

# Stanowisko Amerykańskiej Akademii Pediatrii w sprawie karmienia piersią 2012

## Breastfeeding and the Use of Human Milk Section of Breastfeeding

Pediatrics, 2012; 129; c827; originally published online February 27, 2012

DOI: 10.1542/peds.2011-3552

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.html>

### *(Omówienie najważniejszych fragmentów)*

W lutym bieżącego roku ukazało się wyczekane przez środowiska działające na rzecz karmienia piersią – nowe, zaktualizowane stanowisko AAP w sprawie karmienia piersią i stosowania mleka ludzkiego. Nie odbiega zasadniczo od stanowisk z 1999 i 2005 roku. Można powiedzieć, że jeszcze mocniej podkreśla znaczenie karmienia piersią dla zdrowia publicznego.

### **Streszczenie**

Karmienie piersią jest uznanym standardem żywienia niemowląt. Zważając na udokumentowane krótko- i długofalowe korzyści dla zdrowia i rozwoju poznawczego dzieci, karmienie piersią powinno stanowić jeden z celów państwowych strategii zdrowotnych. Nie powinno pozostawać tylko osobistym wyborem. AAP ponownie rekomenduje: wyłączne karmienie piersią przez około 6 miesięcy, wprowadzanie żywności uzupełniającej w osłonie karmienia piersią, kontynuowanie karmienia do końca 1. roku życia lub dłużej według życzenia matki i dziecka. AAP podkreśla, że przeciwwskazania do karmienia piersią są niezwykle rzadkie. Rekomenduje monitorowanie wzrostu dzieci karmionych piersią według siatek centylogowych WHO, w celu uniknięcia przekarmienia i niedożywienia. Praktyki szpitalne sprzyjające inicjacji karmienia piersią i utrzymania wyłącznego karmienia mlekiem matki powinny opierać się na programie o udowodnionej skuteczności za jaki uznano „10 kroków do udanego karmienia piersią” WHO/UNICEF. Pediatrizy odgrywają kluczową rolę w promocji karmienia piersią i organizacji systemu wsparcia dla matek karmiących, dlatego powinni posiadać aktualną wiedzę na temat zdrowotnych

zagrożeń wynikających z karmienia sztucznego, znać korzyści ekonomiczne płynące z karmienia mlekiem kobiecym, technikę karmienia i zasady postępowania w laktacji. Tę wiedzę powinni wykorzystywać w swojej praktyce, ale też wpływać na świadomość społeczną. Należy wspierać matki wracające do pracy, a pracodawcom uświadamiać, jakie mogą mieć korzyści z ułatwiania matkom karmienia.

(na podst. streszczenia stanowiska AAP, CNoLNews Marzec 2012)

### **Wprowadzenie**

Warto wspomnieć, że w Stanach Zjednoczonych od 1978 r. realizowany jest program zdrowotny Healthy People. Kolejne jego edycje 1989, 1999, 2010, 2020 za cel stawiają sobie zwiększanie odsetka karmiących matek, jako zasadniczego czynnika prozdrowotnego i proekonomicznego. Wdrażane są działania promocyjne, edukacyjne i organizacyjne wobec pracowników ochrony zdrowia, ale także matek i środowiska, prowadzona jest ewaluacja wyników na poziomie krajowym. Wskaźniki karmienia ulegają stopniowej poprawie, choć nie wszystkie cele są osiąmane. Przykładowo w 1988 zaczynało karmić 47%, w 1998 roku 56%, w 2007 – 75% (cel 75%). W 6. miesiącu karmiło 44% (cel 50%), wyłącznie piersią 13,8% (cel 17%, poprzednio było zero!). W 12. miesiącu karmiło jeszcze 22,4% matek (cel 25%). W następnej edycji Healthy People 2020 zaplanowano zwiększenie odsetka rozpoczynających karmienie do 82%, karmiących w 6. miesiącu do 60,5%, wyłącznie 25,5%, do 12. miesiąca 34%. Zaplanowano też zwiększenie odsetka pracodawców wspierających karmiące matki do 38%, zmniejszenie odsetka dokarmianych noworodków w pierwszych 2 dobach życia

z 25% do 15%. Z podziwu godną konsekwencją program ten jest wdrażany i realizowany systemowo.

