

XV Jubileuszowy Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 10–11 czerwca 2022 r.

Karmienie piersią – ku przyszłości



Organizatorzy



Patronat honorowy



Patronat medialny



Partnerzy



Główny Partner Konferencji Diamentowy Sponsor



Główny Partner Konferencji Platynowy Sponsor



Złoty Sponsor



Braźowy Sponsor



**Mgr Dorota Bassara-Nowak**

Magister pielęgniarstwa, położna, CDL. Pracuje w Poradni laktacyjnej i szkole rodzenia Lakta Vita. Wykładowca na Uniwersytecie Rzeszowskim. Prywatnie mama Magdy i Bartka oraz babcia 3 letniego Julka. Nie może żyć bez roweru i dobrej kawy.

**Dr n. med. Matylda Czosnykowska-Lukacka**

W 2010 roku ukończyła studia magisterskie na kierunku analityka medyczna, w tym samym roku rozpoczęła studia doktoranckie na Wydziale Lekarskim na kierunku biologia medyczna. Jest autorką wielu publikacji naukowych, a także realizatorką międzynarodowych projektów badawczych. W ostatnich latach swoją pracę naukową realizowała w Katedrze i Klinice Neonatologii zajmując się aspektem żywieniowym i aktywnością biologiczną mleka kobiecego, jednocześnie koordynując Regionalny Bank Mleka Kobiecego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Zaangażowana w międzynarodowe prace badawczo-rozwojowe w zakresie biologii molekularnej jako kierownik laboratorium działającym w obszarze diagnostyki klinicznej.

**Mgr Natalia Dobrzycka**

Położna. Na co dzień pracuje na oddziale położniczo-noworodkowym w Szpitalu Klinicznym im. Księżnej Anny Mazowieckiej w Warszawie, wspierając mamy w karmieniu piersią.

**Prof. Donna Geddes**

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

**Mgr Magdalena Humaj-Grysztar**

Tytuł magistra położnictwa uzyskała w 2016 roku na Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum. Od 2017 roku związana zawodowo z uczelnią, obecnie pracuje na stanowisku asystenta w Pracowni Podstaw Opieki Położniczej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego otrzymała w roku 2019. Główne obszary pracy dydaktycznej to podstawy opieki położniczej, opieka położnicza nad matką i dzieckiem w oddziale położniczo-noworodkowym oraz laktacja. Od 2019 roku jeden z opiekunów Studenckiego Koła Naukowego Opieki Położniczej CMUJ.

**Lek. Sylwia Jeż**

Jestem lekarzem, konsultantem IBCLC i CDL, ale przede wszystkim mamą ósemki dzieci wykarmionych piersią, od niedawna babcią dwóch wnuczek. Ukończyłam Akademię Medyczną w Warszawie, brałam aktywny udział w pracach naukowego koła położniczego. Obecnie wspieram młode mamy, co mi samej daje też mnóstwo satysfakcji i spełnienia jako kobiecie. Współpracuję z CNoL i różnymi fundacjami, prowadzę szkolenia dla personelu, zajęcia i warsztaty laktacyjne dla rodziców. Tęsknię za podrózami, korzystam chętnie z uroków Dolnego Śląska i atrakcji kulturalnych Wrocławia, w którym mieszkam od 7 lat.

**Mgr Joanna Kiełbasińska**

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

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

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

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

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

**Lek. Roksana Kulińska**

Specjalista dermatologii i wenerologii. Absolwentka Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego Łodzi. Zajmuje się diagnostyką, leczeniem i profilaktyką chorób skóry, włosów i paznokci u pacjentów w każdym wieku. Specjalizuje się w leczeniu przewlekłych chorób skóry (m.in. łuszczyca, atopowego zapalenia skóry, trądziku).

Należy do Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, European Academy of Dermatology and Venereology i International Dermoscopy Society. Stale podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w certyfikowanych kursach i zjazdach. Prywatnie szczęśliwa mama rocznej córki.

**Mgr Kamila Łabędź-Pietluch**

Położna, Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Ukończyła studia magisterskie na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Od kilku lat pracuje w środowisku prowadząc szkole rodzenia, wizyty patronażowe oraz porady laktacyjne. W zeszłym roku uzyskała tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. W swojej pracy skupia się na holistycznym podejściu do mamy i dziecka.

**Mgr Maja Matyas**

Absolwentka Uniwersytetu Jagiellońskiego i Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie. Od 2021 roku magister Biologii w zakresie hormonalnej regulacji rozrodu. Jej kolejnym celem jest doktorat i pogłębienie wiedzy w tematyce laktacji i wpływu środowiska na skład mleka matki. Współtwórczyni pracy na temat działania stresu na stężenie prolaktyny w mleku matki w trakcie laktacji.

**Mgr Agnieszka Muszyńska**

CDL, magister położnictwa, pracuje jako edukator ds. laktacji w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, prowadzi tam Poradnię Laktacyjną, jest inicjatorem i organizatorem Tygodnia Promocji Karmienia Piersią w szpitalu, publikuje poradniki dla rodziców, szkoli personel. Od kilku lat wykładowca i trener w CNoL, członek Zarządu PTKiDL, członek rady naukowej Koalicji Wcześniak. Prywatnie mama trójki dzieci, urlop spędza najchętniej w górach (z plecakiem), zdobyła Koronę Gór Polski.

**Barbara Wilson-Clay**

Rozpoczęła wspieranie matek karmiących jako liderka La Leche League w USA w 1981 roku i przyczyniła się do powstania standardów kształcenia, egzaminowania, a obecnie zawodu konsultanta laktacyjnego (IBCLC). Sama została konsultantem IBCLC w 1987 roku. Od roku 2008 jest Członkiem Specjalnym Międzynarodowego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych (ILCA). Od 25 lat prowadzi prywatną praktykę w Austin w stanie Teksas. Jest członkiem wielu lokalnych, krajowych i międzynarodowych zarządów i koalicji na rzecz promocji karmienia piersią. Jej badania i komentarze są szeroko publikowane. Barbara pomogła w tworzeniu i pełniła funkcję Wiceprezesa Zarządu Banku Mleka Kobiecego w Austin. Działała w Komisji etyki Międzynarodowej Rady Egzaminatorów Konsultantów Laktacyjnych. Jest aktywną wolontariuszką lobbującą na rzecz uznania karmienia piersią za ważne zadanie z zakresu zdrowia publicznego w Teksasie. Członek Specjalny Międzynarodowego Stowarzyszenia Konsultantów Laktacyjnych (FILCA), Wiceprezes Zarządu Banku Mleka Kobiecego w Austin, Członek grupy lobbującej Zdrowe matki, zdrowe dzieci w Austin, Członek Koalicji na rzecz Karmienia Piersią w Teksasie, Członek Zarządu ds Międzynarodowej Rady Egzaminatorów Konsultantów Laktacyjnych 1997-1999, współautor 6-tej edycji Atlasu Karmienia Piersią. Barbara była już trzykrotnie w Polsce i spotkała się ze wspaniałym przyjęciem. Lubi tu wracać. Dzieli się swoim doświadczeniem, ale uwielbia słuchać naszych historii. Jest dla nas wzorem konsultanta, uczymy się od niej nie tylko najnowszej wiedzy, ale też wnikliwego badania i niezwykłego podejścia do pacjenta.

**Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996-2021), Dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Zorganizowała ponad 20 konferencji naukowych. Od kilku lat z zespołem CNoL prowadzi badania w dziedzinie laktacji, ale też promuje inne polskie badania w tej dziedzinie. Ma wielu uczniów i naśladowców. Pozytywnie podchodzi do życia, przekuwa porażki na sukcesy. Fanka rodziny, kociara, pasjonatka podróży i wielu dyscyplin sportu.

**Poł. Magdalena Paszko**

Położna, Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Na co dzień wspiera młode mamy w Szpitalu Św. Zofii w Warszawie. Prywatnie jest mamą dwójki wspaniałych dzieci.

**Dr hab. Anna Ziomkiewicz-Wichary**

Ukończyła studia biologiczne na Wydziale Biologii i Nauk o Ziemi Uniwersytetu Jagiellońskiego. Studia doktoranckie odbyła na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ a w roku 2006 obroniła pracę doktorską Antropometryczne korelaty stężeń progesteronu i estradiolu w cyklach menstruacyjnych kobiet w wieku 24-37 lat zamieszkujących na wsi i w mieście. W tym samym roku podjęła pracę w Zakładzie Antropologii Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu. W roku 2015 otrzymała stypendium wyjazdowe Komisji Fulbrighta na realizację projektu *Funkcje reprodukcyjne, starzenie się i stres oksydacyjny u kobiet* na Uniwersytecie Yale, USA. Stopień doktora habilitowanego otrzymała w roku 2018 przedstawiając rozprawę *Stres u kobiet w procesie reprodukcyjnym*. W tym samym okresie rozpoczęła badania nad wpływem stresu psychologicznego i wsparcia społecznego matki na skład mleka i rozwój niemowlęcia. W Zakładzie Antropologii IZiBB pracuje od listopada 2019 r. Jest autorką blisko 50 artykułów naukowych opublikowanych głównie w międzynarodowych recenzowanych czasopiśmie. Jest również członkinią Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, Human Biology Association i International Society for Developmental Origins of Health and Disease. Tematyka badawcza: stres psychologiczny a laktacja, aktywne składniki i funkcje mleka kobiecego oraz ich wpływ na rozwój psychologiczny i fizyczny niemowlęcia, styl życia i reprodukcja u kobiet, biologia zachowań ludzkich, biologia rozwoju fizycznego i psychologicznego człowieka, fizjologiczne koszty rozmnażania.

**Joanna Pietrusiewicz**

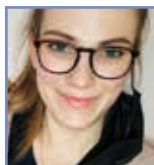
Prezesa Fundacji Rodzic po Ludzku, od lat zaangażowana w działania na rzecz przestrzegania praw człowieka w opiece okołoporodowej, propagatorka idei opieki medycznej opartej na szacunku i potrzebach kobiet. Członkini ministerialnych zespołów ds opieki okołoporodowej i Rady Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia.

**Mgr Paulina Szczygiół**

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu na kierunku farmacja. Aktualnie koordynator Regionalnego Banku Mleka przy Katedrze i Klinice Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu oraz czynny farmaceuta. Zaangażowana w projekty i badania naukowe nad składem mleka i jego związkami bioaktywnymi. Wśród zainteresowań, które może zgłębiać podczas codziennej pracy na oddziale neonatologicznym jest optymalizacja, indywidualizacja i bezpieczeństwo farmakoterapii wśród najmłodszych pacjentów.

**Mgr Agnieszka Tokarz**

Jest położną, Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym i logopedą klinicznym. Na co dzień prowadzi prywatny gabinet terapeutyczny, w tym poradnię laktacyjną w Zielonej Górze. Ponadto konsultuje logopedycznie pacjentów w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki i Rehabilitacji ATOS oraz jest położną POZ w Przychodni Lekarskiej PANACEUM w Świdnicy k/ Zielonej Góry. Specjalizuje się w poradnictwie laktacyjnym, wczesnej interwencji logopedycznej, terapii karmienia oraz zaburzeniach komunikacji językowej u dzieci. Doświadczenie zawodowe zdobywała pracując w latach 2008 - 2021 jako położna oraz Doradca Laktacyjny w Klinicznym Oddziale Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Zielonej Górze. Współtworzyła pierwszy Regionalny Bank Mleka w województwie lubuskim. Jej pasją zawodową jest edukacja zdrowotna. Od lat organizuje warsztaty edukacyjne z zakresu zdrowia prokreacyjnego, karmienia naturalnego i rodzicielstwa bliskości: „Chcę być rodzicem”, „Miłość w stylu EKO”, „Miłość w stylu EKO po porodzie”, a także „Karmienie piersią na dobry początek” oraz „Karmię rok i ci dalej?”.

**Sylwia Złotecka**

W roku 2021 uzyskała tytuł licencjat położnictwa na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. Aktualnie kontynuuje naukę na studiach drugiego stopnia na tej samej uczelni. Od kilku miesięcy pracuje jako położna na oddziale położniczo-ginekologicznym.

**Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

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

XV Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Program konferencji

PIĄTEK 10 czerwca 2022 – SESJA WYKŁADOWA godz. 10.30–17.45 (19.30)

9.30 – 10.30	Rejestracja uczestników, kawa powitalna, odwiedzanie stoisk
10.30 – 10.40	Powitanie uczestników
10.40 – 10.55	Podsumowanie roku szkolnego 2021/22 – po Covidzie w obliczu wojny

I sesja **Żywienie noworodków – wyzwania** **prowadząca prof. Barbara Królak-Olejniak**

10.55 – 11.00	Słowo na otwarcie I sesji
11.00 – 11.15	Jak żywimy dzieci w polskich szpitalach – wyniki badania CNoL i UM im. Piastów Śląskich – mgr Paulina Szczygiół
11.15 – 11.35	Jak realizujemy standard opieki okołoporodowej w zakresie żywienia noworodków – na podstawie badań Fundacji Rodzić po Ludzku – Joanna Pietrusiewicz
11.35 – 11.40	Wpływ sposobu porodu na przebieg karmienia piersią w okresie wczesnego połogu – plakat konkursowy – mgr Magdalena Humaj-Gryzta
11.40 – 12.00	Dyskusja
12.00 – 12.20	Przerwa kawowa 20 min

II sesja **Praktyka kliniczna – wędzidełko języka** **prowadząca lek. Katarzyna Raczek-Pakuła**

12.20 – 12.25	Słowo na otwarcie II sesji
12.25 – 12.55	Badania, które zmieniły wszystko, co wiedzieliśmy o wędzidełku języka – gość specjalny, Prof. Donna Geddes, transmisja z Australii
12.55 – 13.05	Skrócone wędzidełko języka, a przebieg karmienia naturalnego u niemowląt. Od urodzenia do 6 miesiąca życia – 1 miejsce w konkursie, mgr Agnieszka Tokarz
13.05 – 13.25	Wędzidełko języka to mała część ciała. Stanowisko CNoL – dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
13.25 – 13.45	Dyskusja (live z Australii)
13.45 – 13.55	Zmiana kształtu i wielkości brodawki w okresie ciąży i karmienia. Rozwiązania wspierające mamy w procesie laktacji – mgr Ewa Mażysz, wykład sponsorowany przez Philips Polska
13.55 – 15.00	Przerwa obiadowa restauracja Mirage – parter – 65 min

III sesja **Praktyka kliniczna – sytuacje różne**
prowadząca mgr Agnieszka Muszyńska

- 15.00 – 15.05 Słowo na otwarciu III sesji
- 15.05 – 15.15 Rozwiązywanie złożonych problemów laktacyjnych
– **mgr Estera Michalak, wykład sponsorowany przez Nutropharmę**
- 15.15 – 15.45 Żywnienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych – jak poradziliśmy sobie z pandemią i jakie wyzwania czekają nas podczas wojny u sąsiada? – **prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniki**
- 15.45 – 15.55 Karmienie piersią w trakcie ciąży – 2 miejsce w konkursie
– **Sylwia Złotecka**
- 15.55 – 16.00 Ocena satysfakcji seksualnej kobiet w okresie laktacji – plakat konkursowy, **mgr Kamila Łabędź-Pietluch**
- 16.00 – 16.20** **Dyskusja**

IV sesja **15 lat Centrum Nauki o Laktacji**
prowadząca mgr Maria Kaleta

- 16.20 – 16.25 Słowo na otwarciu IV sesji
- 16.25 – 16.35 Wczesne interwencje wspierające karmienie mlekiem ludzkim noworodka oddzielonego od matki. Program poprawy opieki laktacyjnej.
mgr Elżbieta Majchrzak, firma Medela Polska
- 16.35 – 16.50 **Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego**
- 16.50 – 17.20 Co jest najważniejsze w sprawowaniu opieki laktacyjnej na podstawie 35 lat pracy konsultanta IBCLC
– **gość specjalny Barbara Wilson-Clay, transmisja z USA**
- 17.20 – 17.30 Skład mleka kobiecego a wsparcie społeczne matki karmiącej
– 3 miejsce w konkursie. **dr hab. n. o zdr. Anna Ziomkiewicz-Wichary**
- 17.30 – 17.35 Wpływ stresu psychologicznego matki karmiącej na stężenie prolaktyny i kortyzolu w mleku – plakat konkursowy, **mgr Maja Matyas**
- 17.35 – 17.45** **Dyskusja i podsumowanie dnia**
- 18.00 – 19.30** **Hulanki i swawole z zespołem Vocart Zespół DJ**

SOBOTA 11 czerwca 2022 – SESJA WARSZTATOWA godz. 8.30 – 14.10

	SALA GALAXY 1	SALA GALAXY 2	SALA CHALLENGER	SALA DISCOVERY
Kawa powitalna 8.00–8.30				
8.30–10.00	<p>Czy trzeba wzmacniać mleko matki – kiedy i dla kogo?</p> <p>prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka</p>	<p>Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 5</p> <p>mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko mgr Dorota Bassara-Nowak</p>	<p>Matki adopcyjne (indukowanie laktacji)</p> <p>mgr Natalia Dobrzycka, lek. Sylwia Jeż, mgr Agnieszka Muszyńska</p>	<p>Resuscytacja i jak postępować w sytuacjach zagrożenia – mini kurs dla medyków</p> <p>Marcin Rybakowski i zespół IPL Kursy resuscytacji IPR EMERGENCY</p>
Przerwa kawowa 10.00–10.20				
10.20–11.50	<p>Różnicowanie zmian skórnych u dzieci i ich związku z karmieniem</p> <p>lek. Roksana Kulińska</p>	<p>Czy trzeba wzmacniać mleko matki – kiedy i dla kogo?</p> <p>prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejnik dr n. med. Matylda Czosnykowska-Łukacka</p>	<p>Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 5</p> <p>mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko mgr Dorota Bassara-Nowak</p>	<p>Resuscytacja i jak postępować w sytuacjach zagrożenia – mini kurs dla medyków</p> <p>Marcin Rybakowski i zespół IPL Kursy resuscytacji IPR EMERGENCY</p>
Lunch – Restauracja Mirage – parter 11.50–12.40				
12.40–14.10	<p>Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 5</p> <p>mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, poł. Magdalena Paszko mgr Dorota Bassara-Nowak</p>	<p>Różnicowanie zmian skórnych u dzieci i ich związku z karmieniem</p> <p>lek. Roksana Kulińska</p>	<p>Matki adopcyjne (indukowanie laktacji)</p> <p>mgr Natalia Dobrzycka, lek. Sylwia Jeż, mgr Agnieszka Muszyńska</p>	<p>Resuscytacja i jak postępować w sytuacjach zagrożenia – mini kurs dla medyków</p> <p>Marcin Rybakowski i zespół IPL Kursy resuscytacji IPR EMERGENCY</p>

Drodzy Przyjaciele – Pracownicy, Współpracownicy, Absolwenci i Goście tegorocznego Zjazdu!

