

MAGAZYN WSPÓŁCZESNEJ POŁOŻNEJ

OPIEKA okotoporodowa

Czasopismo przeznaczone dla profesjonalistów – osób posiadających formalne wykształcenie w odpowiedniej dziedzinie ochrony zdrowia lub medycyny.

LAKTACJA
PO CESAARSKIM
CIĘCIU



Nestlé NANCARE[®] Mama

Wsparcie dla mam karmiących piersią



SUPLEMENT DIETY

od 1. dnia po porodzie

NANCARE[®] LACTO+

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

Dowiedz się
więcej na

Nestlé
Baby & me
Medical



Laktacja po cesarskim cięciu – wsparcie galaktogogami

DR N. MED. I N. O ZDR. SYLWIA JARCO

mgr położnictwa, specjalista piel. rodzinnego

- Wyłącznie żywienie dziecka mlekiem matki w pierwszym półroczu jego życia jest rekomendowane przez wiele organizacji i towarzystw naukowych, jak m.in. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia), AAP (Amerykańska Akademia Pediatrii), EFSA (Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności) czy PTGHiŻD (Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci). Karmienie piersią uważane jest za optymalny model żywienia noworodków i niemowląt, w tym dzieci chorych i przedwcześnie urodzonych, który pozytywnie oddziałuje zarówno na dziecko, jak i matkę. Korzyści te zostały udokumentowane w wielu pracach naukowych, co sprawia, że karmienie piersią jest głównym celem zdrowia publicznego [1, 2, 3].



U dzieci karmionych mlekiem matki zaobserwowano zmniejszenie zachorowalności na infekcje bakteryjne (m.in. biegunka, zapalenia dróg oddechowych, zapalenie ucha środkowego, zakażenia dróg moczowych), martwicze zapalenie jelit czy zespół nagłego zgonu niemowląt (SIDS). Obserwowano ponadto zmniejszone ryzyko wystąpienia w późniejszym wieku nadwagi i otyłości, astmy, cukrzycy (typu 1 i 2), choroby Crohna, niektórych nowotworów wieku dziecięcego [2, 4, 5]. Wśród wielu pozytywnych aspektów karmienia piersią dla matki wymienia się: szybsze cofanie się zmian ciążyowych (szybsza involucja macicy, skrócenie okresu krwawienia), wzmocnienie więzi emocjonalnej z dzieckiem, zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwory piersi, jajnika i endometrium oraz poprawę samopoczucia psychicznego, z niższym ryzykiem depresji poporodowej włącznie [2, 4, 5].

Edukacja kobiet ciężarnych dotycząca prozdrowotnych krótko- i długoterminowych korzyści karmienia noworodka i niemowlęcia mlekiem matki odgrywa niezwykle istotną rolę, gdyż cięcie cesarskie może mieć wpływ na zdrowie dziecka. U dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego obserwowano zmiany w DNA noworodka i powiązany z tym wzrost zachorowalności na choroby immunologiczne, a także zaburzenia związane z funkcjonowaniem układu oddechowego i pokarmowego noworodka i niemowlęcia oraz w późniejszym wieku cukrzycę, otyłość czy próchnicę nazębną [6, 7]. Karmienie piersią niesie zatem potencjał poprawy wyników zdrowotnych [8] zwłaszcza u dzieci, które przyszyły na świat w wyniku operacyjnego ukończenia ciąży.