## Rekomendacje AAP dotyczące żywienia dzieci zdrowych urodzonych o czasie

Rekomendacje ujęto w 5 szczegółowych punktów, które bardzo jasno precyzują postępowanie pediatry i innych pracowników ochrony zdrowia sprzyjające laktacji. Omówimy trzy najważniejsze:

1. Wyłączne karmienie piersią powinno trwać około 6 miesięcy:
  - alternatywnie mlekiem odciągającym, w następnej kolejności mleko dawczyń,
  - do 1. roku lub dłużej według życzenia,
  - żywność uzupełniająca bogata w żelazo i inne mikroelementy powinna być wprowadzana około 6. miesiąca
2. Opieka okołoporodowa powinna sprzyjać rozpoczęciu i kontynuowaniu laktacji i być zgodna z zaleceniami AAP oraz z protokołami The Academy of Breastfeeding Medicine i zawierać następujące elementy:
  - kontakt skóra do skóry i pierwsze karmienie tuż po porodzie,
  - opóźnienie rutynowych procedur takich jak: ważenie, mierzenie, mycie, badania krwi, szczepienie, zakrapianie spojówek, iniekcja witaminy K – do 6 h i in.), aż nie zostanie zakończone pierwsze karmienie,
  - zapewnienie 8-12 karmień/dobę,
  - instruktaż techniki karmienia przez przeszkolony personel,
  - prowadzenie dokumentacji i monitorowanie przebiegu karmienia,
  - niepodawanie suplementów, takich jak: woda, roztwór glukozy, mleko modyfikowane i inne noworodkom karmionym piersią, poza opartymi na EBM wskazaniami w trakcie leczenia hipoglikemii lub hiperbilirubinemii,
  - unikanie używania smoczków,
  - rozpoczęcie suplementacji wit. D (400 IU) po wypisie ze szpitala.
3. Wszystkie noworodki karmione piersią powinny być rutynowo badane między 3. a 5. dobą życia (48-72 godziny po wypisie ze szpitala). Opieka pediatry powinna obejmować obserwację karmienia i ocenę przyrostu masy (spadek nie powinien przekraczać 7% i trwać dłużej niż 5 dób).

## Smoczki–uspokajacze

Stosowanie smoczków w okresie niemowlęcym jest dopuszczalne w sytuacjach uzasadnionych medycznie, np. jako środek uspokajający dla wyjątkowo niespokojnych lub cierpiących z powodu bólu niemowląt, jako sposób na zmniejszenie częstości SIDS w rodzinach obarczonych takim ryzykiem, jako sprzęt wspomagający w procesie rehabilitacji funkcji ssania prowadzonej przez fachowe osoby. Prawidłowe używanie smoczka uspokajacza pozwala na utrzymanie prawidłowej laktacji i polega na stosowaniu go do drzemki lub zasypiania w pozycji na plecach, dopiero po ustabilizowaniu się laktacji, czyli po 3-4 tygodniach życia dziecka (CNoLNews, kwiecień 2012).

## Monitorowanie wzrostu

Od września 2010 r. w USA instytucja zajmująca się zdrowiem dzieci oraz AAP rekomendują zgodnie monitorowanie wzrostu dzieci karmionych piersią do 24. miesiąca życia według siatek centylowych WHO z 2006 roku [dobrze znanych polskim konsultantom i doradcom przyp. red.]. Wzrost w tym tempie stanowi wzorzec, który chroni zarówno przed niedożywieniem, jak i otyłością. Stosowanie innych siatek dla dzieci karmionych piersią zwiększa liczbę błędów lekarskich dotyczących zalecania dokarmiania.

