

Konferencja on-line
Centrum Nauki o Laktacji
Warszawa, 6 czerwca 2020r.



*Karmienie piersią
– chroni matki
i dzieci*



Fundacja Twórczych Kobiet



cnol.kobiety.med.pl

Organizatorzy:



Patronat honorowy:



Patronat medialny:



Partnerzy:



Główny Partner Konferencji on-line Złoty Sponsor:



Bursztynowy Sponsor:



Braźowy Sponsor:



NASI WYKŁADOWCY



mgr Magdalena Bednarczyk

Neurologopeda, certyfikowany doradca laktacyjny, terapeuta wczesnej interwencji. Pracuje w Instytucie Matki i Dziecka oraz w Centrum Medycznym Żelazna – w oddziałach patologii noworodka i położniczo-noworodkowych. Jest też konsultantem WUM w zakresie neurologopedii i doktorantka WUM. Autorka artykułów na temat karmienia dzieci urodzonych przedwcześnie oraz z zakresu wspierania laktacji. Szczęśliwa matka Polka trojga dzieci. Dzięki własnemu doświadczeniu, wspierająca pod każdym względem bliźnięta.



lek Dorota Bębenek

Specjalizację z pediatrii ukończyła w Klinice Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Doświadczenie zdobywa zarówno w pracy ambulatoryjnej, jak i w szpitalnym oddziale ratunkowym. Jest doradcą laktacyjnym i wspiera matki karmiące podczas codziennej praktyki lekarskiej.



mgr Agnieszka Chrustek

Doktorantka Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, pracownik Katedry Patobiochemii i Chemii Klinicznej CM UMK. W 2013 roku ukończyła biotechnologię medyczną na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy. Zajmuje się głównie badaniem składu mleka pod kątem statusu oksydacyjno-antyoksydacyjnego oraz zawartości hormonów w korelacji z czynnikami matczynymi, demograficznymi i okołoporodowymi. Swoje badania prezentuje podczas konferencji ogólnopolskich oraz międzynarodowych, a także poprzez publikacje w czasopiśmie naukowych. Jej głównym celem jest dotarcie z uzyskanymi wynikami do kobiet karmiących i pokazanie, że warto karmić piersią.



dr n. hum. Magdalena Czajkowska

Fizjoterapeuta dziecięcy, neurologopeda kliniczny, studentka Akademii Osteopatii. Od 16 lat zajmuje się wczesną interwencją wcześniaków i niemowląt z obciążonym wywiadem okołoporodowym. Interdyscyplinarnie łączy fizjoterapię oraz neurologopedię u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, ciężkimi i rzadkimi zespołami genetycznymi.

Od 2016 roku prowadzi projekt badawczo-naukowy dotyczący obiektywnych pomiarów podciśnienia ssania u wcześniaków, noworodków urodzonych o czasie i niemowląt, obserwując dojrzewanie umiejętności ssania i gotowość do karmienia doustnego.



mgr Anna Fonfara

Fizjoterapeuta, pracuje w Klinice Neonatologii z OITN i oddziałem Patologii Noworodka w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu jako starszy asystent w Uniwersyteckim Centrum Rehabilitacji. Praktykuje od 25 lat. Instruktor Metody Vojty w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Terapeutów Metody Vojty (IVG–Niemcy). Jest absolwentką licznych kursów i szkoleń dotyczących noworodków przedwcześnie urodzonych, m.in.: Ocena globalnych wzorców ruchu wg Prechtla , AFE – kinezyterapia oddechowa, Wielowymiarowa, manualna terapia stóp, Terapia cranio-sacralna, Zasady wczesnej interwencji i inne. Systematycznie uczestniczy w Konferencjach Neonatologicznych, prowadzi badania naukowe.



mgr Nela Kameduła

Tytuł magistra położnictwa uzyskała w 2017 r. W tym roku rozpoczęła również pracę w oddziale położniczo-noworodkowym. Obowiązki położnej ds. laktacji zaczęła pełnić w kwietniu 2018 r. Od marca 2019 r. pełni funkcję doradcy laktacyjnego w Klinice Położnictwa, Chorób Kobiety i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Wraz z uzyskaniem tytułu magistra rozpoczęła publikowanie artykułów naukowych poruszających głównie tematykę karmienia naturalnego.



lek. Karolina Karcz

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Od 2018 r. rezydent w trakcie specjalizacji z neonatologii w Klinice Neonatologii USK we Wrocławiu, gdzie w tym samym czasie rozpoczęła studia doktoranckie. W pracy naukowej zajmuje się tematem: laktacji i mleka kobiecego, żywienia noworodków i dzieci, cukrzycą ciężarnych i jej wieloaspektowym wpływem na stan noworodka.



dr Jacqueline Kent

Dołączyła do Hartmann Human Lactation Research Group na Uniwersytecie Zachodniej Australii w 1986 roku, a w 1999 roku ukończyła studia doktoranckie, podczas których badała zawartość wapnia w mleku matki. Jako członkini zespołu badawczego była zaangażowana w badania mające na celu zrozumienie biochemii i fizjologii produkcji i wydzielania mleka kobiecego, które zapewniają podstawy do wspierania matek karmiących piersią i pracowników służby zdrowia oraz poprawy leczenia w przypadku wystąpienia trudności laktacyjnych. Stosowanie tych informacji w celu wspierania matek karmiących piersią stale przynosi rezultaty.

Opublikowała 56 artykułów w czasopismach referowanych, a także recenzje i rozdziały książek. Jest zapraszana do wygłaszania wykładów dla naukowców, położnych, doradców i konsultantów laktacyjnych na spotkaniach lokalnych, krajowych i międzynarodowych.



mgr Magdalena Komsta

Psycholożka, terapeutka poznawczo-behawioralna bezsenności CBT-I, pedagożka, dyplomowana promotorka karmienia piersią CNoL, doula oraz instruktorka szkoły rodzenia. Mówczyni TEDx. Członkini Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, Polskiego Towarzystwa Medycyny Stylu Życia oraz Stowarzyszenia Doula w Polsce. Ukończyła Wydział Psychologii oraz Wydział Pedagogiki w ramach Międzywydziałowych Indywidualnych Studiów Humanistycznych na Uniwersytecie Warszawskim oraz szereg kursów i szkoleń, w tym z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). Pracuje w gabinecie oraz online, łącząc CBT z teorią więzi i założeniami Rodzicielstwa Bliskości. Wspiera kobiety w okresie okołoporodowym, matki karmiące piersią oraz rodziców i opiekunów dzieci do lat trzech, zwłaszcza tych najbardziej wymagających, borykających się z trudnościami ze snem. Pracuje także z doświadczającymi problemów ze snem dorosłymi. Występuje na konferencjach i szkoli profesjonalistów, w tym lekarzy/lekarzek, położne i inne zawody medyczne, z zakresu dziecięcego snu. Od 2016 roku tworzy bloga Wymagajace.pl, który każdego miesiąca odwiedza niemal sto tysięcy rodziców małych dzieci. Udziela eksperckich wypowiedzi w mediach (TVP, TVN, Radio Zet, Wprost, Newsweek, Dziennik Łódzki, Polskie Radio, Onet.pl). Jako konsultantka merytoryczna współpracowała z BBC, a także Wydawnictwem Agora przy wydaniu polskiego tłumaczenia książki „Spokojny Sen” Sarah Ockwell-Smith.



dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela

CDL, w trakcie specjalizacji z pediatrii. Lekarz Oddziału Klinicznego Pediatrii w Szpitalu Powiatowym w Strzelcach Opolskich, gdzie poza pracą w oddziale pediatrycznym prowadzi Poradnię Laktacyjną. Od 2017 r. wykładowca CNoL. Prowadzi własną praktykę lekarską promując karmienie piersią. Prywatnie mama dwóch synów.



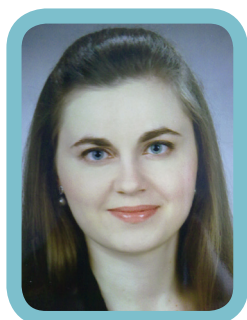
Prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, we Wrocławiu.

Ukończyła Wydział Lekarski w Zabrze, Śląskiej Akademii Medycznej (aktualnie Uniwersytetu) w Katowicach. Kolejne specjalizacje i szlif naukowy uzyskała na Górnym Śląsku, jest specjalistą pediatrii, neonatologii i zdrowia publicznego. Wiele lat pracowała jako Kierownik Oddziału Neonatologii w Katedrze Położnictwa i Rozrodczości a następnie Perinatologii i Ginekologii w Zabrze. Od 2012r. jest Kierownikiem Katedry i Kliniki Neonatologii UM w Uniwersyteckim Szpitalu Kliniknym we Wrocławiu.

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

Organizator i współorganizator konferencji neonatologicznych, pediatryczno-neonatologicznych (kolejne edycje Ogólnopolskiej Konferencji Pediatria i Neonatologia – aktualności w diagnostyce i leczeniu we Wrocławiu) oraz laktacyjnych. Autorka i współautorka 135 opublikowanych prac, 57 rozdziałów w podręcznikach, redaktor 1 podręcznika i 2 monografii. Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych, członek Europejskiego Towarzystwa Banków Mleka Kobiecego, Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Nagrodzona Srebrną Odznaką Zasłużony dla Województwa Dolnośląskiego 2016 r., Srebrnym Krzyżem Zasługi Prezydenta RP 2016 r., Złotym Medalem za długoletnią służbę Prezydenta Rzeczypospolitej oraz wyróżniona przez Ministra Zdrowia za zasługi dla ochrony zdrowia 2019 r.



lek. Izabela Lehman

Lekarz w trakcie specjalizacji z neonatologii, którą realizuje w Uniwersyteckim Szpitalu Kliniknym we Wrocławiu. Ukończyła Wrocławski Uniwersytet Medyczny, obecnie jest w trakcie Studiów Doktoranckich. Pasjonuje się tematami związanymi z laktacją, szczególnie żywieniem mlekiem matki dzieci urodzonych przedwcześnie. Prywatnie jest mamą dwójki maluchów wykarmionych piersią.



dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Lekarz, pierwsza konsultantka IBCLC w Polsce (1996), CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji i prezes Fundacji Twórczych Kobiet. Praktykuje w poradni laktacyjnej Babka Medica i Concept Medica w Warszawie. Autorka licznych publikacji popularnych i naukowych w dziedzinie laktacji. Matkom znana z popularnego poradnika „Warto karmić piersią” i strony www.doktormagda.med.pl. Współpracuje z wydawnictwem branżowym Medycyna Praktyczna, gdzie była jednym z inicjatorów i twórców pierwszego polskiego podręcznika dla specjalistów ds. laktacji pt. „Karmienie piersią w teorii i praktyce”. Wieloletni wykładowca i współautorka programów kształcenia podyplomowego m.in. „Problemy w laktacji” oraz „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji”. Zorganizowała ponad 20 konferencji naukowych. Od kilku lat inicjuje i przeprowadza badania w dziedzinie laktacji wraz z zespołem badaczy CNoL. Pasjonatka podróży, sportu i muzyki, a ostatnio też tańca.



poł. Magdalena Paszko

Położna, Certyfikowany Doradca Laktacyjny. Na co dzień wspiera młode mamy na oddziale Wcześnieńców i Patologii Noworodka Szpitala Św. Zofii w Warszawie. Prywatnie jest mamą dwójki wspaniałych Maluchów.



