



[PERSONEL](#) | [STATUT](#) | [WYKŁADOWCY](#) | [TRENERZY](#) | [EGZAMINATORZY](#) |  
[DORADCY](#) | [KONTAKT](#) | [FORUM](#)

### Wydarzenia CNoL

CNoL News Nr 1/2011, 4 stycznia 2011

17 grudnia 2010 r. odbyło się jednodniowe szkolenie współorganizowane przez CnoL i Szpital Specjalistyczny Pro Familia w Rzeszowie pt. „Karmienie piersią w praktyce szpitala”. Szkolenie było poświęcone praktycznej realizacji zapisów nowego standardu opieki okołoporodowej w odniesieniu do wspierania karmienia piersią. W szkoleniu wzięły udział ponad 50-osobowy zespół położnych. Panie wykazały się dużą wiedzą w zakresie pomocy mamie karmiącej, świetnie radziły sobie z rozwiązywaniem zadań praktycznych zadawanych przez wykładowców.

Szpital Pro Familia rozpoczyna działalność

Naszym czytelnikom serdeczne życzenia noworoczne składa zespół CNoL News.

### Nauka o laktacji

#### Notatki z kongresu w Bazylei 2010

**1% wodny roztwór fioletu gencjany w leczeniu grzybicy związanej z laktacją: przeżytek czy innowacja?**  
*Gonneke van Veilhuizen-Staas, IBCLC, Holandia*

Wykłada w Belgii i Holandii, jej szczególna troska jest optymalizacja karmienia piersią przy jak najmniejszej technicyzacji rozwiązań problemów. Pleśniawki są powszechnym zjawiskiem dzieci jak i kandydią piersi u karmiących kobiet. Diagnoza jest najczęściej postawiona na podstawie obserwacji klinicznej i retrospektywnie - na podstawie pozytywnej odpowiedzi na leczenie. Obydwa sposoby diagnozowania znajdują (lub nie) potwierdzenie przez stwierdzenie *Candida albicans* w mleku kobiet, które mają lub nie objawy grzybicy.

Leczenie rozpoczyna się od leczenia miejscowego jamy ustnej i brodawek matki preparatami miejscowymi (nystatyna, mikonazol Daktarin – przyp.red.). W codziennej praktyce obserwuje się „leczenie bez końca”. Przyczyną może być niestosowanie się do zaleceń, za małe dawki lub za krótka terapia. Możliwa jest też oporność grzybów na nystatynę i mikonazol. Nystatyna i mikonazol jako środki lecznicze są postrzegane przez

w styczniu 2011. Mieści się w zaprojektowanym ze smakiem nowym budynku, pełnym światła i dobrej energii. Życzymy powodzenia w realizacji wszystkich nowych zadań.

14-16 stycznia odbędzie się III sesja kursu „Problemy w laktacji”

Zjazd absolwentów, pracowników i sympatyków CNoL odbędzie się 3 czerwca (piątek). Gości będziemy [m.in.](#) prof. Marię Kornacką (Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie) i dr n. med. Dariusza Gruszfelda (Klinika Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Instytut Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka). Będzie też gość specjalny z zagranicy!!! Tak jak rok temu będzie też kobiecy kram FTK.

W naszym sklepiku do nabycia: najnowsze, IV wydanie popularnego poradnika Warto karmić piersią i co dalej? Magdaleny Nehring-Gugulskiej, nowa płyta instruktażowa „Akt karmienia piersią”, Film Breast is Best (polskie napisy) i in. Zapraszamy!

Zapraszamy doradców, konsultantów i

wiele matek jako męczące, dzieci czują się dotknięte, gdy mają pędzlowaną buzię kilka razy dziennie po karmieniach.

W trakcie mojej ponad 20 letniej praktyki jako IBCLC obserwowałam nasilenie występowania przewlekłych, o wczesnym początku i nawracających kandydióz w diadach matka-dziecko. Zmienne okresy oporności na nystatynę i mikonazol i istniejące przeciwwskazania do leczenia doustnego mikonazolem wymagały leczenia alternatywnego. Modyfikacja diety i ścisła higiena przeciwgrzybicza w połączeniu z fioletem gencjany jest propozycją leczenia dla zdesperowanych kobiet, także dla zwiększenia grupy kobiet dla których byłoby to leczenie pierwszego wyboru. Używana dawniej w medycynie i weterynarii, jest obecnie postrzegana jako przeżytek lub środek niebezpieczny. Nie ma wiarygodnych dowodów naukowych na karcinogenność przy leczeniu miejscowym pleśniawek. Pacjenci leczeni w ten sposób są usatysfakcjonowani i chwalą łatwość stosowania. Używana dawniej w medycynie i weterynarii, jest obecnie postrzegana jako przeżytek lub środek niebezpieczny. Nie ma wiarygodnych dowodów naukowych na karcinogenność przy leczeniu miejscowym pleśniawek. Pacjenci leczeni w ten sposób są usatysfakcjonowani i chwalą łatwość stosowania.