Natura daje szansę niemal każdej kobiecie po porodzie, aby karmiła piersią swoje dziecko, niezależnie od sposobu rozwiązania ciąży. Laktacja jest procesem ściśle powiązanym z cyklem rozrodczym, uzależnionym od zmian hormonalnych i neurohormonalnych w ciąży i po porodzie. Wytwarzanie mleka ma miejsce w trzech następujących po sobie etapach laktogenezy. Etap I rozpoczyna się już około 16–22 tygodnia ciąży, kiedy nabłonek wyściełający pęcherzyki mleczne w gruczole piersiowym zmienia się w nabłonek wydzielniczy. Po porodzie, po wydalaniu łożyska następuje obniżenie stężeń progesteronu i estrogenów przy utrzymującym się wysokim stężeniu prolaktyny, co uwalnia kaskadę kompleksu laktogenego. Dobowe wydzielanie pierwszego mleka (siary) nie przekracza 100 ml. II etap laktogenezy rozpoczyna się około 30–40 godzin po porodzie, przy dalszym wysokim poziomie prolaktyny i przy niemal 10-krotnie niższym stężeniu progesteronu. Obserwowany jest wówczas nawał pokarmu, którego dobowe ilości mogą osiągać 500–700 ml. Zakończenie zmian nabłonku pęcherzyków mlecznych występuje około 5 doby po porodzie, choć stabilizacja wydzielania pokarmu może trwać nawet do 14 dni po porodzie. Laktogeneza I i II są procesami hormonozależnymi. Kolejny, III etap laktogenezy, związany z utrzymaniem wytwarzania mleka, regulowany jest przez mechanizm autokryny, czyli zależy od stopnia opróżniania lub wypełnienia piersi [9].

Karmienie piersią jest utrudnione po cięciu cesarskim [4, 8], co nie znaczy, że jest tak w każdym przypadku [10]. Skuteczność laktacji może być taka sama niezależnie od sposobu ukończenia porodu [3, 4, 11], choć będzie wymagała nieco więcej wysiłku od matki po porodzie operacyjnym. Co więcej, rodzaj porodu nie wpływa na ostateczną długość karmienia piersią [4, 12].

Poród zakończony cięciem cesarskim może być czynnikiem ryzyka opóźnienia laktogenezy II, której przyczyny upatruje się w niedostatecznie wysokim poziomie prolaktyny i zmniejszonej sekrecji oksytocyny.

Poród zakończony cięciem cesarskim może być czynnikiem ryzyka opóźnienia laktogenezy II [9, 12, 13], której przyczyny upatruje się w niedostatecznie wysokim poziomie prolaktyny i zmniejszonej sekrecji oksytocyny. Ponadto emocje związane z operacyjnym ukończeniem porodu, stres, zmęczenie, brak satysfakcji rodzicielskiej także odsuwają w czasie laktogenezę II [4]. Jeżeli opóźnienie to obserwowane jest powyżej 5 doby po porodzie, należy wdrożyć dokarmianie dziecka mieszanką mleczną. Podobnie należy postąpić w sytuacji hipoglikemii, odwodnienia, obniżenia masy ciała dziecka powyżej 10% masy urodzeniowej, nasilonej żółtaczki i braku podejmowania ssania piersi przez dziecko. Okazuje się jednak, że dokarmianie ma miejsce także wtedy, gdy dziecko jest niespokojne, płacze, domaga się częstego ssania piersi, w tym także w nocy, a matka niechętnie myśli o karmieniu piersią, jest zmęczona lub zgłasza bolesność brodawek i piersi. Należy pamiętać, że dokarmianie dziecka mieszankami mlecznymi bez wyraźnych wskazań medycznych jest przeszkodą dla prawidłowo rozwijającej się laktacji [14]. W badaniach Grysztar i wsp. wykazano, że niemal wszystkie kobiety po cięciu cesarskim dokarmiły noworodki mlekiem modyfikowanym, większość dzieci otrzymała mieszankę już w pierwszej dobie po porodzie [15]. Znaczny odsetek matek po cięciu cesarskim, które dokarmiły dzieci mlekiem modyfikowanym, wskazano także w badaniach Gebuza i wsp. [14].