dr n. med. Małgorzata Pięt

Położna, Logopeda, położna specjalistka w pielęgniarstwie położniczym. Laktacją zajmuje się od ponad 13 lat, a od 10 jest Międzynarodowym Konsultantem Laktacyjnym IBCLC i Certyfikowanym Doradcą Laktacyjnym CDL, magister pielęgniarstwa. Jest pracownikiem naukowym i nauczycielem akademickim w Klinice Zdrowia Matki i Dziecka UM w Poznaniu. Jako Konsultant Laktacyjny, bezpośrednio pracuje z matkami w oddziałach położniczo-noworodkowych i w przyszpitalnej poradni laktacyjnej Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego przy ul Polnej. Ponad 16 lat prowadziła zajęcia w przyszpitalnej szkole rodzenia Polna z zakresu karmienia piersią. Jest nauczycielem CNoL (trenerem). Autorka kilkunastu publikacji naukowych (w tym dotyczących pokarmu kobiecego). Organizuje szkolenia dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu z zakresu prawa medycznego i odpowiedzialności zawodowej. Na rzecz Samorządu Zawodowego pełni funkcję Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu. Członek PTKiDL i ELACTA.



lek. Anna Własienko

Lekarz, specjalista pediatra i nauczyciel akademicki w Klinice Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Absolwentka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (2007) i studiów podyplomowych z zakresu Prawa Medycznego, Bioetyki i Socjologii Medycyny na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego (2011). Od kilkunastu lat z wielką pasją i oddaniem pracuje z najciężej chorymi dziećmi w szpitalach o najwyższym stopniu referencyjności. Pasjonatka dydaktyki. Szczególne zamiłowania zawodowe to poradnictwo laktacyjne i promocja karmienia piersią oraz bioetyka. Prywatnie – miłośniczka oper i muzyki ludowej. Mama dwójki wspaniałych dzieci.



dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

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

KOMITET NAUKOWO-ORGANIZACYJNY

prof. dr hab. n. med. Ewa Dmoch-Gajzlerska
prof. dr hab. n. med. Barbara Królak-Olejek
lek. Magdalena Castello-Rokicka
dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska
poł. Magdalena Paszko
dr n. o zdr. Agnieszka Pietkiewicz
dr n. o zdr. Beata Szyber
dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

PATRONAT HONOROWY

Naczelna Rada Lekarska
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Polskie Towarzystwo Pediatryczne
Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci

KOMITET HONOROWY

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii,
Kierownik II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Prodziekan ds. studiów
licencjackich i magisterskich I Wydziału Lekarskiego

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert
Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

dr n. med. Beata Guzak
Dyrektor Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich
Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii

dr hab. n. o zdrowiu Grażyna Iwanowicz-Palus
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego

prof. nadzw. dr hab. n. med. Teresa Jackowska

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

dr hab. n. med. Jarosław Kwiecień

Prezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

prof. dr hab. n. med. Ryszard Lauterbach

Kierownik Oddziału Klinicznego Neonatologii Szpital Uniwersytecki w Krakowie

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej

prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski

Klinika Gastroenterologii i Żywienia Dzieci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Rada Naukowa CNoL

dr Elwira Soplińska

Pediatra, emerytowana kierownik Wojewódzkiej Poradni Matki i Dziecka w Ciechanowie
i lekarz wojewódzki. Rada Naukowa CNoL

prof. dr hab. n. med. Hanna Szajewska

Sekretarz Generalny ESPGHAN, Kierownik Kliniki Pediatrii
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Rada Naukowa CNoL

prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś

Konsultant Krajowy w dziedzinie perinatologii,
Kierownik I Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM

Podsumowanie roku szkolnego 2019/20

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Ten rok był nie tyle trudny, co dziwny. My, doświadczeni szkoleniowcy, badacze, praktycy zostaliśmy nagle wyrzuceni jak rozbitkowie na brzeg lądu, którego w ogóle nie znaliśmy. Nawet nie wiedzieliśmy, że istnieje...

Już nam się wydawało, że umiemy uczyć. Miejsca na nasze kursy zappełniają się w kilka godzin. Powstają nowe programy dla zaawansowanych. Nie nadążamy z realizacją kursów wyjazdowych. Konferencje coraz większe. Liczba przeszkolonych osób przekroczyła 10 tysięcy! Ale jak uczyć bez uczniów w Sali? Jak to się robi przez internet? Odbływałyśmy szereg spotkań ucząc się mozolnie programów do prowadzenia szkoleń. Dzięki młodym wykładowcom, których na szczęście w CNoL nie brakuje, osiągnęłyśmy pewną sprawność. Czuje się przygotowane do niepewnej epidemiologicznie jesieni.

Już nam się wydawało, że umiemy egzaminować, ale jak to zrobić dla grupy ponad 120 osobowej z całej Polski przy zakazie podróżowania i gromadzenia? Dzięki pomocy zdolnej młodzieży, naszej asystentki Natalii i Krzysia – naszego webmastera, przeprowadziłyśmy PIERWSZY EGZAMIN ONLINE.

Już nam się wydawało, że jesteśmy świetnymi doradcami, co potrafią rozwiązać każdy, nawet najtrudniejszy problem laktacyjny. Ale jak udzielić profesjonalnej porady laktacyjnej, ze wszystkimi elementami standardu, przy pomocy Skype lub Zoom? Dzięki zaangażowaniu ponad 20. doradców powstała Poradnia on-line Bocianek. Powstała też Procedura porady on-line oraz wytyczne do odbywania wizyt domowych u pacjenta w czasie epidemii. To narzędzia, które umożliwiły praktykę doradcom w najgorszym czasie. Wielu doradców spontanicznie zaoferowało pomoc pacjentkom udzielaną w ramach swoich praktyk lub gabinetów w szpitalach, przychodniach – listę możliwości prezentowaliśmy na naszej stronie WWW. Wielkie podziękowania za Waszą gotowość.

Już nam się wydawało, że w szpitalach realizuje się nie tylko 10 Kroków WHO, ale Standard Opieki Okołoporodowej, który jest jeszcze lepszy. W najczarniejszych snach nie wyobrażaliśmy sobie powrotu porodówek jak sprzed 30 lat – bez porodów rodzinnych, bez odwiedzin, bez mam i ojców przychodzących na kangurowanie i karmienie wcześniaków. A w przypadku matek SARS CoV+ z przymusowym cięciem cesarskim i w izolacji od dziecka przez 14 dni. Pracujące w szpitalach koleżanki starały się w tych trudnych warunkach chronić karmienie piersią i wspierać matki. Czuły się przytłoczone nowymi procedurami, które

powstawały jak grzyby po deszczu i co chwila zmieniały się wraz z docieraniem nowych badań. CNoL już w pierwszych dniach opracował przydatny *Algorytm Postępowania w czasie Pandemii COVID-19* oraz wytyczne dla personelu *Jak chronić karmienie piersią w czasie epidemii SARS-Cov-2*.

Już nam się wydawało, że nie ma nic prostszego niż pozyskać i podać dziecku mleko matki.

Ale jak to zrobić, gdy matka jest podejrzana lub chora na COVID 19 a dziecko zdrowe i izolowane od niej? Polskie zalecenia, w porównaniu z wytycznymi towarzystw naukowych Europy i świata, wydawały się bardzo restrykcyjne. Wyczekiwaliśmy każdego badania z Europy lub USA, nawet najmniejszego, które potwierdziłoby brak wirusa i obecność przeciwciał w mleku matek. Badania chińskie były praktycznie nieprzydatne w tej kwestii. W grupie ekspertów, specjalistów neonatologii, pediatrii, położnictwa, chorób zakaźnych, doradców laktacyjnych oraz dwóch organizacji pozarządowych (Fundacja Banku Mleka Kobiecego, Fundacja Mlekiem Mamy) powstały procedury:

- Podwyższona Higiena Laktatora dla mam zdrowych w domu i szpitalu,
- Pozyskiwanie mleka od matki z podejrzeniem zakażenia SARS CoV2 lub chorej na COVID 19 pozostającej w izolacji od dziecka w domu
- Pozyskiwanie mleka od matki z podejrzeniem zakażenia SARS CoV2 lub chorej na COVID 19 pozostającej w izolacji od dziecka w szpitalu

a także bardzo ważne Zasady izolacji dziecko-matka-pozostałe osoby, które pokazały, kiedy w/w procedury należy stosować. Wszystkie zalecenia powstały w duchu ochrony karmienia naturalnego ze względu na immunologiczny potencjał mleka kobiecego. Opublikowanie tych zaleceń przełamało pewien impas, stało się katalizatorem zmian dla ogólnopolskich wytycznych.

Doświadczenie pandemii pokazało nam, że nie należy zbyt przyzwyczajać się do swoich utartych ścieżek. Jakże trzeba być otwartym na rzeczywistość, która może nas zaskoczyć i zrewidować plany, a także wymusić rozwój umiejętności, które dawniej nie były nam potrzebne. Czego dowodem jest dzisiejsza KONFERENCJA ONLINE, największy nasz tegoroczny projekt edukacyjny.

Bardzo dużo nauczyliśmy się podchodząc twórczo do spraw, które były nam powierzone. Oby nasza wytężona praca w tym roku posłużyła mamom i ich maleństwom.

Magdalena Nehring-Gugulska
Dyrektor CNoL

Lista wykładów

I Sesja Mleko kobiece na trudne czasy

Czy zanieczyszczenia środowiskowe są w mleku kobiecym?

lek. Anna Własienko

Wpływ czynników środowiskowych na zawartość metali w mleku kobiecym

dr n. med. Małgorzata Pięt

Status antyoksydacyjny mleka kobiet długokarmiących

mgr Agnieszka Chrustek

Czy w mleku ludzkim są wirusy – najnowsze dane i doświadczenia

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

II Sesja Ssanie piersi to ważna umiejętność

Obiektywny pomiar umiejętności ssania u noworodków urodzonych przedwcześnie – wpływ wczesnej interwencji terapeutycznej

dr n. hum. Magdalena Czajkowska, mgr Anna Fonfara

Odwaga i pewność siebie w karmieniu piersią przez zrozumienie naturalnego wzorca karmienia i produkcji mleka

dr Jacqueline Kent

Dieta eliminacyjna – czy nadal stanowi podstawę żywienia matki podczas karmienia piersią

lek. Karolina Karcz

Różnorodność problemów związanych z karmieniem piersią oraz stan poradnictwa laktacyjnego w Polsce

lek. Izabela Lehman

Występowanie problemów laktacyjnych a uwarunkowania społeczno-demograficzne

mgr Nela Kameduła

III Sesja Warsztaty

Zakończenie karmienia czy tandem przy piersi – rozwiązywanie zagadek, które pisze życie matek

lek. Dorota Bębenek, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

Kalejdoskop dziwnych przypadków – sezon 3

dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela, dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska,

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

Zaburzenia snu dziecka i co z tym zrobić?

mgr Magdalena Komsta

I Sesja Mleko kobiece na trudne czasy

Czy zanieczyszczenia środowiskowe są w mleku kobiecym?

Ilek. Anna Własienko

Klinika Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Ekologia to niezwykle modny, ale też ogromnie ważny temat, który podejmujemy we współczesnym świecie. Pytania dotyczące dbania o środowisko, jego zanieczyszczenia, przemian jakie się stale dokonują w miarę rozwoju techniki i cywilizacji, o życie w zgodzie z naturą w dobrym zdrowiu, o karmienie piersią i jego promocję w czasach, kiedy coraz więcej kobiet porzuca je na rzecz karmienia sztucznego wpisują się w ten nurt. Sytuacja pandemii SARS-CoV-2, w której się aktualnie znaleźliśmy stawia przed nami szereg nowych pytań – również o zanieczyszczenia mikrobiologiczne pokarmu matek, metabolizm leków matek karmiących i bezpieczeństwo jego podaży dzieciom w różnych sytuacjach klinicznych. Karmienie piersią jest niewątpliwie ekologiczne – jest zdrowe (ma szereg udowodnionych korzyści zarówno dla matki jak i dla dziecka) (Stanowisko AAP, ESPGHAN), tanie, łatwo dostępne, nie zubaża środowiska w wodę i nie wymaga dodatkowych nakładów paliw, czy energii czerpanej ze środowiska przy jego produkcji (w przeciwieństwie do przemysłu produkującego preparaty do żywienia zdrowych niemowląt). Czy mleko matki jest jednak wolne od wszechobecnych zanieczyszczeń środowiskowych i innych ksenobiotyków? Czy jest zupełnie bezpieczne? Czy są realne sytuacje kliniczne, w których, poza oczywistymi i nielicznymi przeciwwskazaniami do karmienia pokarmem kobiecym, mleko matek może dziecku zaszkodzić?

