



*Drogie Koleżanki !*

*Z pewnym poślizgiem, ale niezmiennie serdecznie witamy Was w kolejnym roku!*

*To czwarty rok wydawania naszego Biuletynu. Cieszymy się, że coraz bardziej jesteście zaangażowane w jego tworzenie.*

*- Monika, Magda, Kasia, Maria*

## AKTUALNOŚCI

### **BARDZO PILNE !**

NA ZEBRANIU W NIEPOŁOMICACH ZAPLANOWAŁYŚMY ZORGANIZOWANIE **VI ZJAZDU RMKL I ZEBRANIA WYBORCZEGO** W MAJU W WARSZAWIE. MIAŁ SIĘ ON ODBYĆ NASTĘPNEGO DNIA PO KONFERENCJI KUKP Z OKAZJI **ŚWIATOWEGO TYGODNIA PROMOCJI KARMIEŃCIA PIERSIĄ.**

STOWARZYSZENIE KUKP PRZYJĘŁO W TYM ROKU INNĄ, CIEKAWĄ FORMĘ UCZCZENIA TYGODNIA PROMOCJI I NIE BĘDZIE ORGANIZOWAŁO KONFERENCJI.

ZJAZD RMKL MÓGŁBY ODBYĆ SIĘ JAKO SAMODZIELNA IMPREZA, ALE POTRZEBNE SĄ 2-3 OSOBY, KTÓRE WSPARŁYBY **WANDE URMAŃSKĄ** W ORGANIZACJI PRZEDSIĘWZIĘCIA. JEŚLI KTÓREŚ Z KOLEŻANEK Z WARSZAWY LUB OKOLIC

MOGŁYBY ZAOPAKOWAĆ SWÓJ CZAS I POMOC PROSIMY O KONTAKT  
Z SEKRETARZEM **0 501 255 345** lub **kalej@wp.pl**



### UNICEF: **Obniżyć śmiertelność matek i noworodków**

Najnowszy raport UNICEF z serii "The State of the World's Children" podaje, że u kobiet z krajów najslabiej rozwiniętych ryzyko śmierci na skutek powikłań okołoporodowych jest 300 razy wyższe niż u kobiet mieszkających w krajach rozwiniętych. Jednocześnie, dziecko urodzone w kraju rozwijającym się jest 14 razy bardziej narażone na śmierć w pierwszym miesiącu życia niż dziecko z kraju rozwiniętego. Zdrowie i szanse na przeżycie matek i ich nowonarodzonych dzieci są ze sobą ściśle powiązane, dlatego noworodki czerpią korzyści także z wielu świadczeń chroniących matki. Najnowsza sztandarowa publikacja UNICEF "The State of the World's Children" pokazuje związki pomiędzy zdrowiem matek, a szansami na przeżycie noworodków, jednocześnie przedstawiając możliwości zmniejszenia przepaści dzielącej kraje bogate i biedne.

- Każdego roku ponad pół miliona kobiet umiera na skutek ciąży czy powikłań ciąży lub komplikacji poporodowych, w tym ponad 70 tysięcy dziewczynek i młodych kobiet między 15. a 19. rokiem życia - powiedziała Dyrektor Generalny UNICEF Ann M. Veneman podczas prezentacji raportu w Johannesburgu. – Od 1990 roku komplikacje w czasie ciąży i porodu zabiły 10 milionów kobiet. Zarówno matki, jak i niemowlęta, są zagrożone podczas pierwszych dni i tygodni po narodzinach. Jest to decydujący moment dla interwencji ratujących życie, takich jak wizyty poporodowe, odpowiednia higiena, czy porady zdrowotne.

Mimo że w ostatnich latach w wielu krajach rozwijających się dokonał się ogromny postęp w obniżaniu wskaźników umieralności wśród dzieci, wciąż nie widać wyraźnej poprawy w redukcji śmiertelności matek.

Przykładowo w latach 1990-2007 w Nigrze i Malawi śmiertelność dzieci poniżej 5 roku życia obniżona została o połowę, a w Angoli wskaźnik umieralności spadł z 258 do 158 na 100 tysięcy żywych urodzeń. W Indonezji śmiertelność do 5 roku życia zmniejszyła się do 1/3 poziomu z roku 1990, natomiast w Bangladeszu o ponad połowę.

