

# Czy poród zabiegowy jest nadal barierą utrudniającą prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią?

Lek. Katarzyna Moskała

Szpital Specjalistyczny im. St. Żeromskiego w Krakowie

W obliczu rosnącej liczby cięć cesarskich, a jednocześnie szerokiej świadomości przyszłych rodziców w kwestii niepodważalnych korzyści płynących z karmienia piersią, coraz częściej słyszymy pytania zaniepokojonych pacjentek o trudności, z jakimi przyjdzie im się borykać gdy po operacyjnym rozwiązaniu ciąży mierzyć się będą z pierwszymi próbami naturalnego karmienia. Wokół trudności tych narastała od dłuższego czasu legenda, budząc u przyszłych mam obawy przed konsekwencjami cięcia cesarskiego w odniesieniu do naturalnego karmienia noworodka. Obawy te uzasadnione lub nie, aktualne lub zdezaktualizowane, mogą mieć swoje podłoże w kilku źródłach. Po pierwsze zachodzi obawa, że leki stosowane w znieczuleniu przewodowym, a tym bardziej ogólnym wpłyną na stan noworodka w mechanizmie transferu łożyskowego zanim płód zostanie wydobyty lub też przenikając do mleka matki zagrożą zdrowiu karmionego dziecka w pierwszych godzinach lub dobach po porodzie. Po drugie obolała po operacji i najczęściej unieruchomiona przez blokadę podpajęczynówkową mama obawia się, czy uda jej się przyjąć pozycję, w której prawidłowo i skutecznie przystawi do piersi noworodka. Trzecią obawą, najczęściej przywoływaną przez nasze pacjentki, niestety nie tylko w rozmowach z fachowym personelem, ale przede wszystkim na internetowych stronach dyskusyjnych, jest obawa o niewystarczającą ilość, czy późniejsze niż po porodzie siłami natury „pojawianie się pokarmu” po cięciu cesarskim.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że rozwiązanie porodu przez cięcie cesarskie było jedną z barier dla karmienia piersią zidentyfikowaną przez K. Mikiel-Kostyrę w 1996 roku. [6] Badane dzieci z cięcia cesarskiego rzadko miały kontakt skóra-do-skóry, były częściej oddzielane od matek, rzadziej przebywały na wspólnej sali, były rzadziej karmione tylko mlekiem matki. Z badań Zagóreckiej i wsp. wynika, że bariera ta istnieje nadal. Noworodki urodzone z cięcia cesarskiego są 5-krotnie bardziej narażone na opóźnianie pierwszego karmienia. [11]

Potencjalny wpływ leków stosowanych w znieczuleniu do operacji to zagadnienie z pogranicza położnictwa i anestezjologii. Większość cięć cesarskich odbywa się aktualnie w znieczuleniu podpajęczynówkowym – tylko rzeczywiste przeciwwskazania do takiego znieczulenia upoważniają do obarczonego większym ryzykiem powikłań znieczulenia ogólnego. Stosowany do znieczulenia przewodowego 5% roztwór chlorowodoru bupiwakainy, wiązanej w 96% z białkiem, przenika przez łożysko oraz do mleka w ilościach tak minimalnych, że nie wpływa na stan noworodka. Znieczulenie ogólne wymaga natomiast podania większej ilości leków na drodze dożylniej lub wziewnej. [4,5] Leki znieczulenia ogólnego najczęściej stosowane w Szpitalu im. St. Żeromskiego w Krakowie zestawiono w tabeli nr 1. [5,8]

Podane dożylnie lub wziewnie leki anestetyczne wykazują krótkotrwały wpływ na płód. Okno czasowe najkorzystniejsze do wydobycia płodu (tzw. IDT – induction – delivery time) determinowane jest z jednej strony przez czas działania leku na płód (np. dla tiopentalu to ok. 4 minut), a z drugiej przez okres głębokiego snu matki (dla tiopentalu ok. 8 minut). Tak więc IDT dla stosowanego z wyboru do cięcia cesarskiego tiopentalu wynosi 4–8 minut. [5]

