

Pamela D. Berens, MD

## A szoptatással kapcsolatos tévhitek és nézetek a szülész-nőgyógyász szemszögéből

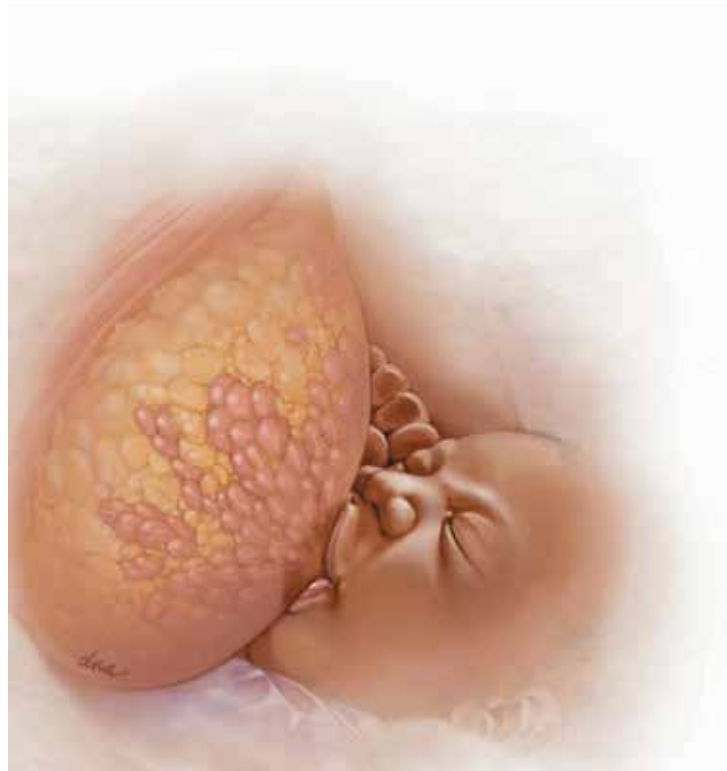
Stratégiák a tartós szoptatás elősegítésére

A szülész-nőgyógyászok többsége tisztában van a szoptatás előnyeivel, illetve az elmulasztásában rejlő kockázatokkal, jelentős részük azonban nem ismeri fel, mennyire fontos szerepe van a tekintetben, hogy támogassa a szülő nőket abban, hogy tartósan szoptassák újszülöttjüket. Azok a szülész-nőgyógyászok, akik ismerik a széles körben elterjedt tévhiteket, illetve birtokában vannak a szoptatást segítő stratégiáknak, jelentősen hozzájárulnak ahhoz, hogy az újdonsült anyák hosszabb ideig sikerrel szoptassanak.

**1. számú tévhit:** *A szoptatás és a tápszeres táplálás alapvetően egyenértékű.*

**A valóság:** *A szoptatásnak mind a csecsemő, mind az anya szempontjából olyan előnyei vannak, melyet egyetlen tápszer sem tud pótolni.*

Bőséges tudományos bizonyítékok vannak arra, hogy a szoptatás a csecsemők és az anyák számára is egészségi előnyöket rejt. A tápszerrel táplált csecsemők gyakrabban betegszenek meg rövid távon, és a szoptatás elmaradásának a későbbi életkorokban is kedvezőtlen egészségi kihatásai vannak. A teljesség igénye nélkül, ilyen kedvezőtlen következmény a gastroenteritis (enterocolitis necroticans), az alsó légúti fertőzések, a középfülgyulladás és az asthma fokozott kockázata a szoptatott csecsemőkkel összehasonlítva.<sup>1</sup> A tápszeres csecsemők körében nagyobb eséllyel lehet



számítani hirtelen csecsemőhalál, gyermekkori leukaemiák, 1-es és 2-es típusú cukorbetegség és elhízás előfordulására, mint szoptatott társaik között.<sup>1</sup> A szoptató anyák kisebb valószínűséggel betegszenek meg később emlő- vagy petefészekrákban, 2-es típusú diabetes mellitusban, illetve szív- és érrendszeri betegségekben. A szoptatás emellett többletkalóriát is fogyaszt, ami hozzájárulhat

## 1. táblázat

### A szoptatási kórelőzmény beépítése a szülészeti anamnézisbe

Korábbi terhességek							
Időpont	Terhességi kor (hét)	Születési súly	Nem	Szülés módja	Anesztézia	Szülés helye	Megjegyzések/ szövődmények
3/14/2007	9			Spontán vetélés			
7/10/2011	39	2975 gramm	Leány	Spontán hüvelyi szülés	Epidurális		2 hétig szoptatott, „nem volt elég teje”

a szülés utáni fogyáshoz.<sup>13</sup> A szoptatás kisebb költséget jelent a család számára, mint a tápszerezés táplálás, és társadalmi szinten is csökkenti az egészségügyi költségeket.<sup>4,5</sup>

**Stratégia a szülészorvos számára.** A terhesgondozástól a szülést követő kontrollvizsgálatig minden lehetséges alkalmat meg kell ragadni annak hangsúlyozására, hogy a csecsemő táplálásának elsődleges módja a szoptatás. A párbeszéd elősegítésére hasznosak lehetnek a pozitív hangvételű kérdések, mint például: „Tervezi, hogy szoptatja a babát?” vagy „Mit hallott a szoptatásról?”. Ideális esetben ezekben a beszélgetésekben az apa, a partner vagy más támogató személy is részt vesz.

