

XVIII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Warszawa, 7-8 czerwca 2025 r.

Karmienie piersią – natura, kultura, medycyna



Organizatorzy



Patronaty honorowe



Patronat Medialny



Partnerzy społeczni



Partner Główny Platynowy



Partner Złoty



Partner Srebrny



Partner Brązowy



Partnerzy

**Dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak**

Położna, magister pielęgniarstwa, 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.

**Lek. Magda Bichalska-Lach**

Rezydentka chirurgii ogólnej, na co dzień pracująca w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu. Specjalizuje się w patofizjologii ran przewlekłych oraz w unikalnych aspektach leczenia ran brodawek i schorzeń zapalnych u kobiet w okresie laktacji. Posiada zarówno tytuł CDL, jak i IBCLC. Zaangażowana w działalność naukową na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach, gdzie prowadzi badania nad nowoczesnymi metodami leczenia ran. Jest również uczestniczką ogólnopolskiego programu Fundacji Perspektywy „Dziewczyny do Nauki”.

**Mgr Sylwia Bowska**

Położna oraz CDL. Od 2008 roku pracuje w zawodzie, wspiera mamy karmiące piersią na różnych etapach laktacji. Położnictwo i laktacja są jej pasją, uwielbia wspierać mamy w karmieniu piersią, rozwiązywać mniejsze i większe problemy, które kobiety spotykają na swojej drodze mlecznej.

**Dr hab. n. med. Piotr Dziechciarz**

Pediatra, gastroenterolog dziecięcy. Od początku swojej pracy związany z Warszawskim Uniwersytem Medycznym. Działalność leczniczą i dydaktyczną łączy z pracą naukową oraz samokształceniem. W swojej pracy kieruje się zasadami rzetelności naukowej i empatii wobec współpracowników i pacjentów.

**Prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki**

Specjalista psychiatry, specjalista seksuolog, nauczyciel akademicki i praktyk. Kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii, Przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Przewodniczący Rady ds. Zdrowia Psychicznego. Autor i współautor ponad 600 publikacji. Jest również autorem publikacji z tzw. pogranicza prawa i psychiatrii. Pomysłodawca i współorganizator Międzynarodowego Kongresu Psychiatrii Sądowej, Konferencji Filmowe Postępy w Psychiatrii oraz Polskiego Kongresu Neurologii i Psychiatrii. Twórca nowatorskiej „neurorozwojowej teorii depresji”, integrującej dotychczasowe podejścia w rozumieniu etiologii tej choroby.

**Lek. Stom. Małgorzata Helon**

Stomatolog, ortodonta, absolwentka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz studiów ortodontycznych na Uniwersytecie San Jorge w Hiszpanii. Współautorka pracy pt: „Przypadek utrudnionego leczenia ortodontycznego pacjenta z rozszczepem podniebienia wtórnego.”

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

Dyplomowana położna, CDL. W 2003 r. uzyskała prawo wykonywania zawodu (Warszawski Uniwersytet Medyczny). W 2012 ukończyła kurs PwL i jest CDL. Od 2005r jest również wykładowcą akademickim. Wie, że nie umiałaby być nikim innym.

**Dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, prof. UJ, radca prawny**

Profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kierownik Pracowni Prawa i Zarządzania w Zawodach Medycznych, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu oraz radca prawny. Założyciel i Prezes Fundacji Ius Medicinæ. Ekspert w zakresie Zdrowia i Danych Medycznych oraz Polityki Społecznej. Pełni funkcję Dyrektora Centrum Wsparcia Organizacji Pacjentów przy Instytucie Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Jest członkiem Rady Fundacji Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Od 2005 r. współpracuje

jako ekspert i wykładowca w Fundacji Rodzić po Ludzku. Jest także członkiem Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego. Nagrodzona przez Rzecznika Praw Pacjenta. Od stycznia 2018 r. pełni funkcję Przewodniczącej Wojewódzkiej Komisji ds. orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie.

**Mgr Joanna Kielbasińska**

Mgr położnictwa, CDL i pielęgniarka z 18-letnim doświadczeniem. Od 2007 roku pracuje jako wykładowca w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz od 2008 roku jest nauczycielem mianowanym. Jej praca ze studentami na oddziałach szpitalnych pozwala nieustannie uczyć się, zdobywać doświadczenie i dzielić się wiedzą. Jest szczególnie dumna ze swojej pasji do laktacji, którą rozwija dzięki inspiracji mgr Joanny Piątkowskiej.

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

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

**Dr n. med. Danuta Kozłowska-Rup**

Położna, specjalistka pielęgniarstwa neonatologicznego, CDL, IBCLC, praktyk zawodu, szkoleniowiec. Od 19 lat związana z Oddziałami Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Założycielka Poradni Laktacyjnej Mataja (lg @laktacyjna) oraz współzałożycielka projektu „Logolakta”, w którym wspiera rodziny w czasie laktacji i problemów z karmieniem. Autorka i współautorka publikacji dla specjalistów, w tym m.in.: „Neonatologii praktycznej dla pielęgniarek i położnych”. Uczestniczyła w tworzeniu naukowego bloga dla rodziców www.mataja.pl.

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

Specjalista 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. Autorka i współautorka prawie 300 opublikowanych prac, redaktor 5 monografii, 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 Kobięcego i Polskiego Towarzystwa Pediatricznego.

**Dr n. hum. Marzena Machoś**

Logopeda, specjalista z zakresu wczesnej logopedii klinicznej. Autorka i współautorka 9 książek, kart pracy i artykułów z zakresu pracy terapeutycznej z małymi dziećmi. Nauczyciel akademicki z 17 letnim doświadczeniem. Szkoleniowiec. Praktyk. Założycielka Śląskiego Centrum Niemowlaka Guguhopla. Specjalizuje się w pracy z noworodkami i niemowlętami, pomaga rodzicom niemowląt karmionych przez złąbkę. Pracuje w oparciu o autorskie programy terapeutyczne.

**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.

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

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996-2021), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”.

**Mgr Kinga Osuch**

Położna, specjalistka pielęgniarstwa neonatologicznego, absolwentka Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, mgr socjologii. W 2004 r. uzyskała tytuł IBCLC i trzykrotnie się recertyfikowała. Od 2011r. szczyty się tytułem CDL. Po uzyskaniu odpowiednich kwalifikacji, nieprzerwanie do chwili obecnej, swoją drogę zawodową łączy z poradnictwem laktacyjnym. Pracuje bezpośrednio z matkami i dziećmi na oddziale położniczym i w poradni laktacyjnej. Przez 19 lat odpowiadała za opiekę laktacyjną w Szpitalu św. Zofii w Warszawie. Przez kilka lat brała udział w pracach Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Od lat jest wykładowczynią, trenerką, egzaminatorką i współtwórczynią kursów CNoL. Za zaangażowanie w pracę zawodową i społeczną została uhonorowana, między innymi, odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia” i „Zasłużony dla Warszawy”.

**Dr n. med. Lidia Popek**

Specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, pediatra, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, psychoterapeutka Psychoanalitycznej Psychoterapii Rodzic-Niemowlę. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Zdrowia Psychicznego Niemowląt, członek The World Association for Infant Mental Health. Konsultant wojewódzka w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży na Mazowszu. Jest pomysłodawczynią i Kierowniczką Projektu „Siła więzi” Psychoterapii Rodzic-Niemowlę w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii. Aktywnie działa na rzecz rozpowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego niemowląt i małych dzieci oraz zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży.

**Lek. Katarzyna Pyrkosz**

Specjalistka w dziedzinie dermatologii i wenerologii, CDL oraz nauczycielka akademicka. Od 2014 roku pracuje w Klinicznym Oddziale Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, gdzie obecnie pełni funkcję asystenta dydaktycznego w Zakładzie Alergologii Klinicznej i Pokrzywki.

**Diane L. Spatz, PhD, RN-BC, FAAN, FAWHONN**

Od 2012 roku do chwili obecnej pełni funkcję Profesora Pielęgniarstwa Perinatologicznego i Żywienia, jest kierownikiem badań, założycielką Banku Mleka i szefem programu wspierania laktacji w Szpitalu Dzieciątym w Filadelfii, związana z Uniwersytetem w Pensylwanii. W 2004 roku stworzyła model 10 kroków dla karmienia piersią niemowląt w stanie zagrożenia, który został wdrożony w oddziałach OITN w Stanach Zjednoczonych jak i w innych krajach. Została uhonorowana prestiżowym tytułem „Edge Runner” przez Amerykańską Akademię Pielęgniarstwa. Jest laureatką wielu prestiżowych nagród za działalność na rzecz edukacji w pielęgniarstwie i promocji zdrowia. Uczestniczyła w ponad 50 projektach badawczych, opublikowała ponad 265 artykułów naukowych oraz wiele rozdziałów do książek o tematyce mleka ludzkiego oraz karmienia piersią. Jest autorką i współautorką wytycznych oraz stanowisk organizacji, takich jak Międzynarodowe Stowarzyszenie Konsultantów Laktacyjnych, Stowarzyszenie Pielęgniarek Położniczych i Neonatologicznych (AWHONN), Towarzystwo Pielęgniarek Pediatrycznych (SPN) czy Narodowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Neonatologicznych.

**Dr n. farm. Magdalena Stolarczyk**

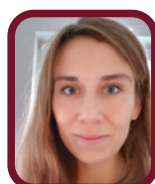
Doktor nauk farmaceutycznych, farmaceutka, członek Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie i Naczelnej Rady Aptekarskiej, redaktor naczelny Biuletynu informacyjnego Jest również blogerką, autorką i współautorką publikacji w czasopiśmie branżowym, autorką stacjonarnych i internetowych szkoleń dla farmaceutów oraz certyfikowaną promotorką karmienia piersią. Pracuje w aptece ogólnodostępnej, gdzie szczepi, prowadzi testy diagnostyczne i konsultacje farmaceutyczne oraz wykonuje przeglądy lekowe. Farmaceutom pomaga zdobywać nową wiedzę i umiejętności, wspiera opiekę farmaceutyczną i tłumaczy, jak wykonywać ją w praktyce. Swoją wiedzę dzieli się na swojej stronie farmaceutaradzi.pl, ale również prowadzi szkolenia, warsztaty i wykłady zarówno dla rodziców, farmaceutów i innych pracowników ochrony zdrowia.

**Dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska**

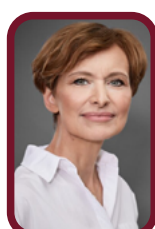
Lekarz, specjalista, położnik, ginekolog, dr n medycznych i nauk o zdrowiu. Prezes Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli NPR od 2003 r. Od stycznia 1994 r. pracuje w Szpitalu Położniczo-Ginekologicznym Św. Zofii w Warszawie. Wykładowca Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Szkoły Wyższej Przymierza Rodzin, Centrum Nauk o Laktacji. Pomysłodawczyni i inicjator powstania prorodzinnego Gabinetu lekarskiego Profamilia2000. Od 20 lat czynnie zaangażowana w promocję zdrowia prokreacyjnego oraz troskę o płodność i rodzinę.

**Marlena Świrk**

Fundatorka i prezeska Fundacji Mlekiem Mamy, Promotorka Karmienia Piersią CNoL, doula, doradczyni noszenia dzieci w chustach i nosidłach miękkich. Wspiera i edukuje kobiety w świadomym macierzyństwie, współpracuje z Centrum Nauki o Laktacji od 2015 roku.

**Dr n. med Katarzyna Wachowska**

Lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii, psycholog. Asystent w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zainteresowania naukowe obejmują biologiczne i psychologiczne przyczyny rozwoju zaburzeń psychicznych.

**Dr n. med. Monika Żukowska-Rubik**

Wicedyrektorka, wykładowczyni i trenerka Centrum Nauki o Laktacji. Od prawie 30 lat wspiera matki karmiące 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. Współtwórczyni standardu porady laktacyjnej, której skuteczności dowiodła w ramach pracy doktorskiej. Współtwórczyni systemu szkolenia doradców CDL. Autorka programów szkoleń „Praktyka CDL dla zaawansowanych”, „Frenotomia dla praktyków” i innych. Współautorka pierwszego polskiego podręcznika „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Autorka licznych publikacji nt. karmienia piersią i laktacji w czasopiśmie medycznych. Jedną z założycielek i przewodniczącą pierwszej polskiej organizacji zrzeszającej konsultantów laktacyjnych.

XVIII Zjazd Centrum Nauki o Laktacji

Program konferencji

PIĄTEK 6 czerwca 2025 – SESJE WYKŁADOWE 9.30 – 18.50 (21.00)

9.30	Rejestracja uczestników
10.30 – 10.45	Powitanie uczestników, słowo od Współorganizatorów
10.45 – 10.55	Pionierstwo kosztuje. Gdzie jesteśmy po 18 latach? – dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

I sesja KULTURA I MEDYCYNĄ

10.55 – 11.00	Słowo na otwarcie I sesji – mgr Agnieszka Muszyńska
11.00 – 11.20	Pacjentka w kryzysie psychicznym a laktacja – prof. dr hab. n. med. Piotr Gałęcki, dr n. med. Katarzyna Wachowska
11.20 – 11.40	Sztuka karmienia czy karmienie w sztuce? – prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek
11.40 – 12.00	Karmienie piersią w otoczeniu innych – mgr Kinga Osuch
12.00 – 12.15	Karmienie piersią – wolność czy uwiązanie? Wyniki badania ankietowego – dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak, lek. Aneta Nagórska
12.15 – 12.35	Laktacyjna wioska – jak można realizować ją w Polsce? – dr hab. n. praw. Dorota Karkowska
12.35 – 12.50	Dyskusja
12.50 – 13.10	Przerwa

II sesja NATURA I MEDYCYNĄ

13.10 – 13.15	Słowo na otwarcie II sesji – mgr Iwona Nadratowska
13.15 – 13.20	Pink Mama – kompleksowe wsparcie kobiety w okresie okołoporodowym – Jacek Zarychta, Hydrex Diagnostics
13.20 – 13.40	Otyłość, cukrzyca, PCOS a karmienie piersią – dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska
13.40 – 13.55	Migrena – leczyć i karmić czy nie karmić? – dr n. farm. Magdalena Stolarczyk
13.55 – 14.15	Stomatolog – przyjaciel czy wróg karmienia piersią? – lek. stom. Małgorzata Helon
14.15 – 14.35	Najnowsze wytyczne leczenia ran brodawek – dr n. med. Monika Żukowska-Rubik
14.35 – 14.45	Podwójny laktator samonośny HandsFree Philips Avent jako odpowiedź na zmieniające się potrzeby mam – mgr Agnieszka Safjańska, Phillips Avent
14.45 – 15.00	Dyskusja
15.00 – 16.00	Przerwa obiadowa

- 16.00 – 16.05 Słowo na otwarcie III sesji – **prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejn**ik
- 16.55 – 16.10 Bepanthen baby – optymalny skład maści barierowej jako element codziennej profilaktyki – dr n. biol. Agnieszka Kotusz, Bayer
- 16.10 – 16.18 Występowanie zaburzeń odruchowych reakcji oralnych u noworodków urodzonych drogami natury oraz przez cięcie cesarskie
– **I miejsce w konkursie – mgr Katarzyna Czajka**
- 16.18 – 16.26 Skład i status antyoksydacyjny mleka weganek
– **II miejsce w konkursie – dr n. med. Agnieszka Chrustek**
- 16.26 – 16.34 Czy skład mleka matki w pierwszym tygodniu po porodzie jest związany ze stanem zdrowia matki lub wybranymi parametrami antropometrycznymi noworodka?
– **III miejsce w konkursie – dr n. med. Karolina Karcz**
- 16.35 – 16.50 Prezentacja plakatów
1. Stosowanie używek a dawstwo mleka – czy kultura ma znaczenie?
– **dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura**
 2. Ocena realizacji „Programu wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego” w województwie mazowieckim
– **dr n. med. i n. o zdr. Magdalena Bednarczyk**
 3. Czynniki wpływające na przebieg karmienia piersią w okresie połogu oraz satysfakcję z życia w tym okresie – **mgr Paulina Podolska**
 4. Bakterie w mleku matki – czy powinniśmy się ich bać?
– **mgr Izabela Drążkowska**
- 16.50 – 17.00 Gdy mleczna droga boli – patent na ulgę i skuteczne karmienie
– Estera Michalak, Nutropharma
- 17.00 – 17.15 Wręczenie certyfikatów Doradcy Laktacyjnego**
- 17.15 – 18.15 **GOŚĆ SPECJALNY**
Kontakt skóra do skóry i karmienie w najtrudniejszych warunkach
– użyj 10 kroków – **prof. Diane Spatz**
- 18.15 – 18.35 Dzieje się!!! Nowe wytyczne w alergologii i gastroenterologii a karmienie piersią – **dr hab. n. med. Piotr Dziechciarz**
- 18.35 – 18.50 Dyskusja oraz zakończenie pierwszego dnia konferencji
- 19.00 – 21.00 Kolacja**

SOBOTA 7 czerwca 2025 – SESJE WARSZTATOWE 9.00 – 14.30
(9.00 – 10.30; 11.00 – 12.30; 13.00 – 14.30)

	SALA SCHERZO + transmisja on-line	SALA REJA	SALA PYTIA 1 piętro	SALA KORYNT 1 piętro
Kawa powitalna 8.30–9.00				
9.00–10.30 Warsztat 1	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 8: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska	Karmienie po przejściach – mgr Agnieszka Muszyńska, dr n. o zdr. Monika Jodłowska	Odczarować butelkę i nie tylko – dr n. hum. Marzena Machoś, dr n. med. Danuta Kozłowska-Rup	Jak wesprzeć mamy odciągające mleko (KPI)? – Marlena Świrk, mgr Kinga Osuch
Przerwa kawowa 10.30–11.00				
11.00–12.30 Warsztat 2	Jak podnieść wskaźniki kangurowania i karmienia piersią dzieci w szpitalu – praktyczne rozwiązania – GOŚĆ SPECJALNY prof. Diane Spatz	Regulacja emocji u niemowląt i ich rodziców – dr n. med. Lidia Popek	Odczarować butelkę i nie tylko – dr n. hum. Marzena Machoś, dr n. med. Danuta Kozłowska-Rup	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 8: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska
Przerwa kawowa 12.30–13.00				
13.00–14.30 Warsztat 3	Regulacja emocji u niemowląt i ich rodziców – dr n. med. Lidia Popek	Jak podnieść wskaźniki kangurowania i karmienia piersią dzieci w szpitalu – praktyczne rozwiązania – GOŚĆ SPECJALNY prof. Diane Spatz	Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 8: dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, mgr Joanna Kiełbasińska	Karmienie po przejściach – mgr Agnieszka Muszyńska, dr n. o zdr. Monika Jodłowska

KOMITET NAUKOWY

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

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

dr n. med. i n. o zdr. Mariola Błachnio

mgr Kinga Osuch

mgr Agnieszka Muszyńska

lek. Debora Barbay

mgr Natalia Barska

dr n. o zdr. Dorota Bassara-Nowak

lek. Zuzanna Godyń-Myśliwy

dr n. o zdr. Monika Jodłowska

mgr Joanna Kiełbasińska

dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela

mgr Iwona Nadratowska

mgr Joanna Żołnowska

Drodzy Absolwenci, Pracownicy, Współpracownicy, Partnerzy i Sympatycy!

Z całego serca dziękujemy, że przez 18 lat darzycie nas zaufaniem i tak licznie zapelnia-
cie sale na naszych zjazdach. A teraz jeszcze dodatkowo wirtualne pokoje. Niesamowita
frekwencja, jaką nas obdarzacie i tworzycie z nami to dzieło sprawia, że jest to najwięk-
sze laktacyjne wydarzenie edukacyjne w Polsce. I jedno z większych w Europie. Jeszcze
raz dziękujemy!

Inspirujecie nas swoją wytrwałością i konsekwencją w zdobywaniu wiedzy do dostar-
czania Wam jej na najwyższym, światowym poziomie. Staramy się podążać za nowinka-
mi, ale bardziej interesują nas sprawdzone pod względem skuteczności i bezpieczeństwa
programy i protokoły postępowania. Dlatego zapraszamy doświadczonych ekspertów, jak
prof. Diane Spatz, która swoje programy i praktyki wdrożyła w kilkunastu krajach świata
i one działają! Każdy program szczegółowo bada, liczy, poprawia i dzięki temu wie, co
podnosi wskaźniki! Nie wprowadza się zmian w medycynie bez dowodów na skutecz-
ność. Profesor Spatz pokazuje przy tym, jak mądrze wykorzystywać zasoby personelu
– angażuje pielęgniarki, studentów, asystentów medycznych i personel zarządzający, aby
wspólnie osiągać cele w naturalnym żywieniu dzieci, nawet w najtrudniejszych stanach
zdrowotnych.

Czy taką „laktacyjną wioskę wsparcia” możemy organizować w Polsce w świetle aktu-
alnych przepisów prawa pokaże **dr hab. n. praw. Dorota Karkowska**. Ostatnio pojawiają
się koncepcje rezerwowania poradnictwa laktacyjnego dla wybranej grupy zawodowej
i mnożenia ograniczeń. Porada laktacyjna specjalistyczna też okazała się „niezasadnym
świadczeniem gwarantowanym” dla AOTMIT. Czyli polscy decydenci, nie pierwszy już
raz, próbują iść drogą całkiem odmienną od reszty świata. Bo przecież Strategie WHO,
UNICEF i Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego UE zalecają rządowi finansowanie udziału
w opiece nad karmiącą mamą całego personelu medycznego bez wyjątku, od osób spo-
tykających ją sporadycznie po wyspecjalizowanych konsultantów/doradców laktacyj-
nych. Dlatego kolejne sesje poprowadzą osoby zasłużone dla opieki laktacyjnej w Polsce,
kolejno położna, pielęgniarka i lekarz.

Karmienie naturalne wykracza poza medycynę – jest w kulturze, w otoczeniu, gdzie
czasem zachwyca, a czasem bulwersuje. Jest „w głowie”, w spełnieniu i obawach matek.
Mgr Kinga Osuch pochodzi po ulicach i parkach, a **prof. Barbara Królak-Olejn**ik prze-
jdzie się z nami po wystawach sztuki. Tam obie szukały karmienia naturalnego. Badaczki
z CNoL i FMM pokażą Wam jak karmienie dzieci postrzega pokolenie millenialsów – Wa-
sze i nasze pacjentki, bo aby skuteczniej im pomagać, trzeba je rozumieć. **Prof. Piotr**
Gałecki i dr Katarzyna Wachowska pokażą, że nawet w kryzysie psychicznym, można
i warto ochronić karmienie piersią.

Laktacja to gałąź prężnie rozwijającej się nauki o czym świadczy co roku grono młodych
naukowców, którzy prezentują swoje odkrycia przydatne praktykom. Wasza obecność

i naukowy zapał jest godny podziwu i nie ukrywam – uwielbiamy go! Kolejne sesje przyniosą nowości z najróżniejszych dziedzin – ginekologii, pediatrii, gastrologii, farmakologii i nawet stomatologii – bo ci specjaliści też sprawują opiekę nad karmiącymi mamami.

Absolutnym hitem będą zaprezentowane przez **dr n. med. Monikę Żukowską-Rubik** najnowsze wytyczne dotyczące leczenia ran brodawek zgodne ze światowymi konsensusami chirurgicznymi.

Wiedza o laktacji jest interdyscyplinarna, bo tak zażyczyły sobie matki! Grupa mam z La Leche League International w USA zwołała w latach 80. XX w. panel 60 ekspertów z wielu dziedzin, aby powstał standard wiedzy i umiejętności konsultanta laktacyjnego IBCLC. Do dziś wzorcowy i praktykowany przez tysiące osób na świecie z tymi i podobnymi certyfikatami. A dziś polskie nowe adeptki tej sztuki odbiorą swoje certyfikaty, znaczki i honory – a będzie ich 65! W efekcie tej wspólnej dobrze wykonywanej roboty mamy w Polsce 1270 nadanych certyfikatów CDL. Gratulacje dla wszystkich!

Jest się czym chwalić! Zajmujemy czołową pozycję na świecie w liczbie doradców/konsultantów na 1000 urodzeń! Ale czy nasi rządzący kiedykolwiek chwalili się tym osiągnięciem na międzynarodowych spotkaniach?

No cóż. Za to doceniają nas ci, którzy nas potrzebują.

I jeszcze refleksja o demografii. Czy gdyby zadbano o kobietę, matkę, jej dziecko otaczając ją kompleksową, dobrej jakości opieką, również laktacyjną, której domaga się nasze środowisko od 20 lat, nie byłoby lepiej? Czy ktoś nas słuchał wtedy? Teraz już troszkę zrobiło się późno...

Refleksja końcowa: Zmian, które wprowadziliście Wy – do wiedzy, umiejętności, kształcenia, nauki i opieki nad pacjentkami – nikt już nie zatrzyma. Stawianie szlabanów niewiele da. Maszyna ruszyła...

Szarpnęła wagony i ciągnie z mazołem,
I kręci się, kręci się koło za kołem,
I biegu przyspiesza, i gna coraz prędszej,
I dudni, i stuka, łomoce i pędzi,
A dokąd? A dokąd? A dokąd? Na wprost!
(...)
Lecz choćby przyszło tysiąc atletów
I każdy zjadłby tysiąc kotletów,
I każdy nie wiem jak się wyteżał,
To nie udźwigną, taki to ciężar.

(fragmenty wiersza *Lokomotywa*. Julian Tuwim)

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL, Prezes FTK

Pionierstwo kosztuje. Gdzie jesteśmy po 18 latach?

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,

dr n.med. Monika Żukowska-Rubik

Who Were We, Where Are We Now? A Summary of 2024 /25

Director of the Center for Lactation Science (CNoL)

Co jest naszą misją?

Szkolimy kadry medyczne, by skutecznie wspierać matki w karmieniu piersią i matczynym pokarmem.

Dlaczego to robimy?

Wypełniamy systemową lukę. Odpowiadamy na potrzeby matek.

Jak to robimy?

Rzetelna wiedza – uczymy zgodnie z wiedzą opartą na dowodach, dbając o zdrowie i bezpieczeństwo matek i dzieci.

Doświadczenie – mamy wieloletnie doświadczenie w poradnictwie laktacyjnym, pracy z matkami i niemowlętami oraz w szkoleniu pracowników ochrony zdrowia z całej Polski.

Pasja – jesteśmy zafascynowani karmieniem piersią, które jest częścią natury, chcemy je chronić i wspierać, kochamy swoją pracę.

Profesjonalizm – rozwijamy metodę dydaktyczną, która jest spójnym systemem nauczania opartym na wiedzy, praktyce, aktywizacji, stale szkolimy zespół, stawiamy na dobrą organizację.

Gdzie byliśmy, a gdzie jesteśmy po 18 latach?

CNoL 2007	CNoL 2025
Było małe, stawiało pierwsze kroki	Jest duże, osiągnęło dorosłość
Nikt go nie znał	Jest znane
Obalanie powszechnych mitów i szkodliwych praktyk w laktacji	Wiedza o laktacji oparta na dowodach a prawidłowe praktyki upowszechniły się
Początki standaryzacji działań diagnostycznych i leczniczych	Standardy, nomenklatura, protokoły, podręczniki, inne publikacje
Nie miało wpływu na opiekę zdrowotną	Jest źródłem wiedzy i praktyki
Skupiało kilkadziesiąt osób	Inspiruje i motywuje setki osób
Nie miało konkurentów	Ma konkurentów, naśladowców, oponentów
Wierzyło, że przekona decydentów do skutecznych zmian w opiece laktacyjnej	Nie bardzo wierzy w dobre zmiany systemowe w opiece laktacyjnej w Polsce
Życzyło sobie powodzenia	Życzy innym powodzenia

W ciągu 18 lat, nie mając wsparcia finansowego z żadnej instytucji państwowej, z wyjątkiem kursu specjalistycznego dla 114 osób w 2016 roku, przeszkoliliśmy 13158 osób, w tym 1727 osób wzięło udział w najdłuższym szkoleniu przygotowującym do uzyskania tytułu CDL.

Pionierstwo wyprzedza rozwiązania systemowe

Pionier – to ten, kto wprowadza coś nowego, dokonuje postępu, rozszerza wiedzę.

„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, weszło w obszar medycyny ze względu na to, że część matek i niemowląt doświadcza problemów zdrowotnych. Medycy poszerzają wiedzę w odpowiedzi na potrzeby matek. Jak wiele pionierskich inicjatyw, tak i ta – profesjonalne poradnictwo laktacyjne – wyprzedzało rozwiązania systemowe opieki zdrowotnej. W wielu krajach zostało doń płynnie włączone, w Polsce do dziś nie jest odpowiednio wykorzystane. Poradnictwo laktacyjne jest jednym z istotnych ogniw łańcucha wsparcia karmienia piersią i warto je rozwijać nie tracąc cennej kadry medycznej”. (Aktualny stan poradnictwa laktacyjnego w Polsce. Medycyna Praktyczna – Pediatria 3/2025) [1]

Co to są standardy medyczne?

„Standardy medyczne są opracowywane zwykle przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny – najczęściej w formie zbioru zaleceń, wytycznych lub rekomendacji, które nie mają charakteru prawnego. Jednak – jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami Evidence-Based Medicine (EBM) – stanowią bardzo ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej”. (Ministerstwo Zdrowia) [2]

Matki potrzebowały nie tylko promocji i wsparcia w karmieniu piersią, ale bardzo realnego, konkretnego działania opartego na dowodach, opisanego w procedury i protokoły postępowania. My też potrzebowaliśmy tego do pracy.

Standard porady laktacyjnej

Porada laktacyjna nie powstała dla tych, którzy ją wykonują, powstała z potrzeby matek. To one wezwały nas, medyków, do poszerzenia wiedzy, zdobycia umiejętności, aby im profesjonalnie pomagać. Problemy, z którymi przychodziły do nas, zmuszały nas do sięgania coraz głębiej w nauki medyczne z różnych dziedzin. Praktykowaliśmy i opisywaliśmy to, co robimy. Opublikowaliśmy standard już w 2005 r. Badaliśmy skuteczność. Uczyliśmy innych. Standard porady laktacyjnej jest nauczany na szkoleniach CNoL/FTK, praktykowany przez doradców laktacyjnych, ale też przez wielu medyków w codziennej pracy z pacjentkami.

