

Pozorny a rzeczywisty niedobór pokarmu

DR N. O ZDROWIU NATALIA WYCIŚLIK-PIRÓG

położna

36

Laktacja jest jedną z istotniejszych kwestii dla matek w pierwszych tygodniach macierzyństwa. Wę-
dług obecnego standardu opieki okołoporodowej kobiety zgłębiają ów temat już w okresie ciąży
– zarówno podczas spotkań z położną podstawowej opieki zdrowotnej, jak i podczas uczestnictwa
w zajęciach szkoły rodzenia. Fizjologia laktacji składa się bowiem z wielu skomplikowanych proce-
sów neurohormonalnych, których efektywność zależna jest od wielu czynników – matczynych, śro-
dowiskowych oraz samego noworodka. Młode matki, zwłaszcza na początku laktacji, zmagają się
również z licznymi problemami, m.in. zastojem pokarmu, zatkaniem przewodu mlecznego, stanami
zapalnymi piersi, nawałem lub niedoborem pokarmu. W niniejszym artykule zostanie przybliżona
kwestia niedoboru pokarmu – zarówno w kontekście pozornego, jak i rzeczywistego niedoboru.



FIZJOLOGIA LAKTACJI

Pokarm kobiecy produkowany jest w kanałach mlecznych gruczołu sutkowego podczas procesu zwanego laktogenezą.

Laktogeneza I

odbywa się w okresie ciąży, a jej zadaniem jest przygotowanie gruczołu piersiowego do efektywnej laktacji. Pod wpływem estrogenów kanały mleczne poszerzają się, następuje wzrost tkanki gruczołowej, a także powstają nowe zraziki wydzielnicze, co skutkuje powiększeniem piersi i ich uwrażliwieniem, a także zwiększeniem ich masy łącznie nawet do 400–600 g. Stają się one mocno ukrwione a na ich powierzchni zaobserwować można wyraźne unaczynienie. Obserwuje się również silną pigmentację brodawki i pojawienie się gruczołów Montgomery'ego. Wpływ hormonów endogennych i łożyskowych widoczny jest w postaci hamowania wypływu pokarmu (za co odpowiadają hormony steroidowe łożyska) oraz różnicowania komórek nabłonka pęcherzyków wydzielniczych (za co odpowiedzialny jest progesteron łożyskowy). Od około szesnastego tygodnia ciąży produkowane jest tzw. prepartum milk, a w piersiach zgromadzone zostają zapasy tłuszczu jako rezerwuuar energetyczny na potrzeby późniejszej laktacji. Urodzenie łożyska aktywuje II etap laktogenezy.

Laktogeneza II (galaktogeneza)

Znana powszechnie jako etap nawału mlecznego, rozpoczyna się około 30–40 minut po urodzeniu łożyska, natomiast obfity i gwałtowny proces wytwarzania pokarmu pojawia się najczęściej między 2 a 3 dobą połogu. Proces ten jest uwarunkowany gwałtownym obniżeniem stężenia estrogenów i progesteronu oraz utrzymaniem wysokiego poziomu prolaktyny, a także wzrostem powinowactwa dla tego hormonu w obrębie gruczołu sutkowego. Występuje niezależnie od ssania piersi, toteż z nawałem borykają się również kobiety, które dziecko utraciły.

Laktogeneza III (galaktopoeza)

Aby laktacja mogła zostać utrzymana i tym samym osiągnąć etap laktogenezy III (galaktopoezy), należy spełnić kilka warunków. Po około 4 tygodniach regularnego karmienia piersią następuje etap stabilizacji laktacji, który może trwać nawet kilka lat, w zależności od potrzeb dziecka i akceptacji matki. Wydzielanie mleka w trzeciej fazie laktogenezy jest procesem neurohormonalnym, regulowanym przez mechanizm autokryny na zasadzie odruchu prolaktynowego i oksytocynowego. Mleko kobiece jest produkowane i wydzielane na żądanie dziecka, które poprzez specyficzne ruchy warg i języka stymuluje sutek. Impuls nerwowy daje sygnał przysadce mózgowej do bieżącej produkcji i wypływu pokarmu.