Amennyiben a leendő anya azt jelzi, hogy nem tervezi, hogy szoptatni fog, az orvosnak kellő tisztelettel meg kell próbálni feltárni az okokat és olyan információkat kell nyújtania, melyek segíthetik a tévhitek eloszlatását.

**2. számú tévhit:** *Nincs jelentősége annak, hogy a szülés előtti időszakban történt-e szoptatásra való felkészítés.*

**A valóság:** *A szülészorvos kedvező irányban befolyásolhatja a szoptatási hajlandóságot, a szoptatás időtartamát, valamint kizárólagos voltát.*

Az amerikai szülész-nőgyógyász szakmai kollégium (ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists) határozottan úgy foglal állást, hogy a szoptatás „az újszülött és csecsemő táplálásának elsődleges módja 6 hónapos korig”.<sup>9</sup> A kutatások azt jelzik, hogy a szülés előtti tanácsadás erősíti a szoptatási hajlandóságot. A terhesség alatti felkészítő tanfolyamok, a szoptatást segítő programok és a professzionális szoptatástámogatás növeli azok arányát, akik elkezdik a szoptatást, illetve tartósan ki is tartanak a kizárólagos szoptatás mellett, így növelve azok arányát, akik 6 hónap elteltével is szoptatják csecsemőjüket.<sup>6-8</sup>

**Stratégia a szülészorvos számára.** A szülés előtti szoptatási felkészítés sikerrel beépíthető a rutin terhesgondozás folyamatába oly módon, hogy a terhesgondozói vizitek alkalmával erre

vonatkozó információkat is nyújtunk a várandósoknak, segítséget biztosítunk erre kiképzett szakemberhez történő irányítással, illetve megfelelő oktatóanyagokat adunk át. Az első terhességi anamnéziszűrés alkalmával kérdezzünk rá a korábbi szoptatási tapasztalatokra is. Amennyiben az derül ki, hogy a leendő anya korábbi születeit követően nem tudta megvalósítani szoptatási célkitűzéseit, keressük meg ennek valószínűsíthető okait és azt jegyezzük fel a szülészeti dokumentációba (1. táblázat).

A szoptatás sikerét befolyásoló egyéb tényezőként jön szóba, ha korábban emlőműtét történt (emlőbiopszia, mellnagyobbító vagy -kisebbitő műtét), ha a kórelőzményben olyan esemény szerepel, mely hatással lehet a szoptatási képességre, illetve ha az anya a tejelválasztást csökkentő gyógyszert szed (2. táblázat). A várandóst írásos és elektronikus információforrásokkal kell ellátni a szoptatással kapcsolatban. A tápszergyártók által terjesztett csecsemőtáplálási útmutatókat és reklámanyagokat célszerű elkerülni. A szoptatást támogató szakirodalom és poszterek megtalálhatók az ACOG, az amerikai gyermekgyógyász szakmai kollégium (American Academy of Pediatrics [AAP]) és az egészségügyi minisztérium honlapján, melyek kifüggeszthetők és terjeszthetők.

Mindezekon felül a középső trimeszter vége felé esedékes terhesgondozói vizitek és a szülésre felkészítő tanfolyamok során gyakorlati tanácsokat is nyújthatunk a szoptatáshoz. A beszélgetés témái között mindenképpen szerepelnie kell az anya szoptatással kapcsolatos célkitűzéseinek, a korai kizárólagos szoptatás jelentőségének, valamint annak hangsúlyozásának, hogy a helyes mellre tevés mennyire fontos a megfelelő tejelválasztáshoz. Szorgalmazzuk, hogy a rendelői személyzet is iktassa be mindennapi rutinjába az ezzel kapcsolatos információátadást.

A harmadik trimeszterben vissza kell térni a szoptatás, illetve a kórházban várható történések megvitatására. Ismét hangsúlyozzuk a korai bőrkontaktusnak, a rutin beavatkozások késleltetésének, az újszülöttel együttes elhelyezésnek (rooming-in) és az anyatejplálás igen behatárolt javallati körének a szerepét és jelentőségét. A várandóst arra kell ösztönözni, hogy bátran tegye fel a kérdéseit a tápszerrel végzett plálás javallatairól, ha a kórházban

## 2. táblázat

## Előzetes szoptatási tanácsadást szükségessé tévő antenatalis problémák

Korábbi szoptatási tapasztalat	Nem sikerült elérni a célkitűzéseket, elégtelen tejtermelés (objektív vagy szubjektív), emlőfertőzés, fájdalom
Korábbi csecsemőkori kórállapotok	Hypoglykaemia, sárgaság, elégtelen csecsemőkori növekedés
Korábbi emlőműtét	Derítsük ki a beavatkozás típusát és indikációját, fogalmazzunk meg reális elvárásokat
A tejtermelést potenciálisan befolyásoló anyai állapotok	Polycystás ovarium szindróma, meddség, elhízás, hypophysis-betegség, nem kontrollált pajzsmirigybetegettség, mellkasfali besugárzás, emlőrák
Anyai kórállapotok	Folyamatos gyógyszeres kezelésre szoruló állapotok (tanácsadás szükséges a biztonságossági szempontokkal kapcsolatban), pl. magas vérnyomás, depresszió Korai csecsemőkori beavatkozást szükségessé tévő állapotok (pl. diabetes) Egyéb olyan állapotok, melyekben az anyát és az újszülöttet várhatóan elválasztják egymástól (különösen akkor, ha a kórelőzményben elégtelen táplálás vagy a normálistól elmaradó csecsemőkori fejlődés szerepel) Emlőben lévő terimék Befelé forduló emlőbimbó
Terhességspecifikus aggodalmak	Ikerterhesség, fenyegető koraszülés