Zmiany na lepsze nie nastąpiły natomiast w odniesieniu do zagrożeń dla zdrowia kobiet, wyjątkowo podatnych na zachorowania podczas porodu i w pierwszych dniach po narodzinach dziecka. Podczas gdy w skali globalnej wskaźniki szans na przeżycie dzieci poniżej 5 roku życia poprawiają się, ryzyko w obliczu którego stają niemowlęta w pierwszych 28 dniach życia w wielu krajach pozostaje na niedopuszczalnie wysokim poziomie.

W świecie rozwijającym się ryzyko śmierci w czasie ciąży lub niedługo po porodzie jest jak 1 do 76, w porównaniu z prawdopodobieństwem 1 do 8 000 w krajach rozwiniętych. Około 99 procent przypadków zgonów na skutek ciąży i jej powikłań zdarza się w krajach rozwijających się, w których urodzenie dziecka pozostaje jednym z największych zagrożeń dla życia kobiet. Ogromna większość z nich zdarza się w Afryce i Azji, gdzie wysoka dzietność, brak wyszkolonego personelu i słaby system zdrowotny prowadzi do tragedii wielu młodych dziewczyn.

Dziesięć krajów, w których życiowe ryzyko śmierci matek to: Niger, Afganistan, Sierra Leone, Czad, Angola, Liberia, Somalia, Demokratyczna Republika Kongo, Gwinea Bissau i Mali. Ryzyko śmierci wśród matek waha się od 1 na 7 w Nigrze do 1 na 15 w Mali. Na każdą matkę, która umiera, przypada 20 kolejnych chorych lub z rozległymi obrażeniami, mającymi często długotrwałe konsekwencje.

W celu obniżenia śmiertelności matek i noworodków raport rekomenduje stworzenie systemu podstawowej opieki zdrowotnej, który zapewniłby ciągłość leczenia w domu, w lokalnej społeczności, przez świadczenia społeczne i w łatwo dostępnych punktach medycznych. Koncepcja ciągłości pielęgnacji zdrowia przedkłada model podstawowej opieki zdrowotnej obejmujący każdą fazę życia dziecka od poczęcia po dojrzałość nad tradycyjne podejście kładące nacisk na pojedyncze interwencje.

- Ratowanie życia matek i ich nowonarodzonych dzieci wymaga więcej niż pojedynczej interwencji - mówi Veneman. - Edukacja dziewczynek to podstawa w poprawie zdrowia matek i noworodków, a przysłużyć się może również całym rodzinom i społecznościom.

Raport pokazuje, że takie systemy zdrowia są najbardziej efektywne w środowiskach wspomagających pozycję, ochronę i edukację kobiet.

UNICEF  
16.01.2009

Kurier Medycyny Praktycznej  
Wyszperła: Katarzyna Raczek-Pakuła

## CIEKAWY ARTYKUŁY

### ***NIEDOBÓR WITAMINY D3 – NOWE ZALECENIA***

*- najbardziej istotne dla IBCLC skróty z artykułu:*

Niedobór witaminy D u dzieci i młodzieży – rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie.

Aktualne (2008) zalecenia American Academy of Pediatrics (AAP)

Medycyna Praktyczna – pediatria, 1 (61) styczeń-luty 2009

opr. dr Katarzyna Raczek-Pakuła, IBCLC

## **Wstęp**

Witamina D3 jest niezbędna do wchłaniania wapnia z jelita. Jej niedobór jest przyczyną rozwoju krzywicy (upośledzenie mineralizacji rosnącej kości i chrząstek, a u młodzieży i dorosłych - osteomalacji. Zgodnie z poprzednimi zaleceniami AAP z 2003 roku niemowlę powinno otrzymywać w ciągu doby co najmniej 200 IU (*jednostek międzynarodowych*)<sup>1</sup> z różnych źródeł. Taka podaż jednak nie wpłynęła na wyeliminowanie krzywicy i coraz częściej kwestionuje się jej zasadność, szczególnie, że zmienił się uznawany za pożądany zakres stężeń 25-hydroksywitaminy D. Zbyt mała podaż witaminy D i wapnia w dzieciństwie należy także do czynników ryzyka osteoporozy w wieku dorosłym. Po uwzględnieniu tych czynników AAP zdecydowała się **zmienić dotychczasowe zalecenia**.

(...)

## **Pokarmy i inne źródła egzogenne**

(...)