*Opracowała K.Raczek-Pakuła IBCLC, piśmiennictwo na zamówienie: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)*

**Kalkulacja opłacalności karmienia piersią dla pracodawców Carothers, BLA, IBCLC**

*Streszczenie*

Karmienie piersią przez pracowników jest opłacalne dla pracodawców. Konsultanci laktacyjni są uczeni jak porozumiewać się językiem związanym ze zdrowiem z matkami, pracownikami opieki medycznej i zdrowia publicznego. Mówienie w języku biznesowym pracodawcy wymaga zupełnie innych zdolności. Ten wykład dostarcza uzasadnienia dla wspierania laktacji dla pracodawców w języku, który rozumieją. Podkreśla biznesowy aspekt karmienia piersią. Istnieją poważne argumenty ekonomiczne za propagowaniem zatrudniania karmiących matek. Obniża koszty opieki medycznej, co ważne jest także dla towarzystw ubezpieczeniowych. Obliczono, że gdyby 90% kobiet karmiło piersią do 6 miesięcy, to w ciągu roku zaoszczędzono by 13 mld \$. Jeżeli noworodek karmiony jest piersią, to koszt opieki nad położnicą jest 3 razy mniejszy.

Karmienie piersią obniża absencję chorobową w pracy. Absencja chorobowa jednodniowa 3 razy częściej dotyczy matek nie karmiących piersią. Karmienie piersią zmniejsza rotację pracowników. Pracownicy

sympatyków laktacji  
do dyskusji na  
naszym [FORUM](#).

Czekamy na opisy  
waszych doświadczeń  
i odkryte doniesienia!  
Wysyłajcie [tutaj!](#)

czują się bardziej związani z firmą, matki po porodzie 59% częściej wracają do firm, w których napotkają dobre warunki do zachowania karmienia piersią. Wyszkolenie i wdrożenie nowego pracownika kosztuje.

Karmienie piersią podnosi wydajność pracy. Matki karmiące mają większą wydajność, bo pracują w mniejszym stresie. Ogół pracowników jest zadowolony, bo matki mają swój pokój socjalny dla potrzeb karmienia lub odciągania, także pokoje socjalne mogą mieć mężczyźni, wzrasta morale załogi.

W USA wspierane przez rząd działania pod hasłem „Stań do walki o karmienie piersią” skierowane są do firm, które zatrudniają dużo matek małych dzieci. W firmach tworzy się warunki dla karmienia lub odciągania pokarmu – przerwa w pracy i odpowiednio wyposażone pomieszczenie socjalne. Takie pomieszczenia istnieją nawet w dowództwie sił zbrojnych, czym się władze szczycą. Nową, propagowaną poprzez ten wykład rolę konsultantów laktacyjnych jest działanie w swych lokalnych społecznościach na rzecz karmiących matek w pracy. Działanie polega na składaniu, zawsze uprzedzonych, wizyt pracodawcom. Pamiętać należy o etykiecie biznesowej. Należy pamiętać o takich formach grzecznościowych jak „Dziękuję, że zechciał się Pan spotkać”, w rozmowie nie używać skrótów, podawać tylko najważniejsze informacje, szanować czas rozmówcy.

Bariery, które może pomóc przełamać konsultant laktacyjny, gdy rozmawia z pracodawcą: pracodawca mało wie na temat fizjologii karmienia piersią i nie zna potrzeb matek, nie jest świadomy korzyści ekonomicznych, nie zna standardu pomieszczeń do odciągania pokarmu, temat może budzić zażenowanie wśród załogi, inni pracownicy mogą nie akceptować tych działań. Warto użyć argumentu, że przerwy na karmienie są zaplanowane, natomiast absencja chorobowa pracownika zawsze pojawia się niespodziewanie i dezorganizuje pracę. Pomoc praktyczna jest bardzo ważna, urządzenie pomieszczenia nie jest trudne, ale wymaga kreatywności. Dobrym marketingowym hasłem dla planowanych działań w firmie jest STEP (Support, Time, Education, Place czyli Wsparcie, Czas, Edukacja, Miejsce, właściwie wszystko, co jest potrzebne aby pogodzić karmienie piersią dziecka i pracę zawodową).

