

Ukończyliśmy trzecią sesję kursu *Problemy w laktacji* pierwszej grupy. Nie obyło się bez przygód, ale wszystkie uczestniczki otrzymały dyplomy ukończenia i szykują się do odbywania praktyk.

Druga grupa odbędzie III sesję w lutym.

Uwaga kandydaci, którzy chcą zdawać egzamin na IBCLC! Dostaliśmy zgodę Ilse Bichler – koordynatora IBLCE na Europę Wschodnią – na składanie dokumentów do końca lutego z zachowaniem prawa do najniższej opłaty. Ponieważ jesteście w trakcie kursu, IBLCE nie widzi przeszkód, abyście dostali dokumenty na brakujące godziny po ukończeniu praktyk. Za zgodą IBLCE praktyki wchodzi w wymiar godzinowy kursu.

Kolejny kurs *Standard opieki okołoporodowej* odbędzie się w lutym w Szczecinie.

Zjazd absolwentów planujemy na 2 – ego czerwca 2012.

Uwaga, na naszej stronie łatwiej można znaleźć doradcę laktacyjnego! Zostali uszeregowani wg miast. Polecajcie pacjentkom.

W dziale [Publikacje](#) są nowe artykuły! Dodano polską wersję Globalnej strategii WHO!

Uwaga konsultanci IBCLC! Mamy dla Was propozycję uzyskania certyfikatu CDL „krótką ścieżką”. Szczegóły na [stronie CNoL](#)

Jeśli wiadomość nie jest wyświetlana prawidłowo, możesz zobaczyć ją [TU](#)

Nauka o laktacji

Kontrowersje wokół pyralginy

Wiele lat szkoląc pracowników ochrony zdrowia przedstawialiśmy pyralginę (metamizol) jako lek przeciwwskazany w okresie karmienia piersią, z powodu niebezpiecznego działania niepożądanego, jakim jest agranulocytoza.

Być może przyjdzie nam zrewidować to zalecenie, gdyż najnowsze badania przedstawiają ten lek w innym świetle.

Cytuję wypowiedź anestezjologa, dr Pawła Kosackiego, lekarza praktyka. Jest to lek bardzo użyteczny dla anestezjologów w leczeniu bólu ostrego z racji na:

1. korzystny synergizm z tramalem, NLPZ i opioidami
2. prawdopodobnie silniejszy efekt p/bólowy od NLPZ
3. mniej działań niepożądanych w stosunku do NLPZ
4. brak poza ketonalem innych dożylnych NLPZ w Polsce.

Dlatego warto zbyt pochopnie nie rezygnować z niego.

Uznane powszechnie jest również bezpieczeństwo metamizolu w położnictwie.

Metamizol w uśmierzaniu bólu okołoperacyjnego - współczesne spojrzenie na tradycyjny lek

[16.11.2010](#)

prof. Leon Drobniak, Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im Karola Marcinkowskiego

Anestezjologia i Ratownictwo 2010; 4: 40-48

Gromadzona przez lata wiedza i kliniczne doświadczenie stanowią dla każdego leku i każdej metody leczenia swoisty, ciągły egzamin sprawnościowy. Im wcześniej odkryty lub zsyntetyzowany był lek, tym dłuższemu i dokładniejszemu zostaje poddany egzaminowi. Metamizol jest lekiem już

tradycyjnym, i przechodzącym próbę czasu oraz próbę rzeczywistej wartości leczniczej od 1922 roku, kiedy to po raz pierwszy został użyty klinicznie jako środek przeciwgorączkowy i przeciwbólowy. W ostatnich latach, obok prac oryginalnych, ukazały się także prace poglądowe, przedstawiające omawiany analgo-antypiretyk w świetle nowszych badań i na tle nieprzerwanej dyskusji nad jego miejscem w terapii bólu [1-3]. Niniejsze opracowanie jest kolejną próbą spojrzenia na tradycyjny lek, odnośnie jego klinicznej przydatności, wobec wyników współczesnych badań i pojawiania się w lecznictwie kolejnych postaci analgetyków nieopiodowych