Już miałam się pochwalić, jak to dzielnie przetrwałyśmy pandemię. Nie splajtowałyśmy, nie zniknęli klienci, domknęłyśmy budżet, nauczyłyśmy się nowych umiejętności, rozwinęłyśmy skrzydła w świecie wirtualnym, a nawet zatrudniłyśmy nowych wykładowców i trenerów!!!

A tu wojna u sąsiada i znów podstawy bytu każdego z nas legły w gruzach. W pierwszym momencie zadziałały odruchy ratowania siebie i swoich bliskich. Ale za chwilę, gdy każdy uznał, że to jeszcze nie koniec, otrząsnął się i rozglądał jak żyć w tej rzeczywistości i komu trzeba pomóc. Mnóstwo z nas stanęło z otwartym sercem do pomocy – przekazywania na front rzeczy, leków, środków opatrunkowych, przyjmowania Ukrainek pod swoje dachy, szykowania pakietów dla szpitali położniczych na Ukrainie. Wiele z nas udzielało porad medycznych i laktacyjnych bezpłatnie potrzebującym matkom uciekinierkom. Szybko okazało się, że niewiele wiemy jak działać w trybie „Emergency”. Szukałyśmy wytycznych, pytałyśmy starszych i przypominałyśmy sobie opowieści naszych babć, które musiały radzić sobie w czasach niemieckiej okupacji. Wszystko to nas przygniotło. Ale też to moment, kiedy **JUŻ WIESZ CO NAPRAWDĘ JEST WAŻNE. Podczas wykładu prof. Barbary Królak-Olejnika przyjrzymy się jak poradziłyśmy sobie z pandemią i jakie wyzwania czekają nas podczas wojny u sąsiada?**

Tegoroczne wysiłki podejmowane wraz z Wojewodami, aby wyposażyć szpitale w sprzęt laktacyjny pokazały tylko, jaką alergię na niego mają zarządzający ochroną zdrowia w Polsce. Żałuję też, że system profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego, który stworzyłyśmy, nie może być dostępny dla każdej matki i każdego dziecka. Czyli dyskryminacji ciąg dalszy. A w obliczu działań wojennych to wręcz działanie na szkodę własnego kraju. Dlaczego Anglia może wdrożyć żywienie kobiecym mlekiem jako standard? Dlaczego większość krajów prowadzi statystykę żywienia noworodków? Czego boją się nasi decydenci? Prawdy? Prawda, ile dzieci zaraz po urodzeniu dostaje mieszanek, nas wyzwoli. **Mgr Paulina Szczygiół przedstawi wyniki badań oceniających stan żywienia dzieci w polskich szpitalach przy pomocy prostego narzędzia.** Mamy nadzieję kontynuować badanie i „zarazić” szpitale chęcią zobaczenia prawdy. **Wyniki Fundacji Rodzić po Ludzku przedstawione przez jej prezeskę Joannę Pietrusiewicz uzupełnią ten obraz i skłonią do refleksji.**

W praktyce doradców laktacyjnych ostatnie lata to istny „zawrót głowy wędzidełkowy”. Co pewien czas w medycynie pojawia się temat, który ma rzekomo rozwiązać wszystkie problemy w prosty sposób. Następuje faza zachwyty i nadrozpoznawalności. Niestety ze szkodą dla precyzji diagnozy. Trafnie oceniła to dr Gisele Gremmo-Feger w rozmowie z Cecile Thibert w Le Figaro 26 lutego 2022 roku pt. *Frenotomia. Moda czy konieczność?*: Niestety u źródeł tej mody leży skłonność do stosowania szybkich rozwiązań, gdy pojawiają się złożone problemy. (Wysokie Obcasy, 2022). Nowe spojrzenie na tę problematykę otworzyły **badania zespołu australijskich naukowców, które zaprezentuje słynna**

profesor Donna Geddes. A tezę, że wędzidełko języka to „maleńka część ciała” udowodni dr n. med. Monika Żukowska-Rubik prezentując stanowisko CNoL w tej sprawie.

W tym roku organizujemy piętnasty zjazd, co oznacza, że działamy już 15 lat w formule niepublicznej placówki edukacyjnej. Specjalnie dla nas, a szczególnie dla nowych doradców laktacyjnych – **słowo doświadczonej konsultantki, Barbary Wilson-Clay o sednie poradnictwa laktacyjnego**. Barbara jest bardzo ceniona przez polskie środowisko doradców, za profesjonalizm i niezwykle umiejętności komunikacji z pacjentem, których wciąż się od niej uczymy.

Wisienką na torcie tegorocznego zjazdu będą **prezentacje prac konkursowych młodych naukowców**. Jesteśmy pod wrażeniem tematów, metodyki i zaangażowania w dziedzinę laktacji, do tego stopnia, że po raz pierwszy zagoszczą we wszystkich sesjach konferencji.

Warsztaty to zawsze wyczekiwane uzupełnienie konferencji. W tym roku poza znanym Kalejdoskopem w 5-tym wydaniu, będą warsztaty dermatologiczne, warsztat o adopcji i relaktacji, mini kurs resuscytacji i zachowań w kryzysie jako odpowiedź na zwiększone zapotrzebowanie środowisk medycznych na te zagadnienia.

Życzę dobrze spędzonych chwil w gronie Przyjaciół,
Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Podsumowanie roku szkolnego 2021/22

Od pierwszego hybrydowego Zjazdu CNoL minął raptem rok. Po doświadczeniach pandemii została nam hybrydowa forma zjazdu, hybrydowe kursy, niesamowita elastyczność personelu CNoL, który musiał przeorganizowywać sesje kursów czasem tuż przed ich terminem z powodu zmieniających się przepisów. Nie zapomnę zeszłorocznego egzaminu na CDL, na który spora część grupy bała się przyjechać, pomimo, że przepisy dopuszczały taką możliwość. Trzeba było więc stworzyć możliwość zdawania on-line w trybie cito. Nowe doświadczenie, ale udało się! Również na długo zapamiętam patent wymyślony przez nasze organizatorki z użyciem wózków kuchennych do przewożenia pokazowego sprzętu laktacyjnego pomiędzy salami, bo dla bezpieczeństwa epidemicznego uczestnicy kursu nie mogli się przemieszczać. To tylko pokazuje jak TWÓRCZE KOBIETY pracują w FUNDACJI TWÓRCZYCH KOBIET.

Dziś możemy spojrzeć wstecz z innym nastawieniem, widzimy swoje twarze i chętnie spotykamy się w grupach na żywo. Pomimo, że zagrożenie ze wschodu ciąży nam na duszy, wiemy, że nasza profesja jest szczególnie ważna dla przetrwania i zdrowego rozwoju przyszłych pokoleń. Przecież nawet w najtrudniejszych czasach ważne jest żywienie małych dzieci. A zwłaszcza najzdrowszą substancją na świecie – mlekiem własnej mamy!

W tym duchu – robimy swoje! Przeprowadziłyśmy 21 i 22 edycję kursu Problemy w laktacji, osiągnęłyśmy jako CNoL liczbę 1388 przeszkolonych osób, a jako środowisko, które wcześniej działało w strukturach Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, gdzie odbyły się 4 takie kursy – łącznie przeszkolono 1553 osoby. Od 2019 roku organizujemy równolegle do edycji dla położnych i pielęgniarek osobną edycję dla lekarzy.

Ze względów epidemiologicznych nie miałyśmy możliwości organizowania cieszących się dużą popularnością i wśród uczestników i wykładowców kursów wyjazdowych w szpitalach. Stworzyłyśmy alternatywny program Kursu on-line pt. Jak żywić dzieci mlekiem kobiecym w szpitalu?, który odbył się 7 razy dla 218 osób. Ale nic nie zastąpi spotkania w realu i wymiany doświadczeń.

Wróciłyśmy do organizacji kursu dla neurologopedów, logopedów i fizjoterapeutów, odbyły się 3 dla 34 uczestników, a także dla Promotorów Karmienia Piersią, których przybyło 20. Stale odbywały się kursy dla doradców CDL (poziom zaawansowany) oraz Trenerów CNoL.

Przez okres wakacji 2021 prowadziłyśmy akcję pt. Każda ilość mleka mamy ma znaczenie chcąc zmobilizować władze do przekazania szpitalom środków na wyposażenie w sprzęt laktacyjny odpowiedni do wytycznych MZ (i naszych). Po zerowym odzewie MZ, zwróciłyśmy się do Wojewodów. Liczyłyśmy na to, że skoro Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej przewiduje, że od 1 stycznia 2022 każdy polski szpital ma zapewnić każdej mamie, której dziecko potrzebuje wsparcia żywieniowego, odpowiedni i skuteczny sprzęt do pozyskiwania jej mleka, coś da się uzyskać. W warunkach pandemii zaczęto zwracać uwagę na szczegóły technologiczne podwyższające stopień bezpieczeństwa hi-

gienicznego sprzętu, więc tym bardziej warto, aby szpitale dostały wsparcie. Opracowaliśmy też szczegółowe Wytyczne dotyczące rodzaju i ilości sprzętu potrzebnego zależnie od stopnia referencyjności. Do lutego 2022 trwała batalia z Rządową Agencją Rezerw Strategicznych. Szpitale przesyłały zapotrzebowania, wojewodowie potwierdzali braki sprzętu i odbijali się od muru stworzonego w MZ. Kompletny brak zrozumienia potrzeb uznałyśmy otwarcie za dyskryminację dzieci urodzonych o czasie, które mają problemy ze ssaniem piersi. Na takich obywateli czeka refundowane mleko modyfikowane??? Trochę wstyd w XXI wieku w środku Europy...

7 grudnia 2021 wydałyśmy Stanowisko w sprawie wskazań do podcinania wędzidełka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt w związku z narastającym problemem jakim jest nadrozpoznawalność skróconego wędzidełka języka i ankyloglosji jako przyczyn problemów z karmieniem piersią oraz narażania niemowląt na nieuzasadnione zabiegi.

27 stycznia 2021 wraz z Fundacją Bank Mleka Kobiecego i Polskim Towarzystwem Wakcynologii zaktualizowaliśmy Stanowisko ws. Szczepień przeciwko COVID-19 podtrzymując, że należy je proponować kobietom w okresie laktacji.

Na wybuch wojny na Ukrainie odpowiedziałyśmy uruchomieniem infolinii po polsku i po ukraińsku, dołączeniem do inicjatywy Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców laktacyjnych bezpłatnych porad laktacyjnych oraz wydaniem Informatora nt. żywienia niemowląt i dzieci w sytuacji kryzysowej wraz z Polskim Towarzystwem Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, Fundacją Promocji Karmienia Piersią i Specjaliści Dzieciom. Teraz z inicjatywy Fundacji Banku Mleka Kobiecego wraz z przedstawicielami wielu środowisk zajmujących się żywieniem dzieci pracujemy nad wspólną publikacją do Standardów Medycznych dotyczącą żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacji kryzysu.

Czas biegnie. 15 lat szybko minęło. Aby nie utracić tempa rozwoju potrzeba energii młodości i doświadczenia starości. Więc przyjęłyśmy nowych wykładowców i trenerów, następuje też wymiana kadry w Radzie Placówki. No i... podjęłyśmy wyzwanie zautomatyzowania części naszej pracy i od listopada ze sztabem informatyków budujemy system zarządzania placówką.

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL

„Jak żyjemy po urodzeniu?” – wyniki badania ankietowego stworzonego przez Centrum Nauki o Laktacji we współpracy z Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Paulina Szczygiół¹, Magdalena Nehring-Gugulska², Barbara Królak-Olejniki¹

1 Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

2 Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo

Celem, do którego powinniśmy dążyć jest wyłącznie karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka. Powodzenie laktacji zależy nie tylko od chęci i determinacji matki. Pomimo, że odsetek mam zaczynających karmić piersią wynosi aż 98%, spada on gwałtownie w kolejnych tygodniach – w 6 tygodniu ponad połowa niemowląt nie jest już karmiona naturalnie. Wydaje się, że powodzenie laktacji zależy w dużej mierze od kilkudniowego okresu hospitalizacji poporodowej. Jest to krytyczny okres dla pracowników służby zdrowia, aby pomóc matce i prawidłowo „zaprogramować” karmienie. Zapewnienie odpowiedniego wsparcia laktacyjnego w tym okresie zgodnie ze Standardem Opieki Okołoporodowej powinno być zagwarantowane każdej matce. Niestety, w praktyce często zdarza się, że matki nie uzyskują wsparcia lub nie spełnia ono ich oczekiwań. Niesie to za sobą konsekwencje dla sposobu żywienia dziecka i niejednokrotnie przyczynia się do pozbawienia go dostępu do najbardziej wartościowego pokarmu jakim jest mleko matki.

Odsetek dzieci dokarmianych mlekiem modyfikowanym w szpitalach bywa zatrważający. W Polsce nadal nie prowadzi się państwowego monitoringu żywienia noworodków w szpitalach ani żadnej ewidencji podawanego rodzaju pożywienia (mleko matki, mleko z banku mleka, preparaty do żywienia niemowląt). Brak tej wiedzy uniemożliwia podnoszenie jakości organizacji opieki okołoporodowej, ponieważ nie ma pełnego obrazu sytuacji. Tę systemową lukę chcieliśmy wypełnić konstruując proste badanie ankietowe, które wykaże jak żywione są polskie dzieci po urodzeniu i w kolejnych miesiącach życia oraz zależności między nimi. Badanie stanowi początek ogólnopolskiego monitoringu i będzie kontynuowane.

Stworzona przez nas ankieta była dedykowana mamom, które mieszkają w Polsce i które urodziły dziecko między 37 a 42 tygodniem ciąży. Przeprowadziliśmy ją wśród mam dzieci w wieku od 0 do 12 miesięcy. Na 14 pytań zawartych w ankiecie, odpowiedzi udzieliło ponad 500 mam. Pytania dotyczyły m.in.: przystawiania do piersi po porodzie, instruktażu techniki karmienia i dostępu do sprzętu laktacyjnego w oddziale, dokarmiania mieszanką w szpitalu i po wypisie ze szpitala oraz długości karmienia naturalnego. Zebrane dane to początek korzystnych zmian, na które liczymy i które są konieczne, aby zapewnić każdemu dziecku dostęp do mleka jego mamy.

English version:

Exclusively breastfeeding for the first 6 months of baby's life should be our main goal. The success of lactation depends not only on the willingness and determination of the mother. Although the initial percentage of mothers who start breastfeeding reaches

98%, it decrease rapidly in the following weeks. By 6 weeks, more than half of infants are no longer breastfed. It seems that the success of lactation depends mainly on the several days of postpartum hospitalization period. This is a critical time for healthcare professionals to help mother and “program” breastfeeding properly. Adequate lactation support during this period should be guaranteed for every mother in accordance with Standard Perinatal Care. Unfortunately, in daily hospital practice, it often happens that mothers do not receive enough support or it does not meet their expectations. Therefore, it may have a huge consequence for children’s feeding in the first six months of life and often contributes to depriving them of the access to the most valuable food, which is mother’s milk.

The percentage of newborns feeding with milk formula in hospitals is alarming. To date, monitoring of newborn’s nutrition in Polish hospitals do not exist and no records of the type of food administered (own mother’s milk, milk from a human milk bank, milk formulas) are maintaining. Lack of these knowledge makes it impossible to improve the quality of the perinatal care organization, as there is no complete picture of the situation. We wanted to fill this systemic gap by constructing a simple survey that would show how Polish children are nourished after birth and in the following months of life, and find the relationships between them. The study is the beginning of nationwide monitoring and will be continued.

Our short survey was dedicated to mothers who live in Poland and who gave birth between 37 and 42 weeks of pregnancy. The survey was conducted among mothers of children aged 0-12 months. More than 500 mothers gave the answer for the 14 questions. The questions concerned i.a.: latching-on the baby after birth, instructions of breastfeeding techniques, access to breast pumps on the wards, formula’s feeding on the hospital wards and after discharge and duration of breastfeeding. We are counting on that the collected data are the beginning of beneficial changes which are necessary to ensure that every child has access to his mother’s milk.

1. Żukowska-Rubik M., Nehring-Gugulska M., Bębenek D., Castello-Rokicka M., Lewandowska A. *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka położnej na oddziale położniczym, wizyta u lekarza medycyny rodzinnej oraz wizyty u doradców/konsultantów laktacyjnych*. Część 3. 2018.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej Dz.U. 2018 poz. 1756

Jak realizujemy standard opieki okołoporodowej w zakresie żywienia noworodków?