### **Mleko kobiece**

Pokarm naturalny nie jest wystarczającym źródłem witaminy D – u kobiet bez jej niedoboru zawiera średnio około 22 IU/l (15-50 IU/l) tej witaminy. (*Ciekawe, czy badano próbki mleka I fazy czy II fazy?*)<sup>2</sup>. Podawanie witaminy D karmiącej kobiecie w dawce 400 IU/24 h może zwiększyć jej stężenie do 78 IU/l. Wykazano, że podawanie karmiącym matkom witaminy w bardzo dużej dawce (nawet 6400 IU/24h) umożliwiło osiągnięcie odpowiedniego stężenia 25 (OH)-D u niemowlęcia. Nie oceniono jednak bezpieczeństwa takiego postępowania dla matki, dlatego też nie należy go rutynowo zalecać.

### **Wzbogacanie pokarmów**

Bogate źródło witaminy D stanowi mleko modyfikowane (dostępne w Polsce mleko początkowe zawiera 400-600 IU/l, a mleko następne 560-760 IU/l). Jeśli niemowlę zjada odpowiednią ilość takiego produktu, jego zapotrzebowanie na witaminę D można uznać za zaspokojone.

(...)

### **Przyczyny niedoboru witaminy D**

(....)

**Jedną** z przyczyn niedoboru są **małe zapasy u ciężarnej i wyłączne karmienie piersią** – niedobór witaminy D u kobiety w ciąży zawsze wiąże się z jej niedoborem u noworodka. Choć rzadko ten niedobór wywołuje zaburzenia rozwoju układu kostnego u płodu, to zagraża wczesnym wystąpieniem niedoboru witaminy D u niemowlęcia. Szczególnie zagrożone są wcześniaki, u których okres wewnątrzmacicznego gromadzenia zapasów jest krótki, a zapotrzebowanie za witaminę D większe.

(...)

---

<sup>1</sup> przypis autorki opracowania Katarzyny Raczek - Pakuły

<sup>2</sup> przypis autorki opracowania Katarzyny Raczek - Pakuły

### **Zapobieganie niedoborowi witaminy D**

Witaminę D w dawce **400** IU/24h należy podawać profilaktycznie wszystkim noworodkom (od pierwszych dni życia, ponieważ zwykle nie można ocenić zawartości witaminy D w organizmie matki), niemowlętom karmionym piersią lub niemowlętom spożywającym mniej niż 1 litr mleka modyfikowanego na dobę.

Witaminę D w dawce 400 IU/24 h należy podawać profilaktycznie także dzieciom po 1 roku życia i młodzieży, o ile nie spożywają takiej dawki w pokarmie wzbogaconym witaminą D lub w postaci preparatów wielowitaminowych. Uzupełnianie witaminy D jest szczególnie wskazane zimą.

U wcześniaków, niemowląt i dzieci o ciemnej pigmentacji skóry, a także zamieszkujących obszary powyżej 40 stopnia szerokości geograficznej, (czyli także w Polsce), należy rozważyć podawanie większej dawki profilaktycznie (do 800 IU/24 h), zwłaszcza zimą.

### **Podsumowanie Katarzyny Raczek -Pakuły**

Nareszcie nie ma sprzeczności pomiędzy zaleceniami AAP a zaleceniami polskiego Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii. Nie muszę się tłumaczyć pacjentom, dlaczego tak a nie inaczej mają podawać witaminę D swoim dzieciom.



Eva Bogensperger

### ***Poradnictwo laktacyjne dla matek powyżej 35 roku życia***

VSLÖ (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs IBCLC), 12 Jg., Juni 2008  
Tłumaczenie: Ewa Masełkowska-Stępnik, IBCLC, Poznań

W ostatnich latach średni wiek, w którym kobiety rodzą swoje pierwsze dziecko, to około 28 rok życia, dzisiaj jednak ¼ wszystkich rodzących w Austrii to kobiety powyżej 35 lat.

Dziecko a kariera zawodowa

Wybory drogi życiowej młodych kobiet w dzisiejszych czasach zmieniają się. Posiadanie dziecka postrzegane jest, jako ostatnia z wszelkich „możliwości”, dzięki którym życie może być atrakcyjne i przeżywane w całej pełni. Wiele z nich najpierw chce zdobyć gruntowne wykształcenie i niezależność finansową, potem czasem przez wiele lat poszukują odpowiedniego, „pasującego” partnera, co jest uznawane za najczęstszą przyczynę spóźnionego macierzyństwa. Chęć posiadania dziecka jest

w planach życiowych ciągle odsuwana do momentu, gdy wszystkie „warunki ramowe” będą do siebie pasowały a zegar biologiczny jeszcze nie skończył tykać („teraz albo nigdy”).