Twórcy kongresu stawiają na tegorocznym zjeździe trudne pytania dotyczące ekologii, dyskutują o możliwych zanieczyszczeniach środowiskowych oraz mikrobiologicznych obecnych w mleku matek, możliwości badań tych zanieczyszczeń i bezpieczeństwa jego podaży. Autorka wykładu i niniejszego streszczenia próbuje dokonać analizy, przeglądu badań i próbuje formułować odpowiedzi na postawione pytania w oparciu o fakty i aktualne dane naukowe.

W czasie wykładu omówione zostały podstawowe definicje ksenobiotyków, ich główne źródła, podział (leki, używki, zanieczyszczenia środowiskowe) i drogi ich wchłaniania (przewód pokarmowy, skóra i błony śluzowe, wydychane powietrze) oraz podstawowe zasady farmakokinetyki (dawka, biodostępność, okres półtrwania, dystrybucja, wiązanie z białkami, transport) leków w laktacji (grupy L1-L5 wg Hale) (Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M, 2017). Autorka omawia zasady bezpieczeństwa stosowania leków w laktacji oraz podaje źródła wiarygodnej informacji na temat bezpieczeństwa ich u matek karmiących). W kwestii najczęstszych używek (środki odurzające, alkohol, kofeina, teobromina, dym tytoniowy,

nikotyna) – omówione zostały zasady i normy ich użycia i możliwe działania niepożądane na płód i dziecko (Pediatrics 2001, Nehring-Gugulska M., 2017).

Spośród toksycznych zanieczyszczeń środowiskowych szczególnie niebezpieczne są te obecne w rejonach wysoko uprzemysłowionych (metale ciężkie, bifenyle polichlorowane –PCB i polibromowane – PBB, estry polibromowanych bifenyli, rozpuszczalniki organiczne- benzen, toluen i ksylen), rolniczych (pestycydy, dioksyny, benzo-flurany), skażonych zbiorników wodnych (azotany), spalarni śmieci. (Pajewska-Szmyt M, Environmental Science and Pollution Research, 2019). Badania norweskie pokazują, że mleko matek nie jest wolne od środowiskowych zanieczyszczeń (The Norwegian Institute of Public Health, 2011) – nie ma wątpliwości, co do tego, że zanieczyszczenie środowiska odbija się w praktyce na jakości mleka. Badania oceniające odległy follow-up w grupie matek długo karmiących pokazują jednak, że w miarę czasu karmienia poziom ksenobiotyków znacznie spada, a mleko jest coraz bezpieczniejsze. Jest to jeden z mocnych argumentów dla promowania długiego karmienia piersią. Szczególnie, jeśli porówna się je z badaniami dotyczącymi rozmaitych preparatów mleka modyfikowanego, które również nie jest wolne od zanieczyszczeń, mimo surowych norm bezpieczeństwa na linii produkcyjnej (<https://www.nhs.uk/news/pregnancy-and-child/heavy-metals-in-baby-food-measured>, 2011, Odhiambo V. O, Toxic trace elements in different brands of milk infant formulae in Nairobi market, 2015).

Źródłem skażenia środowiska i pośrednio mleka matek jest też niestety gospodarstwo domowe (ogrzewanie, spalanie) będące w chwili obecnej jednym z głównych przyczyn zanieczyszczeń środowiskowych pyłami (PM 2.5 PM 10 oraz NO₂) z potencjalnie toksycznym działaniem na układ oddechowy dzieci i dorosłych. Drugie niechlubne źródło toksycznych pyłów tzw. niskiej emisji stanowi ruch samochodowy. Badania chińskie prowadzone na dużej populacji dzieci (Chuan Z, Environmental Health, 2019) udowadniają ochronny wpływ karmienia piersią na funkcję płuc dzieci w wieku szkolnym w środowiskach o istotnej ekspozycji na w/w zanieczyszczenia środowiska.

Największy jednak wpływ na obecność zanieczyszczeń w pokarmie matki ma dieta matki karmiącej i jej styl życia – dlatego należy zwrócić uwagę na problem skażenia żywności i normy bezpieczeństwa (metale ciężkie, arszenik, mykotoksyny), (Solomon GM, Environ Heath Perspect, 2002).

W czasie wykładu zostały omówione również szczególne sytuacje narażenia niemowlęcia karmionego piersią na potencjalnie toksyczne substancje – implanty silikonowe w kontekście bezpieczeństwa karmienia piersią (Semple, Plast Reconstr.Surg 1998), normy bezpieczeństwa rozmaitych sprzętów (butelki, smoczki, laktatory, nakładki) używanych do karmienia i opieki nad noworodkiem i niemowlęciem (Dyrektywa Komisji 2011/8/UE z dnia 28 stycznia 2011r. dotycząca zawartości BPA w sprzętach przeznaczonych do opieki nad niemowlętami). Spośród szczególnych sytuacji możliwego narażenia na zanieczyszczenie i toksyczność mleka należy wymienić również narażenie zawodowe w miejscu pracy kobiety

ciężarnej i karmiącej piersią – zarówno na substancje chemiczne jak i rozmaite rodzaje promieniowania. Z tego powodu znajomość prawa, jego interpretacji, określenie stanowiska pracy i szeroko pojęty monitoring w miejscu pracy jest tematem godnym uwagi. (Fisher J, Am Ind Hyg Assoc, 1997).

Żyjemy w czasach bardzo intensywnego rozwoju techniki i cywilizacji. Kosztem tego są zanieczyszczenia wszechobecne w środowisku. Mimo jasnych dowodów na przedostawanie się ich do pokarmu matki, karmienie piersią jest nadal złotym standardem; najzdrowszą i najbezpieczniejszą metodą żywienia noworodków, niemowląt i dzieci starszych (American Academy of Pediatrics, ESPGHAN). Obecność zanieczyszczeń środowiskowych w pokarmie nie jest bowiem równoznaczna z ryzykiem wystąpienia chorób i zatruc w/w substancjami u dziecka karmionego piersią (Berlin CM, ABM News and Views, 2003). Coraz więcej badań naukowych pokazuje właśnie ochronną rolę karmienia piersią dla dziecka mimo rosnących zanieczyszczeń środowiskowych (Zielinska M, Int. J. Environ. Res. Public Health 2019). Cytując stanowisko WABA 2003: „Obecność (...) zanieczyszczeń w pokarmie nie jest powodem by ograniczać karmienie piersią, tylko powodem by karmić piersią, bo pokarm zawiera czynniki pomagające dziecku rozwinąć silny układ immunologiczny i daje ochronę przeciwko skażeniom środowiskowym i patogenom. Karmienie piersią pomaga zmniejszyć szkody spowodowane ekspozycją na szkodliwe substancje w okresie prenatalnym” (Żukowska-Rubik M., 2017). Dbajmy o ekologię, edukujmy się, promujmy zdrowy styl życia i normy żywienia, twórzmy standardy bezpieczeństwa, aby zminimalizować stopień i ryzyko środowiskowych zanieczyszczeń i ochronić nie tylko siebie ale i zdrowie kolejnych pokoleń.

Wpływ czynników środowiskowych na zawartość metali w mleku kobiecym

dr n. med. Małgorzata Pięt
UM Poznań – Katedra Zdrowia Matki i Dziecka

W okresie życia wewnątrzmacicznego, oraz karmienia naturalnego dziecko może być narażone na przyjmowanie wielu pierwiastków śladowych pochodzących z zanieczyszczonego środowiska. Udowodniono udział pierwiastków śladowych zanieczyszczonego powietrza i dymu tytoniowego zarówno w rozwoju noworodka, jak i wielu powikłań ciążowych. Praca przedstawia wielkość stężeń wybranych metali i dialdehydu malonowego oraz wpływu środowiska na ich zawartość w mleku kobiecym. Analizie poddano wybrane czynniki środowiskowe mogące mieć potencjalny wpływ na stężenie badanych pierwiastków toksycznych oraz ich związek z perosktydacją lipidów mleka kobiecego. Średnie stężenia badanych metali wynosiły: cynk – 11,885mg/L, żelazo – 0,994mg/L, miedź – 0,308mg/L, glin – 0,091mg/L, ołów – 0,008mg/L i nikiel – 0.001mg/L. Oznaczeniu poddano także kadm, ale jego stężenie było poniżej poziomu wykrywalności. Po analizie wyników badań, stwierdzono wyższe stężenie niklu i ołowiu w mleku kobiet palących w stosunku do niepalących oraz wyższe stężenia cynku zależne od wieku matek i chorób wnikających ciążę. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic, stężeń wybranych metali i dialdehydu malonowego pomiędzy grupami badanymi, miasto-wieś, indeks BMI, sposobu ukończenia i tygodnia ciąży, rodzaju diety, pomiarów biometrycznych noworodka i masy łożyska. Natomiast dodatnie korelacje zaobserwowano w stężeniach miedzi, niklu, ołowiu i cynku w mleku palących kobiet. Posiadanie plomb z wypełnieniem amalgamatowym ma wpływ na stężenie ołowiu i miedzi w mleku kobiet i jest niezależne od liczby wypełnień amalgamatowych. Stwierdzono także istotne statystycznie różnice w zawartości miedzi w mleku kobiet w grupie noworodków z rozpoczynającą się żółtaczką, w stosunku do grupy noworodków bez cech żółtaczki.

Doniesienie nagrodzone w konkursie CNoL. Prezentowana praca przedstawia pomiary wielkości stężeń wybranych metali i dialdehydu malonowego w mleku kobiecym. Pokazuje też jaki wpływ na stężenie badanych pierwiastków toksycznych oraz związek z perosktydacją lipidów mleka kobiecego mogą mieć wybrane czynniki środowiskowe takie jak rodzaj porodu, masa urodzeniowa, dieta matki, palenie papierosów, wypełnienie plomb w uzębieniu i inne. Czy mamy się czego obawiać?

Status antyoksydacyjny mleka kobiet długokarmiących

Agnieszka Chrustek, Dorota Olszewska-Słonina

Katedra Patobiochemii i Chemii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny,
Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) zaleca wyłączne karmienie mlekiem kobiecym do 6 miesiąca życia i kontynuację z żywieniem uzupełniającym do 2 roku życia dziecka lub dłużej, jeśli mama i dziecko mają taką potrzebę. Nie ma górnej granicy karmienia piersią, a co najważniejsze nie udowodniono niekorzystnego wpływu długiego karmienia na organizm dziecka. Kobiety karmiące piersią dłużej niż rok zmagają się z nieprzychylnymi opiniami osób bliskich oraz osób spoza swojego otoczenia. Istnieją również poglądy o złej jakości mleka kobiet długokarmiących.

Celem pracy było zbadanie statusu antyoksydacyjnego mleka kobiet długokarmiących w porównaniu z mlekiem dojrzalym kobiet karmiących z województwa kujawsko-pomorskiego.