FAZY WYPŁYWU POKARMU

Galaktokineza – to faza wypływu pokarmu. Dzieli się ją umownie na dwa etapy różniące się proporcjami w składzie mleka. Obydwa rodzaje pokarmu wypływają rów-

nocześnie, ale w zależności od fazy karmienia przeważa jeden z nich.

- Mleko I fazy – to mleko płynne, o konsystencji wody, które opuszcza pierś szybkim strumieniem niemal natychmiast po przystawieniu dziecka. Dla wielu kobiet wystarczający jest także bodziec słuchowy w postaci płaczu noworodka, a nawet wygenerowanie myśli o własnym dziecku, by zainicjować wypływ pokarmu. Mleko I fazy pojawia się również na wkładce laktacyjnej pod wpływem ucisku z zewnątrz (ciasny biustonosz, niewygodna pozycja do spania) lub po dłuższej przerwie między karmieniami.
- Mleko II fazy – to mleko, w którym przeważa komponent tłuszczowy. Jest gęste, bardziej kaloryczne, wolniej wypływa z piersi – po około 2–3 minutach aktywnego ssania. Jego ilość modulowana jest przez samo dziecko.

..... „

Każda mama musi nauczyć się nie tylko samego karmienia piersią, ale także rozpoznawania wczesnych oznak głodu u swojego dziecka.

Rozdzierający płacz, będący późną oznaką głodu, jest trudny do ukojenia oraz sprawia, że karmienie staje się nieefektywne.

..... „

OZNAKI GŁODU U NOWORODKA

Każda mama musi nauczyć się nie tylko samego karmienia piersią, ale także rozpoznawania wczesnych oznak głodu u swojego dziecka. Rozdzierający płacz, będący późną oznaką głodu, jest trudny do ukojenia oraz sprawia, że karmienie staje się nieefektywne. Subtelne sygnały zbliżającej się pory posiłku to m.in. wkładanie rączek do buzi, mlaskanie, wysuwanie języka, odruch szukania (otwieranie ust i wykonywanie ruchów głową w poszukiwaniu piersi), popłakiwanie, zniecierpliwienie, machanie kończynami. Korzystniejsze jest zatem podanie piersi po zaobserwowaniu tego typu zachowań niż ignorowanie pierwszych symptomów i dopuszczenie do eskalacji dziecięcego napięcia. Dlatego też pory karmienia reguluje samo dziecko, a karmienie naturalne powinno odbywać się „na żądanie”. Z czasem rozpoznawanie oznak głodu przychodzi matce coraz łatwiej, a odpowiednio szybka reakcja pozwala na zaspokojenie podstawowych potrzeb malucha oraz zapewnienie wydajnej laktacji.

WSKAŹNIKI SKUTECZNEGO KARMIENIA

Wydajność laktacji podlega ocenie zarówno podczas pobytu matki i dziecka w szpitalu, jak i podczas wizyt patronażowych położnej POZ w środowisku domowym. Na początku położna przeprowadza szczegółowy wy-

