

# VIII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 12-13 czerwca 2015



## Interdyscyplinarnie o karmieniu piersią

Fundacja Twórczych Kobiet



## KOMITET NAUKOWO-ORGANIZACYJNY

Prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska, Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik  
Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, Dr Monika Żukowska-Rubik

*Szanowni Goście,  
Szanowna Rado Naukowa,  
Drodzy Wykładowcy, Egzaminatorzy, Trenerzy i Pracownicy,  
Niestrudzeni Konsultanci, Doradcy, Edukatorzy i Promotorzy,  
Kochane Tegoroczne Absolwentki!*

*Lato za pasem, a my przyjeżdżamy do pracy! Z najdalszych zakątków, z małych i dużych miejscowości, ze szpitali, przychodni, poradni... Piszecie do mnie, że czekacie cały rok na ten moment, kiedy znów znajdziecie się w tym gronie. Co nas tu ciągnie? Pewnie dziwią się koleżanki i koledzy z pracy. A nas ciągnie pasja, nieustająca żądza wiedzy i... więzy przyjaźni. Nie zawsze jest łatwo. Pomimo, że zapewniamy opiekę laktacyjną bardzo wysokiej jakości, co pokazują polskie badania – nadal bywamy niedoceniani. Potrzebujemy wsparcia od siebie nawzajem. Organizacja opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w Polsce wciąż nie uwzględnia specjalistów ds. laktacji. Mamy prawie 400 osób o wysokich kwalifikacjach, rwących się do pracy, gotowych nie tylko pracować z pacjentem, ale też skonstruować pierwszy w Europie, wzorcowy i skuteczny system opieki laktacyjnej. Naszym ogromnym atutem jest to, że mamy niezwykle profesjonalną kadrę konsultantów/doradców laktacyjnych – medyków. To wielka siła oddziaływania na całe środowisko medyczne zajmujące się matką i dzieckiem i nie tylko. Niestety nasze talenty nie są w pełni wykorzystywane. Wielu z nas nie pracuje tak, jak powinno. Choćby na stanowisku edukatora ds. karmienia piersią, które zazwyczaj pozostaje w szpitalu puste. Czas płynie, dzieci się rodzą, codziennie około tysiąca, a specjalistycznej porady laktacyjnej kontraktowanej przez NFZ jak nie było tak nie ma. Pierwsze jaskółki na wiosnę się pojawiły, ale daleko nie uleciały. Życzymy sobie, aby prace zostały jak najszybciej podjęte na nowo, a efekt finalny zaskoczył świat.*

*W tym roku szkolnym 2014/15 zorganizowaliśmy 30 kursów. Od 2007 roku przeszkoliliśmy łącznie 4565 osób oraz zorganizowaliśmy 8 zjazdów naukowych dla 1680 uczestników. Tylko w roku 2015 odbyło się 10 kursów dla 408 osób.*

*Byliśmy aktywni na wielu polach – jako praktycy, nauczyciele, badacze, realizatorzy i kreatorzy projektów! Która dziedzina ma tylu pasjonatów? Uczestniczyliśmy jako wykładowcy, wystawcy, partnerzy, patroni lub goście w wielu wydarzeniach m. in. w konferencjach naukowych Medycyny Praktycznej, Ginekologii i Położnictwo, w Wiosennych Spotkaniach Pediatrycznych, w konferencjach GPharma, w 10 Międzynarodowym Sympozjum na temat Karmienia Piersią i Laktacji (Medela), w III Międzynarodowym Kongresie Ogólnopolskiego Programu Edukacji Poporodowej Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej, w konferencji Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych. Byliśmy też w sejmie RP, gdzie podczas posiedzenia zespołu ds. przeciwdziałania otyłości, wraz z matkami, przedstawiliśmy sytuację poradnictwa laktacyjnego w Polsce.*

*Jesteśmy partnerem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Zakładu Dydaktyki Położniczo-Ginekologicznej, który jest najbardziej prężnym ośrodkiem nauki o laktacji w Polsce. Dzięki determinacji prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej powstało tu 56 prac naukowych – licencjackich, magisterskich i doktorskich. Kolejne są w toku. Inne uniwersytety gonią WUM – laktacja jest nauką, nie ma już nikt w Polsce wątpliwości.*

*Moim marzeniem jest, abyśmy doczekali – podstawowej opieki laktacyjnej wysokiej jakości i specjalistycznej opieki laktacyjnej udzielanej przez certyfikowanych konsultantów/doradców, dostępnej dla każdej matki w ramach świadczeń gwarantowanych. Jesteśmy blisko. Masa krytyczna została przekroczona. Jeśli ktoś chciałby nas zniechęcić – nie uda się – mamy siebie nawzajem i wdzięczność pacjentów w codziennych smsach*

**Magdalena Nehring-Gugulska**



**Prof. Dr hab. n med. Ewa Dmoch-Gajzlerska** Ginekolog-położnik, Profesor. Od ukończenia studiów do 2002 roku pracowała w klinice położnictwa i ginekologii CMKP w Warszawie. Od 1.08.2002 r. Prodzikan Kierunku Położnictwo Wydziału Nauki o Zdrowiu i Kierownik Zakładu Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Redaktor Naczelny czasopisma "Położna Nauka i Praktyka". Kierownik specjalizacji z ginekologii i położnictwa, promotor 8 prac doktorskich, opiekun 7 osób na studiach doktoranckich.

Nagrodzona przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz Rektora WUM za osiągnięcia dydaktyczne, naukowe i organizacyjne. Posiada odznaczenia państwowe. Jest autorką 62 prac oryginalnych, 45 komunikatów zjazdowych, oraz 6 książek i rozdziałów. Niezwykle przyjazna matce, dziecku, karmieniu piersią i rzeszy studentek położnictwa.



**Katarzyna Raczek-Pakuła** Lekarz pediatra, IBCLC. Kilkanaście lat pracuje w Poradni Laktacyjnej Szpitala Specjalistycznego Św. Zofii (obecnie Centrum Medyczne „Żelazna”) oraz w Poradni Laktacyjnej Przychodni Babka Medica w Warszawie, prowadzi też własną praktykę lekarską. Członek PTKiDL. Żona i matka, harcerka, rowerzystka i łazik górski.



**Prof. dr hab.n.med. dr h.c. Roman Nowicki** – specjalista dermatolog i alergolog, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku (1982). Od roku 1983 pracuje w Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 1.10.2012 r. jest kierownikiem tej Kliniki. Staże naukowe na oddziałach dermatologicznym i wenerologicznym Addenbrookes Hospital w Cambridge oraz w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Maksymiliana-Ludwika w Monachium. Jest autorem: 241 artykułów naukowych w czasopismach polskich i zagranicznych, 82 rozdziałów w podręcznikach, 61 opracowań, 2 książki i 167 streszczeń zjazdowych, których tematyka obejmuje problematykę chorób skóry, ze szczególnym uwzględnieniem rozpoznawania i leczenia chorób alergicznych i zawodowych, zakażeń grzybiczych i bakteryjnych. Prof. Nowicki był promotorem 7 ukończonych rozpraw doktorskich. W latach 2006–2012 pełnił funkcję rzecznika prasowego GUMed.

Jest członkiem licznych międzynarodowych towarzystw naukowych: European Society for Dermatological Research, European Academy of Dermatology and Venereology, American Academy of Dermatology, European Academy of Allergology and Clinical Immunology, European Nail Society, European Confederation for Medical Mycology, International Society for Human and Animal Mycology (ISHAM), International Society of Hyperhidrosis i American Society of Cosmetic Dermatology & Aesthetic Surgery.

Profesor Nowicki uczestniczy w pracach komitetów redakcyjnych czasopism naukowych: Mikologia Lekarska, Dermatologia Kliniczna, Ars Medica Aesthetica i Alergia, Astma Immunologia – przegląd kliniczny, Postępy Dermatologii i Alergologii, Dermatologia praktyczna, Przegląd Dermatologiczny, Terapia i Przegląd Medycyny Rodzinnej.

Profesor Nowicki uczestniczy w pracach komitetów redakcyjnych czasopism naukowych: Mikologia Lekarska, Dermatologia Kliniczna, Ars Medica Aesthetica i Alergia, Astma Immunologia – przegląd kliniczny, Postępy Dermatologii i Alergologii, Dermatologia praktyczna, Przegląd Dermatologiczny, Terapia i Przegląd Medycyny Rodzinnej.

Od roku 2004 przewodniczy Sekcji Dermatologicznej zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego i organizuje coroczne spotkania Akademii Dermatologii i Alergologii w Ustce, które gromadzą wybitnych specjalistów alergologii, dermatologii i pediatrii z Polski oraz zagranicy. Decyzją Senatu UM w Grodnie w maju 2015 prof. Nowicki otrzymał tytuł doktora honoris causa.

# Zmiany skórne u noworodków i niemowląt – jak ustrzec dziecko przed błędnym rozpoznaniem AZS, a matkę przed eliminacyjną dietą „na wszelki wypadek”?

prof. dr hab. n. med. h.c. Roman Nowicki

Atopowe zapalenie skóry (AZS) to dermatoza związana z **defektem bariery naskórkowej** stanowiąca pierwszy krok w marszu atopowym prowadzącym do rozwoju innych chorób atopowych (astmy, alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa i nadwrażliwości na pokarmy). Z tego powodu tak istotne jest jej wczesne rozpoznanie i prawidłowa terapia. Rozpoznanie atopowego zapalenia skóry (AZS) oparte jest na bardzo dokładnie zebranych wywiadzie (obecność i nasilenie świądu, nawrotowy przebieg choroby, współistniejące choroby atopowe pacjenta i jego najbliższej rodziny) i badaniu przedmiotowym. AZS rozpoznaje się na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych. Do roku 1980, w którym wprowadzono kryteria diagnostyczne Hanifina i Rajki, nie było żadnych metod rozpoznawania AZS [1]. Od tego czasu kryteria te były wielokrotnie modyfikowane. Obecnie przyjmuje się, że do najbardziej charakterystycznych objawów AZS należą: **świąd, wyprysk** zlokalizowany w miejscach charakterystycznych dla wieku pacjenta, **przewlekły i nawrotowy przebieg choroby, początek choroby we wczesnym dzieciństwie** (poniżej 2 r.ż.), **atopia, suchość naskórka** (xerosis), astma lub katar sienny w wywiadzie osobniczym lub w najbliższej rodzinie pacjenta. Mogą również wystąpić objawy szczególne (Tab I). AZS charakteryzuje się typową morfologią zmian zapalnych i ich lokalizacją zależną od wieku pacjentów (Tab II).