## Praktyki szpitalne

W 2009 roku AAP oficjalnie zatwierdziło program „10 kroków do udanego karmienia piersią” jako skuteczny dla poprawy wskaźników karmienia naturalnego, takich jak: odsetek matek rozpoczynających karmienie, długość karmienia oraz wyłączość karmienia. Wykazano skuteczność 5 praktyk w stosunku do długości karmienia piersią bez względu na status ekonomiczny badanych kobiet:

- rozpoczynanie karmienia w 1. godzinie po porodzie,
- wyłączne karmienie mlekiem matki,
- system rooming-in,
- unikanie smoczka uspokajacza,
- przekazanie numeru telefonu do punktu pomocy laktacyjnej po wypisie.

W USA oceniono na poziomie krajowym (80% szpitali) stopień stosowania praktyk sprzyjających laktacji. Średnia wdrożenia „10 kroków” w szpitalach wyniosła 65%. Uznano to za wskaźnik niesatysfakcjonujący i natychmiast zalecono wszystkim szpitalom wdrażanie jednolitych zasad, które

opublikowano pod nazwą The Sample Hospital Breastfeeding Policy. Strategia jest oparta na poprzednich rekomendacjach AAP 2005 oraz „10 krokach” i jest dostępna na stronie internetowej AAP pod nazwą: Safe and Health Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians Offices. Trzeba przyznać, że jest to podziwu godna interwencja na poziomie państwowych służb.

My możemy pozazdrościć, a może wziąć przykład?

W tegorocznych rekomendacjach zaprezentowano wyniki dużych prac oryginalnych oraz metaanaliz wiarygodnie opisujących wpływ karmienia piersią na zdrowie dzieci i matek, co stanowi uzupełnienie meta analizy AHRQ z 2007 roku, znanej doradcom i konsultantom laktacyjnym ze stanowiska ESPGHAN, tłumaczonego na język polski i opublikowanego w materiałach zjazdowych w roku 2011.

## **Karmienie mlekiem matki a zdrowie dzieci**

Karmienie wyłącznie piersią przez okres 4 miesięcy zmniejsza ryzyko hospitalizacji z powodu infekcji dróg oddechowych o 72%, ponadto zmniejsza nasilenie infekcji wirusem RSV.[1,2] Jednocześnie wyłączenie karmienia piersią ponad 6 miesięcy zmniejsza 4-krotnie ryzyko zapalenia płuc u niemowlęcia w porównaniu z karmieniem przez okres 4-6 miesięcy.[3] Również częstość zapalenia ucha środkowego zmniejsza się 3-krotnie u dzieci karmionych wyłącznie piersią ponad 3 miesiące.[4] Godny uwagi jest fakt, że karmienie piersią niezależnie od jego czasu trwania zmniejsza częstość występowania infekcji przewodu pokarmowego u niemowląt o 2/3, a efekt ten utrzymuje się jeszcze 2 miesiące po zaprzestaniu karmienia piersią.[5] W przypadku wcześniaków zagrożonych martwiczym zapaleniem jelit karmienie wyłącznie pokarmem kobiecym zmniejsza ryzyko tego powikłania o 77% w porównaniu z niemowlętami karmionymi pokarmem mieszanym z dodatkiem mieszanek opartych na mleku krowim.[6] Karmienie piersią, niezależnie od czasu trwania, zmniejsza dwukrotnie ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt (SIDS), natomiast wyłączenie karmienia piersią zmniejsza to ryzyko blisko 4-krotnie.[7] Obliczono nawet, że gdyby 90% matek w Stanach Zjednoczonych karmiło wyłącznie piersią przez okres 6 miesięcy, można by uniknąć ponad 900 zgonów z powodu SIDS.[8] Pomimo, że znany jest ochronny wpływ karmienia piersią na występowanie atopowego zapalenia skóry, astmy i egzemy, trudno jest ocenić wpływ czasu wprowadzania poszczególnych stałych pokar-

mów do diety dziecka z powodu niskiego odsetka niemowląt karmionych wyłącznie piersią w 6. miesiącu życia.[9] Jak dotąd nie ma przekonujących dowodów, że opóźnienie wprowadzenia pokarmów stałych po 6. miesiącu miałyby chronić przed alergią.[10] Karmienie piersią podczas wprowadzania do diety glutenu zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby trzewnej blisko dwukrotnie.[11]