wiad z pacjentką m.in. pod kątem przebiegu ciąży, porodu, wczesnego połogu oraz przebiegu laktacji w przeszłości. Stanowi on uzupełnienie pozostałej dokumentacji, jak np. wywiad ogólny. W niektórych placówkach zostaje założona także „karta przebiegu laktacji”, w której zostają zanotowane wszelkie problemy dotyczące karmienia piersią. Położna podczas wizyty u pacjentki ocenia stan piersi oraz brodawek sutkowych – stopień napełnienia gruczołów, ich ocieplenie, wygląd, konsystencję, obecność guzków i grudek, a także ewentualne spękanie brodawek sutkowych, macerację, obecność ropy, krwi czy zakażenia grzybiczego. Ocenie podlega także sam proces ssania piersi przez dziecko. Położna kontroluje sposób przystawiania dziecka do piersi, pomaga skorygować pozycję do karmienia, nadzoruje mechanizm karmienia, głębokość przystawienia (zbyt płytkie przystawienie powoduje charakterystyczne cmokanie), sprawdza, czy słyca odgłos połykania pokarmu podczas karmienia (tabela 1). Kluczowym elementem badania jest kontrola masy ciała noworodka. Prawidłowy dobowy przyrost masy wynosi około 25–30 g. Ponadto dziecko moczy pieluszkę około 10 razy na dobę, a także oddaje stolec o prawidłowej konsystencji, adekwatnie do wieku. Jeśli wzrost wagi dziecka nie wykazuje tendencji wzrostowej lub w pierwszych dniach życia ulegnie spadkowi o 7%, a nie istnieją dodatkowe kliniczne symptomy świadczące o nieprawidłowościach czy patologii małego organizmu, należy ze szczególną starannością pochylić się nad procesem karmienia. Istnieje wiele metod, które można zastosować w warunkach domowych, aczkolwiek niektóre matki decydują się na skorzystanie z porady certyfikowanego doradcy laktacyjnego w poradni laktacyjnej.



Wydajność laktacji podlega ocenie zarówno podczas pobytu matki i dziecka w szpitalu, jak i podczas wizyt patronażowych położnej POZ w środowisku domowym. Na początku położna przeprowadza szczegółowy wywiad z pacjentką m.in. pod kątem przebiegu ciąży, porodu, wczesnego połogu oraz przebiegu laktacji w przeszłości.



POZORYN NIEDOBÓR POKARMU

To sytuacja, w której matka odnosi wrażenie, iż z piersi wydobywa się zbyt mała ilość pokarmu, by zaspokoić potrzeby żywieniowe noworodka. Dziecko staje się niespokojne, często domaga się przystawiania do piersi, ssie krótko, irytuje się po kilku minutach jedzenia, a tymczasem obiektywna ocena specjalisty nie wskazuje na niedożywienie. Masa ciała noworodka także przyrasta prawidłowo, pomiędzy karmieniami maluch zasypia. Pozorny niedobór

Tabela 1. Wskaźniki skutecznego karmienia – opracowanie własne

Wskaźniki skutecznego karmienia piersią
Co najmniej 8–12 karmień w ciągu dnia oraz 1–2 karmienia nocne
Uczucie ulgi w piersiach po karmieniu
Prawidłowe przystawianie dziecka – usta obejmują większość otoczki brodawki sutkowej, słyca połykanie pokarmu, karmienie nie jest bolesne, a dziecko ssie rytmicznie przez 15–20 minut
Po karmieniu dziecko nie zdradza objawów głodu, jest zadowolone i rozluźnione
Stan ogólny dziecka jest prawidłowy – napięcie skóry, ciepłota ciała, odruchy adekwatne do wieku, ciemiączko przednie napięte prawidłowo, śluzówki wilgotne, zachowana norma przyrostu masy ciała – 26–31 g przyrostu masy ciała na dobę do ukończenia trzeciego miesiąca życia
Prawidłowe moczenie pieluszek i kupka: <ul style="list-style-type: none"> • 2 mokre pieluszki do 2 doby życia, wydalenie kleistej, ciemnej smółki, • 4–6 mokrych peluszek w 3–7 dobie życia, 3–4 stolce przejściowe do 4 doby życia, • 8 mokrych pieluszek oraz 3–4 papkowate kupki o barwie żółtej/brązowej do ukończenia 6 tyg. Życia, • 6 mokrych pieluszek oraz kupka raz dziennie, nawet raz na kilka dni po ukończeniu 6 tyg. życia