Tabela I. Szczególne objawy AZS

<b>Objaw Dennie-Morgana</b>	symetryczne, pojedyncze lub podwójne fałdy skórne pod dolną powieką oka, występuje u ok. 50%-60% pacjentów z AZS.
<b>Objaw Herthogea</b>	przerzedzenie lub całkowity brak bocznej części brwi. Stwierdzono go u 39% pacjentów z wypryskiem atopowym i zaledwie u 1% osób zdrowych w trakcie badań kontrolnych.
<b>Wyprysk powiek</b>	zajęcie powiek jest bardzo częstym i niekiedy jedynym objawem wyprysku atopowego. Obraz kliniczny jest zróżnicowany: od nieznacznych suchych łuszczących się zmian do rumieniowej lub przebarwionej i zlicheinizowanej skóry, często z wyraźnymi przeczosami. Należy różnicować z wypryskiem z podrażnienia lub alergicznym wypryskiem kontaktowym

Tabela II. Podział kliniczny w zależności od wieku pacjentów

<b>Postać AZS</b>	<b>Objawy</b>
<b>Niemowlęca</b>	Suchość naskórka pojawia się wczesnie i często zajmuje całe ciało za wyjątkiem okolicy pieluszkowej, która jest zwykle oszczędzona. Najwcześniejsze zmiany w postaci rumienia i wysięku zajmują zgięcia łokciowe i podkolanowe. W ciągu następnych kilku tygodni zmiany pojawiają się na policzkach, czole, w obrębie skóry owłosionej głowy oraz na wyprostnych częściach kończyn dolnych. Widoczne są plamy rumieniowe, przechodzące w zmiany pęcherzykowo-grudkowe ze złuszczeniem, które mogą pojawiać się we wszystkich okolicach ciała za wyjątkiem okolic pieluszkowych i nosa. W postaci niemowlęcej rzadko widoczne jest zliszajowacenie.
<b>Dziecięca</b>	Uogólnionej suchości naskórka towarzyszy złuszczenie i szorstkość. Zliszajowacenie (lichenificatio) wywołane ciągłym drapaniem i pocieraniem jest charakterystyczne dla dziecięcej postaci AZS. Pogrubienie naskórka widoczne jest najczęściej w fałdach skóry i na czole. Bładości twarzy towarzyszy rumień i złuszczenie wokół oczu. Objaw Dennie-Morgana Zmiany pęcherzykowo-grudkowe i wysiękowe najczęściej zajmują skórę powierzchni zgięciowych stawów łokciowych i kolanowych oraz szpary pośladkowej. W dolnej części płatków usznych obserwuje się pęknięcia i sączenie oraz wyprysk za uszami. Węzły chłonne pachowe, pachwinowe i szyjne są często powiększone i mają charakter odczynowy. Lizanie warg może wywołać zapalenie czerwieni wargowej (cheilitis). Niekiedy widoczny jest wyprysk około-



ustny i zapalenie kątów ust (angular cheilitis).

Przeczosi i strupy są bardzo charakterystyczne dla postaci dziecięcej AZS.

Często dołączają się objawy wtórnego zakażenia (zliszajowacenia). U ok 70% dzieci występuje wyprysk rąk z hiperkeratozą i pęknięciami opuszków palców (pulpitis sicca).

---

## RÓŻNICOWANIE AZS

Różnicowanie atopowego zapalenia skóry zmienia się w zależności od wieku pacjenta i umiejscowienia zmian chorobowych (tab. III).

Tabela III. Różnicowanie AZS

---

1.	<b>Świerzb</b> (scabies)
2.	<b>Łuszczyca</b> (Psoriasis)
3.	<b>Alergiczny wyprysk kontaktowy</b> (ACD – Allergic contact dermatitis)
4.	<b>Wyprysk kontaktowy z podrażnienia</b> (ICD – Irritant contact dermatitis)
5.	<b>Proteinowy wyprysk kontaktowy</b> (PCD – Protein contact dermatitis)
6.	<b>Wyprysk pieniążkowy</b> (Eczema nummulare)
7.	<b>Neurodermit</b> (Lichen simplex chronicus)
8.	<b>Świerzbiączka objawowa</b> (Prurigo symptomatrica)
9.	<b>Zapalenie łojotokowe</b> (SD – seborrheic dermatitis)
10.	<b>Mięczak zakaźny</b> (Molluscum contagiosum)
11.	<b>Rybia łuska</b> (Ichthyosis)
12.	<b>Dermatofitoza skóry gładkiej</b> (Tinea corporis)
13.	<b>Osutka polekowa</b> (Exanthema medicamentosa)
14.	<b>Kolagenozy</b> (SLE, dermatomyositis)
15.	<b>Zespół Nethertona</b> (Netherton syndrome)
16.	<b>Chłoniak skóry</b> (Cutaneous lymphoma)

---

## Świerzb

Czynnikiem etiologicznym choroby jest należący do roztoczy pajęczak świerzbowiec ludzki (*Sarcoptes scabiei* var. *hominis*). Do zakażenia dochodzi najczęściej na drodze bezpośredniej, możliwe jest jednak również przeniesienie infekcji poprzez kontakt ze skażonymi przedmiotami [2–4]. W przypadku zakażenia pierwotnego pierwsze objawy pojawiają się po około 2–4 tygodniach, w przypadku reinfekcji – 24 godzin. Najbardziej charakterystycznym objawem jest uporczywy świąd całego ciała, nasilający się po rozgrzaniu skóry (po ciepłej kąpieli, po wysiłku fizycznym, w nocy) [2]. Zmiany skórne są wynikiem reakcji alergicznej na antygeny roztoczy. Są to najczęściej drobne grudki na podłożu rumieniowym, zmiany wypryskowe, rzadziej płaskowyniosłe guzki. Wtórnie do świądu pojawiają się zazwyczaj przeczosi, strupy a także objawy nadkażenia bakteryjnego. Miejscami predysponowanymi do występowania zmian są najczęściej powierzchnie zgięciowe nadgarstków, przedramion, pachy, brzuch, pachwiny, pośladki, kostki, okolice zewnętrznych narządów płciowych u mężczyzn i brodawek sutkowych u kobiet [5–7]. Skóra owłosiona głowy, twarzy, pleców pozostaje zazwyczaj wolna od wykwitów chorobowych. Reguła ta nie dotyczy dzieci i osób starszych, u których również te okolice mogą być zajęte. U niemowląt i małych dzieci charakterystycznym miejscem występowania zmian są ponadto dłoniowe powierzchnie rąk i podeszwowe stóp [8]. Ponadto w tej grupie wiekowej zmiany mogą przybierać postać pęcherzyków, krost, guzków. Do postawienia pewnej diagnozy konieczna jest identyfikacja pasożyta. Jednak z uwagi na liczne trudności i niską czułość nie jest to metoda rutynowo stosowana, a rozpoznanie opiera się na podstawie dobrze zebranego wywiadu i objawów klinicznych.

W związku z faktem, że zmiany w przebiegu zakażenia świerzbowcem mają charakter alergiczny, towarzyszy im świąd, obraz choroby, w szczególności u małych dzieci, może być bardzo podobny do przebiegu atopowego zapalenia skóry. Elementem ułatwiającym różnicowanie obu schorzeń jest w szczególności dokładny wywiad dotyczący świądu i występowania zmian skórnych u współdomowników. Ponadto za rozpoznaniem świerzbu przemawiają dotychczasowy ujemny wywiad w kierunku atopii, brak związku zmian skórnych z dietą, zazwyczaj uchwytne początek występowania objawów,

niewystępowanie suchości skóry. Różnicowania nie ułatwia fakt, że skóra atopowa, z uwagi na uszkodzoną barierę naskórkową, jest bardziej narażona na wtórne infekcje. Należy pamiętać, że pacjenci z atopowym zapaleniem skóry są w większym stopniu narażone na infekcję świerzbowcem niż osoby ze zdrową skórą i nierzadkie jest występowanie obu schorzeń jednocześnie.

### **Wyprysk kontaktowy: alergiczny i z podrażnienia**

Alergiczny wyprysk kontaktowy (alergiczne kontaktowe zapalenie skóry) jest formą zapalenia skóry, najczęściej o przewlekłym i nawrotowym przebiegu, w którym objawy chorobowe powstają w wyniku uczulenia na alergeny kontaktowe (hapteny) występujące w środowisku chorego. Schorzenie związane jest z IV mechanizmem reakcji nadwrażliwości. Objawy chorobowe pojawiają się w ciągu 24–48 godzin od kontaktu z haptentem i klinicznie mają cechy wyprysku. Wyprysk kontaktowy z podrażnienia jest natomiast formą kontaktowego zapalenia skóry, w którym zmiany chorobowe pojawiają się w wyniku działania na skórę substancji drażniących [9]. W obu postaciach wyprysku kontaktowego zmiany zapalne mogą mieć różne umiejscowienie, zależnie od czynników wywołujących. Najczęściej dotyczą twarzy, rąk, mogą mieć również charakter uogólniony. Schorzenie przebiega w sposób ostry, podostry, bądź przewlekły. Podstawowym wykwitem chorobowym w każdej formie wyprysku jest grudka wysiękowa. W fazie ostrej grudki przekształcają się w pęcherzyki, a następnie w nadżerki, początkowo sączące, później pokryte strupem. W fazie przewlekłej dominuje suchość i złuszczenie skóry. W diagnostyce wyprysku kontaktowego podstawową rolę odgrywają naskórkowe testy płatkowe, które pozwalają na zróżnicowanie obu postaci wyprysku oraz wykrycie alergenów odpowiedzialnych za zmiany skórne. Cechą wspólną wyprysku kontaktowego i wyprysku atopowego jest obraz kliniczny wyprysku i świąd skóry. Różnice dotyczą umiejscowienia i przebiegu schorzenia. Ponadto pacjenci z wypryskiem atopowym najczęściej chorują od wczesnego dzieciństwa, przebieg choroby jest wybitnie przewlekły, zmiany dotyczą przede wszystkim twarzy, szyi oraz dużych przegubów stawowych. Pacjenci z wypryskiem atopowym często demonstrują również objawy atopii ze strony innych narządów, część z nich ma także dodatni rodzinny wywiad w kierunku chorób atopowych. W przypadkach o nietypowym przebiegu często pomocne w diagnostyce różnicowej mogą mieć kryteria mniejsze rozpoznania atopowego zapalenia skóry [10]. Należy również pamiętać, że u pacjentów z wypryskiem atopowym może rozwijać się uczulenie kontaktowe na różne alergeny środowiskowe [11]. Szczególnie w wyniku przewlekłego stosowania na skórę zmienioną zapalnie wielu kosmetyków i leków, może dojść do rozwoju alergii kontaktowej na składniki tych preparatów. W tych sytuacjach u jednego chorego mogą współistnieć obie formy wyprysku – atopowy i kontaktowy [12]. Z drugiej dodatnie testy płatkowe u chorych atopowych wymagają dokładnej weryfikacji pod względem istotności klinicznej. **Defekt bariery naskórkowej oraz wzmożona przepuszczalność skóry, szczególnie u młodszych pacjentów mogą być przyczyną testów fałszywie dodatnich [13].**

#### Piśmiennictwo

1. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* (Stockh). 1980;92 (suppl):44-7.
2. Hengge U, Currie B, Jaeger G, Lupi O i wsp. Scabies: a ubiquitous neglected skin disease. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 769- 779
3. Orion E, Marcos B, Wolf R. Ectoparasitosis sexually transmitted diseases: scabies and pediculosis. *Clin Dermatol* 2004, 22, 513- 519
4. Wolf R, Davidovici B. Treatment of scabies and pediculosis: facts and controversies. *Clin Dermatol*. 2010 Sep-Oct;28(5):511-518.
5. Hicks MI, Elston DM. Scabies. *Dermatol Ther* 2009; 22(4): 279- 292
6. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, Walton S. Scabies in the developing world- its prevalence, complications and management. *Clin Microbiol Infect* 2012; 18:313- 323
7. Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies in Japan. *J Dermatol* 2008; 35: 378- 393
8. Chosidow O. Scabies and Pediculosis. *Lancet* 2000; 355: 819- 826.
9. Śpiewak R. Wyprysk kontaktowy. *Post Dermatol Alergol*, 2009, 26, 375-377.
10. Ring J, Alomar A, Bieber T i wsp. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2012, 26, 1045-1060.
11. Niebuhr M, Kapp A, Werfel T i wsp. Allergic contact dermatitis and atopy. *Hautarzt*, 2011, 62, 744-750.
12. Darsow U, Lubbe J, Taieb A i wsp. Position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2005, 19, 286-295.
13. Silny W: Atopowe zapalenie skóry. *Termedia*. Poznań, 2012, 199.



