



# XVI Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 2-3 czerwca 2023 r.

## Karmienie piersią – prawem chronione



Fot. Zuzanna Kruschewska Photography.



Fundacja Twórczych Kobiet



[cnol.kobiety.med.pl](http://cnol.kobiety.med.pl)

## Organizatorzy



## Patronat honorowy



## Patronat medialny



## Partnerzy



## Główny Partner Konferencji

### Platynowy Sponsor



## Diamentowy Sponsor



## Srebrny Sponsor



## Braźowy Sponsor



# XVI Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

## Program konferencji

### PIĄTEK 2 czerwca 2023 – SESJA WYKŁADOWA godz. 9.30–18.45 (20.30)

9.30 – 10.30	Rejestracja uczestników, kawa powitalna, odwiedzanie stoisk
10.30 – 10.40	Powitanie uczestników
10.40 – 10.50	Podsumowanie roku szkolnego 2022/23

#### I sesja Prawna

10.50 – 10.55	Słowo na otwarcie I sesji – <b>prof. Maria Wilińska</b>
11.00 – 11.15	Jak w Polsce respektowane są prawa matek karmiących i ich dzieci – wyniki badania ankietowego CNoL – <b>lek. Dorota Bębenek</b>
11.15 – 11.35	Prawa matki, dziecka, pacjenta... i co z tym zrobimy? – <b>prof. dr hab. Błażej Kmiecik</b>
11.35 – 12.05	Co nowego zaleca AAP w sprawie karmienia piersią? – <b>prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniki</b>
12.05 – 12.12	Analiza efektywności Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji – II miejsce w konkursie <b>mgr Agata Ostasz</b>
12.12 – 12.17	Ocena jakości porady laktacyjnej w okołoporodowej opiece szpitalnej – <b>dr n. o zdr. Beata Sztyber</b> wyróżnienie w konkursie
12.17 – 12.35	Dyskusja
<b>12.35 – 12.55</b>	<b>Przerwa kawowa 20 min</b>

#### II sesja Żywieniowa

12.55 – 13.00	Słowo na otwarcie II sesji – <b>dr hab. Aleksandra Wesołowska</b>
13.00 – 13.10	Mgr Estera Michalak. Wykład sponsorowany przez firmę Nutropharma.
13.10 – 13.30	Wpływ sposobu odżywiania na zdrowie dziecka – mleko kobiece a modyfikowane mleko krowie i kozie – <b>dr hab. n.med. Wojciech Feleszko</b> – wykład sponsorowany przez firmę Nutropharma
13.30 – 13.37	Wielkość piersi a zawartość makroskładników w mleku kobiecym – <b>dr Magdalena Babiszewska-Aksamit</b> – I miejsce w konkursie
13.37 – 13.52	Wywiad z gwiazdami – matki karmiące w tandemie – <b>poł. Magdalena Paszko, lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy</b>
13.52 – 14.07	Zmiany objętości brodawki podczas odciągania pokarmu – obserwacje i rozwiązania – <b>mgr Estera Michalak</b> . Wykład sponsorowany przez firmę Philips Avent.
14.02 – 14.15	Dyskusja
<b>14.15 – 15.15</b>	<b>Przerwa obiadowa</b>

### III sesja

### Kliniczna

- 15.15 – 15.20 Słowo na otwarciu III – **dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska**  
15.20 – 16.20 Pozycje do zadań specjalnych – **Catherine Watson-Genna**  
– **gość specjalny, transmisja z USA**  
16.20 – 16.35 Dyskusja z gościem specjalnym  
16.35 – 16.50 **Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego**

### IV sesja

### Naukowa

- 16.50 – 16.55 Słowo na otwarciu IV sesji – **lek. Katarzyna Raczek-Pakuła**  
16.55 – 17.10 Macierzyństwo kobiet z HIV – aktualne rekomendacje  
– **dr n. med. Joanna Kubicka**  
17.10 – 17.15 Wpływ karmienia piersią na przebieg infekcji wirusem RS u niemowląt  
– jednoośrodkowe badanie retrospektywne – **lek. Anna Maćkowska**  
– III miejsce w konkursie  
17.17 – 17.32 Matka karmiąca leczona litem? – **dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**  
17.32 – 17.47 Wyzwania w opiece nad uchodźczyniami wojennymi:  
co zyskaliśmy, co było trudne? – wyniki badań  
– **dr n. społ. Magda Chrzan-Dętkoś**  
17.47 – 17.51 Porównanie czynników odporności swoistej i nieswoistej w mleku  
matek chorych na COVID-19 i matek zdrowych w czasie pandemii  
COVID-19 – **mgr Aleksandra Mołas**  
17.51 – 17.55 Poprawa bezpieczeństwa farmakoterapii w czasie laktacji poprzez  
zdefiniowanie działań niepożądanych – pierwsze zmiany w słowniku  
MedDRA – **mgr Kinga Kalita-Kurzyńska**  
17.55 – 17.59 Mikrobiota mleka kobiecego – pochodzenie, skład, ilość  
– **mgr Iwona Adamczyk**  
17.59 – 18.15 Dyskusja  
**18.15** **Zakończenie I dnia konferencji**  
**18.20 – 20.30** **Kolacja i Aqua party – z Kala Fitness**

## SOBOTA 3 czerwca 2023 – SESJA WARSZTATOWA godz. 9.00–14.40 (16.00)

	SALA PATIO 1 + transmisja on-line	SALA PATIO 2 parter	SALA KRÓLEWSKA 1 piętro	SALA KLUBOWA parter	SALA ZAMKOWA 1 piętro
<b>Kawa powitalna 8.30–9.00</b>					
9.00–10.30 Warsztat 1	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 6 <b>poł. Magdalena Paszko,</b> <b>dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,</b> <b>mgr Joanna Kiełbasińska,</b> <b>mgr Anna Suhecka-Marut</b>  + transmisja on-line	Czy frenotomia rozwiąże problemy w karmieniu? Analiza przypadków z praktyki <b>dr n. med. Monika Żukowska- Rubik,</b> <b>mgr Agnieszka Tokarz</b>	Rodzice krążą po różnych specjalistach, aż trafiają do CDL <b>mgr Agnieszka Muszyńska</b>	Hamowanie laktacji w pierwszych dobach po porodzie <b>mgr Kinga Osuch,</b> <b>mgr Joanna Frejus</b>	Matki karmiące w tandemie od strony praktycznej <b>poł. Magdalena Paszko, lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy</b> Warsztat sponsorowany przez firmę Philips Avent
<b>Przerwa kawowa 10.30–10.50</b>					
10.50–12.20 Warsztat 2	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 6 <b>poł. Magdalena Paszko,</b> <b>dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,</b> <b>mgr Joanna Kiełbasińska,</b> <b>mgr Anna Suhecka-Marut</b>  + transmisja on-line	Różnicowanie zmian skórnych u matek karmiących <b>lek. Roksana Kulińska</b>	Rodzice krążą po różnych specjalistach, aż trafiają do CDL <b>mgr Agnieszka Muszyńska</b>	Hamowanie laktacji w pierwszych dobach po porodzie <b>mgr Kinga Osuch,</b> <b>mgr Joanna Frejus</b>	
<b>Lunch – Restauracja 12.20–13.10</b>					
13.10–14.40 Warsztat 3	Różnicowanie zmian skórnych u dzieci i ich związku z karmieniem <b>lek. Roksana Kulińska</b>	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 6 <b>poł. Magdalena Paszko,</b> <b>dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,</b> <b>mgr Joanna Kiełbasińska,</b> <b>mgr Anna Suhecka-Marut</b>	Czy frenotomia rozwiąże problemy w karmieniu? Analiza przypadków z praktyki <b>dr n. med. Monika Żukowska- Rubik,</b> <b>mgr Agnieszka Tokarz</b>		Matki karmiące w tandemie od strony praktycznej <b>poł. Magdalena Paszko, lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy</b> Warsztat sponsorowany przez firmę Philips Avent
<b>Wycieczka historyczna po Falentach 14.50–16.00</b>					

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

W tym roku znów zapraszam Państwa na fascynującą PODRÓŻ po świecie laktacji. Od naukowych emocji, przez codzienną praktykę, po najdziwniejsze przypadki.

Ale ku zaskoczeniu wielu osób, zaczniemy tę PODRÓŻ od postawienia twardej tezy – **Mama karmiąca ma prawo do...** właśnie! Czy zdajecie sobie sprawę jak dobrze skonstruowane jest polskie prawo powiązane z karmieniem piersią? Naprawdę nieźle! Zapewnia mamom szereg usług i przywilejów. A czy wiecie, że tylko 1/3 mam, które odpowiedziały na naszą ankietę, jest tych praw świadoma? 26% ich nie zna, a pozostałe znają częściowo. Ale prawie 70% nie wie co by zrobiły lub nic by nie zrobiły, gdyby je łamano. Przedstawimy Wam wyniki ankiety, a **Profesor Błażej Kmiecik** podsumuje je ze swoim prawniczym doświadczeniem. Liczymy, że kampania **Karmię! Mam prawo!**, którą prowadziliśmy w maju, będzie trwała dalej, bo mamy co robić...

Jednym z praw matek jest realizacja w szpitalach III poziomu referencyjnego Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji, program rekomendowany przez konsultanta krajowego ds. neonatologii, a jakby nierealizowany. **Mgr Agata Ostasz** pokaże nam wyniki z realizacji programu – odważnie i uczciwie, jak to wygląda w realu (praca nagrodzona). **Mgr Beata Sztyber** też podjęła próbę oceny realizacji porad laktacyjnych (praca wyróżniona). Tylko mając dane, wiemy, co należy poprawić, a co działa. Innej drogi nie ma. Każda inna to fikcja. A fikcji nie warto uprawiać.

**Prof. Barbara Królak-Olejniak** wzmocni nas argumentami Amerykańskiej Akademii Pediatrii, która nie ustaje w powtarzaniu, co jest najlepsze dla dzieci w XXI wieku. Sekcja Karmienia Piersią po kolejnych 5 latach wydała nowe rekomendacje, które opierają się na zebranych z całego świata danych. Warto je znać, aby nie dać się zwieść.

Naukowych emocji doda **dr n. biol. Magdalena Babiszewska-Aksamit** (zwycięzczyni konkursu), która wpadła na pomysł, że wielkość piersi może mieć znaczenie. Kolejne prace konkursowe będą prezentowane w IV sesji naukowej, każda jest fascynująca, ale nagrodzone zostało badanie wpływu karmienia piersią na przebieg infekcji RS u niemowlaków **lek. Anny Maćkowskiej**. To niesamowite jak dużo dzieje się w nauce o laktacji i mleku kobiecym dzięki młodym naukowcom! Dziękujemy i im i ich promotorom, którzy patronują tej pasji.

Przekraczamy rubikon podczas Wywiadu z gwiazdami – matkami, które opowiedziały o swoich doświadczeniach w karmieniu w tandemie. Wiecie co to jest tandem? Taki rower. Nie tylko. To nazwa karmienia dwójki dzieci w różnym wieku. Koniecznie posłuchajcie w piątek i weźcie udział warsztacie w sobotę, który przygotowały młode talenty – **poł. Magdalena Paszko i lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy**.

Czeka nas bardzo, bardzo praktyczna opowieść **Catherine Watson-Genny**, niezwykle doświadczonej, znanej na całym świecie, konsultantki laktacyjnej. Niejedna z nas marzyła, aby ją kiedyś zobaczyć. Specjalnie dla nas, podczas transmisji zza Oceanu, Catherine pokaże jak rozpoznać problem i wspomóc funkcję ssania poprzez odpowiednie ułożenie ciała matki i ciała dziecka. Prawie magia, ale oparta na EBM, więc działa.

Dwa wykłady Was wprowadzą w osłupienie. Czy w ogóle możliwe jest karmienie i przyjmowanie litu – przecież lit to maleńka cząsteczka, która łatwo przechodzi do mleka matki. Jak można sobie poradzić z takim wyzwaniem – opowie mistrzyni słowa i nasz wielki autorytet: **dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**. Drugie niesamowite wyzwanie to macierzyństwo mam z HIV, o którym opowie **dr Joanna Kubicka** odkrywając przed nami tajniki swojej pracy.

O kryzysach już zapomnieliśmy, ale nasze ciała i umysły pamiętają. Grupa naukowców wykonała ogromną pracę zbierając trudno dostępne dane na temat wpływu kryzysu wojennego na okres okołoporodowy. Co zyskaliśmy? Co wiemy? Czego można uniknąć w przyszłości? – podzieli się **dr n. społ. Magda Chrzan-Dętkoś**.

Tegoroczne warsztaty też zapowiadają się imponująco: znany i lubiany quiz, w którym prezentujemy najdziwniejsze i najtrudniejsze przypadki z tego roku. Ale będą też dobrze nam znane problemy bardzo dziwnie leczone. Rok temu **dr Roksana Kulińska** uczyła nas o skórze dzieci. W tym roku zajmie się skórą matki. Dlaczego patrząc na te same zmiany w innych częściach ciała każdy wie jak postępować, a w chorobach piersi wymyśla się... oj. A tu trzeba działać szybko i rozważnie, więc dawka wiedzy przyda się każdemu praktykowi. Ogromne doświadczenie **mgr Kingi Osuch** – najstynniejszej szefowej zespołu laktacyjnego Centrum Medycznego Żelazna w połączeniu z profesjonalnym ciepłem psycholog **Joanny Frejus** podczas warsztatu o hamowaniu laktacji, to emocje do szóstej potęgi. Czasem tak bywa. Trzeba zupełnie wbrew naturze zakończyć laktację. Jak to zrobić bezpiecznie dla mamy, dla jej ciała i ducha?

Nie może zabraknąć tematu – „wędzidełko”. A to maleńka część ciała, której zrobiono skuteczną kampanię reklamową. Każdy o nim słyszał. Niestety proces ssania jest bardziej skomplikowany i zależy od wielu innych czynników. **Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik** od wielu lat zgłębia ten temat od strony praktycznej i wyniosła naszą wiedzę na światowy poziom. **Mgr Agnieszka Tokarz** wspaniale opowiada o zawiłościach ssania. Obie pokażą nam przypadki z praktyki, które wymagały szerszego spojrzenia niż tylko zakrzyknięcia: wędzidełko! podciąć!

Coś nowego – warsztat pt. Rodzice chodzą do wielu specjalistów, szukają przyczyny trudności z karmieniem, bółów brzuszka, ulewania, płaczu, odrzucania piersi, słabego przyrostu masy. Chodzą, słuchają, próbują coś zrobić, coś działa, coś nie działa... Trafiają w końcu do CDL. Zawite drogi naszych pacjentów przedstawi wspaniała położna – gwiazda – **mgr Agnieszka Muszyńska**.

Poszczególne sesje poprowadzą cztery przewodniczące miłych nam organizacji – Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, Fundacji Bank Mleka Kobiecego, Stowarzyszenia Nauczycieli NPR, Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych.

Wśród gości też wiele innych zasłużonych osób i organizacji, ciekawe firmy, stoiska, wydarzenia. Na koniec pierwszego dnia – Kala Fitness i Aquaerobic. A na koniec drugiego – wycieczka po bogatej historycznie okolicy.

Zostańcie jak najdłużej, a potem wspominajcie... i do zobaczenia za rok.

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

## Podsumowanie roku 2022/23 i ciekawa rocznica

Czy wiecie, że 20 lat temu w 27 czerwca rozpoczął się pierwszy kurs dla Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych organizowany przez garstkę entuzjastów z Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią? Kurs odbywał się w Instytucie Matki i Dziecka. Wsparcia udzieliła również Ambasada Królestwa Niderlandów, a rekomendacji Międzynarodowa Rada Egzaminatorów (IBLCE). Kurs zgromadził 52 uczestników, medycznych i niemedyycznych. Spośród nich 44 osoby zdały egzamin zdobywając tytuł IBCLC. Do 4 osób, które go już posiadały w Polsce i były główną siłą szkoleniową, dołączyła mocna ekipa – i tak powstało Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych (wcześniej Rada Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych przy KUKP). Dziś praktycznie wszystkie te osoby są czołowymi nauczycielami, praktykami i organizatorami opieki okołoporodowej uwzględniającej mleko matki jako wzorzec żywienia dzieci. Z grona wykładowców tego historycznego kursu – ja i Monika Żukowska-Rubik oraz dr hab. n. med. Piotr Dziechciarz, dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska, dr n. o zdr. Beata Szyber – uczą Was do dziś, a koordynatorem szkoleń jest ta sama, nieoceniona Monika Marzec. Łezka się kręci...

Ten rok był jak zwykle rokiem ciężkiej, mrówczej pracy na niwie edukacyjnej. Odbyła się 23. edycja Kursu Problemy w laktacji, którą ukończyło 141 położnych i lekarzy, w tym po raz pierwszy – mężczyzna. Liczba przeszkolonych tym kursem wzrosła do 1694 osób, a wszystkich 12500.

Nowym wyzwaniem był kurs związany z kryzysem uchodźczym pt. Karmienie piersią – najzdrowsze dla mamy i dziecka w każdych warunkach, który odbył się w Lublinie dla 106 położnych i pielęgniarek z regionu.

Nieustannie realizowaliśmy kursy mniejsze, tzw. branżowe: dla neurologopedów, fizjoterapeutów, dietetyków, dla pracowników szpitali. Z racji rosnącej liczby osób, które praktykują specjalistyczną poradę laktacyjną – coraz więcej szuka kursu dla zaawansowanych pt. Praktyka CDL. Kursy dla naszych trenerów, utrzymują poziom ich wiedzy na najwyższym poziomie.

Na jesieni kontynuowałyśmy rozmowy z Ministerstwem Zdrowia w sprawie: monitorowania wskaźników karmienia i dokarmiania sztucznego dzieci, odtworzenia procedury porady laktacyjnej specjalistycznej oraz zakupu sprzętu laktacyjnego dla wszystkich szpitali. Na bazie tych rozmów powstał Zespół ds. poprawy jakości opieki laktacyjnej w Polsce, w którym bierzemy czynny udział. Mamy nadzieję, że to co robiłyśmy przez lata same, teraz wejdzie do systemów kształcenia i udzielania świadczeń. Jeśli nie utonie w papierach i systemowych odmętach...

Włączyłyśmy się też w utworzenie Koalicji na rzecz Karmienia Piersią z wieloma organizacjami, które podobnie myślą. W kupie siła.

W maju prowadziłyśmy wraz z partnerami Fundacją Mlekiem Mamy i Fundacją Rodzić po Ludzku kampanię o prawach matek karmiących piersią. Na naszą ankietę odpowiedziało 3174 matek, a posty i artykuły z cyklu Karmię! Mam prawo do... krążą w internecie. Akcji patronuje Rzecznik Praw Pacjenta. Wsparcia organizacyjnego udzieliła firma Nutropharma i Zakłady farmaceutyczne Unia.

Najważniejsze jednak, że wokół nas wciąż nowe i to coraz młodsze talenty – zobaczycie na Zjeździe!

Magdalena Nehring-Gugulska, Dyrektor CNoL



# Jak w Polsce respektowane są prawa matek karmiących i ich dzieci – wyniki badania ankietowego CNoL

**lek. Aneta Nagórska, lek. Dorota Bębenek**  
**dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska**  
**Lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy**

Karmienie piersią to jedno z najważniejszych działań jakie kobieta może podjąć, aby zadbać o zdrowie swojego dziecka od chwili narodzin. Wiele matek pragnie karmić dziecko piersią, ale często od samego początku napotyka na swojej drodze wiele przeciwności i doświadcza braku wsparcia zarówno ze strony personelu medycznego, rodziny, znajomych, obcych ludzi jak i po prostu systemu.

W Polsce mamy całkiem dobrze sformułowane prawo, jeżeli chodzi o ochronę kobiet w okresie karmienia piersią. Jako Centrum Nauki o Laktacji stworzyliśmy ankietę, która miała na celu rozeznanie czy kobiety znają swoje prawa oraz jak są one przestrzegane. Otrzymałyśmy ogromny odzew ze strony matek. Naszą ankietę wypełniło ponad 3 tysiące kobiet karmiących piersią.

Dzięki niej wiemy, że warto rozpowszechniać wiedzę o prawach mam karmiących, bo aż 25% kobiet nie wie, że ma jakiekolwiek prawa związane z karmieniem piersią, a gdyby doszło do ich łamania ponad połowa nie wie co by zrobiła. Podczas naszej majowej kampanii „Karmię! Mam prawo!” uświadamialiśmy w mediach społecznościowych kobiety jakie działania mogą podjąć w przypadku naruszenia ich praw.

## **Prawo do opieki okołoporodowej**

W Polsce wiele praw związanych z opieką okołoporodową wynika głównie z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (S000).

Wyniki naszej ankiety pokazują, że z jednej strony nie są one w pełni respektowane w Polsce, a z drugiej strony tylko 1/3 mam deklaruje podjęcie działań, gdyby złamano ich prawo do karmienia piersią.

Z S000 wynika między innymi, że każda kobieta ciężarna ma prawo do bezpłatnej edukacji przedporodowej zorganizowanej w formie zajęć indywidualnych lub grupowych. 80% z naszych ankietowanych uczęszczało do szkoły rodzenia, ale spośród nich połowa czuła się dobrze przygotowana do karmienia piersią. 200 kobiet (8%) zeznało, że nie poruszano tam w ogóle tematu karmienia naturalnego... A 15% matek widziało tam reklamy mleka sztucznego, co jest zakazane w S000. Szkoda, że pomimo uczęszczania do szkoły rodzenia, połowa matek nie czuła się przygotowana do karmienia.

Instruktaż prawidłowego przystawiania do piersi w szpitalu po porodzie otrzymało 70% kobiet, ale mimo tego 40% z tej grupy miało dalej problemy z przystawianiem. Ponad 22% kobiet nie pokazano jak prawidłowo przystawić dziecko do piersi, pomimo chęci z ich strony.

Również zgodnie z SOOO w przypadku problemów z karmieniem należy wdrożyć postępowanie zgodnie z aktualną wiedzą na temat laktacji w celu umożliwienia skutecznego nakarmienia noworodka mlekiem matki z piersi, a jeżeli nie jest to możliwe – odciągniętym mlekiem matki. Niestety połowa kobiet, które otrzymały pomoc, stwierdziło, że była ona niewystarczająca. Natomiast aż 18% badanych kobiet wcale nie otrzymało wsparcia w przypadku problemów z karmieniem. 20% mam usłyszało, że nie ma pokarmu... A ponad 37% czuło się zachęcanych do podania mieszanki! A przecież to odciągnięty pokarm matki powinien być pierwszym wyborem! Za to po opuszczeniu szpitala, aż 76% matek, które miały problem z laktacją uzyskało pomoc położnej w karmieniu piersią, 62% z nich uznało ją za skuteczną. Nieźle wyniki!