Starsze kobiety bardzo świadomie zachodzą w ciążę, najczęściej są też zadowolone ze swojej sytuacji życiowej. Z drugiej strony, obserwuję te kobiety w połogu – często ich ogromną niepewność (zwłaszcza, gdy robiły zawodowe kariery w „męskim” stylu) i nierzadko panikę w obliczu wymagań, które stawia przed nimi noworodek. Musimy też wiedzieć, że wiele z tych późnych matek miało ciążę zagrożone, co oznaczało ich nieustającą troskę o donoszenie dziecka i oczekiwanie w stresie na wyniki badań.

Z reguły starsi rodzice są dobrze poinformowani. Przyszłe mamy na ogół w „jednym palcu” mają literaturę dotyczącą ciąży, porodu i ... karmienia piersią. Ta teoretyczna wiedza, jak dobrze wiemy, czasami wcale nie pomaga... a wręcz przeciwnie. Dla tych matek ważniejsze wydaje się dobre, emocjonalne wsparcie, które wzmocni ich pewność siebie i rodzące się poczucie macierzyństwa. Wszystkie nasze wypowiedzi, które będą podkreślały kompetencje matki, będą przez nią bardzo pozytywnie i wspierająco odebrane.

Matki/ rodzice chcieliby uczestniczyć we wszystkich decyzjach i zabiegach (w tym pielęgnacyjnych) dotyczących ich dziecka a przypadku jakichkolwiek trudności – uzyskać wyczerpujące informacje.

### Karmienie piersią

Jeżeli chodzi o doradztwo laktacyjne, to przez późne mamy jest ono już często wcześniej planowane i chętnie przyjmowane – na ogół też nie stanowi problemu finansowego. W poradnictwie ważne są jasne, uporządkowane informacje, ale chyba ważniejsze jest wsparcie emocjonalne (np. wysłuchanie „historii” tej kobiety/rodziny, przeżyć z porodu, obecnych obaw i niepokojów). W sytuacji, gdy mama podzieli się nimi, łatwiej będzie jej je „przetransformować” z „poziomu głowy na poziom brzucha”. Ważną w sytuacji poradnictwa jest również obecność ojca, którzy prawie zawsze są bardzo zaangażowani i również chcą, aby ich dostrzec i docenić.

Karmienie piersią jest dla tych matek najczęściej bardzo satysfakcjonującym przeżyciem. Niektóre jednak traktują to jako najważniejsze zadanie swojego życia i w obliczu problemów wpadają w panikę i załamują się zupełnie. W takich sytuacjach rola doradcy laktacyjnego jest bardzo ważna. Mamy powyżej 35 roku życia mają już duże doświadczenie życiowe. Nie chcą być pouczane – dużo bardziej pragną być wspierane i „zaopiekowane” – cenią sobie dobrego doradcę i potrafią być mu wdzięczne.



## ***Żywienie wcześniaków po wypisie ze szpitala***

Aktualne (2006) stanowisko Komitetu ds. Żywienia European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)

*Streszczenie artykułu z komentarzem zamieszczonego w „Medycyna Praktyczna - Pediatria” nr 4 (52) z 2007*

opr. dr Katarzyna Raczek – Pakuła, IBCLC, Warszawa

Przeżywalność wcześniaków o małej urodzeniowej masie ciała (VLBW <1500g) i skrajnie małą urodzeniową masą ciała (ELBW < 1000g) znacznie się zwiększyła w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Dzieci te wypisuje się obecnie ze szpitala z masą ciała mniejsza niż urodzeniowa masa ciała typowego donoszonego noworodka.