Bezpieczeństwo chorego leczonego metamizolem

Różnorodność odpowiedzi ludzkiego organizmu na podawane leki stanowi wypadkową działania wielu czynników, z których część stanowią genetycznie uwarunkowane cechy osobnicze, wpływ czynników kulturowych (sposób żywienia, aktywność fizyczna, wzorce emocjonalne, uzależnienia itp.), wiek, płeć, współistniejące choroby oraz jednocześnie przyjmowane substancje, w tym ziołowe i oczyszczone chemicznie o spodziewanym działaniu leczniczym. Chociaż niepożądane działanie ma zawsze najistotniejsze znaczenia dla chorego, u którego ono wystąpi, to jednak przy dobieraniu najwłaściwszego i najbezpieczniejszego leku kierujemy się wiedzą opartą o doświadczenia zebrane u bardzo wielu chorych, liczonych w milionach osób. W ocenie częstości występowania niepożądanych działań leków przyjęto sposób stopniowania przedstawiony w tabeli 5 [5,22].

Tab.5. Umowna skala oceny porównawczej częstości występowania działań niepożądanych [5,22]

> 10%	bardzo często (obowiązek podania wielkości odsetka)
> 1% < 10%	często
> 0,1% < 1%	niezbyt często
> 0,01% < 0,1%	rzadko
< 0,01%	bardzo rzadko

Nie wystarczy, w ocenie bilansu zysku i strat dla chorego, wiedzieć jak często określone działanie niepożądane występuje, ale też na ile jest ono dla chorego niebezpieczne i jak można zmniejszyć prawdopodobieństwo jego wystąpienia, niekoniecznie uciekając się do wyboru mniej skutecznego leku, a jeśli wystąpi, jak można zahamować lub odwrócić skutki takiego działania. Pomimo że wybierane jako bezpieczniejsze od opiodowych, analgetyki z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych obciążone są możliwością wystąpienia działań niepożądanych o potencjalnie krytycznym dla chorych znaczeniu. Dyskusje toczące się wokół metamizolu w ostatnich dziesięcioleciach ogniskują się wokół ryzyka wystąpienia, potencjalnie śmiertelnej dla chorych, agranulocytozy. Zgłoszenie tego rodzaju powikłań decydowało o wycofywaniu

metamizolu z listy leków dopuszczalnych do stosowania w niektórych krajach [32]. Najgroźniejszymi powikłaniami w grupie analgetyków nieopiodowych, do której należy metamizol, są: agranulocytoza, niedokrwistość aplastyczna, odczyny anafilaktyczne, krwawienia z przewodu pokarmowego i uszkodzenie wątroby, które pokrótce zostaną tu omówione.

Agranulocytoza jest rozpoznawana, jeśli w krwi obwodowej nie stwierdza się obecności granulocytów obojętnochłonnych lub jest ich mniej niż 200-500/mcl. Jeśli na 1 mikrolitr krwi obwodowej przypada poniżej 1500 leukocytów obojętnochłonnych, mówimy o neutropenii [33]. Metamizol, stosowany w skojarzeniu z innymi analgetykami, zaliczany jest do leków wyróżniających się ryzykiem wystąpienia neutropenii i agranulocytozy (częstość występowania według charakterystyki produktu – bardzo rzadko), obok leków stosowanych w nadczynności tarczycy, sulfasalazyny, trimetoprimu-sulfametoksazolu, klomipraminy, karbamizolu, flukonazolu, beta-laktamów, cefepimu i wankomycyny oraz innych [33]. Mechanizm polekowej agranulocytozy może polegać na bezpośrednio toksycznym wpływie leku na komórki macierzyste układu białokrwinkowego lub macierzy pozakomórkowej szpiku, na niszczeniu krążących we krwi granulocytów obojętnochłonnych przez przeciwciała, indukowane lub związane z lekiem lub jego metabolitami. Możliwe jest także nasilenie apoptozy (diklofenak). Aktywność mechanizmów prowadzących do neutropenii lub agranulocytozy może mieć także uwarunkowanie genetyczne [33-35].