**Dr. n. med. Piotr Dziechciarz** lekarz dzieci, gastroenterolog, pracuje w Klinice Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tworzy zespół żywieniowy, pod czujnym okiem profesor Hanny Szajewskiej szlifuje swoje merytoryczne i praktyczne umiejętności w duchu medycyny opartej na dowodach naukowych. Zdobyte doświadczenie stara się przekazywać studentom, lekarzom, pielęgniarkom i położnym.

# Alergia na białko mleka krowiego u dzieci karmionych piersią. Wiele hałasu o nic?

Dr n. med. Piotr Dziechciarz

W trakcie wykładu zostaną podane odpowiedzi na 3 podstawowe pytania:

1. Jak często występują objawy alergii pokarmowej (w tym alergii na białko mleka krowiego) u dzieci karmionych piersią?

odpowieź

2. Jak objawia się alergia na białko mleka krowiego u niemowląt ?

odpowieź

3. Jak ocenić czy przyczyną dolegliwości jest alergia pokarmowa?

odpowieź





**Prof. nadzw. dr hab. n.med. Barbara Królak-Olejek** specjalista pediatra, neonatolog, IBCLC do 2005 r. Kierownik Katedry i Kliniki Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wieloletni kierownik Oddziału Neonatologii w Katedrze i Klinice Ginekologii i Perinatologii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach – pierwszego w Polsce Oddziału III stopnia referencyjności, posiadającego tytuł „Szpitala przyjaznego dziecku”. Prezes i współtwórca Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, będącego członkiem Europejskiego Towarzystwa Laktacyjnego ELACTA. Członek wielu towarzystw naukowych, min.: Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej. Autor i współautor 142 pełnotekstowych publikacji naukowych. Prywatnie – mężatka, mama Marty i Maćka wykarmionych piersią. Fascynatka podróży, dobrych zdjęć i muzyki.



**Lek. Monika Żukowska-Rubik** Lekarz pediatra, konsultant IBCLC i CDL, od 1996 roku pracuje w poradni laktacyjnej Centrum Medycznego Żelazna w Warszawie, gdzie prowadzi pacjentki i niemowlęta z trudnymi problemami w karmieniu piersią. Jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem na kursach organizowanych przez Centrum Nauki o Laktacji. Jest również współautorem programów szkoleniowych m.in.: „Problemy w laktacji”. W szkole CNoL pełni funkcję wicedyrektora. Publikuje prace nt. postępowania w laktacji w czasopismach dla lekarzy i położnych. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, której przewodniczyła w latach 2005-2009 (obecnie Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych). Współtworzyła pierwsze polskie wydanie podręcznika dla profesjonalistów laktacyjnych pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydanego przez medycynę Praktyczną w 2012 roku. Prywatnie żona lekarza i mama trójki dzieci, karmionych piersią w sumie przez 8 lat. Uwielbia taniec, teatr i narty.

# Karmienie piersią to proces naturalny – nie poddaje się schematom

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

Schematy pomagają w podejmowaniu decyzji, szczególnie diagnostycznych i leczniczych. Opracowanie standardu stymulacji laktacji w oddziałach trzeciego stopnia referencyjności wprowadza mleczną drogę od momentu urodzenia nawet najmniejszego i najbardziej niedojrzałego noworodka. Informacja że mleko mamy nawet w niewielkich ilościach (kilka kropli) może, a właściwie powinno być podane w ciągu pierwszych dwóch godzin po urodzeniu nawet skrajnie niedojrzałemu wcześniakowi zrewolucjonizowała postępowanie i w niedalekiej przyszłości będzie schematem działania większości o ile nie wszystkich neonatologów w Polsce. Ale ten standard dotyczy postępowania w trakcie hospitalizacji. W ostatnich latach natomiast powstawały schematy, które miały ułatwiać młodym mamom właściwe odżywianie dziecka. Wszystkie promują karmienie naturalne, ale w różny sposób, w różnie długim przedziale czasu.

A jak żywiony jest noworodek i niemowlę w pierwszych miesiącach życia według relacji matek uzyskanych na podstawie pytań ankietowych w badaniu wieloośrodkowym prowadzonym od kwietnia 2014 do czerwca 2015 w Polsce w ramach grantu naukowego Fundacji Nutricia, realizowanego przez Katedrę i Klinikę Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Projekt uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

W badaniu wzięły udział 42 szpitale, ankietyzację i analizy statystyczne przeprowadzała firma TNS. W każdym ze szpitali ankietyzacji poddano personel medyczny oraz matki, które w terminie urodziły zdrowe dziecko. Do badania włączono 1679 matek oraz 767 osób personelu medycznego.

W okresie okołoporodowym w trakcie hospitalizacji prawie 100% matek deklaruje karmienie piersią, ale aż 55% noworodków jest dokarmianych, a tylko 14% spośród nich otrzymuje odciągnięte mleko matki. W dniu wypisu zaledwie 75% matek karmi wyłącznie piersią. Tylko 21% matek podaje, że nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” trwał 2 godziny, przyczyną przerwania kontaktu – konieczność zbadania dziecka przez lekarza i wykonanie pomiarów antropometrycznych przez personel. 72% matek przebywa z dzieckiem w systemie rooming-in od urodzenia do wypisu – przyczyną oddzielenia matki od dziecka jest cięcie cesarskie. Tylko 57% matek podaje że dzieci były karmione „na żądanie” w trakcie pobytu w szpitalu po urodzeniu.

Po 2 miesiącu od urodzenia 43% matek karmiło piersią. Wśród karmiących w sposób naturalny –25% przystawiało do piersi nawet więcej niż 10 razy w ciągu doby, 35% 9–10 razy na dobę i 30% 7–8 razy na dobę.

Podobnie po 4 miesiącu – 41% matek karmiło piersią. Częstość karmień ściśle korelowała z rodzajem mleka, karmienie naturalne związane było z częstszym przystawianiem dziecka do piersi, ale tylko 16% matek karmiło częściej niż 10x/dobę, 69% karmiło 7–10x/dobę. Wśród karmiących mieszanką 11% matek karmiło częściej niż 6x/dobę, 42% 5–6x/dobę, 46% karmiło rzadziej niż 5x/dobę. 18% matek podaje soczki i herbatki, 9% posiłki dla niemowląt w słoiczkach, 6% kaszki i kleiki.

Po 6 miesiącu 35% matek karmi piersią, jednak wyłącznie tylko 4% z grupy początkowej. Najczęstszą przyczyną zaprzestania karmienia piersią lub dokarmiania było nienajadanie się dziecka przy piersi i brak pokarmu. Ponad 60% niemowląt otrzymuje posiłki w słoiczkach, co drugie – kaszki i kleiki, a 45% dzieci – inne posiłki stałe.

Szczegółowe dane są w trakcie analiz statystycznych i dotyczą zarówno matek jak i personelu - stopnia realizacji wybranych elementów standardu opieki okołoporodowej oraz czynników ryzyka zaprzestania karmienia piersią i karmienia mieszanką mleczną w pierwszym roku życia.

## Lek. Monika Żukowska-Rubik

Rytm karmień jest niepowtarzalny i indywidualny dla każdej pary matka–dziecko. Nauka przygląda się naturalnym procesom, obserwuje je, by lepiej rozumieć. Kent i wsp. 2006 przebadali 71 matek i ich dzieci w wieku 1–6 mcy (4–26 tygodni) karmionych wyłącznie piersią na żądanie. Wykonywano testy wagowe po podaniu każdej piersi przez 24–26 h (24 h + jedno karmienie), łącznie oceniono 775 karmień.

Dobę podzielono na 4 przedziały: – Noc 22–4  
– Ranek 4–10  
– Dzień 10–16  
– Wieczór 16–22

Obserwowano dużą zmienność liczby karmień u niemowląt karmionych piersią:

- ▶ średnia liczba karmień piersią wynosiła 11 +/- 3 na dobę, zakres 6–18
- ▶ posiłków średnio 7,9 +/- 1,8, zakres 4–13
- ▶ jedna pierś 44,5% wszystkich obserwowanych karmień
- ▶ obie piersi 53,2 %
- ▶ cluster feeding 2,3 %
- ▶ częstość karmień była niezależna od wieku w 1–6 mcy!! Niezależna od płci.

Nocne karmienia

- ▶ W nocy obserwowano przeciętnie 1–3 karmienia, 64 % niemowląt jadło w nocy (22–4; uwaga: noc została inaczej zdefiniowana niż zwykle się przyjmuje)
- ▶ Dobowa liczba karmień u niemowląt jedzących i nie jedzących w godz 22–4 była podobna
- ▶ ALE: dzieci nie jedzące w godz 22-4, rannem pobierały znacząco większe objętości mleka (40% +/-12 dobowego spożycia), podczas gdy niemowlęta jedzące w godz 22–4 we wszystkich porach dnia pobierały porównywalne objętości mleka.
- ▶ Obecność nocnych karmień nie była zależna od pojemności piersi – w nocy jadły nie tylko dzieci matek o małych pojemnościach gruczołu, lecz również o większych
- ▶ Dzieci jedzą w nocy, jeśli mają względnie mniejszą pojemność żołądka lub większą szybkość jego opróżniania

Odstępy pomiędzy karmieniami

- ▶ Pomędzy karmieniami z jednej piersi przeciętnie 2h 18 min +/- 43 min
- ▶ Pomędzy posiłkami przeciętnie 3h 2 min +/- 41 min
- ▶ ALE obserwowano, że dziecko zgłaszało się na karmienie po 1h od zjedzenia 175 ml mleka, a nie zgłaszało się do piersi przez 8h po zjedzeniu 35 ml mleka. Po posiłku o największej objętości 350 ml dziecko jadło ponownie po 3,5 h.

