

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, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa (także w przypadku świadczeń realizowanych w formie grupowej),

b) wizyty w edukacji przedporodowej realizowane są przez położną poz, począwszy 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 ciężarna 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 niefarmakologicznych 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

0 karmieniu noworodka

Ostatnio narosło trochę nieprawd, ze skrajności budzenia dzieci na karmienie o określonych godzinach, do odwrotnej, totalnego nie budzenia.

Więc może trochę wyjaśnień. Nie budzimy zdrowych niemowląt, które dobrze przybierają na wadze. Dla ścisłości niemowlę to dziecko, które żyje na świecie dłużej niż 28 dni.

Sprawa inaczej wygląda w przypadku dzieci z przedłużającą się żółtaczką, w tym przypadku regularne karmienia są niezwykle ważne, dla prawidłowego przebiegu procesu wypłukiwania bilirubiny, czy niemowląt z hipotrofią, gdzie ważne są prawidłowe przyrosty.

NOWORODEK

To wyjątkowy okres w życiu, pierwsze 28 dni życia pozamacicznego. W macicy dziecko mało stałe dostawy substancji ożywczych, dzięki temu mogło prawidłowo się rozwijać. Noworodek ma niezwykle mały żołądek więc **MUSI** jeść często, nie ma opcji przerw na spanie kilka godzin, w dzień przerwy nie mogą być dłuższe niż 2h, a w nocy 3-4h. Jest to zasada absolutnie bezdyskusyjna. Noworodek optymalnie jeśli będzie jadł często nawet 12-15x/dobę, 10x to absolutne minimum.

DLACZEGO?

W tym okresie dziecko jest najbardziej niestabilne w całym swoim życiu, w macicy za regulację wielu procesów odpowiadała mama i łożysko, teraz te niedojrzałe procesy organizm uczy się regulować samodzielnie. Potrzebuje do tego ciągłej bliskości matki, jej oddalenie się może prowadzić do przedłużonych

okresów snu, a te znowu do spadku poziomu glukozy, niski poziom glukozy znowu wyłącza układ nerwowy autonomiczny, czyli ten niezależny od woli, co może doprowadzić do śpiączki a nawet śmierci noworodka.

Dlatego właśnie „wiszenie” dziecka przy piersi jest tak ważne w pierwszym miesiącu życia. Ciągły kontakt skóra do skóry, oddech matki i bicie jej serca pozwalają regulować się niedojrzałym układom noworodka.



www.generationnext.com.au

Odkładanie noworodka do łóżeczka jest więc niebezpieczne dla jego zdrowia i życia, tak jak pozwalanie mu na długie spanie, zwłaszcza w drugim pokoju. Ta ciągła potrzeba kontaktu jest uwarunkowana genetycznie i ewolucyjnie i nie jest niczym nienaturalnym, jest jednym z mechanizmów, które zapewniły nam przetrwanie gatunku przez wieki. Nasze mózgi, a więc też naszych dzieci niewiele różnią się od mózgów sprzed 150 000 lat, kiedy prowadziliśmy koczowniczy tryb życia, narażeni na niebezpieczeństwa.

Co jeszcze się dzieje, kiedy dziecko jest w ciągłym bliskim kontakcie z matką? Nie tylko regulują się jak wcześniej wspomniałam układy oddechowy, krążenia, nerwowy, ale przede wszystkim dziecko śpi płytko, bliski kontakt, zwłaszcza skóra do skóry, powoduje że dziecko wyczuwa zapach matki i jej piersi, a to znowu powoduje płytki sen i częste wybudzanie na karmienie, optymalnie jeśli dziecko śpi przy piersi, tak to

kolejny powód, żeby nie podawać smoczka.

ALE WIĘC CZĘSTE KARMIENIE JEST WAŻNE

Najważniejszy jest wspomniany poziom glukozy we krwi. Jeśli noworodek ma tak mały żołądek jak wspomniałam, więc porcje pokarmu jakie przyjmuje są niewielkie, a więc niezwykle łatwo doprowadzić to zaburzeń gospodarki węglowodanowej i spadku poziomu glukozy, częste karmienie niweluje to zagrożenie i pozwala utrzymywać stały poziom glukozy.

Komórki organizmu do pracy potrzebują przede wszystkim glukozy i tlenu (oddychanie tlenowe zachodzi w większości komórek w ciele), niedobór glukozy powoduje zwolnienie metabolizmu i procesów zachodzących w mózgu, aby ochronić mózg przed uszkodzeniem, a to powoduje odłączenie układu nerwowego i problem z wybudzeniem i nakarmieniem, dlatego właśnie lepiej zapobiegać, niż potem się martwić.

KIEDY NAKARMIĆ?

Nie da się karmić za często. Karmimy przy pierwszych oznakach głodu: ruszanie językiem, ruszanie ustami, wkładanie rąk do ust, wiercenie się. Powinno zostać nieograniczony czas przy piersi. Można zmieniać piersi. Po przerwie 2h w dzień i 4 w nocy, może być ospałe i ssać niechętnie.

OZNAKI PRAWDŁOWEGO KARMIENIA:

STOLEC

w pierwszej dobie 1 (zwykle jest to smółka niedługo po urodzeniu), w drugiej dobie 2 itd., od 5-tej doby może być przy każdym karmieniu, ale przynajmniej 4-5/dobę, w kolorze żółtym, o średnicy ok 2,5 cm.

MOCZ

Powinien być jasnożółty i rozjaśniać się z każdym dniem, aż stanie się bardzo jasny (ciemny może niepokoić), i znowu 1x w

pierwszej dobie (zwykle niedługo po urodzeniu), 2 – w drugiej, itd a od 5-tej doby w ilości co najmniej 5-6/dobę, o objętości ok 3 łyżek stołowych – 45ml

PRZYROST MASY

Średni tygodniowy przyrost masy w okresie noworodkowym to 170g/tydzień

NATURA JEST GENIALNA

Podsumowując:

1. W okresie noworodkowym dziecko powinno jak najczęściej być przy piersi, optymalnie 12-15x na dobę, ale może nawet ssać pierś **non stop**, wynika to z procesów ewolucyjnych zapewniających przetrwanie
1. Podawanie w tym okresie smoczka i odkładanie do łóżeczka jest zagrożeniem dla zdrowia i życia noworodka oraz laktacji, bo może doprowadzić do hipoglikemii i zaburzeń laktacji.

Źródła:

<http://kellymom.com/hot-topics/newborn-nursing/>

<http://kellymom.com/bf/normal/hunger-cues/>

<http://kellymom.com/ages/newborn/newborn-concerns/pacifier/>

Literatura:

„Mądrzy rodzice” – Margot Sunterland wyd. Świat Książki, Warszawa 2012 [I]

Kiedy dziecko nie chce ssać piersi, czyli o zaburzonym odruchu ssania

Zdarzają się takie sytuacje kiedy dziecko odmawia ssania piersi:

- Czasem problem tkwi w braku fachowego wsparcia już w szpitalu, braku przeszkolonej położnej, pielęgniarki, doradcy, którzy nie nauczyli młodej mamy jak prawidłowo podać pierś i przystawić dziecko pierwszy raz
- Czasami mam nieświadomie zaczęła stosować kapturki silikonowe, dziecko ma zaburzony odruch ssania, a niewystarczająca stymulacja skutkuje zmniejszeniem laktacji, co w efekcie skutkuje zmniejszeniem lub zatrzymaniem przyrostów, a w konsekwencji koniecznością dokarmiania butelką ze smoczkiem, co tylko pogarsza sytuację, bo dziecko coraz mniej chętnie chce ssać pierś domagając się butelki
- Czasami problem pojawia się w następstwie podania smoczka uspakajającego, i j.w. zmniejszenie laktacji etc
- Czasami mama lub inny członek rodziny pod jej nieobecność tylko raz podał butelkę zamiast podać pokarm metoda alternatywną i dziecko odrzuciło pierś.
- Czasami w szpitalu straszono mamę spadkiem wagi (fizjologiczny jest 10-15% a jeśli mama w trakcie porodu dostała kroplówkę, jako wagę urodzeniową traktujemy wagę dnia kolejnego od narodzin, gdyż faktyczna waga bezpośrednio po urodzeniu jest zakłamaną przez nadmierne nawodnienie dziecka wówczas fizjologiczny spadek może być dużo wyższy niż 15% (Gaskin)
- Czasami dziecko ma żółtaczkę a nieświadoma mam zgadza się na eksperymenty personelu (odstawienie od piersi, pasteryzację pokarmu i podanie butelką, podawanie mieszanki – butelką, podawanie roztworu glukozy – a

jakże – butelką)

- Czasami na świat przychodzi wcześniak, którego zamiast uczyć ssania podając pierś, uczy się... tak podając butelkę ze smoczkiem... z którego leci samo
- Czasem budowa piersi mamy – brodawki utrudnia prawidłowe jej zassanie przez dziecko, a
- Czasem jest to krótkie wędzidełko
- Czasem dziecko miało operację okolic ust (rozczip wargi, podniebienia, przerost migdałków) i chociaż przed dobrze ssało, teraz ma z tym problem

ZABURZONY ODRUCH SSANIA

Nie każde dziecko tego doświadcza, nie każde podanie butelki musi się tym skończyć, ale nie wiemy jakie jest nasze dziecko, jedne mamy z powodzeniem mieszają pierś i butelkę, bez szkody na ssania piersi, innym dzieciom wystarczy 1-2-3x i już odmawia ssania piersi, zaczyna się wyginać, płakać, nie chce ssać.