Badania in vitro nad toksycznym wpływem metamizolu na promielocyt i zróżnicowane neutrofile nie wykazały toksycznego wpływu metamizolu na te komórki [36]. W badaniach przeprowadzonych w Hiszpanii i Polsce częstość występowania agranulocytozy była niższa, niż w badaniach wcześniej przeprowadzonych w Szwecji i wynosiła w Hiszpanii 0.4-0.8 przypadku na milion mieszkańców na rok, a w Polsce 0,2 przypadku agranulocytozy w latach 1997-2001 na milion osobodni stosowania, natomiast w latach 2001-2003 nie stwierdzono żadnego przypadku agranulocytozy. Ryzyko wystąpienia agranulocytozy zwiększa się z wydłużaniem czasu jej pobierania i ustępuje w 10 dni po jej odstawieniu [37-39]. Zagrożenie tym powikłaniem wśród polskiej ludności nie wydaje się być szczególnie wysokie, w porównaniu z innymi toksycznie oddziałującymi na układ białokrwinkowy lekami.

U chorych zakażonych, neutropenia musi być rozważana i jako przyczyna, i jako skutek zakażenia. Leukopenii nie towarzyszą na ogół niedokrwistość i trombocytopenia, choć w warunkach intensywnej terapii i to nie jest regułą. Rozpoznanie i leczenie

agranulocytozy i leukopenii (niezależnie od rodzaju wywołującej substancji) Rozpoznanie opiera się na: stwierdzeniu małej liczby rzeczywistej leukocytów obojętuchłonnych, niewystępowaniu niedokrwistości i trombocytopenii, skąpokomórkowym rozmazie szpiku z wybiórczym niedoborem prekursorów linii rozwoju białokrwinkowego, powrocie ilości neutrofilii do normy po odstawieniu leku podejrzanego o toksyczne działanie.

Badania potwierdzające obejmują:

- morfologię krwi i ocenę rozmazu krwi obwodowej,
- tomografię klatki piersiowej (wykluczenie grasiczaka),
- badania bakteriologiczne przy objawach zakażenia,
- punkcję i biopsję szpiku.

Leczenie polega na zamianie metamizolu na inny analgetyk, leczeniu ewentualnego zakażenia i podaniu czynnika stymulującego wytwarzanie granulocytów lub granulocytów (G-CSF – granulocyte colony stimulating factor) i makrofagów (GM-CSF – granulocyte-macrophage stimulating factor). Podawanie G-CSF w dawce 4-10 µg/kg.dobę powodowało u znacznej części chorych powrót i utrzymywanie się liczby białych krwinek w normie już po 4-24 godz. (30-70%), u pozostałych w ciągu 5-12 dni, a sporadycznie dłużej [33]. Zapobieganie polega na unikaniu doboru kilku leków o depresyjnym działaniu na czynność krwiotwórczą szpiku kostnego, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku.

Niedokrwistość anaplastyczna jest bardzo rzadkim powikłaniem, w swoich badaniach w Polsce w latach 2002-2003 Maj i Centkiewicz znaleźli tylko jednego chorego z takim powikłaniem. W badaniach Kellyego i wsp. najczęściej prowadził do aplazji szpiku furosemid, spośród powszechnie stosowanych w chorobach układu krążenia leków, które zostały przez nich poddane badaniu [39,40].

Ogólna toksyczność metamizolu w porównaniu z innymi nieopiodowym analgetykami

Jest niewielka. Większa śmiertelność, spowodowana niepożądanym działaniem leku, wynosiła wg Andrade i wsp. (cyt. za [44]) 85 u 100 mln zażywających aspirynę, 592 na 100 mln po diklofenaku i tylko 20 na 100 mln po paracetamolu i 25 na 100 mln po metamizolu [44].

Podsumowanie

Nie ma leków obojętnych, nawet placebo może wykazywać działanie, choć z chemicznego punktu rozumowania nie powinno. Dyskusje nad lekami nie zawsze mają charakter obiektywny, wolny od emocji, przy skupianiu uwagi na jednym tylko elemencie działania leku. Metamizol, ze swoim ryzykiem wywołania agranulocytozy (mniej niż szereg innych powszechnie do dzisiaj stosowanych leków – jak furosemid), jest nadal lekiem stosunkowo bezpiecznym, bezpieczniejszym dla chorych niż szereg innych. W rozważaniu zastosowania go w leczeniu bólu, zwłaszcza bólu okołoperacyjnego lub silnego bólu z gorączką w oddziałach pooperacyjnych i oddziałach intensywnej terapii, należy brać pod uwagę jego skuteczność, ryzyko powikłań i aktualny stan chorego. Wobec współczesnych danych o metamizolu, gromadzonych nadal od dziesięcioleci u milionów chorych, należy uznać metamizol za lek stosunkowo bezpieczny i bardzo przydatny, natomiast ostrożność stosowania i wyczulenie na możliwość wystąpienia działań niepożądanych powinny być stałymi towarzyszami każdego lekarza, przy każdym chorym podczas stosowania każdego leku.