Materiał do badań stanowiło mleko kobiece pochodzące od kobiet długokarmiących (n=47) oraz mleko z fazy III (mleko dojrzałe, n=60). Pokarm pochodził od kobiet z województwa kujawsko-pomorskiego (Bydgoszcz, Toruń, Solec Kujawski) zgłaszających się dobrowolnie do Katedry Patobiochemii i Chemii Klinicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy. Uczestniczki badania oddawały mleko dzienne zbiorcze w porcji 40ml oraz mleko nocne z godzin 2:00–3:00 w porcji 10ml.

W celu oznaczenia stężenia melatoniny, paraoxonazy 1 i całkowitego statusu antyoksydacyjnego (TAS) wykorzystano komercyjne testy immunoenzymatyczne (MelatoninElisa, PON1 ELISA, ImAmOx). Oznaczenie aktywności przeciwutleniającej mleka kobiecego z zastosowaniem rodnika DPPH• (2,2-difenylo-1-pikrylohydrazyl), oznaczenie zdolności redukowania jonów Fe (III) oraz analizę zawartości ogólnej sumy polifenoli wykonano za pomocą metod spektrofotometrycznych. W celu analizy statystycznej wykonano test U Manna-Whitneya.

W mleku kobiet długokarmiących wykazano: stężenie melatoniny w próbce nocnej (Me=40,30; IQR=14,15), TAS w próbce dziennej (Me=270,56; IQR=101,81), % inhibicji DPPH w próbce dziennej (Me=52,90; IQR=21,82), % inhibicji DPPH w próbce nocnej (Me=67,73; IQR=11,67), FRAP w próbce dziennej (Me=793,33; IQR=632,09), FRAP w próbce nocnej (Me=529,90; IQR=529,14), stężenie polifenoli w próbce dziennej (Me=10,82; IQR=6,49), stężenie polifenoli w próbce nocnej (Me=13,11; IQR=6,60), stężenie PON1 w próbce dziennej (Me=0,57; IQR=0,30). W mleku dojrzalym odnotowano następujące wyniki: stężenie melatoniny w próbce nocnej (Me=44,90; IQR=19,24), TAS w próbce dziennej (Me=267,00; IQR=131,41), % inhibicji DPPH w próbce dziennej (Me=50,20; IQR=16,81), % inhibicji DPPH w próbce nocnej (Me=65,85; IQR=21,65), FRAP w próbce dziennej (Me=887,19;

IQR=507,19), FRAP w próbce nocnej (Me=631,33; IQR=473,88), stężenie polifenoli w próbce dziennej (Me=10,65; IQR=5,84), stężenie polifenoli w próbce nocnej (Me=11,63; IQR=4,54), stężenie PON1 w próbce dziennej (Me=0,53; IQR=0,30). Nie wykazano istotnych różnic statystycznych w wynikach między dwoma grupami.

Badania wykazują, że mleko kobiet długokarmiących w porównaniu z mlekiem dojrzłym nie różni się znacząco w odniesieniu do statusu antyoksydacyjnego. Mleko kobiet karmiących ponad rok nadal posiada wysoki poziom ochrony przed wolnymi rodnikami, co w konsekwencji może chronić dziecko redukując ryzyko zachorowania na choroby o podłożu wolnorodnikowym, takie jak: cukrzyca typu 2, otyłość oraz nowotwory.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść przedstawionych badań oraz rościć sobie prawo do wyżej przedstawionych wyników.

Doniesienie nagrodzone w konkursie CNoL. Celem prezentowanego badania było porównanie statusu antyoksydacyjnego mleka kobiet długokarmiących w porównaniu z mlekiem kobiet karmiących do 12 miesiąca życia. Matki dostarczały mleko do Katedry Patobiochemii i Chemii Klinicznej Collegium Medicum w Bydgoszczy. Badano między innymi stężenia melatoniny, paraoxonazy 1, zawartość ogólnej sumy polifenoli, całkowity status antyoksydacyjny mleka kobiecego (TAS). Wyniki są niezwykle

Czy w mleku ludzkim są wirusy – najnowsze dane i doświadczenia

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

Katedra i Klinika Neonatologii Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Prezes Polskiego Towarzystwa Konsultantów i Doradców Laktacyjnych

Mleko kobiece nie jest jałowe. Około 800 ml spożytego mleka dostarcza ok. 10⁵-10⁷ bakterii dziennie. Mikrobiom mleka tworzą nie tylko korzystne drobnoustroje, zatem czy mogą w mleku znajdować się wirusy? Istotną jego częścią jest wirioma, który składa się z endogennych retrowirusów, wirusów eukariotycznych i bakteriofagów. Pojawiające się dowody wskazują, że wirusy z ludzkiego mleka są również przenoszone z matki na niemowlę poprzez karmienie piersią. Wirusy mleka odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu wirusów jelitowych i mikrobiomu niemowlęcia. Czynniki takie jak wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne, środowisko zewnętrzne i domowe, stosowanie antybiotyków i dieta mają wpływ na przenoszenie wirusów. Pandemie i epidemie o największym zasięgu światowym powodowały i powodują wirusy RNA. Przykładem wirus Zika – pierwsze doniesienia o zakażeniu tym wirusem człowieka pochodzą z 1952. Natomiast w 2015 roku w Brazylii stwierdzono epidemię mikrocefalii u noworodków na skutek wrodzonego zakażenia ZIKV. Zakażenia ZIKV wystąpiły w 86 krajach świata. Nie stwierdzano obecności ZIKV RNA w siewie u matek, u których w okresie ciąży wystąpiło zakażenie wirusowe. Opisano natomiast przypadek ciężarnych z zakażeniem ZIKV w 36. tygodniu ciąży, a także 30 dni po wystąpieniu objawów. ZIKV był obecny w siewie ($2,44 \times 10^6$ kopii/ml) oraz mleku matki (9 dni po porodzie – $2,16 \times 10^5$ kopii/ml), ale bez objawów zakażenia u niemowlęcia. Zakażenie matki przez ZIKV podczas ciąży spowodowało zwiększoną lepkość siarę, obniżony poziom IL-10 i podwyższony IL-6. Wyższa lepkość prawdopodobnie stanowi barierę mechaniczną utrudniającą rozprzestrzenianie się wirusa. W XX wieku wystąpiło kilka pandemii wywołanych wirusem grypy, w 1918 (H1N1), 1957 (H2N2) i 1968 (H3N2). W trakcie pandemii 1918r. w USA zginęło co najmniej 20 mln ludzi i prawdopodobnie 50 mln na całym świecie. W XXI wieku WHO ogłosiło pandemię w 2009r. (H1N1), na podstawie potwierdzonych badań stwierdzono ponad 18 tys. zgonów, natomiast CDC szacuje że było ich od 150 tys. do 575 tys. W czasie ciąży zarówno matka, jak i dziecko są narażone na zwiększone ryzyko zakażenia. Po porodzie kobiety w ciąży zakażone H1N1 mogą karmić piersią, ale muszą przestrzegać określonych zaleceń. Koronawirusy wywołują 10-20% przeziębień i infekcji układu oddechowego zwierząt, ale także człowieka. W latach 60. XX wieku zidentyfikowano pierwsze mało poznane wirusy (HCoV-229E i HCoV-OC43), które uznane za niegroźne. W 2002 roku wystąpiła pierwsza epidemia śmiertelnej choroby, spowodowanej groźnym gatunkiem koronawirusa SARS-CoV. 10 lat po epidemii wirusa SARS-CoV, zidentyfikowano przypadki nowej, choroby zakaźnej układu oddechowego, wywoływanej przez kolejnego koronawirusa – MERS-CoV. W 2019r. – pierwsze przypadki

zakażeń wirusem SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) wywołującym ostrą chorobę układu oddechowego – COVID-19 w Wuhan w Chinach. Pandemia dotknęła 220 krajów i terytoriów na całym świecie oraz 2 międzynarodowe statki wycieczkowe. Według danych opublikowanych na <https://www.worldometers.info/coronavirus/> całkowita liczba stwierdzonych zakażeń przekroczyła 5,5 mln, natomiast zgonów – 346 tysięcy, w Europie odpowiednio – 1,9 mln i – 170 tysięcy [Dane z dn. 25.05.2020 r.]. Dzieci a tym bardziej noworodki stanowią ekstremalnie małą grupę pacjentów, brakuje raportów dotyczących kobiet ciężarnych i matek karmiących.

Pierwsze publikacje prezentujące opisy pacjentek ciężarnych i rodzących a także ich noworodków pochodzą z Chin. Jednakże brak jednoznacznych naukowo potwierdzonych danych dotyczących obecności wirusa w mleku matek. W szpitalach chińskich przyjęto zasadę zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego, oddzielenia dziecka od matki i karmienia mieszaną. W kilku próbkach mleka pobranych od matek nie potwierdzono obecności wirusa. Jednakże nie opisano ani sposobu pozyskiwania mleka ani okresu w którym mleko pobierano. Do chwili obecnej nie ma dowodów na wertykalną transmisję zakażenia. Według WHO opóźnienie zaciśnięcia pępowiny jest mało prawdopodobnym ryzykiem przeniesienia patogenów z matki na płód, nawet w przypadku zakażenia matki. Ponieważ maż płodowa zawiera peptydy przeciwdrobnoustrojowe, zaleca się pozostawienie jej na skórze do 24 h po porodzie. Aktualne dane dotyczące zakażenia dzieci i noworodków nie stanowią podstaw do obaw, ale transmisja poprzez kontakt z zakaźnymi wydzielinami z dróg oddechowych nadal stanowi problem i należy rozważyć fizyczne oddzielenie matki od dziecka. Separacja/izolacja jest standardową praktyką w gruźlicy płuc i jest zalecana w przypadku grypy. Izolacja matki i noworodka powinna być indywidualnie omawiana przez interdyscyplinarny zespół, z uwzględnieniem miejscowych warunków i czynników ryzyka wynikających ze stanu matki i dziecka. Włoskie doświadczenia to zaledwie 2 opisy przypadków. Analizie poddano próbki odciągniętego mleka dwóch matek SARS-CoV-2 pozytywnych, nie wykryto w nim obecności wirusa. SARS-CoV-2 wydaje się oszczędzać mleko matki, a transmisja horyzontalna z matki na noworodka następuje poprzez wydzielinę z dróg oddechowych. Dlatego też, kiedy SARS-CoV-2 jest potwierdzony zarówno u matki jak i u dziecka, nie ma powodu, aby przerywać karmienie piersią i oddzielić ich od siebie. W przypadku, gdy bezpośrednie karmienie piersią nie jest możliwe, należy rozważyć stosowanie odciągniętego mleka matki. Tylko w 1 pracy opisano potwierdzony przypadek COVID-19 u 6-miesięcznego niemowlęcia. Prawdopodobnie dziecko nabyło wirusa SARS-CoV-2 od członka rodziny, ale trudno było ustalić dzień zakażenia, ponieważ nie odnotowano żadnych objawów w rodzinie. Mleko matki nie zawierało wirusa. Należy pamiętać, że nawet jeżeli izolacja zapobiega zakażeniu podczas pobytu w szpitalu po urodzeniu, nie uwzględnia ona narażenia dziecka na kontakt po wypisaniu ze szpitala. Wczesne oddzielenie dziecka od matki zakłóca karmienie piersią, a nie karmienie piersią zwiększa ponad 3-krotnie ryzyko hospitalizacji niemowlęcia z po-

wodu zapalenia płuc w porównaniu z niemowlętami, które są karmione wyłącznie piersią przez ≥ 4 miesiące. Izolacja może spowodować zwiększenie podatności na ciężkie infekcje dróg oddechowych, w tym COVID-19, w pierwszym roku życia.

Zatem co wiemy o wirusach w mleku?