Stety, niestety nie ma takiej butelki, która nie zaburzy odruchu ssania. Nie ma bo nie ma możliwości takiej stworzyć, chociaż producenci dwoją się i troją, to nie wymyślą, bo ile kobiet, tyle piersi, baa jeszcze piersi danej kobiety mogą same w sobie się od siebie różnić i ŻADNA, powtarzam ŻADNA butelka nie jest w stanie ich naśladować.

Dziecko może nie chcieć ssać piersi z wielu powodów:

- bo leci wolniej niż z butelki – trzeba się napracować
- bo leci szybciej niż z butelki – nie nadąża połykać
- bo nauczyło się ssać kciuka, smoczek, szmatkę i nie umie

ssać piersi niespożywczo

- bo ma obniżone / wzmożone napięcie mięśniowe i ssanie się piersi wymaga dodatkowej walki z zaburzeniami (samo ssanie piersi jest też formą rehabilitacji)
- bo ma zaburzenia integracji sensorycznej i ssanie piersi jest wysiłkiem, ale i rehabilitacją

MLEKO SIĘ ROZLAŁO, TERAZ TRZEBA POSPRZĄTAĆ

Po pierwsze jeśli butelka jest głównym sposobem karmienia mieszanką i pokarmem stanowi większość karmień na dobę, zmień sposób jej podawania, tak aby była równoległa do podłogi, w ten sposób ciśnienie w smoczku będzie mniejsze, mleko będzie trudniej lecieć. jeśli to możliwe karm dziecko w samej pieluszcze przytulone do Twojej nagiej piersi, możesz butelkę trzymać pod pachą.

Jeśli dziecko nadal ssie pierś, dokarmiaj je swoim mlekiem, ostatecznie mieszanką za pomocą systemu SNS (informację znajdziesz w artykule o alternatywnych metodach dokarmiania), w ten sposób dostanie więcej pokarmu i szybciej, jednocześnie stymulując produkcję pokarmu

Zamiast smoczka zawsze proponuj pierś.

TERAZ NAJWAŻNIEJSZA CZĘŚĆ

1. Rozbierz siebie i dziecko od pasa w górę
2. Najbliższe dni są tylko dla was
3. Dobrze robi ciemność i półmrok
4. ogranicz bodźce dochodzące do was
5. Włącz muzykę relaksacyjną, „zanurz” się w dobrej książce, możesz obejrzeć film
6. Daj dziecku prawo nieograniczonego, ciągłego dostępu do piersi, dzień i noc, skóra do skóry, w łóżku, w chuście, we wspólnej kąpieli, bujając się na piłce gimnastycznej



<http://niftynude.org/>

Powodzenia

Literatura:

„Duchowe położnictwo” – Ina May Gaskin

„Dr. Jack Newman’s Guide to Breastfeeding” – Dr. Jack Newman,
Teresa Pitman

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.

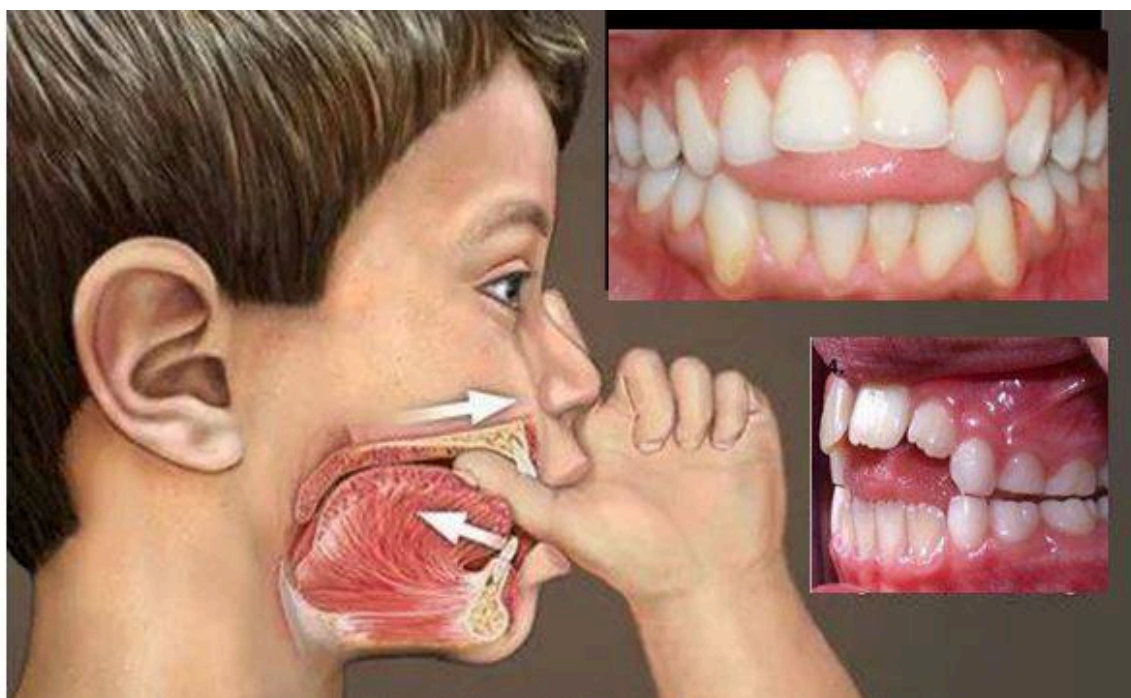
Nawykowe ssanie kciuka może się przedłużyć nie tylko na okres ssania piersi mamy, ale na wiele lat i być poważnym problemem w przyszłości a nawet w dorosłości (nieświadome ssanie palca przez sen).

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, ż, 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 KARMIECIE PIERSIĄ

SSANIE PALCA, PIELUSZKI CZY SMOCZKA JEST ROZWIĄZANIEM, KTÓREGO NALEŻY BEZWZGLĘDNIE UNIKAĆ, ALE KIEDY JUŻ ZAJDZIE TAKA POTRZEBA NAJBEZPIECZNIEJSZYM ROZWIĄZANIEM JEST SMOCZEK, KTÓREGO JEDNAKŻE NIE NALEŻY UŻYWAĆ NADMIERNIE, A JEDYCNIE 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, smoczek 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

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

Brak lub niedobór pokarmu i

pokarm małowartościowy

POKARM W CIAŻY I PO PORODZIE

Według różnych źródeł pokarm zaczyna być produkowany pomiędzy 13 a 16 tyg ciąży, więc jest i czeka do porodu, nawet jeśli urodzi się wcześniak, mama ma dla niego idealną siarę, taką właśnie jaką przedwcześnie urodzone dziecko potrzebuje.

Siara jest bogata w immunoglobuliny, czyli przeciwciała, których małe dziecko nie umie jeszcze wytworzyć samodzielnie, przeciwciała, które noworodek otrzyma w pierwszych dobach po porodzie spełnią bardzo ważne zadanie, będą budowały odporność bierną, tak na infekcje, jak i na alergeny, dlatego tak ważne jest aby nie zaburzać dziecku ilości otrzymywanej siary gdyż są jej dosłownie krople, a podanie w tym momencie dziecku mieszanki lub glukozy sprawi, że dziecko nie otrzyma należytej, niezbędnej ilości immunoglobulin.