Podstawowe pojęcia powszechnie używane w Polsce i na świecie

Poradnictwo laktacyjne	Lata 80 – te, LLLI, IBLCE
Poradnia laktacyjna	Poradnia zaburzeń laktacji IMID – 1987 Poradnia laktacyjna Szpitala Św. Zofii – 1992
Porada laktacyjna Konsultacja laktacyjna Standard porady laktacyjnej	Mikiel-Kostyra K., Wojdan-Godek E.: Poradnia Zaburzeń Laktacji: zadania, organizacja i funkcjonowanie. Med. Wieku Rozw., 1999 ; 3 (4): 75–88 Żukowska-Rubik M. Nehring-Gugulska M. Standard wizyty w poradni laktacyjnej. <i>Standardy Medyczne</i> 2005 , 4:1786-1790 Żukowska-Rubik M. Nehring-Gugulska M. Standard porady laktacyjnej. W: <i>Karmienie piersią w teorii i praktyce, Medycyna Praktyczna, Kraków</i> 2012, 2017
Doradca laktacyjny, Konsultant laktacyjny, Wytyczne kształcenia IBLCE	Standardy kształcenia CDL Certyfikaty IBCLC, CDL, inne Wytyczne dla innych certyfikatów

Narzędzia i Protokoły postępowania

Potrzebowaliśmy jako medycy opisu szczegółowego postępowania w każdym problemie laktacyjnym, jaki przychodziło nam rozwiązywać. Potrzebowaliśmy narzędzi diagnostycznych. Tworzyliśmy je i dziś mamy liczne artykuły, dwie edycje kompleksowego podręcznika *Karmienie piersią w teorii i praktyce* (2012,2017), protokoły postępowania, ale też badania naukowe, publikacje zagraniczne. Upowszechnił się „Protokół Oceny Umiejętności Ssania”, który ma już kolejną edycję, a także protokół leczenia zapalenia piersi, postępowania w niedoborze pokarmu, a kolejne powstają, jak tegoroczny „Protokół leczenia ran brodawek” wydany wspólnie z Polskim Towarzystwem Leczenia Ran. Dziś stosują je medycy z wielu dziedzin, one są powszechne i dostępne dla każdego.

Dlaczego dzieliliśmy się wiedzą i praktyką z innymi medykami?

Zgodnie z koncepcją powszechności opieki laktacyjnej zalecaną przez WHO, UNICEF oraz Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE [3,4,5] każdy powinien umieć udzielić porady laktacyjnej jednocześnie pozostając w zgodzie z kompetencjami wynikającymi z wykonywanego zawodu. W toku kształcenia położnych, pielęgniarek i lekarzy uzyskuje się wystarczające kwalifikacje pozwalające udzielać porad złożonych z badania fizykalnego, obserwacji i oceny karmienia, edukacji zdrowotnej oraz zaleceń zapobiegawczych i leczniczych. Nie potrzeba żadnych ograniczeń, wyłączeń i wymyślnych wymagań. Proste rozwiązania są najlepsze. Wystarczy poszerzyć wiedzę i zacząć ją praktykować stosując powszechnie dostępne narzędzia i protokoły [6,7]. Warto zwrócić uwagę, że poradnictwo laktacyjne praktykują też osoby niemedyczne, a doule mają je wpisane do swoich zadań

zawodowych. My też ucząc się korzystaliśmy z doświadczeń kolegów z innych krajów, gdzie poradnictwem laktacyjnym zajmują się bardzo różne osoby.

Wiedza i praktyka upowszechniła się

Opis porady laktacyjnej opracowało też w 2019 roku Polskie Towarzystwo Położnych [8]. Równocześnie na położniczych studiach magisterskich powstał przedmiot poradnictwo laktacyjne, a dla położnych po studiach kurs specjalistyczny „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji” (stworzony przez trzy konsultantki laktacyjne: B. Szyber, M. Kaletę i M. Nehring-Gugulską, obecnie zmodyfikowany i wydłużony przez MZ). Powstało stanowisko pracy dla położnych – edukator ds. laktacji (nie jest na nie wymagany kurs specjalistyczny). Poszerzyła się też gama dostępnych kursów doszkalcających oferowanych przez niepublicznych organizatorów dla lekarzy, położnych i pielęgniarek, a także poszerzono treści kształcenia w specjalizacjach dla w/w grup zawodowych. Dzięki tym działaniom wiedza o laktacji upowszechnia się wśród personelu, co nas cieszy.

Poradnictwo laktacyjne weszło sobie do systemu opieki zdrowotnej

Poradnictwo laktacyjne jest gwarantowane w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej [9] oraz w Ustawie za Życiem [10]. Wśród świadczeń położnej i pielęgniarki wymieniana się w ICD-9 Edukacyjną wizytę laktacyjną (89.045), która nie jest osobno wyceniana. Powstały dwa projekty, w których szczegółowo opracowano procedurę porady podstawowej i specjalistycznej w 2015 [11] oraz specjalistycznej położnej i lekarza w 2024 roku, oba zostały odrzucone przez Radę Przejrzystości przy AOTMIT. W uzasadnieniu stwierdzono, że opieka sprawowana przez położne i lekarzy specjalistów w szpitalu i AOS oraz położne i lekarzy POZ oraz pielęgniarkę POZ (od 8. tygodnia życia) zapewniają kompleksową opiekę i są wystarczające [12]. Skąd takie przekonanie? To, co wypowiadają kobiety w badaniach ankietowych, nie potwierdza tych przekonań urzędników [13,14,15].

Nauka potwierdza skuteczność doradców laktacyjnych – ostatnie wyniki

W Polsce badano skuteczność porad laktacyjnych udzielanych przez medyków w ramach prac doktorskich [16,17,18] oraz publikowanego Raportu CNoL w 2021 roku, który wykazał, że skuteczność porady jest najwyższa, gdy trwa ona 60–90 minut i zawiera obserwację aktu karmienia i ocenę parametrów wzrostu dziecka [19].

Jednak dopiero ostatnio opublikowano przegląd systematyczny, który skupił się na opiece sprawowanej podczas indywidualnych wizyt doradców laktacyjnych. [20] Został on zaprezentowany i skomentowany w czasopiśmie Medycyna Praktyczna – Pediatria nr3/2025 [21]. Przegląd wyróżnia się wysoką jakością metodologiczną. Badacze przeprowadzili przegląd systematyczny piśmiennictwa z metaanalizą 40 RCT z okresu 1985–2024, który objął 8582 kobiety karmiące piersią oraz ich dzieci w wieku <6 miesięcy urodzone w ≥ 34 . tc. lub ≥ 37 . tc. Porównano opiekę doradcy laktacyjnego (IBCLC – 27 RCT lub CLC – 3 RCT) ze standardową opieką (od braku wsparcia przez ograniczone wsparcie i edukację udzielane przez położną lub pielęgniarkę w szpitalu lub w domu po wypisaniu ze szpitala, do fakultatywnych konsultacji z doradcą laktacyjnym dostępnym w szpitalu dla wszystkich kobiet lub mających problem z laktacją, podstawowe poradnictwo laktacyjne prowadzono także w trakcie wizyt patronażowych). Wykazano, że w krajach o wysokich

dochodach konsultacja certyfikowanego doradcy laktacyjnego, w porównaniu ze standardową opieką, zmniejsza ryzyko zaprzestania karmienia – zarówno wyłączonego do 6. miesiąca życia, jak i jakiegokolwiek do 12. miesiąca życia i wydłuża czas ogólnego karmienia. Najlepsze efekty uzyskiwano, gdy konsultacje z doradcą laktacyjnym rozpoczynano przed 6. tż. dziecka i były one intensywne (kilka wizyt).

Innowacje zawsze budzą zachwyt i opór

Dzieci rodzą się szybko i równie szybko przestają być karmione piersią. Dlatego nie ma czasu na wyczekiwanie zmian w systemach edukacji i organizacji ochrony zdrowia, które zazwyczaj dokonują się wolno, a w Polsce wyjątkowo wolno, a w obszarze laktacji wręcz się ślimaczą. W 1987 roku powstała w Polsce pierwsza poradnia laktacyjna, w której pracował lekarz, położna i pielęgniarka!

Gdybyśmy czekali, tysiące matek i dzieci nie uzyskałoby pomocy. Przeszkoliliśmy kadrę, stworzyliśmy standardy i zmiana się dokonała. W 2025 roku mamy ponad tysiąc medyków z certyfikatami (CDL, IBCLC) oraz grupę ponad 3 tys. położnych po kursie specjalistycznym w obszarze laktacji. Ale nadal decydenci nie są w stanie znaleźć im miejsca w systemie do udzielania specjalistycznych porad. Zamiast uznać to za innowację, nową technologię i stworzyć dla niej odpowiednie przepisy, próbują blokować. Myśląc w ten sposób do dziś jeździlibyśmy bryczkami i nie moglibyśmy używać telefonów komórkowych, wszak dla nich też kiedyś przepisów nie było.

Droga pionierów nie jest łatwa

Nie byłoby postępu w medycynie gdyby nie było nowych praktyk i technologii. Tak należy patrzeć na poradnictwo laktacyjne i medycznych doradców laktacyjnych. Innowacja! Nowa umiejętność! Nowa dziedzina!

A opornym chcemy powiedzieć, że zmian nie zatrzymacie, bo postęp jest nieuchronny, on i tak się dokonuje i dokona. Warto posłuchać WHO, UNICEFu, Dyrektoriatu Zdrowia Publicznego UE i doświadczeń innych krajów i włączyć tak zmotywowaną, wysoko wykwalifikowaną, zróżnicowaną kadrę do systemowej opieki oraz kształcenia, aby zapewnić wysokie wskaźniki karmienia naturalnego w Polsce, co przyczyni się do zdrowotności przyszłych pokoleń.

Piśmiennictwo:

1. Nehring-Gugulska A, Żukowska-Rubik M. Aktualny stan poradnictwa laktacyjnego w Polsce. Medycyna Praktyczna – Pediatria 3/2025
2. <https://archiwum.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne/#:~:text=Standardy%20medyczne%20to%20zbiory%20rekomendacji,wytyczne%20lub%20ścieżki%20postępowania%20medycznego>.
3. WHO. Global Strategy for infant and young child feeding. Annex 2 [W:] Infant and young child nutrition. Geneva: 55 WHO, Report by the Secretariat; 2002
4. 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 (Banaszkiewicz A., Niecikowska K., Oslislo A., Ślizień Kuczapska E. [tłum.], Żukowska Rubik M. [red.] Wyd. Pol. UNICEF, KUKP; Warszawa 2002.
5. Cattaneo A, Fallon M, Kewitz G, Mikiel-Kostyra K, Robertson A. Infant and young child feeding: standard

- recommendations for the European Union. Luxemburg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment; 2006. Wer. pol. Mikiel-Kostyra K, red. Żywnienie niemowląt i małych dzieci: standardy postępowania dla Unii Europejskiej Warszawa: IMiD; 2008
6. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 (Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 maja 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej Dz.U. 2024 poz. 814)
 7. Ustawa z dn. 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty ze zmianami z dn. 21 lipca 2008 r.
 8. Ćwiek D., Kulesza Brończyk B. i zespół ekspertów ZG PTP: Zasady wsparcia kobiety karmiącej w środowisku domowym w trakcie realizacji poszerzonych porad laktacyjnych położnej POZ. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Położnych, 2019. http://www.ptpol.pl/media/dopobrania/ZG_PTPol_rekomendacje_standard_porady_laktacyjnej_poloznej.pdf
 9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz.1756)
 10. Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. <https://zazyciem.gov.pl/strona/10> o ustawie i programie za życiem (dostęp: 24.04.2025)
 11. Nehring Gugulska M., Bernatowicz Łojko U., Żukowska Rubik M. i wsp.: Projekt organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem uwzględniający udział specjalistów ds. laktacji. (W:) Sztyber B., Dmoch Gajzlerska E. (red.): Skutecznie o laktacji i karmieniu piersią. Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa, 2015: 81–115
 12. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 55/2024 z dnia 17 czerwca 2024 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Specjalistyczna porada laktacyjna lekarza” jako świadczenia gwarantowanego oraz Stanowisko Rady Przejrzystości nr 56/2024 z dnia 17 czerwca 2024 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Specjalistyczna porada laktacyjna położnej” jako świadczenia gwarantowanego: https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2024/092/RPT/2024%2006%2012%20WS.420.6.2024%20RAPORT%20Porada%20laktacyjna_BIP_REOPTR.pdf (dostęp: 24.04.2025)
 13. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet. Fundacja Rodzić po ludzku, Warszawa 2018 28. Raport z monitoringu opieki laktacyjnej w Polsce za lata 2018–2022. https://malysak.pl/wp-content/uploads/2023/12/RAPORT_Z_MONITORINGU_OPIEKI_LAKTACYJNEJ_W_PO_LSCE_za_lata_2018_2022_30.11.23_Stow.-Malysak.pdf (dostęp: 24.04.2025)
 14. Raport „Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID 19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego”. Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa, 2021
 15. Nagórska A., Nehring Gugulska M., Godyń Myśliwy Z. i wsp.: Przestrzeganie praw kobiet karmiących piersią w Polsce. Wyniki badania ankietowego. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, 2023; 3 (55): 1–14
 16. Kiełbratowska B.: Wpływ aktywnej pomocy personelu medycznego na przebieg karmienia naturalnego. Rozprawa doktorska. Akademia Medyczna w Gdańsku, 2006
 17. Pietkiewicz A.: Promocja karmienia piersią w Gdańsku – ewaluacja programu zdrowotnego. Rozprawa doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny, 2015
 18. Żukowska-Rubik M.: Porada laktacyjna jako skuteczny środek w realizacji światowych standardów karmienia piersią. Rozprawa doktorska pod kier. prof. Ewy Dmoch-Gajzlerskiej. WNoZ, WUM, wrzesień 2016
 19. Nehring Gugulska M., Bębenek D., Żukowska Rubik M.: Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? RAPORT 2018, CNoL i mlekomamyrzadzi.pl
 20. D’Hollander C.J. i wsp.: Breastfeeding support provided by lactation consultants: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 2025: e246810
 21. Skuteczność konsultacji doradcy laktacyjnego w utrzymaniu karmienia piersią w pierwszych 6 i 12 miesiącach życia dziecka – przegląd systematyczny i metaanaliza. Opracowała: mgr Małgorzata Ściubisz Konsultowali: dr n. med. i n. o zdr. Bartłomiej M. Zalewski, prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska. Medycyna Praktyczna – Pediatria. 3/2025.

Pacjentka w kryzysie psychicznym a laktacja

prof. Piotr Gałęcki i dr Katarzyna Wachowska

Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Łodzi

The Patient in Mental Health Crisis and Lactation

Department of Adult Psychiatry Medical University of Lodz

Karmienie piersią to ważny element opieki nad dzieckiem, który kobieta może podjąć, aby zadbać o zdrowie maleństwa od chwili narodzin. WHO zaleca wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, a następnie do 2 r.ż. lub dłużej już z jednoczesnym wprowadzaniem innych pokarmów stałych lub płynnych.

Warto zauważyć, że okres ciąży, porodu i połogu jest czasem wielu wyzwań i nowych doświadczeń dla młodej matki. Wiąże się on ze zmianami w różnych obszarach życia. Może to sprzyjać przeżywaniu przez kobietę trudnych emocji, okresów zwątpienia, przemęczenia, a nawet rozwojowi lub nawrotowi określonych zaburzeń psychicznych.

Już w okresie ciąży warto zatem podczas wywiadu uwzględnić pytania dotyczące zdrowia psychicznego ciężarnej. Pacjentkę leczoną psychiatrycznie obecnie lub w przeszłości warto skierować na dodatkową wizytę w Poradni Zdrowia Psychicznego w celu oceny aktualnego stanu psychicznego i przeanalizowania konieczności stosowania farmakoterapii. Reagując wystarczająco wcześnie, psychiatra wspólnie z ciężarną oraz w porozumieniu z położnikiem, może zaplanować dalszą strategię działania i zalecić kolejne konsultacje.

Należy reagować niezwłocznie, gdy pacjentka:

- zaczyna się zachowywać nieprzewidywalnie,
- może stanowić zagrożenie dla niej samej bądź otoczenia,
- wypowiada myśli samobójcze.

Połów to kolejny etap, gdy badając młodą matkę warto zwrócić uwagę na jej stan psychiczny. Wskazane jest, aby dokonywać jego oceny przy użyciu standaryzowanych testów np. Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej.

W sposób szczególny powinny zaniepokoić objawy:

- drażliwość, zmienność nastroju
- smutek
- zaburzenia snu, łaknienia
- niepokój
- utrata zainteresowań
- uczucie zmęczenia
- wycofanie z aktywności
- wypowiadanie treści rezygnacyjnych, suicydalnych
- wypowiadanie urojeń
- halucynacje

Ok. 10-20% matek rozwija pełnoobjawowy zespół depresyjny. Najczęściej jego objawy rozpoczynają się ok 1.–3. miesiąca życia dziecka, a nieleczone mogą trwać wiele miesięcy – nawet ponad rok! Wśród kobiet, u których wcześniej rozpoznano zaburzenia nastroju oraz depresję poporodową, ryzyko osiąga nawet 100%. Szczególnie narażone są matki nastoletnie – u ok. 26–32% z nich może rozwinąć się epizod depresyjny.

Niezwykle niebezpiecznym stanem w zakresie zdrowia psychicznego młodej matki jest **psychoza poporodowa**. Objawy rozwijają się zwykle w pierwszych 2 tygodniach po porodzie, a rozpoznanie dotyczy ok. 0,1–0,2% kobiet. Nawrót psychozy podczas kolejnego porodu dotyka ok. 30% kobiet.

Głównie objawy obejmują:

- pobudzenie
- niepokój
- obniżony lub podwyższony nastrój
- płacz lub śmiech nieadekwatny do sytuacji
- zaburzenia snu
- zaburzenia łaknienia
- nieadekwatne, niezrozumiałe dla innych zachowanie (np. nagły krzyk, nierozpoznanie osób bliskich)
- objawy silnego lęku, ukrywanie się przed ludźmi
- urojenia (np. podmiany dziecka, zagrożenia dla dziecka, pozostawiania nadal w ciąży)
- halucynacje słuchowe
- myśli samobójcze

**Jest to stan nagły, potencjalnie zagrażający życiu i zdrowiu matki i dziecka.
Należy rozważyć pilną hospitalizację pacjentki!**

Jak możemy pomóc kobiecie w okresie kryzysu psychicznego?

Konsultacja psychologiczna, psychoterapia – jak najszybciej!

Konsultacja psychiatryczna, farmakoterapia – dostosowana do stanu pacjentki i jej potrzeb.

Ogólne zasady farmakoterapii u kobiety karmiącej:

- Leki psychotropowe przenikają do mleka – każda decyzja o ich stosowaniu jest obarczona ryzykiem.
- Należy unikać nowych substancji, jeżeli dostępny jest lek alternatywny, o takiej samej skuteczności i powszechnie stosowany.
- Przyjmuje się, że leki powinny być przyjmowane w pojedynczej dawce, krótko przed najdłuższym okresem snu dziecka, co daje najmniejsze stężenie i największy klirens leku bezpośrednio przed karmieniem – co do tego nie ma obecnie konsensusu wśród specjalistów od psychofarmakoterapii!
- Jeżeli matka przyjmowała lek psychotropowy w trakcie ciąży, to zazwyczaj nie ma powodu do jego zmiany w okresie karmienia piersią.

- Należy stosować najniższą skuteczną dawkę.
- Unikać polipragmazji – zwiększa ryzyko i nasila działania niepożądane u dziecka.
- Obserwować reakcje dziecka.

Literatura

Bazire S. Przewodnik leków psychotropowych 2018. Tom 1. Podręcznik dla lekarzy i podsumowanie najważniejszych informacji. Via Medica, Gdańsk 2020

Bazire S. Przewodnik leków psychotropowych 2018. Tom 2. Podręcznik dla lekarzy i podsumowanie najważniejszych informacji. Via Medica, Gdańsk 2020

Gruszczyńska-Sińczak I, Wachowska K, Bliźniewska-Kowalska K, Gałęcki P. Psychiatric Treatment in Pregnancy: A Narrative Review. J Clin Med. 2023 Jul 18;12(14):4746.

Jarema M. Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych. Wyd. 3. Via Medica, Gdańsk 2022

Mossakowska-Wójcik J., Orzechowska A.M., Gałęcki P. Terapia depresji w przebiegu ciąży. CNS Reviews 3.2, 2019 14. Mossakowska-Wójcik J., Gałęcki P. Leki stabilizujące nastrój w ciąży – możliwe powikłania. Psychiatria po Dyplomie 2022

Wachowska, K., Gruszczyńska, I., & Gałęcki, P. (2023). Zaburzenia psychiczne związane z ciążą, porodem i połogiem. W P. Oszukowski (red.), Stany nagłe w ginekologii i położnictwie. Repetytorium (T. 2, s. 337–353).

Notatki

Sztuka karmienia czy karmienie w sztuce?

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

Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

The Art of Breastfeeding or Breastfeeding in Art?

Barbara Królak-Olejek, MD, PhD

Streszczenie

Jak traktowano karmienie piersią na przestrzeni wieków? Czy zdrowie dzieci wynikało z karmienia mlekiem własnej matki? Jak w sztuce przedstawiano matki i ich dzieci w aspekcie karmienia piersią? Czy współczesna medycyna będąc formą sztuki wykreuje w Polsce współczesny obraz karmienia piersią jako normy żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci w XXI wieku?

How has breastfeeding been treated over the centuries? Did the health of children result from feeding their own mothers' milk? How were mothers and their children represented in art in the aspect of breastfeeding? Will modern medicine, being an art form, create a current view of breastfeeding in Poland as the norm for feeding newborns, infants and young children in the 21st century?

Medycyna jest sztuką, a karmienie piersią?

Dla przetrwania gatunku ssaki – w tym także naczelne – od urodzenia były blisko mamy, to jej pokarm dawał szansę na życie, to możliwość ssania umożliwiała noworodkom zwiększenie masy ciała i w różnym czasie samodzielność. Czy ta umiejętność była sztuką wrodzoną czy nabytą? Jak traktowano karmienie piersią na przestrzeni wieków? Czy zdrowie dzieci wynikało z karmienia mlekiem własnej matki? Jak w sztuce przedstawiano matki i ich dzieci w aspekcie karmienia piersią?

W średniowieczu nie przywiązywano zbyt dużej uwagi do zdrowia dzieci, ważniejszy był rozwój duchowy. Karmienie piersią miało wymiar symboliczny. Wizerunki karmiących kobiet pojawiają się w sztuce sakralnej. Czy zatem publiczne karmienie piersią było normą? Obraz Hansa Memlinga – *Matka Boska karmiąca*, Jana van Eycka – *Lucca Madonna* z 1436 r. czy Jeana Fouqueta *Dziewica z dzieciątkiem* z 1450 r., a nawet Gerarda Davida *Maria Lactans* z 1490 r. Kolejnym przykładem jest *Madonna karmiąca Dzieciątko* Ambrogio da Fossano z lat 1492–95 czy Giovanni'ego Cariani z 1515–20.

W tym czasie w Polsce na królewskim dworze mamki mogły znaleźć stałe miejsce pracy. Ich pozycja była nadzwyczaj wysoka, nie tylko karmiły królewskie dzieci, ale także opiekowały się nimi i zajmowały ich wychowaniem. Zatem mamka była jedyną i najbliższą towarzyszką dziecka w najważniejszym dla niego okresie życia. Królewska matka nie mogła karmić tak, jak robią to jej zwykłe poddane. Karmienie piersią było tak rozpowszechnione, że urągało godności królewskiej.

W epoce odrodzenia zalecano, aby matki same karmiły piersią. Powszechnie wierzono, że z pokarmem wypija się cechy charakteru. Erazm Gliczner Skrzetuski (XVI w.) uważał, że tylko wtedy, kiedy matka będzie sama karmiła dziecko, będzie mogła prawdziwie o nie dbać. Ma to również znaczenie dla przyszłości dziecka, bo „z tym pokarmem i afekty i przychylności mnożą się a siły bierzą”. Zalecał, gdy matka nie karmiła sama, staranny dobór mamki, chociaż uważał, że jest ona zawsze „najemnicka, nie przypilnuje ani starać się będzie, aby dziecię dobrze miało”. Powinna być mądra, aby mogła „w obyczajach dobrych dziecię” chować.

Sebastian Petrycy z Pilzna na przełomie XVI i XVII w., uważał, że z mlekiem wypija się cechy charakteru matki „aby zatem synek nie wyrósł na człowieka o obyczajach niepodobnych do obyczajów matki (...) musisz starać się i jak najgorliwiej doprowadzić do tego, aby dziecko karmiło się mlekiem matki i rośło pod jej wychowawczą ręką”.

Niestety, kolejne lata i epoki przynosiły kolejne zmiany. Postanowienia soboru trydencckiego 1543–1563 narzuciły kościelną cenzurę, aby cielesność przedstawiana na obrazach w świątyniach nie przyćmiewała świętości przedstawianych zdarzeń. W XVII i XVIII wieku do karmienia nie przywiązywano już tak znaczącej uwagi. Dziecko było ciężarem. Idealem piękna była zdrowa kobieta o pełnych kształtach i jędrnych piersiach. Karmienie piersią uważano za nieestetyczne i wyniszczające. Sugerowano wówczas, że karmienie dziecka powoduje u kobiet liczne choroby i przypadłości, w tym bóle, kłucia, krwotoki, osłabienia, chudnięcie, wreszcie zgryźliwość, a także niechęć do tzw. obowiązków małżeńskich, prowadzącą do zakłócenia szczęścia domowego. Często mimo chęci karmienia własnego dziecka, kobieta musiała odesłać je do mamki. Wierzono, że kontakty seksualne mogą osłabić i zepsuć pokarm, a krwawienia menstruacyjne uznawano za truciznę. Arystokratki korzystały z mamek, ale te, które decydowały się na karmienie własnych dzieci uważane były za pobożne, poświęcające zdrowie i urodę dla dobra dziecka.

W Polsce kobiety z niższych sfer czy mieszkające na wsi najczęściej karmiły do ukończenia przez dziecko pierwszego roku życia. Pierwsze karmienie odbywało się po kilku dniach od porodu, bo uważano, że wczesne mleko matki jest szkodliwe dla dziecka. Noworodkom podawano najczęściej miód zamiast mleka.

Pod koniec XVIII w. nastąpiła kolejna przemiana. Jean Jacques Rousseau w 1762 roku opublikował książkę *Emil, czyli o wychowaniu*, w której położył podwaliny pod ideę rodziny opartej na miłości macierzyńskiej. Zaskakującym jest, że własną piątkę dzieci oddał do sierocińca. Zmienił się wówczas obraz matki. Pojawiła się moda na karmienie piersią. Piersi kobiet miały służyć głównie do karmienia, a nie do dawania rozkoszy małżonkowi i zaspokajaniu własnej próżności. Sukces „dziecka-króla”, znacząco wpłynął na sposób obrazowania matki i dziecka w sztuce. Na przykładzie Mary Cassatt w *Maternity*, macierzyństwo przedstawiane było jako codzienność, widoczna była społeczna rola matki. Natomiast obraz Pierre-Auguste Renoira z końca XIX wieku *Maternite* znany również jako *The Nursing Child* – Madame Renoir i jej syn, prezentujący karmienie piersią oceniany był bardzo różnie (macierzyństwo, a może seksualizacja?). Długie karmienie było może nie w sztuce, ale w pamiętniku Henriety Błędowskiej z Działyńskich opisane już na przełomie XVIII i XIX w. „Jednak tylko trzy miała, czwarty zaczął, kiedy sama porzuciła. Lecz

zabawne to było, (...) siadała obok mnie dla brania pokarmu i wyprawiała mnie, abym szła obiad jeść, bo „mało masz mleczka”. A gdy drudzy się z niej śmieli, to cichutko mnie wywoływała kiwając paluszką, aby gdzie w sekrecie nakarmić”.

Niestety wiek XIX to początek nowoczesnych technologii i największych wynalazków. Rozpoczęła się też era sztucznych mieszanek. Bardzo poważnym problemem w tym okresie był sposób żywienia dzieci, które nie mogły być karmione mlekiem matki. Niemowlęta te były karmione pełnym mlekiem krowim lub kozim. Nieprawidłowe warunki higieniczne przy przygotowywaniu pokarmu i karmieniu dzieci oraz złe warunki socjalne prowadziły do wielu chorób i niedożywienia niemowląt. 15–25% dzieci umierało przed ukończeniem pierwszego roku życia. W 1860 roku fabryka Nestle wyprodukowała pierwszą przemysłową mieszankę. Wówczas był to sukces medycyny, bo uratowano życie wielu dzieciom. Jednakże sztuczne żywienie upowszechnione zostało na skutek mylnej tezy, że stosowanie przetworzonego mleka jest najbezpieczniejszą formą żywienia niemowląt. Pojawia się również związek między pracą, sztuką i możliwością zarobkowania, co według ekspertów szczególnie widoczne jest w obrazie Berthe Morisot *Julie Manet z mamką Angelą*. Obraz przedstawia zatrudnioną do karmienia dziecka mamkę w scenerii pięknego ogrodu. Obraz namalowany został nie z instynktu macierzyńskiego, ale dla pieniędzy. Karmienie piersią w tym czasie miało już w pełni świecki charakter, urzekające były i są nadal zwłaszcza obrazy Stanisława Wyspiańskiego zatytułowane *Macierzyństwo*.

Moda na wczesne odstawianie od piersi trwała do drugiej połowy XX wieku, kiedy to w latach 70. pojawiły się pierwsze publikacje o odkryciach ciał odpornościowych w mleku kobiecym. Minęło pół wieku, czy sztuka karmienia piersią jest dominującą formą artystyczną? Czy fascynują nas obrazy matek karmiących? Czy współczesna medycyna będąc formą sztuki wykreuje w Polsce współczesny obraz karmienia piersią jako normy żywienia noworodków, niemowląt i małych dzieci w XXI wieku? Czy to tylko abstrakcja?

Karmienie piersią w otoczeniu innych

mgr Kinga Osuch

Centrum Medyczne Żelazna, Centrum Nauki o Laktacji

Breastfeeding in the Presence of Others

Kinga Osuch, MA, CDL

Karmienie piersią w przestrzeni publicznej budzi wiele kontrowersji. Media co jakiś czas donoszą o nieprzyjemnych, a nawet wrogich reakcjach, z jakimi spotykają się matki próbujące nakarmić swoje dzieci w samolocie, restauracji czy centrum handlowym.