### **Prawo do odmowy karmienia sztucznego**

Z dostępnych badań wynika, że POŁOWA polskich noworodków jest dokarmiana mlekiem modyfikowanym w szpitalu, czyli na początku ich mlecznej drogi. Z naszej Ankiety wynika, że 70%!!! Czy wiecie, ile procent dzieci na tym etapie rzeczywiście wymaga dokarmiania ze względów medycznych? Maksymalnie kilkanaście!

Jeśli, mimo podjęcia prawidłowych działań inicjujących i stymulujących laktację, karmienie jest nieefektywne i brakuje odciąganego mleka mamy, wcześniak i dziecko chore powinno otrzymywać mleko z banku mleka, które jest dostępne bezpłatnie. Jeśli noworodek zdrowy, donoszony, na podstawie decyzji lekarza, musi być dokarmiany mlekiem modyfikowanym, personel ma obowiązek udzielić matce informacji na ten temat oraz odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. (XIII 3.5 SOOO)

Personel medyczny nie może podawać mieszanki bez udzielenia informacji opiekunowi dziecka i bez uzasadnienia medycznego! W naszego badania wynika, że 25% mam nie pytano o zgodę na podanie mieszanki dziecku!

No i jeszcze kobiety zewsząd są atakowane reklamami mleka modyfikowanego – aż 70% kobiet spotkało się gdzieś z taką reklamą, między innymi w przychodniach (40%), w szpitalach (38%) i w szkołach rodzenia (15%). Przypominamy, że zgodnie z Dyrektywą Komisji Europejskiej 2006/141/WE zaimplementowaną do polskiego prawa (Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia, Rozp. MZ dot. środków żywieniowych specjalnego przeznaczenia), reklamowanie produktów do początkowego żywienia niemowląt jest zabronione. SOOO zabrania tego na terenie placówek prowadzących edukację przedporodową i sprawujących opiekę nad kobietami w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami. Zatem rodzice nie powinni otrzymywać w szkole rodzenia, przychodni czy szpitalu ulotek, próbek, akcesoriów związanych z mlekiem modyfikowanym. Niestety prawie 30% mam dostało je w szpitalu!

### **Prawo do równego traktowania**

Pomimo, że wszyscy na prawo i lewo mówią „karmienie piersią jest najlepsze” i wydałoby się, że szanowanie karmiących mam jest oczywistą konsekwencją, to jednak polskie mamy doświadczają dyskryminacji w wielu dziedzinach życia. Na podstawie wyników naszej ankiety około 22% mam czuło się dyskryminowanych z powodu karmienia piersią, a 17% doświadczyło hejtu lub nieprzyjemnych komentarzy w Internecie. W przypadku

mam karmiących długo dane są dosyć przykre – krytyki i nieprzyjemnych komentarzy doświadcza ponad 60% kobiet, głównie od rodziny, znajomych i pracowników ochrony zdrowia, czyli od grup społecznych, które powinny je szczególnie wspierać!

Polskie mamy karmiące spotykają się również z dyskryminacją, jeśli chodzi o dostęp do świadczeń medycznych – 23% ankietowanych kobiet spotkało się z odmową przepisania leku lub podjęcia leczenia, na szczęście tylko 6% kobiet nie mogło wykonać badania obrazowego, 5% odmówiono usług stomatologicznych tylko z powodu karmienia piersią.

### **Prawo do karmienia tak długo jak chce matka i dziecko**

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wyłączne karmienie piersią do ukończenia przez dziecko 6 miesięcy życia oraz kontynuację karmienia piersią do ukończenia 2-ego roku życia i dłużej. Co to znaczy „dłużej”? Tak długo, jak wynika to z potrzeb mamy i dziecka, zgodnie z oświadczeniem Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. Oznacza to tyle co w tytule – masz prawo karmić tak długo jak chcesz. I nikomu nic do tego! No chyba, że dziecku – ono też może zdecydować, kiedy skończyć. Tegoroczne badanie pokazało, że aż 47% kobiet bez ważnych powodów otrzymało sugestię zakończenia karmienia piersią wcześniej, niż planowało!!! Nie uwierzycie, ale 40% kobiet usłyszało, że ich mleko nie ma już żadnych wartości! 32% kobiet – że karmi już tylko dla własnej przyjemności! 23% – że „zaburza dziecku psychikę” przez długie karmienie.

### **Prawo do karmienia w miejscu publicznym**

A co z karmieniem w miejscu publicznym? Oburzamy się, gdy słyszymy, że jakaś mama, która karmiła dziecko w parku, w restauracji czy w pociągu spotkała się z nieprzyjaznymi spojrzeniami lub komentarzami innych. Czasem dociera opowieść, że mama została wyproszona przez kelnera z kawiarni, bo zaczęła karmić dziecko. Wydawałoby się, że to duży problem w Polsce. A jednak badania dowodzą, że to nie tak częste, ale za to medialne doniesienia, które powodują obawy u matek. Gdy badałyśmy doświadczone matki długo karmiące, 60% z nich deklarowało, że karmi swoje dzieci gdzie chcą, bez ograniczeń miejsca. Pewna część matek doznawała trudności, ale raczej z powodu wieku dziecka. Według wyników naszej ankiety, którą wypełniały mamy dzieci w różnym wieku, około 7% doświadczyło nieuprzejmych komentarzy, około 7% dostało propozycję nakarmienia dziecka w toalecie (!!!), a około 2,5% usłyszało sugestię opuszczenia miejsca lub zakaz karmienia publicznie. Ponieważ karmienie jest naturalnym procesem żywienia dziecka, to nawet tych 7% nie powinno być!

### **Prawo do przerw w pracy**

A jak w naszej ankiecie wypadli pracodawcy? Zgodnie z art. 187 Kodeksu pracy pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy, a przerwy te mogą być udzielane łącznie. Spośród kobiet, które wróciły do pracy w okresie karmienia piersią aż 60% z nich korzystało z przerwy na karmienie, jednak aż połowa z nich musiała przedstawić zaświadczenie o karmieniu piersią... Nie ma podstaw prawnych do żądania od pracownicy karmiącej dziecko piersią

przedstawienia zaświadczenia lekarskiego, potwierdzającego tę okoliczność. Żadne przepisy prawne nie przewidują również obowiązku wystawiania przez lekarzy zaświadczeń o karmieniu piersią. Naprawdę, tylko 6% kobiet nie uzyskało zgody pracodawcy na przerwę, pomimo zgłoszenia takiej chęci.

### **Prawo do jedzenia tego co lubi matka**

Mogłoby się wydawać, że mit diety matki karmiącej został już dawno obalony... I że każdy już wie, że nie ma czegoś takiego jak dieta matki karmiącej – mama karmiąca piersią tak jak każdy inny powinna odżywiać się zdrowo i w sposób zbilansowany zgodnie z piramidą żywienia. Należy unikać alkoholu, tytoniu i używek, ograniczyć produkty o niskiej wartości odżywczej, ale nie ma dowodów naukowych nakazujących wyłączenie z diety matki chociażby pokarmów alergizujących. Ba! Takie wykluczenia z diety mogą wręcz spowodować wzrost ryzyka alergii u dziecka na te produkty w przyszłości. Mamy rok 2023. Już w 2008 roku potwierdzono brak wpływu diety eliminacyjnej na częstość występowania alergii i rekomendowano zdrową, urozmaiconą dietę matce w okresie laktacji. Polscy eksperci wydali podobnej treści zalecenia 10 lat temu, w roku 2013! I powtórzyli to w tym roku.

Z naszego badania z roku 2021 wynika, że 98% mam słyszało o dietach, a ponad POŁOWIE zalecono unikanie pewnych produktów już w szpitalu po porodzie! Tegoroczne badanie potwierdziło, że nadal istnieje ten proceder. Rezygnację z pokarmów alergizujących zalecano 40% matek, ale 36% odradzano pokarmy wzdymające.

NIESTETY – TRZEBA SIĘ UDERZYĆ W PIERŚ – najczęściej diety zleca personel medyczny: położne, pediatrzy i lekarze rodzinni, choć 13–18% mam sama sobie narzuca dietetyczny reżim. W efekcie, wg badania Karcz i Lehman z 2020 roku, 29% matek stosuje dietę eliminacyjną w trakcie karmienia piersią. W jednym z naszych badań, było to aż 48%!

### **Wnioski**

Podsumowując, rozpowszechnianie wiedzy na temat praw kobiet karmiących piersią jest potrzebne, aby zwiększać świadomość zarówno matek jak i całego społeczeństwa. Kobiety muszą najpierw znać swoje prawa, żeby mogły później informować o nich osoby, które próbują je łamać. W sytuacjach skrajnych powinny walczyć o ich przestrzeganie – jest szereg instytucji, które są do tego przeznaczone np. Rzecznik Praw Pacjenta! Im większa świadomość społeczna tym większa akceptacja dla karmienia piersią i ochrona przed dyskryminacją. Naszym zadaniem jest wspierać matki i pokazywać drogi wyjścia z trudnych sytuacji, bo zapewnienie dobra psychicznego kobiet karmiących to zapewnienie dobrego startu dziecku.

Więcej na temat praw kobiet karmiących piersią i gdzie zgłaszać naruszenia znajdziecie tu:

<https://cnol.kobiety.med.pl/pl/prawa-kobiet-2/>

---

## Niektóre akty prawne stające po stronie mamy karmiącej:

**Artykuł 32 Konstytucji RP** mówi jasno: „Wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”.

**Art. 6 Ustawy o równym traktowaniu** zakazuje nierównego traktowania osób fizycznych ze względu na płeć w zakresie dostępu i warunków korzystania z usług oferowanych publicznie.

Oświadczenie Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania z 2016 roku które mówi, że „kobieta ma prawo do swobodnego karmienia piersią w miejscach publicznych. Przepisy polskiego prawa nie zabraniają karmienia w miejscu publicznym (restauracji, centrum handlowym czy w komunikacji miejskiej). Przedsiębiorca, który wywiera presję na karmiącej kobiecie, aby zmieniła miejsce karmienia, działa bezprawnie.

### S000

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756)

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>

**Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta:** „pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania [...]”. Co to znaczy w kontekście laktacji? Mama noworodka, który wymaga dokarmiania, powinna uzyskać od personelu informację, z jakiego powodu tak się dzieje, jakie działania są proponowane i jakie będą miały konsekwencje. Gdy opiekun jest już poinformowany – może podjąć decyzję zgodnie z art. 16: „Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.”. W przypadku noworodka mowa oczywiście o zgodzie rodzica.

### Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej (fragmenty)

1. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
2. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
3. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.

**Kodeks Etyki Lekarskiej:** „Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z posza-

nowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania.

Dyrektywa Komisji Europejskiej 2006/141/WE (utraciła moc, zastąpiło ją **Rozporządzenie Parlamentu EU 609/2013**)

Reklama preparatów do początkowego żywienia niemowląt była ograniczona do publikacji wyspecjalizowanych w opiece nad dziećmi i do publikacji naukowych, co ważne zgodnie z unijnymi wytycznymi mogła zawierać jedynie informacje naukowe i rzeczowe, a te nie mogą dawać do zrozumienia ani nie wywoływać przekonania, że karmienie z butelki jest równoważne lub przewyższa karmienie piersią.

### **Ustawa o bezpieczeństwie żywności i żywienia**

W zaimplementowanych w Polsce przepisach do ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia określono, że reklama preparatów do początkowego żywienia niemowląt może być prowadzona wyłącznie w publikacjach popularnonaukowych specjalizujących się w upowszechnianiu wiedzy z zakresu opieki nad dzieckiem lub w publikacjach naukowych i musi być ograniczona do informacji potwierdzonych badaniami naukowymi. Informacje zawarte w reklamie nie mogą sugerować, że karmienie sztuczne jest równoważne lub korzystniejsze od karmienia piersią. Co jednak ważne – zabrania się oferowania lub dostarczania przez producentów lub dystrybutorów preparatów do początkowego żywienia niemowląt oraz przedmiotów służących do karmienia niemowląt, ich próbek lub innych przedmiotów tego typu o charakterze promocyjnym – konsumentom, w tym przede wszystkim kobietom ciężarnym, rodzicom niemowląt lub członkom ich rodzin, bezpośrednio lub za pośrednictwem podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, bezpłatnie lub po obniżonej cenie.

**Rozporządzenie MZ dot. środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego.** Zgodnie z nim materiały informacyjne i edukacyjne kierowane do kobiet w ciąży oraz matek niemowląt i małych dzieci dotyczące żywienia niemowląt mają zawierać informacje dotyczące: 1) korzyści płynących z karmienia naturalnego i wyższości tego karmienia nad karmieniem sztucznym; 2) właściwego żywienia kobiet karmiących oraz przygotowania do karmienia piersią i utrzymania tego procesu; 3) możliwych negatywnych skutków dla karmienia piersią w przypadku częściowego karmienia za pomocą butelki; 4) trudności w powrocie do karmienia piersią, jeżeli zostanie podjęta decyzja o karmieniu sztucznym; 5) odpowiedniego stosowania preparatu do początkowego żywienia niemowląt, jeżeli jest to konieczne ze względu na prawidłowe żywienie niemowląt.

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej** (Dz.U. 2018 poz. 1756)

Podmioty wykonujące działalność leczniczą prowadzące edukację przedporodową nie prowadzą działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, a także w podmiocie wykonującym działalność leczniczą sprawującym opiekę nad kobietami

w okresie ciąży, po porodzie i noworodkami nie prowadzi się działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią. (IV.7 S000)

### **Przerwa na karmienie: Art. 187 ustawy kodeks pracy**

§ 1. Pracownica karmiąca dziecko piersią ma prawo do dwóch półgodzinnych przerw w pracy wliczanych do czasu pracy. Pracownica karmiąca więcej niż jedno dziecko ma prawo do dwóch przerw w pracy, po 45 minut każda. Przerwy na karmienie mogą być na wniosek pracownicy udzielane łącznie.

§ 2. Pracownicy zatrudnionej przez czas krótszy niż 4 godziny dziennie przerwy na karmienie nie przysługują. Jeżeli czas pracy pracownicy nie przekracza 6 godzin dziennie, przysługuje jej jedna przerwa na karmienie.

**Pomieszczenie do wypoczynku: § 38 (Rozdział 6) w Załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawach ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. 2003 nr 169, poz. 1650 z późn. zm.)**

§38. 1. W zakładzie pracy zatrudniającym na jedną zmianę więcej niż dwadzieścia kobiet w jednym budynku należy urządzić pomieszczenie z miejscami do wypoczynku w pozycji leżącej dla kobiet w ciąży i karmiących matek, przyjmując jedno miejsce na każdych trzysta kobiet zatrudnionych na jednej zmianie, lecz nie mniej niż jedno miejsce.

2. Powierzchnia pomieszczenia, o którym mowa w ust. 1 nie może być mniejsza niż 8 m<sup>2</sup>.

### **§176 (zakaz wykonywania niektórych prac)**

Prace szczególnie uciążliwe: Art. 176 u.k.p.

Nie wolno zatrudniać kobiet przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz tych prac.

**Wykaz prac uciążliwych: Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 3 kwietnia 2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 796 z późn. zm.) w sprawie wykazu prac uciążliwych, niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet w ciąży i kobiet karmiących dziecko piersią.**

# Prawa matki, dziecka, pacjenta... i co z tym zrobimy?

**Prof. dr hab. Błażej Kmiecik**

Czy w polskim systemie ochrony zdrowia jesteśmy w stanie dostrzec grupę pacjentów posiadających unikalne prawa? Nie chodzi tutaj o traktowanie kogoś w sposób lepszy niż innych. Mówimy raczej o sytuacji pacjentów, którzy z jakiś określonych względów znajdują się w szczególnej sytuacji.

Odpowiedź na wskazane powyżej pytanie jest jak najbardziej pozytywna. Do grona pacjentów, którym polskie prawo nadaje unikalne uprawnienia zaliczyć możemy kobiety znajdujące się w ciąży, kobiety, które urodziły dziecko oraz dzieci. Polska Konstytucja w art. 68 ust. 3 zwraca uwagę, że „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.” Zgodnie z wskazanym tutaj przepisem zarówno kobieta w ciąży, jak i dziecko są pacjentami, których państwo winno otoczyć szczególną troską. Mowa z jednej strony o działaniach w pełni zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej (to prawo oczywiście mają także inne grupy pacjentów). Pamiętać jednak trzeba o innym, praktycznym uprawnieniu. Mowa o dostępie do świadczeń zdrowotnych bez względu na to czy pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne, czy też go nie ma. Dostęp do tych świadczeń jest zatem darmowy.

Warto pamiętać, że przywołana grupa pacjentów znajduje się także w innych, ważnych polskich dokumentach z zakresu prawa medycznego. Mowa tutaj zwłaszcza o ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dokument ten w Rozdziale 9 odnosi się do prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Jednym z jego szczególnych elementów jest prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Jak zaznaczono w art. 34 ust. 2 „Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu.

Polski ustawodawca zwrócił uwagę na zagadnienie szczególne. Ciąża z całą pewnością nie może być określana mianem stanu choroby. Jednocześnie jest to unikalny, rozłożony w czasie okres życia kobiety (oraz jej bliskich), w którym to pojawia się sytuacja trudna do porównania z jakąkolwiek inną. Z jednej strony dochodzi do dynamicznych zmian fizjologicznych. Sytuacja, w jakiej znajduje się organizm pacjentki ma tutaj bardzo dynamiczny charakter. Z drugiej strony ciąża jest coraz częściej tym stanem, który jest momentem wymarzonym, czasem wręcz „wypracowanym”. (kobieta z mężem/partnerem starała się o dziecko) Z trzeciej strony należy pamiętać, że w okresie ciąży zawsze mamy do czynienia z dwoma pacjentami: kobietą oraz płodem/dzieckiem poczętym. Wskazane powyżej regulacje tym samym odnoszą się także do tego pacjenta, który poddawany jest: diagnozie, a także terapii, czasem również w postaci zabiegów z zakresu chirurgii płodowej. Doskonale tą sytuację oddaje przepis wskazany w art. 39 Kodeksu Etyki Lekarskiej, zgodnie z którym „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania



o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem.” Zasada szacunku dla praw dziecka jako pacjenta odnosi się również do okresu tuż po urodzeniu. Z jednej strony mówimy tutaj o działaniach zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Z drugiej strony mówimy tu o poszanowaniu godności dziecka. Z trzeciej dotykamy tutaj szczególnie trudnych sytuacji, jak umieranie dziecka. Ma ono pełne prawo do: rezygnacji z terapii uporczywej, łagodzenia bólu, obecności osoby bliskiej.

Myśląc o wyzwaniach związanych z ochroną praw kobiety w okresie ciąży, porodu oraz praw dziecka warto zwrócić uwagę na kilka kluczowych elementów:

- brak poszanowania praw kobiety w trakcie porodu (nadal zdarzają się sytuacje kierowania w stronę kobiet niewłaściwych, niekulturalnych komunikatów, brak uśmierzenia bólu w trakcie akcji porodowej)
- brak jest nadal systemowego podejścia do sytuacji kobiet, które doświadczają poronienia: brak informacji dotyczącej, brak informacji o prawnych podstawach dalszych działań (pogrzeb, zasiłek, urlop), brak udzielania informacji medycznych, brak wsparcia psychologicznego,
- brak jest informacji dotyczących działań hospicjów perinatalnych wspierających rodziców dziecka w sytuacji pojawienia się wady letalnej płodu,
- brak jest systemowego podejścia do działań w postaci doradztwa laktacyjnego, działanie to nie spotyka się z należyтым zainteresowaniem ze strony władz publicznych.

## Abstract

### **Mother's, child's, patient's rights... and what are we going to do about it?**

Are we able to see a group of patients with unique rights in the Polish healthcare system? It's not about treating someone better than others. We are talking rather about the situation of patients who, for some specific reasons, are in a special situation. The answer to the above question is absolutely positive. The group of patients to whom the Polish law grants unique rights includes pregnant women, women who have given birth to a child and children. The Polish Constitution in Art. 68 sec. 3 points out that „Public authorities are obliged to provide special health care to children, pregnant women, people with disabilities and the elderly.” According to the provision indicated here, both the pregnant woman and the child are patients who should be given special care by the state. On the one hand, we are talking about actions that are fully consistent with the current state of medical knowledge (of course, other groups of patients also have this right). However, one should remember about another, practical entitlement. We are talking about access to health services regardless of whether the patient has health insurance or not. Access to these benefits is therefore free. It is worth remembering that the mentioned group of patients is also included in other important Polish documents in the field of medical law. This applies in particular to the Act on Patient Rights and the Ombudsman for Patients' Rights. This document in Chapter 9 refers to the patient's right to respect for private and family life. One of its specific elements is the right to supplementary nursing care. as noted in art. 34 sec. 2 „The additional nursing care referred to in paragraph 1

is understood as care that does not consist in the provision of health services, including care exercised over a minor patient or a patient with a certificate of severe disability, and over a patient in the conditions of pregnancy, childbirth and puerperium.”

The Polish legislator drew attention to a specific issue. Pregnancy certainly cannot be described as a state of illness. At the same time, it is a unique period of a woman’s (and her relatives’) life, spread over time, in which a situation difficult to compare with any other appears. On the one hand, there are dynamic physiological changes. The situation in which the patient’s body finds itself here is very dynamic. On the other hand, pregnancy is more and more often a state that is a dream moment, sometimes even „worked out”. (a woman and her husband/partner were trying for a child) Thirdly, it should be remembered that during pregnancy there are always two patients: a woman and a fetus/conceived child. The above-mentioned regulations thus also apply to the patient who is subjected to: diagnosis, as well as therapy, sometimes also in the form of fetal surgery. This situation is perfectly reflected in the provision set out in Art. 39 of the Code of Medical Ethics, according to which „By undertaking medical activities in a pregnant woman, the doctor is also responsible for the health and life of her child. Therefore, it is the doctor’s duty to make efforts to preserve the health and life of the child also before its birth.” The principle of respect for the rights of the child as a patient also applies to the period immediately after birth. On the one hand, we are talking here about activities in line with the current state of medical knowledge. On the other hand, we are talking here about respecting the dignity of the child. From the third, we touch here particularly difficult situations, such as the dying of a child. It has the full right to: resignation from persistent therapy, pain relief, the presence of a loved one.

Thinking about the challenges related to the protection of women’s rights during pregnancy and childbirth, and the rights of the child, it is worth paying attention to a few key elements:

- lack of respect for women’s rights during childbirth (there are still situations where inappropriate, immoral messages are directed at women, lack of pain relief during childbirth)
- there is still no systemic approach to the situation of women who experience miscarriage: no information regarding, no information about the legal grounds for further actions (funeral, allowance, leave), no medical information, no psychological support,
- there is no information on the activities of perinatal hospices supporting the child’s parents in the event of a lethal fetal defect,
- there is no systemic approach to activities in the form of lactation advice, this activity does not meet with due interest on the part of public authorities.