azt javasolták neki. A szoptatást illető minden lényeges aggodalmat továbbítani kell a csecsemő gondozását végző egészségügyi szakember felé. Ha például az anya korábban mellkisebbitő műtéten esett át, a csecsemő súlyának és vizeletürítésének szoros kontrollja szükséges, ezért erről tájékoztatni kell a gyermekgyógyászt.

**3. számú tévhit:** *A vajúdás és a szülés módja közömbös a szoptatás sikere szempontjából.*

**A valóság:** *Az ACOG „Tíz kórházi gyakorlat a szoptatás elősegítésére és támogatására” címmel dokumentumot állított össze (3. táblázat).<sup>9</sup>*

Az ebben megfogalmazott gyakorlat Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) lépésein alapul. A kutatások azt jelzik, hogy a kizárólagos szoptatás aránya javítható azzal, ha a dokumentumban foglalt lépéseket beültetik a kórházi rutin gyakorlatba.<sup>10,11</sup> Azt is megfigyelték, hogy több lépcsős alkalmazásakor összességében nagyobb a szoptatási arány.<sup>12,13</sup>

A zavaró tényezők miatt nehéz felmérni, hogy a vajúdás során alkalmazott eljárások miként befolyásolják a szoptatást. Az erősen koraszülött vagy más okból rossz állapotú csecsemők elkülönítést és a szokásosnál nagyobb szoptatási támogatást igényelhetnek. Császármetszést követően előfordulhat, hogy később kezdődik meg a szoptatás, és csökken a korai szoptatás aránya. A kórházi rutint úgy kell felépíteni, hogy ezek a különbségek a lehető legkisebbek legyenek. Császármetszés kapcsán változhat a tejbelövellés ideje, ami egyes esetekben korai pótláshoz vezethet.<sup>14</sup>

## 3. táblázat

## A sikeres szoptatás 10 lépése

A terheségi és újszülöttkori szolgálatoknak biztosítaniuk kell az alábbiakat:

1. Írásos szoptatási stratégia, melyet rutin módon ismertetnek az ellátó személyzet minden tagjával.
2. A személyzet minden tagjának továbbképzése a stratégia megfelelő alkalmazása érdekében.
3. Minden terhes nő tájékoztatása a szoptatás előnyeiről és módjáról.
4. Az anyák segítése abban, hogy a szülés után fél órán belül mellre kerüljön az újszülött.
5. Meg kell mutatni az anyának, hogyan szoptasson, illetve hogyan tartsa fenn a tejtermelést még akkor is, ha az újszülöttet esetleg el kell választani tőle.
6. Ne kapjon az újszülött az anyatejen kívül más ételt vagy italt, hacsak orvosi szempontból nem indokolt.
7. Rooming-in alkalmazása, ami lehetővé teszi, hogy az anya és újszülöttje a nap 24 órájában együtt maradjanak.
8. Az igény szerinti szoptatás támogatása.
9. A szoptatott újszülött ne kapjon műmellet vagy cumit.
10. Támogatni kell szoptatástámogató csoportok megalakítását és a kórházból való elbocsátást követően az anyát hozzájuk kell irányítani.

Forrás: World Health Organization/UNICEF. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. 1989.

A 2005 és 2007 között lefolytatott Infant Feeding Practices Study II az alábbiakban adta meg a hat bababarát lépés arányát: szoptatás az élet első órájában (62%), a kórházban nem kerül sor tápszeres pótlásra (60%), rooming-in (58%), igény szerinti szoptatás (57%), a cumi kerülése (47%) és a szoptatást segítő információk biztosítása (73%). A szülés előtt a vizsgálatban részt vevő

## A LAKTÁLÓ EMLŐVEL KAPCSOLATOS ISMERETEK BŐVÜLÉSE

A laktáló emlő anatómiai illusztrációi nem sokat változtak az utóbbi 150 évben, ami arra inspirálta a University of Western Australia kutatóit, hogy ultrahanggal ismét feltérképezzék az emlő anatómiáját.<sup>1</sup> A korábbi ábrázolásokkal ellentétben olyan tejszatórnákat észleltek, melyek nem mindig helyezkednek el szisztematikusan sugárirányban. Gyakran előfordul, hogy a nagy csatornák egymás alatt futnak.

Ahogy a bevezető képen is látszik és az ausztrál kutatók is megállapították, az emberi emlő körülbelül átlagosan 9 (4–18) tejszatórnát tartalmaz, szemben a *Gray's Anatomy* és más tankönyvek által ábrázolt 15–20 lobulussal és tejszatórnával.