Najważniejsze dla noworodka są Immunoglobuliny Serekcyjne (SIgA)

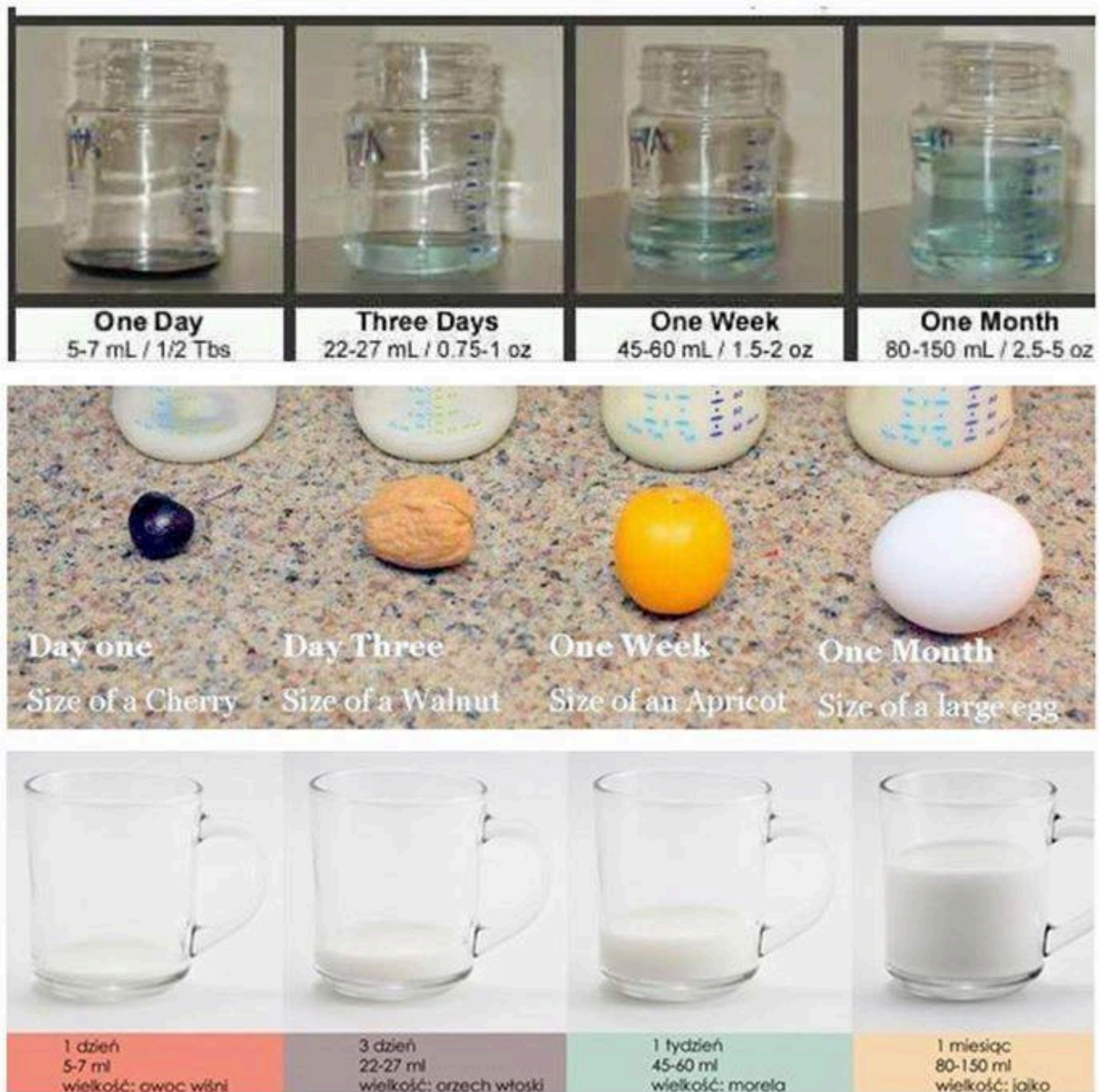
„Stanowi główną barierę ochronną organizmu na poziomie błony śluzowej. Skuteczność SIgA w obronie błon śluzowych przed zakażeniami wirusowymi i bakteryjnymi jest związana ze zdolnością do neutralizacji wirusów, z bakteriolizą poprzez aktywację alternatywnej drogi dopełniacza i z nasileniem fagocytozy makrofagów. Ochronne działanie wydzielniczej immunoglobuliny A ma największe znaczenie w przewodzie pokarmowym i w górnych drogach oddechowych. SIgA może również tworzyć kompleksy z antygenami (alergenami), dzięki czemu są pochłaniane przez komórki nabłonkowe, a następnie transportowane wewnątrzkomórkowo i usuwane. (Lasek 1995)”[I]

„Najwyższe stężenie SIgA jest w sianie (ochrona noworodka) oraz w okresie odstawiania (ochrona na czas „samodzielności”).” [I] dlatego mówi się, że w okresie

odstawiania (sterowanego przez dziecko) skład mleka jest podobny do siary, mniej w nim składników odżywczych i lipidowych, a więcej immunoskładników.

Dzieci przedwcześnie urodzone, ale zdarza się, że i noworodki urodzone o czasie, którym nie podano po porodzie siary lub pokarmu dawczyni, tylko mieszankę, o wiele częściej niż dzieci karmione pokarmem naturalnym chorują na martwicze zapalenie jelit. Są badania, które wskazują, że pokarm kobiecy ma właściwości zapobiegania martwiczemu zapaleniu jelit, ze względu na swój unikalny żywy skład, o którym pisałam wcześniej.

Kiedy przychodzi na świat noworodek, jego żołądek jest maleńki, i krople jakie spija z piersi mamy, w zupełności mu wystarczają.



Zestawienie pojemności żołądka noworodka (czyli niemowlęcia w pierwszym miesiącu życia)

- 5 ml to pojemność 1 łyżeczki od herbaty
- 30 ml to pojemność 2 łyżek stołowych
- 45-60 ml to 3-4 łyżek stołowych
- 80-150 ml – to ok pół szklaki

Ściskanie przez położne piersi, jest niedorzeczne i nie ma żadnych podstaw medycznych i naukowych, żadna mama nie powinna się godzić na taką praktykę, ponadto takie ściskanie może doprowadzić do zastoju i w konsekwencji pŕogowego zapalenia piersi. Dziaŕanie takie nie jest podstawą do udowodnienia

mamie, że pokarmu nie ma i trzeba podać mieszankę lub glukozę.

Po porodzie są krople niezwykle skoncentrowanej siary i tak ma być.

Rodzaj porodu nie ma wpływu na laktację, ponieważ pokarm pojawia się już w ciąży, więc nie ma znaczenia, czy dziecko urodziło się drogami natury, czy przez cesarskie cięcie, sygnałem do rozpoczęcia stałej produkcji jest oddzielenie łożyska od macicy, a to następuje bez względu na sposób zakończenia ciąży, oraz przystawienie dziecka do piersi. Najkorzystniej jeśli nastąpi to, w pierwszej godzinie po porodzie, gdyż ma to kolosalny wpływ na dalszy przebieg laktacji. Są badania, które sugerują że podanie w czasie porodu syntetycznej oksytocyny może opóźnić rozpoczęcie produkcji pokarmu.

SKŁAD IMMUNOLOGICZNY POKARMU KOBIECEGO

Komórki krwi	
Limfocyty B	Podnoszą poziom przeciwciał skierowanych przeciwko specyficznym drobnoustrojom
Makrofagi	Niszczą zarazki bezpośrednio w jelitach dziecka, wytwarzają lizozym i aktywują inne elementy układu immunologicznego
Neutrofile	Mogą działać jak fagocyty, pochłaniając bakterie w przewodzie pokarmowym dziecka

Limfocyty T	Niszczą bezpośrednio zainfekowane komórki lub wydzielają chemiczne przekaźniki stymulujące inne elementy układu immunologicznego. Namnażają się w obecności drobnoustrojów wywołujących ciężką chorobę u dziecka. Wytwarzają czynniki wzmacniające własną odpowiedź immunologiczną dziecka.
Cząsteczki	
Sekrecyjna immunoglobulina A (SIgA)	Wyściela błonę śluzową przewodu pokarmowego, neutralizuje patogeny i toksyny, pobudza makrofagi do fagocytozy
Cytokiny	Wspomagają lub wyhamowują odpowiedź zapalną, wpływają na układ immunologiczny, stymulują procesy różnicowania i dojrzewania wielu układów (np. uszczelnienie nabłonka jelit)
Nukleotydy	Zwiększają aktywność komórek NK i produkcję interleukiny-2
Laktoferryna	Wiąże żelazo, pierwiastek niezbędny do przetrwania dla wielu bakterii. Zmniejszając dostępność żelaza dla bakterii patogennych hamuje ich wzrost. Działa przeciwzapalnie i immunomodulująco zmniejszając aktywność interleukin 1,2, 6 i limfocytów NK
Lizozym	Zabija bakterie uszkodzając ich ściany komórkowe, wykazuje działanie chemotaktyczne

Oligosacharydy	Wiążą się z drobnoustrojami nie dopuszczając do ich kontaktu z powierzchnią błony śluzowej, pobudzają wzrost bifidobakterii
Laktoperoksydaza	Działanie bakteriostatyczne szczególnie w stosunku do paciorkowców
Fibronektyna	Zwiększa aktywność makrofagów skierowaną przeciwko bakteriom, ułatwia odbudowę tkanek uszkodzonych przez reakcje odpornościowe w jelitach dziecka
Proteina wiążąca witaminę B ₁₂	Zmniejsza ilość witaminy B ₁₂ potrzebnej patogenom do rozwoju

TAB. 1 Źródło: <http://www.kobiety.med.pl/> [I]

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[IV]

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 zaspakajała potrzeby niemowlęcia.