Na podstawie badań Fundacji Rodzić po Ludzku

Joanna Pietrusiewicz

Fundacja Rodzić po Ludzku od 2018 r. prowadzi stały monitoring opieki okołoporodowej „Głos matek”. Do kwietnia 2022 r. w monitoringu wzięło udział 95 669 osób. W akcji „Głos matek” biorą udział kobiety, które urodziły swoje dziecko w szpitalu położniczym w Polsce. Cel tego badania to sprawdzanie przestrzegania praw kobiet w opiece okołoporodowej (na podstawie zapisów w Standardzie Opieki Okołoporodowej i w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), oraz poznanie doświadczeń okołoporodowych kobiet i badanie przestrzegania praw człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii wolności od nadużyć, przemocy i dyskryminacji. Narzędziem w badaniu jest ankieta elektroniczna wypełniana przez respondentki on-line, dostępna na stronie: ankieta.rodzicpoludzku.pl.

Ankieta zawiera ponad 130 pytań o przygotowanie do porodu, doświadczenia z izby przyjęć, z przebiegu porodu i pobytu w oddziale położniczym. W ankiecie znajdują się również pytania o wspomnienia związane ze sposobem traktowania kobiety przez personel oraz o komunikację z rodzicą.

Ostatnie podsumowanie doświadczeń kobiet rodzących zostało zaprezentowane w listopadzie 2021 r. w raporcie „Raport z monitoringu. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego”. Do analizy w raporcie wzięto pod uwagę odpowiedzi 10 257 kobiet rodzących w pierwszym roku pandemii COVID-19 (od marca 2020 do lutego 2021 r.). Na potrzeby niniejszego artykułu korzystano z odpowiedzi kobiet z panelu administracyjnego ankiety, ponieważ w raporcie nie uwzględniono wszystkich odpowiedzi dotyczących karmienia piersią. Niektóre odpowiedzi zostały porównane z odpowiedziami kobiet z lat 2017-2018, zamieszczonymi w raporcie z 2018 r. „Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet”.

Różnice w liczebnościach na rycinach wynikają z faktu, że na dane pytanie odpowiedziała tylko część respondentek. Nie wszystkie pytania w ankiecie są obowiązkowe dla respondentki.

Kontakt skóra do skóry

Dane z panelu administracyjnego ankiety „Głos Matek” – odpowiedzi od kobiet rodzących w latach 2020-2022.

Czy zaraz po porodzie nagie dziecko zostało położone na Pani nagich piersiach/brzuchu (kontakt „skóra do skóry”)?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak	17595	93%
Nie	1312	7%
Nie pamiętam	102	1%
Suma zaznaczeń 19009		

Jak długo trwał kontakt „skóra do skóry”?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Bardzo krótko – kilka minut	3467	20%
Krótko (np do czasu oglądania i opatrywania krocza, około 15-30 minut)	2311	13%
Średnio (powyżej 30 minut, ale mniej niż 2 godziny)	2470	14%
Długo (Dwie godziny lub dłużej, do opuszczenia sali porodowej)	8992	51%
Nie pamiętam	328	2%
Suma zaznaczeń 17568		

Dlaczego kontakt „skóra do skóry” trwał krótko?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Dziecko musiało zostać zbadane przez lekarza/zabrane na oddział neonatologiczny	969	17%
Dziecko musiało zostać zważone i zmierzone	3445	60%
Dziecko musiało zostać ubrane	1483	26%
Ze względu na moje złe samopoczucie, nie byłam w stanie mieć dziecka przy sobie	368	6%
Z innego powodu (jakiego?)	856	15%
Nie wiem	444	8%
Suma zaznaczeń 5695		

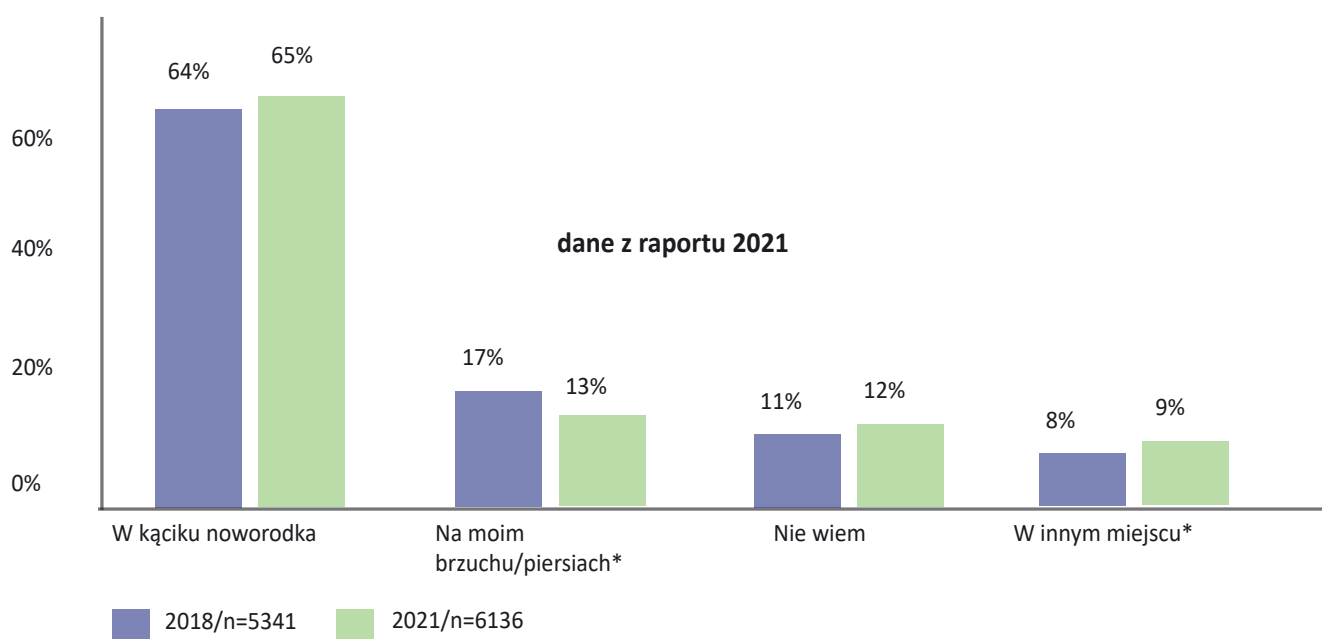
Zdecydowana większość respondentek (93%) zarówno w 2018 r., jak i w 2022 r. deklarowała, że zaraz po porodzie miała zapewniony kontakt z noworodkiem skóra do skóry, z czego u blisko połowy (51%) trwał on dwie godziny lub dłużej.

Warto zwrócić uwagę, że według 63% badanych ocena dziecka w skali Apgar była wykonywana w kąciku noworodka.

Gdzie się odbywała ocena dziecka w skali Apgar?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Na moim brzuchu/piersiach	3079	16%
W kąciku noworodka	11960	63%
W innym miejscu	1605	8%
Nie wiem	2378	13%
Suma zaznaczeń 19022		

Wykres 12.

Miejsce oceny dziecka w skali Apgar (odpowiedzi osób, które urodziły drogami natury lub miały poród zabiegowy)



Warto też zauważyć, że w 2018 r. 17% kobiet zadeklarowało, że ocena w skali Apgar odbyła się na brzuchu matki, natomiast podczas pandemii w latach 2020–21 tylko 13%.

Wsparcie w karmieniu piersią po porodzie drogami natury

Czy wspierano Panią w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi na sali porodowej?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak	13921	73%
Tak, ale nie chciałam karmić	219	1%
Nie, bo byłam rozdzielona z dzieckiem	1297	7%
Nie	3164	17%
Nie pamiętam	410	2%
Suma zaznaczeń 19011		

Wsparcie w karmieniu piersią w sytuacji cesarskiego cięcia

Czy bezpośrednio po cesarskim cięciu umożliwiono Pani kontakt z dzieckiem?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak, przyłożono mi dziecko do twarzy	7732	64%
Tak, dziecko leżało na mojej piersi	1043	9%
Nie, dziecko od razu zabrano	2929	24%
Nie dotyczy	347	3%
Suma zaznaczeń 12051		

Kiedy po raz pierwszy podjęła Pani próbę karmienia dziecka piersią?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Niedługo po cesarskim cięciu w sali pooperacyjnej	6132	51%
Po przeniesieniu na oddział położniczy	4018	33%
W kolejnych dniach ze względu na stan zdrowia dziecka/mój	1570	13%
Nie chciałam karmić dziecka piersią	222	2%
Nie pamiętam	105	1%
Suma zaznaczeń 12047		

Czy personel oddziału położniczego pomagał i uczył Panią, jak karmić dziecko piersią?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak, personel robił to z własnej inicjatywy	12624	41%
Tak, ale musiałam o to poprosić	8799	28%
Nie, ale nie potrzebowałam pomocy	5572	18%
Nie, pomimo że potrzebowałam pomocy	4023	13%
Suma zaznaczeń 31018		

Zauważalna jest pozytywna zmiana w stosunku do informacji od kobiet z 2018 r., kiedy to 17,8% kobiet zadeklarowało brak wsparcia personelu, pomimo takiej potrzeby.

Dostępność doradcy laktacyjnego w oddziale położniczym

Czy na oddziale była możliwość skorzystania z usług doradcy laktacyjnego?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak, przez cały czas	8746	28%
Tak, ale tylko w wyznaczonych terminach	8357	27%
Nie	5260	17%
Nie wiem	8681	28%
Suma zaznaczeń 31044		

Warto zwrócić uwagę na zmianę w stosunku do odpowiedzi kobiet z 2017 i 2018 r. – 37,3% respondentek deklarowało, że doradca laktacyjny był dostępny na oddziale w wyznaczonym czasie, a 30,1% mogło skorzystać z jego wsparcia przez cały czas. Co trzecia badana zaznaczyła, że nie było możliwości skorzystania z usług doradcy laktacyjnego w szpitalu (32,6%). W opinii Fundacji zmiana mogła być spowodowana ograniczeniami w dostępności w powodu pandemii.

Dokarmianie sztuczną mieszanką

Czy w szpitalu podawano Pani dziecku mieszankę (mleko modyfikowane)?		
Opcja odpowiedzi	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
Tak, ze wskazań medycznych	5693	18%
Tak, na moją prośbę	11551	37%
Tak, bez informowania mnie o tym	3260	10%
Nie	9700	31%
Nie wiem	869	3%
Suma zaznaczeń 12051		

Warto zastanowić się nad zmianą w stosunku do odpowiedzi kobiet z lat 2017–2018. Respondentki zadeklarowały, że 61,3% dzieci w trakcie pobytu w szpitalu było dokarmianych sztuczną mieszanką, w tym 15,3% ze wskazań medycznych, a 29,8% na prośbę matki.

Ogólna ocena respondentek w zakresie wsparcia laktacyjnego.

Jak ocenia Pani wsparcie w zakresie karmienia piersią (1 to ocena niedostateczna – brak wsparcia, 5 – bardzo dobre wsparcie)		
Liczba na skali	Liczba zaznaczeń	Procent zaznaczeń
1	3699	12%
2	3818	12%
3	5831	19%
4	7203	23%
5	10353	34%
Suma zaznaczeń 12051		

Zauważalna jest pozytywna zmiana w stosunku do odpowiedzi kobiet z lat 2017–18, w której ogólna ocena opieki i wsparcia kobiet w karmieniu dziecka piersią w szpitalach była niska. Co czwarta kobieta oceniła to wsparcie jako średnie (24%), a co trzecia oceniła je źle albo bardzo źle (30,4%). Mniej niż połowa badanych (45,6%) oceniła dobrze lub bardzo dobrze pomoc personelu w tym obszarze.

Większość kobiet rodzących w latach 2020–2021 oceniła dobrze i bardzo dobrze opiekę

w zakresie laktacji. Jest to pozytywna zmiana i rokuje lepszą opiekę nad kobietą w zakresie żywienia noworodków w kolejnych latach. Wynik ten jest również odzwierciedleniem ogromnego nakładu pracy środowisk zaangażowanych w promocję karmienia piersią.

Piśmiennictwo:

Adamska-Sala I, dr Baranowska B, dr Doroszeńska A, Piekarek M, Pietrusiewicz J, Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet 2018.

Adamska I, dr Baranowska B, dr Doroszeńska A, Piekarek M, Pietrusiewicz J, Godlewska M, Kuźnicka-Błaszowska D, Kwiatek-Kucharska A, Raport z monitoringu. Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego, 2021.

Notatki

Notatki

Wpływ sposobu porodu na przebieg karmienia piersią w okresie wczesnego połogu

Mgr Magdalena Humaj-Grysztar

Mgr Dorota Matuszyk

PIĄTE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIĘŃ NAUKOWYCH

Wstęp:

Okres wczesnego połogu (pierwsze 7 dni od porodu) jest czasem inicjacji laktacji oraz nauki karmienia piersią w praktyce. Pozytywne doświadczenia, zapewnione profesjonalne wsparcie okazane młodym matkom w tym czasie może zapewnić prawidłowy i udany początek laktacji. Czynnikiem mogącym mieć wpływ na przebieg laktacji i karmienia piersią jest również sposób porodu.

Cel pracy:

Celem pracy była ocena przebiegu karmienia naturalnego u kobiet w okresie wczesnego połogu. Podjęta została również próba porównania jego przebiegu w zależności od sposobu porodu (poród siłami natury oraz cesarskie cięcie).

Materiał i metoda:

Grupę badaną stanowiły położnice w okresie wczesnego połogu przebywające w dwóch krakowskich szpitalach. W badaniu udział wzięło w sumie 409 kobiet: 215 po porodzie siłami natury (PSN) oraz 194 po przebytych cięciu cesarskim (CC). Metodę stanowił sondaż diagnostyczny własnego autorstwa. Zawierał on pytania dotyczące przebiegu okresu okołoporodowego, sposobu karmienia noworodka oraz trudności związanych z karmieniem naturalnym. Uzyskane dane opisane zostały przy pomocy statystyk opisowych. W celu oceny różnic występujących w grupach użyto testu zgodności chi-kwadrat lub dokładnego testu Fishera. Poziom istotności na potrzeby przeprowadzonego badania przyjęty został na poziomie $\alpha=0,05$. Analiza danych przeprowadzona została przy pomocy pakietu STATISTICA 13.

Wyniki:

Większość kobiet po PSN pierwszy raz przystawiła dziecko do piersi od razu ($n=108$; 50%) lub w czasie pierwszych 2 godzin po porodzie ($n=83$; 39%) oraz oceniła pierwsze karmienie jako udane ($n=154$; 72%), przy czym badane po CC w zdecydowanej większości przystawiały dziecko do piersi później niż 2 godziny od porodu ($n=159$; 82%). Wyłączne karmienie piersią deklarowała większość kobiet po PSN ($n=120$; 56%), z kolei kobiety po CC w większości dokarmiały dzieci mlekiem modyfikowanym ($n=93$; 48%). Kobiety z obu grup jako metodę dokarmiania noworodka najczęściej wybierały butelkę (PSN 81%; CC 86%). Wśród kobiet dokarmiających swoje dzieci tylko 3% kobiet po porodzie naturalnym i 5% po cięciu cesarskim stosowała SNS (Supplemental Nursing System – system wspomagający karmienie) jako metodę dokarmiania. Najczęściej zgłaszanymi trudnościami w związku z karmieniem naturalnym w obu grupach były: bolesność brodawek

(PSN 61%; CC 57%), problem z przystawieniem dziecka do piersi (PSN 51%; CC 60%) oraz obawa o to, czy dziecko się najada (PSN 44%; CC 44%). Brak jakichkolwiek problemów i trudności w karmieniu deklarowało więcej położnic po porodzie siłami natury (n=20; 9%) w porównaniu do kobiet po cięciu cesarskim (n=3; 1,5%) – różnica była istotna statystycznie ($p<0,001$). Noworodki w zdecydowanej większości przebywały na salach ze swoimi matkami również w nocy (PSN 93%; CC 86%). Większość respondentek nie podawała dzieciom smoczka, przy czym odsetek ten był większy w grupie kobiet które rodziły naturalnie (PSN 76%; CC 59%) – różnica była istotna statystycznie ($p<0,001$).

Wnioski:

Kobiety które rodziły przez cesarskie cięcie później rozpoczynały karmienie piersią oraz rzadziej karmiły swoje dzieci wyłącznie piersią. Bolesność brodawek była najczęściej napotykanym problemem w związku z karmieniem piersią w obu badanych grupach. Położnice których porody odbywają się drogą cesarskiego cięcia powinny być otaczane szczególną opieką oraz wsparciem w zakresie laktacji. Należy dążyć do wczesnego przystawiania noworodka do piersi w tej grupie kobiet celem wczesnej inicjacji laktacji.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Notatki

Badania, które zmieniły wszystko, co wiedzieliśmy o wędzidełku języka

Prof. Donna Geddes
Uniwersytet Zachodniej Australii

Profesor Donna Geddes jako członek zespołu badawczego, zaprezentuje polskim odbiorcom ważne badanie, które zasadniczo wpływa na postrzeganie struktury anatomicznej jaką jest wędzidełko języka. Na przestrzeni lat zarówno definicja, sposób oceny jak i wskazania do zabiegu zmieniały się – od niezauważania problemu po nadrozpoznawalność i wiązanie z licznymi problemami zdrowotnymi dziecka. Badanie australijskich naukowców wprowadza pewien ład pojęciowy i potwierdza, że zachowanie rozsądku jest najlepszym doradcą. Poniżej fragmenty oryginalnego artykułu z *Clinical Anatomy* 32:824–835 (2019).