Sposób ukończenia ciąży istotnie wpływa na przebieg laktacji i jest powiązany z występowaniem problemów podczas karmienia piersią. Zaobserwowano, że więcej trudności związanych z karmieniem piersią doświadczały kobiety po cięciu cesarskim niż po porodzie siłami natury [14]. Kobiety po cięciu cesarskim później rozpoczynają karmienie piersią w porównaniu z matkami, które urodziły siłami natury. Za utrudnioną inicjację laktacji po cięciu cesarskim uważa się takie czynniki, jak: skrócony czas

lub brak kontaktu „skóra do skóry”, opóźnione pierwsze przystawienie dziecka do piersi [15]. Wśród innych powodów utrudniających karmienie piersią po cesarskim cięciu wymieniane są: bolesność brodawek, postrzeganie laktacji jako niewystarczającej lub jej brak i dokarmianie mieszanką mleczną. Stosowanie smoczka również wpływa na przebieg laktacji, a jak wykazały badania, często sięgają po niego wieloródki po operacyjnym ukończeniu ciąży [16]. Inne czynniki to: przebywanie noworodka na oddziale intensywnej terapii lub oddzielenie od matki z innych przyczyn, problem z prawidłowym przystawieniem do piersi i uchwyceniem brodawki (początkowo często fizjologicznie bolesnej), brak chęci ssania piersi przez noworodka [14].



Sposób ukończenia ciąży istotnie wpływa na przebieg laktacji i jest powiązany z występowaniem problemów podczas karmienia piersią. Zaobserwowano, że więcej trudności związanych z karmieniem piersią doświadczały kobiety po cięciu cesarskim niż po porodzie siłami natury.



Edukacja na temat karmienia piersią w trakcie opieki prenatalnej zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu laktacyjnego [10, 17]. W jego osiągnięciu istotne jest psychiczne nastawienie matki do karmienia piersią i wiara we własne możliwości. Odpowiednie przygotowanie do macierzyństwa wraz z uzyskaniem wiedzy na temat fizjologii laktacji w przypadku matek po cesarskim cięciu może odgrywać ważną rolę [16] i być kluczowym czynnikiem wpływającym na model żywienia dziecka [8], zwłaszcza w sytuacji stale wzrastającego odsetka ciąż zakończonych operacyjnie [15].

We wczesnym okresie poporodowym trzeba także zmierzyć się z trudnościami wynikającymi ze sposobu rozwiązania ciąży [4]. W szczególności u matki po cesarskim cięciu warto zadbać o możliwie wczesny i odpowiednio długi kontakt „skóra do skóry”, jak najwcześniej zainicjować pierwsze przystawienie do piersi, zwrócić uwagę na prawidłową technikę karmienia, unikać dokarmiania dziecka mlekiem modyfikowanym bez wyraźnych wskazań, przeciwdziałać dolegliwościom bólowym po operacji oraz zapewnić opiekę w systemie rooming-in. Wymaga to nie tylko pozytywnego nastawienia do karmienia piersią samej matki, ale i dobrze zorganizowanej opieki na oddziale położniczym, tak aby kobieta otrzymała wsparcie w kryzysowych chwilach [12].

Wykorzystanie laktatora w pobudzaniu laktacji jest dobrze znane kobietom z obniżoną produkcją mleka [8]. Próby zwiększenia ilości wydzielania mleka w pierwszych

72 godzinach po porodzie przy wykorzystaniu laktatora nie przynoszą spodziewanych efektów, gdyż laktogeneza I i II są procesami hormonozależnymi i nie są zależne od karmienia piersią, jednak umożliwienie kontaktu „skóra do skóry” przez przynajmniej godzinę po porodzie i częste przystawianie do piersi może korzystnie wpłynąć na rozwój laktacji [9, 16]. Jednocześnie istnieją doniesienia, że produkcję mleka można zwiększyć, stosując laktator w pierwszych trzech dobach, zgodnie ze wzorcem ssania donoszonego niemowlęcia. Dotyczy to zakończenia ciąży o czasie i przedwcześnie. Ponadto zwrócono uwagę, że zmniejszenie opóźnienia wystąpienia nawału mlecznego u matek z grup ryzyka można osiągnąć poprzez wczesne rozpoczęcie karmienia piersią i/lub odciążanie pokarmu [3].

Wspomaganie procesu wytwarzania pokarmu matki po cięciu cesarskim próbują osiągnąć przez stosowanie w czasie laktacji galaktogogów [18]. Galaktogogi – to żywność, leki, suplementy ziołowe, herbaty, które mają właściwości laktogenne [8].

