



XVII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 7-8 czerwca 2024 r.

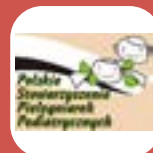
Karmienie piersią, ale z głową!
Współczesne wyzwania
poradnictwa laktacyjnego



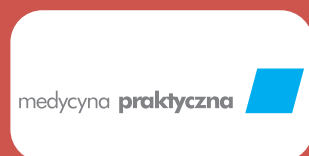
Organizatorzy



Patronaty honorowe



Partnerzy medialni



Partnerzy społeczni



Platynowy Partner



femaltiker^{plus} & Milanelle
by NutroPharma

Złoty Partner



Srebrny Partner



Braźowy Partner



XVII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Program konferencji

PIĄTEK 7 czerwca 2024 – SESJA WYKŁADOWA godz. 9.30–18.20 (20.30)

9.30 – 10.30	Rejestracja uczestników, kawa powitalna, odwiedzanie stoisk
10.30 – 10.50	Powitanie uczestników, słowo od współorganizatorów
10.50 – 11.00	Poradnictwo laktacyjne – skąd pochodzi i czemu służy? dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

I sesja

Medialna

11.00 – 11.05	Słowo na otwarcie I sesji – dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
11.05 – 11.20	Matka karmiąca z padaczką – najnowsze rekomendacje, wykład otwierający – prof. CMKP dr hab. n. med. Maria Wilińska
11.20 – 11.35	Znów te diety eliminacyjne, ale najnowsze wytyczne dr n. med. Karolina Karcz
11.35 – 11.50	Komunikacja marketingowa a wybór produktów do żywienia niemowląt i małych dzieci – dr inż. Małgorzata Jackowska
11.50 – 12.05	Karmię piersią, ale z głową – wyniki badania ankietowego – lek. Aneta Nagórska
12.05 – 12.25	Jak wiedzę przekazać tak, aby matki nas rozumiały? Katarzyna Bosacka – Gość Specjalny
12.25 – 12.40	Dyskusja
12.40 – 13.00	Przerwa kawowa

II sesja

Kliniczna

13.00 – 13.05	Słowo na otwarcie II sesji – mgr Estera Michalak
13.05 – 13.15	Bepanthen Baby – więcej niż myślisz – dr n. biol. Agnieszka Kotusz, Bayer Polska
13.15 – 13.30	Chcesz mieć dowody naukowe? Szukaj „z głową” – dr Dorota Sys
13.30 – 13.50	Probiotyk – czy to panaceum na wszystko? Fakty i mity prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejniak
13.50 – 14.00	Farmacja i medycyna – siostrzeństwo czy konkurencja? Dr n. med. Ewa Wietrak, Nutropharma
14.00 – 14.10	Jak żywić dzieci, aby obniżyć ryzyko cukrzycy typu I dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak
14.10 – 14.20	Występowanie erytrocytów w mleku kobiecym na początkowym etapie laktacji – potrzeba edukacji personelu i wspierania matek. I miejsce w konkursie – dr n. o zdr. Katarzyna Wszółek
14.20 – 14.30	Wielospecjalistyczne wsparcie z uwzględnieniem poradnictwa laktacyjnego w sytuacji kryzysu okołoporodowego. I miejsce w konkursie dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesołowska
14.30 – 14.45	Dyskusja
14.45 – 15.50	Przerwa obiadowa

- 15.50 – 15.55 Słowo na otwarciu III sesji
dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesołowska
- 15.55 – 16.02 Cukrzyca ciążowa a markery insulinooporności i wyłączne karmienie naturalne w pierwszym tygodniu po porodzie
II miejsce w konkursie – dr n. med. Karolina Karcz
- 16.02 – 16.09 Mleko matki w leczeniu wrodzonego chłonnokotoku
II miejsce w konkursie – mgr Izabela Drązkowska
- 16.09 – 16.16 Skrócone wędzidełko języka – moda czy realny problem?
Badania jednego ośrodka
III miejsce w konkursie – lek. Anna Maćkowska
- 16.16 – 16.20 Wpływ wielkość sieci społecznej matki karmiącej na zawartość kwasów omega-3 i omega 6 w jej mleku
Wyróżnienie w konkursie – dr n. biol. Magdalena Babiszewska-Aksamit
- 16.20 – 16.35 Prezentacja plakatów
1. Oksytocyna syntetyczna w czasie trwania porodu a kompetencje noworodka w zakresie umiejętności ssania piersi oraz wybrane parametry biochemiczne w surowicy krwi matki
dr n. o zdr. Katarzyna Wszolek
 2. Właściwości immunologiczne mleka kobiecego w pandemii COVID-19 – **mgr Paulina Gawęł**
 3. Analiza składu mleka kobiet zamieszkujących teren województwa kujawsko-pomorskiego z uwzględnieniem czynników matczynych
dr n. o zdr. Agnieszka Dombrowska-Pali
 4. Matczyna ocena dostępności, gotowości i kompetencji personelu medycznego w rozwiązywaniu problemów laktacyjnych w okresie pandemii COVID-19 – **lek. Anna Maćkowska**
- 16.35 – 16.50 O czym należy pomyśleć podając NLPZ? – **dr n. med. Piotr Nehring**
16.50 – 17.05 Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego
- 17.05 – 18.05 Co zrobić, aby wszystkie wcześniaki w OITN były karmione mlekiem własnej mamy?
prof. Paula Meier – Gość Specjalny z USA na żywo
- 18.05 – 18.20 Dyskusja
- 18.20 Zakończenie I dnia konferencji. Wspólna kolacja przy muzyce**

SOBOTA 8 czerwca 2024 – SESJA WARSZTATOWA godz. 9.00–14.40

	SALA PATIO 1 + transmisja on-line	SALA PATIO 2 parter	SALA KRÓLEWSKA 1 piętro	SALA KLUBOWA parter
Kawa powitalna 8.30–9.00				
9.00–10.30 Warsztat 1	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 7: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela + transmisja on-line	Pierwsze dwa tygodnie po porodzie: krytyczny czas na rozpoczęcie laktacji u wcześniaków i niemowląt donoszonych prof. Paula Meier	Odczarować dokarmianie lek. Debora Barbay, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik	Życie codzienne doradcy laktacyjnego dr n. o zdr. Monika Jodłowska, mgr Agnieszka Muszyńska i zaproszeni goście
Przerwa kawowa 10.30–10.50				
10.50–12.20 Warsztat 2	Życie codzienne doradcy laktacyjnego dr n. o zdr. Monika Jodłowska, mgr Agnieszka Muszyńska i zaproszeni goście + transmisja on-line	Techniki karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków: Korzystanie z Kompendium PROVIDE prof. Paula Meier	Odczarować dokarmianie lek. Debora Barbay, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 7: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela
Lunch – Restauracja 12.20–13.10				
13.10–14.40 Warsztat 3	Pierwsze dwa tygodnie po porodzie: krytyczny czas na rozpoczęcie laktacji u wcześniaków i niemowląt donoszonych prof. Paula Meier + transmisja on-line	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 7: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska, dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela	Życie codzienne doradcy laktacyjnego dr n. o zdr. Monika Jodłowska, mgr Agnieszka Muszyńska i zaproszeni goście	Hamowanie laktacji w pierwszych dobach po porodzie mgr Kinga Osuch, mgr Joanna Frejus

KOMITET NAUKOWO-ORGANIZACYJNY

Dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

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

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Mgr Agnieszka Muszyńska

Mgr Kinga Osuch

Dr n. o zdr. Monika Jodłowska

Dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak

Mgr Iwona Nadratowska

Lek. med. Zuzanna Godyń-Myśliwy

Lek. med. Debora Barbay

Mgr Joanna Żołnowska

dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela

Drodzy Absolwenci, Goście i Przyjaciele!

Kolejny, 17. rok za nami. Czy taki sam jak poprzednie? Oczywiście, że nie. Życie nie zna próżni...

Nasza codzienność – kursy dla kandydatów na doradców laktacyjnych, kursy dla trenerów, kursy dla zaawansowanych doradców/konsultantów, kursy w szpitalach. To robimy co roku i to trwa, nie spuszczaamy nogi z gazu. Przeszkolonych osób od początku działalności łącznie to 1197, tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego ma aktualnie 1029 osób, nowe certyfikaty CDL dziś odbierze 99 medyków, a 60 recertyfikuje się, czyli zechciało udokumentować swoje zaangażowanie w poszerzanie i aktualizowanie wiedzy o laktacji i udzielanie porad laktacyjnych.

Wzięliśmy udział w wielu wydarzeniach przygotowanych przez innych organizatorów, nasi wykładowcy byli i są zapraszani jako eksperci, chętnie dzielą się wiedzą o laktacji i uczą poradnictwa laktacyjnego przedstawiciele różnych medycznych profesji, wszak wiedza o laktacji jest nauką interdyscyplinarną.

Weszliśmy szerzej do cyberprzestrzeni – otworzyliśmy kanał na Youtube, gdzie promujemy wiedzę o laktacji opartą na dowodach, a nie wyssanych z palca mitach.

Wraz z Centrum Medycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (CMWUM) uruchomiliśmy Klinikę Zaburzeń Laktacji.

Jesienią 2023 roku wsparliśmy merytorycznie niezwykle projekt rządowy realizowany przez CMWUM na kursy specjalistyczne dla położnych „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Na opracowanie koncepcji, programu, materiałów i przeszkolenie wykładowców czasu było mało, ale udało się i kursy ruszyły. Nasze wieloletnie doświadczenie w szkoleniach laktacyjnych i sprawne działanie zespołu z CMWUM posłużyły dobrej sprawie. Upowszechnianie wiedzy o laktacji to nasza i pasja, i misja, ale też cel statutowy. W realizację zaangażowało się wiele położnych z różnych zakątków kraju, a wśród nich i nasi wykładowcy i absolwenci.

Miniony rok pracy to też nasze zaangażowanie w prace dwóch Zespołów przy Ministrze Zdrowia, Zespołu ds. przygotowania polskiej strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych zainicjowanego przez doc. Aleksandrę Wesółowską oraz Zespołu do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego z inicjatywy mojej i Joanny Pietrusiewicz – szefowej fundacji Rodzic po Ludzku. W międzyczasie przystąpiliśmy też do Koalicji na Rzecz Karmienia Piersią. Mieliśmy nadzieję, że opracowany w MZ w 2015 roku projekt opieki laktacyjnej opartej na refundacji porady laktacyjnej podstawowej (szpital, POZ) i specjalistycznej (AOS) uda się szybko przywrócić do dalszego procedowania (utknęło w 2018 roku). Okazało się jednak, że tym razem część członków zespołu miała inne spojrzenie i niestety nie było zgody

na uznanie międzynarodowych i polskich certyfikatów za wyznacznik wiedzy i doświadczenia w poradnictwie laktacyjnym. Pomimo różnicy zdań powstał konsensus, który nie obejmuje poradnictwa podstawowego, ale z pewnością przyczyni się do lepszego dostępu do refundowanej opieki laktacyjnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS). W ramach prac powstało też wiele innych ważnych rekomendacji, a najważniejsze, że przychylność Minister Zdrowia zyskał projekt monitorowania sposobu żywienia dzieci od urodzenia. Wcześniej drażony temat wyposażenia szpitali I i II poziomu referencyjnego w sprzęt laktacyjny też znalazł uznanie i jest już realizowany.

Osiągając sukcesy – zawsze można spodziewać się krytyki i podważania wartości dokonań. Niestety i z tym zetknęliśmy się w tym roku. No cóż! „Życie za krótkie jest, by się pierdołami przejmować” – jak powiedziała Justyna Kowalczyk, żegnając i cytując męża-alpinistę Kacpra Tekielego.

Lata lecą, czas na podsumowania, refleksję. Czy było warto? Czy dzieło, które z takim zaangażowaniem tworzyliśmy zmieniło rzeczywistość? Czy zrealizowaliśmy cele jakie stawialiśmy sobie przed laty? Jako organizacja pozarządowa i niepubliczna placówka edukacyjna zaczynaliśmy od zera, pracowaliśmy często wbrew wszelkim okolicznościom zewnętrznym, dodatkowo, po godzinach naszej zawodowej pracy, bez wsparcia ze strony państwa. Nikt nam niczego za darmo nie dał. Mamy tylko to, co wypracowaliśmy uczciwą i nielekką pracą oraz wyjątkową gospodarnością koleżanek z Administracji. Traktowaliśmy naszych klientów poważnie. Musimy robić szkolenia wysokiej jakości, skoro do nas wracacie... To nie sztuka powiedzieć, zrobię. Sztuka – zrobić. A jeszcze większa – robić przez lata. I trzymać poziom.

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL od 2006 roku

Poradnictwo laktacyjne – skąd pochodzi i komu służy?

Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik^{1,2,3}

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska^{1,3}

1 Centrum Nauki o Laktacji, 2 Poradnia Laktacyjna Centrum Medyczne „Żelazna”,

3 Klinika Zaburzeń Laktacji CM WUM

W 2024 roku obchodzimy 20. lecie zakończenia pierwszego w Polsce profesjonalnego szkolenia z dziedziny poradnictwa laktacyjnego oraz pierwszego egzaminu IBLCE w języku polskim. Jest więc okazja, żeby przypomnieć jak powstawało poradnictwo laktacyjne na świecie i w Polsce.

Krótki rys historyczny

Karmienie piersią niemowląt było praktykowane od zarania dziejów. W końcu jesteśmy ssakami, a ssaki karmią młode swoim mlekiem, które jest nie tylko pożywieniem, ale również ochroną przed obecnymi w środowisku czynnikami zakaźnymi. Jeśli biologiczna matka nie karmiła dziecka, to tę rolę przejmowała mamka. W starych źródłach znajdują się opisy podejmowania prób karmienia niemowląt mlekiem innych ssaków, w muzeach można oglądać przedmioty służące do karmienia niemowląt. Nie mamy danych o przeżywalności niemowląt nie karmionych mlekiem kobiecym w czasach starożytnych, ale z punktu widzenia obecnej wiedzy naukowej ich szanse przeżycia były niewielkie.

Duże zmiany w żywieniu niemowląt wprowadziło pojawienie się w 1867 roku pierwszego sproszkowanego mleka dla niemowląt. W okresie międzywojennym w krajach bogatszych mieszanki te stały się łatwo dostępne, były również agresywnie reklamowane. Kobiety chciały być nowoczesne, a karmienie piersią było postrzegane jako staromodne w czasach emancypacji. Dodatkowo matki nie otrzymywały zachęty ze strony lekarzy do karmienia naturalnego, którzy uważali że mieszanki są równie dobre jak mleko kobiece i nie rozumieli jak praktyki sztucznego żywienia zaburzają laktację. Poprawa warunków higienicznych pozwalała na łatwe i bezpieczne przygotowanie sztucznego mleka. W czasie II wojny światowej kobiety musiały zastąpić mężczyzn, którzy walczyli i podejmować pracę w fabrykach, urzędach. Te przemiany spowodowały obniżanie wskaźników karmienia naturalnego. W pokoleniu boomerów (w USA urodzeni pomiędzy 1943-47 a 1955-60) karmienie butelką było czymś bardziej zwyczajnym, niż karmienie piersią. O fizjologii ludzkiej laktacji wiedza była znikoma, uważano, że karmienie mieszankami zapewnia większą inteligencję i powodzenie w życiu...

Historia zaczyna się od matek

Historia poradnictwa laktacyjnego rozpoczyna się w latach 50-tych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Grupa matek, które jako nieliczne podjęły karmienie piersią swoich dzieci, założyła w 1956 roku grupę wsparcia La Leche League. Mając własne doświadczenia w karmieniu dzieci zaczęły dzielić się nimi z innymi kobietami i wspierać je. Szybko зауwały, że u części kobiet nie wystarczy po prostu wsparcie i podstawowa wiedza, bo problem matki czy dziecka wymaga pomocy medycznej i skierowania do lekarza. Matki te zdobywały coraz więcej umiejętności i doświadczenia, z czasem osiągając poziom profesjonalny, ale brakowało standardu kompetencji dla tej nowej profesji.

W latach 80-tych już międzynarodowa organizacja La Leche League International (LLLI) podejmuje wyzwanie stworzenia takiego standardu i określenia zakresu wiedzy potrzebnej konsultantowi laktacyjnemu, tak aby jego praktyka była bezpieczna i skuteczna. W tym celu powołano panel 60 ekspertów reprezentujących różne gałęzie wiedzy, którzy taki dokument opracowali, który do dziś jest znany jako IBLCE Exam Blueprint. Już wtedy rozumiano, że poradnictwo laktacyjne jest nauką interdyscyplinarną. Wykorzystuje wiedzę z wielu dziedzin medycyny: fizjologii i endokrynologii, pediatrii i neonatologii, położnictwa, medycyny rodzinnej, farmakologii, toksykologii, epidemiologii, antropologii, psychologii, socjologii czy prawa. A opieka nad matką i dzieckiem doświadczających trudności w okresie karmienia piersią wymaga nieraz współpracy specjalistów z wielu dziedzin, reprezentujących różne zawody.

W 1985 roku ukonstytuowała się dzięki wsparciu finansowemu od LLLI – International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE, rada egzaminatorów) i odbył egzamin dla kandydatów na konsultantów laktacyjnych IBCLC w USA i w Australii. Pierwszy egzamin IBLCE w Europie został zorganizowany w 1987 roku. Wkrótce powstały organizacje zrzeszające konsultantów laktacyjnych – International Lactation Consultant Association ILCA, a także Europejskie Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych VELB, obecnie ELACTA. W 2024 podano w statystykach, że konsultantów IBCLC jest na świecie 37 262 000.

Pierwszą konsultantką IBCLC w Polsce w 1996 roku została Magdalena Nehring-Gugulska, lekarka. W roku 1997 egzamin zdały Małgorzata Neugebauer – matematyczka oraz Wanda Urmańska – psycholożka. W 2003 roku certyfikat IBCLC zdobyła Monika Żukowska-Rubik – lekarka.

Co działo się na świecie w sprawie promocji karmienia piersią?

Cofniemy się teraz do drugiej połowy XX wieku, by opisać działania podejmowane na świecie i w naszym kraju na rzecz wspierania karmienia piersią. W latach 70-tych zaczęły pojawiać się doniesienia naukowe dowodzące, że pokarm kobiecy nie jest zwykłym pożywieniem, ale żywą tkanką dostarczającą niemowlęciu czynników ochronnych, przeciwzapalnych. Zaczęto doceniać naturalne karmienie. Uznano, że wymaga ono ochrony, tam gdzie jeszcze przetrwało, a propagowania, zachęty, tam gdzie zaczęło zanikać.

W 1974 roku po raz pierwszy w historii WHO ogłosiło, że karmienie mlekiem matki jest najzdrowszym sposobem żywienia niemowląt i dzieci, podkreślając wartość wyłącznego karmienia piersią w pierwszych miesiącach. W 1981 roku powstał Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece w odpowiedzi na agresywny i nieetyczny marketing sztucznej żywności w krajach trzeciego świata, który doprowadził do dramatycznego wzrostu umieralności niemowląt. W Konwencji o prawach dziecka ONZ w 1989 roku zapisano, że dzieci mają prawo do właściwego żywienia, w tym karmienia mlekiem matki. W tym samym roku powstało wspólne oświadczenie WHO/UNICEF „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią: specjalna rola opieki okołoporodowej”. Rok później Zgromadzenie Ogólne WHO przyjęło Deklarację Innocenti oraz 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią. Wiceminister Zdrowia Piotr Mierzewski podpisał w imieniu Polski Deklarację Innocenti.

W Polsce

W ramach realizacji podjętej deklaracji powołano krajowego koordynatora, którym została doc. dr hab. med. Krystyna Mikiel-Kostyra, która już wcześniej przebiła mury dla karmienia piersią w Polsce. Stworzyła Program Promocji Karmienia Piersią (faza przygotowania 1986–1991, realizacji 1992–97) finansowany ze środków państwowych. W ramach programu przeprowadzone zostały kaskadowe szkolenia personelu medycznego polskich szpitali, wydano wiele materiałów edukacyjnych oraz po raz pierwszy i ostatni, jak do tej pory, zbadano ogólnokrajowe wskaźniki karmienia piersią zgodnie z przyjętą przez WHO metodologią, włączając całą populację niemowląt. Doc. dr hab. med. Krystyna Mikiel-Kostyra założyła pierwszą, polską Poradnię Zaburzeń Laktacji (1987).

W 1992 roku z inicjatywy Polskiego Komitetu UNICEF, Instytutu Matki i Dziecka oraz Ministerstwa Zdrowia powstał Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią (jako część UNICEF). Komitet realizuje wdrażanie Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku, jako pierwszy został oceniony w 1994 roku szpital w Ciechanowie. KUKP rozwijał wiele aktywności, w tym również edukacyjną.



W 2003 roku doc. dr hab. med. Krystyna Mikiel – Kostyra zwróciła się do KUKP z inicjatywą zorganizowania pierwszego w Polsce szkolenia przygotowującego do egzaminu IBLCE. Było ono dofinansowane przez Ambasadę Królestwa Niderlandów jako projekt pionierski. W ciągu kilku dni po otwarciu naboru lista zapełniła się 53 uczestniczkami z całej Polski, które reprezentowały zawody medyczne i niemedyczne. Szkoleniem kierował prof. Bogdan Chazan, przewodniczący KUKP, koordynatorem merytorycznym została Magdalena Nehring-Gugulska, pełniąca od 1999 roku funkcję sekretarza KUKP. Szkolenie składało się ze 150 h wykładów i 40 h praktyki, odbywało się od czerwca 2004 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Wśród wykładowców znaleźli się m.in. liderzy ze szpitali przyjaznych dziecku (również uczestniczki szkolenia), asystentki Zakładu Promocji Karmienia Piersią doc Krystyny Mikiel-Kostyry oraz pierwsze konsultantki IBCLC. Organizowaniem egzaminu i koordynowaniem tłumaczenia testu na język polski zajęła się Monika Żukowska-Rubik, pełniąca wówczas obowiązki koordynatora IBLCE. Egzamin odbył się 26 lipca 2004, a 30 września po ogłoszeniu jego wyników okazało się, że w Polsce do grona 4 IBCLC przybyły 44 konsultantki. Był to Moment wielkiej radości i entuzjazmu, ale również poczucia obowiązku, by ten potencjał wykorzystać. Z tego grona powstał później zespół wykładowców Centrum Nauki o Laktacji, z tego grona m.in. pochodzą członkinie kolejnych zarządów RMKL i PTKiDL (niżej), twórczyni jednego z pierwszych banków mleka w Polsce, koordynatorka IBCLC, nauczyciele akademicy.

W ramach KUKP w listopadzie 2004 zawiązała się Rada Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych – pierwsza w Polsce organizacja zrzeszająca profesjonalistów w dzie-

dzinie laktacji. Dwa lata później Zarząd Główny KUKP powołał Centrum Nauki o Laktacji – niepubliczną placówkę edukacyjną wpisaną do ewidencji szkół i placówek niepublicznych miasta stołecznego Warszawy. W 2007 roku, stworzyliśmy Certyfikat CDL – Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Zdobycie tego certyfikatu wymaga weryfikacji nie tylko wiedzy teoretycznej, ale również umiejętności praktycznych i komunikacyjnych.

W 2008 roku, ze względu na bardzo szeroką i wielowątkową działalność, w ZG KUKP podjęto decyzję o rozdzieleniu się. Usamodzielnia się RMKL i powstaje Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych (PTKiDL). Usamodzielnia się CNoL prowadzony przez Fundację Twórczych Kobiet. Wszystkie organizacje – KUKP, PTKiDL, CNoL – prowadzą dalszą intensywną działalność w sektorze organizacji pozarządowych NGO na rzecz promowania karmienia piersią zgodnie ze swoimi celami statutowymi.

Certyfikat CDL stał się w Polsce bardzo popularny i ceniony zarówno przez jego posiadaczy, przez matki, jak i przez pracodawców. Kolejne roczniki doradców i konsultantów podejmowały pracę u podstaw, stając się pionierami wprowadzania zmian w swoich miejscach pracy, na uczelniach medycznych, organizatorkami wydarzeń naukowych, twórczyniami poradni laktacyjnych czy realizatorkami programów zdrowotnych na rzecz karmienia piersią. Na co dzień chronią i wspierają karmienie piersią na swoich posterunkach.

Po 20 latach

W roku 2024 mamy w Polsce 1029 osób z ważnymi certyfikatami CDL (1197 nadano) i 73 osoby z certyfikatami IBCLC, wśród nich 90% stanowią położne, a 10% lekarki (w tym jeden mężczyzna – lekarz pediatra), pielęgniarki, reprezentanci innych specjalności medycznych i niemedycznych (wśród IBCLC). Pracują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej oraz w sektorze prywatnym. Udzielają profesjonalnych porad laktacyjnych matkom na różnych etapach karmienia – w szpitalach położniczych i OION-ach, szpitalach pediatrycznych, opiece ambulatoryjnej, środowisku, w poradniach laktacyjnych, w ramach wizyt domowych. Mają wiele lat doświadczenia i są cennym zasobem naszego systemu ochrony zdrowia. Standard porady laktacyjnej stworzony razem z pierwszą w Polsce poradnią laktacyjną, rozwijany i nauczany na szkoleniach CNoL, ugruntował się w praktyce doradców laktacyjnych. Jego skuteczność została potwierdzona w ramach kilku prac doktorskich (Kiełbrałowska 2006, Pietkiewicz 2015, Żukowska-Rubik 2016 www.kobiety.med.pl). Dowiedziono również skuteczności szkoleń w podnoszeniu wiedzy personelu medycznego z zakresu wiedzy o laktacji i poradnictwa laktacyjnego (Szyber 2012, Nehring-Gugulska 2012). Powstają nowe placówki szkolące kadry medyczne, a potrzeby w tym zakresie są wciąż olbrzymie.

Wzorzec działania dla Europy

Dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania” został opracowany przez zespół ekspertów reprezentujących kraje europejskie w 2004 roku, w tym roku więc również obchodzi swoje 20. lecie. We wstępie do dokumentu znalazło się niezwykle motto:

„Jeżeli pojawiłaby się nowa szczepionka i mogła zapobiec śmierci ponad miliona dzieci rocznie i byłaby ponadto tania, bezpieczna i podawana doustnie i nie wymagałaby przechowywania w niskiej temperaturze, jej upowszechnienie stałoby się natychmiastowym priorytetem publicznej służby zdrowia.

Karmienie piersią posiada te wszystkie i wiele innych zalet, ale wymaga »ciepłego łańcucha« wsparcia, czyli właściwej opieki dla matek, dającej im wiarę w siebie, pokazującej im jak mają postępować, chroniącej przed szkodliwymi praktykami... Jeśli ten »łańcuch ciepła« został w naszej kulturze zagubiony lub nie spełnia już swojej roli, zadaniem służby zdrowia jest przywrócić go i chronić.”

Wzorzec działania jest adresowany do decydentów w dziedzinie zdrowia publicznego, przedstawicieli organizacji rządowych zaangażowanych w opiekę nad kobietą i dzieckiem oraz w edukację społeczeństwa, pracowników ochrony zdrowia w sektorze publicznym i prywatnym, stowarzyszeń zawodowych, organizacji pozarządowych (NGO), grup wsparcia matek karmiących piersią i samych matek. Wszystkie wymienione osoby i organizacje odgrywają istotne role w procesie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią.

Wzorzec wyznacza sześć kierunków działania:

1. Zasady postępowania (policies) i planowanie – instytucje zarządzające służbą zdrowia, powołani koordynatorzy, stowarzyszenia zawodowe – tworzenie wytycznych
2. Informacja, edukacja i komunikacja – rzetelna informacja do rodziców, osobiste doradztwo przez wyszkolonych pracowników ochrony zdrowia, doradców niemedyceńskich, grupy wsparcia, implementacja Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce
3. Szkolenie przed- i podyplomowe, podręczniki – w oparciu o EBM, podnoszenie kompetencji personelu do najwyższych
4. Ochrona, upowszechnianie i wspieranie – Kodeks Marketingu, prawodawstwo chroniące karmienie, standardy postępowania dla placówek, dostępność do opieki przeszkolonego personelu, konsultantów laktacyjnych, doradców niemedyceńskich, grup wsparcia, wsparcie społeczne
5. Monitoring wskaźników karmienia
6. Badania naukowe w dziedzinie laktacji

Jako Centrum Nauki o Laktacji, w ramach możliwości organizacji pozarządowej, zgodnie z naszymi kompetencjami, doświadczeniem w pracy z matkami i w prowadzeniu szkoleń, opierając się na zespole zaangażowanych pasjonatów karmienia piersią – pracowników ochrony zdrowia realizowaliśmy rekomendacje zawarte w dokumencie „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania”. Motywowaliśmy i wspieraliśmy pracowników ochrony zdrowia do zdobywania profesjonalnej wiedzy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych, by mogli pomagać kobietom z problemami w karmieniu piersią (punkt 5.5.2), zachęcaliśmy do zdobywania certyfikatu potwierdzającego standardy kompetencji (punkt 3.2.3), dzięki czemu w latach 2007–2023 23. krotnie wzrosła liczba osób z certyfikatami w przeliczeniu na 1000 urodzeń.

Rok	Liczba urodzeń	Liczba osób z certyfikatami	Certyfikaty /1000 urodzeń
2003	351 000	4 IBCLC	0,01
2004	356 000	48 IBCLC	0,13
2007	388 000	18 CDL, 52 IBCLC// 70*	0,18
2023	272 000	1056 CDL, 73 IBCLC// 1129*	4,1

*Część osób ma oba certyfikaty

Rola pracowników ochrony zdrowia

Szczególne odpowiedzialność spoczywa na pracownikach ochrony zdrowia. Niezależnie od zawodu i specjalizacji każdy medyk powinien prezentować proaktywną postawę wspierającą karmienie oraz poziom wiedzy dostosowany do wykonywanych zadań. Przykładowo, stomatolog wie, że nie ma przeciwwskazań do miejscowego znieczulenia zęba lub potrzeby przerywania karmienia, chirurg przyjmujący matkę karmiącą w trybie pilnym z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego wie, że matka będzie potrzebowała laktatora i regularnego odciągania oraz wie gdzie szukać informacji o lekach, które zamierza podać pacjentce, radiolog wie o braku przeciwwskazań do zastosowania większości kontrastów w badaniach obrazowych, lekarz rodzinny wie, jak leczyć zapalenie piersi.

Wyższy poziom wiedzy potrzebny jest wszystkim, którzy na co dzień zajmują się matką i dzieckiem, a więc położne w szpitalach i w środowisku, neonatolodzy, ginekolodzy, pediatrzy z POZ. Zadania tej grupy skupiają się wokół stworzenia optymalnych warunków do fizjologicznego przebiegu karmienia piersią od samego początku, poprzez okres połogu i kolejne miesiące zgodnie z zasadą *Primum non nocere* – po pierwsze nie szkodzić. Kluczowe są umiejętności oceny techniki i skuteczności karmienia, zasad postępowania w laktacji oraz wiedza na temat często pojawiających się problemów, by szybko móc im zaradzić. Pediatrzy i pielęgniarki z pediatrycznych oddziałów szpitalnych muszą wiedzieć, jak chronić karmienie w trudnej sytuacji hospitalizacji dziecka i matczynego stresu.

Wiedzę na poziomie najwyższym muszą posiadać osoby specjalizujące się w poradnictwie laktacyjnym, a więc pracujące w poradniach laktacyjnych, gdzie trafiają matki i niemowlęta ze złożonymi problemami, lekarze i położne na oddziałach intensywnej opieki noworodkowej, gdzie podejmują trudne wyzwania karmienia piersią lub mlekiem matki wcześniaków i dzieci chorych, doradcy laktacyjni z oddziałów z położniczych, którzy muszą umieć wyprowadzić matkę z obrzęku piersi czy leczyć rany brodawek (trzy poziomy wiedzy wg LMCG).

Refundowana specjalistyczna porada laktacyjna

W marcu br. prace zakończył powołany przez Ministra Zdrowia Zespół do spraw poprawy jakości opieki okołoporodowej w zakresie poradnictwa laktacyjnego. W pracach Zespołu uczestniczyły przedstawicielki CNoL oraz PTKiDL. Zostaną podjęte działania nad wprowadzeniem specjalistycznej porady laktacyjnej lekarza i położnej do świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w oparciu o przygotowany przez Zespół projekt karty świadczenia opieki zdrowotnej. Refundowana specjalistyczna porada laktacyjna będzie ważnym elementem systemowego wsparcia matek w karmieniu piersią i pokarmem kobiecym. Mamy nadzieję, że będzie szeroko dostępna dla matek i przyczyni się do poprawy wskaźników karmienia w Polsce. Cieszymy się, że refundowana specjalistyczna porada ma szansę po raz pierwszy pojawić się w polskim systemie opieki zdrowotnej. Nasze środowisko od lat zabiegało o refundację porad laktacyjnych zarówno na poziomie podstawowym, jak i specjalistycznym. W 2015 roku braliśmy udział w pracach zespołu powołanego przez ówczesnego Ministra Zdrowia i opracowaliśmy „Projekt organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji”, przewidujący refundację porady podstawowej i specjalistycznej. Projekt został opublikowany przez Oficynę Wydawniczą Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

W Ministerstwie poleżał, ale w roku 2018 został skierowany do dalszego procedowania. Niestety później utknął i znów stracono kilka dobrych lat. W pracach obecnego zespołu w dużym zakresie został wykorzystany ten właśnie projekt.

Podsumowanie

Profesjonalne poradnictwo laktacyjne zostało stworzone przez matki. Rozwijało się na podłożu światowych i krajowych działań na rzecz promocji karmienia piersią. Choć karmienie piersią jest procesem fizjologicznym, z czasem weszło w obszar medycyny ze względu na to, że część matek i niemowląt doświadcza różnych problemów zdrowotnych w okresie karmienia. Wsparcie niemedyczne pozostaje również skuteczne i potrzebne. Każda forma dodatkowej opieki laktacyjnej wydłuża czas karmienia.

Jak wiele różnych pionierskich inicjatyw, tak i ta – tworzenie i rozwijanie profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego – potrzebowała zaangażowania wielu osób i organizacji. Te działania wyprzedzały często systemowe rozwiązania organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w okresie karmienia piersią w wielu krajach, także w Polsce.

Do ochrony karmienia piersią, które jest częścią natury, konieczny jest łańcuch ciepłego wsparcia – wysiłek państwa, systemu prawnego i systemu ochrony zdrowia, świata nauki i medycyny, organizacji pozarządowych, społeczności, matek i rodzin. Jednostkowe, wyizolowane, niekonsekwentne czy krótkofalowe działania nie będą skuteczne. Poradnictwo laktacyjne jest jednym z istotnych ogniw tego łańcucha wsparcia karmienia piersią.

Piśmiennictwo:

1. Promocja karmienia piersią. Nehring-Gugulska M, Szyber B, Pietkiewicz A. W: Karmienie piersią w teorii i praktyce: podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy. Red: Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, Pietkiewicz A. Medycyna Praktyczna; 2017.
2. Gavine A, Shinwell SC, Buchanan P, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;10(10):CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub6
3. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2:CD001141. doi:10.1002/14651858.CD001141.pub5
4. „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie: wzorzec działania. Dublin 18 czerwca 2004
5. Projekt organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji. Nehring-Gugulska M, Bernatowicz-Łojko U, Żukowska-Rubik M, Osuch K, Szyber B, Żoźnowska J, Pietkiewicz A, Muszyńska A, Asztabska K, Jeleń K, Królak –Olejnik B. [W:] Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią (red) Szyber B., Dmoch-Gajzlerska E. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2015; 81-115
6. <https://cnol.kobiety.med.pl/pl/>
7. Wellstart International & University of California San Diego. Lactation Management Curriculum Guide. A faculty guide for schools of medicine, nursing and nutrition. California: Wellstart International (1999). Tłumaczenie na język polski 2002, pod redakcją M. Żukowska-Rubik

Centrum Nauki o Laktacji (CNoL)

To niepubliczna placówka edukacyjna, zarejestrowana w Warszawie, powołana w 2006 roku przez ZG Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią, a od 2008 roku prowadzona przez Fundację Twórczych Kobiet (FTK). Głównym celem placówki jest poszerzanie wiedzy kadr medycznych w zakresie ludzkiej laktacji, żywienia dzieci i poradnictwa laktacyjnego. Patronem CNoL w 2010 roku została śp. dr n med. Anna Oslisło.

Głównym działaniem CNoL jest edukacja lekarzy, położnych i pielęgniarek w zakresie opieki okołoporodowej, poradnictwa laktacyjnego, żywienia kobiet i dzieci według autorskich programów kształcenia. Od 16 lat FTK jest wpisana do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy, a programy kursów medycznych są akceptowane przez Naczelną Izbę Lekarską. Również od 16 lat jest wpisana do ewidencji organizatorów kształcenia w Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, prowadzi kursy doksztalające. W kursach wzięło udział ponad 13 000 medyków.

Najbardziej rozpoznawalnym osiągnięciem jest stworzenie polskiego Certyfikatu Doradcy Laktacyjnego (CDL) oraz wdrożenie Standardu Porady Laktacyjnej o udowodnionej skuteczności. Certyfikaty posiada ponad 1000 medyków.

Wydarzeniem edukacyjnym o największym zasięgu są coroczne Zjazdy CNoL, które cieszą się dużym zainteresowaniem wśród praktyków i naukowców, są okazją do poznania osiągnięć światowej nauki w zakresie laktacji, wymiany doświadczeń i integracji środowiska profesjonalistów. W tym roku organizowany jest 17. z udziałem prof. Pauli Meier z USA.

Upowszechnianiem wiedzy o laktacji opartej na dowodach jest portal internetowy www.cnol.kobiety.med.pl oraz www.youtube.com/@centrumnaukiolaktacji, ale głównie liczne publikacje naukowe i popularnonaukowe, w tym skierowany do profesjonalistów podręcznik *Karmienie piersią w teorii i praktyce* (MP 2012, 2017). Zasięgi mają też kampanie społeczne m.in. *Karmię długo, Karmię! Mam prawo!, Karmię piersią, ale z głową!*

Poprzez działalność pozarządową opartą na międzynarodowych wzorcach takich jak: Globalna Strategia Żywienia Dzieci Światowej Organizacji Zdrowia (2002); Ochrona, promowanie i wspieranie karmienia piersią w Europie – Wzorzec działania Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego i Oceny Ryzyka Komisji Europejskiej (2004); działalność Rady Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych (IBLCE) skutecznie wypełniamy słabości systemowe zdiagnozowane w naszych 6-ściu Raportach o stanie karmienia piersią w Polsce, aby polskim matkom stwarzać jak najlepsze warunki dla najzdrowszego żywienia dzieci i poprzez to wpływać na zdrowie społeczeństwa.