Defining the Anatomy of the Neonatal Lingual Frenulum

**NIKKI MILLS^{1,2}, NATALIE KEOUGH³, DONNA T. GEDDES⁴, SETH M. PRANSKY⁵,
AND S. ALI MIRJALILI^{2*}**

1 Paediatric Otolaryngology Department, Starship Children's Hospital, Auckland, New Zealand

2 Department of Anatomy and Medical Imaging, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Auckland, New Zealand

3 Department of Anatomy, School of Medicine, Faculty of Health Sciences, University of Pretoria, Pretoria, South Africa

4 School of Molecular Sciences, University of Western Australia, Crawley, Western Australia, Australia

5 Paediatric Otolaryngologist, Pediatric Specialty Partners, San Diego, California

Wprowadzenie:

Uznaje się, że wędzidełko języka może ograniczać ruchomość języka, co w przypadku niektórych niemowląt może powodować trudności przy karmieniu piersią. Istnieje duża różnorodność wyglądu wędzidełka u poszczególnych osób, ale związek między wyglądem wędzidełka a ograniczeniami funkcji języka pozostaje niejasny. U coraz większej liczby niemowląt diagnozuje się ankyloglosję (ograniczoną ruchomość języka spowodowaną przez krótkie, nieelastyczne wędzidełko języka przyp. red.), ale pojawiają się coraz to nowe wątpliwości, co można uznać za „prawidłową” anatomie wędzidełka.

Popularne obecnie metody klasyfikowania wędzidełka języka opierają się na ocenie poszczególnych cech wyglądu oraz położenia przyczepów do brzusznej powierzchni języka i do dna jamy ustnej (Kotlow, 1999; Coryllos i wsp., 2004). Jako że ten system klasyfikacji obejmuje wszystkie możliwe warianty rozwojowe wędzidełka języka, umożliwia to przypisanie pewnego stopnia upośledzenia ruchomości języka dowolnemu wędzidełku, a co

za tym idzie uznanie go za „nieprawidłowe.” Zastosowanie tych metod oceny, wraz z niedostateczną wiedzą na temat budowy anatomicznej wędzidełka, wydaje się przyczyniać do powstawania nieporozumień dotyczących tego, co jest „prawidłową” budową wędzidełka. Jako że wędzidełko pojawia się u prawie wszystkich niemowląt (Haham i wsp., 2014), sama jego obecność nie powinna być uznawana za nieprawidłową, ani stanowić diagnozy ankyloglosji. Co więcej, nie wykazano bezpośredniej korelacji między klasyfikacją we wspomnianych skalach a występowaniem trudności przy karmieniu piersią lub wynikami po zabiegu podcięcia wędzidełka. Wskazuje to na szerszy zbiór zmiennych anatomicznych, które wpływają na zakres ruchu i funkcję języka niż sam wygląd wędzidełka.

Subiektywna diagnoza ankyloglosji stanowi duży problem zarówno w praktyce, jak i badaniach klinicznych, a także może powodować dezorientację u rodziców. Stało się to źródłem konfliktów w grupach wspierających karmienie piersią, gdzie przekonania dotyczące diagnozy ankyloglosji i doradzania zabiegu podcięcia wędzidełka nie są spójne. W związku z dramatycznie rosnącą liczbą diagnoz ankyloglosji i towarzyszących interwencji chirurgicznych, które zareportowano w obszernych audytach w wielu krajach (Joseph i wsp., 2016; Lisonek i wsp., 2017; Kapoor i wsp., 2018), istnieje obawa, że powstała tendencja do nadrozpoznowalności, co powoduje, że w wielu przypadkach niemowlętom z prawidłową anatomią i funkcją języka zaleca się frenotomię.

Popularna koncepcja strukturalna, według której wędzidełko języka miało być struną, pasem, lub „masztem” podśluzówkowym (Watson-Genna, 2013; Ghaheri, 2014; Baxter, 2018), została niedawno wyparta przez odkrycie, że wędzidełko języka u osoby dorosłej tworzone jest przez warstwę powięzi, która pokrywa dno jamy ustnej (FMO) (Mills i wsp., 2019). Ruch języka wywołuje napięcie w warstwie powięzi, dynamicznie podnosząc powięź i pokrywającą ją błonę śluzową w fałd linii środkowej, określane jako wędzidełko języka. Odkrycie to zapewniło strukturalne wytłumaczenie spektrum rozwojowego wędzidełka języka. Zmienność w zakresie ruchu względem siebie błony śluzowej i powięzi (wraz z podwieszonym do niej mięśniem bródkowo-językowym) pod wpływem ruchów języka wpływa na przezroczystość, grubość, i kształt wędzidełka. Brakowało jednak badań i publikacji w zakresie porównawczej anatomii wędzidełka płodów, noworodków i osób dorosłych. Ponieważ badania embriologiczne wykazały, że błona śluzowa jamy ustnej i związane z nią tkanki łączne rozwijają się przed 22 tygodniem ciąży (Winning and Townsend, 2000), wysunęliśmy hipotezę, że powięź dna jamy ustnej jest obecna w momencie urodzenia, a struktura wędzidełka języka powinna być podobna do tej zaobserwowanej u osób dorosłych.

Metody i materiały:

Cztery świeże zwłoki noworodków wykorzystane w badaniu zostały podarowane Wydziałowi Anatomii Uniwersytetu w Pretorii. Uzyskano zgodę etyczną (zgoda: 540/2018) od Komitetu Etyki Badawczej Pretorii z Wydziału Nauk Zdrowotnych z poszanowaniem przepisów o wykorzystaniu tkanek do celów badawczych zawartych w Ustawie o Zdrowiu RPA (2003). Próba badawcza składała się z dwóch ciał noworodków płci męskiej i dwóch płci żeńskiej, z których trzy zmarły przy porodzie, a jeden 13 dni po urodzeniu.. (...)

Pozyskanie, sekcja i obrazowanie preparatów:

Wszystkie sekcje zostały przeprowadzone przez pierwszą autorkę, która ma 20 lat doświadczenia klinicznego w chirurgii otolaryngologicznej i 3 lata doświadczenia jako biegła sekcji anatomicznych. Wszystkie sekcje przeprowadzone zostały przy użyciu mikroskopu Ziess Superlux 301 ze skalpelem (ostrza numer 11) i cienkich nożyczek tęczówkowych. Zdjęcia wykonano aparatem Canon EOS500D z obiektywem Macro EF 100 mm z lampą błyskową Amaran HC100 Halo. Do wszystkich pomiarów liniowych użyto suwmiarki SPI 2000 z podziałką 0,1 mm, z elastyczną plastikową linijką z podziałką 1 mm stosowaną do pomiarów zakrzywionych powierzchni.

Wyniki:

Wygląd języka, dna jamy ustnej i wędzidełka przed sekcją

Wszystkie tkanki były miękkie i elastyczne, co umożliwiało bierne przesuwanie przedniej części języka w celu wykonania pomiarów, oceny zakresu ruchomości i wykonania zdjęć. Wymiary podniebienia twardego i miękkiego przedstawiono w tabeli 2, a wymiary języka i wędzidełka języka w tabelach 3 i 4. Gdy język spoczywał na dnie jamy ustnej, kontur dna jamy ustnej był poziomy, bez widocznego wędzidełka w każdej z próbek. Gdy język był uniesiony, fałd w linii pośrodkowej tworzący wędzidełko językowe również był uniesiony. Wysokość przyczepu powięzi do brzusznej powierzchni języka wpływała na widoczność wędzidełka w momencie napinania języka. Zmiany położenia względem siebie fałdów śluzówkowych i powięziowych powodowały również różnice w budowie wędzidełka.

TABELA 2. Wymiary Podniebienia Twardego i Miękkiego

Ciało	Położenie żuchwy w stosunku do szczęki Stopień retrognatii (mm)	Podniebienie twarde (mm)					Podniebienie miękkie Długość (mm)
		Długość	Szerokość wewnętrzna, w linii środkowej	Szerokość zewnętrzna, w linii środkowej	Szerokość zewnętrzna w części tylnej	Wysokość łuku	
1	8	15.1	12.0	22.8	21.5	5	19.5
2	5	14.9	13.9	25.8	24.0	7	10.1
3	3	16.1	15.2	22.3	20.8	6	10.0
4	2	20.2	16.6	16.6	29.1	5	12.2

Wnioski po usunięciu błony śluzowej dna jamy ustnej:

W żadnej próbce nie stwierdzono pasma ani struny tkanki łącznej w linii środkowej dna jamy ustnej. Wszystkie cztery osobniki miały warstwę powięzi rozciągającą się od języka, przez dno jamy ustnej i wokół wewnętrznego łuku żuchwy. We wszystkich przypadkach wciągnięcie lub uniesienie języka prowadziło do utworzenia fałdu pośrodkowego przez warstwę powięzi dna jamy ustnej, przy czym bardziej wyraźny pionowy fałd pośrodkowy tworzył się, gdy przyczep wędzidełka znajdował się wyżej na brzusznej powierzchni języka, co zaobserwowano przy wszystkich próbkach w tym badaniu.

TABELA 3. Wymiary Języka

Język (mm)					
Ciało	Długość całkowita	Szerokość	Długość przedniej części	Długość „wolnej” części języka (od przyczepu wędzidełka do czubka)	Proporcje: Długość „wolnej” części języka do długości przedniej części(%)
1	29	18	9	5	55
2	33	18	6	4	67
3	34	20	10	4	40
4	36	24	10	6	60

TABELA 4. Wymiary Wędzidełka Języka

Wędzidełko (mm)					
Ciało	Wysokość przyczepu na powierzchni brzusznej języka	Wysokość przyczepu na linii środkowej zuchwy	Długość wędzidełka: pomiędzy przyczepami zuchwowym i językowym	Długość wędzidełka do długości przedniej części języka (%)	Opis wyglądu
1	4	Brak uniesienia	4	44	„Zmieszany”
2	2	Lekko uniesiony	6	100	„Zmieszany”
3	6	Lekko uniesiony	5	50	Przezroczyste
4	4	Średnio uniesiony	7	70	Nieprzezroczyste

Występowała zmienność w przezierności wędzidełka. Wpływ na to miała względna wysokość przyczepów śluzówkowych i powięziowych na brzusznej stronie języka oraz wzajemne przesuwanie się warstwy śluzówkowej i powięziowej w momencie wytworzenia napięcia języka. Wędzidełko przezroczyste powstawało, gdy błona śluzowa była w stanie zsunąć się w fałd powyżej fałdu powięziowego, a bardziej nieprzezroczyste wędzidełko tworzyło się, gdy błona śluzowa i powięź wznosiły się razem do pełnej wysokości fałdu.

Wyniki badania po usunięciu „okna” w powięzi dna jamy ustnej:

Mięsień bródkowo-językowy zawieszony był w różnej odległości poniżej powięzi dna jamy ustnej przez pionowy, środkowy płat tkanki łącznej. Nerw językowy został łatwo zlokalizowany bezpośrednio pod powięzią dna jamy ustnej. U wszystkich sekcjonowanych noworodków duże gałęzie przebiegały powierzchownie na brzusznej powierzchni języka od boku języka w kierunku przyśrodkowym przechodząc dalej w kierunku nasady języka. U wszystkich okazów widoczne były małe odgałęzienia nerwu, które przechodziły w kierunku wędzidełka. W dnie jamy ustnej znajdował się splot żylny-naczyniowy jamy ustnej, zlokalizowany między przewodem ślinowym a językiem, przy czym niektóre naczynia rozciągały się na brzuszną powierzchnię języka, ale zawsze przechodziły w głąb, do gałęzi nerwu językowego. Ujścia przewodu ślinowego były połączone z warstwą powięzi i przechodziły przez nią w pobliżu linii środkowej, a leżąca na nich błona śluzowa ściśle przylegała do powięzi w tym konkretnym obszarze. Gruczoły ślinowe podjęzykowe były otoczone i zawieszane na głębokiej powierzchni powięzi dna jamy ustnej.

Dyskusja:

Jest to pierwsze badanie anatomii rozwojowej wędzidełka językowego in situ, potwierdzające, że strukturalna anatomia wędzidełka w późnym okresie rozwoju płodowego pokrywa się z wynikami niedawno opisanymi u dorosłych (Mills i wsp., 2019).

U wszystkich wcześniaków wykazaliśmy obecność warstwy powięzi, która utrzymuje język w obrębie łuku żuchwy, zwanej powięzią dna jamy ustnej, co odpowiada wynikom naszego badania na dorosłych. Warstwa powięziowa jest wtórnie poruszana przez ruchy języka, które, powodując napięcie tej warstwy, dynamicznie unoszą ją w fałd pośrodkowy, znany jako wędzidełko języka. Kształt powięzi dna jamy ustnej, przymocowanej wokół łuku żuchwy, zapewnia stabilność języka. Możliwe więc, że wymiary powięzi dna jamy ustnej u danej osoby mogą wpływać na zakres ruchu języka, ale także na pozycję języka w okresach niskiego napięcia mięśniowego, np. podczas snu. Ankyloglosja może być określona jako zaburzenie równowagi powięzi, gdzie zapewnienie stabilności języka wpływa na jego ruchomość. Potencjalnie może to być istotne w przypadku niemowląt, u których podcięcie wędzidełka języka (w celu poprawy ruchomości języka) może potencjalnie pogorszyć pozycję i stabilność języka w spoczynku. Zgłaszano to u kilku niemowląt z sekwencją Pierre'a Robina, u których po zabiegu podcięcia wędzidełka wystąpiło zaburzenie drożności dróg oddechowych (Genther i wsp., 2015). Z tego powodu zaleca się ostrożność przed wykonaniem zabiegu podcięcia wędzidełka w tej podgrupie noworodków.

Czym więc jest wędzidełko języka?

Dynamicznie zmieniający się fałd, tworzący wędzidełko języka, powstaje podczas ruchu języka wytwarzającego napięcie powięzi dna jamy ustnej. Fałd wędzidełka jest bardziej widoczny, gdy błona śluzowa i powięź przyczepiają się wyżej do brzusznej powierzchni języka, bliżej czubka. Tak wyglądające wędzidełko jest powszechnie określane jako przednie lub „klasyczne” lub jako typ I lub II. Gdy połączenia śluzówkowo-powięziowe brzusznej części języka nie są uniesione w linii środkowej, fałd wędzidełka unoszony przy aktywnym ruchu języka jest minimalny lub w ogóle niewidoczny. Można jednak wyczuć napięcie powstające w warstwie powięziowej podczas sztucznie wymuszonego cofnięcia języka. Ten fenotyp wędzidełka jest powszechnie określany jako typ IV lub „tylne”.

Wędzidełko łączy się z przednią częścią języka, co może mieć bezpośredni wpływ na ruchomość przedniej i środkowej części języka. Wędzidełko nie ma bezpośredniego połączenia z tylną częścią języka (zwaną również podstawą języka), która jest embriologicznie innego pochodzenia i obejmuje część języka znajdującą się za otworem ślepym. W związku z tym sugerujemy, że określenie „tylne wędzidełko języka” jest anatomicznie niepoprawnym nazewnictwem. W celu zachowania jasności i integralności anatomicznej sugerujemy zaprzestanie stosowania tego terminu.

Potencjalny wpływ wędzidełka na biomechanikę języka przy karmieniu piersią

Dotychczas nie ustalono bezpośredniej korelacji między poszczególnymi cechami wyglądu wędzidełka a zaburzeniami ruchomości języka (Suter i Bornstein, 2009;

Chinnadurai i wsp., 2015; Francis i wsp., 2015; Walsh i wsp., 2017). Dlatego chcemy podkreślić, że obecnie nie można zdiagnozować ankyloglosji wyłącznie na podstawie morfologicznego wyglądu wędzidełka języka i nie należy stosować żadnego systemu oceniania, który to umożliwia.

Zdolność niemowląt do zmiany ruchów języka odpowiednio do sposobu karmienia została wykazana w badaniach podkreślających różnice w dynamicznych ruchach języka między karmieniem butelką a karmieniem piersią. Ocena kliniczna ruchów języka podczas karmienia jest trudna, jednak badania ultrasonograficzne wykazały, że pobieranie mleka z butelki odbywa się poprzez połączenie dodatniego ciśnienia napływającego mleka i ruchów perystaltycznych przedniej części języka (Ardran i wsp., 1958; Weber i wsp., 1986; Woolridge i Baum, 1987). Wykazano jednak, że karmienie piersią polega przede wszystkim na wytwarzaniu podciśnienia wewnątrz jamy ustnej i ruchach ssących związanych z jednoczesnym ruchem przedniej i środkowej części języka (Geddes i wsp., 2008b; Elad i wsp., 2014; Cannon i wsp., 2016; Geddes i Sakalidis, 2016), gdzie unoszenie języka wydaje się być ważne w tworzeniu podciśnienia. W badaniu ultrasonograficznym wykazano, że wzorce ruchów języka różniły się zarówno u niemowląt z ankyloglosją (z problemami w karmieniu piersią), jak i u niemowląt bez ankyloglosji, ale ponieważ w badaniu tym nie uwzględniono zmiennych anatomicznych wędzidełka języka, nie jest możliwe powiązanie różnic widocznych w badaniu ultrasonograficznym z cechami rozwojowymi wędzidełka (Geddes i wsp., 2008a).