pokarmu szczególnie często pojawia się w przypadku „kryzysu laktacyjnego”, który zbiega się ze skokiem wzrostu dziecka, a wiąże się nierozdzielnie z fizjologiczną potrzebą stymulowania piersi celem zwiększenia laktacji i zaspokojenia rosnących potrzeb malca. Sytuacja może się również pojawić na skutek czynników stresogennych w życiu matki, dokarmiania mlekiem modyfikowanym czy fałszywych przekonań na temat laktacji, np. uczucie pustych piersi, szacowanie ilości mleka na podstawie wielkości biustu, uciążliwe i długotrwałe ssanie piersi przez dziecko. Czynniki te stają się częstym bodźcem do rezygnacji z karmienia piersią lub dokarmiania mlekiem modyfikowanym.

Rozwiązanie problemu stanowi kontakt z doradcą laktacyjnym lub zaufaną położną rodzinną, która dokona oceny stanu dziecka, przeprowadzi edukację z zakresu procesu laktacji, pomoże dobrać odpowiednią pozycję do karmienia, przystawi dziecko do piersi oraz zaproponuje niefarmakologiczne metody zwiększenia laktacji, jak np. preparaty na bazie kozieradki (tabela 2). Matka powinna bezwzględnie pamiętać, iż każde podanie dziecku butelki lub smoczka będzie skutkowało pogłębieniem problemu i stanowi kolejny krok do zakończenia karmienia naturalnego.

RZECZYWISTY NIEDOBÓR POKARMU

Spotykany jest rzadziej niż pozorny niedobór pokarmu, a jego przyczyny są poważne i w większości stanowią konsekwencje matczynych problemów ze zdrowiem. Wśród czynników ze strony dziecka wymienia się: skrócone wędzidełko podjęzykowe oraz nieprawidłowe przy-

Nestlé NANCARE[®] Mama

Wsparcie dla mam karmiących piersią



NOWOŚĆ



NANCARE[®] LACTO+

- wspiera produkcję mleka mamy
- w każdej kapsułce aż 500 mg kozieradki naturalnie stymulującej laktację
- nie zawiera cukru, żelatyny i glutenu

Dostępny w aptece lub online

www.medical.nestlebabyandme.pl

od 1. dnia po porodzie

SUPLEMENT DIETY

Tabela 2. Metody zwiększania efektywności laktacji – opracowanie własne

Metoda zwiększania laktacji	Opis
Rozgrzanie piersi przed przystawieniem dziecka	Polega na rozgrzaniu piersi przed podaniem jej dziecku poprzez przyłożenie termofora, ciepłej pieluchy lub polanie ciepłą wodą. Stymuluje pierś i ułatwia wypływ pokarmu
System odciągania pokarmu 7-5-3	Polega na stymulacji piersi laktatorem. Po dwuminutowej fazie szybkiego ssania należy przez 7 minut prowadzić odciąganie głębokie, następnie powtórzyć czynności na drugiej piersi. W drugiej serii należy odciągać kolejno mleko z obydwu piersi, ale wyłącznie w fazie głębokiego ssania, natomiast w serii trzeciej również odciągać pokarm w fazie głębokiego ssania, ale już tylko przez 3 minuty
Power pumping	Metoda stymulacji piersi laktatorem. Po dwuminutowym płytkim odciąganiu pokarmu należy wykonać trzy dziesięciominutowe sesje głębokiego odciągania, zmieniając piersi. Cały proces trwa około godziny
Herbatki laktacyjne i preparaty na bazie kozieradki lub ze słodem jęczmiennym	Dostępne w formie kapsułki, proszku do sporządzania naparu lub w formie produktu gotowego do spożycia po zmieszaniu z jogurtem lub mlekiem
Systemy wspomagania laktacji	To system pozwalający na równoczesne karmienie dziecka mlekiem modyfikowanym oraz zapewnienie naturalnego ssania piersi. Składa się z zawieszzonego na szyi matki pojemnika na mleko modyfikowane oraz rurki, której końce łączą butelkę z sutkiem (jest ona przytwierdzona do piersi). Dziecko ssi równocześnie pierś, zapewniając bodźcowanie, lecz pobiera mleko modyfikowane, dzięki któremu najada się
Karmienie dziecka piersią z równoczesnym odciąganiem laktatorem mleka z piersi już opróżnionej	Polega na nakarmieniu malucha jedną piersią i następnie przystawieniu go do drugiej z równoczesnym uruchomieniem laktatora na piersi pustej. Zapewni to podwójne bodźcowanie symulujące karmienie dwóch noworodków