Postawiliśmy na edukację personelu medycznego, ponieważ polskie mamy chciały karmić naturalnie, ale nie uzyskiwały odpowiedniej pomocy. Niska jakość opieki laktacyjnej wynikała z niewystraczającej wiedzy personelu medycznego uzyskiwanej w toku kształcenia. Tę poważną barierę chcieliśmy pokonać. Posłużyliśmy się metodyką kształcenia uznaną przez UNICEF (*Wellstart International & University of California San Diego. Lactation Management Curriculum Guide. A faculty guide for schools of medicine, nursing and nutrition.*

California: Wellstart International [1999]). Nasz entuzjazm, zaangażowanie i wzajemny szacunek dawały siłę, aby tworzyć nową, wąską gałązkę polskiej medycyny.

Zainspirowani osiągnięciami światowej medycyny karmienia piersią, systemowymi rozwiązaniami w innych krajach, rekomendacjami międzynarodowych instytucji zdrowotnych, które zalecały krajom organizowanie systemu fachowego poradnictwa sprawowanego przez certyfikowanych konsultantów laktacyjnych pragnęliśmy, aby w Polsce wszystkie dzieci były objęte taką opieką okołoporodową, która zapewni im żywienie mlekiem biologicznej matki. Marzyliśmy, aby każda matka otrzymywała profesjonalne, skuteczne wsparcie w problemach laktacyjnych i mogła karmić tak długo, jak planuje. Chcieliśmy, aby nauka o laktacji stała się częścią polskiej medycyny, a wszystkie informacje o żywieniu dzieci były naukowymi faktami, a nie wysysanymi z palca mitami.

Dziś, po 17 latach działalności widzimy jak wiele udało się osiągnąć. Wiedza o laktacji upowszechniła się, a większość dobrych praktyk sprzyjających laktacji znalazło się w ustawach i rozporządzeniach dając szansę realizacji systemowej. Wiemy, że dzieło nasze niosą dalej nasi absolwenci, uczestnicy naszych wydarzeń edukacyjnych i kampanii oraz wiele innych organizacji pozarządowych o podobnej wrażliwości społecznej, a także szereg osób, o których nie wiemy. Choć tak wiele już osiągnęliśmy, nasza misja wciąż trwa...

Z historii...

Początki: Realizując wytyczne Deklaracji Innocenti podpisanej przez Ministerstwa Zdrowia 29 krajów, w roku 1991 polski MZ powołało krajowego koordynatora ds. promocji karmienia piersią, którym została doc. dr hab. med. Krystyna Mikiel-Kostyra. Niezwykła osoba, która już wcześniej przebijała mury dla karmienia piersią w Polsce: stworzyła Program Promocji Karmienia Piersią (faza przygotowania 1986–1991, realizacji 1992–97) finansowany ze środków państwowych oraz pierwszą, polską Poradnię Zaburzeń Laktacji w 1987 roku.

KUKP: 24 kwietnia 1992 roku z inicjatywy UNICEF, Instytutu Matki i Dziecka oraz Ministerstwa Zdrowia powołano Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią w strukturach Polskiego Komitetu UNICEF złożony z 36 członków, głównie zawodów medycznych. KUKP działał przy IMiD, aż do końca finansowania rządowego. W 1997 przeniósł się do UNICEF. W 1999 roku KUKP oddzieliło się od UNICEF i stało się samodzielnym stowarzyszeniem. W 2003 powstała Rada Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych, w 2006 powołano Centrum Nauki o Laktacji. W 2008 roku KUKP ze względów organizacyjnych podzielił się na 3 oddzielne organizacje pozarządowe: KUKP, RMKL i CNoL.

MNG: w 1992 roku byłam członkiem założycielem KUKP, 20 lat (od 1996) miałam tytuł IBCLC, w 1997–99 koordynowałam prace KUKP w UNICEF, w 1999–2008 byłam sekretarzem KUKP, 17 lat (od 2006) jestem dyrektorem CNoL.

Ludzie tworzą historię: W KUKP działało wiele osób, które z pasji i z ogromnym osobistym zaangażowaniem promowały karmienie piersią i zmiany organizacyjne w szpitalach w ramach idei Szpitala Przyjaznego Dziecku. Większość z nich jest nadal aktywnymi członkami organizacji pozarządowych wspierających karmienie i uprawia zawodowo poradnictwo laktacyjne.

Początki szkoleń: Kształcenie personelu medycznego było elementem wdrażania inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku, w KUKP stworzyliśmy podręcznik pt. *Jak wspierać karmienie piersią w placówkach ochrony zdrowia* i pakiet szkoleniowy dla szpitali do samokształcenia. W 2000 roku z inicjatywy UNICEF przeprowadzaliśmy 20-sto godzinne szkolenia dla liderów grup wsparcia dla mam karmiących i powstała Komisja Edukacji i promocji zdrowia w składzie doc. Monika Mikulska, dr Małgorzata Kamińska, Elżbieta Szadzińska, dr Anna Oslislo, dr Monika Żukowska-Rubik. Jednym z jej działań było opracowanie w 2002 z inicjatywy UNICEF polskiej wersji wytycznych Wellstart International zawierających treści i poziomy kształcenia w zakresie laktacji dla pracowników ochrony zdrowia praktykujących na całym świecie. *Przewodnik nauczania o karmieniu piersią. Wskazówki metodyczne dla wydziałów medycyny, pielęgniarstwa i żywienia. I wydanie polskie. Tłum. Banaszekiewicz A, Niecikowska K, Oslislo A, Ślizień-Kuczapska E. Warszawa: KUKP; 2002. Żukowska-Rubik M, red.* został rozesłany do wszystkich uczelni wyższych w Polsce, państwowych i prywatnych, kształcących lekarzy, położne, pielęgniarki, dietetyków, a także do izb zawodowych.

Poziomy Wellstart	Kształcenie dla:	Treści kształcenia	Porada laktacyjna udzielana jest
I Podstawowy	Lekarzy, pielęgniarek, dietetyków, którzy nie zamierzają specjalizować się w opiece perinatalnej ani zazwyczaj nie mają do czynienia z matką karmiącą i jej dzieckiem	Kształcenie przeddyplomowe: podstawy naukowe, postępowanie kliniczne, kontekst społeczny karmienia piersią, zachęta do karmienia piersią.	w każdej placówce przez każdego pracownika ochrony zdrowia podczas kontaktu z karmiącą matką Zawiera podstawowe informacje na temat laktacji
II Ogólny	Lekarzy, położnych, pielęgniarek, dietetyków, którzy pracują z matką karmiącą i jej dzieckiem, ale laktacja jest jednym z elementów opieki. Szczególnie dotyczy położnych, ale też lekarzy i pielęgniarek specjalizujących się w dziedzinie neonatologii, pediatrii, położnictwa, medycyny rodzinnej.	Kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe w wiedzy i umiejętności praktycznej w zakresie rozpoczynania i kontynuowanie laktacji oraz rozwiązywania częstych problemów laktacyjnych	w szpitalu w okresie okołoporodowym i dziecięcym oraz w ramach rutynowych wizyt u lekarza, położnej, pielęgniarki po porodzie i w okresie pierwszych lat życia dziecka. Zawiera udzielenie ogólnej porady oraz instruktażu, postępowanie kliniczne w częstych, nieskomplikowanych problemach laktacyjnych, odesłanie do specjalisty III poziomu.
III Specjalistyczny	Lekarzy, położnych, pielęgniarek, dietetyków, którzy zamierzają większość czasu pracy poświęcać matkom karmiącym lub osiągnęły poziom II, ale chcą wyspecjalizować się w wązszych dziedzinach laktacji np. lekarz neonatolog w żywieniu wcześniaków pokarmem matki. Ten poziom w pełnym zakresie tematycznym muszą osiągnąć wykładowcy oraz autorzy programów nauczania o karmieniu piersią	Poprzedzone doświadczeniem klinicznym dodatkowo kształcenie podyplomowe w interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności praktycznej w zakresie rozwiązywania rzadkich, złożonych problemów laktacyjnych i sytuacji wymagających szerszej wiedzy z innych dziedzin.	w szpitalach, przychodniach specjalistycznych i podczas wizyt domowych przez osoby zajmujące się laktacją, jako osobną dziedziną i poświęcające jej większość zawodowego czasu np. w poradniach laktacyjnych. Zawiera udzielenie specjalistycznej porady oraz instruktażu, rozwiązanie wszystkich, także rzadkich, skomplikowanych problemów laktacyjnych i zastosowanie postępowania klinicznego zgodnie z aktualnymi protokołami

Początki IBCLC w Polsce. W 2003 z inicjatywy doc. Mikiel-Kostyry, przy zaangażowaniu członków Komisji Edukacji i Komisji ds. Poradnictwa laktacyjnego KUKP, pierwszych 4 polskich konsultantek IBCLC (M. Nehring-Gugulska, W. Urmańska, M. Neugebauer, M. Żukowska-Rubik), zostaje zorganizowany pierwszy w Polsce 150. godzinny kurs dla kandydatów na międzynarodowych konsultantów laktacyjnych (IBCLC) finansowany przez ambasadę Królestwa Niderlandów z patronatem IBLCE. Kurs zakończony był sukcesem, w 2004 roku aż 44 osoby zdały międzynarodowy egzamin. 48 konsultantów IBCLC utworzyło w 2004 Radę Międzynarodowych Konsultantów Laktacyjnych (RMKL) w strukturach KUKP.

Powstanie CNoL. 1 września 2006 roku Zarząd Główny KUKP powołał placówkę edukacyjną Centrum Nauki o Laktacji (CNoL), aby sformalizować intensywną działalność Komisji Edukacji i Promocji Zdrowia. Placówka została zarejestrowana w Warszawie. Po oddzieleniu od KUKP w 2008 roku musiała znaleźć organ prowadzący, którym została Fundacja Twórczych Kobiet.

Jak wspominamy okres działalności w KUKP?

„Byliśmy grupą entuzjastów, skupionych najpierw przy UNICEF, potem przy Instytucie Matki i Dziecka. Każdy z nas był inny. Różniliśmy się nie tylko wiekiem, ale też doświadczeniem i pozycją zawodową. Jednak w atmosferze szacunku, zaufania i wzajemnego wspierania się mogliśmy tworzyć obok siebie tak wiele różnych projektów. A twórcze zaangażowanie wszystkich nas sprawiało, że z niczego tworzyliśmy rzeczy wielkie, niemożliwe stawało się możliwe. Ten okres zapisze się w historii promocji karmienia piersią w Polsce jako lata renesansu.” Monika Żukowska-Rubik, Magdalena Nehring-Gugulska, Beata Szyber, Warszawa 2012 (list do KUKP).

Działalność Centrum Nauki o Laktacji

Dlaczego kształcimy personel medyczny w wiedzy i praktyce laktacyjnej?

Rób to na czym się znasz – koronna zasada zawodowa.

Większość z nas, tworzących CNoL była praktykującymi konsultantami laktacyjnymi IBCLC lub pracownikami Szpitali Przyjaznych Dziecku. Mając szeroką wiedzę, doświadczenie w pracy z matkami, a także w kształceniu personelu, mogliśmy pokusić się o wypełnienie systemowej luki w edukacji. Tworzyliśmy programy i organizowaliśmy szkolenia dla personelu w oparciu o wytyczne Wellstart, które tworzyli ludzie znający się na tym, a polskich wzorców nie było. My rozwijaliśmy się, wyciągaliśmy wnioski z nowych doświadczeń i szybko dostosowywaliśmy się do zmieniającej się rzeczywistości. Dziś my mamy ogromne doświadczenie w kształceniu personelu medycznego w tej dziedzinie, stworzyliśmy unikalną Metodę Kształcenia CNoL. Ale obecnie jest też wielu innych liderów i ośrodków, powstają programy kształcenia na uczelniach, poszerzyła się znacznie wiedza. O to nam chodziło!

Zanim coś zrobisz postaw diagnozę – koronna zasada w medycynie.

Z dostępnych danych naukowych wiemy, że jakość opieki laktacyjnej jest ściśle powiązana z jakością edukacji personelu. A jakość i sposób sprawowania opieki przekłada się na wskaź-

niki karmienia. W tamtym czasie państwowe programy kształcenia były ubogie w wiedzę z zakresu laktacji, a personel medyczny nie umiał skutecznie pomagać mamom karmiącym. Stosowano niewłaściwe praktyki, z których wiele było bardzo traumatycznych i nie wspierało ani kobiet ani dzieci (silne masaże piersi, spirytus na brodawki, diety eliminacyjne, hamowanie laktacji z byle powodu, podawanie mieszanki jako panaceum na wszystko i in.)

Zanim coś wdrożysz – wyszkol personel, głosi koronna zasada w zarządzaniu.

Gdy w 2010 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące Standardu Opieki Okołoporodowej, prawodawca nie przewidział żadnego dodatkowego kształcenia dla personelu szpitali ani środków budżetowych na nie. Nasze koleżanki mgr Joanna Żółnowska i mgr Agnieszka Pietkiewicz z Gdańska stworzyły 12. godzinny program kształcenia pt. *Karmienie piersią – standard w opiece okołoporodowej*, które przeprowadziliśmy **w 160 szpitalach dla 6362 osób personelu**. Od 2016 roku szpitale potrzebowały krótszych 6. godzinnych szkoleń *Karmienie piersią w praktyce szpitala*, odbyło się ich **38 dla 1390 osób**. Koszty pokrywały szpitale lub pozyskiwały fundusze na własną rękę. Ale nie żałowały, kursy otrzymywały wysokie oceny uczestników.

Gdy powstał z inicjatywy konsultanta krajowego w dziedzinie neonatologii *Program wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego* (Standardy Medyczne Pediatria rok 2014, tom 11, nr 1, s. 9–57, Helwich E., Wilińska M., Borszewska-Kornacka M. i wsp.) też nie poszły za tym środki na wdrożenie. Do dziś jego realizacja nie jest satysfakcjonująca. Chcąc wspomóc szpitale energią naszej pozarządowej organizacji stworzyliśmy kurs dla oddziałów III poziomu referencyjnego pt. *Karmienie piersią i mlekiem kobiecym wcześniaków i dzieci chorych – standard opieki w szpitalach III poziomu referencyjnego*, który odbył się w **18 oddziałach dla 746 osób**. Wykładowcami byli praktycy, którzy na co dzień wdrażali Standard Opieki Okołoporodowej i Program Wczesnej Stymulacji Laktacji w swoich placówkach.

Czy dziś powiemy, że nie tylko braliśmy udział w tworzeniu ważnych dokumentów będących podstawą zmian systemowych, ale też je wdrażaliśmy? Myślę, że tak. Czy ktoś by to zrobił inny? Nie wiem. Trzeba było mieć siłę i wielu pasjonatów wokół siebie, aby to się udało bez wsparcia finansowego z budżetu i taką garstką ludzi pracujących po godzinach swojej pracy.

Kontynuowaliśmy też kształcenie dla kandydatów na konsultantów IBCLC rozpoczęte przez KUKP. Z braku finansowania systemowego koszty ponosili uczestnicy. Z czasem zaczęli uzyskiwać wsparcie z różnego rodzaju funduszy, ze swoich placówek oraz z izb zawodowych. W sumie kurs *Problemy w laktacji* odbyło **1642 osoby (26 edycji)**, również w okresie pandemii covid. Większość uczestników sięgała po tytuły polskie, część po międzynarodowe, a żeby je uzyskać musiała się jeszcze doszkalać, ale chęci nie brakowało.

Patrząc na statystyki możemy uznać, że skupiając się na kształceniu rozwinęliśmy tę działalność. W latach 2007–2024 przeprowadziliśmy **355 kursów dla 13134 osób**. Byliśmy wciąż małą organizacją pozarządową, ale ambitną i pracowitą. Ale kursy nie odbędą się bez uczestników – a ci chcieli do nas przyjeżdżać. Dziękujemy Wam wszystkim za zaufanie! I za wysokie oceny naszej pracy, które zostawiacie w ankietach!

Naszym skarbem jest kadra dydaktyczna. To pionierzy i entuzjaści, którzy zostawili serce w CNoL. Nie uwierzycie, jak wiele lat prowadzeniem fundacji zajmowało się raptem kilka osób. Nie mieliśmy żadnego pracownika na etacie... a dziś mamy tylko jednego.

Stwarzaliśmy przyjazną atmosferę pracy, więc większość pracuje nadal. Dziś zespół tworzy kilkanaście osób, a kadre kilkadziesiąt. Choć często ilość zadań nas przerasta, a będąc medykami nie znamy się na zarządzaniu i marketingu, to i tak efekty są widoczne i dokonujemy trwałych zmian w medycynie.

Dlaczego w 2006 roku powstał polski certyfikat CDL?

Po 3 latach skutecznego szkolenia kandydatów na konsultantów IBCLC zauważyliśmy, że dużą słabością tego systemu kształcenia jest brak szkolenia praktycznego. Chcieliśmy, aby polscy konsultanci laktacyjni mogli uczyć się praktyki, a potem zaprezentować ją na egzaminie, jak dzieje się to w wielu zawodach medycznych. Ponadto egzaminy międzynarodowe były drogie, a nie respektowane w polskim systemie. Nie powiodła się bowiem próba rejestracji zawodu konsultanta laktacyjnego w 2006 roku, a konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, prof. Ewa Helwich zaproponowała nam rozwiązanie kompromisowe: „stworzenie certyfikatu dla zawodu medycznego”. Dlatego we trzy: ja, Beata Szyber i Monika Żukowska-Rubik wymyśliłyśmy polski Certyfikat Doradcy Laktacyjnego, polski program kształcenia, polski egzamin teoretyczny i praktyczny, system recertyfikacji po 7 latach, polski znak CDL, który został opatentowany. Kodeks etyczny i zawodowy CDL opracowała Agnieszka Pietkiewicz. Wymyśliłyśmy i zrealizowałyśmy. Obecnie certyfikat jest znaną marką jakości w opiece nad mamami karmiącymi, a zdobyło go **1197** medyków, a aktualnych certyfikatów jest **1029**.

Czy porada laktacyjna jest świadczeniem zdrowotnym?

Tak. Porada laktacyjna jest świadczeniem zdrowotnym z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Zawiera elementy świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych. W tym rozumieniu powinna jej udzielać osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe uprawniające do udzielania takich świadczeń – takiej odpowiedzi udzielił nam Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia w roku 2010. Poradnictwo laktacyjne zostało wpisane w SOO w zadania osoby sprawującej opiekę nad matką i dzieckiem w zakresie podstawowym. Do 2024 roku nie została zatwierdzona specjalistyczna porada laktacyjna, choć próby były podejmowane, a w 2015 roku powstał w MZ projekt przewidujący refundację porad podstawowych i specjalistycznych, który od 2018 nie był dalej procedowany. Ostatni zespół ministerialny zakończył prace 30 marca br. mamy nadzieję, że proces nie utknie, ale regulacje będą dotyczyły tylko refundowanej porady specjalistycznej wykonywanej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. We wszystkich pracach na poziomie rządowym nasza organizacja brała czynny udział, choć trzeba było poświęcić temu prywatny czas.

Dlaczego w 2010 roku przestaliśmy szkolić osoby niemedyczne?

Na całym świecie certyfikaty laktacyjne mogą zdobywać osoby nie wykonujące zawodu medycznego, a takie wsparcie matek karmiących ma udokumentowaną w badaniach skuteczność. Dlatego w pierwszych szkoleniach uczestniczyli tacy pasjonaci karmienia. Jednak w naszym systemie ochrony zdrowia nie było i nie ma możliwości zatrudniania osób niemedycznych do udzielania świadczeń wobec mam karmiących. Choć zdarzały i zdarzają się wyjątki od tej reguły. Jednak najczęściej stosowaną formą zatrudnienia był wolontariat. Chcieliśmy być fair wobec naszych klientów, nie mamieć ich wizją pracy, której

nie otrzymają. Ponadto ówczesny konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego mgr Leokadia Jędrzejewska wiele razy zarzucała nam, że szkolimy niemedyków. No cóż, było to przykre, ale musieliśmy te zarzuty brać pod uwagę. Ponadto chcieliśmy, aby doradcy coraz bardziej stawali się częścią systemu ochrony zdrowia oraz ponosili odpowiedzialność zawodową za swoje działania. Zdecydowaliśmy, że przyjmujemy tylko położne, pielęgniarki i lekarzy. Z perspektywy lat widzimy, że był to ruch dobry. Doradcy laktacyjni zapełnili szpitale i przychodnie, uczelnie i konferencje medyczne. Kilku jest ordynatorami! Zresztą sami byliśmy w większości medykami, dlatego mogliśmy wypełnić tę misję wobec medyków polskich. Nie mogliśmy robić wszystkiego!

Promotor Karmienia Piersią

Ale osób niemedycznych, zakreconych pozytywnie na punkcie karmienia piersią nie zostawiliśmy „na lodzie”. Stworzyliśmy dla nich alternatywną ścieżkę edukacji, przygotowującą do prowadzenia działań promocyjnych w zakresie własnych kompetencji zawodowych, które posiadali. Kursy przeszło 218 osób, z czego większość otrzymała tytuł Promotora Karmienia Piersią i kapitalnie działa w przestrzeni społecznej. To często pierwsza linia edukacji i dotarcia do szerokich mas społeczeństwa. Wielu z nich utworzyło własne organizacje, realizują pomysły i nie brakuje im zadań. Tworzymy dla nich podstronę internetową i promujemy ich działalność.

Działalność społeczna i edukacyjna

Wykonaliśmy 6 ocen sytuacji matek karmiących w Polsce, aby zdiagnozować, gdzie są słabości systemu, gdzie matki mają największe potrzeby i gdzie można coś zrobić. Nasze Raporty poruszały sumienia decydentów, pokazywały prawdę, choć często niewygodną. Wszystkie są dostępne na naszej stronie internetowej i chętnie czytane. Pierwszy opracowała Beata Szyber w 2014 roku, określając Bariery dla karmienia piersią w Polsce. W 2015 roku powstał Raport dotyczących wskaźników karmienia i wyborów matek. Kolejne zostały opracowane na podstawie dużych badań ankietowych prowadzonych przez Monikę Żukowską-Rubik i Magdalenę Nehring-Gugulską z pomocą innych doradczyń laktacyjnych. Dotyczyły opieki laktacyjnej jaką mamy uzyskują od:

- lekarza pediatry, personelu oddziału niemowlęcego/dziecięcego, pracodawcy (2016)
 - położnej środowiskowej, lekarza ginekologa położnika (2017)
 - położnej na oddziale położniczym, lekarza medycyny rodzinnej i doradców laktacyjnych (2018). Raport w 2021 dotyczył traktowania mam karmiących długo.
- Powstanie raportów wsparła www.mlekomamyrzadzi.pl i firma Nutropharma.

Poruszamy też tematy, w których polskie mamy mają najtrudniej, uzyskują najmniej wsparcia, są poddawane presji, a nierzadko dotyka je dyskryminacja lub krytyka. Nasza akcja ***Karmię długo*** wykazała, że ponad 60% mam doznaje krytyki z powodu długiego karmienia piersią. Z kolei zeszłoroczna akcja ***Karmię! Mam prawo!*** wykazała w jak wielu obszarach prawa matek karmiących są łamane. Ale jednocześnie aż 70% mam nie wie co zrobić lub nie chce podejmować żadnych działań, aby dochodzić swojej racji czy odszkodowania za poniesione szkody. Tu otwiera się przestrzeń do działań innych organizacji. Tegoroczna akcja ***Karmię piersią, ale z głową!*** ma za zadanie uodpornić mamy na mity, fake newsy i niepra-

widłowe informacje o karmieniu piersią, na które mogą natrafić w internecie. Uważamy, że edukując mamy dajemy im mocne narzędzie do obrony przed niewłaściwymi, myłymi informacjami, również tymi, które są komercyjnymi trikami.

Polska polityka zdrowotna coraz bardziej przyjazna dziecku

Przez lata działalności nie spuszczaliśmy z oka działań rządowych. Choć najczęściej nie otrzymujemy odpowiedzi na listy ani zaproszeń na spotkania na wysokich szczeblach, nie zrażamy się. Braliśmy udział w wielu zespołach i konsultacjach społecznych ważnych ustaw i regulacji. Udział w pracach Ministerstwa Zdrowia przy opracowywaniu Standardu Opieki Okołoporodowej, udział w Zespołach Ministerialnych dotyczących poprawy jakości opieki nad ciężarną opracowujący Ustawę za Życiem, dwa zespoły dotyczące poprawy jakości opieki laktacyjnej to tylko wycinek. Polityka zmienia się powoli, czasem zbyt wolno, ale w obecnych zapisach jest naprawdę imponująca. Trochę gorzej z realizacją... Standard Opieki Okołoporodowej 2010, 2012 dotyczył tylko porodu fizjologicznego (takich jest obecnie co raz mniej), ale już w 2018 roku udało się przekonać gremium do zmiany tego zapisu, co dało podstawę do wdrożenia go wobec wszystkich matek. Tym samym 7 z 10 Kroków do Udanego Karmienia Piersią (WHO/UNICEF, 1989) zostało zaimplementowane do polskiego prawa po 21 latach od opublikowania. A Kodeks Marketingu Preparatów Zastępujących Mleko Kobiece wszedł, choć nie w pełni, do prawa polskiego poprzez zaimplementowanie dyrektyw UE poprzez regulacje, momentami bardziej restrykcyjne, zawarte w:

- a. ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 2021 ze zm.
- b. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 21 kwietnia 2023 r. w sprawie reklamy wyrobów medycznych;
- c. ustawie z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych;
- d. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

Zarówno Kodeks Etyczny i Zawodowy CDL jak i naszą współpracę z partnerami i darczyńcami opieramy na w/w regulacjach polskich.

Laktacja weszła do polskiej nauki

Pracując z mamami karmiącymi jako medycy korzystaliśmy z wytycznych zagranicznych dotyczących diagnostyki i leczenia, bo polskich nie było. Czerpaliśmy z wiedzy Ruth Lawrence, Barbary Wilson-Clay, Marshy Walker i innych konsultantek IBCLC. Nie przyjmowaliśmy wszystkiego bezkrytycznie, ale weryfikowaliśmy z wiedzą z nauk podstawowych w medycynie, zadawaliśmy sobie pytania badawcze, obalaliśmy mity, od których świat zachodni wcale nie był wolny. Często też nie wszystko było wiadomo. Niesamowity rozwój przyniosło dzieło prof. Tomasa Hale'a i grupy badawczej pod kierunkiem prof. Petera Hartmanna z Australii. Dość szybko zaczęliśmy tworzyć polskie protokoły postępowania oparte na naszej praktyce, pierwsze ukazały się w 2005 roku w Standardach Medycznych. Musieliśmy nie tylko wypraktykować sposób udzielania porady laktacyjnej, ale też opisać zabiegi, które wykonywaliśmy u matek lub dzieci. Przez lata medycy – doradcy laktacyjni prowadzili badania, opublikowali ogromną liczbę artykułów w czasopiśmie medycznych, brali udział w wielu konferencjach dzieląc się wiedzą z kolegami z różnych medycznych dziedzin. Po-

wstały narzędzia, bez których dziś żaden doradca nie wyobraża sobie pracy. A wiele z tych protokołów postępowania i narzędzi stosuje się powszechnie poza naszym środowiskiem. I o to chodziło! Warto wspomnieć *Protokół oceny umiejętności ssania* z 2014 roku, który w tym roku został zaimplementowany jako narzędzie do oceny wcześniaków w KORD. A także *Standard wizyty w poradni laktacyjnej* (2005), *Protokół leczenia zapalenia piersi* (2005, 2016), *Niedostateczny przyrost masy u dziecka karmionego piersią – diagnoza, postępowanie, stymulacja laktacji* (2016) *Frenotomia u noworodków i niemowląt – przegląd aktualnej literatury i propozycja zaleceń* (2019). Jesteśmy też aktywni podczas opracowywania rekomendacji powiązanych z karmieniem naturalnym. Braliśmy udział w m.in. w opracowaniu Zasad żywienia zdrowych niemowląt Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, a także Stanowiska Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. Wydajemy też własne stanowiska, jeśli mamy odmienne zdanie. I tak powstało m.in.: *Stanowisko CNoL w sprawie karmienia piersią i mlekiem kobiecym w kontekście profilaktyki próchnicy wczesnodziecięcej* (2017), *Stanowisko w sprawie wskazań do podcinania wędzidełka języka (frenotomii) u noworodków i niemowląt* (2021), *Komunikat CNoL w sprawie zapewnienia każdemu dziecku dostępu do mleka matki biologicznej* (2022), *Jak chronić karmienie piersią w sytuacjach kryzysowych* (2023), a także *Stosowanie diety eliminacyjnej przez polskie matki karmiące piersią w świetle aktualnej wiedzy* (2023). **W czasie pandemii stanęliśmy po stronie mleka mamy, wbrew oficjalnym decyzjom. Z grupą ekspertów i dwiema organizacjami (Fundacja Bank Mleka Kobiecego i Fundacja Mlekiem Mamy) opracowaliśmy wytyczne dotyczące izolacji, karmienia i pozyskiwania mleka dla dziecka mamy zakażonej SARS-CoV2, które stały się później oficjalnymi wytycznymi i przyczyniły do zmiany restrykcyjnych zaleceń.**

Środowisko medyków „laktacyjnych” zaczęło być coraz bardziej aktywne w sferze naukowej, pierwszy doktorat w dziedzinie laktacji obroniła Bogumiła Kiełbratowska w 2006 roku, kolejny Beata Szyber w 2012. Po nich posypały się kolejne, a co roku przybywa po kilka. Na prawie każdej uczelni pracują medycy – doradcy laktacyjni, są promotorami prac magisterskich, inspirowują badania, czym przyczyniają się do rozwoju tej młodej gałęzi medycyny.

Refleksja końcowa

Zaangażowanie na rzecz upowszechnienia i wzniesienia wiedzy o laktacji do poziomu nauki i praktyki medycznej w Polsce kosztowało każdego z nas wiele wysiłku i wyrzeczeń, również dotyczących osobistego życia. Może czegoś nie zrobiliśmy, albo źle robiliśmy. Nie myli się ten co nic nie robi.

Od 17 lat nasze dzieło trwa. Wypełniło lukę systemową i odpowiedziało na potrzeby matek. Zainspirowało tak wiele osób z tak różnych dziedzin, że stało się nieodłączną częścią debaty zdrowotnej w Polsce. Z pewnością jeszcze wiele pracy przed nami, po nas przyjdą nasi absolwenci, następcy... Ale już dziś widać jak wiedza i praktyka upowszechniły się, mamy szukają pomocy CDL, a karmienie naturalne przestało być tylko sprawą matek, jest teraz ważne dla wszystkich, którym na sercu leży zdrowie publiczne.

Wspominała Magdalena Nehring-Gugulska

Dyrektor CNoL od 2006 roku

Matka karmiąca chora na padaczkę – najnowsze rekomendacje

dr hab.n.med. Maria Wilińska prof. CMKP

Klinika Położnictwa, Perinatologii i Neonatologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
Klinika Perinatologii i Położnictwa, Państwowy Instytut Medyczny MSWiA

Padaczka jest rozpowszechnionym schorzeniem neurologicznym wśród populacji ludzkiej. Szacuje się, że około 1% społeczeństwa cierpi na to schorzenie. Co trzecia kobieta chora na padaczkę jest w wieku rozrodczym. To stwarza konieczność opracowania standardu postępowania wobec ciężarnej, rodzącej i karmiącej piersią wspólnego dla neonatologów, położników, epileptologów i lekarzy rodzinnych. Współpraca specjalistów w tych dziedzinach w zakresie ujednoczenia postępowania jest konieczna.

Kobieta chora na padaczkę nie powinna mieć nadmiernych obaw przed zajściem w ciążę, przed porodem oraz dylematów co do karmienia dziecka. Ciąża u kobiety z padaczką powinna być zaplanowana. Przygotowanie do ciąży obejmuje przede wszystkim takie dobranie leków, aby skutecznie kontrolować napady i jednocześnie maksymalnie zredukować ryzyko ich działania teratogenne. Należy dążyć do monoterapii i stosować możliwie najmniejsze dawki leków. Z pacjentką należy omówić ryzyko leków przeciwpadaczkowych (lpp) dla przebiegu ciąży i rozwoju płodu wynikające zarówno z wdrożonego leczenia jak i z obecnych napadów. Podczas ciąży dawki leków bywają zwiększane, aby utrzymać ich terapeutyczne stężenie w surowicy.

Zalecany jest poród drogami natury. Należy minimalizować stres rodzącej, ból porodowy oraz nie dopuszczać do hiperwentylacji. Są to znane czynniki prowokujące napady padaczkowe. Dlatego pacjentka do porodu powinna zostać starannie przygotowana, należy też zaplanować znieczulenie porodu. Cięcie cesarskie jest zalecane w sytuacjach wyjątkowych, takich jak stan padaczkowy lub duże ryzyko jego wystąpienia, wysoka częstość napadów w okresie poprzedzającym poród, napady trudne do opanowania oraz stany nieświadomości. Należy podkreślić, że także podczas porodu leki przeciwpadaczkowe (lpp) muszą być przyjmowane regularnie, a procedury medyczne dostosowane do pory ich zażywania.

Kobieta chora na padaczkę, tak jak każda inna pacjentka, ma prawo do kontaktu skóra-do-skóry po urodzeniu dziecka, zarówno po porodzie drogami natury jak i po cięciu cesarskim. Karmienie piersią należy ustalić jeszcze podczas przygotowań do ciąży, aby dobrany lek przeciwpadaczkowy był kompatybilny z karmieniem piersią. Tak zwane nowe leki przeciwpadaczkowe należą do grupy L2 lub L3 wg Hale'a. Właściwości farmakodynamiczne i farmakokinetyczne lpp są dokładnie opisane w bazach takich jak LactMed i innych, oraz w podręcznikach na temat laktacji i karmienia naturalnego. Podczas ciąży leki te osiągają stężenie we krwi płodu praktycznie równe stężeniu we krwi matki. Ich transport do mleka jest natomiast niewielki, co obrazuje wskaźnik RID (ang. relative infant dose) wynoszący zazwyczaj < 10%. Inne korzystne cechy lpp podczas karmienia piersią obejmują: niskie stężenie leku w osoczu krwi matki, wysokie wiązanie się z białkami we krwi matki, dużą masę cząsteczkową, małą lipofilność i krótki T_{1/2}. Takimi cechami

charakteryzują się takie leki jak okskarbazepina, levetiracetam, lacosamid (stosunkowo najmniej opisany). Walproinian są zdecydowanie mniej korzystne i nie powinny być używane w populacji kobiet w wieku reprodukcyjnym. Także lamotrygina nie wykazuje się dużym bezpieczeństwem działania.

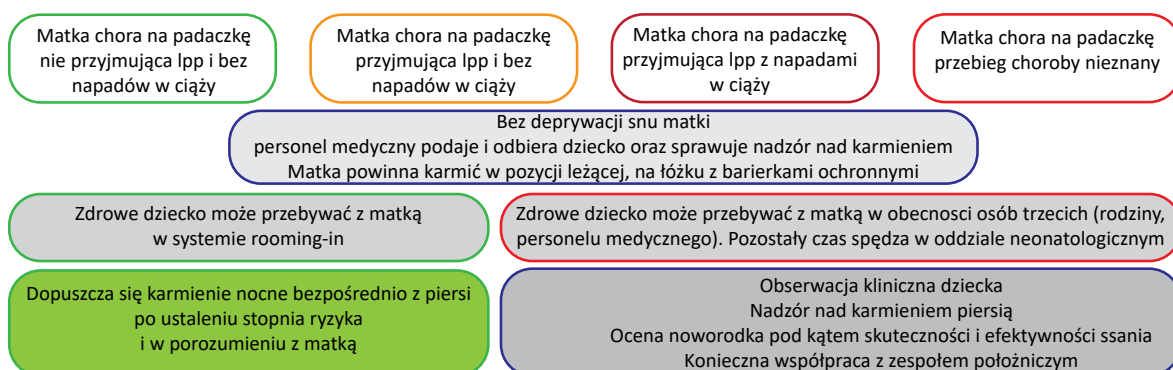
Leki przeciwpadaczkowe hamują wytwarzanie endogennej prolaktyny u kobiet, wykazują więc działanie zmniejszające laktację.

Wielomiesięczna ekspozycja płodu na toksyczne działania leków jest najbardziej istotnym powodem późniejszych zaburzeń rozwojowych u tych dzieci. Opisywane są deficyty z zakresu motoryki dużej, małej, rozwoju poznawczego i rozwoju mowy. Istnieją doniesienia o pojawianiu się autyzmu i zespołów ze spektrum deficytów uwagi. Te nieprawidłowości opisywano zwłaszcza przy stosowaniu tzw. starych leków przeciwpadaczkowych, głównie walproinianów. Obecnie 90% kobiet z padaczką rodzi zdrowe dzieci.

Podczas karmienia piersią u około 10% dzieci kobiet przyjmujących lpp i karmiących piersią obserwuje się jakiegokolwiek działania niepożądane leków. Okazuje się, że dzięki licznym składnikom bioaktywnym mleka (potencjał antyoksydacyjny mleka, endogenne czynniki troficzne, komórki macierzyste, inne komórki oraz komórki układu białokrwinkowego, oligosacharydy i inne), deficyty z okresu ciąży zostają w dużej części zminimalizowane. Przy długotrwałym, czyli > 6 miesięcznym okresie karmienia piersią parametry rozwojowe tych dzieci są lepsze niż w grupie karmionych sztucznie. Karmienie piersią przez kobietę chorą na padaczkę poprawia rozwój dziecka i łagodzi doznane skutki wynikające z terapii podczas ciąży.