(44 pozycje piśmiennictwa)

J Int Med Res. 2010 Jul-Aug;38(4):1374-80.
Update on the incidence of metamizole sodium-induced blood dyscrasias in Poland. **Aktualizacja incydentów dyskrazji krwi spowodowanych użyciem metamizolu.**
Basak GW, Drozd-Sokołowska J, Wiktor-Jedrejczak W.
Source Department of Haematology, Oncology and Internal Diseases, The Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland – **Wydział Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Tłumaczenie abstraktu

Metamizol jest popularnym analgetykiem nie-opioidowym i znanym produktem wydawanym w Polsce bez recepty. Kontrowersje istnieją jeśli chodzi o ryzyko agranulocytozy albo anemii aplastycznej związanej z użyciem leku.

Dwa poprzednie badania farmakologiczne przeprowadzone w Polsce wykazały, że ryzyko jest małe. Dwadzieścia cztery z 25 centrów hematologicznych, które w Polsce zapewniają specjalistyczną opiekę dla 30 milionów osób dorosłych wzięły udział w tym prospektywnym, trwającym 12 miesięcy badaniu.

Dwadzieścia jeden przypadków agranulocytozy, 48 anemii aplastycznej, 15 neutropenii i 11 pancytopenii odnotowano. Trzy z tych przypadków (dwa agranulocytozy, jeden anemii aplastycznej) oceniono jako możliwie spowodowane użyciem metamizolu. Z grubsza szacując częstość agranulocytozy i anemii aplastycznej związanej z użyciem metamizolu wynosiła odpowiednio

0.16 oraz 0.08 przypadków/milion osobo-dni użycia. Trwający w Polsce nadzór bezpieczeństwa pokazuje, że pomimo możliwości indukcji dyskrazji krwi związanej z użyciem metamizolu, ryzyko jest bardzo małe.

Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2002 Apr-May;11(3):239-45.
Utilization pattern of metamizole in northern Sweden and risk estimates of agranulocytosis. - Sposób zażywania metaizolu w północnej Szwecji i szacowane ryzyko agranulocytozy.
Bäckström M, Hägg S, Mjörndal T, Dahlqvist R.
Source: Division of Clinical Pharmacology, Norrland University Hospital, S-901 85 Umea, Sweden. martin.backstrom@pharm.umu.se

Tłumaczenie abstraktu

Badanie to zostało przeprowadzone w celu określenia wzorca używania metamizolu aby oszacować dokładniej jakościowe ryzyko agrnuloocytozy odkąd pewna ilość tego typu przypadków została zaobserwowana w Szwecji.

Zidentyfikowano przypadki agranulocytozy zgłoszone do Swedish Adverse Drug Reactions Advisory Committee (SADRAC- Szwedzka Komisja Doradcza ds Szkodliwości Leków) pomiędzy 1996 i 1999 r. Bazując na wzorcu użycia metamizolu u pacjentów w 3 szpitalach i pacjentów ambulatoryjnych w 2 okręgach Szwecji północnej szacowano ryzyko agranulocytozy spowodowanej metamizolem. Użycie tego leku było prześledzone w 3567 przypadkach w 10 oddziałach szpitalnych tak samo jak zanotowane w 6 aptekach podczas 3-miesięcznego okresu badania.

Dziesięć przypadków agranulocytozy podczas leczenia metamizolem zostało zgłoszonych do SADRAC między 1996 to 1999. metamizol był przepisywany to 666 (19%)

pacjentom szpitalnym. Spośród nich w przybliżeniu 96% otrzymywało lek mniej niż 1 tydzień. 7.2% używało wcześniej tego leku. W aptekach odnotowano 112 przypadków przepisania metamizolu.

Lek przepisano w 34% na mniej niż 1 tydzień, w 28% na 7-15 dni, w 38% na więcej niż 15 dni. Średnia dzienna dawka przepisywana wynosiła 2.7 g. Uśredniając ryzyko agranulocytozy u pacjentów szpitalnych wynosiło 1 na 31,000 pacjentów leczonych metamizolem i 1 na 1400 pacjentów ambulatoryjnych.