Zarówno transfer łożyskowy jak i przenikanie leku do mleka matki zależą od podobnych czynników tj: właściwości fizykochemicznych leku (masa cząsteczki, rozpuszczalność w tłuszczach, wiązanie z białkami, stopień jonizacji) oraz stężenia leku w osoczu krwi matki (zależnego od dawki i drogi podania leku). Idealne w okresie poprzedzającym laktację i w czasie laktacji byłoby zastosowanie leków, dla których stosunek stężenia w mleku do stężenia w osoczu matki (M/P – milk/plasma ratio) jest zdecydowanie mniejszy od 1, a najlepiej zbliżony do 0. Łatwiej przenikają przez błony leki o masie cząsteczkowej < 500 (większość anestetyków) oraz leki lipofilne i słabo zjonizowane (leki znieczulenia przewodowego, leki narkotyczne). Gorszą przenikalnością charakteryzują się leki słabo rozpuszczalne w tłuszczach i wysoko zjonizowane (leki zwiotczające). [4,5,9]

Tab.1. Leki stosowane w znieczuleniu ogólnym

Grupa leków	Przedstawiciel	Komentarz
Leki hipnotyczne	Tiopental	– lek z wyboru do cięcia cesarskiego – minimalne stężenie w mleku
	Propofol	– raczej przeciwwskazany do cięcia cesarskiego – karmienie po 24h
	Ketamina	– zaleta: zwiększa przepływ maciczno-łożyskowy – stosowana rzadko – przy hipowolemii matki
	Midazolam	– objawy psychotyczne u matki – wyjątkowo przy przeciwwskazaniach do ww (nadciśnienie i astma) – wady: sedacja noworodka do 6–8h po porodzie karmienie po 24h
Gazy anestetyczne	Podtlenek azotu	– łatwo przechodzi przez łożysko: stężenie we krwi płodu = 90% stężenia we krwi matki – w mieszaninie z tlenem > 1:1 depresyjny wpływ na OUN, hipoksemia dyfuzyjna, < 1:1 – niewystarczające działanie – konieczność uzupełnienia
	Sevofluran	– w połączeniu z podtlenkiem azotu
Opioidy	Fentanyl	– podawany po wydobyciu płodu
Zwiotczające	Succynylocholina Tracrium Mivacron Esmeron	– przechodzą przez łożysko w stopniu minimalnym bez znaczenia klinicznego
Inne	Metoclopramid Dexaven Hydrocortison	– przy pojedynczych dawkach nie mają znaczenia dla stanu noworodka

Droga podania leku ma zasadniczy wpływ na jego stężenie w osoczu matki, w kolejności malejącej od największego stężenia po podaniu: dożylnym – zewnątrzoponowym – domięśniowym – podpajęczynówkowym. Znieczulenie podpajęczynówkowe jest zatem najbardziej korzystne w aspekcie narażenia dziecka na lek podany matce, zwłaszcza przy dodatkowym zastosowaniu zwężającej naczynia epinefryny, obniżającej dodatkowo o ok. 1/3 poziom leku w krążeniu macicznym. [5]

Stosowanie znieczulenia przewodowego w Szpitalu im. St. Żeromskiego jest obecnie złotym standardem i dotyczy prawie wszystkich porodów operacyjnych. W wyjątkowych sytuacjach, gdy konieczne jest ogólne znieczulenie pacjentki, unika się stosowania leków wpływających na aktywność czy odruch ssania noworodka lub stwarzających konieczność odroczenia karmienia.

Przystawianie dziecka do piersi, szczególnie trudne w pierwszych godzinach po cięciu cesarskim, wymaga pomocy – początkowo wykwalifikowanego personelu, potem zastąpić mogą go przeszkoleni członkowie najbliższej rodziny. Młode mamy zazwyczaj szybko uczą się pod okiem personelu techniki przystawiania noworodka do piersi w pozycji leżącej na plecach, a w kolejnych godzinach i dobach w pozycjach na boku oraz półsiedzących. Ból pooperacyjny łagodzi się bezpiecznymi dla dziecka lekami nieopiodowymi, najchętniej słabo przenikającym do mleka matki i bezpiecznym dla dziecka paracetamolem, który w formie dożylniej zapewnia wystarczające leczenie dla większości mam. [10]