Nasze badania wykazały znaczne różnice w wymiarach języka i podniebienia, w tym: wielkość i położenie żuchwy, długość przedniej części języka oraz wysokość, przekrój i wymiary łuku podniebienia twardego. Przy ocenie wpływu różnic rozwojowych wędzidełka na biomechanikę języka nie jest znany wpływ tych innych, potencjalnie obciążających zmiennych anatomicznych. Ponadto istnieje możliwość, że anatomiczne różnice w ciele matki (wymiary brodawki sutkowej i elastyczność tkanek) mogą również wpływać na zdolność dziecka do skutecznego pobierania pokarmu, dlatego powinny być uwzględnione w ocenie klinicznej i traktowane jako potencjalnie obciążające zmienna w badaniach biomechanicznych. W dotychczasowych badaniach nie zidentyfikowano konkretnych wariantów rozwojowych wędzidełka języka, które korelowałyby z dysfunkcją biomechaniczną języka, bólem podczas karmienia u matki, czy skutecznym pobieraniem mleka z piersi, a także nie wykazano, aby obecne systemy klasyfikacji wędzidełek języka korelowały z natężeniem problemów związanych z karmieniem. W związku z tym nie ma wystarczającej wiedzy, aby określić, kiedy i w jaki sposób zmienne morfologiczne warstwy powięziowej dna jamy ustnej wpływają na ruchomość języka, co pozwoliłoby stwierdzić ankyloglosję i potrzebę wykonania zabiegu podcięcia wędzidełka.

Podobnie jak w przypadku próbek od osób dorosłych w naszych wcześniejszych badaniach, warstwa powięziowa dna jamy ustnej noworodków wydaje się pełnić funkcję stabilizującą pozycję języka w łuku żuchwy i być głównym czynnikiem determinującym zakres ruchu przedniej części języka. Mięsień bródkowo-językowy wchodził w strukturę wędzidełka na różnej wysokości podczas ruchu języka, ale włókna mięśniowe były bardzo

rociągliwe i nie ograniczały ruchu. Nie wydaje się, aby istniały jakiegokolwiek okoliczności, w których nacięcie włókien mięśnia bródkowo-językowego byłoby wskazane podczas zabiegu podcięcia wędzidełka.

Ryzyko uszkodzenia nerwu językowego

We wszystkich próbkach gałęzie nerwu językowego przechodziły w kierunku linii środkowej bezpośrednio pod powięzią na brzusznej powierzchni języka, a mniejsze gałęzie przechodziły dalej na wędzidełko językowe. Zmienny układ rozgałęzień końcowych gałęzi nerwu językowego na powierzchni brzusznej języka odnotowano już wcześniej w badaniach na próbkach od osób dorosłych (Rusu i wsp., 2008; Al-Amery i wsp., 2016). Ryzyko czasowego lub trwałego uszkodzenia nerwów jest większe w przypadku głębokiego nacięcia (każdego nacięcia przecinającego mięsień bródkowo-językowy), zabiegu przeprowadzanego przy użyciu narzędzia wykorzystującego energię cieplną (pochłanianą przez leżące pod fałdem tkanki) i/lub zabiegu, w którym nacięcie jest znacznie oddalone od linii środkowej. Częstotliwość występowania zaburzeń czucia języka u niemowląt po podcięciu wędzidełka nie została określona ze względu na brak możliwości zgłaszania parestezji przez tych pacjentów oraz brak wrażliwości testów klinicznych na ogniskowe zaburzenia czucia w tej grupie wiekowej. Uszkodzenie nerwu językowego może wpływać na dobieranie kształtu języka podczas karmienia piersią, a tym samym wpływać na sposób chwytania i pobierania pokarmu lub przyczyniać się do odrzucania piersi. Nasze badania wykazały również, że gałęzie przechodzą na wędzidełko języka, co potwierdza, że wędzidełko jest rzeczywiście wrażliwe. Odnotowano występowanie bólu wymagającego leczenia przeciwbólowego nawet do 13 dni po zabiegu podcięcia wędzidełka (Wilson i wsp., 2016). Doświadczany po frenotomii ból będzie miał prawdopodobnie bardzo różne natężenie u poszczególnych osób, na co wpływ ma wiele czynników, w tym głębokość i wielkość rany oraz częstotliwość i charakter wszelkich interwencji w obrębie rany po zabiegu. Należy jednak pamiętać, że ból związany z frenotomią i „masażem” rany po frenotomii może potencjalnie powodować u niektórych niemowląt zaburzenia w jamie ustnej, co z kolei może mieć długotrwały negatywny wpływ na ich karmienie i rozwój oromotoryczny.

Podsumowanie:

Aby zrozumieć potencjalny wpływ tak wielu zmiennych wynikających z anatomii jamy ustnej na funkcje języka niemowląt konieczne są bardziej szczegółowe badania biomechaniczne, a także bardziej całościowe podejście. Dopóki kolejne badania nie dostarczą odpowiedzi na te pytania, podejmowanie decyzji dotyczących frenotomii pozostaje uzależnione od przekonań lekarza i systemu klasyfikacji, który nie uwzględnia prawidłowej budowy. Zachęcamy więc do rozważnego podejścia klinicznego, które obejmować powinno wykluczenie innych potencjalnych przyczyn trudności w karmieniu piersią przed przystąpieniem do interwencji chirurgicznej.

BIBLIOGRAFIA

1. Al-Amery SM, Nambiar P, Naidu M, Ngeow WC. 2016. Variation in lingual nerve course: A human cadaveric study. *PLoS One* 11:1–20.
2. Ardran GM, Kemp FM, Lind J. 1958. A cineradiographic study of breast feeding. *Br J Radiol* 31:156–162.
3. Baxter RT. 2018. *Tongue-Tied: How a Tiny String Impacts Nursing, Speech, Feeding and More*. Pelham, AL: Richard Baxter.
4. Callaghan WM, Dietz PM. 2010. *Differences in Birth Weight for Gestational Age Distributions According to the Measures Used to Assign Gestational Age*. Oxford, England: Oxford Publishing Limited.
5. Camacho M, Noller MW, Zaghi S, Reckley LK, Fernandez-Salvador C, Ho E, Dunn B, Chan DK. 2017. Tongue-lip adhesion and tongue repositioning for obstructive sleep apnoea in Pierre Robin sequence: A systematic review and meta-analysis. *J Laryngol Otol* 131:378–383.
6. Cannon AM, Sakalidis VS, Lai CT, Perrella SL, Geddes DT. 2016. Vacuum characteristics of the sucking cycle and relationships with milk removal from the breast in term infants. *Early Hum Dev* 96:1–6.
7. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. 2015. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: A systematic review. *Pediatrics* 135:1467–1474.
8. Coryllos E, Watson-Genna C, Salloum A. 2004. Congenital tongue tie and its impact on breastfeeding. *Am Acad Pediatr* 1–6.
9. Elad D, Kozlovsky P, Blum O, Laine A, Po MJ, Botzer E, Dollberg S, Zelicovich M, Sira LB. 2014. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proc Natl Acad Sci USA* 111:5230–5235.
10. Francis D, Krishnaswami S, McPheeters M. 2015. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: A systematic review. *Pediatrics* 135:1458–1466.
11. Geddes D, Kent J, Mitoulas L, Hartmann P. 2008a. Tongue movements and intra-oral vacuum in breastfeeding infants. *Early Hum Dev* 84:471–477.
12. Geddes D, Langton D, Gollow I, Jacobs L, Hartmann P, Simmer K. 2008b. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: Effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics* 122:188–194.
13. Geddes DT, Sakalidis VS. 2016. Ultrasound imaging of breastfeeding—A window to the inside. *J Hum Lact* 32:340–349.
14. Genther DJ, Skinner ML, Bailey PJ, Capone RB, Byrne PJ. 2015. Airway obstruction after lingual frenulectomy in two infants with PierreRobin sequence. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 79:1592–1594.
15. Ghaheri B. 2014. Rethinking tongue tie anatomy: Anterior vs posterior is irrelevant. URL: <https://www.drghaheri.com/blog/2014/3/22/rethinking-tongue-tie-anatomy-anterior-vs-posterior-is-irrelevant> [accessed Sept. 2018].
16. Gray H. 1858. *Anatomy: Descriptive and Surgical*. London: John W. Parker and Son.
17. Haham A, Marom R, Mangel L, Botzer E, Dollberg S. 2014. Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: A prospective cohort series. *Breastfeed Med* 9:438–441.
18. Joseph K, Kinniburgh B, Metcalfe A, Razaz N, Sabr Y, Lisonkova S. 2016. Temporal trends in ankyloglossia and frenotomy in British Columbia, Canada, 2004–2013: A population-based study. *CMJA Open* 4:E33–E40.
19. Kapoor V, Douglas P, Hill P, Walsh L, Tennant M. 2018. Frenotomy for tongue-tie in Australian children, 2006–2016: An increasing problem. *Med J Austr* 208:88–89.
20. Kotlow L. 1999. Ankyloglossia (tongue-tie): A diagnostic and treatment quandary. *Quintessence Int* 30:259–262.
21. Lisonek M, Liu S, Dzakpasu S, Moore AM, Joseph KS, Canadian Perinatal Surveillance System (Public Health Agency of Canada). 2017. Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatr Child Health* 22:382–386. 834
22. Mills et al. Martinelli R, Marchesan I, Gusmão R, Rodrigues A, Berretin-Felix G. 2014. Histological characteristics of altered human lingual frenulum. *Int J Pediatr Child Health* 2:5
23. Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. 2019. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clin Anat* 1–13.
24. Mu L, Sanders I. 2010. Human tongue neuroanatomy: Nerve supply and motor endplates. *Clin Anat* 23:777–791.
25. Paduraru D, Rusu MC. 2013. The anatomy of the intralingual neural interconnections. *Surg Radiol Anat* 35:457–462.
26. Rusu M, Nimigean V, Podoleanu L, Ivascu R, Niculescu M. 2008. Details of the intralingual topography and morphology of the lingual nerve. *Int J Oral Maxillofac Surg* 37:835–839.

24. Standring S. 2015. Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. Philadelphia: Elsevier Limited.
 25. Suter V, Bornstein M. 2009. Ankyloglossia: Facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol* 80:1204–1219.
 26. Walsh J, Links A, Boss E, Tunkel D. 2017. Ankyloglossia and lingual frenotomy: National trends in inpatient diagnosis and management in the United States 1997–2012. *Otolaryngol Head Neck Surg* 156:735–740.
 27. Watson-Genna C. 2013. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
 28. Weber F, Woolridge MW, Baum JD. 1986. An ultrasonographic study of the organisation of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 28:19–24.
 29. Wilson CA, Sommerfield D, Drake-Brockman TF, Bieberstein L, Ramgolam A, Ungern-Sternberg BS, Veyckemans F. 2016. Pain after discharge following head and neck surgery in children. *Pediatr Anesth* 26:992–1001.
 30. Winning T, Townsend G. 2000. Oral mucosal embryology and histology. *Clin Dermatol* 18:499–511.
- Woolridge MW, Baum JD. 1987. Ultrasonic study of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev Med Child Neurol* 29:121–122. Anatomy of the Neonatal Lingual Frenulum

Notatki

Notatki

Skrócone wędzidełko języka, a przebieg karmienia naturalnego u niemowląt od urodzenia do 6 miesiąca życia

Mgr Agnieszka Tokarz

PIERWSZE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIEŃ NAUKOWYCH

Cel pracy:

Celem pracy była ocena wpływu skróconego wędzidełka języka na przebieg karmienia naturalnego u dzieci od 0 – 6 miesiąca życia. Ponadto badano wpływ frenotomii na poprawę efektywności ssania piersi.

Materiał i metoda:

Grupę badaną stanowiło 107 par matka – dziecko, które konsultowano od listopada 2019 do grudnia 2021 r. z powodu trudności w karmieniu piersią. Kryterium włączającym były: zdiagnozowana ankyloglossia, wiek prenatalny powyżej 37 tygodnia ciąży, urodzeniowa masa ciała powyżej 2500 g, nieukończony 6 miesiąc życia, brak schorzeń neurologicznych. Do oceny stopnia skrócenia wędzidełka języka użyto 4-stopniowej skali Coryllos, wraz z podziałem na: ankyloglossię przednią i tylną. Badanie składało się z następujących części: analiza dokumentacji, badanie matki i dziecka oraz obserwacja aktu karmienia. Wywiad oraz badanie matki i dziecka przeprowadzono zgodnie ze Standardem wizyty w poradni laktacyjnej, zaś ocenę efektywności poboru pokarmu przeprowadzono za pomocą elementów Protokołu oceny umiejętności ssania piersi – ocena efektywności pobierania pokarmu (tabela 3). Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki:

Wśród badanej populacji niemowląt ze skróconym wędzidełkiem języka dominowała anyloglossia tylna (typ 3 – 26,2%; typ 4 – 47,7%). Średni czas zgłoszenia się na pierwszą wizytę do poradni wyniósł 4 tygodnie. Najczęściej zgłaszanymi problemami były: niepewność co do efektywności ssania u dziecka (88,8%), niepokój niemowlęcia w trakcie sesji karmienia (76,6%) oraz trudności w przystawieniu do piersi (38,3%). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie współzależności między typem ankyloglossii a którymkolwiek ze zgłaszanych problemów laktacyjnych ($p > 0,05$). Badanie pokazało, że anyloglossia współistnieje z szeregiem czynników, mogących mieć potencjalny wpływ na problemy laktacyjne. Wśród nich najistotniejsze to: brak nawału pokarmowego (15%), opóźniona laktogenezy II (45%), ciąża powikłana chorobami współistniejącymi (58,9%), hipoplazja gruczołu piersiowego (12,1%).

Obserwacje aktu karmienia wykazały, że u dzieci z ankyloglossią najczęściej zaburzonym parametrem ssania jest obniżenia długość serii zassań – poniżej 10 w 51,9%. Pozostałe parametry w ponad 50% przypadków pozostawały w normie.

W badanej populacji zabieg frenotomii wykonano u 61,7% niemowląt. Wyniki pokazały, że nie zaobserwowano istotnej statystycznie współzależności między wykonaniem frenotomii a odsetkiem dzieci karmionych wyłącznie piersią w 3. i 6. miesiącu ($p > 0,05$).

Analizowano wpływ frenotomii na poprawę efektywności poboru pokarmu u 17 par matka–dziecko. Do analizy włączono przypadki, gdzie zabieg podcięcia wędzidełka był zarekomendowany po uprzednim podjęciu działań zachowawczych (interwencja laktacyjna i terapia miofunkcjonalna), które nie przyniosły spodziewanego skutku. Wyniki pokazują, że uzyskano istotne korzyści dla poprawy długości serii zassań (47.1% vs. 82.4%; $p=0.008$) oraz rytmu ssania (58.8% vs. 82.4%; $p=0.027$). Średnio w dwa tygodnie po zabiegu zmniejszyła się m.in. częstość nieprawidłowego chwytania z 52.9% do 11.8% ($p=0.005$), puszczenia brodawki podczas ssania z 64.7% do 23.5% ($p=0.005$), bólu brodawek z 29.4% do 5.9% ($p=0.027$), oraz odkształcenia brodawki po karmieniu z 52.9% do 17.6% ($p=0.008$).

Wnioski:

Przeprowadzone badanie dowodzi, że anyloglossia u niemowląt wpisuje się w wieloczynnikową etiologię problemów laktacyjnych. Wyniki wskazują, że część dzieci ze skróceniem wędzidełka języka może efektywnie ssać pierś, a przyczyn niepowodzeń należy poszukiwać gdzie indziej. Jednocześnie udowodniono, że frenotomia może być skutecznym działaniem podnoszącym efektywność ssania piersi u dzieci, u których zachowawcze interwencje nie przyniosły spodziewanych efektów. Wobec złożoności opisywanej problematyki i braku jednoznacznych kryteriów diagnostycznych, wysunięto wniosek, że kwalifikacja do frenotomii powinna opierać się na kryteriach efektywności poboru pokarmu oraz być podejmowana w multidyscyplinarnym zespole terapeutycznym.

Deklaracja konfliktu interesów

Autorka oświadcza, że nie ma powiązań ani finansowych zależności wobec żadnej organizacji lub kogokolwiek posiadającego bezpośredni finansowy wkład w przedmiot badań lub materiały badane w danej pracy (np. poprzez zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria).

Notatki

Stanowisko CNoL w sprawie wskazań do podcinania wędzidełka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt

w związku z narastającym problemem jakim jest nadrozpoznawalność skróconego wędzidełka języka i ankyloglosji jako przyczyn problemów z karmieniem piersią oraz narażania niemowląt na nieuzasadnione zabiegi.

6 grudnia 2021

1. Definicje

WĘDZIDEŁKO JĘZYKA jest pośrodkowym fałdem, który tworzy się z błony śluzowej, powięzi dna jamy ustnej oraz niekiedy przednich włókien mięśnia bródkowo-językowego, łączący dno jamy ustnej z dolną powierzchnią języka.

Jest normalną, dynamiczną strukturą anatomiczną o szerokim spektrum zmienności osobniczej. Dno jamy ustnej zapewnia równowagę pomiędzy stabilizacją a ruchomością języka.

ANKYLOGLOSSIA jest to ograniczona ruchomość języka spowodowana przez krótkie, nieelastyczne wędzidełko języka.

Wędzidełko języka nie jest jedyną przyczyną upośledzenia ruchomości języka.

Należy zwrócić uwagę, że ta przyjęta ogólnie definicja ankyloglosji jest nieprecyzyjna i pozwala na szeroką interpretację wskazań do zabiegu frenotomii. W diagnozowaniu należy doprecyzować, na czym polega skrócenie wędzidełka i jak wpływa na zaburzenia funkcji języka.