To badanie wskazuje, że użycie metamizolu u większości pacjentów szpitalnych w Szwecji północnej mieściło się w granicach akceptowalnych. Natomiast znacząca liczba

pacjentów ambulatoryjnych otrzymywała lek dłużej niż to wynika z rekomendacji i te przypadki niosą ze sobą zwiększone ryzyko rozwoju agranulocytozy.

Badanie randomizowane- porównanie procedury eradykacji gronkowca złocistego u dzieci - nosicieli, leczonych indywidualnie, lub razem ze współmieszkańcami.

Nowy Jork (Reuters health) Jan 04:

W badaniu randomizowanym wykazano, że kiedy u dziecka występują nawracające infekcje skóry i tkanek miękkich, wywołane przez gronkowca złocistego, przeprowadzenie leczenia u wszystkich domowników, w porównaniu z leczeniem samego dziecka, powoduje niższą zapadalność na infekcje w kolejnych miesiącach.

Badanie dr Stephanie A Fritz i współpracowników z Washington University School of Medicine w St. Louis, Missouri objęło 183 dzieci z ropniami skóry o etiologii gronkowcowej. W połowie przypadków prowadzono leczenie eradykacyjne tylko u chorego dziecka, a w drugiej połowie, leczeniem objęto również domowników chorego.

Dekolonizację prowadzono według protokołu, obejmującego 5-dniowe postępowanie polegające na: podawaniu mupirocyny donosowo dwa razy dziennie i kąpiel w roztworze chlorhexydyny raz na dobę. Wszyscy uczestnicy leczenia zostali również poinstruowani o zakazie dzielenia się przedmiotami higieny osobistej, typu, ręczniki, szczoteczki do zębów. Zalecono stosowanie mydła w płynie i wymianę pościeli przynajmniej raz w tygodniu.

Wskaźnik eradykacji gronkowca złocistego po miesiącu od leczenia był porównywalny w obu grupach: 50% w grupie leczonych dzieci i 51% w grupie dzieci leczonych z domownikami. Po 12 miesiącach od leczenia różnice między grupami stały się znaczące: 54% i 66% ($p=0.28$).

Roczny wskaźnik infekcji skóry i tkanek miękkich (SSTI) był znacząco niższy u pacjentów leczonych ze współdomownikami, niż leczonych samych (52% vs 72%, $p=0.02$).

Zachorowalność domowników na infekcje skóry i tkanek miękkich była również istotnie różna w obu grupach- po 6 miesiącach od leczenia chorego dziecka- 9% w przypadku prowadzenia eradykacji również u domowników i 16% w drugiej

grupie ($p=0.04$). Ten trend utrzymywał się nadal po 12 miesiącach (16% vs 22%, $p=0.10$), co opublikował Dr Fritz ze współpracownikami w *Clinical Infectious Diseases* on line December 23.

Autorzy podkreślają, że epidemie gronkowcowe dotyczą milionów ludzi, a wspólne gospodarstwa domowe będąc rezerwuarem gronkowca mogą nasilać i przedłużać istniejącą chorobę.

Jest to pierwsze randomizowane badanie na temat strategii prowadzenia eradykacji gronkowca złocistego również wśród domowników chorego, które wykazało zmniejszenie występowania nawracających infekcji skóry i tkanek miękkich. To badanie jest na razie pierwszym krokiem w wykazaniu, że rozszerzenie leczenia na współmieszkańców, zmniejsza występowanie gronkowca złocistego o więcej niż 50% w grupie chorych leczonych razem z domownikami w ciągu jednego roku obserwacji.

[Źródło](#)

Clin Infect Dis 2011

tłumaczenie lek. Małgorzata Pers

Nasze doświadczenia

Zbieraj dobrze wywiad – unikniesz kłopotów.

Katarzyna Raczek-Pakuła

Pacjentka zgłosiła się do Poradni Laktacyjnej z powodu długich i bardzo trudnych karmień. Dwumiesięczna córeczka zachowywała się przy piersi od początku każdego karmienia bardzo niespokojnie, była pobudzona, wypuszczała pierś, krztusiła się, kaszłała, skręcała jak przy bólu brzucha. Matka w takich chwilach brała ją na ramię, próbując spowodować odbicie powietrza, nie zawsze skutecznie. Potem powracała do piersi, po chwili ssania znów był niepokój i tak wielokrotnie, nawet do 90 minut. Stan ten bardzo niepokoi rodziców, takie karmienia nie są przyjemne dla nikogo.

