

XIV Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 11-12 czerwca 2021 r.

**Karmienie
piersią
- więcej
mocy!**



**CENTRUM
N A U K I
O LAKTACJI**
im. Anny Oslisto

Fundacja Twórczych Kobiet



www.kobiety.med.pl

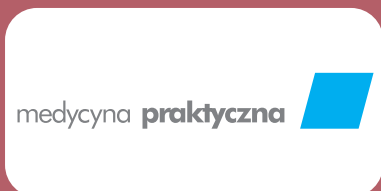
Organizatorzy



Patronat honorowy



Patronat medialny



Partnerzy



Główny Partner Konferencji



Sponsorzy





Dorota Bębenek

Specjalizację z pediatrii ukończyła w Klinice Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, a obecnie odbywa szkolenie specjalizacyjne z medycyny ratunkowej. Jest doradcą laktacyjnym i wspiera matki karmiące podczas codziennej praktyki lekarskiej.



dr n. med. Matylda Czosnykowska-Lukacka

W 2010 roku ukończyła studia magisterskie na kierunku analityka medyczna, w tym samym roku rozpoczęła studia doktoranckie na Wydziale Lekarskim na kierunku biologia medyczna. Prowadziła liczne badania z zakresu biologii molekularnej. Obecnie jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Katedrze i Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Zajmuje się badaniami nad składem mleka kobiecego, wpływem czynników, które warunkują ten skład oraz klinicznym aspektem żywienia wcześniaków mlekiem kobiecym.



Joanna Frejus

Psycholożka i psychoterapeutka poznawczo-behawioralna w trakcie szkolenia. Specjalizuje się w psychologii klinicznej i zdrowia. Pracuje głównie z osobami w kryzysach psychicznych, z doświadczeniem depresji i zaburzeń lękowych, koncentruje się również na wspieraniu kobiet w okresie okołoporodowym i ich bliskich. Prowadzi warsztaty, szkolenia i grupy wsparcia #CzułeWojowniczki. Autorka profilu O matko, depresja i Dobrze jest. Nie rycz. Założycielka Centrum Wsparcia Mamy, Taty i Dziecka w Warszawie oraz prezeska Fundacji Czułość.



Prof. Donna Geddes

profesor Uniwersytetu Zachodniej Australii. Jest dyrektorką Grupy Badawczej Ludzkiej Laktacji (Human Lactation Research Group), utworzonej przez profesora Petera Hartmanna. Donna Geddes wykorzystuje ultrasonografię (USG) do badań anatomii i fizjologii kobiecych piersi oraz jamy ustnej dziecka. To ona odkryła, że znana nam przez dziesiątki lat anatomia gruczołu piersiowego jest inna! Odkryła również, że mechanizm ssania piersi przez niemowlę jest inny niż dotychczas myśleliśmy. Użyła do tych badań najnowocześniejszego sprzętu i technologii. Obecnie zajmuje się badaniem czynników kontrolujących apetyt, obecnych w mleku kobiecym. Bada opróżnianie żołądka u noworodków donoszonych i wcześniaków oraz odruch wypływu mleka podczas odciągania. Interesuje się również zależnością pomiędzy składem mleka kobiecego a wzrostem, rozwojem i zdrowiem niemowląt. Prof. Geddes jest członkiem Australijskiego Towarzystwa Żywienia (Nutrition Society of Australia) oraz przygotowuje się do roli prezesa Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Ludzkim Mlekiem i Laktacją (International Society for Research in Human Milk and Lactation). Profesor Geddes opublikowała ponad 170 artykułów, liczne rozdziały w książkach, oraz otrzymała wiele nagród, w tym nagrodę Healthy Children Faculty Award (2007) oraz nagrodę Wczesnej Kariery Badawczej od Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Ludzkim Mlekiem i Laktacją (2008). Więcej informacji: <https://profdonnageddes.com/>, <http://humanlactationresearchgroup.com/>



Karolina Isio-Kurpińska

Moja przygoda z NBAS rozpoczęła się od pierwszego szkolenia w Polsce w 2006 roku. Zajmowałam się wówczas od kilku lat tłumaczeniami w dziedzinie neonatologii i na kurs trafiłam jako tłumaczka. Zafascynowana kompetencjami noworodka i możliwościami, jakie daje Skala, postanowiłam zostać na dłużej. Przetłumaczyłam materiały do badania Skalą, a następnie cały podręcznik. Niedługo później zostałam koordynatorką projektu Skala NBAS w Polsce, kontaktowałam się z brytyjskimi trenerkami, organizowałam kursy i tłumaczyłam je, jeździłam na konferencje, ale przede wszystkim przy każdej okazji badałam niemowlęta i noworodki. W 2011 roku zdałam egzamin certyfikujący, zaś w 2013 uzyskałam uprawnienia trenerki Skali.

W 2017 odbyłam szkolenie z narzędzia NBO – narzędzia, które zachowując wszystkie wartości NBAS, takie jak skupienie na podmiotowości noworodka, szacunek dla jego kompetencji, wspieranie mocnych stron, jest jednocześnie prostsze, bardziej odpowiednie do stosowania w warunkach klinicznych, i jeszcze bardziej zorientowane na budowanie relacji z rodziną i wspieranie rodzącej się więzi między rodzicami a dzieckiem. Na co dzień pracuję jako psychoterapeutka – zarówno z rodzicami noworodków, szczególnie mamami potrzebującymi wsparcia, jak i z innymi osobami w trudnych momentach życia. Ponadto prowadzę szkolenia w oświacie i służbie zdrowia. Wiem, jak wiele korzyści przynosi rodzinom umiejętność rozumienia języka noworodka; wiem też, że idee leżące u podstaw NBAS i NBO – takie jak skupienie na mocnych stronach, zapewnianie wsparcia i budowanie kompetencji – mają zastosowanie do dzieci w każdym wieku, również nastolatków. Prywatnie jestem żoną męża, który również zna i uwielbia Skalę NBAS i mamą piątki dzieci.



Bożena Cieślak-Osiek

Jestem psychologiem klinicznym, na co dzień pracuję w Szpitalu Klinicznym im. Ks. A. Mazowieckiej w Warszawie przy ul. Karowej 2. Konceptę dr Brazeltona poznałam w czasie studiów na Uniwersytecie Warszawskim. Noworodek i jego rodzice zawsze pozostawali w obszarze moich zainteresowań zawodowych, ponieważ zanim zdecydowałam się zostać psychologiem pracowałam jako położna w warszawskich szpitalach. To była niezwykła okazja towarzyszenia rodzinie w chwilach przemian związanych z pojawieniem się nowego potomka. Ta fascynacja wpłynęła na moje zawodowe wybory. Jako psycholog pracuję w szpitalu, w którym na świat przychodzi dzieci, również te dla których cięża trwała zbyt krótko. W 2006 miałam to szczęście, że znalazłam się w gronie pierwszych 10 osób przeszkolonych w Polsce przez brytyjskie trenerki. Dzięki temu szczegółowo poznałam to wyjątkowe narzędzie jakim jest Skala NBAS. Od tego czasu staram się wykorzystywać Skalę w swojej codziennej pracy. Interwencja z wykorzystaniem NBAS jest zawsze niezwykłym doświadczeniem dla mnie, ale przede wszystkim dla rodziny. Podejmowana jest w okresie szczególnej wrażliwości gdy, rodzice zaczynają budować swoją relację z dzieckiem, daje możliwość obserwowania i wspierania rozwijającej się między nimi więzi. Rodzice odkrywają swoje dziecko, jego umiejętności i zdolności, uczą się rozumieć jego zachowania.



Mgr Joanna Kiełbasińska

Magister położnictwa i dyplomowana pielęgniarka z 18 letnim doświadczeniem. Oba zawody są dla niej bardzo ważne. Wykonuje je z pasją, nigdy nie były one dla niej konkurencyjne, według niej uzupełniają się. Od zawsze lubi uczyć się i przekazywać zdobyta wiedzę, ale uważa, że również ważna jest praktyka i doświadczenie. Realizując swoją miłość do nauczania innych od 2007 roku pracuje w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jako wykładowca, a od 2008 roku jest nauczycielem mianowanym. Praca ze studentami w oddziałach szpitalnych, daje jej możliwość zarówno ciągłego uczenia się, zdobywania doświadczenia i nauczania innych, z czego jest bardzo dumna. Jej pasją położniczą, którą zawdzięcza głównie mgr Joannie Piątkowskiej jest laktacja, dlatego dziś jest Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym, może powiedzieć, że dzięki niej.



Dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela

CDL, specjalista pediatrii. Od 2017 r. wykładowca CNoL. Prowadzi własną praktykę lekarską promując karmienie piersią. Prywatnie mama trzech maluchów.



Dr.n.med Agnieszka Krauze

pediatra, alergolog, absolwent Warszawskiej Akademii Medycznej, wieloletni adiunkt Kliniki Pneumonologii i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, opiekun studenckiego koła naukowego, wykładowca na wydziale English Division. Staże kliniczne: Mayo Clinic Rochester Minnesota, Klinika Alergologii Szpital Charite Berlin. Dr Krauze publikowała liczne prace dotyczące alergii na mleko, alergii pokarmowej, astmy, alergii na leki w polskich i międzynarodowych czasopismach. Aktualnie jest głównym konsultantem alergologicznym w City Clinic and Prosen Med w Warszawie. Główne zainteresowania to: alergia pokarmowa, anafilaksja, astma, atopowe zapalenie skóry, alergia na leki.



Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław. Ukończyła Wydział Lekarski w Zabrzu, Śląskiej Akademii Medycznej (aktualnie Uniwersytetu) w Katowicach. Kolejne specjalizacje i szlif naukowy uzyskała na Górnym Śląsku, jest specjalistką pediatrii, neonatologii i zdrowia publicznego. Wiele lat pracowała jako Kierownik Oddziału Neonatologii w Katedrze Położnictwa i Rozrodczości a następnie Perinatologii i Ginekologii w Zabrzu. Od 2012r. jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Neonatologii UM w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu.

Główne zainteresowania kliniczne i naukowe – opieka okołoporodowa, naturalne żywienie noworodków i niemowląt z uwzględnieniem pacjentów leczonych w OITN, zmienność składu mleka kobiecego w zależności od perinatalnych matczynych czynników ryzyka (poród przedwczesny, nadciśnienie, cukrzyca) oraz czasu trwania laktacji, niewydolność oddechowa i konieczność leczenia w OITN noworodków pochodzących z ciąży mnogich, nieinwazyjne metody wentylacji oraz diagnostyka zakażeń wewnątrzmacicznych z grupy TORCH.

Organizator i współorganizator konferencji neonatologicznych, pediatryczno - neonatologicznych (kolejne edycje Ogólnopolskiej Konferencji Pediatria i Neonatologia – aktualności w diagnostyce i leczeniu we Wrocławiu) oraz laktacyjnych. Autorka i współautorka 160 opublikowanych prac, 57 rozdziałów w podręcznikach, redaktor 1 podręcznika i 2 monografii. Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, członek Europejskiego Towarzystwa Banków Mleka Kobiecego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Nagrodzona Srebrną Odznaką Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego, Srebrnym Krzyżem Zasługi Prezydenta RP, Złotym Medalem za długoletnią służbę Prezydenta RP oraz wyróżniona przez Ministra Zdrowia za zasługi dla ochrony zdrowia.



Estera Michalak

położna, IBCLC Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny. Autorka książki „Pokonaj Laktoterroryzm – 5 kroków do udanego karmienia piersią”. Współorganizatorka Międzynarodowej Konferencji Laktacyjnej PROLACTA, Współorganizatorka kursu na IBCLC w Polsce z Gina Weissman Lactation Academy. Wykładowca w Wyższej Szkole Terapii i Edukacji oraz w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Koninie. Wykonująca zawód położnej od ponad 10 lat, co dało jej narzędzia do przeprowadzenia rewolucji w edukowaniu kobiet. Tylko w ciągu ostatnich trzech lat przeszkoliła ponad 1000 położnych z całej Polski w ramach kursów specjalistycznych i doszkalających „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Prowadzi zajęcia edukacyjne dla kobiet w ciąży, skupiające się na tematyce karmienia naturalnego. W swojej poradni laktacyjnej pomaga kobietom spotykającym trudności podczas „mlecznej drogi”.



Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Babka Medica i Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Zorganizowała ponad 20 konferencji naukowych. Od kilku lat inicjuje i przeprowadza badania w dziedzinie laktacji wraz z zespołem badaczy CNoL. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki, a ostatnio też tańca.



Prof. dr hab. med. Hanna Szajewska

Kierownik Kliniki Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Redaktor Naczelny Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition (2013-2019). Sekretarz Generalny European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)(2009-2012). Sekretarz Komitetu Żywności ESPGHAN (2012-2015). Członek Zarządu International Scientific Association for Probiotics & Prebiotics (2019-aktualnie). Propagatorka medycyny opartej na danych naukowych (evidence-based medicine, EBM). Współautorka wielu polskich i międzynarodowych wytycznych, głównie dotyczących żywienia dzieci, zapobiegania alergii, probiotyków. Współautorka ponad 350 publikacji, głównie w piśmiennictwie międzynarodowym. W 2020 roku zaliczona do grona najbardziej wpływowych 2% naukowców na świecie, których publikacje są najczęściej cytowane przez innych autorów.



Dr n. med Justyna Tołłoczko

Pediatra-neonatolog. Ordynator Oddziału Neonatologii Szpitala Solec w Warszawie. Absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie. Autorka prac na temat żółtaczek okresu noworodkowego, późnych wcześniaków oraz noworodków matek chorych na cukrzycę. Współautorka standardów postępowania w okresie noworodkowym Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego dotyczących żółtaczek noworodków.



Dr hab. n. o zdr. Aleksandra Wesołowska

Prezes i współzałożyciel, powstałej w 2010 r. Fundacji Bank Mleka Kobiecego. Pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Zakładu Biologii Medycznej, Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny w Warszawie. Laureatka prestiżowej nagrody im. T. Sendzimira przyznanej przez Fundację Kościuszkowską za projekt reaktywacji banków mleka w Polsce (2008) oraz nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (2019) za wybitne osiągnięcia naukowe i naukowo-techniczne w kategorii badań na rzecz społeczeństwa (2018). Członek Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka (ang. European Milk Bank Association, EMBA), członek Rady Naukowej Stowarzyszenia Banków Mleka Zjednoczonego Królestwa, (UKAMB). Autorka licznych artykułów i wystąpień w prasie branżowej i kobiecej na temat idei banku mleka kobiecego i sposobu działania takich placówek w Polsce i za granicą, zależności składu mleka od diety oraz czynników środowiskowych. Jest promotorką karmienia piersią i wielką rzeczniką idei bezpiecznego dzielenia się pokarmem – wielokrotnie brała udział i współorganizowała imprezy popularyzatorskie, warsztaty dla rodziców, szczególnie matek wcześniaków i dzieci długo leczonych.



Zuzanna Wędołowska

Dyplomowana dietetyczka i psycholożka. Specjalizuje się w żywieniu dzieci. Jako psychodietetyk pracuje od 2013 roku, początkowo z osobami dorosłymi z nadmierną masą ciała oraz zaburzeniami odżywiania, od 2015 z rodzicami dzieci do lat 10. Swoje porady opiera na dowodach naukowych i bogatym doświadczeniu. Prowadzi liczne webinary, szkolenia oraz kursy on-line. Autorka 2 e-booków oraz książki o rozszerzaniu diety. Ukończyła m.in. szkolenia „Dziecko w gabinecie dietetyka”, „Karmienie dziecka w aspekcie logopedycznym” oraz „Wybiórność pokarmowa w ujęciu sensoryczno-motorycznym”. Jej artykuły ukazały się m.in. w magazynie „Charaktery”, „Kreda”, „Together” oraz w „Kwartalniku Laktacyjnym”.



Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Jestem pediatrą, konsultantem laktacyjnym IBCLC i CDL, wykładowcą, trenerem, autorem, pomysłodawcą. Sporo wiem o laktacji i mam za sobą ćwierć wieku doświadczenia, ale nadal się uczę. Nie boję się trudnych wyzwań. Lubię moją pracę.