Wędzidełka tylne od kilku dekad budzą kontrowersje wśród ekspertów. W ostatnim konsensusie nie uzyskano zgody co do definicji tego typu wędzidełka oraz wskazań do frenotomii. Najnowsze badania anatomopatologiczne obaliły koncepcję wędzidełka jako pasma czy struny podśluzówkowej, a biomechanika języka w typie tylnym wymaga dalszych badań.

2. Występowanie

Częstość występowania skróconego wędzidełka w populacji wynosi od kilku do kilkunastu procent (4-11% populacji (O'Shea 2017)), 1,5-3 razy częściej obserwowane jest u chłopców. Rozbieżności w danych pochodzących z różnych badań wynikają z braku uniwersalnej definicji skrócenia wędzidełka i stosowania różnych skal oceny.

U 12-44% dzieci ze skróconym wędzidełkiem języka stwierdzano trudności w karmieniu zarówno piersią, jak i w karmieniu butelką. Badania wskazują również, że część niemowląt z ankyloglosją, pomimo nieprawidłowej dynamiki ssania jest w stanie skutecznie pobierać mleko z piersi i nie powodować bólu brodawek u matki.

3. Problemy w karmieniu piersią

Problemy w karmieniu piersią, które mogą być spowodowane ankyloglosją to trudności w chwytaniu i ssaniu piersi i ich konsekwencje - bolesność, uszkodzenia brodawek u matki, nieefektywne ssanie, słaby przyrost masy ciała, niedobór pokarmu, zaburzenia przepływu pokarmu. Wszystkie te problemy mogą mieć wiele innych przyczyn, które należy

rozpoznać, skorygować, wyleczyć albo wykluczyć. Dopiero w przypadku braku poprawy przy prawidłowym postępowaniu zachowawczym u niemowlęcia z ankyloglosją podejmuje się decyzję o frenotomii.

UWAGA:

Nie leczy się wędzidełka tylko rozwiązuje się problemy laktacyjne matki i dziecka.

4. Kompleksowa ocena matki i dziecka

W przypadku trudności w karmieniu piersią, niezależnie od tego czy podejrzewa się ankyloglosję czy nie, należy przeprowadzić całą poradę laktacyjną. Rozpoznanie może być postawione po wnikliwej ocenie wszystkich informacji, których dostarczają:

- wywiad na temat przebiegu i skuteczności karmienia, stanu zdrowia i samopoczucia matki i dziecka, przebiegu ciąży, porodu, okresu adaptacyjnego, rodzaju doświadczanych problemów
- badanie dziecka z oceną budowy i funkcji jamy ustnej, a także ocena wędzidełka i ruchomości języka w wybranej skali
- badanie piersi matki z oceną chwytliwości kompleksu brodawka-otoczek oraz tempa wypływu mleka
- ocena aktu karmienia – technika, chwytanie, ssanie, szczelność, rytm, czas trwania, pobór pokarmu

Dopóki nie dysponujemy metodami mierzącymi obiektywnie zaburzenia funkcji języka w przypadku ankyloglosji należy przyjąć, że normą dla funkcji języka jest fizjologiczne karmienie piersią, czyli prawidłowe i skuteczne ssanie, dobry przyrost masy ciała, rytm karmień mieszczący się w szerokim zakresie normy oraz komfort matki i dziecka.

5. Podstawowe interwencje

Wszystkie stwierdzone nieprawidłowości w karmieniu muszą być odpowiednio skorygowane, a podstawowe interwencje to:

- dobranie pozycji, instruktaż techniki karmienia, sposobu podania piersi
- dostosowanie tempa wypływu mleka do możliwości dziecka
- poprawa chwytliwości brodawki i otoczki
- dostosowanie częstości karmień, aktywizowanie niemowlęcia
- ocena przyrostów masy ciała i oszacowanie dokarmiania jeśli są wskazania
- instruktaż odciągania pokarmu i dokarmiania dziecka w razie wskazań

UWAGA:

Wykonanie frenotomii nie zastępuje wymienionych interwencji.

U części niemowląt z podejrzeniem ankyloglosji, w przypadku łagodnych form skrócenia, możliwe jest podjęcie obserwacji przez jakiś czas bez szkody dla zdrowia matki i dziecka. Szczególnie dotyczy to noworodków w pierwszych dobach życia, u których trudności w karmieniu mogą wynikać z zaburzeń okresu adaptacji czy urazu w czasie porodu.

Autorzy są raczej zgodni, że przy obecnym stanie wiedzy restrykcyjne wędzidełka upo-

śledzające w znacznym stopniu ruchomość przedniej części języka powinny być korygowane we wczesnym okresie po urodzeniu.

6. Skale oceny

Istnieją różne skale klasyfikujące wędzidełka, oceniające funkcję języka lub ssanie. Większość z nich nie została sprawdzona pod względem trafności i rzetelności. W skalach przyznawane są punkty za różne elementy badania, jednak opierają się one na subiektywnej ocenie badającego. Dotychczas nie opracowano dostępnej szeroko metody mierzącej funkcję języka obiektywnie i ilościowo.

Skale anatomiczne (Coryllos, Kotlow) nie powinny być stosowane do podejmowania decyzji o frenotomii, ponieważ budowa wędzidełka nie koreluje z funkcją języka i problemami w karmieniu.

W klasyfikowaniu do frenotomii może być pomocna skala Hazelbaker w modyfikacji Amir (odpowiednia rzetelność dla trzech kryteriów funkcji). Stosowanie skali wymaga treningu i doświadczenia. Punktacja za funkcję ≤ 4 wraz z punktacją za wygląd 0-7 jest argumentem za frenotomią, który rozpatruje się w powiązaniu z całym obrazem klinicznym.

7. Wskazania do frenotomii

Wskazaniem do frenotomii u niemowlęcia z ankyloglosją jest brak poprawy w trudnościach w karmieniu piersią pomimo podjęcia prawidłowych interwencji opartych na szczegółowej ocenie przebiegu karmienia oraz wykluczeniu innych przyczyn ze strony matki i dziecka.

8. Badania skuteczności frenotomii

W badaniach obserwowano po frenotomii poprawę zasięgu ruchu języka, zwiększenie poboru mleka, poprawę mechaniki języka w czasie ssania, zmniejszenie bolesności brodawek w ocenie matek. Większość prac stanowią doniesienia o niskiej i średniej jakości w hierarchii dowodów. Wykonano tylko pięć badań z randomizacją dotyczących skuteczności zabiegu, obejmujących łącznie 302 pacjentów. Żadne z tych badań nie dostarcza obserwacji długofalowych, lecz najdalej kilkudniowych. W ostatnim przeglądzie systematycznym (Visconti 2021), stwierdzono, że frenotomia zmniejsza ból brodawek u matek karmiących oraz wzmacnia matczyne poczucie skuteczności w karmieniu własnego dziecka (umiarkowane silne dowody). Niemożliwe było ustalenie wpływu frenotomii na poprawę ssania piersi ze względu na rozbieżności pomiędzy badaniami w wykorzystanych klasyfikacjach, skalach, czasie zabiegu. Przegląd ten zakończony jest wnioskiem, że konieczne są badania z randomizacją, z metodologią wysokiej jakości, by ocenić efekt frenotomii. Badania powinny być tak zaprojektowane, by ustalić które dzieci, w jakim wieku, z jakim stopniem skrócenia odnoszą korzyść z zabiegu.

Pomimo wzrastającej liczby doniesień w piśmiennictwie precyzyjne ustalenie wskazań do frenotomii wędzidełka języka pozostaje niejasne i kontrowersyjne. Wobec braku mocnych dowodów na skuteczność frenotomii należy szczególnie uważnie i ostrożnie rozważać wskazania do zabiegu, po wyczerpaniu innych możliwości pomocy matce i dziecku.

9. Powikłania zabiegu

Zabieg frenotomii powszechnie uważany jest za bezpieczny. W metaanalizie O'Shea z 2017 obejmującej łącznie 302 niemowląt nie obserwowano powikłań. Jednak ze wzrostem liczby zabiegów obserwowanym na całym świecie pojawiają się również doniesienia o powikłaniach, wśród nich wymienia się nasilone krwawienie, zakażenie rany, zrost, awersję do ssania z piersi lub butelki, zaburzenia oddychania spowodowane zapadaniem języka, uszkodzenie przewodów slinowych.

10. Masaż miejsca nacięcia?

Niektórzy specjaliści/autorzy na podstawie własnych obserwacji zalecają stosowanie masażu, unoszenie języka lub ćwiczenia rozciągające tkanki po zabiegu w celu zapobiegania zrostom rany. Nie ma dowodów naukowych wykazujących zasadność takiego postępowania.

Rodzice zgłaszali, że było to dla nich traumatyzujące doświadczenie. Inni autorzy zgłaszają obawy, że powtarzane manipulacje na ranie mogą spowodować awersję oralną.

UWAGA:

Z małego problemu można wytworzyć duży problem w zakresie prawidłowego żywienia dziecka.

11. Frenotomia jako profilaktyka?

Na podstawie przeprowadzonych badań nie ma możliwości wyciągnięcia wniosków o wpływie frenotomii na rozwój wymowy (SR Visconti 2020), ponieważ badania prowadzono na małych grupach, bez obiektywnych narzędzi i bez randomizacji. Profilaktyczne podcinanie wędzidełka nie jest zalecane przez ekspertów.

12. Informacja dla rodziców

Rodziców dziecka należy poinformować, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną zabieg może nie rozwiązać problemów w karmieniu, nie ma badań dowodzących skuteczności masażu miejsca nacięcia oraz że profilaktyczne podcinanie wędzidełka nie jest zalecane.

Podsumowanie:

W przypadku dziecka z trudnościami w karmieniu nie wolno odstępować od porady laktacyjnej obejmującej wszystkie elementy. Wędzidełko języka jest małym fragmentem większej całości. Koncentrowanie uwagi specjalistów na wędzidełku języka wiąże się z ryzykiem zaniedbania innych problemów zdrowotnych matki i dziecka i niejednokrotnie opóźnia podjęcie właściwej terapii.

Opracowanie:

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, współpraca dr n.med. Magdalena Nehring-Gugulska
Centrum Nauki o Laktacji, Warszawa

Piśmiennictwo:

1. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002 Nov;110(5):e63.
2. Caloway C, Hersh CJ, Baars R, Sally S, Diercks G, Hartnick CJ. Association of Feeding Evaluation With Frenotomy Rates in Infants With Breastfeeding Difficulties. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019 Jul 11;
3. Geddes DT, Kent JC, McClellan HL, Garbin CP, Chadwick LM, Hartmann PE. Sucking characteristics of successfully breastfeeding infants with ankyloglossia: a case series. *Acta Paediatr*. 2010 Feb;99(2):301–3.
4. Geddes DT, Langton DB, Gollow I, Jacobs LA, Hartmann PE, Simmer K. Frenulotomy for breastfeeding infants with ankyloglossia: effect on milk removal and sucking mechanism as imaged by ultrasound. *Pediatrics*. 2008 Jul;122(1):e188-194.
5. Hale M, Mills N, Edmonds L, Dawes P, Dickson N, Barker D, et al. Complications following frenotomy for ankyloglossia: A 24-month prospective New Zealand Paediatric Surveillance Unit study. *J Paediatr Child Health*. 2020 Apr;56(4):557–62.
6. Hill RR, Pados BF. Symptoms of problematic feeding in infants under 1 year of age undergoing frenotomy: A review article. *Acta Paediatr*. 2020 Dec;109(12):2502–14.
7. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 May;162(5):597–611.
8. Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, Mirjalili SA. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clin Anat*. 2019 Sep;32(6):824–35.
9. O’Shea JE, Foster JP, O’Donnell CP, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 11;3:CD011065.
10. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015 May;100(5):489–94.
11. Van Biervliet S, Van Winckel M, Vande Velde S, De Bruyne R, D’Hondt M. Primum non nocere: lingual frenotomy for breastfeeding problems, not as innocent as generally accepted. *Eur J Pediatr*. 2020 Aug;179(8):1191–5.
12. Visconti A i wsp. A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *Int J Speech Lang Pathol* 2021 Aug;23(4):349-358.

Notatki

Notatki

Żywienie niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych – jak poradziłyśmy sobie z pandemią i jakie wyzwania czekają nas podczas wojny u sąsiada?

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

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny

Sytuację kryzysową definiuje ustawa o zarządzaniu kryzysowym z 26 kwietnia 2007 r. jako „sytuację wpływającą negatywnie na poziom bezpieczeństwa ludzi, mienia w znacznych rozmiarach lub środowiska, wywołującą znaczne ograniczenia w działaniu właściwych organów administracji publicznej ze względu na nieadekwatność posiadanych sił i środków”.

Zatem pierwszą z takich sytuacji stanowiła pandemia COVID-19, a właściwie ogłoszenie ponad 2 lata temu epidemii w naszym kraju.

Pandemia COVID-19 objęła cały świat, dotychczas zachorowało wg danych WHO ponad 500 mln osób, zmarło 6,5 mln osób dorosłych ale również dzieci. Brakuje niestety danych dotyczących zachorowalności i umieralności kobiet ciężarnych. Dane dotyczące noworodków również są bardzo skąpe. W dobie pandemii koronawirusa aspekt żywienia dzieci, a w szczególności karmienia piersią, budził w początkowym okresie wiele kontrowersji, mimo, że w badaniach dotyczących kobiet chorych na COVID-19 czy zakażonych koronawirusem (SARS-CoV) nie potwierdzono obecności wirusa w mleku matki.

Pokarm kobiecy chroni przed wieloma chorobami. Istnieją rzadkie wyjątki, gdy karmienie piersią czy odciągnięty mlekiem matki nie jest zalecane. W początkowym okresie pandemii (rok 2020) CDC nie udzielało konkretnych wskazówek dotyczących karmienia piersią podczas infekcji koronawirusem. W podobnych przypadkach jak COVID-19, np. w zakażeniu wirusem grypy, zaleca się aby matka kontynuowała karmienie piersią lub karmiła odciągniętym mlekiem, jednocześnie zachowując środki ostrożności w celu uniknięcia przeniesienia wirusa na dziecko. Biorąc pod uwagę niski wskaźnik przenoszenia wirusów oddechowych przez mleko matki WHO rekomenduje karmienie piersią przez matki zakażone SARS-CoV2. UNICEF nie bierze pod uwagę możliwości rozdzielenia matki i dziecka i sugeruje kontynuację karmienia piersią przy równoczesnym ścisłym przestrzeganiu zasad higieny w celu zmniejszenia ryzyka przenoszenia SARS-CoV2 z matki na dziecko.

W tym samym czasie lekarze, którzy podjęli działania w celu zwalczania epidemii COVID-19 w Chinach, sugerują karmienie mlekiem modyfikowanym dla niemowląt lub ewentualnie mlekiem dawczyń. Autorzy nie podają konkretnych powodów tego wyboru. W zaleceniach chińskich ekspertów, bardzo ostrożnych ze względu na rozmiar epidemii, nie ma odniesienia do ogólnej oceny ryzyka zakażenia w porównaniu z ryzykiem niedopuszczenia karmienia piersią.

Natomiast Włoski Narodowy Instytut Zdrowia poprzez UENPS opublikował już w lutym 2020 r. zalecenia w świetle obecnie dostępnych informacji naukowych i znając potencjał ochronny mleka kobiecego. W przypadku kobiet z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 lub COVID-19, w warunkach, które na to pozwalają i zgodnie z decyzją matki, karmienie

piersią należy rozpocząć i/lub kontynuować karmienie bezpośrednio z piersi lub przy użyciu odciągniętego mleka matki. Aby zmniejszyć ryzyko przeniesienia na dziecko, zalecane są procedury zapobiegawcze, takie jak higiena rąk i stosowanie maski na twarz podczas karmienia. W przypadku tymczasowej separacji matki i dziecka zaleca się matce pomoc w utrzymaniu laktacji poprzez ręczne lub mechaniczne odciąganie, przestrzegając tych samych zasad higieny. Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia i pracownicy, którzy mają kontakt się z matkami i ich dziećmi obowiązują bardzo restrykcyjne zalecenia higieny osobistej.

Z tego okresu zalecenia polskie (opracowane przez Konsultantów Krajowych w dziedzinach: położnictwa i ginekologii oraz neonatologii oraz Prezesów Towarzystw Położników i Ginekologów oraz Neonatologicznego bardzo ostrożnie podchodziły do karmienia piersią. Po porodzie w przypadku kobiet obserwowanych w kierunku zakażenia pokarm powinien podlegać pasteryzacji i zgodnie z obecną wiedzą może być podany dziecku. W przypadku kobiet z potwierdzonym zakażeniem pokarm powinien podlegać utylizacji. W przypadku kobiet zakażonych nie należy bez wskazań hamować laktacji. W momencie potwierdzenia ustania ryzyka transmisji zakażenia będą one mogły karmić naturalnie. W przypadku obecności zakażenia dziecko należy izolować od matki do chwili zakończenia możliwości transmisji wirusa.