Az ausztráliai kutatók által ultrahangvizsgálat során észlelt összes csatorna az areola alatt, igen közel az emlőbimbóhoz ágazik el, és nem mutatja azt a tipikus zsákszerű megjelenést, melyeket sinus lactiferi vagy tubulus lactiferi néven is jelölnek. Az ágak a közvetlenül az emlőbimbó alatt elhelyezkedő mirigyszövetből sugárirányban futnak. A megfigyelt ductusok kisebb száma, nagysága és alakja a szerzők szerint arra utal, hogy ezek funkciója nem a tej tárolása, hanem inkább annak továbbítása.

nők 85%-a szándékozott legalább 3 hónapig szoptatni gyermekét, ugyanakkor csak a nők 32%-ának sikerült elérnie ezt a célkitűzést.<sup>15</sup> A mind a 6 paraméternek megfelelő nők alcsoportjában 2,7-szer nagyobb annak esélye, hogy sikerül elérniük szoptatási céljaikat.<sup>15</sup>

Mindazonáltal javítani szükséges azon a kórházi gyakorlaton, mely az optimális szoptatástámogatást kívánja szolgáltatni. A korai elválasztás szempontjából kockázati tényezőnek tekinthető a késői mellre tétel és a tápszerek kórházi adása.<sup>12</sup> A One Healthy People 2020 célja azon újszülöttek arányának 14,2%-ra csökkentése, akik az első két életnapon tápszeres pótlásban részesülnek. (Az Egyesült Államokban a jelenlegi arány 19,4%.<sup>19</sup>) Az egyes államokban igen széles szórást mutat a kizárólagos szoptatás aránya. A montanai és oregoni statisztikák szerint a kizárólagos szoptatás aránya 3 hónap elteltével 50%, míg más államokban nem éri el a 20%-ot sem.<sup>19</sup>

**Stratégia a szülészorvos számára.** Terminusban világra jött újszülött és egészséges anya esetén a megszületéskor biztosított bőr-bőr kontaktus az egyéb egészségi előnyökön túl kedvezően befolyásolja a szoptatás sikerességét.<sup>16</sup> Az újszülött megszáradását követően helyezzük az újszülöttet az anya hasára,

közvetlen bőrkontaktust biztosítva, és takarjuk be az újszülöttet meleg takaróval. Ebben a helyzetben végezhető el az újszülött állapotának felmérése, az Apgar-pontszám meghatározása, valamint a köldökzsinór lefogása és átvágása. A rutin újszülöttkori beavatkozások halaszthatók addig, míg a bőrkontaktus alatt megtörténik az első szoptatás. Az első beavatkozások – például cukorbeteg anya újszülöttjénél a vércukormérés – már az alatt megtörténhetnek, míg az újszülöttet az anya hasán hagyjuk.

A kórházi rutinba be kell építeni a rooming-in elhelyezést, az igény szerinti szoptatást, valamint a családtagok megtanítását arra, hogy már az éhség korai jeleit is érzékeljék. Terminusban született, szoptatott újszülöttek esetében a cumik használatát a fájdalmas beavatkozások idejére kell korlátozni, mint amilyen például a circumcisio. Az etetőcumik alkalmazását is kerülni kell addig, míg a szoptatás jól működik. Az AAP abból a megfontolásból javasolja a cumi használatát, hogy csökkenti a hirtelen csecsemőhalál szindróma esélyét, ugyanakkor első adását egészen addig javasolják halasztani, „amíg a szoptatás biztonságosan beáll, ami általában 3-4 hét elteltével következik be”.<sup>17</sup> Tápszert kizárólag orvosi javallattal szabad alkalmazni, melyet dokumentálni kell az orvosi nyilvántartásban és meg kell vitatni az anyával is. Ily módon a család megérti a tápszeres táplálás szükségessége mögött álló okokat, így arra inkább kezelésként, mintsem rutin csecsemőtáplálási módszerként tekintenek.

Az orvosnak szülés idején támogatnia kell a bőr-bőr kontaktust, a szoptatás korai megkezdését és a tápszeres pótlás kerülését, és ezt a szemléletet szükséges erősíteni a szülés utáni kórházi tartózkodás teljes ideje alatt is.

**4. számú tévhit:** *A post partum szoptatási támogatás a gyermekgyógyászok hatásköre.*

**A valóság:** *A szülész-nőgyógyásznak is tisztában kell lennie a leggyakoribb szoptatási problémákkal, hogy ezek később ne zavarják meg a sikeres szoptatás folyamatát.*

A szülészorvosok jó helyzetben vannak a szoptatással kapcsolatos problémák megoldására. A szoptatási problémák terén speciális képzettséggel rendelkező szülészorvossal történt konzultáció javasolt, ha olyan problémák merülnek fel, mint például a krónikus emlő- vagy emlőbimbó-fájdalom, túletetés, vérbőség, visszatérően elzáródó tejszatórnák vagy elégtelen tejtermelés. Csaknem minden anya képes szoptatni, ám a tejelválasztás – bármely más élettani folyamathoz hasonlóan – zavart szenvedhet. A szövődmények felismerése és kezelése alapvető jelentőséggel bír a kedvezőtlen