XIV Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Program konferencji

PIĄTEK 11 czerwca 2021 roku – SESJA WYKŁADOWA godz. 9.30 – 17.40

- 09.30 – 10.30 Rejestracja uczestników, kawa powitalna, odwiedzanie stoisk
10.30 – 10.35 Powitanie uczestników i gości
10.40 – 10.45 Podsumowanie roku szkolnego 2020/21
– **dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**
10.50 – 10.55 Słowo na otwarcie I sesji – **dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

I sesja Karmienie piersią jako ELEMENT ZDROWEGO ŻYWIENIA

- 10.55 – 11.15 Najnowsze zasady żywienia niemowląt. Co nowego? Co ważnego?
prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska
11.15 – 11.45 Czy można przekarmić dziecko mlekiem kobiecym
i jakie są konsekwencje?
prof. Donna Geddes (on-line z Australii)
11.45 – 11.55 Co personel medyczny wie o wartości mleka kobiecego?
– wyniki badania CNoL
dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska
11.55 – 12.15 Dyskusja
12.15 – 12.30 Kto i dlaczego zlecił dietę eliminacyjną – wyniki badania CNoL
lek. Dorota Bębenek
12.30 – 12.50 Czy to na pewno jest alergia? – rozważania praktyczne w świetle
aktualnej wiedzy – **dr n. med. Agnieszka Krauze**
12.50 – 13.00 Dyskusja
12.55 – 13.05 Długość karmienia piersią ma znaczenie
dr n. farm. Ewa Wietrak, Nutropharma
13.00 – 14.00 **Przerwa obiadowa 55 min**

II sesja Karmienie piersią W DOBIE COVID-19

- 14.00 – 14.05 Słowo na otwarcie II sesji – **lek. Katarzyna Raczek-Pakuła**
14.05 – 14.25 Mleko mamy-ozdrowieńca lub szczepionej przeciw COVID 19
– okiem klinicysty
prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniak
14.25 – 14.40 Wpływ zmian opieki okołoporodowej wynikających z pandemii
COVID-19 na sposób żywienia dzieci – wyniki polskiego badania
dr hab. n. o zdr. Aleksandra Wesółowska
14.55 – 15.05 Karmienie mlekiem matki w czasie pandemii COVID-19. Jak pomóc
matce i zapewnić wystarczającą ilość pokarmu dla dziecka?
Elżbieta Majchrzak, Medela Polska
14.50 – 15.05 Dyskusja
15.05 – 15.20 **Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego**
15.20 – 15.45 **Przerwa kawowa 25 min.**

III sesja Karmienie piersią W PRAKTYCE	
15.45 – 15.50	Słowo na otwarcie III sesji – mgr Joanna Żołnowska
15.50 – 16.10	Rekomendacje PTN dotyczące leczenia żółtaczek u noworodków w praktyce dr n. med. Justyna Tołłoczko
16.10 – 16.30	Wędzidełko wargi górnej – gdzie tkwi problem? dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
16.30 – 16.40	Zastosowanie innowacyjnych technologii jako wsparcie dla mam w procesie naturalnego karmienia piersią Anna Łosińska, Philips Polska
16.40 – 16.55	Dyskusja

IV sesja Młodzi naukowcy w akcji	
16.55 – 17.00	Słowo na otwarcie IV sesji – poł. Magdalena Paszko
17.00 – 17.10	Karmienie piersią w tandemie: analiza wartości odżywczej mleka podczas karmienia młodszego i starszego dziecka dr n. med. Elena Sinkiewicz-Darol (on-line)
17.10 – 17.20	Znaczenie witaminy D. Stężenie witaminy D u kobiet karmiących oraz w ich mleku mgr Iwona Adamczyk
17.20 – 17.25	Niewłóczny kontakt skóra do skóry po cięciu cesarskim – wiedza i nastawienie położnych mgr Nela Kameduła
17.25 – 17.30	Bakterie z rodzaju <i>Lactobacillus</i> w mleku kobiecym lek. wet. Katarzyna Łubiech
17.20 – 17.30	Dyskusja
17.40	Spacery i pogaduszki na świeżym powietrzu

**SOBOTA 12 czerwca 2021 roku – SESJA WARSZTATOWA NA ŻYWO
godz. 8.30 – 14.00**

	SALA ONYX (I piętro)	SALA GRANAT (parter)	SALA TURKUS (parter)
8.00–8.30	Kawa powitalna w holu na I piętrze		
8.30–10.00 Warsztat 1	Czy trzeba wzmacniać mleko matki – kiedy i dla kogo? prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka	Patrząc na dziecko odkryjemy moc matki – NBO (Obserwacja Zachowania Noworodka) narzędziem budowania kompetencji rodzicielskich Fundacja Centrum NBAS, mgr Karolina Isio-Kurpińska, mgr Bożena Cieślak-Osik	Położna – 5 kroków do niezależności mgr Estera Michalak

10.00–10.20	Przerwa kawowa w holu na I piętrze		
10.20–11.50 Warsztat 2	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 4 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko	Czy trzeba wzmacniać mleko matki – kiedy i dla kogo? prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka	Wesprzyj mnie! Jak wyjść z kryzysu po pandemii? mgr Joanna Frejus
11.50.12.30	Lunch		
12.30–14.00 Warsztat 3	Patrząc na dziecko odkryjemy moc matki – NBO (Obserwacja Zachowania Noworodka) narzędziem budowania kompetencji rodzicielskich Fundacja Centrum NBAS, mgr Karolina Isio-Kurpińska, mgr Bożena Cieślak-Osik	Kalejdoskop dziwnych przypadków– sezon 4 dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko	Rozszerzanie diety dziecka, warsztat kulinarny BLW mgr Zuzanna Wędołowska

SOBOTA 12 czerwca 2021 roku SESJA WARSZTATOWA ON LINE
godz. 8.30 – 14.00

8.30–10.00 Warsztat 1	Czy trzeba wzmacniać mleko matki - kiedy i dla kogo? – prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik, dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka		
10.00-10.20	Przerwa kawowa		
10.20–11.50 Warsztat 2	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 4 – dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko		
11.50.12.30	Lunch		
12.30–14.00 Warsztat 3	Patrząc na dziecko odkryjemy moc matki – NBO (Obserwacja Zachowania Noworodka) narzędziem budowania kompetencji rodzicielskich – Fundacja Centrum NBAS, mgr Karolina Isio-Kurpińska, mgr Bożena Cieślak-Osik		

Podsumowanie roku szkolnego 2020/21

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Ciężki i dziwny rok za nami. Przetrwaliśmy. Żyjemy. Mamy siłę iść dalej...

Nowe umiejętności. Nauczyliśmy się mnóstwa nowych umiejętności. Nabraliśmy odwagi w pracy zdalnej. To co nam pomogło to fakt, że zarówno Fundacja jak i Centrum Nauki o Laktacji nigdy nie miało biura, stałych pracowników, listy obecności, biurek i samochodów służbowych. W zasadzie zawsze pracowaliśmy w swoich domach, po godzinach codziennej pracy. Komunikacja dawniej tylko telefoniczna, potem już mailowa, a od kilku lat w Microsoft Teams była naszym chlebem powszednim. Pandemia tylko pomogła nam jeszcze bardziej te umiejętności rozwinąć. I oczywiście nauczyć się nowych technologii. A przy tym poznać i współpracować z gronem młodych informatyków. Jakże ważnych w dzisiejszym świecie!

Nowe wyzwania. Musiałyśmy stawić czoła nowym wyzwaniom. Los matek i dzieci w szpitalach znacznie się pogorszył. Początki pandemii to jak powrót do głębokiej przeszłości. A potem, nawet po zmianie Zaleceń, wcale nie było lepiej. Stare wróciło i stare zostało w wielu placówkach. Pandemia obnażyła brak utrwalonych procedur i brak zaufania personelu do kobiet i ich mleka. A przecież to mleko okazało się najcenniejsze w okresie pandemii. Zawierało nie tylko składniki odżywcze, ale u mam ozdrowieńców i szczepionych – też przeciwciała anty SARS-CoV2. A pobrane od chorej matki zgodnie z Zasadami Podwyższonej Higieny nie zawierało wirusa i było bezpieczne dla dziecka. Cóż poradzić, skoro szpitale często nie miały możliwości kadrowych i sprzętowych, aby zapewnić go dziecku. Rok temu opublikowałyśmy z gronem ekspertów Zasady Pozyskiwania Mleka Kobiecego w dobie pandemii. A teraz przyszedł czas na zapewnienie sprzętu. Akcja „Każda ilość mleka mamy ma znaczenie!” skierowana do Wojewodów zaowocowała sporym poruszeniem i miejmy nadzieję – uzupełnieniem sprzętu. Oby tylko szpitale chciały skorzystać z tej szansy. Wszak od 2022 roku każdy szpital będzie zobowiązany do zapewnienia go każdej potrzebującej mamie. Z początkiem Narodowego Programu Szczepień musiałyśmy zmierzyć się z odmawianiem szczepień mamom karmiącym. Było to szczególnie istotne dla mam wcześniaków, które dzięki temu uzyskiwałyby możliwość odwiedzania dzieci. Akcja „Karmisz piersią – Możesz się szczepić!” pomogła oswoić temat. Wspólne Stanowisko wraz z Fundacją Bank Mleka Kobiecego i Polskim Towarzystwem Wakcynologii w sprawie szczepień kobiet karmiących wyjaśniało wątpliwości i uspokoiło wątpiących w moc natury. Wzmocnieniem tego przekazu była wspólna akcja z inicjatywy Fundacji Mlekiem Mamy - Karmienie nie wyklucza.

Zwieńczeniem naszej aktywności na rzecz odczarowywania karmienia naturalnego była kampania *Długość karmienia ma znaczenie*, pod patronatem Rzecznika Praw Pacjenta, którą podjęliśmy wraz z wieloma organizacjami. Czy to już ostatnia aktywność w tym roku? Oj, chyba nie...

Nowe szkolenia. Cóż, zmieniliśmy się wszyscy po pandemii. Już nie tak chętnie jedziemy pociągiem do odległego miasta na szkolenie czy egzamin. Szpitale też niezbyt chętnie otwierają się na praktykantki czy wykładowców. Więc nasze Centrum stało się wysokiej klasy specjalistą od szkoleń hybrydowych. Pomimo często zmieniających się przepisów epidemiologicznych udało nam się zorganizować, największy z dotychczasowych, kurs Problemy w Laktacji i przeszkolić na nim 157 osób. Tym samym ogólna liczba medyków przeszkolonych tym kursem przekroczyła 1400! Przeszło setkę pracowników szpitali przeszkoliliśmy zdalnie kursem Karmienie piersią w praktyce szpitala i Karmienie piersią – standardem w opiece okołoporodowej. Nie odpuszczaliśmy szkolenia naszych Trenerów! Odbyły się dwa kursy zaawansowane dla doradców CDL. Zorganizowanie hybrydowego egzaminu teoretycznego na CDL czy obecnej Konferencji, to było coś całkiem nowego, fascynującego i zarazem niewyobrażalnego. A jednak da się! Nasza konferencja to jedna z pierwszych w Polsce konferencji hybrydowych na wiosnę 2021!

Życzę Nam Wszystkim jak najlepszych wrażeń, dużo odwagi i radości ze spotkania w gronie życzliwych, pozytywnie zakręconych ludzi, którzy wierzą w Moc Mleka Mamy!

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL

ZASADY ŻYWIENIA ZDROWYCH NIEMOWLĄT. STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA GASTROENTEROLOGII, HEPATOLOGII I ŻYWIENIA DZIECI

NUTRITION OF HEALTHY TERM INFANTS. RECOMMENDATIONS OF THE POLISH SOCIETY FOR PAEDIATRICS GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND NUTRITION

Hanna Szajewska¹, Piotr Socha², Andrea Horvath¹, Anna Rybak³, Bartłomiej M. Zalewski¹, Magdalena Nehring-Gugulska⁴, Hanna Mojska⁵, Mieczysława Czerwionka Szaflarska⁶, Danuta Gajewska⁷, Ewa Helwich⁸, Teresa Jackowska⁹, Janusz Książczyk¹⁰, Ryszard Lauterbach¹¹, Dorota Olczak-Kowalczyk¹², Halina Weker¹³.

1 Klinika Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

2 Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

3 Department of Gastroenterology, The Great Ormond Street Hospital, Londyn, Wielka Brytania

4 Centrum Nauki o Laktacji

5 Zakład Żywienia i Wartości Odżywczej Żywności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

6 Katedra i Klinika Pediatrii, Alergologii i Gastroenterologii Collegium Medicum w Bydgoszczy

7 Zakład Dietetyki Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

8 Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

9 Klinika Pediatrii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

10 Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych w Warszawie

11 Klinika Neonatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

12 Zakład Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

13 Zakład Żywienia Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Fragmenty artykułu, który w całości jest dostępny tu:

<https://przegladpediatryczny.pl/files/4337.pdf>

lub cnol.kobiety.med.pl – PUBLIKACJE – REKOMENDACJE

(zachowano oryginalną numerację piśmiennictwa)

KARMIENIE PIERSIĄ

Celem, do którego należy dążyć, jest wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia. Częściowe lub krótsze karmienie piersią również jest korzystne. Karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko. Pokarm kobiecy jest substancją biologicznie czynną, zawierającą > 80 enzymów wspomagających trawienie. Wśród wielu czynników o działaniu przeciwinfekcyjnym w pokarmie obecne są też m.in. żywe komórki krwi (limfocyty B, T, neutrofile, makrofagi), cytokiny, nukleotydy, laktoferyna i lizozym. Odporność nieswoistą błon śluzowych zapewnia sekrecyjna immunoglobulina A, której stężenie jest największe w pierwszych

dobach po porodzie oraz w okresie odstawiania od piersi. Mikrobiota pokarmu kobiecego jest źródłem filotypów bakterii, które kolonizują przewód pokarmowy dziecka, wspomagając trawienie, syntezę witamin i odporność nieswoistą. W mleku ludzkim odkryto także komórki macierzyste. Skład pokarmu dostosowuje się do indywidualnej sytuacji matki i dziecka [5]. Pokarm kobiecy wytwarzany w wystarczającej ilości w pełni zaspokaja zapotrzebowanie niemowlęcia na wszystkie niezbędne składniki odżywcze, jednocześnie zapewniając mu prawidłowy rozwój w pierwszym półroczu życia [6]. Zdrowe niemowlęta w wieku 1-6 miesięcy karmione wyłącznie piersią pobierają około $75 \pm 12,6$ g mleka z jednej piersi i $101 \pm 15,6$ g z obu piersi. Średnia liczba karmień zmniejsza się z wiekiem dziecka i wynosi [5]:

- w pierwszym półroczu życia 8-12/24 h
- w drugim półroczu życia 6-8/24 h
- w 2. roku życia 3-6/24 h. (...)

U niektórych niemowląt (np. z dużym zapotrzebowaniem na żelazo) korzystne może być wcześniejsze wprowadzenie pokarmów uzupełniających [8]. Brakuje podstaw naukowych pozwalających dokładnie określić, kiedy należy całkowicie zakończyć karmienie piersią. Na podstawie konsensusu ekspertów sformułowano zalecenie, że po ukończeniu 12. miesiąca życia karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko [5, 6]. W tym czasie wskazane jest podawanie pokarmów uzupełniających. (...)

Karmienie pokarmem naturalnym a SARS-CoV-2 i COVID-19

W opublikowanych badaniach, wykorzystując metodę polimerazowej reakcji łańcuchowej (polymerase chain reaction – PCR), wykazano [15-17], że w pokarmie matek zakażonych SARS-CoV-2 obecny jest materiał RNA wirusa, jednak nie ma danych potwierdzających obecność wirusa wykazującego zdolność do zakażenia [18]. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie neonatologii [19], większość matek z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych SARS-CoV-2, które nie mają objawów lub są one łagodne, może karmić piersią od pierwszych chwil po urodzeniu. Jednocześnie zaleca się, aby przed każdym kontaktem z dzieckiem i po nim matki stosowały zalecane metody profilaktyki zakażeń, takie jak zakładanie maseczki, higiena rąk i piersi oraz dezynfekcja powierzchni. Jeżeli stan zdrowia matki nie pozwala na karmienie piersią (hospitalizacja na oddziale intensywnej terapii), należy podejmować próby pozyskiwania pokarmu i utrzymania laktacji, w zależności od nasilenia objawów klinicznych COVID-19 u matki. Za takim postępowaniem przemawia obecność w pokarmie naturalnym matki chorej na COVID-19 przeciwciał klasy IgG skierowanych przeciwko SARS-CoV-2 (przeciwciała są obecne od pierwszych dni po porodzie) [20]. Jeżeli pozyskanie pokarmu od matki jest niemożliwe, należy dołożyć wszelkich starań, aby kontynuować karmienie pokarmem uzyskanym z banku mleka. Zalecenia dotyczące karmienia pokarmem naturalnym w okresie pandemii SARS-CoV-2 są często aktualizowane. Uzasadnione jest śledzenie najbardziej aktualnych wytycznych na stronach Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego (www.neonatologia.edu.pl) lub Centrum Nauki o Laktacji (<http://cnol.kobiety.med.pl/pl>). (...)

Wprowadzanie produktów uzupełniających

(...) Optymalny wiek i kolejność wprowadzania pokarmów uzupełniających są przedmiotem ciągłej dyskusji, a zalecenia dotyczące tych zagadnień są zróżnicowane. Zgodnie z aktualnym (2019) stanowiskiem EFSA [32]:

- Ze względów żywieniowych (konieczność zaspokojenia zapotrzebowania na wszystkie niezbędne składniki odżywcze) większość niemowląt wymaga wprowadzania dodatkowego pokarmu, oprócz mleka matki i/lub mleka modyfikowanego, od około 6. miesiąca życia. Nie ma jednego właściwego wieku, w którym u wszystkich niemowląt należy wprowadzić pokarmy uzupełniające. Zależy to od cech i rozwoju osobniczego każdego niemowlęcia.
- Niemowlęta z grupy ryzyka niedoboru żelaza mogą odnieść korzyść z wprowadzenia pokarmów uzupełniających zawierających żelazo <6. miesiąca życia. Gotowość do przyjmowania pokarmów uzupełniających nie oznacza jednak konieczności wprowadzania pokarmów <6. miesiąca życia.
- Nie ma danych, że wprowadzanie pokarmów uzupełniających <6. miesiąca życia jest szkodliwe lub korzystne dla zdrowia. Dotyczy to również pokarmów alergizujących (takich jak jajo, kaszki zbożowe, ryby i orzeszki ziemne) oraz glutenu.

Zgodnie z zaleceniami ESPGHAN (2017) wprowadzanie pokarmów uzupełniających można rozpocząć w 17. tygodniu życia (początek 5. mż.) i nie później niż w 26. tygodniu życia (początek 7. mż.). U większości niemowląt dojrzewa wtedy zdolność przyjmowania pokarmów stałych. Dzieci nabywają umiejętność siedzenia z podparciem, osiągają dojrzałość nerwowo-mięśniową pozwalającą kontrolować ruchy głowy i szyi oraz jedzenie z łyżeczki. W tym okresie zanika typowy dla okresu noworodkowego i wczesnoniemowlęcego odruch usuwania z ust ciał obcych, który utrudnia karmienie pokarmami innymi niż płynne. Zaproponowany szeroki przedział czasowy umożliwia wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka. Rozszerzanie diety nie oznacza, że należy przerwać karmienie piersią, które powinno być kontynuowane tak długo, jak pragną tego matka i dziecko. (...)