Badacze z różnych krajów, w tym z Polski, przyglądają się temu zjawisku, zbierając opinie różnych grup społecznych, próbując znaleźć przyczyny braku akceptacji, zidentyfikować jego skutki oraz poszukując sposobów na zmianę postaw wobec matek karmiących piersią. W moim wystąpieniu staram się zebrać wnioski wynikające z tych badań.

Matki karmiące w miejscach publicznych mogą spotkać się z nieprzyjemnymi lub wrogimi reakcjami otoczenia, a nawet z zakazem karmienia piersią w miejscu, które wybrały. W związku z tym część kobiet unika karmienia poza domem lub decyduje się karmić w samochodzie. Może to znacząco utrudniać codzienne funkcjonowanie, zwłaszcza gdy kobieta opiekuje się także starszym dzieckiem, a ponadto prowadzić do izolacji i pogorszenia stanu psychicznego. Inne matki karmią poza domem, ale odczuwają wówczas dyskomfort lub wstyd.

Nieprzychylny stosunek do publicznego karmienia piersią bywa związany z brakiem wiedzy i błędnymi przekonaniem, takimi jak przeświadczenie, że kobieta może dowolnie wybrać moment karmienia, lub że mleko kobiece stanowi zagrożenie epidemiologiczne. Badacze wskazują także na związek z życzliwym i wrogim seksizmem oraz z dualnym postrzeganiem kobiecych piersi — zarówno jako symbolu opiekuńczości, jak i obiektu seksualnego.

Do możliwych sposobów zmiany postaw społecznych wobec karmienia piersią w przestrzeni publicznej należą:

- wprowadzenie aktów prawnych chroniących karmienie naturalne,
- zwiększanie poziomu wiedzy na ten temat oraz większa ekspozycja na widok matek karmiących — poprzez ich obecność w mediach, na plakatach, billboardach itp.,
- tworzenie komfortowych i przyjaznych przestrzeni oraz pomieszczeń, w których matka może spokojnie nakarmić swoje dziecko.

Szczególną grupą badaną są matki karmiące długo, ponieważ potrzeba karmienia poza domem z oczywistych względów jest większa, trwa dłużej i dotyczy też starszych dzieci, co dodatkowo wzbudza kontrowersje. Z kolei mamy te wykazują większą odporność na krytykę — nie zmienia ona ich nastawienia do kontynuowania karmienia. Badanie przeprowadzone między 17 lutego a 5 marca 2017 roku wśród 4168 kobiet karmiących piersią dzieci w wieku 12–36 miesięcy wykazało, że 57,6% matek karmiło bez ograniczeń

dotyczących miejsca, również w miejscach publicznych (Bębenek i wsp., 2019). Z kolei badanie prowadzone przez Nutropharma w dniach 28.04–11.05.2021 objęło ogółem 8033 kobiety karmiące dzieci w różnym wieku, ale głównie powyżej 6 m-cy (18,7%), 1–2 lata (ok. 40%), 2–3 lata (ok. 20%) wykazało, że tylko 17,8% kobiet usłyszało, że publiczne karmienie piersią jest krępujące dla otoczenia (Raport 2021).

Piśmiennictwo:

- Grzyb J, Grzyb Ł, Wilińska M. Perception and practice removed from public places in Poland, *Journal of Mother and Child*, 2021
- Hauck Y. L. I in., Helpful and challenging aspects of breastfeeding in public for women living in Australia, Ireland and Sweden: a cross-sectional study, *International Breastfeeding Journal*, 2020
- Grant A. et al, View sand experience of breastfeeding in public: A qualitative systematic review, *Maternal & Child Nutrition*, 2022
- Kosakowska-Berezecka i in., Gorsze dla kobiet, złe dla wszystkich: badanie 62 krajów potwierdza i rozszerza zasady ambiwalentnego seksizmu, ujawniając większą dysfunkcję społeczną w krajach seksistowskich, *Social Psychological and Personality Science*, 2025
- Glick P & all, Beyond Prejudice as Simple Antipathy: Hostile and Benevolent Sexism Across Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1996
- Bresnahan, Zu, Zuang, and Yan, “He Wants a Refund Because I’m Breastfeeding My Baby”: A Thematic Analysis of Maternal Stigma for Breastfeeding in Public, *Stigma and Health*, 2020
- Agata Olejnik 1/, Aleksandra Adamczewska 1/, Karolina Kossakowska, Karmienie piersią w miejscach publicznych w opinii kobiet, <https://www.researchgate.net/publication>
- Hermelińska A., Kotłęga E., Kamyk-Wawryszuk A., Karmienie piersią dziecka w miejscach publicznych a postawy kobiet i mężczyzn – komunikat z badań
- Dz.U.2022.0.1225 t.j. - Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie
- <https://rodzinaipraca.gov.pl/narzedzia-godzenia-rol/pokoj-dla-kobiet-w-ciazy-i-karmiacych-mam/>
- <https://www.pracujezpelnapiersia.pl/2016/02/07/pomieszczenie-do-odpoczynku-w-zakladzie-pracy-dla-kobiet-w-ciazy-i-karmiacych-matek/>
- <https://zaufajpoloznej.pl/karmienie-piersia-w-miejscu-publicznym-oczekiwania-vs-rzeczywistosc/>
- <https://www.edziecko.pl/rodzice/7,79361,31070910,weganska-restauracja-zakazala-matom-karmienia-dzieci-piersia.html>
- <https://dziennikbaltycki.pl/prawomocny-wyrok-ws-karmienia-piersia-w-sopockiej-restauracji-przeprosiny-i-2-tys-zl-dla-kobiety-zdjecia/ar/12768777>
- <https://kobieta.onet.pl/celebryci/doda-o-karmieniu-piersia-w-miejscach-publicznych-to-czesc-intymna-kobiety/tpf4djy>
- <https://kobieta.gazeta.pl/kobieta/7,107881,31422652,marcelina-zawadzka-karmi-piersia-w-miejscach-publicznych-na.html>
- <https://kobieta.gazeta.pl/kobieta/7,107881,31422652,marcelina-zawadzka-karmi-piersia-w-miejscach-publicznych-na.html>
- <https://kobieta.gazeta.pl/kobieta/7,107881,31031968,za-wybryk-nieobyczajny-nawet-1500-zl-grzywny-a-co-z-karmieniem.html>
- Bębenek D, Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, et al. Long-term breastfeeding observation in the context of early childhood dental caries prophylaxis. Poster for Medela’s 14th International Breastfeeding and Lactation Symposium. London, 4-5 April 2019) <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/05/Raport-nt.-dlugiego-karmienia-piersia-w-Polsce-1.pdf>
- Raport na temat długiego karmienia piersią w Polsce 2021. <https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2021/05/Raport-nt.-dlugiego-karmienia-piersia-w-Polsce-1.pdf>

Notatki

Karmienie piersią - wolność czy uwiązanie?

Wyniki badania ankietowego

**dr n. o zdr. Dorota Bassara–Nowak, lek. Aneta Nagórska,
dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, Marlena Świrk,**

Centrum Nauki o Laktacji, Fundacja Mlekiem Mamy

Breastfeeding – Freedom or Obligation? Survey Results

**Dorota Bassara–Nowak, PhD; Magdalena Nehring-Gugulska, MD, PhD;
Aneta Nagórska, MD**

Karmienie piersią i mleko matki zazwyczaj przedstawia się używając słów „najlepsze dla dziecka”, „naturalne”, „korzystne dla zdrowia”, „budujące więź z dzieckiem”, „piękne”. Czy my medycy zastanawiamy się jednak, co czują współczesne mamy? Jak postrzegają ten sposób karmienia? Czy przypadkiem, jak wszystko, temat ten nie budzi skrajnie różnych emocji i opinii?

Chcąc lepiej poznać nasze pacjentki, zrozumieć ich emocje i motywacje oraz skuteczniej pomagać, w kwietniu i maju bieżącego roku CNoL wraz z Fundacją Mlekiem Mamy odważyły się zadać pytania mamom karmiącym dzieci w różny sposób i pozwolić im na wyrażenie różnych emocji i opinii, nie tylko „grzecznych” i zgodnych z rekomendacjami WHO.

Ankietę wypełniły 2332 kobiety, które urodziły dziecko w przeciągu ostatnich 5 lat.

Większość, bo ponad 58%, była w wieku 28–35 lat, czyli z pokolenia millenialsów, połowa miała jedno dziecko.

89% respondentek miało doświadczenie karmienia któregośkolwiek ze swoich dzieci piersią lub odciągniętym mlekiem mamy, a 11% doświadczyło karmienia tylko mlekiem modyfikowanym.

55% przez 6 pierwszych miesięcy karmiło swoje dzieci tylko piersią, a 45% miało doświadczenie dokarmiania w tym okresie.

Karmienie piersią jest uznawane za „złoty standard” żywienia niemowląt. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz liczne instytucje zdrowotne zalecają, by matki karmiły piersią przynajmniej przez pierwsze sześć miesięcy życia dziecka, a najlepiej – nawet do drugiego roku.

ZDROWIE DZIECKA PONAD WSZYSTKO

Zdrowie dziecka – determinanta wyboru karmienia naturalnego

95% kobiet wskazało troskę o zdrowie dziecka jako główny powód wyboru karmienia piersią, budowanie więzi z dzieckiem (66%), wygoda (62%), oszczędność (54%), tylko 40% wskazało na korzyści zdrowotne dla matek.

Choć intencją promowania karmienia piersią jest troska o zdrowie, zjawisku temu często towarzyszy silna presja społeczna, która może być dla wielu kobiet przytłaczająca.

85% kobiet ma obawy związane z karmieniem naturalnym na etapie planowania

Najczęściej (55%) kobiety boją się o wystarczającą ilość pokarmu, 36% boi się bólu, 36% braku swobody w wychodzeniu z domu. Dla 32% problemem jest nieprzewidywalność

karmień, 15% ankietowanych wyraziło niepokój, że karmienie piersią uniemożliwi im przyjmowanie leków, a 13% obawiało się negatywnego wpływu laktacji na wygląd piersi.

50% otrzymało instruktaż w karmieniu piersią od personelu medycznego

Połowa naszych respondentek otrzymała wskazówki dotyczące karmienia piersią od personelu medycznego, w tym doradców laktacyjnych.

71% ankietowanych mam ostrzegano przed stosowaniem butelki jako metody podawania mleka

Ostrzegano przed odrzuceniem piersi przez dziecko (50%), nieuchronnym osłabieniem laktacji (44%) oraz kolką (37%). Ale nie nazbyt często ostrzegano przed: przekarmianiem (16%), wadami zgryzu (25%), próchnicą wczesnodziecięcą (14,5%).

W 97% przypadków mamy wybrały butelkę jako sposób podania mleka niezależnie od tego, czy było to mleko odciągnięte, czy modyfikowane. W 40% zalecił taki sposób personel medyczny, który udzielił też instruktażu jak wykonać to prawidłowo. 58% matek nie uzyskało wskazówek prawidłowego karmienia butelką. 14% matek używających butelki skorzystało z instruktażu z internetu.

Najczęstszym powodem wprowadzenia dokarmiania był **niedobór pokarmu** – wskazało go aż 52% respondentek. Na kolejnych miejscach znalazły się: **problemy ze ssaniem** (30%), **nieprawidłowe przyrosty masy ciała dziecka** (niecałe 30%), **ból piersi i brodawek** (12%) oraz problemy zdrowotne matki (nieco ponad 5%). Te odpowiedzi pokazują, że nawet przy dużej motywacji do karmienia piersią, rzeczywistość może zweryfikować plany i wymusić zmianę sposobu żywienia dziecka.

Warto jednak zauważyć, że decyzje o dokarmianiu nie zawsze wynikają z problemów zdrowotnych – **prawie 16% kobiet** wskazało potrzebę niezależności, **13%** zmęczenie i niewyspanie, a **ponad 10%** odczuwało już **niechęć do dalszego karmienia**. To pokazuje, jak duży wpływ na decyzje matek mają ich osobiste potrzeby, stan psychiczny oraz codzienne wyzwania.

Czasami zmęczenie i przeciążenie są tak silne, że prowadzą do całkowitego zakończenia karmienia piersią. **Ponad 26% respondentek** wskazało zmęczenie i niewyspanie jako główny powód podjęcia takiej decyzji, **22,5%** mówiło o **niechęci do dalszego karmienia**, a **22%** potrzebowało po prostu więcej **niezależności**.

Z PIERSIĄ NA DOBRE I NA ZŁE...

83% kobiet czuło bliskość i więź z dzieckiem, ponad 51% spełnienie emocjonalne

U 32% kobiet wywoływało irytację i frustrację, u 14% lęk i niepokój, 13,5% czuło smutek i przygnębienie

46% kobiet zaznaczyło, że karmiło piersią również z poczucia obowiązku

Warto podkreślić, że emocje towarzyszące kobietom w trakcie karmienia piersią nie są jednorodne ani stałe – zmieniają się w zależności od etapu, w jakim znajdują się mama i dziecko. Karmienie piersią dziecka to proces dynamiczny, w którym często splatają się ze sobą skrajne uczucia. W ciągu dnia kobieta może odczuwać głębokie spełnienie, bliskość i satysfakcję z budowania więzi z dzieckiem. Może czuć dumę z tego, że jej ciało daje dziecku wszystko, czego potrzebuje. Jednak już kilka godzin później – w środku nocy, kiedy maluch budzi się co godzinę, domagając się piersi – pojawić się może zmęczenie, złość, frustracja czy bezsilność. To zupełnie naturalne, że te emocje współistnieją – macierzyństwo, zwłaszcza w pierwszych tygodniach, bywa emocjonalną sinusoidą. Kobieta może jednocześnie kochać karmienie i mieć ochotę się od niego oderwać, czuć się szczęśliwa, a jednocześnie wyczerpana. Co więcej, wraz z długością trwania karmienia, zwłaszcza jeśli towarzyszą mu trudności lub brak wsparcia, frustracja i zmęczenie mogą się nasilać. Długie miesiące nocnych pobudek, ograniczonej swobody i ciągłej dostępności fizycznej dla dziecka potrafią wyczerpać nawet najbardziej zaangażowaną mamę.

ŻYCIE Z LAKTATOREM

Taka forma karmienia, choć często niewidoczna i rzadziej omawiana, niesie ze sobą bardzo złożony wachlarz przeżyć – zarówno tych pozytywnych, jak i trudnych. Dotyczyła **57,5%** mam, które dokarmiwały lub karmiły odciągniętym mlekiem (KPI).

Poczucie satysfakcji, że mimo, iż nie karmią piersią „w klasyczny sposób”, dają dziecku swoje mleko, które zawiera cenne składniki wspierające rozwój malucha miało **32% matek**.

50% matek odciągających **ceni sobie większą kontrolę** – widzą, ile mleka dziecko zjada, mogą lepiej planować karmienia.

59% matek pozytywnie **odczuwa komfort**, że karmieniem może zająć się inna osoba, co daje odrobinę wolności i przestrzeni dla siebie.

Obawę o to, czy wystarczy mleka dla dziecka, zgłasza **41% ankietowanych**.

27% respondentek zgłasza także **poczucie straty**, że nie udało się karmić bezpośrednio z piersi. Dla niektórych kobiet, zwłaszcza tych, które przez wiele tygodni czy miesięcy odciągają mleko kilka razy dziennie, może pojawić się **żal**, że tak wiele czasu poświęciły na ten proces kosztem odpoczynku, snu czy relacji z bliskimi (**22% kobiet**).

A JEŚLI SIĘ NIE UDA...

Decyzja o przejściu na mleko modyfikowane zwykle nie zapada bezrefleksyjnie – często poprzedza ją długa droga prób, zmagania i poszukiwania najlepszego rozwiązania dla dziecka i mamy. Dlatego też emocje związane z tym sposobem karmienia są bardzo indywidualne i różnorodne.

Doświadczenie dokarmiania/karmienia mlekiem modyfikowanym miało **45% mam**. **Aż 59%** z nich ma wyrzuty sumienia, że nie udało się karmić wyłącznie piersią/odciągnię-

tym mlekiem mamy. **30% zмага się z lękiem** – czy karmienie mlekiem modyfikowanym nie odbije się negatywnie na zdrowiu dziecka. Z kolei **7,5% ankietowanych** czuje, że zbyt długo trwały w trudnym lub bolesnym procesie karmienia piersią czy odciągania pokarmu i zbyt późno przeszły na sztuczne karmienie.

Pozytywne aspekty są podobne do tych, które doceniają mamy, które odciągają mleko. Karmienie sztuczne daje możliwość monitorowania ilości zjadanego pokarmu i **poczucie kontroli (46%) oraz poczucie komfortu**, że ktoś inny może nakarmić dziecko (**50%**). Dzięki temu niektóre kobiety czują większą niezależność, swobodę i komfort psychiczny – nie są już „przywiązane” do karmień co kilka godzin, **odczuwają wolność i niezależność (27%)**, co może być ważne szczególnie w kontekście powrotu do pracy czy potrzeby regeneracji.

RACZEJ WOLNOŚĆ, NIŻ UWIAZANIE

Opinie kobiet na temat karmienia piersią są zróżnicowane – od entuzjastycznych po bardziej krytyczne, ukazując wielowymiarowość tego doświadczenia.

85% postrzega karmienie piersią jako rozwiązanie tanie i ekologiczne

79% uważa, że karmienie piersią daje matce wolność, ponieważ może karmić, gdzie chce i kiedy chce, ALE 60% uważa, że uwiązuje ją do dziecka i ogranicza jej wolność

90% chwali sobie wygodę karmienia piersią w nocy, bo nie trzeba przygotowywać butelek, ale 55% uważa, że przyczynia się do zmęczenia i niewyspania

50% uważa, że karmienie piersią nie opóźnia powrotu do aktywności zawodowej, ale 30% uważa, że opóźnia

PODSUMOWUJĄC

Karmienie piersią pozytywnie ocenia 82% kobiet, a niespełna 10% negatywnie. **Karmienie odciągniętym mlekiem** – wśród kobiet, które miały z nim doświadczenie – dla połowy było pozytywne, dla 33% neutralne, a dla ponad 20% było negatywnym doświadczeniem. Należy to brać pod uwagę towarzysząc matkom w podejmowaniu decyzji. **Karmienie mlekiem modyfikowanym** 41,5% kobiet oceniło pozytywnie, jednak podobna liczba uznała je za neutralne i negatywne.

WNIOSKI DLA PERSONELU MEDYCZNEGO/DORADCÓW LAKTACYJNYCH

Matki podejmują decyzję o karmieniu piersią ze względu na zdrowie dziecka. A gdy już karmią doceniają oszczędności, aspekty ekologiczne, wygodę karmień nocnych oraz brak ograniczeń co do miejsca i czasu karmienia. Części doskwiera uwiązanie przy dziecku i zmęczenie. Zazwyczaj karmieniu towarzyszą pozytywne uczucia, ale bywają też trudne emocje, a matki potrzebują zrozumienia.

Wiele kobiet ma obawy, że nie uda im się karmić i że będzie to bolesne. Wywierana powszechnie presja nie ułatwia im zadania. Wspierając autonomiczne decyzje matek, tworzymy przestrzeń, w której każda z nich może czuć się wystarczająco dobra – niezależnie od tego, jak karmi swoje dziecko.

My zachęcamy, ale to kobieta wykonuje zadanie. Kiedy już podejmie decyzję o karmieniu piersią, nie powinna zostać z tą decyzją sama, zwłaszcza gdy doświadcza trudności. Sama promocja nie wystarczy, potrzebne jest realne działanie personelu medycznego i wsparcie otoczenia.

Bywają sytuacje, gdy konieczne jest dokarmianie. Z punktu widzenia zdrowotnego oraz odczuć kobiet odciąganie mleka jest lepszym rozwiązaniem, bo daje poczucie komfortu i kontroli, a nie wzbudza aż tak poczucia winy i lęku jak karmienie/dokarmianie mlekiem modyfikowanym. Rzetelna informacja i instruktaż karmienia butelką będzie pomocą, której matki oczekują. Nie chcą straszenia przed konsekwencjami. Dla niektórych dokarmianie jest koniecznością, dla innych – świadomym wyborem, ale bez względu na motywację kobiety zasługują na wsparcie, a nie ocenianie.

Notatki

Laktacyjna wioska – jak można realizować ją w Polsce?

– dr hab. n. praw. Dorota Karkowska

The Breastfeeding Village – Is it possible in Poland?

Dorota Karkowska, PhD in Law

Notatki

Otyłość, cukrzyca, PCOS a karmienie piersią

Dr n. med. Ewa Ślizień-Kuczapska

Centrum Medyczne Żelazna, Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodzin

Obesity, Diabetes, PCOS and Breastfeeding — Ewa Ślizień-Kuczapska, MD, PhD

Obesity, Diabetes, PCOS and Breastfeeding

Ewa Ślizień-Kuczapska, MD, PhD

Karmienie piersią dla kobiet z otyłością, cukrzycą lub zespołem policystycznych jajników może stać się doskonałym lekarstwem na zwykle współistniejące zaburzenia metaboliczne, hormonalne lub psychiczne. Także dla potomstwa pokarm matki to spersonalizowana, bioaktywna żywność o bogatym plejotropowym działaniu immunomodulującym, epigenetycznym, neuro-metabolicznym mająca fenomenalne właściwości chroniące dziecko przed możliwymi konsekwencjami chorób matki/rodziców.

Jednak na pomyślność przebiegu laktacji składa się szereg złożonych zjawisk i procesów warunkowanych jeszcze w okresie życia wewnątrzmacicznego przyszłej matki. Zaskakująca plastyczność organizmu kobiety sprawia, że nawet mimo względnie niesprzyjających warunków anatomiczno-neuro-endokrynno-metabolicznych laktacja może się udać. Jednak w dużej części na sukces składa się wspólna determinacja rodziców, wsparcie personelu medycznego przed i po narodzinach, a także inne czynniki indywidualne. **Kluczowym momentem warunkującym pomyślną laktację jest przebieg etapu rozwoju laktocytów od różnicowania wydzielniczego (laktogenezy I) do aktywacji wydzielniczej (laktogenezy II) po narodzinach, czyli inicjacja laktacji.**

Prezentacja jest próbą przedstawienia aktualnej wiedzy o przyczynach trudniejszego początku, ryzyka wcześniejszego zakończenia karmienia piersią lub wręcz jego braku oraz wskazaniem na możliwe sposoby zaradcze.

Otyłość matki, BMI większe lub równe 30 kg/m² jest uznanym czynnikiem ryzyka zaburzenia przebiegu laktogenezy I i II, co tłumaczy się między innymi zaburzeniami anatomicznymi, rolą komórek tłuszczowych w gruczole piersiowym, endokrynologicznymi, tj. wpływem na niższą efektywność działania prolaktyny (oporność receptorowa) oraz względnie wysokim stężeniem progesteronu i wyższym estradiolem z nadmiarowej tkanki tłuszczowej po narodzinach, oddziaływaniem na ekspresję genów sygnalizacyjnych w piersi oraz powikłaniami ciąży i porodu, tj. częściej wadami u płodu, makrosomią lub zahamowaniem wzrastania wewnątrzmacicznego, nadciśnieniem indukowanym w ciąży i powikłaniami ze stanem przedrzucawkowym włącznie, medykacją porodu, porodem indukowanym, rozwiązaniem zabiegowym lub operacyjnym, dużą masą urodzeniową, rzadziej niską masą urodzeniową lub wcześniactwem lub zahamowaniem wzrastania wewnątrzmacicznego, depresją poporodową oraz polipragmazją.

Cukrzyca zarówno ciążowa (GDM), przedciążowa (PGDM) oraz inne rodzaje cukrzycy

zaliczane są do głównych przedgruczołowych czynników zaburzeń laktacji. Najnowsze badania wskazują na zasadnicze znaczenie insuliny i stanu insulinooporności w obu procesach składających się na cykl laktacyjny, czyli przemianę nabłonka niewydzielniczego laktocytów w wydzielniczy, co skutkuje opóźnieniem laktogenezy II (ang. DOLII), mniejszą objętością mleka oraz skróceniem czasu karmienia piersią.

PCOS (zespół policystycznych jajników) to schorzenie złożone o niejasnej etiopatogenezie. Matki z tym zespołem są nierzadko po leczeniu niepłodności, z obciążonym wywiadem położniczym i stratami prokreacyjnymi. Jeśli nie udało się zoptymalizować ich zdrowia przed poczęciem, co jest obecnie silnie rekomendowane, może towarzyszyć im wyższe BMI, zaburzenia metaboliczne, zwłaszcza insulinooporność, hiperinsulinemia oraz hiperandrogenizm kliniczny lub biochemiczny. Współistnieją także inne problemy jak obecność zawartych w tkance tłuszczowej adipokin prozapalnych, enzymów do syntezy hormonów np. aromatazy zależnej od cytochromu P450 oraz lipofilnych zanieczyszczeń środowiska, co może pośrednio warunkować trudności, zwłaszcza w inicjacji laktacji. Stwierdzono negatywny wpływ androgenów na prawidłowy rozwój tkanki gruczołowej (hipoplazja) od wczesnego etapu mammogenezy, a także w czasie ciąży i po narodzinach. Sprzyja to problemom na etapie aktywacji wydzielniczej poprzez zmniejszenie wrażliwości receptorów prolaktynowych w tkance gruczołowej piersi, hamowanie wydzielania oksytocyny na poziomie przysadki i w końcu ryzyku opóźnienia oraz ograniczenia syntezy mleka dojrzałego oraz skrócenia czasu udanej laktacji.

Warto wskazać na częste współistnienie wszystkich trzech wyżej przedstawionych zaburzeń o etiologii częściowo dziedzicznej, metaboliczno-endokrynno-zapalnej i epigenetycznej z zaburzeniami czynności tarczycy. Przyjmuje się, że prawidłowe działanie prolaktyny i oksytocyny w gruczole piersiowym jest uwarunkowane eutyreozą, jednak badań na ten temat jest mało. Warto zbadać hormony tarczycy w związku z wystąpieniem zaburzeń laktacji, zwłaszcza że często obserwujemy obraz subkliniczny.

Ponieważ kluczowe dla prawidłowego przebiegu laktacji jest pierwsze 7–14 dni po narodzinach dziecka, warto wcześniej przygotować matki do potencjalnych trudności.

Strategia interwencji:

Etap 1. Wyłonienie kobiet z grupy ryzyka jeszcze w okresie ciąży

To może pomóc w podjęciu prenatalnej edukacji, tworzenia grup wsparcia, opcjonalnie zastosowania tzw. techniki AME (ang. antenatal milk expression), czyli przedporodowego odciągania siary po 36. tygodniu ciąży.

Etap 2. Jak najwcześniejsze podjęcie kontaktu z dzieckiem, tj. skóra do skóry i pierwsze karmienie piersią, ewentualnie przekazanie dziecka ojcu do kangurowania lub użycie laktatora w celu wczesnej stymulacji laktacji.

W przypadku wcześniaków wdrożenie zaleceń kompendium PROVIDE (opracowanie polskie zostało wykonane na zlecenie i za zgodą prof. Pauli Meier w maju 2024 roku przez Centrum Nauki o Laktacji, udostępnione uczestnikom Zjazdu CNoL 7–8 czerwca oraz opublikowane na stronie www.cnol.kobiety.med.pl).

Etap 3. Świadomy i zaangażowany, ze wsparciem najbliższych, proces kontynuacji laktacji przez matkę, nadzorowany podczas hospitalizacji przez personel, a zwłaszcza doradcę/konsultanta laktacyjnego. Konieczna jest weryfikacja przebiegu laktogenezy I/II około 72 do 96 godziny po narodzinach, co zbiega się zwykle z fizjologicznym nawałem, ale może być opóźnione w omawianej grupie ryzyka.

Etap 4. Kontynuowanie ambulatoryjnego nadzoru specjalisty w zakresie laktacji, zwłaszcza w przypadku noworodków przedwcześnie urodzonych lub matek z niewystarczającą ilością pokarmu. Współpraca z lekarzem dziecka i innymi specjalistami. Opieka kompleksowa.

Take-home message:

Prawidłowe działania podjęte w pierwszym tygodniu po narodzinach dziecka dają szansę na pomyślny dalszy przebieg stymulacji laktacji i udane karmienie piersią.

Piśmiennictwo:

- Farah, E., Barger, M. K., Klima, C., Rossman, B., & Hershberger, P. (2021). Impaired lactation: Review of delayed lactogenesis and insufficient lactation. *Journal of midwifery & women's health*, 66(5), 631-640.
- Geddes, D. T., Gridneva, Z., Perrella, S. L., Mitoulas, L. R., Kent, J. C., Stinson, L. F., ... & Hartmann, P. E. (2021). 25 years of research in human lactation: from discovery to translation. *Nutrients*, 13(9), 3071.
- Giangrasso, V. (2022). The relationship between pre-pregnancy BMI, pregnancy-related breast changes, and postpartum onset of lactogenesis II (Doctoral dissertation, University of Pittsburgh).
- Jevitt, C., Hernandez, I., & Groër, M. (2007). Lactation complicated by overweight and obesity: supporting the mother and newborn. *Journal of midwifery & women's health*, 52(6), 606-613.
- van Goudoever, J. B., Spatz, D. L., Hoban, R., Dumitriu, D., Gyamfi-Bannerman, C., Berns, M., ... & Davanzo, R. (2022). Updating clinical practices to promote and protect human milk and breastfeeding in a COVID-19 era. *Frontiers in pediatrics*, 10, 867540.
- Nommsen-Rivers, L. A. (2016). Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Advances in Nutrition*, 7(2), 407-414.
- Underdal, M. O., Salvesen, Ø., Schmedes, A., Andersen, M. S., & Vanky, E. (2019). Prolactin and breast increase during pregnancy Joham, A. E., Nanayakkara, N., Ranasinha, S., Zoungas, S., Boyle, J., Harrison, C. L., ... & Teede, H. J. (2016).
- Lepe, M., Gascón, M. B., Castañeda-González, L. M., Morales, M. E. P., & Cruz, A. J. (2011). Effect of maternal obesity on lactation: systematic review. *Nutricion hospitalaria*, 26(6), 1266-1269.
- Knight, C. H. (2020). An endocrine hypothesis to explain obesity-related lactation insufficiency in breastfeeding mothers. *Journal of Dairy Research*, 87(1), 78-81.
- Bomba-Opoń, D., Gutaj, P., Kędzia, M., Leszczyńska-Gorzelak, B., Majewska, A., Radzicka-Mularczyk, S., ... & Wender-Ożegowska, E. (2023). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników—opieka położnicza nad kobietą chorującą na otyłość.