Podsumowanie

1. Prenatalna ekspozycja na leki przeciwpadaczkowe może wiązać się z zaburzeniami rozwojowymi widocznymi już w 6. miesiącu życia dziecka.
2. W terapii padaczki istnieje możliwość doboru leków ograniczających ryzyko teratogenności.
3. Nie potwierdzono żadnych szkodliwych skutków karmienia piersią przez matkę przyjmującą lpp na rozwój dziecka.
4. Długie (≥ 6 m) karmienie piersią dzieci matek leczonych lpp wiąże się z lepszymi parametrami rozwojowymi w porównaniu do karmionych sztucznie.
5. Kobiety chore na padaczkę przyjmujące lpp należy zachęcać do karmienia piersią.



Propozycja rekomendacji postępowania w szpitalu z matką chorą na padaczkę i jej noworodkiem

Piśmiennictwo

1. Bank AM, Stowe ZN, Newport DJ, Ritchie JC, Pennell PB. Placental passage of antiepileptic drugs at delivery and neonatal outcomes. *Epilepsia*. 2017
2. Birnbaum AK, Meador KJ, Karanam A, Brown C, May RC, Gerard EE, Gedzelman ER, Penovich PE, Kalayjian LA, Cavitt J, Pack AM, Miller JW, Stowe ZN, Pennell PB; MONEAD Investigator Group. Antiepileptic Drug Exposure in Infants of Breastfeeding Mothers With Epilepsy. *JAMA Neurol*. 2020
3. Abrar O, Trudy de Pang. Breastfeeding recommendations for women taking anti-seizure medications. *Epilepsy & Behavior* 136 (2022)
4. Veroniki, Areti Angeliki, et al. Comparative safety of antiepileptic drugs for neurological development in children exposed during pregnancy and breast feeding: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ open* 7.7 (2017): e017248.
5. Veiby G et al. Early child development and exposure to antiepileptic drugs prenatally and through breastfeeding: a prospective cohort study on children of women with epilepsy. *JAMA Neurol*. 2013
6. Meador KJ, et al. Neurodevelopmental Effects of Antiepileptic Drugs (NEAD) Study Group. Breastfeeding in children of women taking antiepileptic drugs: cognitive outcomes at age 6 years. *JAMA Pediatr*. 2014
7. Wilińska Maria, Joanna Jędrzejczak. Postępowanie z kobietą chorą na padaczkę i jej noworodkiem w szpitalu. *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce*. Wyd. V. SM 2023

Notatki

Znów te diety eliminacyjne, ale najnowsze wytyczne!

dr n. med. Karolina Karcz

Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Mleko matki – jak długo i dlaczego?

Zgodnie ze współczesną wiedzą, karmienie mlekiem mamy jest optymalnym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Z uwagi na liczne długo- i krótkoterminowe korzyści, zostało ono uznane za złoty standard żywienia. Skład mleka kobiecego jest dostosowany do potrzeb niemowląt i małych dzieci, a jego unikatowość, ale i złożoność zapewnia im optymalny stan zdrowia i rozwój. Z uwagi na bogactwo związków biologicznie czynnych, m.in. komórek układu odpornościowego, hormonów, enzymów, czynników odporności nieswoistej, mleko kobiece jest uważane za żywność funkcjonalną lub biologicznie żywą tkankę. Z tego względu organizacje światowe zalecają wyłączne karmienie naturalne przez pierwszych 6. miesięcy życia dziecka, z jego kontynuacją w czasie wprowadzania pokarmów uzupełniających, tak długo jak pragną tego matka i dziecko (wg ESPGHAN; rekomendacja AAP 2022 przynajmniej 2 lata, podobnie WHO).

Karmienie naturalne w Polsce

Tymczasem w Polsce, mimo że ok. 97% matek rozpoczyna karmienie piersią po porodzie, w 6. miesiącu życia karmionych naturalnie jest zaledwie 4% dzieci.

Wiedza matek o karmieniu piersią, żywieniu dzieci oraz zasadach odżywiania się w okresie laktacji w dużym stopniu zależy od jakości otrzymanego wsparcia laktacyjnego i informacji przekazanych przez personel medyczny. Ogromne znaczenie mają także informacje przekazywane przez osoby z najbliższego środowiska matki (rodzina, znajomi) oraz ich wpływ na decyzje i postępowanie matki w okresie poporodowym.

Mit „diety matki karmiącej”

Niestety mity dotyczące laktacji i diety matki karmiącej piersią, produktów dozwolonych i zabronionych, czy oceny wartości pokarmu matki, w tym także związku między spożywaniem określonych produktów a stanem zdrowia dziecka, mocno zakorzeniły się w społeczeństwie polskim. Matki szukają rzetelnej porady, zgłaszają się na konsultacje do poradni laktacyjnych i neonatologicznych z pytaniem co/jak powinny jeść i czy te wszystkie restrykcje dietetyczne są konieczne? Diety eliminacyjne są często zalecane bez uzasadnienia, niejako profilaktycznie, podczas gdy eliminacja wybranych grup produktów pokarmowych jest tymczasowo wskazana wyłącznie w przypadku stwierdzenia objawów ich nietolerancji u matki lub u dziecka. Presja wywierana na matki z uwagi na ich sposób odżywiania, nadrozpoznowalność alergii na białka mleka krowiego u niemowląt, zalecanie profilaktycznej diety eliminacyjnej matkom oraz przypisywanie obserwowanych u niemowląt karmionych pokarmem kobiecym dolegliwości (kolki, częsty płacz, zmiany skórne) „błędem dietetycznym” matki mogą przyczyniać się do krótkiego czasu karmienia piersią wskutek częstszej podaży mleka modyfikowanego i rezygnacji z karmienia naturalnego.

Badania własne – restrykcje dietetyczne wśród matek karmiących piersią

Na podstawie badań własnych autorki, blisko 30% matek podało, że rozpoczęło dietę eliminacyjną w czasie laktacji – w ponad 70% decyzja o wykluczeniu z codziennego jadłospisu wybranych produktów wynikała z zaleceń lekarskich, w pozostałych przypadkach głównie z presji rodziny i znajomych. Około 17% matek z powodu restrykcji żywieniowych zdecydowało o zakończeniu karmienia naturalnego i karmieniu dziecka mlekiem modyfikowanym. Wśród przedstawicieli personelu medycznego, 15% przyznało, że rekomendowało swoim pacjentkom profilaktyczną dietę eliminacyjną w okresie laktacji. Jednak, podejrzenie alergii na białka mleka krowiego u dziecka stanowiło główne wskazanie medyczne do rozpoczęcia diety eliminacyjnej u matki (ponad 95% przypadków).

W nawiązaniu do rekomendowania profilaktycznych restrykcji dietetycznych pacjentkom karmiącym piersią przez personel medyczny, stwierdzono że praktyki te w istotny sposób zależały od diety (p < 0,001) i własnej decyzji o stosowaniu diety eliminacyjnej w okresie laktacji (p < 0,001). Wśród wszystkich matek, wykazano istotną dodatnią korelację między podjęciem ograniczeń dietetycznych w okresie karmienia piersią i stosowaniem mleka modyfikowanego dla niemowląt (p < 0,001).

Karmię piersią – co mogę jeść?

Kwestia odżywiania w okresie laktacji, w tym wyborów żywieniowych i obaw przed spożywaniem określonych pokarmów, wydaje się być istotnym zagadnieniem na całym świecie. W oparciu o dostępną literaturę, opinie na temat związku między odżywianiem matki a zachowaniem niemowląt zostały już zbadane w Kanadzie, Azji, Meksyku i USA. Błędne informacje dotyczące głównie żywności pochodzenia zwierzęcego lub owoców i warzyw prowadzą do tego, że kobiety czują się zobowiązane do przestrzegania ograniczeń dietetycznych, wierząc, że ta praktyka przyniesie korzyści zdrowotne ich potomstwu.

Laktacja jest stanem fizjologicznym, ale związanym ze zwiększonym zapotrzebowaniem kalorycznym i na makro- i mikroelementy, zatem zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dieta matki karmiącej piersią powinna być dietą zbilansowaną, zróżnicowaną, opartą na piramidzie żywienia, celem pokrycia dobowego zapotrzebowania na poszczególne składniki odżywcze i energię. Ograniczenia dietetyczne nie tylko mogą wpływać na efektywność karmienia piersią (produkcja mleka), ale mogą być szkodliwe dla stanu odżywienia (niedożywienie jakościowe) i samopoczucia matek.

Dotychczas ogólnie przyjętym sposobem z wyboru leczenia alergii pokarmowej było zaprzestanie ekspozycji na alergen, co w praktyce oznacza dietę eliminacyjną u matek karmiących. **Nie ma jednak dowodów na to, że wykluczenie niektórych produktów z diety ciężarnych lub karmiących matek jako środek zapobiegawczy może chronić ich potomstwo przed rozwojem uczulenia na alergeny lub jakiegokolwiek choroby atopowej.** Aktualnie zmienia się także stanowisko towarzystw naukowych w kwestii zasadności bezwzględnego stosowania diety eliminacyjnej u matki, której dziecko prezentuje objawy alergii pokarmowej, co uwzględniono w najnowszej aktualizacji wytycznych World Allergy Organization z 2023 roku – DRACMA. **Tłumaczenie tej pracy zamieściła Medycyna Praktyczna Pediatria (2 (152) marzec–kwiecień 2024).**

Rola diety eliminacyjnej u matki karmiącej piersią w diagnostyce i leczeniu alergii pokarmowej u dziecka karmionego mlekiem matki – aktualne zalecenia.

Matki karmiące piersią często obserwują związek między spożyciem przez nie określonych pokarmów a objawami nasilonego płaczu, zaburzeń żołądkowo-jelitowych lub zapalenia skóry u ich dziecka. Niektóre ze zgłaszanych objawów są charakterystyczne dla czynnościowych zaburzeń motoryki przewodu pokarmowego – są one przemijające. **Dla lekarzy rozróżnienie między związkiem przyczynowo-skutkowym z alergią pokarmową a normalnym zachowaniem niemowlęcia karmionego piersią stanowi wyzwanie diagnostyczne.** Wyniki badań kliniczno-kontrolnych sugerują, że niemowlęta wykazują reakcje behawioralne na specyficzne ekspozycje żywieniowe poprzez wyczuwanie smaku. Na podstawie opisów przypadków udokumentowano ostre lub opóźnione reakcje na mleko matki u niemowląt z alergią pokarmową, jednak wyniki badań z podwójnie ślepej próbą sugerują, że częstość występowania takich reakcji związanych z udokumentowaną alergią na odpowiedni pokarm w diecie matki jest niska. **Faktem jest, że alergeny pokarmowe spożywane przez kobiety karmiące piersią często stają się wykrywalne w ich mleku jednak stężenia alergenów pokarmowych mieszczą się w zakresie ng/ml, co oznacza, że spożycie przez niemowlę typowych dawek progowych dla wywołujących ostre reakcje jest prawie niemożliwe.** Budzi to wątpliwość, czy ograniczenie diety matki powinno być wdrażane w celu zapobiegania reakcjom alergicznym u dzieci z alergią pokarmową na dany pokarm spożywany przez matkę. **Ostre lub opóźnione reakcje alergiczne u niemowląt karmionych wyłącznie piersią są rzadkie.** Zapalenie odbyticy i okrężnicy może wystąpić u niemowląt karmionych wyłącznie piersią, ale nie zawsze jest spowodowane konkretną, możliwą do zidentyfikowania alergią pokarmową. Podobnie, dowody na to, że zapalenie skóry może ulec remisji poprzez ograniczenie diety matki nie są mocne.

Częstość ABMK potwierdzonej doustną próbą prowokacji mlekiem obserwowana u niemowląt do ukończenia 12 mcy wynosiła 0,9-2,2%. U niemowląt karmionych wyłącznie piersią, którym nigdy nie podano substytutów mleka kobiecego ani żywności uzupełniającej ABMK rozpoznano u 0,4-0,8%. Na podstawie danych z dużego badania europejskiego EuroPrevall szacuje się, że w Polsce alergii na jajo kurze występuje u 0,6% (0,26-1,1%) dzieci do 2. roku życia, a ryzyko alergii na białka mleka krowiego (0,65% [95% CI: 0,26-1,17%]). ABMK należy podejrzewać u dzieci, u których występują objawy natychmiastowe jak ostra pokrzywka /obrzęk naczynioruchowy, świszczący oddech/skurcz oskrzeli, zapalenie zatok obocznych nosa, suchy kaszel, wymioty, obrzęk krtani, ostry atak astmatyczny z objawami niewydolności oddechowej, anafilaksja. Wśród reakcji opóźnionych mogą wystąpić: atopowe zapalenie skóry, przewlekła biegunka, krew w stolcu, anemia z niedoboru żelaza, choroba refluksowa przełyku, zaparcia, przewlekłe wymioty, spowolnienie tempa wzrostu, zespół zapalenia jelita cienkiego i grubego, enteropatia z utraty białek, eozynofilowe zapalenie żołądka i przełyku. **Na podstawie dostępnej literatury, uważa się że reakcje IgE-niezależne występują częściej niż reakcje IgE-zależne, jednak wobec częstego występowania im podobnych objawów u niemowląt karmionych piersią, są błędnie diagnozowane / nierozpoznawane.**

Ze względu na znaczne różnice między matkami karmiącymi piersią dziecko z ABMK nie sformułowano „uniwersalnych” porad i zaleceń. Jest prawdopodobne, że ponad 99%

niemowląt z IgE-zależną ABMK będzie tolerować mleko matki, jeśli spożywa ona mleko krowie i pokarmy zawierające białka mleka krowiego bez wystąpienia reakcji alergicznej (DRACMA).

Wnioski z aktualnych przeglądów systematycznych wskazują na potrzebę uzależnienia decyzji o modyfikacjach żywieniowych od stopnia nasilenia objawów obserwowanych u dziecka. **W przypadku IgE-zależnej ABMK dieta eliminacyjna u matki nie jest rutynowo zalecana, chyba że dziecko pozostaje objawowe przy wyłącznym karmieniu piersią. W przypadku podejrzenia reakcji IgE-niezależnych, dietę eliminacyjną u matki należy rozważyć tylko w przypadku podejrzenia ABMK. Podstawą leczenia zapalenia skóry jest jej odpowiednia pielęgnacja, a nie dieta eliminacyjna u matki. Nie zaleca się stosowania diety eliminacyjnej przez matkę, jeśli dziecko prezentuje łagodne objawy nietolerancji – próba eliminacji produktu potencjalnie alergizującego jest do rozważenia w przypadku reakcji o średnim lub wysokim stopniu intensywności.**

W aktualnych wytycznych DRACMA podkreślono, że **jeśli próba ścisłego wyeliminowania alergenu z diety matki wydaje się uzasadniona, powinna trwać tylko przez 2–4 tygodnie. Następnie powinna zostać rzetelnie zaplanowana próba ponownego wprowadzenia alergenu do diety matki na okres jednego tygodnia w celu ustalenia, czy jego wyeliminowanie jest odpowiedzialne za ustąpienie objawów oraz czy nastąpi nawrót objawów u niemowlęcia po ponownym wprowadzeniu alergenu do diety przez matkę. Jeśli ograniczenia żywieniowe nie przynoszą poprawy w ciągu 4 tygodni, matka powinna wrócić do rutynowego sposobu odżywiania. W czasie trwania diety eliminacyjnej, należy zachęcać matkę do kontynuowania karmienia piersią oraz udzielić jej adekwatnego poradnictwa żywieniowego, także z udziałem dietetyka.**

W odniesieniu do profilaktyki występowania alergii u dzieci, dostępne badania obserwacyjne dotyczące wpływu spożycia alergenów przez matkę podczas ciąży i laktacji wykazały niespójne wyniki. Przeglądy systematyczne natomiast nie wykazały związku między dietą matki a występowaniem alergii pokarmowych u niemowląt.

Nie wykazano korzyści z unikania ekspozycji na alergeny w przebiegu ciąży i laktacji w zapobieganiu alergii pokarmowej. Co więcej, wśród wniosków jednego z przeglądów Cochrane nie tylko nie odnotowano zmniejszenia częstości występowania chorób alergicznych, także atopowych, podkreślono możliwe skutki uboczne, w tym tendencję do zwiększonego ryzyka porodu przedwczesnego lub opóźnienia wzrastania płodu.

Karmienie piersią ma wiele zalet dla niemowląt i matek, zatem powinno być szeroko rekomendowane. W celu zapobiegania rozwojowi alergii na mleko krowie u niemowląt i małych dzieci sugeruje się raczej unikanie wprowadzania mleka modyfikowanego na bazie mleka krowiego u niemowląt karmionych piersią w pierwszym tygodniu życia.

Tolerancja

W najnowszym artykule w Medycynie po Dyplomie opisującym wyniki badania CNoL wśród matek stosujących diety eliminacyjne przedstawiono opublikowane dowody na to, że nanogramy antygenów (krótkie łańcuchy peptydowe), które dostają się do mleka niektórych matek biorą udział w torowaniu tolerancji na te antygeny w przyszłości. Unikanie przez matkę spożywania antygenów nie tylko działa niekorzystnie na nią samą (niedobory żywieniowe, podwyższone ryzyko depresji), zmniejsza szanse na wytworzenie tolerancji. Pojawily się ponadto badania pokazujące, że eliminacja BMK z diety matki wpływa niekorzystnie na zawartość w pokarmie czynników immunologicznych, ochronnych dla dziecka. **Powyższym zagadnieniom jest poświęcony artykuł zespołu CNoL „Stosowanie diety eliminacyjnej przez polskie matki karmiące piersią w świetle aktualnej wiedzy”. M. Nehring-Gugulska i wsp. Pediatrya po Dyplomie 2024, zachęcamy do zapoznania się na stronach wydawnictwa.**

Podsumowanie

Matki należy zachęcać do karmienia piersią i wspierać w tym wyborze. Rodziców należy edukować, że niepokój, płacz, kolki, ulewania, drobne wysypki to normalne problemy u niemowląt, by nie wątpili w wartość karmienia piersią. To jest rola personelu medycznego, aby zapobiegać dezinformacji i traktowaniu normalnych niemowlęcych problemów jako objawów alergii. W ciągu ostatnich dziesięciu lat zaktualizowano zalecenia dotyczące diety matki w aspekcie diagnostyki i leczenia objawów występujących u niemowlęcia karmionego piersią, co podkreślono w wytycznych DRACMA. Nie ma wystarczających dowodów, aby zalecać modyfikację diety matki w celu zapobiegania alergii pokarmowej (tj. poprzez unikanie lub spożywanie określonych alergizujących pokarmów podczas ciąży i karmienia piersią). Coraz częściej nie zaleca się także rutynowych restrykcji żywieniowych, nawet gdy występują u dziecka określone objawy.

Przygotowane wystąpienie ma na celu prezentację aktualnych zaleceń w różnych sytuacjach klinicznych.

Piśmiennictwo

1. Meek JY, Noble L; Section on Breastfeeding. Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2022;150(1):e2022057988. doi:10.1542/peds.2022-057988
2. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;49(1):112-125. doi:10.1097/MPG.0b013e31819f1e05
3. Karcz K, Lehman I, Królak-Olejnik B. Foods to Avoid While Breastfeeding? Experiences and Opinions of Polish Mothers and Healthcare Providers. Nutrients. 2020;12(6):1644. Published 2020 Jun 2. doi:10.3390/nu12061644
4. Karcz K, Lehman I, Królak-Olejnik B. The link between knowledge of the maternal diet and breastfeeding practices in mothers and health workers in Poland. Int Breastfeed J. 2021;16(1):58. Published 2021 Aug 9. doi:10.1186/s13006-021-00406-z
5. Nehring-Gugulska M., Bębenek D., Krauze A., Godyń-Myśliwy Z. Popiel M. Stosowanie diety eliminacyjnej przez polskie matki karmiące piersią w świetle aktualnej wiedzy. Pediatrya po Ddyplomie. 2023; 6: 57-65.
6. Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding,

- timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 2008;121(1):183-191. doi:10.1542/peds.2007-3022
7. Allen H, Boyle RJ. Dietary management of breastfed children with food allergy. *Clin Exp Allergy*. 2022;52(1):29-32. doi:10.1111/cea.14073
 8. Abrams EM, Shaker MS, Chan ES, Brough HA, Greenhawt M. Prevention of food allergy in infancy: the role of maternal interventions and exposures during pregnancy and lactation. *Lancet Child Adolesc Health*. 2023;7(5):358-366. doi:10.1016/S2352-4642(22)00349-2
 9. Halken S, Muraro A, de Silva D, et al. EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update). *Pediatr Allergy Immunol*. 2021;32(5):843-858. doi:10.1111/pai.13496
 10. McWilliam V, Netting MJ, Volders E, Palmer DJ; WAO DRACMA Guideline Group. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) guidelines update - X – Breastfeeding a baby with cow's milk allergy. *World Allergy Organ J*. 2023;16(11):100830. Published 2023 Nov 3. doi:10.1016/j.waojou.2023.100830
 11. Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;10(10):CD011029. Published 2018 Oct 10. doi:10.1002/14651858.CD011029.pub2
 12. de Silva D, Halken S, Singh C, Muraro A, Angier E, Arasi S, Arshad H, Beyer K, Boyle R, du Toit G, Eigenmann P, Grimshaw K, Hoest A, Jones C, Khaleva E, Lack G, Szajewska H, Venter C, Verhasselt V, Roberts G; European Academy of Allergy, Clinical Immunology Food Allergy, Anaphylaxis Guidelines Group. Preventing food allergy in infancy and childhood: Systematic review of randomised controlled trials. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020 Oct;31(7):813-826.

Notatki

Komunikacja marketingowa a wybór produktów do żywienia niemowląt i małych dzieci

dr inż. Małgorzata Jackowska

Celem omawianej w ramach wykładu rozprawy doktorskiej było określenie oddziaływania różnych form i treści przekazu marketingowego na rynku żywności dla niemowląt i małych dzieci w Polsce na sposób żywienia dziecka i korzystanie z komercyjnej żywności uzupełniającej oraz innej żywności podawanej niemowlętom i małym dzieciom. Badania przeprowadzone zostały metodą CAWI w dwóch grupach: kobiet w ciąży ($n = 484$) i matek dzieci w wieku 4-24 miesiące ($n = 205$).

Nie ulega wątpliwości, że sposób żywienia dziecka wpływa na jego zdrowie i rozwój, a także stanowi kluczowy czynnik programowania zdrowia i metabolizmu w kolejnych latach i w dorosłości. Jednocześnie wybór sposobu żywienia dziecka i decyzje dotyczące zakupu żywności dla niego przez rodziców lub opiekunów podlegają wielu czynnikom. W państwach o rozwiniętej gospodarce rynkowej wśród tych czynników należy uwzględnić ofertę i działania marketingowe producentów żywności. Dotyczy to również wyboru między karmieniem naturalnym niemowlęcia, a zastosowaniem mleka modyfikowanego, doboru żywności uzupełniającej dietę i żywienia po zakończeniu karmienia piersią lub butelką.

Wybór sposobu żywienia niemowląt i małych dzieci w pierwszej kolejności dotyczy decyzji o karmieniu piersią lub mlekiem modyfikowanym, w tym stosowania mleka modyfikowanego jako elementu diety dziecka, przy jednoczesnej kontynuacji karmienia piersią (karmienie mieszane). W drugiej kolejności wybór dotyczy żywności uzupełniającej podawanej w okresie rozszerzania diety i może obejmować produkty i posiłki z tzw. „rodzinnego stołu”, a więc potrawy, jakie spożywają na co dzień pozostali członkowie rodziny oraz komercyjną żywność uzupełniającą. Wybory rodziców determinowane są wieloma czynnikami. W literaturze wymienia się m.in. wiedzę rodziców, dostępność produktów, społecznie przyjęty obraz żywienia niemowląt i dzieci, rekomendacje pracowników ochrony zdrowia, sytuację zawodową matki, wsparcie bliskich, dostępność fachowej opieki medycznej, w tym opieki laktacyjnej. Czynnikiem wpływającym na rozpoczęcie i kontynuowanie karmienia piersią przez matkę są w szczególności opieka w czasie okołoporodowym, stopień medykalizacji porodu i organizacja opieki nad noworodkiem, a w szczególności zapewnienie warunków do natychmiastowego i nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” matki i noworodka przez dwie godziny po narodzinach, wsparcie ze strony pracowników ochrony zdrowia w pierwszym karmieniu i możliwość przebywania w jednym pomieszczeniu matki i noworodka.

Producenci żywności dla niemowląt i małych dzieci mają szerokie możliwości komunikacji z konsumentami. Ponadto producenci posiadają zasoby finansowe, a także możliwości lobbujące, dzięki którym mogą wpływać nie tylko na konsumentów, ale również na środowiska medyczne, naukowe. Działania marketingowe dotyczące omawianej żywności

mogą bezpośrednio determinować decyzje zakupowe w momencie wybierania produktu przy półce sklepowej, ale również pośrednio sposób żywienia dzieci. Na przykład przez wpływ na wiedzę specjalistów przekazywaną w formie porady rodzicom, tworzenie przekonań na temat norm społecznych i postrzeganie „akceptowanego społecznie” podejścia do żywienia dziecka. Z tego powodu wydają się być jednym z ważniejszych czynników wpływających na decyzje o sposobie żywienia niemowląt i małych dzieci, mimo obecnych w prawie krajowym ograniczeń wynikających z regulacji unijnych i samoregulacji, do których przestrzegania zobowiązane są wszystkie kraje członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation, WHO).

Negatywny wpływ działań marketingowych dotyczących mleka modyfikowanego i żywności dla niemowląt na decyzje dotyczące karmienia piersią i żywienia dziecka obserwowany jest od ponad 40 lat. Stało się to przyczyną przyjęcia przez WHO już w 1981 r. Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięcę. Oprócz typowych działań promocyjnych i reklamowych producenci żywności dla niemowląt i małych dzieci stosują działania o charakterze edukacyjnym, które mogą przyczyniać się do tworzenia pozytywnego wizerunku oferowanych przez nich produktów i wyboru sposobu żywienia dzieci z ich użyciem. Szczególnie prężnie działania te podejmowane są w internecie, przede wszystkim w mediach społecznościowych, które umożliwiają bardzo precyzyjne docieranie do odbiorców i korzystanie z informacji dotyczących ich zachowań w sieci. Dodatkowo taki kontakt i działania marketingowe pozwalają na budowanie bliskiej relacji, wykorzystywanie osób posiadających autorytet i zaufanie odbiorców, w efekcie nie tylko promując produkt, ale budując przekonania i nastawienie do sposobu karmienia dziecka. Wiedza przekazywana w ten sposób jest jednak niepełna, gdyż celem jest przede wszystkim zwiększenie sprzedaży omawianej żywności. Takie działania mogą wprowadzać odbiorców w błąd, chociaż zwykle są podejmowane przez producentów i dystrybutorów w granicach obowiązującego w Polsce prawa.

W wyniku przeprowadzonych badań zaobserwowano, że niemal wszystkie kobiety już w czasie ciąży znały przynajmniej jedną markę mleka modyfikowanego i żywności uzupełniającej dla niemowląt. Czas trwania karmienia piersią był krótszy w przypadku dokarmiania noworodka mlekiem modyfikowanym w szpitalu, oraz jeśli matka pamiętała markę mleka modyfikowanego, które było dostępne (nawet jeśli dziecko nie było dokarmiane). Dodatkowo wprowadzanie stałych pokarmów do diety dziecka zaczynało się wcześniej, jeśli matka otrzymała bezpłatne próbki żywności komercyjnej i korzystała z takiej żywności.

Na podstawie badań i przeglądu literatury dotyczącej tego tematu należy zauważyć, że komunikacja marketingowa producentów żywności dla niemowląt i małych dzieci wpływa na wybór sposobu żywienia dziecka. W tym szczególnie na czas trwania karmienia piersią, rozpoczęcie rozszerzania diety i korzystanie z komercyjnej żywności uzupełniającej.

Wnioski:

- Kobiety w ciąży i matki niemowląt i małych dzieci pozostają pod silnym wpływem komunikacji marketingowej w zakresie wyboru sposobu żywienia i żywności dla swoich dzieci.
- Komunikacja marketingowa dociera do matek również za pośrednictwem działań kierowanych do specjalistów oraz ogółu społeczeństwa, co dodatkowo wzmacnia jej wpływ na decyzje i przekonania matek na temat żywienia dzieci.
- Pełne wdrożenie rekomendacji Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobięce do prawa krajowego i monitorowanie jego przestrzegania pozwoliłoby na skuteczne ograniczenie negatywnego wpływu marketingu na sposób żywienia niemowląt i małych dzieci.
- Biorąc pod uwagę sytuację demograficzną (spadek liczby urodzeń, przesunięcie wieku rodzących matek), organizację opieki zdrowotnej i ogromny wpływ sposobu żywienia dzieci na zdrowie, niezbędne jest podjęcie ogólnokrajowych działań pozwalających na zapewnienie systemowego wsparcia w karmieniu piersią oraz wdrażanie zaleceń żywieniowych do praktyki żywienia niemowląt i małych dzieci.

Abstract

Significance of marketing communication in the choice of infant and young child feeding products. The aim of the paper was to determine the impact of marketing communication used by food producers for infants and young children on the diet in this age group and food choices of mothers living in Poland. On the background of the literature review, the results of two quantitative surveys carried out using the CAWI method were discussed. It was observed that deriving knowledge from the Internet was associated with better knowledge of infant food brands by pregnant women, and getting knowledge from online parenting portals influenced more frequent use of infant food by mothers of children aged 0-2 years. Earlier complementary feeding was associated with using these foods and receiving free samples, and shorter duration of breastfeeding was associated with remembering the availability of formula milk in hospital and the doctor's suggestion to introduce it. These correlations were due to mothers' direct and indirect exposure to the marketing communication of the manufacturers of the foods in question

Notatki

Karmię piersią, ale z głową! – kampania edukacyjna Centrum Nauki o Laktacji i Fundacji Mlekiem Mamy

**Lek. Aneta Nagórska, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,
Marlena Świrk, Elżbieta Malinowska**

Przed laty młodzi rodzice zdobywali wiedzę na temat opieki, karmienia i wychowywania dzieci głównie od swoich rodzin i znajomych, a gdy był problem zdrowotny udawali się po pomoc do personelu medycznego. W kolejnych latach pojawiały się książki i artykuły w prasie dla rodziców, programy edukacyjne w TV. W dzisiejszych czasach dostęp do informacji jest znacznie szerszy, a jednym z głównych miejsc poszukiwania wiedzy jest internet. Ma to swoje dobre i złe strony. Dobre, bo można w nim znaleźć badania naukowe i profesjonalne artykuły lub filmy uznanych znawców tematu o każdej porze dnia i nocy oraz wsparcie osób mających podobne problemy. Złe, bo oferuje nieograniczony dostęp do wszelkiego rodzaju niesprawdzonych informacji oraz porad, za które nikt nie bierze odpowiedzialności. Zagubienie w nadmiarze informacji towarzyszy dzisiejszym rodzicom. Trzeba pamiętać, że problemom laktacyjnym towarzyszą silne emocje, a wtedy łatwo o pomyłkę co jest fake news'em, a co prawdą. Taka pomyłka może mieć konsekwencje, których potem można żałować.

W kwietniu–maju 2024 roku Centrum Nauki o Laktacji wraz z Fundacją „Mlekiem Mamy” przeprowadziło badanie ankietowe wśród mam mieszkających w Polsce, które urodziły dzieci w ciągu ostatnich 5 lat. Ankieta została rozpowszechniona w internecie i była anonimowa. Składała się z 20 pytań, które dotyczyły tematu skąd najczęściej mamy czerpią informacje o karmieniu dzieci, jak oceniają ich jakość oraz czy nieprawdziwe informacje w jakiś sposób mogą zaszkodzić ich „karmieniowym” planom.

Ankiety wypełniło ponad 1000 kobiet*.

Gdzie mamy szukają wiedzy?

Prawie wszystkie nasze respondentki, bo aż 95%, zadeklarowały, że szuka informacji na temat karmienia piersią w internecie. Oczywiście trzeba wziąć pod uwagę pewną słabość badania, które rekrutowało respondentki przez internet, czyli siłą rzeczy była to ta grupa, która tam jest aktywna.

Za najbardziej rzetelne i przydatne źródła wiedzy mamy wskazały głównie:

- blogi i strony internetowe
- fora rodzicielskie i grupy wsparcia na Facebook
- 29,5% respondentek uznało książki na temat karmienia piersią za źródło przydatnej wiedzy,
- nieco ponad 18% korzystało z porad rodziny czy znajomych.

43% kobiet uznaje informacje od personelu medycznego za rzetelne i przydatne. Wśród miejsc wymieniały głównie szkoły rodzenia (40%), a spośród personelu medycznego dla ankietowanych najbardziej pomocne były doradczynie laktacyjne, położne środowiskowe oraz położne w szpitalu. Niestety 14% respondentek nie uzyskało rzetelnej i praktycznej wiedzy od medyków. Ale to zdecydowanie mniej w porównaniu do badań z lat 2016-18.

Czy sprawdzają wiarygodność informacji?

Jeżeli uzyskane od personelu medycznego informacje wydawały się mamom nieaktualne lub były ze sobą sprzeczne to ponad 75% sprawdzało ich wiarygodność. Wiarygodność informacji znalezionych w internecie zawsze sprawdza 43% mam, a czasami dodatkowe 42%. Mamy sprawdzały głównie w innych miejscach w internecie, szukały publikacji naukowych lub pytały personel medyczny. Czyli postępowały bardzo rozsądnie.

Weryfikując informacje znalezione w internecie, głównym kryterium, które sprawdzały, był autor publikacji. Zdecydowana większość z nich, bo aż 65%, wskazała na tę odpowiedź jako najistotniejszą. Respondentki zwracały uwagę na to, czy autor jest ekspertem w dziedzinie laktacji oraz czy zawodowo zajmuje się mamami karmiącymi piersią.

Źródła informacji mamy zazwyczaj szukają same, ale ponad 37% skorzystało z podpowiedzi innych mam, które doświadczyły podobnych problemów. 15% respondentek zeznało, że postąpiło zgodnie z wiedzą uzyskaną w internecie, która potem okazała się nieprawdziwa.

Mamy nie miały praktycznie żadnych problemów, aby odróżnić fake newsa od prawdy i na trzy zadane pytania prawie 90% odpowiedziało poprawnie. Jednak należy wziąć pod uwagę, że ankietę propagowały strony osób i organizacji, które od lat edukują mamy, więc mogło to mieć wpływ na ich poziom wyedukowania.

Mity i nielogiczne informacje na temat karmienia piersią trwały latami w polskiej przestrzeni informacyjnej, podawane matka matce, położna położnej itp. W dobie internetu, gdzie swoje „mądrości” może wpisać każdy – i łatwości w rozsiewaniu fake newsów – bardzo jest ważne, aby nasze pacjentki umiały weryfikować znajdowaną wiedzę. Służyła temu ***Kampania Karmię piersią, ale z głową!***, organizowana w dniach 8–26 maja przez CNoL wraz z Fundacją Mlekiem Mamy. Ambasadorką kampanii była Katarzyna Bosacka.

ZASADA 1. Sprawdź autora

Autor jest uznanym ekspertem w dziedzinie laktacji
Autor zawodowo zajmuje się mamami karmiącymi

ZASADA 2. Sprawdź źródło

Źródło jest profesjonalne i cytowane przez innych
Źródło poleciła osoba, której ufasz

ZASADA 3. Sprawdź dowody naukowe

Informacje są poparte badaniami naukowymi lub rzetelną bibliografią
Informacje są aktualne (sprawdź datę publikacji)

ZASADA 4. Pomyśl, czy to jest logiczne?

Informacje są logiczne, nie przeczą zdrowemu rozsądkowi

ZASADA 5. Zachowaj ostrożność

Nie wierz we wszystko co mówią

Więcej szczegółów znajdziesz TU:

<https://cnol.kobiety.med.pl/pl/kampania-karmie-piersia-ale-z-glowa/>

Istnieją specjalistyczne narzędzia do weryfikacji informacji takie jak np. opracowana przez Facebook wtyczka CrowdTangle, dzięki której możemy zobaczyć kto w portalach społecznościowych udostępnił interesujący nas artykuł. Możemy również skorzystać z wyszukiwarek obrazów takich jak: Google Images, Bing Images lub TinEye. Dzięki nim dowiemy się, czy np zdjęcie jakiegoś eksperta nie pochodzi z banku obrazów stockowych i nie zostało użyte w celu uwiarygodnienia danej postaci. Dla przykładu to samo zdjęcie jednego „lekarza” może być użyte w różnych artykułach, a owy „lekarz” okazuje się być zarówno ekspertem w dziedzinie ginekologii, psychiatrii, patomorfologii jak i radiologii.

Często wydaje nam się, że profil na Instagramie czy TikToku, który ma bardzo dużo followersów jest od razu bardziej wiarygodny, bo przecież tak dużo obserwujących nie może się mylić. Co jeśli okaże się, że to grono osób to tak naprawdę tysiące botów? Wtedy przydatnym narzędziem może być inBeat – dzięki niemu możemy się dowiedzieć czy dany influencer nie wydał kilkuset złotych celem zaopatrzenia się w fejkowych followersów.

Sprawdzanie informacji o lekach

Dodatkowo, warto zauważyć, że w Internecie istnieją specjalne bazy danych, takie jak LactMed, e-lactancia czy Laktacyjny Leksykon Leków, które zapewniają informacje na temat bezpieczeństwa stosowania leków podczas laktacji. Wyniki naszej ankiety potwierdzają, że ponad 77% respondentek korzysta z takich baz. Te zasoby są nieocenione dla matek, zwłaszcza, że wśród medyków pokutują jeszcze dawne przekonania o tym, że przy karmieniu nie można przyjmować leków.

Hejt i wywieranie presji

Niestety w internecie można znaleźć nie tylko szeroką gamę informacji, ale również można spotkać się z różnymi formami krytyki i nacisku, które dotyczą wyboru metody karmienia dziecka. Nasza ankieta wykazała, że aż 26% respondentek doświadczyło agresywnego promowania karmienia piersią, a 22% kobiet spotkało się z agresywnym promowaniem karmienia mieszanką. Warto przejrzeć się w tym lustrze, bo żadna forma presji nie powinna być kierowana do mam małych dzieci.