Częstotliwość karmień i wielkość posiłków

Rodzic/opiekun decyduje, kiedy i co zje dziecko, natomiast dziecko decyduje, ile zje. Należy akceptować spożycie w ramach danego posiłku ilości pokarmu mniejszej lub większej od zalecanej wielkości porcji, ponieważ wielkości te są wartościami uśrednionymi [33]. Przy rozszerzaniu diety niemowląt z reguły jeden posiłek mleczny na miesiąc jest stopniowo zastępowany przez pokarmy uzupełniające. Pod koniec 1. roku życia niemowlęta żywione mlekiem modyfikowanym powinny spożywać w ciągu dnia 4–5 posiłków oraz 1–2 zdrowe przekąski (w zależności od łaknienia) [34]. Dziecko karmione w sposób naturalny może być przystawiane do piersi znacznie częściej, w zależności od potrzeb, a pokarmy uzupełniające początkowo stanowią posiłki dodatkowe. (...)

Częstym błędem w żywieniu niemowląt jest ich przekarmianie. Zmuszanie dziecka do jedzenia istotnie pogarsza umiejętność samoregulacji. Uśmiechanie się, gaworzenie, wpatrywanie się w opiekuna i pokazywanie palcem pokarmu podczas karmienia wska-

zują, że dziecko chce kontynuować jedzenie. Umiejętność odczytywania tych zachowań dziecka i odpowiednia reakcja na nie nazywana jest wrażliwym lub reagującym karmieniem (responsive feeding) [35]. Rodziców należy zachęcać, aby karmili swoje dzieci zgodnie z przedstawionym wzorcem. Należy unikać podawania jedzenia jako nagrody. (...)

Jajo kurze

Na podstawie danych z dużego badania europejskiego EuroPrevall szacuje się, że w Polsce alergia na jajo kurze występuje u 0,6% (0,26-1,1%) dzieci do 2. roku życia [52]. Ryzyko alergii na jajo jest porównywalne do ryzyka alergii na białka mleka krowiego (0,65% [95% CI: 0,26-1,17%]) [52]. W chwili opracowywania niniejszych zaleceń nie opublikowano jeszcze najnowszych wytycznych EAACI. Na podstawie przeglądu piśmiennictwa [53] oraz zgodnie z dokumentem EAACI poddanym konsultacji społecznej [54], w celu zmniejszenia ryzyka alergii na jajo w ramach wprowadzania pokarmów uzupełniających należy podawać dobrze ugotowane (przez 10–15 min) jajo kurze (ale nie pasteryzowane ani surowe). W praktyce zaleca się wprowadzać jedno małe jajo 2 razy w tygodniu, co odpowiada około 2 g białka jaja (w badaniu EAT wykazano, że taka ilość zmniejsza ryzyko alergii na jajo kurze) [50]. Należy zachęcać matki, aby w czasie wprowadzania jaja kontynuowały karmienie piersią. Za dobrze ugotowane jajo kurze uznaje się jajo ugotowane na twardo, dobrze ugotowany makaron jajeczny oraz pieczone produkty z jajem. Natomiast niedostatecznie ścięte mogą być jaja w naleśnikach lub jajecznicy (zawierającej płynne białko). (...)

Orzeszki ziemne

Według najnowszego epidemiologicznego badania europejskiego szacuje się, że w Polsce alergia na orzeszki ziemne prawdopodobnie występuje u 0,78% (0,16-1,92) dzieci w wieku szkolnym [55]. Grupa ekspertów opracowujących niniejszy dokument podzieliła stanowisko Komitetu ds. Żywienia ESPGHAN odnośnie do wprowadzania orzeszków ziemnych, zgodnie z którym w grupach ryzyka wystąpienia alergii na orzeszki ziemne (w tym u niemowląt z ciężkim wypryskiem i/lub alergią na jajo) należy zalecać wczesne (4.-11. mż.) wprowadzanie orzeszków ziemnych po konsultacji specjalistycznej. Ze względu na brak danych nie można odnieść się do wprowadzania orzeszków ziemnych w populacjach, w których ryzyko alergii na orzeszki ziemne jest małe. Natomiast w populacjach obarczonych dużym ryzykiem alergii na orzeszki ziemne (np. w Wielkiej Brytanii) EAACI sugeruje ich wprowadzenie do diety wszystkich niemowląt w czasie rozszerzania diety o pokarmy uzupełniające, dostosowując ich formę do wieku, co ma zapobiec rozwojowi alergii. Należy zachęcać matki, aby w czasie wprowadzania orzeszków ziemnych kontynuowały karmienie piersią. W praktyce niemowlęta mogą otrzymywać masło orzechowe (lub mąkę z orzechów arachidowych) z pokarmem, wodą lub mlekiem modyfikowanym (około 1-2 łyżeczki do herbaty, 1-3 razy/tydz.). Wielkość porcji zdefiniowano na podstawie wyników badania LEAP [51]. (...)

Gluten

Zgodnie ze stanowiskiem EFSA (2019), gluten można wprowadzać do diety dzieci w tym samym czasie co inne pokarmy uzupełniające [32]. ESPGHAN (2016 [6] i 2017 [56]) również zaleca, aby gluten wprowadzać do diety niemowląt od ukończenia 4. miesiąca życia (czyli 17 tygodni) do ukończenia 12. miesiąca życia. Wydaje się, że takie postępowanie nie wpływa na bezwzględne ryzyko rozwoju autoimmunizacji celiakalnej lub celiakii. Wyniki badań obserwacyjnych sugerują, aby unikać spożywania dużej ilości glutenu w pierwszych miesiącach jego wprowadzania, jednak na podstawie dostępnych danych nie można określić jego optymalnej ilości. W badaniu PreventCD [57], w którym podawano małą ilość glutenu dzieciom z grupy ryzyka celiakii (co najmniej 1 krewny pierwszego stopnia chory na celiakię i obecność HLA-DQ2 lub HLA-DQ8), odpowiadała ona około 1/10 kromki chleba. Natomiast w badaniach szwedzkich, których wyniki po raz pierwszy sugerowały, że ilość glutenu ma znaczenie, był to odpowiednik 1/2 kromki chleba. Arbitralnie 1/10 kromki można uznać za małą ilość glutenu, a 1/2 za dużą (w czasie wprowadzania glutenu) [58]. Karmienie piersią należy promować ze względu na liczne korzyści, jednak nie zmniejsza ono ryzyka celiakii. Ze względu na brak danych obecnie nie można sformułować zalecenia dotyczącego wprowadzania glutenu u dzieci, których co najmniej 1 krewny pierwszego stopnia jest chory na celiakię [56]. (...)

Cukier

Europejska Akademia Pediatrii (2019) zaleca, aby dzieciom do 12. miesiąca życia w ramach oferowanych płynów podawać wyłącznie pokarmy mleczne (pokarm kobiecy/produkty zastępujące mleko kobiece) i wodę [75]. Podobnie PTGHiZDz (2019) zaleca zastąpienie napojów zawierających cukry wolne wodą lub niesłodzonymi napojami/produktami mlecznymi zawierającymi laktozę. U dzieci spożywających napoje słodzone obserwuje się zwiększone ryzyko próchnicy [76]. Dodatkowo, podawanie słodkich napojów w niemowlęctwie zwiększa ryzyko ich samodzielnego spożywania w późniejszym wieku [77]. (...)

Napoje roślinne

Bezmleczne napoje roślinne, oznaczane jako produkty wegańskie, wytwarzane są przez ekstrakcję (wodną) materiału roślinnego – nasion soi, orzechów, ryżu i innych zbóż oraz pseudozbóż. Choć są bardzo popularne, nie pokrywają podstawowego zapotrzebowania dziecka w 1. roku życia na składniki odżywcze, dlatego nie mogą stanowić alternatywy dla preparatów mleka modyfikowanego lub preparatów mlekozastępczych (w tym preparatów sojowych przeznaczonych do żywienia niemowląt – p. wyżej). (...)

Metoda baby led weaning

Wprowadzanie pokarmów uzupełniających metodą baby led weaning (BLW) to sposób karmienia sterowany przez dziecko. Opiera się ona na ominięciu etapu karmienia łyżeczką przez opiekunów i podawania pokarmów o konsystencji papki (przecierów, purée). Dziecku, które potrafi samodzielnie siedzieć (około 6.–7. mż.), podaje się różne pokarmy

stałe w takiej postaci, aby mogło je łatwo chwycić rączką (np. krążki pokrojonej marchewki, kawałki banana, różyczki brokułów, łyżka kleistej kaszy). W celu doboru najbardziej optymalnej diety dla rozwoju dziecka stosuje się również metodę BLISS (baby-led introduction to solids), będącą zmodyfikowaną metodą BLW. Opiekunowie stosujący metodę BLISS otrzymują dodatkowe wsparcie i wskazówki dotyczące m.in. produktów o dużej zawartości żelaza i wartości energetycznej oraz produktów zwiększających ryzyko zadławienia dziecka. Wbrew wcześniejszym nadziejom metody BLW/BLISS nie zmniejszają ryzyka otyłości [48]. Nie ma przekonujących argumentów ani za, ani przeciw stosowaniu metody BLW lub BLISS [49]. (...)

ABSTRACT

The concept of early metabolic (nutritional) programming, i.e., the idea that an environmental or nutritional stimulus or insult during critical periods of development may affect health later in life, has been widely accepted. In 2014, the Polish Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition published a position paper on the nutrition of healthy infants and in 2015, one on breastfeeding. This document is an update of both previous documents. Evidence for the recommendations was obtained by adapting trustworthy guidelines developed by scientific societies, renowned institutions, and expert organizations. A draft of the document was sent to all co-authors and future users for review and further comments. All critical feedback was considered, and changes were incorporated as necessary. Part of this document is a summary of infant feeding for everyday use by parents/guardians. An update of current recommendations is planned for no later than 5 years from now.

Notatki

Czy można przekarmić dziecko mlekiem kobiecym i jakie są konsekwencje?

Prof. Donna Geddes, Uniwersytet Zachodniej Australii

W literaturze dokumentowanych jest coraz więcej korzyści z karmienia piersią, zarówno długo- jak i krótkofalowych. Mechanizmy przekazywania tych korzyści dziecku są złożone i pozostają niejasne. Jednakże modele zwierzęce przynoszą dowody na to, że żywienie w bardzo wczesnym okresie życia wpływa zarówno na otyłość jak i programowanie metaboliczne, a tym samym ryzyko chorób w późniejszym życiu.

Mleko kobiece zawiera bogactwo składników, które mają potencjał regulowania apetytu i składu ciała niemowlęcia. Wiele badań nie wykazuje korelacji między stężeniem składników w mleku a indeksem masy ciała (BMI) niemowlęcia (jako wskaźnikiem składu ciała). Odkryliśmy, że dawka i pobór niektórych składników są związane z rozwojem składu ciała dziecka. Co ciekawe, niektóre składniki, jak poziomy leptyny w mleku, mają związek z otyłością matki.

Niedawno badaliśmy związek między składem mleka a ilością mleka spożywanego przez większe dzieci karmione piersią. W tym wykładzie omówimy nasze odkrycia z punktu widzenia prawidłowego wzrostu i rozwoju dziecka.

Poniżej kilka badań zespołu badawczego Uniwersytetu Zachodniej Australii, które korespondują z omawianym tematem.

Nadmierny przyrost masy, po którym następuje wyrównanie u niemowląt karmionych wyłącznie piersią: badanie eksploracyjne

Abstrakt

Niektóre niemowlęta mają nadmierny przyrostu masy (NPM) podczas wyłącznego karmienia piersią, ale jego przyczyny i konsekwencje nie są znane. Celem było zidentyfikowanie czynników związanych z wczesnym nadmiernym przyrostem masy. Niemowlęta z nadmiernym przyrostem masy (grupa WM – wysokiej masy) były badane w 5, 9 i 18 miesiącu życia i porównywane z grupą karmioną piersią o prawidłowej masie (grupa PM – prawidłowej masy). Badana była antropometria, skład ciała, próbki mleka i krwi oraz wielkość poboru mleka. W grupie WM (n=13) wynik średniego BMI dla wieku z-scores (BAZ) wzrósł o 1.93 od narodzin do 5 miesiąca życia, podczas gdy w grupie PM (n=17) pozostały niezmienione (-0.01). Grupa WM miała w 5 miesiącu 70% więcej masy tłuszczowej, a następnie wykazywała znaczące wyrównanie w dół BAZ między 5 a 18 miesiącem (-0.84). Pobór mleka w 5–6 miesiącu nie różnił się między grupami. W grupie WM leptyna w mleku była niższa w 5 miesiącu, a leptyna w surowicy znacząco wyższa w 5 i 9 miesiącu niż w grupie PM. Leptyna w surowicy w 5 miesiącu życia była pozytywnie skojarzona ze standaryzowanym wynikiem masy dla wieku (WAZ) oraz masą tłuszczową, a negatywnie ze zmianą WAZ między 5 a 9 miesiącem życia. Podsumowując, niemowlęta karmione piersią z NPM wyrównywały swój wzrost przy rozszerzaniu diety. Niski poziom leptyny w mleku mógł stymulować apetyt i pobór mleka w okresie, gdy przybieranie na wadze było szybkie. Wysoki poziom leptyny w surowicy w grupie o wysokiej masie sugeruje wczesną odporność na

leptynę, która może wpływać na korową regulację poboru energii. Potrzebne są szersze badania dla potwierdzenia tych wyników.

Piśmiennictwo: Larsson, M. W., Lind, M. V., Larnkjær, A., Due, A. P., Blom, I. C., Wells, J., Lai, C. T., Mølgaard, C., Geddes, D. T., & Michaelsen, K. F. (2018). Excessive weight gain followed by catch-down in exclusively breastfed infants: An exploratory study. *Nutrients*, 10(9), [1290]. <https://doi.org/10.3390/nu10091290>

Adiponektyna i leptyna mleka kobiecego a skład ciała niemowlęcia w pierwszych 12 miesiącach laktacji

Abstrakt

Adipokiny mleka kobiecego mogą wpływać na wzorce jedzenia niemowlęcia, regulację jego apetytu oraz skład ciała. Badano związek między stężeniem/kalkulowanym poborem dziennym (CDI) adipokin mleka kobiecego w pierwszych 12 miesiącach po porodzie a składem ciała matka/donoszonego niemowlęcia oraz parametrami karmienia piersią niemowlęcia. Mierzono skład ciała diad matka/dziecko karmione piersią w 2, 5, 9 i/lub 12 miesiącu życia dziecka przy pomocy USG fałdów skórnych (u niemowląt) i spektroskopii impedancji bioelektrycznej (u matek i niemowląt). Mierzono 24-h pobór mleka oraz częstotliwość karmienia, wraz z adiponektyną w mleku pełnym oraz leptyną w mleku chudym i pełnym (SML i WML), jak również kalkulowany pobór dzienny (CDI). W analizie statystycznej zastosowano modele regresji liniowej / efektów mieszanych; wyniki skorygowano o wielokrotne porównania. Stężenia adipokin nie miały związku ze składem ciała niemowlęcia. Wyższy kalkulowany pobór dzienny adiponektyny był związany z niższą masą beztłuszczową niemowlęcia (FFM; $p=0.005$) oraz indeksem FFM (FFMI; $p=0.009$) i wyższą masą tłuszczową (FM; $p < 0.001$), indeksem FM (FMI; $p < 0.001$), i %FM ($p < 0.001$). Wyższe CDI SML było związane z wyższą masą tłuszczową FM ($p < 0.001$), FMI ($p < 0.001$), i %FM ($p=0.002$). W 12 miesiącu wyższe CDI WML było związane z większym zwiększeniem otyłości (2–12 miesiąc: FM, $p=0.0006$; %FM, $p=0.0004$); wyższe CDI SML było związane z większym obniżeniem FFMI (5–12 miesięcy: $p=0.0004$). Pobór adipokin mleka kobiecego w różny sposób wpływa na rozwój składu ciała niemowlęcia w pierwszym roku życia, co jest krytycznym oknem programowania metabolizmu niemowlęcia i może potencjalnie wpływać na ryzyko późniejszej choroby poprzez modulację składu ciała.

Piśmiennictwo: Gridneva, Z., Kuganathan, S., Rea, A., Lai, C. T., Ward, L. C., Murray, K., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2018). Human milk adiponectin and leptin and infant body composition over the first 12 months of lactation. *Nutrients*, 10(8), [1125]. <https://doi.org/10.3390/nu10081125>

Kazeina mleka kobiecego i białko serwatkowe a skład ciała niemowlęcia w pierwszych 12 miesiącach laktacji

Abstrakt

Mleko ludzkie (HM) wpływa na wzorce żywieniowe niemowląt i skład ciała (BC). To niewielkie, podłużne badanie potwierdzające koncepcję dotyczyło relacji między składem ciała (BC) niemowlęcia / matki a kazeiną mleka kobiecego, serwatką i białkiem całkowitym w ciągu pierwszych 12 miesięcy laktacji.

Mierzono skład ciała diad matka/dziecko karmione piersią ($n=20$) w 2 ($n=15$), 5 ($n=20$), 9 ($n=19$), i/lub 12 ($n=18$) miesiącu po porodzie przy pomocy USG fałdów skórnych (u nie-

mowląt) i spektroskopii impedancji bioelektrycznej (u matek i niemowląt).