## 4. táblázat

## Információforrások az orvosok és a betegek számára (nem teljes lista)

Forrás	Elérhetőség	Formátum
<b>Források orvosok számára</b>		
Lactmed	toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm	Honlap és szabadon letölthető alkalmazás
Infant Risk	infantrisk.com/category/breastfeeding	Honlap
Medications and Mother's Milk	Szerző: Thomas W. Hale, PhD (2012)	Könyv és alkalmazás
Drugs in Pregnancy and Lactation	Szerző: Gerald G. Briggs (2014)	Könyv
<b>Források betegek számára</b>		
ACOG	acog.org/patients/FAQs/Breastfeeding-Your-Baby	Letölthető brosrák
<b>Szoptatással kapcsolatos oktatóanyagok orvosok számára</b>		
Breastfeeding Basics	breastfeedingbasics.org	2-3 órás online kurzus egyéni modultesztekkel
Wellstart International	wellstart.org	Online kurzus szoptatási tanácsadók számára
AAP szoptatást népszerűsítő anyagai az orvosi rendelőkben	aap.org/breastfeeding/curriculum	Szakmai oktatási tanrend szakorvosjelöltek számára
<b>Klinikai gyakorlati protokollok</b>		
Academy of Breastfeeding Medicine	bfmed.org/Resources/Protocols.aspx	Szabadon hozzáférhető lektorált protokollok különböző témákban
<b>Egyéb szakmai hivatkozások</b>		
CDC Guide: Strategies to Support Breastfeeding	cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm	Honlap
Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional	Szerzők: Ruth A. Lawrence, MD, Robert M Lawrence, MD (2010)	Könyv

kimenetek kivédése szempontjából. A nemzetközileg elismert laktációs szakértőkkel való szoros együttműködés hasznos segítség lehet a post partum szoptatási nehézségek megoldásában.

**Stratégia a szülészorvos számára:** A szülészorvosnak birtokában kell lennie az idevágó orvosi információkkal. Ezen belül pontos étrendi tanácsokkal kell ellátnia az anyákat a szoptatás sikerének javítására. A szülés után megmaradó súlyfelesleg jelentős mértékben hozzájárul a későbbi életszakaszokban fellépő elhízáshoz, és a szülések számának növekedésével a testtömegindex (BMI, body mass index) is emelkedik. Ahhoz, hogy a kizárólagos szoptatáshoz elegendő tej termelődjön, legalább napi 600 kalóriányi energiabevitel szükséges.<sup>3</sup> A szülés csökkenti a szülés után fennmaradó tartós súlyfelesleg esélyét, függetlenül a szülés előtti BMI-értékektől.<sup>20</sup>

Szoptatás alatt is biztonságos fogyás érhető el testmozgással, és a szülész-nőgyógyász ideális helyzetben van a tekintetben, hogy megismertetheti az anyát az egészséges étkezésre és fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlásokkal. Ezen túlmenően az egyes terhességek közötti intervallum és a fogamzásgátlás módja is befolyásolhatja a szoptatást. Célszerű, ha az anya ezeket a kérdéseket a szülészorvossal vagy a védőnővel vitatja meg. A feltételezések szerint az exogén progeszteron azonnali post partum bevezetése kedvezőtlenül befolyásolja a szoptatást, mi-

vel a post partum progeszteronmegvonás kulcsszerepet játszik a tejtermelés megindulásában.<sup>21</sup> Amikor azt mérlegeljük, hogy adjunk-e gesztagén készítményeket közvetlenül a szülés után, a fogamzásgátlás előnyeit azzal a kockázattal szemben kell mérlegelni, melyet a tejtermelésre gyakorolt kedvezőtlen hatások jelentenek. A fogamzásgátló kezelés megkezdése nagyjából a szülés utáni rutin vizit (4–6. hét) idejére esik, amikor a tejtermelés már biztonsággal beindult, ilyenkor kisebb a kockázat.

Az ideiglenes fogamzásgátlási módszerek az esetek többségében nem hatnak negatívan a már beindult tejtermelésre. A szoptató nők számára is megfelelő fogamzásgátlási módszer kiválasztásakor a tejelválasztás megfelelő voltát, a korábbi fogamzásgátlási gyakorlatot, valamint a terhességek között eltelt időt kell figyelembe venni.

A szülés utáni kontrollvizsgálat alkalmával a nőt rutin módon kell szűrni depresszió irányában, és a szülész-nőgyógyásznak is célszerű tisztában lennie a kezelési lehetőségekkel, valamint ezeknek a szoptatott csecsemőre gyakorolt hatásaival.

A szülészorvos kiváló helyzetben van ahhoz, hogy megbeszélje az anyával a post partum gyógyszereszedés kérdését. Már szülés előtt sort kell keríteni annak megbeszélésére, hogy a terhesség és/vagy a post partum periódus alatt szedett gyógyszerek miként befolyásolják a tejelválasztást vagy a szoptatott csecsemőt.