## Notatki

## Co nowego zaleca AAP w sprawie karmienia piersią?

prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek

Czekaliśmy na aktualizację zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii (American Academy of Pediatrics – AAP) ekspertów Section on Breastfeeding, Committee on Nutrition, Committee on Fetus and Newborn. Aktualne rekomendacje AAP opublikowane w Pediatrics w 2022r. są zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO), Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), Amerykańskiej Akademii Lekarzy Rodziny (American Academy of Family Physicians – AAFP) i Kanadyjskiego Towarzystwa Pediatrii (Canadian Pediatric Society – CPS).

Zaleca się karmienie piersią do 6 miesiąca życia, a następnie do 2 roku lub dłużej wprowadzając żywność uzupełniającą.

Mleko kobiece zawiera wyjątkową kompozycję składników w tym antymikrobiologiczne, przeciwzapalne, immunoregulujące, a także żywe komórki, uczestniczących w rozwoju układu immunologicznego dziecka. Badania i metaanalizy potwierdzają związek wyłącznego karmienia piersią przez 6 miesięcy z obniżeniem wskaźnika infekcji dolnych dróg oddechowych, ostrej biegunki, zapalenia uszu i otyłości. Dodatkowa żywność podawana wcześniej niż w 6 miesiącu nie przynosi korzyści dla dziecka karmionego piersią w zakresie wzrastania, rozwoju ani niedoboru żelaza, a może być związana ze zwiększonym ryzykiem nadwagi lub otyłości, szczególnie jeżeli została włączona przed 4 miesiącem życia.

The European Food Safety Authority Panel on Nutrition, Novel Foods, and Food Allergens podsumował, że większość niemowląt nie wymaga dodatkowej podaży produktów innych niż mleko z powodów żywieniowych aż do około 6 miesiąca życia. AAP wspiera kontynuację karmienia piersią, po włączeniu żywności uzupełniającej około 6 miesiąca życia, tak długo, jak życzą sobie tego matka i dziecko – 2 lata i dłużej. AAP zaleca również karmienie piersią i stosowanie mleka kobiecego u noworodków z bardzo małą masą urodzeniową (VLBW).

Zwrócono szczególną uwagę na obniżone ryzyko schorzeń zarówno w wieku dziecięcym jak i w przyszłości związane z karmieniem piersią.

Schorzenia	Obniżone ryzyko %	Karmienie piersią	Piśmiennictwo
Infekcje dolnych dróg oddechowych	19	Wyłącznie 6 mo	Eur J Clin Nutr. 2016;70(12):1420-1427
Biegunki	30	Wyłącznie 6 mo	Eur J Clin Nutr. 2016;70(12):1420-1427
Zapalenie ucha środkowego	33	Każde	Acta Paediatr. 2015;104(467):85-95
Astma	22	Dłuższe	Am J Epidemiol. 2014;179(10):1153-1167

Schorzenia	Obniżone ryzyko %	Karmienie piersią	Piśmiennictwo
Egzema w pierwszych 2 latach życia	<b>26</b>	Wyłącznie 3–4 mo	Acta Paediatr. 2015;104(467):38-53
Choroba Crona	<b>29–80</b>	Każde do 12 mo	Aliment Pharmacol Ther. 2017;46(9):780-789
Colitis ulcerosa	<b>22–79</b>	Każde do 12 mo	Aliment Pharmacol Ther. 2017;46(9):780-789
Otyłość	<b>18–31</b>	Każde	Obes Facts. 2019;12(2):226-243
Cukrzyca typu 1	<b>11–20</b>	wyłącznie 6 mo	Diabetes Care. 2017;40(7):920-927
Cukrzyca typu 2	<b>33</b>	Każde	Curr Diab Rep. 2019;19(1):1
Leukemia	<b>11–19</b>	6 mo	AMA Pediatr. 2015;169(6):e151025

Tab. 1. Karmienie piersią a ryzyko wystąpienia schorzeń u dzieci

Wskazano, że karmienie piersią ma też korzystny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne matki. Jest też ważnym zachowaniem społecznym, sprzyja nawiązywaniu utrwalaniu więzi między matką a dzieckiem. Karmienie piersią ma korzystny wpływ na macierzyństwo. Zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji poporodowej u matki.

Schorzenia	Obniżone ryzyko %	Karmienie piersią	Piśmiennictwo
Cukrzyca typu 2	<b>32</b>	Dłuższe	Nutr Metab Car-diovasc Dis. 2014;24(2):107-115
Cukrzyca	<b>30</b>	>12 mo	JAMA Netw Open. 2019;2(10):e1913401
Cukrzyca ciążowa	<b>70</b>	Dłuższe	Diabetes Meta Res Rev. 2017;33(4):e2875
Nadciśnienie tętnicze	<b>8–13</b>	Wyłącznie	Breastfeed Med. 2018;13(5):318-326
Rak piersi przed menopauzą	<b>14</b>	Jakiegokolwiek	J Hum Lact. 2017;33(2):422-434
Rak piersi po menopauzie	<b>11</b>	Jakiegokolwiek	J Hum Lact. 2017;33(2):422-434
Rak jajnika	<b>9–30</b>	Jakiegokolwiek 6–12 mo	Acta Paediatr. 2015;104(467):96-113
Rak endometrium	<b>11</b>	Jakiegokolwiek	Obstet Gynecol. 2017;129(6):1059-1067
Rak tarczycy	<b>9</b>	Jakiegokolwiek	Clin Nutr. 2016;35(5):1039-1046

Tab. 3. Karmienie piersią a stan zdrowia matki

## Przeciwwskazania do karmienia piersią

1. Klasyczna galaktozemia u dziecka jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do karmienia piersią.
2. Matki w Stanach Zjednoczonych nie powinny karmić piersią lub podawać mleka odciągniętego swoim niemowlętom, jeśli są zakażone wirusem HIV, ludzkim wirusem limfotropowym komórek T typu I lub typu II, nieleczoną brucelozą lub podejrzaną lub potwierdzoną chorobą wywołaną wirusem Ebola.

Większość infekcji matczynych nie stanowi przeciwwskazań do karmienia piersią.

Dzieci matek HBs (+) dodatnich powinny otrzymać szczepionkę i immunoglobulinę anti-HBs, w czasie pierwszych 12 godzin życia, ale nie ma potrzeby opóźniania inicjacji karmienia. Kontakt skóra do skóry i karmienie piersią mogą odbyć się bezpośrednio po porodzie.

Szczepienie p/grypie jest zalecane w czasie karmienia piersią, jeżeli matka nie zaszczepiła się w ciąży, a karmienie trwa do kolejnego sezonu grypy.

Należy korzystać z Red Book AAP: Report of the Committee on Infectious Diseases lub konsultacji ze specjalistą chorób infekcyjnych dzieci w celu uzyskania aktualnych zaleceń dotyczących karmienia piersią i chorób zakaźnych. Poniżej podano strony internetowe i pozycje piśmiennictwa zalecane w celu oceny farmakoterapii w trakcie laktacji.

### Reference Website

Drugs and Lactation Database (LactMed), National Library of Medicine/National Institutes of Health, available via the internet or through mobile applications	<a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/?report=classic">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/?report=classic</a>
Dr Thomas Hale's Medications and Mother's Milk; Infant Risk Center at Texas Tech University	<a href="https://www.infantrisk.com/">https://www.infantrisk.com/</a>
MotherToBaby medication fact sheets	<a href="https://mothertobaby.org/fact-sheets-parent/">https://mothertobaby.org/fact-sheets-parent/</a>
Sachs HC; American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs.	<a href="https://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/e796">https://pediatrics.aappublications.org/content/132/3/e796</a>

Opioidy, kokaina i fencyklidyna stanowią przeciwwskazanie do karmienia piersią ze względu na ich potencjalny wpływ na długotrwały rozwój neurobehavioralny niemowlęcia. Jednak matki, które stosowały opioidy w okresie prenatalnym, powinny rozpocząć i kontynuować karmienie piersią, aby złagodzić wpływ odstawienia opioidów na noworodka. Niektóre noworodki mogą wymagać leczenia farmakologicznego, ale zalecany jest rooming-in i kontynuowanie karmienia piersią.

Zarówno matki, jak i niemowlęta powinny być ściśle monitorowane podczas hospitalizacji i w warunkach ambulatoryjnych pod kątem objawów odstawienia oraz odpowiedniego przyrostu masy ciała niemowlęcia.

Marihuana – obecne dane są niewystarczające do oceny skutków narażenia niemowląt karmionych piersią. Ponieważ potencjalne ryzyko narażenia niemowląt na metabolity marihuany nie jest znane, kobiety powinny być informowane o potencjalnym ryzyku narażenia dziecka w czasie karmienia i zachęcane do powstrzymania się od używania jakichkolwiek produktów zawierających marihuanę.

Alkohol – stężenie w mleku matki jest zbliżone do stężenia we krwi, przy czym najwyższe stężenie w mleku występuje po 30–60 minutach od spożycia alkoholu. Umiarkowane spożycie alkoholu przez matkę karmiącą (do 1 standardowego drinka dziennie) nie jest szkodliwe dla niemowlęcia, zwłaszcza jeśli matka odczeka co najmniej 2 godziny do karmienia piersią lub odciągnięcia mleka, które ma być podane niemowlęciu. Odradza się spożywanie więcej niż 2 standardowych napojów alkoholowych dziennie.

Palenie papierosów – matki karmiące piersią powinny być zdecydowanie zachęcane do zaprzestania palenia i zminimalizowania narażenia dziecka na bierne palenie. Palenie papierosów lub używanie produktów nikotynowych wiąże się ze zmniejszoną produkcją mleka i krótszą laktacją. Ponadto narażenie na bierne palenie dziecka wiąże się ze wzrostem zachorowań na SIDS, astmę i inne choroby układu oddechowego. Aby zminimalizować przenoszenie nikotyny i innych produktów ubocznych na niemowlę, zaleca się, aby matka paliła bezpośrednio po karmieniu piersią. Produkty wspomagające zaprzestanie palenia mogą być stosowane podczas karmienia piersią.

Procedury radiologiczne – według American College of Radiology rutynowe podanie gadolinu lub jodowanego środka kontrastowego nie jest przeciwwskazaniem do karmienia piersią. Bardzo małe ilości kontrastu dostają się do mleka matki, a <1% tego środka jest zjedzone z mlekiem przez niemowlę, a następnie wchłaniane z jego przewodu pokarmowego, co daje wchłanianie netto <0,0004% dożylną dawkę gadolinu i <0,01% dożylną dawkę jodowanego kontrastu. Matki otrzymujące te środki kontrastowe nie muszą przerywać karmienia piersią i/lub odciągać i utylizować mleko.

AAP uznaje ustalenia Agencji Badań nad Opieką Zdrowotną i Jakością, że Inicjatywa Szpitali Przyjaznych Dziecku pozytywnie wpływa na inicjację i długość karmienia piersią.

Chociaż edukacja personelu medycznego stanowi istotny element, nie jest wystarczająca jako pojedynczy krok do zwiększenia inicjacji karmienia piersią.

Wdrożenie praktyk szpitalnych wspierających karmienie piersią, w tym karmienie piersią w pierwszej godzinie po urodzeniu, wyłączne karmienie piersią, rooming-in, karmienie piersią na żądanie, unikanie smoczków i informacje o wsparciu dla karmienia piersią po wypisie ze szpitala, umożliwi kobietom osiągnięcie sukcesu w realizacji ich przedporodowego dążenia do wyłącznego karmienia piersią.

AAP nie podaje zaleceń dotyczących kąpieli niemowląt, z wyjątkiem przypadków zakażenia matki wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, wirusem opryszczki pospolitej (herpes simplex) lub innych zakażeń przenoszonych przez krew lub inne płyny ustrojowe. Opóźnienie kąpieli noworodka do 12 godzin po urodzeniu umożliwia nieprzerwany kontakt skóra do skóry i wykazano, że poprawia wskaźniki wyłącznego karmienia piersią w szpitalu.

AAP wydało zalecenia dotyczące zapobiegania SIDS lub nagłej niewyjaśnionej śmierci niemowląt, a także bezpiecznego snu i pielęgnacji skóry.

Zalecenia te zawierają szczegółowe wskazówki dotyczące wspierania matek karmiących piersią przy jednoczesnym zapobieganiu tragicznym zgonom niemowląt z powodu niebezpiecznych praktyk w zakresie snu. AAP zaleca karmienie piersią jako jedną ze strategii zmniejszania ryzyka SIDS lub nagłej niewyjaśnionej śmierci niemowląt.

Formalne szkolenie personelu szpitalnego powinno skupiać się na aktualizacji wiedzy i technik wspierania karmienia piersią. Należy położyć nacisk na liczne korzyści płynące z wyłącznego karmienia piersią i podkreślić rolę personelu w ograniczaniu nierówności i zapewnianiu kompetentnej opieki.

AAP zwraca uwagę na zapoczątkowanie karmienia piersią

Większość matek doświadcza laktogenezy II, czyli bardziej obfitej produkcji mleka, do trzeciego lub czwartego dnia po porodzie. Wczesny kontakt skóra do skóry i częste karmienie ułatwiają przejście od kropli siary do uncji mleka.

Czynniki ryzyka opóźnienia laktogenezy II obejmują otyłość matki, zespół policystycznych jajników, cukrzycę ciążową, nadciśnienie w ciąży, poród przedwczesny, cesarskie cięcie i powikłania śródporodowe, w tym nadmierna utrata krwi. W przypadku cukrzycy ciążowej powikłanej otyłością, częstość cesarskich cięć jest większa, co może również utrudniać karmienie piersią.

Objawy fizjologicznego przejścia do laktogenezy II, takie jak pełnie lub tkliwe piersi, widoczne wypływ mleka i częstsze potykanie przez niemowlę, powinny być obserwowane wraz z rytmem wypróżnień oraz przyrostem masy ciała noworodka.

Przynajmniej raz na 8–12 godzin podczas hospitalizacji matki i noworodka, w tym raz w ciągu 8 godzin przed wypisem ze szpitala, zaleca się, aby pracownik ochrony zdrowia przeszkolony w zakresie oceny karmienia piersią przeprowadził i udokumentował ocenę efektywności karmienia piersią.

**Mleko kobiece stanowi optymalną formę żywienia noworodków z bardzo małą urodzeniową masą ciała (VLBW)** – zmniejsza ryzyko wystąpienia istotnych powikłań wczesniactwa, w tym przede wszystkim NEC. Pasteryzowane mleko od dawczyni jest zalecane, gdy mleko matki jest niedostępne, niewystarczające lub przeciwwskazane.

Rodzinom noworodków VLBW należy zapewnić aktualne informacje na temat laktacji i korzyści zdrowotnych wynikających z mleka kobiecego.

Opieka w OITN nad dziećmi VLBW obejmuje wsparcie i określenie celów laktacyjnych matki. Konsultacja laktacyjna z ekspertem w zakresie laktacji i żywienia noworodków VLBW. Podwójne laktatory elektryczne dla matek tych dzieci będą maksymalnie wspierać je w odciąganiu mleka, zarówno w szpitalu i w domu.

Ze względu na potrzebę wczesnego i częstego odciągania mleka w celu utrzymania jego podaży, praktyczna pomoc laktacyjna powinna być dostępna dla matek w ciągu 6 do 8 godzin od porodu. Matki powinny być zachęcane do odciągania mleka tak często, jak jest to konieczne, aby utrzymać podaż mleka dla noworodków, najlepiej co 3 do 4 godzin. Piśmienne protokoły i edukacja matek w zakresie odciągania, przechowywania i transportu mleka zoptymalizują bezpieczeństwo karmienia noworodków. Szpitale mogą zachęcać i wspierać rodziny w SSC, ssaniu bez pokarmu i bezpośrednim karmieniu piersią. Mleko kobiece często wymaga wzmocnienia, aby zaspokoić potrzeby żywieniowe noworodków VLBW. Należy zapewnić matkom informacje na temat zasadności i zawartości wzmocniaczy (Human Milk Fortifiers – HMF).



Zakażenie CMV może być nabyte poprzez karmienie mlekiem matki. Obecne dowody są niewystarczające, aby uzasadnić wstrzymanie podawania mleka matki wyłącznie z powodu tego ryzyka.

Planowanie wypisu z OITN obejmuje także zdefiniowanie planów żywieniowych, które powinny uwzględniać cele matki w zakresie karmienia piersią w połączeniu z potrzebą wzmacniania mleka dla wcześniaka.

Aktualne postępowanie sprzyjające pozyskiwaniu mleka obejmuje także pielęgnację jamy ustnej noworodka urodzonego przedwcześnie siarą, która polega na podaniu kilku kropli siary na błonę śluzową policzka już w pierwszych minutach po urodzeniu, przed rozpoczęciem żywienia enteralnego. W tym celu można pozyskać siarę jeszcze przed urodzeniem dziecka lub bezpośrednio po porodzie. W metaanalizie Cochrane obejmującej 6 badań potwierdzono, że pielęgnacja jamy ustnej siarą była związana ze skróceniem czasu żywienia enteralnego (średnia różnica: -2,58 [95% przedział ufności: od -4,01 do -1,14]), wpływała również na obniżenie ryzyka NEC, późnej sepsy i umieralności. Nie oceniono natomiast wpływu tej procedury na dostarczanie mleka przez matkę do OITN.

**Zalecenia dotyczące postępowania w hiperbilirubinemii** zostały także opracowane przez ekspertów w tej dziedzinie. Zwrócono szczególną uwagę na diagnostykę i leczenie szpitalne. Domowa fototerapia nie jest rekomendowana dla noworodków z neurotoksycznymi czynnikami ryzyka. Dzieci te powinny być przyjęte na oddział neonatologiczny w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych i leczenia. Zaleca się wyposażenie poradni lekarza rodzinnego w bilirubinometrię, a lekarze powinni znać obowiązujące rekomendacje dotyczące leczenia żółtaczek. Omówienie tego postępowania przekracza ramy zaleceń dotyczących karmienia piersią i mlekiem matki.

### **Zalecenia dotyczące karmienia w przypadku adopcji i macierzyństwa zastępczego**

Karmienie piersią jest możliwe w przypadku adopcji lub macierzyństwa zastępczego, ale wymaga wcześniejszego przygotowania poprzez stymulację hormonalną, jak również pobudzenia piersi poprzez odciąganie pokarmu.

Mleko odciągnięte lub pasteryzowane mleko kobiece od dawczyni, jak również preparaty dla niemowląt, mogą być dostarczane przy piersi poprzez zastosowanie np. SNS. Należy zachęcać matki adopcyjne i zastępcze do konsultacji ze specjalistą w dziedzinie karmienia piersią.

### **Dzieci rodziców tej samej płci**

Dzieci rodziców tej samej płci mogą mieć mniejszy dostęp do mleka kobiecego z powodu ograniczeń zarówno społecznych, jak i biologicznych.

Karmienie piersią jest używane w całym dokumencie, jednak samo słowo „breastfeeding” może być zarówno prowokujące, jak i mniej poprawne dla rodziców nie zróżnicowanych płciowo, którzy mogą preferować termin „chestfeeding”, w większym stopniu uwzględniający laktację w kontekście różnych anatomii fizjologicznych.

## **Suplementacja witamin**

Domięśniowa witamina K1 (fitonadion) w dawce 0,5-1,0 mg powinna być rutynowo podawana wszystkim noworodkom w pierwszej dobie życia w celu zmniejszenia ryzyka krwawienia z niedoboru witaminy K.

Podanie dawki można opóźnić do czasu zakończenia pierwszego karmienia piersią. Nie zaleca się podawania witaminy K doustnie, ponieważ dawka doustna jest zmiennie wchłaniana i może nie zapewniać odpowiedniego stężenia w surowicy dziecka.

Aby utrzymać odpowiednie stężenie witaminy D w surowicy, wszystkie noworodki spożywające rutynowo mniej niż 28 uncji komercyjnego preparatu dla niemowląt na dobę powinny otrzymywać doustną suplementację witaminy D w ilości 400 IU na dobę, począwszy od wypisu ze szpitala, ale także przez cały okres karmienia piersią. Zalecenie to dotyczy zarówno niemowląt karmionych wyłącznie, jak i częściowo piersią. Alternatywną strategią dla suplementacji witaminy D u niemowlęcia jest suplementacja matki karmiącej piersią dawką 6400 IU witaminy D.

AAP opublikowało zalecenia dotyczące uzupełniania żelaza u niemowląt. Wykazano, że opóźnione zaciśnięcie pępowiny zwiększa zapasy żelaza u zdrowych noworodków urodzonych w terminie porodu. Wcześniaki powinny otrzymywać zarówno preparat wielowitaminowy, jak i doustny suplement żelaza do czasu, gdy będą spożywać całkowicie mieszaną dietę, a ich wzrost i stan hematologiczny ulegną normalizacji.

## **Pokarmy uzupełniające**

AAP zaleca wyłączne karmienie piersią przez około 6 miesięcy. Uzupełniające pokarmy stałe powinny być wprowadzane w wieku około 6 miesięcy u większości niemowląt. Pokarmy bogate w białko, żelazo i cynk, takie jak drobno zmielone mięso, drób lub ryby, są dobrym wyborem w celu uzupełnienia diety niemowlęcia mlekiem matki.

Mleko matki pozostaje jednak głównym składnikiem diety niemowlęcia, ponieważ pokarmy uzupełniające są stopniowo wprowadzane z odpowiednią modyfikacją konsystencji i unikaniem dodatku cukru i tłuszczu.

## **Rola pediatrów**

AAP zdaje sobie sprawę, że dla osiągnięcia przez kobiety zalecanych celów w zakresie karmienia piersią, konieczne są istotne zmiany społeczne.

Pediatrzy mogą odegrać ważną rolę we wspieraniu zmian społecznych, które pozwalają na kontynuowanie wyłącznego i bezpośredniego karmienia piersią, takich jak gwarantowany płatny urlop macierzyński, elastyczne harmonogramy pracy, w tym praca w domu.

Dodatkowe interwencje w zakresie zdrowia publicznego, mogą zapewnić możliwości pokonania strukturalnych barier w karmieniu piersią.

Pediatrzy powinni odradzać stosowanie suplementacji komercyjnym preparatem dla niemowląt, bez wskazań medycznych. Wiele problemów z karmieniem piersią może się pojawić między 4 a 7 dniem po urodzeniu – stąd konieczność wczesnych wizyt patronażowych. Pediatra musi być w stanie ocenić skuteczność karmienia piersią, radzić sobie z częstymi problemami w laktacji.

Pediatrzy są w idealnej sytuacji, aby służyć jako edukatorzy w zakresie karmienia piersią i nie delegować tej roli wyłącznie na personel lub wolontariuszy niemedycznych. Bezpo-

Średnia komunikacja pediatrów z rodzinami, jest priorytetem medycznym i zdrowotnym, może zwiększyć inicjację, czas trwania i wyłączność karmienia piersią.

Świadczeniodawcy odgrywają rolę w dostarczaniu najbardziej aktualnych zaleceń, aby rodzice mieli informacje o sposobach żywienia, których potrzebują do podjęcia świadomej decyzji o karmieniu piersią.

AAP określiło, w jaki sposób gabinet pediatryczny może służyć jako model wspierania karmienia piersią.