Co więcej, wyniki ankiety wykazały, że aż 43% matek doświadczyło krytyki ze strony innych osób w związku z karmieniem piersią. I znowu praktycznie tyle samo respondentek 45% spotkało się z krytyką w przypadku karmienia mieszanką. 22% mam karmiących odciągniętym mlekiem doznało krytyki z tego powodu. Ta krytyka może być wynikiem niewłaściwego rozumienia potrzeb i brakiem szacunku dla wyborów matek, co może prowadzić do dodatkowego stresu i niepewności w kwestii karmienia piersią. Na szczęście prawie 75% taką negatywną krytykę po prostu ignoruje i koncentruje się na własnych przekonaniach i potrzebach swojego dziecka. 18% respondentek decyduje się na aktywną reakcję i obronę własnego zdania. Niewiele, bo niecałe 7% matek przyznaje, że

negatywne oceny sprawiają, że czują się zranione i niepewne swoich decyzji. Dla nich wsparcie społeczności i zrozumienie mogą być kluczowe w budowaniu pewności siebie i zaufania do swoich instynktów macierzyńskich.

Podsumowanie:

Ankieta wykazała, że współczesne matki pragnące karmić naturalnie korzystają powszechnie ze źródeł wiedzy w internecie, jednak jeśli natkną się na informacje, które wzbudzają ich wątpliwości to starają się je weryfikować. Personel medyczny nie jest głównym źródłem wiedzy, jednak szkoły rodzenia i doradczynie laktacyjne są najczęściej wymieniane jako rzetelne. Informacje od personelu matki też weryfikują, co należy brać pod uwagę i starać się mówić tylko naukową prawdę. Stosowanie presji lub krytykowanie matek ze względu na wybór sposobu karmienia nie powinien mieć w ogóle miejsca, bo jest to dyskryminujące.

Dostęp do wiarygodnych źródeł informacji oraz wsparcie społeczności online są kluczowe dla budowania pewności siebie i komfortu w podejmowaniu decyzji dotyczących karmienia piersią.

*Dane liczbowe z ankiety aktualne na dzień druku materiałów, do zakończenia ankiety mogą ulec zmianie.

Notatki

Jak wiedzę przekazać tak, aby matki nas rozumiały?

Katarzyna Bosacka

Katarzyna Bosacka – dziennikarka, autorka i scenarzystka programów telewizyjnych i edukacyjnych, specjalistka od zakupów spożywczych i wszelakich, niestrudzona bojowniczką o prawa konsumenckie. Jedna z założycielek „Wysokich Obcasów” dodatku dla kobiet do Gazety Wyborczej, przez trzy lata ich korespondentka w Waszyngtonie. Prowadziła wiele autorskich programów telewizyjnych na antenach TVN, TVN Style i TTV:

„Wiem, co jem” oraz „Wiem, co kupuję”, „Salon piękności”, cykl w Dzień Dobry TVN „Bosacka cudnie chudnie”, a będąc w czwartej ciąży – program dla młodych matek „O,matko!”, „Wiem, co nas truje”, „Gwiazdy od kuchni”, „Co nas truje”, „Mądrzejemy”, promujący produkty zdrowe, w tym również eko. Od jesieni 2023 r. na antenie Canal Plus ukazuje się najnowszy program pt. „Bosacka daje radę”

Jest laureatką licznych nagród: Telekamery (2014); Kryształowego Pióra przyznawanego dziennikarzom naukowym; Lauru Ekoprzyjaźni za wybitne zasługi na rzecz edukacji ekologicznej i prozdrowotnej w Polsce, (w 2019 roku ponownie laureatka dwóch głównych nagród), a także głównej nagrody Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w konkursie „Libertas et Auxilium” za najlepszy program poświęcony ochronie konsumentów. W 2024 roku zdobyła także tytuł Osobowości Roku 2023. W swoich mediach społecznościowych systematycznie zamieszcza posty i rolki dotyczące m.in. czytania etykiet.

Bezpośrednia, z dystansem do siebie. Kocha jedzenie – proste, naturalne, niezatrute chemią. Najlepiej polskie.

SOCIAL MEDIA

Na Instagramie na profilu Katarzyna Bosacka ma 176 000 odbiorców

Na FB Katarzyna Bosacka Wiem, co jem jest 626 000 obserwujących

Tik Tok 60 000 polubień

Kanał EkoBosacka na Youtubie 113 000 subskrybentów

EKOBOSACKA

Od 20 sierpnia 2019 roku na Youtube w każdy wtorek prowadzi własny kanał EkoBosacka. Kanał poświęcony jest szeroko rozumianym zagadnieniom związanym ze zdrowym stylem życia – racjonalnemu odżywianiu, ekologii, czytaniu etykiet, świadomemu kupowaniu, życiu bez plastiku, w zgodzie z naturą.

POZOSTAŁA AKTYWNOŚĆ

W 2020 r. roku była autorką i organizatorką ogólnopolskiej akcji MENU WOLNOŚCI.

Daje wykłady o zdrowym stylu życia. Uczestniczy w różnych innych przedsięwzięciach, jak np. sadzenie jabłoni w Wilanowie, na Żoliborzu, a także w akcji Polska od kuchni. Uczestniczy w wielu różnych inicjatywach społecznych, prorodzinnych i prozdrowotnych. Matka karmiąca i kupująca.

KSIĄŻKI

Jest autorką wielu publikacji w czasopismach oraz autorką 13 książek i kilku ebooków, poświęconych zdrowemu odżywianiu się i czytaniu etykiet. Pisze do Wysokich Obcasów GW i innych ogólnopolskich pism. Wydała książkę „Bosacka po polsku. Nowoczesne przepisy kuchni polskiej”, która cieszy się wielkim powodzeniem. W tym roku napisała charytatywny ebook z przepisami dań polsko-ukraińskich w 3 wersjach językowych: polskiej, ukraińskiej i angielskiej. Dochód przekazywany jest na Polską Akcję Humanitarną, która od początku wojny pomaga Ukraińcom.

Najnowsza książka Katarzyny Bosackiej „Obiad za mniej niż 5 złotych na osobę” w postaci drukowanej i w postaci ebooka cieszy się ogromną popularnością. Wszystkie tego-roczone pozycje Katarzyna Bosacka wydała sama i prowadzi ich sprzedaż w sklepie internetowym bosacka.sklep.pl

Notatki

Notatki

Chcesz mieć dowody naukowe? Szukaj „z głową”

dr Dorota Sys

Zakład Biochemii i Biologii Molekularnej CMKP, ResearchSkills.pl

Doradztwo laktacyjne, jako dziedzina wsparcia dla matek karmiących, powinno opierać się na zasadach medycyny opartej na dowodach (EBM – Evidence-Based Medicine), jednak wymaga to właściwego zrozumienia tego podejścia. EBM opiera się na trzech fundamentalnych filarach: dowodach naukowych, doświadczeniu klinicznym oraz perspektywie i preferencjach pacjenta. W kontekście doradztwa laktacyjnego, naukowe dowody dostarczają informacji o skuteczności i bezpieczeństwie różnych metod wspierania laktacji. Doświadczenie kliniczne doradców laktacyjnych umożliwia zastosowanie tych informacji w praktyce, dostosowując interwencje do indywidualnych potrzeb i sytuacji klinicznych matek. Perspektywa pacjenta jest również kluczowa; uwzględnienie preferencji, wartości i oczekiwań matek karmiących pozwala na świadome i zgodne z ich oczekiwaniami podejmowanie decyzji o metodach wsparcia laktacji. Współczesne doradztwo laktacyjne wymaga od praktyków nie tylko ciągłego śledzenia najnowszych badań, ale także umiejętności ich krytycznej oceny i integracji z klinicznym doświadczeniem oraz indywidualnym podejściem do każdej matki.

Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, że dowody naukowe mają niezaprzeczalną (choć nie jedyną) wartość w codziennej praktyce doradztwa laktacyjnego. Wymaga to od doradców ciągłej aktualizacji wiedzy oraz selekcji relewantnych i wiarygodnych źródeł informacyjnych. Profesjonaliści w dziedzinie laktacji często stają przed wyzwaniami, jak nadmiar informacji, zróżnicowana jakość badań, czy ograniczony dostęp do pełnych tekstów naukowych. W związku z tym, kluczowe jest poznanie i zastosowanie skutecznych metod poszukiwania oraz oceny literatury naukowej, co umożliwi budowanie praktyki opartej na rzetelnych i aktualnych dowodach naukowych.

Na początkowym poziomie hierarchii znajdują się badania przypadków (case studies) oraz seria przypadków (case series). Badania te opisują obserwacje pojedynczych pacjentów lub małych grup, które poddano określonym interwencjom. Choć dostarczają one cennych wglądów klinicznych i mogą wskazywać na potencjalne nowe kierunki badań, ich główną wadą jest ograniczona możliwość generalizacji wyników na większą populację ze względu na brak kontrolnych grup porównawczych oraz niewielką liczbę uczestników.

Następnym stopniem są badania kohortowe i kliniczno-kontrolne, które uwzględniają większe grupy populacyjne i starają się zidentyfikować i analizować czynniki ryzyka lub korzyści związane z określonymi stanami zdrowotnymi lub interwencjami. Te badania, mimo że są obserwacyjne, zaczynają wprowadzać elementy porównawcze, ale wciąż mogą być podatne na różne rodzaje błędów, takie jak błędy selekcji czy błędy informacji.

Wznosząc się wyżej w hierarchii, napotykamy na randomizowane badania kontrolowane (RCT), które są złotym standardem dla oceny efektywności interwencji. W RCT uczestnicy są losowo przydzielani do grupy interwencyjnej lub kontrolnej, co minimalizuje wpływ czynników zakłócających i pozwala na silniejsze wnioskowanie przyczyno-

wo-skutkowe. RCT są szeroko uznawane za najbardziej wiarygodne źródło dowodów na skuteczność interwencji, choć realizacja takich badań wymaga ścisłego przestrzegania protokołów badawczych i często wiąże się z wysokimi kosztami.

Na najwyższym szczeblu hierarchii znajdują się meta-analizy i systematyczne przeglądy badań, które integrują wyniki wielu RCT i innych badań o wysokiej jakości. Przeglądy te pozwalają na podsumowanie i ocenę całej dostępnej literatury dotyczącej danej interwencji lub zagadnienia, dostarczając najbardziej kompleksowy obraz dowodów, które mogą być wykorzystywane do tworzenia wytycznych klinicznych i praktycznych rekomendacji.

Kolejny ważny element to kwestia efektywnego wyszukiwania literatury naukowej jest kluczowe dla dostępu do najnowszych dowodów naukowych, które mogą być wykorzystane do poprawy praktyk w doradztwie laktacyjnym. Oto omówienie najważniejszych strategii:

- Wykorzystanie odpowiednich baz danych: Dla profesjonalistów w dziedzinie zdrowia istotne jest korzystanie z wiarygodnych i szeroko zakrojonych źródeł informacji. PubMed jest jednym z najczęściej wykorzystywanych narzędzi, zawierającym miliony cytowań i streszczeń z literatury biomedycznej, w tym artykuły z recenzowanych czasopism naukowych. Cochrane Library, specjalizująca się w systematycznych przeglądach, stanowi kluczowe źródło meta-analiz i przeglądów literatury, które są nieocenione w kontekście medycyny opartej na dowodach. Google Scholar również może być przydatny w szybkim przeszukiwaniu akademickiej literatury z różnych dyscyplin i źródeł, włączając prace dyplomowe, książki, i abstrakty konferencyjne.
- Techniki budowania skutecznych zapytań wyszukiwania: Umiejętne używanie słów kluczowych oraz operatory logiczne takie jak AND, OR i NOT, może znacząco zwiększyć efektywność wyszukiwania. Przykładowo, połączenie terminów „breastfeeding” AND „nutrition” może pomóc w zawężeniu wyszukiwania do badań skupiających się na aspektach żywieniowych laktacji, podczas gdy dodanie NOT „pharmacological” wykluczy artykuły dotyczące farmakologii.
- Ocena wyników wyszukiwania i selekcja literatury: Po zidentyfikowaniu potencjalnych źródeł, krytyczna ocena jakości i relewancji tych materiałów jest niezbędna. Ocena powinna uwzględniać między innymi fakt, czy publikacja była recenzowana przez innych naukowców, jaką ma reputację wydawnictwo oraz jakie metody badawcze zostały użyte w pracy. Ponadto, ważne jest, aby sprawdzić, czy wyniki są aktualne i czy badanie było odpowiednio dużych rozmiarów, aby zapewnić wiarygodność wyników.

Dokładna ocena jakości i wiarygodności badań naukowych jest fundamentem dla doradców laktacyjnych, którzy dążą do opierania swoich praktyk na solidnych i rzetelnych dowodach. Rozumienie i stosowanie odpowiednich kryteriów oceny badań pozwala na weryfikację użyteczności i wiarygodności zgromadzonych informacji.

Podstawowym elementem oceny jest zrozumienie projektu badania. RCT są uważane za najbardziej wiarygodne ze względu na ich zdolność do minimalizowania wpływu zmiennych zakłócających, oferując silne podstawy do wnioskowania przyczynowo-skutkowego. Jednakże, nawet w ramach RCT, ważne jest, aby zwrócić uwagę na sposób randomizacji, zaślepienie badania oraz metodologię analizy danych, co może wpływać na interpretację wyników.

Wielkość próby ma również kluczowe znaczenie, gdyż badania z niewystarczająco dużą liczbą uczestników mogą nie mieć mocy statystycznej do wykrywania istotnych efektów klinicznych. Zbyt mała próba może prowadzić do fałszywie negatywnych wyników, podczas gdy zbyt duża próba może niepotrzebnie zwiększać koszty i złożoność badania. Metody analizy danych są kolejnym ważnym aspektem, który należy ocenić. Analiza powinna być odpowiednio dopasowana do typu danych i celów badania. Ważne jest, aby sprawdzić, czy autorzy użyli odpowiednich testów statystycznych oraz czy prawidłowo zastosowali korekty na wielokrotne porównania, które mogą wpływać na wyniki. Konflikty interesu są również istotnym czynnikiem, który może wpływać na obiektywność i niezależność badania. Ważne jest, aby oceniać, czy autorzy badania i sponsorzy nie mają finansowego lub innego interesu, który mógłby skłonić ich do prezentowania danych w sposób, który nie jest w pełni rzetelny.

W celu ułatwienia i standaryzacji oceny jakości badań, doradcy mogą korzystać z narzędzi pomocniczych, takich jak skale oceny jakości oraz checklisty. Przykładem jest lista kontrolna CONSORT, używana do oceny i raportowania randomizowanych badań kontrolowanych. Ta lista kontrolna pomaga ocenić, czy wszystkie niezbędne informacje zostały ujawnione, co zwiększa transparentność i umożliwia dokładniejszą ocenę wiarygodności wyników badania.

W obliczu rosnącej liczby publikacji naukowych w dziedzinie medycyny i specjalistycznych obszarów takich jak doradztwo laktacyjne, krytyczna ocena tekstów naukowych staje się nieodzownym narzędziem dla każdego specjalisty dążącego do utrzymania wysokiego standardu praktyki klinicznej. Nie każda praca naukowa prezentuje wyniki w sposób obiektywny i wolny od błędów metodologicznych; niektóre badania mogą być obciążone stronniczością wynikającą z nieodpowiednich metod badawczych, konfliktów interesów czy też błędów w interpretacji danych. W związku z tym, doradcy laktacyjni, podobnie jak inni specjaliści zdrowotni, nie mogą bezkrytycznie przyjmować każdej publikacji jako wiarygodnego źródła wiedzy.

Systematyczne podejście do krytycznej analizy tekstów naukowych, takie jak metoda PPAARE (Preliminary, Primary, Assessment, Analysis, Relevance, Evaluation), zapewnia strukturę i jasne kryteria do oceny jakości i przydatności badania. Proces ten pozwala nie tylko na identyfikację i eliminację badań o niskiej jakości, ale także na wyłonienie tych prac, które rzeczywiście przynoszą wartość dodaną i mogą być bezpiecznie stosowane w praktyce klinicznej. Zdolność do krytycznego myślenia i dogłębnego analizowania dostępnych dowodów naukowych jest kluczowa dla utrzymania rzetelności i skuteczności doradztwa laktacyjnego, przyczyniając się tym samym do lepszej opieki nad matkami i ich dziećmi. Ten kompleksowy proces zaczyna się od wstępnej oceny (Preliminary), która obejmuje pierwsze wrażenie oraz szybkie przeglądanie tekstu w celu ustalenia jego ogólnej tematyki i struktury. Następnie przechodzi się do oceny pierwotnej (Primary), gdzie analizowane są główne argumenty, hipotezy, metody badawcze oraz wyniki przedstawione przez autorów.

Kolejny krok, ocena (Assessment), wymaga głębszego zanurzenia w metodologię oraz wyniki, sprawdzając, czy badanie było przeprowadzone zgodnie z etycznymi i naukowymi standardami. Analiza (Analysis) skupia się na interpretacji danych, ich spójności oraz

znaczeniu statystycznym, co jest kluczowe dla zrozumienia, jak wyniki mogą wpłynąć na istniejącą wiedzę i praktykę. Relewancja (Relevance) bada, jak wyniki badania mogą być zastosowane w praktycznym kontekście klinicznym, szczególnie w doradztwie laktacyjnym. Ostatni etap, ewaluacja (Evaluation), to ocena, czy artykuł wnosi istotny wkład w literaturę medyczną i czy rekomendacje wynikające z badań są wystarczająco mocne, aby wpłynąć na zmiany w praktykach lub politykach zdrowotnych.

Krytyczna ocena naukowych publikacji pozwala na odróżnienie badań o solidnych podstawach metodologicznych od tych, które mogą być obarczone błędami lub stronniczością. Dzięki temu doradcy laktacyjni mogą nie tylko podnosić standardy swojej praktyki, ale również przyczyniać się do zdrowia i dobrostanu matek i dzieci, którymi się opiekują.

Podczas gdy nadmiar informacji i zróżnicowana jakość badań mogą stanowić wyzwanie, odpowiednie narzędzia i metodyki oceny pozwalają na skuteczne zarządzanie tymi zasobami i wykorzystywanie tylko tych, które przynoszą rzeczywistą wartość. Efektywne wykorzystanie dowodów naukowych, połączone z doświadczeniem klinicznym i uwzględnieniem perspektywy pacjenta, stanowi podstawę nowoczesnego doradztwa laktacyjnego, które wspiera zarówno matki, jak i ich dzieci w kluczowych momentach ich życia.

Bibliografia:

- Bowers D, House A, Owens D, Bewick B. Understanding Clinical Papers. John Wiley & Sons; 2020.
- Elwood M. Critical Appraisal of Epidemiological Studies and Clinical Trials. Oxford University Press; 2017.
- Geddes DT, Gridneva Z, Perrella SL, Mitoulas LR, Kent JC, Stinson LF, i in. 25 Years of Research in Human Lactation: From Discovery to Translation. *Nutrients*. wrzesień 2021;13(9):3071.
- Greenhalgh T. How to Read a Paper: The Basics of Evidence-based Medicine and Healthcare. John Wiley & Sons; 2019
- Harvey G, Kitson AL, redaktorzy. Implementing evidence-based practice in healthcare: a facilitation guide. London ; New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2015.
- Hoffmann T, Bennett S, Del Mar C. Evidence-based practice across the health professions. 3E wyd. Chatswood, NSW: Elsevier; 2017.
- Roberts P, Priest H. Healthcare Research: A Handbook for Students and Practitioners. John Wiley & Sons; 2010. 315 s.
- Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice [Internet]. Oxford University Press; 2017. <https://academic.oup.com/book/26456>

Darmowe przewodniki, kursy i szkolenia:

<https://learn.nlm.nih.gov/documentation/training-packets/T0042010P/>

Strona oferuje zasoby szkoleniowe do nauki korzystania z PubMed, bazy danych referencyjnych z dziedziny nauk biomedycznych. Znajdziesz tutaj samouczki dotyczące technik wyszukiwania, znajdowania artykułów według autora, czasopisma oraz wykorzystywania medycznych nagłówków przedmiotowych (MeSH).

<https://training.cochrane.org/handbook>

Strona zawiera przewodnik Cochrane, który opisuje proces tworzenia systematycznych przeglądów interwencji zdrowotnych. Znajdziesz tu wskazówki dotyczące metodologii, przeszukiwania literatury, oceny ryzyka stronniczości i analizy statystycznej.

<https://researcheracademy.elsevier.com/learn>

Strona Elsevier Researcher Academy oferuje bezpłatne zasoby e-learningowe wspierające naukowców na każdym etapie ich drogi badawczej. Znajdziesz tu moduły dotyczące przygotowania badań, pisania prac naukowych, procesu publikacji, recenzji oraz komunikacji wyników badań. Kursy te mogą być szczególnie przydatne w nauce efektywnego poszukiwania i oceny literatury w dziedzinie laktacji.

„Want Scientific Evidence? Search Wisely” – Effective Strategies for Searching and Evaluating Lactation Research

Dorota Sys, PhD

Department of Biochemistry and Molecular Biology, Centre of Postgraduate Medical Education, ResearchSkills.pl

Lactation consulting, grounded in the principles of Evidence-Based Medicine (EBM), integrates scientific evidence, clinical experience, and patient preferences to enhance support for breastfeeding mothers. This approach advocates for the utilization of a variety of scientific studies, including case studies, cohort studies, and randomized controlled trials (RCTs), each providing different levels of evidence. The highest level of evidence is provided by meta-analyses and systematic reviews, which synthesize findings from multiple high-quality studies.

Effective lactation consulting requires ongoing education and adeptness at identifying, accessing, and appraising relevant and reliable research. Professionals face challenges such as information overload, varied quality of studies, and limited access to full texts. Effective literature searching strategies are crucial, with databases like PubMed, Cochrane Library, and Google Scholar being essential resources. Building effective search queries and critically assessing search results for quality and relevance are emphasized.

A comprehensive evaluation of the research includes examining study designs, with RCTs providing the most robust evidence due to their ability to minimize confounding factors. However, even RCTs require careful consideration regarding randomization methods, study blinding, and data analysis methodologies. The importance of sample size and the use of appropriate statistical tests are discussed to ensure reliability and applicability of research findings.

To facilitate and standardize the quality assessment of research, lactation consultants are encouraged to use the PPAARE method (Preliminary, Primary, Assessment, Analysis, Relevance, Evaluation). This structured approach to evidence appraisal ensures that only high-quality, relevant research informs clinical practice, enhancing the support provided to breastfeeding mothers. By applying this method, lactation consultants can critically analyze and differentiate the quality of studies, thereby maintaining high standards of practice and contributing to the health and well-being of mothers and their infants.

Notatki

Probiotyki – czy to panaceum na wszystko? Fakty i mity

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

Katedra i Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, Wrocław

Pierwotna kolonizacja układu pokarmowego noworodka odbywa się już w okresie prenatalnym, ale szczególne znaczenie odgrywa poród (drogi rodne, skóra matki) oraz pierwsze minuty i godziny po urodzeniu (skóra matki, ręce personelu, karmienie piersią). Do pierwszych szczepów bakteryjnych zasiedlających jelita noworodka należą przede wszystkim względnie beztlenowce, czyli Gram-ujemne pałeczki jelitowe (Enterobacteriaceae) i ziarniaki (Enterococcus, Streptococcus). Po wstępnej kolonizacji następują dalsze etapy zasiedlania przewodu pokarmowego przez inne drobnoustroje, między innymi Gram-dodatnie pałeczki produkujące kwas mlekowy (Lactobacillus, Bifidobacterium) i Gram-ujemne bezwzględnie beztlenowe pałeczki (Bacteroides). Obecność saprofitycznej mikroflory przewodu pokarmowego wiąże się z unieszkodliwianiem patogenów oraz aktywacją plazmocytozów odpowiedzialnych za syntezę immunoglobulin wydzielniczych, biosyntezy cytokin prozapalnych i mediatorów przeciwzapalnych. Mikroorganizmy jelitowe są odpowiedzialne również za biosyntezę niezbędnych dla organizmu noworodka witamin. Uznanie roli mikrobiomu/mikrobioty w utrzymaniu zdrowia oraz w patogenezie wielu chorób sprawia, że jej modyfikacje stanowią przedmiot wielu badań. Na skład mikrobioty pozytywny wpływ wywierają:

1. probiotyki – żywe drobnoustroje, które podawane w odpowiednich ilościach wywierają korzystny efekt zdrowotny,
2. prebiotyki – niepodlegające trawieniu składniki żywności, na przykład oligosacharydy, które selektywnie stymulują rozwój i/lub aktywność bakterii w jelicie grubym,
3. synbiotyki – probiotyki i prebiotyki stosowane łącznie
4. eubiotyki – antybiotyki niewchłaniające się z przewodu pokarmowego (np. ryfaksymina)
5. przeszczepienie (transfer) mikrobioty przewodu pokarmowego.

Szczepy probiotyczne mają zdolność do wytwarzania szeregu związków przeciwbakteryjnych, takich jak kwasy organiczne, H₂O₂, bakteriocyny i bioaktywne peptydy. Wywierają one silny efekt hamujący na wzrost *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Listeria monocytogenes* i innych patogenów.

Bakterie *Lactobacilli* pochodzących z mleka kobiecego ograniczają wzrost *Bacillus cereus*, *Salmonella entericaserovar Typhi* i *Shigella flexneri*.

Staphylococcus epidermidis i *S. salivarius* wyizolowane z mleka produkują substancje, które ograniczają wzrost *S. aureus*.

Szczepy probiotyczne wyizolowane z mleka uznano za istotny czynnik redukujący około 72% infekcji dróg oddechowych u niemowląt karmionych piersią.

Zapewnienie prawidłowej mikrobioty czy możliwość przywrócenia prawidłowego zasiedlenia bakteriami saprofitycznymi jest jedną z obiecujących metod profilaktyki, ale także leczenia stanów chorobowych wynikających z dysbiozy.

Zgodnie z definicją WHO/FAO probiotyki, to żywe organizmy, które podane w odpowiedniej dawce wywołują efekt prozdrowotny i mogą być stosowane w zapobieganiu dysbiozie.

Zatem kiedy i jakie probiotyki należy stosować? Czy pojedyncze bakterie probiotyczne? Czy korzystniejszy efekt możemy uzyskać stosując mieszaninę bakterii probiotycznych? Fizjologiczne zasiedlanie przewodu pokarmowego następuje po urodzeniu i w trakcie karmienia piersią. W mleku kobiecym stwierdzono wiele bakterii o działaniu probiotycznym. Czy prawdą jest, że u noworodków konieczne jest rekompensowanie wszelkich zmian mogących wystąpić w procesie kolonizacji jelit na skutek czynników zakłócających jego prawidłowy przebieg, np. antybiotykoterapii, wcześniactwa, porodu drogą cięcia cesarskiego, czy również karmienia mieszanką?

Co wiemy na temat probiotyków? Czy wszystkie możemy stosować u noworodków, niemowląt i małych dzieci? Do drobnoustrojów o działaniu probiotycznym należą przede wszystkim bakterie produkujące kwas mlekowy z rodzajów *Lactobacillus* (np. *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. reuteri*, *L. rhamnosus*) i *Bifidobacterium* (np. *B. animalis*). Inne drobnoustroje tradycyjnie zaliczane do probiotyków to drożdżaki *Saccharomyces boulardii*. Identyfikacja taksonomiczna drobnoustrojów jest szczególnie istotna – na podstawie rodzaju, gatunku, ale również szczepu. Oznaczenia literowo-cyfrowe obok nazwy drobnoustroju wskazują na zbiór, w którym przechowywany jest szczep wzorcowy. Na przykład oznaczenie ATCC 55103 wskazuje, że dany szczep jest przechowywany w American Type Culture Collection pod numerem 55103. Dla celów marketingowych i handlowych producenci mogą używać dowolnych nazw. Nie są one w żaden sposób regulowane. Probiotyki to nie leki.

Prowadzonych jest wiele badań, ale brakuje jednoznacznych rekomendacji dotyczących stosowania probiotyków.

1. Mikrobiota jelitowa przez oddziaływanie na drodze osi jelitowo-mózgowej (sygnalizacji biochemicznej zachodzącej pomiędzy przewodem pokarmowym i układem nerwowym, często z udziałem mikroflory jelitowej) ma wpływ na zachowanie człowieka. U pacjentów z zaburzeniami ze spektrum autyzmu prowadzi się badania mające na celu ocenę stanu mikroflory jelitowej i tym samym wdrożenia celowanego leczenia probiotycznego, jako wspomaganie terapii behawioralnej. Mikrobiota jelitowa może również być markerem progresji choroby, a nawet markerem oceny zaburzeń stanu fizjologicznego jeszcze przed wystąpieniem objawów. 6-miesięczna suplementacja złożonym probiotykiem DSF znacznie redukuje nasilenie objawów autyzmu, w obszarze umiejętności społecznych, oraz poprawia funkcjonowanie dzieci 2–6 letnich w otoczeniu.
2. Stosowanie probiotyków DSF w czasie ciąży oraz w okresie laktacji zmienia mikrobiotę pokarmu kobiecego oraz aktywność immunologiczną. Korzystny skład mikrobiologiczny siary i mleka dojrzalego stwierdzono zwłaszcza u kobiet, które rodziły siłami natury. Zapewnienie prawidłowej mikrobioty przewodu pokarmowego matki, może kształtować profil bakteryjny pokarmu kobiecego. Oceniono także profil cytokin i sIgA, potwierdzając znaczny wzrost ich stężenia w mleku kobiecym. Natomiast

u dzieci wykazano mniejsze ryzyko wystąpienia objawów kolki jelitowej i regurgitacji, najprawdopodobniej w wyniku przeciwzapalnego działania cytokin na przewód pokarmowy i prawidłową jego hemostazę. Zastosowanie złożonego probiotyku, u dzieci karmionych piersią, zmniejszyło dolegliwości związane z kolką jelitową. Wykazano bowiem znaczne skrócenie czasu płaczu niemowląt z 98,7 min. do 68,4 min ($P < 0,001$), a rodzice stwierdzali znaczną poprawę jakości życia swych dzieci.

3. W leczeniu ostrej biegunki (ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego)
 - Można zalecać stosowanie *L. rhamnosus* GG ATCC 53 103 (w dawce $\geq 10^{10}$ CFU/24h przez 5–7 dni) – skraca czas trwania biegunki i długość hospitalizacji, a także zmniejsza objętość stolca (słabe zalecenie, mała wiarygodność danych).
 - Można zalecać stosowanie *Limosilactobacillus reuteri* (*L. reuteri*) DSM 17 938 (w dawce od 1×10^8 do 4×10^8 CFU/24 h przez 5 dni) – skraca czas jej trwania (słabe zalecenie, bardzo mała wiarygodność danych).
 - Można zalecać stosowanie *S. boulardii* (w dawce 250–750 mg/24 h przez 5–7 dni) – skraca czas jej trwania (słabe zalecenie, mała wiarygodność danych).
 - Można zalecać stosowanie kombinacji *L. rhamnosus* 19 070–2 i *L. reuteri* DSM 12 246 (każdy szczep w dawce 2×10^{10} CFU/24 h przez 5 dni) – skraca czas trwania (słabe zalecenie, bardzo mała wiarygodność danych).
 - Nie powinno się stosować kombinacji *L. helveticus* R0052 i *L. rhamnosus* R0011 w leczeniu ostrej biegunki u dzieci, ponieważ jest nieskuteczna (silne zalecenie, średnia wiarygodność danych).
4. Z uwagi na czynniki ryzyka związane z rodzajem stosowanego antybiotyku, czasem trwania antybiotykoterapii, wiekiem pacjenta, koniecznością hospitalizacji, chorobami współistniejącymi, wcześniejszymi epizodami biegunki poantybiotykowej, można zalecić stosowanie *S. boulardii* lub *L. rhamnosus* GG w dużej dawce ($\geq 5 \times 10^9$ CFU/24 h) równoległe z antybiotykiem podawanym ambulatoryjnie lub w szpitalu (silne zalecenie, średnia wiarygodność danych).
5. Biegunka szpitalna (rozwijająca się >48 h po przyjęciu lub w ciągu 48 h po wypisie ze szpitala) może wystąpić nawet u 1/3 hospitalizowanych dzieci. Na podstawie przeglądu systematycznego i metaanalizy 8 badań z randomizacją (2018 r.) wykazano, że probiotyki jako grupa nie zmniejszają ryzyka: biegunki szpitalnej ogółem (bez względu na etiologię), biegunki o etiologii rotawirusowej oraz wydalania z kałem patogenych drobnoustrojów. Można zalecać stosowanie u dzieci *L. rhamnosus* GG ($\geq 10^9$ CFU/24 h) przez cały okres hospitalizacji w celu zapobiegania biegunce szpitalnej (słabe zalecenie, średnia wiarygodność danych). Nie należy stosować *L. reuteri* DSM 17 938 w zapobieganiu biegunce szpitalnej u dzieci z uwagi na jego nieskuteczność (silne zalecenie, duża wiarygodność danych).
6. W leczeniu kolki niemowlęcej można zalecać stosowanie *L. reuteri* DSM 17 938 (10^8 CFU/24 h przez ≥ 21 dni) u niemowląt karmionych piersią (słabe zalecenie, średnia wiarygodność danych). Brak wystarczających danych dotyczących dzieci karmionych mieszanką. Podobnie *B. lactis* BB-12 (10^8 CFU/24 h przez 21–28 dni).
7. Nie należy zalecać dotychczas przebadanych probiotyków do stosowania pojedynczo lub w skojarzeniu z innymi lekami u dzieci z zaparciem czynnościowym, ponieważ takie postępowanie jest nieskuteczne (słabe zalecenie, średnia wiarygodność danych).

8. W zapobieganiu NEC obowiązuje warunkowe zalecenie (o niskiej pewności dowodów), dotyczące stosowania *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC53103 lub kombinację z *Bifidobacterium infantis* Bb-02, *Bifidobacterium lactis* Bb-12 i *Streptococcus thermophilus* TH-4.

Opublikowane w 2020 roku zalecenia ESPGHAN (Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci) i AGA (Amerykańskie Towarzystwo Gastroenterologii) dotyczące zapobiegania martwicczemu zapaleniu jelit (necrotizing enterocolitis – NEC) wyraźnie się różnią. Wytyczne europejskie oparto na przeglądzie systematycznym i metaanalizie odnoszącej się do swoistych szczepów (mała i bardzo mała wiarygodność danych), natomiast amerykańskie – na przeglądzie systematycznym i metaanalizie dotyczącej gatunków, a nawet rodzajów probiotyków (średnia i duża wiarygodność danych). Aktualne (2022) zalecenia ESPGHAN odnoszą się do swoistych szczepów probiotyków. Dodatkowo uwzględniono w nich analizy i badania z randomizacją, które ze względu na późniejszy czas publikacji nie znalazły się w dokumencie z 2020 roku, aczkolwiek ich wyniki nie zmieniły zaleceń.

W przeciwieństwie do ESPGHAN, AAP (Amerykańska Akademia Pediatrii) nie poparła rutynowego stosowania probiotyków u wcześniaków z ELBW ze względu na brak produktów farmaceutycznych regulowanych przez FDA (suplementy diety), sprzeczne dane dotyczące bezpieczeństwa i potencjalną szkodliwość probiotyków. FDA ostrzega, że mikroorganizmy zawarte w probiotykach zostały zgłoszone w literaturze medycznej jako powodujące bakteriemię, czasami o ciężkim przebiegu klinicznym, zwłaszcza u bardzo niedojrzałych wcześniaków lub noworodków z bardzo małą masą urodzeniową (VLBW). Ponadto, AAP stwierdza: „Biorąc pod uwagę brak regulowanych przez FDA produktów farmaceutycznych w Stanach Zjednoczonych, sprzeczne dane dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności oraz potencjalne szkody w wysoce wrażliwej populacji, obecne dowody nie są wystarczające dla rutynowego, powszechnego stosowania probiotyków u wcześniaków, szczególnie z masą urodzeniową <1000 g”. FDA przypomina również świadczeniodawcom opieki zdrowotnej, że nie zatwierdziła żadnego produktu probiotycznego do stosowania jako leku lub produktu biologicznego u niemowląt. Pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć świadomość, że stosowane w profilaktyce NEC produkty nie zostały poddane rygorystycznej ocenie FDA przed wprowadzeniem na rynek pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności, ani nie zostały ocenione pod kątem zgodności z rygorystycznymi standardami produkcji i testowania leków i produktów biologicznych, w tym na obecność obcych organizmów. <https://www.fda.gov/media/172606/>

Publikowanych jest coraz więcej dowodów na korzyść stosowania probiotyków i są one szeroko rozpowszechnione w wielu znanych ośrodkach: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2810095>

Wykazano, że stosowanie probiotyków wiąże się ze zmniejszeniem śmiertelności z jakiegokolwiek przyczyny, martwiczego zapalenia jelit, nietolerancji pokarmowej i hospitalizacji:

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2810100>

<https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2804952>

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2780228>

Jednocześnie warto pamiętać o ograniczaniu ryzyka dysbiozy za pomocą innych środków, takich jak

1. Ograniczenie stosowania antybiotyków
2. Zmniejszenie liczby cesarskich cięć
3. Zwiększone wykorzystanie mleka matki – karmienie piersią
4. Kontakt „skóra do skóry”

Podsumowując

1. Wszystkie dostępne aktualnie w Polsce preparaty mają status suplementów diety lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego, a nie leków.
2. W przypadku stosowania probiotyków np. u wcześniaków należy opierać się na zaleceniach ESPGHAN (szczep, czystość, żywotność, profil wrażliwości i oporność na antybiotyki).
3. Należy pamiętać, że w żadnym wskazaniu stosowanie probiotyków nie jest niezbędne, ale w niektórych sytuacjach – zgodnie z wytycznymi ESPGHAN – może być pomocne/korzystne.
4. Poród siłami natury oraz karmienie piersią stanowią fundament w fizjologicznym kształtowaniu mikrobioty jelit, co jest kluczowe dla prawidłowego rozwoju człowieka.
5. Cięcia cesarskie i interwencje okołoporodowe (w tym antybiotykoterapia i karmienie mieszką) w znaczący sposób zmieniają mikrobiom i niekorzystnie wpływają na dalszy prawidłowy rozwój mikrobioty przewodu pokarmowego.
6. Zachwianie równowagi bakteryjnej ma długofalowe skutki zdrowotne, zwłaszcza w aspekcie rozwoju i dojrzewania układu immunologicznego dziecka.