Mierzono stężenia białek i 24-godzinne spożycie mleka oraz obliczano dzienne spożycie (CDI). Większa masa ciała matki, wskaźnik masy ciała, masa beztłuszczowa, wskaźnik masy beztłuszczowej i wskaźnik masy tłuszczu były związane z wyższym stężeniem białka serwatkowego ($p \leq 0,034$, $n=20$). Nie było związku między składem ciała niemowlęcia a stężeniem wszystkich białek oraz CDI serwatki i białka całkowitego. Wyższe CDI kazeiny było związane z niższą masą beztłuszczową niemowląt ($p=0,003$, $n=18$) i większą masą tłuszczu ($p < 0,001$), wskaźnikiem masy tłuszczowej ($p=0,001$, $n=18$) i % masy tłuszczu ($p < 0,001$, $n=18$) mierzonymi za pomocą USG fałdów skórnych. Wyniki te pokazują zróżnicowany wpływ kazeiny mleka kobiecego na rozwój składu ciała niemowlęcia w pierwszym roku życia, co sugeruje, że istnieje możliwość poprawy wyników u niemowlęcia poprzez interwencje, takie jak kontynuacja karmienia piersią w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia i później, co może ułatwić korzystne programowanie rozwojowe, które mogłoby zmniejszyć ryzyko chorób niezakaźnych w późniejszym życiu.

Piśmiennictwo: Gridneva, Z., Tie, W. J., Rea, A., Lai, C. T., Ward, L. C., Murray, K., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2018). Human milk casein and whey protein and infant body composition over the first 12 months of lactation. *Nutrients*, 10(9), [1332]. <https://doi.org/10.3390/nu10091332>

Zależności między wzorcami karmienia piersią a składem ciała matki i niemowlęcia w ciągu pierwszych 12 miesięcy laktacji

Abstrakt

Karmienie piersią odgrywa rolę w regulowaniu apetytu niemowląt, wzorców karmienia i składu ciała (BC). Konieczne jest podejście holistyczne, aby wyjaśnić relacje między składem ciała niemowlęcia i matki oraz czynnikami sprzyjającymi, takimi jak parametry karmienia piersią. Zbadano związek między składem ciała matki i niemowlęcia urodzonego o czasie karmionego piersią ($n=20$) a parametrami karmienia podczas pierwszych 12 miesięcy laktacji. Skład ciała mierzono po 2, 5, 9 i /lub 12 miesiącach po porodzie za pomocą USG fałdów skórnych (tylko niemowlęta) i spektroskopii bioimpedancyjnej (niemowlęta i matki). Mierzono dobowe spożycie mleka (MI) i częstotliwość karmienia (FFQ). Wyższa częstotliwość wiązała się z większym 24-godzinnym poborem mleka ($p \leq 0,003$). Wyższy 24-godzinny pobór mleka był związany z większą masą tłuszczu niemowlęcia (FM) (US: $p \leq 0,002$), większym odsetkiem tłuszczu FM (US: $p \leq 0,008$), większym wskaźnikiem tłuszczu (FMI) (US: $p \leq 0,001$) i mniejszym wskaźnikiem masy beztłuszczowej (FFMI) (USA: $p=0,015$). Niższa częstotliwość karmienia była związana z większym wskaźnikiem masy beztłuszczowej FFMI (US: $p < 0,001$). Większa otyłość matki była związana z mniejszą masą beztłuszczową niemowlęcia mierzoną w USG (BMI: $p < 0,010$; % FM: $p=0,004$; FMI: $p < 0,011$). Skład ciała matki nie był związany ani z częstością karmienia ani z 24-godzinnym poborem mleka. Wyniki te potwierdzają, że wczesny okres życia jest krytycznym oknem dla programowania niemowląt i że karmienie piersią może wpływać na ryzyko późniejszej choroby poprzez modulację składu ciała.

Piśmiennictwo: Gridneva, Z., Rea, A., Hepworth, A. R., Ward, L. C., Lai, C. T., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2018). Relationships between breastfeeding patterns and maternal and infant body composition over the first 12 months of lactation. *Nutrients*, 10(1), [45]. <https://doi.org/10.3390/nu10010045>

Abstract

Is it possible to overfeed a baby with breast milk and what are the consequences?

Increasing numbers of benefits of being breastfed are being documented in the literature including those in both the short and long term. The mechanisms by which these benefits are conferred to the baby are complex and remain unclear. Animal models, however, provide evidence that nutrition in very early in life impacts both obesity and metabolic programming and subsequently disease risk later in life.

Breast milk contains a plethora of components that potentially regulate infant appetite and body composition. Many studies fail to show relationships between the concentration of components in the milk and infant body mass index (as an indicator of body composition). We have found the dose or intake of the component is related to development of the baby's body composition. Interestingly, some components like leptin levels in milk are related to the mother's adiposity.

Recently we have explored the links between milk composition and milk volume in larger breastfed babies. This talk will discuss these findings with respect to normal growth and development.

Notatki

Notatki

Co personel medyczny wie o wartości mleka kobiecego? Badanie CNoL

**Dr n med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. o zdr. Beata Szyber,
lek. Dorota Bębenek, lek. Agnieszka Browarska, lek. Karolina Brzózka**

Oczywistością nie wymagającą potwierdzenia badaniem naukowym jest fakt, że naszym pacjentom przekazujemy to, co sami wiemy. Im szerszą i bardziej aktualną wiedzę na temat wartości mleka kobiecego ma personel medyczny pracujący z dziećmi i ich rodzicami, tym więcej rodzice dowiedzą się na ten temat. Zadaliśmy medykom pracującym w Polsce 24 pytania dotyczące wartości odżywczej, immunologicznej i zdrowotnej mleka kobiecego. Pytania były oparte na najnowszych doniesieniach naukowych. Celem pracy była ocena jaką wiedzę dysponują medycy.

W badaniu wzięło udział 521 przedstawicieli zawodu medycznego, z których 27% odbywało kurs podyplomowy wiedzy o laktacji. Można powiedzieć, że nasi lekarze, położne, pielęgniarki mają dobrą wiedzę teoretyczną na temat kobiecego mleka. Wszyscy uważają mleko kobiece za najbardziej wartościowe i uznają konieczność podawania go noworodkom zaraz po porodzie. Nie wszyscy wiedzieli, że w mleku kobiecym są komórki macierzyste i kompleks o działaniu przeciwnowotworowym HAMLET. Ale na podchwytliwe pytanie o przechodzenie laktozy z diety matki do pokarmu oraz o stosowaniu u matek diety lekkostrawnej prawie nie dali się złapać (76% i 85%). 92,5% uznaje wartość mleka w drugim roku życia. Najwięcej niepewności wzbudził temat przenikania leków branych przez matkę. 30% myśli, że jak matce niemowlęcia zabraknie pokarmu, będzie mogła uzyskać go w Banku Mleka.

Warto wspomnieć, że tematyką wiedzy personelu medycznego zajmowaliśmy się już kilka lata temu. Dwa badania wykonane przez nas w ramach prac doktorskich pokazały, że wiedza personelu, który bezpośrednio kontaktuje się z matkami karmiącymi i twierdzi, że udziela porad laktacyjnych, była mocno niedoskonała i niewystarczająca do wypełniania zadań. Najniższą wiedzę posiadały osoby, które miały wiedzę pochodzącą z kształcenia przeddyplomowego oraz podyplomowego w ramach specjalizacji z neonatologii, położnictwa, pediatrii, pielęgniarstwa położniczego, a także pracujące w opiece środowiskowej oraz w klinikach. Najwyższy poziom wiedzy prezentowały osoby, które wykazywały najwyższą aktywność edukacyjną (odbywały kursy dokształcające, zdobywały międzynarodowe certyfikaty umiejętności w dziedzinie laktacji). [1, 2] Widać wyraźnie, jak na przestrzeni lat wiedza dociera do medyków!

Wyższy poziom wiedzy laktacyjnej wśród personelu przekłada się na: lepszą organizację opieki okołoporodowej sprzyjającej laktacji (10 kroków), lepsze wyposażenie oddziału w sprzęt wspomagający laktację (odciągacze pokarmu, końcówki sterylne, pojemniki do przechowywania mleka, fotele, poduszki, podnóżki i in.), większą ilość dostępnych form pomocy dla matek karmiących (poradnia laktacyjna, doradca w zespole terapeutycznym na oddziale, grupa wsparcia i inne), wyższą jakość udzielanych porad laktacyjnych w profesjonalnych formach (porada bezpośrednia, udokumentowana, instruktaż, postępowanie terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą). [1]

Z podobnym tematem zmierzyły się niedawno dwie badaczki z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, które wykazały jak niewiele matek ciężarnych (23%) wie, że w pokarmie ludzkim są komórki macierzyste. Co zgadza się z naszymi wynikami, że medycy też nie są tego pewni. Wykazały jednocześnie jak posiadanie tej wiedzy było motywujące matki do dłuższego karmienia piersią. [3]

1. Szyber B. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez Polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kwiecień 2012
2. Nehring-Gugulska M., et al. Breastfeeding Knowledge among Polish Healthcare Practitioners Supporting Breastfeeding Mothers. Nurse Education in Practice (2015)
3. Witkowska-Zimny, M.; Majczyna, D. How Knowledge about Stem Cells Influences Attitudes towards Breastfeeding: Case Study of Polish Women. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 2382.

Notatki

Karmienie piersią a dieta eliminacyjna matki – badanie CNoL 2021

**Magdalena Nehring Gugulska, Małgorzata-Popiel, Dorota Bębenek,
Agnieszka Krauze**

Gdy przegląda się wielojęzyczne strony internetowe dla rodziców małych dzieci można stwierdzić, że tłumaczenie „alergią” wszelkich zachowań dziecka uciążliwych dla rodziców i w konsekwencji stosowanie diety eliminacyjnej przez karmiące matki, są bardzo powszechne. Gdy dziecko jest niespokojne, płaczliwe, miewa kolki, luźne stolce, ulewa pokarm i ma inne tego typu, często fizjologiczne, objawy, rodzice są mocno zaniepokojeni. Dość łatwo i w sposób przekonujący tłumaczy się ten stan rzekomymi alergenami z diety matki docierającymi do dziecka przez pokarm matki. W zasadzie ciężko znaleźć inne wytłumaczenie!

Równie powszechne i mocno zakorzenione jest przekonanie, że unikanie produktów najczęściej kojarzonych z reakcjami alergicznymi, uchroni dziecko przed alergią w przyszłości. Internet roi się od dramatycznych historii matek, które „dla dobra dziecka”, zubażają swój organizm o wartościowe składniki ważne dla ich zdrowia. Do tego wszystkiego, po lekturze internetu, każdy rodzic odniesie wrażenie, że alergologia pokarmowa dotyczy 80% niemowląt lub więcej.

Naukowcy, badacze tematu, patrzą na to zupełnie inaczej. Po pierwsze białka (potencjalne alergeny białkowe) z diety matki są trawione w jej przewodzie pokarmowym przy udziale enzymów proteolitycznych. Białka są makrocząsteczkami zbudowanymi z tysięcy aminokwasów połączonych wiązaniami peptydowymi. Powstałe w ten sposób łańcuchy polipeptydowe tworzą złożone, przestrzenne struktury, często zawierające elementy niebiałkowe. Rozkład takich związków w czasie trawienia jest złożonym procesem i zachodzi na kilku etapach, w kolejnych odcinkach przewodu pokarmowego. Finalnie otrzymujemy tripeptydy, dipeptydy i aminokwasy. Natomiast proces tworzenia mleka ludzkiego zachodzi w innym miejscu. Mleko ludzkie wydziela się w gruczołach, którego funkcją jest tworzenie ludzkiego białka w nabłonku wydzielniczym. To białko składa się z połączonych ze sobą aminokwasów w peptydy (do 50 AA), peptydów w łańcuchy (90 i więcej AA). Białko ludzkie następnie jest trawione w przewodzie pokarmowym dziecka przez enzymy proteolityczne. Czyli znów cięte na małe peptydy i aminokwasy. Następnie wchłaniane do organizmu dziecka, gdzie potencjalnie mogłyby wywołać jakąś reakcję. Jeśli nawet niewielkie fragmenty peptydów pochodzących z krowiego mleka wbudowują się w ludzkie białka, to są to ilości znikome, rzędu nanogramów na mililitr. [1] Dotychczas stosowane metody wykrywające obecność tych fragmentów były zbyt niedoskonałe, obecnie stosuje się czułe metody badawcze oparte na spektrofotometrii mas (MS). [2] Ponieważ natura jest mądra, prawdopodobnie stworzyła mechanizm ochronny dla dziecka. Obecnie uważa się, że te nano ilości mają znaczenie dla wytwarzania tolerancji, a nie alergii. [3] Samą alergię wytworzą szybciej i wprost pełne cząsteczki obcych białek zawarte choćby w mlekach sztucznych dość hojnie podawanych dzieciom w pierwszych dobach życia. [4]

Warto pamiętać, że reakcje skórne zazwyczaj wynikają z bezpośredniej reakcji skóry na wielkocząsteczkowe alergeny białkowe lub związki drobnocząsteczkowe (hapteny). Z kolei reakcja na antygen podany na śluzówki może być burzliwa i szybka. **Antygeny białkowe pochodzące z żywności można przenieść na dłoniach wprost na śluzówki i skórę dziecka! Dlatego należy myć ręce przed karmieniem dziecka!!!**

W przeciwieństwie do tego, co rodzice wyczytują z internetu, częstość występowania alergii na pokarmy u niemowląt jest bardzo niska. Dotyczy głównie niemowląt żywionych sztucznie, ponieważ tylko one mają kontakt z białkiem obcego gatunku podanym w całości do przewodu pokarmowego. Niemowlęta żywione naturalnie nie otrzymują antygeny bezpośrednio. Mogły go otrzymać w szpitalu, po porodzie, wszak ponad połowa noworodków w Polsce jako pierwszy pokarm otrzymuje mleko sztuczne. Wtedy kolejny kontakt z antygenem (dokarmianie) może skutkować reakcją alergiczną. Szacuje się, że wśród wyłącznie karmionych piersią niemowląt odsetek ten nie przekracza 0,5% [5]

Nie udowodniono związku między dietą eliminacyjną matki a jej ochronnym wpływem na rozwój alergii u dziecka. [6,7,8]

Udowodniono natomiast, że alergia na pokarmy występuje częściej u dzieci, których matki stosowały dietę eliminacyjną. [9]

Przyjęto pewien schemat postępowania z dzieckiem, u którego konkretne objawy (krew w stolcu, bóle brzucha, zmiany skórne) są skrajnie nasilone, uporczywe i prowadzące do słabego przyrostu masy. W celu potwierdzenia związku z reakcją na fragmentaryczny antygen białkowy w ilości znikomej w mleku lub może z rąk czy otoczenia matki, można podjąć krótkotrwałą (2–4 tygodniową) próbę wyłączenia go z diety matki, zapewniając jej równocześnie podaż wapnia poprzez suplementację 1000 mg dziennie. Wyłączenia dotyczą najczęstszych alergenów: białek zwierząt kopytnych, jaj, orzeszków ziemnych. Celem potwierdzenia diagnozy należy wykonać u dziecka badania IgE specyficznych. Jeśli nie zaobserwuje się poprawy, należy powrócić do normalnej diety. Dziecko jest cały czas karmione piersią. Uwaga – częsty błąd w praktyce, to podawanie w tym czasie mleka modyfikowanego (pełnego antygeny białkowego).

Mając powyższe na uwadze postanowiliśmy przyjrzeć się jak stosowane są diety eliminacyjne wśród mam karmiących w Polsce. Wykluczyliśmy matki spoza Polski.

Badanie ankietowe objęło prawie 1500 mam, które zetknęły się z tematem diety eliminacyjnej w okresie laktacji. Prawie połowa biorących udział w badaniu wykluczała niektóre produkty ze swojej diety. W dominującym odsetku (44%) taką dietę zalecił pediatra, ale w 18% dieta została wprowadzona decyzją samej mamy.

Podobne dane uzyskaliśmy w badaniu z 2016 roku, 43% matek uzyskało takie zalecenie od swojego pediatry, a w 2017 roku – 50% matek uzyskało od położnej informację, aby unikać niektórych produktów „na wszelki wypadek”. (...) [10,11]

W badaniu Korcz i Lehman z 2020 roku 29% matek stosowało dietę eliminacyjną podczas karmienia piersią, głównie z polecenia lekarza. [12]

Objawy u dziecka, które skłaniały personel medyczny do zalecania diet matkom nie odpowiadały objawom, które by do tego uprawniały. Bywało, że „diety stosowano z byle

powodu” np. zielonych stolców, niepokoju dziecka. Eliminacja pokarmów z diety matki była podyktowana przede wszystkim zmianami skórными oraz dolegliwościami brzuszными dziecka. Większość mam wykluczała produkty potencjalnie alergizujące, choć niemal 15% ankietowanych wykluczała z diety także produkty zawierające laktozę i było to im zalecane w przez personel medyczny. 60% ankietowanych utrzymywała dietę eliminacyjną przez ponad miesiąc.

Czy dieta eliminacyjna przyniosła poprawę?

Czy wykonywano badania dodatkowe?

Czy stosowanie diety eliminacyjnej było dla ankietowanych wyczerpujące?

Pełen raport z badania zostanie przedstawiony podczas Zjazdu CNoL.