W sieci można znaleźć gotowe pakiety edukacyjne dla pracodawców ”The business case of Breastfeeding”, na stronie ILCA (ELACTA) „Worksite Lactation Support Directory”, National Business Group on Health (USA).  
*Przypis redakcyjny:* W Polsce stworzenie miejsc do karmienia lub odciągania pokarmu w firmach i uczelniach jest jak najbardziej żywotną potrzebą i wyzwaniem, które polskie doradczynie i konsultantki laktacyjne mogą podjąć.

Opracowała K.Raczek-Pakula IBCLC, piśmiennictwo na zamówienie: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)

**Promocja karmienia piersią wśród nastoletnich matek, rozwojowo wrażliwa edukacja i mechanizmy wspierania**  
Karen Wambach, IBCLC

*Cele* *wykładu*

Opisanie doświadczalnych dowodów na wybór karmienia piersią i czas trwania oraz doświadczenia wśród nastoletnich matek. Przedstawienie dowodów z badań klinicznych, by opracować plan skutecznej interwencji promowania i wspierania karmienia piersią wśród nastoletnich matek. Wdrożenie doświadczenia z badań do sformułowania wytycznych do pracy z nastoletnią matką karmiącą piersią.

*Streszczenie:*

Chociaż wskaźniki ciąży wśród nastolatek w większości europejskich krajów są niższe niż w USA, ciąża w tej wrażliwej populacji jest ważnym zagadnieniem zdrowia publicznego. Wiele okoliczności zdrowotnych i socjalnych dotyczy nastoletnich matek i ich dzieci. W Europie, w porównaniu z Afryką, jest niższe prawdopodobieństwo rozpoczęcia karmienia piersią przez matkę młodocianą, a jeśli zostanie ono rozpoczęte, to trwa krócej niż wśród matek dorosłych. Kobiece mleko i karmienie piersią może przynieść nastoletnim matkom i ich potomstwu ważną ochronę przeciwko niektórym powszechnym problemom występującym w populacji (zwiększona zachorowalność na infekcje np. żołądkowo-jelitowe) i ochronę przeciwko późniejszym chorobom przewlekłym, takim jak rak i cukrzyca. Jak rozpoznało WHO interwencja w sprawie promowania i wspierania karmienia piersia jest tej wrażliwej populacji potrzebna. Celem tego wykładu jest przedstawienie przeglądu czynników ważnych w prognozowaniu inicjacji karmienia piersia i czasu jego trwania i charakterystyki doświadczeń związanych z karmieniem piersią w tej populacji. Będą opisane też ostatnie badania w tej kwestii. Prezentację tematu wzbogaca przykład nastolatek, które wróciły do szkoły i kontynuują karmienie piersią.

Silnymi czynnikami wpływającymi na decyzję młodocianych matek są sieci społeczne: partner, rówieśnicy, własna matka, a także ogólnie rola kobiet w rodzinie w danej kulturze. Zbadano, że młodociane matki wybierają karmienie mieszanką, aby zrezygnować z bliskości z dzieckiem, a matki wybierające karmienie piersią koncentrują się na zdrowiu dziecka. Ogólnie nastolatki postrzegają karmienie piersią jako skomplikowane, a karmienie butelką wydaje się proste, jednak nastolatki „pilniejsze w szkole” wybierają jednak karmienie piersią. Zapytane o pozytywne aspekty karmienia piersią wymieniały: łatwość, bliskość, zdrowa żywność, jako negatywne aspekty postrzegano:

ból, zmęczenie, powrót do szkoły, brak wyjść na imprezy towarzyskie, wstyd przed karmieniem w miejscach publicznych. Głównymi powodami wczesnego odstawienia (2-6 tygodni) były: wymagające dziecko, które żądało butelki, ograniczenie swobody, szkoła, niższe poczucie własnej wartości.