Tylko 1 publikacja dotyczy analiz 15 próbek mleka otrzymanych od dawców uprzednio zarażonych SARS-CoV-2. Wykazano, że osiemdziesiąt procent próbek mleka wykazywało reaktywność immunoglobulin przeciw wirusowi, a we wszystkich stwierdzono wyższe stężenia pozostałych immunoglobulin A, G i M. Niestety zbyt mała liczba badań uniemożliwia jednoznaczną odpowiedź na pytanie czy przeciwciała obecne w mleku rzeczywiście stanowią ochronę dla dzieci karmionych piersią, i czy w przyszłości po wyizolowaniu i oczyszczeniu przeciwciała te mogą mieć zastosowanie terapeutycznie w leczeniu COVID-19? W ostatnim opublikowanym badaniu wykryto RNA wirusa w mleku matki, co zbiegło się z łagodnymi objawami COVID19 i pozytywnym testem diagnostycznym SARSCoV2 u noworodka. Matka stosowała maskę chirurgiczną od wystąpienia objawów i przestrzegała środków ostrożności zarówno w czasie pielęgnacji, jak i karmieniu.

Wiele pytań dotyczących SARS-CoV-2 i mleka kobiecego pozostaje bez odpowiedzi. Większość badanego dotychczas mleka pochodziło od kobiet zakażonych w czasie ciąży, a nie od kobiet, które nabyły zakażenie w czasie laktacji. Nie wiadomo, w jaki sposób pobierano próbki mleka i czy stosowane metody analityczne zostały zoptymalizowane dla mleka – co jest bardzo trudne do przeanalizowania ze względu na jego złożony skład. W chwili obecnej nie wiadomo również nic na temat żywotności wirusa w mleku, kiedy i jak matka zaczyna produkować przeciwciała przeciwko wirusowi, kiedy te przeciwciała są ostatecznie przekazywane dziecku przez mleko matki i czy składniki śliny niemowlęcia wpływają na wirusa. Warto śledzić stronę <https://www.isrhml.com/i4a/pages/index.cfm?pageid=3368>, gdzie znajdują się aktualne zalecenia światowe i regionalne i opublikowane opisy przypadków, komentarze oraz publikacje dotyczące karmienia piersią, mleka kobiecego i SARS-CoV-2.

W podsumowaniu warto przytoczyć wstępne zalecenia Amerykańskiej Akademii Pediatrii:

1. Pobyt matki z dzieckiem i karmienie piersią są możliwe, gdy matka wcześniej zidentyfikowana jako SARS-CoV-2 dodatnia nie demonstruje objawów klinicznych lub są one skąpe lub matka jest na etapie zdrowienia, lub też gdy matka przy braku objawów klinicznych jest badana pod kątem SARS-CoV-2.
2. Jeśli matka ma poważnie objawowe zakażenie układu oddechowego (z gorączką, kaszlem i wydzieliną z dróg oddechowych), matka i dziecko powinny zostać tymczasowo oddzielone, do czasu uzyskania wyniku badania laboratoryjnego (RNA-PCR). Jeśli wynik testu jest pozytywny, matka i dziecko nadal wymagają separacji i izolacji; jeśli wynik testu jest negatywny, dziecko pozostaje z matką.

3. Jeśli dziecko jest oddzielone od matki, zaleca się podać świeżego odciągniętego mleka matki, pozyskanego z zachowaniem zasad higieny, pasteryzacja mleka nie jest zalecana.
4. Decyzję o tym, czy oddzielić matkę i dziecko, należy podjąć indywidualnie, biorąc pod uwagę świadomą zgodę matki, logistykę szpitalną i uwzględniając możliwości personalne, sprzętowe oraz środki ochrony indywidualnej oraz aktualną sytuację epidemiologiczną związaną z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2.

Piśmiennictwo

1. Santiago-Rodriguez TM, Hollister EB. Human Virome and Disease: High-Throughput Sequencing for Virus Discovery, Identification of Phage-Bacteria Dysbiosis and Development of Therapeutic Approaches with Emphasis on the Human Gut. *Viruses*. 2019;11(7):656. Published 2019 Jul 18. doi:10.3390/v11070656
2. Mohandas S, Pannaraj PS. Beyond the Bacterial Microbiome: Virome of Human Milk and Effects on the Developing Infant. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2020;94:86-93. doi:10.1159/000504997
3. de Quental O et al. Zika Virus Alters the Viscosity and Cytokines Profile in Human Colostrum. *J Immunol Res*. 2019;2019:9020519. Published 2019 Nov 15. doi:10.1155/2019/9020519
4. Mullins E et al. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 55: 586–592
5. Liu W et al. Clinical characteristics of 19 neonates born to mothers with COVID-19. *Front Med*. 2020;14(2):193-198. doi:10.1007/s11684-020-0772-y
6. Fan C, Lei D, Fang C, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? [published online ahead of print, 2020 Mar 17]. *Clin Infect Dis*. 2020;ciaa226. doi:10.1093/cid/ciaa226
7. Liu, W et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy: A Case Series. *Preprints* 2020, 2020020373
8. Chen H et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020 Mar 7;395(10226):809-815. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30360-3. Epub 2020 Feb 12.
9. Umberto de Rose et al. Novel Coronavirus disease (COVID-19) in newborns and infants: what we know so far. *Ital J Pediatr*. 2020; 46: 56. doi: 10.1186/s13052-020-0820-x
10. Salvatori G et al. Managing COVID-19-Positive Maternal–Infant Dyads: An Italian Experience. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0095>
11. Kam KQ et al. Well Infant with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) with High Viral Load. *Clin Infect Dis*. 2020 Feb 28;ciaa201. doi: 10.1093/cid/ciaa201
12. Stuebe A. Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.29153.ams>
13. Rüdiger G et al. Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31181-8) opublikowane 21.05.2020
14. Fox A et al. Evidence of a significant secretory-IgA-dominant SARS-CoV-2 immune response in human milk following recovery from COVID-19. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20089995>
15. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Section on Neonatal Perinatal Medicine, and Committee on Infectious Diseases INITIAL GUIDANCE: Management of Infants Born to Mothers with COVID-19 Date of Document: April 2, 2020

II Sesja Ssanie piersi to ważna umiejętność

Obiektywny pomiar umiejętności ssania u noworodków urodzonych przedwcześnie – wpływ wczesnej interwencji terapeutycznej

Magdalena Czajkowska, Anna Fonfara, Barbara Królak-Olejek,
Marcin Michnikowski, Tomasz Gólczewski

Klinika Neonatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu
Instytut Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. M. Nałęcz,
Polska Akademia Nauk, Warszawa

Streszczenie:

U dzieci przedwcześnie urodzonych wyzwaniem na oddziale intensywnej terapii staje się skoordynowanie kompetencji oddechowych z pobieraniem pokarmu. Niedojrzałość układu nerwowego, specyfika mechaniki oddychania powoduje, że wcześniaki wymagają często wsparcia terapeutycznego, by pierwsze doświadczenia karmienia doustnego promowały w kolejnych tygodniach przejście na efektywne karmienie piersią.

Koordynacja ssania, połykania i oddychania wymaga efektywnego zassania mleka oraz zsynchronizowania odruchowych reakcji ssania i połykania. Przed rozpoczęciem kolejnego aktu ssącego, nagłośnia zamyka wejście drogi pokarmowej, tak by dziecko bezpiecznie wykonało fazę oddechową. Cała sekwencja triady trwa około 1 sekundy. Akt połykania trwa od 0,35s do 0,7s, niewiele zatem pozostaje czasu na samo ssanie oraz fazę oddechową. Wszystkie te czynności powinny precyzyjnie, fazowo następować po sobie, by karmienie było efektywne i bezpieczne. Jeśli średni czas karmienia to np. 15 minut, a każda minuta to średnio 60 zassań – dziecko podczas jednej sesji karmienia wykonuje około 900 powtórzeń ssania, połykania i oddychania. Wymaga to precyzyjnego sterowania układem mięśniowym i oddechowym przez ośrodkowy układ nerwowy.

Cel pracy:

Określenie wpływu interwencji terapeutycznej na poprawę rytmiczności ssania (nieodżywczo i odżywczo) – mierzonego w sposób obiektywny – u wcześniaków oraz oddziaływanie na centralny generator wzorca ssania.

Materiał:

Badania wykonano u noworodków urodzonych przedwcześnie, w 29 2/7 i 25 0/7 tygodniach ciąży. W dniu pomiaru wiek postkonceptyjny wynosił 33 0/7 i 34 5/7 tygodni. Nie zanotowano współtowarzyszących powikłań klinicznych, które mogłyby wpłynąć na umiejętności ssania.

Metoda:

Podciśnienie w jamie ustnej oraz czas ssania i jego rytmiczność zostały zmierzone podczas ssania nieodżywczego oraz ssania odżywczego, przed i po interwencji terapeutycznej za pomocą cyfrowego manometru, skonstruowanego przez inżynierów z Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej Polskiej Akademii Nauk.

Interwencja terapeutyczna polegała na wykorzystaniu elementów neurorozwojowej terapii metodą Vojty, akcentującej poprawę mechaniki oddechowej oraz kontroli posturalnej wcześniaków. Analiza statystyczna dotyczyła maksymalnego podciśnienia w poszczególnych ssaniach i długość pojedynczych ssań, jakie udało się zarejestrować u badanych dzieci.

Wyniki:

Cyfrowy manometr umożliwia obiektywny pomiar wartości podciśnienia w jamie ustnej, jakie wytwarza dziecko podczas ssania smoczka uspokajacza, karmienia butelką lub podczas karmienia naturalnego. Dzięki pomiarowi można dokonać obserwacji rytmiczności ssania (czas trwania serii ssań, ilości poszczególnych ssań w serii, czas trwania przerwy pomiędzy poszczególnymi seriami ssań). Następnie z zapisu pomiaru można dokonać obliczeń wartości podciśnienia w poszczególnych ssaniach [mmHg] oraz długość pojedynczych ssań [sek]. W badaniu stwierdzono znaczną poprawę rytmu i regularności ssania w przypadku obu wcześniaków: współczynnik zmienności długości pojedynczych ssań zmniejszył się z 15% i 11% do 13% i 6%; a dla maksymalnego podciśnienia zmniejszył się z 24% i 27% do 9% i 19%. Dodatkowo, wartość mediany maksymalnego podciśnienia zmniejszyła się u obu wcześniaków, odpowiednio z -39 i -37 mmHg do -45 i -60 mmHg.

Doniesienie nagrodzone w konkursie CNoL. Australia w Polsce! Prawdziwy, polski cyfrowy manometr skonstruowany do mierzenia wartości podciśnienia w jamie ustnej dziecka podczas karmienia naturalnego, ssania smoczka uspokajacza lub karmienia butelką. Badacze uzyskali pomiary czasu trwania serii zassań, ilości zassań w serii, czasu trwania przerw pomiędzy seriami zassań, Obliczyli wartości podciśnienia w poszczególnych zassaniach [mmHg]. Uzyskane parametry pozwoliły ocenić skuteczność interwencji fizjoterapeutycznej u wcześniaków. Czy takich manometrów będziemy teraz używać w pracy?

Karmienie piersią z odwagą i pewnością siebie – rozumienie prawidłowych wzorców karmienia piersią i produkcji mleka

dr Jacqueline Kent
Honorary Research Fellow
Hartmann Human Lactation Research Group
The University of Western Australia

Rodzice i przedstawiciele służby zdrowia powinni być przekonani, że niemowlę karmione wyłącznie piersią otrzymuje wystarczająco dużo mleka, jeśli przybiera na wadze, jest aktywne i w kontakcie oraz regularnie moczy i brudzi pieluszki [1, 2].