BRAK POKARMU

Co **NIE** wpływa na ilość pokarmu?:

- wielkość piersi
- ilość wypijanych przez matkę płynów
- skład jakościowy i ilościowy pokarmów spożywanych przez matkę

Co **NIE** nie jest oznaką zaniku / braku pokarmu?:

- miękkie piersi
- intensywniejsze i częstsze ssanie dziecka
- płacz dziecka przy piersi

Czego **NIE** robić?:

- nie odciągać pokarmu laktatorem aby sprawdzić jego ilość
- nie karmić dziecka butelką aby sprawdzić ile zjada
- nie ważyć dziecka przed i po jedzeniu, aby sprawdzić ile zjadło

Co świadczy o najadaniu się dziecka?

- mokre / brudne pieluszki 7-8 „psikniętych” na dobę i 1-3 kleksów
- przybory masy ciała (ważenie nie częściej niż raz w tygodniu, optymalnie raz w miesiącu)
- ogólny stan dziecka

Pozorny niedobór pokarmu może się pojawić w 2-3, 6 tygodniu i 2-3, 6, 9 miesiącu i jest związany ze zwiększeniem zapotrzebowania na mleko, poprzedzającym tzw. „skok

rozwojowy”, dziecko w tym okresie może być niespokojnie, płaczliwe zjadać więcej niż do tej pory, jednocześnie wiercić się i nerwowo chwytać i puszczać pierś, nie chcieć w ogóle ssać piersi, nie należy karmić dziecka na siłę, proponować ale uszanować brak chęci, bez obaw **DZIECKO SIĘ NIE ZAGŁODZI**, należy przeczekać.

NIE JEST TO POWÓD DO PODAWANIA DZIECKU BUTELKI

Najlepsze co może zrobić mama to zachować spokój i położyć się z dzieckiem na kilka dni do łóżka i karmić „do oporu” przystawiając skóra do skóry, podając niezliczoną ilość piersi na zmianę.

Pozorny niedobór może pojawiać się także wieczorami, jest to związane z uspokajaniem dziecka po wrażeniach całego dnia i jednoczesnym dobowym zmniejszeniem poziomu prolaktyny. Co zrobić? j.w. zachować spokój i karmić do skutku przystawiając skóra do skóry.

Jak zwiększyć ilość pokarmu można przeczytać w artykule:
5 kroków do udanego karmienia piersią

POKARM NIE ZNIKA Z DNIA NA DZIEŃ

KIEDY MOŻE POJAWIĆ SIĘ RZECZYWISTY NIEDOBÓR POKARMU

Pewne czynniki wpływające na ilość pokarmu:

Błędy związane z karmieniem – czynniki zależne od matki i dziecka (o tym także tutaj):

- nie wystarczająco częste podawanie piersi,

reglamentowanie, wydłużanie przerw, nie karmienie na żądanie tylko np. co 3 godziny

- podawanie smoczka
- skracanie czasu przebywania dziecka przy piersi np. nie dłużej niż 20 min (żeby nie zrobił sobie smoczka)
- podawanie innych płynów niż pokarm z piersi (dopajanie)
- nieprawidłowe przystawianie dziecka
- krótkie wędzidełko – niemożliwa prawidłowe „opróżnienie” piersi, tym samym prawidłowe pobierania pokarmu i stymulacje piersi
- karmienie przez nakładki (osłonki, kapturki)
- oddzielenie dziecka na noc od matki, kładzenie dziecka do łóżeczka
- pozostawienie dziecka w dzień w oddzieleniu od matki, zamiast w kontakcie skóra do skóry

Błędy nie związane z karmieniem – czynniki obiektywne, niezależne od matki i dziecka:

- przewlekły stres,
- przemęczenie,
- brak wiary w możliwość wykarmienia dziecka,
- przyjmowanie niektórych leków,
- otyłość,
- palenie papierosów,
- sporadycznie niedorozwój tkanki gruczołowej,
- zaburzenia hormonalne,
- zaburzenia pracy tarczycy (nadczynność),
- insulinooporność,
- zespół policystycznych jajników,
- zabiegi chirurgiczne w obrębie gruczołu piersiowego (otwarta biopsja chirurgiczna po lokalizacji, duktektomia totalna, leczenie oszczędzające BCT, plastyka brodawek, zakładanie implantu met. cięcia okołootoczkowego, redukcja gruczołu piersiowego) (Nagadowska 2005).[II]

MAŁOWARTOŚCIOWY POKARM, CHUDY POKARM

To stwierdzenie powstało w czasach kiedy zalecenia dotyczące karmienia piersią były niezwykle rygorystyczne, zalecano: Nie więcej niż 7-8 karmień na dobę, nie częściej niż co 3 godziny, a w nocy 6 godzin przerwy (żołądek dziecka miał odpoczywać) karmienia miały się odbywać niemalże z zegarkiem w rękę o godzinie 6-9-12-15-18-21-24 po czym następowała przerwa, jak wiadomo mało, który noworodek jada co 3 godziny, a tym bardziej co 6 godzin w nocy, więc dzieci płakały, zatykano je smoczkami lub podawano glukozę, aby oszukiwać żołądek, już po 6 tyg wprowadzano soczki, do tego wskazówki, że dziecko ma być przy piersi nie dłużej niż 20 min, żeby sobie z mamy nie zrobiło smoczka, takie postępowanie oczywiście kończyło się:

- zmniejszeniem ilości pokarmu
- wielogodzinnym płaczem głodnego dziecka
- frustracja matek
- niskimi przyrostami

i stwierdzaniem: „**Pani ma niewartościowy pokarm**” trzeba zacząć dokarmiać, albo w ogóle zacząć karmić sztucznym mlekiem, jako że mieszanek nie było, więc mlekiem w proszku.

Na szczęście współczesny poziom wiedzy o mleku kobiecym daje nam porządną porcję informacji i wiemy, że karmić należy na żądanie, że lekko strawne mleko kobiece zawiera leptynę – hormon odpowiedzialny za uczucie sytości, a w połączeniu z małym żołądkiem daje nam bardzo częste i długie karmienia.

Najważniejszą funkcją piersi jest to, że zaspakaja niemalże wszystkie potrzeby, a w pierwszym trymestrze życia dziecka jest zewnętrznym odpowiednikiem pępowiny.

TO DLACZEGO MOJE DZIECKO PŁACZE I CHCE CIĄGLE BYĆ PRZY PIERSI?

Bo przez 9 miesięcy było w ciepłym, bezpiecznym brzuchu, w brzuszku, w którym światło i dźwięki z zewnątrz były przytłumione, a dostawy składników odżywczych stałe, wyszło na świat, a tu głośno, jasno i jeszcze trzeba się upominać o

wszystko. Płacz jest formą komunikacji – jedyną jaką zna dziecko i jedyną w jaką zostało wyposażone, dopiero nauczy się, jak inaczej komunikować potrzeby, póki co to płacz informuje o potrzebach, a pierś mamy jest jedyną formą zaspokojenia większości z nich.

O czym komunikuje płacz, marudzenie, jęki:

- jestem głodny
- chce mi się pić
- nudzi mi się
- tęsknię
- boję się
- jest mi zimno
- jest mi gorąco
- przejadłem się
- jestem śpiący
- obudziłem się
- o mam mokro
- zrobiłem kupkę
- chce sobie possać
- chce się przytulić
- nie odchodź
- gdzie jesteś?
- daj teraz tego drugiego
- leci za wolno, zrób coś!
- przestraszyłem się
- boli mnie

Pokarm kobiecy jest zawsze bardzo wartościowy i idealnie dopasowany do potrzeb konkretnego niemowlęcia.