Kładzie się duży nacisk na praktyczne aspekty pracy dla konsultantów laktacyjnych pracujących z nastoletnimi matkami. Wprowadza się edukację pielęgniarek w szkołach, zmienia ich postawy. Uczniowie w szkołach też są edukowani między innymi w zakresie anatomii, fizjologii, antykoncepcji, praktycznych aspektów karmienia. Stosowane są różne formy pracy z uczniami jak łamigłówki, krzyżówki, memo. Według randomizowanych badań profesjonalna edukacja prenatalna nie dała oczekiwanych skutków, co prawda więcej edukowanych młodocianych matek rozpoczęło karmienie, ale nie karmiły dłużej niż grupa nie edukowana. Otwartą kwestią pozostaje, jak wywierać wpływ na szkołę, aby była miejscem przyjaznym nastoletniej matce karmiącej.

*Opracowała K.Raczek-Pakuła IBCLC, piśmiennictwo na zamówienie: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)*

### **Przegląd badań z zastosowaniem środków mlekopędnych**

*Ivonne Meyer, Ursula Winterfeld, Alice Panchaud  
Szwajcaria*

#### *Założenie:*

Zainicjowanie produkcji mleka po porodzie i kontynuowanie karmienia piersią nie zawsze jest oczywistym procesem. Produkcja mleka z powodu różnych przyczyn może być za mała.

#### *Metoda:*

Pielęgniarka i farmaceuta współpracowali, aby lepiej zrozumieć to zagadnienie za pomocą odpowiedzi z kwestionariusza on-line. Badanie powstało przy wsparciu Komitetu Centralnego Szwajcarskiej Federacji Pielęgniarek. Anonimowość została zagwarantowana. 351 pielęgniarek z 3 mówiących różnymi językami części Szwajcarii udzieliło odpowiedzi. Większość z nich pracowała poza szpitalem.

#### *Wyniki*

92,5% uczestników szacuje, że matki karmiące mogą mieć niską produkcję mleka. 7,5% tego nie wykazuje. 5 wymienionych głównych wskazań do zastosowania środków mlekopędnych to:

- zainicjowanie laktacji 80%



- ubytek masy ciała u noworodka przekraczający 10%spadek produkcji w ciągu kilku tygodni 50%
- nieskuteczne odciąganie mleka 41%matczyne wątpliwości 32%

Interwencje rekomendowane, podjęte z inicjatywy pielęgniarek lub we współpracy z innymi profesjonalistami to:

- Prawidłowa technika i postępowanie w laktacji aby poprawić naturalne procesy 100%
- Rośliny lub produkty spożywcze 96%
- Homeopatia 57%
- Olejki eteryczne 42%
- Akupunktura 39 %
- Leki: domperidon i metoklopramid 16%.

Żaden z uczestników nie przekraczał maksymalnych rekomendowanych dziennych dawek. Ograniczona liczba uczestników (14%) używała w pracy protokołów klinicznych lub wytycznych. Około 2/3 uczestników uznało różne środki mlekopędne jako skuteczne.

*Dyskusja* Większość uczestników badania wierzyła, że są wskazania do stosowania środków mlekopędnych. Zachowanie zasad prawidłowego karmienia piersią było jednogłośnie rekomendowane, następnie zalecano środki mlekopędne roślinne lub spożywcze. Metody alternatywne były znacznie bardziej rekomendowane niż leki. Oksytocyna w sprayu donosowym jest znana ze stymulacji wypływu mleka i zapobiegania zapaleniu piersi, i domperidon i metoklopramid jako antagoniści dopaminy z efektami przeciwwymiotnymi, które wtórnie stymulują wyrzut prolaktyny. Wielka zmienność standardów dawkowania może wynikać z braku doświadczenia z tymi lekami używanymi jako mlekopędne. Subiektywnie stwierdzana skuteczność środków mlekopędnych powinna znaleźć dowody w rzetelnych badaniach naukowych. To wstępne badanie powinno dać początek badaniom nad hipogalaksją i pomóc znaleźć standardy postępowania.