W świetle tych danych można wywnioskować, że to łączny czas trwania karmienia piersią przed wprowadzeniem glutenu jest najsilniejszym czynnikiem ochronnym przed wystąpieniem choroby trzewnej. Tak więc produkty zawierające gluten powinny być wprowadzane do diety dziecka w okresie wyłącznego karmienia piersią [niewielkie ilości pomiędzy 17. a 26. tygodniem, zgodnie z zaleceniami ESPGHAN – przyp. red.]. Występowanie chorób zapalnych jelit jest rzadsze o blisko 1/3 u niemowląt karmionych piersią.[12] Karmienie piersią odgrywa ważną rolę w zapobieganiu otyłości u dzieci, młodzieży i dorosłych. Związane jest nie tylko z mniejszym BMI, ale też z większym stężeniem HDL w surowicy, przy czym każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko otyłości o 4%.[1,13] Dobrze znany jest fakt, że karmienie wyłącznie piersią przez okres przynajmniej 3 miesięcy zmniejsza ryzyko cukrzycy typu 1 o 1/3.[14] Jest to związane z brakiem ekspozycji na  $\beta$ -laktoglobulinę zawartą w mleku krowim. Natomiast zmniejszenie częstości występowania cukrzycy typu 2 o ponad 1/3 jest najprawdopodobniej związane ze zmniejszeniem otyłości i rozwojem samoregulacji objętości przyjmowanego pokarmu w grupie karmionej piersią.[15] Karmienie piersią przez okres 6 miesięcy jest związane także ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia ostrej białaczki limfocytarnej i ostrej białaczki szpikowej.[16]

## **Mleko matki dla dzieci urodzonych przedwcześnie**

Stanowisko AAP podtrzymuje, że pokarm kobiecy jest pokarmem pierwszego wyboru dla dzieci przedwcześnie urodzonych. Podkreśla długo- i krótkoterminowe korzystne efekty karmienia wcześniaków mlekiem ludzkim, m.in. zmniejszenie ryzyka sepsy i NEC, śmiertelności, ponownych hospitalizacji, ale także późniejszych zaburzeń wzrostu. Długotrwałe badania przedwcześnie urodzonych wskazały, że karmienie ludzkim mlekiem zapewniło prawidłowy metabolizm leptyny i insuliny oraz prawidłowy poziom LDL w wieku młodzieńczym, w wyniku czego zmniejszyło ryzyko chorób metabolicznych i nadciśnienia tętniczego.[17,18] AAP tym

razem dłużej zatrzymuje się na niedocenianych wcześniej korzyściach dla rozwoju poznawczego. Prospektywne badania prowadzone do 8. roku życia wykazały wyższe wyniki testów na inteligencję u tak żywionych dzieci, po wykluczeniu czynników zakłócających, takich jak: wiek matki, poziom wykształcenia, status małżeński, rasa, śmiertelność dzieci. Z prowadzonych badań wynika jednoznacznie, że objętość istoty białej i całkowita objętość mózgu są większe u osób, które otrzymywały mleko ludzkie na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej.[19] Wyłączne i przeważające karmienie mlekiem matki w oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej zapobiega także retinopatii u wcześniaków.[20] (CNoLNews, marzec 2012)

## ■ **Rekomendacje AAP dotyczące żywienia dzieci urodzonych przedwcześnie**

Rekomendacje ujęto w 5 punktów. Najważniejsze z nich są trzy pierwsze. Nie pozostawiają żadnych wątpliwości jak w 2012 roku należy żywić wcześniaki.