Abstract :

Breastfeeding can be an excellent remedy for women with obesity, diabetes or polycystic ovary syndrome for the usual co-occurring metabolic, hormonal or psychological disorders. For the offspring, breast milk is also a personalized, bioactive food with rich pleiotropic immunomodulatory, epigenetic and neuro-metabolic effects, which has phenomenal properties to protect the child from the possible consequences of maternal/parental diseases. However, the successful outcome of lactation consists of a series of complex phenomena and processes that are conditioned during the intrauterine life of

the mother-to-be. The astonishing plasticity of the female body means that lactation can be successful even under relatively unfavorable anatomical, neuroendocrine and metabolic conditions. The key moment for successful lactation is the phase of lactocyte differentiation from secretion (lactogenesis I) to activation (lactogenesis II) after birth, i.e. the onset of lactation. This lecture will attempt to present the current state of knowledge on the causes of difficult initiation of lactation, the risk of premature cessation of lactation or even lack of lactation, and possible remedies.

Maternal obesity, BMI ≥ 30 kg/m², is well known risk factor for delayed lactogenesis (currently referred the secretory differentiation and activation phases), DOLII is explained, in particular, by anatomical abnormalities, e.g. the role of fat cells in the mammary gland, endocrinological abnormalities, e.g. lower prolactin efficiency (receptor resistance) and relatively high progesterone and estradiol serum concentrations after birth from excessive adipose tissue, effects on the expression of signalling genes in the breast, and the complications of pregnancy and birth, i.e. more frequent fetal defects, macrosomia or intrauterine growth retardation, pregnancy induced hypertension including pre-eclampsia, medicalised delivery, induced labour, use of vacuum or operative deliveries, high birth weight, less commonly low birth weight or prematurity, postnatal depression and polypragmasy, etc.

Both gestational diabetes mellitus (GDM) and pre-pregnancy diabetes mellitus (PGDM), as well as other types of diabetes, are among the main pre-glandular factors in lactation dysfunction. Recent studies indicate that insulin and the insulin-resistant state are essential for both processes that make up the lactation cycle, i.e. the conversion of lactocyte non-secreting epithelium to secreting epithelium, which results in Delayed Lactogenesis (DOLII), reduced mature milk volume and shortened breastfeeding.

PCO polycystic ovary syndrome is a complex disorder with an unclear aetiopathogenesis. Mothers with this syndrome are often after infertility treatment, with a stressful obstetric history and procreative losses. If it has not been possible to optimise their health before conception, which is now strongly recommended, they may be accompanied by a higher BMI, metabolic disorders especially insulin resistance, hypersulinaemia and clinical or biochemical hyperandrogenism. Other problems also coexist, such as the pro-inflammatory adipokines present in adipose tissue, enzymes for hormone synthesis, e.g. cytochrome P450-dependent aromatase, and lipophilic environmental pollutants, which may indirectly condition difficulties especially in the initiation of lactation. Androgens have been found to have a negative effect on the normal development of glandular tissue (hypoplasia) from the early stages of mammogenesis and also during pregnancy and after birth. This contributes to problems at the stage of secretory activation by reducing the sensitivity of prolactin receptors in the glandular tissue of the breast, inhibiting the secretion of oxytocin at the level of the pituitary gland and, ultimately, the risk of delaying and reducing the synthesis of mature milk and shortening the time of successful lactation.

It is important to point out the frequent coexistence of all three of the above-mentioned disorders of partially hereditary, metabolic-endocrine-inflammatory and epigen-

etic aetiology with thyroid dysfunction. It is assumed that the normal function of prolactin and oxytocin in the mammary gland is determined by euthyroidism, but there is little research on this subject. It is worth investigating thyroid hormones in relation to the occurrence of lactation disorders especially as a subclinical picture is often observed.

As the first 7–14 days after the birth are crucial for the successful course of lactation, it is worthwhile to prepare mothers in advance for possible challenges.

It is proposed to undertake a so-called intervention strategy, i.e. the identification of women at risk already during pregnancy, which can help to start prenatal education, the creation of support groups, the optional use of the so-called AME technique (antenatal milk expression), i.e. between 34 and 36.6 weeks, colostrum pumping .

The second step is to start contact with the baby as early as possible, preferably up to half an hour after birth, i.e. skin-to-skin contact and first breastfeeding using the hand-off technique, or to pass the baby to the father for kangarooing or the use of mechanical stimulation for so-called early lactation programming. In the case of preterm infants, implement the recommendations of the PROVIDE compendium (The Polish study was commissioned by and with the agreement of Prof. Paula Meier in May 2024 by the Centre for Lactation Science, made available to participants at the CNoL Congress on 7–8 June and published on www.cnol.kobiety.med.pl.)

The third stage is, the mother's conscious and committed process of carrying on lactation with the support of her relatives, supervised during hospitalization by the midwife and especially by the lactation consultant. It is necessary to verify the course of lactogenesis I/II around 72 to 96 hours after birth, which usually coincides with the physiological breast fullness which can be delayed in this risk group.

The fourth stage is the requirement for continued outpatient supervision by a lactation specialist, especially in the case of premature infants or failure to cope with the persistence of insufficient lactation, delayed transition in the lactation cycle, symptoms of newborn malnutrition etc.

Take home message: It is worth noting that often surviving and recovering from the crisis of the first week after birth offers the opportunity to successfully breastfeeding.

Notatki

Migrena – leczyć i karmić czy nie karmić?

dr n. farm. Magdalena Stolarczyk

www.farmaceuta-radzi.pl. apteka ogólnodostępna,
Okręgowa Rada Aptekarska w Warszawie, Naczelna Rada Aptekarska

Migraine – to Treat and Breastfeed, or Not?

Magdalena Stolarczyk, PharmD

Wstęp

Migrena jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych na świecie, dotykającą około 11–12% populacji globalnej. W Polsce szacuje się, że cierpi na nią ponad 8 milionów osób i w zdecydowanej większości są to kobiety w wieku rozrodczym, również te karmiące piersią. A ponieważ migrena to choroba, która charakteryzuje się bólem głowy (o natężeniu od umiarkowanego do silnego) oraz objawami dodatkowymi, takimi jak nudności, wymioty, nadwrażliwość na światło i dźwięk, aura (błyski, migotanie, zaburzenia mowy, zawroty głowy), to nie tylko obniża ona jakość życia pacjentki, ale także w znacznym stopniu uniemożliwia matce karmiącej piersią opiekę nad dzieckiem. Dlatego też konieczna jest pomoc pacjentce oraz zarekomendowanie skutecznych i bezpiecznych leków w zależności od indywidualnej sytuacji kobiety. W okresie laktacji lekami przeciwbólowymi pierwszego wyboru są paracetamol i ibuprofen. Jeżeli nie są one skuteczne, pacjentka może zastosować diklofenak. W okresie laktacji należy unikać stosowania kwasu acetylosalicylowego i naproksenu. Kobieta karmiąca piersią w przypadku migreny może zastosować tryptany (spośród nich najbezpieczniejszy jest sumatryptan) oraz leki przeciwwymiotne takie jak ondansetron czy metoklopramid. W przypadku leczenia profilaktycznego lekami pierwszego wyboru w okresie laktacji jest np. propranolol czy metoprolol.

Migrena

Migrena jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych na świecie, dotykającą około 11–12% populacji globalnej. W Polsce szacuje się, że cierpi na nią ponad 8 milionów osób, przy czym warto zaznaczyć, że statystyki te mogą być zaniżone ze względu na niedodiagnozowanie i niezgłaszanie się pacjentów z bólem głowy do lekarza. Migrena znacznie częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie w wieku rozrodczym. Obecnie brakuje dokładnych danych co do częstości występowania migreny w okresie ciąży i w czasie laktacji. Sugeruje się, że ciąża i karmienie piersią działają jako modulatory, zmniejszając częstość migreny, a nawet jej zapobiegając. Zmiany te są powiązane ze zmianami w poziomach estrogenu i progesteronu, które wzrastają w czasie ciąży, ale pozostają stabilne w porównaniu do wahań występujących poza ciążą. Z kolei karmienie piersią stabilizuje poziom estrogenu, prolaktyny i oksytocyny, które również mogą mieć działanie przeciwbólowe. Niestety nie zawsze tak jest i pacjentki w okresie laktacji również borykają się z migreną i często zgłaszają się o pomoc do lekarzy, położnych i farmaceutów z prośbą o zarekomendowanie skutecznego i bezpiecznego leku przeciwbólowego.

Migrena – leczenie doraźne migreny wg Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy (PTBG)

Wg PTBG celem leczenia doraźnego migreny jest szybkie przerwanie bólu i doprowadzenie do ustąpienia innych objawów napadu. W tym celu konieczne jest zastosowanie odpowiednich leków, w odpowiednich dawkach, dopasowanych do indywidualnej sytuacji pacjenta i występujących objawów.

W tabeli 1. przedstawiono leki zalecane do stosowania w przypadku napadów migreny i ich dawkowanie.

Tabela 1.

Leki zalecane do stosowania w przypadku napadu migreny wg PTBG	
Klasa A zaleceń (leki i dawki jednorazowe)	Klasa B zaleceń (leki i dawki jednorazowe)
Paracetamol – 1000 mg	Metoklopramid – 10–20 mg (dodatkowo: 20 mg doodbytniczo, 10 mg parenteralnie)
Kwas acetylosalicylowy (ASA) – 1000 mg	Domperidon – 20-30 mg
Lizynian kwasu acetylosalicylowego – 900 mg	Ergotamina – 1–2 mg
Naproksen – 500-1000 mg	Dwuhydroergotamina – 1–2 mg
Diklofenak (sól potasowa) – 50–100 mg	Prochlorperazyna – 10 mg
Ibuprofen – 600–800 mg	Metamizol – 1000 mg
ASA + Paracetamol + Kofeina – 250+200+50 mg	Kwas tolfenamowy – 200–400 mg
Tryptany:	
• Sumatryptan – 50–100 mg	
• Zolmitryptan – 2,5–5 mg	
• Rizatryptan – 10 mg	
• Eletryptan – 40–80 mg	
• Almotryptan – 6,25-12,5 mg	

Migrena – leczenie profilaktyczne migreny epizodycznej wg Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy (PTBG)

Wg PTBG „celem leczenia profilaktycznego jest redukcja częstości, nasilenia, czasu trwania napadów oraz niesprawności będącej ich konsekwencją, poprawa odpowiedzi na leczenie doraźne, poprawa funkcjonowania chorego i jego jakości życia, zmniejszenie kosztów ponoszonych z powodu leczenia migreny”.

W tabeli 2. przedstawiono leki zalecane do leczenia profilaktycznego migreny epizodycznej.

Tabela 2.

Leki zalecane do leczenia profilaktycznego migreny epizodycznej wg PTBG	
Klasa A zaleceń (leki i dawki)	Klasa B zaleceń (leki i dawki)
Antagoniści receptorów β -adrenergicznych – dawki dzienne:	Leki przeciwdepresyjne – dawki dzienne:
• Propranolol – 40-240 mg • Metoprolol – 50-200 mg	• Amitriptylina – 50-150 mg • Wenlafaksyna – 150 mg
Leki przeciwpadaczkowe – dawki dzienne:	Antagoniści receptorów β -adrenergicznych – dawki dzienne:
• Kwas walproinowy – 500-1500 mg – EMA nie zaleca do stosowania u kobiet w wieku rozrodczym • Topiramat – 25-200 mg	• Atenolol – 100 mg • Nadolol – 40-80 mg • Bisoprolol – 5-10 mg
Antagoniści kanałów wapniowych – jedynie wg zaleceń europejskich	Profilaktyka migreny miesięczkowej – tryptany – dawki dzienne:
• Flunarizina – 5-10 mg/dziennie	• Naratryptan – 2 x 1 mg • Zolmitryptan – 2-3 x 2,5 mg
Profilaktyka skrócona w migrenie miesięczkowej	
• Frowatryptan – 2 x 2,5 mg/dziennie, stosowany na dwa dni przed planowanym terminem krwawienia miesięcznego, przez 5 kolejnych dni.	

Migrena w okresie laktacji – indywidualizacja leczenia

Leczenie migreny w okresie laktacji może być problemowe. Wiele kobiet, obawiając się niekorzystnego wpływu leków na zdrowie dziecka, unika ich stosowania. W naszym społeczeństwie bowiem funkcjonuje przekonanie, że kobieta karmiąca piersią nie może stosować żadnych leków, a jeżeli musi, to powinna odstawić dziecko od piersi. A to jest nieprawda, bo tak naprawdę tylko niewielka ilość substancji leczniczych jest bezwzględnie przeciwwskazana w okresie laktacji, a większość leków może być bezpiecznie stosowana w czasie karmienia piersią – wtedy, kiedy jest to konieczne i kiedy sytuacja zdrowotna kobiety tego wymaga, po uprzedniej konsultacji z lekarzem, farmaceutą lub doradcą laktacyjnym, we właściwych, rekomendowanych dawkach oraz przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności. Tutaj bardzo ważna jest rola medyka (lekarza, położnej, farmaceuty), który odpowiednio zaopiekuje się pacjentką, przeprowadzi szczegółowy wywiad, zarekomenduje skuteczne dla matki leki, które również będą bezpieczne dla dziecka karmionego piersią oraz rozwieje wątpliwości pacjentki i odpowie na jej pytania.

Migrena w okresie laktacji – bezpieczeństwo stosowania leków

Spośród leków zalecanych przez PTBG do stosowania w przypadku napadów migreny można wskazać leki, które mogą być przyjmowane przez kobiety w okresie laktacji.

Paracetamol – jest preferowanym lekiem przeciwbólowym u pacjentek w okresie laktacji, nie wpływa na proces laktacji, nie zmienia smaku mleka, w niewielkim stopniu przenika do pokarmu kobiecego, nie powoduje działań niepożądanych u dziecka karmionego piersią, a ponadto jest zarejestrowany do stosowania w pediatrii. Paracetamol może być stosowany w okresie laktacji w połączeniu z kofeiną.

NLPZ – są obszerną grupą leków, spośród których niektóre mogą być stosowane w okresie laktacji. Niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym pierwszego wyboru do stosowania w czasie karmienia piersią jest ibuprofen. Nie wpływa on na proces laktacji, nie zmienia smaku mleka, w niewielkim stopniu przenika do pokarmu kobiecego, nie powoduje działań niepożądanych u dziecka karmionego piersią, a ponadto jest zarejestrowany do stosowania w pediatrii. Innym lekiem z grupy NLPZ, który może być stosowany w czasie laktacji jest diklofenak. Ze względu na jego właściwości farmakokinetyczne mało prawdopodobne jest, aby diklofenak przenikał w znacznych ilościach do pokarmu kobiecego. Dotychczas nie stwierdzono niekorzystnego wpływu stosowania tego leku przez mamę na dziecko karmione piersią. Niemniej jednak zawsze należy obserwować dziecko i zsynchronizować czas podawania leku z karmieniem piersią i z kolejnymi karmieniami. W okresie karmienia piersią należy unikać stosowania kwasu acetylosalicylowego. Kwas acetylosalicylowy w organizmie ulega metabolizmowi do kwasu salicylowego, który może przenikać do pokarmu kobiecego w różnym stopniu, zależnym od wielu czynników i może długo utrzymywać się w organizmie dziecka. Dotychczas odnotowano działania niepożądane, jakie wystąpiły u dzieci karmionych piersią w trakcie przyjmowania kwasu acetylosalicylowego przez mamę, takie jak kwasica metaboliczna, trombocytopenia, gorączka, brak apetytu, wybroczyny, hemoliza krwinek. Warto również pamiętać o ryzyku wystąpienia zespołu Reye’a. Zatem kwasu acetylosalicylowego należy unikać w okresie laktacji. Jeżeli sytuacja matki tego wymaga i konieczne jest zastosowanie tego leku, to kwas acetylosalicylowy może być stosowany przez pacjentkę karmiącą piersią, ale tylko doraźnie, uważnie, z zachowaniem zasad bezpieczeństwa, z synchronizacją z przystawianiem dziecka do piersi i uważną obserwacją dziecka. W okresie laktacji należy również unikać stosowania naproksenu. Charakteryzuje się on długim okresem biologicznego półtrwania ($T_{0,5}$ 12-15h) i w związku z tym przez długi czas utrzymuje się we krwi kobiety, a dziecko karmione piersią narażone jest na jego wpływ. Może powodować u dziecka senność, wymioty i krwawienia. Ze względu na to nie zaleca się stosowania naproksenu w okresie laktacji.

Tryptany – w okresie laktacji tryptanem pierwszego wyboru jest sumatryptan. Nie wpływa on na proces laktacji, nie zmienia smaku pokarmu kobiecego, może przenikać do mleka mamy w ilościach nieistotnych klinicznie, dodatkowo charakteryzuje się niską biodostępnością (15%). Dotychczas nie wykazano niekorzystnego wpływu sumatryptanu przyjmowanego przez matkę na dziecko karmione piersią. W przypadku przyjmowania sumatryptanu w czasie laktacji należy bacznie obserwować dziecko i zsynchronizować przyjmowanie leku z karmieniem piersią.

Leki przeciwwymiotne – kobiety w okresie laktacji mogą, jeżeli to konieczne, stosować preparaty przeciwwymiotne takie jak np. ondansetron czy metoklopramid. Ondansetron nie wpływa na wytwarzanie prolaktyny i tym samym na proces produkcji mleka. Sugeruje się, że ze względu na właściwości farmakokinetyczne tego związku (takie jak stosunkowo krótki okres półtrwania, duża objętość dystrybucji i umiarkowana biodostępność) przenikanie ondansetronu do pokarmu jest mało prawdopodobne. Dotychczas nie zgłoszono i nie zarejestrowano działań niepożądanych, jakie wystąpiły u dzieci karmionych piersią, których matki stosowały ondansetron. Ponadto jest to lek, który może być stosowany u dzieci. Metoklopramid pobudza proces laktacji, może przenikać do pokarmu kobiecego, choć jak wskazują publikacje może to następować w różnym stopniu. Dotychczas nie wykazano, aby metoklopramid stosowany przez kobiety karmiące piersią powodował działania niepożądane u dzieci. Zgłoszono jednak pojedyncze przypadki dyskomfortu jelitowego i zwiększonego wydzielania gazów u dzieci. Może powodować działania niepożądane u matki. Jego stosowanie w okresie laktacji powinno być doraźne, krótkotrwałe, ostrożne, zgodnie z zasadami bezpieczeństwa, z synchronizacją karmienia piersią i obserwacją dziecka.

Opiody (kodeina) – w okresie laktacji należy unikać stosowania kodeiny, ze względu na działania niepożądane, które może powodować u dziecka karmionego piersią. Ponadto zgodnie z obecnymi rekomendacjami kodeina nie jest zalecana do stosowania w przypadku bólu głowy typu napięciowego i migreny, ze względu na ryzyko wystąpienia bólów głowy związanych z nadużywaniem leków.

Piśmiennictwo:

1. Amundsen S, i wsp. Pharmacological treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Neurol.* 2015 Apr;11(4),209-19.
2. Baza e-lactancia.org <http://www.e-lactancia.org>
3. Baza HalesMed <https://www.halesmeds.com>
4. Baza LactMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>
5. Briggs G.D., i wsp. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, Wolters Kluwer, 2022
6. Charakterystyki Produktów Leczniczych
7. González-García N., et al. Headache: pregnancy and breastfeeding. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group, *Neurologia* 2022, 37, 1–12
8. Hale T.W., i wsp. *Hale's Medications and Mothers' Milk*, Springer Publishing Company, 2025
9. Polskie Towarzystwo Bólów Głowy <http://www.ptbg.pl/ptbg.php?opc=LC>
10. Schaefer Ch., i wsp. *Drugs During Pregnancy and Lactation - Treatment Options and Risk Assessment*, Elsevier, 2015
11. Stolarczyk M. „Leki i laktacja – kompendium dla farmaceutów”, PZWL, 2024
12. The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. *Headache* 2018 Dec 10. doi: 10.1111/head.13456.
13. Tuszyński K., i wsp. *Leki i karmienie piersią. Bezpieczeństwo farmakoterapii, produkty mlekozastępcze, laktatory i akcesoria. Vademecum Farmaceutyczne*, Wydawnictwo farmaceutyczne, Kraków, 2021

Notatki

Stomatolog – przyjaciel czy wróg karmienia piersią?

lek. stom. Małgorzata Helon

The Dentist – Friend or Foe to Breastfeeding?

Małgorzata Helon, DDS

W czasie karmienia piersią możliwe jest leczenie stomatologiczne praktycznie w pełnym zakresie. Oczywiście nadal funkcjonują mity, które skłaniają świeżo upieczone mamy do odkładania go na okres po zakończeniu karmienia. To chociażby ten, który mówi, że podane przed zabiegiem dentystycznym znieczulenie może przedostać się do pokarmu, spowodować kolkę czy w inny sposób wpłynąć negatywnie na stan niemowlęcia.

Celem pracy jest obalenie mitów panujących powszechnie w gabinetach stomatologicznych w odniesieniu do kobiet w okresie laktacji oraz wpływu karmienia piersią na jamę ustną niemowlęcia w kontekście największego zagrożenia, jakim jest próchnica wczesnego dzieciństwa (ECC).

MIT 1: Karmienie piersią psuje zęby kobiety, ponieważ dziecko „zabiera” wszystkie potrzebne składniki odżywcze.

Wiele razy słyszałam od pacjentek stwierdzenie „ten ząb straciłam po urodzeniu pierwszego dziecka, a tamte dwa po urodzeniu drugiego” albo „moje zęby posypały się po ciąży”. Warto zaznaczyć i dosadnie powiedzieć, że sama ciąża, ani karmienie piersią nie psuje zębów i nie „zabiera” z nich potrzebnych składników dla dziecka. Zęby w tych wyjątkowych momentach życia kobiety są bardziej narażone na powstawanie próchnicy czy uszkodzenia z powodu różnych czynników. Wymienić tu trzeba: mniejsze wydzielanie śliny, zmiany jej składu, niekiedy zmianę nawyków dietetycznych, nadmierne wymioty. Jeżeli kobieta prawidłowo dba o higienę jamy ustnej, leczy zęby i dba o profilaktykę, to nie powinna mieć żadnych problemów stomatologicznych czy w czasie ciąży, połogu czy laktacji¹.

MIT 2: W czasie karmienia piersią nie można podawać znieczulenia podczas zabiegu stomatologicznego.

Można, a nawet trzeba leczyć zęby u lekarza dentysty z podaniem znieczulenia i nie ma konieczności robienia przerwy w karmieniu piersią. Obecnie stosowane miejscowe znieczulenie nie jest szkodliwe dla dziecka karmionego piersią, ponieważ ilość „znieczulenia” obecna w mleku jest na tyle niewielka, że dawka uznana jest za nieistotną klinicznie (zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów). Gaz rozweselający także nie jest zabroniony ani szkodliwy.

Oczywiście, alternatywą jest zawsze leczenie zębów bez znieczulenia. Jednak odczuwanie bólu jest zawsze mało komfortowe dla kobiety i może wpływać na nią negatywnie. To z kolei może odbić się na emocjach dziecka. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że według badań, stres związany z wizytą i bólem jest groźniejszy niż podanie znieczulenia. Lepiej zatem zaufać lekarzowi i sięgnąć po znieczulenie miejscowe¹.

Mit 3: W czasie karmienia piersią nie wolno prześwietlać zębów.

Niektóre młode mamy boją się robić badania diagnostyczne z powodu promieniowania. Do badań diagnostycznych takich jak RTG jednego zęba lub całej szczęki (pantomogram) nie trzeba odstawiać dziecka od piersi, odczekać kilku dni ani nawet dwóch godzin. To całkowicie bezpieczna diagnostyka. RTG w dawce stosowanej przy tego typu badaniach nie wpływa na skład pokarmu lub nie powoduje jego radioaktywności. Podczas takich badań lekarz zawsze dba o dobro pacjentki i ochrania ją specjalnym fartuchem, aby zabezpieczyć pozostałe narządy i tkanki przed promieniowaniem.

MIT 4: W czasie karmienia piersią nie można usuwać kamienia nazębnego ze względu na używane ultradźwięki.

Jedynym prawdziwym stwierdzeniem w tym wypadku jest fakt, że rzeczywiście do usuwania kamienia nazębnego stosuje się ultradźwięki. Jednak nie są one szkodliwe ani dla dziecka, ani dla mleka mamy. Trzeba pamiętać, że zarówno w ciąży, jak i w trakcie karmienia piersią, szczególnie trzeba dbać o higienę jamy ustnej. Zabiegi z zakresu higienizacji (np. skaling) w tym pomogą¹.

Podsumowanie

Warto zaznaczyć, że nie ma żadnych przeciwwskazań do karmienia piersią w trakcie leczenia stomatologicznego. Po większości zabiegów, leków i preparatów dentystycznych można karmić piersią/mlekiem mamy już od razu po zejściu z fotela. Znieczulenia można stosować bez obaw. Gaz rozweselający także nie jest zabroniony ani szkodliwy.

Oczywiście, zawsze należy poinformować lekarza o fakcie karmienia przed wizytą. To pomoże stomatologowi dobrać idealny model leczenia oraz pozwoli na dobór odpowiednich leków czy antybiotyków. Takich, które są bezpieczne dla mleka mamy.

Dlatego groźne dla kobiety i jej dziecka jest nieleczone uzębienie, a nie leczenie zęba. Regularne wizyty u stomatologa to podstawa zdrowia zarówno karmiącej matki, jak i malucha¹.

Próchnica wczesnego dzieciństwa (Early Childhood Caries; ECC)

Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (WHO, UNICEF, ESPGHAN, AAP) przez pierwsze 6 miesięcy życia zaleca się wyłącznie karmienie piersią lub pokarmem matki, a następnie, w trakcie i po rozszerzeniu diety, kontynuację karmienia piersią do 2. roku życia lub dłużej, w zależności od potrzeb matki i dziecka (górna granica wieku nie została określona przez WHO). Warto też w tym miejscu dodać, że w rekomendacjach nie mówi się o tym, by ograniczać karmienie piersią po 6. miesiącu życia, a zadbać o rozszerzanie diety maluszka. Dzieci chcą być karmione piersią zarówno w dzień, jak i w nocy. Powszechnie znane są korzyści płynące z karmienia piersią zarówno dla matki jak i dziecka m.in. ochronne właściwości mleka matki w aspekcie infekcji wieku dziecięcego i hospitalizacji, a w krajach rozwijających się obniżenie umieralności wśród karmionych naturalnie niemowląt. Ten sposób żywienia ma wartość zdrowotną zarówno dla dzieci, jak i dla matek. Dzieciom zapewnia prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny, zmniejsza ryzyko występowania wielu chorób zarówno w wieku niemowlęcym (skutki natychmiastowe), jak i w późniejszych

latach życia (skutki odległe). Wśród skutków natychmiastowych warto wymienić rzadsze występowanie biegunki infekcyjnej, infekcji układu oddechowego, zapalenia ucha środkowego, układu moczowego, martwiczego zapalenia jelit, posocznicy. Wśród odległych: rzadsze występowanie cukrzycy, celiakii, białaczki limfatycznej i szpikowej, także chłonia-ka. Podkreśla się, że wyłącznie karmienie piersią w pierwszych 4 miesiącach życia dziecka jest niezależnym czynnikiem prewencyjnym otyłości w 4. roku życia², co wobec epidemii otyłości i nadwagi u dzieci jest niezwykle istotne. Karmienie piersią wpływa również korzystnie na rozwój poznawczy i emocjonalny najmłodszych. Nie do przecenienia jest także korzystny wpływ karmienia piersią na zdrowie kobiety. Ograniczenie utraty krwi po porodzie, zmniejszenie ryzyka depresji poporodowej, szybszy powrót do BMI sprzed ciąży, to korzyści zauważalne w krótkim czasie. Za najistotniejsze natomiast należy uznać skutki długofalowe. Należą do nich: zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka piersi, raka jajnika, cukrzycy typu 2., chorób układu sercowo-naczyniowego, hiperlipidemii, nadciśnienia tętniczego, reumatoidalnego zapalenia stawów.

Mimo wszystkich niezaprzeczalnych korzyści płynących z faktu karmienia mlekiem matki zwraca uwagę możliwość większego ryzyka choroby próchnicowej u dzieci związanego z dłuższym okresem karmienia piersią. Próchnica jest najczęstszą przewlekłą chorobą jamy ustnej u dzieci do 3. roku życia i dotyczy ponad połowy populacji w tym wieku w Polsce, a na świecie obejmuje 60–90% dzieci w wieku szkolnym.

Czynniki kariogenne uszeregowane według siły ich oddziaływania:

1. Nieprawidłowa dieta dziecka.
2. Nieprawidłowa higiena jamy ustnej dziecka.
3. Nieprawidłowy stan jamy ustnej matki.
4. Nieprawidłowy sposób podawania produktów zawierających cukry, dzieciom mającym zęby.

Rozwój próchnicy zębów związany jest z obecnością bakterii próchnicotwórczych i substratu (cukrów), z którego wytwarzane są kwasy powodujące odwapnienie szkliwa. Głównym czynnikiem determinującym ryzyko próchnicy wczesnego dzieciństwa (ECC) jest wczesna kolonizacja jamy ustnej dziecka próchnicotwórczymi szczepami, głównie *Streptococcus mutans* (SM) i *Streptococcus sorbinus*, oraz ich wysokie miano.

Kolejnym ważnym elementem jest obecność zębów, ich liczba oraz podatność szkliwa na działanie kwasów. Tkanki twarde świeżo wyrzniętych zębów nie są w pełni zmineralizowane i mają tzw. linię neonatalną, która jest efektem przejściowej przerwy w ich mineralizacji w okresie okołoporodowym. Fakt ten stanowi przyczynę większej podatności zębów mlecznych na działanie kwasów, szczególnie w krótkim czasie od momentu pojawienia się w jamie ustnej. Najbardziej narażone na ekspozycję pokarmu podczas karmienia piersią są zęby sieczne górne, wyrzynające się u większości dzieci między 6. m.ż. a 16. m.ż. Jest to okres, w którym zaleca się, aby podstawą diety było mleko matki, ale rozpoczyna się także wzbogacanie diety o pokarmy stałe. Wprowadzanie pokarmów stałych jest ważne, zarówno z punktu widzenia zapobiegania próchnicy, jak i wadom zgryzu (wrodzony

odruch ssania powinien zaniknąć między 12. a 18. miesiącem życia). Żucie pokarmów pobudza gruczoły ślinowe do wydzielania śliny stymulowanej, co sprzyja samooczyszczaniu zębów i buforowaniu kwasów bakteryjnych. Warto zaznaczyć, że w czasie snu ilość śliny niestymulowanej (inaczej spoczynkowej) jest znacznie mniejsza, co ogranicza w istotny sposób jej funkcje ochronne w stosunku do zębów.