Od tego czasu minęło ponad 2 lata, wiele się zmieniło, więcej wiemy na temat wirusa SARS-CoV2 i COVID-19. Karmienie piersią jest bezpieczne a izolacja od matki nie jest konieczna, jeżeli stan zdrowia matki i dziecka pozwalają na wspólny pobyt. Mleko kobiece jest bezpieczne, a co więcej istnieją badania oceniające możliwość zastosowania terapeutycznego w zakażeniach SARS-CoV2. Na stronach internetowych wielu organizacji promujących karmienie piersią znajdują się algorytmy postępowania dla matek albo szczegółowe opracowania/tłumaczenia dokumentów WHO, CDC, zaleceń brytyjskich, Academy of Breastfeeding Medicine (www.cnol.kobiety.med.pl, <http://www.bankmleka.pl/>, <https://www.rodzicpoludzku.pl/> i inne). Karmienie piersią czy podawanie noworodkom pokarmu kobiecego dla wielu pracowników ochrony zdrowia jest niestety sprawą drugorzędą, co szczególnie było i chyba nadal jest widoczne w czasie epidemii SARS CoV-2. Rekomendacje polskich towarzystw naukowych PTG, PTN odnośnie karmienia piersią/mlekiem matki w dobie SARS COV-2, niestety różnią się zasadniczo od strategii przyjętych w większości krajów. Zakładają bowiem brak możliwości organizacyjnych i sprzętowych. Bardzo możliwe, że tak właśnie jest w wielu placówkach, ale część mogłaby jednak zorganizować się w sposób bezpieczny zarówno dla matek i dzieci, jak również personelu. Wobec postawy dużej części personelu ale również obowiązujących polskich rekomendacji matki karmiące stoją na straconej pozycji. A może jednak potrafimy zadziałać skutecznie, co możemy i co powinniśmy zrobić w aspekcie wyłącznego karmienia piersią?

Inwazja Rosji na Ukrainę to kolejna kryzysowa sytuacja, która dotknęła również Polskę. Według aktualnych danych zginęło około 50 tys. mieszkańców Ukrainy, opuściło Ukrainę ponad 13 mln ludzi, głównie kobiet i dzieci. W Polsce wsparcie uzyskali nie tylko uchodźcy, których liczba sięga 3 mln, ale pomoc dotyczy również tych którzy zostali w Ukrainie. Czy byliśmy do tej pomocy przygotowani, czy można być przygotowanym do sytuacji kryzysowej, która głównie zaskakuje, i raczej nie jest zaplanowana? W międzynarodowych

wytycznych dotyczących żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych wzywa się do nieprzekazywania, ani do nieprzyjmowania darowizn: produktów zastępujących mleko kobiece (zwłaszcza dla dzieci w wieku 0-3 lat), żywności uzupełniającej dla niemowląt i małych dzieci, ani sprzętu do karmienia. Czy zatem znamy treść najnowszego opracowania IFE Core Group „Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers, version 3.0 – October 2017” (<http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>). Darowizny i niekontrolowana dystrybucja mleka modyfikowanego oraz sprzętu do karmienia w tej sytuacji zagraża zdrowiu i życiu dzieci – brakuje bowiem podstawowej infrastruktury, nie ma również odpowiednich warunków do bezpiecznego przygotowania i podania mleka modyfikowanego. Zatem pomagając w tego typu darowiznach czy wiemy dokąd i dla kogo je kierujemy? Czy na pewno pomagamy? W sytuacjach kryzysowych stosowanie produktów zastępujących mleko kobiece wymaga dostosowanej i skoordynowanej opieki a także wykwalifikowanego wsparcia w celu zapewnienia zaspokojenia potrzeb żywieniowych dzieci, które nie są karmione piersią i zminimalizowania ryzyka wynikające z niewłaściwego stosowania produktów zastępujących mleko kobiece. Bezpłatną pomoc laktacyjną dla ukraińskich mam oferują m.in. konsultantki i doradczynie laktacyjne (IBCLC, CDL) z PTKiDL (<https://laktacja.org.pl/support-for-ukrainian-mothers/>).

W każdej z wymienionych sytuacji istotne jest uwzględnienie takiej pomocy, która nie przyniesie szkody, a takie ryzyko niestety istnieje w obszarze żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci. W sytuacjach kryzysowych, podkreśla się szczególne znaczenie karmienia piersią, zwracając uwagę na ryzyko związane z karmieniem sztucznym. Zatem szczególnie istotne są działania mające na celu ochronę i wspieranie karmienia piersią oraz uniemożliwiające niekontrolowaną dystrybucję produktów zastępujących mleko kobiece.

Abstract

A crisis situation is defined by government documents as a situation that adversely affects the level of security of people, property of significant size or the environment, causing significant limitations in the operation of the relevant public administration due to inadequacy of available forces and resources. The first such situation affected the Polish population more than 2 years ago when the SARS CoV2 coronavirus world-wide pandemic was announced, followed by an epidemic in Poland. How did governmental institutions act, what were the recommendations of scientific societies regarding infant and young child nutrition. Was the medical staff in the whole country respected modified breastfeeding recommendations, according to published scientific knowledge. What are the current recommendations and where can we find them? Russia's invasion of Ukraine is another crisis situation that has also affected Poland. Poland has not only provided assistance to refugees, whose number has reached 3 million, but also to those who have remained in Ukraine. Are we prepared for this help? So are we aware of the contents of the IFE Core Group's recent study „Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers, version 3.0 – October 2017”. In crisis situations, the particular importance of breastfeeding is em-

phasized, drawing attention to the risks associated with formula feeding. Thus, it is particularly important to take appropriate actions to protect and promote breastfeeding and to prevent the uncontrolled distribution of breastmilk substitute products. So are we able to manage these situations?

Notatki

Karmienie piersią w trakcie ciąży

Sylwia Złotecka

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Wydział Nauk o Zdrowiu

DRUGIE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIĘN NAUKOWYCH CNoL

Temat karmienia piersią w trakcie ciąży niestety nie cieszy się dużą popularnością, a dotyczy bardzo wielu kobiet, które w krótkim czasie od urodzenia dziecka zachodzą w kolejną ciążę. W środowisku medycznym trwa dyskusja na temat wpływu karmienia naturalnego na rozwijający się płód oraz na matkę.

Cel pracy:

Głównym celem pracy była ogólna analiza zagadnienia jakim jest karmienie piersią w trakcie ciąży. Podjęto próbę określenia wpływu laktacji w trakcie ciąży na matkę i rozwijający się płód. Próbowano dowiedzieć się czym kierują się kobiety podejmując decyzje o kontynuowaniu karmienia piersią pomimo zajścia w kolejną ciążę. Celem pracy było również określenie źródeł wiedzy, z których korzystają matki karmiące naturalnie w trakcie ciąży oraz określenie postawy osoby sprawującej opiekę nad ciężarną karmiącą piersią oraz osób z jej najbliższego otoczenia.

Materiał i metoda badawcza:

Badanie zostało przeprowadzone przy udziale grupy 205 kobiet. Warunkiem koniecznym do wzięcia w nim udziału było karmienie piersią przez całą ciążę, aż do porodu. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 22 pytań. Udostępniono go na portalu społecznościowym Facebook, w grupie „Karmienie w ciąży i w tandemie”. Odpowiedzi udzielane były w dniach 23.10.2020 – 26.10.2020.

Wyniki i wnioski:

- Nie stwierdzono, aby karmienie piersią zwiększało ryzyko wystąpienia skurczów macicy ani porodu przedwczesnego.
- Dwa główne powody, dla których kobiety decydowały się na kontynuowanie karmienia piersią mimo zajścia w kolejną ciążę to zaspokojenie potrzeby bliskości u starszego dziecka oraz korzystny wpływ karmienia naturalnego na układ odpornościowy dziecka.
- Osoby sprawujące opiekę nad ciężarną nie otaczały ich należyłą opieką i nie udzielały potrzebnego wsparcia.
- Karmienie piersią w trakcie ciąży nie wpływa na masę urodzeniową noworodka.
- Zajście w ciążę bardzo znacząco wpływa na występowanie dolegliwości bólowych brodawek sutkowych podczas karmienia piersią.
- Osoby sprawujące opiekę nad ciężarnymi karmiącymi piersią nie przekazują im wyczerpującej wiedzy w tym temacie, co skutkuje tym, że większość kobiet szuka informacji w Internecie i na portalach społecznościowych. Dodatkowych trudności przysparza znalezienie literatury na ten temat.
- Ciężarne karmiące piersią nie spotkały się ze wsparciem ze strony najbliższego otoczenia (rodziny/znajomych).

Notatki

Ocena satysfakcji seksualnej kobiet w okresie laktacji

Mgr Kamila Łabędź-Pietluch

CZWARTE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIĘŃ NAUKOWYCH CNoL

Seksualność kobiet w okresie poporodowym, a w szczególności w okresie laktacji jest słabo poznanym etapem w życiu kobiety. W okresie karmienia piersią powrót do współżycia seksualnego i satysfakcja z odczuwanej aktywności seksualnej są ciekawym tematem do badań ze względu na występujące u kobiety w tym okresie zmiany psychiczne i somatyczne związane z okresem poporodowym.

Cel pracy:

Celem pracy była ocena satysfakcji seksualnej kobiet w trakcie laktacji.

Cele szczegółowe pracy:

Określenie, czy karmienie piersią ma wpływ poziom satysfakcji seksualnej kobiet. Ustalenie, czy jakość satysfakcji seksualnej zmienia się pod wpływem ilości karmień piersią w ciągu doby. Wykazanie, czy edukacja kobiet w zakresie aktywności seksualnej po porodzie wpływa na poziom satysfakcji seksualnej w okresie laktacji.

Materiał i metoda badawcza:

W badaniu wzięło udział 400 kobiet powyżej 20 roku życia, które urodziły w przeciągu ostatnich 24 miesięcy i karmią swoje dziecko piersią lub odciągniętym pokarmem. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części. Pierwsza część to 14 pytań jedno- i wielokrotnego wyboru własnego autorstwa, następnie wykorzystano standaryzowany Kwestionariusz Satysfakcji Seksualnej (KSS) autorstwa Agnieszki Nomejko oraz Grażyny Dolińskiej-Zygmunt. Kobiety zostały poproszone o dwukrotne wypełnienie formularza. Pierwszy raz w wersji retrospektywnej w odniesieniu do odczuć towarzyszących im przed ciążą, następnie drugi raz w odniesieniu do aktualnych odczuć w okresie laktacji.

Wyniki:

W badanej grupie kobiet poziom satysfakcji w okresie laktacji wzrasta w kolejnych tygodniach życia dziecka. W okresie karmienia dziecka piersią zmniejsza się częstość współżycia, a głównymi czynnikami wpływającymi niekorzystnie są czynniki psychologiczne. Edukacja w zakresie współżycia po porodzie podnosi odczuwanie satysfakcji seksualnej.

Wnioski:

Poziom satysfakcji seksualnej kobiet w okresie laktacji wzrasta w kolejnych tygodniach życia dziecka i jest zależny od częstości współżycia, jednak nie jest uwarunkowany ilością i sposobem karmienia dziecka w ciągu doby. Czynnikiem wpływającym pozytywnie na odczuwanie satysfakcji seksualnej w okresie laktacji jest przeprowadzona edukacja z za-

kresu współżycia po porodzie. Z czynników zmieniających częstość współżycia w okresie laktacji najbardziej niekorzystnie wpływającymi na poziom satysfakcji seksualnej u kobiet są te związane z poczuciem własnej kobiecości i atrakcyjności.

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

Notatki

Co jest najważniejsze w sprawowaniu opieki laktacyjnej? Na podstawie 35 lat pracy konsultanta IBCLC

Barbara Wilson-Clay, BSEd, IBCLC, FILCa

Rodzaje pracowników służby zdrowia

Którego chciałbyś spotkać? Którym z nich jesteś?

- Niekompetentny i niezainteresowany dobrostanem pacjentów
 - Niekompetentny, ale zainteresowany
 - Kompetentny, ale niezainteresowany
 - Kompetentny i zainteresowany
-

Cele:

Uczestnicy omówią zagadnienia etyczne w opiece zdrowotnej.

Uczestnicy omówią efekty Placebo i Nocebo.

Uczestnicy opiszają, jak unikać negatywnych sugestii w kontaktach z pacjentami.

Uczestnicy omówią sposoby budowania relacji z pacjentem.

Etyka zawodowa

Pracownicy służby zdrowia mają etyczny obowiązek, aby Nie Szkodzić.

Zobowiązaniem drugorzędym jest Czynić Dobro.

Pierwsza zasada odnosi się do kompetencji, a druga do troski o godność i emocjonalny dobrostan pacjenta.

Pierwszą zasadę spełniamy, zapewniając opiekę opartą na dowodach naukowych i stałym rozwoju zawodowym.

Drugą spełniamy poprzez ciągłe doskonalenie umiejętności doradczych, a także poprzez podtrzymywanie świadomych relacji z pacjentem.

Standardowa opieka laktacyjna a kompleksowa opieka obejmująca wsparcie emocjonalne:

Czy nawiązanie relacji powoduje różnice w wynikach?

Siła sugestii: efekt placebo

Definicja Efektu Placebo brzmi: korzystny efekt wywołany przez lek lub leczenie, który nie może być przypisany właściwościom samego placebo, a zatem musi wynikać z wiary pacjenta w to leczenie.

Czy efekt placebo faktycznie „istnieje”?

Okazuje się, że jest to proces biologiczny, którego reakcje wynikają z aktywnych procesów zachodzących w mózgu.

Istnieją podświadome skojarzenia między powrotem do zdrowia a doświadczeniem bycia leczonym.

Warunkowanie podprogowe może wpływać na procesy zachodzące w organizmie, takie jak reakcje immunologiczne i uwalnianie hormonów.

„Otrzymanie placebo wydaje się powodować trwałą zmianę w poznawczym przetwarzaniu bólu przez co najmniej 6 tygodni. Zmiana ta może przyczynić się do złagodzenia poczucia lęku.”

Morton D, et al. Cognitive changes as a result of a single exposure to placebo. *Neuropsychologia* 2010; 48(7):1958-1964.

Efekt nocebo

Nocebo (z łaciny „Będę szkodzić”) to nieszkodliwa substancja, działanie lub leczenie, które wywołuje szkodliwe skutki.

Reakcja nocebo lub efekt nocebo to doświadczany negatywny efekt.

Sugestia negatywna to kolejny termin określający efekt nocebo

Efekt nocebo może być szczególnie istotny ze względu na jego wpływ na wyniki leczenia i zdrowie publiczne.

Tak jak przy efekcie placebo obserwuje się złagodzenie poczucia lęku, tak przy nocebo stan ten się pogłębia.

„Efekty nocebo mogą wpływać na wyniki terapii w sposób negatywny, podobnie jak efekty placebo w sposób pozytywny. Komunikaty werbalne i niewerbalne lekarzy zawierają wiele niezamierzonych negatywnych sugestii, które mogą wywołać reakcję nocebo.”

Planès S, Villier C, Mallaret M. The nocebo effect of drugs. *Pharmacol Research Perspectives*. 2016;4(2):e00208.

Efekt nocebo i wyniki pacjentów

Wyniki badań podkreślają istotną rolę poznania w efektach terapii i sugerują, że nocebo i efekty związane z nocebo mogą być istotne... w reakcji pacjenta na terapię.

Benedetti F, et al. When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*. 2007 Jun 29;147(2):260-71. doi: 10.1016/j.neuroscience.2007.02.020.

Jak efekt placebo/nocebo pojawia się w praktyce klinicznej? Uważaj na język!

Doktorze, ja naprawdę starałam się skorzystać z chemioterapii.

To chemioterapia się nie postarała.

Nasze wypowiedzi często bywają oceniające, a nawet pogardliwe

Pacjent starszy (geriatryczny)

Niewydolna szyjka macicy

Brak postępów w rozwoju

Niewydolność gruczołów

Niewydolność laktacyjna

Pamiętaj: rodzące kobiety i młode matki są bardzo wrażliwe i podatne na sugestie!

Jest pacjentką Lamaze

Pani dziecko ma zaburzenia mechanizmu ssania.

Może ma pani za mało mleka.

Zauważenie, że babcia lub mąż/partner woli karmienie mieszanką jest czynnikiem wpływającym na decyzję o zaprzestaniu karmienia piersią.

Scott J, et al. Psychosocial factors associated with abandonment of breastfeeding prior to hospital discharge. J Human Lactation 2001; 17(1):24-30.

Jakie inne sugestie z elementem nocebo słyszą młode matki?

Przedstawianie możliwości wyboru w sytuacji, gdy ustalono już najlepsze praktyki – przedstawienie wyboru sugeruje, że obie opcje są równoważne.

Przykład:

„Może chciałabyś potrzymać dziecko „skóra do skóry?”

W takiej sytuacji lepiej jest powiedzieć:

„Jestem tu, by wesprzeć Cię w kontakcie skóra do skóry z dzieckiem.”

Konsultanci Laktacyjni jako „Doula od karmienia”.

Wnioski z badań nad opieką Douli przy porodzie :

Kobiety, które otrzymywały wsparcie douli, miały niższy odsetek porodów przedwczesnych i cesarskich cięć. Modelowanie statystyczne wykazało, że koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej są znacznie niższe, co doprowadziło do zalecenia objęcia usług douli ubezpieczeniem Medicaid i innymi ubezpieczeniami.

Kozhimannil KB, Hardeman RR, Alarid-Escudero F, Vogelsang CA, Blauer-Peterson C, Howell EA. Modeling the Cost-Effectiveness of Doula Care Associated with Reductions in Preterm Birth and Cesarean Delivery. Birth. 2016 Mar;43(1):20-7. doi: 10.1111/birt.12218.

Ciąża i poród mogą być przyczyną traumy, różnego rodzaju traumy mogą też wystąpić w czasie ciąży i porodu oraz w okresie połogu. Szkolenia powinny zwiększyć wrażliwość douli na kobiety doświadczające traumy i pomóc w zapobieganiu ponownej traumatyzacji.

Mosley EA, Lanning RK. Evidence and guidelines for trauma-informed doula care. Midwifery. 2020 Apr;83:102643. doi: 10.1016/j.midw.2020.102643.

Opieka laktacyjna

Cierpi na brak dowodów naukowych dla najlepszych praktyk

Cierpi na brak spójnego systemu szkolenia personelu, przez co matki dostają często sprzeczne informacje.