stawianie do piersi. Skutecznym rozwiązaniem problemu jest wykonanie zabiegu frenotomii wraz z nauką przystawiania do piersi pod okiem certyfikowanego doradcy laktacyjnego.

Wśród matczyń przyczyn rzeczywistego niedoboru pokarmu wymienia się:

- zaburzenia hormonalne i choroby z nimi związane (w tym niedoczynność tarczycy, zespół policystycznych jajników, zespół Sheehana),
- choroby cywilizacyjne (otyłość, cukrzyca),
- czynniki osobnicze (niedorozwój tkanki gruczołowej gruczołu sutkowego, niedożywienie, stan po radioterapii).

Jeszcze innym czynnikiem rzeczywistego niedoboru pokarmu oraz zanikania laktacji jest konieczność odseparowania matki od dziecka. Wtedy niezbędne jest stosowanie laktatora, oglądanie zdjęć dziecka oraz odsłuchiwanie nagrań jego płaczu w trakcie sesji odciągania pokarmu.

Pierwszym objawem rzeczywistego niedoboru pokarmu jest brak nawału mlecznego w pierwszych kilku lub kilkunastu dobach po rozwiązaniu. Ponadto niepokój specjalistów budzi spadająca masa ciała noworodka mimo regularnego i prawidłowego przystawiania do piersi.

Dziecko początkowo aktywnie szuka sutka, bardzo często ssi, śpi krótko i płytko, często płacze. Finalnie staje się niedożywione, jego ciemiączko przednie zapada się a ciało noworodka staje się wiotkie. Stanem alarmującym jest brak samoistnego wybudzania się na karmienie oraz brak lub niewielki płacz z powodu hipoglikemii, co wskazuje na konieczność pilnej konsultacji lekarskiej. Metody zwiększenia laktacji nie przyniosą oczekiwanego rezultatu. Odciąganie pokarmu laktatorem nie przynosi efektu lub prowadzi do odciągnięcia wyłącznie pokarmu I fazy. Rzeczywisty niedobór pokarmu stwarza realne zagrożenie dla zdrowia i życia dziecka, a także może prowadzić do depresji poporodowej u matki.

ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE RZECZYWISTEGO I POZORNego NIEDOBOrU POKARMu U MATKI

Niedobór pokarmu u matki nie pozostaje obojętny wobec jej sfery psychicznej. W ostatnich latach obserwuje się trend powrotu do natury, co oznacza nie tylko szerokie propagowanie porodów siłami natury, ale także wyłączone karmienie piersią do ukończenia przez dziecko 6 miesięcy. Powszechny staje się pogląd sugerujący, iż „każda matka jest w stanie wykarmić swoje dziecko”, nieustannie