Najczęstszym podawanym przez matki powodem zaprzestania wyłącznego karmienia piersią jest przekonanie o niewystarczającej ilości mleka. Matkom wydaje się, że niemowlę jest głodne po nakarmieniu piersią oraz, że domaga się karmienia zbyt często (pozorny niedobór pokarmu). Ostatnie dane z badań naszego zespołu wskazują, że ponad połowa matek szukających pomocy w Centrum Karmienia Piersią Zachodniej Australii (Breast Feeding Centre of Western Australia) uznaje częstotliwość karmień lub czas spędzony przez dziecko przy piersi za nieprawidłowy. Prawie połowa tych matek nie jest pewna, czy ma wystarczająco dużo pokarmu.

Obiektywne pomiary mogą pomóc matkom odzyskać wiarę w ich możliwości lub potwierdzić, że obawa o zbyt małą ilość pokarmu jest faktyczna (rzeczywisty niedobór pokarmu). Standardową praktyką jest dokonywanie częstych pomiarów wagi i długości nagiego niemowlęcia. Pomiary te są porównywane z dobrze znanymi normami dla niemowląt karmionych piersią – siatkami centylowymi WHO. Powszechnie uznaje się, że prawidłowy rozwój obejmuje szerokie spektrum, a nawet w przypadku zbyt wolnego lub zbyt szybkiego wzrostu rodzice i personel medyczny są spokojni, jeśli niemowlę rośnie zgodnie ze swoim centylem i mieści się w przedziale między 3 a 97. Z kolei w przypadku pozornego niedoboru pokarmu lub nadprodukcji mleka, rzadko przeprowadza się obiektywne pomiary ilości pokarmu. Obiektywną ocenę produkcji mleka można przeprowadzić podczas prowadzonego przez mamę 24-godzinnego profilu mlecznego. Wykonanie takiego profilu obejmuje: konieczność ważenia ubranego niemowlęcia na wadze cyfrowej przed i po każdym karmieniu w okresie 24-26 godzin [3]. Wiążą się z tym minimalne zakłócenia normalnego procesu karmienia. Pozwala to na policzenie częstotliwości i czasu trwania karmień, ilości mleka pobranej z każdej piersi i całkowitej produkcji mleka w ciągu doby. Porównanie indywidualnych danych z normami pozwoliłoby stwierdzić, czy parametry karmienia piersią mieszczą się w prawidłowych ramach, ale na chwilę obecną nie ma jeszcze ustalonych norm w tym zakresie.

W naszych badaniach ocenialiśmy precyzyjnie dynamikę karmienia u 71 diad matka–dziecko wykorzystując metodę 24-godzinnego profilu karmienia u każdej diady. Matki karmiły wyłącznie piersią zdrowe, donoszone niemowlęta w wieku od 1 do 6 miesięcy [4]. Uzyskane dane wykazały szerokie spektrum różnorodności wśród prawidłowo funkcjonujących diad matka-dziecko, co udowadnia naturalny i zindywidualizowany charakter procesu jakim jest karmienie naturalne. Potrzebne są jednak dalsze dane do stworzenia dobrych, pewnych norm. Obecnie mamy dane od kolejnych 207 zdrowych, donoszonych diad karmiących piersią. Wartości dla środkowych 95% dzieci są następujące:

6–17 karmień na dobę,

6–29 minut na karmienie,

40–126 ml na karmienie,

504–1122 ml produkcji mleka na dobę.

Obiektywny pomiar 24-godzinnego profilu mlecznego pozwala na zdiagnozowanie niskiej wydajności karmienia (dziecko pobiera mało mleka w ciągu długiego czasu) i/lub niskiej produkcji mleka, co pozwala postawić diagnozę i podjąć skuteczną interwencję. Obiektywny pomiar 24-godzinnego profilu mlecznego oraz świadomość szerokiej normy poprawia pewność siebie matki karmiącej, która produkuje odpowiednią ilość mleka i wspiera ją w kontynuacji karmienia piersią [3]. Jednocześnie obala dotychczasowe przekonania pracowników ochrony zdrowia, że karmienie naturalne można wkładać w sztywne schematy.

Źródła:

[1] Neifert MR. *Prevention of breastfeeding tragedies. Pediatr Clin North Am.* 2001;48:273-97.

[2] WHO Multicentre Growth Reference Study Group. *WHO Child Growth Standards: Growth Velocity Based on Weight, Length and Head Circumference. Methods and Development.* Geneva: World Health Organization; 2009.

[3] Kent JC, Hepworth AR, Langton DB, Hartmann PE. *Impact of measuring milk production by test weighing on breastfeeding confidence in mothers of term infants. Breastfeed Med.* 2015;10:318-25.

[4] Kent JC, Mitoulas LR, Cregan MD, Ramsay DT, Doherty DA, Hartmann PE. *Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day. Pediatrics.* 2006;117:e387-95.

Dieta eliminacyjna – czy nadal stanowi podstawę żywienia matki podczas karmienia piersią

Ilek. Karolina Karcz, Ilek. Izabela Lehman

Prof. dr hab. n. med. Barabara Królak-Olejek

Katedra i Klinika Neonatologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Streszczenie:

Wstęp:

Pomimo rosnących dowodów naukowych, dotyczących korzyści płynących z karmienia piersią szacuje się, że mniej niż 37% niemowląt na całym świecie jest karmionych naturalnie do 6. miesiąca życia. Pomyślny przebieg procesu laktacji może być zakłócany przez różne czynniki, w tym konieczność ograniczeń dietetycznych u matki. Ponieważ okres laktacji zwiększa zapotrzebowanie żywieniowe matki karmiącej, dostępne są zalecenia dotyczące bilansowania jej diety. Jednakże, w odniesieniu do popularnych przekonań, nie ma dowodów naukowych potwierdzających korzyści z profilaktycznych ograniczeń żywieniowych, ani na przestrzeganie jakichkolwiek zasad dietetycznych wynikających z tradycji kulturowych.

Cel pracy:

Celem pracy było poznanie popularności profilaktycznych ograniczeń dietetycznych wśród matek karmiących piersią oraz ocena skali błędnych przekonań o diecie matki karmiącej piersią. Celem drugorzędowym była ocena wiedzy na temat żywienia w okresie laktacji w populacji polskiej (w tym personelu medycznego).

Materiał i metody: Grupa badana obejmowała pracowników ochrony zdrowia i matki, które kiedykolwiek karmiły piersią dziecko. Ankieta, zaprojektowana w języku polskim, została przeprowadzona w styczniu – lutym 2019 r. Kwestionariusz składał się z 3 części i zawierał pytania dotyczące popularnych przekonań na temat diety matki karmiącej piersią; doświadczenia ze stosowania diety eliminacyjnej; danych demograficznych. Przeprowadzono analizę statystyczną wyników.

Wyniki:

Przeanalizowano 1159 odpowiedzi. Ankietę wypełniło 35% pracowników ochrony zdrowia i 65% matek wykonujących zawody pozamedyczne. 29% matek stosowało dietę eliminacyjną podczas karmienia piersią, głównie zgodnie z zaleceniem lekarza. Ogólnie, wszyscy respondenci wykazali dobry poziom wiedzy na temat żywienia w okresie karmienia piersią, jednak niektórzy z nich ujawnili nienaukowe podejście do tego tematu. Częstość poprawnych odpowiedzi skorelowano z: dietnością; płcią respondenta; czasem karmienia piersią pierwszego dziecka; przestrzeganiem diety eliminacyjnej podczas karmienia dziecka; kar-

mieniem dziecka mieszanką mleczną dla niemowląt, zamiast karmienia piersią, z powodu diety eliminacyjnej; wykonywaniem zawodu medycznego; przestrzeganiem diety eliminacyjnej z uwagi na zaleceniem lekarza – znaleziono kilka statystycznie istotnych zmiennych.

Wnioski:

Chociaż respondenci wykazali dobry poziom wiedzy na temat żywienia w okresie laktacji, wyniki odzwierciedlają, że w polskim społeczeństwie wciąż istnieją mity żywieniowe i nienaukowe podejście do nawyków żywieniowych. Wcześniejsze doświadczenia związane z karmieniem piersią mają wpływ na opinie i wiedzę respondentów. Matka karmiąca piersią powinna otrzymać rzetelne porady i wsparcie żywieniowe, zwłaszcza od personelu medycznego. Konieczna jest ciągła edukacja w zakresie zdrowych praktyk żywieniowych w okresie laktacji, zarówno wśród pacjentów, jak personelu medycznego.

Plakat nagrodzony w konkursie CNoL. Nam doradcom laktacyjnym wydaje się, że „specjalna dieta matki karmiącej” oraz „unikanie niektórych produktów profilaktycznie” to praktyki, które już dawno zeszły do lamusa. Oczywista oczywistość. Jednak badaczka postanowiła to sprawdzić. Czy popularne ograniczenia dietetyczne typu „nie pij mleka to dziecko nie będzie miało kolki” nadal funkcjonują? Kto je zaleca matkom? Czy matki same w to wierzą? Czy tak głęboko tkwi w przekonaniach personelu medycznego, że pomimo dostępnej wiedzy na temat braku uzasadnienia i szkodliwości takich diet, nadal zleca je matkom karmiącym?

Różnorodność problemów związanych z karmieniem piersią oraz stan poradnictwa laktacyjnego w Polsce

Izabela Lehman, Karolina Karcz, Barbara Królak-Olejniak

Katedra i Klinika Neonatologii UM we Wrocławiu,

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, Wrocław

Wprowadzenie:

Karmienie piersią jest uznanym standardem żywienia noworodków i niemowląt. Wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia, wprowadzanie żywności uzupełniającej w osłonie karmienia piersią, kontynuowanie karmienia do 1 roku życia lub dłużej jest rekomendowane przez towarzystwa naukowe oraz organizacje zajmujące się pediatrią, żywieniem oraz zdrowiem publicznym. Zważając na udokumentowane krótko- i długofalowe korzyści dla zdrowia i rozwoju poznawczego dzieci, karmienie piersią powinno stanowić jeden z celów państwowych strategii zdrowotnych. Kobiety karmiące piersią zmagają się z wieloma problemami w okresie laktacji. Niestety, dostępność oraz jakość specjalistycznej porady laktacyjnej jest wciąż niewystarczająca.

Cel:

Badanie miało na celu ukazanie różnorodności problemów związanych z karmieniem piersią, a także stanu opieki laktacyjnej nad kobietą w czasie hospitalizacji po porodzie oraz po wypisie do domu.

Materiał i metody:

Badanie zostało przeprowadzone w formie formularza Google, udostępnionego na portalach internetowych związanych z żywieniem i rodzicielstwem. Ankieta była aktywna od stycznia 2019 roku do marca 2019 roku. Formularz składał się z 18 pytań zamkniętych dotyczących problemów podczas karmienia piersią, form pomocy laktacyjnej, otrzymanej w szpitalu oraz po wypisie do domu, a także danych socjo-demograficznych matki. Ankieta dedykowana była kobietom, które urodziły dziecko po ukończeniu 37 tygodnia ciąży oraz które kiedykolwiek karmiły piersią. Badanie było w pełni anonimowe, respondentki zostały automatycznie oznaczone numerem w formularzu Google.

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy pomocy oprogramowania Microsoft Excel and STATISTICA 13.3.

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Wyniki:

Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej grupie kobiet z całej Polski. Do analizy statystycznej zakwalifikowano 2703 poprawnie wypełnione formularze.

Wszystkie matki urodziły dziecko w terminie. 65% respondentek było w wieku 20-30 lat, 81% mieszkało w mieście, 84 % miało wyższe wykształcenie, 56% urodziło jedno dziecko. 39,4% matek urodziło dziecko drogą cesarskiego cięcia.

73.9% (1999) kobiet doświadczyło trudności z karmieniem piersią podczas hospitalizacji. 65.9% (1783) miało problemy z karmieniem piersią po wypisie do domu. Nieprawidłowa technika karmienia była najczęściej zgłaszanym problemem w okresie poporodowym oraz po wypisie ze szpitala (1221; 45% vs. 686; 25%). Ból oraz dyskomfort w czasie karmienia piersią również były często zgłaszane przez matki (901; 33% vs. 967; 35%).