Obserwowano także dużą zmienność objętości pobieranego mleka:

- ▶ w czasie karmienia z jednej piersi niemowlęta pobierały 76 +/- 12,6 g mleka (zakres 0-240 g).
- ▶ w czasie posiłku pobierały 101,4 +/- 15,6 g, zakres 0-350 g.
- ▶ dobowe przeciętne spożycie pokarmu 788 +/- 169 ml, ale obserwowany zakres 478–1356 ml (dzieci w różnym wieku mają inne zapotrzebowanie kaloryczne i tempo wzrastania!!)

Objętość pobieranego mleka w czasie karmienia z jednej piersi zależy od:

- ▶ Czy pierś jest mniej czy bardziej produktywna (prawa i lewa pierś rzadko wytwarzały podobne ilości mleka! U 76 % matek prawa dominowała.)
- ▶ Pory dnia – nocne albo poranne karmienia najobfitsze
- ▶ Liczby pulsów oksytocyny u matki (przeciętnie 2,5, zakres 1-9), – to z kolei zależy od siły i dynamiki ssania dziecka
- ▶ 39% dzieci matek z wielokrotnymi wypluwami kończyło karmienie w czasie trwania wyplwywu, co dowodzi, że dziecko pobiera mleko zależnie od swoich potrzeb.(samoregulacja!!!) (Ramsay i wsp 2004)

Czas trwania karmienia również jest indywidualny i zmienny:

- ▶ Średnia długość karmienia z jednej piersi 16 minut, z obu piersi średnio 31,3 minuty. (wiek 2 mc, 43-90 dni) (McClellan et al. 2012)
  - ▶ Średnio 19 +/- 6,5 min w 3 dobie i 16,1 +/- 6,7 min pomiędzy 10-45 dobą (Sakalidis et al. 2013)
- Wciąż nie ma ostatecznej odpowiedzi, co steruje częstością, objętością i długością karmień.

- ▶ Zawartość tłuszczu w mleku wpływa na długość karmienia i odstępy pomiędzy nimi (Solter 2001)
- ▶ spożycie białka wykazuje odwrotną korelację z częstością karmień
- ▶ Wyższe stężenie laktozy wiązało się z większą liczbą karmień
- ▶ Nie zaobserwowano natomiast żadnej zależności pomiędzy zawartością tłuszczu i energii (Khan S. i wsp. 2013), choć w innych pracach taką zależność obserwowano.
- ▶ Regulacja łaknienia przez leptynę, grelinę, rezystynę, obestatinę, które są obecne w mleku matki
- ▶ Różne wzorce opróżniania żołądka u niemowląt

Czynniki kulturowe i geograficzne również wpływają na rytm karmień

- ▶ Niemowlęta w społecznościach myśliwych i zbieraczy w pd-zach Afryce jedzą nawet 2x w ciągu godziny po kilka minut. Pierś nie jest opróżniana, a dziecko nie nasycy się w pełni. Ale ten sposób karmienia zapewniają odpowiednią podaż wody. (Solter 2001)
- ▶ Z kolei w społecznościach zachodnich i w chłodniejszych klimatach przerwy pomiędzy karmieniami są dłuższe, ale też karmienie trwa dłużej – dziecko pobiera bogato kaloryczne mleko II fazy – nasycy się na dłużej.

Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. (Standardy Medyczne 2014) to dokument, który podejmuje i porządkuje wszystkie zagadnienia związane z żywieniem w 1 roku.

- ❖ czas wyłącznego karmienia piersią 6 mcy, kontynuacja po 12 mcu tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko
- ❖ wprowadzanie żywności uzupełniającej, liczba posiłków
- ❖ rodzaj podawanej żywności (jakie mleko, ryby, tłuszcze)
- ❖ konsystencja posiłków
- ❖ akcesoria do karmienia (wczesne wprowadzenie kubka po 6 mcu, odstawienie butelki ze smoczkiem po 12 mcu)
- ❖ płyny (woda do picia!, soki do 150ml/dz)
- ❖ podawanie suplementów i witamin
- ❖ podkreślenie znaczenia rozpoznawania objawów głodu i sytości
- ❖ podkreślenie znaczenia samodzielności i autonomii dziecka – podział kompetencji rodzic – dziecko: RODZIC DECYDUJE KIEDY I CO PODA, DZIECKO DECYDUJE CZY I ILE ZJE

Niestety w najnowszych rekomendacjach polskich ekspertów karmienie piersią zostało „wtłoczone” w schemat sztucznego żywienia. Uzupełniająca artykuł tabela pt. „Schemat żywienia niemowląt w 1 r.ż” upowszechniła się niezależnie od treści i intencji autorów publikacji jako „Schemat żywienia niemowląt karmionych piersią”. Praktycznie każdy portal dla rodziców publikuje ten schemat. Tymczasem karmienie piersią rządzi się swoimi prawami. Przedstawiona w schemacie orientacyjna objętość i liczba posiłków zupełnie nie przystaje do tego, co obserwuje się w wyżej cytowanych badaniach wzorca karmień u dzieci karmionych w sposób naturalny. Kiedy dziecko jest karmione piersią nie sprawdzamy każdorazowo, ile zjada mleka z piersi. To wyjątkowe sytuacje, kiedy robimy testy wagowe. Z badań, ale też z praktyki wiemy, że restrykcje dotyczące liczby karmień mają niekorzystny wpływ na laktację. Przykładowo udowodniono niekorzystny wpływ karmienia w schemacie godzinowym 7x dobę na produkcję pokarmu. (Bystrova i wsp. 2007)

Dokument „Żywnienie niemowląt i małych dzieci. Standardy postępowania dla Unii Europejskiej”. (2006) podkreśla:

- „Karmienie piersią jest naturalnym, właściwym dla gatunku ludzkiego sposobem karmienia niemowląt i małych dzieci, więc jako takie nie wymaga uzasadnienia”
- „Wyłączne karmienie piersią jest punktem odniesienia lub modelem normatywnym, wobec którego wszystkie alternatywne metody karmienia powinny być porównywane ze względu na przyrost masy ciała, zdrowie, rozwój i wszystkie inne krótko i długoterminowe wyniki”.

**Rytm karmień jest indywidualny, zmienny i zależny od wzajemnego oddziaływania wielu czynników biochemicznych i hormonalnych po stronie DZIECKA i MATKI.**

Dzieci powinny być karmione „na żądanie” w dzień i w nocy.

„BABY LED FEEDING” – samoregulacja spożycia składników odżywczych

Dopasowywanie karmienia do „przeciętnego schematu” może nie sprawdzić się u danej pary matka-dziecko i skutkować zaburzeniem laktacji.

Karmienie piersią rządzi się swoimi prawami i nie wolno podporządkowywać go schematom żywienia sztucznego. Powinniśmy postępować „z szacunkiem dla natury” (hasło konferencji CNoL w 2013 roku!)

- Karmieniem steruje dziecko – „na żądanie”, decyduje kiedy i ile zje
- Matka rozpoznaje oznaki głodu i sytości u dziecka
- 8–12x w ciągu doby
- Dziecko decyduje, kiedy kończy karmienie
- Warto proponować drugą pierś, choć dziecko nie zawsze z niej zje
- Przynajmniej 10 minut z jednej piersi w okresie noworodkowym

Personel medyczny czuwa nad przebiegiem karmienia, interweniuje w razie potrzeby

Piśmiennictwo:

Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS i wsp. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J.* 2007 May 8;2:9.

Kent JC i wsp. Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. *Pediatrics* 2006 Mar;117(3):e387-95.

Khan S. i wsp. Variation in fat, lactose, and protein composition in breastmilk over 24-hour: Association with infant feeding patterns. *Journal of Human Lactation*, 2013; 29 (1):81-89.

McClellan et al. Breastfeeding Frequency, Milk Volume, and Duration in Mother–Infant Dyads with Persistent Nipple Pain *Breast Med* 2012; 7(4):275-282.

Ramsay D et al. Ultrasound imaging of milk ejection in the breast of lactating women. *Pediatrics* 2004; 113 (2):360-69.

Sakalidis et al. Ultrasound Imaging of Infant Sucking Dynamics during the Establishment of Lactation. *Journal of Human Lactation* 2013; 29(2);204-213.

Solter *The aware baby*. Shining Satr Press. 2001

Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywnienia Dzieci. Standardy Medyczne 2014

Żywnienie niemowląt i małych dzieci. Standardy postępowania dla Unii Europejskiej. 2006

# Inne spojrzenie na patogenezę i leczenie zapalenia piersi

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

## Czy umiemy leczyć zapalenie piersi?

- ▶ **22% badanych lekarzy NIE ZNAŁO** prawidłowego postępowania w zapaleniu piersi, n=361

Nehring-Gugulska M., et al. *Breastfeeding Knowledge among Polish Healthcare Practitioners Supporting Breastfeeding Mothers. Nurse Education in Practice (2015)*

- ▶ **82% badanych położnych NIE ZNAŁO** objawów nawału pokarmu, 78% nie znało powikłań zapalenia piersi, n=423

Szyber B. Ocena realizacji standardu WHO/UNICEF przez Polskie położne w zakresie laktacji w Szpitalach Przyjaznych Dziecku. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Kwiecień 2012

- ▶ **10% matek uzyskuje niewłaściwą poradę** w przebiegu zapalenia piersi, n=420

Scott JA, et al. *Glasgow. International Breastfeeding Journal 2008, 3:21*

## Zapadalność (zachorowalność)

Liczba nowych zachorowań zarejestrowanych w ciągu roku przypadająca na 100 000 (lub 10 000) mieszkańców

Współczynnik zapadalności:

Liczba nowych zachorowań na chorobę w okresie n

————— x k

Liczba ludności w okresie n

k – przelicznik pozwalający na wyrażenie współczynnika zapadalności w postaci liczby nowych zachorowań przypadających na przyjętą standardowo liczbę osób w populacji narażonej, np. 10 000 osób, 100 000 osób.