*Opracowała K.Raczek-Pakuła IBCLC, piśmiennictwo na zamówienie: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)*

### **Czy nocne karmienia zwiększają ryzyko depresji poporodowej?**

*Kathleen Kendall-Tackett, psycholog, IBCLC, pracuje w Department of Pediatrics, Texas Tech University School of Medicine*

Czy nocne karmienia zwiększają ryzyko depresji poporodowej u młodych matek? Wzrasta liczba profesjonalistów, ksiązek i organizacji, które przekazują matkom, żeby nie karmiły na żądanie w nocy, jeśli chcą zapobiec depresji. Podczas gdy ta rada jest podyktowana dobrymi chęciami, nikt nie wie czy rzeczywiście ta rada spełnia oczekiwania. Co gorsze, powstrzymywanie się od karmień nocnych, może mieć negatywny wpływ na karmienie piersią. Podsumowując ostatnie badania i opierając się na danych z *Survey of Mothers' Sleep and Fatigue*, opierających się na badaniu 6410 matek z 59 krajów, autorka zbadała zależności między metodami karmienia, miejscem gdzie dzieci śpią (razem z matką czy w osobnym pokoju) a zmęczeniem matki.

Znane są zależności między deficytem snu a depresją. Jednym z objawów depresji jest brak snu. Niedosypianie powoduje depresję. Badano te zależności, aby wytyczyć ścieżkę postępowania wobec kobiet z ryzykiem depresji. W licznych wieloletnich badaniach dostrzeżono rozmaite zależności.

Matki z depresją zasypiają z trudem, już przedłużanie się fazy zasypiania powyżej 25 minut może być powodem skrócenia snu całkowitego z niekorzystnym objawem zmęczenia w ciągu dnia. Budzą się w nocy, nawet gdy dziecko nie wzywa. Zdarza się, że wcale nie śpią przez kilka nocy. Matki, których dzieci przebywały w OIOM, po wyjściu dziecka ze szpitala miały problemy ze snem. W badaniu 133 matek karmiących piersią, w sposób mieszany lub mieszanką mleczną, wykazano, że karmiące piersią śpią średnio o 40 minut dłużej od pozostałych grup.

Badanie (2830 matek) wykazało, że problemy ze snem prowadzą do depresji, ale na zły sen wpływają też depresja, poprzednie kłopoty ze snem, bycie matka po raz pierwszy, nie karmienie wyłącznie piersią.

Bieżące badanie (6400 matek) wskazuje, że karmiące matki w rzeczywistości śpią więcej, snem lepszej jakości, niż porównywane matki karmiące sztuczną mieszanką lub w sposób mieszany. Wstępne analizy danych ujawniają, że karmiące matki zgłaszają mniej zmęczenia w ciągu dnia i więcej energii. To badanie zawiera także analizę innych czynników, które mogą negatywnie wpływać na sen nowych matek, takich jak depresja lub traumatyczne przeżycie na tle seksualnym. Te dane wskazują, że kobiety które doświadczyły takich urazów lub które cierpią na depresję, mają problemy ze snem i nasilonym zmęczeniem w ciągu dnia, niezależnie od nocnych obowiązków rodzicielskich. Rekomendacje co do zaleceń dotyczących snu dla matek muszą być indywidualnie dobierane. Należy rozpatrzyć wszystkie czynniki, które mogą powodować zakłócenia snu. Karmienie piersią, często oskarżane o powodowanie problemów psychicznych, może w rzeczywistości pomóc matkom w radzeniu sobie. W rzeczywistości doradzanie

kobiecie zaprzestania karmienia piersią w nocy może nasilić jej zmęczenie w ciągu dnia i w efekcie zwiększyć ryzyko depresji.

Podsumowując - karmienie piersią ma wpływ na zdrowie psychiczne.

Dorosły człowiek potrzebuje co prawda około 8 godzin snu nocnego, wstawanie nocą jest męczące, jednak czy warto za wszelką cenę walczyć o sen nocny matki? Kto miałby w nocy odpowiadać na potrzeby dziecka – ojciec, podający odcignięte wcześniej z niemałym trudem mleko, czy może inna osoba? Przerwy we śnie nie zawsze mają związek z dzieckiem, należy np. wykluczyć choroby tarczycy. Matkom zależy na bezpieczeństwie dziecka i nie akceptują tego, że dziecko mogłoby spać osobno. Wspierając matki warto mówić, że 4-5 godzin snu to też dobrze, dziecko wyrasta stopniowo z nocnych przebudzeń i „to się kiedyś skończy”.