1. Wszystkie dzieci urodzone przedwcześnie powinny otrzymywać mleko ludzkie:  
mleko matki powinno być wzmocnione w białka, sole mineralne i witaminy, aby zapewnić optymalne żywienie dzieci z masą urodzeniową poniżej 1500 g, jeśli mleko matki jest niedostępne należy podawać pasteryzowane mleko z banku mleka ludzkiego, stosownie wzmocnione.
2. Matki powinny otrzymać wszelkie niezbędne informacje oraz instruktaż metod ręcznego i mechanicznego odciążania pokarmu.
3. Oddziały intensywnej opieki noworodka powinny posiadać protokoły dotyczące zbierania, przechowywania i znakowania próbek mleka ludzkiego oparte na EBM.

Nowością stanowi rekomendacja dotycząca przechowywania mleka matki dla wcześniaka. Dotychczas uznawano za bezpieczne przechowywanie przez 48 h. Zgodnie z najnowszymi doniesieniami mleko może być przechowywane w lodówce w temperaturze 4°C przez 96 h.[21]

W Polsce mamy dopiero niedawno otwarty pierwszy bank mleka kobiecego (w marcu 2012). Mamy protokoły postępowania z mlekiem kobiecym na oddziałach intensywnej terapii noworodka, ale ich realizacja nie jest systemowa i spójna dla wszystkich oddziałów tego typu. Nie mamy standardów postępowania z matką po porodzie przedwczesnym w zakresie wsparcia laktacyjnego. AAP daje nam

więc wzorzec, za którym warto podążać, jeśli chcemy gonić świat. (CNoLNews, maj 2012)

## ■ **Karmienie piersią a zdrowie matek**

Karmienie piersią poprawia wskaźniki zdrowotne we wszystkich populacjach kobiet na świecie. AAP wymienia skutki krótko- i długofalowe, które są nam dobrze znane z poprzednich i innych publikacji. Przytacza natomiast prospektywne badanie kohortowe, które wykazało wyższe ryzyko depresji poporodowej u matek niekarmiących piersią lub wcześniej przerywających karmienie.[22] Podobne obserwacje dotyczą stosowania przemocy i zaniedbywania dzieci.[23] Natomiast zwrócono uwagę, że na powrót do figury sprzed ciąży mogą poza karmieniem naturalnym wpływać też inne czynniki takie jak: odżywianie, aktywność fizyczna, wyjściowe BMI, grupa etniczna, więc wnioski z przeglądu aktualnych badań są niejednoznaczne. U kobiet, które nie miały cukrzycy ciężarnych każdy rok karmienia piersią obniża ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 o 4-12%.[24] Tego efektu nie notowano u matek, które miały cukrzycę ciężarnych. Ciekawe wydają się cytowane badania analizujące skumulowany czas karmienia piersią w życiu kobiet. Okazuje się, że jeśli przekracza on 12 miesięcy szansa na zachorowanie na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) są małe (0,8), a jeszcze niższe gdy przekracza 24 miesiące (0,5).[25] Podobny efekt wykazano w stosunku do wystąpienia nadciśnienia tętniczego, hiperlipidemii, chorób krążenia i cukrzycy. Badanie objęło 139 000 kobiet w okresie postmenopauzalnym, u których skumulowany czas karmienia wynosił 12-23 miesiące. To samo wykazano w stosunku do raka sutka (przed menopauzą) i jajnika.[26] Każdy rok karmienia obniża ryzyko wystąpienia raka sutka o 4,3%.[27]

## ■ **AAP o żywieniu karmiących matek**

W nowym stanowisku AAP potwierdza, że matka karmiąca powinna odżywiać się w sposób zróżnicowany i zbilansowany pod względem składników odżywczych. Wystarczy dziennie 450-500 kcal więcej. Nie ma potrzeby stosować rutynowo suplementów. Mleczyny jądłospis powinien zawierać dziennie 200-300 mg v-3 długołańcuchowych, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (DHA). Konsumpcja 1 lub 2 porcji ryb (śledź, tuńczyk, łosoś) na tydzień zapewni tę podaż. Ryzyko przyjmowania zbyt dużych dawek rtęci jest

równoważone korzyściami wynikającymi z prawidłowego rozwoju układu nerwowego dziecka w wyniku przyjmowania odpowiedniego poziomu DHA. Należy unikać spożycia dużych ryb (szczupak, marlin, miecznik, makrela). Matki odżywiające się nieprawidłowo mogą wymagać suplementacji zarówno witamin jak i DHA.