Do tej pory nie poznano w pełni wszystkich składników jednakże jest niezaprzeczalnie substancją żywą, odpowiadającą na bieżące zapotrzebowanie noworodka, niemowlęcia i małego dziecka w różnorodne składniki, takie jak: białka, enzymy, lipidy, cholesterol, węglowodany, witaminy, składniki mineralne i makroelementy, wspomniane składniki odpornościowe,

WODE, która stanowi 88% składu mleka oraz kultury bakterii probiotycznych: *Lactobacillus* i *Bifidobacteria* – badania wykazały, że pokarm kobiecy zawiera w zależności od matki ponad 700 różnych szczepów probiotycznych [III].

„Profil szczepów bakteryjnych u niemowląt karmionych wyłącznie piersią zawiera niemal dziesięciokrotnie więcej bifidobakterii niż u niemowląt karmionych sztucznie. (Harmsen 2000) W stolcu niemowląt karmionych piersią izoluje się więcej pałeczek kwasu mlekowego, a u niemowląt karmionych mieszankami więcej szczepów Clostridium i Bacteroides. (Harmsen 2000, ESPGHAN 2004)

Znaczenie mikroflory jelitowej polega na:

- *troficznym (odżywczym) wpływie na strukturę jelita (poprzez syntezę krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych i poliamin);*
- *syntezie witamin B1, B2, B12, K;*
- *stymulacji układu immunologicznego;*
- *udziale w przemianach metabolicznych (konwersji bilirubiny do urobiliny, cholesterolu do koprostanolu, dekonjugacji kwasów tłuszczowych)*
- *udziale w procesach karcinogenezy. (Tannock 2001)”[I]*

DID YOU EVER WONDER WHAT'S IN... ?

BREASTMILK

WATER
CARBOHYDRATES (energy source)
Lactose
Oligosaccharides (see below)
CARBOXYLIC ACID
Alpha hydroxy acid
Lactic acid
PROTEINS
(building muscles and bones)
Whey protein
Alpha lactalbumin
HBMLET (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumour cells)
Lactoferrin
Many antimicrobial factors (see below)
Casein
Serum albumin
NON-PROTEIN NITROGENS
Creatine
Creatinine
Urea
Uric acid
Peptides (see below)
Amino Acids (the building blocks of proteins)
Alanine
Arginine
Aspartate
Cysteine
Cytidine
Glutamate
Histidine
Isoleucine
Leucine
Lysine
Methionine
Phenylalanine
Proline
Serine
Threonine
Tryptophan
Tyrosine
Valine
Carnitine (amino acid compound necessary to make use of fatty acids as an energy source)
Nucleotides (chemical compounds that are the structural units of RNA and DNA)
5'-Adenosine monophosphate (5'-AMP)
3'-5' Cyclic adenosine monophosphate (3'-cyclic AMP)
5'-Cytidine monophosphate (5'-CMP)
Cytidine diphosphate choline (CDP choline)
Guanosine diphosphate (GDP)
Guanosine diphosphate - ribonose
3'- Uridine monophosphate (3'-UMP)
5'-Uridine monophosphate (5'-UMP)
Uridine diphosphate (UDP)
Uridine diphosphate hexose (UDPH)
Uridine diphosphate-N acetyl hexosamine (UDPH-N)
Uridine diphosphogluconic acid (UDPGA)
Several more novel nucleotides of the UDP-type

FATS
Triglycerides
Long chain polyunsaturated fatty acids
Docosahexaenoic acid (DHA) (important for brain development)
Arachidonic acid (AAH) (important for brain development)
Unsaturated acid
Alpha-linolenic acid (ALA)
Eicosapentaenoic acid (EPA)
Conjugated linoleic acid (lumenic acid)
Free fatty acids
Monounsaturated fatty acids
Oleic acid
Palmitoleic acid
Heptadecenoic acid
Saturated fatty acids
Stearic
Palmitic acid
Lauroic acid
Myristic acid
Phospholipids
Phosphatidylcholine
Phosphatidylethanolamine
Phosphatidylinositol
Lysophosphatidylcholine
Lysophosphatidylethanolamine
Plasmalogens
Sphingolipids
Sphingomyelin
Gangliosides
GMS
GMS
GMS
Glucosylceramide
Glycosphingolipids
Galactosylceramide
Lactosylceramide
Globotriaosylceramide (GB3)
Globoside (GB4)
Sterols
Squalene
Lanosterol
Dimethylsterol
Methosterol
Lanosterol
Desmosterol
Tracylglycerol
Cholesterol
7-dehydrocholesterol
Stigma-and campesterol
7-ketcholesterol
Sitosterol
8-cholesterol
Vitamin D metabolites
Steroid hormones

VITAMINS
Vitamin A
Beta carotene
Vitamin B6
Vitamin B9 (inositol)
Vitamin B12
Vitamin C
Vitamin D
Vitamin E
a-tocopherol
Vitamin K
Thiamine
Riboflavin
Niacin
Folic acid
Pantothenic acid
Biotin
MINERALS
Calcium
Sodium
Potassium
Iron
Zinc
Chloride
Phosphorus
Magnesium
Copper
Manganese
Iodine
Selenium
Choline
Sulphur
Chromium
Cobalt
Fluorine
Nickel
METAL
Molybdenum (essential element in many enzymes)
GROWTH FACTORS
(aid in the maturation of the intestinal lining)
Cytokines
Interleukin-1β (IL-1β)
IL-2
IL-4
IL-6
IL-8
IL-10
Granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF)
Macrophage-colony stimulating factor (M-CSF)
Platelet derived growth factor (PDGF)
Vascular endothelial growth factor (VEGF)
Hepatocyte growth factor-α (HGF-α)
HGF-β
Tumor necrosis factor-α
Interferon-γ
Epithelial growth factor (EGF)
Transforming growth factor-α (TGF-α)
TGF-β
TGF-β2
Insulin-like growth factor-I (IGF-I) (also known as somatomedin C)
Insulin-like growth factor-II
Nerve growth factor (NGF)
Erythropoietin

PEPTIDES
(combinations of amino acids)
HMGF-I (human growth factor)
HMGF-II
HMGF-III
Cholecystokinin (CCK)
β-endorphins
Parathyroid hormone (PTH)
Parathyroid hormone-related peptide (PTHrP)
β-defensin-1
Neurensin
Somatostatin
HORMONES
(chemical messengers that carry signals from one cell, or group of cells, to another via the blood)
Cortisol
Thyroid hormone (T3)
Thyroxine (T4)
Thyroid stimulating hormone (TSH) (also known as Thyrotropin)
Thyroid releasing hormone (TRH)
Prolactin
Oxytocin
Insulin
Cortisone
Thrombopoietin
Gonadotropin-releasing hormone (GnRH)
GHRH
Leptin (aids in regulation of food intake)
Ghrelin (aids in regulation of food intake)
Adiponectin
Feedback inhibitor of lactation (FIL)
Eicosanoids
Prostaglandins (enzymatically derived from fatty acids)
PG-E1
PG-E2
PG-F2
Leukotrienes
Thromboxanes
Prostacyclins
ENZYMES
(catalysts that support chemical reactions in the body)
Amylase
Arylsulfatase
Catalase
Histaminase
Lipase
Lysosome
PAF-acetylhydrolase
Phosphatase
Xanthine oxidase

ANTIPROTEASES
(thought to bind themselves to macromolecules such as enzymes and as a result prevent allergic and anaphylactic reactions)
a-1-antitrypsin
a-1-antichymotrypsin
ANTIMICROBIAL FACTORS
(are used by the immune system to identify and neutralize foreign objects, such as bacteria and viruses.)
Leukocytes (white blood cells)
Phagocytes
Bacophils
Neutrophils
Eosinophils
Macrophages
Lymphocytes
B lymphocytes (also known as B cells)
T lymphocytes (also known as T cells)
slgA (Secretory immunoglobulin A) (the most important antiseptic factor)
IgA
IgG
IgM
IgE
Complement C1
Complement C2
Complement C3
Complement C4
Complement C5
Complement C6
Complement C7
Complement C8
Complement C9
Glycoproteins
Mucins (attaches to bacteria and viruses to prevent them from clinging to mucosal tissues)
Lactadherin
Alpha-lactoglobulin
Alpha-2 macroglobulin
Lewis antigens
Ribonuclease
Haemagglutinin inhibitors
Bifidus Factor (increases growth of Lactobacillus bifidus - which is a good bacteria)
Lactoferrin (binds to iron which prevents harmful bacteria from using the iron to grow)
Lactoperoxidase
B22 binding protein (deprives microorganisms of vitamin B12)
Fibronectin (makes phagocytes more aggressive, minimizes inflammation, and repairs damage caused by inflammation)
Oligosaccharides (more than 200 different kinds)