Zaraz po urodzeniu ocenia się stan odżywienia wcześniaka na podstawie pomiarów antropometrycznych (masa ciała, długość ciała, obwód głowy), odnosząc je do wieku płodowego. Pozwala to określić, czy masa ciała jest odpowiednia do wieku postkonceptyjnego (AGA), za mała (SGA), czy za duża (LGA). Wzrastanie jest monitorowane aż do wypisu ze szpitala, kiedy to dzieci są kwalifikowane do jednej z 4 kategorii:

1. **odpowiednie wzrastanie** - dzieci z urodzeniową masą ciała (AGA) i masą ciała w dniu wypisu odpowiednią do wieku postkonceptyjnego. Te dzieci po wypisie zwykle utrzymują prawidłowe tempo wzrastania.
2. **pourodzeniowe ograniczenie wzrastania** - dzieci urodzone z AGA, ale w dniu wypisu masa ciała jest mniejsza niż należna według siatek centylowych
3. **IUGR** - dzieci urodzone z SGA, która w dniu wypisu nadal jest mniejsza od masy ciała należnej według siatek centylowych (u wcześniaków VLBW często (10-30%) obserwuje się wewnątrzmaciczne upośledzenie wzrastania (IUGR), a tempo przyrostu długości i masy ciała po urodzeniu często jest u nich niezgodne z wewnątrzmacicznym tempem wzrastania, ponieważ żywienie pozajelitowe i enteralne zwykle nie zapewnia podaży odpowiedniej ilości i jakości składników odżywczych, które są odpowiedzialne za rozwój podobny do prawidłowego wzrastania wewnątrzmacicznego. Im młodszy wiek płodowy, tym większa jest niedojrzałość wcześniaków i towarzyszące zaburzenia, co w znacznym stopniu ogranicza przyjmowanie składników pokarmowych w ciągu pierwszych tygodni życia. Poza tym w praktyce lekarze szpitalni często zalecają podawanie dzieciom porcji mniejszych niż przyjęte w wytycznych lub nie udaje się osiągnąć docelowej objętości pokarmu ze względu na nietolerancję pokarmu lub działania niepożądane.)
4. **wczesne pourodzeniowe wyrównanie niedoboru wzrastania** - dzieci urodzone z SGA, które w dniu wypisu mają masę odpowiednią do wieku postkonceptyjnego (bardzo rzadkie).

Dzieci z kategorii 2., 3., 4. wzrastają gorzej, wyrównując niedobory rozwojowe dopiero do 2.-3. roku życia.

W wielu oddziałach noworodkowych w całej Europie (i w Polsce) wypisuje się wcześniaki VLBW i ELBW w wieku około 35 – 36 tygodni od poczęcia, z masą ciała około 1800 – 2100g.

Żywienie w okresie prenatalnym i po urodzeniu jest niezbędnym warunkiem ogólnego zdrowia dziecka i może mieć istotny wpływ na jego odległy rozwój. Wcześniaki i dzieci donoszone z SGA są obciążone ryzykiem utrzymywania się niedoborów wzrastania, nieprawidłowego rozwoju neurologicznego i zaburzeń zachowania. Zbyt mała urodzeniowa masa ciała albo szybki wzrost masy ciała po urodzeniu (lub oba te czynniki) predysponują do wystąpienia odległych niekorzystnych skutków takich jak zwiększone ryzyko nadciśnienia tętniczego, chorób układu sercowo-naczyniowego, cukrzycy typu 2 oraz osteoporozy w wieku dorosłym. Wcześniaki, które nie osiągają odpowiedniego tempa wzrastania w ciągu pierwszych tygodni życia, w późniejszym okresie życia rozwijają się fizycznie i neurologicznie wolniej.

Wczesna interwencja zdrowotna wpływa na odległe skutki zdrowotne, dlatego ESPGHAN dokonał przeglądu dostępnych danych dotyczących żywienia wcześniaków po wypisie ze szpitala. Wcześniaki mają większe zapotrzebowanie na substancje energetyczne, białka, składniki mineralne, LCPUFA, elektrolity, pierwiastki śladowe.

W żywieniu po wypisie stosuje się:

- pokarm naturalny wzbogacony (lub nie) w dodatkowe składniki pokarmowe
- standardowe mleko początkowe dla donoszonych niemowląt \*
- mleko modyfikowane dla wcześniaków\*\*
- specjalnie wzbogacone mleko ze zwiększoną zawartością składników pokarmowych dla dzieci o małej urodzeniowej masie ciała po wypisie ze szpitala\*\*\* ( w Polsce niedostępne)