n – okres czasowy np. w okresie roku, pół roku na danym obszarze

## Problemy z liczeniem w Polsce i na świecie

- Kody ICD10 – nie precyzują dokładnie zapalenia piersi – 091 – zakażenia sutka związane z pordem (brodawek, piersi?)
- Zgłaszalność matek – różne miejsca, nie tylko szpital + samoleczenie!!!
- Rozpoznanie – często błędne (nawał, obrzęk, zatkanie przewodu, zapalenie)
- Czy pytać matki czy pytać pracowników ochrony zdrowia???
- Interpretacja dostępnych danych – jaka to grupa? czy tylko karmiące? czy matki zgłaszające się z problemami? jak długo obserwowano?
- 33% – najczęściej cytowane! (Riordan–Nichols 1990), a były to kobiety, uczestniczki konferencji ILCA/LLLI (n=180), które retrospektywnie pytano o zapalenie piersi w ostatnich 5 latach. *Riordan I.M., Nichols F.H.: A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women. J. Hum. Lact. 1991; 6: 53–58.*
- To badanie powtórzyła Kvist w 2013 r., nie postawiła granicy czasu, miała też 33%! Ale z punktu widzenia zasad obliczania zachorowalności nie powinno być w ogóle uznawane w epidemiologii zapalenia piersi, co sama przyznaje! *Kvist L.J. Re-examination of old truth: replication of a study to measure the incidence of lactational mastitis in breastfeeding women. Int Breastfeed J. 2013;8:2*

Najczęściej 2–6 tyg. po porodzie, szczyt 2–3 tyg. *Devereux W.P.: Acute puerperal mastitis. Am. J. Obstet. Gynecol. 1970; 108: 78–81. n=53*

53% w pierwszych 4 tyg. (*Amir, 2007*), 53% w pierwszych 4 tyg. (*Scott, 2008*), 74-95% w pierwszych 12 tyg. (*WHO, 2000*)



## Rozpoznanie

Min. 2 objawy z piersi i 1 objaw ogólny (*Amir, JHL 2014*)

Objawy w obrębie piersi:

- Ból piersi (pain in the breast)
- Zaczerwienienie (breast erythema)
- Wzmożone napięcie (obrzęk) tkanek gruczołu nieustępujące po karmieniu (breast tension)
- Wzmożona spoistość, zgrubienie > 1 płata gruczołu (lumps in the breast tissue)

Objawy ogólne:

- gorączka, ból głowy, bóle mięśni, senność, zmęczenie, nudności, wymioty, dreszcze (*Kvist 2011, Afshariani 2014, Trupin 2014*)

**Etipatogeneza jest oparta na dwóch filarach:**

1. Czynniki mechaniczne – zaleganie mleka, ucisk na przewody, spłaszczenie nabłonka, białko do zrzębu, reakcja zapalna (obrona)
2. Czynniki infekcyjne – namnażanie bakterii w mleku, w przewodach mlecznych, reakcja zapalna (obrona)

Przyczyną zarówno niedostatecznego opróżniania piersi jak i uszkodzenia brodawek jest nieprawidłowa technika karmienia lub inne zaburzenia funkcji ssania u dziecka

### PROTOKÓŁ UMIEJĘTNOŚCI SSANIA JAKO PROFILAKTYKA!

#### Czynnik mechaniczny

- Nieprawidłowa technika
- Zbyt rzadkie karmienia pon. 8/dobę
- Zatkanie przewodu mlecznego – nieleczone lub źle leczone
- Uraz – forsowny masaż – uszkodzenie tkanek gruczołu
- Zatkanie przewodu wyprowadzającego (czop zastoinowy)
- Hiperlaktacja (matki bliźniaków, matki odciągające pokarm)
- Choroby piersi, przebyte operacje, przebyte zapalenie piersi (zmiany w strukturze gruczołu)

#### Czynnik infekcyjny

- Zła technika – uszkodzenie brodawek – wrota infekcji
- Nosicielstwo *Staph. Aureus* w nosogardzieli dziecka, inne zakażenia skóry matki (*Peacock 2003, Amir 2006*)
- Stosowanie kremów oraz maści na brodawki co opóźnia gojenie brodawek (*Cantile 1988, Jonsson S, 1994, Foxman, 2002*)
- Obniżona odporność organizmu matki: stres (*Tang 2014*), przemęczenie, diety (*WHO 2000*), anemia

#### Kolonizacja przewodów mlecznych u zdrowych kobiet

(*Hunt KM, Foster JA, Forney LJ, et al 2011, Collado MC, 2009, Kvist L et al. 2008*). *Kamianowska M i wsp. Analiza bakteriologiczna pokarmu kobiecego uzyskanego w warunkach szpitalnych i domowych przez matki noworodków z małą urodzeniową masą ciała. 2009, Postępy Neonatologii; 15(1):43-50*

- Kolonizacja przewodów mlecznych bakteriami komensalnymi – bariera śluzówkowa – tolerancja – skomplikowane procesy – wydzielanie sIGA, cytokiny, IL8 do mleka kobiecego – ochrona gruczołu
- Obecność w mleku matek szczepów *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* (*Hunt KM 2011; Collado MC 2009*)

## Aktualne protokoły leczenia

- ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Breastfeed Med. 2014 Jun;9(5):239-43. doi: 10.1089/bfm.2014.9984.
- WHO. Mastitis: Causes and management. Department of Child and Adolescent Health and development. Geneva. WHO, 2000 (wciąż bardzo dobry, wysoka skuteczność)
- Nehring-Gugulska M. Zapalenie piersi. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Med Prakt 2012 (wymaga aktualizacji)

## WSZYSTKIE DZIAŁANIA MAJĄCE OGRANICZYĆ CZYNNIKI

### Mechaniczne:

- Ułatwianie wypływu z chorego fragmentu poprzez ciepłe okłady przed karmieniem (?)
- Bardzo delikatne masowanie podczas karmienia (oliwka, krem) (jeśli ból – NIE)
- Ograniczanie obrzęku, bólu i produkcji mleka poprzez zimne okłady (cold pack) po karmieniach na 20 min. (Robson, 1990) lub okłady z lodu na 20 min. (Sandberg, 1998)
- między karmieniami okłady ze schłodzonej kapusty lub kompresy żelowe – efekt równorzędny (Roberts, 1995)
- Odpowiedni biustonosz

### Nowe spojrzenie na masowanie BARDZO OSTROŻNE, NIE UMIESZ – NIE RÓB

- Zła praktyka w Polsce – urazy gruczołu – ropnie – kryminał
- Cel – usprawnienie opróżniania, zmniejszenie bólu
- Technika TBML dla zastoju, próby wersji dla zapaleń (Zhao et al. JHL 2014, Bolman et al. JHL 2013)
- Manewry tylko w obrębie zdrowej części gruczołu
- Opukiwanie w stronę pachy
- Odciąganie pomiędzy seriami opukiwania
- Drenaż limfatyczny – na leżąco, w stronę pachy, obojczyka, mostka
- Cały czas komfort matki = brak bólu
- Nie wolno ugniatać i forsownie masować piersi – ryzyko ropnia!!!

Nie jest to moment na odstawianie dziecka od piersi – wydłuża leczenie, zwiększa ryzyko powikłań, potęguje stres matki! Namawiać na odstawianie po zakończeniu leczenia, bo karmienie jest elementem terapii (WHO 2000)

### OGRANICZENIE CZYNNIKÓW INFEKCYJNYCH:

- Odpoczynek w łóżku ANTY ZMĘCZENIE
- Zwiększenie przyjmowania płynów ANTY ODWODNIENIE
- Wartościowe posiłki! ANTY DIETA ELIMINACYJNA, ANTY ANEMIA
- Pomoc w domu ANTY ZMĘCZENIE

### Ograniczenie procesu zapalnego i bólu = poprawa przepływu:

- Podawanie preparatów z grupy niesterydowych przeciwzapalnych (NLPZ): ibuprofen do 1,6g/dobę w 4 dawkach po 200-400 mg
- Można dodatkowo – paracetamol do 4g/dobę

Może się tak zdarzyć, że wdrożenie powyższych zaleceń przyniesie efekt po 12-24 godzinach

### Należy podać antybiotyków JEŚLI (ABM 2014)

1. Stwierdzamy uszkodzenie brodawek (wrota dla zakażenia, przebieg ostry, proces toczy się w dobrze ukrwionym zrębie gruczołu)
2. Brodawki zdrowe, przebieg mniej ostry, zastosowano terapię jw. i brak poprawy w ciągu 12–24 godzin
3. Stan matki szybko pogarsza się

### W praktyce polskiej:

1. Cefalosporyny I (najczęściej cefadroksyl 2x500, silnie p-gronk)
2. Cefalosporyny II gen. (nietypowe przebiegi, cefuroksym 2x500)
  - ◆ Makrolidy – jeśli uczulenie na penicyliny, cefalosporyny
  - ◆ Klindamycyna – jeśli uczulenie na penic., cefalosporyny 4x300
  - ◆ Amoksyacylina + kwas klawulanowy (875mg+125mg) x 2 (szersze spektrum, ale słabiej na gronk)**Amoksyacylina, ampicylina nie działają na gronkowca penicylinoopornego!**

### Leczenie antybiotykiem powinno trwać 10-14 dni

**Właściwie dobrana i szybko zastosowana antybiotykoterapia obniża ryzyko powikłań.**

Próby wpływania na florę bakteryjną przewodów mlecznych WĄTPLIWE (Arroyo 2010)

Zastosowano probiotyki wyizolowane z mleka matek (L. fermentum, L.salivarius)

- W badaniu zastosowano antybiotyki, których praktycznie nie używamy, nie wg protokołów
- Wykazano obniżenie miana bakterii i natężenia bólu piersi w 21 dniu stosowania probiotyku (my oczekujemy poprawy do 72h)
- W grupie z antybiotykiem 21 dnia nie stwierdzano szczepów probiotycznych w mleku – nie pomógł a zaszkodził
- Nawroty – 30% gr. antybiotykowa, 8% probiotykowa
- Ból – 295 wyzdrowiało, 11% nadal w gr antyb, w gr probiotykowej 85% poprawa, ale u 12% pozostał dyskomfort niewielkiego stopnia
- Brak informacji co dzieje się 3–5 dnia (?)
- Za mało mamy dowodów, aby w ogóle nie stosować antybiotykoterapii *Antibiotics for mastitis in breastfeeding woman. (Johanfar S, Cochrane database 2011)*
- **Brak zmian w protokołach ABM (Amir L. 2014)! Poczekamy zobaczymy!**
- **UWAGA NA SAMOLECZENIE MATEK – bez poprawy techniki karmienia, itp.**

### Należy pamiętać, że:

- Nawracające w tej samej lokalizacji zapalenie piersi może maskować raka piersi (zapalnego i nie tylko)
- Brak poprawy w tydzień lub nawrót zapalenia – wskazanie do USG piersi  
(van Uden DJ1, Westenberg AH, van Laarhoven HW, Meijer JW, de Wilt JH, Blanken-Peeters CF . *Mastitis as a symptom of malignancy. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158(0):A7591.*)

## PROBLEMY SYSTEMOWE

### Kto ma pomóc?

- Położna? Położna specjalista ds. laktacji
- Pediatra?
- Ginekolog?                      WSZYSCY?                      Musi być w tym porada laktacyjna!
- Lekarz rodzinny?
- Lekarz CDL/IBCLC

### Prewencja (udowodniona skuteczność)

- Kontakt skóra do skóry
- Mycie rąk – matka, personel
- Prawidłowa technika i częstość karmienia
- Dobra kondycja organizmu matki

### Profilaktyka w grupie ryzyka

- Uszkodzone brodawki
- Nawracające zastoje pokarmu
- Nawracające zapalenia piersi
- Czynniki ryzyka nawrotów



### **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 programów kształcenia oraz licznych publikacji naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony [www.doktor-magda.med.pl](http://www.doktor-magda.med.pl). Współpracuje stale z czasopismem dla rodziców Twoje Dziecko oraz z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna. Była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydanego przez Medycynę Praktyczną w 2012 roku oraz programu kursu specjalistycznego dla położnych pt. Edukacja i wsparcie kobiet w okresie laktacji. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki.