## Mikor és hol szükséges szoptatási konzultáció?

Hivatal	Módszer
<b>Rendelő</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Képezzük ki a személyzetet az üzenetek egyértelmű átadására.</li> <li>2. Értékeljük a betegedukációs anyagokat (nyomtatott/online).</li> <li>3. Tegyük ki a szoptatást ösztönző plakátokat/feliratokat.</li> </ol>
<b>Kora-terhesség</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Szoptatási terv és támogatás (foglalkozunk annak okaival, hogy az adott személy miért nem kíván szoptatni).</li> <li>5. Korábbi szoptatási tapasztalatok (elérte-e az anya a kitűzött céljait?).</li> <li>6. Emlővizsgálat (különös figyelemmel a korábbi hegekre, befelé forduló emlőbimbóra stb.).</li> </ol>
<b>Középidős terhesség</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Szorgalmazzuk a szülésfelkészítő tanfolyamon való részvételt.</li> <li>8. Vítassuk meg a szoptatási célokat.</li> <li>9. A kizárólagos szoptatás fontossága az első 6 hónapban.</li> <li>10. Megfelelő igényre megfelelő tejtermelés (korai és gyakori szoptatás).</li> <li>11. Megfelelő mellre tétel és vákuum.</li> </ol>
<b>Késői terhesség</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Felkészülés a kórházi tartózkodásra: bőr-bőr kontaktus megtervezése, rooming-in stb.</li> <li>13. Ha pótlás szükséges, a beteg rákérdezhet az indokokra.</li> </ol>
<b>Kórházi tartózkodás</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. Szorgalmazzuk a 10 lépéses stratégián alapuló kórházi protokollt és gyakorlatot.</li> <li>15. Bőr-bőr kontaktus a szüléskor az első szoptatásig.</li> <li>16. Szorgalmazzuk a rooming-in elhelyezést és igény szerinti szoptatást.</li> <li>17. A hazabocsátás előtt tanítsuk meg az anyának a figyelmeztető jeleket.</li> </ol>
<b>Post partum</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. Biztosítsunk támogatást, ha aggodalmak merülnek fel a szoptatással kapcsolatban.</li> <li>19. Ismerjük a nemzetközi minősítéssel rendelkező szoptatási tanácsadó elérhetőségét és más közösségi forrásokat, ahová a beteget szükség esetén irányíthatjuk.</li> <li>20. A szülés utáni kontrollvizsgálat alkalmával kérdezzünk rá a szoptatásra, igyekezzünk megoldani az esetlegesen felmerült problémákat és erősítsük meg a célokat.</li> </ol>

A gyógyszerek terhesség és szoptatás alatti biztonságossága nem feltétlenül fedi egymást. A csecsemőt érő gyógyszerhatás több tényező függvénye lehet, mint például a tejtermelésre gyakorolt hatás; a gyógyszer specifikus jellemzői és féléletideje (az anya és a csecsemő szempontjából egyaránt); a csecsemő életkora, egészségi

állapota és anyagcseréje; annak aránya, hogy az anyatejes táplálás hány százalékot tesz ki a teljes csecsemőtáplálásban; valamint a csecsemő szervezetét érő dózis. A szoptatás alatti gyógyszer-szedésről pontos és korszerű információk alapján kell dönteni.

A szülész-nőgyógyász feladata a sürgősségi állapotok (mastitis, emlőtályog stb.) kivizsgálása. Az emlőbimbót ért trauma vagy a nem szűnő vérbőség emlőgyulladásra hajlamosíthat, ezért mindent meg kell tenni a tünetek visszatérésének megakadályozására. Mastitis kórismézését követően a betegnek folytatnia kell a szoptatást, az érintett emlő kézzel vagy géppel történő lefejtésével, mivel a fertőzés ideje alatt történő elválasztás fokozza a tályog kialakulásának esélyét. Azonnali tenyésztést indokol a közelmúltban történt kórházi felvétel, a koraszülés, a tünetek visszatérése, valamint a kizárólagosan pumpával történő fejtés. Az emlőgyulladás idején termelődött anyatej nem káros a terminusban született egészséges csecsemőre nézve, ezért megfelelő antibiotikumkezelés mellett rendszerint azt javasolják, hogy az anya ne hagyja abba a szoptatást. Az emlőtályog tünetei hasonlítanak a mastitiséhez, ám ugyanakkor fluktuáló terime is tapintható. Rendszerint eredményes terápiás stratégia a tályog ultrahang-ellenőrzés mellett végzett sorozatos leszívása és megfelelő antibiotikumterápia indítása.<sup>22</sup>

Az antibiotikum megválasztásakor hasznos, ha tisztában vagyunk saját kórházunkon és közösségünkön belül az antibiotikum-szenzitivitási adatokkal, mivel bizonyos régiókban különös gondot jelenthet a methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus*.<sup>23</sup> Bemetszésre és drenázsra tipikusan akkor kerül sor, ha a konzervatív terápia nem hozza meg a kívánt hatást, vagy az adott eset szokatlan jegeket mutat.

A fent felsorolt mítoszok eloszlatására a szülész-nőgyógyásznak tisztában kell lennie azzal, hogy ő a kulcsszereplő abban, hogy a betegek elérjék szoptatási célkitűzéseiket. Ennek elősegítésére számos forrás áll rendelkezésre (4. táblázat). A szoptatás a szülészeti gyakorlat fontos eleme, ezért a szülész-nőgyógyásznak részt kell vállalnia a folyamat sikerében.

**Dr. Berens** a University of Texas Health Science Center szülészeti-nőgyógyászati osztályának osztályvezető professzora (Houston, Egyesült Államok). A szerző nem jelzett érdeklődést a cikkben foglaltakkal kapcsolatban.

**Breastfeeding myths and mainstays for the obstetrician • Contemporary OB/GYN / vol 60 / no 5 / May 5, 2015**

### HIVATKOZÁSOK

1. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA, Hartmann PE. Anatomy of lactating human breast redefined with ultrasound imaging. *J Anat.* 2005;206:525–534.

