



2/2011

Biuletyn

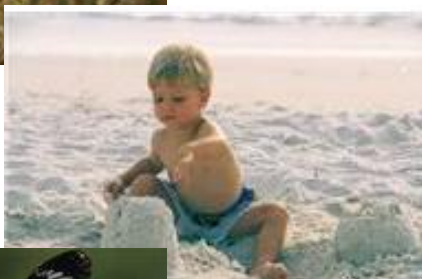
Polskiego Towarzystwa

Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

Polish Association of Lactation Consultants

...Chodzę do szkoły, różne stopnie zbieram
Szóstki i piątki, i jedyńki nieraz
Uczę się dzielnie od niedzieli do soboty
Lecz ciągle po głowie mi chodzi taki motyw:

Wakacje, znów będą wakacje
Na pewno mam rację wakacje będą znów.



Chodzę do szkoły, koniec roku za pasem
Stopnie na cenzurze, tata czeka z pasem
I rób ta, co chceta, ale najpierw pomyślta
Już koniec nauki, błąka mi się myśl ta:

Wakacje, znowu są wakacje
Na pewno mam rację wakacje znowu są!

(tekst: Kabaret OT.TO)

SPOTKANIE Z BARBARĄ WILSON – CLAY – WARSZTAT DLA PROFESJONALISTÓW

Tekst: Joanna Piątkowska, IBCLC, Warszawa

Zdjęcia: Monika Żukowska-Rubik, IBCLC, Warszawa

4.06.2011 przed Walnym Zebraniem Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych gościliśmy Barbarę Wilson-Clay, BS (uniwersytecki stopień naukowy), IBCLC z tytułem FILCA przyznawanym za szczególne osiągnięcia i kwalifikacje, współautorkę cieszącego się ogromnym powodzeniem *The Breastfeeding Atlas*.



Barbara Wilson-Clay poprowadziła warsztat: *Zewnętrzne dostosowanie tempa – technika pauzowania: bezpieczne metody alternatywne*, a następnie analizowała przypadki ze swojej praktyki. Otrzymałyśmy bardzo pomocne materiały do zajęć, przetłumaczone przez Monikę Żukowską-Rubik. Trudu tłumaczenia przekazu ustnego prowadzącej podjęła się, otrzymując bardzo wysoką ocenę uczestniczek warsztatu, Karolina Isio-Kurpińska.

Zaczęłyśmy od quizu – *ocień, co widzisz na fotografii*. Na 18 zdjęciach były przedstawione różne sytuacje i procedury związane z karmieniem (przystawianie, odciąganie, itp.), elementy anatomii matki i dziecka, noworodki z dysfunkcjami ... i inne. Wybierałyśmy jedną prawidłową odpowiedź spośród czterech możliwych. Wypadłyśmy dobrze – wynik: ponad 83%!

Warsztat składał się z III części:

Podczas pierwszej części Barbara W.-C. zapoznała nas z techniką *zewnętrznego dostosowania tempa*, skrótowo zwaną– *techniką pauzowania*. Jej głęboki sens polega na tym, że podczas dokarmienia dziecka z problemami (np. wcześniaka, dziecka donoszonego, ale chorego) robimy przerwy, po to, aby dziecko mogło wyrównać oddech, skoordynować ssanie z przełykaniem i oddychaniem. Te przerwy pozwalają mu na ponowne zorganizowanie się. Osoba karmiąca dostosowuje się do tempa jedzenia akceptowanego przez dziecko, obserwując je i reagując na sygnały, które wysyła. A mogą to być sygnały stresu, jako rezultat zbyt szybkiego i ciągłego tempa. Należą do nich: grymas, sztywnienie ciała, odchylenie głowy do tyłu, odwracanie się, płacz, czkawka, wymioty, i inne.

Robienie przerw może być zaadoptowane do każdej techniki dokarmiania. Techniki takie, jak karmienie kubeczkami, butelką, po palcu były przedmiotem drugiej części warsztatu. Wg Barbary W.-C. nie ma „dobrych” i „złych” sposobów dokarmiania (nawet „wyklęta” butelka może być usprawiedliwiona) – muszą być po prostu dobrane do okoliczności i aprobowane przez matkę. Matka lepiej zapamięta zasady danej techniki, jeśli ją przy nas zastosuje. Karmienie dziecka w sposób pozbawiony wrażliwości może skutkować awersją do jedzenia, problemami z połykaniem. Podczas przełykania następuje bezdech chroniący drogi oddechowe przed aspiracją. Pień mózgu kontrolujący ten mechanizm jest niedojrzały u wcześniaka lub uszkodzony u dziecka chorego, stąd wywodzą się problemy i ich skutki w razie nieodpowiedniego postępowania.