Piśmiennictwo

1. Santocchi E i wsp. Skuteczność wpływu suplementacji szczepami probiotycznymi oryginalnej formuły Claudio de Simone zawartej w Vivomixx na objawy behawioralne i żołądkowo-jelitowe u dzieci z zaburzeniami ze spectrum autyzmu. IN SAR annual meeting 05.2019 <http://insar.confex.com/insar/2019/webprogram/Paper31374.html>
2. Mastromarino P, Capobianco D, Micheli A, Praticò G, i wsp. Administration of a multistrain probiotic product (VSL#3) to women in the perinatal period differentially affects breast milk beneficial microbiota in relation to mode of delivery. *Pharmacol Res.* 2015;
3. Baldassarre ME, Di Mauro A, Mastromarino P, Fanelli M, i wsp. Administration of a Multi-Strain Probiotic Product to Women in the Perinatal Period Differentially Affects the Breast Milk Cytokine Profile and May Have Beneficial Effects on Neonatal Gastrointestinal Functional Symptoms. A Randomized Clinical Trial. *Nutrients.* 2016;
4. Sohn K, Underwood MA. Prenatal and postnatal administration of prebiotics and probiotics. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2017;
5. Szajewska H., Canani R.B., Domellöf M. i wsp. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2022. doi: 10.1097/MPG.0000000000003633
6. van den Akker, Chris H P i wsp. Probiotics and Preterm Infants: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition and the European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2020;70,5:664-680. doi:10.1097/MPG.0000000000002655
7. Su GL, Ko CW, Bercik P, i wsp. AGA Clinical Practice Guidelines on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology.* 2020;159(2):697-705. doi:10.1053/j.gastro.2020.05.059
8. Agha L, Staiger D, Brown Ch, Soll RF, I wsp. Association of Hospital Adoption of Probiotics With Outcomes

- Among Neonates With Very Low Birth Weight. *JAMA Health Forum*. 2023;4(5):e230960. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.0960
9. Deshmukh M, Patole S. Prophylactic Probiotic Supplementation for Preterm Neonates – A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonrandomized Studies. *Adv Nutr*. 2021 Jul 30;12(4):1411-1423. doi: 10.1093/advances/nmaa164.
10. Singh KS, Singh BP, Rokana N, i wsp. Bio-therapeutics from human milk: prospects and perspectives. *J Appl Microbiol*. 2021;131(6):2669-2687. doi:10.1111/jam.15078
11. Gomez-Gallego C, Garcia-Mantrana I, Salminen S, Collado MC. The human milk microbiome and factors influencing its composition and activity. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016;21(6):400-405. doi:10.1016/j.siny.2016.05.003
12. Collado MC, Rautava S, Isolauri E, Salminen S. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease?. *Pediatr Res*. 2015;77(1-2):182-188. doi:10.1038/pr.2014.173

Notatki

O czym należy pomyśleć podając NLPZ?

dr n. med. Piotr Nehring FESBGH

Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są powszechnie stosowane ze względu na ich działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Jednak ich używanie wiąże się z ryzykiem poważnych powikłań, takich jak krwawienie z przewodu pokarmowego. Ryzyko to jest zróżnicowane w zależności od rodzaju i dawki stosowanego NLPZ.

Istnieją trzy główne grupy NLPZ: nioselektywne inhibitory cyklooksygenazy (COX-1 i COX-2) (np. ibuprofen, diklofenak, naproksen, indometacyna, ketoprofen), selektywne inhibitory COX-2 (np. celekoksyb, etorikoksyb) oraz inhibitor COX-2 z mniej selektywnym działaniem (np. meloksykam, nimesulid). Nioselektywne NLPZ, takie jak ibuprofen czy diklofenak, hamują zarówno COX-1, jak i COX-2, co prowadzi do większego ryzyka uszkodzenia błony śluzowej żołądka i jelit [1]. Z kolei celekoksyb, który jest selektywnym inhibitorem COX-2, wykazuje mniejsze ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego w porównaniu z nioselektywnymi NLPZ [2].

Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego związane z NLPZ jest również zależne od innych czynników ryzyka, które należy uwzględnić przy ocenie pacjentów przed przepisaniem tych leków. Należą do nich wiek (starsi pacjenci są bardziej narażeni), obecność chorób przewodu pokarmowego (takich jak wrzody żołądka czy choroby zapalne jelit), stosowanie innych leków wpływających na układ krzepnięcia krwi oraz wcześniejsze wywiady krwawienia z przewodu pokarmowego [3].

Według badań klinicznych, ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego związane z NLPZ można przedstawić w postaci liczbowych wskaźników. Na przykład, ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego u pacjentów przyjmujących nioselektywne NLPZ jest około 1–2% rocznie, natomiast u pacjentów stosujących selektywne inhibitory COX-2, takie jak celekoksyb, ryzyko to jest niższe i wynosi około 0,5–1% rocznie [4].

Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego zależy w dużym stopniu od dawki stosowanego NLPZ. Ogólnie rzecz biorąc, większa dawka NLPZ wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia krwawienia żołądka i jelit. W przypadku niektórych NLPZ, zwłaszcza nioselektywnych inhibitorów COX-1 i COX-2, zależność ta jest szczególnie wyraźna. Badania wykazały, że przy zwiększaniu dawki NLPZ wzrasta ryzyko uszkodzenia błony śluzowej żołądka, co może prowadzić do wrzodów i krwawienia [4].

Czas trwania leczenia NLPZ również wpływa na ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego. Długotrwałe stosowanie NLPZ zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych powikłań żołądkowo-jelitowych, takich jak wrzody czy krwawienie. Wpływ ten jest związany z długotrwałym działaniem NLPZ na błonę śluzową przewodu pokarmowego oraz zahamowaniem syntezy prostaglandyn, które są istotne dla ochrony błony śluzowej [2].

Metody profilaktyki krwawienia przy leczeniu NLPZ obejmują stosowanie inhibitorów pompy protonowej (PPIs – ang. proton pump inhibitors), które zmniejszają produkcję kwasu żołądkowego i zmniejszają ryzyko uszkodzenia błony śluzowej [5]. Dodatkowo,

zaleca się regularne monitorowanie pacjentów przyjmujących NLPZ pod kątem ewentualnych objawów krwawienia z przewodu pokarmowego oraz dostosowywanie terapii w przypadku pojawienia się niepożądanych reakcji [6].

Podsumowując, NLPZ, zwłaszcza nioselektywne inhibitory COX-1 i COX-2, mogą zwiększać ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego, a ryzyko to jest zróżnicowane w zależności od rodzaju stosowanego leku oraz czynników ryzyka pacjenta. Dlatego ważne jest przeprowadzenie oceny ryzyka przed zastosowaniem NLPZ oraz odpowiednie monitorowanie i profilaktyka u pacjentów zwiększonego ryzyka. Celem minimalizacji ryzyka działań niepożądanych należy stosować leki w odpowiednich dawkach, dostosowanych zgodnie z zaleceniami producenta i tylko tak długo jak jest to niezbędne do uzyskania określonego efektu klinicznego.

Bibliografia

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet*. 1994;343(8900):769-72. doi:10.1016/s0140-6736(94)91843-0.
2. Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A meta-analysis. *Ann Intern Med*. 1991;115(10):787-96. doi:10.7326/0003-4819-115-10-787.
3. Lanas A, Carrera-Lasfuentes P, Arguedas Y, Garcia S, Bujanda L, Calvet X et al. Risk of upper and lower gastrointestinal bleeding in patients taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, or anticoagulants. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(5):906-12 e2. doi:10.1016/j.cgh.2014.11.007.
4. Garcia Rodriguez LA, Barreales Tolosa L. Risk of upper gastrointestinal complications among users of traditional NSAIDs and COXIBs in the general population. *Gastroenterology*. 2007;132(2):498-506. doi:10.1053/j.gastro.2006.12.007.
5. Lanza FL, Chan FK, Quigley EM, Practice Parameters Committee of the American College of G. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(3):728-38. doi:10.1038/ajg.2009.115.
6. Lanas A, Serrano P, Bajador E, Fuentes J, Sainz R. Risk of upper gastrointestinal bleeding associated with non-aspirin cardiovascular drugs, analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003;15(2):173-8. doi:10.1097/00042737-200302000-00011.

Notatki

Jak żywić dzieci, aby obniżyć ryzyko cukrzycy typu 1

dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak

Uniwersytet Rzeszowski/ Kolegium Nauk Medycznych/ Instytut Nauk o Zdrowiu

Cukrzyca typu 1 jest jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego na świecie. Charakteryzuje się niedoborem insuliny i hiperglikemią, rozpoczyna się zwykle w okresie dzieciństwa, a proces niszczenia komórek beta trzustki przebiega w mechanizmie autoimmunologicznym lub nie autoimmunologicznym. U osób z predyspozycjami genetycznymi, autoimmunizacja jest wyzwalana przez czynniki środowiskowe (np. wirusy, toksyny, antygeny dietetyczne, stres), co inicjuje proces postępującego uszkodzenia komórek beta trzustki. Dynamika zachorowań w ostatnich latach jest szczególnie intensywna w grupie dzieci w wieku przedszkolnym, a Polska jest w czołówce krajów z największą liczbą zachorowań. Jak dotąd nie wynaleziono żadnej skutecznej metody zapobiegania cukrzycy typu 1, chorobie o podłożu autoimmunologicznym. W niewielkim stopniu za proces chorobowy są odpowiedzialne geny.

Prowadzone na całym świecie badania, obszerne metaanalizy, zwracają uwagę na rolę czynników środowiskowych w patogenezie cukrzycy typu 1, w tym na sposób żywienia dzieci we wczesnych latach życia i na czynniki okołoporodowe.

W związku z powyższym celem podjętych badań była:

1. Ocena BMI matek przed ciążą i przyrost masy ciała w czasie ciąży na ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1 u dzieci w wieku przedszkolnym.
2. Analiza czynników związanych z ciążą i okresem okołoporodowym na ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1.
3. Ocena sposobu żywienia dzieci w okresie niemowlęcym na ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1.
4. Ocena wpływu sposobu żywienia dzieci w pierwszym roku życia na nawyki żywieniowe u dzieci z cukrzycą typu 1 i u dzieci zdrowych.
5. Analiza sposobu żywienia dzieci w pierwszym roku życia na stopień wyrównania cukrzycy typu 1.

Badaniami objęto 150 dzieci ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 1 przed 6 rokiem życia, pozostających pod opieką Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie (II Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dzieci oraz Poradnia Endokrynologiczna i Cukrzycowa) oraz beneficjenci Podkarpackiego Stowarzyszenia Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Cukrzycą w Rzeszowie. Średni wiek dzieci z cukrzycą typu 1 to 7,2 lat. Grupę kontrolną stanowiło również 150 dzieci uczęszczających do Przedszkola Niepublicznego „Jagódkowo” i Przedszkola Publicznego Nr 43 w Rzeszowie oraz dzieci absolwentów szkoły rodzenia i karmienia Lakta Vita w Rzeszowie ze średnią wieku 4,4 lat.

W przeprowadzonym badaniu w obu grupach nie zaobserwowano zależności między BMI matek w ciąży, a masą urodzeniową dzieci. Większość matek w obu badanych grupach miała nadwagę, natomiast masa urodzeniowa dzieci była prawidłowa. Makrosomia dotyczyła niewielkiego odsetka dzieci.

Zaobserwowano wpływ czynników okołoporodowych na ryzyko wystąpienia cukrzycy w wieku przedszkolnym. Intensywność środowiskowych czynników ryzyka koreluje w mniejszym lub większym stopniu z zapadalnością na cukrzycę typu 1. Dzieci z cukrzycą typu 1 rzadziej doświadczyły kontaktu skóra do skóry po porodzie, były krócej karmione wyłącznie piersią, a w okresie pierwszych sześciu miesięcy częściej otrzymywały mleko krowie, modyfikowane lub były karmione w sposób mieszany. Te z nich, które były wyłącznie karmione piersią w pierwszym półroczu życia, obecnie częściej sięgają po warzywa, owoce i produkty pełnoziarniste niż rówieśnicy karmieni mlekiem modyfikowanym czy w sposób mieszany. Dzieci krócej karmione piersią częściej sięgają po niezdrowe przekąski i tłuszcze nasycone.

Dzieci z grupy kontrolnej, karmione piersią częściej spożywają zielone warzywa liściaste oraz świeże warzywa nasion strączkowych. Te z nich, które były karmione piersią powyżej 12 miesięcy, obecnie rzadziej sięgają po słone przekąski i tłuszcze zwierzęce.

Sposób karmienia dziecka w pierwszym roku życia nie miał wpływu na stopień dekomensacji metabolicznej w odniesieniu do średnich wartości HbA1C z ostatnich dwunastu miesięcy. Miał natomiast wpływ na wystąpienie kwasicy ketonowej (DKA) w momencie rozpoznania cukrzycy; dzieci karmione przez 6 miesięcy wyłącznie piersią rzadziej doświadczyły DKA, natomiast dzieci z cukrzycą typ 1 karmione piersią powyżej 12 miesięcy w porównaniu do dzieci, które były karmione krócej, częściej doświadczały kwasicy ketonowej.

Nawyki i zachowania żywieniowe są wypadkową wielu czynników; stanu zdrowia, pierwszych doświadczeń smakowych, relacji w rodzinie, uwarunkowań demograficznych, etnicznych, atmosfery podczas spożywania posiłków, poczucia odpowiedzialności za żywienie dzieci. Ten ostatni czynnik pozostaje w gestii rodziców, opiekunów, a także systemu ochrony zdrowia. Właściwie zorganizowana opieka okołoporodowa i pediatryczna ma w tym zakresie ciągle wiele wyzwań.

Notatki

Występowanie erytrocytów w mleku kobiecym na początkowym etapie laktacji – potrzeba edukacji personelu i wspierania matek I miejsce w konkursie (ex aequo)

dr n. o zdr. Katarzyna Wszółek z zespołem badaczy:
Katarzyna Wszółek^{1,2} Stanisław Przewoźny³ Adrianna Nowek^{1,3}
Angelika Odor^{3,4} Paulina Małyszka (Hoffmann)^{1,3} Marcin Przybylski⁴
Jakub Żurawski⁵ Małgorzata Pięt⁶ Maciej Wilczak^{1,7}

1 Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

2 Klinika Zdrowia Matki i Dziecka i Minimalnie Inwazyjnej Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

3 Studenckie Koło Naukowe Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

4 Szpital Wojewódzki w Poznaniu,

5 Zakład Immunobiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

6 Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,

7 Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka i Minimalnie Inwazyjnej Ginekologii Operacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Cel badania: Głównym celem badania była ocena częstości występowania erytrocytów w sianie, ich liczby oraz odniesienie tego faktu do tolerancji pokarmu przez noworodka, aby ograniczyć nieuzasadnione dokarmianie mieszanką mlekozastępczą w przypadku wystąpienia wizualnie krwistej siary u matki.

Materiał i metoda: od 137 kobiet w 1–3 doby po porodzie pobrano ręcznie po 2 ml siary (oddzielnie z obu piersi) i przekazano do laboratorium. Do analizy mikroskopowej 0,5 ml siary odwirowano, a następnie wybarwiono. Za pomocą mikroskopu świetlnego Olympus BX 43 (Olympus, Tokio, Japonia) przy całkowitym powiększeniu 400x, próbki zostały poddane wizualnej ocenie pod kątem obecności erytrocytów. Dodatkowo uczestniczki wypełniły kwestionariusz dotyczący ich stanu zdrowia, obserwacji tolerancji karmienia noworodka, obserwowanego koloru mleka i innych czynników.

Wyniki: Liczba erytrocytów w próbkach żółtej lub białej siary wahała się od 8 do 1000 komórek/mL i została stwierdzona w 24,8% przypadków. Niezależnie od liczby erytrocytów, kolor mleka był biały (28,5%) lub żółty (66,4%). Tylko u jednej z uczestniczek (0,7%) stwierdzono makroskopowo krwiście podbarwioną siarę. Nie zaobserwowaliśmy wpływu żadnego z analizowanych czynników jako przyczyny zwiększonej liczby erytrocytów w sianie, a niezależnie od sumarycznej ilości erytrocytów w badanym mleku tolerancja pokarmu matki była niezmienną (prawidłową).

Wnioski: Obecność erytrocytów w mleku matki jest zjawiskiem powszechnym i nie powoduje nietolerancji mleka wśród noworodków. Ponadto była niezależna od analizowanych czynników. Matki powinny być wspierane przez wyedukowany personel medyczny

sprawujący nad nimi opiekę w zakresie karmienia piersią, a w wybranych sytuacjach – odciągniętym pokarmem własnym. Ze względu na ogólny skład mleka kobiecego, zwłaszcza zawartość komórek odpornościowych w siarce, nawet czasowe przerwanie karmienia piersią w przypadku wystąpienia makroskopowo krwistej siary nie jest zalecane i jako postępowanie rutynowe należy uznać je jako działanie nieuzasadnione.

Pragniemy również zaproponować zaprzestanie stosowania określenia „syndrom zardzewiałej rury” wobec tego zjawiska, wydaje się być ono niezgodne z wiedzą anatomiczną dotyczącą gruczołu piersiowego.

Notatki

Wielospecjalistyczne wsparcie z uwzględnieniem poradnictwa laktacyjnego w sytuacji kryzysu okołoporodowego

I miejsce w konkursie (ex aequo)

dr hab. n. med. i n. o zdr. Aleksandra Wesołowska z zespołem badaczy:

Aleksandra Wesołowska^{1,2} Agnieszka Bzikowska-Jura¹

Magdalena Babiszewska-Aksamit^{1,2} Anna Kotlińska^{2,3} Agata Aduła⁴

Agnieszka Chrobak⁵ Justyna Domosud⁶ Izabela Drążkowska⁷

Paulina Gawel⁸ Artur Jakimiuk⁹ Józefa Kołodziej¹⁰ Barbara Królak-Olejnik⁸

Katarzyna Lisak-Gurba¹¹ Katarzyna Mozdyniewicz¹² Aleksandra Mołas¹

Kinga Kalita-Kurzyńska¹ Agnieszka Piątkowska¹³ Elena Sinkiewicz-Darol^{14,15}

1 Pracownia Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją, Zakład Biologii Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

2 Fundacja Bank Mleka Kobiecego, Warszawa

3 Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Centrum Symulacji Medycznej, Kraków

4 Centrum Matki i Dziecka w Zielonej Górze

5 Specjalistyczny Szpital im. Falkiewicza, Wrocław

6 Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, Lublin

7 Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, Klinika Neonatologii, Gdańsk

8 Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

9 Państwowy Instytut Medyczny, MSWIA, Warszawa

10 Specjalistyczny Szpital Pro-Familia, Rzeszów

11 Uniwersytecki Szpital im. Chopina w Rzeszowie

12 Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Krakowie

13 Instytut Centrum Zdrowia Matki Polski w Łodzi

14 Wojewódzki Szpital Zespolony, Regionalny Bank Mleka Kobiecego

15 Katedra Fizjologii i Toksykologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

Wprowadzenie:

Komplikacje okołoporodowe negatywnie wpływają na karmienie piersią. W 2014 r. opracowano w Polsce Program Wczesnej Stymulacji Laktacji dla Oddziałów Neonatologicznych i Położniczych III poziomu referencyjnego. Jego realizacja nie była systemowo monitorowana. W odpowiedzi na wojnę w Ukrainie, Fundacja Bank Mleka Kobiecego z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym oraz 11 szpitalami w okresie 10.2022–10.2023 r. zrealizowała projekt pt. „Wsparcie i promocja wyłącznego karmienia piersią oraz odpowiednich praktyk w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci ukraińskich i polskich matek w sytuacji kryzysowej w Polsce.” finansowy przez UNICEF. Beneficjentami były matki – Ukrainki, ale także Polki, które doświadczały kryzysu okołoporodowego.

Cel:

Celem projektu była ocena wpływu wielospecjalistycznego wsparcia instytucjonalnego na realizację praktyk szpitalnych sprzyjających karmieniu piersią w grupie kobiet doświadczających trudności w okresie okołoporodowym. Przeanalizowano również zapotrzebowanie na poradnictwo oraz jego efekty na zmianę sposobu żywienia dziecka.

Materiał i metody: Programem objęto 2773 Polki, które zgłosiły się do porodu i/lub otrzymania wsparcia w prawidłowym żywieniu dziecka do 2 roku życia w jednym 11 szpitali o III^o referencyjności posiadających bank mleka (wyjątek szpital o II^o współpracujący z bankiem). Kwestionariusz rekrutacyjny zawierał pytania o dane demograficzne, historię położniczą, stan noworodka po porodzie, opiekę okołoporodową oraz sposób żywienia dziecka w szpitalu. Porady wielospecjalistycznego zespołu terapeutycznego oferowane były nieodpłatnie. Zapotrzebowanie na wizyty u doradcy laktacyjnego, psychologa, neurologopedy i fizjoterapeuty oraz ich efekty monitorowano.

Wyniki:

Średnia wieku kobiet objętych wsparciem (n=2773) wynosiła $31,0 \pm 4,6$ lat. Na etapie włączenia do projektu, ponad $\frac{3}{4}$ dzieci (n=2151, 78%) nie ukończyło pierwszego miesiąca życia. Najmniej liczną grupę stanowiły niemowlęta między 13. a 24. miesiącem życia (n=17, 1%). Większość porodów (n=1455, 52%) było rozwiązanych drogą cięcia cesarskiego, a prawie połowa matek (n=1279, 46%) deklarowała, że urodziła siłami natury. Porody zabiegowe stanowiły (n=39, 2%). Niespełna $\frac{1}{4}$ dzieci urodziła się przedwcześnie (n=673, 24%), 83% w stanie bardzo dobrym lub dobrym (pkt Apgar 10 lub 9).

Większość matek (n=2047, 74%) doświadczyła kontaktu skóra do skóry, ale tylko w 42% przypadkach (n= 1186) dwugodzinny kontakt realizowany był bezpośrednio po porodzie. Wskaźnik wczesnego karmienia piersią (w ciągu 1 godziny życia) w badanej grupie wynosił 47% (n=1443). 34% respondentek zaobserwowało siarę będąc jeszcze w ciąży, a 36% bezpośrednio po porodzie, 19% w ciągu pierwszej doby po porodzie. U ponad połowy pacjentek (54%) wystąpił nawet pokarmu do 7. doby po porodzie. Tylko 26% pacjentek nie stymulowało laktacji po porodzie, pozostała grupa używała laktatora lub odciągała ręcznie.

Udzielono 1576 porad laktacyjnych, 942 porad psychologicznych, 458 neurologopedycznych i 446 fizjoterapeutycznych. Większość kobiet w chwili rekrutacji karmiła dziecko bezpośrednio z piersi (40%), 23% karmiła dziecko piersią i mlekiem odciągniętym a 9% karmiło wyłącznie mlekiem odciągniętym. Najczęstszym powodem zgłaszania się do specjalisty była potrzeba oceny wędzidełka języka (n=481), z czego potrzeba korekcji wystąpiła 383 razy. Kobiety zgłaszały też pilną potrzebę oceny oraz rozwiązania różnych trudności w karmieniu piersią. Spośród udzielonych porad laktacyjnych, 571 stanowiły jednorazowe godzinne wizyty. Stosunkowo niewielka liczba pacjentek wymaga wielokrotnych wizyt (maksymalnie 5 wizyt w przypadku 24 matek). Wsparcie laktacyjne (więcej niż dwie porady) udzielone 353 matkom poskutkowało utrzymaniem karmienia piersią lub zwiększeniem udziału karmienia naturalnego u 167 pacjentek (47%), nie wpłynęło na zmianę sposobu żywienia dziecka u 133 pacjentek (37%). U 49 pacjentek (13%), pomimo otrzymanego wsparcia, zwiększył się udział żywienia preparatami zastępującymi mleko kobiece. Nieznaczny odsetek dzieci (1,3%) otrzymywał mleko dawczyń.

Wnioski:

Wyniki stanowią unikalną analizę przebiegu poradnictwa w zakresie karmienia piersią dla pacjentek wybranych szpitali w Polsce, których dzieci wymagały wysokospecjalistycznej opieki. Potwierdzono duże zapotrzebowanie na poradnictwo okołoporodowe, szcze-

gólnie w zakresie świadczeń nie objętych refundacją NFZ lub trudnodostępnych. Zaobserwowano dużą potrzebę wzmocnienia kompetencji matek noworodków w karmieniu piersią. Wysoki odsetek kobiet zgłaszających potrzebę oceny jakości ssania dziecka oraz liczba wykonanych zabiegów korekcji wędzidełka, jak również mała liczba udzielonych porad psychologicznych wskazuje na znaczenie pracy w interdyscyplinarnym zespole. Wykazano, że wiele problemów laktacyjnych można rozwiązać podczas jednokrotnej godzinnej porady, która udzielana jest przez wysokospecjalistyczny personel co zapobiega dalszym komplikacjom w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego u dziecka i matki.

Notatki

Cukrzyca ciążowa a markery insulinooporności i wyłączne karmienie naturalne w pierwszym tygodniu po porodzie

II miejsce w konkursie (ex aequo)

dr n. med. Karolina Karcz z zespołem badaczy:

Paulina Gawęł, Barbara Królak-Olejnik

Katedra i Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

Cukrzyca ciążowa (Gestational Diabetes Mellitus – GDM) – to rodzaj cukrzycy, który występuje po raz pierwszy u kobiety w ciąży, ale nie spełnia kryteriów rozpoznania cukrzycy przewlekłej. Zaburzenia metabolizmu glukozy mogą wystąpić w każdym trymestrze ciąży, jednak częściej występuje w drugim lub trzecim trymestrze. Częstość zachorowań na cukrzycę ciążową zgodnie z danymi epidemiologicznymi stale wzrasta, co ma związek z nasilającą się epidemią otyłości, napędzaną przez złe nawyki żywieniowe i siedzący tryb życia. Aktualnie występowanie GDM notuje się u 5,4 % kobiet w Europie oraz 3,4% kobiet w Polsce. Konsekwencje nieprawidłowego metabolizmu węglowodanów u ciężarnych są niebezpieczne zarówno dla matki jak i dziecka, w perspektywie krótko- jak i długoterminowej. W przebiegu cukrzycy zwiększa się również ryzyko powikłań porodowych między innymi zgonów wewnątrzmacicznych, porodów przedwczesnych, urazów okołoporodowych, porodów drogą cięcia cesarskiego. W kontekście laktacji, cukrzyca może negatywnie wpłynąć na karmienie piersią i produkcję mleka. Ogólnie rzecz biorąc, wśród kobiet z GDM stwierdzono niższą częstość i krótszy czas trwania karmienia naturalnego niż u kobiet bez GDM, pomimo podobnych statystyk dotyczących inicjacji karmienia piersią. Wyniki aktualnych badań sugerują, że kobiety te są bardziej narażone na opóźniony początek laktogenezy II (ok. 35% kobiet z cukrzycą). Wobec tego, niemowlęta matek z GDM są bardziej narażone na wczesne wprowadzanie mleka modyfikowanego, co niesie za sobą ryzyko zaprzestania karmienia piersią. Wśród czynników ryzyka rozwoju GDM, a także niepowodzenia w karmieniu piersią wymienia się wysoki wskaźnik masy ciała przed ciążą (pBMI) i nadmierny przyrost masy ciała w czasie ciąży. Zdarza się jednak, że pomimo prawidłowego pBMI oraz przyrostów masy ciała, dochodzi do rozwoju cukrzycy ciążowej, co wskazuje na istnienie innych czynników, które mają istotny i silny wpływ na jej przebieg.

Celem badania było porównanie pośrednich wykładników insulinooporności oraz sposobu karmienia własnego dziecka w pierwszym tygodniu po porodzie między kobietami z GDM a kobietami zdrowymi. W badaniu wzięło udział 70 kobiet w tym 21 matek z cukrzycą ciążową leczoną dietą i aktywnością fizyczną (GDM G1), 29 matek z cukrzycą ciążową leczoną insuliną (GDM G2) oraz 20 matek z prawidłową tolerancją glukozy w ciąży, które stanowiły grupę kontrolną. U matek leczonych insuliną zaobserwowano najniższy przyrost masy ciała w ciąży, natomiast wartości glukozy na czczo w pierwszym i drugim/trzecim trymestrze oraz glukozy w 1 godzinie po doustnym teście tolerancji glukozy (OGTT) były najwyższe. Wyższe stężenia obserwowano również dla hemoglobiny glikowanej (HbA1c) oraz wskaźnika insulinooporności HOMA-IR. Wyjątkiem był wskaźnik wyłącznego karmienia piersią, który w tej grupie był znacznie niższy. W analizie staty-

stycznej zastosowano dodatkowo metodę taksonomiczną, która pozwoliła na wyraźne zróżnicowanie pacjentek, nie tylko na podstawie stopnia zaburzeń metabolizmu glukozy, ale także w zależności od przyrostu masy ciała w ciąży i rozpoznanej niedoczynności tarczycy. Stwierdzono różnice dotyczące stężenia glukozy na czczo w pierwszym i drugim/trzecim trymestrze ciąży, stężenia glukozy w 1 godzinie po OGTT oraz stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Wyższą glikemię obserwowano także u kobiet dotkniętych niedoczynnością tarczycy. W przypadku wskaźników insulinooporności jak HOMA-IR i QUICKI w pierwszym tygodniu po porodzie nie odnotowano istotnych różnic. Pacjentki porównano także z uwagi na wyodrębnione profile glikemii w ciąży, z odniesieniem do częstości karmienia wyłącznie piersią oraz stosowania mieszanki mlekozastępczej.

Podsumowując, stopień zaburzeń metabolizmu glukozy, niedoczynność tarczycy, przyrost masy ciała w ciąży wpływają na matczyne markery insulinooporności w pierwszym tygodniu po porodzie. Pacjentki z nieprawidłowym metabolizmem glukozy w ciąży istotnie częściej dokarmiają swoje noworodki mlekiem modyfikowanym już w pierwszym tygodniu po porodzie.

Notatki

Mleko matki w leczeniu wrodzonego chłonkotoku

II miejsce w konkursie (ex aequo)

mgr Izabela Drążkowska z zespołem badaczy:

Jassem-Bobowicz JM¹ Drążkowska I¹ Martysiak-Żurowska D²

Narkowicz S³ Jańczewska I¹ Domżalska-Popadiuk I¹

1 Gdański Uniwersytet Medyczny, Klinika Neonatologii

2 Politechnika Gdańska, Katedra Chemii, Technologii i Biotechnologii Żywności

3 Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Klinika Neonatologii, Bank Mleka Kobiecego

Chłonkotok wrodzony jest rzadkim schorzeniem o nieprzewidywalnym przebiegu klinicznym i poważnym rokowaniu. Charakteryzuje się zbieraniem się chłonki w opłucnej, co może powodować niedodmę płuc, zaburzenia metaboliczno-elektrolitowe i prowadzić do niewydolności oddechowej oraz niedożywienia.

Naczynia limfatyczne pełnią bardzo istotną rolę w procesie reabsorpcji płynów oraz białek z przestrzeni śródmiąższowej do układu krążenia, absorpcji lipidów z jelita i transportu długołańcuchowych triglicerydów oraz substancji lipofilnych do krążenia wrotnego, a większych cząsteczek do naczyń limfatycznych kosmków jelita cienkiego. Przyczyną chłonkotoku jest brak drożności lub przerwanie ciągłości dużych naczyń limfatycznych.

W efekcie dochodzi do jej zastoju w naczyniach oraz przepełnienia, przełamania układu zastawkowego obwodowych naczyń chłonnych i poszerzenia naczyń. W tej sytuacji spływ chłonki do krążenia żylnego odbywa się obocznymi naczyniami chłonnymi, a ich przeciążenie powoduje przedostawanie się chłonki do sąsiadujących tkanek, w tym do jamy opłucnej, jamy otrzewnej lub osierdzia [1]. U noworodków stabilnych hemodynamicznie i oddechowo stosuje się postępowanie wyczekujące oparte na założeniu, że większość chłonkotoków ma tendencję do samoistnego ustąpienia po utworzeniu alternatywnych dróg spływu chłonki do układu żylnego. Okres ten może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. U noworodków z zaburzeniami oddychania stosuje się drenaż w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie opłucnej lub otrzewnej, jednak wiąże się to z istotną utratą płynów, białek, tłuszczów, immunoglobulin i limfocytów oraz zwiększa ryzyko rozwoju zakażenia. Istotnym elementem leczenia chłonkotoku jest modyfikacja leczenia żywieniowego polegająca na włączeniu mieszanki niskotłuszczowej, zawierającej średniołańcuchowe kwasy tłuszczowe [1,2]. Z tego powodu karmienie piersią lub odciganym mlekiem matki, zawierającym średnio 3.5 g tłuszczu w 100mL, do czasu zasklepienia przerwania w przewodzie piersiowym, nie jest możliwe. Alternatywą dla mieszanki w żywieniu noworodków i niemowląt z chłonkotokiem może być odtłuszczone mleko ludzkie wraz z odpowiednią suplementacją tłuszczu w żywieniu pozajelitowym lub w formie suplementu średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych, dodawanego do mleka [3,4]. Takie rozwiązanie umożliwi odpowiednią ilość składników odżywczych przy zachowaniu większości korzyści wynikających z karmienia naturalnego, przede wszystkim działania przeciwzapalnego i immunomodulującego.

Cel pracy:

Opracowanie optymalnej metody odtłuszczenia mleka ludzkiego dla noworodków z chłonnokotkiem wrodzonym.

Materiał:

Mleko matki (świeże i mrożone) odwirowano w różnych temperaturach (4 i 17°C).

Po wirowaniu, w warunkach łoża laminarnej, z każdej próbki ściągnięto warstwę tłuszczu i pipetą przeniesiono odtłuszczone mleko do czystego pojemnika. Z każdej puli odtłuszczonego mleka pobrano próbkę do badania na aparacie MIRIS HMA oraz do analizy technikami instrumentalnymi. Wykonano również analizę składu tłuszczu oddzielonego w trakcie przeprowadzonej procedury.

Wyniki:

Niezależnie od temperatury wirowania nie zaobserwowano istotnych strat w ilości białka i węglowodanów mleka ludzkiego świeżego lub mrożonego zarówno po wirowaniu w temperaturze 4°C jak i 17°C, a stężenie pozostałości tłuszczu wynosiło 0,2–0,4 g/100 mL. Technicznie łatwiej było przygotować mleko wcześniej schłodzone niż świeżo odciągnięte, wirowane w temperaturze 4°C. Wpływ temperatury wirowania na pozostałość lipidów w mleku określono przy użyciu zaawansowanych metod analitycznych.

1. Romanowicz A, Sołtyszewski A, Haponiuk I, Chojnicki M, Steffens M, Paczkowski K, Chłonnokotek u pacjentów z wrodzonymi wadami serca w przebiegu leczenia kardiologicznego i kardiochirurgicznego, *Folia Cardiologica* 2018, tom 13, nr 4, 359-366
2. Resch B, Sever Yildiz G, Reiterer F. Congenital Chylothorax of the Newborn: A Systematic Analysis of Published Cases between 1990 and 2018. *Respiration*.2022;101(1):84-96
3. Clak B, Froh M, Karls C, Feuling MB, Goday P, Uhing M, Handler SS, Nghiem-Rao TH, Polzin E. Assessing growth of infants with chylothorax receiving fortified skimmed human breast milk. *Nutr Clin Pract*. 2023 Feb;38(1):199-203
4. Barbas KH, O'Brien K, Forbes PW, Belfort MB, Connor JA, Thiagaragan RR, Huh SY. Macrobutrient Analysis of Modified-Fat Breast Milk Produced by 3 Methods of Fat Removal. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2020 Jul;44(5):895-902

Notatki

Skrócone wędzidełko języka – moda czy realny problem?

Badania jednego ośrodka

III miejsce w konkursie

lek. Anna Maćkowska z zespołem badaczy:

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

Klinika Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wstęp:

Problemy z karmieniem piersią, ze względu na swój wieloczynnikowy charakter stanowią duże wyzwanie w praktyce pediatrycznej. Jedną z głównych obaw rodziców jest skrócone wędzidełko języka. Ankyloglossia jest zaburzeniem, w którym krótkie wędzidełko języka prowadzi do pogorszenia ruchomości języka, a co za tym idzie upośledzenia jego funkcji (ssania, połykania). Dzieci ze skróconym wędzidełkiem języka częściej mają problemy z karmieniem, przyrostem masy ciała czy mową. Istnieje wiele klasyfikacji pomagających ocenić wędzidełko języka, a najczęściej stosowana jest klasyfikacja Hazelbaker w modyfikacji Amir, w której ocenia się wygląd oraz funkcję języka w czasie badania.

Cel pracy:

Celem pracy była ocena częstości występowania skróconego wędzidełka języka oraz zgłaszanych przez matki problemów z karmieniem.

Materiał i metoda:

W badaniu wzięło udział 100 noworodków hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Patologii Noworodka i Chorób Metabolicznych Kości Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w okresie od stycznia do kwietnia 2023 roku. W czasie badania lekarskiego wykonanego przez certyfikowanego doradcę laktacyjnego dokonano oceny anatomicznej oraz funkcjonalnej jamy ustnej oraz wędzidełka języka według klasyfikacji Hazelbaker (w modyfikacji Amir). Ponadto zebrano następujące dane: płeć, rodzaj porodu, tydzień ciąży, skalę Apgar, kontakt skóra do skóry, sposób karmienia i związane z nim problemy, przyrosty masy ciała, występowanie ankyloglossi u rodzeństwa. Dzieciom matek, które zgłaszały problemy z karmieniem udzielono porady laktacyjnej. W przypadku stwierdzenia istotnego skrócenia wędzidełka języka noworodek w czasie hospitalizacji był konsultowany laryngologicznie oraz, po odpowiedniej kwalifikacji, miał wykonywany zabieg frenotomii.