Przedłużona ekspozycja zębów na cukry obecne w mleku podczas karmienia nocnego lub częsta przy stosowaniu karmienia jako metody uspokajającej, bez oczyszczania zębów, mogą więc zwiększać ryzyko rozwoju próchnicy. Mniej narażone na rozwój próchnicy są zęby żuchwy osłonięte językiem podczas ssania.

Mleko ludzkie w swoim składzie oprócz węglowodanów (laktozy), białek, substancji mineralnych i soli, zawiera swoiste szczepy bakterii *Lactobacilli* spp. oraz substancje hamujące wzrost i adhezję próchnicotwórczych bakterii, takie jak ludzka kazeina czy wydzielnicza immunoglobulina A. Badania przeprowadzone na modelach eksperymentalnych i zwierzęcych dowodzą, że mleko ludzkie ma potencjał kariogeny. Badacze zwracają jednak uwagę na mniejsze zdolności laktozy do obniżenia pH środowiska w porównaniu z sacharozą^{2,3,4,5}.

Podsumowanie

Niejednoznaczność doniesień na temat związku karmienia piersią z rozwojem ECC nie pozwala na zalecanie zaniechania karmienia piersią w konkretnym czasie po narodzinach dziecka. Biorąc pod uwagę długofalowe korzyści płynące z karmienia piersią zarówno dla matki, jak i dla dziecka, każde dyskredytowanie karmienia naturalnego może mieć niekorzystny wpływ na zdrowie matek i dzieci. Karmienie piersią jest optymalnym sposobem żywienia noworodków i niemowląt. Mleko matki to pokarm pierwszego wyboru zarówno dla dzieci zdrowych jak i chorych, urodzonych o czasie jak i przedwcześnie (AAP). Karmienie piersią stanowi fenomen biologiczny. Mleko ludzkie jest nie tylko substancją odżywczą, jest także żywnością funkcjonalną. Wspomaga niedojrzały organizm dziecka poprzez zawarte w nim enzymy, hormony, czynniki wzrostu, komórki macierzyste oraz składniki immunologicznie czynne.

Należy jednak pamiętać, że mleko ludzkie ma potencjał kariogeny, który przy przedłużonej obecności na powierzchni zębów w sytuacji zmniejszonego wydzielania śliny, np. w czasie snu, zwiększa ryzyko ECC. Z punktu widzenia zapobiegania próchnicy korzystne jest więc dbanie szczególnie o higienę jamy ustnej dzieci z wyrzniętymi już zębami siecznymi szczęki, oczyszczanie ich powierzchni (wargowej i podniebiennej) rano i wieczorem oraz najlepiej także w ciągu dnia.

Wydaje się konieczne zwrócenie większej uwagi na jednoczesne promowanie karmienia piersią i pożądaných nawyków dietetycznych oraz właściwych zachowań higienicznych takich jak:

- stała opieka stomatologiczna nad kobietą w czasie ciąży oraz laktacji
- prawidłowa higiena jamy ustnej matki w okresie ząbkowania jej dziecka
- zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Stomatologicznego, oraz Amerykańskiego Towarzystwa Pediatricznego, systematyczne prowadzenie higieny jamy ustnej u niemowlęcia od momentu pojawiania się pierwszych zębów jest warun-

kiem koniecznym profilaktyki przeciw próchnicowej (specjaliści podkreślają, że już jedna wizyta stomatologiczna, w trakcie której matka otrzymuje instruktaż pielęgnacji jamy ustnej dziecka, pozwala na redukcję zakażeń bakteriami próchnicogennymi)

- jako niezbędny element prawidłowej higieny jamy ustnej Amerykańskie Towarzystwo Stomatologiczne zaleca stosowanie pasty do zębów z niską zawartością fluoru (1000-1100 ppm) już od momentu wyrżnięcia się pierwszych zębów. Do 3. roku życia należy używać minimalnej ilości pasty do zębów („zabrudzenie szczoteczki”) i nie płukać jamy ustnej po umyciu zębów.

Piśmiennictwo

1. Fundacja Mlekiem Mamy; Zdrowie, a mleko. 14/05/2021
2. Stan zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku 3 lat i młodzieży w wieku 15 lat w 2015 roku, dokument MZ
3. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej, Sekcji Stomatologii dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Polskiego Oddziału Sojuszu dla Przyszłości Wolnej od Próchnicy i konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej dotyczące związku sposobu karmienia dziecka w drugim roku życia z próchnicą wczesnego dzieciństwa. Dorota Olczak-Kowalczyk, Joanna Szczepańska, Lidia Postek-Stefańska, Maria Borysewicz-Lewicka, Maria Mielnik-Błaszczak, Grażyna Marczuk-Kolada, Anna Jurczak, Katarzyna Emerich, Joanna Manowiec, Urszula Kaczmarek. Nowa Stomatologia 1/2017.
4. Kobylńska A, et al. Karmienie piersią a próchnica wczesnego dzieciństwa systematyczny przegląd piśmiennictwa. *Pediatr Pol.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2017.01.005>
5. Stanowisko Centrum Nauki o Laktacji w sprawie karmienia piersią i mlekiem kobiecym w kontekście profilaktyki próchnicy wczesnodziecięcej Lek. Dorota Bębenek, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska, dr n. med. Monika Żukowska-Rubik Warszawa, marzec 2017, Prezentacja: 9 czerwca 2017, Zjazd CnoL, Aktualizacja 16 lutego 2021
6. Eidelman A, Schanler RJ. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827–e841.
7. Szajewska H, Horvath A, Rybak A, Socha P. Karmienie piersią. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. *Stand Med Pediatr* 2016;13:9–24.
8. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, Blasi PR, Senger CA, Guirguis-Blake JM. Breastfeeding and Health Outcomes for Infants and Children: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2025 Apr 17. doi: 10.1542/peds.2025-071516. Epub ahead of print. PMID: 40240318.
9. Lustosa K, Rodrigues LRS, Rocha RM, Prudente TP, Mezaiko E, Silva FPY, Silva BSF. Risk of Early Childhood Dental Caries Associated With Prolonged Breastfeeding: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Paediatr Dent*. 2025 Apr 20. doi: 10.1111/ipd.13313. Epub ahead of print. PMID: 40254914.

Notatki

Najnowsze wytyczne leczenia ran brodawek

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik, IBCLC, CDL

Latest Guidelines on Nipple Wound Treatment

Monika Żukowska-Rubik, MD, PhD

Wraz z ekspertami z Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran opracowaliśmy najnowsze wytyczne leczenia ran brodawek w okresie karmienia w oparciu o wiedzę naukową, doświadczenia naszego środowiska doradców laktacyjnych oraz przyjęte w konsensusach uniwersalne zasady leczenia ran. Zostały zebrane we wspólnej publikacji.

Podsumowanie zasad leczenia ran brodawek u matek karmiących.

1. **Korekta techniki karmienia**, by uzyskać prawidłowe głębokie ssanie to zasada niezmienna, stanowi podstawowy krok, którego nie można pominąć, bo wszystkie pozostałe nie będą skuteczne. Kolejnym istotnym czynnikiem pomocnym w ochronie brodawek jest **podatny do chwytania kompleks brodawka-otoczka**. W nawale czy obrzęku piersi, jeśli otoczka jest napięta, należy przed przystawieniem dziecka zaproponować ręczne odciągnięcie niewielkiej ilości mleka lub technikę RPS.
2. Odpowiednie interwencje dotyczące **usprawnienia funkcji ssania** u dziecka w razie potrzeby we współpracy ze specjalistami (neurologopeda, fizjoterapeuta, frenotomia).
3. **Dobór/korekta rozmiaru lejka i siły laktatora** w celu zapewnienia komfortu matki podczas odciągania mleka, wiele uszkodzeń brodawek powstaje z powodu nieprawidłowości w tym obszarze.
4. **Higiena** rąk matki i personelu medycznego, standardowa higiena piersi i higiena sprzętu laktacyjnego, czyli laktatora, kapturków i innych akcesoriów; w przypadku ran zagrożonych zakażeniem i zakażonych – podwyższona higiena sprzętu – dezynfekcja termiczna po/przed każdym użyciem.
5. **Zastosowanie lawaseptyków, substancji antyseptycznych, opatrunków specjalistycznych, antybiotyków** – zależnie od kategorii rany, w oparciu o strategię TIMERS i po uwzględnieniu specyfiki ran w tej szczególnej lokalizacji, jaką jest brodawka i otoczka.

Rany zostały podzielone na 4 kategorie w zależności od stadium rozwoju infekcji:

- I. niezakażone – powierzchowne, niewielkich rozmiarów, świeżo powstałe
- II. zagrożone zakażeniem – rozległe, głębokie, każda rana u kobiety z czynnikami ryzyka oraz rany trudno gojące się (pojawiają się niepokojące objawy – wysięk, włóknik, rana powiększa się, brak oznak gojenia w ciągu 4 dni obserwacji)
- III. zakażone – znaczne nasilenie dolegliwości bólowych, zaczerwienienie, obrzęk i rumień brodawki, obrzęk brzegów rany, wysięk

IV. szerzenie się zakażenia na okoliczne tkanki – skórę, tkankę podskórną, gruczoł piersiowy, objawy infekcji ogólnoustrojowej

Lawaseptyki, czyli preparaty do oczyszczania ran, zmniejszają ilość drobnoustrojów obecnych w ranie, dodatek surfaktantu powoduje destabilizację biofilmu, który jest stałym elementem w większości ran i utrudnia ich gojenie, stosuje się je w ranach kategorii II–IV.

Substancje antyseptyczne (leki i wyroby medyczne) zapewniają kontrolę infekcji i procesu zapalnego, stosuje się w ranach trudno gojących się i zakażonych.

Opatrunki specjalistyczne tworzą środowisko optymalne do leczenia rany – nawilżają rany suche, odprowadzają nadmiar wysięku.

Antybiotyki – zastosowanie miejscowe antybiotyków jest ograniczone do szczególnych przypadków ran zakażonych potwierdzonych wynikiem wymazu z rany, w niektórych sytuacjach konieczne jest podanie antybiotyku działającego ogólnie – w uporczywie niegojących się ranach zakażonych pomimo prawidłowego zastosowania wszystkich etapów leczenia oraz gdy zakażenie szerzy się na okoliczne tkanki.

Istotą właściwego leczenia jest częste kontrolowanie postępów leczenia i dostosowanie do zmieniających się warunków (np. odstawienie antyseptyku, gdy zakażenie jest opanowane i pojawiają się oznaki gojenia).

6. Leczenie przeciwbólowe w okresie największego nasilenia bólu, w wyjątkowych sytuacjach przerwa w karmieniu na 1–2 doby (w tym czasie odciąganie mleka i podawanie go dziecku).

7. Prawidłowe odżywianie matki, ocena stanu zdrowia w przypadku uporczywie niegojących się ran.

Najczęstsze błędy w leczeniu ran brodawek:

- brak poprawy techniki karmienia
- brak zadbania o chwytny kompleks brodawka-otoczek
- brak właściwej higieny rąk, akcesoriów do karmienia lub odciągania mleka
- zbyt długie wietrzenie brodawek
- brak leczenia antyseptycznego w ww. ranach
- kontynuowanie tego samego leczenia przy braku postępu w odpowiednim czasie
- brak wymazu z antybiogramem i leczenie niecelowane
- stosowanie opatrunków żelowych, hydrożelowych na zakażone rany
- stosowanie lanoliny i innych środków pielęgnacyjnych (np. maści z witaminami) w ranach zakażonych
- stosowanie w leczeniu ran preparatów steroidowych
- stosowanie preparatów przeciwgrzybiczych
- stosowanie antybiotyków miejscowych OTC

Na podstawie:

Leczenie ran brodawek sutkowych w okresie karmienia piersią. Stanowisko Centrum Nauki o Laktacji oraz Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Autorzy CNoL – Monika Żukowska-Rubik, Magdalena Nehring-Gugulska, Natalia Żółtowska, Roksana Kulińska, Debora Barbay, autorzy PTLR – Beata Mrozikiewicz-Rakowska, Monika Aleksy-Polipowska, 2025 (w druku).

Notatki

Prof. Diane Spatz GOŚĆ SPECJALNY

**Kontakt skóra do skóry i karmienie w najtrudniejszych warunkach
– użyj 10 kroków (WYKŁAD)**

**Jak podnieść wskaźniki kangurowania i karmienia piersią
dzieci w szpitalu – praktyczne rozwiązania (WARSZTAT)**

**Using the Spatz 10 Step Model to Improve Skin-to-Skin
and Breastfeeding Rates**

Diane Spatz PhD, RN-BC, FAAN

Streszczenia artykułów autorstwa Diane L. Spatz, PhD, RN-BC, FAAN

Program „10 kroków promujących i chroniących karmienie piersią noworodków z grup wysokiego ryzyka” Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2004 OctDec;18(4):385-96. Review.

„Poza inicjatywą Szpital Przyjazny Dziecku. Model 10 kroków oraz Program Pielęgniarki Laktacyjnej dla poprawy wyników w zakresie stosowania mleka kobiecego i karmienia piersią.” Spatz D.L. Beyond BFHI. The Spatz 10-Step and Breastfeeding Resource Nurse Model to Improve Human Milk and Breastfeeding Outcomes. J Perinat Neonat Nurs. 2018 Kwiecień-Czerwiec Volume 32 Number 2, 164–174;

W latach 1995-2000 prof. Diane Spatz współprowadziła finansowane przez NIH (Narodowe Instytuty Zdrowia Stanów Zjednoczonych) badanie, w którym wykorzystano pielęgniarki z tytułem magistra do poprawy karmienia piersią i stosowania mleka kobiecego w oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU). Po sukcesie projektu została zaproszona do Szpitala Dziecięcego w Filadelfii (Children’s Hospital of Philadelphia), gdzie powierzono jej stworzenie całościowego systemu wsparcia laktacji. Zastąpiła tam bardzo niskie wskaźniki karmienia mlekiem kobiecym i jedynie jedną etatową konsultantkę IBCLC na cały szpital. Opierając się na wynikach badań NIH i swoim doświadczeniu klinicznym, opracowała 10-krokowy model ochrony i promocji mleka matki u niemowląt wysokiego ryzyka, który stał się narzędziem dla wszystkich pracowników opieki zdrowotnej w CHOP.

Model ten z powodzeniem wdrażany został w Szpitalu w Filadelfii, a obecnie stosowany jest też w innych oddziałach intensywnej terapii noworodka na całym świecie.

W 2017 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opublikowała istotną ocenę funkcjonowania inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku (BFHI) na przestrzeni ostatnich 25 lat. Inicjatywa Szpital Przyjazny Dziecku (BFHI), choć funkcjonująca od lat i szeroko promowana, obejmuje niecałe 10% szpitali na świecie, a jej wytyczne odnoszą się głównie do zdrowych, donoszonych noworodków. W oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU) wcześniaki i mali pacjenci medycznie zagrożeni często pozostają bez kompleksowego wsparcia laktacyjnego.

W odpowiedzi Diane Spatz zaprojektowała i w Szpitalu Dziecięcym z Filadelfii (CHOP) wdraża pięć wzajemnie uzupełniających się programów, najważniejszym z nich jest Model 10 kroków, uzupełniony przez program „Pielęgniarka Laktacyjna”, wytyczne oparte na dowodach, system zapewnienia jakości mleka kobiecego oraz Centrum Zarządzania Mlekiem Kobiecym (HMMC) z bankiem pasteryzowanego mleka dawczyń.

Model 10 kroków Spatz to ściśle zdefiniowane, skalowalne procedury kliniczne i organizacyjne:

1. Świadoma decyzja
2. Zainicjowanie i utrzymanie laktacji
3. Postępowanie z mlekiem kobiecym
4. Podawanie mleka kobiecego
5. Kontakt skóra do skóry
6. Nieodżywcze ssanie piersi
7. Przejście do karmienia bezpośrednio z piersi
8. Pomiar poboru mleka
9. Przygotowanie do wypisu
10. Odpowiednia opieka po wypisie

1. ŚWIADOMA DECYZJA

Świadoma decyzja stanowi fundament kompleksowej opieki nad matką i noworodkiem. Personel medyczny odpowiada za dostarczenie kobiecie i jej rodzinie pełnej, rzetelnej wiedzy na temat znaczenia karmienia piersią oraz zagrożeń związanych z jego zaniechaniem. Badania fokusowe przeprowadzone w ramach kampanii promującej karmienie piersią wykazały, że większość społeczeństwa nie zna zalecanego czasu karmienia piersią, ani nie zdaje sobie sprawy z ryzyka niespożywania mleka matki. Dlatego wszystkie pacjentki powinny zostać poinformowane o fizjologii laktacji, obejmującej m.in. sposób wytwarzania i zmiany składu mleka w czasie laktacji – z uwzględnieniem faktu, że mleko matki wcześniaka przez co najmniej 29 dni zawiera wyższe stężenia białek, lipidów i kalorii niż mleko matki noworodka urodzonego o czasie. W ramach edukacji należy również przedstawić kluczowe składniki immunologiczne mleka matki, takie jak żywe krwinki białe (makrofagi, neutrofile, limfocyty B i T), immunoglobulina A, laktoferryne, lizosomy, oligosacharydy oraz czynniki wzrostu, które wspierają dojrzałość układu odpornościowego i chronią niemowlę przed infekcjami. Konkretnie korzyści kliniczne, takie jak szybsze przejście na pełne żywienie enteralne, przyspieszone opróżnianie żołądka, zmniejszenie ryzyka martwiczego zapalenia jelit i posocznicy, krótszy pobyt szpitalny u wcześniaków oraz niższa zachorowalność na infekcje dróg oddechowych, ucha, układu moczowego i biegunki, także muszą zostać omówione.

Specjalistyczne podejście skierowane jest szczególnie do kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, których płód prenatalnie zdiagnozowano z wrodzoną wadą rozwojową i które przenoszą opiekę do Centrum Diagnostyki i Leczenia Płodu (CFDT) w CHOP, planując poród w Specjalistycznym Oddziale Porodowym Rodziny Garbose (Garbose Family SDU). Pacjentki te otrzymują indywidualną prenatalną konsultację laktacyjną 1:1, podczas której

szczegółowo omawiane są korzyści mleka kobiecego oraz przygotowanie do świadomej decyzji o karmieniu piersią zgodnie z modelem dziesięciu kroków. Każda rodzina wyposażona jest również w materiał edukacyjny taki jak DVD „Power of Pumping”, zawierający omówienie fizjologii laktacji, charakterystyki mleka kobiecego oraz praktyczne instrukcje przejścia od odciągania pokarmu laktatorem do bezpośredniego karmienia z piersi.

Równolegle z edukacją kobiety angażuje się partnera lub inną osobę wspierającą, przekazując jej szczegółową listę zadań określającą obowiązki w okresie poporodowym. Zadania te obejmują organizację harmonogramu odciągania mleka, obsługę i konserwację laktatora, wsparcie emocjonalne podczas pierwszych prób karmienia piersią oraz motywowanie do utrzymania i rozwoju laktacji. Dzięki takim działaniom pacjentka zyskuje poczucie bezpieczeństwa i wszechstronną pomoc, co zwiększa szanse na sukces karmienia piersią.

Podkreślenie wartości świadomej decyzji jest kluczowe: karmienie piersią to nie tylko standardowa procedura, lecz także istotny czynnik ratujący życie noworodka i minimalizujący koszty hospitalizacji. Przykłady zakażeń szpitalnych i rola przeciwciał zawartych w mleku matki doskonale ilustrują, w jaki sposób składniki mleka chronią dziecko przed patogenami obecnymi w otoczeniu szpitalnym. Kompleksowa edukacja, poparta dowodami naukowymi oraz wsparciem praktycznym, umożliwia kobiecie i jej rodzinie podjęcie świadomej i trwałej decyzji o karmieniu piersią, co przekłada się na zdrowie dziecka w krótkiej i długiej perspektywie.

2. ZAINICJOWANIE I UTRZYMANIE LAKTACJI

Drugim etapem modelu jest skuteczne uruchomienie i podtrzymanie produkcji mleka matki, co jest kluczowe zwłaszcza u noworodków chorych lub wcześniaków. W warunkach optymalnych zdrowe niemowlę powinno zostać przystawione do piersi w ciągu dwóch godzin od porodu. Gdy jednak maluch wymaga intensywnej opieki lub jest wcześniakiem, laktację inicjuje się za pomocą elektrycznego laktatora, najlepiej **w ciągu 6 godzin po narodzinach**.

Model odciągania powinien odwzorowywać naturalny rytm ssania dziecka, dlatego proces ten należy powtarzać 8–12 razy na dobę, w odstępach co 2–3 godziny, aż do całkowitego opróżnienia piersi podczas każdej sesji. Choć w pierwszych 3–4 dniach produkowana ilość siary bywa niewielka, jej wartość jest nie do przecenienia, ponieważ dostarcza białka, aminokwasy i immunoglobulinę A, które są kluczowe dla ochrony noworodka. Powinno przygotować się matkę na fakt, że początkowe objętości będą małe i wyjaśnić mechanizm: odciąganie stymuluje wydzielanie prolaktyny, co po kilku dniach prowadzi do pełnej laktacji.

Według danych klinicznych już około 6. dnia laktacji matki donoszonych niemowląt, które odciągają mleko „na żądanie”, osiągają średnio dziennie 556–705 g mleka, a prawidłowy zakres produkcji utrzymuje się między 440 a 1220 g na dobę przez pierwsze sześć miesięcy. Jednak to stopień opróżnienia piersi jest najważniejszym czynnikiem napędzającym dalszą syntezę pokarmu, dlatego personel powinien dążyć do więcej niż 8 sesji odciągania na dobę, co zapobiega spadkowi poziomu prolaktyny.

Codzienna ocena laktacji przez położne i pielęgniarki neonatologiczne obejmuje:

- liczbę odciągania w ciągu doby,
- porównanie wydajności obu piersi i stopnia ich opróżnienia,
- kontrolę prawidłowej techniki i doboru lejka (standardowo 24 mm, opcjonalnie 27 lub 30 mm dla większych brodawek),
- ocenę stanu piersi pod kątem obrzęków, zastoju lub innych patologii.

Każda matka prowadzi dziennik odciągania, w którym dokumentuje objętość mleka i liczbę sesji. W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii wprowadzono inicjatywę „Pump Early, Pump Often” („Odciągaj wcześniej, odciągaj często”), monitorującą w elektronicznej dokumentacji czas pierwszego odciągania oraz analizującą co miesiąc odsetek matek rozpoczynających laktację w ciągu pierwszej godziny po porodzie i czynniki wpływające na sukces inicjacji.

W sytuacjach trudnych, gdy produkcja nie przekracza 500 ml na dobę, konieczna jest szybka interwencja: sprawdzenie jakości laktatora, liczby sesji, techniki odciągania i doboru lejków. Istotne jest także włączenie wsparcia rodzinnego – pomoc przy obsłudze urządzenia, oznaczaniu pojemników i utrzymaniu higieny zestawów.

Dodatkowe metody wspomagające laktację obejmują kontakt skóra do skóry, który stymuluje wydzielanie oksytocyny i prolaktyny, oraz farmakoterapię. Metoklopramid (10 mg co 8 godzin) bywa stosowany jako lek pierwszego rzutu, choć może przenikać do ośrodkowego układu nerwowego i wywoływać senność lub objawy depresyjne. Bezpieczniejszą alternatywą jest domperidon – skuteczny doustnie, z mniejszą liczbą działań niepożądanych.

Podkreślenie znaczenia wczesnego i częstego odciągania, a także bieżąca ocena podaży mleka w pierwszym tygodniu, ma kluczowy wpływ na długoterminowy sukces laktacyjny. Dzięki systematycznemu monitorowaniu i wsparciu klinicznemu wiele matek utrzymuje produkcję na poziomie 1000 ml dziennie przez cały pobyt dziecka w oddziale intensywnej opieki, a nawet przez kolejny rok lub dłużej.

3. POSTĘPOWANIE Z MLEKIEM KOBIECYM

Przechowywanie mleka kobiecego wymaga użycia sterylnych szklanych lub plastikowych pojemników dopuszczonych do kontaktu z żywnością, które matka oznacza imieniem dziecka, numerem dokumentacji i datą oraz godziną odciągania. Butelki umieszcza się w indywidualnych zamykanych skrzynkach w lodówce (do 48 godzin) lub zamrażarce (po rozmrożeniu zużyć w 24 godziny). Codziennie asystentki badawcze (np. studentki pielęgniarstwa) sprawdzają zgodność z procedurami, a na poziomie oddziału odpowiada wyznaczony lider ds. przechowywania.

Personel pielęgniarski współpracuje z rodziną, aby koordynować dostawy mleka, monitorować ilość odciąganego pokarmu oraz liczbę matek korzystających z laktatora. Równocześnie regularnie ocenia się stan mleka i ewentualne straty, co pozwala optymalizować zasoby i minimalizować marnotrawstwo.

Wybór świeżego mleka ma zawsze priorytet – mrożone używa się tylko w razie braku świeżego, a PDHM (pasteryzowane mleko dawczyń) służy wyłącznie jako tymczasowe uzupełnienie. Taki porządek chroni biologicznie aktywne i immunologiczne właściwości mleka matki, które są osłabiane przez zamrażanie i pasteryzację.

4. PODAWANIE MLEKA KOBIECEGO

Gdy bezpośrednie karmienie piersią nie jest możliwe (np. wcześniak lub chory noworodek), pierwsze 24–48 godzin po porodzie podaje się siarę, aby jak najbliżej naśladować proces naturalny. W naszym szpitalu prosimy matki o oznaczenie pomarańczową naklejką butelek z mlekiem ściągniętym w ciągu pierwszych 4 dni po porodzie, w ten sposób łatwo je odróżnić nawet w zamrażarce. Następnie priorytetem pozostaje świeże mleko matki; mleko mrożone stosuje się wyłącznie w razie potrzeby. Personel wraz z rodziną określa dzienną ilość potrzebnego pokarmu i dba o jego dostępność.

W żywieniu sondowym zaleca się porcjowanie podawanej objętości zamiast żywienia ciągłego, by zachować zawartość tłuszczu i zmniejszyć ryzyko bakteryjnej kontaminacji. Matki uczą się także dzielenia odciąganego pokarmu na fazę niskokaloryczną i wysokokaloryczną oraz wykonywania prostego testu krematokrytu do oceny zawartości tłuszczu.

Gdy dziecko nie jest jeszcze gotowe do ssania, wprowadza się pielęgnację jamy ustnej świeżym mlekiem lub siarą (human milk oral care), co angażuje rodzinę i wzmacnia ochronę śluzówki. Po 48–96 godzinach kontynuuje się podawanie siary w kolejności odciągania, a następnie przechodzi na regularne dostarczanie świeżego mleka. Pasteryzowane mleko dawczyń (PDHM) służy jedynie jako krótkotrwałe uzupełnienie podczas rozszerzania podaży pokarmu.

5. KONTAKT SKÓRA DO SKÓRY

Kontakt skóra do skóry, czyli umieszczenie nagiego niemowlęcia w pieluszcze na nagiej piersi rodzica, powinien być prowadzony tak często i długo, jak pozwala na to stan zdrowia dziecka. Badania wykazują, że kangurowanie stabilizuje funkcje życiowe noworodka – poprawia wymianę gazową i rytm serca, zmniejsza liczbę bezdechów, wspiera utrzymanie odpowiedniej temperatury ciała i sprzyja przyrostowi masy. U niemowląt, które regularnie doświadczają kontaktu skóra do skóry, obserwuje się lepiej zorganizowane cykle snu, dłuższy spokojny sen, szybszy rozwój neurologiczny oraz łagodniejszy przebieg infekcji, co przekłada się na krótszy pobyt w szpitalu.

Praktyka kangurowania ma również wymierne korzyści dla karmienia piersią i dobrostanu matki – stymuluje wydzielanie oksytocyny i prolaktyny, co ułatwia nawiązanie laktacji i wydłuża jej czas trwania. Dodatkowo zmniejsza poziom stresu rodziców, wzmacnia ich poczucie kompetencji i więź z dzieckiem. Systematyczne przeglądy Cochrane potwierdzają, że kontakt skóra do skóry jest bezpieczny i korzystny zarówno dla wcześniaków, jak i dzieci urodzonych o czasie.

W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii personel pielęgniarski i rodzina korzystają z dedykowanego filmu instruktażowego „Skin to Skin”, który prezentuje bezpieczne metody przenoszenia nawet intubowanych noworodków na piersi rodzica. Zachęca się do wdrożenia kangurowania w trybie ciągłym lub wielokrotnych sesji dziennie, dostosowanych do indywidualnej stabilności fizjologicznej niemowlęcia, aby maksymalizować korzyści tej praktyki.

6. NIEODŻYWCZE SSANIE PIERSI

Nieodżywcze ssanie piersi należy inicjować u stabilnych hemodynamicznie niemowląt, które opuściły inkubator lub zostały ekstubowane. Przed każdą sesją położna powinna

poprosić matkę o manualne wyciśnięcie kilku kropli pokarmu na wargi dziecka w trakcie pielęgnacji skóra do skóry. Ta procedura umożliwia ocenę odruchu szukania, umiejętność przystawiania i skutecznego chwytania brodawki wraz z otoczką, który – zgodnie z literaturą – pojawia się już od 28. tygodnia ciąży, a regularna ekspozycja na pierś wzmacnia koordynację ssania. Niemowlęta w tym badaniu reagowały na pierwszy kontakt z piersią matki odruchem szukania piersi i ssania niezależnie od wieku ciążowego, w którym przyszły na świat i swojego wieku postmenstrualnego. Badacze zaobserwowali ssanie odżywcze w 30. tygodniu wieku ciążowego i powtarzalne serie ponad 10 do 30 zassań w 32. tygodniu.