Wśród pracowników ochrony zdrowia pokutuje przekonanie, że po cięciu cesarskim „nie ma pokarmu”. Jest to stwierdzenie niezgodne z wiedzą o fizjologii laktacji. Wiadomo, że laktogeneza I (rozrost tkanki gruczołowej i wytwarzanie siary) rozpoczyna się ok. 16 tygodnia ciąży, więc tym bardziej po porodzie jest obecna. Świeżo upieczona mama, otrzymując błędny przekaz, zaczyna mieć wątpliwości czy wykarmi dziecko tylko piersią. Łatwo w tej sytuacji podjąć decyzję o dokarmianiu bez wskazań. I tu błędne koło się zamyka – obawa, że ilość pokarmu będzie niewystarczająca staje się powodem do dokarmiania, co jest z kolei jedną z głównych przyczyn skracania długości karmienia. Z drugiej strony wielu przedstawicieli naszego zawodu uważa, że po cięciu cesarskim laktacja przebiega prawidłowo i nigdy nie słyszeli pojęcia „opóźniona laktogeneza II”.

Laktogeneza II (skokowe zwiększenie wydzielania mleka pod wpływem kompleksu laktogennego) rozpoczyna się 30–40 godzin po porodzie. Może być opóźniona o 1–2 doby z powodu różnych czynników wynikających ze stanu matki. Jednym z nich jest poród zabiegowy. Świadomość istnienia opóźnionej laktogenezy, pozwala personelowi wytłumaczyć matce to zjawisko oraz zastosować właściwe postępowanie, którym w tym przypadku będzie czasowe, niewielkie dokarmianie z użyciem metody alternatywnej wobec butelki oraz stymulacja laktacji przez częste, prawidłowe przystawianie dziecka do piersi. [7]

Zasadnicza rola przeszkolonego personelu polega na uświadomieniu pacjentce, że nie istnieją obiektywne przyczyny, dla których po cięciu cesarskim laktacja miałaby być mniej skuteczna niż po porodzie siłami natury, a procesy rozpoczęte już w pierwszej połowie ciąży, niezależnie od sposobu jej ukończenia wymagają jedynie podtrzymania poprzez prawidłowe oraz odpowiednio wczesne i częste przystawianie dziecka do piersi. Spokojna, pozytywnie nastawiona mama, uzyskawszy pomoc personelu i co równie ważne – wsparcie najbliższej rodziny, łatwiej poradzi sobie z prawidłowym karmieniem dziecka, a w efekcie proces laktogenezy przebiegał będzie bez zakłóceń.

O tym, że droga porodu operacyjnego wcale łatwą nie jest, wie coraz więcej przyszłych i obecnych mam. Pamiętać należy, że wiele z nich odbiera brak możliwości urodzenia dziecka siłami natury jako osobistą porażkę. Szczególnie dla nich ważna jest świadomość, że pomimo нефizjologicznego sposobu ukończenia ciąży nie istnieją żadne niemożliwe do obejścia przeszkody w podjęciu fizjologicznego karmienia noworodka.

#### **Piśmiennictwo:**

1. American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2005; Med. Prakt. Ginekologia i Położnictwo, 2006/01
2. Bailey B., Ito S. Breast-feeding and maternal drug use. Pediatr Clin North Am. 1997
3. Howard C.R., Howard F.M., Lanphear B. i wsp.: Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. Pediatrics, 2003; 111 (3)
4. Kuczkowski K.M., Drobnik L.: Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej: Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego: zanikająca sztuka? Med-Media. Warszawa 2009
5. Kruszyński Z.: Anestezjologia położnicza, położnicze stany nagłe: Znieczulenie przewodowe do cięcia cesarskiego. Znieczulenie ogólne do cięcia cesarskiego. WL PZWL Warszawa 2006
6. Mikiel-Kostyra K., Mazur J.; Bariery w karmieniu piersią: cesarskie cięcie. Pediatra Pol., 71 (7). 1996
7. Oslislo A., Królak-Olejnik B., Nehring-Gugulska M., Żukowska-Rubik M.: Karmienie piersią i mlekiem kobiecym. Med. Prakt. Pediatra. 2009/03
8. Podleński J., Chwalibóg-Podleńska A.: Leki Współczesnej Terapii. Medical Tribune Polska 2010
9. Rutherford Jane M., Zasady farmakoterapii w okresie laktacji. Research Fellow in Obstetric Medicine, University Hospital, Queens Medical Centre, Nottingham, NG72UH, Wielka Brytania
10. World Health Organization, UNICEF: Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: Care for the mother during and immediately after delivery. Geneva, Switzerland. 1989
11. Zagórecka E., Piotrowska-Jastrzębska J.: Żywnienie niemowląt – wybrane aspekty. Pediatra Pol., 2007 82(7)