Tabela 2. Kwestionariusz Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej

Pytanie	Odpowiedzi
Byłam zdolna do radości i dostrzegania radosnych stron życia	Tak często jak zazwyczaj
	Trochę rzadziej niż zwykle
	Zdecydowanie rzadziej niż zwykle
	Zupełnie nie byłam zdolna do radości
Patrzyłam na przyszłość z nadzieją	Tak jak zawsze
	Rzadziej niż zawsze
	Zdecydowanie rzadziej niż zwykle
	Nie potrafiłam patrzeć na przyszłość z nadzieją
Obwinałam się niepotrzebnie, gdy coś mi się nie udawało	Tak, w większości przypadków
	Tak, czasami
	Rzadko
	Wcale
Bez istotnej przyczyny odczuwałam lęk i niepokoiłam się	Zupełnie nie
	Raczej nie
	Czasami
	Tak, bardzo często
Czułam się przestraszona i wpadałam w panikę bez większych powodów	Tak, często
	Czasami
	Nie, raczej nie
	Nie, nigdy
Wydarzenia przerastały mnie	Tak, prawie wcale nie dawałam sobie rady
	Czasami nie radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
	Przez większość czasu radziłam sobie dobrze
	Radziłam sobie tak dobrze jak zwykle
Czułam się tak nieszczęśliwa, że nie mogłam spać w nocy	Tak, przez większość czasu
	Tak, czasami
	Rzadko
	Nie, wcale nie
Czułam się samotna i nieszczęśliwa	Tak, przez większość czasu
	Tak, dość często
	Niezbyt często
	Nie, wcale nie
Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam	Tak, przez większość czasu
	Tak, dość często
	Tylko sporadycznie
	Nie, wcale nie
Zdarzało się, że myślałam o zrobieniu sobie krzywdy	Tak, dość często
	Czasami
	Bardzo rzadko
	Nigdy

powstają nowe poradnie laktacyjne, a tym samym rośnie presja wywierana na matki, które z różnych przyczyn nie są w stanie efektywnie karmić. O ile pozorny niedobór pokarmu to problem możliwy do zażegnania, o tyle rzeczywisty niedobór może prowadzić do wielu problemów natury emocjonalnej u kobiety, zaś u dziecka – skutkować poważnym zagrożeniem zdrowia, a nawet życia.

Pierwszym bardzo istotnym skutkiem niedoboru pokarmu, którego doświadcza kobieta, jest lęk o zdrowie i życie jej dziecka. Nie jest ona w stanie samodzielnie ocenić, czy dziecko się najada, ile mleka wypija z piersi, a odciążenie porcji pokarmu nie odzwierciedla rzeczywistej produkcji gruczołu piersiowego. Każda kobieta po urodzeniu dziecka podlega opiece położnej środowiskowej. Podczas wizyty patronażowej skrupulatnie oceniane są wskaźniki skutecznego karmienia piersią, stan noworodka, stopień jego odżywienia i przyrost masy ciała. Po ustabilizowaniu laktacji kobieta zwykle czuje się spokojna, ma poczucie bezpieczeństwa. Niestety, w pierwszych tygodniach połogu następuje także pierwszy tzw. kryzys laktacyjny, zbiegający się ze skokiem wzrostu dziecka, co charakteryzuje się wzmożonym łaknieniem malucha, częstą potrzebą przystawiania do piersi i drażliwością. Kobieta obawia się, iż jej pokarm stracił na wartości, a sytuacja ta jest jedną z najczęstszych przyczyn podania mieszanki. Okres połogu charakteryzuje się również labilnością emocjonalną u matki z uwagi na diametralne poporodowe zmiany hormonalne w ustroju. Jeśli niestabilność emocji nasila się lub trwa dłużej niż 3 tygodnie, należy ze szczególną uwagą ocenić kobietę pod względem symptomów depresji poporodowej. Oceny tej może dokonać zarówno rodzina pacjenta, specjalista lub położna w trakcie wizyty patronażowej, używając Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (tabela 2). Wynik powyżej 10 punktów oznacza, iż należy prowadzić szczególny nadzór nad kobietą i zaproponować miejsca, w których kobieta może otrzymać pomoc i wsparcie psychologiczne, zaś wynik równy lub wyższy niż 12 lub twierdząca odpowiedź na ostatnie pytanie kwalifikuje kobietę do natychmiastowej interwencji psychologicznej i psychiatrycznej.