## Leczenie matek

Zasada mówiąca o tym, że zlecając leki matce karmiącej trzeba brać pod uwagę ich wpływ na dziecko, jest dobrze znana profesjonalistom zajmującym się laktacją. AAP podkreśla, że istnieje naprawdę niewielka liczba medykamentów przeciwwskazanych podczas karmienia dziecka i wobec których nie można znaleźć nieprzeciwwskazanych zamienników. Poleca używanie znanej polskim doradcom i konsultantom laktacyjnym, bazy LactMed w poszukiwaniu aktualnych i wyczerpujących informacji o lekach. Baza jest publikowana w oparciu o dane Narodowego Instytutu Zdrowia i jest dostępna na stronie: [www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT](http://www.toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT). Dodatkowe informacje dotyczące innych substancji takich jak zioła, narkotyki, inne uśmierzające ból i psychotropowe można znaleźć w publikacji AAP dotyczącej stosowania leków w czasie karmienia opracowanej przez Komisję ds. leków AAP. Nie zaleca się karmienia w czasie przyjmowania m.in. substancji halucynogennych i leków przeciwnowotworowych. W przypadku leków psychotropowych często nie mamy wystarczających danych. Tylko w przypadku 19 z 96 leków mamy wystarczające dane, aby podać bezpieczny sposób podawania i uznać je za dopuszczone w czasie karmienia. Najmniej problematyczne wydają się trójpierścieniowe przeciwdepresyjne: amitryptylina, clomipramina oraz inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny takie jak: paroksetyna, sertralina. (CNoLNews maj 2012)

## Przeciwwskazania do karmienia piersią

Większość prezentowanych rekomendacji nie stanowi zaskoczenia dla polskich doradców i konsultantów laktacyjnych, dlatego pozwolimy sobie przytoczyć najpierw nowości, a potem najważniejsze fakty.

Nowością jest zmiana zaleceń dotyczących karmienia wcześniaków przez matki CMV+. Dotychczas uważano, że mleko tych matek powinno być podawane tylko donoszonym noworodkom. W świetle obecnych badań uważa

się, że korzyści płynące z podawania świeżego mleka matki seropozytywnej dzieciom przedwcześnie urodzonym, nawet z ekstremalnie małą masą, przeważają nad ryzykiem zachorowania na cytomegalię. Nie odnotowano zaburzeń rozwoju neurologicznego w długofalowych obserwacjach.[28] Mrożenie pokarmu nie usuwa wirusa w 100%, a pasteryzacja Holdera (62,5°C/30 min) oraz krótka pasteryzacja 5 10 sekund w 72°C obniża wartość odżywczą i bioaktywność pokarmu. Dlatego od tej chwili można powiedzieć, że świeży pokarm matki jest pokarmem z wyboru dla wszystkich wcześniaków.

Nowością jest również stanowisko w sprawie grypy H1N1. Matki w ostrej fazie choroby powinny być odizolowane od dzieci do czasu, gdy przestaną gorączkować, ale cały czas można podawać ich odciągany pokarm.[29]

Bezwzględne przeciwwskazanie ze strony dziecka stanowi galaktozemia, ale już fenyloketonuria pozwala na karmienie częściowe i stosowanie specjalistycznych preparatów do żywienia chorych dzieci.

Bezwzględne przeciwwskazanie ze strony matki stanowi seropozytywność HTLV 1, HTLV 2 i nieleczona brucelloza (wyklucza karmienie i podawanie odciąganego mleka). W przypadku nieleczonej, aktywnej gruźlicy wskazana jest izolacja matki, ale mleko można podawać dziecku, a do karmienia można wrócić po 2 tygodniach leczenia, gdy matka już nie prątkuje. Przy zmianach opryszczkowych na piersi należy unikać kontaktu dziecka ze zmianami, ale mleko też można podawać.