Farmakologiczne środki wspomagające laktację to domperidon (nieдоступny w Polsce) i metoklopramid oraz chlorpromazyna i sulpiryd [18, 19, 20, 21]. Leki te blokują wydzielanie dopaminy w ośrodkowym układzie nerwowym, skutkiem czego jest wzrost stężenia prolaktyny [19, 20, 21]. W ocenie stosujących je kobiet są obciążone skutkami ubocznymi i dlatego ponowne ich zastosowanie jest mniej prawdopodobne [8]. Zwraca się także uwagę na przenikanie wymienionych leków do mleka matki, przez co nie są powszechnie zalecane w stymulacji laktacji [19].

Działanie mlekopędne przypisuje się prawie 400 roślinom stosowanym w medycynie ludowej, ale tylko 10% z nich oceniono w badaniach naukowych [22]. Wśród kobiet karmiących panuje powszechne przekonanie o bezpieczeństwie stosowania środków roślinnych, choć w literaturze podkreśla się potrzebę określenia ich skuteczności i bezpieczeństwa oraz poznania mechanizmów działania [8, 22, 23]. Wiele z galaktogogów roślinnych wywiera efekt placebo, mimo to kobiety określają je jako skuteczne [8, 23]. Matki karmiące piersią poszukują informacji na temat ziół i roślin w internecie, wśród znajomych i doradców laktacyjnych. Najczęstszym powodem tego jest niedostateczna ilość wydzielanego mleka [8]. Suplementację galaktogogami powinna jednak poprzedzić profesjonalna porada laktacyjna. W razie potrzeby doradca laktacyjny może wskazać odpowiedni i bezpieczny środek wspomagający laktację [20]. W podręczniku dla doradców i konsultantów laktacyjnych zwrócono uwagę na to, aby podczas stymulacji laktacji zalecać tylko galaktogogi o udowodnionej skuteczności. Należy także informować pacjentkę o potencjalnych niebezpieczeństwach stosowania substancji, dla których nie przeprowadzono badań [18].

Podczas stymulacji laktacji wykorzystywany jest także sód jęczmienny. Korzystne działanie mlekopędne zawarte w nim beta-glukanu zaobserwowano już na wczesnym etapie wydzielania mleka po porodzie, stąd jest za-

liczany do rekomendowanych przez ekspertów żywienia dzieci jako skuteczny galaktogog [18].

Kobiety po cięciu cesarskim chętnie korzystają z ziół dla wzmocnienia produkcji mleka [24]. Wśród stosowanych środków roślinnych do wsparcia laktacji najczęściej wymieniane są: kozieradka, ostropest plamisty, koper włoski, rutwica lekarska, anyżek, czarnuszka siewna, porzrywa zwyczajna [8, 17, 19, 20, 23, 24]. Należy zwrócić uwagę na to, że koper włoski (mimo tradycji stosowania) nie powinien jednak być używany w czasie laktacji, gdyż składniki jego olejku eterycznego przenikają do mleka matki i zawierają estragole, którym przypisuje się możliwe działanie kancerogenne i genotoksyczne [25]. Sięgając po zioła, należy mieć na względzie również możliwe ich zanieczyszczenie (skażenie bakteryjne, grzybicze, chemiczne) wynikające z nieodpowiednich warunków transportu czy przechowywania. Samodzielne stosowanie ziół wymaga ostrożności, gdyż niektóre surowce roślinne mogą powodować alergie lub wchodzić w reakcje z przyjmowanymi lekami [23, 26]. Nie zawsze te informacje są dołączone do opakowań herbat ziołowych, po które chętnie sięgają matki karmiące, brakuje też niekiedy danych o ilości zawartych w nich ziół, dawkowaniu czy sposobie ich przyrządzenia [19]. Brak standaryzacji w odniesieniu do ziół, możliwe zanieczyszczenia, a nawet fałszerstwa oraz brak rzetelnych badań wielu surowców roślinnych powinny skłonić do zachowania ostrożności przy ich stosowaniu [26].