**Kinga Osuch** Położna, magister socjologii, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC, CDL. Jest koordynatorem opieki laktacyjnej i psychologicznej w Centrum Medycznym Żelazna w Warszawie, które jest Szpitalem Przyjaznym Dziecku i jednym z najlepszych szpitali położniczych w Polsce. Bezpośrednio pracuje z matkami w oddziale położniczo-noworodkowym i w poradni laktacyjnej Bona Mater. Jest nauczycielem CNoL (wykładowcą, trenerem, egzaminatorem)



**Marta Masłowska** Psychoterapeuta, coach, trener. Studiowała w Szkole Psychoterapii i Trenerów Grupowych w krakowskim Instytucie Integralnej Psychoterapii Gestalt. Absolwentka Pedagogiki Rewalidacyjnej Uniwersytetu Szczecińskiego.

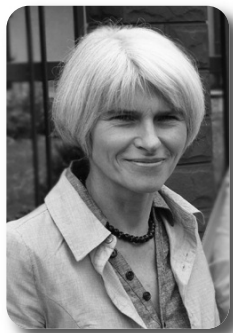
Propaguje rozwój świadomości poprzez kreatywne i holistyczne podejście do siebie, innych ludzi i do świata. Prowadzi warsztaty i szkolenia z zakresu Psychologii Komunikacji i Kontaktu, Inteligencji Emocjonalnej, Asertywności, Sztuki Negocjacji, a także kursy zdrowego odżywiania zgodnie z Filozofią Chińską Pięciu Przemian.

Swoje doświadczenie i pasję kontaktu z ludźmi wykorzystuje obecnie jako psychoterapeuta w warszawskim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Zofii oraz jako członek, trener, coach i terapeuta w Fundacji Psychoonkologii „Ogród Nadziei” w Warszawie.

# **Czy porażka laktacyjna może być sukcesem?**

**mgr Marta Masłowska, mgr Kinga Osuch**





### **Paulina Stobnicka-Stolarska**

Neurologopeda i nauczyciel Komunikacji Alternatywnej i Wspomagającej (AAC). Pracownik Kliniki Położnictwa i Patofizjologii Wcześnieńiaka/Noworodka szpitala MSW oraz Przedszkola Specjalnego dla Dzieci z Niepełnosprawnością Sprzężoną w Warszawie. Współpracuje z CNOL. Propagatorka karmienia naturalnego i upowszechniania wiedzy z zakresu rozwoju umiejętności jedzenia małych dzieci. Mężatka i matka dwóch córek.

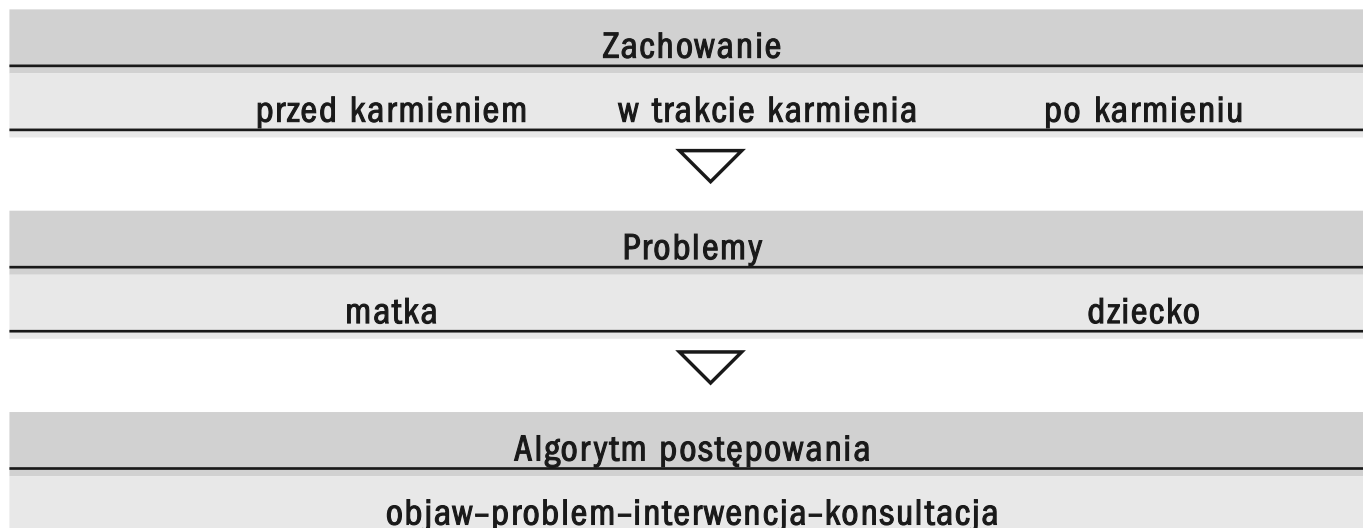
### **Magdalena Bednarczyk**

Mgr neurologopeda, CDL, pracuje na oddziałach neonatologicznych w Centrum Medycznym Żelazna oraz w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

# Jak poradzić sobie z mało aktywnym dzieckiem?

mgr Paulina Stobnicka-Stolarska, mgr Magdalena Bednarczyk

## DZIECKO MAŁO AKTYWNE PODCZAS KARMIENTA



## ZACHOWANIE

przed karmieniem	w trakcie karmienia	po karmieniu
Nie wybudza się na karmienie	Zasypia w trakcie karmienia, nie utrzymuje stanu czuwania lub płytkiego snu	Nie widać zróżnicowania w aktywności stanów
3 godziny między karmieniami	Przejawia trudności w uchwyceniu piersi, uszczelnianiu	Objawy ze strony układu pokarmowego
Nie demonstruje oznak głodu (sygnały upominania)	Ssie zbyt wolno, gubi rytm, krótkie sekwencje	Nieemożność stwierdzenia, czy dziecko jest najedzone, czy nie (niedożywienie)
Mało aktywnie inicjuje ssanie	Robi długie przerwy pomiędzy seriami	
	Stymulowane, nie podejmuje akcji – zasypia lub denerwuje się	

## PROBLEMY

<b>Matka</b>	Osobowość matki
➔	Historia karmienia rodziców
	Sytuacja domowa
	Sposób postępowania i opieki nad dzieckiem
	Choroby
	Problemy z brodawkami (anatomia, choroby)
	Wpływ pokarmu (liczba, tempo, brak)
	Technika karmienia

<b>Dziecko</b>	Temperament
➔	Choroby
	Anatomia jamy ustnej i twarzoczaszki
	Sensoryka (nadwrażliwość, podwrażliwość)
	Motoryka jamy ustnej
	Regulacja

## ALGORYTM POSTĘPOWANIA





**Agnieszka Muszyńska** CDL, magister położnictwa, pracuje jako edukator ds. laktacji w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie i prowadzi tam: Poradnię Laktacyjną, zajęcia dla rodziców wcześniaków oraz publikuje poradniki dla rodziców. Od kilku lat wykładowca i trener w CNoL, członek PTKiDL. Prywatnie mama trójki dzieci, urlop spędza najchętniej w górach (z plecakiem), jest w trakcie zdobywania Korony Gór Polski.



**Joanna Maria Żołnowska** Absolwentka Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego w zakresie pedagogiki specjalnej-oligofrenopedagogika, tytuł magistra uzyskała 1998r. Na Wydziale Nauk o Zdrowiu AM w Gdańsku uzyskała tytuł zawodowy licencjat położnictwa w roku 2007. Jest wykładowcą i trenerem szkolenia praktycznego na kursach dla kandydatów na konsultantów laktacyjnych organizowanych przez Centrum Nauki o Laktacji.

# Czym tak naprawdę jest kryzys laktacyjny i jak z niego wyjść?

mgr Agnieszka Muszyńska, mgr Joanna Żołnowska



**Dr n. Biol. Aleksandra Wesółowska** pracownik naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Fundacji Bank Mleka Kobiecego. Laureatka prestiżowej nagrody im. T. Sędzimiry przyznanej przez Fundację Kościuszkowską za projekt reaktywacji banków mleka w Polsce. Autorka licznych artykułów w prasie branżowej i popularnonaukowej na temat idei banku mleka kobiecego i bezpiecznego dzielenia się pokarmem. Ekspert w dziedzinie wdrażania procedur banku mleka oraz postępowania z mlekiem matki przeznaczonym dla chorego dziecka, szczególnie wcześniaka. Koordynator banków mleka w Polsce z ramienia EMBA (ang. European Milk Banking Association). Kierownik Projektu pt. Laktotechnologia jako odpowiedź na specjalne potrzeby żywieniowe dzieci urodzonych przedwcześnie dofinansowanego z Programu NCBIR Innowacje Społeczne.



**Mgr Zofia Słodkowska** absolwentka położnictwa na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Od początku swojej drogi zawodowej związana z Fundacją Bank Mleka Kobiecego. Współtworzyła pierwszy Bank Mleka Kobiecego w Polsce. Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Obecnie pracuje w Regionalnym Banku Mleka Kobiecego w Specjalistycznym Szpitalu im. Świętej Rodziny w Warszawie. Prywatnie spełniona mama.



# Co zostaje po odwirowaniu mleka kobiecego – jak na karmienie naturalne patrzy biolog? „Mleko kobiece w butelce i pod lupą”

dr n. biol. Aleksandra Wesołowska, mgr Zofia Słodkowska

Odciągnięte mleko matki nadal pozostaje wartościowym pokarmem dla dziecka zarówno zdrowego jak i chorego. Specyfika kobiecego mleka pozwala traktować go nieco inaczej niż zwykłą żywność dla niemowląt. Pokarm matczyny może wprawdzie być się dogodnym środowiskiem do wzrostu mikroorganizmów, ale jego bioaktywne składniki chronią nie tylko przed zakażeniem ogólnoustrojowym ale wywierają także wpływ bakteriostatyczny na mikrośrodowisko mleka kobiecego hamując wzrost bakterii patogennych (1). Bakterie izolowane z mleka kobiecego to *Streptococcus*, *Staphylococcus* spp., *Bradyrhizobiaceae*, *Corynebacterium* spp., *Propionibacterium* spp., *Pseudomonas* spp., *Ralstonia* spp., *Serratia* spp., *Sphingomonas* spp. Skład mikroflory jelitowej niemowlęcia karmionego piersią jest podobny do mikroflory mleka jego matki.

