarmu.

POKARM PRODUKUJE SIĘ W INDYWIDUALNYM TEMPIE W ZALEŻNOŚCI OD POJEMNOŚCI PIERSI I STYLU ŻYWIENIA DANEGO DZIECKA, WRAZ ZE WZROSTEM ILOŚCI POKARMU W PIERSIACH STOPNIOWO ZWALNIA PRODUKCJA, DLATEGO NAJLEPSZYM SPOSOBEM NA PODNIESIENIE PRODUKCJI JEST NIEDOPUSZCZENIE DO ZALEGANIA POKARMU W PIERSIACH

1. opróżniaj piersi tak często jak to możliwe przystawiając dziecko lub odciągając pomiędzy karmieniami
2. opróżniaj piersi dokładnie podczas każdego karmienia / odciągania

W jaki sposób skutecznie opróżnić piersi?

- upewnij się że dziecko ssie efektywnie i jest przystawione prawidłowo
- podczas karmienia masuj piersi i skorzystaj z techniki kompresji
- nie zmieniaj piersi, zanim nie upewnisz się, że dziecko wyssało wszystko przed podaniem drugiej piersi
- ściągaj pokarm po karmieniu, jeśli dziecko nie zjadło wszystkiego

Źródła:

Centrum Nauki o laktacji, Anatomia i morfologia gruczołu piersiowego[I]

<http://kellymom.com/>

Zdjęcie w nagłówku:

www.beautifulbreastfeeding.com

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 objęcie 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,
 - wydaliny,
 - wydzieliny,
 - 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, położu 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

Kto pomoże Ci po porodzie w karmieniu piersią?

UWAGA:” Na podstawie „The Womanly Art of Breastfeeding”- stan w USA, pomimo adaptacji może się różnić od realiów w Polsce.

Kto?	W jaki sposób może mi pomóc w karmieniu piersią?	Co trzeba zapamiętać?
Liderka La Leche League http://www.llli.org/ http://www.lllpolska.org/	NIEMEDYCZNE, PROFESJONALNE WSPARCIE LAKTACYJNE DZIĘKI WIELOMIESIĘCZNEMU SZKOLENIU Osobista i telefoniczna pomoc, spotkania znajdowanie informacji i rozwiązań	Jest doświadczoną karmiącą mamą, nie zawsze ma wykształcenie medyczne może cię pokierować do osób z wykształceniem medycznym, lub innych miejsc w waszej okolicy

Lekarz – położnik	Minimalizuje interwencje, dba o to abyś była blisko ze swoim dzieckiem	Ma niewielkie lub żadne przeszkolenie we wsparciu laktacyjnymmoże mieć ukończone kursy laktacyjne
Położna szpitalna	Przyjmuje poród fizjologiczny i dba o ciągłą bliskość mamy i dziecka	Ma podstawowe przeszkolenie we wsparciu laktacyjnym. W zależności od szkoły i indywidualnej ścieżki doksztalcania się można zapewnić mamie pomoc i wsparcie w przystawianiu do piersi i nauce karmienia piersią.
Doula http://www.doula.org.pl/ http://www.dona.org/	Wykształcona i doświadczona zwykle w swoim macierzyństwie kobieta, zapewniająca ciągłe niemedyczne, fizyczne, emocjonalne i informacyjne wsparcie dla matki i rodziny na czas ciąży, porodu i po porodzie.	Zwykle przeszkolona w podstawach karmienia piersią, Niektóre mają dodatkowe szkolenia z zakresu karmienia piersią Zwykle są matkami, ale nie zawsze
Pielęgniarka szpitalna	Dba o bliskość mamy i dziecka	Ma niewielkie lub żadne przeszkolenie we wsparciu laktacyjnym, może mieć ukończone kursy laktacyjne
Pediatra/Neonatolog	Dba o bliskość mamy i dziecka	Ma niewielkie lub żadne przeszkolenie we wsparciu laktacyjnym, może mieć ukończone kursy laktacyjne