Przy wspomaganiu laktacji warto sięgnąć po produkty fitoterapeutyczne, które w trakcie produkcji przemysłowej podlegają kontroli jakości. Składnik aktywny produktu fitoterapeutycznego pochodzi z roślin o potwierdzonym profilu bezpieczeństwa. Ekstrakty ziołowe mogą wykazywać słabą biodostępność w organizmie człowieka ze względu na słabą rozpuszczalność w tłuszczach oraz niekorzystną wielkość cząsteczek. Skutkiem tego może być słaba skuteczność zioła. Warto zauważyć, że potwierdzoną w badaniach skutecznością mlekopędną odznacza się galaktogog – ostropest plamisty, w postaci substancji aktywnej – sylimaryny połączonej w formie fitosomów, zwiększających jej biodostępność, tym samym efektywność prolaktageną. Aby zwiększyć absorpcję w przewodzie pokarmowym, opracowano nowy sposób podaży substancji czynnych zawartych w ostropeście plamistym (*Silybum marianum*) [20, 21]. Aktywnym związkiem w ostropeście plamistym jest sylimaryna, stosowana jako galaktogog od IV wieku p.n.e. [17]. Składa się z czterech flawonolignanów: sylibiny (najbardziej aktywna), sylikrystyny, sylidianiny i izosylibiny [17, 20]. Związki te są fitoestrogenami flawonoidowymi, które mogą poprzez stymulację receptorów estrogenowych przyczynić się do działania mlekopędnego sylimaryny [20, 21]. Fosfatydyloseryna jest nośnikiem nierozpuszczalnych cząsteczek i zwiększa ich wchłanianie w jelicie, co poprawia biodostępność substancji czynnej. Ten sposób podaży substancji czynnej powoduje także jej większą aktywność farmakologiczną, stabilność

w większym zakresie temperatur, chroni ją przed degradacją w różnych środowiskach chemicznych i zapewnia lepszą dystrybucję w obrębie makrofagów tkankowych. Warto również wspomnieć, że fosfatydyloseryna działa antyoksydacyjnie oraz reguluje stężenie kortyzolu [20, 21].

„ Aktywnym związkiem w ostropeście plamistym jest sylimaryna, stosowana jako galaktogog od IV wieku p.n.e. [17]. Składa się z czterech flawonolignanów: sylibiny (najbardziej aktywna), sylikrystyny, sylidianiny i izosylibiny [17, 20]. Związki te są fitoestrogenami flawonoidowymi, które mogą poprzez stymulację receptorów estrogenowych przyczynić się do działania mlekopędnego sylimaryny [20, 21].

„ Capasso wykazał w badaniu na zwierzętach, że połączenie sylimaryny i fosfatydyloseryny (*Silitidil*) indukowało poziom prolaktyny we krwi skuteczniej niż zmikronizowana sylimaryna. Natomiast rutwica lekarska, mimo że jest również uważana za zioło mlekopędne, nie zwiększyła poziomu prolaktyny i nie wzmocniła działania *Silitidilu* [28]. Działanie samej sylimaryny, ale w formie zmikronizowanej (dla zwiększenia biodostępności), było badane w grupie zdrowych karmiących piersią kobiet. Odnotowano znaczne zwiększenie wydzielania mleka po 63 dniach badania. Ponadto badanie biochemiczne składu mleka nie wykazało w nim zmian jakościowych i ilościowych (białka, węglowodany, lipidy i woda) [27]. Badanie skuteczności ostropestu na populacji ludzkiej przeprowadził Karapati, wykazując, że podawanie *Silitidilu* zainicjowało, utrzymało oraz zwiększyło produkcję mleka u matek z grup ryzyka obniżonej laktacji. Osiągnięto wysokie wskaźniki karmienia piersią w okresie 12 miesięcy życia dziecka, co jest obiecującym wynikiem w obliczu przedwczesnego zakończenia karmienia piersią z powodu słabej laktacji [17]. W grupie matek wcześniaków (dzieci urodzonych między 27 a 32 tygodniem ciąży) podawanie *Silitidilu* w połączeniu z rutwicą lekarską zwiększyło wydzielanie mleka od pierwszych dni po porodzie i co ważne – pozwoliło na karmienie piersią dłużej (3–6 miesięcy) niż w przypadku matek wcześniaków przyjmujących placebo [29].