Matki narkomanki, HIV-negatywne, dobrze odżywione, w czasie kontrolowanej terapii odwykowej, powinny być zachęcane do karmienia dziecka piersią. Natomiast przyjmujące toksyczne dla rozwoju dziecka preparaty takie jak: fenicyklidyna (PCP), kokaina, marihuana, nie powinny karmić piersią. Spożycie alkoholu i palenie papierosów powinno być ograniczone do zera lub sporadycznych, niewielkich ilości [do 0,5 g alkoholu na kg masy ciała kobiety, do 5 papierosów dziennie, nie przy dziecku – przyp. red.].

## Szczególna rola pediatrów

Tym razem została ujęta w 7 zasad.

Pierwszą z nich jest: pediatrzy powinni promować karmienie mlekiem matki jako normę w żywieniu dzieci. W tym celu powinni posiadać i pogłębiać wiedzę dotyczącą przebiegu karmienia piersią i zasad postępowania w laktacji oraz umieć ocenić jej skuteczność. Ważnym punktem wydaje się podkreślenie roli pediatrów w kształceniu

przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy w zakresie laktacji i karmienia piersią. Pediatrizy powinni promować politykę i praktyki sprzyjające karmieniu piersią, zgodne z wytycznymi AAP, protokołami The Academy of Breastfeeding Medicine oraz „10 krokami do udanego karmienia piersią” WHO/UNICEF. Pediatrizy zostali też zobowiązani do współpracy z certyfikowanymi specjalistami w dziedzinie laktacji, a także pozostałymi pracownikami ochrony zdrowia, tak aby tworzyć spójny system wsparcia dla karmiących matek w środowisku lokalnym.

W tych 7 zasadach ujęto bardzo precyzyjnie niezwykle ważny proces tworzenia systemowego wsparcia dla karmiących matek, w który, w naturalny sposób i nikogo na świecie to nie dziwi, są włączeni certyfikowani doradcy/konsultanci laktacyjni. Wiodącą rolę w tworzeniu tego systemu przypisano w USA pediatrom. W Polsce są osoby, które już wiele lat temu tak odczytały swoje zadanie i łamiąc wszelkie schematy, pokonując liczne bariery stwarzają „świat przyjazny dziecku” w swoich „małych ojczyznach”. Czy nie przyszedł już czas na rozwiązania systemowe spójne dla całego kraju? Choćby rejestrację zawodu konsultanta laktacyjnego? Uznania potrzeby tworzenia poradni laktacyjnych i refundowania w nich wizyt?

## Podsumowanie

Rekomendacje AAP 2012 potwierdzają, że szliśmy dotąd właściwą drogą, choć często prowadziła nas przez gęszcz niechęci i niedowierzania. Podążaliśmy za wiedzą o laktacji na najwyższym światowym poziomie. Teraz tylko ją aktualizujemy. Dostaliśmy zastrzyk energii. Tak wiele spisanych, konkretnych zasad postępowania, tak wiele praktycznych wskazówek, stanowi doskonałą bazę do tworzenia polskich standardów. Ale stanowi również wyzwanie.

Do dzieła!