FORMULA

WATER
CARBOHYDRATES
Lactose
Corn maltodextrin
PROTEIN
Partially hydrolyzed reduced minerals whey protein concentrate (from cows' milk)
FATS
Palm olein
Soybean oil
Coconut oil
High oleic safflower oil (or sunflower oil)
M. alpina oil (fungal DHA)
C. cohnii oil (Algal ARA)
MINERALS
Potassium citrate
Potassium phosphate
Calcium chloride
Sodium citrate
Magnesium chloride
Ferrous sulphate
Zinc sulphate
Sodium chloride
Copper sulphate
Potassium iodide
Manganese sulphate
Sodium selenate
VITAMINS
Sodium ascorbate
Inositol
Choline bitartrate
Alpha-Tocopheryl acetate
Nicotinamide
Calcium pantothenate
Riboflavin
Vitamin A acetate
Pyridoxine hydrochloride
Thiamine mononitrate
Folic acid
Phylloquinone
Biotin
Vitamin D3
Vitamin B12
ENZYME
Trypsin
AMINO ACID
Taurine
L-Carnitine (a combination of two different amino acids)
NUCLEOTIDES
Cytidine 5-monophosphate
Disodium uridine 5-monophosphate
Adenosine 5-monophosphate
Disodium guanosine 5-monophosphate
Soy Lecithin



Developed as a student project for the Breastfeeding Course for Health Care Providers, Douglas College, New Westminster, BC, Canada - © 2007 by Cecily Heslett, Sherri Hedberg and Haley Rumble.

Infografika prezentująca skład mleka kobiecego, w stosunku do mieszanki

Źródła:

<http://www.kobiety.med.pl/> [I]

<http://www.kobiety.med.pl/> [II]

<http://www.breastfeedingbasics.com> [IV]

<http://www.eurekalert.org/> [III]

Kiedy niemowlę ma małe przyrosty

Mleko mamy jest tak cudowną substancją, że dostosowuje się idealnie do potrzeb maluszka, stety – niestety tych

właściwości nie mają mieszanki, a że większość dzieci niestety jest karmiona sztucznie (wcześniej czy później) także z powodu mniejszych niż oczekiwane przyrosty, pediatrzy kręcą nosem, a mamy wpadają w panikę – NIEPOTRZEBNIE.

POWODY NISKICH PRZYROSTÓW

PRZYCZYNY NIEZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA

- **uwarunkowanie genetyczne** – zwłaszcza jeśli rodzice nie przypominają wyglądem Marcina Gortata, „Pudziana”, Anity Włodarczyk czy Otylii Jędrzejczak, a raczej wiotką balerinę czy dżokeja – nie ma co się spodziewać że dziecko będzie przysłowiowym „pulpetem”
- **alergia** – dzieci alergiczne mają tendencje do mniejszych niż rówieśnicy przyrostów
- **refluks** – dzieci mocno ulewające mogą mieć mniejsze niż inne przyrosty
- **infekcje: ucha, układu moczowego, utajone zapalenie płuc** – u dzieci mogą mieć przebieg bezobjawowy, a jedynym objawem są niskie przyrosty, zatrzymanie lub spadek masy ciała, należy wykonać badania: CRP, morfologia, badanie moczu ogólne i posiew
- **żółtaczka, anemia, pleśniawki** – zmniejszenie apetytu, apatia, senność

PRZYCZYNY ZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA:

- nie wystarczająco częste podawanie piersi, reglamentowanie, wydłużanie przerw, nie karmienie na żądanie tylko np. co 3 godziny
- podawanie smoczka
- skracanie czasu przebywania dziecka przy piersi np. nie dłużej niż 20 min (żeby nie zrobił sobie smoczka)
- podawanie innych płynów niż pokarm z piersi (dopajanie)
- nieprawidłowe przystawianie dziecka
- krótkie wędzidełko – niemożliwa prawidłowe „opróżnienie” piersi, tym samym prawidłowe pobierania pokarmu i

stymulacje piersi

- karmienie przez nakładki (osłonki, kapturki)
- oddzielenie dziecka na noc od matki, kładzenie dziecka do łóżeczka
- pozostawienie dziecka w dzień w oddzieleniu od matki, zamiast w kontakcie skóra do skóry

ZAWSZE NALEŻY WYKLUCZYĆ WSZELKIE ZALEŻNE I NIEZALEŻNE CZYNNIKI ZANIM PODEJMIE SIĘ DECYZJĘ O SUPLEMENTACJI MIESZANKĄ

ABY POPRAWIĆ PRZYROSTY NALEŻY

- podawać pierś na żądanie – nawet jeśli wydaje się być „pusta”, tak często jak dziecko tego potrzebuje, nawet jeśli oznacza to ciągłe leżenie z dzieckiem przy piersi.
- nie podawać smoczka zamiast piersi
- nie dopajać
- sprawdzić czy dziecko jest prawidłowo przystawiane i ma prawidłowy odruch ssania – konsultacja z doradcą
- zrezygnować z podawania mleka przez butelkę lub osłonki, zastosować metody alternatywne (łyżeczka, kubeczek, dren)
- spać dzieckiem, tak by miało swobodny dostęp do piersi
- nosić dziecko w chuście w dzień, najlepiej w kontakcie skóra do skóry – zwiększa to produkcję prolaktyny
- karmić nie rzadziej niż co 2 godziny w dzień i co najmniej raz w nocy

SIATKI CENTYLOWE – Co to takiego, skąd się wzięły, czemu służą i jak należy je odczytywać.

Carlos Gonzales w swojej książce „Moje dziecko nie chce jeść”[I] pisze tak:

„Najczęściej wykorzystywane siatki stworzono wiele lat temu,

kiedy mnóstwo dzieci karmiono butelką, a dzieci karmione piersią doświadczały tego tylko przez kilka tygodni. Obecnie, gdy coraz więcej dzieci jest karmionych piersią przez całe miesiące, obserwuje się brak zgodności z tymi wykresami. Różne badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie, wykazały że na tle starych siatek centylowych dzieci karmione piersią zwykle „dużo” przybierają w pierwszym miesiącu, za to później spadają na niższy percentyl; w wieku około 6 miesięcy tracą całą przewagę zyskaną w pierwszym miesiącu i do pierwszych urodzin zachowują wagę „niską” w porównaniu do starych siatek.

(...)

W porównaniu do starych siatek (...), nowe wykresy WHO przebiegają wyżej w ciągu pierwszych dwóch - trzech miesięcy, a niżej po 6-tym miesiącu.”

i dalej:

„Dlaczego wzrost dzieci karmionych piersią i butelką nie przebiega jednakowo? Nie wiadomo dokładnie, ale w żadnym wypadku nie dzieje się tak z braku wartości odżywczych. W pierwszym miesiącu jedząc tylko mleko, dzieci karmione piersią ważą tyle samo lub więcej, w wieku 6-12 miesięcy, jedząc oprócz mleka przeciery i kleiki, ważą trochę mniej. Gdyby było prawdą, że <<mleko nie dostarcza im już żadnych wartości odżywczych>> (co stanowi absolutny idiotyzm, bo mleko matki zawsze jest bardziej pożywne niż mieszanka i przeciery), dziecko byłoby głodne i jadłoby więcej pokarmów stałych, na których mogłoby przybrać tyle samo, co dzieci butelkowe. Ale ono nie chce więcej pokarmów stałych. Różnica leży głębiej: jakimś sposobem dzieci karmione butelką rosną w innym tempie niż karmione piersią”

A jak powstają?