41% kobiet nie otrzymało porady laktacyjnej w czasie hospitalizacji po porodzie, natomiast po wypisie aż 61% nie uzyskało pomocy laktacyjnej. Opieka laktacyjna była świadczona głównie przez położne (41% w szpitalu, 50% w domu). Zaledwie 2% kobiet otrzymało poradę laktacyjną od lekarza (położnika, neonatologa, pediatry, lekarza rodzinnego).

60% noworodków było dokarmianych mlekiem modyfikowanym już w pierwszych dniach życia. W ponad 50% przypadków mleko modyfikowane zostało podane przez matkę bez konsultacji z personelem medycznym. 40% kobiet podała dziecku mieszankę sztuczną pod naciskiem rodziny/znajomych. 736 z 1113 (66%) matek, które nie otrzymały pomocy laktacyjnej odstawiło dziecko od piersi w pierwszych 6 miesiącach życia.

Wnioski:

Dokarmianie dziecka mieszanką modyfikowaną oraz szybkie odstawienie dziecka od piersi, wynika z wielu trudności, z którymi styka się mama karmiąca. Specjalistyczna porada laktacyjna jest skuteczną formą pomocy matce, wyrównując szanse matek napotykających nawet na złożone problemy, wydłużając czas karmienia piersią i poprawiając jego jakość. Karmienie piersią odgrywa istotną rolę w profilaktyce zdrowotnej, dlatego opieka laktacyjna finansowanej ze środków publicznych powinna być zagwarantowana każdej kobiecie przez cały okres laktacji.

Plakat nagrodzony w konkursie CNoL. Badacze nie odkrywają Ameryki, ale pokazują Polskę laktacyjną w realu. Do bólu precyzyjnie obalają mit, że „wszystko jest świetnie, polskie mamy karmią piersią, nie mają problemów, a jak mają to zaraz uzyskują pomoc”. Siłą pracy są liczby. Ile kobiet ma problemy laktacyjne, ile uzyskuje pomoc w szpitalu i po wypisie, ile decyduje się na podawanie sztucznej mieszanki bez konsultacji z personelem medycznym. Oto nasza, polska rzeczywistość...

Występowanie problemów laktacyjnych a uwarunkowania społeczno-demograficzne

Grażyna Bączek, Nela Kameduła

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wstęp:

Karmienie piersią jest najlepszą metodą żywienia noworodków i niemowląt. Odsetek Polek karmiących dzieci wyłącznie piersią w szóstym miesiącu życia jest niesatysfakcjonujący. Opisany jest wpływ czynników społeczno-demograficznych na zachowania związane z karmieniem piersią. Uzasadniona zatem wydaje się próba wyodrębnienia szczegółowych grup ryzyka w odniesieniu do wieku, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia, czy miejsca zamieszkania.

Materiał i metody:

Badaniem ankietowym objęto 256 kobiet, które w ciągu ostatnich 6 miesięcy urodziły dziecko w jednym z warszawskich szpitali, nie wcześniej jednak niż w 37. tygodniu ciąży.

Wyniki:

Kobiety zamieszkałe w miastach liczących powyżej 50 tys. mieszkańców istotnie częściej dokarmiły dzieci mlekiem modyfikowanym. Wyraźnie rzadziej niż w innych grupach wiekowych na występowanie problemów laktacyjnych wskazywały matki w wieku od 18 do 25 lat. Najczęściej robiły to matki legitymujące się wykształceniem wyższym. Kobiety z najniższym poziomem wykształcenia najczęściej nie potrafiły sprecyzować czy występowały u nich problemy laktacyjne. Kobiety powyżej 35 roku życia najrzadziej zaprzeczały występowaniu u nich niedoboru pokarmu. Nie wykazano występowania istotnych statystycznie różnic w częstości zgłaszania problemów technicznych z przystawianiem dziecka do piersi oraz z bolesnością brodawek. Nie wykazano również wpływu stanu cywilnego na problemy laktacyjne.

Dyskusja:

Uwarunkowania społeczno-demograficzne mają związek z zachowaniami wpływającymi na karmienie piersią. Czynniki szczególnie ważnymi wydają się być wiek oraz poziom wykształcenia matki. Wsparcia i edukacji wymagają zarówno kobiety młode, jak i te w dojrzałym wieku. W każdej z tych grup występują bowiem różne problemy spowodowane odmiennymi czynnikami. Szczególną opieką należy objąć matki legitymujące się najniższym poziomem wykształcenia.

Plakat nagrodzony w konkursie CNoL. Często w pracy operujemy przekonaniem typu „wykształcona mama z miasta ma więcej problemów z karmieniem” lub „starsza mama to wszystko już wie”. W prezentowanej pracy badaczka sprawdziła jak jest naprawdę. Kto ma częściej problemy laktacyjne, kto nie wierzy, że ma mleko, i wreszcie, kto bardziej potrzebuje naszej uwagi i pomocy.

III Sesja Warsztaty

Zakończenie karmienia czy tandem przy piersi – rozwiązywanie zagadek, które pisze życie matek

Karmienie piersią w ciąży

Kiedy należy rozważyć odstawienie od piersi w czasie ciąży

(American Pregnancy Association)

- W ciąży wysokiego ryzyka, zagrożonej poronieniem/porodem przedwczesnym
- W ciąży mnogiej
- Gdy zaleca się rezygnację ze współżycia i aktywności fizycznej
- Plamienie/krwawienie/skurcze podczas karmienia
- Niewyjaśnione poronienia w wywiadzie

Ciąża fizjologiczna nie jest wskazaniem do zakończenia karmienia piersią.

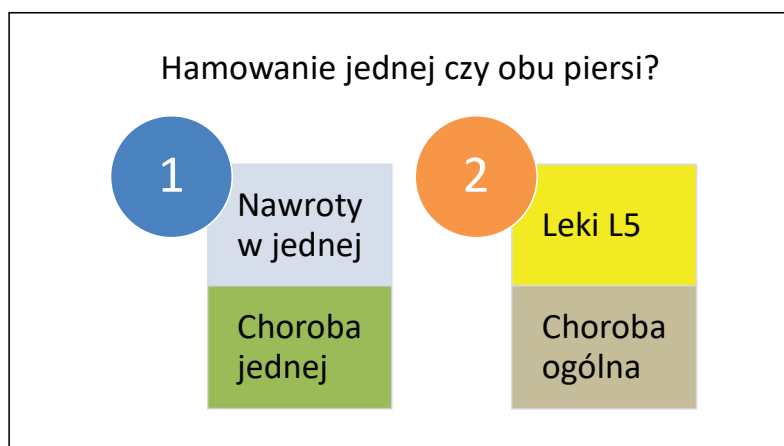
Karmienie piersią w tandemie – przyrosty masy ciała niemowlęcia

Brak jednoznacznych danych; przytacza się wyniki trzech badań

1. Moll Pons AM, Villalonga Beltrán B, Doménec Tizón I, Rodríguez Soler M, Verd Vallespir S. In: Díaz-Gómez NM, Lasarte Velillas JJ, editors. *Ganancia de peso del lactante amamantado en ta'ndem*. Tenerife: IV Congreso Español de Lactancia Materna; 2006. p. 69–70.
2. Marcos I, Torras i Ribas E. *Lactancia materna durante el embarazo y en tándem*. In: Panamericana E medica, editor. *Manual de Lactancia Materna De la teoría a la práctica*. 1st ed. p. 339–44 Madrid.
3. Marquis GS, Penny ME, Diaz JM, Marín RM. *Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: reduced breast milk intake and growth during early infancy*. *Pediatrics* 2002;109(4):e56.

Odstawianie planowe, stopniowe	Odstawianie nagłe, szybkie
Bardziej zbliżone do naturalnego samoodstawienia	Rzadko zdarza się w naturze
Minimum 2 tygodnie	2–7 dni
Tempo elastyczne	Tempo narzucone
Rezygnacja z jednego karmienia co 3–4 dni, zamiast obu piersi jedna	Skracanie czasu karmienia Uzyskiwanie coraz mniejszych porcji
Rzadko problemy z piersiami	Często problemy z piersiami
Leki mogą pomóc, w dawce zmniejszającej	Leki konieczne, w dawce hamującej
Zmiany składu mleka stopniowe, dziecko otrzyma wysoką dawkę przeciwciał	Zmiany szybkie, dziecko mało skorzysta

Hamowanie jednej czy obu piersi?



Hamowanie jednej piersi

- LEKI w dawkach zmniejszających +
- Skracanie czasu karmienia/odciągania tą piersią
- Stopniowe omijanie karmień – dwa z rzędu ze zdrowej, jedno z chorej, potem trzy z rzędu
- Zastępowanie podawaniem innego mleka/posiłków

Środki farmakologiczne

Zmniejszanie	Hamowanie
Bromokryptyna 2,5 mg ½-1/4 tabletki 1 x dziennie Cabergolina 0,5 mg ½ tabl. co 3 – 4 dni Pseudoefedryna 30-60 mg 1-2 x dziennie Estrogen 20-35 mcg 1 x dziennie 7 dni (po 6 tygodniu)	Bromokryptyna 2,5 mg 1 tabl 1-3 razy dziennie T max 1-3h, hamowanie po 14 h, T1/2 – 56h L5 Cabergolina 0,5 mg ½ tabl. 2 x dz 2 dni jeśli 1 doba po porodzie 2 tabl. 1x w czasie posiłku T max 2-3 h, T1/2 – 63-69h L4

Badanie CNoL – mamy długokarmiące

Badanie przeprowadzono w dniach 17.02.2017r. – 5.03.2017r. za pomocą formularza ankietowego zawierającego 34 pytania. Uzyskano 4168 wypełnionych formularzy.

94% karmiło piersią lub swoim mlekiem dzieci w wieku poniżej 3 lat,

6% karmiło starsze dzieci,

41% mam chce karmić w ten sposób do samoodstawienia.

Wnioski

Mamy długo karmiące piersią lub mlekiem kobiecym znacznie częściej i rzetelniej przestrzegają zasad zdrowego żywienia dzieci niż populacja badanych polskich rodziców.

Nie jest słuszne krytykowanie tej grupy społecznej, ponieważ pod wieloma względami może być wzorem zachowań prozdrowotnych na tle pozostałej części społeczeństwa. Taką grupę warto wspierać, biorąc pod uwagę realne, policzalne korzyści płynące z prawidłowego żywienia dzieci w okresie ich rozwoju.

Mleko kobiece a próchnica

- *Lactobacillus Gasseri* zmniejsza ryzyko wystąpienia próchnicy w szczególności u dzieci długo karmionych piersią.
- Obecna w mleku kobiecym laktoza jest mniej kariogenna niż powszechnie stosowana sacharoza
- Mleko kobiece jest mniej kariogenne niż mieszanka sztuczna

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0128534>

Im dłużej trwa karmienie piersią tym ryzyko pojawienia się wad zgryzu jest niższe (nawet o 60%). Długość karmienia piersią wpływała pozytywnie na zgryz dziecka (mniejsze ryzyko otwartego zgryzu czy zgryzu krzyżowego.

Anterior open-bite and sucking habits in Italian preschool children Article (PDF Available) in European Journal of Paediatric Dentistry 17(1):1-2016 · January 2016

Karmienie piersią nie jest główną przyczyną ECC w drugim/trzecim roku życia

Czynniki próchnicotwórcze	Matki długokarmiące
Spożycie soków, słodkich napojów	2 x rzadziej podają soki
Spożycie słodkich przekąsek	3 x rzadziej podają słodkie przekąski
Podawanie butelki przed snem lub w nocy	Nie podają (94%)
Mleko modyfikowane	Nie podają (91%)
Brak higieny zębów	Większość myje dzieciom zęby (95%)
Brak wizyt u stomatologa	1/3 dzieci miała wizytę
Brak dbałości o zęby matki	Brak danych
ESPGHAN 2017	4168 mam karmiących w 2-3 rż. Bębenek D, Nehring-Gugulska M. Badanie CNoL 2017 r.