W trzeciej części Barbara Wilson - Clay dokonała krótkiego przeglądu piśmiennictwa zawierającego dowody naukowe stanowiące podstawę dla stosowania technik *zewnętrznego*

dostosowania tempa. Przytoczyła badania Law-Morstatt (2003), w których porównano dwie grupy wcześniaków z przejściowym wzorcem ssania, czyli poniżej 10 zassań na serię i problemy oddechowe, jakie były ich udziałem. Okazało się, że dzieci, u których stosowano technikę pauzowania prezentowały znacząco mniej epizodów bezdechu i bradykardii oraz dojrzały wzorec ssania przy wypisie. Natomiast przyrosty masy ciała w obu grupach były podobne. Konkluzja: można wlać w dziecko taką samą ilość mleka stosując pauzowanie i nie stosując go, ale nie tylko przyrosty są ważne dla jego rozwoju.



Po przerwie Barbara Wilson-Clay przystąpiła do prezentacji i analizy przypadków. Przedstawiła sytuacje dzieci zbyt mocno i zbyt słabo ssących i zaproponowała postępowanie. W przypadku dzieci mocno ssących, jako przyczyny wymieniła: niedobór pokarmu (ssie mocno, bo nie może uzyskać mleka – tu pomocny może być dren przy piersi), nieelastyczność piersi (ssie mocno, bo musi się na niej utrzymać, choć to trudne), problemy anatomiczne (np. krótkie wędzidełko – kompensacja z dysfunkcją). Zdarza się, że przyczyny mocnego, często uszkadzającego brodawki, bolesnego ssania są niejasne. Należy wówczas matce przytoczyć znane badania w tej kwestii (chociażby o pomiarach stwierdzających różnicę w ciśnieniach, jakie wytwarzają poszczególne dzieci) i dać nadzieję, że dziecko z tego „wyrośnie”. Matka może przystawiać dziecko do piersi tyle razy, ile da radę. Powinna podtrzymywać produkcję mleka i podawać je w sposób alternatywny do karmienia z piersi. Rosnące dziecko, u którego żuchwa rozwija się do przodu już często nie wytwarza tak dużego ciśnienia w jamie ustnej. Może ma to związek z dojrzewaniem neurologicznym? Może wrażliwość brodawki zmniejsza się z czasem? Bywa, że około 3-4 miesiąca (często wcześniej) problem znika.

W przypadku dzieci słabo ssących boimy się upośledzonego wzrastania. Barbara Wilson-Clay proponuje następujące zalecenia:

1. Aby zapewnić takiemu dziecku dodatkowe kalorie można zastosować karmienie sondą przy piersi albo butelką z techniką pauzowania.
2. Przed karmieniem piersią należy podać dziecku 30 ml mleka - dostarczając energię zwiększymy jego aktywność przy piersi.
3. Karmimy z obu piersi, ale przerywamy wówczas, gdy karmienie zmienia się w nieodżywcze.
4. Odciąganie pokarmu przez 10 minut po każdym karmieniu z piersi pozwala utrzymać produkcję mleka i uzyskiwać pokarm do dokarmiania.
5. Jeśli produkcja mleka nie jest wystarczająca, należy podać mieszankę, traktując ją, jako wyjście tymczasowe, do momentu ustabilizowania się laktacji.
6. Sprawdzanie przyrostów masy ciała, co tydzień pozwoli kontrolować ten sposób żywienia dziecka słabo ssącego.

Barbara W.-C. opowiedziała nam o Rossie, wcześniaku urodzonym w 36 tyg. z masą ciała 2370g z zespołem Pradera-Williego (rzadki zespół – 1/15 000 urodzeń, dotyczy dzieci obojga płci, niezależnie od rasy; najbardziej charakterystycznym przejawem zespołu jest hyperfagia, nad którą chory nie ma kontroli, oraz hipotonia; niedobór hormonu wzrostu powoduje niskorosłość

i hamuje rozwój masy mięśniowej; brak ścisłej kontroli diety prowadzi do narastającej otyłości - podstawowego problemu medycznego w tej chorobie; częste są także problemy behawioralne i kognitywne, wady wzroku, oraz zaburzenia oddychania; część osób z zespołem Pradera - Williego cechuje bardzo jasna karnacja i niemal siwe blond włosy). Początkowo Ross był karmiony sondą przezbrzuszną do żołądka, następnie butelką, żeby stymulować usta. Karmienie piersią stało się możliwe, kiedy skończył 12 m-cy. W wieku 5 lat jego IQ był znacząco wyższy niż innych dzieci z tym zespołem. Matka przypisuje to swojemu mleku.