Zebrano wywiad laktacyjny. Do możliwych przyczyn zaburzeń zachowania przy piersi można by zaliczyć stosowanie sporadycznie butelki ze smoczką, gdy mama wychodzi z domu i z dzieckiem zostaje tata.

W badaniu przedmiotowym dziecka nie stwierdzono odchyień, w badaniu piersi mamy zaobserwowano wyraźne przepętnienie piersi przed karmieniem. Spodziejając się niepokoju dziecka przy szybkim wypływie zaproponowano w poradni karmienie w pozycji biologicznej w wariacie „żabka na brzuchu mamy” (określenie autorki). Karmienie przebiegło według matki względnie spokojnie. Dziecko, mimo pozycji „antygrawitacyjnej”, zaniepokojone szybkim wypływem kilkakrotnie wypuściło pierś, ale nie zapłakało i nie zakrztusiło się. Ssało stosownie długo, najadło się.

Udzielono mamie wskazówek odnośnie dalszego postępowania. Już na odchodnym mama spytała „A co z odciąganiem?”.

I tu konsternacja: w trakcie wcześniejszego zbierania wywiadu konsultantka nie zadała tego ważnego pytania! Jak się okazało, pacjentka przez te 2 miesiące odciągała po każdym karmieniu ok. 40-50 ml z piersi, która dziecko ssało. Pokarm ten gromadziła lub wylewała (powód odciągania był niejasny, podobno tak było trzeba...)

W świetle nowych ustaleń do zaleceń trzeba było dołączyć stopniowe ograniczanie odciągania, aby piersi przed karmieniem nie przybierały tak strasznie!

Wniosek z tego wypływa taki: powinno się zadać pacjentce wiele ukierunkowanych pytań, ale i warto mieć pod ręką ankietę, bo jak się o czymś zapomni, to papier nam przypomni.

Różne

[Zaproszenie na konferencję w Triest dostępne pod linkiem.](#)

Skrócone tłumaczenie zaproszenia

Drodzy Koleżanki i Koledzy:

The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) zaprasza do udziału w 4tym Europejskim Spotkaniu ABM w dniach 19-20 maja, 2012 w Trieście, Włochy. ABM to międzynarodowa organizacja lekarzy zadedykowana promocji, ochronie i wsparciu karmieni piersią i laktacji ludzkiego gatunku poprzez edukację, badania i rzecznictwo. Misją ABM jest zrzeszenie członków różnych specjalności medycznych, szerzenie wiedzy naukowej o laktacji i karmieniu

piersią, ułatwianie optymalnych praktyk karmienia, zachęcanie do wymiany wiedzy pomiędzy różnymi organizacjami.

Poza corocznymi Spotkaniami Międzynarodowymi w USA, w Europie organizowane są spotkania co dwa lata. W 2012 ABM współpracuje z Instytutem Zdrowia Matki i Dziecka (the Institute for Maternal and Child Health) "IRCCS Burlo Garofolo" w Trieście organizując 4 Europejskie Spotkanie dla medyków koncentrujące się na zagadnieniach dotyczących karmienia piersią. W spotkaniu wezmą udział wykładowcy z różnych krajów Europy i USA. Wieczorem będzie miała miejsce kolacja w scenerii historycznego miasta, jakim jest Triest. Interesujące położenie geograficzne i historia Triestu sprawia, że jest to miejsce warte zwiedzenia. Piękne włoskie i słoweńskie miasta takie jak Verona, Wenecja, Lubljana są również blisko.

Aby zasięgnąć aktualnych i szczegółowych informacji dotyczących podróży, hoteli zerknijcie na stronę www.bfmed.org, albo stronę konferencji

www.abm-trieste.org

Dodatkowo info turystyczne na temat Triestu

www.triesteturismo.net/eng/welcome

Do zobaczenia w Maju 2012!

Z poważaniem,

*Adriano Cattaneo, MD, MSc, ABM,
Institute for Maternal and Child Health "IRCCS Burlo Garofolo"
Elten Rouw MD, FABM,
Academy of Breastfeeding Medicine*