Zastosowanie metod biotechnologicznych w przypadku od dawna znanych i stosowanych ziół uznawanych za mlekopędne, prowadzenie szerokich badań m.in. ich składu, skuteczności czy mechanizmów działania pozwoli na zwiększenie bezpieczeństwa stosowania w grupie matek z osłabioną laktacją.



Przy wspomaganiu laktacji warto sięgnąć po produkty fitoterapeutyczne, które w trakcie produkcji przemysłowej podlegają kontroli jakości. Składnik aktywny produktu fitoterapeutycznego pochodzi z roślin o potwierdzonym profilu bezpieczeństwa. Ekstrakty ziołowe mogą wykazywać słabą biodostępność w organizmie człowieka ze względu na słabą rozpuszczalność w tłuszczach oraz niekorzystną wielkość cząsteczek. Skutkiem tego może być słaba skuteczność zioła. Warto zauważyć, że potwierdzoną w badaniach skutecznością mlekoopędną odznacza się galaktogog – ostropest plamisty, w postaci substancji aktywnej – sylimaryny połączonej w formie fitosomów, zwiększających jej biodostępność, tym samym efektywność prolaktagenną.



Profesjonalna wiedza pracowników medycznych powinna być źródłem rzetelnych informacji dla pacjentek po cięciu cesarskim, aby mogły odnieść sukces w karmieniu piersią swoich dzieci. Wydaje się to istotne, gdyż odstępek porodów zakończonych cesarskim cięciem stale się zwiększa. Edukacja przedporodowa i opieka okołoporodowa powinny skutecznie dostarczyć matce karmiącej informacji na temat fizjologii laktacji oraz sposobów pokonywania trudności w prawidłowym jej utrzymaniu.

Piśmiennictwo:

1. Szajewska H., Socha P., Horvath A. i wsp., Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, „Stand Med. Pediatr”. 18, 2021, 805-822.
2. Nehring-Gugulska M., Pietkiewicz A., Korzyści wynikające z karmienia piersią, w: Nehring-Gugulska M. (red.), 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, 43-50.
3. Geddes D.T., Gridneva Z., Perrella S.L. et al., 25 Years of Research in Human Laktation: From Discovery to translation, „Nutrients” 13(9), 2021, 3071; <https://doi.org/10.3390/nu13093071> (data dostępu: 30.12.2022)
4. Chmielewska D., Szyber B., Karmienie dzieci po cesarskim cięciu, „Położna. Nauka i Praktyka” 3(11), 2010, 44-50.
5. Grześkowiak L.E., Wlodek M.E., Geddes D.T., What Evidence Do We Have for Pharmaceutical Galactagogue in the Treatment of Lactation Insufficiency? – A Narrative Review, „Nutrients” 11(5), 2019, 974; <https://doi.org/10.3390/nu11050974> (data dostępu 30.12.2022)
6. Cedrowska-Adamus W., Piątkowska A., Cięcie cesarskie – wyzwania w żywieniu noworodka w szpitalu i po wypisie, „Położna. Nauka i Praktyka” 2(58), 2022, 41-46.
7. Moćkun J., Olszewska J., Wpływ cięcia cesarskiego na rozwój psychomotoryczny dziecka, „Pielęgniarstwo Polskie” 1(63), 2017, 150-154.
8. Bazzano A.N., Cenac L., Brandt A.J. et al., Maternal experiences with and sources of information on galactagogues to support lactation: a cross-sectional study, „Int. J. Womens Health” 9, 2017, 105-113.