Wyniki:

Zbadano noworodki wieku 3-101 dni, 16% grupy stanowiły dzieci urodzone przedwcześnie. Większość noworodków była hospitalizowana z powodu zapalenia płuc. 32% dzieci było karmionych mlekiem modyfikowanym, 27% w sposób mieszany, a 41% wyłącznie pokarmem mamy. Z tej ostatniej grupy 59% noworodków było karmionych wyłącznie z piersi, a 41% z piersi i/lub butelki pokarmem mamy. 31% mam zgłosiło problemy z karmieniem, w tym niepokój dziecka przy karmieniu, ból brodawek sutkowych czy uszkodzenia brodawek. U 6% (n=6) stwierdzono <4 punktów za funkcję w skali Hazelbaker

w modyfikacji Amir. Wszystkie z tych dzieci zostały skonsultowane laryngologicznie, część z nich także neurologopedycznie. Skrócone wędzidełko potwierdzono u wszystkich z nich, 5/6 zakwalifikowano do podcięcia, o 1/6 stwierdzono typ IV – skierowano pod opiekę neurologopedyczną, u 4/6 podcięto wędzidełko w Klinice, a 1/6 skierowano do frenotomii w trybie pilnym do Poradni Laryngologicznej.

Wnioski:

Skrócone wędzidełko języka jest realnym problemem mogącym wpływać na skuteczność i powodzenie laktacji. Wczesne wykrycie i zapewnienie wielodyscyplinarnej opieki są niezwykle ważne i mogą zwiększać szanse na efektywne karmienia piersią. Nie każdy problem z karmieniem piersią będzie powiązany z ankyloglossią, jednak ocena wędzidełka oraz funkcji języka powinny być elementem badania już na oddziale neonatologicznym, a także w czasie wizyty patronażowej u pediatry.

Notatki

Wpływ wielkość sieci społecznej matki karmiącej na zawartość kwasów omega-3 i omega-6 w jej mleku

Wyróżnienie w konkursie

**dr n. biol. Magdalena Babiszewska-Aksamit z zespołem badaczy:
Magdalena Babiszewska-Aksamit^{a,d} Marek Szoftysik^b Anna Apanasewicz^a
Magdalena Piosek^c Patrycja Winczowska^b Olga Barbaraska^{d, e}
Agnieszka Cierniak^f Dariusz P. Danel^a & Anna Ziomkiewicz^{g, a}**

a. Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, Zakład Antropologii Fizycznej

b. Wrocławski Uniwersytet Przyrodniczy, Centrum Biologii Stosowanej oraz Innowacyjnych Technologii Produkcji Żywności

c. Uniwersytet Wrocławski, Instytut Psychologii

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

e. Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, Wydział Nauk o Zdrowiu

f. Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

g. Uniwersytet Jagielloński, Instytut Zoologii i Badań Biomedycznych, Zakład Antropologii Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN, Zakład Antropologii Fizycznej

Abstrakt

CEL PRACY

Liczne badania naukowe pokazują, że odpowiednia zawartość kwasów omega-6 i omega-3 w diecie (w szczególności kwasu arachidonowego – AA i kwasu dokozaheksaenowy – DHA) jest niezmiernie ważna dla prawidłowego rozwoju wzroku i układu nerwowego dziecka. Aby zapewnić odpowiednią podaż DHA i AA u dzieci karmionych wyłącznie pierśią, kluczowe znaczenie ma identyfikacja wszystkich potencjalnych czynników wpływających na ich zawartość w mleku kobiecym. Istnieją niezbita dowody naukowe pokazujące jak ogromny wpływ na zdrowie i samopoczucie człowieka ma wsparcie osób bliskich, jednak do tej pory nie podjęto prób określenia, jak wsparcie społeczne może wpływać na skład mleka kobiecego. Głównym celem niniejszego badania było określenie, czy wielkość sieci społecznej matki karmiącej (liczba osób wspierających) ma wpływ na zawartość DHA i AA w mleku kobiecym.

MATERIAŁY I METODY

Za pomocą chromatografii gazowej przeanalizowano skład mleka kobiecego pod względem zawartości DHA i AA w 129 próbkach 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). Dzieci matek biorących udział w badaniu nie miały rozszerzonej diety.

Wielkość sieci społecznej matki określono za pomocą kwestionariusza, w którym matki podały kto (np. ojciec dziecka, teściowa itd.) pomaga im przy niemowlęciu i w obowiązkach domowych. Na tej podstawie obliczono całkowitą liczbę osób wspierających matkę.

Ponadto określono zawartość długołańcuchowych nienasyconych kwasów tłuszczowych (LC-PUFA) w diecie matki (wszystkie produkty i potrawy spożyte przez matkę pod-

czas trzech wybranych dni wprowadzono do programu Dieta 5.D opracowanego przez NIZP), częstość karmień (matki prowadziły dzienniczek karmień) oraz zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie matki (zmierzoną za pomocą impedancji bioelektrycznej z wykorzystaniem cyfrowej wagi Tanita -model TFB 55).

Matki wypełniły również ankietę zawierającą metryczkę.

WYNIKI

Hierarchiczna analiza regresji wykazała dodatni związek pomiędzy zawartością DHA i AA w mleku kobiecym a liczbą osób wspierających matkę karmiącą. W modelach regresji kontrolowano czynniki takie jak zawartość LC-PUFA w diecie matki, zawartość tkanki tłuszczowej (kg) w jej organizmie oraz częstość karmień.

Model		adj. R2	p	$\Delta R2$	p	b	SD	β	p
	DHA (g na 100 g tłuszczu)								
H ₀									
	LC-PUFA w diecie matki					-0,005	0,01	-0,078	0,591
	Zawartość tkanki tłuszczowej (kg)					-0,002	0,006	-0,037	0,801
	Częstość karmień					0,048	0,024	0,282	0,054
		0,03	0,224						
H ₁									
	LC-PUFA w diecie matki					-0,009	0,009	-0,141	0,292
	Zawartość tkanki tłuszczowej (kg)					-0,003	0,005	-0,073	0,580
	Częstość karmień					0,041	0,022	0,246	0,065
	Liczba osób pomagających					0,087	0,027	0,428	0,002
		0,20	0,007	0,18	0,002				
	AA (g na 100 g tłuszczu)								
H ₀									
	LC-PUFA w diecie matki					0,014	0,007	0,185	0,038
	Zawartość tkanki tłuszczowej (kg)					0,004	0,004	0,08	0,364
	Częstość karmień					0,009	0,013	0,064	0,464
		0,03	0,09						
H ₁									
	LC-PUFA w diecie matki					0,012	0,007	0,167	0,058
	Zawartość tkanki tłuszczowej (kg)					0,003	0,004	0,077	0,379
	Częstość karmień					0,013	0,013	0,091	0,301
	Liczba osób pomagających					0,031	0,016	0,176	0,047
		0,05	0,033	0,03	0,047				

Tabela 1. Zawartość DHA i AA w mleku w zależności od czynników biologicznych i wsparcia społecznego. Wyniki istotnie statystycznie lub bliskie istotności wyboldowano.

WNIOSKI

Jest to pierwsze badanie, które wykazało zależność między wielkością sieci społecznej matki karmiącej a zawartością DHA i AA w jej mleku. Większa sieć społeczna matki to częstsze kontakty z bliskimi, co może wpływać na niższe stężenia kortyzolu i wyższe oksytocyny w organizmie matki.

IMPLIKACJE KLINICZNE

Odpowiednia podaż DHA i AA w mleku matki jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju niemowląt karmionych wyłącznie piersią. Jak pokazuje niniejsze badanie, w opiece nad matką karmiącą należy zwracać uwagę nie tylko na odpowiednią zawartość tych kwasów w diecie matki, ale również na jej środowisko społeczne. Zachęcanie matek do utrzymywania licznych bliskich relacji może korzystnie wpłynąć nie tylko na jej samopoczucie, ale również na poprawę składu jej mleka.

Notatki

Co zrobić, aby wszystkie wcześniaki w OITN były karmione mlekiem własnej mamy?

prof. Paula Meier – Gość Specjalny na żywo

Paula P. Meier, PhD, RN Professor of Pediatrics and Professor of Women, Children and Family Nursing Rush University Medical Center Chicago, IL

Wyjaśnienie pojęć:

MOM (Mother`s Own Milk) po polsku używamy Mleko biologicznej matki (MBM) lub Mleko matki (MM) lub Pokarm matki (PM)

DHM (Donor`s Human Milk) po polsku używamy Mleko Dawczyń (MD) lub Mleko bankowane

Kompedium PROVIDE: Przekładanie dowodów dotyczących mleka kobiecego na najlepsze praktyki w oddziałach intensywnej terapii noworodków

Projekt demonstracyjny sfinansowany przez Uniwersytet Rush (Meier, PI) w 2018 r. z zamiarem stworzenia arkuszy edukacyjnych i krótkich odcinków wideo, które „dzielą się nauką” o mleku matki i laktacji na OITN-ie

Ostateczny zestaw narzędzi składa się z 25 arkuszy edukacyjnych specyficznych dla OITN-u i ponad 40 odcinków wideo koncentrujących się głównie na scenariuszach „jak to zrobić” na OITN-ie – www.lactahub.org/nicu-training

Zawartość PROVIDE

Arkusze edukacyjne:

- 25 jednostronicowych arkuszy edukacyjnych, z których każdy koncentruje się na osobnym temacie dotyczącym opieki nad matką na OITN-ie (w języku angielskim, hiszpańskim i innych)
- Do wykorzystania przez personel OITN-u w celu dzielenia się dowodami i praktykami z rodzinami z OITN-u
- Arkusze edukacyjne NIE SĄ PRZEZNACZONE do „rozdawania” rodzinom. Powinny być wykorzystywane jako uzupełnienie dyskusji na te tematy z rodzinami na OITN

Filmy:

- 8 filmów tematycznych dotyczących kluczowych problemów na OITN
- 40 krótkich filmów instruktażowych (odciąganie pokarmu, karmienie piersią)
- Do udostępniania rodzinom, zwłaszcza tym, które mogą przebywać w odległych miejscach i nie mają dostępu do bezpośredniej opieki laktacyjnej
- Bezpłatne pobieranie i użytkowanie

Cele prezentacji

1. Edukacja rodziny, personelu i administratorów szpitali w zakresie ograniczenia chorób i kosztów dzięki karmieniu MBM (Mother`s Own Milk), w Polsce używamy: Mleko biologicznej matki (MBM)
2. Uświadomienie, że pasteryzowane mleko dawczyń (DHM – Donor`s Human Milk)

(W Polsce używamy Mleko bankowane lub mleko dawczyń MD) nie jest dobrym substytutem MBM

3. Wdrożenie proaktywnych, opartych na dowodach zasad, które optymalizują dostępność i karmienie MBM na OITN

Wdrożenie kompendium PROVIDE

Dostęp do ekspertów w dziedzinie laktacji na OITN

Priorytetowe traktowanie pierwszych 14 dni po urodzeniu

Stosowanie technik optymalizujących odciąganie pokarmu

Kontakt skóra do skóry, udział rodziców

Wczesne rozpoczęcie karmienia piersią

Wysoka dawka MBM redukuje NEC, późną sepsę, BPD, problemy ND, korzystanie z opieki zdrowotnej po wypisie z OITN i ich koszty: Kohorta LOVE MBM (N= 430)

MBM zapewnia spersonalizowany smak i zapach, mikrobiotę, odporność błon śluzowych na drobnoustroje, tolerancję na antygeny środowiskowe oraz wywiera programujący wpływ na rozwijające się narządy i ścieżki nerwowe.

Karmienie MBM chroni i stymuluje optymalny wzrost niedojrzałych narządów i ścieżek immunomodulacyjnych / metabolicznych

- Skupienie na niedojrzałości narządów, która zwiększa ryzyko możliwych do uniknięcia powikłań wcześniactwa
- Szczegółowy mechanizm, dzięki któremu MBM zmniejsza ryzyko tych powikłań
- Wyjaśnia, że te wyniki są unikalne dla MBM, a nie DHM ani mieszanki dla wcześniaków

Karmienie MBM chroni i stymuluje optymalny wzrost i rozwój niedojrzałego mózgu,

- Skupienie na szybkim wzroście ludzkiego (zwłaszcza przedwcześnie urodzonego) mózgu w okresie niemowlęcym
- Wyjaśnia znaczenie białej materii w mózgu – Wymienia składniki MBM, które ułatwiają zarówno aktywność metaboliczną, jak i specyficzny dla człowieka wzrost i rozwój mózgu – Dostosowuje mechanizmy naukowe (połączenia wewnątrz- i międzypółkulowe)

Leki stosowane przez matkę nie powinny stanowić bariery dla karmienia MBM

- Większość matek przebywających na OIOM-ie ma problemy zdrowotne lub komplikacje ciążowe/porodowe, które wymagają stosowania leków
- Lekarz prowadzący lub farmaceuta powiedział matce, że stosowanie leków nie jest bezpieczne w przypadku karmienia piersią/ podawania MBM
- Specjaliści z OITN są ekspertami w zakresie bezpieczeństwa niemowląt
- Wybór mleka modyfikowanego lub od dawczyni nie jest „bezpiecznym rozwiązaniem”
- Nie wyrzucaj MBM
- Nie zmieniaj leków

Patrz film PROVIDE

„Leki dla matki podczas dostarczania MBM na OITN-ie”.

Z naukowego punktu widzenia nie ma zamiennika dla MBM w tej populacji

- Kiedy matki otrzymują takie przekazy od pracowników służby zdrowia, większość z nich zmienia plany dotyczące karmienia mieszanką przed porodem i rozpoczyna laktację.

„Kiedy mleko matki nie jest dostępne...”

DLACZEGO MLEKO MATKI NIE JEST DOSTĘPNE?

Mleko od dawczyń nie powinno być „rozwiązaniem” dla braku opartych na dowodach praktyk, które zwiększają dostępność MBM na OITN.

- „Nasze matki nie wytwarzają wystarczającej ilości mleka”
- „Nasze matki nie są zainteresowane karmieniem piersią”
- „Nasze matki nie dbają o higienę, więc martwimy się o infekcje”
- „Nasze matki nie są wpuszczane na OITN”
- „Nasz OITN nie ma miejsca ani sprzętu dla matek do korzystania z laktatora”
- „Nie mamy zasobów, aby wspierać karmienie MBM”

Meier PP et al., J Perinatology 2016; Meier PP et al., Clinics in Perinatology, 2017.

Cele prezentacji

1. Edukacja rodziny, personelu i administratorów szpitali w zakresie redukcji chorób i kosztów dzięki karmieniu MBM.
2. Uświadomienie, że pasteryzowane mleko kobiece (DHM) nie jest dobrym substytutem MBM.
3. Wdrożenie polityki opartej na dowodach, która zoptymalizuje dostępność i karmienie MBM na OITN

Wdrożenie kompendium PROVIDE

Dostęp do ekspertów w dziedzinie laktacji specjalizujących się w oddziałach intensywnej terapii noworodków

Stosowanie technik optymalizujących odciąganie pokarmu

Kontakt „skóra do skóry”, udział rodziców

Karmienie dostępnym mlekiem własnej matki

Pasteryzowane mleko od dawczyń stało się światowym standardem, gdy mleko matki jest niedostępne.

Zatwierdzone przez WHO, AAP i ESPGHAN

Definicje: Mleko matki, mleko dawczyni i mleko kobiece to nie to samo

- Świeże lub mrożone wzmocnione mleko własnej matki (MBM) redukuje powikłania związane z wcześniactwem i ich koszty w sposób zależny od dawki i promuje odpowiedni wzrost
- Pasteryzowane mleko matki nie zapewnia takiej redukcji ryzyka
- Mleko od dawczyń (DHM) redukuje NEC, ale nie posocznicę i problemy neurorozwojowe i wiąże się z wolniejszym wzrostem,

- Mleko kobiece (HM) odnosi się do kombinacji MBM i DHM
- Badacze i zwolennicy często uogólniają wiele korzystnych wyników MBM na HM
- Dieta oparta wyłącznie na mleku kobiecym (EHM) oznacza karmienie HM i wzmacnianie HM (nie krowim).

Mleko od dawczyń jest opcją „nie szkodzić” i stanowi „bezpieczną” alternatywę dla mleka modyfikowanego. Ma minimalną bioaktywność

- DHM nie zawiera białka krowiego ani noreksogennego żelaza i służy jako „bezpieczna” alternatywa dla mieszanki.
- „Bezpieczeństwo” DHM oznacza, że karmienie dojelitowe rozpoczyna się wcześniej w przypadku braku MBM
- Wcześniejsze karmienie dojelitowe = krótszy czas NPO i TPN, przyczyniając się do redukcji NEC
- Mieszanka zwiększa stan zapalny, zwiększa przepuszczalność jelit i niszczy komórki nabłonka jelit, zwiększając ryzyko NEC.

Meier, Patel, Esquerra-Zwiers, J Peds, 2016

Penn et al. Pediatr Res 2012

Taylor SN, et al Breastfeeding Med, 2009.

Nowsze badania i przeglądy koncentrowały się na różnicach w zdrowiu, wzroście i wynikach ekonomicznych pomiędzy MBM a DHM

Mleko od dawczyń to poważny globalny problem w opiece neonatologicznej, którego priorytety często nie są zgodne z dowodami.

Ekonomia i ideologia zrównują MBM i DHM

- DHM jest mniej skuteczne, ale droższe niż MBM.
- DHM jest „łatwiejsze” do nabycia i opłacenia dla NICU w porównaniu z inwestowaniem w oparte na dowodach interwencje, które zwiększają wykorzystanie MBM.
- Zgodność z globalnymi zaleceniami zdrowotnymi jest ideologicznie uzasadniona, jeśli nie stosuje się mieszanki.
- Ideologicznie, stosowanie określenia MLEKO KOBIECE do określenia zarówno MBM, jak i mieszanki wprowadza w błąd i prowadzi klinicystów do przekonania, że są one równoważne.

Dlaczego wpływ DHM różni się od MBM w odniesieniu do innych jednostek chorobowych?

Etap laktacji i Mleko własnej matki wcześniaka vs. matki noworodka donoszonego

Najpoważniejszy „brak dopasowania” ma miejsce, gdy DHM zastępuje MBM we wczesnym okresie po urodzeniu dziecka.

- Wczesne mleko własnej matki odzwierciedla biologię wrażliwego wcześniaka
- Wysoki poziom białka ochronnego i rozwojowego

- Siara wcześniacza bardziej przypomina płyn owodniowy niż dojrzałe mleko, kompensując skrócony okres połykania płynu owodniowego
- Wiele mechanizmów kolonizujących jelita
- Bioaktywność, która zmniejsza stan zapalny i stres oksydacyjny

Najnowsze dowody: Siara ma kluczowe znaczenie dla regulacji genów, mechanizmów i zmniejszenia ryzyka zachorowalności

Definiuje siarę i jej przeznaczenie, w tym stymulowanie wzrostu, dojrzewania i ochrony jelit

- Wyjaśnia krótki czas występowania siary
- Szczegółowo opisuje wyjątkową rolę priorytetów genetycznych podczas siary: funkcje immunomodulacyjne i rozwojowe
- Opisuje różnice kolorystyczne w siarze
- Podkreśla, że nigdy nie należy wyrzucać siary

*www.lactahub.org/nicu-training

Komórkowa i immunologiczna dynamika wczesnego przejściowego mleka kobiecego. Communications Biology 2023.

- Do badania włączono 36 matek (25 FT; 11 PT)
- Zbadano 62 bioaktywne składniki w ciągu pierwszych 2 tygodni po porodzie
- 21 cytokin, 13 cząsteczek adhezyjnych, 6 chemokin, 5 adipokin, 4 enzymy, 6 innych (lipokaliny, czynniki wzrostu, inhibitory sygnalizacji komórkowej)

Główne wyniki:

- 26 składników zmniejszyło się znacznie między tygodniami 1 i 2
- Niewiele różnic między FT / PT MBM
- Składniki te biorą udział we wzroście, przebudowie tkanek i immunomodulacji
- Białka te odpowiadają za znaczny spadek całkowitego białka w MBM między wczesną a ustaloną laktacją

Pielęgnacja jamy ustnej jest przykładem synergicznego efektu połączenia MBM ze śliną niemowlęcia.

Szczegółowo opisuje mechanizmy ochrony za pomocą MBM jako „pielęgnacji jamy ustnej” dla niemowląt na OITN

- Specjalne zdjęcia przedstawiają te mechanizmy, aby były zrozumiałe dla rodzin
- Wyjaśnia, że „pielęgnacja jamy ustnej” to nie to samo, co picie mleka
- Opisuje wytyczne dotyczące częstotliwości podawania

Cele prezentacji

1. Edukacja rodziny, personelu i administratorów szpitali w zakresie ograniczenia chorb i kosztów dzięki karmieniu MBM
2. Uświadomienie, że pasteryzowane mleko kobiece (DHM) nie jest dobrym substytutem MBM
3. Wdrożenie proaktywnych, opartych na dowodach zasad, które optymalizują dostępność i karmienie MBM na OITN

Wdrożenie kompendium PROVIDE

Dostęp do ekspertów w dziedzinie laktacji na OITN

Priorytetowe traktowanie pierwszych 14 dni po urodzeniu

Stosowanie technik optymalizujących odciążanie pokarmu

Kontakt skóra do skóry, udział rodziców

Wczesne rozpoczęcie karmienia piersią

Proaktywna opieka laktacyjna na OITN

- Bariery w ustanowieniu i utrzymaniu laktacji zostały określone w literaturze. Można coś z nimi zrobić.
- „Proaktywne” oznacza dzielenie się tymi potencjalnymi barierami z matkami z wyprzedzeniem i angażowanie ich w pomoc w identyfikowaniu problemów
- „Wiele matek dzieci z OITN ma problemy z ustaleniem podaży mleka. Pierwsze 14 dni są krytyczne, więc będziemy rozmawiać z Tobą każdego dnia, aby upewnić się, że jesteś na właściwej drodze”.
- „Opieka reaktywna”:
- „Jesteśmy tu, aby ci pomóc. Daj nam znać, jeśli masz jakieś pytania”.
- „Jakakolwiek ilość MBM, którą nam dasz, jest w porządku”.

Najlepsze praktyki: Wdrożenie zestawu narzędzi Kompendium PROVIDE w celu optymalizacji opieki laktacyjnej na OITN

Dostęp do ekspertów ds. opieki laktacyjnej na OITN

Rush Mothers’ Milk Club (Klub Mleka Matek Rush) Doradczynie ds. karmienia piersią to rodzice niemowląt hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii noworodków Rush.

Doradczynie laktacyjne z Rush Mothers’ Milk Club zapewniały prawie całą indywidualną opiekę laktacyjną.

Wspieranie laktacji i karmienia mlekiem własnej matki jest priorytetem oddziałów intensywnej terapii, który dzielają wszyscy lekarze.

Cotygodniowe obiady Klubu Mleka Matek stanowią forum „dzielenia się wiedzą” na temat mleka kobiecego i laktacji oraz pozwalają matkom pomagać sobie nawzajem i zachęcać się do działania.

Krytyczne 14. dniowe okno, które przewiduje karmienie MBM przy wypisie wcześniaków z oddziału intensywnej terapii

Piersi przechodzą wczesne programowanie podczas przejścia od różnicowania wydzielniczego (laktogeneza 1) do aktywacji wydzielniczej (laktogeneza 2): Zdarzenie jednorazowe

Różnicowanie wydzielnicze (laktogeneza 1):

Wzrost liczby komórek wydzielniczych

- Rozgałęzienie przewodów
- Synteza MBM utrzymywana w ryzach przez krążący progesteron
- Mogą mieć na nią wpływ choroby zapalne / metaboliczne

Poród:

Poród łożyska wyzwała aktywność wydzielniczą poprzez zniesienie inhibicji progesteronu

Aktywacja wydzielnicza (laktogeneza 2):

- Regulacja 4 szlaków transkomórkowych, które syntetyzują składniki MBM
- Zamknięcie 1 szlaku parakomórkowego
- Niezbędna stymulacja przez niemowlę lub laktator

Od narodzin do osiągnięcia aktywacji wydzielniczej

Poród:

- Wpływ otyłości (tkanka tłuszczowa zawiera progesteron)
- Pozostawione fragmenty łożyska
- Mogą mieć na nie wpływ warunki zdrowotne matki

Kolejne dni:

- Ma wpływ częstotliwość odciągania pokarmu
- Ma wpływ nieefektywne odciąganie pokarmu, ciśnienie, dopasowanie i umiejscowienie lejka
- NIE ODCIAGAĆ RĘCZNIE bez używania laktatora
- Ma wpływ nadwaga/otyłość matki
- Mogą mieć wpływ inne choroby współistniejące, które maskują zaburzone różnicowanie wydzielania.

Środki stosowane w punktach opieki w celu identyfikacji/zarządzania matkami z grupy ryzyka

Kangurowanie optymalizuje objętość MBM, stabilizuje niemowlę i dostosowuje przeciwciała MBM do zwalczania drobnoustrojów na OITN

- Opisuje mechanizmy ochrony podczas kangurowania, w tym niestandardowe rysowanie ścieżki wewnątrzpiersiowej
- Uznaje obawy rodzin, że ich dziecko może nie być „gotowe” na kangurowanie, a chęć rozpoczęcia może być samolubna z ich strony
- Podkreśla doświadczenie personelu pielęgniarskiego w przenoszeniu i monitorowaniu niemowląt
- Dwa filmy PROVIDE koncentrują się na kangurowaniu: po 1 dla personelu i rodzin

Optymalizacja technik odciągania mleka przy użyciu dostępnych dowodów, a nie ideologii

Standaryzacja wytycznych dotyczących odciągania z wykorzystaniem dostępnych dowodów

Osobiste Ścieżki Odciążania łączą poszczególne praktyki z arkuszami edukacyjnymi i filmami wideo PROVIDE za pomocą kodów QR.

Rozpoczęcie wczesnego karmienia bezpośrednio z piersi na oddziale intensywnej terapii noworodka przy użyciu arkuszy edukacyjnych i filmów PROVIDE.

Podsumowanie

MBM zmniejsza ryzyko NEC, posocznicy, dysplazji oskrzelowo-płucnej, problemów neurorozwojowych i ich kosztów w zależności od dawki.

- DHM zmniejsza NEC, ale nie inne choroby i zwiększa ryzyko niskiego wzrostu masy ciała / głowy / długości.
- Wysokie dawki DHM podczas hospitalizacji na OITN mogą być powodem do niepokoju na podstawie ostatnich badań klinicznych i mechanistycznych.
- Określono najlepsze, oparte na dowodach praktyki mające na celu zapewnienie, że noworodki na OITN otrzymują najwyższą możliwą dawkę MBM.

Barierami dla tych najlepszych praktyk są często koszty i ideologia.

Deklaracja

- NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u niemowląt z VLBW: Interwencja ekonomiczna mająca na celu utrzymanie regularnego stosowania laktatora: ReDiMom Trial (2020-2024; Patel i Johnson, PIs)
- NIH: Wczesnodziecięce wyniki neurorozwojowe, ekonomiczne i żywieniowe wśród byłych niemowląt VLBW z badania ReDiMBM (2022-2026; Johnson and Patel, PIs)
- PCORI: Klinicznie zintegrowane doradztwo w zakresie karmienia piersią w celu promowania równości w karmieniu piersią (2021-2025; Borders, PI)
- NIH: Wpływ wieku ciążowego w MBMencie porodu na wyniki laktacji u matek krytycznie chorych niemowląt wymagających odciążania pokarmu (K23; Bendixen, 2023-2026)
- NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u czarnoskórych niemowląt z bardzo niską masą urodzeniową: Zrozumienie postrzegania matek i ich matek (ReDiMom Diversity Supplement; 2022–2024; DeVane-Johnson)
- AHRQ: Optymalizacja wykorzystania nieformalnych pracowników służby zdrowia w celu zaradzenia dysproporcjom w zdrowiu matek i dzieci: Kompleksowa ocena klinicznie zintegrowanego programu doradców w zakresie karmienia piersią (K01; Keenan-Devlin, 2022-2026).

Active Research and Training Awards Industry Research Funding and Consultation – Medela AG, Baar, Szwajcaria

Zastrzeżenie

Niniejsza ogólna karta informacyjna jest przeznaczona do stosowania pod nadzorem personelu medycznego na oddziale intensywnej terapii noworodków (OITN). Służy on przede wszystkim do celów szkoleniowych oraz do przekazywania dodatkowych informacji rodzicom lub osobom prywatnym nieposiadającym wykształcenia medycznego przez pracowników służby zdrowia oddziału intensywnej terapii noworodków (OITN). Ogólne arkusze informacyjne dostarczone przez Rush University Medical Center są przeznaczone dla rodziców i zainteresowanych osób prywatnych bez wykształcenia medycznego i nie zgłaszamy żadnych roszczeń co do ich kompletności. W żadnym wypadku informacje te nie powinny być traktowane jako substytut profesjonalnej porady lub leczenia ani niezależnej oceny medycznej pracownika ochrony zdrowia dotyczącej konkretnych diagnoz pacjentów lub planów leczenia. Pracownicy ochrony zdrowia powinni kierować się własną, niezależną oceną medyczną, a decyzje dotyczące diagnozy lub planów leczenia leżą wyłącznie w ich gestii. Ogólna treść niniejszego arkusza informacyjnego nie może i nie powinna być wykorzystywana do stawiania niezależnych diagnoz lub rozpoczynania leczenia. Nasze informacje nie są bezpośrednio związane z użytkownikiem. W związku z tym zalecamy wizytę u pracowników ochrony zdrowia w celu uzyskania konkretnych porad dotyczących wszelkich problemów medycznych.

Niniejsza karta informacyjna została opublikowana na stronie www.LactaHub.org w dniu 4 sierpnia 2020 r. Została ona udostępniona w dobrej wierze. Chętnie udzielimy dalszych informacji i wskazówek.

Czekamy na Twoje zapytania pod adresem: contact@lactahub.org

Informacje dotyczące wersji polskiej

Opracowanie polskie zostało wykonane na zlecenie i za zgodą prof. Pauli Meier w maju 2024 roku przez Centrum nauki o Laktacji, niepubliczną placówkę edukacyjną prowadzoną przez Fundację Twórczych Kobiet i udostępnione uczestnikom Zjazdu CNoL 7-8 czerwca oraz opublikowane na stronie www.cnol.kobiety.med.pl.

Przykładowe arkusze PROVIDE dostępne w oryginale na:
www.lactahub.org/nicu-training oraz po polsku na www.cnol.kobiety.med.pl

16. Jaką optymalną ilość mleka należy odciągać dla dziecka przebywającego w oddziale intensywnej terapii noworodka (OITN)?

Meier et al. (2016). J Perinatol 36: 493-499. Meier et al. (2017). Clin Perinatol 44: 1-22. Hoban et al. (2018). Breastfeed Med 13:135-141
Wersja polska 2024

Matki, których dzieci przebywają na oddziale intensywnej terapii noworodka zastanawiają się, jaką ilość mleka uzyskać podczas odciągania laktatorem. Istnieje wiele normalnych ilości na drodze do pełnej podaży pokarmu. Jednak okresem najważniejszym dla stymulacji laktacji są pierwsze 2 tygodnie po porodzie.

Dlaczego pierwsze 2 tygodnie są tak ważne?

W tym czasie zachodzi wiele kluczowych zmian w samych gruczołach piersiowych, ale też uruchamia się hormonalny kompleks laktogenny w organizmie mamy, który odpowiada za proces produkcji pokarmu. Bez odpowiedniej stymulacji gruczołów piersiowych nie osiągnie się odpowiedniej ilości mleka dla dziecka.

- Cel objętościowy to uzyskanie w 2-tygodniu co najmniej 500 ml (17 uncji lub 2–1/4 kubka) dziennie odciągniętego mleka
- Uzyskanie odpowiedniej ilości mleka jest najważniejszym celem, jeśli chcesz, aby Twoje dziecko otrzymywało wyłącznie Twoje mleko aż do wypisu z oddziału.

Dlaczego 500 ml? Przecież moje dziecko jest karmione znacznie mniejszą ilością mleka. W pierwszych 2 tygodniach życia większość dzieci przebywających na OITN potrzebuje znacznie mniejszych ilości mleka niż dzieci urodzone o czasie, które są karmione piersią.

- Pod koniec tego 2-tygodniowego okresu wcześniak może potrzebować tylko 100–150 ml mleka dziennie, podczas gdy dziecko urodzone o czasie spożywa co najmniej 500–600 ml mleka. Mimo że Twoje dziecko może potrzebować mniejszą ilość pokarmu, Twoje piersi powinny wytwarzać taką samą ilość mleka, jak u matki karmiącej piersią donoszone dziecko.
- Zasada podaży i popytu, zgodnie z którą piersi dostarczają taką ilość mleka, jakiej potrzebuje dziecko, nie ma zastosowania u matek, których dzieci przebywają na OITN i które stymulują piersi laktatorem. To laktator zamiast dziecka musi wytworzyć

popyt, dać w ten sposób sygnał organizmowi mamy do wytworzenia utrzymania odpowiedniej i długotrwałej podaży mleka dla dziecka.

- Nadwyżki pokarmu wytworzone w pierwszych dniach można zamrozić i podać dziecku nawet kilka miesięcy później.

Jak zwiększa się podaż mleka w ciągu pierwszych 2 tygodni po porodzie?

Większość matek produkuje bardzo małe ilości pokarmu – często tylko kilka kropli – w ciągu pierwszych 2–3 dni po porodzie. Jednak później ilość mleka zwykle bardzo szybko wzrasta.

- Nie zniechęcaj się, jeśli często odciążasz pokarm, ale na początku masz mało mleka lub nie masz go wcale. Nie oznacza to, że później będziesz mieć problemy z odpowiednią ilością mleka.
- Podaż mleka wzrasta od kilku kropli do 500 ml lub więcej w ciągu pierwszych 1–2 tygodni po porodzie, ale stopień i czas tego wzrostu różnią się u poszczególnych matek. Matki, które same chorowały lub miały powikłania ciążowe i okołoporodowe, często wolniej zwiększają podaż mleka.
- Poniższy wykres przedstawia najczęstszy wzorzec wzrostu podaży mleka u matek dzieci na OITN, używających laktatora. Kolorowe paski dla każdego dnia (2–14) pokazują ilość czasu spędzonego na odciążaniu (ciemnozielony) i ilość mleka ściągniętego tego dnia (jasnozielony). Wykres pokazuje, że w pierwszych 3–4 dniach matka spędza dużo czasu na odciążaniu pokarmu (ciemnozielony), ale uzyskuje bardzo mało mleka (jasnozielony). Następnie, w ciągu zaledwie jednego dnia (między 4 a 5 dniem) podaż jej mleka wzrasta ponad trzykrotnie, z 90 ml do 300 ml! W 11. dniu kolorowe paski są odwrócone. Matka spędza teraz mniej czasu na odciążaniu pokarmu każdego dnia, ale pobiera znacznie więcej mleka (600–700 ml). Krótko mówiąc: dużo odciążania pokarmu w pierwszych dniach opłaca się, ponieważ pod koniec 2 tygodnia matka ma o wiele więcej mleka!

Wykres czasu odciążania jest zawarty w oryginale arkusza PROVIDE

3. W jaki sposób moje mleko wspomaga wzrost i rozwój mózgu dziecka?

Kapellou et al. (2006). PLOS Medicine 3: e265. Blesa et al. (2019). NeuroImage 184: 431-439

Ludzki mózg jest znacznie większy i bardziej skomplikowany niż mózgi innych zwierząt i rośnie bardzo szybko w ciągu pierwszych dwóch lat życia. Mleko matki zawiera specjalne substancje wspierające zapotrzebowanie mózgu na energię, a także jego wzrost, rozwój i ochronę w tym czasie. Mleko ludzkie charakteryzuje:

- ▣ Wysoka zawartość laktozy, cukru, który dostarcza energii wspomagającej pracę mózgu w kontrolowaniu oddychania, myślenia i poruszania się.
- ▣ Mniejsza ilość białka niż w innych mlekach zwierzęcych, ale za to białko w mleku ludzkim jest specjalnie ukierunkowane na rozwój mózgu.
- ▣ Obecność specjalnych tłuszczów, które pomagają rozwijać połączenia w mózgu wspomagające uczenie się, zapamiętywanie, emocje i inne zachowania.
- ▣ Substancje niebędące żywnością, które zapewniają ochronę delikatnej tkance mózgowej podczas jej wzrostu.

Co jeśli moje dziecko urodzi się przed terminem?

Mózg wcześniaka jest znacznie mniejszy i słabiej rozwinięty niż mózg dziecka urodzonego o czasie, dlatego wszystkie oddziały intensywnej opieki noworodkowej stosują praktyki, które koncentrują się na rozwoju i ochronie mózgu wcześniaków. Mleko matki jest istotną częścią tych praktyk. Badania pokazują, że podawanie dużych ilości własnego mleka matki aż do wypisu z OITN wiąże się z lepszym wzrostem mózgu i rozwojem niemowlęcia niż podawanie wcześniakom mleka od dawczyni lub mleka modyfikowanego.

- Niektóre części mózgu wcześniaka rosną szybciej niż inne podczas hospitalizacji na OITN. Ta część mózgu dziecka, która rośnie szybciej, nazywana jest istotą białą. Nazwa „istota biała” odnosi się do koloru nerwów w mózgu (biały), ponieważ pokrywają się one rodzajem izolacji, która składa się głównie z tłuszczu. Ta warstwa izolacyjna przyspiesza przekazywanie informacji w mózgu i jest związana z uczeniem się i zachowaniem w późniejszym dzieciństwie. Tłuszcz z mleka matki jest najlepszą substancją dla tego specjalnego procesu izolacji. Proces ten nazywany jest mielinizacją.
- Ilustracja 1 pokazuje, jak niektóre części mózgu wcześniaków rosną szybciej niż inne. Widać, że istota biała rośnie szybciej niż ogólny rozmiar głowy dziecka (rozmiar głowy = obwód głowy, który mierzymy co tydzień).
- Ilustracja 2 pokazuje różnice w liczbie połączeń między częściami mózgu, gdy wcześniaki otrzymują różne ilości mleka matki aż do wypisu z OITN.

Tak więc, oprócz kangurowania, czytania i śpiewania dziecku oraz zapewniania mu dużej ilości relaksującego snu, dostarczanie mleka jest ważną rzeczą, którą możesz zrobić, aby wspomóc wzrost i rozwój mózgu swojego dziecka podczas pobytu na OITN.