1. Schocker F, Scharf A, Kull S, Jappe U. Detection of the peanut allergens Ara h 2 and Ara h 6 in human breast milk: development of 2 sensitive and specific sandwich ELISA assays. *Int Arch Allergy Immunol.* (2017). 174:17–25. doi: 10.1159/000479388
2. Picariello G, De Cicco M, Nocerino R et al. Excretion of Dietary Cow’s Milk Derived Peptides Into Breast Milk. *Frontiers in Nutrition* | www.frontiersin.org 1 March 2019, Volume 6, Article 25
3. Chinthrajah RS, Hernandez JD, Boyd SD et al. Molecular and Cellular Mechanisms of Food Allergy and Food Tolerance. *J Allergy Clin Immunol.* 2016 April ; 137(4): 984–997. doi:10.1016/j.jaci.2016.02.004.
4. Da Silva D, Halken S, Singh C et al. Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials. *European Academy of Allergy, Clinical Immunology Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group.* First published: 12 May 2020 <https://doi.org/10.1111/pai.13273>
5. Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow’s Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. *World Allergy Organ J.* 2010;3:57–61.
6. Greer F.R., Sicherer S.H., Burks A.W. The effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: The role of maternal dietary restriction, breastfeeding, hydrolyzed formulas, and timing of introduction of allergenic complementary foods. *Pediatrics.* 2019;143:e20190281. doi: 10.1542/peds.2019-0281. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
7. Rajani P.S., Martin H., Groetch M., Järvinen K.M. Presentation and management of food allergy in breast-fed infants and risks of maternal elimination diets. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.* 2019 doi: 10.1016/j.jaip.2019.11.007. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
8. Kramer M.S., Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;9 doi: 10.1002/14651858.CD000133.pub3. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
9. Stråvik, M., et al. (2020) Maternal Intake of Cow’s Milk during Lactation Is Associated with Lower Prevalence of Food Allergy in Offspring. *Nutrients.* doi.org/10.3390/nu12123680.
10. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Wizyty u lekarza pediatry, pobyt w szpitalu z chorym dzieckiem, miejsce pracy. Część 1. 2016.
11. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Wizyty położnej środowiskowej i u lekarza ginekologa położnika. Raport z badania Centrum Nauki o Laktacji. Część 2. 2017.
12. Karcz K. Lehman I. Królak-Olejnik B. Foods to Avoid While Breastfeeding? Experiences and Opinions of Polish Mothers and Healthcare Providers. *Nutrients* 2020, 12, 1644

Notatki

Czy to na pewno jest alergia?

– rozważania praktyczne w świetle aktualnej wiedzy

Dr. n.med. Agnieszka Krauze

Definicja

W ostatnim dziesięcioleciu dokonały się istotne zmiany dotyczące definicji alergii pokarmowej. W 2001 r. Europejska Akademia Alergologii i Immunologii (EAACI) [3] ujednoliciła alergologiczne nazewnictwo, wprowadzając termin nadwrażliwości pokarmowej (food hypersensitivity) dla określenia reakcji niepożądanych związanych z pokarmem. Przy zaangażowaniu w jej przebieg mechanizmów immunologicznych rozpoznawano alergię na pokarm (IgE-zależna lub IgE-niezależna). Pozostałe reakcje nazwano niealergiczną nadwrażliwością na pokarm. W 2003 r. World Allergy Organization (WAO) dokonała przeglądu dotychczasowych podziałów i zaproponowała usunięcie terminu alergii pokarmowej IgE-zależnej. Pozostałe reakcje znalazły się w grupie niealergicznymi reakcji pokarmowych. [4] (...)

Alergeny białka mleka krowiego

Mleko krowie zawiera ok. 20–30 białek, które mogą uczulać. [6,7] Wyróżnia się dwie podstawowe frakcje białek mleka krowiego (BMK): kazeiny (Bos d8) i białka serwatkowe. Białka kazeinowe dzielą się na frakcje: α 1, α 2, β , γ 1, γ 2, γ 3, κ , z których najczęściej uczulają frakcje α , najmniej κ . Białka serwatkowe to: α -laktoglobulina Bos d4, β -laktoglobulina Bos d5, bydlęca albumina surowicza Bos d6 i bydlęca immunoglobulina Bos d7. Najsilniejszym alergenem serwatki jest β -laktoglobulina, występuje ona w mleku wielu ssaków (brak jej w mleku kobiecym), a 13–76% chorych prezentuje objawy na ten alergen. Kolejnym alergenem jest α -laktoglobulina, procent uczulonych na to białko waha się od 0 do 80% (w zależności od prezentowanych wyników badań).

Kazeina Bos d8 i β -laktoglobulina Bos d5 są termo stabilnymi alergenami pokarmowymi 1 klasy, opornymi na działanie enzymów proteolitycznych i kwasu solnego. Ta cecha powoduje, iż procesy technologiczne: pasteryzacja, ogrzewanie, przygotowanie suchego proszku, nie zmieniają antygenowości–alergenowości BMK, a więc przetwory mleczne jak sery, masło, śmietana, serwatka czy lody również zawierają białka o właściwościach alergizujących. Pojedyncze doniesienia wskazują na to, że poddanie dłuższej ekspozycji mleka na wysoką temperaturę zmniejsza jego alergenowość, powodując to, iż produkty piekarnicze zawierające białka mleka (upieczone ciastka) są tolerowane przez część spożywających je dzieci z ABMK. [8] Istnieje silna krzyżowa reakcja między białkami mleka ssaków: największa pomiędzy BMK a białkami mleka owczego i koziego, najmniejsza z mlekiem kłaczy, oślicy, jaka i wielbłądzący. To ostatnie, podobnie do mleka kobiecego, nie zawiera β -laktoglobuliny Bos d5. [9] Uczulenie na bydlęcą surowiczą albuminę Bos d6, która jest zawarta w mleku krowim, mięsie wołowym i cielęcym, jest zróżnicowane, a objawy występują u 20% chorych.

Ponieważ nadwrażliwość na mięso wołowe i cielęce występuje jedynie u części uczulonych na BMK, nieuzasadnione jest eliminowanie tych mięs u wszystkich dzieci, natomiast racjonalne jest eliminowanie BMK przy uczuleniu na wołowinę. [8]

Historia naturalna ABMK

Większość dzieci nabywa tolerancji na ten alergen w pierwszych latach życia. 75% dzieci z IgE-zależną ABMK wytwarza trwałą tolerancję do 3. roku życia. [14] W badaniu włoskiej populacji (MiCMAC) Fiocchi i wsp. potwierdzili DBPCFC w grupie 112 dzieci tolerancję na BMK w 3. roku życia u 59 dzieci. [15] Nabycie tolerancji jest możliwe w każdym wieku, nawet u nastolatków, na co wskazuje obserwacja kohorty 1749 noworodków urodzonych w 1995 r., wykonana przez grupę Hosta, gdzie nabyta tolerancja na BMK odnotowano u 77% dzieci do 2. roku życia, 87% do 3. roku życia i 97% do 15. roku życia. [16] Wytwarzanie tolerancji na BMK, współwystępowanie alergii na inne alergeny pokarmowe oraz potwierdzenie teorii marszu alergicznego przyniosło badanie duńskie Hosta. [17] W 1. roku życia tolerancję nabyło 45–50%, w 2. 60–75%, a w 3. 85–90% dzieci z ABMK. U 50% badanej grupy występowała nietolerancja innych pokarmów, a po okresie dojrzewania u 50–80% obserwowano uczulenie na alergeny inhalacyjne.

Dzieci z nadwrażliwością pokarmową wywołaną w mechanizmie IgE-niezależnym szybciej rozwijają tolerancję nie pacjenci z IgE-zależną ABMK. W populacji niemowląt karmionych piersią i z objawami indukowanego mlekiem alergicznego zapalenia jelita grubego, tolerancję BMK większość dzieci nabyła między 6. a 23. miesiącem życia. [6] (...)

Abstract

Cow milk allergy Summary Cow milk allergy (CMA) may affect between 1.9% to 3.2% of infants and about 0.3% of adults. Milk induced allergic reactions are responsible for a variety of symptoms involving the skin, gastrointestinal and respiratory tracts. Diagnosis requires a careful medical history. Laboratory studies (sIgE) and skin prick tests could be helpful, but double blind placebo control oral food challenge is a golden standard for confirmation of diagnosis (for small children open challenge). Currently, management of CMA consists of elimination of cows milk protein from the infants or mothers diet. For formula fed children extensively hydrolyzed protein (casein or whey formula) are recommended. Amino acid preparations are preferred for very severe CMA or children who developed anaphylaxis after introduction of milk. Keywords: food allergy, cow milk allergy, elimination diet, allergens.

Fragmenty artykułu: Krauze A. Szylling A.

Alergia na białko mleka krowiego, Terapia 9, z. 2/2012

Postępowanie w stanach zagrożenia życia u dzieci: wstrząs anafilaktyczny

Forum Pediatrii Praktycznej, 40-44,5/2019 (29) dr n. med. Agnieszka Krauze, City Clinic, Warszawa (fragmenty)

STRESZCZENIE

Wstrząs anafilaktyczny to ciężka, szybko rozwijająca się reakcja anafilaktyczna (anafilaksja), w której występuje obniżenie ciśnienia tętniczego zagrażające życiu. Główne czynniki wywołujące anafilaksję u dzieci to: pokarmy, leki, jady owadów błonkoskrzydłych,

białka podawane pozajelitowo, a także preparaty alergenów stosowane w diagnostyce i immunoterapii. Objawy anafilaksji pojawiają się najczęściej w ciągu kilku sekund do kilku minut po narażeniu na czynnik wywołujący (ale niekiedy później – nawet do kilku godzin) i dotyczą:

- skóry i tkanki podskórnej: pokrzywka/obrzęk naczynioruchowy, rumień,
- układu oddechowego: obrzęk górnych dróg oddechowych, chrypka, stridor, kaszel, świsty, duszność, nieżyt nosa,
- przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, ból brzucha, biegunka. Objawy mogą występować w formie reakcji ogólnoustrojowej z hipotensją i innymi objawami wstrząsu. Im szybciej się rozwijają, tym większe jest ryzyko anafilaksji ciężkiej i zagrażającej życiu.

Rozpoznanie anafilaksji stawiane jest na podstawie objawów, a leczenie polega przede wszystkim na domięśniowym podaniu adrenaliny. Po podaniu adrenaliny konieczna jest szpitalna obserwacja. (...)

Kryteria kliniczne rozpoznania anafilaksji według World Allergy Organisation (WAO) [5]

Anafilaksja wysoce prawdopodobna przy trzech kolejnych scenariuszach:

1. nagłe objawy (w ciągu minut/godzin) w obrębie skóry i/lub błon śluzowych (pokrzywka, świąd/zaczerwienienie, obrzęk warg, języka) oraz jeden z poniższych: zaburzenia oddychania (np. duszność, skurcz oskrzeli z towarzyszącym świstem, stridor, zmniejszony PEF, hipoksemia), spadek ciśnienia krwi/omdlenie.
2. co najmniej 2 objawy z poniższych występujące krótko po kontakcie z alergenem, który prawdopodobnie wywołał reakcję u danego pacjenta (w ciągu kilku minut lub godzin): zmiany w obrębie skóry i błony śluzowej (uogólniona pokrzywka, świąd i zaczerwienienie, obrzęk warg, języka), zaburzenia oddychania (np. duszność, skurcz oskrzeli z towarzyszącym świstem, stridor, zmniejszony PEF, hipoksemia), spadek ciśnienia krwi lub objawy wskazujące na niewydolność narządów (hipotensja, omdlenie, niekontrolowane oddanie moczu/stolca), zaburzenia żołądkowo-jelitowe (np. kurczowy ból brzucha, wymioty).
3. spadek ciśnienia krwi po kontakcie ze znanym alergenem wywołującym reakcję u danego pacjenta (w ciągu kilku minut lub godzin): niemowlęta i dzieci – niskie ciśnienie tętnicze skurczowe (dla danej grupy wiekowej) lub spadek ciśnienia skurczowego o $> 30\%$ w stosunku do wartości wyjściowej, dorośli – ciśnienie tętnicze skurczowe < 90 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o $> 30\%$ w stosunku do wartości wyjściowej [5]. (...)

Czynniki wywołujące anafilaksję u dzieci to przede wszystkim:

- Pokarmy podane dziecku – mleko, jajko, soja, pszenica, ryby, owoce morza, orzechy ziemne, drzewne

- Leki – antybiotyki, NLPZ, radiologiczne środki cieniujące
- Jady owadów błonkoskrzydłych
- Białka podawane pozajelitowo – krew, hormony, surowice
- Alergeny wziewne np. sierści zwierząt (koń)
- Lateks

Objawy potencjalnie trudne do interpretacji u niemowlęcia i dlaczego?

Objawy są trudne do interpretacji ponieważ inne często niegroźne problemy zdrowotne również mogą je prowokować.

Ogólne: niespecyficzne – uporczywy płacz, rozdrażnienie, strach

Skóra/śluzówki: zaczerwienienie (też przy gorączce, przegrzaniu, płaczu)

Ukł.oddechowy: chrypka, bezgłos, ślinienie się, wystawienie języka

Ukł.pokarmowy: ulewanie, luźne stolce, kolkowy ból brzucha

Ukł.krążenia: hypotensja

OUN: senność (częsta u niemowląt po posiłku)

Objawy anafilaksji, których małe dziecko nie może opisać:

Ogólne: uczucie ciepła, osłabienie, lęk

Skóra/śluzówki: świąd języka, podniebienia, gardła, uszu, metaliczny smak

Ukł.oddechowy: zatkanie nosa, ściskanie gardła, klatki piersiowej, duszność

Ukł.pokarmowy: dysphagia, nudności, ból brzucha

Ukł.krążenia: uczucie osłabienia, zawroty głowy, zaburzenia widzenia, osłabienie słuchu, palpacje

OUN: ból głowy

NAJNOWSZE

Wytyczne Europejskiej Akademii Alergologii EAACI dotyczących profilaktyki alergii pokarmowej u niemowląt i małych dzieci 2020 – aktualizacja

EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update)

Susanne Halken, Antonella Muraro, Debra de Silva, Hania Szajewska

Kluczowe zmiany, sugestie:

1. Unikanie stosowania w pierwszym tygodniu życia dziecka mieszanki mleka krowiego w postaci standardowego mleka modyfikowanego jako pokarmu uzupełniającego
2. Wprowadzania do diety niemowląt w wieku 4.–6. miesiąca życia w ramach żywienia uzupełniającego dobrze ugotowanego jaja oraz orzeszków ziemnych w populacjach, w których występuje duża częstość alergii na ten alergen
3. Nie zaleca się unikania alergenów pokarmowych podczas ciąży oraz w trakcie karmienia piersią dzieci bez alergii pokarmowej
4. Nie zaleca się stosowania produktów sojowych w pierwszych 6 miesiącach życia w celu zapobiegania alergii pokarmowej.

Notatki

Mleko mamy-ozdrowieńca lub szczepionej przeciw COVID 19 – okiem klinicysty

prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik
Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu,
Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

Mimo, że mleko kobiece jest uważane za najlepsze źródło pożywienia dla noworodków, niemowląt i małych dzieci, początek globalnej pandemii COVID-19 i brak wiedzy na temat przenoszenia wirusa SARS-CoV-2 spowodował ogromne zamieszanie wokół ciężarnych, rodzących, matek i ich dzieci. Według pierwszych zaleceń chińskich zakażenie COVID-19 stanowiło wskazanie do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego, oddzielenia matki od dziecka i karmienia mieszanką sztuczną. Kolejne zalecenia WHO, CDC, AAP nie były już tak restrykcyjne. W Europie pandemia najbardziej doświadczyła Włochów, ale też ich analizy i zalecenia wpłynęły na zmianę rekomendacji w wielu krajach, częściowo także w Polsce.

Nie ma obecnie przekonujących dowodów sugerujących, że transmisja SARS-CoV-2 z zakażonej matki na noworodka może nastąpić przez mleko. Karmienie piersią może stanowić źródło przeciwciał chroniących przed zakażeniem SARS-CoV-2. Korzyści żywieniowe, immunologiczne i rozwojowe wynikające z karmienia piersią, jeżeli pozwala na to stan zdrowia matki, przewyższają potencjalne ryzyko przeniesienia zakażenia, biorąc pod uwagę, że niemowlęta zazwyczaj chorują łagodnie. Według aktualnych zaleceń WHO, AAP, UENPS nie ma przeciwwskazań do karmienia piersią bezpośrednio po porodzie. Konieczne jest jednak stosowanie zasad prewencji, zakażona matka powinna nosić maskę chirurgiczną, przestrzegać zasad higieny oraz myć ręce i piersi wodą z mydłem. Obecność w pokarmie naturalnym przeciwciał reagujących z antygenami wirusa SARS-CoV-2 (S1 + S2 + nukleokapsyd) może wywoływać bierną immunizację u niemowląt karmionych mlekiem matki. Przeciwciała SIgA, IgA, IgG znajdujące się w pokarmie matki, wykazujące wielokierunkowe działanie i reakcje krzyżowe wobec różnych koronawirusów, mogą wykazywać aktywność skierowaną przeciwko SARS-CoV-2 i w ten sposób ograniczać szerzenie się zakażenia. Mimo, że do chwili obecnej nie udowodniono działania protekcyjnego przeciwciał znajdujących się w pokarmie, które zabezpieczyłyby noworodka przed zachorowaniem, należy podtrzymywać laktację, i zachęcać do karmienia naturalnego. Jedynym przeciwwskazaniem do takiego postępowania może być ciężki stan kliniczny matki. Zarówno międzynarodowe jak i krajowe towarzystwa, w tym WHO i AAP, popierają ochronę karmienia piersią podczas tej pandemii. Mimo, że nie jest znane ryzyko przeniesienia remdesiviru (leku przeciwwirusowego stosowanego w leczeniu umiarkowanej lub ciężkiej postaci choroby SARS-CoV-2) na niemowlę przez mleko matki, nie odnotowano żadnych działań niepożądanych u noworodka, którego matka była leczona z powodu zakażenia wirusem Ebola.

W porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży, zakażenie SARS-CoV-2 przebiega z poważniejszymi objawami u kobiet ciężarnych, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem hospitalizacji, pobytu na oddziale intensywnej terapii i zgonu. Pomimo wyższego ryzyka,

kobiety ciężarne i karmiące nie zostały włączone do żadnych początkowych badań szczepień przeciwko COVID-19. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do powstania setek platform szczepionkowych opracowywanych w celu zwalczania SARS-CoV-2. Niestety kobiety ciężarne i w okresie laktacji były pomijane w badaniach terapeutycznych oraz badaniach dotyczących stosowania szczepień. Chociaż American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and the Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) zachęcały Food and Drug Administration (FDA) do objęcia badaniami klinicznymi dotyczącymi szczepień kobiet w ciąży ze względu na podwyższone ryzyko ciężkiego przebiegu choroby w tej populacji.

Opracowano kilka szczepionek przeciwko SARS-CoV-2, jednak żadna z nich nie była badana w okresie karmienia piersią. Dwie pierwsze szczepionki dostępne w Stanach Zjednoczonych (firmy Pfizer-BioNTech i Moderna) są szczepionkami zawierającymi mRNA. Inne szczepionki (firmy Janssen-Johnson&Johnson, Astra-Zeneca, Sputnik-V i CanSino) są produkowane przy użyciu technologii rekombinacji DNA zakażonych adenowirusem komórek ludzkich lub zwierzęcych. Innym rodzajem szczepionki jest inaktywowana szczepionka zawierająca całego wirusa SARS-CoV-2 (firmy Bharat Biotech i Sinovac). Żadna z tych szczepionek nie jest żywa, zatem nie powinny być wydzielane do mleka matki lub/i wchłaniane przez niemowlę. Nie stwierdzono, aby te szczepionki wywoływały działania niepożądane u dzieci podczas karmienia piersią. U matek, które otrzymały szczepionkę mRNA, obserwuje się znaczny wzrost przeciwciał przeciw SARS CoV-2 w mleku. Organizacje medyczne i rządowe organy ochrony zdrowia zalecają, aby te szczepionki były oferowane osobom karmiącym piersią, ponieważ potencjalne korzyści ze szczepienia matki w okresie laktacji przewyższają wszelkie teoretyczne ryzyko. Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) nie zaleca zaprzestania karmienia piersią, gdy karmiące matki przyjmą liposomalną szczepionkę opartą na mRNA. Sekcja Medycyny Perinatalnej i Neonatologii Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) wydała oświadczenie, w którym zaleca podejmowanie wspólnych decyzji dotyczących szczepień w okresie ciąży i laktacji. Ryzyko transmisji szczepionki (tj. mRNA SARS-CoV-2) przez łożysko jest mało prawdopodobne, ale istnieje prawdopodobieństwo przeniesienia matczynych przeciwciał IgG w odpowiedzi na szczepionkę. Przeciwciała przeciwko SARS-CoV-2 występują u niemowląt urodzonych przez matki chore na COVID-19, a także w mleku matek chorych na COVID-19. Wykazano, że czynna immunizacja za pomocą różnych szczepionek zwiększa poziom swoistych IgA w mleku matki. Publikowane są prace, w których analizowane jest mleko i wymazy z piersi kobiet chorujących na COVID-19 w kierunku obecności RNA SARS-CoV-2. Zaplanowanie szczepień matek może nie być możliwe w tej fazie pandemii, ważne jest określenie optymalnego czasu szczepienia w celu zwiększenia odporności humoralnej noworodków.

Opieka nad matkami i noworodkami w tym czasie stanowiła wyzwanie dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Wynika to z braku wysokiej jakości dowodów dotyczących strategii postępowania i wyników leczenia zakażonych pacjentów, konieczności oddzielenia lub odizolowania rodziców od niemowląt, przeciążenia systemów szpitalnych w czasie fali zakażeń oraz trudności w zapewnieniu odpowiedniej dalszej opieki. Zaleca się aby kobiety w ciąży i noworodki z zakażeniem SARS-CoV-2 były monitorowane poprzez różne dostępne krajowe rejestry medyczne. Pojawienie się szczepionek w obec-

nym scenariuszu dało promyk nadziei zbliżającego się końca tej choroby. Wpływ szczepień na przenoszenie wirusów pozostaje nieznany. Jeśli wystarczająco duża populacja zostanie uodporniona przez szczepionkę, może dojść do zmniejszenia transmisji z powodu zmniejszenia liczby objawowych zachorowań na COVID-19.

Notatki

Wpływ zmian opieki okołoporodowej wynikających z pandemii COVID-19 na sposób żywienia dzieci – wyniki polskiego badania

dr hab. n. o zdr. Aleksandra Wesołowska, Fundacja Bank Mleka Kobięcego

Wstęp

Trwająca oficjalnie od 4 marca 2020r. epidemia COVID-19 w Polsce spowodowała istotne zmiany w systemie opieki zdrowotnej, w tym w opiece okołoporodowej. W okresie od marca do września ubiegłego roku opiekę nad chorymi na COVID-19, w tym świadczenia związane z porodem matki COVID-19 dodatkowo oraz opiekę poporodową nad noworodkiem, sprawowały wyznaczone zakłady leczenia zamkniętego – 19 szpitali jednoimiennych. Pierwsze zalecenia zmieniające standard sprawowania opieki okołoporodowej w czasie epidemii zostały wydane w Polsce jeszcze w marcu 2020 r. Ich nadrzędnym celem było zmniejszenie ryzyka rozprzestrzeniania się epidemii wirusa SARS-CoV-2. W kwestii sposobu rozwiązania ciąży kobiety chorej na COVID-19 zalecano poród poprzez cesarskie cięcie jako ograniczający kontakt położnicy z personelem, całkowitą izolację dziecka od zakażonej matki w celu minimalizacji ryzyka zakażenia dziecka, oraz unikanie karmienia piersią, a odciągnięte mleko matki traktowano jako materiał zakaźny i poddawano go utylizacji. Aktualizacja zaleceń nastąpiła w maju 2020 i obejmowała wprowadzenie możliwości karmienia dziecka mlekiem własnej matki po zastosowaniu procedur bezpiecznego odciągania mleka oraz dostarczenia go noworodkowi rozdzielonemu od matki. Wprowadzono zalecenie dotyczące umożliwienia dostępu do mleka z banku mleka w sytuacji, gdy z powodów logistycznych nie jest możliwe dostarczenie mleka biologicznej matki. Wraz z rosnącą wiedzą na temat wpływu drogi porodu oraz sposobu karmienia na ryzyko zakażenia noworodka od matki chorującej na COVID-19, w październiku 2020 dostosowano polskie zalecenia do rekomendacji WHO, które od początku mówiły o konieczności utrzymania kontaktu dziecka po porodzie z chorą matką oraz konieczności karmienia dzieci matek COVID-19 dodatnich, naturalnie.

Cel badania

Badanie oceny ryzyka zakażenia noworodka wirusem SARS-CoV-2 przez chorą matkę miało na celu dostarczenie udokumentowanych klinicznie dowodów, które mogłyby być podstawą naukową wprowadzanych zaleceń. Dodatkowo przeprowadzono monitoring implementacji zmieniających się zaleceń dotyczących opieki okołoporodowej ze szczególnym uwzględnieniem ich wpływu na sposób żywienia dziecka.

Materiał i Metoda

W pierwszym badaniu wzięło udział 36 matek, które urodziły dzieci w okresie od marca do września 2020 w jednym ze szpitali jednoimiennym będąc chore na COVID-19.

Od uczestniczek badania pobrano płyn owodniowy, krew pępowinową oraz próbki mleka z pierwszego tygodnia laktacji oraz przeprowadzono ankietę na temat stanu zdrowia matki i dziecka oraz warunków stymulacji laktacji i sposobie żywienia dzieci.

Od wszystkich uczestniczek badania otrzymano ankiety oraz wybrane próbki biologiczne, od 17 matek uzyskano pełen komplet próbek i te przeanalizowano w kierunku obecności materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2 metodą real time PCR w laboratorium analiz genetycznych Warsaw Genomics w Warszawie.

Łącznie przebadano 110 próbek mleka, 17 próbek krwi pępowinowej i płynu owodniowego oraz 22 próbki kału dzieci i w żadnej próbce nie wykryto materiału genetycznego wirusa SARS-CoV-2.

Monitoring implementacji zaleceń przeprowadzono poprzez ankietę CAPI udostępnianą online w okresie od stycznia do marca do wypełnienia w narzędziu *Survey Monkey* przez kobiety które rodziły w okresie pandemii jako chore na COVID-19 lub będące podejrzane o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w chwili porodu.

Wyniki i wnioski

Badanie potwierdziło, że ryzyko zakażenia dziecka wirusem SARS-CoV-2 w czasie porodu oraz przez mleko chorej na COVID-19 matki jest znikome – wszystkie noworodki były zdrowe.

Badanie potwierdziło, że w początkowym etapie pandemii (marzec–wrzesień 2020) przebieg zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u kobiet w ciąży i połogu był umiarkowany, łagodny lub bezobjawowy.

Badanie wykazało, że w grupie dzieci matek chorujących na COVID-19 w chwili porodu, większość dzieci przyszła na świat przez cięcie cesarskie oraz była żywiona sztucznie niezależnie od kilkakrotnych aktualizacji rekomendacji od początku pandemii COVID-19.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami Ministerstwa Zdrowia dotyczącymi postępowania z kobietą rodzącą jako COVID-19 dodatnia, sam status epidemiologiczny pacjentki nie ma wpływu na sposób zakończenia ciąży, o cięciu cesarskim powinny decydować względy kliniczne.

Zgodnie z aktualnymi zaleceniami MZ dotyczącymi postępowania z noworodkiem matki COVID-19 dodatniej po porodzie, decyzja o kontakcie „skóra do skóry”, przebywaniu matki z dzieckiem oraz sposobie karmienia, zależy od stanu zdrowia matki oraz jej świadomej decyzji podjętej na podstawie udzielonych przez personel medyczny informacji o bilansie korzyści i ryzyka dla obojga – matki i dziecka, wynikającego z zaniechania lub podjęcia postępowania okołoporodowego w sytuacji zakażonej SARS-CoV-2 położnicy.

Podziękowania

Serdecznie podziękowania należą się wszystkim pracownikom medycznym, lekarzom, położnym oraz administracji szpitali jednoimiennych, które na początku pandemii COVID-19 odpowiedziały pozytywnie na inicjatywę podjęcia badań w grupie kobiet zakażonych wirusem SARS-CoV -2 w trosce o zdrowie i dobrostan matek i dzieci, a byli to pracownicy następujących jednostek:

1. Klinika Neonatologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
2. Bank Mleka Kobiecego, UCK Gdańsk,

3. Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
4. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu
5. Szpital Rejonowy im. dr J. Rostka w Raciborzu
6. Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o.
7. Klinika Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie
8. Oddział Neonatologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku,
9. Oddział Położnictwa, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
10. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach
11. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinie
12. Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
13. Oddział Neonatologii, Wojewódzki Szpital w Tychach, MEGREZ Sp. z o.o.
14. Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinie Zdroje, Oddział Neonatologii

Badania zostały zrealizowane dzięki środkom z rezerwy Prodziekana ds. Nauki i Transferu Technologii WUM, współfinansowaniu ze środków z WHO Europa jak również wsparciu udzielonemu przez firmy: Warsaw Genomics – Laboratorium Analiz Genetycznych, Petra Medica Sp. z o.o., Dan-Lab wyposażenie laboratorium oraz Medela Polska.

Notatki

Rekomendacje PTN dotyczące leczenia żółtaczek u noworodków w praktyce

Justyna Tołłoczko

Kierownik Oddziału Neonatologii Szpitala Solec w Warszawie

Streszczenie:

Żółtaczka jest najczęściej obserwowanym objawem w okresie noworodkowym. Ważne jest aby znać nie tylko przyczyny hiperbilirubinemii ale także wskazania do leczenia. Istotna jest wnikliwa obserwacja stanu klinicznego oraz monitorowanie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej. Przedłużająca się żółtaczka okresu noworodkowego stanowi duży problem, nie tylko dla rodziców, ale i dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Należy też pamiętać, że zażółcenie powłok skórnych związane z karmieniem piersią może być widoczne nawet do 12. tygodnia życia.

Słowa kluczowe: żółtaczka, noworodek

W 2015 roku ukazały się Standardy Opieki Medycznej nad noworodkiem w Polsce – Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Wśród 28. zasad postępowania dotyczących różnych zagadnień neonatologii znalazł się również standard postępowania w przypadku żółtaczek okresu noworodkowego. Aktualnie oczekujemy na czwarte, rozszerzone wydanie Standardów. Ujednolicenia postępowania w poszczególnych jednostkach chorobowych ma wpływ na poprawę jakości leczenia zgodnie aktualnym stanem wiedzy. Zalecenia wielu światowych i europejskich towarzystw pediatrycznych dotyczące leczenia żółtaczek noworodków urodzonych ≥ 35 . t.c. oparte są na wytycznych Amerykańskiej Akademii Pediatrii (American Academy of Pediatrics, AAP) opublikowanych w 2004 r.

Żółtaczka jest jednym z najczęściej obserwowanych objawem klinicznym w okresie noworodkowym. Występuje zarówno u noworodków donoszonych (u 60–70%) jak i urodzonych przedwcześnie. To jedyny okres w życiu człowieka, w którym rozpoznajemy żółtaczkę fizjologiczną. Jest to adaptacja naszego organizmu do życia pozałonowego. Pojawia się po 24. godzinach życia i ustępuje zwykle po 7. dobie. Jednakże istnieją czynniki nasilające przebieg tego procesu i powodują, że wysokie stężenia bilirubiny mogą uszkodzić ośrodkowy układ nerwowy. Następstwem tego może być encefalopatia bilirubinowa lub żółtaczka jąder podkorowych mózgu (kernicterus). Jest to przyczyna nieprawidłowego rozwoju psychoruchowy dziecka a w skrajnych przypadkach nawet śmierci. Ważne jest, aby monitorowanie hiperbilirubinemii i znajomość czynników ryzyka jej nasilenia pozwoliły na rozpoczęcie leczenia zgodnie z zaleceniami. Wczesne rozpoznanie i leczenie zapobiega powikłaniom neurologicznym wynikającym z nadmiernie podwyższonego stężenia bilirubiny.

Postępowanie na oddziale noworodkowym

Monitorowanie:

1. Oznaczanie stężenia bilirubiny we krwi pępowinowej (norma $< 2,8$ mg/dL) przy podejrzaniu konfliktu serologicznego w zakresie czynnika Rh lub niezgodności w za-

kresie grup głównych ABO. Grupę krwi i bezpośredni odczyn antyglobulinowy (BTA) oznacza się z krwi żyłnej. Dopuszczalne jest pobranie krwi pępowinowej.

2. U noworodków z widocznym zażółceniem powłok skórnych pomiar przezskórny stężenia bilirubiny (ang. transcutaneous bilirubin, TcB) bilirubinometrem (aparatem służącym do nieinwazyjnego oznaczania stężenia bilirubiny) co 12–24 godz. Pomiar powinien być wykonywany na czole i na klatce piersiowej, ściśle wg zaleceń producenta aparatu. Przy wartościach TcB > 75 centyla kontrola stężenia bilirubiny w surowicy (diagram de Luca opracowany na podstawie badań populacji zdrowych europejskich noworodków).
3. Oznaczenie ryzyka narastania bilirubiny przed wypisem do domu. Pomiar stężenia bilirubiny (przezskórny lub w surowicy krwi) powinien być wykonany w dniu wypisu i wpisany do karty informacyjnej dziecka.

Diagnostyka:

W diagnostyce laboratoryjnej oprócz stężenia bilirubiny całkowitej oraz chociaż raz frakcji sprzężonej oznaczamy także grupę krwi, BTA, morfologię, retikulocyty przy podejrzeniu choroby hemolitycznej, stężenia albumin w surowicy krwi (we wczesnej i znacznie nasilonej żółtacze). W celu wykluczenia żółtaczki w przebiegu zakażenia o wczesnym początku wykonujemy morfologię z rozmazem i CRP.

W przypadku przedłużającej się hiperbilirubinemii w celu poszerzenia diagnostyki należy zlecić badanie USG przezciemiączkowe i jamy brzusznej, transaminazy, GGTP, badania w kierunku wrodzonego zakażenia wirusem cytomegalii, Toxoplasma gondii, galaktozemii, hipotyreozydemii.

Leczenie

1. Fototerapia

Leczenie należy rozpocząć zgodnie z zaleceniami AAP, uwzględniając wiek ciążowy i czynniki ryzyka. Nie stosujemy fototerapii profilaktycznie. Jedynym przeciwwskazaniem jest porfiria w wywiadzie. Należy pamiętać o odległych ubocznych następstwach fototerapii takich jak zwiększone ryzyko chorób nowotworowych. Są też doniesienia dotyczące niekorzystnego wpływu tej metody leczenia na stres oksydacyjny, szczególnie przy użyciu lamp konwencjonalnych. Przy zagrożeniu transfuzją wymienną zalecana jest intensywna fototerapia w inkubatorze dwoma lampami z góry i z dołu.

W czasie fototerapii konieczna jest ochrona oczu, ale nie ma potrzeby zasłaniania narządów płciowych noworodka.

2. Immunoglobulina IgG

Obserwuje się dużą skuteczność leczenia hiperbilirubinemii w przebiegu choroby hemolitycznej przetoczeniem immunoglobuliny IgG .

Dawka 0,5-1 g/kg m.c. w 2-godzinym wlewie dożylnym. W razie konieczności dawkę można powtórzyć po 12 godz.

3. Transfuzja wymienna

Jest to inwazyjna metoda leczenia i aktualnie rzadko wykonywana. Wskazania do zabie-

gu ustalane są zgodnie z zaleceniami AAP. Pomocne w podjęciu decyzji jest oznaczenie stosunku bilirubiny do albumin. Im wyższy wskaźnik, tym większe zagrożenie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

W leczeniu żółtaczek nie stosuje się:

- fenobarbitalu;
- gotowania lub pasteryzowania pokarmu matki;
- odstawienia karmienia naturalnego i zastąpienia go mieszanką początkową;
- pojenia glukozą lub wodą.