## KOMMENTÁR

**Dr. Major Tamás**

*Debreceni Egyetem, Klinikai  
Központ, Szülészeti-nőgyó-  
gyászati Intézet*

*„Hogy az asszonyembernek  
sok teje legyen, a köményma-  
got főzd meg borban és annak  
levit együtt igya meg, így elég  
teje leszén”*

*(Patikai kézirat Magyar-  
országról az 1600-as évekből)*

Az ókortól napjainkig folyamatos az egyetértés abban, hogy a szoptatás a csecsemő táplálásának biztonságos, egészséges és olcsó módja, azonban a részletekről és a gyakorlati megvalósításról folyamatos vitának lehetünk tanúi. Mikor helyezük először mellre az újszülöttet, hányszor szoptasson az édesanya, meddig elegendő kizárólag anyatejrel táplálni a gyermeket?

Mint a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Szülészeti-nőgyógyászati Intézetének munkatársa, különösen örültem a kommentár megírására vonatkozó felkérésnek, hiszen az Egészségügyi Világszervezet és az UNICEF által elindított „Bababarátkórház” kezdeményezés keretében 1992-ben a debreceni Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika egy holland intézménnyel együtt elsőként vált „Bababarátkórház”-t Európában. Az azóta eltelt években a kezdeményezés igen népszerűvé vált, és világszerte több mint 20 000 kórház lett „Bababarátkórház”. Klinikánk folyamatosan őrzi a címet, melyet mindannyiunk, de elsősorban az édesanyák öröme azóta hazánkban 16 szülészeti érdemelt ki. A „Bababarátkórház” cím egyik legfontosabb feltétele éppen a szoptatásra történő eredményes felkészítés, az anyatejes táplálás népszerűsítése és megvalósítása. A cél elérésében az intézmény összes dolgozójának fontos feladata van.

Pamela Berens közleménye négy tévhit köré csoportosítva tárgyalja a szoptatással kapcsolatos nem valós információkat, azonban a referált cikkben említett tévhiteken kívül még sok további, nem helytálló információ zavarhatja meg mind az egészségügyi személyzet, mind az érintett édesanyák egységes hozzáállását. Szerencsére számos szervezet – így a szoptatást világszerte támogató La Leche Liga, az Egészségügyi Világszervezet (WHO), az Amerikai Gyermekgyógyász Akadémia (AAP) – mellett ma már a tápszereket gyártó és forgalmazó cégek is elismerik, hogy megszületés után a baba számára legideálisabb az anyatejes táplálás, szoptatás. Hangsúlyoznunk kell, hogy ideális esetben ez az első hat hónapban kizárólagos szoptatást jelent mindenféle hozzáadott táplálás (víz, tea, tápszer, szilárd táplálék) nélkül. Ezt követően is ajánlott a szoptatás folytatása a gyermek két éves ko-

ráig egyéb táplálék bevezetése mellett. Ezen a területen sok még a teendő: a legkedvezőbb adatokat jelentő országokban (Finnország, Írország, Svájc, Ausztria) sem haladja meg a 6 hónapos korukig kizárólag anyatejrel tápláltak aránya a 15%-ot. Magyarországon a kizárólag anyatejes táplálással kapcsolatban megbízható adatok nem állnak rendelkezésre. Hazánkban a kismamák 95%-a tervezi, hogy anyatejrel táplálja majd gyermekét, születés után legalább 4 hónapos koráig anyatejes táplálásban részesül a csecsemők 52%-a, legalább 6 hónapig szoptat a nők 35%-a.

Ma már általánosan elfogadott, hogy az anyatej kedvezőbb a csecsemő számára, mint bármilyen tápszer. A különböző tápszereket forgalmazó cégek nyilvános helyen, akár orvosi rendelőkben elérhető reklámjai ugyanakkor azt sugallják, hogy a tápszeres táplálás reális alternatívája a szoptatásnak. Ezzel szemben számos klinikai vizsgálat igazolta a fertőzőes kórképek teljes skálájának ritkább előfordulását szoptatott gyermekeknél. Hangsúlyoznunk kell az anyatejes táplálás elsődlegességét olyan esetekben is, ahol a szoptatás egyébként technikailag nem megoldható (pl. extrém kis súlyú koraszülöttek). Esetükben az anyatejes táplálás többek között szignifikánsan csökkenti az egyik legsúlyosabb szövődmény, a nekrotizáló enterocolitis előfordulását. Az anyatejnek fontos szerepe van a megfelelő agyfejlődés folyamatában. Az állatvilágban párhuzam mutatható ki az emlősök agyfejlődésének sebessége és tejük laktóztartalma között. A női tej laktóztartalma sokkal nagyobb bármelyik más emlősállaténál, elősegítve az első 1000 napban legjelentősebb folyamatot: az emberi agy fejlődését. Mesterségesen táplált csecsemőknél gyakoribb az allergia, nagyobb a gyulladásos betegségek, cukorbetegség kialakulásának az esélye.

Jóval kevésbé közismert a szoptatás anyai szervezetre kifejtett kedvező hatása. Bár orvostanhallgató korunkban mindannyian megtanultuk: a korai gyermekvállalás és a szoptatás csökkenti az emlőrák kockázatát, ezt a tudást nem adjuk át megfelelő mértékben pácienseinknek. Már 5 hónapos szoptatás kimutathatóan csökkenti az emlőrák előfordulását. Ez a hatás annál kifejezettebb, minél tovább tart a szoptatás. A kedvező hatás valószínű, bár egyértelműen még nem bizonyított endometrium-carcinoma és petefészekrák vonatkozásában is. Mindezen tények alapján az Európai Rákellenes Kódex (2104) ajánlása: „A szoptatás csökkenti az anya rosszindulatú megbetegedésének kockázatát. Ha teheti, szoptassa gyermekét!” Ezt az üzenetet mindenképpen érdemes közvetíteni pácienseink felé.