Na podstawie długości, masy, obwodu głowy, obwodu klatki piersiowej buduje się bazę następnie wylicza się mediany dla wartości 3, 10, 25, 50, 75, 80, 97, które określają ile

spośród danych wartości znajduje się poniżej mediany, a ile powyżej, na tej podstawie tworzy się kanały centylowe, oczywiście nie określa się pojedynczych kanałów dla konkretnego dziecka tylko zbiera wartości dla danego wieku które tworzą kanał dzieci natomiast mogą się przesuwac w górę i dół danego kanału, a nawet przemieszczać do 2 kanałów w górę i w dół, ważne aby była zachowana w miarę tendencja

Niepokojące jest kiedy dochodzi do dużych rozbieżności kanałów centylowych pomiędzy wzrostem/długością, a masą dziecka, do 2 kanałów uznaje się za fizjologiczną rozbieżność i jeśli ta rozbieżność się utrzymuje nie ma czym się niepokoić. Jeśli rozbieżność jest większa, należy zastanowić się nad przyczyną, oraz kiedy dziecko przesuwa się pomiędzy więcej niż dwoma kanałami centylowymi „skacze”, czyli przyrosty nie są stałe. Należy oczywiście wziąć pod uwagę, że dzieci przybierają skokowo, więc liczymy średnie przyrosty a nie realne, robimy pomiary nie częściej niż raz na miesiąc.

Poniżej znajdują się siatki WHO – są opracowane dla grupy dzieci karmionych piersią

WAGA:

- DZIEWCZĄT
- CHŁOPCÓW

DŁUGOŚĆ – WZROST:

- DZIEWCZĄT
- CHŁOPCÓW

WHO – wszystkie standardy

Siatki dla dzieci powyżej 5-ciu lat

Standardy – zakresów wartości przyrostów ze względu na wiek i okres

Zwróćmy uwagę, że nikt nie sprawdza długości niemowlęcia, czy

się mieści w siatkach centylowych, bo nikt zbyt krótkiego dziecko nie będzie rozciągał, a zbyt długiego skracał, tak samo warto spojrzeć na wagę, jako coś indywidualnego, najważniejsze jest, że dziecko karmione piersią przyrasta, powoli, ale jednak, minimalne średnie przyrosty miesięczne to 300-350 g optymalnie 400-450 – 600-650 g, ponadto lekarze w większości dysponują siatkami IMiD które zostały przygotowane na bazie dzieci karmionych mieszanką, a tak się składa, że przyrosty dzieci karmionych sztucznie różnią się od dzieci karmionych naturalnie.

W jaki sposób czytać siatki centylowe?

Mamy przykładową dziewczynkę z wagą urodzeniową 3250 g
dalsze pomiary:

1m: 3950

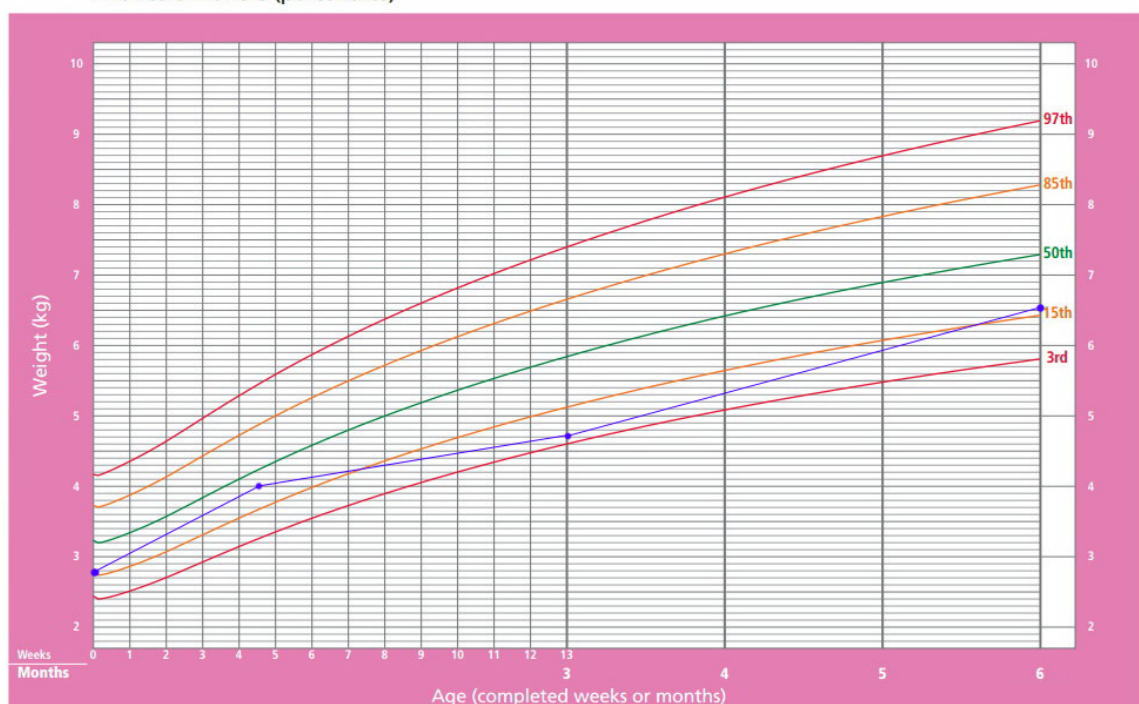
3m: 4600

6m: 6500

Jak widać na wykresie dziecko nie przybierało „po sznurku” ale utrzymywało się w okolicy 15 centyla, przesuwał się pomiędzy 2 kanałami centylowymi, cały czas przybierając.

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

[STUDIUM PRZYPADKU]

Przedstawię historię 2 dziewczynek karmionych naturalnie, z których pierwsza jest alergikiem i ma refluks żołądkowy – przełykowy:

Siostry w odstępie 3 lat, obie po początkowym dużym przyroście w okresie noworodkowym notowały silny spadek przyrostów w kolejnym miesiącu. Badania nie potwierdzały ukrytych infekcji. Jednakże starsza w wieku 1 m zaczęła przesypiać nocę nawet do 9 godzin, młodsza ta sama sytuację w wieku 2m, wybudzanie nie dawało zadowalających efektów, gdyż dzieci nie były zainteresowane ssaniem, w nocy aż do skoku rozwojowego, odpowiednio u starszej po ukończeniu 2 m i u młodszej po ukończeniu 3m, kiedy to zaczęły się same regularnie wybudzać.

W przypadku starszej niedoświadczona mama pogłębiła problem gdyż podczas skoku rozwojowego, kiedy zwiększa się zapotrzebowanie na pokarm, a piersi nie nadążają od razu z

dostosowaniem produkcji i szybko stają się „puste”, dziecko chciało być ciągle przy piersi, a miękkie piersi stresowały mamę, mama próbowała oszukiwać herbatkami i smoczkiem – w efekcie dziecko zaczęło spadać z wagi, gdyż dziecko nie pobudzało laktacji, a herbatka i ssanie smoczka nie dostarczało kalorii. Do tego ulewianie pogarszało sytuację. Pediatra nie analizując indywidualnej sytuacji zalecał mieszankę, której mama nie podała. Dopiero po konsultacji z Doradcą Laktacyjnym CDL mama przystąpiła do programu odbudowania laktacji, doradca zalecił dokarmianie najpierw mlekiem odciągniętym wcześniej (przechowywanym w zamrażalniku) a kiedy się skończyło mieszanką – jako uzupełnienie kamienia piersią, porcje nie więcej niż 30 ml. zwykle raz dziennie wieczorem kiedy poziom prolaktyny spada i w dobowym zestawieniu jest najmniej pokarmu. po ok 3 tyg laktacja się unormowała i nie było potrzeby dalszego dokarmiania, a dziecko zaczęło znowu przybierać.

W przypadku młodszej wyszła w badaniach niewielka anemia fizjologiczna, mam odmówiła podania suplementu żelaza ze względu na problemy z oddawaniem stolców przez dziecko, dalsze badania były niejednoznaczne. Wykonane w BOBIXie zdjęcie RTG płuc sugerowało zmiany, a interpretacja wyniku sprzeczna, pediatra uznała, że zmiany sugerują śródmiąższowe zapalenie płuc i zaleciła leczenie amoksycykliną, zaś alergolog, zajmujący się również leczeniem chorób płuc i oskrzeli uznał że zmiany wymienione w opisie są niejednoznaczne, a po obejrzeniu wyniku prześwietlenia, nie zauważył podstaw podania antybiotyku, również miał obiekcje do suplementacji żelaza. Mama odstąpiła od podania antybiotyku.

Obie dziewczynki utrzymywały się w okolicy 3-go centyla WHO do momentu rozszerzenia diety.

W ostatecznym rozliczeniu dziecko odrobiło samo anemię fizjologiczną bez suplementacji, zaczęło też przybierać na wadze bez dokarmiania i leczenia antybiotykiem.