Pożegnałyśmy Barbarę owacjami na stojąco. Przedstawicielki Zarządu PTKiDL podziękowały Jej za bardzo, bardzo udane, owocne spotkanie, wręczyły pamiątkowe, ozdobne podziękowanie pisemne i prezent, który będzie przypominał nasz kraj. Barbara dostała ręcznie malowany kubek i etui na okulary w łowickie wzory. Zrobiliśmy też pamiątkowe zdjęcia.



WALNE ZEBRANIE PTKiDL

Po spotkaniu z Barbarą Wilson – Clay, odbyło się pierwsze Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych.

Zebraniu przewodniczyła Barbara Królak – Olejnik, protokołowała Katarzyna Raczek-Pakuła. Na sali było obecnych 28 członków.

Przedstawiono dotychczasowe działania. Nie było ich wiele, wszak jesteśmy instytucją bardzo młodą. Udało nam się jednak podjąć rozmowy w sprawie tłumaczenia protokołów ABM. Ukazała się pilotażowa wersja ulotki informacyjnej naszego Towarzystwa. Odbyły się dwa spotkania warsztatowe – kwietniowe w Ustroniu i właśnie zakończone w Warszawie.

Wybrano Komisję Rewizyjną w składzie: Grażyna Krystowska (Poznań), Malwina Okrzesik (Bielsko-Biała), Joanna Fajdek (Żory) oraz Komisję Etyczną: Wanda Urmańska, Agnieszka Pietkiewicz.

Szeregi Towarzystwa zasiły:

- IWONA NADRATOWSKA
- MONIKA KAMIANOWSKA
- MARZANNA SŁOWIK-MICHALCZEWSKA
- BARBARA BARANOWSKA
- BARBARA MICHALSKA
- BOŻENA KAUŻYŃSKA
- BARBARA MUSIEJ-ERDMANN
- GRAŻYNA KALETA
- IWONA KOPROWSKA
- IZABELA SUCHECKA
- JANIANA FAŁKOWSKA
- HALINA GORZELAK
- AGNIESZKA TERSKA
- MAŁGORZATA KIEŁCZEWSKA
- AGNIESZKA WĘGRZYN
- AGNIESZKA KOTEK
- INGA KŁOSIŃSKA
- RENATA WITKOWSKA
- IRENA STAŚKIEWICZ
- MAŁGORZATA KORONCZOK

Wszystkie Panie serdecznie powitano.

Przypominamy o obowiązku uiszczenia składek członkowskich za 2011 rok. Składka PTKiDL wynosi 50 PLN, dla IBCLC, którzy chcą być członkami europejskiego towarzystwa Elacta – 100 PLN.

Księgowa Towarzystwa, Joanna Skiba, przedstawiała stan finansów. Cieszymy się, że jesteśmy na plusie. I mamy nadzieję stan taki utrzymać.

Oczywiście było też o projektach na przyszłość.

Zbrano propozycje tematów wykładów i wykładowców na Konferencję PTKiDL w Poznaniu w dniach 21-22 kwietnia 2012 r.

Ustalono termin kolejnego spotkania szkoleniowo – integracyjnego na 14-15 października 2011. Koordynator IBCLC w Polsce, Malwina Okrzesik, rozpoczęła akcję zbierania danych do bazy konsultantów laktacyjnych IBCLC.

Zarekomendowano Franciszka Okrzesika, jako webmastera strony internetowej PTKiDL, w ramach wolontariatu.

Dostrzeżono konieczność większego zaangażowania członków PTKiDL w realizację zadań (organizacja spotkań, tłumaczenia) – pozyskiwanie wolontariuszy - drogą maili i ogłoszeń na www.laktacja.org.pl oraz poszukiwania sponsorów na realizację działalności statutowej.

Zaproponowano akcję propagującą tworzenie „kącika dla kobiet karmiących w pracy” i opracowania warunków przyznawania certyfikatu dla pracodawców.

Zebrań zakończono podziękowaniami za dotychczasową pracę i życzeniami udanych uropów.

WARTO PRZECZYTAĆ

Tłumaczenie: Natalia Raczkowska, Warszawa

Niemowlęta postrzegane jako kapryśne są częściej dokarmiane przed 4 m. ż.

Wasser, H., M. Bentley, et al. (2011).

"Infants perceived as "fussy" are more likely to receive complementary foods before 4 months." Pediatrics 127(2): 229-237.