A megelőzés, az időben adott tájékoztatás és felvilágosítás mindig eredményesebb. Nem helyes, ha az édesanya szülés után a neonatológus kollégától hall először a szoptatás előnyeiről. A várandósgondozás kapcsán, már a második trimeszterben érintenünk kell a szoptatás kérdését. Nyitott kérdésekkel tájékozódjunk a kismama terveiről, bátorítsuk a szoptatást, korábbi

## KOMMENTÁR

kedvezőtlen tapasztalatok esetén biztosítsunk konzultációs lehetőséget laktációs tanácsadásban járatos szakemberrel. Saját klinikánkon szerzett tapasztalataink alapján előző gyermekével szoptatni nem tudó nők, amennyiben következő terhességük alatt megfelelő segítséget kaptak, szülésük után jó eséllyel sikeresen szoptattak. A szoptatás akadályként gyakran feltüntetett befodult emlőbimbó a legtöbb esetben sikerrel kezelhető, stimulusra kiemelhető. Tapasztalatok alapján a szülész pozitív hozzáállása jelentősen növeli a szoptatási hajlandóságot, de az információátadást legkésőbb a 30. hétig meg kell kezdeni, a harmadik trimeszterben inkább a finomhangolásra, a részletek megbeszélésére van lehetőségünk.

Megszületés után a korai bőr-bőr kontaktus igen fontos nemcsak az érzelmi kötődés kialakulásában, hanem segíti a hőháztartást, az anyai baktériumokkal történő kolonizációt, csökkenti a stresszhormonok szintjét, stabilizálja az újszülött keringését, légzését. Ideális esetben az első bőr-bőr kontaktus a kezdeti megnyugvás és pihenés után szoptatással folytatódik. Így sokkal nagyobb az esélye, hogy az újszülött jól kerül mellre, ügyesen szopik, és későbbiekben is tartósan szoptatással táplálható. A közleményben nem volt hangsúlyos, de a szakemberek egyértelműen az igény szerinti szoptatást javasolják. Ez kezdetben akár 10-15 szoptatást is jelenthet. Később a csecsemő igénye alapján fokozatosan csökken a gyakoriság és nő a mennyiség. A gyakori tévhittel szemben a szoptatások száma nem lehet kórosan sok, a babát nem lehet „túlszoptatni”.

Fentiek ismerete nem elégséges a sikerhez, azokat át is kell adnunk a gyermeket vállalóknak. A cikkben említett angol

nyelvű források mellett ma már szerencsére sok magyar nyelvű információs anyag is elérhető. A Szoptatást Támogató Nemzeti Bizottság bababarát kezdeményezés honlapján (sztnb.hu) számos hasznos letölthető anyagot találunk. A Szoptatásért Magyar Egyesület honlapján mind az egészségügyi dolgozók, mind az édesanyák sok hasznos információ között böngészhetnek. Amennyiben az előzményi adatok alapján, a várandósság vagy a szoptatás során olyan nehézség jelentkezne, amelynek megoldására nem vagyunk felkészülve, a Laktációs Tanácsadók Magyarországi Csoportján (ibclc.hu) keresztül kaphatunk segítséget. Szoptatási tanácsadók a nagyobb városok közelében már elérhetők, sőt lehetőség van online segítségkérésre, illetve tanácsadásra is. Használjuk bátran ezeket a csatornákat, gyarapítsuk saját ismereteinket, így eredményesek lehetünk a szoptatással kapcsolatos tévhitek eloszlatásában, a fontos információk továbbadásában. Mindannyiunk közös sikere, ha nő a legalább 6 hónapos korig kizárólag szoptatással táplált újszülöttek aránya.

A kommentár megírásához nyújtott segítséget köszönöm dr. Kovács Judit adjunktusnőnek.

### JAVASOLT IRODALOM:

Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol.* 2004; 554:63–67.

Scoccianti C, Key TJ, Anderson AS, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Breastfeeding and cancer (2015-inpress) <http://dx.doi.org/10.1016/j.canep.2014.12.007>.

Megjelent a SZÜLÉSZET-NŐGYÓGYÁSZAT TRILÓGIA első kötete:

## A VÁRANDÓSGONDOZÁS KÉZIKÖNYVE

Szerkesztette: Dr. Papp Zoltán

Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2016.

„Nem tudok olyan angol nyelvű tankönyvről ezen a területen, mely megközelítené azt a színvonalat, amelyet Papp Zoltán professzor és munkatársai minden részletre kiterjedő szakmai terméke képvisel.”

(Prof. Dr. Iffy László)

### A szakkönyv megvásárolható a Medicina Könyvesboltokban

1091 Budapest, Üllői út 91/A,  
1088 Budapest, Baross utca 21.  
4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.  
7624 Pécs, Szigeti út 12.  
6720 Szeged, Tisza L. krt. 48.



A könyv ára: 13950,- Ft  
Előkészületben  
a TRILÓGIA második kötete:  
„A perinatológia kézikönyve”.  
Megjelenése 2016 nyarán várható!