### **Podsumowanie praktyk gabinetowych wspierających karmienie piersią**

1. Posiadanie pisemnej strategii gabinetu przyjaznego karmieniu piersią
2. Przeszkolenie personelu w zakresie umiejętności wspierania karmienia piersią
3. Omówienie karmienia piersią podczas wizyty prenatalnej i na każdej wizycie z dzieckiem.
4. Zachęcanie do wyłącznego karmienia piersią przez 6 miesięcy.
5. Zapewnienie odpowiednich wskazówek wyprzedzających, które wspierają kontynuację karmienia piersią tak długo, jak jest to pożądane.
6. Włączenie obserwacji karmienia piersią do rutynowej opieki.
7. Edukacja matek w zakresie odciągania mleka i powrotu do pracy.
8. Zapewnienie rodzicom niekomercyjnych materiałów edukacyjnych na temat karmienia piersią.
9. Zachęcanie do karmienia piersią w poczekalni, ale na życzenie zapewnienie prywatnej przestrzeni.
10. Wyeliminowanie dystrybucji bezpłatnych preparatów do karmienia dziecka.
11. Przeszkolenie personelu, do stosowania protokołów telefonicznych w celu rozwiązywania problemów związanych z karmieniem piersią.
12. Współpraca z lokalnym szpitalem lub centrum porodowym i społecznością położniczą w zakresie opieki przyjaznej karmieniu piersią.
13. Łączność z lokalnymi instytucjami wspierającymi karmienie piersią.
14. Monitorowanie wskaźników karmienia piersią w praktyce.

#### Piśmiennictwo

1. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 2022;150(1):e2022057988
2. Parker MG, Stellwagen LM, Noble L, et al; AAP Section on Breastfeeding, Committee on Nutrition, Committee on Fetus and Newborn. Promoting Human Milk and Breastfeeding for the Very Low Birth Weight Infant. *Pediatrics*. 2021;148(5):e2021054272
3. Hand I, Noble L, Abrams SA. AAP Section on Breastfeeding, Committee on Nutrition, Committee on Fetus and Newborn. Vitamin K and the Newborn Infant. *Pediatrics*. 2022;149(3):e2021056036. doi:10.1542/peds.2021-056036
4. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):e2022058859. doi:10.1542/peds.2022-058859

## Notatki

# **Analiza efektywności Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji prowadzonego w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku**

## **Miejsce II w konkursie doniesień**

**Agata Ostasz<sup>1</sup>, Barbara Bebko<sup>2</sup>, Aleksandra Kamianowska<sup>1</sup>,  
Monika Kamianowska<sup>1</sup>**

1 Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

2 Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Polska

### **WSTĘP:**

Karmienie piersią jest złotym standardem w żywieniu noworodków urodzonych o czasie oraz przedwcześnie, niosącym niezastąpione korzyści dla zdrowia zarówno dziecka jak i matki. W Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku od wielu lat prowadzony jest wzmożony nadzór laktacyjny oparty o szczegółowo opracowane procedury. W trzecim kwartale 2021 roku przeprowadzono analizę jakości żywienia noworodków w Klinice i w związku z wykazaną potrzebą wprowadzenia modyfikacji postępowania, w styczniu 2022 wprowadzono Program Wczesnej Stymulacji Laktacji obejmujący nie tylko Klinikę Neonatologii, ale również Klinikę Perinatologii razem z Salą Porodową. Szczególną uwagę zwrócono na poprawę współpracy między Klinikami oraz edukację.

### **CEL:**

Celem badania była analiza efektywności Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji ze szczególnym zwróceniem uwagi na wyodrębnianie elementów Programu wymagających poprawy oraz ustalenie propozycji modyfikacji Programu.

### **MATERIAŁ I METODY:**

Analizie poddano protokoły Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji obejmującego wszystkie (N=212) noworodki hospitalizowane w 2022 roku w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku na oddziałach Intensywnej Terapii, Wcześniejków oraz Patologii Noworodka. Celem przeanalizowania różnic między kwartałami zastosowano test chi-kwadrat. Wyniki uznawano za istotne statystycznie, gdy  $p < 0,05$ .

### **WYNIKI:**

Liczba noworodków oraz liczba osobodni pobytu noworodków hospitalizowanych na oddziałach Intensywnej Terapii, Wcześniejków oraz Patologii Noworodka w poszczególnych kwartałach 2022 roku wynosiła odpowiednio: I kwartał – 131 i 2181, II kwartał – 92 i 1580, III-kwartał 95 i 1804, IV kwartał – 65 i 884. Wartość wskaźnika „ilość pokarmu

matki (ml)/1 dziecko'' wynosiła w poszczególnych kwartałach: I kwartał – 4345, II kwartał – 4581, III-kwartał – 3216, IV kwartał – 2372, co stanowiło odpowiednio 60%, 67%, 52%, 51% wartości wskaźnika „całkowita ilość mleka (ml)/1 dziecko''.

Wyłącznie pokarmem matki karmionych było: w I kwartale 13%, w II kwartale 24%, w III kwartale 15%, a w IV kwartale 25% noworodków. Liczba tych dzieci była istotnie wyższa w kwartale IV niż w I ( $p < 0,05$ ).

Dokarmianych mlekiem modyfikowanym było: w I kwartale 60%, w II kwartale 54%, w III kwartale 70%, a w IV kwartale 55% noworodków. Pozostałe noworodki karmione były wyłącznie sztucznie, głównie ze wskazań klinicznych lub braku chęci matki do karmienia piersią.

Liczba noworodków, które otrzymały siarę w pierwszym karmieniu lub pędzlowaniu jamy ustnej wynosiła: w I kwartale 39%, w II kwartale 62%, w III kwartale 63%, a w IV kwartale 64%. Liczba tych dzieci była istotnie wyższa w kwartale IV niż w I ( $p < 0,05$ ).

Liczba noworodków, które otrzymały siarę w ciągu 6 godzin po urodzeniu wynosiła: w I kwartale 23% (N=23), w II kwartale 67% (N=36), w III kwartale 61% (N=30), w IV kwartale 84% (N=26). Liczba tych dzieci była istotnie wyższa w kwartale IV niż w I ( $p < 0,05$ ).

Najczęstszą przyczyną niepodania siary w pierwszym karmieniu lub pędzlowaniu jamy ustnej była nieskuteczna inicjacja laktacji: w I kwartale 39%, w II kwartale 68%, w III kwartale 61%, w IV kwartale 75%. Ta przyczyna niepodania siary była istotnie częstsza w V kwartale niż w I ( $p < 0,05$ ).

W IV kwartale 38% noworodków wymagało podaży mleka modyfikowanego w 1. godzinie życia z powodu hipoglikemii.

W I i II kwartale odpowiednio 37% i 20% noworodków nie otrzymało siary w pierwszym karmieniu lub pędzlowaniu jamy ustnej z powodu braku inicjacji laktacji. W III i IV kwartale nie odnotowano takiej przyczyny.

## WNIOSKI:

1. Zwiększenie zaangażowania personelu medycznego i wielopoziomowa edukacja przekłada się statystycznie istotnie na poprawę jakości żywienia noworodków zarówno tuż po urodzeniu jak i w ciągu dalszej hospitalizacji.
2. Stan kliniczny noworodka (wczesna hipoglikemia) przyczynia się do konieczności podania dziecku mleka modyfikowanego z uwagi na nieskuteczną inicjację laktacji u matki. Wskazuje to na konieczność położenia większego nacisku na przedporodowe pobranie siary i procedurę pobierania siary tuż po porodzie.
3. Znaczna część noworodków wymagała stosowania w żywieniu mleka modyfikowanego, co wskazuje na konieczność przeprowadzenia analizy procedur dotyczących inicjacji i stymulacji laktacji w czasie pobytu pacjentek w oddziale.
4. Znaczna objętość mleka modyfikowanego stosowana w żywieniu noworodków sugeruje konieczność założenia przy Klinice Banku Mleka Kobiecego.

# Ocena jakości porady laktacyjnej w okołoporodowej opiece szpitalnej.

## Wyróżnienie w konkursie doniesień

**dr n. o zdr Beata Szyber; mgr Beata Kołodziejczyk; mgr Stefania Kumor;  
mgr Wioletta Pieńkowska; mgr Milena Lemańska; mgr Julia Pitera**

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno – Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

### Wprowadzenie

Przedstawione opracowanie obejmuje zagadnienia dotyczące jakości porady laktacyjnej w okołoporodowej opiece szpitalnej. Powszechnie już dziś wiadomo, że wspieranie karmienia piersią jest istotne ze względu na wiele korzyści zdrowotnych oraz społecznych które dzięki temu można osiągnąć i o których mówi się od dawna. Korzyści te zostały poparte wynikami badań naukowych prowadzonych w ciągu kilku poprzednich dekad. Jednak wskaźniki długości karmienia piersią nadal nie są zadowalające w odniesieniu do dzieci zdrowych i tych z problemami zdrowotnymi oraz wcześniaków (Szajewska H, i in. 2017; 68(1):51-59). Aby dokonać zmian potrzebne są między innymi odpowiednie narzędzia monitorujące jakość opieki, dostępne położnym, które sprawują i monitorują poziom opieki laktacyjnej w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r). Nieliczne szpitale ubiegają się lub posiadają tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku, co oznacza brak możliwości wykorzystania narzędzi monitorujących opracowanych dla BFHI w ramach działań WHO/UNICEF. Natomiast zgodnie ze Standardem opieki okołoporodowej, który obowiązuje w Polsce już ponad dekadę, położne mają prawny obowiązek wspierania laktacji i karmienia piersią, jednak brakuje powszechnie dostępnego narzędzia, które pomogło by im właściwie monitorować procedury dotyczące opieki laktacyjnej w jednostkach opieki zdrowotnej, za które są odpowiedzialne. W związku z tym opracowano narzędzie, które powstało na podstawie wieloletniego doświadczenia autorki narzędzia w sprawowaniu oraz nadzorowania opieki laktacyjnej w jednostkach ochrony zdrowia, oraz jej udziału w szkoleniach oraz ocenach szpitali w ramach Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku.

### Cel badań

Celem badań była ocena przydatności w praktyce protokołu o nazwie „**Materiały do monitorowania postępów w promocji karmienia piersią w placówkach ochrony zdrowia**” autorstwa dr n. zdr Beaty Szyber.

Badanie przeprowadzono w latach 2016-22, protokół został wykorzystany w kilku szpitalach województwa mazowieckiego do oceny jakości opieki laktacyjnej sprawowanej w poszczególnych jednostkach ochrony zdrowia. Badaczki zostały przeszkolone w sposobie korzystania z protokołu o którym mowa. Narzędzie to złożony kwestionariusz ankiety, który pozwala w trakcie bezpośredniego wywiadu uzyskać odpowiedzi o charakterze demograficznym. Ponadto pomaga zidentyfikować czynniki okołoporodowe wpływające na opóźnienie laktogenezy II, ocenić przebieg pierwszego kontaktu między matką

i dzieckiem po porodzie oraz jakością opieki laktacyjnej i edukacyjnej w oddziale. Poza tym w trakcie badania ocenie podlegał akt karmienia, ocena czynników ryzyka wystąpienia problemów laktacyjnych oraz stan gruczołu piersiowego. Dodatkowo weryfikowano wskazania do odciągania pokarmu przez matkę oraz podawanie dziecku substytutu mleka kobiecego. Uzupełnieniem była analiza dokumentacji medycznej. Całość wywiadu kończy się udzieleniem matce porady laktacyjnej w zależności od indywidualnych potrzeb. Kwestionariusz ankiety został zakodowany w sposób niepozwalający na identyfikację pacjentki. Po przeprowadzeniu badania i przeprowadzonej analizie zidentyfikowano potrzeby edukacyjne istniejące wśród personelu medycznego jednostki.

## **Wnioski**

Dzięki uzyskanym danym udało się dokonać oceny jakości sprawowanej opieki laktacyjnej w szpitalach oraz zidentyfikować deficyty tej opieki. Uzyskane informacje pozwoliły na opracowanie programów szkoleń dla poszczególnych jednostek ochrony zdrowia. W części szpitali ocenę przeprowadzono powtórnie po szkoleniu i uzyskano wyraźną poprawę wskaźników opieki, w tym obniżenie występowania najczęściej występujących problemów laktacyjnych typowych we wczesnym okresie połogu. Uznano, że narzędzie to może być wykorzystywane do monitorowania jakości opieki laktacyjnej przez osoby odpowiedzialne za jej organizację i nadzór, oraz jako narzędzie dydaktyczne dla studentów studiów magisterskich na kierunku Położnictwo.

### **Bibliografia :**

1. Adamska-Sala I., Baranowska B., Doroszewska A., Piekarek M., Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet. Raport z monitoringu oddziałów położniczych, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa, 2018.
2. Gebuza G., Kazimierczak M., Gierszewska M., Najczęściej występujące problemy laktacyjne w okresie poporodowym. *Polski przegląd nauk o zdrowiu* 2016;2(47): 148-155.
3. Nehring- Gugulska M., Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej? Raport z badania ankietowego. Centrum Nauki o Laktacji. [http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport\\_2017.pdf](http://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/raport_2017.pdf) 2017.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. (Dz.U. Nr 151, poz. 896). Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej. (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)



## Notatki

**Wpływ sposobu odżywiania na zdrowie dziecka  
– mleko kobiece a modyfikowane mleko krowie i kozie**

**dr hab. n.med. Wojciech Feleszko  
wykład sponsorowany**

**Notatki**

# Wielkość piersi a zawartość makroskładników w mleku kobiecym

## Miejsce I w konkursie

**Magdalena Babiszewska-Aksamit<sup>1,4</sup>, Agnieszka Żelaźniewicz<sup>2</sup>,  
Anna Apanasewicz<sup>1</sup>, Magdalena Piosek MSc<sup>3</sup>, Patrycja Wychowaniec<sup>2</sup>,  
Olga Barbarska<sup>4</sup>, Anna Ziomkiewicz<sup>5</sup>**

1 Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, Zakład Antropologii Fizycznej

2 Uniwersytet Wrocławski, Zakład Biologii Człowieka

3 Uniwersytet Wrocławski, Instytut Psychologii

4 Pracownia Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Szpitalu im. Św. Rodziny w Warszawie, Zakład Biologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

5 Uniwersytet Jagielloński, Instytut Zoologii i Badań Biomedycznych, Zakład Antropologii

Autorzy nie mają do zadeklarowania żadnego konfliktu interesów.

Zgoda Komisji Bioetycznej nr: 1/NT/2016 from 10.02.2016).

## CEL PRACY

Liczne badania naukowe pokazują, że kobiety znacznie różnią się między sobą składem mleka, a różnice te są powiązane ze stylem karmienia (np. częstością karmień). Dlatego kluczowe znaczenie ma identyfikacja wszystkich potencjalnych czynników wpływających na produkcję mleka kobiecego. Do tej pory podjęto niewiele prób określenia związku pomiędzy rozmiarem piersi a składem mleka kobiecego, a wyniki tych badań są niejednoznaczne. Dlatego głównym celem niniejszego badania było określenie, czy wielkość piersi w okresie ustabilizowanej laktacji jest związana z wartością energetyczną, zawartością białek, tłuszczów oraz laktozy w mleku kobiecym.

## MATERIAŁY I METODY

Za pomocą aparatu MIRIS (Uppsala, Szwecja) przeanalizowano skład mleka kobiecego pod względem wartości energetycznej, zawartości tłuszczu, białka i laktozy dla 137 próbek pobranych od matek zdrowych noworodków urodzonych o czasie między 4 a 7 miesiącem laktacji (śr. wiek dziecka = 4.85, SD = 0.60). Próbkę mleka zostały pobrane między 2 a 3 karmieniem dziennym za pomocą laktatora Symphony (Medela). Wszystkie matki dostarczyły dzienniczek karmień obejmujący 24h przed pobraniem próbki. Dzieci matek biorących udział w badaniu nie miały rozszerzonej diety. Wskaźnik wielkości piersi obliczono dzieląc obwód piersi zmierzony na wysokości sutków przez obwód pod biustem. Pomiar wykonywano trzykrotnie za pomocą taśmy antropometrycznej (cm), a średnią wykorzystano do obliczenia wskaźnika wielkości piersi. Matki zostały poproszone o wypełnienie metryczki oraz o zanotowanie wszystkich produktów i potraw, które spożyły w ciągu 24 godzin przed pobraniem próbki. Za pomocą programu komputerowego Dieta 5.D opracowanego przez NIZP obliczono całkowite dzienne spożycie węglowodanów, tłuszczów i białek oraz sumaryczną wartość energetyczną pokarmów. Zawartość tkanki tłuszczowej matki FM (%) zmierzono za pomocą wagi Tanita (model TFB 55 dopuszczony do celów medycznych) metodą analizy impedancji bioelektrycznej (BIA) z dokładnością

do 0,1%. Aby określić wielkość niemowląt zastosowano indeks ponderalny (IP) według wzoru:  $1000 * \text{masa ciała [g]} / \text{wzrost}^3 [\text{cm}]$ . Masę niemowląt zmierzono za pomocą wagi szpitalnej z dokładnością do 0,1 kg, a długość ciała za pomocą tablicy pomiarowej (Seca, model 417) z dokładnością do 0,1 cm.

## WYNIKI

Zaobserwowano korelację pomiędzy wielkością biustu a zawartością laktozy w mleku kobiecym ( $\rho = -.25$ ;  $p = .004$ ). Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy wielkością biustu a wartością energetyczną, zawartością białka i tłuszczów. Wielkość biustu nie była skorelowana z FM ani częstotliwością karmienia. Hierarchiczna analiza regresji (Tabela 1.), w której kontrolowano kluczowe czynniki wpływające na zawartość makroskładników w mleku zawarte w literaturze (IP, FM, dieta, częstotliwość karmień), wykazała ujemny związek między wskaźnikiem wielkości piersi a zawartością laktozy w mleku matki ( $\beta = -0,22$ ;  $p = 0,009$ ).

## WNIOSKI

Jest to pierwsze badanie, które wykazało zależność między wielkością piersi a zawartością laktozy w mleku kobiecym w okresie ustabilizowanej laktacji na ponad 100 osobowej grupie badanych. Laktoza jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, stanowi źródło energii, ma działanie prebiotyczne na mikroflorę jelitową niemowlęcia, a ze względu na jej właściwości osmotyczne, jest dodatnio związana z objętością pokarmu. Odwrotny związek między wielkością piersi a zawartością laktozy w mleku matki może mieć podłoże hormonalne. Ogólnie wysoki poziom estrogenów, który jest dodatnio skorelowany z wielkością piersi, hamuje syntezę laktozy poprzez zmniejszenie zawartości specyficznego dla gruczołu piersiowego białka LALBA. Wyniki niniejszego badania pokazują, że wielkość biustu może przyczynić się do obniżenia stężenia laktozy i, co za tym idzie, objętości wytwarzanego mleka.

## IMPLIKACJE KLINICZNE:

Niedobór pokarmu u matki jest związany z wieloma czynnikami takimi jak czynniki matczyne i dziecięce oraz nieprawidłowe postępowanie. Jak pokazuje niniejsze badanie, do tej listy należy również dodać wielkość piersi matki. U kobiet z dużym biustem warto monitorować inicjację i przebieg laktacji z większą uwagą. W razie stwierdzenia problemów z laktacją, należy prowadzić intensywną stymulację i zalecić przystawianie dziecka do piersi znacznie częściej niż dotychczas w celu poprawy sytuacji.

# Karmienie piersią w tandemie – przegląd badań i ankieta

poł. Magdalena Paszko,  
lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy

Piśmiennictwo na temat karmienia w tandemie jest bardzo ograniczone. Kwestia ta jest poruszana w USA przez takie organizacje jak La Leche League czy KellyMom. W Polsce głównym źródłem informacji dla mam karmiących w tandemie są grupy na portalach społecznościowych – i właśnie na takiej grupie udostępniłyśmy naszą ankietę. Niewielka liczba profesjonalnych źródeł jest problemem, ponieważ brak literatury wiąże się z brakiem wytycznych. Medycy nie mają skąd czerpać rzetelnych informacji na temat tandemu i często opierają się na własnych przekonaniach. Jedną z niewielu profesjonalnych organizacji, która wypowiedziała się na temat karmienia tandemu, jest Amerykańska Akademia Lekarzy Rodzinnych (AAFP), stwierdzając oszczędnie, że nie ma dowodów na szkodliwość takiej praktyki.

Karmienie w tandemie jest opisywane jako kulturowe tabu. Wiele matek karmiących dwoje dzieci w różnym wieku spotyka się z krytyką. Z jakiego powodu? Jest to temat, który łączy kilka nieoczywistych, kontrowersyjnych (choć bez uzasadnienia) aspektów.

Są to:

- karmienie piersią w czasie ciąży
- długie karmienie piersią starszego dziecka (w końcu tandem można rozpatrywać jako podtyp DKP ze względu na to, że starsze dziecko najczęściej ukończyło rok).
- samo karmienie w tandemie i jego potencjalne ryzyko dla dobrostanu młodszego dziecka
- a także, w pewnym stopniu, temat płodności w czasie karmienia piersią (wiele matek kończy karmienie piersią już przed kolejną ciążą z powodu obawy o płodność).

Jeśli chodzi o karmienie piersią w czasie ciąży, dane z metaanalizy z 2017 roku jednoznacznie świadczą o tym, że nie wpływa ono na przedwczesne zakończenie ciąży niskiego ryzyka – receptory oksytocynowe w macicy nie są w pełni obecne przed końcem ciąży, a nagły wzrost ich ilości ma miejsce dopiero przed porodem.<sup>1</sup> Stymulacja brodawek sutkowych w trakcie ssania nie jest wystarczającym bodźcem do wywołania porodu przedwczesnego. Nie wykazano również różnic w urodzeniowej masie ciała dzieci z ciąż, w których matka karmiła starsze rodzeństwo i w których nie dochodziło do tego zjawiska. Autorzy zwracają uwagę jedynie na ryzyko niedoborów żywieniowych u matki, stwierdzają jednak, że są one bez trudności możliwe do wyrównania dzięki adekwatnej diecie i suplementacji (warto wspomnieć, że większość badań miała miejsce w krajach rozwijających się).

Wiele obaw związanych z karmieniem w ciąży i w tandemie opiera się na kwestii dobrostanu młodszego dziecka – możliwości otrzymania przez nie siary oraz przyrostów masy ciała. Również w naszej ankiecie spotkałyśmy się z obawami personelu medycznego o to, czy mleko matki karmiącej przez całą ciążę będzie odpowiednie dla noworodka.