Rysunek jest zawarty w oryginale arkusza PROVIDE

9. Dlaczego kangurowanie jest ważne dla mnie i mojego dziecka na OITN?

Kangurowanie (zwane również kontaktem „skóra do skóry”) jest ważną częścią pobytu na OITN zarówno dla Ciebie, jak i dla Twojego dziecka.

Podczas kangurowania trzymasz dziecko ubrane tylko w pieluszkę, między piersiami, tak aby Twoja skóra dotykała skóry dziecka, jak na ilustracji.

Kangurowanie zapoczątkowano ponad 40 lat temu w Ameryce Środkowej i Południowej, kiedy lekarze poprosili matki, żeby mieszkały w szpitalu i trzymały swoje wcześniaki w kontakcie „skóra do skóry” aby zapewnić im ciepło. Lekarze odkryli, że kangurowanie obniżyło wskaźniki infekcji u dzieci, co pozwoliło im szybciej wyjść do domu. Programy Mother Kangaroo były promowane przez Światową Organizację Zdrowia i doprowadziły do dalszych badań nad korzyściami dla matek i dzieci przebywających na OITN.

Czy kangurowanie jest korzystne dla mojego dziecka?

Badacze porównali reakcje wcześniaków podczas kangurowania z matką i w inkubatorach przed i po kangurowaniu. Badania te wykazały wiele korzyści płynących z kangurowania wcześniaków i innych dzieci na OITN:

- ▣ Stabilna temperatura ciała. Matka dostosowuje temperaturę swojej skóry tak, aby temperatura dziecka pozostawała w normie.

- ▣ Stabilne tętno i częstotliwość oddechu. Tempo pracy serca i częstość oddychania poprawia się.
- ▣ Poprawa poziomu tlenu we krwi. Poziom tlenu często wzrasta, a niektóre dzieci potrzebują mniej wspomaganie oddychania za pomocą CPAP lub respiratora.
- ▣ Lepszy sen. Dzieci spędzają więcej czasu w głębokim śnie. Podczas głębokiego snu dzieci odprężają się, a z mózgu uwalniany jest hormon wzrostu. Lepszy sen pomaga dziecku zregenerować siły, przybrać na wadze i sprzyja zdrowemu funkcjonowaniu mózgu.
- ▣ Ochrona przed infekcją. Twoje dziecko przenosi drobnoustroje na Twoją skórę, a Ty wdychasz je do płuc. Następnie specjalna część jelit, zwana kępkami Peyera (tkanka limfatyczna związana z błoną śluzową jelita ang. GALT, przyp. red. pol.), wytwarza jedyne w swoim rodzaju substancje ochronne, zwane przeciwciałami, które zwalczają te konkretne drobnoustroje. Przeciwciała te przemieszczają się z jelit do przewodów mlecznych i wraz z mlekiem matki docierają do dziecka zmniejszając ryzyko infekcji. Dzieje się to za pośrednictwem układu chłonnego matki (przyp. red. pol). Ta funkcja organizmu, zwana drogą jelitowo-piersiową, pozwala wytworzyć spersonalizowany lek, który tylko matka może zapewnić swojemu dziecku na OITN.

Co będę czuć podczas kangurowania?

Matki twierdzą, że podczas kangurowania dziecka na oddziale intensywnej terapii czują się jak prawdziwe matki, a częste kangurowanie pomaga im się zrelaksować, radzić sobie ze stresem, nauczyć się, jak uspokajać dziecko i wytwarzać więcej mleka. Jest to ważna część procesu leczenia zarówno dla Ciebie, jak i Twojego dziecka.

Czy moje dziecko naprawdę jest gotowe na kangurowanie?

Matki często martwią się, czy nie jest za wcześnie na rozpoczęcie kangurowania i myślą, że są samolubne, ponieważ chcą przytulić swoje dzieci na OITN tak szybko, jak to możliwe po urodzeniu. Zapewniamy, że personel oddziału intensywnej terapii będzie zalecał kangurowanie tylko wtedy, gdy będzie to bezpieczne dla dziecka. Personel OITN to eksperci w przenoszeniu dzieci do kangurowania wraz ze sprzętem do oddychania, kroplówkami, monitorami i innymi rurkami i przewodami. Wiele procedur na oddziałach intensywnej terapii może być wykonywanych, gdy dzieci są kangurowane, w tym karmienie i podawanie leków, odciąganie pokarmu, zmiana pieluch i pomiar parametrów życiowych. To normalne, że na początku czujesz się zdenerwowana, ale te uczucia szybko miną, gdy zobaczysz, jak Twoje dziecko wtula się w Twoją pierś, odpręża i czuje się bezpiecznie. Poczujesz, że Twoje dziecko wie, że znów jest razem z MAMĄ i rozpoznaje Twój zapach i bicie serca, szybko ucząc się odróżniać Twój dotyk od dotyku personelu oddziału intensywnej terapii i lekarzy.

Ilustracja jest zawarta w oryginale arkusza PROVIDE

[tekst do ilustracji:]

1. Matka wdycha drobnoustroje. Dziecko zostawia drobnoustroje na skórze matki
2. Drobnoustroje trafiają z płuc do jej krwiobiegu.
3. Drobnoustroje z płuc i skóry trafiają do jelita matki.
4. Tkanka limfatyczna jelit (GELT) wytwarza przeciwciała.
5. Przeciwciała przechodzą drogą jelitowo-piersiową do mleka matki.
6. Mleko matki zapewnia dziecku przeciwciała chroniące przed infekcją.

13. Zapewnianie dziecku mleka na OITN: Pierwsze kroki.

Meier et al. (2016). J Perinatol 36: 493-499. Meier et al. (2017). Clin Perinatol 44: 1-22. Hoban et al. (2018). Breastfeed Med 13: 135-141. Parker et al. (2020) J Perinatol epub ahead of print. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0688-z>

U wszystkich matek prawidłowe rozpoczęcie laktacji w pierwszych dwóch tygodniach po porodzie jest kluczowe dla długotrwałej, obfitej podaży mleka.

Kiedy dziecko jest przyjmowane na oddział intensywnej terapii, matki stają przed dodatkowymi wyzwaniami, takimi jak: 1) używanie laktatora do czasu, aż dziecko będzie mogło być karmione piersią, 2) radzenie sobie ze stresem związanym z przyjęciem na oddział intensywnej terapii oraz 3) wyższym ryzykiem powikłań ciąży i porodowych. Poniższe wytyczne, są przeznaczone dla matek, których dzieci przebywają na OITN i ułatwią rozpoczęcie wytwarzania mleka dla dziecka.

1. Rozpocznij stymulację piersi jak najszybciej po porodzie.

W przypadku terminowych, niepowikłanych porodów, dzieci zaczynają być karmione piersią na sali porodowej w ciągu kilku minut po urodzeniu. Praktyka ta została powiązana ze wzrostem podaży mleka zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej. Badania wykazują podobne wyniki dla matek wcześniaków, które zaczynają używać laktatora w ciągu pierwszych godzin po urodzeniu. Wytwarzają one więcej mleka zarówno w pierwszych dniach, jak i do 6 tygodni po porodzie.

2. Używaj laktatora elektrycznego klasy szpitalnej.

Zauważono, że w pierwszych dniach po urodzeniu dziecko urodzone o czasie, karmione piersią, ma specyficzny wzorzec ssania, który składa się z wielu nieregularnych zassań. To, co odczuwa matka podczas takiego ssania jest bardzo ważne dla piersi i różni się od tego, które czuje podczas ręcznego odciągania mleka. Laktatory elektryczne klasy szpitalnej zapewniają taki wzorzec ssania, jak w przypadku dziecka urodzonego w terminie.

3. Używaj laktatora tak często, jak pozwala na to twój stan zdrowia w trakcie i po pobycie w szpitalu położniczym.

Badania pokazują, że im częściej matka, której dziecko przebywa na OITN korzysta z laktatora w ciągu pierwszych 5 dni po porodzie, tym większe jest prawdopodobieństwo, że do końca drugiego tygodnia będzie produkować dużo mleka. Zalecamy co najmniej 8 odciągnięć pokarmu dziennie w ciągu pierwszych 5 dni, ale niektóre matki nie są w stanie tego zrobić ze względu na komplikacje ciążowe i porodowe lub inne problemy zdrowotne. Jeśli odciąganie 8 razy dziennie nie jest możliwe, postaraj się robić to przynajmniej 5 razy dziennie.

4. Nie ustawiaj nocnego budzika w celu użycia laktatora.

Wytyczne te różnią się od wytycznych dla matek w domu, które budzą się, aby nakarmić swoje dzieci w nocy. Matki dzieci przebywających na oddziałach intensywnej terapii często same są chore i mają trudności ze snem z powodu stresu związanego ze stanem dziecka. Ból i zmęczenie przeciwdziałają wysiłkom związanym z produkcją mleka, dlatego

ważne jest, aby zrównoważyć odciąganie pokarmu z własną pielęgnacją, szczególnie w początkowej fazie. Dobrą zasadą jest odciąganie pokarmu po przebudzeniu w nocy, zamiast używania budzika. Sprawdź, co się dzieje z dzieckiem, użyj laktatora i spróbuj ponownie zasnąć. Postaw sobie za cel co najmniej 5 sesji odciągania pokarmu każdego dnia, z jedną dłuższą przerwą, 5–6 godzin, na sen w nocy. Gdy piersi zaczną wytwarzać więcej mleka, same staną się Twoim nocnym „budzikiem”, ponieważ ich przepiętnie obudzi Cię na odciąganie pokarmu. Ponadto, gdy poczujesz się lepiej, spróbuj dodać dodatkowe sesje, staraj się dojść do 8 odciągań dziennie.

5. Na oddziale intensywnej terapii spędzaj z dzieckiem jak najwięcej czasu.

Spędzanie czasu przy dziecku i kangurowanie pomoże zwiększyć uwalnianie hormonów laktacyjnych z mózgu. Używaj laktatora przy dziecku na oddziale i spraw, by odciąganie pokarmu było wyjątkową chwilą dla Ciebie i Twojego dziecka. Każdego dnia po przybyciu na oddział od razu użyj laktatora i użyj go ponownie przed powrotem do domu. Jeśli spędzasz kilka godzin na oddziale, odciągaj pokarm co 2–3 godziny. Częste odciąganie pokarmu na oddziale pomoże ci osiągnąć odpowiednią jego ilość.

18. Dlaczego muszę nadal odciągać pokarm po wypisaniu dziecka z OITN?

Meier et al. (2017). Clin Perinatol 44: 1-22.

Matki często myślą, że mogą przestać odciągać pokarm wraz z wypisaniem dziecka z oddziału, ponieważ nie są już oddzielone od swoich wcześniaków.

Wcześnieiki mogą być zbyt niedojrzałe, aby pobierać wystarczającą ilość mleka tylko poprzez wyłączone karmienie piersią, dopóki nie osiągną dojrzałości przynajmniej do oczekiwanej daty urodzenia.

Mam wystarczającą ilość mleka. Dlaczego muszę odciągać pokarm?

Duża ilość mleka podczas odciągania nie oznacza, że wcześniak wypije wystarczająco dużo podczas karmienia piersią. Laktator odciąga mleko skuteczniej (całkowicie) i wydajniej (szybciej) niż pobiera wcześniak w terminie wypisu z oddziału intensywnej terapii. Dziecko może więc nie uzyskiwać całego mleka, nad którego wytworzeniem tak ciężko pracowałaś.

Słyszałam jednak, że laktator nie pobiera mleka tak dobrze, jak dziecko karmione piersią.

Może to być prawdą w przypadku dziecka urodzonego o czasie, z silnym odruchem ssania i u matki, która nie jest przyzwyczajona do korzystania z laktatora. Jednak odwrotna sytuacja ma miejsce w przypadku wcześniaka słabossącego, który zasypia już na początku karmienia.

Laktatora należy używać kilka razy dziennie do momentu, aż wcześniak nie będzie pobierał pokarmu tak efektywnie, jak dziecko urodzone o czasie. Odciąganie pokarmu pomaga utrzymać dużą ilość dostępnego mleka, gdy dziecko zaczyna jeść chętniej i bardziej regularnie.

W jaki sposób dodatkowe odciążanie pokarmu pomaga dziecku pić więcej mleka?

Ponieważ wcześniak może nie być w stanie stymulować piersi wystarczająco dobrze, aby pomóc w utrzymaniu dobrej podaży mleka, laktator wykonuje to zadanie. Wykres pochodzi z badań przeprowadzonych na wcześniakach, które zostały wypisane z oddziału intensywnej terapii w 35,5 tygodniu wieku ciążowego. Pokazuje on postępy w pobieraniu mleka z piersi tydzień po tygodniu.

- „Przy piersi” to średnia ilość mleka wypijanego przez dziecko z piersi każdego dnia w ciągu pierwszych 4 tygodni w domu.
- „Nadwyżka” to ilość mleka, którą matki biorące udział w badaniu odciągały każdego dnia i podawały swoim dzieciom z butelki.
- W ciągu pierwszego miesiąca w domu dzieci stopniowo piły więcej mleka z piersi niż z butelki. Większość dzieci potrzebowała jednak dodatkowego odciągniętego mleka do około 2 tygodni po spodziewanej dacie porodu.
- Dzieci były w stanie zwiększyć ilość mleka wypijanego z piersi, ponieważ było ono dostępne i płynęło szybko. Dodatkowe mleko pochodziło z codziennego odciążania pokarmu.
- Gdyby matki nie odciągały pokarmu, ich podaż mleka zmniejszyłaby się w ciągu tego miesiąca, ponieważ dzieci nie stymulowały odpowiednio piersi podczas karmienia.

Jak długo będę musiała używać laktatora po wypisaniu dziecka z oddziału?

Między wypisem z OITN a spodziewaną datą porodu wcześniaki są zazwyczaj karmione piersią codziennie, gdy są aktywne i chętnie jedzą. Z czasem te efektywne, skuteczne karmienia stają się regularne, a dzieci dobrze przybierają na wadze. Wówczas codzienne odciążanie pokarmu może się stopniowo zmniejszać. Przeciętnie matki mogą przestać odciążać pokarm około 2 tygodni po spodziewanej dacie porodu, jednak niektóre mogą przestać wcześniej, a inne muszą odciążać pokarm dłużej. Poproś lekarza dziecka lub eksperta ds. laktacji o pomoc w opracowaniu planu zakończenia odciążania pokarmu, który będzie odpowiedni dla Ciebie i Twojego maluszka.

Wykres częstotliwości odciążania jest zawarty w oryginale arkusza PROVIDE

21. Czy karmienie piersią wcześniaka różni się od karmienia dziecka urodzonego o czasie?

Meier et al. (2018). Human milk in the neonatal intensive care unit, in *Breastfeeding and Breastmilk—From Biochemistry to Impact*, pp. 244-281. Family Larsson Rosenquist Foundation, Thieme: Stuttgart.

Matkom często mówi się, że po wypisaniu z OITN powinny karmić swoje wcześniaki piersią tak samo, jak dzieci urodzone o czasie.

Jednak większość wcześniaków jest wypisywana ze szpitala przed spodziewaną datą porodu, co oznacza, że są one wciąż mniej dojrzałe niż dzieci urodzone o czasie. Mimo, że wcześniak w końcu będzie mógł być karmiony wyłącznie piersią, tak jak dziecko urodzone o czasie, to prawdopodobnie nie będzie to możliwe w pierwszych tygodniach po wypisie. Poniższe wskazówki pomogą w ustaleniu realistycznych celów, które warto omówić podczas planowania wypisu z oddziału.

1. Wcześniak to nie to samo, co „małe” dziecko urodzone o czasie.

Niedojrzałość szybko rozwijającego się mózgu i mniejsza siła ssania sprawiają, że karmienie piersią u wcześniaków przebiega inaczej. Matki zgłaszają, że ich wcześniaki nie zawsze budzą się na karmienie, zsuwają się z brodawki, odpoczywają zamiast regularnie ssać, piją niewielkie ilości mleka i szybko zasypiają. Jednak po zakończeniu karmienia dzieci i tak wyglądają na najedzone. Zachowania te są normalne dla wcześniaka, ale mogą skłaniać przyjaciół i członków rodziny do udzielania rad, które mogą być nieodpowiednie dla mamy wcześniaka, takich jak, na przykład:

- „Masz po prostu grzeczne dziecko! Zaufaj swojemu ciału i karm dziecko na żądanie”. Wiele matek wcześniaków karmiących piersią uważa długie okresy snu między karmieniami, krótkie karmienia i wyglądanie na najedzone za cechy „grzecznego” dziecka. Jednak te znaki mogą być sygnałem ostrzegawczym, że wcześniak nie otrzymuje wystarczającej ilości mleka, ponieważ potrzeba snu przeważa nad pragnieniem jedzenia.
- „Dziecko jest po prostu śpiochem. Budź je co godzinę lub dwie, aby nakarmić piersią”. To zalecenie, typowe dla dzieci urodzonych o czasie, może pozbawić wcześniaka snu, który jest niezbędny do rozwoju i zachowania zdrowia. Nie należy budzić dziecka częściej niż zalecił to lekarz OITN w momencie wypisu.
- „Twoje dziecko zasypia, ponieważ jest mu zbyt wygodnie przy piersi. Zdejmij wszystkie kocyki i ubranka”. Ta sugestia jest powszechna w przypadku dzieci urodzonych o czasie, ale nie jest ani bezpieczna ani zalecana w przypadku wcześniaków, które częściej marzną lub zużywają dodatkowe kalorie, aby utrzymać ciepło.
- „Jesteś zafiksowana na liczbach, bo Twoje dziecko było na oddziale. Czas się zrelaksować i karmić tak, jak dziecko urodzone o czasie”. Ta powszechna sugestia sprawia, że matki wychodzące z oddziałów intensywnej terapii czują, że nikt nie rozumie, czego doświadczyły w oddziale. Każdego dnia obserwowałaś, jak Twoje dziecko walczy o przyrost masy, a teraz ta odpowiedzialność spoczywa całkowicie na Tobie. Masz rację, ufając swojemu instynktowi. Niewielkie różnice w spożyciu mleka podczas karmienia piersią w przypadku dziecka urodzonego o czasie (takie jak 15 ml lub pół uncji) to duże różnice dla wcześniaka.

2. Możesz czuć, że Twoje dziecko nie „robi tego, co powinno”, aby karmienie piersią było skuteczne.

Badania pokazują, że matki czasem interpretują błędnie senność wcześniaków podczas karmienia piersią określając to w taki sposób, że: „nie wykonują swojej części”, „nie są zainteresowane karmieniem”, „nie chcą się wysilać”, „nie lubią piersi”, „nie lubią smaku mleka” lub „wolą pić odciągnięte mleko z butelki”.

3. Wypatruj drobnych oznak postępu w karmieniu piersią.

Pamiętaj, że wcześniak zacznie jeść z piersi jak dziecko urodzone o czasie dopiero około 2 tygodnia po spodziewanej dacie porodu. Do tego czasu praca nad wyłącznym karmieniem piersią wymaga z Twojej strony cierpliwości. Co kilka dni wypatruj niewielkich oznak postępów u dziecka, takich jak mocniejsze ssanie, dobre przystawianie do piersi i dłuższa aktywność podczas karmienia.

22. W jaki sposób osłonka/kapturek na brodawkę może pomóc mojemu wcześniakowi przy karmieniu?

Meier et al. Clin Perinatol 44 (2013) 1-22. Kronborg et al. (2017). Mater Child Nutr 13: e12251.

Wersja polska 2024

Wcześnieki ssą słabiej w porównaniu do zdrowych, donoszonych dzieci, ale poprawia się to wraz z dojrzewaniem dziecka.

Noworodki i niemowlęta wykorzystują proces ssania do uzyskania i utrzymania dobrego chwytu piersi oraz do skutecznego i efektywnego pobierania pokarmu. Osłonka (kapturek) na brodawkę piersi pomaga zrekompensować słabe podciśnienie w procesie ssania, dopóki nie wzmocni się ono samoistnie.

Co to jest osłonka/kapturek na brodawkę piersi?

Osłonka/kapturek na brodawkę piersi różni się od lejka używanego podczas odciągania pokarmu. Jest to bardzo cienka osłona w kształcie brodawki, którą nakłada się na brodawkę oraz otoczkę podczas karmienia piersią.

Zdjęcie 1 przedstawia osłonkę/kapturek założony na pierś mamy.

Zdjęcie 1 jest zawarte w oryginale arkusza PROVIDE

Jak działa osłonka/kapturek na brodawkę piersi?

Słabe podciśnienie wytwarzane podczas ssania powoduje, że wcześniaki zsuwają się z brodawki podczas karmienia piersią, a także nie pobierają odpowiedniej porcji pokarmu mamy. Kapturek wzmacnia to podciśnienie. Pomaga również dzieciom prawidłowo uchwycić pierś, zwłaszcza jeśli brodawka matki jest krótka lub płaska. Jest to rozwiązanie tymczasowe, dopóki podciśnienie wytwarzane w czasie ssania nie wzmocni się samoistnie.

Jakiej osłonki/kapturki na brodawkę powinnam używać?

Osłonki na brodawkę występują w kilku rozmiarach i różnych kształtach, zależnie od producenta. Wybierz bardzo cienki materiał nadający się do kontaktu z żywnością (Zdjęcie 1).

Unikaj starszych modeli osłonek wykonanych z gumy lub lateksu. Osłonka powinna łatwo wpasowywać się w usta dziecka, ale nie powinna sięgać tak daleko, że dziecko zakrztusi się lub zadławi. U większości wcześniaków używamy osłonek/kapturków o rozmiarze 20 milimetrów tuż przed i po wypisaniu z OITN. (przyp. red. więcej o rodzajach w artykule Osłonki na brodawki zwane kapturkami opr. M. Castello-Rokicka, cnol.kobiety.med.pl)

Jak długo wcześniak będzie musiał używać osłonki/kapturka na brodawkę?

Większość wcześniaków korzysta z osłonki na brodawkę do około 2 tygodni po spodziewanej dacie porodu. Do tego czasu pociśnienie wytwarzane podczas ssania powinno być mniej więcej takie samo jak u dziecka urodzonego o czasie. Niektóre dzieci używają osłonki krócej lub dłużej. Wiele dzieci przestaje korzystać z kapturka stopniowo. Na przykład, możesz przystawiać do piersi bez kapturka, gdy zauważysz, że dziecko jest bardziej rozbudzone i chętne do karmienia o określonych porach dnia. Spróbuj najpierw karmić piersią bez osłonki i użyj jej, jeśli dziecko zaśnie zbyt wcześnie przy karmieniu.

Nie odcinaj końcówki osłonki, aby przyspieszyć ten proces!

Co jeszcze powinnam wiedzieć o używaniu osłonki/kapturka na brodawkę?

- Osłonka na brodawkę działa najlepiej przy dobrej podaży pokarmu, kiedy mleko z łatwością przepływa przez osłonkę. Kapturek nie rozwiązuje problemów z małą ilością mleka.
- Upewnij się, że brodawka jest umieszczona centralnie w tunelu kapturka, a jej końcówka nie jest dociśnięta do boku osłonki. Skontaktuj się z ekspertem ds. laktacji i/lub obejrzyj film: „Correct Application of the Nipple Shield”, aby upewnić się, że osłonka jest prawidłowo założona na pierś.
- Przyjmuj pozycję do karmienia piersią odpowiednią dla wcześniaków. (Patrz „Jakie są najlepsze pozycje do karmienia dla mojego wcześniaka?”).
- Poczekaj, aż dziecko szeroko otworzy usta, a następnie delikatnie poprowadź osłonkę nad językiem dziecka, używając dłoni i nadgarstka do podparcia jego głowy. Ssanie dziecka pomoże wciągnąć osłonkę na miejsce.
- Upewnij się, że dziecko trzyma brodawkę wraz z otoczką, a nie samą końcówkę kapturka. Użyj dłoni i nadgarstka, aby utrzymać dziecko w prawidłowej pozycji.

(Patrz Zdjęcie 2). Zdjęcie 2 jest zawarte w oryginale arkusza PROVIDE

- Myj osłonkę wodą z płynem do mycia i dezynfekuj ją raz dziennie razem z laktatorem. Pamiętaj, aby wycisnąć wodę z płynem do mycia przez otwory w osłonce, a następnie wypłucz.
- Miej 2–3 dodatkowe osłonki/kapturki na brodawkę i umieść je w miejscach, w których najprawdopodobniej będziesz karmić dziecko piersią.
- Pamiętaj, aby używać laktatora kilka razy dziennie, do czasu aż będziesz pewna, że dziecko pobiera odpowiednią ilość mleka bezpośrednio z piersi.
- Możesz usłyszeć, że używanie osłonki na brodawkę zmniejsza ilość wypijanego przez dziecko mleka. O ile może to czasem być prawdą w przypadku zdrowych, donoszonych dzieci, które nie potrzebują osłonki, o tyle nie jest to prawdą w przypadku wcześniaków.

Warsztat 1

Pierwsze dwa tygodnie po porodzie: krytyczny czas na rozpoczęcie laktacji u wcześniaków i niemowląt donoszonych.

Paula P. Meier, PhD, RN Professor of Pediatrics And Nursing Rush University Medical Center Chicago, IL

Wyjaśnienia dla odbiorcy polskiego:

MOM – Mother`s Own Milk, po polsku używamy Mleko biologicznej matki (MBM) lub Mleko matki (MM)

Różnicowanie wydzielnicze = Laktogeneza 1

Aktywacja wydzielnicza = Laktogeneza 2

Cele prezentacji

1. Szczegółowa biologia laktacji przez pierwsze 2 tygodnie po porodzie
2. Identyfikacja par matka–niemowlę zagrożonych opóźnioną/zaburzoną laktacją
3. Określenie najlepszych praktyk klinicznych, w tym wykorzystanie biomarkerów MBM (Mleka biologicznej matki) w aktywacji wydzielniczej (laktogeneza II).

Trajektoria osiągnięcia zróżnicowania wydzielniczego (laktogeneza 1), aktywacji i progowej podaży mleka

Przed porodem (różnicowanie wydzielnicze)

Poród

Dzień 1 15 ml

Dzień 2–3 aktywacja wydzielnicza

Dzień 4–7 500–600 ml

Dzień 7–14

Piersi przechodzą wczesne programowanie podczas przejścia od różnicowania wydzielniczego do aktywacji wydzielniczej: Zdarzenie jednorazowe

Różnicowanie wydzielnicze:

Wzrost liczby komórek wydzielniczych

– Rozgałęzienie przewodów

– Synteza MBM utrzymywana w ryzach przez krążący progesteron

– Mogą mieć na nią wpływ choroby zapalne / metaboliczne

Poród:

Poród łożyska wyzwala aktywność wydzielniczą poprzez zniesienie inhibicji progesteronu

Aktywacja wydzielnicza:

– Regulacja 4 szlaków transkomórkowych, które syntetyzują składniki MBM

– Zamknięcie 1 szlaku parakomórkowego

– Niezbędna stymulacja przez niemowlę lub laktator

Objętość mleka matki: krytyczny okres w pierwszych dniach po porodzie.

15 ml siary spożywane w ciągu pierwszych 24 godzin życia przez zdrowe, urodzone o czasie niemowlę

- 1,5 ml na karmienie
- 10,2 karmienia w ciągu pierwszych 24 godzin życia

Matki zdrowych, donoszonych noworodków produkują 500–600 ml mleka w 4–7 dniu.

Aktywacja wydzielnicza wymaga zamknięcia szlaków parakomórkowych między komórkami nabłonka gruczołu piersiowego – zachowania dotyczące odciągania (częstotliwość, czas, długie przerwy między odciąganiem) prawdopodobnie wpływają na ten czas

- Drogi parakomórkowe są otwarte po urodzeniu i muszą się zamknąć, zanim możliwa będzie pełna laktacja. Zamknięcie jest niezbędne do osiągnięcia aktywacji wydzielniczej – Sód we wczesnym MBM jest wysoki z powodu transferu z krążenia matki. W miarę zamykania się PCP, poziom sodu stopniowo wzrasta
- Laktoza we wczesnym okresie MBM jest niska, ponieważ jest produkowana przez piersi, ucieka do krążenia matczyne i jest wydalana z moczem.

Pomiary aktywacji wydzielniczej dla badań i praktyki: przegląd integracyjny

Pomiary aktywacji wydzielniczej dla badań i praktyki: przegląd integracyjny 1 ml próbki MBM

- Pomiar dziennej zmiany Sodiu lub stosunku sodu do potasu
- Łatwy do wykonania przy łóżku pacjentki

Środki stosowane w punktach opieki w celu identyfikacji/zarządzania matkami z grupy ryzyka

Osiągnięcie progowej objętości mleka (dochodzenie do objętości): Regulacja procesów laktacyjnych zmienia się z kontroli hormonalnej na autokrynną i parakrynną

- Synteza i wydzielanie MBM są regulowane przez częste skuteczne odciąganie mleka
- Skuteczne: Jak najwięcej dostępnego mleka jest odciągane
 - Każda pierś działa jako oddzielna jednostka (konieczne jest równe odciąganie mleka z obu piersi)
 - Błona pęcherzykowa jest bardzo wrażliwa na zastój mleka i obniża poziom prolaktyny
 - Dwa mechanizmy regulują laktację: wyrzut prolaktyny wywołany ssaniem i lokalna kontrola autokrynną/parakrynną

Pierwszy mechanizm: wyrzut prolaktyny wywołany ssaniem

Wyrzut prolaktyny wywołany ssaniem kontroluje dalszą laktację

Drugi mechanizm: regulacja autokrynną/parakrynną jako funkcja mleka pozostałego w gruczole

Skomplikowane mechanizmy leżące u podstaw „podaży i popytu” w zdrowej diadzie karmiącej piersią – Mleko pozostawione w piersi uruchamia wiele mechanizmów zmniejszających produkcję mleka – Jest to mechanizm odstawiania od piersi – Matki uzależnione od laktatora, które odciągają pokarm rzadko lub za pomocą nieskutecznego/niewydajnego sprzętu, nieumyślnie rozpoczynają „odstawianie od piersi” za pomocą tego mechanizmu.

Knight CH et al. J Reproduction and Fertility 3: 104-112, 1998.

Blatchford DR et al. Biochemical and Biophysical Research Communication 248: 761-766, 1998.

Weaver SR, Hernandez LL. 2015.

Regulacja autokrynnna/parakrynnna gruczołu piersiowego

Jednostka odciągająca mleko (niemowlę lub laktator) reguluje dalsze procesy laktacji.

- Niemowlę musi aktywnie ssać i skutecznie usuwać mleko z piersi podczas tego krytycznego okresu
- Głównym „sprawcą” jest późne wcześniactwo/urodzenie przed terminem
- U matek uzależnionych od laktatora, laktator musi całkowicie zastąpić niemowlę w celu opróżnienia piersi z **mleka ORAZ regulacji procesów laktacyjnych.**

Wiele wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem z nie jest w stanie zapewnić niezbędnej stymulacji ssania piersi w krytycznym okresie po urodzeniu.

- Nie budzą się na karmienie
- Wcześnie zasypiają podczas karmienia
- Zsuwają się z piersi
- Wyglądają **na najedzone po minimalnym spożyciu pokarmu**

Zastosowanie biologii wczesnej syntezy i wydzielania MBM u matek wcześniaków przebywających na OITN

- Nasza praca i praca innych wskazuje, że pierwsze dwa tygodnie po porodzie to krytyczne okno w odniesieniu do długoterminowych wyników laktacji
- Osiągnięcie dojścia do objętości (CTV; ≥ 500 ml / dzień) do 14 dnia po porodzie jest głównym czynnikiem prognostycznym MBM przy wypisie z OITN
- Niezgodność między objętością MBM potrzebną do karmienia niemowląt a objętością potrzebną do regulacji procesów laktacyjnych powoduje zamieszanie u rodzin i personelu

Hoban et al, 2015, 2018, 2020; Meier PP et al., J Perinatology 2016; Meier PP et al., Clinics in Perinatology, 2017; Patel et al., 2019; Medina-Poeliniz et al, 2020; Bendixen et al, 2021; Parker et al, 2020.

Chociaż podstawowe czynniki wpływające na objętość MBM mogą być nie biologiczne, mechanizmy biologiczne determinują regulację laktacji

- BRAK „WSPARCIA”
- Nieefektywne układanie
- Niezrozumienie częstotliwości karmienia i proponowanie mieszanki
- BEHAWIORALNE
- Odwiedzający powodują długie opóźnienia między karmieniami
- Konkurencyjne priorytety dla umożliwienia niemowlęciu ssania do syta i często
- SPOŁECZNE
- Niepokój, stres, bezdomność
- Brak dostępu do opieki laktacyjnej

Od porodu do osiągnięcia aktywacji wydzielniczej

Od narodzin do osiągnięcia Aktywacji wydzielniczej (Laktogenezy 2)

- Ma wpływ częstotliwość odciągania pokarmu
- Ma wpływ nieefektywne odciąganie pokarmu, ciśnienie, dopasowanie i umiejscowienie lejka
- Ma wpływ nadwaga/otyłość matki
- Mogą mieć wpływ inne choroby współistniejące, które maskują zaburzone różnicowanie wydzielania

Objętość mleka w 2 tygodniu przewiduje karmienie MBM przy wypisie z OITN u wcześniaków VLBW

- W 430 kohortach matek LOVE MBM, osiągnięcie objętości (CTV; ≥ 500 ml dziennie) do 14. dnia po porodzie było najsilniejszym predyktorem (iloraz szans = 9,7) ciągłego dostarczania MBM aż do wypisu z OITN
- Inne badania wykazały również krytyczne okno wczesnej laktacji w ustalaniu odpowiedniej objętości MBM.

Różnicowanie wydzielnicze może być częściowo upośledzone przez choroby, które dotyczą matki wcześniaków na OITN

- Badania na zwierzętach pokazują, że procesy zapalne (badane głównie z nadwagą i otyłością) w gruczole sutkowym podczas ciąży wpływają na ekspresję genów sygnalizujących i receptorów prolaktyny (wśród innych mechanizmów)
- Matki wcześniaków na OITN mają wiele powikłań zapalnych (stan przedrzucawkowy, otyłość/nadwaga)+ niekompletny rozwój gruczołu piersiowego
- Matki późnych wcześniaków/wcześniaków mogły mieć wiele powikłań ciąży związanych ze stanem zapalnym, ale poród został skutecznie odroczony
- Czy upośledzenia różnicowania wydzielniczego można częściowo złagodzić za pomocą skutecznych strategii odciągania mleka po porodzie?

Zdrowe niemowlęta z matkami z grupy ryzyka

- Należy pamiętać, że niemowlęta mogą być zdrowe, ale matki mogą mieć jedno lub więcej zagrożeń dla laktacji i wymagać ścisłej obserwacji, dopóki nie zostanie udokumentowane odpowiednie spożycie i wzrost
 - Nadwaga i otyłość matki
 - Nadciśnienie i inne choroby metaboliczne
 - Powikłania ciąży i porodu (np. utrata krwi)
- Należy rozważyć zastosowanie diagnostyki w celu rozwiania obaw (rzeczywistych lub domniemych) dotyczących adekwatności objętości MBM w tym czasie
- Pomiary aktywacji wydzielniczej w miejscu opieki
- Pomiary wagi niemowląt w domu lub w gabinecie.

Aktywacja wydzielnicza wymaga zamknięcia szlaków parakomórkowych między komórkami nabłonka sutka – zachowania dotyczące odciągania (częstotliwość, czas, długie przerwy między odciąganiem) prawdopodobnie wpływają na ten czas

- Drogi parakomórkowe są otwarte po urodzeniu i muszą się zamknąć, zanim możliwa będzie pełna laktacja. Zamknięcie jest niezbędne do osiągnięcia aktywacji wydzielniczej – Sód we wczesnym MBM jest wysoki z powodu transferu z krążenia matki. W miarę zamykania się PCP, poziom sodu stopniowo wzrasta
- Laktoza we wczesnym okresie MBM jest niska, ponieważ jest produkowana przez piersi, ucieka do krążenia matczyne i jest wydalana z moczem.

Priorytetyzacja badania aktywacji wydzielniczej i osiągnięcia docelowej objętości przy użyciu obiektywnych pomiarów biomarkerów MBM i odciągniętej objętości MBM u matek wcześniaków uzależnionych od laktatora

Wczesne zachowania związane z odciąganiem pokarmu, objętość odciąganego mleka i osiągnięcie aktywacji wydzielniczej u matek wcześniaków uzależnionych od laktatorów.

(złożone do publikacji)- Hoban R, Medina-Poeliniz C, Signorile, Janes J, Fan CPS, Meier PP Częściowo finansowane przez Medela, AG, Szwajcaria

- 14-dniowe badanie obserwacyjne – 35 matek wcześniaków (<34 tygodnia ciąży) przyjętych na OITN (29 z użytecznymi danymi)
- Matki używały laktatora SMART do wszystkich odciągnięć w 14-dniowym okresie (oddział, OITN, dom)
- Codzienne biomarkery MBM (Sód i stosunek sodu:potasu wykonywane w punkcie opieki, zdjęcia i skany piersi, opis zmian piersi przez matkę

Specjalnie zaprojektowana interaktywna aplikacja dla matek do ważenia mleka:

- oddzielnie dla każdej piersi
- przy użyciu dowolnego z 4 pojemników o różnych rozmiarach
- aplikacja zaprogramowana do odejmowania wagi pojemnika
- dane przechowywane podczas tej sesji odciągania pokarmu

Wczesne zachowania związane z odciąganiem pokarmu, objętość odciąganego mleka i osiągnięcie aktywacji wydzielniczej u matek wcześniaków uzależnionych od laktatorów.

(złożone do publikacji)

- Szanse na osiągnięcie aktywności wydzielniczej w ciągu następnych 2 dni wzrastają o 48% dla każdej dodatkowej codziennej sesji odciągania pokarmu
- Każda dodatkowa godzina spędzona na odciąganiu pokarmu w ciągu pierwszych 5 dni zwiększa szanse na osiągnięcie aktywności wydzielniczej w dniu 7 o 2,8.
- Każda dodatkowa godzina spędzona na odciąganiu pokarmu między porodem a 5 dniem po porodzie = dodatkowe 1,278 ml odciągniętego pokarmu.