Personel pielęgniarstwa wraz z matką ustala optymalny moment rozpoczęcia ssania nieodżywczego na podstawie protokołu neurologicznego i oddechowego, uwzględniając wcześniejsze sesje kangurowania. Matki instruuje się w odciąganiu pokarmu przy użyciu laktatora klasy szpitalnej: należy kontynuować odciąganie przez dodatkowe 2 minuty po ustaniu strumienia, co potwierdza pełne opróżnienie gruczołów mlecznych i maksymalną stymulację laktocytów. Autorka zaobserwowała w swojej praktyce klinicznej, że kiedy niemowlę dojrzeje, samodzielnie zaczyna przemieszczać się w stronę piersi podczas kontaktu skóra do skóry. Regularne sesje nieodżywczego ssania wpływają na skrócenie czasu adaptacji do karmienia bezpośredniego, wydłużenie fazy skutecznego ssania i poprawę chwytu brodawki. Dzięki temu niemowlę rozwija pamięć motoryczną ssania, co przyczynia się do stabilizacji produkcji mleka i zwiększenia efektywności laktacji w długim okresie.

7. PRZEJŚCIE DO KARMIENTA PIERSIĄ

Gdy niemowlę osiąga dojrzałość neurologiczną i umiejętność uchwycenia brodawki, personel pielęgniarstwa inicjuje przejście z nieodżywczego do odżywczego ssania. Brak konieczności etapu butelkowego podkreśla, że bezpośrednie ssanie piersi sprzyja większej stabilności fizjologicznej, obserwuje się rzadsze zaburzenia rytmu serca, oddychania i saturacji oraz mniejsze ryzyko bezdechów i bradykardii w porównaniu z karmieniem butelkowym.

W praktyce klinicznej zaleca się zastosowanie podpór głowy i szyi w pozycjach krzyżowej lub futbolowej, które umożliwiają pielęgniarkę jednoczesne wsparcie głowy dziecka i kontrolę piersi. Matce doradza się utrzymanie bliskiego przystawienia i podtrzymywanie piersi przez całą sesję, aby nie dopuścić do odsunięcia się dziecka pod jej ciężarem.

W przypadku trudności z efektywnym poborem pokarmu należy najpierw umożliwić próbę ssania bez kapturka, a jeśli to nie przynosi rezultatów, wprowadzić silikonowy kapturek na brodawkę od wczesnego etapu karmienia. Kapturek skoncentruje podciśnienie ssania na jego czubku, co zwiększa objętość pobieranego mleka i wydłuża czas odżywczego ssania. Matka stopniowo rezygnuje z kapturka, gdy dziecko osiąga zdolność samodzielnego efektywnego chwytu.

Personel pielęgniarstwa monitoruje i dokumentuje liczbę oraz czas sesji karmienia piersią, stosując podejście karmienia na życzenie niemowlaka (infant-driven feeding), które wiąże się z lepszymi wynikami klinicznymi, krótszym pobytem w szpitalu i wydłużeniem okresu karmienia. Projekt „Transition to Breast” udowodnił, że przy odpowiednim wsparciu 100% kwalifikujących się niemowląt operowanych chirurgicznie przechodzi na wyłączne karmienie piersią przed wypisem.

8. POMIAR POBORU MLEKA

Test wagowy stanowi złoty standard określania rzeczywistej ilości pokarmu pobranego podczas sesji karmienia piersią i wymaga precyzyjnej wagi elektronicznej (dokładność ± 2 g), np. BabyWeigh Scale firmy Medela. Przed użyciem pielęgniarka dezynfekuje wagę, umieszcza ją na gładkiej, równej powierzchni z dala od źródeł ciepła lub chłodzenia, a następnie waży dziecko w ubranku lub kocyku bez zmiany dodatkowego wyposażenia (rurek, przewodów). Pomiar przed karmieniem powtarza się dwukrotnie, po czym niemowlę jest przystawiane do piersi. Bez zdejmowania pieluchy czy ubrań wykonuje się dwukrotne ważenie po karmieniu i różnicuje masę przyjmując, że każdy gram odpowiada jednemu mililitrowi pobranego mleka.

W warunkach szpitalnych oraz po wypisie ważenia kontrolne pomagają monitorować adaptację laktacyjną, a ich wyniki mogą zmniejszać poziom niepokoju matek. Jeśli podczas karmienia stosowany jest silikonowy kapturek na brodawkę, transfer pokarmu również mierzy się wagowo aż do momentu, gdy dziecko samodzielnie efektywnie pobiera wymaganą objętość mleka z piersi. Pielęgniarka instruuje matkę i rodzinę w prowadzeniu ważenia: od przygotowania wagi, przez powtórzenia pomiarów, po analizę wyników i dostosowanie planu karmienia.

W populacjach wysokiego ryzyka, u niemowląt pozornie „ssących” pierś bez rzeczywistego transferu mleka, test wagowy jest niezbędny do wczesnego wykrycia niedożywienia lub przekarmienia. Dokładny pomiar transferu mleka umożliwia ocenę skuteczności ssania i planowanie dalszego wsparcia laktacyjnego. Dopóki dziecko nie osiąga wymaganego poboru mleka bezpośrednio z piersi, stosuje się ważenia przed i po sesji, co stanowi podstawę bezpiecznego i efektywnego wprowadzania wyłącznego karmienia piersią.

9. PRZYGOTOWANIE DO WYPISU

Aby zapewnić płynne przejście do karmienia piersią w warunkach domowych, matka powinna w okresie przed wypisem maksymalnie wykorzystać okazje do bezpośredniego karmienia. Personel pielęgniarski aktywnie zachęca ją do spędzania jak najwięcej czasu z dzieckiem na oddziale, obserwowania jego sygnałów głodu i reagowania na nie, co jest kluczowe zwłaszcza u wcześniaków i dzieci z chorobami, których sygnały mogą być subtelne. Zgodnie z zaleceniami Pauli Meier moment rozpoczęcia karmienia na żądanie uzależnia się od zdolności niemowlęcia do przyjęcia przynajmniej 50% zapotrzebowania doustnie.

Podczas wsparcia laktacji personel ocenia całkowitą dobową produkcję mleka matki oraz jej zmienność w ciągu dnia i pomiędzy piersiami. Te dane pozwalają określić, z której piersi rozpocząć próbę karmienia oraz czy wskazane jest wcześniejsze odciągnięcie mleka. Przykładowo, przy dobowej produkcji 1000 ml, każda sesja odciągania dostarcza 100–200 ml pokarmu, co przy niewielkim spożyciu (np. 40 ml) uzasadnia wcześniejsze odciągnięcie mleka pierwszej fazy, aby dziecko otrzymało więcej bogatszej w kalorie fazy drugiej.

W dniach poprzedzających wypis zaleca się przedłużenie obecności matki na oddziale do 8 godzin dziennie, podczas których doskonalili się responsywne karmienie, rejestruje się sesje ssania i objętość spożywanego mleka za pomocą ważenia kontrolnego. Jeśli po zakończeniu tego okresu dziecko nie osiągnie wymaganego minimum, personel uzupeł-

nia karmienie sondowe lub butelką, a niewielkie niedobory rozkłada na kolejne sesje. Ta praktyka umożliwia matce zdobycie pewności co do własnych umiejętności i zapewnia bezpieczne rozpoczęcie laktacji w domu.

Wdrożenie projektu „Infant-Driven Discharge” (model wypisu oparty na gotowości żywieniowej dziecka) opartego na modelu karmienia responsywnego, zaadaptowanego w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii, doprowadziło do ustandaryzowania tej procedury w 100% kwalifikujących się przypadków, co potwierdza skuteczność podejścia i możliwość przeniesienia go do innych placówek.

10. ODPOWIEDNIE WSPARCIE PO WYPISIE

Kluczowym elementem sukcesu karmienia piersią u wcześniaków i chorych niemowląt jest zapewnienie matkom kompleksowego wsparcia po wypisie. Wszystkie karmiące matki otrzymują do wypożyczenia na minimum miesiąc precyzyjną wagę BabyWeigh Scale, co pozwala monitorować transfer pokarmu i przyrost masy dziecka w warunkach domowych. Personel instruuje, że każda sesja karmienia piersią powinna być potwierdzona ważeniem, aż niemowlę osiągnie niezależne efektywne pobieranie odpowiedniej ilości mleka bez wsparcia dodatkowego. W przypadku braku pełnego poboru pokarmu podczas ssania piersi, matka stosuje karmienie „zamiast” pełną porcją odciągniętego mleka lub „z uzupełnieniem” częściową porcją, łączącą karmienie bezpośrednie z piciem mleka z butelki.

Po wypisie matka kontynuuje odciąganie pokarmu laktatorem klasy szpitalnej, dostosowując częstotliwość sesji do dziennej produkcji mleka i zapotrzebowania niemowlęcia. Zaleca się naprzemienne stosowanie piersi: podczas jednej sesji dziecko ssi z jednej piersi, a matka odciąga z drugiej, gromadząc zapas mleka do późniejszego wykorzystania. Dzięki domowej wadze matka może okresowo (np. dwa razy w tygodniu) sprawdzać przyrost masy, który powinien stanowić docelowo 25–30 g na dobę (więcej u wcześniaków), co pozwala w porę skorygować schemat karmienia.

Personel medyczny powinien uświadomić matce ryzyko opierania się wyłącznie na klinicznych wskaźnikach, takich jak liczba pieluszek czy stolce, które nie odzwierciedlają transferu mleka i mogą prowadzić do niedożywienia. Dlatego przed wypisem istotne jest przekazanie wiedzy pozwalającej matce na podejmowanie świadomych decyzji i utrzymanie laktacji. Równie ważne jest miejsce i sposób kontaktu z poradnią laktacyjną po wypisie oraz dostęp do narzędzi, takich jak nakładki laktacyjne, które wspierają chwyt brodawki.

Wdrożenie podejścia opartego na dowodach naukowych oraz ciągły nadzór pielęgniarzski to fundament ochrony i promocji karmienia piersią niemowląt wysokiego ryzyka. Dzięki modelowi dziesięciu kroków personel pielęgniarzski może skutecznie wspierać matki, zwiększając ich pewność siebie i poprawiając wyniki zdrowotne dzieci.

PIELĘGNIARKA LAKTACYJNA

Biorąc pod uwagę, że pielęgniarki stanowią największą grupę zawodową w opiece zdrowotnej, kluczowe jest wzmocnienie ich kompetencji w zakresie wsparcia laktacyjnego opartego na dowodach. Obecne programy nauczania często nie obejmują wystarczającej

edukacji z zakresu laktacji i karmienia piersią, co zostało podkreślone zarówno przez raporty WHO, jak i wezwanie do działania Głównego Lekarza USA. Szpitale muszą wdrażać kompleksowe szkolenia dla personelu pielęgniarskiego, aby zapewnić matkom wcześniaków i niemowląt chorych opiekę zgodną z modelem 10 kroków. W CHOP Diane Spatz stworzyła specjalistyczny program edukacyjny umożliwiający pielęgniarkom skuteczne stosowanie tego modelu i poprawę wyników zdrowotnych dzieci z grup ryzyka.

W 2001 roku w CHOP brakowało systemowego wsparcia dla karmienia piersią i tylko jedna pełnoetatowa konsultantka laktacyjna obsługiwała cały szpital (ok. 400 łóżek). Ocena zdiagnozowała istotne braki wiedzy personelu na temat mleka kobiecego i karmienia piersią, zwłaszcza w oddziałach intensywnej terapii noworodka (NICU). Raport CDC z 2009 roku pokazał, że w 2006 r. w Pensylwanii było średnio 2,24 konsultanta IBCLC na 1000 urodzeń; liczba ta wzrosła dziś do zaledwie 3,8 na 1000. Badania Hallowella wykazały też, że połowa oddziałów NICU w USA nie zatrudnia konsultantów laktacyjnych, a tylko 13% pielęgniarek aktywnie wspiera karmienie piersią.

Aby odpowiedzieć na tę potrzebę, w 2001 r. w CHOP uruchomiono Program Pielęgniarki Laktacyjnej (BRN). Szkolenie składa się z dwudniowego (16-godzinnego) kursu dającego 14 punktów edukacyjnych oraz pełne wynagrodzenie. Szkolenie łączy wykłady, dyskusje i ćwiczenia praktyczne, koncentrując się nie tylko na karmieniu przy piersi, lecz także na metodach podawania mleka w warunkach separacji matki i dziecka. Po kursie każda pielęgniarka laktacyjna pełni rolę lokalnego eksperta i mentora dla kolegów oraz rodzin pacjentów.

By utrzymać certyfikat BRN co dwa lata odbywa się 4-godzinny kurs odświeżający na- stawiony na rozwiązywanie pytań klinicznych w oparciu o najnowsze badania oraz omówienie nowych wytycznych i inicjatyw. Do tej pory ponad 1300 pielęgniarek ukończyło BRN; obecnie ok. 800 pielęgniarek laktacyjnych działa we wszystkich oddziałach szpitala, w placówkach ambulatoryjnych i w programie po godzinach.

W Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii pielęgniarki BRN stanowią trzon wsparcia laktacyjnego – aż 90% z nich deklaruje bezpośrednie zaangażowanie w pomoc przy karmieniu piersią, podczas gdy w innych ośrodkach NICU odsetek ten sięgał zaledwie 13%. Każda jednostka ma przynajmniej jedną pielęgniarkę laktacyjną reprezentowaną w multidyscyplinarnym Szpitalnym Komitecie ds. Karmienia Piersią, który odpowiada za: wdrażanie i aktualizację zasad oraz procedur karmienia piersią, comiesięczne przeglądy najnowszych badań, tworzenie innowacyjnych procesów wspierających kulturę karmienia piersią w szpitalu. W praktyce pielęgniarka BRN jest głównym punktem kontaktu dla rodzin potrzebujących wsparcia laktacyjnego oraz łącznikiem między personelem medycznym a specjalistami (konsultantami IBCLC), zapewniając ciągłość i jakość opieki opartej na dowodach naukowych.

W 2001 roku w CHOP powołano Zespół ds. Ciągłego Doskonalenia Jakości, który przeanalizował oznakowanie, przechowywanie i obsługę mleka kobiecego w całej placówce. Stwierdzono, że personel, w tym pielęgniarki laktacyjne, nie posiadał wystarczającej wiedzy na temat odciągania ani bezpiecznego magazynowania mleka. W odpowiedzi

Program Laktacyjny wraz ze Szpitalnym Komitetem ds. Karmienia Piersią i działem pielęgniarskim opracował:

3 standardy:

**inicjowanie karmienia piersią;
pomoc laktacyjna noworodkom (zdrowym i wysokiego ryzyka);
kontakt skóra do skóry**

8 procedur:

**odciąganie, oznakowanie i przechowywanie mleka;
przygotowanie i podawanie;
transport/utylizacja;
kangurowanie;
testy wagowe transferu mleka;
użycie nakładki laktacyjnej (kapturka);
sposób suplementacji;
stosowanie podgrzewacza bezwodnego Medela**

Dodatkowo wprowadzono 2 zasady dotyczące mleka dawczyń i ekspozycji na mleko kobiece. Wszystkie materiały, standardy, procedury i zasady udostępniono na wewnętrznej stronie szpitala, a co dwa lata Komitet dokonuje ich przeglądu pod kątem najnowszych dowodów naukowych.

Kluczowym elementem zapewniającym spójność i bezpieczeństwo procedur jest codzienny audyt mlecznych zasobów według modelu 10 kroków Spatz. Przez 364 dni w roku studenci pielęgniarstwa kontrolują każdą lodówkę i zamrażarkę w szpitalu: ręcznie weryfikują oznakowanie butelek (imię i nazwisko pacjenta), daty ważności, szczelność pojemników, a od niedawna także zabezpieczenie zamków. Wyniki audytów są rejestrowane w narzędziu audytowym, aktualizowanym zgodnie z najlepszymi praktykami. Zebrane codziennie dane trafiają do kierowników pielęgniarstwa w formie cotygodniowych raportów o bieżących nieprawidłowościach, comiesięcznych analiz trendów oraz rocznego podsumowania efektywności systemu. Dzięki dostępnym w czasie rzeczywistym wynikom pokazywanym na ekranach i dostępnych tablicach oddziały mogą natychmiast reagować na wykryte braki.

CENTRUM ZARZĄDZANIA MLEKIEM KOBIECYM (HMMC)

W 2012 roku w Szpitalu Dziecięcym w Filadelfii (CHOP) uruchomiono nowoczesne Centrum Zarządzania Mlekiem Kobiecym (HMMC), w którym wszystkie modyfikacje i fortyfikacje mleka matki oraz dawczyń wykonuje się w warunkach zgodnych z Dobrymi Praktykami Produkcyjnymi. HMMC dysponuje także zimną wirówką do odtłuszczania mleka (ważne np. przy chylothorax), działa w ramach NICU od 8:00 do 21:30 każdego dnia i pracuje pod laminarami w czystym środowisku.

Technicy HMMC dwa razy dziennie zbierają mleko z oddziałów, omawiając z pielęgniarką zlecenia dojelitowe, stan zapasów świeżego i mrożonego mleka oraz przewidywane potrzeby. Przy odbiorze i zwrocie produktu stosują zawsze kontrolę dwóch pracowników.

Proces ten powtarzany jest też wczesnym popołudniem, by zapewnić ciągłość żywienia nocnego. Co tydzień odbywają się wspólne obchody laktacyjne z udziałem techników, dietetyka, personelu laktacyjnego, stażystów i liderów Komitetu ds. Karmienia Piersią. Analizuje się tam listę pacjentów na mleku fortyfikowanym, omawia dostępność pokarmu i ewentualne problemy (np. nieprawidłowe zlecenia czy brak planu awaryjnego), co pozwala szybko wychwycić zagrożenia i usprawnić procedury.

Od 2006 roku CHOP prowadzi rozbudowany program pasteryzowanego mleka dawczyrń (PDHM), który (przy rocznym koszcie rzędu 155 tys USD) przekłada się na oszczędności dzięki skróceniu żywienia pozajelitowego (koszty tego sięgają 18,4 mln USD). Matki hospitalizowanych dzieci w CHOP od 2010 r. przekazały ponad 120 000 uncji (prawie 3550 litrów) mleka do banku Mleka Kobięcego HMBANA (Ohio Mothers' Milk Bank), a od 2015 r. CHOP działa również jako oficjalny bank mleka HMBANA.

Program laktacyjny osiąga znaczące wyniki zarówno wśród pracowników, jak i pacjentek. Ewaluacja po 17 latach wykazała znaczący wzrost wskaźników karmienia piersią w CHOP – 94,5% przy wypisie (vs. 76,9% w USA), 78,6% po 6 miesiącach (vs. 47,2%) i 32,4% po roku (vs. 25,5%), przy ponad 95% zgodności z procedurami i skróceniu hospitalizacji wcześniaków o średnio 1,2 dnia na pacjenta. W skali klinicznej, dzięki otwarciu Specjalistycznego Oddziału Porodowego oraz codziennym obchodom prowadzonym przez studentów, inicjację odciągania mleka udaje się utrzymywać powyżej 95% każdego roku (przed 2008 r. było to jedynie 30%). Na oddziale intensywnej terapii kardiologicznej 95% matek zaczyna odciągać mleko, co statystycznie przewyższa rezultat 66% w innych placówkach, a w NICU przy wypisie 83–86% niemowląt otrzymuje mleko kobiece, podczas gdy średnia krajowa wynosi poniżej 50%. Ten zintegrowany, interdyscyplinarny model opieki laktacyjnej, oparty na dowodach naukowych, nie tylko odnosi sukces w Szpitalu w Filadelfii, ale także może stanowić wzór dla innych ośrodków perinatalnych.

Ostatnie publikacje Diane Spatz

Posiadanie wystarczającej ilości mleka, aby utrzymać proces laktacji: wezwanie do działania

Artykuł stanowi wezwanie do zmiany podejścia w opiece laktacyjnej z reaktywnego na proaktywne, szczególnie wobec rosnącej liczby kobiet mających czynniki ryzyka opóźnionej aktywacji sekrecyjnej. Autorki podkreślają, że pierwsze 2–3 dni po porodzie są krytyczne dla rozpoczęcia skutecznej produkcji mleka. Czynniki prenatalne (np. cukrzyca, otyłość), okołoporodowe (np. poród przez cesarskie cięcie, krwotok poporodowy) oraz poporodowe (np. brak kontaktu skóra do skóry, wczesna separacja) mogą znacznie zakłócać fizjologię laktacji. Artykuł zaleca wdrażanie rutynowych ocen ryzyka już w ciąży, dostosowanych planów opieki oraz edukacji całej rodziny. Kluczowym postulatem jest opracowanie i stosowanie szpitalnych protokołów wspierających laktację u kobiet z ryzykiem niepowodzenia. Artykuł wzywa do uwzględnienia fizjologicznych i praktycznych

barier już na etapie ciąży, by umożliwić wszystkim chętnym matkom rozwinięcie pełnej laktacji i osiągnięcie długoterminowego karmienia piersią.

Diane L. Spatz et al. Having Enough Milk to Sustain a Lactation Journey: A Call to Action

Location: Nursing for Women's Health, Volume 28, Issue 4 p256-263 August 2024

doi: 10.1016/j.nwh.2024.02.007

Proaktywne zarządzanie laktacją w szpitalu położniczym w celu zapewnienia długoterminowej produkcji mleka i zrównoważonego karmienia piersią

W tym artykule międzynarodowy zespół pod kierownictwem Diane Spatz przedstawia operacyjny plan laktacyjny i kliniczne ścieżki postępowania dla matek z czynnikami ryzyka opóźnionej aktywacji wydzielniczej (laktogeneza II) i niskiej produkcji mleka. Autorzy wskazują na brak wytycznych dla kobiet z teoretycznie „zdrowymi” noworodkami, które jednak ze względu na stan zdrowia lub przebieg porodu mogą mieć problemy z rozpoczęciem laktacji. Przedstawiono trójstopniową klasyfikację diad: kobiety z ryzykiem, kobiety z ograniczoną zdolnością do produkcji mleka oraz noworodki nieskutecznie ssące. Artykuł podkreśla znaczenie planowania postępowania laktacyjnego już w okresie prenatalnym, a także znaczenie stosowania laktacyjnych ścieżek klinicznych uwzględniających m.in. użycie laktatorów szpitalnych, ocenę sesji karmienia oraz działania dostosowane do indywidualnych potrzeb. Celem jest zapewnienie terminowej laktogenezy II i długoterminowej produkcji mleka dzięki proaktywnemu i spersonalizowanemu podejściu do opieki laktacyjnej w szpitalu.

Diane L. Spatz et al. Proactive Management of Lactation in the Birth Hospital to Ensure Long-Term Milk Production and Sustainable Breastfeeding. Journal of Midwifery & Women's Health, 2025 Mar-Apr;70(2):343-349. doi:

10.1111/jmwh.13726. Epub 2024 Dec 26.

Propagowanie używania precyzyjnego języka dotyczącego laktacji od okresu przedporodowego do poporodowego

Artykuł rozpoczyna się od przypomnienia, że proces laktacji obejmuje precyzyjnie zdefiniowane fazy fizjologiczne: różnicowanie wydzielnicze (laktogeneza I), które od około 16. tygodnia ciąży prowadzi do aktywacji laktocytów wytwarzających siarę, oraz aktywację wydzielniczą (laktogeneza II), zwaną nawałem (w Polsce – przyp. tłum), a w USA „przyjściem mleka” (milk coming in), definiowaną jako uzyskanie co najmniej 20 ml mleka w dwóch kolejnych sesjach odciągania w ciągu pierwszych 72 godzin po porodzie. Wskazano również kluczowe okno „osiągania objętości” (coming to volume), trwające do 14. dnia życia dziecka, kiedy dzienna produkcja mleka powinna osiągać przynajmniej 500 ml, co pozwala na wczesne wykrycie ewentualnych zaburzeń stymulacji laktacji.

Głównym celem artykułu jest jednak standaryzacja pojęć stosowanych w klinice i badaniach. Autorki prezentują zestaw kluczowych terminów w tym objętość wytwarzanego mleka

(milk synthetic capacity), odruch wyptywu mleka (milk ejection reflex) oraz opróżnianie piersi z mleka (milk removal) i podkreślają, że ich jednoznaczne zrozumienie jest niezbędne, by uniknąć nieporozumień w edukacji, badaniach, finansowaniu świadczeń i dokumentacji klinicznej. Jako praktyczne wsparcie wskazano internetowy Słownik LactaPedia, opracowany przez Uniwersytet Zachodniej Australii, w którym ponad 500 terminów jest definiowanych według rygorystycznych kryteriów obiektywności, mierzalności i oparcia na dowodach naukowych, a całość jest stale aktualizowana przez międzynarodową społeczność ekspertów.

W konkluzji autorki podkreślają, że niedostateczna spójność języka może prowadzić do nieporozumień w edukacji, finansowaniu i praktyce klinicznej, dlatego zalecają, by programy kształcenia pielęgniarek uwzględniały studia przypadków z zakresu laktacji oraz elementy nauki precyzyjnej terminologii, a w instytucjach medycznych wdrożyć protokoły i narzędzia informatyczne (np. szablony w systemie EMR), które będą wymuszać konsekwentne stosowanie ujednoliconych pojęć. Dzięki temu interwencje laktacyjne będą bardziej skuteczne, a wsparcie dla kobiet planujących i rozpoczynających karmienie piersią – lepiej dopasowane do fizjologicznych mechanizmów produkcji mleka.

Promoting Accurate Language on Lactation from Prenatal to Postpartum Juntereal, Nina A. S. PhD, RN; Spatz, Diane L. PhD, RN-BC, FAAN, FAWHONN. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing ():10.1097/NMC.0000000000001108, April 10, 2025. DOI:10.1097/NMC.0000000000001108 https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/9900/promoting_accurate_language_on_lactation_from.78.aspx

Środowisko pracy pielęgniarek a wyłączone karmienie mlekiem matki podczas hospitalizacji poporodowej

Badania przeprowadzone w 258 szpitalach w pięciu stanach USA (Kalifornia, Floryda, Nowy Jork, New Jersey i Illinois) wykazały, że im lepsze było środowisko pracy pielęgniarek w oddziałach poporodowych, tym wyższy był odsetek noworodków karmionych wyłącznie mlekiem matki. Szpitale podzielono na trzy grupy według oceny w Skali Oceny Środowiska Pracy (PES-NWI): najślabsze 25%, średnie 50% i najlepsze 25%. W placówkach ze środowiskiem ocenionym jako przeciętne odsetek wyłącznego karmienia był o około 6 punktów procentowych wyższy niż w szpitalach z najniższą oceną, a w tych z najlepszym środowiskiem – nawet o 16 punktów procentowych więcej.

Analiza uwzględniła także poziom referencyjnej opieki położniczej, liczbę porodów i status „Przyjazny Dziecku” (Baby-Friendly Hospital Initiative), który sam w sobie nie wpłynął istotnie na wyniki. To sugeruje, że kluczowe znaczenie mają codzienne warunki pracy: odpowiednia liczba personelu, klarowne procedury, wsparcie przełożonych i udział pielęgniarek w podejmowaniu decyzji.

Dla zespołów medycznych pracujących z matkami karmiącymi oznacza to, że nawet najlepiej przeszkolone pielęgniarki potrzebują stabilnego, sprzyjającego otoczenia, aby móc codziennie wspierać wczesną inicjację laktacji, odciąganie pokarmu i długotrwały kontakt „skóra do skóry”. Wdrożenie systemów monitorowania wskaźników karmienia, ujednolicenie raportowania oraz ścisła współpraca między personelem a administracją mogą realnie zwiększyć liczbę niemowląt karmionych wyłącznie mlekiem matki od pierwszych godzin po porodzie.

Współpraca pielęgniarek z asystentami medycznymi w celu usprawnienia opieki laktacyjnej w pediatrycznej podstawowej opiece zdrowotnej

Badanie przeprowadzone w sieci ambulatoryjnych przychodni Szpitala Dziecięcego w Filadelfii (Children's Hospital of Philadelphia) miało na celu zbadanie roli asystentów medycznych (Medical Assistants)* we wspieraniu laktacji oraz określenie sposobów wzmocnienia ich współpracy z pielęgniarkami**. W anonimowej ankiecie wzięło udział 58 z 78 zatrudnionych asystentów medycznych (74%) reprezentujących 21 z 31 placówek. Respondenci w większości byli rodzicami (79%), a ponad połowa (53%) osobiście wspierała bliskich w karmieniu piersią; mimo to aż 67% oceniło swoje przygotowanie do edukacji rodziców w zakresie karmienia jako niewystarczające, a ponad 60% nie czuło się pewnie w doradzaniu w kwestii odciągania pokarmu, higieny sprzętu czy przechowywania mleka.

Pomimo że 95% asystentów medycznych codziennie spotyka się z noworodkami, a 69% uczestniczy w opiece nad matkami karmiącymi, aż 88% nie przeszło żadnego specjalistycznego szkolenia z zakresu laktacji. Jednocześnie 74% zna podstawowe pozycje do karmienia piersią, a 60% potrafi zadawać matkom szczegółowe pytania o przebieg karmienia, co wskazuje na solidne fundamenty wiedzy i gotowość do rozwoju.

Analiza odpowiedzi otwartych ujawniła trzy główne obszary zaangażowania asystentów medycznych: zapewnianie prywatnej przestrzeni dla karmiących (60% wskazań), oferowanie wsparcia „miękkiego” (poduszki, materiały informacyjne, selekcja pytań dla pielęgniarek) oraz inicjatywy edukacyjne. Asystenci wyrażali przekonanie, że formalne programy szkoleniowe i jasne protokoły dotyczące ich zadań umożliwiłyby im przejmowanie prostszych czynności (np. instruktaż pozycji czy przygotowanie sprzętu), odciążając pielęgniarki i pozwalając im skupić się na bardziej zaawansowanych interwencjach.

Wnioski wskazują, że asystenci medyczni są niedocenionym zasobem w zespołach opieki pediatrycznej. Uwzględnienie ich w opracowywaniu ścieżek postępowania związanych z laktacją, zapewnienie im strukturalnych szkoleń oraz stworzenie mechanizmów ścisłej współpracy z pielęgniarkami może znacząco zwiększyć zakres wsparcia dla karmiących rodzin już od pierwszych wizyt ambulatoryjnych.

*asystent medyczny w USA – w Polsce najbliższym odpowiednikiem będzie opiekun medyczny, choć jest ograniczony do świadczenia usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych i in. wobec osób chorych, niesamodzielnych, niepełnosprawnych. W USA ma więcej uprawnień, pracuje w placówkach leczniczych. W Polsce asystent medyczny to funkcja administracyjna.