Doradca laktacyjny, edukator, specjalista, itp promotor karmienia piersią http://www.kobiety.med.pl/cno1/	Może pomóc z podstawowymi problemami w laktacji	Nie muszą mieć certyfikatów (wyj. PKP) w rozumieniu przepisów, zwykle mamy z własnym doświadczeniem i/lub po kursach doszkalających, nie mają zwykle wykształcenia medycznego Niektórzy mogą mieć małe lub żadne doświadczenie we wspieraniu mam
Międzynarodowy Certyfikowany Konsultant Laktacyjny (IBCLC), http://iblce.org/ http://laktacja.org.pl/ Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL) http://www.kobiety.med.pl/cno1/	PROFESJONALNE PRZYGOTOWANIE DO WSPARCIA LAKTACYJNEGO Doświadczone i certyfikowane do wspierania w karmieniu piersią w tym w trudnych i skomplikowanych przypadkach dzięki wielu szkoleniom i setkom godzin praktyk.	Mogą nie mieć dzieci lub nie karmić piersią. Mają wykształcenie medyczne lub pokrewne: (lekarz, pielęgniarka, położna, psycholog, logopeda etc)

Szczegółowe informacja na temat gdzie szukać pomocy laktacyjnej w Polsce znajdziesz w artykule: **WSPARCIE LAKTACYJNE W POLSCE**

Ponieważ ciągle pojawiają się zarzuty, że doula nie jest od karmienia piersi i wchodzi w kompetencje położnej:

**Pojęcie doula (w starożytnym języku greckim oznaczające służącą) pojawiło się po raz pierwszy pod koniec lat 60-tych w Stanach Zjednoczonych w książce antropolożki Dany Raphael i określało doświadczoną w swoim macierzyństwie kobietę, która wspiera młodą matkę w karmieniu piersią i opiece nad noworodkiem.[1]*

Źródła:

<http://www.doula.org.pl/>

<http://iblce.org/>

Bibliografia:

La Leche League, „The Womanly Art of Breastfeeding”, Diane Wiessinger, Diana West, Teresa Pitman, wyd. Ballantine Books, New York 2010, [str 25-26]

Zdjęcie:

balancedbreastfeeding.com

Opalanie

Dni coraz cieplejsze, wkrótce zechcesz skorzystać ze słońca, lub chociaż lekko przyciemnić swoją skórę, czy opalanie się jest bezpieczne, czy można korzystać z kąpeli 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 наносzonych 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 głównie promieniowanie UVA (ono też odpowiada za poparzenia słoneczne), natomiast za efekt długotrwały UVB (odpowiada za rumień, który znika



zamieniając się w opaleniznę).

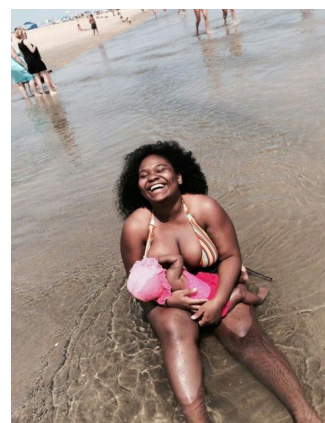
Efekt opalania jest znacznie trwalszy (skóra jaśnieje tygodniami (solarium) do miesiący(słońce) gdyż do zmian dochodzi głębiej, w przeciwieństwie do samoopalaczy, które zmieniają jedynie zabarwienie najbardziej zewnętrznej warstwy naskórka, który szybko się złuszcza.

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, więc powiem tylko **opalajcie się z głową i rozsądnie**.

Promieniowanie UV (tak to pochodzące ze słońca, a zwłaszcza to z solarium uszkodza 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 ekspozować brodawek, odradzam opalanie TOP-LESS
2. W solarium używamy zwilżonych płatków kosmetycznych, którymi osłaniamy brodawki (dają ochronę termiczną, 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 liżnięta słońcem, a nie spieczona i niewysuszona na skwarę, 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 dłuższej 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 wchodzi w reakcje w skórze, inna nazwa to filtry fizyczne, działają na zasadzie lustro, 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 paraaminobenzoowy (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 cytrynowego.** Związki tego typu w znacznym stopniu zastąpiły PABA i jego pochodne. Parsol MCX (ester 2-etoksyowy kwasu 4-metoksycytrynowego)

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 cytrynowego 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 także 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 cytrynowego 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.[1]

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 ciepłą. Zmienia się przy tym, odwracalnie, ich struktura chemiczna. Gdy przechodzą ponownie do formy wyjściowej, uwalniają energię ciepłą. 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 (Avobenzene) (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 Persistent 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 właściwości promieniochronne substancji naturalnych, spodziewano

się, że zastępują 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 wyzwała 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.wydawnictwopzwł.pl>

<http://www.srokao.pl/2012/06/naturalne-filtry.html>

o filtrach ogólnie: przeczytać 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/filtry-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;