Zbadano zależność między podawaniem dzieciom pokarmów stałych i soków przed ukończeniem 4 m.ż. a ich zachowaniem, wśród czarnoskórych, otyłych matek o niskich dochodach. Użyto dane z wizyt matek (n=217) z dziećmi powyżej 3 m.ż. w Infant Care, Feeding and Risk of Obesity Study. 77% niemowląt otrzymało pokarm stały w 3 m.ż., 25% z nich dostawało soki a 6% było karmionych wyłącznie piersią. Z analiz wynika, że postrzeganie usposobienia dziecka przez matki ma wpływ na wczesne podawanie pokarmów stałych.

Osobowość matki była znacząco związana z podawaniem pokarmów stałych w okresie karmienia piersią a także otyłością matki i objawami depresji. Czarnoskóre matki o niskich dochodach powinny być grupą priorytetową wśród populacji, co do podjęcia działań związanych z optymalnym karmieniem niemowląt.

Postrzeganie przez matki zachowań ich dzieci sugeruje, że to ważny czynnik związany z wczesnym dokarmianiem i powinien być włączony w obszary badań i modele interwencji.



Wpływ kontrolowanego podawanie Bifidobacterium animalis subsp. Lactis BB-12 (BB-12) na ryzyko wystąpienia ostrych infekcji.

Taipale, T., K. Pienihäkkinen, et al. (2011)

"Bifidobacterium animalis subsp. lactis BB-12 in reducing the risk of infections in infancy." The British Journal Of Nutrition 105(3): 409-416.

Wpływ kontrolowanego podawania Bifidobacterium animalis subsp. Lactis BB-12 (BB-12) na ryzyko wystąpienia ostrych infekcji. Badanie było prowadzone na zdrowych noworodkach. W podwójnej ślepej próbie 109 jednomiesięcznym noworodków podzielono losowo na dwie grupy. Jedna otrzymywała probiotyk BB-12 (n 55) a druga placebo (n 54). Lek był podawany dwa

razy dziennie w dawce 10 milionów kolonii, za pomocą smoczka lub łyżeczki, od 1-2 miesiąca życia do 8. Odnotowywano przyzwyczajenia związane z karmieniem piersią i żywieniem, otrzymywane leki a także wszystkie oznaki i symptomy ostrych infekcji. W 8 miesiącu życia pobrano próbki kału i oznaczono metodą PCR ilość BB-12. Wyjściowe wyniki obu grup, były zbliżone, tak długo jak trwało wyłączne karmienie piersią. BB-12 zostało wykryte w stolcu 62% niemowląt otrzymujących BB-12. Nie zauważono związku między długością w ciągu dnia ssania smoczka a ilości występowania zapaleń ucha. Ilość zachorowań na zapalenie ucha środkowego, problemów z przewodem pokarmowym a także użycie antybiotyków było podobne w obu grupach. Natomiast niemowlęta otrzymujące BB-12 rzadziej w porównaniu z grupą kontrolną chorowały na infekcje układu oddechowego (65 v. 94%).

Wniosek: Podawanie BB-12 we wczesnym dzieciństwie obniża ilość zachorowań na infekcje układu oddechowego.



Żywienie niemowląt a choroby przewlekłe - wpływ na zdrowie publiczne

Smith, J. P. and P. J. Harvey (2011).

"Chronic disease and infant nutrition: is it significant to public health?" Public Health Nutrition 14(2): 279-289.

Karmienie piersią wpływa na zmniejszenie ilości zachorowań na choroby przewlekłe. Wykorzystano dane osób pochodzących z Australii (kraj o wysokim poziomie cywilizacyjnym) od roku 1927. Narażenie na przedwczesne odstawienie od piersi wzrosło z 20% do 90% w grupie urodzonych po II wojnie światowej. Ryzyko zachorowania na choroby przewlekłe u osób nie karmionych piersią jest o 30-200% wyższe niż u osób, które były karmione piersią. Karmienie piersią ma znaczenie w zapobieganiu chorobom przewlekłym. Około 90% obecnych 35-45-latków z Australii było przedwcześnie odstawionych od piersi w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia. Promowanie dłuższego czasu trwania wyłącznego karmienia piersią jest potencjalną drogą do zmniejszenia występujących w późniejszym wieku chorób przewlekłych a także niższych kosztów dla systemu zdrowia.



Stosunek i wpływ mężczyzn na wybór metody karmienia niemowlęcia na podstawie Texas Behavioral Risk Factor Surveillance System z 2007 roku

Vaaler, M. L., B. C. Castrucci, et al. (2011).