## Opracowanie:

**Magdalena Nehring-Gugulska, Piotr Nehring, Aleksandra Hadys**  
Centrum Nauki o Laktacji

## WYBRANE POZYCJE PIŚMIENICTWA:

1. Ip S., Chung M., Raman G. i wsp.: A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed. Med.*, 2009; 4: 17–30
2. Nishimura T., Suzue J., Kaji H.: Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr. Int.*, 2009; 51: 812–816
3. Chantray C.J., Howard C.R., Auinger P.: Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. *Pediatrics*, 2006; 117: 425–432
4. Duijts L., Jaddoe V.W., Hofman A., Moll H.A.: Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, 2010; 126
5. Quigley M.A., Kelly Y.J., Sacker A.: Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*, 2007; 119
6. Sullivan S., Schanler R.J., Kim J.H. i wsp.: An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J. Pediatr.*, 2010; 156: 562–567
7. Hauck F.R., Thompson J.M., Tanabe K.O. i wsp.: Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, 2011; 128: 1–8
8. Bartick M., Reinhold A.: The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, 2010; 125
9. Nwaru B.I., Erkkola M., Ahonen S. i wsp.: Age at the introduction of solid foods during the first year and allergic sensitization at age 5 years. *Pediatrics*, 2010; 125: 50–59
10. Zutavern A., Brockow I., Schaaf B. i wsp.: LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to eczema, asthma, allergic rhinitis, and food and inhalant sensitization at the age of 6 years: results from the prospective birth cohort study LISA. *Pediatrics*, 2008; 121
11. Akobeng A.K., Ramanan A.V., Buchan I., Heller R.F.: Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and metaanalysis of observational studies. *Arch. Dis. Child.*, 2006; 91: 39–43
12. Barclay A.R., Russell R.K., Wilson M.L. i wsp.: Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J. Pediatr.*, 2009; 155: 421–426
13. Parikh N.I., Hwang S.J., Ingelsson E. i wsp.: Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am. J. Med.*, 2009; 122: 656–663
14. Rosenbauer J., Herzig P., Gianì G.: Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus – a nationwide population-based case-control study in pre-school children. *Diabetes. Metab. Res. Rev.*, 2008; 24: 211–222
15. Das U.N.: Breastfeeding prevents type 2 diabetes mellitus: but, how and why? *Am. J. Clin. Nutr.*, 2007; 85: 1436–1437
16. Kwan M.L., Buffler P.A., Abrams B., Kiley V.A.: Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public. Health Rep.*, 2004; 119: 521–535
17. Lucas A.: Long-term programming effects of early nutrition – implications for the preterm infant. *J. Perinatol.*, 2005; 25 (suppl. 2): S2–S6
18. Singhal A., Cole T.J., Lucas A.: Early nutrition in Preterm infants and later blood pressure: two cohorts after randomised trials. *Lancet*, 2001; 357 (9254): 413–419
19. Isaacs E.B., Fischl B.R., Quinn B.T. i wsp.: Impact of Breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr. Res.*, 2010; 67(4): 357–362
20. Okamoto T., Shirai M., Kokubo M. i wsp.: Human milk reduces the risk of retinal detachment in extremely low-birthweight infants. *Pediatr. Int.*, 2007; 49 (6): 894–897
21. Slutzah M., Codipilly C.N., Potak D. i wsp.: Refrigerator storage of Expresses human milk in the neonatal intensive care unit. *J. Pediatr.*, 2010; 156 (1): 26–28
22. Henderson J.J., Evans S.F., Straton J.A. i wsp.: Impact of post natal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 2003; 30 (3): 175–180
23. Strathearn L., Mamun A.A., Najman J.M. i wsp.: Does breastfeeding protect against substantiated Chile abuse and neglect? A 15 year cohort study. *Pediatrics*, 2009; 123 (2): 483–493
24. Schwarz E.B., Brown J.S., Creasman J.M. i wsp.: Lactation and Maternal risk of type 2 diabetes a population-based study. *Am. J. Med.*, 2010; 123 (9): 863, e1–e6
25. Karlson E.W., Mandi L.A., Hankinson S.E. i wsp.: Do breastfeeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses health Study. *Arthritis Rheum.*, 2004; 50 (11): 974–982
26. Schwarz E.B., Ray R.M., Stuebe A.M. i wsp.: Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet. Gynecol.*, 2009; 113 (5): 974–982
27. Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding collaborative reanalysis of individual data from epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women without the disease. *Lancet*, 2002; 360 (9244): 302–312
28. Kurath S., Halwachs-Baumann G., Muller W. i wsp.: Transmission of cytomegalovirus via Breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. *Clin. Microbiol. Infect.*, 2012; 16 (8): 1172–1178
29. Centers for Disease Control and Prevention. 2009 H1N1 Flu (Swine Flu) and feeding your baby: what Barents should know. Available at: [http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?cid=h1n1flu\\_outbreak\\_155](http://www.cdc.gov/h1n1flu/infantfeeding.htm?cid=h1n1flu_outbreak_155). Accessed January 2010