Autorka poleca darmowe wydawnictwa z sieci: Clinical Lactation, BreastfeedingMadeSimple.com, UppityScienceChick.com

*Opracowała K.Raczek-Pakuła IBCLC, piśmiennictwo na zamówienie: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)*

### **Wczesny wypis ze szpitala po porodzie w przypadku zdrowych kobiet i dzieci urodzonych o czasie.**

*Opracowanie: Aleksandra Hadyś CDL*

Czas pobytu w szpitalu kobiet z dziećmi po porodzie skrócił się dramatycznie w wielu krajach w ostatnich 30 latach. Celem przeglądu badań było porównanie wpływu wczesnych wypisów i standardowo trwających pobytów w szpitalu matek z dziećmi po porodzie na niektóre czynniki [m.in.](#) karmienie piersią, wystąpienie depresji. W sumie wzięto pod uwagę 4489 kobiet z dziećmi. Wczesny wypis po porodzie nie ma wpływu negatywnego na czas trwania karmienia piersią i nie wpływa na częstsze występowanie depresji (w porównaniu z matkami dłużej pozostającymi w szpitalu), pod warunkiem że kobietom tym oferowana jest pomoc medyczna patronażowa w postaci co najmniej jednej wizyty domowej poporodowej.

Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD002958. DOI: 10.1002/14651858.CD002958  
<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002958.html>

### **Zakażenie wirusem HIV dziecka poprzez karmienie mlekiem matczynym.**

*Opracowanie: Aleksandra Hadyś CDL*

Transmisja HIV matka-dziecko to podstawowa droga zakażenia dziecka. Odbywa się to albo in utero, albo okołoporodowo, albo w trakcie karmienia piersią. Tysiące dzieci zaraża się tymi drogami w



krajach rozwijających się każdego roku. Nastąpił znaczny progres w zakresie zapobiegania zakażeniom w ciąży i okołoporodowo. W wielu krajach zaleca się zaniechanie karmienia piersią i suplementację mieszankami itp. Jednakże w wielu krajach z ogromną liczbą kobiet zakażonych HIV, zakaz karmienia piersią jest niewykonalny - z powodu np. braku dostępu do czystej wody lub/i pożywienia zastępczego. W tym przypadku wyłączenie karmienia piersią przez kilka pierwszych miesięcy pomaga zapobiegać transmisji HIV (w porównaniu z suplementacją mleka mamy innymi płynami lub papkami). Inna interwencja polegająca na podaniu dziecku leków antyretrowirusowych w okresie karmienia piersią zmniejsza ryzyko odmatczynej transmisji HIV.

Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford GW, Read JS.. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD006734. DOI: 10.1002/14651858.CD006734.pub2  
<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab006734.html>

## Nasze doświadczenia

Przypadek - konkurs dla czytelników  
**Zakażone przewlekłe rany brodawek**

*Autorki:*

*mgr Anna Sęk*

*lek. Katarzyna Raczek-Pakuła IBCLC*

*Powód wizyty*

Pacjentka zgłosiła się do poradni 7 grudnia z 26 dniowym dzieckiem z powodu **obniżenia laktacji** – musi podawać sztuczna mieszankę. Jest rozczarowana, tuż po porodzie był nawał, bardzo dużo mleka, myślała, że wykarmi. Od pierwszych dni po porodzie cierpi z powodu **ran brodawek**. Karmiła jednak dziecko piersią. Dwa tygodnie temu w p.o.z. pediatra i położna poradziły jej zastosowanie kapturków na rany brodawek, kapturki stosowała kilka dni, osłabiła się laktacja, dziecko oddało ciemnozielone stolce, było bardzo głodne. Z oporami wewnętrznymi sama zdecydowała podać mieszankę. I zaczęła odciągać pokarm. Z brodawkami było bardzo źle, więc kilka dni odciągała zamiast karmień. Obecnie podaje pierś tylko 2 razy na dobę (każda pierś po razie), żeby nie zahamowała się laktacja. Odciąga 8 razy dziennie, ale pokarmu jest o 1/3 za mało, co ją bardzo martwi. Karmi dziecko butelką.

Z powodu zielonych stolców u dziecka bardzo **ograniczyła własną dietę**, np. zupełnie nie je warzyw świeżych.

*Wywiad okołoporodowy*

Poród siłami natury, podawano antybiotyki (GBS+), dziecko miało

hiperbilirubinemię i fototerapię, ale nie było sztucznie dokarmiane. Był nawał. Rany brodawek powstały już w szpitalu.

*Badanie:*

Dziecko

Prawidłowa budowa jamy ustnej, nalot na języku sugerujący kandydozę.