Przed wypisem ze szpitala należy oznaczyć ryzyko narastania żółtaczki w domu, ewentualnie zaplanować kontrolę po wypisie i poinformować rodziców, najlepiej pisemnie.

Opieka poszpitalna

1. Planowa kontrola 48-72 godz. po wypisie noworodków:
 - u których stosowano fototerapię, szczególnie z grup ryzyka (np. choroba hemolityczna);
 - wypisanych w 3. d.ż. z grup ryzyka nasilonej żółtaczki z widoczną żółtaczką, ale bez wskazań do fototerapii.
2. Kontrola noworodków, u których w czasie wizyty patronażowej stwierdzono podwyższone stężenie bilirubiny w pomiarze przezskórnym lub w surowicy krwi. Konieczne oznaczenie frakcji bilirubiny, szczególnie po 14. d.ż.
3. Poradnia lekarza rodzinnego powinna być wyposażona w bilirubinometry, a lekarze powinni znać obowiązujące rekomendacje dotyczące leczenia żółtaczek.
4. Przy wskazaniach do rozpoczęcia fototerapii należy skierować dziecko na oddział neonatologiczny.

W przypadku jasnej przyczyny hiperbilirubinemii np. w wyniku dużego krwiaka podkostnego lub konfliktu serologicznego należy pamiętać o kontroli morfologii krwi pod kątem niedokrwistości późnej i konieczność zastosowania profilaktyki lub leczenia. Najczęściej jednak w przypadku przedłużającej się żółtaczki przyczyną jest wyłączne karmienie piersią. Według piśmiennictwa zażółcenie powłok skórnych może utrzymywać się do 12. tygodnia życia. Należy wtedy obserwować i okresowo kontrolować stężenie bilirubiny. Nie zaleca się pasteryzowania pokarmu, odstawiania od piersi na 24-48 godzin, pojenia wodą lub glukozą. Takie postępowanie może doprowadzić do zaburzeń laktacji i zaniechania karmienia naturalnego. Brak też uzasadnienia do podawania dzieciom fenobarbitalu, co może to być niebezpieczne dla małego pacjenta.

Opublikowanie 6 lat temu standardu leczenia żółtaczką w okresie noworodkowymi pozwoliło na ujednoczone postępowania. Coraz rzadziej zalecane jest pojenie dzieci i odstawianie karmienia piersią przy podejrzeniu żółtaczki związanej z pokarmem matki. Praktycznie wyeliminowano luminal z leczenia hiperbilirubinemii noworodków. Znacznie poprawiła się nieinwazyjna diagnostyka. Prawie każdy oddział noworodkowy dysponuje bilirubinometrem. Niestety za mało aparatów do pomiarów przezskórnych jest do dys-

pozycji w leczeniu otwartym. Nadal konieczna jest edukacja lekarzy rodzinnych oraz położnych środowiskowych w zakresie przedłużającej się żółtaczki u noworodków.

Abstract:

Jaundice is one of the most common observed symptoms in the neonatal period. When it lasts longer, it becomes a problem both for parents and doctors, especially in outpatient care. Nowadays, thanks to the opportunity of monitoring hiperbilirubinemia with non-invasive methods, the level of bilirubin can be marked more promptly. We must remember about conjugated hiperbilirubinemia. After 14 day of live we need check level of direct bilirubin It is significant for the medical staff to be acquainted with the reasons for prolonged hiperbilirubinemia as well as the instructions for further treatment in the follow-up care. It allows to avoid unnecessary sending the neonates to hospitals and reveal the ones who demand specialised diagnostics at the same time.

Piśmiennictwo:

1. AAP Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297-316.
2. Barrington KJ, Sankaran K. Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and preterm newborn infants. *Paediatr Child Health* 2007;12:1-12
3. Buthani VK and The Committee on fetus and newborn Phototherapy to Prevent Severe Neonatal Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics* 2011;4:1048-1052.
4. Bratton S., Cantu RM. Stern M. Breast milk jaundice *StatPearls* 2020
5. Dani C, Pratesi S, Raimondi F i wsp. Italian guidelines for management and treatment of neonatal cholestasis. *Italian Journal of Pediatrics* 2015;41:69.
6. De Bruyne R, Van Biervliet S, VandeVelde S i wsp. Clinical Practis Neonatal cholestasis. *Eur J Pediatr* 2011;170:279-284
7. El-Farrash R.A., El-Shimy M.S., Amer S.T. I wsp. Effect of phototherapy on oxidant/antioxidant status: A randomized controlled trial DOI: 10.1080/10715762.2018.1549364
8. Heubler A. *Erkrankungen der Leber*. W: Jorch G, Heubler A. *Neonatologie*. Georg Thieme Verlag KG 2010;308-334.
9. Jardine L.A., Woodgate P. Neonatal jaundice:phototherapy *ClinicalEvidence*2015,05:31
10. Lauer B, Spector ND. Hyperbilirubinemia in the Newborn. *Pediatr Rev* 2011;32:341-349.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence Neonatal jaundice may 2010.
12. Smits-Wintjens VEJ, Walther FJ i wsp. Intravenous Immunoglobulin in Neonates With Rhesus Hemolytic Disease: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 2011;127:680-686.
- 13 Wickremasinghe A.C.,Kuzniewicz M.W.,Grimes B.A. I wsp. Neonatal Phototherapy and Infantile Cancer *Pediatrics*2016;137

Notatki

Wędzidełko wargi górnej – w czym tkwi problem?

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Wędzidełko wargi górnej (WWG) to leżący pośrodkowo fałd, który łączy górną wargę z dziąsłem. Jest normalną strukturą anatomiczną. U większości niemowląt przyczep wędzidełka do dziąsła znajduje się w odległości mniejszej niż 2 mm od brzegu dziąsła. Prawdopodobnie zmienia on swoje położenie na wyższe wraz z rozwojem szczęki i zmianą uzębienia na stałe. W ostatnich latach obserwuje się zwiększone zainteresowanie tą strukturą. Spekuluje się, że skrócenie tego wędzidełka utrudnia odwinięcie wargi w górę i uszczelnienie chwytu, jednak inni autorzy podważają tak duże znaczenie wargi górnej w procesie ssania. Coraz częściej to wędzidełko jest podcinane, na ogół razem z wędzidełkiem języka, coraz częściej w odniesieniu do obu tych struktur mówi się o nadrozpoznawalności. Tymczasem wciąż nie ma definicji, co to znaczy, że wędzidełko jest skrócone, a skale anatomiczne będące podstawą w kwalifikacji do zabiegów okazały się niezetelne. Autorzy przeglądu systematycznego z 2018 roku stwierdzili, że dowody na powiązanie wędzidełek wargi z problemami w karmieniu i skuteczność zabiegu są słabe i niewystarczające, ze względu na małe grupy i poważne błędy w metodologii badań. Tak więc zalecana jest duża powściągliwość w kierowaniu niemowląt na te zabiegi, dopóki dobrej jakości badania nie wykażą, czy i które dzieci mogą rzeczywiście odnieść z niego korzyść. Podstawowe znaczenie ma profesjonalne wsparcie laktacyjne, a spokojna obserwacja nie jest gorsza od leczenia zabiegowego.

Upper lip frenulum – where is the problem?

Upper lip frenulum is the medial fold that connects the upper lip with the gum. It is a normal anatomical structure. In most infants, the attachment of the frenulum to the gum is less than 2 mm from the gum margin. It probably changes its position to a higher one with the development of the jaw and the change to permanent dentition. In recent years, there has been an increased interest in this structure. It is speculated that shortening of this frenulum makes it difficult to roll the lip up and seal the grip, but other authors question the importance of the upper lip in the sucking process. More and more frequently this frenulum is cut, usually together with the frenulum of the tongue, more and more frequently it is said that these structures are over-recognised. Meanwhile, there is still no definition of what the shortening of the frenulum means, and the anatomical scales that are the basis for qualifying for the procedures turned out to be unreliable. The authors of a 2018 systematic review concluded that the evidence for the association of lip frenulum with feeding problems and the effectiveness of the procedure is weak and insufficient due to small groups and serious flaws in the study methodology. Thus, great restraint in referring infants to these procedures is advised until good-quality research shows whether and which children can actually benefit from it. Professional lactation support is essential, and calm observation is no worse than surgical treatment.

Piśmiennictwo:

Nakhash R., Wasserteil N., Mimouni F.B.: Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review. *Breastfeed Med.*, 2019;14(2):83-87. doi:10.1089/bfm.2018.0174

Douglas P., Geddes D.: Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery*, 2018;58:145-155 doi:10.1016/j.midw.2017.12.007

Messner A.H., Walsh J., Rosenfeld R.M. i wsp.: Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2020;162(5):597-611. doi:10.1177/0194599820915457

Shah S., Allen P., Walker R. i wsp.; Upper Lip Tie: Anatomy, Effect on Breastfeeding, and Correlation With Ankyloglossia. *The Laryngoscope*, 2020;w druku doi:10.1002/lary.29140

Ray S., Golden W.C., Walsh J.: Anatomic Distribution of the Morphologic Variation of the Upper Lip Frenulum Among Healthy Newborns. *JAMA Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 2019;145(10):931-938. doi:10.1001/jama-oto.2019.2302

Australian Collaboration for Infant Oral Research (ACIOR). Upper lip-tie, buccal ties and the role of frenotomy in infants. Position Statement 1. Published online 2017.

Notatki

Miejsce I

Karmienie piersią w tandemie: analiza wartości odżywczej mleka podczas karmienia młodszego i starszego dziecka

**Elena Sinkiewicz-Darol¹, Urszula Bernatowicz-Łojko^{1,2}, Katarzyna Łubiech³,
Iwona Adamczyk^{1,3}, Magdalena Twarużek³, Barbara Baranowska²,
Krzysztof Skowron⁴ and Diane L. Spatz**

1 Human Milk Bank, Ludwik Rydygier' Provincial Polyclinical Hospital in Torun, Poland;

2 Department of Midwifery, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw, Poland;

3 Department of Physiology and Toxicology, Faculty of Biological Sciences, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland;

4 Department of Microbiology, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum, Bydgoszcz, Poland;

5 University of Pennsylvania School of Nursing & Children's Hospital of Philadelphia, USA

Wstęp:

Karmienie piersią to złoty standard żywienia noworodków i niemowląt. Karmienie piersią w tandemie (TBF – tandem breastfeeding) definiuje się jako karmienie dwojga dzieci, które nie są bliźniakami. Praktyka ta nie jest powszechna wśród matek ani w Europie, ani w Stanach Zjednoczonych. Kobiety karmiące piersią w tandemie często spotykają się z krytyką. Ponadto pracownicy służby zdrowia często nie udzielają wsparcia, gdyż wiedza na temat korzyści płynących z karmienia w tandemie oraz wartości odżywczej mleka kobiecego podczas tej praktyki jest niewielka.

Cel pracy:

Głównym celem badania była opisowa statystyka dotycząca matek karmiących piersią w tandemie (TBFM) oraz analiza składu mleka kobiecego w przypadku karmienia w tandemie oraz po odstawieniu od piersi starszego dziecka. Zakres badań obejmuje analizę makroelementów, w tym tłuszczu, białka całkowitego i odżywczego, węglowodanów, suchej masy oraz wartości energetycznej.

Materiał i metody:

Próbki mleka pobrano od 13 matek TBF (procedura całodobowej zbiórki mleka). Analizy zawartości tłuszczu, białka, węglowodanów i energii przeprowadzono za pomocą analizatora składu mleka kobiecego MIRIS (spektroskopia w paśmie podczerwieni). Wykonano socjo-demograficzną charakterystykę matek TBF. Zebrane dane zostały poddane analizie statystycznej.

Wyniki:

W mleku kobiecym podczas tandemowego karmienia piersią stwierdzono wyższą za-

wartość tłuszczu, wartość energetyczną i stężenie białka całkowitego w porównaniu do próbek mleka po odstawieniu starszego dziecka. Zawartość węglowodanów pozostała stabilna. Mleko matek karmiących w tandemie nie wykazywało dobowej zmienności poszczególnych składników

Wnioski:

Karmienie piersią ponad rok i jednoczesne karmienie dwójki dzieci nie wpłynęło negatywnie na jakość mleka kobiecego. Wręcz przeciwnie, badania wskazują, że skład mleka zmienia się wraz ze wzrostem czasu trwania laktacji, co jest podyktowane zmieniającymi się potrzebami dzieci. Badania w grupie TBM przed i po zakończeniu karmienia piersią starszego dziecka wskazują, że mleko matki spełniało wymagania żywieniowe zarówno starszego, jak i młodszego dziecka. Skład mleka kobiecego pod względem makroelementów zmienia się po odstawieniu, uwzględniając wymagania żywieniowe. Rozsądne jest promowanie długiego karmienia piersią, w tym karmienia tandemowego.



Dr n. med. Elena Sinkiewicz-Darol – Absolwentka Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie oraz studiów podyplomowych z zakresu Badań Klinicznych i Biomedycznych Badań Naukowych na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Od 2013 roku kierownik Regionalnego Banku Mleka Kobiecego przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu. Zaangażowana w projekty z zakresu optymalizacji postępowania z mlekiem kobiecym, wpływu czynników środowiskowych, matczynych i okołoporodowych na skład i jakość mleka kobiecego, fizjologii laktacji i terapii żywieniowej dzieci przedwcześnie urodzonych.
Konflikt interesów: Autorzy nie mają konfliktów interesów.

Miejsce II

Znaczenie witaminy D.

Stężenie witaminy D u kobiet karmiących oraz ich mleku.

**Iwona Adamczyk^{1,2}, Agnieszka Pater³, Rafał Rola⁴, Elena Sinkiewicz-Darol²,
Aneta Mańkowska-Cyl³, Magdalena Twarużek¹, Grażyna Sypniewska³**

1 Katedra Fizjologii i Toksykologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, ul. J.K. Chodkiewicza 30, 85 064 Bydgoszcz, Polska; iwona_owczarek@o2.pl

2 Regionalny Bank Mleka Kobiecego, Wojewódzki Szpital Zespolony w Toruniu, ul. Św. Józefa 53-59, 87 100 Toruń, Polska;

3 Katedra Diagnostyki Laboratoryjnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz, Polska;

4 Katedra Chemii Środowiska i Bioanalitiky, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Gagarina 7, 87-100 Toruń, Polska

Wstęp:

Witamina D (kalcydiol, 25OH-D₃) jest ważnym elementem homeostazy organizmu. Aktywna hormonalnie postać witaminy D wpływa nie tylko na układ ruchu, lecz także umożliwia prawidłowe działanie wielu narządów. Istotną rolą witaminy D jest regulacja układu odpornościowego poprzez działanie adaptacyjne w przebiegu infekcji. Może mieć to znaczenie w przebiegu infekcji wywołanej wirusem SARS-CoV-2, zwłaszcza w trakcie

ciężkiego przebiegu infekcji z aktywacją burzy cytokinowej. Ocena stężenia witaminy D i uzupełnienie niedoboru u kobiet karmiących piersią ma kluczowe znaczenie dla zachowania zdrowia kobiet, zwłaszcza czasie pandemii. Celem pracy było oznaczenie stężenia witaminy D w surowicy kobiet karmiących oraz mleku i ocena wpływu suplementacji.

Materiał i metody:

W badaniu wzięły udział kobiety w wieku od 22 do 45 lat, które podzielono na dwie grupy: badaną i kontrolną. Grupę badaną stanowiły kobiety w okresie laktacji (N=51 w okresie letnim i N=27 w okresie zimowym). Grupę kontrolną tworzyły kobiety poza okresem laktacji (N=38 w okresie letnim i N=19 w okresie zimowym). Stężenie witaminy D (25OH-D) oznaczono w surowicy metodą CLIA, a w mleku metodą chromatografii cieczowej – spektrometrii mas LC-MS/MS.

Wyniki:

Niedobór witaminy D (<30 ng/ml) w obu grupach wynosił 65% w okresie letnim i 54% w okresie zimowym. W grupie badanej i kontrolnej w sezonie letnim niedobór witaminy D miało odpowiednio 61% i 71%, podczas gdy w sezonie zimowym 52% i 58% kobiet. Nie stwierdzono istotnych różnic w stężeniu witaminy D między grupą badaną i kontrolną zarówno w okresie letnim, jak i zimowym. Kobiety z grupy kontrolnej suplementujące witaminę D w okresie letnim charakteryzowały się znacznie wyższym stężeniem witaminy D w porównaniu z kobietami z tej samej grupy niesuplementującymi (36,2 vs 26,1 ng/ml $p<0,003$). Średnie stężenie witaminy D w okresie zimowym w obu grupach było wyższe u kobiet suplementujących niż niesuplementujących (odpowiednio 31,6 vs 24,4 ng/ml; $p<0,02$ grupa badana; 37,5 vs 17,7 ng/ml; $p<0,0001$ grupa kontrolna). Zawartość witaminy D w mleku wynosiła od 0,03–1,78 nmol/ml. Mediana stężenia kalcydiolu w mleku była istotnie statystycznie wyższa ($p=0,0002$) u mam karmiących powyżej 9 miesięcy życia dziecka w porównaniu do mam karmiących poniżej 9 m. ż. dziecka (0,78 vs 0,33 nmol/ml)

Wnioski:

Większość kobiet w wieku rozrodczym ma niedobory witaminy D. Wydaje się, że suplementacja witaminy D jest ważnym elementem zachowania optymalnego stężenia tej witaminy w ustroju. Długie karmienie piersią (powyżej 9 miesięcy) wpływa na stężenie witaminy D w mleku.



mgr Iwona Adamczyk – diagnosta laboratoryjny, biolog, doktorantka katedry Fizjologii i Toksykologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, gdzie prowadzi badania nad mikrobiomem mleka kobiecego. Aktualnie pracuje w Regionalnym Banku Mleka Kobiecego oraz Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Toruniu. Dwukrotnie była Honorową Dawczynią Mleka Kobiecego. Od 2018r. jako wolontariuszka Fundacji Bank Mleka Kobiecego, zaś od 2019 r. jako członkini Stowarzyszenia Małyssak aktywnie działa na rzecz mam karmiących piersią i mlekiem kobiecym.