Zawartość składników pokarmowych w tych mieszankach mlecznych:

|                                    | Mleko standardowe * | Specjalnie wzbogacone mleko ze zwiększoną zawartością składników pokarmowych dla dzieci o małej urodzeniowej masie ciała dla dzieci wypisywanych ze szpitala***<br>W Polsce niedostępne | Mleko modyfikowane dla wcześniaków*<br>* |
|------------------------------------|---------------------|---|--|
| Białko (g/100 ml)                  | 1,4 – 1,5           | 1,8 – 1,9   | 2,2 – 2,3                                |
| Wartość energetyczna (kcal/100 ml) | 67                  | 72 -74  | 80 - 90                                  |
| Wapń                               | 35 - 54             | 70 - 80   | 100 - 108                                |

Zaleca się staranne monitorowanie wzrastania tych dzieci, zarówno w trakcie hospitalizacji, jaki po wypisie ze szpitala w celu zapewnienia odpowiedniej podaży składników pokarmowych. Aby zidentyfikować zbyt wolno rosnące wcześniaki, które mogą wymagać dodatkowego leczenia żywieniowego, konieczny jest pomiar nie tylko



masy, ale również długości ciała i obwodu głowy. **Dzieci z masą ciała odpowiednią do wieku postkonceptyjnego** (czyli liczonego od chwili poczęcia), które wypisuje się ze szpitala, **powinny być w miarę możliwości karmione piersią**.

W przypadku karmienia mlekiem modyfikowanym, należy im podawać standardowe mleko dla niemowląt wzbogacone w LCPUFA (niezbędne wielonienasycone długołańcuchowe kwasy tłuszczowe). Dzieci wypisywane **z masą ciała mniejszą niż należąca dla wieku postkonceptyjnego** należą natomiast do grupy zwiększonego ryzyka długofalowego upośledzenia wzrastania, dlatego **mleko kobiece należy wzbogacać preparatami uzupełniającymi** pokarm kobiecy (np. BMF) w celu zapewnienia odpowiedniej podaży składników pokarmowych.

Natomiast wcześniaki żywione mlekiem modyfikowanym powinny przynajmniej do 40. tyg. A nawet do 52. tyg. wieku postkonceptyjnego, otrzymywać specjalne mleko wzbogacone dla dzieci wypisywanych ze szpitala<sup>\*\*\*</sup>, charakteryzujące się dużą zawartością białka, składników mineralnych, pierwiastków śladowych i LCPUFA. Konieczna jest również dalsza kontrola wzrastania, aby dostosować wybór sposobu żywienia do indywidualnych potrzeb dziecka i **uniknąć niedokarmiania lub przekarmiania**.

### **Wnioski:**

Z przeprowadzonych badań naukowych wyciągnięto istotne dla nas, IBCLC, wnioski:

- Badanie z randomizacją, w którym badano wpływ żywienia **donoszonych dzieci z SGA** na wzrastanie i rozwój neurologiczny. U dzieci żywionych wzbogaconym mlekiem<sup>\*\*\*</sup> stwierdzono większy przyrost długości ciała i obwodu głowy niż u dzieci żywionych standardowym mlekiem dla donoszonych noworodków\* (do 18 miesiąca życia). Jednakże w wieku 9 miesięcy dziewczynki z grupy żywionej mlekiem wzbogaconym<sup>\*\*\*</sup> osiągnęły znamienne mniejszą liczbę punktów we wszystkich skalach rozwoju psychomotorycznego. W celach porównawczych wyodrębniono **grupę kontrolną obejmującą dzieci karmione piersią, wykazując znamienne szybsze wzrastanie i lepszy rozwój neurologiczny w porównaniu z dziećmi karmionymi mlekiem modyfikowanym**. Mleko modyfikowane dla wcześniaków<sup>\*\*</sup> wykazuje tak samo korzystne działanie jak specjalnie wzbogacone mleko dla dzieci po wypisie<sup>\*\*\*</sup>.
- Oceniając rozwój neurologiczny w wieku 18 miesięcy stwierdzono, że stosowanie mleka wzbogaconego<sup>\*\*\*</sup> nie wpływa na rozwój neurologiczny. Nie ma wystarczającej ilości danych, by potwierdzić ten wpływ.
- Mleko wzbogacone w LCPUFA poprawia ostrość wzroku i rozwój funkcji poznawczych u dzieci z VLBV (*Chociaż nowsze dane mówią co innego... będzie o tym artykuł*)<sup>3</sup>.
- Żywienie dzieci mlekiem <sup>\*\*\*</sup> w porównaniu z pokarmem naturalnym, zwiększa wprawdzie przyrost masy ciała po wypisie, ale **nie wpływa korzystnie na wskaźniki rozwoju**. Dzieci z VLBW karmione pokarmem matki do terminu porodu rosną wolniej niż dzieci karmione mieszanką. Mimo wolniejszego wzrastania we wczesnym okresie, dzieci **karmione mlekiem matki rozwijały się, co najmniej tak samo szybko jak dzieci karmione**