Przyrost masy ciała 34 g/dobę, liczony od wypisu. (Uwaga: pomiar masy ciała sprzed 15 dni z p.o.z. nie nadaje się do interpretacji, **dziecko ważone w ubraniu**)

Matka

Piersi duże, bez oporów patologicznych, obie brodawki prawidłowego kształtu, żyworóżowe, z podłużnymi ranami (w miejscu pręg pozycyjnych, długości 1 cm, głębokie, na dnie ran ziarnina. Nie stwierdzono wydzieliny ropnej (matka wcześniej obserwowała ja na wkładkach laktacyjnych).

*Badanie przystawienia:*

Matka chciała karmić bez poduszki, bo tak karmiła w domu, ale w gabinecie usiadła z poduszką. Uchwycenie prawidłowe, ból na początku karmienia. Dziecko prawidłowo ssie i połyka, dość spokojnie. Wierci się przy szybkim wypływie.

*Rozpoznanie:*

Niedobór pokarmu rzeczywisty

Zakażone rany brodawek z opóźnionym gojeniem

Dieta niedoborowa u matki

*Zalecenia:*

Zalecono typowe leczenie zakażonych ran brodawek i stymulację laktacji. Prawidłowa dieta według piramidy zdrowego żywienia. Umówiono wizytę kontrolną.

**Konkurs!!!**

A) Znajdź głównego winowajcę niedoboru pokarmu!

B) Wymień dwie przyczyny opóźnionego gojenia ran.

Proszę nadsyłać odpowiedzi do redakcji: [doktorpakula@gmail.com](mailto:doktorpakula@gmail.com)

Przewidziane nagrody.

Opis przypadku

**Ciężkie zapalenie piersi**

autorka Magdalena Babczyńska-Gratzke, CDL, IBCLC

W poczekalni lekarza rodzinnego traci przytomność 30-letnia pacjentka. Przyjmujący w sąsiednim gabinecie lekarz pediatra (konsultant IBCLC) zostaje poproszony o udzielenie pomocy. Z wywiadu wynika iż kobieta zarejestrowała się do lekarza z powodu wysokiej gorączki i znacznego osłabienia od dnia poprzedniego. Uważa że jest „przeziębiona”, choć nie ma objawów infekcji dróg

oddechowych. Pacjentka ma stwierdzony zespół Marfana. W badaniu fizykalnym (utrata przytomności jest chwilowa):

- Skóra blada, spocona
- Podwyższona temperatura ciała 38,8 C
- Ciśnienie 100/60
- Śluzówki jamy ustnej podsychające
- Brak objawów infekcji dróg oddechowych (nos drożny, gardło blade, osłuchowo szmer pęcherzykowy prawidłowy)
- AS przyspieszona, miarowa, około 120/min, bez patologicznych szmerów nad sercem
- Brzuch miękki, niebolesny, bez oporów patologicznych
- Objaw Goldflamma ujemny obustronnie
- Objawy oponowe ujemne

Pacjentka zostaje położona w gabinecie zabiegowym, lekarz decyduje o założeniu wkłucia dożylnego i nawodnieniu pacjentki (płyn wieloelektrolitowy oraz 0,9% NaCl), ponadto podaje 500 mg paracetamolu doustnie.

W wykonanych na miejscu badaniach laboratoryjnych:

- Poziom cukru 85mg%
- Gazometria z cechami niewielkiej kwasicy metabolicznej
- Badanie moczu metodą paskową prawidłowe

W trakcie badania pacjentka jest poproszona o zdjęcie stanika. Bardzo się przed tym broni, nie chce go zdjąć. Dopiero w trakcie nawadniania tłumaczy, że nie chce zdejmować stanika ze względu na niedorozwój jednej piersi (czego się wstydzi) i znaczną bolesność drugiej, z której w dodatku ma wyciek mleka i musi nosić wkładkę laktacyjną. Okazuje się że jest matką karmiącą dwuletnie dziecko, dotychczas karmiła tylko jedną piersią bardzo często (do 14-16 razy) w ciągu doby (dziecko dostawało pierś na żądanie, poza tym posiłki należne dla wieku). Tydzień temu jej synek został przyjęty do szpitala z powodu OOZN, pacjentka całkowicie przerwała karmienie (nie planowała przerwania karmienia, ale miała nadzieję że pokarm „sam zaniknie”). Pierś boli ją od pięciu dni. Po chwili rozmowy z lekarzem rozumie konieczność badania piersi.