Według badań, 66% matek obserwuje spadek ilości mleka w czasie ciąży, a na końcu ciąży, niezależnie od karmienia starszego dziecka, pojawia się siara, która nie różni się w sposób znaczący składem u kobiet karmiących i nie karmiących w czasie ciąży. W kwestii przybierania na wadze udowodniono, że karmienie w tandemie nie ma szkodliwego wpływu na zdrowie noworodków – wg badań przyrost masy ciała jest odpowiedni. W 2021 roku ukazało się badanie porównujące skład mleka 13 tych samych kobiet w czasie karmienia w tandemie oraz po odstawieniu starszego dziecka. Pokarm kobiecy w pierwszej grupie zawierał o 23.53% więcej tłuszczu oraz miał o 14.3% wyższą wartość energetyczną. Po odstawieniu skład zmieniał się tak, by odpowiedzieć na potrzeby wyłącznie młodszego dziecka.

Jaki jest mechanizm takiej zmiany składu? W badaniach ultrasonograficznych przeprowadzanych w trakcie karmienia piersią zauważono, że istnieje tzw. retrograde milk flow, czyli wsteczny przepływ mleka, dzięki któremu zawartość jamy ustnej dziecka ma kontakt z przewodami mlecznymi. Dotychczas analizowano to zjawisko w kontekście możliwości modyfikowania składu mikrobioty przewodów mlecznych i zagadnień infekcyjnych, natomiast nie ma dowodów na dostosowywanie się składu mleka na bieżąco w trakcie ssania. Być może taki efekt jest długoterminowy – brakuje jednak badań na ten temat.

Dlaczego badania na temat tandemu są ważne? Ponieważ obowiązkiem personelu medycznego jest umożliwienie pacjentowi podjęcia w pełni świadomej, nie zaburzonej fałszywymi przekonaniem decyzji, w tym przypadku w kwestii sposobu karmienia dzieci. Jednocześnie wiedza umożliwia odpowiednie wsparcie dla każdej decyzji matki. Przekazywanie rzetelnych informacji może też wpłynąć na normalizację karmienia w tandemie.

Celem naszej prelekcji jest omówienie ankiety przeprowadzonej w grupie 169 matek karmiących tandem. Przedstawimy również aktualną literaturę na ten temat. Na końcu zaprosimy trzy kobiety, które mają za sobą doświadczenie takiego sposobu karmienia piersią, by opowiedziały o swojej drodze.

W naszej ankiecie zapytałyśmy o doświadczenia z karmienia piersią w tandemie. Już w czasie ciąży aż 32,1% matek otrzymało od osoby prowadzącej ciążę zalecenie odstawienia od piersi starszego dziecka. Prawie 15% zaś nie przyznało się do tego sposobu karmienia. Poprosiłyśmy o przytoczenie opinii medyków na temat karmienia piersią w ciąży i w tandemie.

Oto kilka z nich:

- Lekarz mówił, że po 20 tygodniu ciąży lepiej nie karmić z powodu hormonów
- Lekarz zalecił natychmiast odstawić dziecko w obawie przed poronieniem
- Pediatra młodszego dziecka kazał natychmiast odstawić starsze dziecko, bo mleko noworodka nie jest dla niej odpowiednie i zabiera młodszemu mleko
- Moja ginekolog prowadząca uważała najpierw, że nie zajdę w ciążę karmiąc pierwsze dziecko, a następnie zdecydowanie zaleciła odstawienie dziecka, gdy już w ciąży byłam.
- Jeden z lekarzy kategorycznie kazał odstawić od piersi, ponieważ dziecko wypija z mlekiem zbyt dużo żelaza

– To ryzykowne, pokarm nie ma wartości, to patologiczne, demoralizujące dla starszaka, to mnie wyniszczy, źle wpływa na przysadkę, spowoduje zahamowanie wzrastania płodu, będę miała osteoporozę, żebym dała sobie spokój, konieczne jest odstawienie, nie powinno się karmić w ciąży.

Mimo tego, że kobiety karmiące w tandemie zgłaszały pewne niedogodności związane z karmieniem starszego dziecka, takie jak BAA („awersja do karmienia piersią i niepokój”), a ponad połowa kobiet skarżyła się na dyskomfort i ból związany z karmieniem piersią w czasie ciąży, to aż 74,8% oceniło to doświadczenie jako raczej pozytywne lub pozytywne. 70,5% zdecydowałoby się (raczej tak/zdecydowanie tak) na ponowne karmienie w tandemie, gdyby była taka możliwość. Matki podkreślały pozytywny wpływ karmienia w tandemie na laktację, więź między dziećmi i ułatwioną adaptację starszego dziecka w czasie pojawienia się rodzeństwa.

Czym charakteryzowało się karmienie w ciąży u naszych respondentek? Jak w praktyce kobiety organizowały karmienie dwojga dzieci? Czy tandem miał wpływ na przyrosty masy ciała młodszego dziecka? Jakie zalecenia dotyczące tego sposobu karmienia powinniśmy przekazywać naszym pacjentkom? Na te i więcej pytań odpowiemy w trakcie naszej prelekcji.

Piśmiennictwo u autorek.

## Notatki

## Notatki



# Pozycje do zadań specjalnych

## gość specjalny

Catherine Watson Genna

BS, IBCLC, RLC

[www.cwgenna.com](http://www.cwgenna.com)

### Disclosure

I belong to a breastfeeding research collaborative with Columbia University and Tel Aviv University Departments of Biomedical Engineering, studying sucking, swallowing and nipple biomechanics.

I am the author of textbooks on infant sucking and breastfeeding tools and receive royalties on sales.



### 1. Powiązania

Należę do zespołu badawczego zajmującego się karmieniem piersią na Uniwersytecie Columbia i Uniwersytecie w Tel Aviwie Wydziału Inżynierii Biomedycznej badające ssanie, połykanie i biomechanikę sutka.

Jestem autorką podręczników na temat ssania niemowląt i narzędzi do oceny karmienia piersią i otrzymuję tantiemy od sprzedaży.

### Objectives

- Describe normal breast seeking and latch behaviors in infants given optimal conditions.
- Detail three positions to optimize breastfeeding in infants with cardiorespiratory conditions.
- Explain how to individualize positioning for infants with congenital muscular torticollis.

### 2. Cele

- Opisanie normalnych zachowań związanych z odruchem szukania i chwytania piersi u niemowląt w optymalnych warunkach.
- Opisanie trzech pozycji optymalizujących karmienie piersią u niemowląt z chorobami układu krążenia.
- Wyjaśnienie, jak zindywidualizować pozycję dla niemowląt z wrodzonym kręćcem szyi



Head extension opens airway, prone position pulls epiglottis away from airway

### Cues During Latch

Tactile: Chin & lips to breast, philtrum to nipple (gape)  
Arms hugging breast (allow hand to breast and mouth to hand)  
Odor from areolar glands  
Temperature gradient (areola/nipple warmer in early postpartum)  
Tongue touch to breast triggers oral grasp

### 3. Wskazówki podczas przystawiania

Dotykowe: Podbródek i wargi do piersi, rynienka podnosowa przylega do brodawki (rozwarcie)

Ramiona obejmują pierś (pozwalać na przyłożenie ręki do piersi i ręki do ust)

Zapach z gruczołów piersiowych

Gradient temperatury (otoczka/brodawka cieplejsza we wczesnym okresie poporodowym)

Dotyk języka do piersi wywołuje odruch chwytania

Wyciągnięcie głowy otwiera drogi oddechowe, pozycja leżąca na brzuchu odciąga nagłóśnię od dróg oddechowych



### Physiologic Initiation

Facilitating skin to skin, infant breast finding and latch soon after birth improves breastfeeding behaviors, nipple comfort & milk production.

Schafer & Genna (2015). Physiologic Breastfeeding: A Contemporary Approach to Breastfeeding Initiation. *J of Midwifery & Women's Health*, 60(5), 546-553.  
 Yin, C., Su, X., Liang, Q., & Ngai, F. W. (2021). Effect of Baby-Led Self-Attachment Breastfeeding Technique in the Postpartum Period on Breastfeeding Rates: A Randomized Study. *Breastfeeding Medicine*, 16(9), 734-740.



### 4. Fizjologiczna inicjacja

Ułatwienie kontaktu skóra do skóry, odnalezienie piersi przez niemowlę i uchwycenie piersi wkrótce po urodzeniu poprawia zachowania przy piersi, komfort brodawek i produkcję mleka.

Schafer & Genna (2015). Physiologic Breastfeeding: A Contemporary Approach to Breastfeeding Initiation *Midwifery & Women's Health* 60(5) 546-553 Yin. C. Su. X. Fianc. O. & Nosi. B. W. (2021). Effect of Baby-Led Self-Attachment Breastfeeding Technique in the Postpartum Period on Breastfeeding Rates: A Randomized Study. *Breastfeeding Medicine*, 16(9). 134

- Chin "plant" in breast.
- Nipple brushes philtrum, mouth opens, head extends
- Tongue grasps breast
- Baby lunges toward breast

### Signals and Stimuli

### 5. Sygnały i bodźce

- Podbródek „osadzony” na piersi.
- Brodawka dotyka rynienki podnosowej, usta otwierają się, głowa wysuwa się
- Język chwytą pierś
- Dziecko przysuwa się do piersi

### Good latch:

wide open mouth, smooth cheeks, everted lower lip (if visible), neutral to slightly everted upper lip, soft facial creases.

6. Dobry chwyt: szeroko otwarte usta, gładkie policzki, odwinięta dolna warga (jeśli jest widoczna), luźna lub lekko wklęsła górna warga, miękkie fałdy twarzy.

### Using Gravity & Baby's Instincts

Fumbling is natural  
Diane Wiessinger

7. Wykorzystanie grawitacji i instynktów dziecka Wiercenie się w poszukiwaniu piersi jest naturalne

Diane Wiessinger

## Sources of Difficulty (Infant)

- Mismanagement
- Immaturity: preterm
- Medical Conditions: cardiac malformations, respiratory tract instability (laryngomalacia, tracheomalacia), neurological (trisomy 21), orofacial clefts
- Biomechanical Issues: tongue-tie, micrognathia, congenital muscular torticollis, hip dysplasia

## Mismanagement: Insufficient Stability & Contact



## Immaturity

### Preterm Issues

- Lower muscle tone – give more support, especially to neck & head
- Higher respiratory rate, lower aerobic capacity – short, frequent feedings
- Neurological immaturity – gentle handling, quiet environment, multisensory stimulation
- Higher dysphagia risk – unhurried feeds, upright or prone positions, frequent feeds



## Support, Flexion, Prone or Upright



- Same side arm supports side of head
- 'guardrail'

## 8. Źródła trudności (niemowlę)

- Nieprawidłowości przy karmieniu
- Niedojrzałość: wcześniactwo
- Problemy medyczne: wady rozwojowe serca, niestabilność dróg oddechowych (laryngomalacja, tracheomalacja), neurologiczne (trisomia 21), rozszczepy ustno-twarzowe
- Problemy biomechaniczne: skrócone wędzidełko, mikrognacja, wrodzony kręcz mięśniowy, dysplazja stawów biodrowych

## 9. Nieprawidłowości przy karmieniu: Niewystarczająca stabilność i kontakt

## Wcześnieactwo

### 10. Problemy wcześniaków

- Niższe napięcie mięśniowe – dać więcej wsparcia, szczególnie w obszarze szyi i głowy
- Wyższa częstotliwość oddechów, niższa wydolność tlenowa – krótkie, częste karmienia
- Niedojrzałość neurologiczna – delikatna obsługa, spokojne otoczenie, wielozmysłowa stymulacja
- Wyższe ryzyko dysfagii – niespieszne karmienia, pozycje pionowe lub na brzuchu, częste karmienia

### 11. Podparcie, zgięcie, pozycja na brzuchu lub pionowa

- Ramię po tej samej stronie podtrzymuje bok głowy
- „Poręcz”

### Foster Suck:Swallow:Breathe Coordination



Courtesy of Kate Standish, MD

12. Wspieranie koordynacji ssanie> połykanie> oddychanie

Dzięki uprzejmości Kate Standish, MD

### Breast Massage



before feeding increases fat content of milk; may reduce strength of milk ejection

### Deep Attachment



13. Masowanie piersi (delikatne) przed karmieniem zwiększa zawartość tłuszczu w mleku; może zmniejszyć siłę wypływu mleka

Głębokie uchwycenie

## Infant Medical Conditions

Down Syndrome Upright BF

Note cyanosis during bottle feeding, not bf

Hypotonia  
Small mandible  
Reduced alertness  
Reduced coordination  
Cardiorespiratory defects

## Problemy medyczne niemowląt

14. Zespół Downa

Karmienie w pozycji pionowej

Uwaga na sinicę podczas karmienia butelką a nie piersią

Hipotonia

Mała żuchwa

Obniżona czujność

Zmniejszona koordynacja

Wady układu krążenia

### Cardiorespiratory Issues

- Respiratory rate
  - Increased rate leaves less time for controlled swallowing, increases aspiration risk.
- Work of respiration
  - Increased work of breathing = less energy for the work of feeding + increased calorie needs
- Ability to maintain oxygenation for the work of feeding.
  - Rapid swallowing depresses respiration, reduces oxygenation.



15. Problemy sercowo-oddechowe

- Częstość oddechów

– Zwiększone tempo pozostawia mniej czasu na kontrolowane połykanie, zwiększa ryzyko aspiracji.

- Wysiłek oddechowy

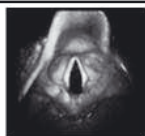
– Zwiększony wysiłek oddechowy = mniej energii na pracę przy karmieniu + zwiększone zapotrzebowanie na kalorie

- Zdolność do utrzymania natlenowania dla pracy przy karmieniu.

– Gwałtowne połykanie hamuje oddychanie, zmniejsza natlenowanie.

## Laryngomalacia

- Inspiratory stridor
- Suprasternal retractions
- Cyanosis / pallor occurs or worsens with crying, feeding, agitation, exertion or supine positioning.
- Strongly associated with GER (80%): increased intrathoracic pressure.



Normal Larynx  
Courtesy of Joe  
Edmunds, MD



Courtesy of Nikki Mills



## 16. Laryngomalacja

- Stridor wdechowy
- Retrakcje nadmostkowe
- Występuje sinica/bładość lub nasila się przy płaczu, karmieniu, pobudzeniu, wysiłku lub pozycji leżącej na plecach
- Silnie związane ze współczynnikiem wymiany gazowej (80%): zwiększone ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej

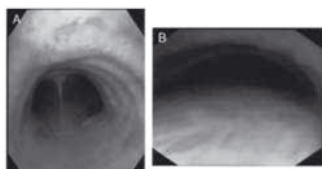
Prawidłowe gardło

Dzięki uprzejmości Joe Edmunds, MD

Dzięki uprzejmości Nikki Mills

- Insufficiently hardened or flattened cartilage rings of the trachea (&/or bronchi).
- Greater membranous area vs. cartilage
- Loss of longitudinal elastic fiber in membranous trachea (developmental)
- Iatrogenic (intubation, tracheostomy)

## Tracheomalacia



A: Normal during inspiration  
B: Collapse during quiet expiration

Carden, K. A., Boiselle, P. M., Waltz, D. A., & Ernst, A. (2005). Tracheomalacia and Tracheobronchomalacia in Children and Adults. *Chest*, 127(3), 984–1005.

## 17. Tracheomalacja

- Niewystarczająco stwardniałe lub spłaszczone pierścienie tchawicy (i/lub oskrzeli).
- Większa powierzchnia błoniasta niż chrzęstna
- Utrata podłużnych włókien sprężystych w błonistej tchawicy (rozwojowa)
- Iatrogena (intubacja, tracheostomia)

A: Prawidłowa podczas wdechu

B: Zapadnięta podczas spokojnego wydechu

Carden, K. A., Boiselle, P. M., Waltz, D. A., & Ernst, A. (2005). Tracheomalacia and Tracheobronchomalacia in Children and Adults. *Chest*, 127(3), 984–1005

## Tracheomalacia

- Increased work of breathing (3-4x\*).
- Respiratory distress (stridor, rhonchi, cyanosis) may worsen in supine.
- Sternal retractions during exercise, crying or feeding.
- Normal anatomy, isolated: outgrown in 1-2 years.

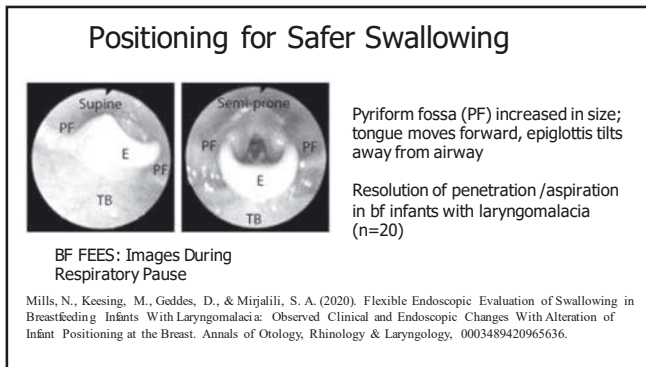


\*Gunatilaka et al., (2020). Increased Work of Breathing due to Tracheomalacia in Neonates. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(10), 1247–1256.

## 18. Tracheomalacja

- Zwiększony wysiłek oddechowy (3–4x\*).
- Zaburzenia oddychania (stridor, furczenia, sinica) mogą się nasilać w pozycji leżącej.
- Retrakcja mostka podczas wysiłku, płaczu lub karmienia
- Prawidłowa anatomia, odosobniona: wyraśćają z niej w ciągu 1–2 lat.

Gunatilaka et al., (2020). Increased Work of Breathing due to Tracheomalacia in Neonates. *Annals of the American Thoracic Society*, 17(10), 1247–1256.

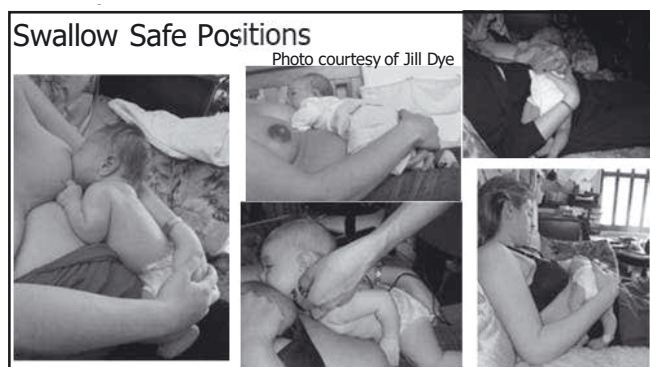


19. Pozycje do bezpiecznego połykania  
Zwiększona wielkość dołka sercowego (PF);  
język przesuwa się do przodu, nagłośnia od-  
chyła się od dróg oddechowych  
Rozwiązanie problemu penetracji/aspiracji  
przy kramieniu piersią niemowląt z laryngo-  
malacją (n=20)  
BF FEES: Obrazy podczas wstrzymanie oddechu

Mills, N., Keesing, M., Geddes, D., & Mirjalili, S. A. (2020). Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing in Breastfeeding Infants With Laryngomalacia: Observed Clinical and Endoscopic Changes With Alteration of Infant Positioning at the Breast. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 0003489420965636.

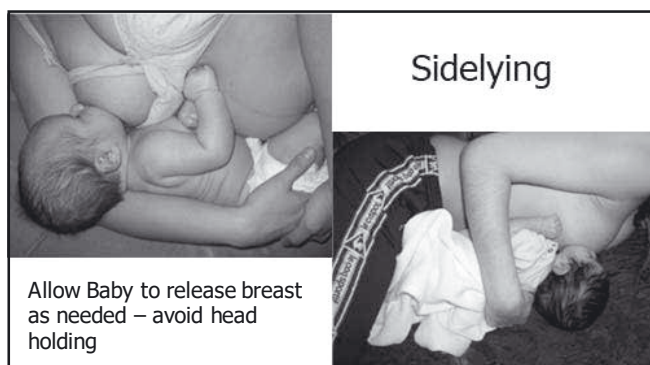


20. Kontrola przepływu przy piersi  
– Pozycja pionowa (upright) lub całkowicie na brzuchu na matce w pozycji leżącej  
– Ręce poza głowę dziecka  
– Masowanie piersi przed karmieniem (zwiększona ilość tłuszczu, uruchomić odruch wypływu mleka i poczekać, aż osłabnie)  
– Kompresja piersi podczas odruchu wypływu mleka  
– Odsunąć i uspokoić dziecko gdy ma trudności  
– Odciąganie pokarmu podczas pierwszego odruchu wypływu mleka



21. Pozycje bezpieczne do połykania

Zdjęcie dzięki uprzejmości Jill Dye



22. Pozycja boczna  
Pozwolić dziecku na wypuszczenie piersi w razie potrzeby – unikać trzymania głowy

**Positioning & Head Extension**



Bring chin and lips below nipple to encourage baby to comfortably extend head. Use caution with Down Syndrome, Achondroplasia (atlanto-axial instability).

23. Pozycjonowanie a wyginanie głowy  
 Podnieść podbródek i wargi poniżej brodawki, aby zachęcić dziecko do wygodnego odgięcia głowy.  
 Zachować ostrożność w przypadku Zespołu Downa, Achondroplazji (niestabilność atlant osiowa).

**Improving Aerobic Capacity**




**Preparatory Handling**  
 -Lower baseline respiratory rate  
 -Safer feeding with improved neurobehavioral organization

Medoff#Cooper 2015; Gakenheimer-Smith 2019

24. Poprawa wydolności aerobowej  
 Czynności przygotowawcze  
 – Obniżenie podstawowej częstości oddechów  
 – Bezpieczniejsze karmienie przy lepszej organizacji neurobehawioralnej

Medoff-Cooper 2015; Gakenheimer-Smith 2019

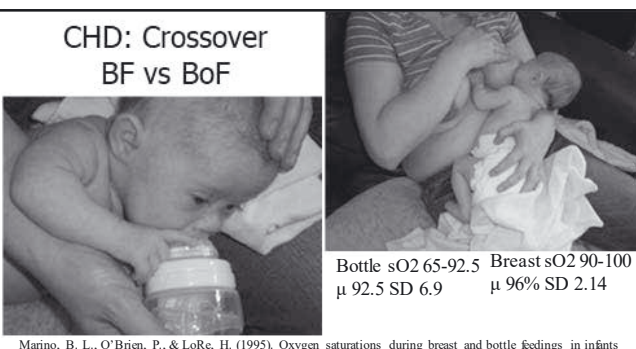
**Tracking Interventions**



**Cervical Auscultation or Ultrasound**

25. Interwencje w zakresie śledzenia  
 Osluchiwanie szyi lub USG

**CHD: Crossover BF vs BoF**



Bottle sO<sub>2</sub> 65-92,5 μ 92,5 SD 6,9      Breast sO<sub>2</sub> 90-100 μ 96% SD 2.14

Marino, B. L., O'Brien, P., & LoRe, H. (1995). Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(6), 360-364.

26. Choroba niedokrwienna serca: Połączenie karmienia piersią i butelką  
 Butelka sO<sub>2</sub> 65-92,5 u 92,5 SD 6,9  
 Piers sO<sub>2</sub> 90-100 u96% SD 2.14

Marino, B. L., O'Brien, P., & LoRe, H. (1995). Oxygen saturations during breast and bottle feedings in infants with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(6), 360-364.