Porównanie zachowań związanych z odciąganiem pokarmu w grupach o wysokiej i niskiej intensywności odciągania pokarmu

Odciąganie jako główny czynnik możliwy do zmodyfikowania dla osiągnięcia aktywacji wydzielniczej

- Średnio – dzień po porodzie osiągnięcia aktywacji wydzielniczej = 5,8

- Żadna matka nie osiągnęła aktywacji wydzielniczej przed 4. dniem po porodzie
- Spośród matek, które osiągnęły aktywację wydzielniczą, ponad połowa cofnęła ją co najmniej raz w ciągu pierwszych 14 dni.

Przegląd okna krytycznego: Czy jest to 7 czy 14 dni?

Obie grupy odciągające pokarm wykazały niewielką zmianę w pierwszym tygodniu po porodzie – podobnie do ustaleń Medina-Poeliniz et al, 2021 (poniżej).

Przegląd okna krytycznego: czy jest krótsze niż 14 dni?

Czy Doule pracujące w społeczności mogą stosować środki w punktach opieki, aby zaradzić wczesnemu nieplanowanemu odstawieniu od piersi u czarnoskórych matek? Integracja strategii behawioralnych i biologicznych w celu optymalizacji laktacji

- Doule będą mierzyć stężenie sodu w mleku, aby dodać wsparcie biologiczne dla matek w odniesieniu do „dostępności mleka”, „napływu mleka”
 - Doule będą odpowiadać na pytania: „Moje dziecko wydaje się głodne po karmieniu piersią”, „Moje dziecko nie otrzymuje wystarczającej ilości mleka” przy wsparciu i danych z testów wagowych
1. „Nie mam mleka „
 2. „Moje mleko „jeszcze się nie pojawiło”
 3. „Nie sądzę, aby moje dziecko otrzymywało wystarczającą ilość mleka podczas karmienia wyłącznie piersią”.

Podsumowanie

- Pierwsze dwa tygodnie po porodzie obejmują złożone zmiany biologiczne i stanowią czas największego nieplanowanego odstawienia od piersi we wszystkich parach karmiących piersią.
- Matki mogą mieć znaczące czynniki ryzyka opóźnionej / upośledzonej laktacji i nadal rodzić zdrowe donoszone dzieci czy późne wcześniaki.
- Pomiary w punktach opieki mające na celu monitorowanie procesów laktacji i kierowanie opieką w tym czasie są niezwykle obiecujące, nawet w przypadku opieki laktacyjnej opartej na społeczności:
- Sód w mleku <16 mMols
- Wagi testowe do pomiaru spożycia mleka

Deklaracja

Aktywne projekty badawcze i nagrody szkoleniowe

NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u niemowląt z VLBW: Interwencja ekonomiczna mająca na celu utrzymanie regularnego stosowania laktatora: ReDiMom Trial (2020-2024; Patel i Johnson, PIs)

NIH: Wczesnodziecięce wyniki neurorozwojowe, ekonomiczne i żywieniowe wśród byłych niemowląt VLBW z badania ReDiMom (2022-2026; Johnson and Patel, PIs)

PCORI: Klinicznie zintegrowane doradztwo w zakresie karmienia piersią w celu promowania równości w karmieniu piersią (2021-2025; Borders, PI)

NIH: Wpływ wieku ciążowego w momencie porodu na wyniki laktacji u matek krytycznie chorych niemowląt wymagających odciągania pokarmu (K23; Bendixen, 2023-2026)

NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u czarnoskórych niemowląt z bardzo niską masą urodzeniową: Zrozumienie postrzegania matek i ich matek(ReDiMom Diversity Supplement; 2022-2024; DeVane-Johnson)

AHRQ: Optymalizacja wykorzystania nieformalnych pracowników służby zdrowia w celu zaradzenia dysproporcjom w zdrowiu matek i dzieci: Kompleksowa ocena klinicznie zintegrowanego programu doradców w zakresie karmienia piersią (K01; Keenan-Devlin, 2022-2026).

Finansowanie i konsultacja badań przez przemysł
Medela AG, Baar, Szwajcaria

Warsztat 2

Techniki karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków: Korzystanie z kompendium PROVIDE do prowadzenia opieki

Cele prezentacji

1. Przegląd dowodów i czynników ryzyka dotyczących wyłącznego karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków
2. Wyjaśnienie, dlaczego praktyki karmienia piersią, które wspierają zdrowe pary terminowe, mogą być nieodpowiednie lub niebezpieczne dla tej populacji
3. Identyfikacja najlepszych praktyk, które wspierają kroki w kierunku wyłącznego karmienia piersią u wcześniaków, późnych wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem.

Cele prezentacji

1. Przegląd dowodów i czynników ryzyka dotyczących wyłącznego karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków
2. Wyjaśnienie, dlaczego praktyki karmienia piersią, które wspierają zdrowe pary terminowe, mogą być nieodpowiednie lub niebezpieczne dla tej populacji
3. Identyfikacja najlepszych praktyk, które wspierają kroki w kierunku wyłącznego karmienia piersią u wcześniaków, późnych wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem.

Niemowlęta urodzone przed ukończeniem 39 tygodnia życia są „ wcześniakami”, „późnymi wcześniakami (LPT)” lub „noworodkami urodzonymi przed terminem (ET)”, niezależnie od tego, czy otrzymują opiekę na OITN, czy na oddziale położniczym wraz z matką.

- Te diady wnoszą czynniki ryzyka dla zdrowia i laktacji do procesu karmienia piersią ze względu na fakt, że z definicji są „ wcześniakami”
- Nie są to tylko „małe” dzieci urodzone o czasie i wymagają specjalnych strategii bezpiecznego osiągnięcia wyłącznego karmienia piersią.

Chociaż niemowlęta LPT i ET są „prawie” donoszone, wiele narządów i ścieżek jest niedojrzałych w porównaniu do noworodków donoszonych

Wyniki zdrowotne niedojrzałych narządów i ścieżek

- problemy z oddychaniem
- hipoglikemia
- niestabilność temperatury
- żółtaczka
- podejrzenie zakażenia
- nieprawidłowe karmienie
- przyjęcie na OITN
- przedłużony pobyt w szpitalu
- wyższe koszty hospitalizacji

Te czynniki ryzyka są silnie związane z wyłącznym karmieniem piersią u niemowląt LPT i ET w ciągu pierwszych 2 tygodni po urodzeniu.

Karmienie piersią NIE POWODUJE problemu

- Nieodpowiedni pobór mleka podczas wyłącznego karmienia piersią nasila czynniki ryzyka związane z niedotlenieniem
- Noworodki urodzone przedwcześnie, LPT i ET są narażone na nieodpowiedni pobór mleka podczas wyłącznego karmienia piersią do około spodziewanej daty porodu lub dłużej.

Cele prezentacji

1. Przegląd dowodów i czynników ryzyka dotyczących wyłącznego karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków
2. Wyjaśnienie, dlaczego praktyki karmienia piersią, które wspierają zdrowe pary terminowe, mogą być nieodpowiednie lub niebezpieczne dla tej populacji
3. Identyfikacja najlepszych praktyk, które wspierają kroki w kierunku wyłącznego karmienia piersią u wcześniaków, późnych wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem.

Skuteczne i wydajne odciąganie mleka (odciąganie jak największej ilości dostępnego mleka) zapewnia odpowiednie spożycie dla niemowlęcia – ORAZ reguluje niezliczone mechanizmy autokrynne (w tym podaż i popyt), które zapewniają długotrwałą syntezę i wydzielanie mleka.

Wiele wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem z nie jest w stanie zapewnić niezbędnej stymulacji ssania piersi w krytycznym okresie po urodzeniu.

- Nie budzą się na karmienie
- Wcześnie zasypiają podczas karmienia
- Zsuwają się z piersi
- Wyglądają na najedzone po minimalnym spożyciu pokarmu

Osiągnięcie wyłącznego karmienia piersią w tej populacji musi być zrównoważone z biologią

- Koncepcja „krytycznego okresu rozwojowego” informuje o tym, co jest realistyczne i osiągalne, i często koliduje z ideologią

- Narządy i szlaki ciała rozwijają się w różnym tempie, przechodząc przez rodzaj „skoku rozwojowego” w pewnych okresach ciąży
- W przypadku wcześniaków LPT i ET te narządy i szlaki to mózg, płuca, szlaki metaboliczne (żółtaczką), szlaki immunomodulacyjne (podatne na infekcje).

Późne wcześniaki: Blisko terminu, ale nadal w krytycznym okresie rozwoju **Dojrzałe podciśnienie ssania ma kluczowe znaczenie dla skutecznego i wydajnego usuwania mleka z piersi**

Dojrzałe podciśnienie ssania jest niezbędne do utrzymania piersi w jamie ustnej dziecka i poboru mleka podczas karmienia piersią, ale nie podczas karmienia butelką

- Wcześniaki używają kompresji wcześniej niż ssania, które wzmacnia się wraz z dojrzałością – Obfita podaż mleka nie przekłada się na odpowiedni pobór mleka
- Te ograniczenia są biologiczne
- Nie są odrzuceniem piersi przez niemowlę, preferowaniem butelki lub brakiem „uczenia się”.

USG

Im bardziej przedwcześnie urodzone dziecko, tym bardziej polega ono na odciąganiu pokarmu, a nie na ssaniu

- Ssanie podstawowe na poziomie -50 mm Hg jest niezbędne do utrzymania kształtu brodawki sutkowej
- Silniejsze ssanie (-150 mm Hg) jest wykorzystywane do przekazywania mleka z piersi do niemowlęcia
- Wcześniaki rozwijają silniejsze ciśnienie ssania wraz ze wzrostem wieku ciążowego
- Ssanie nie jest konieczne do pobierania mleka z butelki

Niedojrzałe zachowania związane z karmieniem wyznaczają scenę dla powikłań związanych z laktacją i nieoptymalnych wyników karmienia piersią

- Zachowania te są błędnie interpretowane jako objawy „wystarczającej ilości pokarmu”, zwłaszcza przez początkujące matki
- Przyjaciele i rodzina często mówią im, że mają „dobre” dziecko
- Nawet matki z wcześniejszym doświadczeniem w karmieniu piersią uważają, że ich dziecko jest „łakomczuchem” i po prostu musi być karmione częściej, aby uzyskać wystarczającą ilość mleka
- Strategie częstego budzenia się, rozbierania w celu pobudzenia czuwania są powszechne

Dostosowanie oczekiwań rodziców do dowodów

- Postrzeganie niemowląt jako „niechętnych do pracy”, „niestarających się”, „leniwych”
- Mówienie, że niemowlęta „udają” lub „oszukują” ich, ponieważ udają głodne, ale potem zasypiają lub „odmawiają” pozostania przy piersi
- Strach, że senność nie jest normalna
- „Po prostu nie byłam przygotowana na jego senność”
- „Zasypia w połowie karmienia i muszę ją budzić”
- „Bardzo dobrze się przystawia. On po prostu nie pozostaje przytomny.”

- Próby zaradzenia senności za pomocą strategii, które mogą być niebezpieczne
- „Hej, żyjesz? Okładanie chłodnymi pieluszkami. Rozbieranie. Wiem, że on musi jeść, ale się nie budzi”.

Objętość mleka matki: krytyczny okres w pierwszych dniach po porodzie.

- 15 ml siary spożywane w ciągu pierwszych 24 godzin życia przez zdrowe, urodzone o czasie niemowlę
 - 1,5 ml na karmienie
 - 10,2 karmienia w ciągu pierwszych 24 godzin życia
- Matki zdrowych, donoszonych noworodków produkują 500–600 ml mleka w 4–7 dniu

Minimalny pobór mleka stanowi zagrożenie dla późnych wcześniaków w pierwszych dniach po urodzeniu

- zdrowe, urodzone o czasie niemowlęta są w stanie przeżyć przy tak niewielkich ilościach mleka we wczesnym okresie po urodzeniu.
- Zapasy glikogenu i tłuszczu są deponowane wykładniczo podczas ostatnich 6 do 8 tygodni ciąży, więc niemowlę LPT/ET ma niewiele zapasów, aby poradzić sobie z minimalnym spożyciem.

Dane pokazują, że suplementacja karmienia przy piersi jest powszechna u wcześniaków na całym świecie.

Historycznie wcześniaki były uważane za podatne na spożywanie nieodpowiedniej ilości mleka podczas karmienia piersią

Cele prezentacji

1. Przegląd dowodów i czynników ryzyka dotyczących wyłącznego karmienia piersią wcześniaków i późnych wcześniaków
2. Wyjaśnienie, dlaczego praktyki karmienia piersią, które wspierają zdrowe pary termi- nowe, mogą być nieodpowiednie lub niebezpieczne dla tej populacji
3. Identyfikacja najlepszych praktyk, które wspierają kroki w kierunku wyłącznego kar- mienia piersią u wcześniaków, późnych wcześniaków i niemowląt urodzonych przed terminem.

Najlepsze praktyki pomagające rodzinom osiągnąć cele w zakresie karmienia piersią wcześniaków w OITN, niemowląt LPT i ET

Najlepsza praktyka 1: Wprowadzania Zestawu narzędzi kompendium PROVIDE

Przeznaczony jako pierwszy arkusz edukacyjny na temat karmienia piersią na OITN

Podsumowuje 9 kluczowych punktów w formacie przeglądowym, które są szczegółowo opisane w kolejnych arkuszach edukacyjnych

Najlepsza praktyka 2. Omówienie realistycznych oczekiwań dotyczących karmienia piersią podczas późnego pobytu na OITN i we wczesnym okresie po wypisie do domu

- Matki zwykle myślą, że po powrocie do domu ich wcześniaki będą jeść jak zdrowe noworodki
- Podkreślenie, że niedojrzałość niemowlęcia nie jest korygowana przez bycie razem, chociaż bycie razem może ułatwić postęp.
- Wiele zasobów w kompendium PROVIDE podkreśla i dostarcza przykładów

Tabele są zawarte w oryginale arkusza PROVIDE

Matki myślą, że karmienie piersią wcześniaka będzie takie samo jak karmienie piersią dziecka urodzonego o czasie

- Wyjaśnia, że wcześniak to nie to samo co „małe dziecko urodzone o czasie”
- Zawiera powszechne porady dotyczące karmienia piersią, które nie są odpowiednie lub nie są bezpieczne dla wcześniaka
- Opisuje normalne uczucia matki („nie spełnia swojej roli”, „po prostu jest leniwa”)
- Podkreśla proces i cierpliwość

Najlepsza praktyka 3: Przejście od kangurowania do „smakowania” mleka przy piersi, gdy tylko niemowlę nie potrzebuje ekstremalnego wsparcia wentylacyjnego

- Chociaż niemowlęta mogą być karmione nieodżywczo przed 32 tygodniem, sprzęt do wentylacji utrudnia to
- Omów plany pierwszego karmienia piersią z rodziną z wyprzedzeniem, aby mogli przewidzieć czas, przynieść kamery itp.
- Jeśli matka ma obfite zapasy mleka, powinna odciągnąć część lub całość mleka przed pierwszym karmieniem, aby zminimalizować przepływ mleka do niemowlęcia (niemowlę tylko „smakuje” mleko)
- Nie czekaj, aż matka zapyta o karmienie piersią. Powinno to być standardem opieki.

Najlepsza praktyka 4: Naucz rodzinę rozpoczynania karmienia zaraz po przebudzeniu niemowlęcia

- Nie czekaj, aż dziecko zacznie płakać
- Nie oferuj smoczka
- Nie zmieniaj najpierw pieluszki, aby dziecko było bardziej rozbudzone.

Najlepsza praktyka 5: Karmienie piersią w pozycjach podtrzymujących głowę i szyję

Najlepsza praktyka 6: Używanie kapturek w celu skompensowania słabego ciśnienia ssania

- ultracienki kapturek może pomóc skompensować słabe ciśnienie ssania u noworodków urodzonych przed czasem
- kapturek pozwala dziecku spożywać więcej mleka z piersi, a mniej z dala od piersi
- większość matek używa kapturek do około spodziewanej daty porodu, ale niektóre niemowlęta potrzebują go znacznie dłużej niż inne.

Wyjaśnia powody stosowania kapturków przy karmieniu wcześniaków

- Szczegółowe mechanizmy, dzięki którym kapturki ułatwiają przepływ MBM
- Wyjaśnia, że stosowanie kapturków jest tymczasowe
- Zawiera wskazówki dotyczące stosowania kapturków
- Do stosowania w połączeniu z segmentami wideo dotyczącymi kapturków przy karmieniu piersią

Mity i ideologia na temat kapturków

- Wyglądają jak butelka i „wysyłają” matce niewłaściwy komunikat
- Oznaczają, że dziecko jest „leniwe” lub nie chce „pracować” przy karmieniu – zmniejszają transfer mleka do dziecka
- Należy je odstawić tak szybko, jak to możliwe, aby niemowlę nie stało się „uzależnione”
 - matki muszą używać laktatora po karmieniu za pomocą kapturka
- naruszają „Kodeks”.

Najlepsza praktyka 7: Wyeliminowanie niepewności co do ilości pobranego mleka podczas karmienia piersią

- ważenie kontrolne jest dokładną i wiarygodną procedurą wykonywaną przez pielęgniarki i matki

Meier et al., 1990

Meier et al., 1994-

Meier & Engstrom, 2007-

Wskaźniki kliniczne (mleko w ustach, słyszalne połykanie, narzędzie LATCH) nie mierzą dokładnie spożycia mleka

Meier et al., 1994

Meier et al., 1996

Ważenie kontrolne nie jest stresujące dla matek i nie wpływa negatywnie na wyniki laktacji

Hurst et al., 2004

Odczarowywanie testów wagowych

- Ważenie kontrolne jest dokładnym pomiarem poboru mleka u wcześniaków i noworodków donoszonych
- Obserwacje kliniczne i narzędzia „skuteczności karmienia piersią” nie zastępują mierzonego spożycia mleka.
- Ważenie kontrolne do celów badawczych i praktycznych nie powoduje, że matki czują się zdenerwowane i nie podważają karmienia piersią.

Niemowlę jest ważone przed karmieniem i po karmieniu w tych samych warunkach (w tej samej odzieży, bez zmiany pieluchy itp.)

- Przyrost masy ciała (g) jest równy spożyciu mleka w ml.

Arkusze:

Najlepsza praktyka 8: Ochrona objętości mleka matki, gdy niemowlęta są karmione piersią na OITN

- Matki często zakładają, że karmienie niemowląt zastępuje potrzebę odciągania pokarmu
- Naucz, że nie jest to prawdą i zachęcaj matki do odciągania pokarmu po karmieniu
- Gdy niemowlęta są karmione na żądanie, matki chcą mieć pewność, że mają mleko w piersiach, gdy niemowlęta się obudzą
- Naucz, że w piersiach zawsze jest mleko i że jest ono najszybciej uzupełniane podczas opróżniania piersi.

Najlepsza praktyka 9: Przygotowanie matek i rodzin do karmienia piersią po hospitalizacji na OITN*

- Wykorzystaj okazje do nauczania, gdy matka karmi piersią
- „Ssie on teraz naprawdę skutecznie, czujesz różnicę”?
- Podkreślaj, że kiedy dziecko wróci do domu, nadal będzie „wczęśniakiem” i będzie potrzebowało dodatkowej pomocy w karmieniu piersią
- „Nawet jeśli jest on w domu i możesz karmić na żądanie, nadal jest mało prawdopodobne, aby przyjmował wszystkie karmienia z piersi, jak dziecko urodzone w terminie”
- Uczenie powinno podkreślać znaczenie ciągłego odciągania pokarmu, dopóki dziecko nie zacznie przyjmować wszystkich karmień z piersi i przybierać na wadze, nawet jeśli matka ma dużo mleka.

*Zestaw narzędzi dotyczący karmienia piersią po wypisie z OITN jest opracowywany w ramach grantu FLRF

Wzorce 24. godzinnego poboru mleka

Wyjaśnia związek między używaniem laktatora a karmieniem piersią we wczesnym okresie po wypisie dla wcześniaków i matek

- Wyjaśnia, że wcześniak nie jest jak donoszone dziecko, które pobiera więcej MBM z piersi niż matka pobiera za pomocą laktatora
- Zawiera grafikę z badań dotyczących tygodniowego wzrostu spożycia MBM między 35,5 a 40 tygodniem ciąży

Ochrona objętości mleka matki i spożycia przez niemowlę

- Dla matki, która chce karmić piersią tak często, jak to możliwe:
- Nie należy rutynowo „potrójnie karmić”
- Należy ustalić pory karmienia piersią i odciągania pokarmu (oraz karmienia butelką)
- Godziny dzienne:
- Karmienie na żądanie, ale co najmniej co 3-4 godziny
- Odciąganie pokarmu po każdym (lub co drugim) karmieniu, zgodnie z zaleceniami dotyczącymi ochrony objętości mleka
- Podawanie butelki odciągniętego mleka (o nieograniczonej objętości) po 6–8 godzinach
- Godziny nocne:
- Matka odciąga pokarm z obu piersi co 3–4 godziny
- Ojciec podaje butelkę odciągniętego mleka
- Wszyscy wracają do snu

Podsumowanie

- Wyłącznie karmienie piersią jest możliwe do osiągnięcia u wcześniaków, późnych wcześniaków i noworodków urodzonych przed terminem, ale towarzyszy mu wiele czynników ryzyka.
- Skuteczne i wydajne pobieranie mleka podczas karmienia piersią zależy od ciśnienia ssania, które jest zależne od wieku ciążowego.
- Niedojrzałe wzorce pobierania mleka sprawiają, że wszystkie wcześniaki są narażone na nieodpowiednie pobieranie mleka podczas karmienia piersią, co pogarsza zaburzenia związane z wcześniactwem.
- Najlepsze praktyki obejmują: dzielenie się dowodami na temat stopniowego osiągnięcia wyłącznego karmienia piersią z rodzinami, stosowanie pozycji do karmienia piersią, które wspierają głowę i szyję, stosowanie technologii (kapturki, ważenie kontrolne) oraz ochronę objętości mleka matki poprzez stosowanie laktatora, tak aby wyłączone karmienie piersią pozostało możliwe.

Deklaracja

NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u niemowląt z VLBW: Interwencja ekonomiczna mająca na celu utrzymanie regularnego stosowania laktatora:

ReDiMom Trial (2020-2024; Patel i Johnson, PIs)

NIH: Wczesnodziecięce wyniki neurorozwojowe, ekonomiczne i żywieniowe wśród byłych niemowląt VLBW z badania ReDiMom (2022-2026; Johnson and Patel, PIs)

PCORI: Klinicznie zintegrowane doradztwo w zakresie karmienia piersią w celu promowania równości w karmieniu piersią (2021-2025; Borders, PI)

NIH: Wpływ wieku ciążowego w momencie porodu na wyniki laktacji u matek krytycznie chorych niemowląt wymagających odciążania pokarmu (K23; Bendixen, 2023-2026)

NIH: Zmniejszenie dysproporcji w otrzymywaniu mleka własnej matki u czarnoskórych niemowląt z bardzo niską masą urodzeniową: Zrozumienie postrzegania matek i ich matek (ReDiMom Diversity Supplement; 2022-2024; DeVane-Johnson)

AHRQ: Optymalizacja wykorzystania nieformalnych pracowników służby zdrowia w celu zaradzenia dysproporcjom w zdrowiu matek i dzieci: Kompleksowa ocena klinicznie zintegrowanego programu doradców w zakresie karmienia piersią (K01; Keenan-Devlin, 2022-2026).

Finansowanie i konsultacja badań przez przemysł
Medela AG, Baar, Szwajcaria

Notatki

Notatki

Notatki

Notatki

**Lek. Debora Barbay**

lekarka w trakcie specjalizacji z pediatrii. Podczas studiów wielokrotnie stażowała w niemieckich i szwajcarskich szpitalach. Obecnie leczy dzieci w Oddziale Patologii Noworodka i Niemowlęcia w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Niekańskiej w Warszawie, gdzie trafiają najmłodszy pacjenci z ostrymi infekcjami dróg oddechowych, zapaleniami nerek czy do diagnostyki niedoboru masy ciała. Jest doradczynią laktacyjną, wspiera matki karmiące w kryzysowych sytuacjach związanych z hospitalizacją dziecka.

**Dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak, mgr pielęgniarstwa, położna, CDL**

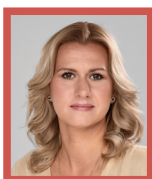
Założycielka Szkoły Rodzenia i Karmienia „Lakta Vita” w Rzeszowie. Adiunkt w Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. Od lat zawodowo związana z tematyką żywienia dzieci i opieką okołoporodową. Interesuje się tematyką więzi i relacji oraz wpływem odżywiania na rozwój i jakość życia. Prywatnie: mężatka od 34 lat, mama Magdy i Bartka oraz babcia 5-letniego Julka i półrocznej Helenki. Pasjonatka karmienia piersią, dobrej kawy, lawendy i jazdy na rowerze.

**Katarzyna Bosacka**

Dziennikarka, autorka i scenarzystka programów telewizyjnych i edukacyjnych, specjalistka od zakupów spożywczych i wszelakich, niestrudzona bojowniczką o prawa konsumentki. Jedną z założycielek „Wysokich Obcasów” dodatku dla kobiet do Gazety Wyborczej, przez trzy lata ich korespondentka w Waszyngtonie. Prowadziła wiele autorskich programów telewizyjnych na antenach TVN, TVN Style i TTV. Autorka 13 książek kulinarnych, poradnikowych, zakupowych. Matka karmiąca i kupująca. W Kanadzie nowoczesną kuchnię polską, która – jak twierdzi – nie ma sobie równych w naszej części świata. W 2020 r. roku była autorką i organizatorką ogólnopolskiej akcji MENU WOLNOŚCI. Daje wykłady o zdrowym odżywianiu, życiu eko i o mądrych zakupach, czytaniu etykiet. Uczestniczy w różnych innych przedsięwzięciach, jak np. sadzenie jabłoni w Wilanowie, na Żoliborzu, a także w akcji Polska od kuchni. Uczestniczy w wielu różnych inicjatywach społecznych, prorodzinnych i prozdrowotnych.

**Dr inż. Małgorzata Jackowska**

Dietetyczka dziecięca i edukatorka. Od 10 lat pracuje z rodzicami niemowląt oraz młodszych i starszych dzieci. Szkoli specjalistów, prowadzi warsztaty i konsultacje dla rodziców. Występowała na kilkudziesięciu konferencjach, organizowała konferencje i wydarzenia dla specjalistów. Autorka książek o żywieniu niemowląt i małych dzieci, współautorka książek i rozdziałów w książkach popularyzujących naukę. Była założycielką Fundacji Promocji Karmienia Piersią i Stowarzyszenia Doula w Polsce. Współpracuje jako ekspertka z organizacjami pozarządowymi i firmami, między innymi w kampaniach edukacyjnych oraz promujących zdrowie. Na co dzień współpracuje z poradnią dietetyczną Centrum Respo, tworzy treści edukacyjne online dotyczące żywienia matek i dzieci, a także prowadzi indywidualne konsultacje dietetyczne.

**Dr n. o zdr. Monika Jodłowska, dyplomowana położna, CDL.**

Położną trzeba być w sercu – to nie jest zwykły zawód. To sposób postrzegania rodziny przez pryzmat dziecka. Po latach zrozumiałam, że wybrałam bardzo trudny fach ale za to bardzo wdzięczny. Wiem, że nie umiałabym być nikim innym. W 2003 r. uzyskałam prawo wykonywania zawodu (Warszawski Uniwersytet Medyczny) i oficjalnie stałam się Położną, w 2012 ukończyłam kurs i jestem Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym, od 2005 r. jestem wykładowcą akademickim. A na co dzień zdaję test na rodzicielstwo jako mama nastolatka i dorosłej panienci.

**Dr n. med. Karolina Karcz**

Jestem absolwentką Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Studia na Wydziale Lekarskim ukończyłam z wyróżnieniem w 2017 r., uzyskując tytuł lekarza. W 2018 r. uko-

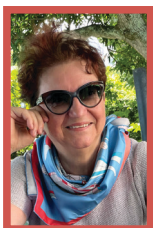
czyłam Studia Podyplomowe Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. W latach 2018–2022 realizowałam studia doktoranckie w Katedrze i Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Rozprawę doktorską z cyklu publikacji obroniłam z wyróżnieniem w 2022 r., uzyskując stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. W latach 2018–2024 realizowałam szkolenie specjalizacyjne z Neonatologii w Klinice Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, uzyskując tytuł specjalisty w dziedzinie neonatologii. Jestem autorką i współautorką artykułów w czasopiśmie międzynarodowych i polskich oraz współautorką rozdziałów w monografiach i podręcznikach akademickich.

**Mgr Joanna Kiełbasińska**

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

**Dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela**

CDL, specjalista alergologii i pediatrii, starszy asystent oddziału Pediatriczno-Alergologicznego w Dąbrowie Górniczej. Od 2016 r. wykładowca CNOL. Prowadzi własną specjalistyczną praktykę lekarską promującą karmienie piersią. Kładzie nacisk na holistyczne podejście do każdego pacjenta uwzględniając szczególną dbałość nie tylko dotyczącą aktualnej terapii ale także zagadnień z zakresu profilaktyki. Prywatnie mama trójki dzieci.

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

Ukończyła Wydział Lekarski w Zabrze, Śląskiej Akademii Medycznej (aktualnie Uniwersytetu) w Katowicach. Kolejne specjalizacje i szlif naukowy uzyskała na Górnym Śląsku, jest specjalistką pediatrii, neonatologii i zdrowia publicznego. Wiele lat pracowała jako Kierownik Oddziału Neonatologii w Katedrze Położnictwa i Rozrodczości, a następnie Perinatologii i Ginekologii w Zabrze. Od 2012 r. jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Neonatologii UM w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Główne zainteresowania kliniczne i naukowe: opieka okołoporodowa; naturalne żywienie noworodków i niemowląt z uwzględnieniem pacjentów leczonych w OITN; zmienność składu mleka kobiecego w zależności od perinatalnych matczyńskich czynników ryzyka (poród przedwczesny, nadciśnienie, cukrzyca) oraz czasu trwania laktacji; niewydolność oddechu i konieczność leczenia w OITN noworodków pochodzących z ciąży mnogich; nieinwazyjne metody wentylacji oraz diagnostyka zakażeń wewnątrzmacicznych z grupy TORCH. Autorka i współautorka prawie 300 opublikowanych prac, redaktorka 5 monografi, w tym 2 podręczników. Przewodnicząca Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych do 2021r, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, członek Europejskiego Towarzystwa Banków Mleka Kobiecego i Polskiego Towarzystwa Pediatricznego.

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 2019 r.

**Paula Meier, PhD, RN, FAAN**

Jest Profesorem na Wydziale Pediatrii oraz Profesorem na wydziale Pielęgniarstwa, kobiet, dzieci i rodziny w Rush University Medical Center w Chicago, USA. Od 1975 roku pracuje jako badaczka, wykładowczyni i praktyczka w dziedzinie laktacji, mleka kobiecego i karmienia piersią wcześniaków oraz ich matek. Dr Meier stoi na czele multidyscyplinarnego zespołu badawczego ds. mleka ludzkiego na Uniwersytecie Rush, który przeprowadził liczne badania translacyjne finansowane zewnętrznie oraz projekty demonstracyjne skupiające się na usuwaniu barier utrudniających karmienie piersią dzieci na Oddziałach Intensywnej Terapii Noworodka. Prof. Meier opublikowała ponad 300 recenzowanych artykułów, książek, materiałów edukacyjnych dla rodziców i była mentorką dla doktorantów wielu dyscyplin. Jest była prezes Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Mlekiem Ludzkim i Laktacją (ISRHML; 2012–2014), a przez ponad 20 lat pełniła funkcję członka Rady Doradczej ds. Zdrowia La Leche League. W 2019 roku była zaproszoną członkinią grupy zadaniowej WHO ds. Dawców mleka ludzkiego oraz grupy zadaniowej NICHD BE-GIN (Ekologia mleka matki: Geneza żywienia niemowląt) w latach 2020–2021. Pełniła funkcję recenzenta badań związanych z mlekiem kobiecym w wielu panelach recenzyjnych NIH. Ostatnio została laureatką nagrody Macy-Gyorgy Award 2022 przyznawanej przez ISRHML – nagrody przyznawanej co dwa lata za wybitny wkład w badania naukowe dotyczące mleka kobiecego, laktacji i karmienia piersią. Jej praca i wiedza każdego dnia pomagają profesjonalistom i matkom na całym świecie.

**Dr Dorota Sys**

Adiunkt badawczo-dydaktyczny CMKP, autorka ponad 80 artykułów naukowych, koordynatorka projektów badawczych o zasięgu międzynarodowym, metodolożka nauk o zdrowiu, doradczyni badaczy na różnym etapie kariery naukowej, autorka i realizatorka szkoleń z zakresu projektowania i prowadzenia badań naukowych oraz dobrych praktyk publikacyjnych. Pasjonuje się aktywnym wypoczynkiem, od zdobywania Korony Gór Polski i Europy, przez długodystansowe wędrówki, po kajakerstwo, bieganie, narciarstwo, windsurfing oraz tenis.

**Dr hab. n. med. n. zdr. Aleksandra Wesołowska**

Prezes i współzałożycielka Fundacji Bank Mleka Kobiecego, kierownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją przy Regionalnym Banku Mleka w Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rodziny w Warszawie, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Promotorka Karmienia Piersią i Mentorka. Laureatka nagrody im. T. Sendzimira przyznanej przez Fundację Kościuszkowską za projekt reaktywacji banków mleka w Polsce oraz nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Członek Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka (EMBA), Rady Naukowej Stowarzyszenia Banków Mleka Zjednoczonego Królestwa (UKAMB) oraz członek Naczelnej Komisji Bioetycznej w Polsce. Członek Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Mlekiem Kobiecym i Laktacją (ISRHML). W minionym roku na zlecenie Biura UNICEF ds. potrzeb uchodźców kierowała projektem realizowanym przez Fundację Bank Mleka Kobiecego. Obecnie koordynuje zespołem światowych ekspertów przygotowujących przegląd systematyczny na zlecenie Departamentu Bezpieczeństwa Żywności WHO, a kierowana przez nią Fundacja jest jednym ze współkonsorcjantów projektu Komisji Zdrowia UE dotyczącego wypracowania legislacji mleka kobiecego na poziomie wspólnotowym. Autorka licznych artykułów naukowych w prasie branżowej na temat laktacji, idei i działania banków mleka kobiecego, żywienia niemowląt i małych dzieci.

**Mgr Agnieszka Muszyńska CDL**

Pracuje jako edukatorka ds. laktacji w Szpitalu Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie, prowadzi tam Poradnię Laktacyjną, jest inicjatorką i organizatorką Tygodnia Promocji Karmienia Piersią w szpitalu, publikuje poradniki dla rodziców, szkoli personel. Od kilku lat wykładowczyni i trenerka w CNoL, członek Zarządu PTKiDL, członek rady naukowej Koalicji Wcześniak. Prywatnie mama trójki dzieci, urlop spędza najczęściej w górach (z plecakiem), zdobyła Koronę Gór Polski.

**Lek. Aneta Nagórka**

Absolwentka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W 2024 r. uzyskała tytuł Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego. Obecnie rozpoczyna specjalizację z pediatrii, jest żywo zainteresowana rozwojem dzieci ze szczególnym uwzględnieniem korzyści płynących z karmienia piersią. Prywatnie mama trójki dzieci.

**Prof. CMKP dr hab. n. med. Maria Wilińska**

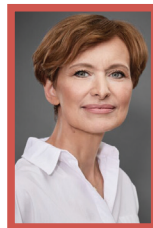
Przewodnicząca Zarządu Głównego Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią (KUKP), Redaktor Naukowy Biuletynu KUKP i SzPDz, Redaktor naukowy podręcznika „Laktacja, Tom 1. Kompendium dla praktyków” oraz „Tom 2. Wiedza kliniczna i farmakoterapia”, a także autorka kilkudziesięciu rozdziałów w tym podręczniku oraz w podręczniku „Neonatalogia t. 1 i 2”. Organizatorka wielu kursów specjalizacyjnych i doskonalących dla lekarzy w ramach pracy w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP), autorka kilkudziesięciu artykułów naukowych nt. laktacji i karmienia piersią, popularyzatorka wiedzy i organizatorka konferencji naukowych, webinarów i spotkań promujących karmienie piersią. W latach 2008–2023 Kierownik Kliniki Neonatologii SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP do końca jej funkcjonowania. Od 2024 roku Kierownik Oddziału Neonatologii Szpitala MSWiA w Warszawie.

**Dr n. med. Piotr Nehring**

Specjalista chorób wewnętrznych, specjalista gastroenterolog, FESBGH. Członek Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E). Adiunkt naukowo-dydaktyczny w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zainteresowania: endoskopia, epidemiologia, genetyka.

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

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. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jedną z inicjatorek i twórczyni pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletnia wykładowczyni 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**

Wicedyrektorka, wykładowczyni i trenerka Centrum Nauki o Laktacji. Od prawie 30 lat wspiera matki karmiące i pomaga rozwiązywać trudne problemy jako lekarz pediatra i doradczyni laktacyjna CDL, IBCLC w Poradni laktacyjnej Centrum Medycznego „Żelazna”. Pionierka szkoleń dla lekarzy, położnych i pielęgniarzek z zakresu profesjonalnego poradnictwa laktacyjnego w Polsce, prowadzonych od 2003 roku. Współtwórczyni standardu porady laktacyjnej, której skuteczności dowiodła w ramach pracy doktorskiej. Współtwórczyni systemu szkolenia doradców CDL, opartego na rzetelnej wiedzy popartej badaniami, metodach warsztatowych i aktywizujących, treningu praktycznym, a przede wszystkim na doświadczeniu w poradnictwie kadry szkolącej. Autorka programów szkoleń „Praktyka CDL dla zaawansowanych”, „Frenotomia dla praktyków” i innych. Współautorka pierwszego polskiego podręcznika „Karmienie piersią w teorii i praktyce”, wydanie I -2012, wydanie II – 2017. Autorka licznych publikacji nt. karmienia piersią i laktacji w czasopiśmie medycznych. Jedną z założycielek i przewodnicząca pierwszego polskiej organizacji zrzeszającej konsultantów laktacyjnych.