Wiedza ta nie zwalnia ze stosowania zasad higieny mycia rąk i sprzętu laktacyjnego gdyż laktator nie posiadający możliwości separacji mediów i dezynfekcji może stać się źródłem zakażenia (2). Jak każdy materiał biologiczny, także pokarm matczyny zmienia swój skład pod wpływem czynników zewnętrznych takich jak temperatura, światło i kontakt z pojemnikiem. Przechowywanie mleka w warunkach chłodniczych (4°C) przez 72 godziny nie wpływa istotnie na zawartość składników odżywczych i nieznacznie zmienia właściwości bakteriostatyczne. Natomiast mrożenie mleka wiąże się ze znacznymi stratami w składzie oraz powoduje wzmożoną aktywność lipazy, co prowadzi do uwolnienia wolnych kwasów tłuszczowych i dochodzi do zakwaszenia środowiska. Spadek przeciwbakteryjnych właściwości mleka spowodowany jest także rozbiciem kuleczek tłuszczowych mleka (ang. MFG) które wiążą bakterie unieszkodliwiając je. Zasady przechowywania odciągniętego mleka kobiecego zostały opracowane z myślą o zapewnieniu bezpieczeństwa mikrobiologicznego przy zachowaniu wartości odżywczej i immunostymulującej mleka kobiecego (3).

## Literatura:

1. A.Wrońska, W.Kawecka, S Kwiatek, J. Rachtan-Janicka, M. Copiuk. Wpływ mleka kobiecego na zahamowanie wzrostu drobnoustrojów chorobotwórczych. Nauka o żywieniu –osiągnięcia i wyzwania. SGGW 2013 pod redakcją Dominiki Guzek i Dominiki Głąbskiej
2. Żywienie niemowląt i małych dzieci. Zasady postępowania w żywieniu zbiorowym. Praca pod redakcją H. Weker i M. Barańskiej Rozdział II. 2 Zasady postępowania z pokarmem kobiecym i sprzętem laktacyjnym. A. Wesołowska, U. Bernatowicz-Łojko
3. Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego pod redakcją E. Helwich. Standardy Medyczne/Pediatrics 2014;11(2):14-22.

# Nietypowe zmiany na brodawkach piersiowych

lek. Monika Żukowska-Rubik, lek. Katarzyna Raczek-Pakuła

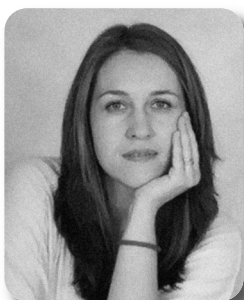
## Matki – Promotorki Karmienia Piersią



**Małgorzata Jackowska** Specjalistka żywienia człowieka i dietetyki, doula ze Stowarzyszenia Doula w Polsce, Promotorka Karmienia Piersią. Zastępczyni redaktor naczelnej w Kwartalniku Laktacyjnym. Propagatorka metody baby-led weaning i świadomego podejścia do żywienia dzieci i mam w okresie ciąży i karmienia piersią. Prowadzi lokalne spotkania Mlekoalkoteki dla mam karmiących. Prywatnie mama dwóch chłopców, miłośniczka dobrej kawy i gorzkiej czekolady.



**Agata Aleksandrowicz** autorka bloga hafija.pl i redaktor naczelna Kwartalnika Laktacyjnego. Praktykowała laktację przez cztery lata. Dyplomowana promotorka karmienia piersią, PRównka w Mamanii. Wiedzy o mleku mamy broni własną piersią. Jest jak herbatka laktacyjna – ciepła i mlekopędna.



**Iza Sztandera** dyplomowana Promotorka Karmienia Piersią, certyfikowana doula ze Stowarzyszenie DOULA w Polsce oraz instruktorka Aktywnej Szkoły Rodzenia i Masażu Dziecięcego. Współzałożycielka Mlekoalkoteki i polskiego ruchu grup wsparcia Pozytywnie o porodzie działającej w ramach międzynarodowej sieci The Positive Birth Movement. Współpracuje z Fundacją Rodzić po Ludzku i Fundacją Bank Mleka Kobiecego. Swoją pasję wspierania kobiet i rodzin realizuje w Maminie. Umacnia wiarę w rodzicielskie kompetencje. Prywatnie miłośniczka autentyczności oraz doświadczona i aktywna mama trójki dzieci, kochająca książki i adrenalinę (również tę z zakupu książek).



**Iza Frankowska-Olech** dyplomowana Promotorka Karmienia Piersią, certyfikowana doula, fizjoterapeutka, od ok. 8 lat zajmująca się masażem (specjalizuje się w pracy z kobietą w ciąży i po porodzie, w tym masażem blizny po cc) oraz instruktorka Aktywnej Szkoły Rodzenia oraz Masażu Dziecięcego. Współzałożycielka inicjatywy promującej karmienie mlekiem kobiecym Mlekoalkoteka, w działania której wchodzi sieć bezpłatnego wsparcia laktacyjnego – pierwsza taka inicjatywa w Polsce oraz coroczna akcja promocyjna. Współzałożycielka polskiej sieci grup wsparcia Pozytywnie o Porodzie, działającej w ramach międzynarodowej sieci Positive Birth Movement. Współpracuje z Fundacją Rodzić po Ludzku i Fundacją Bank Mleka Kobiecego. Prywatnie pełna optymizmu i wiary w ludzi kobieta. Uwielbia podróżować, hiszpańskie jedzenie, muzykę i słońce.

# Matki i specjaliści – jak rozmawiać na skrzyżowaniu dróg, aby dojść do celu?

Małgorzata Jackowska, Agata Aleksandrowicz, Iza Sztandera, Iza Frankowska-Olech

Od kiedy Centrum Nauki o Laktacji rozpoczęło kształcenie Promoterek Karmienia Piersią – czyli pozamedycznego wsparcia laktacyjnego, zaczęły być bardzo widoczne działania promocyjne wokół karmienia naturalnego i laktacji.

Dzięki działalności Promoterek Karmienia Piersią powstała Mlekoteka – coroczna akcja i cykl spotkań w całej Polsce podczas Tygodnia Promocji Karmienia Piersią (maj) oraz całoroczne grupy wsparcia dla mam karmiących. Została założona po to, by wspierać i edukować kobiety w zakresie karmienia mlekiem kobiecym. Spotkania mają charakter otwarty i bezpłatny, skierowane są do wszystkich, bez względu na osobiste doświadczenia czy wybory. Inicjatorami akcji są dwie promotorki karmienia piersią: Iza Frankowska-Olech [www.douladlaciebie.pl](http://www.douladlaciebie.pl), Iza Sztandera [www.mami-niec.eu](http://www.mami-niec.eu) przy współpracy z Fundacją Rodzić po Ludzku [www.rodzicpoludzku.pl](http://www.rodzicpoludzku.pl). W 2014 roku w majową akcję MLEKOTEKA zaangażowały się aktywistki z 25 polskich miast i Londynu. W spotkaniach wzięło łącznie udział 1000. W 2015 roku do Akcji przystąpiło 35 miejsc w tym Londyn i Paryż. Obecnie stałe grupy wsparcia działają w 12 punktach (min. w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Olsztynie) prowadzone przez Promotorki Karmienia Piersią, doule po szkoleniu laktacyjnych, położne oraz doradców i konsultantów laktacyjnych. Mlekoteka zrzesza na swoim profilu Fb ponad 2 tysiące fanów.

Powstał także niezwykły, jedyny taki w Polsce, magazyn o karmieniu piersią i rodzicielstwie bliskości, Kwartalnik Laktacyjny, założony w 2014 przez promotorki karmienia piersią, mamy, doule, pasjonatki z całej Polski. Do dzisiaj ukazało się już 5 numerów. W redakcji pracuje prawie 20 redaktorek, które poznały karmienie piersią w praktyce i teorii. Redaktorką naczelną jest Agata Aleksandrowicz, a zastępczyniami: Małgorzata Jackowska i Aleksandra Przeździecka-Kujałowicz. Kwartalnik jest bezpłatny dla mam i dostępny do czytania on-line z każdego miejsca na świecie. Magazyn nie prowadzi żadnych działań we współpracy z producentami mleka modyfikowanego, oraz gotowej żywności dla dzieci i niemowląt. Jest całkowicie bezstronny. Od momentu założenia na swoim fapegu skupia ponad 4,5 tyś osób, a przykładowo Numer 4 w ciągu całego kwartału przeczytany został ponad 10 tys razy. W 2015 roku Redakcja Kwartalnika podjęła pracę nad założeniem Fundacji Promocji Karmienia Piersią, której otwarcie planowane jest na 2016 r.

Blog Hafija.pl to najlepszy mainstreamowy blog prowadzony przez dyplomowaną Promotorkę Karmienia Piersią. Autorka publikuje podparte naukowymi badaniami felietony o karmieniu naturalnym i budowaniu więzi z dzieckiem. Wspiera kobiety w aktywnym macierzyństwie oraz rozwoju zawodowym. Blog skupia rodziców szukających wiedzy i wsparcia w zakresie umacniania kompetencji rodzicielskich i uzyskał tytuł Bloga Roku 2014.

Promotor Karmienia Piersią (PKP), to według definicji CNoL pozytywnie zakręcona osoba, która nie ma wykształcenia medycznego, ale potrafi dzielić się z innymi matkami doświadczeniem w karmieniu piersią, potrafi wspierać je skutecznie i towarzyszyć im w trudnych chwilach. Umie tworzyć klimat sprzyjający karmieniu naturalnemu w środowisku lokalnym i podejmuje działania promocyjne na szerszą skalę. Część z tych pozytywnych i energicznych kobiet podejmuje działania na szerszą skalę we własnym środowisku lub w przestrzeni Internetu. Ich zapał jest wielką siłą, której nie chcemy zmarnować. Inicjowanie i tworzenia grup wsparcia matek karmiących oraz współpraca z lokalnymi doradcami laktacyjnymi/poradnią laktacyjną może być wielkim kołem zamachowym do zmian w systemie opieki nad matką i dzieckiem. Wielkie zmiany zaczynają się zawsze od małych działań.