**opiekę po porodzie prowadzą w USA głównie pielęgniarki, nie położne

Wytyczne dla pracowników podstawowej opieki pediatrycznej* dotyczące wspierania karmienia piersią i mlekiem kobiecym

Ten artykuł przedstawia praktyczne wytyczne dla pielęgniarek**, które mają na celu wspieranie rodzin karmiących piersią w rozwijaniu i utrzymaniu odpowiedniej podaży mleka w kluczowych pierwszych tygodniach. Autorzy podkreślają, że rutynowa wizyta noworodkowa, przeprowadzana między 3. a 5. dniem po przyjściu dziecka na świat, przypada na okres aktywacji wydzielniczej (laktogeneza II) i umożliwia wczesne zidentyfikowanie problemów oraz skorygowanie błędów w postępowaniu laktacyjnym. W ramach zaleceń rekomenduje się częste karmienia lub odciąganie pokarmu — 8 do 12 razy na dobę, włącznie z nocnymi sesjami, by skutecznie stymulować produkcję mleka oraz karmienie na żądanie, czyli reagowanie na sygnały głodu dziecka zamiast trzymania się sztywnego harmonogramu. Długotrwały kontakt „skóra do skóry” między matką a noworodkiem sprzyja właściwej produkcji hormonów kompleksu laktacyjnego i naturalnym zachowaniom podczas ssania.

Pielęgniarki podczas wizyty przekazują informacje, nie tylko na temat karmienia piersią, bezpiecznych pozycji oraz spania, ale również wytyczne dotyczące bezpiecznego odciągania, przechowywania i higieny sprzętu do odciągania, oparte na zaleceniach NIZP–PZH (polskim odpowiedniku CDC), a także wsparcie w uzyskaniu refundacji na zaawansowane technologicznie laktatory szpitalne w sytuacjach, gdy bezpośrednio karmienie jest niewystarczające. W celu oceny podaży mleka sugeruje się zebranie dokładnego 24-godzinnego wywiadu dotyczącego sposobu, częstotliwości, czasu trwania i objętości karmień oraz monitorowanie wydalania oraz przyrostu masy ciała niemowlęcia. Konieczna jest także identyfikacja czynników ryzyka opóźnionej laktogenezy — takich jak poród pierwszorazowy, cukrzyca, cesarskie cięcie czy niektóre leki — oraz szybkie skierowanie rodzin do konsultantów/doradców laktacyjnych***. Tam, gdzie to potrzebne, warto wykorzystywać testy wagowe. Konieczne jest wykonywanie obserwacji prawidłowego przystawienia, efektywności ssania, ocena stanu brodawek, by precyzyjnie dostosować wsparcie.

Dodatkowo autorki dołączyły uproszczony standard postępowania klinicznego i praktyczne wskazówki.

*odpowiednik polskiego POZ, gdzie opiekę nad położnicą sprawuje położna, a nad dzieckiem położna do 8. tyg, a potem pielęgniarka POZ.

**w USA po porodzie do domu przychodzą zazwyczaj pielęgniarki (RN, LPN), położne też mogą, ale nie jest to powszechne, raczej ich opieka kończy się na porodzie.

***Ustawa o przystępnej opiece zdrowotnej (ACA) nakazuje, aby ubezpieczenia zdrowotne obejmowały wsparcie laktacyjne, w tym poradnictwo laktacyjne prowadzone przez konsultantów/doradców laktacyjnych (różne certyfikaty) i zazwyczaj pokrywają, choć nie zawsze w całości.

Guidelines for Primary Pediatric Care Professionals to Help Patients Establish and Protect Milk Supply
Slater, Courtney N. MS, CPNP-PC, CLC; Spatz, Diane L. PhD, RN-BC, FAAN, FAWHONN

MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing ():10.1097/NMC.0000000000001107, April 10, 2025. | DOI: 10.1097/NMC.0000000000001107

https://journals.lww.com/mcnjournal/fulltext/9900/guidelines_for_primary_pediatric_care.76.aspx

Notatki

Dzieje się!!!

Nowe wytyczne w alergologii i gastroenterologii a karmienie piersią

dr hab. n. med. Piotr Dziechciarz

Klinika Pediatrii Warszawski Uniwersytet Medyczny

It's Happening!!!

New Allergy and Gastroenterology Guidelines & Breastfeeding

Piotr Dziechciarz, MD, PhD

Pierwszy rok życia dziecka jest kluczowym okresem dla kształtowania tolerancji immunologicznej na pokarmy. W ostatnim czasie opublikowano nowe wytyczne, które modyfikują podejście do niemowląt karmionych piersią podejrzewanych o alergię na pokarmy oraz rekomendują wczesne wprowadzanie pokarmów uzupełniających jako strategię profilaktyki alergii.

1. Alergia na pokarm u dzieci karmionych piersią

- **Mała częstość występowania**

Badania epidemiologiczne wskazują, że alergia na pokarm u niemowląt karmionych wyłącznie piersią zdarza się bardzo rzadko (0,4-0,8% w populacji niemowląt). Składniki immunomodulujące mleka matki — m.in. sIgA i oligosacharydy — sprzyjają rozwijaniu tolerancji na alergeny pokarmowe.

- **Kwalifikacja do diagnostyki w kierunku alergii na pokarm**

Izolowane objawy ze strony przewodu pokarmowego, takie jak ulewania czy kolka, nie uzasadniają badania pod kątem alergii na pokarm.

- **Próba eliminacji i prowokacji**

Tylko w wyselekcjonowanych przypadkach, przy bardzo nasilonych objawach niereagujących na konwencjonalne postępowanie lub przy objawach przynajmniej z dwóch układów sugerujących alergię, można rozważyć 2-4 tyg. diagnostyczną próbę eliminacji i prowokacji — najlepiej pod nadzorem osoby mającej doświadczenie w diagnostyce alergii na pokarmy.

2. Kontrowersje wokół wprowadzania pokarmów uzupełniających

- **Czas wprowadzania pokarmów uzupełniających**

Rekomendacje różnią się między sobą pod względem wyznaczonego optymalnego momentu rozszerzania diety niemowląt.

- **Korzyści wczesnego wprowadzania (> 4. miesiąc życia)**

Badania przeprowadzone w ostatnich latach wskazują, że wczesne wprowadzenie wybranych pokarmów (np. jaja, orzeszki ziemne) może zmniejszać ryzyko wystąpienia reakcji alergicznych. Dlatego ostatnio opublikowane rekomendacje organizacji naukowych z krajów wysoko rozwiniętych wskazują na korzyści z wczesnego wprowadzenia pokarmów uzupełniających.

- **Znaczenie zróżnicowanej diety**

Urozmaicona dieta uzupełniająca w drugim półroczu życia może mieć wpływ na tolerancję pokarmową. Opublikowano już kilkanaście prac potwierdzającą tę hipotezę, konieczne są jednak dalsze badania, aby lepiej ocenić wpływ różnorodności diety na występowanie alergii.

Wnioski:

1. Alergia na pokarm u dzieci karmionych wyłącznie piersią występuje niezwykle rzadko i nie powinna być podejrzewana przy łagodnych, izolowanych objawach żołądkowo-jelitowych.
2. Przy podejrzeniu alergii w ściśle wyselekcjonowanych przypadkach należy przeprowadzić próbę eliminacji i prowokacji pod kontrolą osoby mającej doświadczenie w interpretacji wyników tej próby.
3. Wczesne wprowadzanie niektórych pokarmów uzupełniających – po ukończeniu 4. mż. – może odgrywać istotną rolę w profilaktyce alergii.
4. Zróżnicowanie diety uzupełniającej jest obiecującym czynnikiem wspierającym rozwój tolerancji immunologicznej, jednak do wydania rekomendacji niezbędne są dalsze badania.

Notatki

Notatki

Występowanie zaburzeń odruchowych reakcji oralnych u noworodków urodzonych drogami natury oraz przez cięcie cesarskie

I miejsce w konkursie

mgr Katarzyna Czajka¹, dr n. o zdr. Ewa Urbańska¹

1. Zakład Profilaktyki Chorób Kobietych,
Katedra Zdrowia Kobiety Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Occurrence of Reflexive Oral Dysfunction in Newborns Delivered Vaginally and via Cesarean Section

Katarzyna Czajka, MSc – 1st Place

Cel pracy: Ocena wpływu drogi porodu noworodka na występowanie zaburzeń odruchowych reakcji oralnych i ich wpływ na proces karmienia.

Materiał

Badania były prowadzone w okresie 11.2023 r.-01.2024 r. na oddziale położniczym i noworodkowym. Na ich przeprowadzenie uzyskano pisemną zgodę dyrekcji placówki.

Badaniem objęto dwie grupy noworodków urodzonych między 37. a 40. tyg. ciąży:

- grupa I – noworodki urodzone siłami/drogami natury (n=51); 26 płci żeńskiej, 25 płci męskiej. 36 noworodków karmionych wyłącznie piersią, 7 karmionych mieszanie, 3 karmione piersią i KPI, 4 karmione piersią, dokarmiane mieszanką sztuczną i KPI.
- grupa II – noworodki urodzone drogą cięcia cesarskiego (n=50); 23 płci żeńskiej, 27 płci męskiej. 11 karmionych wyłącznie piersią, 36 karmionych mieszanie, 1 karmione piersią i KPI, 2 karmione piersią, dokarmiane mieszanką sztuczną i KPI.

Metody badawcze

- indywidualna obserwacja aktu karmienia,
- kwestionariusz badania obejmujący m.in. wywiad zdrowotny i socjoekonomiczny, przebieg ciąży, okresu około- i poporodowego u noworodka, ocenę funkcji oralno-somatomotorycznych noworodka na podstawie *Protokołu oceny umiejętności ssania piersi* M. Nehring-Gogulskiej, M. Żukowskiej-Rubik, P. Stobnickiej-Stolarskiej, B. Paradowskiej,
- metody statystyczne: dane wprowadzano do bazy Google Forms, poddano analizie opisowej, graficznej i statystycznej.

Wyniki

Wyłącznie karmienia piersią osiągało 72% noworodków urodzonych siłami natury, w porównaniu do 22% dzieci po cesarskim cięciu. Te drugie częściej wymagały dokarmia-

nia (70% vs. 27,45%), najczęściej mlekiem modyfikowanym (76%).

Pod względem budowy anatomicznej aparatu oralnego, anomalie występowały w podobnych stosunkach, jednakże wskaźnikami znacznie zaniżającymi ocenę budowy jamy ustnej i odruchowych reakcji oralnych u noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego były: napięcie mięśniowe w obrębie warg, zaburzone odruchy szukania, ssania, kłaniania, tj.:

- wargi zaciśnięte – 15, otwarte – 16, wiotkie – 5 (vs. kolejno: 5, 7, 2),
- słabo wyrażony odruch szukania – 21 vs. 10,
- słabo wyrażony/brak odruchu ssania – 18 vs. 3,
- wygórowany odruch kłaniania – 22 vs. 6.

Ponadto 42% noworodków urodzonych przez cięcie cesarskie manifestowało obniżony tonus mięśniowy, a 38% wykazywało hipertonię (vs. 13,73% i 7,84%). Dodatkowo, podczas dokarmiania mieszanką sztuczną podawaną najczęściej przez butelkę ze smoczkiem, częściej krztusiły się (39,47% vs. 7,14%) lub zasypiały (15,79% vs. 0%).

Noworodki urodzone przez cesarskie cięcie rzadziej przystawiano do piersi w kontakcie skóra do skóry (66% vs. 96,08%) Rzadziej dokarmiano je odciągającym mlekiem matki biologicznej (6% vs. 11,76%), za to częściej stosowano dokarmiane mlekiem modyfikowanym w oddziale (76% vs. 21,57%).

Dzieci urodzone przez cięcie cesarskie częściej były niespokojne (22%) oraz apatyczne i senne (8%). Grupa I wcale nie manifestowała niepokoju, natomiast wykazywały się mniejszą aktywnością (66,67% vs. 80%); pomimo to osiągały wyższe punktacje w kwestionariuszu oceny chwytania i ssania piersi, efektywności pobieranego pokarmu z piersi. Nie zaobserwowano istotnej różnicy między grupami w wynikach kwestionariusza dobowej oceny skuteczności karmienia.

Wnioski

1. U dzieci urodzonych drogą cięcia cesarskiego częściej występują nieprawidłowości w manifestacji odruchowych reakcji oralnych, a także mają problem z uchwyceniem i ssaniem piersi.
2. U noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego częściej występują zaburzenia ogólnego napięcia mięśniowego oraz aparatu oralnego.
3. Anomalie anatomiczne w obrębie budowy aparatu oralnego występują w podobnym stopniu zarówno u noworodków urodzonych drogami natury, jak i przez cięcie cesarskie.
4. Laktogeneza II ulega opóźnieniu u położnic, które rodziły drogą cięcia cesarskiego. Noworodki z tej grupy znacznie częściej wymagały dokarmiania mieszanką sztuczną.



mgr Katarzyna Czajka

Położna, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, edukator ds. laktacji, w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa neonatologicznego. Na co dzień pracuje na oddziale neonatologii, jest wykładowcą w Zakładzie Profilaktyki Chorób Kobiety Katedry Zdrowia Kobiety ŚUM. Współautorka publikacji nt. występowania zaburzeń oralnych u noworodków urodzonych siłami natury i po cięciu cesarskim, występowania makrosomii u płodu, a także wpływu pandemii COVID-19 na jakość opieki okołoporodowej.

Skład i status antyoksydacyjny mleka weganek

II miejsce w konkursie

dr n. med. Agnieszka Chrustek¹, Agnieszka Dombrowska-Pali²

1 Katedra Patobiochemii i Chemii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Curie-Skłodowskiej 9, 85-090 Bydgoszcz

2 Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz

Composition and Antioxidant Status of Milk from Vegan Mothers

Agnieszka Chrustek, MD, PhD – 2nd Place

Wstęp: Według Amerykańskiej Akademii Odżywiania i Dietetyki, mleko weganek w składzie jest podobne do mleka kobiet niestosujących diet, z wyjątkiem stężenia kwasów tłuszczowych. Akademia rekomenduje odpowiednio zbilansowaną dietę wraz z suplementacją.

Cel: Celem badania była ocena składu (skład podstawowy, hormony, mikro- i makroelementy, witaminy) oraz statusu antyoksydacyjnego mleka weganek w porównaniu z mlekiem kobiet niestosujących diet.

Materiały i metody: Materiałem badanym było mleko weganek (n=17) oraz mleko od kobiet niestosujących diet (n=27). Do grupy weganek zakwalifikowano kobiety stosujące dietę przynajmniej od 3 lat oraz suplementujące DHA mama. Wykluczono kobiety chorujące, przyjmujące leki oraz palące. W mleku kobiecym oznaczono skład podstawowy za pomocą analizatora MIRIS, witaminy oraz hormony za pomocą testów immunoenzymatycznych, a także mikro- i makroelementy, status antyoksydacyjny spektrofotometrycznie.

Wyniki: Nie zaobserwowano istotnych różnic w parametrach składu podstawowego mleka kobiecego, a także w stężeniu hormonów tkanki tłuszczowej pomiędzy grupą weganek a grupą kontrolną. Wykazano podwyższenie mediany stężenia kortyzolu o 61.10% (p=0.022) w mleku weganek w porównaniu z grupą kontrolną. Status antyoksydacyjny weganek wykazuje istotne różnice w porównaniu z mlekiem kobiet niestosujących diet. W grupie weganek wykazano niższą medianę całkowitego statusu antyoksydacyjnego mleka kobiecego o 32.82% (p<0.001), zdolności pokarmu ludzkiego do redukcji jonów żelaza o 27.50% (p=0.049), a także stężenia paraoksonazy 1 o 29.03% (p=0.021) oraz polifenoli o 11.18% (p=0.039) w porównaniu do grupy kontrolnej. Zawartość żelaza oraz witaminy B6 w mleku kobiecym różni się istotnie w grupie weganek (p=0.037; p=0.024) w porównaniu z grupą kontrolną. Mediana stężenia żelaza w mleku kobiecym jest niższa o 41.88% w grupie badanej w porównaniu z grupą kontrolną (p=0.037), natomiast witaminy B6 o 3.49%. Pozostałe zbadane mikro- i makroelementy nie wykazały istotnych różnic statystycznych.

Wnioski: Mleko weganek wykazuje zmienność składu w porównaniu z mlekiem kobiet niestosującym diet. Ze względu na przedstawione wyniki oraz zalecenia odnośnie diety wegańskiej kobiet karmiących warto zwrócić szczególną uwagę na wpływ weganizmu na skład i status antyoksydacyjny mleka kobiecego. Przedstawione analizy sugerują, że matki karmiące stosujące dietę wegańską powinny zwrócić uwagę na suplementację oraz na jakość spożywanych produktów.



dr n. med. Agnieszka Chrustek

Absolwentka Wydziału Lekarskiego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, kierunku biotechnologia medyczna. Pracownik Katedry Patobiochemii i Chemii Klinicznej na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum w Bydgoszczy. Autorka i współautorka artykułów w czasopismach naukowych o zasięgach międzynarodowych. Obecnie zaangażowana w projekty oraz badania nad składem i statusem antyoksydacyjnym mleka kobiecego.

Czy skład mleka matki w pierwszym tygodniu po porodzie jest związany ze stanem zdrowia matki lub wybranymi parametrami antropometrycznymi noworodka?

III miejsce w konkursie

dr n. med. Karolina Karcz, prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek

Katedra i Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu;

Klinika Neonatologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

Is the Composition of Maternal Milk in the First Week Postpartum Related to Maternal Health or Selected Anthropometric Parameters of the Newborn?

Karolina Karcz, MD, PhD – 3rd Place

Wprowadzenie:

Skład mleka kobiecego jest zależny od wielu czynników, w tym m.in. od czasu trwania ciąży, sposobu jej zakończenia, okresu laktacji, czynników genetycznych i środowiskowych, a także w pewnym stopniu od diety i stylu życia matki. Jednakże wpływ stanu zdrowia matki na zawartość niektórych składników odżywczych w jej mleku nie został jednoznacznie określony. Brakuje także rzetelnych dowodów naukowych wyjaśniających korelację między składem ciała noworodka a mlekiem kobiecym. Wydaje się, że objętość mleka spożywanego przez niemowlę jest ważniejszym czynnikiem determinującym wzrost niż jego wartość energetyczna. Co zaskakujące, choć dotychczas nie wykazano prostej korelacji między stężeniem składników odżywczych w mleku matek a rozwojem fizycznym ich niemowląt, całkowite spożycie (dawki) określonych składników odżywczych przez niemowlęta ma wpływ na ewolucję składu ciała niemowląt w pierwszym roku życia. Znaczna liczba dotychczas przeprowadzonych badań dotyczyła wpływu czynników matczynych na skład mleka i parametry antropometryczne noworodków, niemniej zauważalny jest niedobór badań dotyczących związku między początkowym składem ciała noworodka a początkowym składem mleka matki oraz ich zmianami w czasie.

Cel:

Celem badania była ocena składu makroskładników mleka kobiecego pobranego w pierwszym tygodniu po porodzie od matek ze zdiagnozowaną cukrzycą ciążową (GDM), zarówno leczonych dietą (GDM G1), jak i insuliną (GDM G2), w porównaniu z próbkami od zdrowych matek bez cukrzycy (non-GDM). Stężenia makroskładników w mleku oceniano również w odniesieniu do masy urodzeniowej noworodka (BW) i procentowej zawartości tkanki tłuszczowej (%FBM), wyrażonej jako procent masy ciała. W analizie uwzględniono także czynniki matczyne, które wcześniej uznano za predyktory składu ciała noworodka (występowanie cukrzycy ciężarnych z uwzględnieniem sposobu leczenia, występowanie niedoczynności tarczycy – przedciążowej lub w trakcie ciąży, przyrost masy ciała w ciąży w odniesieniu do norm dla wskaźnika masy ciała (BMI) z okresu prekoncepcyjnego).

Materiał i metody:

Skład ciała noworodków oceniano za pomocą nieinwazyjnej metody analizy impedancji bioelektrycznej (BIA), z pomiarami wykonanymi za pomocą monitora składu ciała (BCM, Fresenius Medical Care, Niemcy) i specjalnych jednorazowych elektrod BCM-FMC (<25 kg).

70 próbek mleka kobiecego analizowano pod względem zawartości tłuszczu, białka, węglowodanów, suchej masy, białka prawdziwego i energii. Zawartość makroskładników została oznaczona przy użyciu analizatora mleka ludzkiego (HMA), Miris, Uppsala. W zależności od rodzaju i rozkładu danych, porównania wyników między badanymi grupami przeprowadzono za pomocą jednokierunkowej analizy ANOVA lub testu Kruskala-Wallisa. Regresję jednoczynnikową (uogólniony model liniowy) zastosowano do oceny wpływu wybranych czynników matczynych na parametry antropometryczne noworodków oraz ich skład ciała. W rezultacie przynależność do grupy badanej (cukrzyca ciężarnych leczona dietą – GDM G1, insuliną – GDM G2 lub grupa kontrolna non-GDM), wywiad dotyczący niedoczynności tarczycy u matki i przyrost masy ciała matki w czasie ciąży zostały wybrane jako najlepsze predyktory antropometrii noworodków i składu ciała. Kolejnym krokiem była analiza skupień za pomocą podejścia taksonomicznego Marczewskiego-Steinhaus (M-S) i algorytmu maksymalizacji oczekiwań (E-M).

Wyniki:

Mediana kaloryczności mleka kobiecego w badanej grupie była następująca: 55,5 kcal/dL w GDM G1, 55,5 kcal/dL w GDM G2 i 65,0 kcal/dL w non-GDM, które różniły się istotnie ($p < 0.05$) w analizie Kruskala-Wallisa. Różnice w stężeniach pozostałych analizowanych makroskładników były nieistotne ($p > 0.05$). Stwierdzono, że zawartość tkanki tłuszczowej wyrażona jako procent masy ciała noworodka, była istotnie związana ze stężeniem białka, białka prawdziwego i suchej masy w mleku matki – jednak nie stwierdzono zależności między wymienionymi składnikami odżywczymi mleka a urodzeniową masą ciała noworodka. Ciążowy przyrost masy ciała matki, historia niedoczynności tarczycy i klasyfikacja według grupy badanej zostały zidentyfikowane jako czynniki wpływające zarówno na skład mleka matki, jak i skład ciała noworodka.

Wnioski:

Skład mleka kobiecego w pierwszym tygodniu po porodzie jest determinowany głównie przez czynniki matczyne. Zależy on nie tylko od stanu zdrowia matki, a także jej masy ciała, wskaźnika masy ciała BMI i przyrostu masy ciała w ciąży. Związek między wybranymi makroskładnikami w mleku a procentową masą tkanki tłuszczowej noworodka okazał się słaby, a znaczenie tego odkrycia jest niejasne. Konieczne są dalsze badania w celu ustalenia wpływu składu mleka matki na programowanie żywieniowe we wczesnym okresie niemowlęcym.



dr n. med. Karolina Karcz

Absolwentka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu – studia na Wydziale Lekarskim ukończyła z wyróżnieniem w 2017 r. uzyskując tytuł lekarza. W 2018 r. ukończyła Studia Podyplomowe Prawa Medycznego i Bioetyki na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. W latach 2018–2022 r. realizowała studia doktoranckie w Katedrze i Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Rozprawę

doktorską z cyklu publikacji obroniła z wyróżnieniem w 2022 r. uzyskując stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne. W latach 2018–2024 r. realizowała szkolenie specjalizacyjne z neonatologii w Klinice Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, uzyskując tytuł specjalisty w dziedzinie neonatologii. Jest autorką i współautorką artykułów w czasopismach międzynarodowych i polskich oraz współautorką rozdziałów w monografiach i podręcznikach akademickich. W swojej pracy naukowej zajmuje się przede wszystkim następującymi tematami: karmienie piersią i laktacja, żywienie i jego wpływ na stan zdrowia, dieta wegetariańska i wegańska w żywieniu człowieka, zwłaszcza matek karmiących, niemowląt i małych dzieci, wpływ zaburzeń metabolicznych u matki na przebieg ciąży, rozwój płodu, przebieg ciąży oraz stan zdrowia noworodków i niemowląt.

Stosowanie używek a dawstwo mleka – czy kultura ma znaczenie?

Wyróżnienie w konkursie

**dr hab. n. med. i n. o zdr. Bzikowska-Jura Agnieszka¹ z zespołem badaczy:
Mołas Aleksandra¹, Gandino Serena², Van Der Akker Chris³, Bertino Enrico²,
Drażkowska Izabela⁴, Gawęł Paulina⁵, Gawrońska Małgorzata⁶,
van Goudoever Johannes B³, Królak-Olejek Barbara⁵,
Sinkiewicz-Darol Elena⁶, Sottemano Stefano², Tonetto Paola²,
Wesołowska Aleksandra¹**

1 Pracownia Badań nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją, Zakład Biologii Medycznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

2 Neonatal Care Unit of the University, City of Health and Science Hospital, Turyn, Włochy

3 Department of Pediatrics-Neonatology, Amsterdam UMC – Emma Children's Hospital University
of Amsterdam, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Holandia

4 Division of Neonatology, Medical University of Gdansk, Gdańsk, Polska

5 Department and Clinic of Neonatology, Wrocław Medical University, Wrocław, Polska

6 Fundacja Bank Mleka Kobięcego, Warszawa, Poland

7 Human Milk Bank, Ludwik Rydygier Provincial Polyclinical Hospital, Toruń, Polska

Substance Use and Milk Donation – Does Culture Matter?

Agnieszka Bzikowska-Jura, MD, PhD

Wstęp i cel badania

Stosowanie używek takich jak kofeina, nikotyna i alkohol w okresie karmienia piersią budzi wiele kontrowersji i jest przedmiotem licznych dyskusji. Wpływ tych substancji na skład mleka kobiecego oraz ich potencjalne konsekwencje dla zdrowia niemowląt są szeroko badane, jednak praktyki i postawy wobec ich spożywania różnią się w zależności od kontekstu kulturowego. Podobnie, czynniki kulturowe i społeczne mogą wpływać na rozpowszechnienie i akceptację dawstwa mleka oraz wymogi/kryteria wobec dawczyń.

Celem niniejszej pracy była ocena spożycia używek wśród dawczyń mleka kobiecego, pochodzących z trzech różnych populacji – Polski, Włoch i Holandii.

Materiał i metody

Gрупę badaną stanowiły aktywne dawczynie mleka, zrekrutowane w jednym z banków mleka z wybranych krajów Europy (Polska, Włochy, Holandia) w okresie 2020-2022. Badanie miało charakter podłużny – dane w zakresie sposobu żywienia, w tym spożycia używek przez dawczynie oraz skład próbek mleka kobiecego analizowano w trzech punktach czasowych, tj. 2.–12. tydzień po porodzie (I), 13.–16. tydzień po porodzie (II), 17.–24. tydzień po porodzie (III). Ostatecznie do analiz włączono dane pochodzące od 35 dawczyń z Polski, 26 z Włoch i 11 z Holandii. Informacje w zakresie spożycia używek analizowano z wykorzystaniem kwestionariusza częstości spożycia oraz dzienniczków trzydniowego bieżącego notowania.

Dane pochodzą z projektu zatytułowanego „Prozdrowotne znaczenie dzielenia się pokarmem kobiecym”, finansowanego przez Narodową Agencję Wymiany Akademickiej (NAWA) w ramach Programu Partnerstwa Strategicznego.

Wyniki

Żadna polska dawkczyni nie zadeklarowała jakiegokolwiek spożycia alkoholu. Wśród włoskich dawkczyń na spożycie alkoholu wskazało 33% badanych (n=8). W tej grupie minimalne dobowe spożycie etanolu wynosiło 0,3 g/d, a maksymalne 37,3 g/d, co odpowiada około 1,5 kieliszka wina (12% alkoholu). Włoszki najczęściej spożywały czerwone wino (n=5), rzadziej piwo (n=3). Ponad połowa dawkczyń z Holandii (n=6,55%) wskazała na jakiekolwiek spożywanie alkoholu. Minimum wynosiło 1 g, a maksimum 15 g etanolu na dobę. Holenderki najczęściej spożywały piwo (n=4), a jedna z nich w 3-dniowym zapisie diety wskazała na codzienne spożycie na poziomie 300 ml. Pozostałe deklarowały jednorazowe spożycie czerwonego wina (n=1) i wódki (n=1) odpowiednio w ilości 250 i 50 ml.

Średnie spożycie kofeiny w poszczególnych krajach kształtowało się następująco: Polska – 210 mg/d, Włochy – 172 mg/d, Holandia – 180 mg/d. Dopuszczalną przez EFSA dawkę kofeiny dla kobiet karmiących piersią (200 mg/d) przekraczało odpowiednio 54% Polek, 54% Włoszek i 27% Holenderek. Najwyższym spożyciem charakteryzowała się jedna z polskich dawkczyń, wynosiło ono 628 mg/d (314% dopuszczalnej wartości). Kawę całkowicie ze swojej diety eliminowały 2 polskie, 3 włoskie i 2 holenderskie dawkczynie mleka.

Żadna z dawkczyń nie wskazała na aktywne palenie jak również regularne narażenie na nikotynizm bierny. Jednak co ciekawe, w trzech próbkach mleka kobiecego (pochodzących od dwóch różnych dawkczyń) wykryto nikotynę, której stężenie wynosiło odpowiednio 8,3, 16,5, 13,9 ng/ml. Dodatkowo w 58 próbkach wykryto kotyninę (główny metabolit kofeiny). W większości próbek jej stężenie nie przekraczało 0,1 ng/ml, ale w dwóch próbkach pochodzących od polskiej dawkczynie stężenie mieściło się w zakresie 223,6 – 256,4 ng/ml.

Wnioski

Badanie wykazało istotne zróżnicowanie spożycia używek wśród dawkczyń mleka kobiecego pomiędzy krajami, szczególnie w zakresie alkoholu i kawy. Jeśli chodzi o spożycie alkoholu to może mieć tu znaczenie głęboko zakorzeniona kultura picia wina we Włoszech oraz piwa w Holandii. Przekraczanie zalecanych dawek kofeiny zaobserwowane we wszystkich badanych populacjach wskazuje na potrzebę lepszej edukacji w zakresie jej wpływu na laktację i zdrowie niemowląt. Wykrycie nikotyny w mleku dawkczyń mimo braku deklaracji palenia wskazuje na możliwe nieświadome narażenie lub niedokładne raportowanie.