---

<sup>3</sup>przypis autorki opracowania

**mlekiem \*\*\*** od urodzenia do 12 miesiąca wieku skorygowanego. Należy podkreślić, że w grupie karmionej głównie pokarmem kobiecym przez ponad 6 miesięcy wykazano szybkie wyrównanie niedoboru długości ciała (do 9 m. ż.) i obwodu głowy (do 4 m. ż.). Zaobserwowano **korzystny związek pomiędzy długością karmienia pokarmem kobiecym a wartością Wskaźnika Rozwoju Umysłowego Bayley** w późniejszym okresie z wyraźnie większą korzyścią u dzieci z przewlekłą chorobą płuc. Karmienie **mlekiem kobiecym** było również związane z **rzadszym występowaniem ciężkich zdarzeń niepożądanych**, przede wszystkim skracało czas przyszłych hospitalizacji po wypisie.

•••

### **Cytaty z komentarza prof. dr hab. med. Marii Katarzyny Kornackiej z Kliniki Neonatologii WUM do artykułu oryginalnego:**

...Jak dotąd nie opracowano polskich standardów żywienia noworodków po wypisie ze szpitala. Jednym z większych osiągnięć polskiej neonatologii jest karmienie noworodków z urodzeniową masą ciała <1000 g pokarmem matki w ciągu ostatnich tygodni pobytu w szpitalu. Jest to wspólny sukces wynikający z dojrzałych decyzji matek tych dzieci, a także wysiłku edukacyjnego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Szczególne znaczenie w osiągnięciu tego optymalnego sposobu żywienia odgrywają fizjoterapeuci współpracujący z matką i dzieckiem. Stymulują oni odruch ssania od pierwszych dni życia noworodka, tak wcześnie, jak pozwala na to jego stan ogólny. Przechodzą wspólnie z dzieckiem i jego rodzicami, głównie matką, żmudny proces nabywania przez nie koordynacji ssania, połykania i oddychania. Podstawą żywienia tych dzieci po wypisaniu do domu jest więc kontynuacja karmienia mlekiem matki, z dodatkiem preparatu wzbogacającego (breast milk fortifier – BMF). BMF służy wyłącznie do wzbogacania mleka kobiecego i przeznaczony jest dla dzieci z bardzo małą i skrajnie małą urodzeniową masą ciała. Dojrzałe mleko matki zawiera niewystarczającą dla tych dzieci ilość białka i energii, jak również magnezu, wapnia i fosforu(...). Dzięki wzbogacaniu mleka matki za pomocą BMF dzieci przyswajają podobną ilość składników mineralnych jak noworodki karmione mieszanką dla wcześniaków, a mineralizacja kości przebiega podobnie jak w życiu płodowym.

Jak dotąd nie ustalono, do kiedy niemowlętom urodzonym przedwcześnie należy podawać mieszanki dla wcześniaków lub dodawać do mleka kobiecego BMF. Zwykle zalecamy ich stosowanie do osiągnięcia przez dziecko wagi około 3 kg, ale w przypadku zaburzeń mineralizacji kości można je podawać dłużej(...).

*Ja jestem ciekawa, czy ktoś z konsultantów IBCLC spotkał się w literaturze medycznej z metodami karmienia wcześniaków bez BMF? Niecierpliwie czekam wraz z redakcją na doniesienia na ten temat. Opublikujemy je na łamach naszego biuletynu i prasy pediatrycznej.*

Katarzyna Raczek-Pakuła

Fragment listu, który otrzymała Ela Bartha, IBCLC, Warszawa



(zdjęcie: Internet)

11 października 2008 już po raz trzeci zebrały się w Paryżu i całej Francji mamy karmiące. Tym razem było to spotkanie wręcz europejskie! W wielu miastach Francji i Europy o tej samej godzinie (11.00) mamusie podały pierś swoim pociechom. Impreza ta, zwana „Wielkim Cycusianiem” (Grande Tétée) ma na celu promocję karmienia piersią. Zwłaszcza we Francji, która mając najwyższy przyrost naturalny w Europie i ma też najmniejszy odsetek matek karmiących.