9. Śliżień-Kuczapska E., Nehring-Gugulska M., Regulacja procesu wytwarzania pokarmu, w: Nehring-Gugulska M. (red.), 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, 67-75.
10. Regan J., Thompson A., DeFranco E., The influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study, „Breastfeed Med”. 8(2), 2013, 181-186.
11. Moskała K., Czy poród zabiegowy jest nadal barierą utrudniającą prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią? https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2018/12/Porod-zabiegowy_Moskała.pdf (data dostępu 30.12.2022)
12. Kameduła N.A., Bączek G., Pięta B., Opieka laktacyjna nad kobietą po cięciu cesarskim zgodna z aktualną wiedzą medyczną, „Pol. Prz. Nauk Zdr”. 4(53), 2017, 523-530.
13. Śliżień-Kuczapska E., Powikłania ciąży i porodu. Rozwiązanie cięciem cesarskim, w: Nehring-Gugulska M. (red.), 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, 286-289.
14. Gebuza G., Jaworska K., Mieczkowska E. i wsp., Karmienie piersią po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim, „Pediater. Pol”. 90, 2015, 384-390.
15. Gryzstar-Humaj M., Bobek M., Matuszyk D. i wsp., Przebieg laktacji we wczesnym połogu w zależności od sposobu ukończenia ciąży. Sposób ukończenia ciąży a przebieg laktacji, „Piel. XXI w”. 3(60), 2017, 38-41.
16. Józefów P., Przesztrzelka P., Knihinicka-Mercik Z., Przebieg laktacji we wczesnym połogu u kobiet po porodzie siłami natury i przez cięcie cesarskie z uwzględnieniem rodności kobiety, „Piel. Zdr. Publ”. 3(2), 2013, 133-142.
17. Karapati E., Sulaj A., Krepi A. et al., Mothers in Need of lactation Support May Benefit from Early Postnatal Galactagogue Administration: Experience from a Single Center, „Nutrients” 14(1), 2022, 140; <https://doi.org/10.3390/nu14010140> (data dostępu 30.12.2022).
18. Nehring-Gugulska M., Środki wspomagające laktację (galaktogogi), w: Nehring-Gugulska M. (red.), 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, 372-377.
19. Jassem-Bobowicz J.M., Domżańska-Popadiuk I., Zioła i leki stosowane w okresie laktacji, „Ann Acad Med. Gedan”. 46, 2016, 87-94.
20. Wilinska M., Schleußner E., Galactagogues and breastfeeding Focus on new natural solutions for hypogalactia, „Nutrafoods” 14(3), 2015, 119-125.
21. Sarnecki J., Galaktogogi – substancje stymulujące laktację, „Stand. Med. Pediatr”. 13, 2016, 49-52.
22. Mills E., Duguo J.J., Perri D. et al., Herbal Medicines in Pregnancy and Lactation. An Evidence-Based Approach, Taylor & Francis Medical, 2006.
23. Brodribb W., ABM Clinical Protocol#9: Use of Galactagogues in initiating or Augmenting Maternal Milk Production, Second Revision 2018, „Breastfeed Med”. 13(5), 2018, 307-314.
24. Babczyńska-Gratzke M., Nehring-Gugulska M., Zioła i ich stosowanie w czasie laktacji, w: Nehring-Gugulska M. (red.), 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, 349-351.
25. Byczkiewicz B., Zastosowanie kopru włoskiego w okresie karmienia piersią – ocena skuteczności i bezpieczeństwa, „Położna. Nauka i Praktyka” 4(48), 2019, 3-5.
26. Habor A., Zioła i suplementy diety a ryzyko uszkodzenia wątroby, „Gastroenterol. Klin”, 4(2), 2012, 59-68.
27. Di Piero F., Callegari A., Carotenuto D. et al., Clinical efficacy, safety and tolerability of BIO-C (micronized Silimarin) as a galactagogue, „Acta Biomed” 79, 2008, 205-210.
28. Capasso R., Effect of Silittidil, a Standardized Extract of Milk Thistle, on the Serum Prolactin Levels in Female Rats, „Natural Product Communications” 9(0), 2014, 1-2.
29. Serrao F., Corsello M., Romagnoli C. et al., The long-Term Efficacy of a Galactagogue Containing Sylimarin-Phosphatidylserine and Galega on Milk Production of Mothers of Preterm Infants, „Breastfeed Med”. 13(1), 2018, 67-69.