Oświadczam brak konfliktu interesów między autorami.

Miejsce III

Niezwłoczny kontakt skóra do skóry po cięciu cesarskim – wiedza i nastawienie położnych.

Grażyna Bączek, Nela Kameduła

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp:

Niezwłoczny kontakt skóra do skóry po porodzie niesie za sobą szereg korzyści dla matki i dziecka. Światowe wytyczne wyraźnie podkreślają, iż poród operacyjny nie powinien stanowić przeszkody dla przeprowadzenia tego rodzaju kontaktu między matką i dzieckiem. Jedną z najczęściej opisywanych barier są przyczyny organizacyjne oraz związane z nastawieniem personelu medycznego. Zasadna wydaje się zatem analiza poziomu wiedzy oraz stosunku profesjonalistów do przedstawionego zagadnienia.

Materiał i metody:

Badaniem ankietowym objęto 158 położnych sprawujących opiekę nad matką i noworodkiem w pierwszych chwilach po cięciu cesarskim. Kryterium wykluczenia stanowiło miejsce pracy inne niż oddział położniczy i neonatologiczny, sala porodowa, sala pooperacyjna lub położniczo-ginekologiczny blok operacyjny.

Wyniki:

Istotnie częściej kontakt skóra do skóry prawidłowo definiowały położne legitymujące się tytułem CDL/IBCLC lub edukatora do spraw laktacji (EDL). Położne posiadające wymienione tytuły odznaczały się również istotnie wyższym poziomem wiedzy na temat zagadnień związanych z kontaktem skóra do skóry.

Prawidłową definicję kontaktu skóra do skóry istotnie częściej podawały również położne zatrudnione w szpitalach, gdzie spisana jest procedura regulująca przeprowadzanie kontaktu SDS po cięciu cesarskim, a także pracownice sal porodowych i oddziałów położniczych. Najrzadziej zaś pracownice bloków operacyjnych. Większość badanych zgodziło się, że przeprowadzenie kontaktu skóra do skóry stanowi ważne zadanie personelu medycznego. Powyżej 60% stwierdziło, że przeprowadzenie kontaktu skóra do skóry w warunkach bloku operacyjnego stanowi duże wyzwanie, jest trudne ze względu na niewystarczającą liczbę personelu i względy organizacyjne. Tylko 45% respondentek zgadza się ze stwierdzeniem, że możliwe jest wykonanie pierwszego badania i innych procedur dotyczących zdrowego noworodka w kontakcie skóra do skóry. Częściej z tym stwierdzeniem zgadzały się położne legitymujące się tytułem CDL/IBCLC/EDL, choć różnica nie była istotna statystycznie.

Wnioski:

Położne posiadają wysoki poziom wiedzy na temat niezwłocznego kontaktu skóra do skóry po cięciu cesarskim. Uważają jego przeprowadzenie na bloku operacyjnym za waż-

ne, lecz trudne do zrealizowania zadanie. Najwyższym poziomem wiedzy odznaczają się położne, które posiadają tytuł CDL/IBCLC/EDL.



Nela Kameduła. Tytuł magistra położnictwa uzyskała w 2017 r. W tym roku rozpoczęła również pracę w oddziale położniczo-noworodkowym. Obowiązki położnej ds. laktacji zaczęła pełnić w kwietniu 2018 r. Od marca 2019 r. do marca 2021 r. pełniła funkcję doradcy laktacyjnego w Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Po Świątach Wielkanocnych rozpoczęła pracę jako doradca laktacyjny w zespole Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM. Wraz z uzyskaniem tytułu magistra rozpoczęła publikowanie artykułów naukowych poruszających głównie tematykę karmienia naturalnego. Konflikt interesów nie występuje.

Miejsce IV

Bakterie z rodzaju *Lactobacillus* w mleku kobiecym

Katarzyna Łubiech, Magdalena Twarużek

Katedra Fizjologii i Toksykologii, Wydział Nauk Biologicznych, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, ul. Chodkiewicza 30, 85-064 Bydgoszcz; katarzyna.lubiech@ukw.edu.pl

Mleko kobiece to optymalny pokarm dla niemowląt i małych dzieci. Skład mleka kobiecego zmienia się w czasie i dostosowuje do potrzeb rozwijającego się organizmu, zaspokajając potrzeby żywieniowe we wczesnym okresie wzrostu i rozwoju. Ważnym składnikiem mleka kobiecego jest mikroflora probiotyczna. Mikroorganizmy te mają wielokierunkowe działanie prozdrowotne. Liczba bakterii kwasu mlekowego, w tym *Lactobacillus*, kolonizujących środowisko mleka kobiecego jest zróżnicowana i zależy od wielu czynników, zarówno matczynych, jak i środowiskowych.

Celem naszych badań jest ocena obecności bakterii z rodzaju *Lactobacillus* w próbkach mleka kobiecego i przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat bakterii probiotycznych z rodzaju *Lactobacillus* w mleku kobiecym. Nasze badania prowadzimy na grupie kobiet karmiących znajdujących się na różnych etapach laktacji. Stosujemy techniki hodowli bakterii na pożywkach mikrobiologicznych oraz identyfikację mikroorganizmów za pomocą spektrometrii mas MALDI Biotyper IVD. Dotychczasowe badania wskazują na obecność bakterii z rodzaju *Lactobacillus* w ok. 30% badanych próbek mleka kobiecego. Wśród bakterii z rodzaju *Lactobacillus* najczęściej spotyka się *L. gasseri* oraz *L. paracasei*.



Lek. wet. Katarzyna Łubiech. Asystent w Katedrze Fizjologii i Toksykologii Wydziału Nauk Biologicznych Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. W trakcie studiów doktoranckich. Na co dzień prowadzi badania naukowe dotyczące mikroflory mleka kobiecego oraz zajęcia dla studentów. Bierze aktywny udział w pracach badawczych dotyczących laktacji oraz mleka kobiecego. Członkini Stowarzyszenia Małyssak, działającego na rzecz upowszechniania karmienia piersią oraz wspierania rodziców. Dawczyni Mleka Kobiecego. Prywatnie mama czterolatka karmionego piersią ponad trzy lata. Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

BADACZOM GRATULUJEMY!

Notatki

Warsztat

Patrząc na dziecko odkryjemy moc matki – NBO (Obserwacja Zachowania Noworodka) narzędziem budowania kompetencji rodzicielskich

**Fundacja Centrum NBAS,
mgr Karolina Isio-Kurpińska, mgr Bożena Cieślak-Osik**

NBO (Newborn Behavioral Observations) jest narzędziem opartym na relacji, które opisuje dziecko i jego zdolności, tak by rodzice od pierwszych dni postrzegali je jako osobę i nauczyli się rozumieć i odpowiadać mu w sposób, który pozwoli na zaspokojenie jego potrzeb rozwojowych. NBO zapewnia opiekunom zindywidualizowaną informację odnośnie strategii komunikacyjnych ich dziecka i jego całościowego rozwoju w celu wzmocnienia relacji rodzic – dziecko. Narzędzie składa się z 18 obserwacji neurobehawioralnych i może być wykorzystywane od urodzenia do końca trzeciego miesiąca życia dziecka. Narzędzie NBO, inspirowane skalą NBAS (Newborn Behavioral Assessment Scale), ma na celu pokazanie, że niemowlęta posiadają szeroki zakres umiejętności wzrokowych, słuchowych i percepcyjnych, które pozwalają im poznawać otaczający je świat i aktywnie angażować się w interakcje z opiekunami.

Narzędzie NBO jest wykorzystywane w wielu kontekstach klinicznych i kulturowych, w pracy z rodzinami zmagającymi się z różnorodnymi wyzwaniami. Może zostać z łatwością włączone w praktykę kliniczną przedstawicieli różnych zawodów oraz może być wykorzystywane zarówno w szpitalu czy przychodni, jak i podczas wizyty domowej. Jest to narzędzie, z którego korzystać mogą pielęgniarki pediatryczne, lekarze, psychologowie, pracownicy społeczni, położne, doule, fizjoterapeuci dziecięcy, konsultantki laktacyjne i inne osoby pracujące w obszarze wczesnej interwencji. NBO jest narzędziem stosowanym na całym świecie, w wielu krajach stanowi integralny element opieki poporodowej nad matką i dzieckiem (np. W Wielkiej Brytanii i Skandynawii).

NBO jest interaktywnym narzędziem budowania relacji, opierającym się na mocnych stronach dziecka. U jego podstaw leży założenie, że jakość wczesnych doświadczeń noworodka ma wpływ na rozwój jego mózgu i funkcjonowania. Zadaniem osoby prowadzącej obserwację jest stworzenie bezpiecznej, pełnej szacunku i zrozumienia przestrzeni tak, by wszyscy zainteresowani (rodzice, rodzeństwo, dalsza rodzina czy przyjaciele) mogli poznać dziecko, od strony jego zdolności i mocnych stron.

Dziecko w swoim rozwoju przechodzi przez serię hierarchicznie zorganizowanych zadań dotyczących samoregulacji, które mają na celu przystosować je do życia poza organizmem matki. Zadania te można opisać akronimem AMOR

- A – Autonomic/physiological stability – stabilizacja autonomiczna: oddechu, ciepłoty ciała, drzeń i wzdrygnięć
- M – Motor regulation – regulacja motoryczna (ruchowa): rozwój właściwej kontroli ruchowej i umiejętności jedzenia, umiejętność utrzymywania kontrolowanego poziomu aktywności
- O – Organization of State – organizacja stanów zachowania: umiejętność radzenia sobie ze stresem, rozwinięcie stabilnego i przewidywalnego wzorca snu i czuwania
- R – Responsiveness – responsywność/reaktywność: rozwój świadomości otoczenia i umiejętności przetwarzania informacji wzrokowych i społecznych oraz wchodzenia w interakcje

Również rodzice w tym wczesnym okresie muszą rozwinąć umiejętność reagowania na potrzeby dziecka, dostosowania się do niego i poznawania go. Zadania stojące przed nimi również można opisać akronimem AMOR:

- A – Affect regulation – regulacja afektywna: radzenie sobie z trudnymi emocjami jak lęk, niepewność, smutek, złość
- M – Mentalise – mentalizacja: rozumienie stanów mentalnych dziecka i umiejętne odnoszenie się do nich
- O – Openness – otwartość: bycie ciekawym dziecka, postrzeganie go jako oddzielnej osoby oraz bycie obecnym w jego rozwoju
- R – Responsiveness – responsywność: właściwe reagowanie na sygnały dawane przez dziecko, dostępność.

Pierwsze miesiące życia dziecka to czas wzajemnego dostrajania i znajdowania wspólnej drogi. Ponieważ pierwsze tygodnia życia są kluczowe dla rozwoju relacji między rodzicami a dzieckiem, a jednocześnie są czasem adaptacji noworodka do nowego otoczenia, NBO daje specjalistom wyjątkową szansę pozytywnego oddziaływania na system rodzinny w tym krytycznym dla rozwoju okresie. Pozwala na wspieranie rodziców w czasie, kiedy budują się podstawy ich rodzicielskiego funkcjonowania.

NBO stale się rozwija. W tej chwili prowadzonych jest wiele badań mających na celu jeszcze lepsze zbadanie jego skuteczności (m.in. w Danii, Australii, Japonii, Brazylii, Islandii, RPA czy w USA). Dotychczasowe badania potwierdzają efektywność tego narzędzia.

Wnioski z nich wskazują na pozytywny wpływ NBO na:

- redukcję objawów depresji poporodowej u matek,
- silniejsze zaangażowanie matek w relacje z dzieckiem,
- lepsze rozumienie i komunikację z niemowlęciem,
- większe poczucie kompetencji rodziców
- pozytywne postrzeganie interakcji z dziećmi wysokiego ryzyka
- większe zaangażowanie ojców w interakcję z dziećmi
- postrzeganie dzieci jako zdolnych i aktywnych od pierwszych dni.

Korzystanie z NBO wiąże się również z większą pewnością siebie, wyższym poczuciem własnych kompetencji i umiejętnością mentalizacji (rozumienie stanów mentalnych innych osób) przez specjalistów pracujących NBO z noworodkami wysokiego i niskiego ryzyka i ich rodzinami.

PRZYDATNE LINKI

<https://nbas.pl> – Fundacja Centrum NBAS w Polsce, szkolenia NBO i NBAS

<https://www.youtube.com/watch?v=hPUnq0HB2FY> – czym jest NBO? Dr Susan Nicolson opowiada o NBO

<https://www.youtube.com/watch?v=qAGtD8XulvE> – jak wygląda badanie?

<https://www.brazelton.co.uk/courses/newborn-behavioural-observations-nbo/>

<https://www.newbornbehaviorinternational.org/nbo-1>

BADANIA

1. Hawthorne, J., Nicolau, S. (2017). Newborn Behavioural Observations System: Benefits and opportunities for integration into practice. *Journal of Health Visiting* 5(7). <https://doi.org/10.12968/johv.2017.5.7.352>
2. Høifødt, R.S., Nordahl, D., Landsem, I.P. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry* 20, 300 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
3. Kristense, I., H., Vinter, M., Nickell, I., K., Koronborg, H. (2019). Health visitors' competences before and after implementing the newborn behavioral observations (NBO) system in a community setting: A cluster randomised study. *Public Health Nursing* 36(6), 856 – 862. <https://doi.org/10.1111/phn.12658>
4. McManus, B., M., Nugent, K. (2020). The Effects of the Newborn Behavioral Observations (NBO) System in Early Intervention: a Multi-Site Randomized Controlled Trial. *Infant Mental Health Journal* 41(6), 757-769. <https://doi.org/10.1002/imhj.21882>
5. Nugent, J.K., Bartlett (2017). The Effects of the Newborn Behavioral Observations (NBO) System on Sensitivity in Mother–Infant Interactions. *Infants and Young Children* 30(4), 257-268. doi: 10.1097/IYC.000000000000103
6. Pires Guimaraes, M., A., Lindgren Alves, C., R., Cardoso, A., A., Gomes Penido, M. (2017). Clinical application of the Newborn Behavioral Observation (NBO) System to characterize the behavioral pattern of newborns at biological and social risk. *Jornal de Pediatria* 94(3), 300-307
7. Simkin-Tran, K., Harman, B., Nicolson, S. (2020). Mentalisation Amongst Maternal and Child Health Nurses Using the Newborn Behavioural Observations With Infant-mother dyads: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Nursing* 53, 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.01.018>.
8. Stenvaag, C., F. (2018). First-time fathers' experiences of well-baby visits with and without the Newborn Behavioral Observation (NBO). A qualitative study utilizing SWOT-methodology in a comparative evaluation of well-baby visits with a low-risk sample. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/63494/1/Christina-F-rden-Stenvaag.pdf>

Notatki

Notatki

Notatki

Notatki

Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo

To niepubliczna placówka edukacyjna, która rozpoczęła działalność w 2007 roku. Jest placówką kształcenia ustawicznego dorosłych wpisaną do ewidencji szkół i placówek niepublicznych miasta stołecznego Warszawy pod numerem 931/K. Jest organizatorem kształcenia podyplomowego dla lekarzy, położnych i pielęgniarek.

Placówka prowadzi kształcenie w zakresie opieki nad matkami i dziećmi, opieki okołoporodowej, zwłaszcza poradnictwa laktacyjnego oraz żywienia. Nauczanie odbywa się w oparciu o autorskie programy zatwierdzone przez Radę Programową Placówki lub programy kursów udostępniane do realizacji dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz lekarzy. Kursy uzyskują wpis do rejestru Okręgowych Izb Lekarskich i Pielęgniarskich.

Placówka prowadzi weryfikację wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie udzielania świadczenia zdrowotnego jakim jest specjalistyczne poradnictwo laktacyjne nadając tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. Tytuł uprawnia osobę, która spełniła wszystkie wymagania do używania nazwy i znaku towarowego CDL zgodnie z ich przeznaczeniem przez 7 lat. Jako jedyna placówka w Polsce przygotowujemy do uzyskania znanego na całym świecie tytułu Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC). Tak wykształcone położne, pielęgniarki i lekarki udzielają świadczeń zdrowotnych w formie specjalistycznych porad laktacyjnych w poradniach laktacyjnych lub podczas wizyt w domu pacjenta.

Stale aktualizowaną listę Doradców można znaleźć na naszej stronie.

Placówka organizuje kursy i nadaje tytuły Promotora Karmienia Piersią dla osób zajmujących się wyłącznie promocją karmienia naturalnego, nie mających uprawnień zawodowych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Nasi wykładowcy i trenerzy to pionierki, które przez ponad 20 lat tworzyły specjalistyczne poradnictwo laktacyjne w Polsce i są uznanymi autorytetami w tej dziedzinie oraz ich uzdolnione asystentki.

Placówka prowadzi badania naukowe w dziedzinie laktacji współpracując w tym zakresie z Uniwersytetami Medycznymi. Ocenia sytuację matek karmiących w Polsce – co roku wydaje Raporty. Opracowuje narzędzia badawcze, diagnostyczne i protokoły lecznicze dla specjalistów, które są publikowane w literaturze medycznej. Zbiera, analizuje i prezentuje aktualną wiedzę o laktacji zarówno dla profesjonalistów jak i matek karmiących i ich rodzin.



www.kobiety.med.pl