Należy podkreślić, iż w dobie rozwoju cywilizacji coraz częściej spotyka się kobiety cierpiące na zaburzenia hormonalne i metaboliczne, jak np. zespół policystycznych jajników, niedoczynność tarczycy, insulinooporność tkankowa czy jawna cukrzyca. Część tych schorzeń może znacznie utrudniać, a w niektórych przypadkach wręcz uniemożliwiać karmienie naturalne. Brak medycznej wiedzy z tego zakresu sprawia, iż kobietom towarzyszy poczucie winy – obwiniają się, że nie są pełnowartościowymi matkami, nie są w stanie dać dziecku tego co najlepsze, są zawiedzione, iż ich ciało nie współpracuje z nimi. Dodatkowo uczestnictwo w internetowych grupach wsparcia czy czytanie przypadkowych stron parentingowych stworzonych przez równie przypadkowych ludzi pogłębia frustrację, gdyż kobieta obserwuje sukcesy innych matek, porównuje się z nimi, a szukając wsparcia, nierzadko otrzymuje w odpowiedzi negatywne komen-

„
 Kluczowym elementem holistycznej opieki okołoporodowej u kobiety z zaburzeniami laktacji jest szeroko pojęta edukacja – zarówno z zakresu samego karmienia piersią, jak i sfery emocjonalnej młodej matki.

„
 tarze. Z rozmów prowadzonych z młodymi matkami wynika, że jest to problem bardzo częsty i tylko holistyczna opieka położnej, pediatry oraz doradcy laktacyjnego jest w stanie ograniczyć ryzyko depresji na skutek pozornego lub rzeczywistego niedoboru pokarmu.

Kluczowym elementem holistycznej opieki okołoporodowej u kobiety z zaburzeniami laktacji jest szeroko pojęta edukacja – zarówno z zakresu samego karmienia piersią, jak i sfery emocjonalnej młodej matki. Kobieta powinna wiedzieć, w jaki sposób prawidłowo przystawić dziecko do piersi, czym są wyznaczniki skutecznego karmienia, znać sposoby postępowania w przypadku tzw. kryzysu laktacyjnego, stanu zapalnego piersi czy zastoju pokarmu, powinna także osiąść podstawową wiedzę z zakresu fizjologii kobiecego organizmu (poporodowe zmiany hormonalne, wpływ hormonów na przebieg laktacji, przyczyny zaburzeń laktacji, wpływ chorób towarzyszących na wydzielanie mleka) oraz znać alternatywy w przypadku niemożności efektywnego karmienia wyłącznie piersią. Położna powinna wytłumaczyć matce, że współczesny wachlarz suplementów dla kobiet karmiących obejmuje szereg produktów bazujących na naturalnych wyciągach ziołowych, słodzie jęczmiennym czy wyciągu z kozieradki. W przypadku braku efektywności zawsze można sięgnąć w ostateczności po mleko modyfikowane krowie lub kozie, dostosowane do możliwości trawiennych małego organizmu. Świadomość młodej matki i rzetelna wiedza na temat suplementacji czy ewentualnej substytucji mleka kobiecego daje poczucie bezpieczeństwa, zapobiega nadmiernemu wydzielaniu hormonów stresu u matki i uspakaja. Istotne jest zatem, aby obejmować kobiety i ich dzieci opieką holistyczną, łącząc doświadczenie poszczególnych pracowników służby zdrowia, a w przypadku wystąpienia pozornego lub rzeczywistego niedoboru pokarmu zastosować metody zastępcze dla karmienia naturalnego.

Piśmiennictwo:

1. Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M., Pietkiewicz A., Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy, Medycyna Praktyczna, Kraków 2017.
2. Karpień M., Karmienie piersią, 2020.
3. Lawrence R.A., Lawrence R.M., Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession, Mosby, 2005.
4. Dudenhausen J.W., Pschyrembel W., Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
5. Bręborowicz G.H., Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
6. www.hafija.pl
7. www.tematrzekamleka.pl