Piersi w badaniu:

- Znaczna asymetria piersi- całkowity niedorozwój lewej piersi (pacjentka nosi protezę piersi)
- Prawa pierś w całości napięta, obrzęknięta, znacznie ucieplona, twarda, z wyraźnym wyciekaniem mleka w kolorze żółtawym, brodawka bez uszkodzeń

Po doraźnych działaniach w gabinecie zabiegowym pacjentka czuje się znacznie lepiej. Temperatura ciała 37,5 C, AS miarowa 70/min, ciśnienie 120/70.

#### ROZPOZNANIE:

Zapalenie gruczołu piersiowego, omdlenie w przebiegu zapalenia piersi.

Pacjentka dostaje zalecenia:

- Augmentin 2x 1 gram
- Lacidofil 2x1
- Paracetamol 4x500mg
- Odpoczynek w łóżku
- Przyjmowanie należnych ilości płynów obojętnych
- Telefoniczna kontrola za 24 godziny

Po przedyskutowaniu kwestii dalszej laktacji pacjentka decyduje się na karmienie w chwili obecnej (dziecko tego samego dnia jest wypisywane ze szpitala, pacjentka chciałaby aby dziecko dostawało jej pokarm po antybiotykoterapii szpitalnej) i ostrożne obniżanie poziomu laktacji w ciągu następnych kilku miesięcy pod kontrolą konsultanta laktacyjnego, aż do całkowitego odstawienia od piersi (pacjentka chce zakończyć karmienie dziecka w niedalekiej przyszłości). Bromokryptyna nie jest u tej pacjentki wskazana gdyż kobieta ma skłonności do omdleń, jest „niskociśnieniowcem” i obawia się że mogłaby mieć objawy uboczne w postaci spadku ciśnienia i urazu głowy (co miało miejsce w przeszłości). Po 24 godzinach pacjentka podaje telefonicznie że czuje się „znacznie lepiej”, ma stan podgorączkowy ale poziom bólu piersi znacznie się obniżył. Po 48 godzinach w badaniu fizykalnym pierś jest jeszcze nieco napięta ale jest wyraźna poprawa, brak wycieku mleka, przy dotyku pierś nie jest tak twarda, nie jest też bolesna (tylko tkliwa). Zalecane leczenie utrzymano przez 10 dni. Kobieta przez cały ten czas karmiła, ale starała się odstawić niektóre karmienia w ciągu dnia. Po całkowitym wyleczeniu stanu zapalnego pacjentka rozpoczęła powolne odstawianie dziecka od piersi poprzez rezygnację z jednego karmienia co kilka dni (początkowo tych karmien było 12 na dobę, następnie 11, 10...). Po okresie sześciu miesięcy odstawiła karmienie piersią bez żadnych powikłań ze strony gruczołu.

#### WNIOSKI:

1. U każdej kobiety w okresie rozrodczym w przypadku gorączki bez widocznych objawów lotnej infekcji należy pomyśleć o zapaleniu piersi (pacjentka może nie łączyć faktów; opisana pacjentka w ogóle nie podała początkowo lekarzowi że jest w trakcie laktacji i ma problem z piersią)
2. Zawsze obowiązuje badanie całego pacjenta, nie wolno badać „w staniku”.
3. Nagłe odstawienie karmienia piersią może skutkować zapaleniem piersi bez względu na okres laktacji ( w tym wypadku był to drugi rok laktacji- przyczyną wystąpienia

- zapalenia jest nagłe, całkowite odstawienie karmienia piersią, przy hiperlaktacji w jednej piersi)
4. Umiejętność zakończenia laktacji należy do poradnictwa laktacyjnego.
  5. W każdym przypadku obowiązuje uważna rozmowa z rozeznaniem oczekiwań pacjentki - w tym wypadku sporo istotnych informacji wynikło z wnikliwego wywiadu i rozmowy.
  6. Zespół Marfana może być przyczyną niedorozwoju gruczołu piersiowego.
  7. Przypadek problemu laktacyjnego może zdarzyć się zupełnie nieoczekiwanie poza poradnią laktacyjną :)

---

### Różne

---

### Wydarzenia FTK

---

Fundacja zaprasza na swoje [FORUM!](#)

Szkoła Żon rusza w Otwocku. Grupę zbiera Agnieszka: [sekr@kobiety.med.pl](mailto:sekr@kobiety.med.pl)

[O NAS](#)

Witaj [username comes here] jeśli chcesz się wypisać kliknij link: [users unsubscribe link come here]

[KONTAKT](#)