Mimo to, wiele matek ze skomplikowanymi problemami przypisuje swoje pozytywne wyniki Konsultantom Laktacyjnym.

Tak więc przynajmniej niektóre z pozytywnych rezultatów, które pomagamy uzyskać, mogą być wynikiem reakcji placebo wywołanej wpływem „relacji typu Doula” z podopiecznymi.

Nawiązanie relacji zmniejsza prawdopodobieństwo traumy i efektu nocebo, oraz wspiera efekt placebo

Relację opisuje się tu jako bliską i harmonijną, taką, w której zainteresowane osoby lub grupy rozumieją nawzajem swoje uczucia lub pomysły i dobrze się komunikują.

Synonim: Empatia

Techniki nawiązywania relacji:

1. Poświęć chwilę na koncentrację, zanim się przywitasz.
2. Bądź przyjazny/a, ale szczerzy/a.
3. Zwracaj uwagę na ton swojego głosu.
4. Zapamiętaj i używaj imion matki i dziecka.
5. Podaj kilka przyjaznych szczegółów na swój temat.
6. Przed przystąpieniem do dalszych działań zapytaj matkę, jak się czuje i odpowiednio zareaguj. (Czy jest przygnębiona? Czy potrzebuje, żeby ją w jakiejś kwestii uspokoić? Czy potrzebuje się napić wody?)
7. Wykorzystaj wcześniejsze rozmowy, zadając dodatkowe pytania.

Co jest stawką? Trudności w karmieniu piersią i depresja poporodowa:

„Kobiety z objawami depresji poporodowej są narażone na wczesne zaprzestanie karmienia piersią. Tak samo kobiety z wczesnym zaprzestaniem karmienia piersią mogą być również zagrożone depresją poporodową, co wymaga badań przesiewowych i leczenia.”

Wouk K, Stuebe AM, Meltzer-Brody S. Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010-2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. Maternal Child Health Journal. 2017 Mar;21(3):636-647. doi: 10.1007/s10995-016-2150-6.

Doradca/konsultant laktacyjny musi się cały czas uczyć, bo wiedza się zmienia! Nie można „przyzwyczajać się” do rozpoznań i metod tylko dlatego, że „tak zawsze było”. Widać to na przykładzie wiedzy o wędzidełku języka na przestrzeni moich lat pracy.

Nowe badania nad anatomią wędzidełka języka.

Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, et al. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clinical Anatomy*. 2019 Sep;32(6):824-835. doi: 10.1002/ca.23410.

Mills N, Pransky SM, Geddes DT, Mirjalili SA. What is a tongue tie? Defining the anatomy of the in-situ lingual frenulum. *Clinical Anatomy*. 2019 Sep;32(6):749-761. doi: 10.1002/ca.23343.

Wyniki:

Anatomia wędzidełka języka nigdy nie została szczegółowo opisana, nie ma też badań anatomicznych uzasadniających indywidualne różnice morfologii wędzidełka.

Badacze wykonali mikrodysekcje z dokumentacją fotograficzną 4 języków noworodków i 9 języków dorosłych.

Wędzidełko języka jest strukturą warstwową, składającą się z błony śluzowej jamy ustnej i leżącej pod nią powięzi dna jamy ustnej. Sposób wciągania błony śluzowej, powięzi i kości gnykowej w fałd wędzidełka podczas ruchów języka jest zmienny.

Gałęzie nerwu językowego są położone pod brzuszną powierzchnią języka, bezpośrednio pod powięzią wędzidełka, co czyni je podatnymi na urazy.

Wyniki:

Obecnie obowiązujące kryteria diagnozy „krótkiego wędzidełka” są subiektywne.

„Ponieważ nie ma zmiennych anatomicznych wędzidełka, które w izolacji korelowałyby bezpośrednio z zaburzoną funkcją języka, wszelkie systemy klasyfikacji należy traktować jako „klasyfikację wędzidełka”, którą należy stosować raczej na podstawie opisu wyglądu, a nie w celu zdiagnozowania lub zaklasyfikowania wędzidełka jako ankyloglosji.”

Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, et al. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clinical Anatomy*. 2019 Sep;32(6):824-835. doi: 10.1002/ca.23410

Wyniki:

„Wędzidełko nie ma bezpośredniego połączenia z tylną częścią języka (zwaną również podstawą języka), która jest embriologicznie innego pochodzenia i obejmuje część języka znajdującą się za otworem ślepym [...] sugerujemy, że określenie „tylne wędzidełko” jest anatomicznie niepoprawnym nazewnictwem opartym na błędnym założeniu, że wędzidełko jest podśluzówkowym pasmem lub struną. W związku z tym określenie to może być mylące i wprowadzać w błąd. W celu zachowania jasności i integralności anatomicznej sugerujemy zaprzestanie stosowania tego terminu.

Mills N, Keough N, Geddes DT, Pransky SM, et al. Defining the anatomy of the neonatal lingual frenulum. *Clinical Anatomy*. 2019 Sep;32(6):824-835. doi: 10.1002/ca.23410.

Implikacje:

„Istnieją obawy dotyczące potencjalnego uszkodzenia gałęzi nerwu językowego podczas wykonywania jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych na wędzidełku, zwłaszcza gdy nacięcie tworzy szeroki „romb” (co zwiększa prawdopodobieństwo uszkodzenia większych gałęzi, położonych bardziej z boku) i/lub gdy zabieg wymaga użycia energii cieplnej, która będzie pochłaniana przez tkanki znajdujące się bezpośrednio w głębi nacięcia. Uszkodzenie tych gałęzi nerwowych grozi czasowym lub trwałym zaburzeniem czucia w przedniej części języka, przy czym powikłanie to nie może być obiektywnie zmierzone u noworodków i dlatego może zostać nierozpoznane lub przeoczone.”

Mills, et al. *Clinical Anatomy*; 32(6):749-761 2019

Podsumowanie:

Zachęcamy do rozważnego podejścia klinicznego, które obejmować będzie wykluczenie innych potencjalnych przyczyn trudności w karmieniu piersią przed przystąpieniem do interwencji chirurgicznej.

Mills et al. *Clinical Anatomy* 2019; 32(6):824-835.

Notatki

Skład mleka kobiecego a wsparcie społeczne matki karmiącej

Dr hab. n. o zdr. Anna Ziomkiewicz-Wichary¹

Anna Apanasewicz², Magdalena Piosek³, Magdalena Babiszewska²,
Marek Szoftysik⁴, Magdalena Orczyk-Pawitowicz⁵

1. Instytut Zoologii i Badań Biomedycznych, Uniwersytet Jagielloński; anna.ziomkiewicz-wichary@uj.edu.pl
2. Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej, Polska Akademia Nauk
3. Instytut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski
4. Katedra Rozwoju Funkcjonalnych Produktów Żywnościowych, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
5. Zakład Chemii i Immunohistochemii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu;

TRZECIE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIĘŃ NAUKOWYCH CNoL

Cel pracy:

Wsparcie społeczne i edukacja matki karmiącej mają istotne znaczenie dla procesu karmienia piersią. Wsparcie ze strony najbliższych krewnych i przyjaciół może skutecznie redukować lęk i stres psychologiczny matki co przyczynia się do łatwiejszej inicjacji i dłuższego podtrzymywania karmienia piersią. Mimo, że w literaturze istnieją doniesienia na temat związku stresu i lęku ze składem mleka kobiecego, do tej pory nie badano relacji między wsparciem społecznym i zawartością wybranych składników mleka. Nie jest więc jasne czy i w jaki sposób pomoc ze strony bliskich może wpływać na zawartość składników odżywczych i immunoaktywnych mleka.

Materiał i metody:

Aby zbadać tę zależność pobrano próbki mleka 146 matek karmiących wyłącznie piersią 5-miesięczne, zdrowe, urodzone o czasie, z pojedynczej ciąży niemowlęta. Wsparcie społeczne matki oraz poszukiwanie tego wsparcia przez matki określono na podstawie standaryzowanego kwestionariusza (Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego). Skład mleka badano w zakresie składników odżywczych (zawartości tłuszczu, białka, laktozy i energii), profilu kwasów tłuszczowych (średnio-, długołańcuchowych nasyconych i nienasyconych kwasów tłuszczowych), oraz składników immunologicznych (immunoglobulin IgA, IgG, IgM, i laktoferyny) na podstawie pojedynczej próbki mleka pobranej pomiędzy 2 a 3 karmieniem dziennym. Analizy laboratoryjnej dokonano metodą immunoenzymatyczną (stężenie IgA, IgG, IgM, laktoferyna), chromatografii gazowej (stężenie kwasów tłuszczowych) oraz analizy w podczerwieni (główne składniki odżywcze). Kontrolowano również parametry antropometryczne, socjoekonomiczne i dietę matki oraz parametry urodzeniowe niemowlęcia. Statystyczną analizę zgromadzonych danych przeprowadzono używając modeli regresji wieloczynnikowej i analizy wariancji.

Wyniki:

Po uwzględnieniu czynników zakłócających takich jak BMI, status socjoekonomiczny, i dieta matki oraz wiek niemowlęcia zaobserwowano pozytywną zależność pomiędzy wsparciem społecznym matki i stężeniem IgG w mleku ($\beta=0.25$, $p=0.017$).

Zaobserwowano również negatywną zależność pomiędzy poszukiwaniem wsparcia i zawartością energii ($\beta=-0.21$, $p=0.008$), tłuszczu ($\beta=-0.20$, $p=0.012$), średnio-łańcuchowych ($\beta=-0.20$, $p=0.012$), długo-łańcuchowych nasyconych ($\beta=-0.21$, $p=0.008$) i nienasyconych kwasów tłuszczowych ($\beta=-0.17$, $p=0.030$) w mleku matki.

Wnioski:

Przeprowadzone analizy potwierdzają i pogłębiają wiedzę na temat związku karmienia piersią i składu mleka matki karmiącej ze wsparciem społecznym. Matki cieszące się większym wsparciem społecznym i mniejszą potrzebą poszukiwania wsparcia charakteryzowała synteza mleka o lepszych parametrach w zakresie składników immunoaktywnych i odżywczych. Pomimo, że badanie ma charakter obserwacyjny jego wyniki mają ważne implikacje dla nauk o laktacji. Sugerują, że czynniki psychospołeczne mają równie ważne znaczenie dla składu mleka matki co czynniki dietetyczne i antropometryczne.

Autorzy pracy oświadczają, że w momencie przeprowadzania badania i analizy jego wyników nie występował jakikolwiek konflikt interesów.

Notatki

Wpływ stresu psychologicznego matki karmiącej na stężenie prolaktyny i kortyzolu w mleku.

Maja Matyas, Anna Apanasewicz¹, Małgorzata Krzystek-Korpaczka², Natalia Jamrozik², Magdalena Babiszewska¹, Anna Ziomkiewicz-Wichary³

1. Zakład Antropologii, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN

2. Zakład Biochemii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

3. Pracownia Antropologii Instytut Zoologii i Badań Biomedycznych, Uniwersytet Jagielloński

SZÓSTE MIEJSCE W KONKURSIE DONIESIĘ NAUKOWYCH CNoL

Cel pracy:

Zbadanie związku stresu psychologicznego ze stężeniem kortyzolu i prolaktyny w mleku matek karmiących wyłącznie piersią 5 miesięczne niemowlęta.

Wstęp:

Mleko matki dostarcza niezbędnych składników odżywczych dla wzrostu i rozwoju niemowląt. Służy również jako nośnik czynników aktywnie regulujących rozwój, takich jak hormony, przekazywanych przez matkę noworodkowi. Prolaktyna jest jednym z dwóch głównych hormonów odpowiedzialnych za syntezę i wydzielanie mleka. Istnieją również dowody na jej istotną rolę w różnicowaniu i dojrzewaniu układów neuroendokrynnego, rozrodczego i immunologicznego noworodka. Czynniki warunkujące stężenie prolaktyny w mleku pozostają słabo poznane. Jednak u kobiet nie będących w trakcie laktacji stres psychologiczny jest związany z podwyższonym wydzielaniem kortyzolu i prolaktyny. Natomiast w okresie laktacji może obniżać wydzielanie prolaktyny, a w konsekwencji przyczyniać się do zaburzeń przebiegu laktacji. Niewiele wiadomo o tym w jaki sposób stres związany jest ze stężeniem prolaktyny w mleku. Aby uzupełnić te luki w wiedzy w niniejszej pracy zbadano związek pomiędzy długoterminowym stresem a stężeniem kortyzolu i prolaktyny w ślinie i mleku matek karmiących wyłącznie piersią 5 miesięczne niemowlęta

Materiały i metody:

W badaniu dotyczącym związku między stresem psychologicznym, a składem mleka kobiecego, wzięło udział 160 matek, karmiących wyłącznie piersią 5 miesięczne, urodzone o czasie i z pojedynczej ciąży niemowlęta. Natężenie stresu długoterminowego u badanych określono na podstawie Kwestionariusza Zmian Życiowych (KZZ) opisującego ważne wydarzenia z życia wraz z ich subiektywną oceną badanej. Indywidualne wyniki matek znormalizowano posługując się wynikami otrzymanymi z populacji generalnej. Za pomocą testu ochłodzenia określono reaktywność hormonalną matki na stres. Do pomiaru kortyzolu przed, w trakcie i po zakończeniu testu pobrano próbki śliny. Stężenie prolaktyny określono w próbce śliny pobranej na końcu testu. Próbkę mleka do analizy stężeń hormonów pobierane były samodzielnie przez matki pomiędzy 2 i 3 karmieniem dziennym

do sterylnych pojemników przy nadzorze asystentów badawczych po przeprowadzeniu testu ochłodzenia. Laboratoryjną analizę stężeń wszystkich hormonów w mleku i ślinie przeprowadzono używając metody immunoenzymatycznej. W celu oszacowania związku stresu matki ze stężeniem kortyzolu i prolaktyny w mleku zastosowano analizę korelacji i regresji liniowej z uwzględnieniem czynników zakłócających.

Wyniki:

Zaobserwowano statystycznie istotną, pozytywną korelację znormalizowanej punktacji KZŻ ze stężeniem kortyzolu ($r = 0,259$, $p < 0,001$) oraz negatywną znormalizowanej korelację punktacji KZŻ ze stężeniem prolaktyny ($r = -0,173$, $p < 0,005$) w ślinie matki. Stężenie kortyzolu w ślinie związane było również dodatnio ze stężeniem kortyzolu w mleku odtłuszczonym ($\beta = 0,311$; $p < 0,001$) oraz ujemnie ze stężeniem prolaktyny w mleku pełnym ($\beta = -0,233$; $p < 0,005$). Zależność stężenia hormonów w mleku od stężenia kortyzolu w ślinie okazała się istotna po uwzględnieniu w modelach regresji czynników zakłócających takich jak BMI matki, wiek dziecka oraz ilość karmień. Sumarycznie czynniki uwzględnione w modelu regresji wyjaśniały 14 % wariacji w przypadku stężenia kortyzolu w mleku oraz 10% wariacji w przypadku stężenia prolaktyny w mleku. Nie zanotowano natomiast zależności ze stężeniem hormonów w mleku w przypadku prolaktyny w ślinie

Podsumowanie:

Wyniki niniejszego badania wskazują, że stres psychologiczny może wpływać na stężenie hormonów w mleku matki. Zaobserwowana pozytywna zależność pomiędzy stresem matki a stężeniem kortyzolu w mleku jest zgodna z wcześniejszymi doniesieniami. Negatywna zależność pomiędzy stresem i stężeniem kortyzolu w ślinie a zawartością prolaktyny w mleku, może mieć istotne znaczenie dla rozwoju noworodka, poprzez udział mlecznej prolaktyny w regulacji rozwoju trzech głównych noworodkowych układów: neuroendokrynnego, rozrodczego i immunologicznego. W odpowiedzi na stres psychologiczny, obydwa hormony transportowane z mlekiem matki mogą więc programować rozwój niemowlęcia we wczesnym okresie postnatalnym.

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Notatki

Po raz pierwszy w ramach warsztatów w sobotę 11 czerwca organizujemy dla Państwa mini kurs dla medyków

Resuscytacja i jak postępować w sytuacjach zagrożenia.



Warsztaty poprowadzą instruktorzy z grupy IPL Kursy resuscytacji IPR EMERGENCY z wykorzystaniem zaawansowanych manekinów i w oparciu o symulacje medyczną.

Instruktorzy posiadają uprawnienia Polskiej i Europejskiej Rady Resuscytacji, co gwarantuje pełen profesjonalizm i skuteczność nauczania.

W programie warsztatów:

1. Zaawansowane sposoby udrażniania dróg oddechowych u dzieci – nauka umiejętności wentylacji workiem samorozprężalnym, udrażnianie dróg oddechowych za pomocą rurek ustno i nosowo-gardłowych oraz tutek i masek krtaniowych.
2. Wkłucie doszypikowe – przegląd aktualnie używanych systemów do infuzji doszypikowej jako alternatywnej drogi podaży leków i płynów. Ćwiczenia zakładania dostępu dożylnego.
3. Resuscytacja noworodka – najnowsze wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka z uwzględnieniem kluczowych niezbędnych działań.
4. Bezpieczeństwo w czasie sytuacji kryzysowych – krótkie omówienie działania w sytuacjach kryzysowych, pokaz opatrunków hemostatycznych i użycia stazy taktycznej.

Więcej o firmie: <http://kursy-erc.pl/kontakt/>



Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo

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

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

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

Stale aktualizowaną listę Doradców można znaleźć na naszej stronie.

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

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

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



www.kobiety.med.pl