Jako Promotorki po kursie CNoL jesteśmy przeszkolone i potrafimy:

- zrozumiale komunikować się z kobietą karmiącą, jej rodziną i najbliższym otoczeniem, a także osobami z nieznaną tematyką laktacyjnych,
- ocenić gotowość mamy do podjęcia karmienia piersią,
- ocenić przebieg karmienia,

- ocenić wstępnie technikę karmienia,
- przekazać zasady postępowania w laktacji, które sprzyjają karmieniu piersią,
- pokazać sposoby skutecznego karmienia,
- wskazać symptomów najczęściej występujących problemów laktacyjnych
- wspierać w laktacji w trakcie naturalnego karmienia i fizjologii
- wskazać, jakie postępowanie wstępne stosuje się w przypadku najczęstszych, prostych problemów laktacyjnych,
- przekazać w jakiej sytuacji konieczna jest pomoc specjalisty w dziedzinie laktacji i gdzie może uzyskać pomoc,
- umiejętnie i właściwie zareagować, gdy sytuacja matki lub dziecka wymaga interwencji medycznej,
- pokazać w jaki sposób utrzymać laktację oraz uzyskać wystarczającą ilość mleka wtedy kiedy karmienie bezpośrednio z piersi jest niemożliwe,
- przekazać zasady bezpiecznego przechowywania i transportu uzyskanego pokarmu w zależności od sytuacji.
- zorganizować pracy grupy wsparcia
- współpracować z profesjonalistami w zakresie poradnictwa laktacyjnego przy organizacji punktów i poradni laktacyjnych,
- podejmować współpracę ze szpitalem, przychodnią, poradnią laktacyjną tworząc most pomiędzy matkami a systemem ochrony zdrowia i zorganizowanym poradnictwem laktacyjnym,
- organizować akcje promocyjne na rzecz karmienia piersią (ulotki, strony www, wydarzenia, media),
- tworzyć lobbing na rzecz karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego wobec lokalnych i krajowych władz.

Nie mamy uprawnień, wiedzy oraz NIE MAMY kompetencji by:

- pracować w poradniach laktacyjnych lub prowadzić działalność w zakresie poradnictwa laktacyjnego,
- oceniać umiejętność ssania dziecka, badać matkę,
- rozpoznawać stany chorobowe i komplikacje zdrowotne,
- udzielać porad laktacyjnych w myśl ustawy o świadczeniach zdrowotnych,
- stosować postępowanie terapeutyczne w stanach chorobowych, zalecać leki, zabiegi itp.
- udzielać jakichkolwiek porad mogących mieć wpływ na stan zdrowia matki lub dziecka,
- podsywać się pod konsultantów i doradców laktacyjnych.

Celem naszego warsztatu jest uświadomienie roli PKP, a także umiejscowienie promoterek w polskim systemie wsparcia laktacyjnego. Zależy nam na uzyskaniu wypracowania płaszczyzny współpracy na linii doradca/konsultant – promotor karmienia piersią, czyli sprawieniu, by kobiety i dzieci miały jak najbardziej potrzebną im opiekę laktacyjną. W wypracowanym modelu będziemy skupiać się rozwiązaniach prowadzących do odnalezienia się społeczeństwa w aktualnym systemie opieki laktacyjnej w Polsce, a także wspólnej odpowiedzi na potrzeby kobiet.

## Schemat organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji – projekt Centrum Nauki o Laktacji.

Projekt uwzględnia czynny udział specjalistów ds. laktacji, którzy w Polsce rekrutują się prawie wyłącznie spośród położnych, pielęgniarek i lekarzy. Badania pokazują, że świadczą opiekę laktacyjną wysokiej jakości. To wyjątkowo korzystna sytuacja, nietypowa dla innych krajów. Stworzenie projektu jest odpowiedzią na ponadprzeciętną w skali Europy chęć polskich matek do karmienia naturalnego i rozmiar niepowodzeń w realizacji tych planów (udaje się to raptem 12%).

<b>okres prekoncepcyjny</b>	promocja karmienia naturalnego	lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, dziennikarze i in.	
<b>okres ciąży</b>	przygotowanie do karmienia naturalnego	położna	podstawowa opieka laktacyjna*
<b>okres porodu</b>	rozpoczęcie karmienia na sali porodowej, w kontakcie skóra do skóry	położna	podstawowa opieka laktacyjna
<b>okres okołoporodowy pobyt w oddziale szpitala</b>	ocena budowy jamy ustnej odruchów, umiejętności ssania piersi edukacja w zakresie techniki karmienia prawidłowego postępowania w laktacji oceny dobowych wskaźników skuteczności karmienia, interwencja w częstych, prostych, niezłożonych problemach z karmieniem dziecka i/lub laktacją matki	lekarz neonatolog	podstawowa opieka laktacyjna
		położna	
	sytuacje złożonych, skomplikowanych, trudnych diagnostycznie problemów z karmieniem dziecka i/lub laktacją matki	zespół terapeutyczny szpitala w tym specjalista ds. laktacji	specjalistyczna opieka laktacyjna**
okres po wypisie ze szpitala do zakończenia karmienia	ocena umiejętności ssania piersi, edukacja w zakresie techniki karmienia, prawidłowego postępowania w laktacji, oceny dobowych wskaźników skuteczności karmienia, interwencja w częstych, prostych, niepowikłanych problemach z karmieniem dziecka i/lub laktacją matki	położna POZ lekarz POZ pielęgniarka POZ (obejmuje dziecko od 2 miesiąca)	Podstawowa opieka laktacyjna
	sytuacje złożonych, skomplikowanych, trudnych diagnostycznie problemów z karmieniem dziecka i/lub laktacją matki	specjalista ds. laktacji, we współpracy z innymi specjalistami	Specjalistyczna opieka laktacyjna

\* Podstawową opiekę laktacyjną powinny zapewniać osoby sprawujące opiekę nad matką i dzieckiem, których wiedza o laktacji powinna odpowiadać II poziomowi (dla położnych zalecany kurs specjalistyczny Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji, 25,5 h teorii i 21 godzin praktyk). W okresie przejściowym opiekę podstawową mogą wspomagać specjaliści ds. laktacji.

\*\* Specjalistyczną opiekę laktacyjną powinni zapewniać specjaliści ds. laktacji posiadający III poziom wiedzy potwierdzony jednym z certyfikatów: Certyfikowany Doradca Laktacyjny (CDL) lub Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny (IBCLC), (min. 100 h teorii i min. 50 h praktyk pod nadzorem oraz 500 – 1000 godzin indywidualnego stażu). Specjaliści ds. laktacji mają również wiele zadań do wypełnienia w szpitalu, a zwłaszcza w oddziałach III poziomu referencyjności, co opisano szczegółowo w załączniku 8, w Programie wczesnej stymulacji laktacji. Zaleca się zatrudnienie co najmniej 1 specjalisty ds. laktacji (lekarz, położna, pielęgniarka) na 5 stanowisk intensywnej terapii noworodka w III poziomie referencyjności. W I i II poziomie za wystarczającą ilość specjalistów ds. laktacji uznaje się 1 na 10 łóżek.

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. Nr 187, poz. 1259). Nowelizacja z dn. 20 września 2012 roku (Dz.U.12.1100 z dn. 4.10. 2012).
2. Helwich E. i wsp. Wilińska M. (red). Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego, Standardy Med 2014 tom 11, nr 1, str 9-57 (zał. str. 40-42)
3. Żukowska-Rubik M. Nehring-Gugulska M. Standard porady laktacyjnej. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce. Praca zbiorowa pod red. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2012: 129 – 146.



## Polskie 10 kroków do udanego karmienia

**10 kroków do udanego karmienia piersią – jest to 10 zasad opracowanych przez ekspertów WHO i UNICEF w 1990 roku, które miały przyczynić się do aktywnego wspierania karmienia piersią już podczas pobytu matki w szpitalu. Jest to strategia o udowodnionej skuteczności. W 2009 r Amerykańska Akademia Pediatrii uznała ten sposób postępowania jako skuteczny dla poprawy wskaźników karmienia naturalnego, takich jak: odsetek matek rozpoczynających karmienie, długość karmienia oraz wyłączność karmienia. Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE zaleca wdrażać 10 kroków we wszystkich placówkach ochrony zdrowia. Polska zaimplementowała kroki od 3 do 9 do Standardu Opieki Okołoporodowej i wszystkie szpitale położniczo-noworodkowe powinny je realizować. Niestety nie wywiązują się z tego należycie, a też system nadzoru jest niewydolny. Opieka laktacyjna po opuszczeniu szpitala jest wciąż słaba i nie sprzyja podnoszeniu wskaźników karmienia piersią. Zważając na osiągnięcia i słabości polskiego systemu proponujemy:**

### **Polskie 10 Kroków do karmienia naturalnego wszystkich dzieci**

**Krok 1** Posiadać aktualną wiedzę o laktacji adekwatną do sprawowanej opieki nad matką i dzieckiem, znać Protokół Oceny Umiejętności Ssania oraz postępować zgodnie z aktualnymi protokołami postępowania w laktacji i zasadami sprzyjającymi karmieniu piersią.

**Krok 2** Przeszkolić wszystkich pracowników ochrony zdrowia sprawujących opiekę nad matką i dzieckiem tak, aby mogli realizować opiekę zgodnie z aktualną wiedzą o laktacji i poniższymi krokami.

**Krok 3** Informować wszystkie kobiety o korzyściach zdrowotnych karmienia piersią i prawidłowym postępowaniu podczas karmienia naturalnego.

**Krok 4** Zapewnić wszystkim matkom kontakt „skóra-do skóry”. Pomagać im w rozpoczynaniu karmienia piersią w pierwszych godzinach po urodzeniu dziecka.

**Krok 5** Zapewnić każdej matce instruktaż w zakresie prawidłowej pozycji i sposobu karmienia piersią. Nauczyć jak oceniać skuteczność karmienia oraz jak odciągać pokarm.

**Krok 6** W przypadku medycznych wskazań do dokarmiania noworodków i małych niemowląt jako pierwszy wybierać odciągany pokarm biologicznej matki, jako drugi mleko z banku mleka. Mieszankę sztuczną wybierać dopiero w przypadku braku wyżej wymienionych.

**Krok 7** Stosować system "ROOMING-IN" umożliwiający matce przebywanie razem z dzieckiem w jednym pokoju podczas pobytu w każdym szpitalu.

**Krok 8** Zachęcać matki do karmienia piersią „na żądanie” przez cały okres karmienia. Nie stosować schematów i nazbyt wczesnego wprowadzania żywności uzupełniającej.

**Krok 9** Akcesoria do karmienia alternatywnego niemowląt karmionych piersią dobierać indywidualnie uwzględniając indywidualną sytuację i uwarunkowania matki i dziecka.

**Krok 10** Zapewnić każdej matce podstawową i specjalistyczną opiekę laktacyjną po opuszczeniu szpitala oraz w sytuacjach uzasadnionych sprzęt do odciągania pokarmu.

Realizacja powyższej strategii pozwoli na skuteczne wykorzystanie potencjału polskich matek pragnących karmić naturalnie. W celu jej realizacji personel sprawujący opiekę nad matką i dzieckiem powinien podwyższyć poziom wiedzy i dostosować styl sprawowanej opieki do oczekiwań matek. Ważnym elementem realizacji jest zapewnienie sprzętu i stworzenie warunków do odciągania pokarmu w sytuacjach uzasadnionych. Warto włożyć ten niewielki wysiłek, sukces jest blisko!