Konkluzja nasuwająca się, że zestaw genetyczny w tym przypadku determinuje niskie przyrosty niemowląt karmionych piersią w tej rodzinie. Z wywiadu wynika, że dziecko brata taty również w okresie wyłącznego karmienia piersią charakteryzowały małe przyrosty i niższa od przeciętnej waga.

Dr n.med. Jay Gordon pisze na swoim blogu:

*„Obserwuj dziecko, a nie wyniki” i dalej
„Podsumowując, dzieci, które są prawidłowo karmione, mają jasny mocz i moczą pieluszki w pierwszych tygodniach życia prawie zawsze nie wymagają dodatkowej interwencji, bo wszystko jest z nimi dobrze. **Nie przypominam sobie dziecka, dla którego powolny przyrost masy w pierwszych 2 do 6 tygodni był jedyną oznaką do niepokoju.***

Starsze dzieci, od 2 do 12 miesiąca życia, rosną w różnym tempie. Przyrost wagi nie powinien być uznawany jako główne kryterium dobrego zdrowia. Etapy rozwojowe i współpraca oraz wsłuchanie się w obserwacje rodziców są ważniejsze. Nie daj się namówić na dokarmianie dziecka, które rozwija się prawidłowo. Postaraj się uzyskać pomoc w karmieniu piersią i używać innych rzeczy oprócz wagi, do oceny rozwoju.

polecam również:

Brak pokarmu i pokarm małowartościowy

Źródła:

<http://kellymom.com/>

<http://drjaygordon.com/>

The WHO Child Growth Standards

Piśmiennictwo:

„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd 'mamania' 2013, [I] – str 38-39

WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children

5 kroków do udanego karmienia piersią

JAK POBUDZIĆ LAKTACJĘ? – CZYLI CO ZROBIĆ, ŻEBY SIĘ UDAŁO

1. Przystawiaj dziecko do piersi na żądanie. Nawet wtedy, kiedy wydaje Ci się, że piersi są „puste” (o wrażeniu braku pokarmu pisałam tutaj, a o fizjologii laktacji: tutaj)
2. Jeśli dziecko zaczyna się wiercić, denerwować, podaj drugą pierś, trzecią, piątą, ósmą, dwudziestą. Do skutku, aż dziecko się naje.
3. Jeśli pomimo podania dwudziestu lub więcej razy piersi dziecko nadal jest głodne, możesz podać odciągnięty pokarm (w razie braku własnego lepiej dać mleko dawczyni, a w ostateczności mieszanke) w ilości nie więcej niż 30 ml. Najlepiej zrobić to łyżeczką, strzykawką z drenem lub specjalnym kubeczkiem. Można także użyć systemu SNS – więcej o tym w artykule Alternatywne metody karmienia, dokarmiania i pojenia wcześniaków, noworodków i niemowląt
Jak poić kubeczkiem – instruktaż



strzykawka

4. Kiedy nie karmisz, pobudzaj piersi laktatorem w systemie POWER PUMPING . To, co odciągniesz w tym czasie, będzie można później podać dziecku strzykawką z drenem, łyżeczką lub kubeczkiem. Nie przejmuj się tym, że na dnie nic nie ma lub są krople. Nie każda kobieta jest w stanie coś ściągnąć, ale piersi dostają sygnał do produkcji. Możesz odciągać ręcznie
Ręczne odciąganie pokarmu
5. **NIE WOLNO** (spowalnia laktację) ANTYporadnik, czyli jak „zabić” laktację w 5 krokach:
 - wydłużać przerw, aby piersi się napełniły (a w tym czasie podawać smoczkę, bujać, nosić, próbować uśpić, odwracać uwagę od karmienia) lub ustalać stałych pór karmienia,
 - zamiast piersi podawać wody i herbatek, aby oszukać żołądek dziecka,

- podawać mm zamiast karmić piersią,
- kapturki (osłonki, silikonowe nakładki) uniemożliwiają dziecku prawidłowe „opróżnienie” piersi i spływają uchwyt piersi – zaburzają odruch ssania,
- karmienie butelką – może zaburzyć odruch ssania.

Karmienie piersią, to nie tylko żywienie, to intensywna stymulacja laktacji zwłaszcza w pierwszych tygodniach życia, to zaspakajanie wielu potrzeb. To, że dziecko pragnie ciągle ssać pierś, nie oznacza że jest głodne, ono zaspakaja w ten sposób potrzebę ssania niezbędną do regulacji układu nerwowego, zaspakaja potrzebę bliskości i bezpieczeństwa, uspakaja się, zasypia i wiele innych, o co chodzi w tym karmieniu piersią przeczytasz w artykule: [Na czym polega karmienie piersią?](#)

To nie jest uwiązanie, to po prostu okres w życiu dziecka, który szybko mija.

Skąd wiadomo, że dziecko się najada?

- są przyrosty masy ciała dziecka (piszę o tym tutaj, a o ważeniu tutaj),
- dziecko ogólnie jest pogodne i kontaktowe,
- moczy co najmniej 7-8 pieluszek na dobę (może być psik, dziecko zwykle oddaje mocz średnio co 1-2 h, nie wszystkie dzieci to sygnalizują, warto regularnie sprawdzać pieluszkę),
- robi co najmniej 1-3 stolców – kleksów na dobę (jako noworodek).

99,99% matek ma fizjologiczną możliwość wykarmić piersią swoje dziecko. Ty także! Tylko 2 – 5% nie może karmić z innych względów medycznych (ok 0,01% ze względu na niedrożność lub niedorozwój gruczołów nie ma możliwości karmić naturalnie).

W tym linku znajdziesz informacje nt. FIZJOLOGII

LAKTACJI

UWAGA

ŻADEN LAKTATOR NIE POWIE ILE MASZ MLEKA, BO ŻADEN NIE SSIE TAK JAK DZIECKO. WIELE MAM POMIMO SZCZĘŚLIWEGO KARMIENTA NIE JEST W STANIE ŚCIGAĆ MLEKA Z PIERSI.



„Dlaczego odciąganie mleka dla sprawdzenia jego ilości w piersiach jest zupełnie niemiarodajne? Bo odciągając nie uwalniasz tyle oksytocyny ile przy karmieniu piersią. Jak zazwyczaj mówię kobietom, naprawdę trudno pokochać laktator. Kontakt skóra do skóry jest niezwykle ważny.

Tu piękna analogia: wyobraź sobie, że w sklepie widzisz przystojnego mężczyznę. Patrząc niego możesz pomyśleć „Noooo, ale przystojniak”. A teraz wyobraź sobie, że ten mężczyzna dotyka Twojej dłoni, patrzy na Ciebie czule, mówi. Wtedy oksytocyna, hormon miłości, po prostu eksploduje.

Dlatego laktator nigdy nie powie Ci „ile masz mleka w piersiach,,. – źródło FB La Leche League w Polsce

Miękkie piersi nie oznaczają, że brakuje mleka. Piersi to fabryka, a nie magazyn. W unormowanej laktacji piersi są miękkie i takie być powinny. Można tak karmić latami, aż do naturalnego odstawienia dziecka.

CO JESZCZE POBUDZA LAKTACJĘ, WIĘC PODNOSI POZIOM PROLAKTYNY?:

- współspanie i swobodny dostęp dziecka do piersi przez sen,
- noszenie dziecka w chuście,
- częsty i długi kontakt dziecka i matki skóra do skóry podnosi poziom prolaktyny, co zwiększa ilość

mleka w piersiach.

Wszelkie problemy (laktacyjne, związane z piersiami, związane z problemami gastroenterologicznymi i alergiami) powinny być konsultowane z LEKARZEM SPECJALISTĄ ORAZ:

1. Liderką La Leche League,
2. Certyfikowaną konsultantką IBCLC,
3. Certyfikowanym doradcą CDL,
4. Promotorem karmienia piersią. Informacje o wsparciu Laktacyjnym w Polsce znajdziesz tutaj

PAMIĘTAJ! ZANIM Odstawisz dziecko od piersi (pod wpływem lekarza, położnej, rodziny, siebie) UPEWNIJ SIĘ, ŻE JEST TO KONIECZNE. BYĆ MOŻE PROBLEM DA SIĘ ROZWIĄZAĆ INACZEJ LUB JEST ON PRZEJŚCIOWY. KAŻDĄ DECYZJĘ O odstawieniu skonsultuj najpierw ze specjalistą laktacji, doradcą CDL, konsultantem IBCLC lub liderką LLL.