"Men's attitudes toward breastfeeding: findings from the 2007 Texas Behavioral Risk Factor Surveillance System." Maternal And Child Health Journal 15(2): 148-157.

Dotychczasowe badania wykazały, że wsparcie partnerów jest znaczącym czynnikiem przy wyborze metody karmienia przez matki.

Obecne badanie pokazuje różne opinie mężczyzn na temat karmienia piersią w USA.

Kobiety, które mają wsparcie swoich partnerów częściej podejmują decyzje o karmieniu piersią dziecka. Również polityka pracodawców ma wpływ na tą decyzję.

Postawy mężczyzn oraz wzorce postrzegania karmienia piersią, różniły się w zależności od pochodzenia etnicznego, kraju pochodzenia, poziomu wykształcenia i statusu socjoekonomicznego.



Tłumaczenie: Barbara Królak – Olejnik, IBCLC, Zabrze

Doświadczenia matek karmiących dzieci z bardzo małą urodzeniową masą ciała

TY Lee, Lee TT, Kuo SC. J

„Adv Nurs”. 2009 Dec; 65 (12) :2523-31

Streszczenie: Niniejszy dokument jest raportem pochodzącym z oceny doświadczeń matek karmiących piersią dzieci z bardzo małą urodzeniową masą ciała.

Wstęp: dzieci z bardzo małą urodzeniową masą ciała, urodzone przedwcześnie, są narażone na trudności w karmieniu. Powikłania medyczne mogą przedłużyć ich pobyt w szpitalu i opóźnić możliwość żywienia doustnego. Wiele badań koncentruje się na korzyściach wynikających z karmienia piersią dzieci z bardzo małą urodzeniową masą ciała, ale bardzo niewiele z nich przedstawia doświadczenia karmiących matek.

Metoda: Dane zostały uzyskane w latach 2005 i 2007. Przeprowadzono szczegółowe wywiady podczas wizyt domowych u 31 matek, które karmiły piersią swoje dzieci. Po wypisie dziecka ze szpitala, z matką dwukrotnie rozmawiano na temat jej doświadczeń związanych z karmieniem piersią. Dane były analizowane przy użyciu metod jakościowych.

Wyniki: Zidentyfikowano pięć zasadniczych problemów: konieczność rekompensaty, utrzymanie motywacji i więzi, potrzeba " dodatkowych pomocnych rąk", kontrola emocji i dopasowanie indywidualnego tempa dziecka. Matki siebie obwiniając, karmiły piersią swoje dzieci, aby zrekompensować „szkody”, które im wyrządziły. Przede wszystkim, nauczyły się jak odciągać mleko, bo stanowiło to istotne narzędzie, stopniowo wiążące je z dziećmi.

Wnioski: Karmienie piersią dzieci z bardzo małą urodzeniową masą ciała jest trudnym i wyczerpującym doświadczeniem dla matki. Najkorzystniej, aby protokół dotyczący postępowania z mlekiem matki i karmienia piersią był realizowany w ośrodkach intensywnej terapii noworodków i patologii noworodka, gdzie możliwa jest opieka i wsparcie dla rodzin tych dzieci.

I Ogólnopolska Konferencja
Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych
"Laktacyjna metamorfoza"

Poznań 20-21.04.2012r.



Hotel Poznański
Centrum Konferencyjne Miralex
ul. Krańcowa 4 (wjazd od ul. 3 Maja)
62-030 Luboń k/Poznań
www.hotelpoznanski.pl

Tematy wiodące:

- zaburzenia neurologiczne - możliwość wczesnego monitorowania i rehabilitacji
- psychologia rozwojowa - trudny poród
- zaburzenia napięcia mięśniowego
- karmienie piersią dziecka trudnego
- narządy zmysłów a problemy w karmieniu piersią
- integracja sensoryczna - rozwój i nieprawidłowości
- dziecko apatyczne
- anoreksja
- neurologopedia
- wady rozszczepowe



8th Conference of the European Association of Lactation Consultants ELACTA

November 2-3, 2012

Pre-Conference November 1, 2012

Copenhagen, Denmark

VIII Konferencja Europejskiego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych ELACTA

2-3 listopada 2012 r.

Pre-konferencja 01 listopada 2012

Kopenhaga, Dania

POLSKIE TOWARZYSTWO KONSULTANTÓW I DORADCÓW LAKTACYJNYCH

www.laktacja.org.pl

44-100 Gliwice

ul. Matejki 14/3a

e-mail: biuro@laktacja.org.pl

tel: 0 517 17 27 22

Fax: (32) 331 67 25

Nr konta: Bank Millenium 02 1160 2202 0000 0001 7689 4527