Dla nas, mateczek, które się tam spotkały (impreza odbyła się na stadionie sportowym) oprócz promocji, niezwykle ważne było przebywanie wśród innych nam podobnych mam, dla których karmienie piersią nie jest przymusem i nie tylko fizjologią, ale wielką przyjemnością dla mamy i dziecka, wręcz pewnym stylem życia. Wspaniale jest spotkać kilkadziesiąt, a wręcz kilkaset, innych osób, które nie pytają ze zdziwieniem: „jeszcze karmisz?”, ale dla których jest to naturalne i normalne, nawet jeśli przy piersi ma się dwulatka i trzylatka.

Zebrało się w Paryżu 160 mam, które przybyły na stadion pomimo mgły, a część z nich wytrwała nawet na pikniku, który po imprezie był przewidziany. Ogółem 320 dorosłych i wiele, wiele mniejszych i większych ssaczków bawiło się świetnie w atmosferze wyjątkowo przyjacielskiej i radosnej. Można było pobrać materiały na temat karmienia piersią, odciągania mleka, diety matki karmiącej itp. Również przedstawiciele służby zdrowia mieli swój profesjonalny kącik.

<http://www.grandetete.com>



(zdjęcie:Internet)

Agnieszka Abemondi-Świrniak  
członek LLL, Paryż

**Uprzejmie przypominamy o uregulowaniu składek członkowskich za 2008.**

Zgodnie z uchwałą 1/2006 podjętą przez RMKL na zebraniu w Sopocie 1.12.2006 roku członkowie RMKL zobowiązują się do opłacania składki w wysokości 40 zł rocznie, niezależnej od składki członkowskiej w KUKP.

Na zebraniu w Niepołomicach koleżanki podjęto zobowiązanie odprowadzenia składek do końca roku 2008, a nawet do końca listopada...

**Składki należy przelewać na konto RMKL z dopiskiem: „składka za – imię i nazwisko, za ..... rok”. Wysokość składki rocznej wynosi 40.00 PLN. Czekamy na wpłaty do końca lutego.**

W razie pytań proszę kontaktować się ze skarbnikiem panią Marią Kaletą: tel. kom. 506 105 874.

**Rachunek:**

RMKL przy KUKP

Instytut Matki i Dziecka, ul. Kasprzaka 17a, 01-211 Warszawa

BRE Bank 05 1140 1010 0000 5046 0800 1010

Prezydium RMKL

KALENDARIUM

**LUTY**

**5**

**Światowy Dzień Walki z Rakiem**



**11**

**Światowy Dzień Chorych**



**14**

**Największe Święto Kardiologiczne**



**WALENTYŃKI**

**17**

**Światowy Dzień Kota**

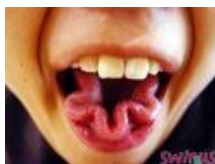


**19**

**Dzień Pasibrzucha czyli TŁUSTY CZWARTEK**

**21**

**Międzynarodowy Dzień Języka Ojczystego**



**24**

**Śledź lub jak kto woli - OSTATKI**



**25**

**POPIELEC**

**27**

**Dzień bez Futra i Skóry**  
(fury i komóry też... to taka propozycja)

# MARZEC

1

**Międzynarodowy Dzień Walki Przeciw Zbrojeniom Atomowym**



3

**Międzynarodowy Dzień Pisarzy**

5!

**Dzień Konsultanta IBCLC**

(proszę o propozycje, jak możemy obchodzić to święto)



8

**Międzynarodowy Dzień Kobiet**

14

**Światowy Dzień Liczby PI**



**Światowy Dzień Konsumenta  
oraz  
Światowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych**



**KONTAKT**

**Rada Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych**

przy Komitecie Upowszechniania Karmienia Piersią

Instytut Matki i Dziecka, ul. Kasprzaka 17A, 01-211 Warszawa

e-mail: [rmkl@laktacja.pl](mailto:rmkl@laktacja.pl) lub [kalej@wp.pl](mailto:kalej@wp.pl)

tel. biura KUKP 0-22 32 77 345, tel. do sekretarza RMKL: 0 501 255 345.

Uprzejmie przypominamy wszystkim członkom RMKL, by w razie zmiany adresu pocztowego czy mailowego informować sekretarza Rady p. Katarzynę Asztabską. Bez aktualnego adresu tracimy ze sobą kontakt!!!

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian redakcyjnych w nadesłanych materiałach.