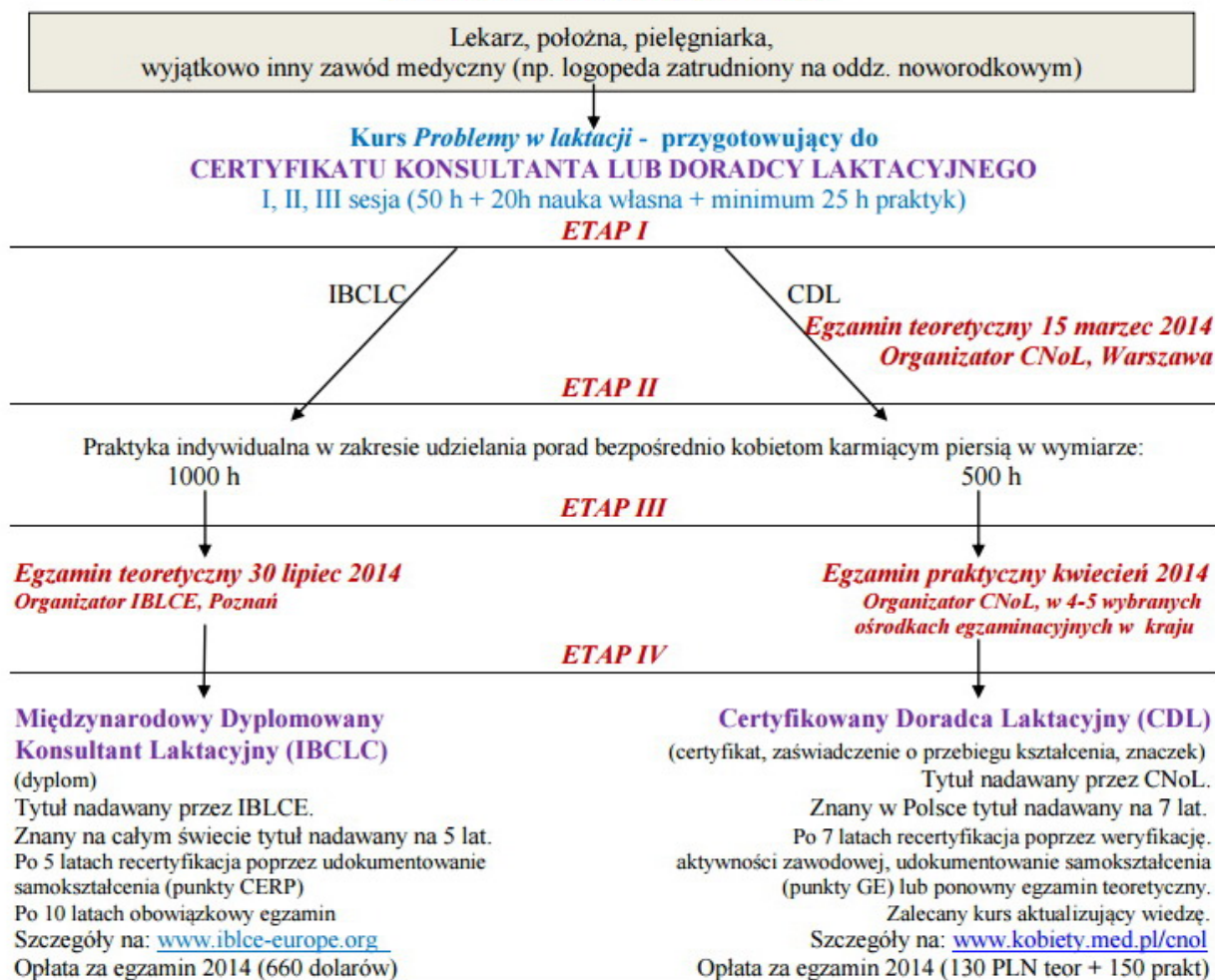
- Certyfikacja IBCLC zajmuje się IBLCE – International Board of Lactation Consultant Examiners <http://iblce.org/>.

ŚCIEŻKI EDUKACJI LAKTACYJNEJ 2013/2014

POZIOM II WIEDZY O LAKTACJI*



POZIOM III WIEDZY O LAKTACJI*



*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>

Numerы 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 usług 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 odpowiednikowi 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 ogólnosiwiatowa 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: licensedibcllc.com