### Successful BF Strategies: CHD

- Frequent feedings, on cue
- Unilateral feedings
- Upright positioning
- NNS at 'empty' breast during pre-op fast or early post-op
- Lacto-engineering (hind-milk enrichment)

Lambert, J. M., & Watters, N. E. (1998). Breastfeeding the infant/child with a cardiac defect: an informal survey. *Journal of Human Lactation*, 14(2), 151-155.

### 27. Skuteczne strategie karmienia piersią: CHD

- Częste karmienia, na żądanie
- Jednostronne karmienie
- Pozycja pionowa
- Ssanie nieodżywcze przy „pustej piersi” w okresie przedoperacyjnym lub we wczesnym okresie pooperacyjnym
- Inżynieria laktacyjna (wzbogacanie mleka drugiej fazy)

Lambert, J. M. & Watters, N. E. (1998).

Breastfeeding the infant/child with a cardiac defect: an informal survey. *Journal of Human Lactation*, 14(2), 151-155.5

- Short mandible reduces leverage for tongue movements
- Associated with narrower upper airway
- Baby may 'clamp' jaws to hold breast

### Micrognathia

### 28. Mikrognatia

- Krótka żuchwa zmniejsza dźwignię dla ruchów języka
- Związana ze zwężeniem górnych dróg oddechowych
- Dziecko może „zaciśnąć” szczęki, aby utrzymać pierś

### Micrognathia

Semi-reclined maternal positions  
Bring mandible forward (head extension)

Kneeling

Semi-prone

Straddle

Sidelying

### 29. Mikrognatia

- Półleżąca pozycja matki
- Wysunięcie żuchwy do przodu (odgięcie głowy)
- Kłęcząca
- Skośna półleżąca na brzuchu
- Półleżąca okraciem
- Na boku

### Velopharyngeal Insufficiency

Issues:

- Nasopharyngeal backflow of milk
- Feeding Resistance

Interventions:

- Positioning (upright during feed, prone after)
- Flow control
- Support Milk Supply

### 30. Niewydolność podniebieno-gardłowa

#### Problemy:

- Nosowo-gardłowy przepływ mleka
- Opór przy karmieniu

#### Interwencje:

- Ułożenie (w pozycji pionowej podczas karmienia, na brzuchu po)
- Obustronny paraliż strun głosowych VCP = ciężka dysfunkcja OUN

#### Karmienie w pozycji z porażoną struną do góry

- Kontrola przepływu
- Wsparcie podaży mleka





### Nasopharyngeal Reflux secondary to laryngomalacia



Poor timing of swallow, loss of milk into posterior nose.  
Increasingly wet voice/breath sounds during feeds.  
Upright feeds; Allow baby's nose to drain after feedings.

31. Refluks nosowo-gardłowy wtórny do laryngomalacji

Słaby czas połykania, utrata mleka w tylnej części nosa.

Coraz bardziej wilgotny głos/odgłosy oddechu podczas karmienia.

Karmienie w pozycji pionowej; umożliwienie odpływu z nosa dziecka po karmieniu.

- Unilateral (often left).
- Excessive stretch of neck during birth or surgical PDA ligation.
- Weak or hoarse cry.
- Mild stridor and retractions.
- Feeding usually only mildly affected.
- Bilateral VCP = severe CNS dysfunction.

### Vocal Cord Paralysis



Feed with paralyzed cord up

32. Paraliż strun głosowych

– Jednostronny (często po lewej stronie).

– Nadmierne rozciągnięcie szyi podczas porodu lub chirurgicznej interwencji przy PDA

– Słaby lub ochrypły płacz.

– Łagodny stridor i retrakcje.

– Zazwyczaj tylko w niewielkim stopniu wpływa na karmienie.



### Transitioning from Gavage to Breast

- Potential Issues:
- Poor milk transfer
  - Dysphagia
  - Fatigue

Prone positioning  
Breast during gavage  
Short, frequent feeds  
Pre-express if dysphagia risk

33. Przejście od podawania pokarmu sondą na pierś

Potencjalne problemy:

– Słaby transfer mleka

– Dysfagia

– Zmęczenie

Pozycja na wznak

Pierś podczas podawania pokarmu sondą

Krótkie, częste karmienia

Wstępne odciąganie w przypadku ryzyka dysfagii



Cleft Lip

- Difficulty maintaining latch & isolating oral cavity
- Use gravity, close cleft with breast tissue



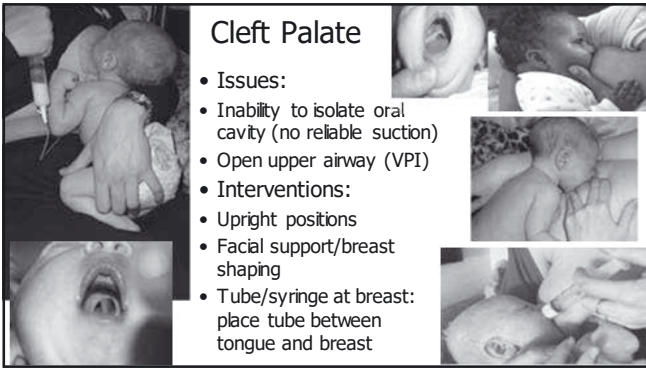
34. Rozszczep wargi

– Trudności z utrzymaniem piersi & izolacją jamy ustnej

– Wykorzystać siłę grawitacji, zamknąć rozszczep piersią

**Cleft Palate**

- Issues:
  - Inability to isolate oral cavity (no reliable suction)
  - Open upper airway (VPI)
- Interventions:
  - Upright positions
  - Facial support/breast shaping
  - Tube/syringe at breast: place tube between tongue and breast



### 35. Rozszczep podniebienia

#### Problemy:

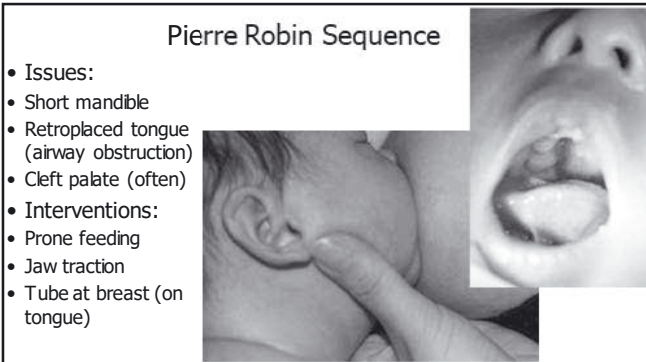
- Niezdolność do izolacji jamy ustnej (brak efektywnego ssania)

#### Interwencje:

- Pozycja pionowa
- Podtrzymywanie twarzy/kształtowanie piersi
- Otwarte górne drogi oddechowe (VPI)
- Rurka/strzykawka przy piersi: umieścić rurkę między językiem a piersią

**Pierre Robin Sequence**

- Issues:
  - Short mandible
  - Retroplated tongue (airway obstruction)
  - Cleft palate (often)
- Interventions:
  - Prone feeding
  - Jaw traction
  - Tube at breast (on tongue)



### 36. Sekwencja Pierre'a Robina

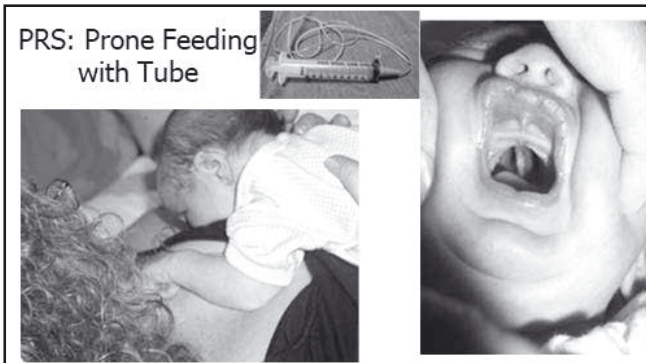
#### Problemy:

- Krótka żuchwa
- Cofnięty język (niedrożność dróg oddechowych)
- Rozszczepione podniebienie (często)

#### Interwencje:

- Karmienie w pozycji leżącej
- Trakcja szczękowa
- Rurka przy piersi (na języku)


**PRS: Prone Feeding with Tube**



### 37. PRS: Karmienie na brzuchu z rurką

## Infant Biomechanical Issues

## Problemy biomechaniczne niemowląt



### Tongue Tie

Issues:

- Reduced tongue range of motion
- Difficulty with oral grasp
- Nipple injury
- Poorly coordinated tongue movements
- Lower milk transfer

Genna, C. W., Saperstein, Y., Siegel, S. A., Laine, A. F., & Elad, D. (2021). Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns. *Physiological Reports*, 9(3), e14685.

Geddes, D. T., Langton, D. B., Gollow, I., Jacobs, L. A., Hartmann, P. E., & Simmer, K. (2008). Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics*, 122(1), e188–e194.


### 38. Skrócone wędzidełko języka

#### Problemy:

- Zmniejszony zakres ruchu języka
- Trudności z chwytem
- Uszkodzenie brodawki
- Słabo skoordynowane ruchy języka
- Niższy pobór mleka

Genna, C. W., Saperstein, Y., Siegel, S. A., Laine, A. F., & Elad, D. (2021). Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns. *Physiological Reports*, 9(3), e14685.

Geddes, D. T., Langton, D. B., Gollow, I., Jacobs, L. A., Hartmann, P. E., & Simmer, K. (2008). Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *Pediatrics*, 122(1), e188–e194.



### Facilitating Latch

“Snuggle-slide” infant away from breast to extend head and bring tongue tip to a wider circle of breast.

Prone positioning may bring hyoid forward

### 39. Ułatwienie chwytania brodawki

„Przytulanie – zjeżdżanie” dziecko odsuwa się od piersi, aby wydłużyć głowę i przybliżyć czubek języka do szerszej otoczki brodawki  
Ułożenie na brzuchu może spowodować wysunięcie kości gnykowej do przodu




### Drip and Drop Expressed Milk

Semi-prone position brings hyoid forward with gravity, improves tongue mobility.

Milk dropped on areola entices baby to bring tongue-tip forward.

### 40. Odciągnięte mleko kropla po kropli

Pozycja półleżąca powoduje przesunięcie kości gnykowej do przodu dzięki sile ciężkości, poprawia ruchomość języka  
Mleko spływające na otoczkę zachęca dziecko do wysunięcia czubka języka do przodu.



**Facilitating Latch**

“Snuggle-slide” infant away from breast to extend head and bring tongue tip to a wider circle of breast.


Prone positioning may bring hyoid forward

41. Daj dziecku z krótkim wędzidełkiem czas i grawitację

Niektóre niemowlęta z krótkim wędzidełkiem mogą być karmione piersią z dobrym uchwytem, są mniej efektywne.

Geddes 2009

**Define a mouthful – Exaggerated Breast Shaping**



Glover, R., & Wiessinger, D. (2023). They can do it, you can help: Building breastfeeding skill and confidence in mother and helper. *Supporting sucking skills in breastfeeding infants 4<sup>th</sup> edition.*

42. Wypełnienie ust – przesadne kształtowanie piersi

Glover, R., & Wiessinger, D. (2023).

They can do it, you can help: Building breastfeeding skill and confidence in mother and helper. *Supporting sucking skills in breastfeeding infants 4th edition.*

**Give Tongue-tied Baby Time & Gravity**



Some TT infants can bf adequately with good latch, are less efficient. Geddes 2009


43. CMT

prawidłowy mioblast, degenerujący mioblast, miofibroblast z pseudoguza mostkowo-obojczykowego przy wrodzonym kręczu mięśniowym (CMT)

Tang, S., Liu, Z., Quan, X., Qin, J., & Zhang, D. (1998).

Sternocleidomastoid Pseudotumor of Infants and Congenital Muscular Torticollis: Fine-Structure Research. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 18(2), 214.

**Congenital Muscular Torticollis**



Varying degrees of sternocleidomastoid fibrosis fix head in tilt and contralateral turn

Weaker suck, asymmetrical mandible & tongue movements, unilateral or bilateral difficulty latching, poor adaptability, fussiness.

Genna, C. W. (2015). Breastfeeding infants with congenital torticollis. *Journal of Human Lactation*, 31(2), 216-220.

Genna, C.W. (2023) *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*, 4<sup>th</sup> edition. Jones & Bartlett.

44. Wrodzony kręcz mięśniowy

Różne stopnie zwłóknienia mostkowo-obojczykowe ustawia głowę w pochyleniu i skręcie przeciw lateralnym

Słabsze ssanie, asymetryczna żuchwa i ruchy języka, jednostronne lub obustronne trudności z uchwyceniem piersi, słaba zdolność adaptacji, marudzenie.

Genna, C. W. (2015). Breastfeeding infants with congenital torticollis. *Journal of Human Lactation*, 31(2), 216-220.

Genna, C.W. (2023) *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*, 4th edition. Jones & Bartlett.

Strategy: Position with Head in Favored Position



Belly Sit



Hip Sit (Spiderman)

45. Strategia: Pozycja z głową w ulubionym położeniu

Przysiad na brzuchu

Przysiad biodrowy (Spiderman)

Rotate Hips Until Face Comes to Breast



Belly "Up" Positions

May use rolled blanket between baby's hips and mother's body to preserve rotation (center photo).



46. Obracać biodra, aż twarz znajdzie się przy piersi

Pozycje „brzuchem do góry”

Można użyć zwiniętego koca między biodrami dziecka a ciałem matki, aby zachować biodrami a ciałem matki, aby zachować rotację (zdjęcie środkowe).



Tummy Twist



Roll baby's hips until chin, cheeks and philtrum touch breast



47. Obracać biodra dziecka do momentu, gdy broda, policzki i rzylenka pod nosowa dotykają piersi

Preserve Head Tilt



'Roll Down' with Baby on Upper Arm



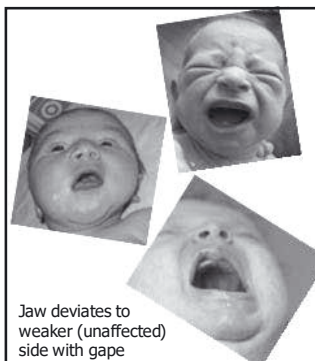
Head tilted over mother's arm

48. Utrzymanie odchylenia głowy

„Odwijanie” dziecka na górnej części ramienia

Głowa dziecka przechylona przez ramię matki

CMT: Jaw Deviation



Jaw deviates to weaker (unaffected) side with gape



Provide gentle, steady traction toward breast

49. CMT: Odchylenie żuchwy

Żuchwa odchyła się w kierunku słabszej (zdrowej) strony przy otwieraniu ust

Zapewnić delikatną, stałą trakcję w kierunku piersi

### Sublingual Support



Steady, gentle traction toward breast under sublingual muscles.

Improves tongue support in midline and sucking strength. Deeper, slower sucking if effective.

### 50. Podparcie podjęzykowe

Stać, delikatna trakcja w kierunku piersi pod mięśniami podjęzykowymi.

Poprawia podparcie języka w linii środkowej i siłę ssania.

Głębsze, wolniejsze ssanie, jeżeli jest skuteczne

### Jaw Traction



Straddle Twist



Gentle traction of chin toward breast  
Palm can support weaker cheek.

### 51. Trakcja żuchwy

Skręt w pozycji „dosiadania”

Delikatna trakcja podbródka w kierunku piersi

Dłoń może podtrzymywać słabszy policzek

### Cheek Support (if weaker cheek gaps)



### 52. Podparcie policzków (w przypadku słabszych szczelin policzkowych)

### Developmental Hip Dysplasia



Stable position in Pavlik harness  
courtesy of Beth Myler



- Shallow acetabulum
- Femur placement & pressure crucial



### 53. Rozwojowa dysplazja bioder

Stabilna pozycja w uprząży Pavlik.

Dzięki uprzejmości Beth Myler

– Płytką panewka

– Ułożenie i nacisk kości udowej mają kluczowe znaczenie

### Summary

- Understand potential feeding implications of various conditions
- Consider resting position of mother's breasts
- Consider ergonomic position of mother's body
- Consider infant shape and size
- Maximize stability, use gravity if possible
- Trigger infant reflexes, compensate for anatomical differences.
- Try tools (nipple shield, tube) and skin to skin if needed.

### 54. Podsumowanie

- Rozumieć potencjalny wpływ różnych trudności na karmienie
- Rozważyć pozycję spoczynkową piersi matki
- Rozważyć ergonomiczną pozycję ciała matki
- Uwzględnić kształt i wielkość niemowlęcia
- Maksymalizować stabilność, wykorzystywać grawitację, jeśli to możliwe
- Wywołać odruchy niemowlęcia, kompensować różnice anatomiczne
- Wypróbować narzędzia (kapturki na brodawki, rurkę) i w razie potrzeby – skóra do skóry.

### Feeding Implications of Infant Condition



### 55. Wpływ stanu niemowlęcia na karmienie

### Resting Position of Breasts



### 56. Spoczynkowa pozycja piersi

### Ergonomic for Mother



### 57. Ergonomiczna dla matki

### Infant Shape & Size



Courtesy of Carlos Baeza



Courtesy of Kate Standish

### 58. Kształt i rozmiar niemowlęcia

Dzięki uprzejmości Carlosa Baeza

Dzięki uprzejmości Kate Standish

### Stability: From Gravity & Mother's Body



### 59. Stabilność: wobec grawitacji i ciała matki

### Trigger Infant Reflexes



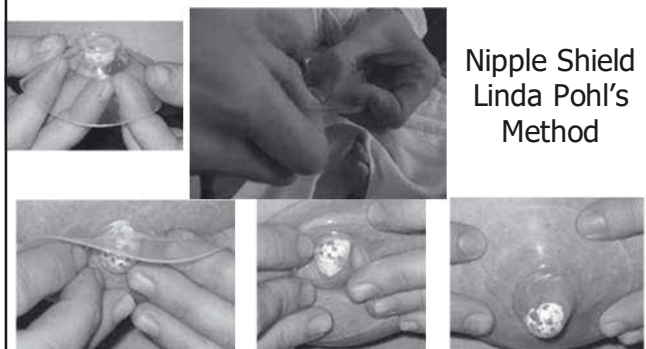
### 60. Wywoływanie odruchów niemowlęcych

### Modify to Suit Individual Needs



### 61. Modyfikacja w celu dostosowania do indywidualnych potrzeb

### Nipple Shield Linda Pohl's Method



### 62. Kapturki na brodawki

Metoda Lindy Pohl



### Try Skin to Skin Without Prodding

- Faster resolution of latch problems vs. actively putting infant to breast
- Mom topless and reclined
- Baby in diaper, between breasts

Svensson, K. E., Velandia, M. I., Matthiesen, A.-S. T., Welles-Nyström, B. L., & Widström, A.-M. E. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: A randomized trial. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 1.



63. Wypróbujcie metodę „skóra do skóry” bez przystawiania

- Szybsze rozwiązywanie problemów z chwytaniem piersi w porównaniu z aktywnym przystawianiem
- Mama topless i w pozycji leżącej
- Dziecko w pieluszcze, między piersiami

Svensson, K. E., Velandia, M. I., Matthiesen, A.-S. T., Welles-Nyström, B. L., & Widström, A.-M. E. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: A randomized trial. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 1



Thank You!

Facebook: Catherine Watson Genna  
[www.cwgenna.com](http://www.cwgenna.com)

Dziękuję!

Facebook: Catherine Watson Genna  
[www.cwgenna.com](http://www.cwgenna.com)

## Notatki

## Notatki

# **Macierzyństwo kobiet z HIV – aktualne rekomendacje**

**dr n. med. Joanna Kubicka**

## **Notatki**

# Wpływ karmienia piersią na przebieg infekcji wirusem RS u niemowląt – jednośrodkowe badanie retrospektywne.

## Miejsce III w konkursie

**lek. Anna Maćkowska, lek. Jakub Nowicki,  
dr hab. n. med. Elżbieta Jakubowska Pietkiewicz**

Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów

### WSTĘP

Ludzki syncytialny wirus (RSV, ang. Respiratory Syncytial Virus) należy do głównych patogenów powodujących infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych u dzieci, szczególnie poniżej 5 roku życia. U noworodków, szczególnie wcześniaków przebieg infekcji może być burzliwy i prowadzić do niewydolności oddechowej. Karmienie piersią jest najlepszym i zalecanym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. W pokarmie kobiecym znajdują się przeciwciała neutralizujące i inne składniki przeciwinfekcyjne, a także stymulujące układ odpornościowy niemowlęcia.

### CEL PRACY

Badanie miało na celu sprawdzenie, czy karmienie piersią ma korzystny wpływ na przebieg infekcji wywołanej przez wirusa RS, w porównaniu z karmieniem mlekiem modyfikowanym, u noworodków i niemowląt.

### MATERIAŁ I METODY

W badaniu dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej pacjentów z infekcją RSV, potwierdzoną testem antygenowym, karmionych pokarmem matki bądź mieszanką mleczną, którzy byli hospitalizowani w okresie od sierpnia 2021 do lutego 2022 roku w Klinice Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Pozyskano informacje na temat płci i wieku pacjentów, ich wywiadu okołoporodowego, masy ciała przy przyjęciu i wypisie, sposobu karmienia, stężenia CRP przy przyjęciu, zastosowanego leczenia oraz długości hospitalizacji. Do badania włączono 51 pacjentów z potwierdzoną infekcją RSV. Podzielono dzieci na dwie grupy w zależności od typu karmienia: pokarmem matki (wyłącznie lub częściowo) bądź mieszanką mleczną. Zbadano, czy wywiad okołoporodowy wpływa na sposób karmienia pacjentów, a także, czy przyjęty schemat karmienia ma wpływ na długość hospitalizacji, przyrost masy ciała podczas hospitalizacji, stężenie parametrów zapalnych przy przyjęciu oraz konieczność zastosowania antybiotykoterapii, tlenoterapii bądź innych form leczenia. Przy użyciu modeli jedno- i wielowymiarowych regresji liniowej zidentyfikowano czynniki mające związek z długością hospitalizacji noworodków i niemowląt z zakażeniem RSV.

## WYNIKI

Dzieci karmione pokarmem kobiecym istotnie statystycznie częściej były urodzone drogami i siłami natury ( $p < 0,01$ ), w późniejszym tygodniu ciąży (39 vs. 37,  $p < 0,001$ ) oraz miały większą masę urodzeniową (3540g vs. 3200g,  $p < 0,01$ ). Pacjenci ci z powodu infekcji wirusem RS hospitalizowani byli we wcześniejszym wieku postnatalnym (21 dni vs. 40 dni życia,  $p < 0,01$ ), zaś sama hospitalizacja trwała krócej (8 dni vs. 11 dni,  $p < 0,05$ ). Na czas spędzony w szpitalu wpływ ma konieczność włączenia antybiotykoterapii i tlenoterapii, zastosowanie w leczeniu nebulizacji z hipertonicznego roztworu soli (3% NaCl) oraz sposób karmienia pacjentów. Pacjenci, u których konieczne było zastosowanie antybiotykoterapii i tlenoterapii spędzili w szpitalu więcej czasu (odpowiednio 11 dni vs. 9 dni,  $p < 0,05$  oraz 11 dni vs. 8 dni,  $p = 0,01$ ). U dzieci, które w trakcie hospitalizacji otrzymywały 3% NaCl zaobserwowano krótszy czas hospitalizacji w porównaniu do tych, u których tego środka nie zastosowano (10 dni vs. 15 dni,  $p < 0,05$ ). Wieloczynnikowy model regresji liniowej wykazał, że dzieci karmione piersią były hospitalizowane o 1,7 dnia krócej niż te karmione mieszanką mleczną (95% CI 0,247 – 3,209).