Upowszechnienie zachowań prozdrowotnych wśród kobiet karmiących piersią i ich najbliższego otoczenia jest szczególnie istotne w kontekście dawstwa mleka, gdyż we wszystkich krajach Europy beneficjentami banków mleka są przede wszystkim noworodki urodzone przedwcześnie. Wyniki podkreślają konieczność dalszych badań nad wpływem norm społecznych na zachowania matek oraz opracowania spójnych wytycznych dotyczących spożycia używek przez dawkczynie mleka w różnych krajach Europy.



dr hab. n. med. i n. o zdr. Agnieszka Bzikowska-Jura.

Pracownik dydaktyczno-naukowy Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Pracowni Badań nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją. Dietetyczka, psychodietetyczka, specjalistka zdrowia publicznego. Autorka wielu publikacji naukowych, członek Stowarzyszenia Europejskich Banków Mleka Kobiecego i Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Laktacją i Mlekiem Kobięcym. Swoje obecne działania naukowe koncentruje przede wszystkim na identyfikacji i analizie czynników wpływających na skład pokarmu kobiecego. Szczególną uwagę poświęca kwestiom związanym ze sposobem żywienia i stanem odżywienia kobiet ciężarnych i karmiących piersią. Interesują ją także praktyczne zagadnienia optymalizacji składu pokarmu od honorowych dawczyń gromadzonego w bankach mleka dla wcześniaków. Dodatkowo jest ekspertem w zakresie wdrażania w warunkach polskich strategii żywienia niemowląt i małych dzieci w sytuacjach kryzysowych.

Ocena realizacji Programu wczesnej stymulacji laktacji dla ośrodków neonatologicznych i położniczych III poziomu referencyjnego w województwie Mazowieckim

Wyróżnienie w konkursie

dr n. med. i n. o zdr. Magdalena Bednarczyk

Evaluation of the Implementation of the Early Lactation Stimulation Program in Level III Neonatal and Obstetric Centers in the Mazovian Voivodeship

Magdalena Bednarczyk, PhD

Założenia: W Polsce w roku 2014 powstał *Program wczesnej stymulacji laktacji*. Zawarto w nim rekomendacje, których celem jest ujednolicenie zasad pracy personelu medycznego (położnych, pielęgniarek, lekarzy, doradców laktacyjnych, neurologopedów, fizjoterapeutów, psychologów) oraz przygotowanie matek wcześniaków do karmienia naturalnego.

Materiał i metody:

Badania przeprowadzono w 6 szpitalach III poziomu referencyjnego, w których dyrekcja wyraziła zgodę na ich przeprowadzenie. Do analizy włączono dane dotyczące 244 wcześniaków i ich matek. Dodano wyniki sondażu diagnostycznego, w którym wzięło udział 166 osób personelu medycznego, pokazano wyniki wywiadu z kadrą zarządzającą oraz wyniki obserwacji migawkowych. Badania rozpoczęto w styczniu 2021 roku, a zakończono w styczniu 2022 roku.

Główne wyniki:

- Karmienie tylko mieszanką było stosowane w grupie ekstremalnie niedojrzałych noworodków pomiędzy 22. a 27. tygodniem ciąży z masą ciała poniżej 1000 g.
- Wykazano, że karmienie wyłącznie pokarmem mamy było stosowane po konsultacji doradcy laktacyjnego.
- W większości szpitali nie odbywają się szkolenia laktacyjne zgodne z rekomendacjami.
- W 4 z 6 badanych szpitali brakuje laktatorów, poduszek do karmienia naturalnego, podnóżków. Ponadto w 2 nie ma pokoju laktacyjnego. W większości dzieci urodzone przedwcześnie są nieprawidłowo kangurowane, a system rooming-in przed wypisem nie jest możliwy dla wszystkich wcześniaków.

Wnioski:

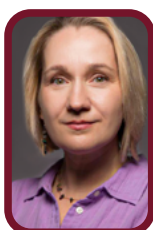
- Wdrożenie procedur w zakresie poprawy laktacji po porodzie przedwczesnym na przestrzeni lat 2014–2021 nie przełożyło się na zwiększenie odsetka dzieci karmionych wyłącznie piersią lub odciągniętym pokarmem matki w dniu wypisu ze szpitala.
- Wśród wcześniaków, którym umożliwiono kontakt „skóra do skóry” nie było takich, które karmione były tylko mlekiem sztucznym przy wypisie.

- Liczba przypadków karmienia wyłącznie pokarmem matki była większa w grupie noworodków, której w pierwszej dobie życia podano siarę.
- Badanie wykazało niedobory wyposażenia sprzyjającego stymulacji laktacji (profesjonalnych laktatorów, foteli, poduszek do karmienia naturalnego, podnóżków).
- Liczebność i dostępność specjalistów (doradców laktacyjnych, psychologów, neurologopedów i fizjoterapeutów), którzy wspierają laktację jest różna w zależności od ośrodka, ale nadal niewystarczająca.

Podsumowanie wniosków:

Badanie potwierdza potrzebę dalszego wsparcia w zakresie wczesnej stymulacji laktacji.

W celu poprawy wskaźników karmienia piersią wśród wcześniaków należałoby wdrożyć systemowy nadzór przestrzegania przez osoby realizujące program procedur, szkoleń oraz obowiązujących zaleceń.



dr n. med. i n. o zdr. Magdalena Bednarczyk

Neurologopeda, certyfikowany doradca laktacyjny, specjalista wczesnej interwencji i wspomaganie rozwoju małego dziecka, wykładowca akademicki. Od kilkunastu lat pracuje na Oddziale Neonatologii w Szpitalu Specjalistycznym Św. Zofii w Warszawie. Jest również konsultantem w zakresie neurologopedii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (konsultacje odbywają się m. in. w Klinikach Gastroenterologii, Pediatrii, Onkologii, Kardiologii, Kardiologii, Neurologii i innych). Brała udział w projektach badawczych, np. w pilotażowym programie działania placówki medycznej w dziedzinie FASD. Prywatnie mama trójki dzieci.

Czynniki wpływające na przebieg karmienia piersią w okresie połogu oraz satysfakcję z życia w tym okresie

Wyróżnienie w konkursie

mgr Paulina Podolska

Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Collegium Medicum,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Factors Influencing the Course of Breastfeeding During the Postpartum Period and Life Satisfaction in That Time

Paulina Podolska, MA

Wstęp: Bycie matką jako rola społeczna może wiązać się z presją oraz licznymi wyzwaniami, zwłaszcza w okresie połogu. Jakość i satysfakcja z życia kobiet po porodzie jest przedmiotem badań wielu autorów. Ma na nią wpływ wiele czynników, w tym sposób ukończenia ciąży, sposób i czas karmienia dziecka oraz czynniki socjodemograficzne. Nie bez znaczenia pozostaje tutaj szeroko pojęte wsparcie kobiety oraz edukacja okołoporodowa.

Cel pracy:

Celem badania było określenie czynników wpływających na poporodową satysfakcję z życia kobiet oraz na sposób i przebieg karmienia dziecka w okresie połogu. Wzięto pod uwagę sposób ukończenia ciąży, chęć karmienia dziecka piersią, sposób karmienia dziecka podczas pobytu w szpitalu po porodzie, dokarmianie mieszanką po porodzie oraz odbycie się porady laktacyjnej po powrocie do domu.

Materiał i metody:

Grupę badaną stanowiły 102 kobiety, będące w 6.–8. tygodniu po porodzie.

Do analizy uwzględniono 96, które deklarowały chęć karmienia piersią. Badanie zostało przeprowadzone od kwietnia 2022 roku do lutego 2023 roku przez położną jednej z Przychodni Rodzinnych w Kielcach, podczas ostatniej wizyty patronażowej. Użyte do badania kwestionariusze: SWLS oraz autorska ankieta. Do opracowania wyników wykorzystano odpowiednio dobrane metody statystyczne.

Wyniki: Wiek większości kobiet biorących udział w badaniu mieścił się w przedziale 26-40 lat (59,9%) i miały one głównie wykształcenie wyższe lub średnie. Ponad połowa badanych urodziła dziecko drogą cięcia cesarskiego (52,1%), a u 59,4% kobiet odbył się kontakt skóra do skóry z noworodkiem. Najwyższy poziom satysfakcji z życia (SWLS) deklarowały kobiety karmiące wyłącznie piersią, a najniższy te, które dokarmiwały lub karmiły wyłącznie sztucznie.

Analiza wyników badań wykazała również istotną zależność między dokarmianiem mieszanką w szpitalu a późniejszym przebiegiem karmienia w okresie połogu. Wykazano też zależność między odbyciem się porady laktacyjnej a wyłącznym karmieniem dziecka piersią w okresie połogu.

Wnioski:

1. Jeśli kobieta ma pełną świadomość medycznych wskazań do cięcia cesarskiego, to mimo nastawienia i chęci odbycia porodu drogami natury, sposób ukończenia ciąży nie wpływa na odczuwanie niższej satysfakcji z życia w okresie połogu.
2. Problemy laktacyjne oraz poczucie winy wynikające z trudności w karmieniu piersią mogą wynikać z dokarmiania dziecka mieszanką jeszcze w szpitalu, choć zapewnienie podaży kalorii ze wskazań medycznych jest uzasadnionym powodem do takiego działania.
3. Na satysfakcję z życia kobiet w okresie połogu wpływają korzystnie: zapewnienie wsparcia oraz odpowiednich warunków do przebiegu laktacji.
4. Poradnictwo laktacyjne w Polsce jest niedofinansowane, co może prowadzić do rezygnacji z karmienia piersią.



mgr Paulina Podolska

Magister położnictwa oraz specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. Swoją karierę zawodową na stanowisku położnej rozpoczęła w 2013 roku, a jej zawodowe serce od zawsze bije najmocniej dla neonatologii. Doświadczenie zdobywała na oddziałach intensywnej terapii noworodka oraz neonatologii, a także jako położna rodzinna i doradca laktacyjny (do 2023 roku). Obecnie pracuje w Klinice Neonatologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach, a od 2021 roku dzieli się swoją wiedzą jako wykładowca na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJK. W pracy szczególnie bliskie są jej tematy związane z opieką nad noworodkiem, wsparciem kobiet w okresie okołoporodowym oraz psychologią. Prywatnie jest mamą wspaniałej 12-latki. Cieszy się, że podczas tej konferencji będzie mogła podzielić się swoim doświadczeniem i pasją do pracy z najmłodszymi pacjentami i ich mamami.

Bakterie w mleku matki – czy powinniśmy się ich bać?

Wyróżnienie w konkursie

mgr poł. Drążkowska Izabela¹ z zespołem badaczy:

Mazur Katarzyna², Malinowska-Pańczyk Edyta³

1 Klinika Neonatologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

2 Bank Mleka Kobiecego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

3 Katedra Chemii, Technologii i Biotechnologii Żywności, Wydział Chemiczny, Politechnika Gdańska

Bacteria in Human Milk – Should We Be Concerned?

Izabela Drążkowska, MSc

Mleko matki zawiera wszystkie niezbędne składniki odżywcze potrzebne do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju organizmu niemowlęcia, jest również kluczowym źródłem mikrobioty układu pokarmowego noworodka. Szacuje się, że niemowlę spożywa średnio około 800 ml mleka dziennie, co oznacza, że do jego organizmu trafia od 10 tysięcy do 1 miliona bakterii dziennie (Heikkilä i Saris, 2003). W mleku kobiecym wykryto około 820 gatunków bakterii, spośród których wyodrębniono tzw. „rdzeń” mikrobioty, czyli bakterie obecne we wszystkich próbkach mleka. Pozostałe drobnoustroje wykazują dużą zmienność zależną od wielu czynników. Postęp w badaniach nad mlekiem kobiecym pozwolił na sformułowanie hipotez dotyczących obecnych w nim mikroorganizmów. Jedną z teorii zakłada istnienie endogennego mechanizmu transportu bakterii kอมensalnych z jelit matki do gruczołów mlekowych. Inne możliwe źródła mikrobioty mleka to skóra matki oraz jama ustna dziecka. Mikrobiota mleka kobiecego odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu mikrobioty jelitowej i oddechowej niemowlęcia, dostarczając mu zarówno dobroczynne drobnoustroje, jak i prebiotyki, związki immunologiczne oraz inne substancje wpływające na ilościowy i jakościowy skład mikrobioty. Z drugiej strony, choć mikrobiota mleka kobiecego jest niezwykle istotna dla zdrowia i rozwoju dziecka, w bankach mleka kobiecego (BMK) konieczne jest jego pasteryzowanie w celu zapewnienia bezpieczeństwa mikrobiologicznego.

W 2023 roku na Politechnice Gdańskiej przeprowadzono badanie mikrobioty mleka ludzkiego. W okresie od stycznia do grudnia zebrano 372 próbki mleka od kobiet zgłaszających się do BMK UCK w Gdańsku. W próbkach oznaczono ogólną liczbę bakterii (OLD), liczbę gronkowców koagulazododatnich oraz liczbę Enterobacteriaceae. Kobiety, które dostarczyły zamrożone próbki mleka, były zdrowe, nie wykazywały objawów zapalenia piersi oraz zostały przeszkolone w zakresie podstawowych zasad higieny, obejmujących m.in. mycie rąk przed odciąganiem pokarmu oraz stosowanie czystego sprzętu laktacyjnego. Do momentu przekazania próbek do badań, mleko przechowywano w domowych zamrażarkach. Stwierdzono, że liczebność mikrobioty mieściła się w zakresie od $1,0 \cdot 10^2$ do $2,5 \cdot 10^5$ jtk/mL. Mleko o $OLD \leq 103$ jtk/mL stanowiło 4,6% próbek, natomiast największy odsetek (81,7%) obejmowały próbki o OLD w zakresie od 103 do 105 jtk/mL. W przypadku gronkowców koagulazododatnich w odpowiednio 7,1% i 8,2% próbek nie wykryto tych bakterii lub ich liczebność była mniejsza niż 102 jtk/mL. Stwierdzono, że zwiększona

liczba mikroorganizmów (>105 jtk/mL) może wskazywać na nieprawidłowe postępowanie z mlekiem lub na stan zapalny gruczołu mlekowego. Jednocześnie, zarówno w przypadku subklinicznego, jak i ostrego zapalenia piersi, nie zaleca się przerywania karmienia mlekiem matki (Mizuho, 2025; Mitchell, 2022).

Wnioski: Wykazano, że 86,3% zbadanych próbek mleka spełniało normy Pracowni Higieny Żywności i Żywienia oraz kryteria kwalifikacji do BMK. Mikrobiota mleka kobiecego nie stanowi zagrożenia dla zdrowia dziecka, wręcz przeciwnie – odgrywa kluczową rolę w jego diecie oraz prawidłowym rozwoju. Mleko odciągane i przechowywane zgodnie z zasadami dobrych praktyk higienicznych jest bezpieczne i należy traktować je jako pełnowartościowy pokarm. Obecność gronkowców koagulazododatnich, w tym *Staphylococcus aureus*, jest naturalnym elementem mikrobioty mleka ludzkiego, a ich wykrycie w dopuszczalnych normach nie powinno stanowić przeciwwskazania do karmienia dziecka. Potencjalne zagrożenia mogą wynikać z niewłaściwego postępowania z mlekiem podczas odciągania, przechowywania i przygotowania do podania dziecku. Zapewnienie odpowiednich warunków higienicznych na każdym z tych etapów ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa i jakości pokarmu.



mgr Izabela Drązkowska

Położna, specjalista pielęgniarstwa neonatologicznego, Międzynarodowy Dyplomowany Konsultant Laktacyjny IBCLC, asystent w Klinice Neonatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz pracownik Uniwersyteckiej Pracowni Badań nad Mlekiem Kobięcym i Laktacją Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Od 2019 roku Koordynator Banku Mleka w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Zaangażowana w projekty kierowane w Polsce przez Fundację Bank Mleka Kobięcego, m.in. „Wsparcie i promocja wyłącznego karmienia piersią oraz odpowiednich praktyk w zakresie karmienia niemowląt i małych dzieci ukraińskich i polskich matek w Polsce w sytuacji kryzysowej”, „Prozdrowotne znaczenie dzielenia się pokarmem kobiecym” – NAWA Akademickie Partnerstwa Międzynarodowe (2019-2022) oraz Global Donor Human Milk Composition Study. Współpracuje z Politechniką Gdańską w zakresie badań naukowych dotyczących składu, trawienia i mikrobiologii mleka ludzkiego.

Mikrobiom mleka kobiecego od Polek rodzących o czasie drogą pochwową

dr n. o zdr. Agnieszka Dombrowska-Pali¹, Agnieszka Chrustek²

1 Katedra Perinatologii, Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz

2 Katedra Patobiochemii i Chemii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Curie-Skłodowskiej 9, 85-090 Bydgoszcz

Cel: Celem badania była ocena mikrobiomu mleka kobiecego, ale również ocena mikrobiologiczna skóry otoczki i brodawki sutkowej przed i po karmieniu.

Materiały i metody: Grupę badaną stanowiło 86 kobiet o prawidłowym BMI, pochodzących z Polski i rodzących o czasie drogą pochwową. Materiałem do badań było mleko kobiece oraz wymaz ze skóry otoczki i brodawki sutkowej przed i po karmieniu piersią. Zebrany materiał biologiczny był posiewany na podłoża hodowlane (MRS agar, Columbia agar), natomiast identyfikacja gatunków bakterii odbyła się z wykorzystaniem techniki MALDI-TOF-MS.

Wyniki: Istnieje różnica w zidentyfikowanych rodzajach bakterii w badanym materiale. W mleku ludzkim zidentyfikowano gatunki bakteryjne z rodzajów tj: Streptococcus, Staphylococcus, Enterococcus, Micrococcus, Gamella, Dermacoccus, Neisseria, Veillonella, Corynebacterium, Rothia, Kocuria, Actinomyces, Pseudomonas, Enterobacter, Cutibacterium, Moraxella, Klebsiella, Escherichia, Acinetobacter, Pantonea, Bacillus, Limosilactobacillus, Schaalia, Leclercia, Cytobacillus, Lacticaseibacillus, Microbacterium, Psychrobacter, Shewanella, Stenotrophomonas, Raoultelia, Aeromonas, Serratia oraz Buttiauxella.

Z wymazu ze skóry otoczki i brodawki sutkowej przed karmieniem piersią wyizolowano bakterie o mniejszej różnorodności. Zidentyfikowano rodzaje: Streptococcus, Staphylococcus, Enterococcus, Micrococcus, Gamella, Dermacoccus, Neisseria, Veillonella, Corynebacterium, Rothia, Kocuria, Actinomyces, Pseudomonas, Cutibacterium, Moraxella, Klebsiella, Escherichia, Acinetobacter, Pantonea, Bacillus, Limosilactobacillus, Schaalia, Leclercia, Cytobacillus oraz Lacticaseibacillus.

Najmniejszą różnorodność uzyskano z wymazu ze skóry otoczki i brodawki sutkowej po karmieniu piersią (Streptococcus, Staphylococcus, Enterococcus, Micrococcus, Gamella, Dermacoccus, Neisseria, Veillonella, Corynebacterium, Rothia, Kocuria, Actinomyces, Pseudomonas, Enterobacter, Cutibacterium, Moraxella, Klebsiella, Escherichia, Acinetobacter, Pantonea, Bacillus oraz Limosilactobacillus).

Od 86 kobiet wyizolowano łącznie 120 różnych gatunków bakterii, w tym: 107 szczepów z mleka kobiecego, 62 z wymazu z otoczki sutkowej przed karmieniem piersią oraz 50 szczepów z wymazu z otoczki sutkowej po karmieniu piersią. Gatunki (N=43) *M. paraoxydans*, *P. sanguinis*, *S. oneidensis*, *S. maltophila*, *R. ornithinolytica*, *A. caviae*, *S. mar-*

cescens, B. gaviniae, L. gasseri, L. oris L. crispatus L. brevis, L. salivarius L. rhamnosus, B. breve, E. brevis, S. infantis, S. gollolyticus, S. saprophyticus, S. borealis, E. italicas, E. durams, A. parvus, A. baumannis, P. agglomeras, P. septia, L. reuteri, L. fermenti, C. horneckiae, E. roggenkampe, E. asburke, C. acnes, C. lipophiloflavum, C. accolens, P. putida, P. koreensis, P. cedrina, P. oleovaron, E. hormaechei, E. bugandensis, E. ludwigii, E. roggenkampii, E. asburiae wyizolowano wyłącznie z mleka kobiecego.

We wszystkich badanych materiałach biologicznych zaobserwowaliśmy 33 gatunki, głównie z rodzaju: Streptococcus, Staphylococcus, Neisseria, Corynebacterium, Rothia, Pseudomonas, Acinetobacter, Mirococcus.

Wnioski: Mikrobiota mleka kobiecego istotnie wpływa na budowę mikrobioty jelitowej niemowlęcia, uwzględniając przy tym niektóre kluczowe szczepy, które udało nam się wyizolować w mleku kobiecym: Lactobacillus, Bifidobacterium i Limosilactobacillus.

Bifidobacterium i Lactobacillus działają jako główne probiotyki i razem z oligosacharydami mleka ludzkiego (HMO) wspomagają wzrost i kolonizację mikrobioty przewodu pokarmowego. Uzyskane wyniki z pewnością dowodzą znaczenia promowania wyłącznego i dominującego karmienia piersią w celu zwiększenia różnorodności bakterii w mikrobiocie jelitowej dziecka, co pozytywnie wpłynie na jego zdrowie.

Z kolei najczęściej wykrywane w naszym badaniu rodzaje (Staphylococcus i Streptococcus) to dwie grupy bakterii stanowiące „rdzeń” składu mikrobioty mleka kobiecego, – ich występowanie nie jest zależne od położenia geograficznego i zastosowanej techniki analitycznej.

Przeprowadzone badanie umożliwiło również zidentyfikowanie bakterii w mleku kobiecym, które pochodzą ze skóry i jelit matki np. Enterobacter spp. (droga jelitowo-sutkowa), a także te, które są charakterystyczne dla jamy ustnej dziecka np. Streptococcus mitis.

Ropień piersi u położnicy w I. dobie po cięciu cesarskim – opis przypadku

mgr Nela Kameduła

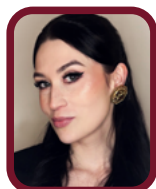
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp: Ropień piersi może prowadzić do poważnych powikłań i zazwyczaj wymaga interwencji chirurgicznej. W okresie laktacji typowo rozwija się jako powikłanie ostrego zapalenia piersi, najczęściej między 3. a 8. tygodniem po porodzie.

Materiał i metody: Studium przypadku dotyczy 40-letniej wieloródki, która w 38. tygodniu ciąży II zgłosiła się do radiologa z powodu zgrubienia i obrzęku dolnego kwadrantu piersi prawej. Po wykonaniu USG radiolog pilnie skierował kobietę do onkologa, podejrzewając występowanie guza liściastego. Onkolog zaaspirował treść mleczną z uwi-docznionego w USG zbiornika. Zalecił kontrolne badanie obrazowe za 3 miesiące. 3 dni później kobieta zgłosiła się do szpitala na planowe cięcie cesarskie z utrzymującym się obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością piersi oraz zgrubieniem wielkości jabłka. Po porodzie podjęła karmienie piersią noworodka. Zmiana piersi po karmieniu nieznacznie zmniejszała się, jednak wciąż utrzymywały się objawy stanu zapalnego.

Wyniki: W pierwszej dobie po cięciu cesarskim w wyniku badania podmiotowego i przedmiotowego wysunięto podejrzenie ropnia piersi. Diagnozę potwierdziło badanie USG. Zostało wykonane chirurgiczne nacięcie i drenaż ropnia. Stosowano antybiotyko-terapię i leczenie przeciwzapalne. Ranę zabezpieczano jałowym opatrunkiem, który w 5. dobie został wymieniony na opatrunek ze srebrem. Karmienie piersią było przez cały czas kontynuowane, matka nie zgłaszała problemów z nim związanych. Objawy nie-pokojące ustąpiły. W 5. dobie pacjentka nie wymagała już regularnego stosowania leków przeciwzapalnych, a postępowanie ograniczało się do pielęgnacji rany po nacięciu rop-nia. W tej dobie została wypisana do domu.

Dyskusja: Opieka nad każdą pacjentką, u której występuje ropień piersi jest procesem wymagającym dużych nakładów pracy ze strony wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Wyjątkowym wyzwaniem w pracy doradcy laktacyjnego są jednak przypadki, gdzie proces diagnostyczno-leczniczy nie przebiega zgodnie z najczęstszym schematem. Na szczególną uwagę zasługują sytuacje, w których ropień piersi rozwija się poza okresem typowym, w tym podczas trwania ciąży i po zakończeniu regularnego karmienia piersią.



mgr Nela Kameduła

Położna, CDL. W zawodzie pracuje od 2017 roku, od początku niezmiennie zajmując się tematyką laktacji. Obecnie doradczyni laktacyjna oraz wykładowczyni Szkoły Rodzenia w Uniwersyteckim Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM w Warszawie.

Ostra zakrzepica żył powierzchownych gruczołu piersiowego w laktacji – studium przypadku

mgr Agnieszka Tokarz

Terapia i Edukacja Zdrowotna, Zielona Góra

W niniejszej pracy zaprezentowano studium przypadku 32-letniej wieloródki, u której rozpoznano ostrą zakrzepicę żył powierzchownych piersi współwystępującą z zakażeniem skóry i tkanki podskórnej piersi.

Pacjentka w 13. miesiącu laktacji zgłosiła się do poradni z powodu silnego bólu lewej piersi oraz współwystępujących objawów ogólnych: gorączka (39°C), kaszel i ból gardła. Podczas wcześniejszej wizyty u lekarza POZ rozpoznano zapalenie piersi. Wdrożono antybiotykoterapię – Amoxicillinum. Po 3 dniach leczenia kobieta nie zauważyła poprawy, ból piersi nasilał się, a stan ogólny stale pogarszał. Lekarz zalecił pacjentce zakończenie karmienia piersią i zarekomendował przyjmowanie bromokryptyny. Jednak z uwagi na bardzo złe samopoczucie po przyjęciu preparatu, pacjentka zaniechała przyjmowania leku i postanowiła kontynuować karmienie piersią.

Na podstawie wywiadu ustalono, że kobieta odczuwała ból w lewej piersi od kilku tygodni na skutek uszkodzenia brodawki, które powstało w wyniku ugryzienia przez żąbkujące dziecko.

W badaniu piersi stwierdzono tkliwość, obrzęk i rozlane zaczerwienienie całej lewej piersi. W centralnej części gruczołu, okołootoczkowo widoczne było dobrze odgraniczone zgrubienie z zasinieniem, bardzo bolesne przy palpacji, z częściowym zaciągnięciem skóry. Brodawka była centralnie uszkodzona z widoczną szczeliną. Podejrzewając ropień, skierowano pacjentkę na badanie USG. W opisie radiologicznym stwierdzono: ostra zakrzepica żył powierzchownych piersi oraz stan zapalny. Ropień wykluczono. Postępowanie laktacyjne obejmowało modyfikację pozycji karmienia, częściowe zastępowanie karmienia lewą piersią sesjami z laktatorem dla komfortu pacjentki, stabilne utrzymywanie piersi w biustonoszu przez całą dobę oraz leczenie antyseptykiem zakażonej brodawki. Wyniki badań wraz z diagnozą laktacyjną oraz uwagami CDL dotyczącymi dalszej terapii zostały przekazane lekarzowi POZ pacjentki. Zmodyfikowano leczenie – wdrożono antybiotyk o szerokim spektrum, NLPZ oraz terapię heparyną drobnocząsteczkową. Posiewu mleka nie wykonano. W efekcie uzyskano poprawę stanu ogólnego, brodawka wygoiła się po kilku dniach, a zmiany w obrębie gruczołu wycofały się.

Pacjentka ponownie zgłosiła się do poradni po 6 tygodniach tzn. w 9. dniu po zakończeniu terapii heparyną. Kobieta zgłaszała podobne objawy jak podczas pierwszego epizodu choroby. Podczas badania piersi obserwowano rozlane zaczerwienienie dolnych kwadrantów piersi. W badaniu palpacyjnym zanotowano: tkanka gruczołu spoista, „ciastowata” i silnie bolesna. Stale utrzymywały się objawy ogólne oraz stan podgorączkowy. Zalecono ponowne USG oraz tym razem wykonano posiew mleka. Badanie obrazowe potwierdziło przypuszczenie, że nastąpił nawrót zakrzepicy. Wynik posiewu wykazał obecność *Streptococcus pyogenes* w pokarmie. Wykonane badania krwi potwierdziły zakrzepicę.

Ponowne leczenie pacjentki obejmowało antybiotykoterapię wg antybiogramu, NLPZ oraz heparynę. Po 30-dniowym okresie przyjmowania heparyny pacjentkę poddano terapii rywaroksabanem. Matka zgłaszała silne przemęczenie, złe samopoczucie, stale pogarszającą się kondycję psychiczną i lęk przed dalszym karmieniem piersią. Zadeklarowała chęć zakończenia laktacji. W porozumieniu z lekarzem pacjentki zastosowano leki oraz standardowe postępowanie laktacyjne hamujące laktację.

Ostra zakrzepica żył powierzchownych piersi w okresie laktacji jest zjawiskiem niezwykle rzadkim, słabo opisanym w literaturze przedmiotu. Zakrzepica może być powikłaniem zakażenia skróry i tkanki podskórnej (róża).

Pacjentka przebyła diagnostykę hematologiczną, która nie wykazała żadnej choroby. Sprawą otwartą jest co było pierwotną przyczyną takiego przebiegu choroby. Czy było to zakażenie skóry i powierzchownych warstw tkanki podskórnej w wyniku zranienia (róża), z charakterystyczną etiologią *Streptococcus pyogenes* powikłane zakrzepicą? Czy była to zakrzepica w wyniku zwolnienia przepływu krwi żyłnej i limfy powikłana zakażeniem skóry i warstw tkanki podskórnej? Z czym wiązała się infekcja górnych dróg oddechowych? Nawrót choroby jest częstym powikłaniem zakażenia skóry i tkanki podskórnej.



mgr Agnieszka Tokarz

Położna, CDL, neurologopeda. Jest położną POZ w Przychodni Lekarskiej PANACEUM w Świdnicy k/ Zielonej Góry oraz prowadzi prywatny gabinet logopedyczny oraz poradnię laktacyjną w Zielonej Górze. Specjalizuje się w poradnictwie laktacyjnym, wczesnej interwencji logopedycznej, terapii karmienia oraz zaburzeniach komunikacji językowej u dzieci.