## WNIOSKI

Karmienie piersią może ograniczać nasilenie objawów infekcji o etiologii RSV u niemowląt oraz skracać czas ich hospitalizacji. Łagodny przebieg, krótszy czas trwania infekcji oraz mniejsze ryzyko ewentualnych powikłań jest kolejnym argumentem za zachęcaniem kobiet do karmienia naturalnego, bo niesie ono liczne korzyści zdrowotne dla dziecka.

## Notatki

# Matka karmiąca leczona litem? – opis przypadku

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Choroba afektywna dwubiegunowa (CHAD) dotyka 0,8-2,6 % populacji i często dotyczy kobiet w wieku rozrodczym.<sup>1</sup> Lit jest lekiem pierwszego wyboru ze względu na skuteczne kontrolowanie nawrotu epizodów manii czy depresji, których ryzyko w okresie poporodowym wzrasta. Lit jest wydzielany do pokarmu w umiarkowanych ilościach, obserwowano duże indywidualne różnice u niemowląt w zakresie odsetka terapeutycznego poziomu litu u matki, który mieścił się w granicach 10-60%. Lit był przez wiele lat jednym z niewielu leków bezwzględnie przeciwwskazanych w czasie karmienia piersią, jednak w ostatniej dekadzie część autorów dopuszcza karmienie piersią, a nawet do niego zachęca.<sup>2-6</sup> Opublikowano sporo prac, w których niemowlęta były uważnie monitorowane i gdzie rzadko obserwowano działania niepożądane litu w postaci zaburzeń zachowania, karmienia, słabego przyrostu masy ciała, odchyłeń w parametrach laboratoryjnych funkcji tarczycy i nerek lub krótko i długofalowych zaburzeń wzrostu i rozwoju, choć niewątpliwie potrzebne są dalsze obserwacje.<sup>4,6,7</sup>

Podjęcie karmienia piersią przez matkę leczoną litem wymaga przeprowadzenia z matką bilansu znanych i udokumentowanych korzyści karmienia piersią i możliwego ryzyka związanego z potencjalnym narażeniem dziecka na lek. Karmienie jest możliwe w przypadku dziecka donoszonego, bez dodatkowych obciążeń (wcześniactwo, w trakcie zakażenia, odwodnienia), gdy rodzina ma zdolność obserwowania zachowania dziecka oraz dostęp do opieki medycznej. W razie niepokojących objawów karmienie piersią może być przerwane na 24-48h. Do rozważenia pozostaje karmienie mieszane. (Lactmed, E-lactacia)

Niemowlę wymaga uważnego monitorowania rozwoju psychoruchowego, przyrostu masy ciała oraz okresowego sprawdzania funkcji nerek i wątroby. Wszyscy autorzy podkreślają konieczność monitorowania stężenia litu u dziecka ze względu na jego „chimeryczność”. Poziom litu u dziecka nie przekraczający 0,2 mmol/l jest uważany za bezpieczny. W serii 30 przypadków u większości niemowląt stężenia leku utrzymywały się w bezpiecznych granicach, jednak u 2 niemowląt wykryto stężenia bardzo wysokie.<sup>6</sup>

Stężenie litu powinno być oznaczone w 1 dobie, w 2–3 dobie i w 5–7 dobie. Kolejne oznaczenia prowadzi się w zależności od uzyskanych wyników, stanu dziecka, zmian w karmieniu lub dawkowaniu leku u matki, jednak nie rzadziej niż co 4 tygodnie. Jeśli stężenie wynosi <0,1 mmol/l w kolejnym oznaczeniu – nie ma potrzeby dalszego testowania, pod warunkiem, że nie pojawiają się niepokojące objawy.<sup>2,4,6</sup>

## Opis przypadku

Do poradni laktacyjnej zgłosiła się pacjentka w 28 tygodniu ciąży leczona litem i lamotryginą z powodu CHAD z pytaniem czy będzie mogła karmić piersią. Pacjentka oczekiwała drugiego dziecka. Po urodzeniu pierwszego dziecka, w 8 dobie po porodzie wystąpił epizod psychozy, wymagający hospitalizacji, a laktacja została zahamowana farmakologicznie.

Pacjentka otrzymała obszerną informację na temat litu i lamotryginy na podstawie danych z dostępnej literatury medycznej, tak by mogła podjąć świadomą decyzję. Pacjentka

rozważała karmienie mieszane. Ustalono, że rozpocznie karmienie piersią lub stymulację laktacji, bieżące decyzje o przystawianiu do piersi/podawaniu mleka matki będą podejmowane w zależności od stanu dziecka i poziomu litu. Plan został przedyskutowany z zespołem neonatologów szpitala, w którym planowała rodzić pacjentka oraz z zespołem laktacyjnym. Sprawdzone również możliwość oznaczania u dziecka litu w szpitalu.

Chłopczyk urodził się w 41 tygodniu. Dwa dni przed rozwiązaniem u matki wystąpiły objawy infekcji dróg oddechowych, potwierdzono zakażenie wirusem grypy A. Dziecko zostało przekazane na oddział patologii noworodka. W kolejnych dniach obserwowano przejściowe zaburzenia oddychania wymagające tlenoterapii biernej oraz bradykardię. W pierwszej dobie chłopiec dwukrotnie otrzymał siarę matczyną odciągniętą przez położną, potem karmienie mlekiem mamy zostało wstrzymane ze względu na wspomniane wcześniej problemy dziecka oraz wysoki poziom litu w oznaczeniu z 1 doby (0,79mmol/l). Matka rozpoczęła stymulację laktatorem, mleko było wylewane.

Pacjentka zgłosiła się do poradni laktacyjnej na pierwszą wizytę z dzieckiem w 15 dniu życia. Na tym etapie pacjentka odciągała 40–70 ml pokarmu/raz co około 3h. W badaniu dziecka, jamy ustnej, badaniu piersi nie stwierdzono żadnych odchyłeń. Piersi uchwycił prawidłowo, choć dość słabo otwierał buzię, ssanie było umiarkowanie aktywne. Zalecono rozpoczęcie karmienia pierś/mleko modyfikowane 50/50, a więc orientacyjnie pierś 4 x dz, pozostałe karmienia z butelki mlekiem modyfikowanym. Zalecono pomiar stężenia litu po tygodniu, który wynosił poniżej 0,1 mmol/l (12% matczynego poziomu). Zdecydowano o zwiększeniu intensywności karmienia z piersi, przystawianie do obu piersi wg potrzeb dziecka i dokarmianie ok 240 ml/d. Kolejne badanie litu u dziecka zalecono po 2 tygodniach – wynik był taki sam. Przejściowo nastąpiło podwyższenie TSH i transaminaz. Chłopiec z czasem zaczął zjadać mniej mleka z porcji podawanych w butelce. Przyrosty masy ciała w kolejnych pomiarach były dobre lub średnie, co zaskutkowało obniżeniem pozycji na siatce centylowej. Mama nie podjęła niestety zalecanego odciągania w celu podstymulowania laktacji.

W wieku 4 miesięcy (to jest moment, kiedy oddaję materiały do druku na konferencję – przyp. Autorki) jest radosnym, komunikatywnym niemowlakiem, osiągnął wszystkie etapy rozwoju psychoruchowego należne do wieku. Mama jest szczęśliwa i wdzięczna za to, że karmi piersią, cieszy ją wygoda karmienia, bliskość i że się udało – niezależnie od tego jak długo jeszcze potrwa.

Dziękuję Mamie za wyrażenie zgody na przedstawienie jej historii.

Dziękuję moim Koleżankom z zespołu neonatologicznego i laktacyjnego Szpitala Św. Zofii za współpracę i wsparcie.

#### Piśmiennictwo

1. Rozpowszechnienie CHAD - Grupa Synapsis Online. Accessed April 12, 2023. <https://online.synapsis.pl/Choroba-afektywna-dwubiegunowa-ChAD-podstawowe-informacje/Rozpowszechnienie.html>
2. Torfs M, Hompes T, Ceulemans M, Van Calsteren K, Vanhole C, Smits A. Early Postnatal Outcome and Care after in Utero Exposure to Lithium: A Single Center Analysis of a Belgian Tertiary University Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):10111. doi:10.3390/ijerph191610111
3. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. *Int J Bipolar Disord*. 2018;6(1):26. doi:10.1186/s40345-018-0135-7

4. Gehrman A, Fiedler K, Leutritz AL, Koreny C, Kittel-Schneider S. Lithium Medication in Pregnancy and Breastfeeding-A Case Series. *Med Kaunas Lith.* 2021;57(6):634. doi:10.3390/medicina57060634
5. Bogen DL, Sit D, Genovese A, Wisner KL. Three cases of lithium exposure and exclusive breastfeeding. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(1):69-72. doi:10.1007/s00737-012-0257-3
6. Heinonen E, Tötterman K, Bäck K, Sarman I, Svedenkrans J, Forsberg L. Lithium use during breastfeeding was safe in healthy full-term infants under strict monitoring. *Acta Paediatr Oslo Nor* 1992. 2022;111(10):1891-1898. doi:10.1111/apa.16444
7. Uguz F, Sharma V. Mood stabilizers during breastfeeding: a systematic review of the recent literature. *Bipolar Disord.* 2016;18(4):325-333. doi:10.1111/bdi.12398

## Notatki



# **Dobre praktyki w zakresie okołoporodowego zdrowia psychicznego kobiet w czasie wojen i migracji: prezentacja badań z COST ACTION Riseup-PPD w kontekście wojny na Ukrainie**

**dr n. społ. Magdalena Chrzan-Dętkoś**

Według Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych (UNFP, 2022) w chwili wybuchu wojny w lutym 2022 roku około 265 tys. Ukrainek było w ciąży. W ciągu kolejnych trzech miesięcy na Ukrainie lub za granicą miało urodzić się 80 tys. kobiet (UNPF, 2022). Według badań i obserwacji klinicystów, kobiety w ciąży i młode matki są szczególnie wrażliwymi podgrupami populacji migrantów, ponieważ znajdują się „w niepewnej sytuacji w obcym kraju, gdzie łatwo może rozwinąć się poczucie wewnętrznej bezdomności, a zdolność do empatii i intuicyjnego rodzicielstwa może zostać osłabiona” (Utari-Witt, Walter, 2021, s. 58). Na przykład badania przeprowadzone zarówno w dotkniętej wojną Syrii oraz wśród uchodźczyń wewnętrznych w Ukrainie, wykazały, że wysoki odsetek (28,2%) kobiet jest w grupie wysokiego ryzyka depresji poporodowej (Roumieh i in., 2019). Kobiety 5 razy częściej doświadczają depresji poporodowej niż kobiety urodzone w danym kraju!

W rejonach dotkniętych wojną, rodzi się istotnie więcej dzieci z niższą masą urodzeniową oraz wcześniaków – co dodatkowo staje się obciążeniem dla matek. Często później zgłaszają się do lekarza, nie rozpoznają tzw. „objawów alarmowych”, nie wiedzą z kim się skontaktować w sytuacji niepokoju, zagrożenia – to główne czynniki ryzyka. Dzieci urodzone przez kobiety ubiegające się o azyl mają średnio niższą masę urodzeniową (3265 vs. 3385 g,  $p < 0,000$ ) i częściej były zbyt małe jak na wiek ciążowy (13,9% vs. 8,4%,  $p < 0,002$ ).

O czym mówi się mniej, opieka położnicza nad pacjentką, która doświadczyła urazu, w tym traumy wojennej, jest również wyzywaniem i emocjonalnym obciążeniem dla położnych i pielęgniarek. Badanie jakościowe przeprowadzone na grupie 10 osób w maju 2021 roku wskazywało, że subiektywne obciążenie sytuacją wojny dla położnych to 4,81 na 6 stopniowej skali. Celem wystąpienia jest przedstawienie wyników wstępnych badań własnych dotyczących zdrowia psychicznego w okresie okołoporodowym oraz prezentacja dobrych praktyk szpitalnych w opiece położniczej nad kobietami z doświadczeniem uchodźczym, w tym przeciwdziałanie retraumatyzacji personelu medycznego opiekującego się tymi pacjentkami. Mniej więcej jedna na pięć osób w warunkach konfliktu zbrojnego ma problemy ze zdrowiem psychicznym. Szacuje się, że 22% populacji mieszkającej obecnie na obszarach dotkniętych konfliktem prawdopodobnie w dowolnym momencie w ciągu najbliższych 10 lat doświadczy trudności ze zdrowiem psychicznym – przy czym jedna osoba na 10 będzie cierpieć na umiarkowaną lub ciężką postać choroby jak np. depresja z zachowaniami samobójczymi lub psychozą. (Dane ze Światowego Forum Ekonomicznego, 2022)

Jakim doświadczeniem było i jest dla polskich położnych opieka nad uchodźczyniami wojennymi z Ukrainy na początku wojny? Co było najtrudniejsze? Co pomagało nawiązać kontakt? Jaka jest rola położnych, pielęgniarek w profilaktyce zdrowia psychicznego? Czego możemy potrzebować w pracy z kobietami z doświadczeniem przymusowej, związanej z wojną migracji?

Serdecznie zapraszam na krótki wykład, gdzie omówię sytuację psychologiczną zarówno kobiet z doświadczeniem uchodźczym jak i opiekujących się nimi położnych, udostępnię narzędzia do badań przesiewowych w j. ukraińskim.

Źródło:

Chrzan-Dętkoś, M., Rodríguez-Muñoz, María F., Krupelnytska, L., Morozova-Larina, O., Vavilova, A., García López, H., Murawska, N., & Nakić Radoš, S. (in press). Good Practices 5 in Perinatal Mental Health for Women during Wars and Migrations: A Narrative Synthesis 6 from the COST Action Riseup-PPD in the Context of the War in Ukraine. *Clínica y Salud*. 7 <https://doi.org/10.5093/clysa2022a14>

### **Abstract:**

**Background:** Since February 24th, 2022, the beginning of Russia's aggression against Ukraine, more than 80,000 women were expected to give birth. Therefore, understanding the impact of war on the perinatal health of women is an important requisite to improve perinatal care. This narrative synthesis has two main purposes: on one hand, it aims to summarize the current evidence available based on perinatal health outcomes and care among perinatal women; on the other, it attempts to identify the gaps still present in research in relation to perinatal care. **Method:** A literature search was completed in diverse databases (e.g., Medline, PsychInfo). **Results:** Emergent matters related to practice and research in perinatal refugee women have been discussed. **Conclusions:** In the face of the war in Ukraine, we need to build up further research to provide an evidence-based foundation for preventing and treating the psychological consequences of pregnant women exposed directly to war and those who have been forced into a refugee status during this vulnerable period. Also, it is essential to support not only women transitioning to motherhood, but also supporting midwives and nurses in their work.

### **Notatki**

# Porównanie czynników odporności swoistej i nieswoistej w mleku matek chorych na COVID-19 i matek zdrowych w czasie pandemii COVID-19

Aleksandra Mołas<sup>1</sup>, Agnieszka Bzikowska-Jura<sup>1</sup>, Jolanta Lis-Kuberka<sup>2</sup>,  
Magdalena Orczyk-Pawłowicz<sup>2</sup> oraz Aleksandra Wesołowska<sup>1,3</sup>

1. Pracownia Badań nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją, Zakład Biologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
2. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Zakład Chemii i Immunochemii, Katedra Biochemii i Immunochemii
3. Fundacja Bank Mleka Kobiecego

Mleko kobiece, a zwłaszcza siara, jest bogate w czynniki odpowiedzi immunologicznej. Laktoferyna jest jednym z ważniejszych białek wrodzonej odporności nieswoistej, o potwierdzonym szerokim przeciwbakteryjnym i przeciwwirusowym działaniu. Z kolei obecność w mleku kobiecym przeciwciał s-IgA skierowanych przeciwko konkretnym czynnikom chorobotwórczym z otoczenia matki jest podstawą odporności biernej nabywanej przez dziecko wraz z mlekiem matki. Ogólny stan zdrowia matki, jak również przejściowy spadek odporności, który skutkuje infekcją bakteryjną lub wirusową, wpływa na poziom oraz aktywność czynników immunologicznych obecnych w mleku kobiet karmiących piersią. Hamujące działanie laktoferyny w stosunku do wirusa SARS-CoV-2 oraz blokowanie jego replikacji przez przeciwciała klasy IgA zostało potwierdzone w badaniach in vitro prowadzonych w poszukiwaniu skutecznych terapii na COVID-19.

## CEL BADANIA

Celem badania było porównanie stężeń laktoferyny oraz s-IgA w mleku matek chorych na COVID-19 (grupa badana) i matek zdrowych (grupa kontrolna) w czasie porodu.

## MATERIAŁ I METODY

Materiał stanowiły próbki mleka zebrane od 40 kobiet w okresie 04.2020-10.2020, w pierwszym tygodniu laktacji. W grupie badanej znalazło się 20 kobiet, które w trakcie porodu i na początku połogu przechodziły aktywną infekcję SARS-CoV-2, natomiast w grupie kontrolnej znalazło się 20 zdrowych matek. Stężenie laktoferyny oraz s-IgA w mleku została zbadana za pomocą testu ELISA. Obecność specyficznych przeciwciał s-IgA anty-RBD wirusa SARS-COV-2 w mleku określono używając immunoenzymatycznych testów kasetkowych.

**Wyniki:** Nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych w przypadku stężenia laktoferyny w badanych próbkach ( $p=0,087$ ). W badanej grupie średnie stężenie laktoferyny wyniosło  $12,6 \pm 4,9$  g/l, a w grupie kontrolnej  $14,9 \pm 2,9$  g/l. Istotne różnice statystyczne uzyskano natomiast w przypadku stężenia s-IgA w sianie ( $p=0,038$ ). Mediana dla grupy pacjentek chorych na COVID-19 wyniosła  $9,2$  ( $7 - 15,4$ ) g/l, a dla grupy kontrolnej  $15,1$  ( $9,7 - 19$ ) g/l. U 75% kobiet z grupy zakażonych wirusem SARS-CoV-2 ( $n=15$ ) w chwili

porodu uzyskano pozytywny wynik testu na obecność w sianie przeciwciał skierowanych przeciwko białkom wirusa ( IgA anty-RBD), u 10% (n=2) otrzymano wynik negatywny, u 15% (n=3) wynik był niejednoznaczny. U większości kobiet zdrowych (90%, n=18) z grupy kontrolnej otrzymano negatywny wynik testu kasetkowego, a u pozostałych (10%, n=2) wynik był niejednoznaczny.

## WNIOSKI

1. Infekcja SARS-CoV-2 u matki nie wpływa na stężenie laktoferyny w jej mleku, białko to może być przekazywane wraz z mlekiem, stanowiąc skuteczną ochronę przed zakażeniem noworodka karmionego piersią przez chorą na COVID-19 matkę.
2. Pomimo obniżonego ogólnego miana s-IgA w mleku matek chorych na COVID-19, u 75% z nich potwierdzono obecność przeciwciał skierowanych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, które mogą skutecznie blokować wnikanie wirusa do organizmu dziecka
3. Na zawartość czynników odporności swoistej i nieswoistej w mleku matek chorych na COVID-19 może mieć wpływ wiele czynników. Ustalenie jednoznacznej korelacji pomiędzy statusem epidemiologicznym matki a poziomem przeciwciał s-IgA i laktoferyny może być utrudnione przez wpływ czynników genetycznych warunkujących wykładniki odpowiedzi komórkowej, środowiskowych (stres) oraz zmienność mutacyjną wirusa.
4. Brak negatywnego wpływu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 na poziom laktoferyny w sianie oraz obecność przeciwciał s-IgA anty SARS-CoV-2 potwierdzają immunoprotekcyjny potencjał mleka matek chorujących na COVID-19 w okresie okołoporodowym.

Praca finansowana ze środków Rezerwy Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na utrzymanie potencjału badawczego na lata 2021-2022.

Nie zgłaszam konfliktu interesów w związku z prezentowaną pracą.

## Notatki

# **Poprawa bezpieczeństwa farmakoterapii w czasie laktacji poprzez zdefiniowanie działań niepożądanych – pierwsze zmiany w słowniku MedDRA**

**Aleksandra Wesołowska<sup>1</sup>, Katarzyna Maksym<sup>2</sup>, Kinga Kalita Kurzyńska<sup>1</sup>  
Diane Spatz<sup>3</sup>, Anna David<sup>2</sup> oraz grupa międzynarodowych ekspertów**

1. Pracownia Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny w Warszawie, Zakład Biologii Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska
2. Institute for Women's Health, University College, London, UK
3. University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

## **Wstęp:**

Kobiety w ciąży i karmiące piersią są rutynowo wykluczane z udziału w większości badań klinicznych. Interwencje farmakologiczne stosowane u kobiet zarówno w czasie ciąży, jak i w okresie połogu mogą wpływać na laktację. Ograniczona wiedza na temat korzyści i ryzyka terapii w okresie okołoporodowym może przyczynić się do przyjmowania przez kobiety karmiące piersią nieprzebadanych leków zarówno pod kątem bezpieczeństwa dla dziecka jak i wpływu na laktację. Z drugiej strony brak wiedzy na temat działań niepożądanych skutkuje często nieuzasadnionym zaprzestaniem leczenia w okresie laktacji, mimo że jest ono potrzebne, lub rezygnacją z karmienia piersią, aby podjąć terapię. Lukę w tej dziedzinie potwierdza brak rozwiniętej klasyfikacji działań niepożądanych odnoszących się do laktacji w słowniku MedDRA, który jest ogólnodostępnym narzędziem wykorzystywanym do rejestracji, dokumentacji i monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych zarówno przed dopuszczeniem produktu do sprzedaży, jak i później. Brak solidnej klasyfikacji zdarzeń niepożądanych (ang. adverse event) w kontekście laktacji stanowi barierę dla podejmowania świadomych, opartych na wiedzy, decyzji dotyczących leczenia w czasie laktacji.

## **Cel pracy:**

**Opracowanie definicji i klasyfikacji dla potencjalnych działań niepożądanych farmakoterapii, które mają wpływ na laktację.**

Materiał i metody: Badanie jest prowadzone przy użyciu metody delfickiej. Zespół badawczy stanowi 16 międzynarodowych ekspertów z 6 krajów, w gronie których poza naukowcami i klinicystami znajdują się reprezentanci organizacji rodzicielskich oraz przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego. Narzędzie do przeprowadzenia badania Delphi stanowi kwestionariusz ankiety przygotowany na podstawie literatury tematu oraz doświadczeń branżowych, akademickich i zawodowych zespołu badawczego. W ankiecie zaproponowano terminy i kody pojęć definiujące działania niepożądane związane z laktacją. Badanie Delphi pozwoli na doprecyzowanie definicji na drodze konsensusu.

## Wyniki:

W wyniku podjęcia badania nastąpiła aktualizacja słownika MedDRA (wersja 26.0 z dnia 1 marca 2023), w której po raz pierwszy uwzględniono trzy dodatkowe pojęcia związane z rozpoczęciem i utrzymaniem karmienia piersią. Poza istniejącymi w systemie MedDRA pojęciami nadprodukcji mleka oraz zaburzeń laktacji wprowadzono, jako potencjalne działanie niepożądane, opóźnioną aktywację wydzielniczą (laktogeneza II), pierwotny niedobór mleka (na etapie inicjacji i stymulacji, przyp.red.) oraz wtórny niedobór mleka (na etapie utrzymania, przyp.red.).

Obecnie zadaniem grupy ekspertów jest dopracowanie definicji i dodanie skali ocen dla istniejącej terminologii.

## Wnioski:

Wprowadzenie spójnych definicji działań niepożądanych **w okresie** laktacji dotyczących produktów leczniczych, leków biologicznych oraz szczepionek może pokonać istotną barierę we włączaniu kobiet karmiących, a także ciężarnych do badań klinicznych oraz wspomóc podejmowanie optymalnych decyzji dotyczących terapii w okresie okołoporodowym z punktu widzenia zdrowia matki i dziecka.

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów w związku z przedstawioną pracą

Projekt finansowy jest ze środków Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej w ramach grantu „Opracowanie narzędzia do oceny bezpieczeństwa farmakoterapii w okresie karmienia piersią oraz analiza wpływu działań niepożądanych na laktację u kobiet po szczepieniu przeciw COVID-19 w okresie okołoporodowym”

Prelegent mgr Kinga Kalita-Kurzyńska

## Notatki

# Mikrobiota mleka kobiecego – pochodzenie, skład, ilość.

Iwona Adamczyk<sup>1,2,3</sup>, Elena Sinkiewicz-Darol<sup>1,2</sup>, Magdalena Twarózek<sup>1</sup>

1. Katedra Fizjologii i Toksykologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
2. Bank Mleka Kobiecego, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu
3. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu

## WSTĘP

Skład mleka kobiecego cechuje duża zmienność, np. w trakcie pojedynczej sesji karmienia, w ciągu doby, w zależności od terminu porodu i okresu laktacji, dostosowując się do zmieniających potrzeb karmionego dziecka. W skład mleka, oprócz składników odżywczych i aktywnych, wchodzi również mikrobiota, (tj. ogół mikroorganizmów żyjących w danym środowisku), mogąca wpływać na kolonizację i rozwój organizmu noworodka. Rolą mikrobioty mleka jest to nie tylko kolonizacja błon śluzowych dziecka, ale również rozwijanie układu odpornościowego dziecka czy wsparcie syntezy i wchłaniania składników odżywczych z jelit. Do tej pory zidentyfikowano setki gatunków bakterii w mleku kobiecym, ale również grzyby, wirusy, bakteriofagi czy archeony. Różnorodność mikrobioty mleka potwierdza różne źródła pochodzenia drobnoustrojów w mleku.

## CEL

Niniejsze badanie ma na celu przedstawienie składu mikrobiologicznego mleka kobiecego oraz porównanie ze składem mikrobioty jamy ustnej karmionego dziecka.

## MATERIAŁY I METODY

Materiałem do badania były próbki mleka oraz wymazy z jamy ustnej dziecka. Pozyskano 20 próbek mleka i 20 wymazów. Mleko w objętości 10–30ml pobrane zostało między karmieniami, w możliwie najbardziej jałowy sposób, tj.: po higienicznym myciu rąk, bezpośrednio do jałowego pojemnika bądź laktatorem klasy szpitalnym z zastosowaniem jałowego, jednorazowego zestawu do odciągania. Wymaz został pobrany z jamy ustnej, z przestrzeni między policzkami a dziąsłami dziecka, w tym samym czasie co mleko matki, na jałową wymazówkę z podłożem transportowym. Tak pobrany materiał został posiany powierzchniowo, na zestaw podłoży mikrobiologicznych: agar Columbia z 5% krwią baranią, McConkeya, Sabourauda, MYP (Mannitol, Egg Yolk, Polymyxin Agar), MRS (De Man, Rogosa and Sharpe Agar). Inkubacja trwała 24–72h w 36°C w warunkach tlenowych lub beztlenowych (w zależności od użytego podłoża). Wyrośnięte kolonie zostały poddane identyfikacji metodą spektrometrii mas MALDI-TOF, uzyskując identyfikację do gatunku.

## WYNIKI

W badaniu wzięło udział 20 par matka-dziecko, materiał pozyskano w czasie od 2 dni do ponad 10 miesięcy po porodzie. U 75% badanych kobiet w czasie ciąży występowały różnego rodzaju dolegliwości typu niedoczynność tarczycy, cukrzyca ciążowa, infekcje

intymne, Covid-19 czy nadciśnienie. Tylko u 5 mam (25%) ciąża przebiegała bezproblemowo. Większość uczestniczek badania przyjmowało leki na towarzyszące dolegliwości lub/i witaminy dedykowane kobietom w ciąży czy karmiącym piersią. Dzieci urodziły się między 35tc a 42tc w stanie ogólnym dobrym. 50% dzieci przyszło na świat drogą cięcia cesarskiego.

W posiewach mleka udało się zidentyfikować 75 różnych gatunków bakterii i grzybów, z czego dominujące były bakterie z typu Firmicutes (*Staphylococcus* spp, *Streptococcus* spp) oraz Actinobacteria (*Corynebacterium* spp, *Rothia* spp), czy Proteobacteria (*Neisseria* spp, *Pseudomonas* spp). Miano szacowane na podstawie obliczeń w szeregu rozcieńczeń wynosiło od 1600CFU/ml do powyżej 1000000CFU/ml, średnio 91200CFU/ml. W pojedynczej próbce mleka hodowano od 4 do 28 różnych gatunków drobnoustrojów, średnio 8–9, natomiast w posiewie z jamy ustnej wyhodowano ich od 3 do 11, średnio 6–7. Porównanie posiewów mleka oraz wymazu jamy ustnej karmionego dziecka pokazało, że średnio 46% wyhodowanych izolatów z mleka znajduje się również w jamie ustnej dziecka. W posiewach mleka kobiet po porodzie drogą cięcia cesarskiego uzyskano wyższe miano całkowite wyhodowanej mikrobioty oraz większą różnorodność gatunkową bakterii w porównaniu z kobietami po porodzie drogami natury (118600CFU/ml vs. 27000CFU/ml). Nie wykazano różnic w posiewach u mam z ww. schorzeniami a zupełnie zdrowymi.

## WNIOSKI

Niniejsze badanie pokazuje, że w posiewach mleka kobiecego dominuje mikrobiota skóry, górnych dróg oddechowych i środowiskowa. Część mikrobioty jest wspólna dla mleka kobiecego oraz jamy ustnej karmionego dziecka. Sposób rozwiązania ciąży ma wpływ na mikrobiotę mleka.

## Notatki





### **Mgr Iwona Adamczyk**

Diagnosta laboratoryjny, biolog, doktorantka katedry Fizjologii i Toksykologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, gdzie prowadzi badania nad mikrobiomem mleka kobiecego. Aktualnie pracuje w Regionalnym Banku Mleka Kobiecego oraz Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Ludwika Rydygiera w Toruniu. Trzykrotnie była Honorową Dawczynią Mleka Kobiecego. Jako członkini Stowarzyszenia Małyssak aktywnie działa na rzecz mam karmiących piersią i mlekiem kobiecym. Prywatnie szczęśliwa żona i mama trójki dzieci.



### **Dr n. biol. Magdalena Babiszewska-Aksamit**

Absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego na kierunku Antropologia Fizyczna/Biologia Człowieka. Kształciła się także na Uniwersytecie w Liverpoolu oraz realizowała stypendium badawcze na Uniwersytecie w Yorku. Po obronie rozprawy doktorskiej kontynuowała badania nad składem mleka kobiecego jako adiunkt w Zakładzie Antropologii Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN we Wrocławiu. W latach 2016–2019 w ramach projektu „Mleko Mamy +” realizowanego w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki prowadziła badania nad wpływem czynników matczyńskich oraz pozamatczyńskich na skład mleka kobiecego. Od 2022 współpracuje z Fundacją Bank Mleka Kobiecego, a od 2023 jest członkiem zespołu Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Obecnie w swojej pracy naukowej koncentruje się na wpływie wsparcia społecznego na efektywność laktacji, długość karmienia piersią oraz skład mleka kobiecego. Posiada obszerną wiedzę z zakresu biologii człowieka, psychologii ewolucyjnej oraz antropologii fizycznej.

Oprócz działalności naukowej jest aktywną popularyzatorką nauki. Współpracowała z takimi mediami jak: Gazeta Wyborcza, FOCUS, Polskie Radio program 4. Występowała jako ekspert: w podcaście Karoliny Głowackiej „Radio Naukowe”, w programie „Pytanie na Śniadanie”, w audycji „Homo Science” i odcinku programu „Cała Prawda”. Prywatnie mama 2 letniej Zosi, miłośniczka jazdy na nartach i posiadaczka patentu Jachtowego Sternika Morskiego.



### **Mgr Kinga Kalita-Kurzyńska**

Studentka Szkoły Doktorskiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ścieżka: Nauki o zdrowiu. Absolwentka położnictwa (2016) i zdrowia publicznego ze specjalnością: promocja zdrowia z epidemiologią (2018) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Laureatka konkursu „Jestem Liderem 2018” w kategorii Nauka, organizowanego w ramach projektu „Kobieta Liderem” we Wrocławiu oraz wyróżnienia pn. „Złota Odznaka STN” przyznawanego wybitnym absolwentom Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego za całokształt pracy naukowej.

Jest autorką publikacji naukowych oraz artykułów skierowanych do personelu medycz-

nego publikowanych na stronie nursing.com.pl i w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej”. Uczestniczyła w wielu konferencjach o zasięgu krajowym i międzynarodowym, prezentując swoje prace podczas wystąpień ustnych i sesji plakatowych. Jej zainteresowania naukowe dotyczą profilaktyki wakcynologicznej i onkologicznej oraz edukacji zdrowotnej kobiet w okresie prokreacyjnym. Tematyka jej doktoratu obejmuje zagadnienia związane z bezpieczeństwem farmakoterapii w okresie okołoporodowym, ze szczególnym uwzględnieniem oceny działań niepożądanych szczepień na COVID-19 w okresie laktacji.



#### **Lek. Anna Maćkowska**

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, aktualnie w trakcie specjalizacji z pediatrii w Klinice Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, nauczyciel akademicki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Certyfikowany Doradca Laktacyjny. W codziennej pracy na Oddziale Noworodkowo-Pediatrycznym oraz w ramach POZ wspiera mamy karmiące piersią i ich pociechy.



#### **Mgr Anna Suchecka-Marut**

Jestem absolwentką Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu studiów magisterskich na kierunku położnictwo. Od 2015 roku aktywnie pracuję w zawodzie położnej w szpitalu raz w środowisku. W 2022 roku osiągnęłam tytuł Doradcy Laktacyjnego. Od tego roku aktywnie pracuję jako Doradca Laktacyjny głównie na wizytach domowych. Moim celem jest otwarcie przyszpitalnej poradni laktacyjnej a także ciągły rozwój w temacie laktacji.



#### **Mgr Aleksandra Mołas**

Położna i Biolog. Pracownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją, Zakład Biologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz pracownik Regionalnego Banku Mleka w Szpitalu im. Św. Rodziny w Warszawie. W 2018 roku ukończyła studia II stopnia na kierunku położnictwo na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, a w 2021 roku studia I stopnia na kierunku Biologia w Szkole Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. W trakcie studiów położniczych zaczęła interesować się laktacją oraz żywieniem noworodków i małych dzieci, czego efektem była realizacja pracy magisterskiej w ramach jednego z projektów naukowych realizowanych w Pracowni na temat porównania stężenia wybranych czynników odporności wrodzonej w mleku matek wcześniaków i matek dzieci donoszonych. Współuczestniczy w projektach naukowych dotowanych ze źródeł krajowych i zagranicznych, aktywnie włączyła się w badania naukowe dotyczące kobiet w ciąży oraz w czasie laktacji prowadzonych w trakcie pandemii COVID-19.



#### **Mgr Agata Ostasz**

Jest położną oddziałową Kliniki Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Ukończyła studia magisterskie na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, posiada wykształcenie pedagogiczne do nauczania teoretycznych przedmiotów zawodowych. Staż pracy w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym – 14 lat. Doświadczenie zawodowe zdobywała pracując w latach 2009-2020 na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. Jako położna oddziałowa Kliniki wdraża nowe, potrzebne programy profilaktyczne takie jak „Program wczesnej stymulacji laktacji u noworodków przedwcześnie urodzonych”. W Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka realizuje „Program Edukacji kobiet w okresie laktacji”. Odpowiedzialna za otwarcie Punktu Laktacyjnego dla matek z dziećmi w ramach Koordynowanej Opieki nad Kobiętą Ciężarną. Współuczestniczy w sprawowaniu opieki nad małymi pacjentami, analizuje problemy wynikające z codziennej pracy z małym pacjentem, pomaga w czynnościach pielęgnacyjno-terapeutycznych. Pełni funkcję Kierownika specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku. Stale podnosi swoje kwalifikacje uczestnicząc w certyfikowanych kursach i zjazdach.



#### **Dr n. o zdr. Beata Sztyber**

Dr n. o zdr., położna, pedagog, IBCLC, CDL. Promocją karmienia piersią zajmuje się od 25 lat. Aktualnie jest wykładowcą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie przygotowuje do pracy przyszłe położne. Wcześniej przez wiele lat zatrudniona w Szpitalu św. Zofii w Warszawie, jest współodpowiedzialna za zmiany w opiece okołoporodowej w tym szpitalu, który był prekursorem zmian w Polsce. Przez dwanaście lat pracowała na rzecz Stowarzyszenia Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią, gdzie uczestniczyła w wielu ocenach i reocenach szpitali w ramach inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku. Współtworzyła zasady monitoringu i reocen Szpitali Przyjaznych Dziecku w Polsce. Szkoliła szpitale, zespoły oceniające i reoceniające. Jest wykładowcą, trenerem i egzaminatorem Centrum Nauki o Laktacji. Współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców laktacyjnych. Współorganizowała wiele konferencji, autorka licznych publikacji. Prywatnie mama Ani i Franka



#### **Lek. Dorota Bębenek**

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



#### **Dr Magdalena Chrzan-Dętko**

jest psychologiem, certyfikowaną psychoterapeutką Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, pracownikiem naukowo-dydaktycznym Zakładu Psychologii i Psychopatologii Rozwoju Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego. Współprowadzi ośrodek psychoterapeutyczny Centrum Terapii Depresji w Gdyni. Jest autorką publikacji dotyczących psychoterapii, rozwoju wcześniaków oraz leczenia i profilaktyki depresji poporodowej oraz depresji ciężarnych. Współpracuje ze Szpitalem Św. Wojciecha w Gdańsku, Copernicusem Podmiotem Leczniczym Sp. z o.o. Obecnie jest kierownikiem merytorycznym programu profilaktycznego „Przystanek Mama” realizowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w konsorcjum z Copernicusem Podmiotem Leczniczym Sp. z o.o. w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim.



#### **Prof. Dr hab. Błażej Kmiecik**

profesor uczelni, doktor habilitowany nauk prawnych, ma doktorat z socjologii prawa i medycyny, jest też absolwentem resocjalizacji i podyplomowych studiów w zakresie prawa medycznego i bioetyki. Ukończył Szkołę Praw Człowieka organizowaną przez Helsińską Fundację Praw Człowieka oraz Szkołę Profilaktyki Uzależnień w Warszawie. Posiada uprawnienia mediatora. Odbýwał kursy organizowane przez Uniwersytety Harvarda, Notre Dame, Georgetown i Stanford oraz Komitet Praw Dziecka ONZ dotyczące bioetyki, psychiatrii społecznej, ochrony praw dziecka oraz przeciwdziałania przemocy. Przez osiem lat pełnił funkcję Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, był ekspertem Rzecznika Praw Pacjenta do spraw bioetycznych. Był też członkiem Zespołu ds. Ochrony Autonomii Rodziny i Życia Rodzinnego przy Ministerstwie Sprawiedliwości. Pracuje w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.



#### **Dr hab. n. med. Wojciech Feleszko**

Od 2013 jest doktorem habilitowanym w Klinice Alergologii i Pneumonologii Wieku Dziecięcego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz specjalistą pediatrii, immunologii klinicznej i chorób płuc u dzieci w Szpitalu Pediatrycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest konsultantem w dziedzinie chorób płuc oraz immunologii klinicznej w Szpitalu Pediatrycznym WUM. Jest absolwentem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Universität des Saarlandes. Kształcił się w zakresie niedoborów odporności oraz immunologii. Ma ponad 15-letnią praktykę w leczeniu chorób układu oddechowego, alergii i chorób infekcyjnych u dzieci.



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

Jest specjalistą pediatrii, neonatologii i zdrowia publicznego. Wiele lat pracowała jako Kierownik Oddziału Neonatologii w Katedrze Położnictwa i Rozrodczości w Zabrze. Od 2012 r. jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Neonatologii UM w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Główne zainteresowania: leczenie i naturalne żywienie noworodków i niemowląt leczonych w OITN, zmienność mleka kobiecego w zależności od matczynek czynników ryzyka oraz czasu trwania laktacji, niewydolność oddechowa i nieinwazyjne metody wentylacji oraz diagnostyka zakażeń wewnątrzmacicznych. Autorka i współautorka 274 opublikowanych prac, redaktor 5 monografii, w tym 2 podręczników. Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych do 2021 r., członek Europejskiego Towarzystwa Banków Mleka Kobiecego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Nagrodzona Srebrną Odznaką Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego 2016 r., Srebrnym Krzyżem Zasługi Prezydenta RP 2016 r., Złotym Medalem za długoletnią służbę Prezydenta Rzeczypospolitej oraz wyróżniona przez Ministra Zdrowia za zasługi dla ochrony zdrowia w 2019 r.



#### **Mgr Joanna Frejus**

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



#### **Lek.med. Zuzanna Godyń-Myśliwy**

Certyfikowany Doradca Laktacyjny, pasjonatka karmienia piersią i mama dwóch chłopców. Ukończyła Warszawski Uniwersytet Medyczny. Obecnie współpracuje z Centrum Medycznym Żelazna, a wkrótce rozpoczyna specjalizację z gastroenterologii dziecięcej.



#### **Dr n. med. Joanna Kubicka**

Od 1994 roku zajmuje się pacjentami z różnorodnymi chorobami zakaźnymi i od 2002 opiekuje się pacjentami zakażonymi HIV. W swojej praktyce stosuje profilaktykę poekspozycyjną (PEP) zakażenia HIV i innych zakażeń krwiopochodnych. Zajmuje się również profilaktyką przedekspozycyjną zakażenia HIV (PREP). Prowadzi pacjentów w zakresie schorzeń zakaźnych, chorób przenoszonych drogą płciową jak i schorzeń internistycznych. W ramach grona ekspertów PTN AIDS zajmowała się profilaktyką i leczeniem schorzeń układu sercowo-naczyniowego u pacjentów zakażonych HIV. Praca doktorska dotyczyła pogranicza chorób zakaźnych i hematologii – replikacji wirusów HCV i HGV w szpiku kostnym pacjentów z zaburzeniami hematologicznymi. Porfolio publikacji naukowych dotyczy tematyki chorób wątroby, zakażenia HIV, HCV, HBV i chorób wewnętrznych.



#### **Mgr Joanna Kiełbasińska**

Mgr położnictwa i dyplomowana pielęgniarka z 18 letnim doświadczeniem. Oba zawody wykonuje z pasją. Lubi uczyć się i przekazywać zdobytą wiedzę, ale uważa, że równie ważna jest praktyka i doświadczenie. Od 2007 roku pracuje w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego jako wykładowca, a od 2008 roku jest



#### **Lekarka Roksana Kulińska**

Specjalista dermatologii i wenerologii. Absolwentka Wydziału Wojskowo-Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w 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. łuszczycy, 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 Magdalena Paszko**

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



#### **Mgr Agnieszka Tokarz**

Jest położną, Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym i neurologopedą klinicznym. 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. 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”, „Karmienie piersią na dobry początek” oraz „Karmię rok i ci dalej?”.



#### **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.



#### **Lek. med. Aneta Nagórska**

Absolwentka GUMed, w trakcie uzyskiwania tytułu CDL. Planująca specjalizację z pediatrii, żywo zainteresowana rozwojem dzieci ze szczególnym uwzględnieniem korzyści płynących z karmienia piersią. Prywatnie mama dwójki dzieci, obecnie oczekująca przyjścia na świat trzeciego.



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

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996–2021), CDL, 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](http://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.



#### **Dr n. med. Monika Żukowska – Rubik**

Lekarz pediatra, konsultant IBCLC i CDL, od 1996 roku pracuje w poradni laktacyjnej Centrum Medycznego „Żelazna” w Warszawie, gdzie prowadzi pacjentki i niemowlęta z trudnymi problemami w karmieniu piersią. Jest wykładowcą, trenerem szkolenia praktycznego i egzaminatorem w Centrum Nauki o Laktacji. Jest również współautorem wielu programów szkoleniowych m.in.: „Problemy w laktacji”. Publikuje prace nt. postępowania w laktacji w czasopiśmie dla lekarzy i położnych. W 2004 roku zorganizowała we współpracy z IBCLC pierwszy w Polsce i po polsku egzamin dla kandydatów na IBCLC. Jest współtwórcą Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, której przewodniczyła w latach 2005–2009 (obecnie Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych). Współtworzyła pierwszy polski podręcznik dla profesjonalistów pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce” wydany przez Medycynę Praktyczną w 2012 i 2017 roku. Prywatnie żona lekarza i mama trójki dzieci, karmionych piersią w sumie przez 8 lat.



#### **Mgr Kinga Osuch**

Położna, magister socjologii, Międzynarodowy Konsultant Laktacyjny IBCLC, CDL. Jest koordynatorem opieki laktacyjnej w Centrum Medycznym Żelazna w Warszawie, które jest Szpitalem Przyjaznym Dziecku i jednym z najlepszych szpitali położniczych w Polsce. Bezpośrednio pracuje z matkami w oddziale położniczo-noworodkowym. Jest nauczycielem CNoL (wykładowcą, trenerem, egzaminatorem). Aktywnie uczestniczy w działaniach Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych.

# 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 asyistentki.

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.



Fundacja Twórczych Kobiet



[www.kobiety.med.pl](http://www.kobiety.med.pl)