Próchnica a kp – co nowego?

Karmienie piersią do 2 roku życia nie zwiększa ryzyka próchnicy wczesnodziecięcej. Najważniejsze jest ograniczenie podaży słodkich napojów podawanych butelką i dostarczanej żywności uzupełniającej.

JDR Clin Trans Res. 2019 Jul;4(3):202-216

Karmienie piersią nie mają związku z ryzykiem próchnicy wczesnodziecięcej (ECC). W celu zmniejszenia rozpowszechnienia ECC należy podjąć zdecydowane działania w celu eliminacji cukru z żywności dla niemowląt i małych dzieci.

Am J Clin Nutr. 2020 Apr 1;111(4):821-828.

Zaburzenia więzi, rozwoju psychicznego a kp.

Karmienie piersią nie wpływa negatywnie na przystosowanie dziecka do życia społecznego (*J Child Psychol Psychiatry. 1987 May;28(3):379-86.*).

Długie karmienie wiąże się z wyższym poziomem rozwoju psychospołecznego w późniejszym dzieciństwie

(Am J Hum Biol. 2010 Nov-Dec; 22(6): 725–730.).

Długie karmienie piersią wpływa pozytywnie na zdrowie psychiczne w wieku nastoletnim (*J Pediatr. 2010 Apr;156(4):568-74.*).

Karmienie piersią to wyższy iloraz inteligencji w dorosłości (*Arch Gen Psychiatry. 2008 May;65(5):578-84.*).

Pożegnanie z piersią – spojrzenie całościowe

Warto zapoznać się:

Magdalena Nehring-Gugulska, *Jak zakończyć karmienie?*

<http://pediatria.mp.pl/karmienie-piersia/jak-zakonczyc-karmienie-piersia>

Warto zebrać szczegółowy wywiad i określić sytuację mamy i dziecka.

Wywiad: PLANOWE ZAKOŃCZENIE KARMIENIA jest dostępny na www.cnol.kobiety.med.pl/doradcy-cdl/warsztat-pracy-cdl/

Kalejdoskop dziwnych przypadków w praktyce doradcy laktacyjnego

dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska

dr n. med. Katarzyna Kowol-Trela

dr n. med. Monika Żukowska-Rubik

CNoL 2020

Torbiel zastoinowa łojowa / Kaszak

Kaszak (łac. atheroma, steatoma) – torbiel zastoinowa, tworząca się w obrębie mieszków włosowych i gruczołów łojowych. Często jest na skórze głowy, tułowia, na mosznie i wargach sromowych większych. Jest to guz lub guzek koloru cielistego z lekko żółtym zabarwieniem, średnicy od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Spoistość kaszaka jest różna, od zmian miękkich do umiarkowanie twardych; ma gładką powierzchnię i jest przesuwalny wobec podłoża. Większość torbieli powstaje, gdy komórki nabłonkowe zamiast zostać usunięte, wnikają w głębsze warstwy skóry. Zmieniają tam swoją strukturę, tworząc ściany torbieli, do której wnętrza wydzielają białka keratynowe. Ta nieprawidłowość w obrębie cyklu życia komórek skóry może być spowodowana uszkodzeniem mieszka włosowego lub gruczołu łojowego. Zawartość torbieli wydostaje się samoistnie wskutek jej pęknięcia lub przez wyciśnięcie zmiany, jest żółtawa i o specyficznym zapachu, a w przypadku stanu zapalnego ropna i niekiedy cuchnąca. Kaszak może ulec nadkażeniu bakteryjnemu i wywołać zmiany zapalne w otaczających tkankach.

Leczenie polega na: iniekcji preparatów przeciwzapalnych, drenażu lub na chirurgicznym usunięciu zmiany; wznowy są rzadkie.

Aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zmian w postaci kaszaków, należy dbać o higienę oraz właściwą pielęgnację skóry. Zatkane gruczoły łojowe, niedoleczone infekcje skóry czy brak dbałości o odkażanie powstałych na skórze skaleczeń mogą prowadzić w przyszłości do zaburzeń funkcjonowania komórek skóry, a w efekcie powstawania torbieli.

Źródła:

1. Szmít J, Kuźdżał J, Gruca Z, Krawczyk M, Lampe P. Podstawy chirurgii. MP, Kraków 2010
2. www.adamed.ekspert.pl

Włókniak miękki

Włókniaki miękkie to łagodne zmiany nowotworowe o charakterze wrodzonym, jednak mogą pojawić się w różnym wieku. Zazwyczaj są to guzki workowato zwisające, niekiedy dają się wprowadzić w głąb skóry przez ucisk palcem. Na ogół są liczne, mogą być kolo-

ru skóry lub brunatnawe. Szczególnie często pojawiają się na skórze szyi i karku zwłaszcza u starszych kobiet.

Źródło:

1. Jabłońska S, Majewski S; *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. PZWL Warszawa 2008; 383

Pępek

Kikut pępowiny po zaciśnięciu oddziela się zazwyczaj w ciągu pierwszych 3 tygodni życia noworodka, oddzielenie się kikuta po tym czasie jest uznawane za opóźnione. Rodzice zazwyczaj mają bardzo dużo wątpliwości dotyczących pielęgnacji oraz postępowania z kikutem pępowiny. Za czynniki predysponujące do opóźniania oddzielenia się kikuta pępowiny uznaje się: wcześniactwo, urodzenie drogą cięcia cesarskiego, niska masa urodzeniowa, stosowanie miejscowych środków antyseptycznych, antybiotykoterapia noworodka. Ponadto zaburzenia oddzielania pępowiny mogą być spowodowane zakażeniami, zaburzeniami immunologicznymi, niedoborem adhezji leukocytów (rzadka jednostka chorobowa) oraz przetrwałym moczownikiem.

W trakcie oddzielania się kikuta pępowiny możemy mieć do czynienia z następującymi patologiami:

Zapalenie pępka

Nieprawidłowa higiena kikuta pępowiny w rzadkich przypadkach może prowadzić do rozwinięcia się stanu zapalnego pępka. Do objawów zapalenia pępka należą: obrzęk, zaczerwienienie, nieprzyjemny zapach, wydzielina ropna, krwawienie. W rzadkich przypadkach może dochodzić do objawów ogólnoustrojowych związanych z uogólnieniem stanu zapalnego z poważnym rokowaniem dla dziecka. Prawidłowe rozpoznanie daje możliwość szybkiej interwencji przez zastosowanie skutecznej antybiotykoterapii dożylniej.

W sytuacjach niewielkiego stanu zapalnego, bez objawów ogólnych należy stosować przede wszystkim środki odkażające, niezbędna jest w takiej sytuacji jak najszybsza konsultacja lekarska. Aktualnie nie ma w Polsce zarejestrowanych antybiotyków miejscowych do stosowania u noworodków.

Źródła:

1. Muniraman, H., Sardesai, T., & Sardesai, S. (2018). Disorders of the Umbilical Cord. *Pediatrics in Review*, 39(7), 332–341.
2. Justyna Czech-Kowalska: 5000pytań z Pediatrii mp.pl

Ziarniniak pępka

Po procesie oddzielenia się kikuta pępowiny w dniu pępka może pozostawać nagromadzenie ziarniny o różnej wielkości. Często można zauważyć wyciek surowiczy z obserwowanej zmiany. W opisywanej patologii nie mamy do czynienia z cechami zapalnymi pępka (brak

zaczerwienienia, przykrego zapachu, obrzęku oraz ropnej wydzieliny). Ziarniniaki mogą ustępować samoistnie w czasie do 4 tygodni. W przypadku braku samoistnej poprawy do leczenia stosuje się środki miejscowe (sól kuchenna – schemat i dokładny opis stosowania w poz 2 i 3 literatury, przyżeganie azotanem srebra – ryzyko oparzeń, jak również chirurgiczne opracowanie zmiany). W trakcie obserwacji należy zwrócić uwagę na nadkażenia bakteryjne, które mogą wikłać przebieg schorzenia.

Źródła:

1. Muniraman, H., Sardesai, T., & Sardesai, S. (2018). Disorders of the Umbilical Cord. *Pediatrics in Review*, 39(7), 332–341.
2. Bagadia, J., Jaiswal, S., Bhalala, K. B., & Poojary, S. (2019). Pinch of salt: A modified technique to treat umbilical granuloma. *Pediatric Dermatology*.
3. https://www.ruh.nhs.uk/patients/services/clinical_depts/paediatrics/documents/pa-tient_info/PAE020_Umbilical_Granuloma.pdf

Przetrwały moczownik

W życiu płodowym szczyt pęcherza moczowego jest połączony z pępkiem przewodem omoczniovym. W czasie zstępowania pęcherza do miednicy połączenie to się wydłuża tworząc moczownik. W momencie porodu lub krótko po nim następuje zarośnięcie moczownika. Nieprawidłowości w jego zarastaniu mogą powodować powstanie następujących wad: Przetoka pępkowa (utrzymane połączenie pęcherza i pępka – mocz wycieka na zewnątrz tą drogą), szczelina pępkowa (od strony pępka moczownik jest drożny, natomiast od strony pęcherza moczownik jest zarośnięty – brak wycieku moczu), uchyłek szczytu pęcherza (drożny pozostaje odcinek od strony pęcherza moczowego), torbiel moczownika (zarówno część pęcherzowa jak i pępkowa jest zarośnięta, pozostaje drożna środkowa część moczownika). Leczenie jest leczeniem operacyjnym, polega na usunięciu przetrwałego moczownika.

Źródła:

1. Muniraman, H., Sardesai, T., & Sardesai, S. (2018). Disorders of the Umbilical Cord. *Pediatrics in Review*, 39(7), 332–341.
2. Witeska A i wsp.: Leczenie operacyjne patologii towarzyszącej przetrwałemu moczownikowi u dorosłych. *Urologia Polska* 1993/46/1

Guzki Bohna

Guzki Bohna to drobne torbiele prawdziwe, które mogą pojawić się na wąłach dziąsłowych (zarówno powierzchnia policzkowa jak i dziąsłowa) w postaci białych lub żółtawych małych guzków (1-3mm), mogą one występować jako zmiany pojedyncze ale czasami także obserwuje się bardzo liczne guzki. Prawdopodobnie są pozostałością po niewielkich gruczołach ślinowych, pękają samoistnie, nie wymagają leczenia. Zanikają zazwyczaj do 5 mż.

Źródła:

1. K. Emerich, A. Wal-Adamczak, M. Sobczak; *Jama ustna dziecka bez tajemnic*, 2015

2. Mielnik-Błaszczak M, Pels E, Pietrak J, Maślanko M. Łagodne zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej u 5-miesięcznego niemowlęcia – opis przypadku. *Forum Ortod* 2014; 10: 209-12

Perły Ebsteina

Perły Ebsteina podobnie jak guzki Bohna są torbielami keratynowymi. Lokalizują się wzdłuż szwu podniebiennego. Powstają z przetrwałej tkanki nabłonkowej. Nie wymagają interwencji, zanikają samoistnie do 5mż.

Źródła:

1. K. Emerich, A. Wal-Adamczak, M. Sobczak; *Jama ustna dziecka bez tajemnic*, 2015
2. Mielnik-Błaszczak M, Pels E, Pietrak J, Maślanko M. Łagodne zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej u 5-miesięcznego niemowlęcia – opis przypadku. *Forum Ortod* 2014; 10: 209-12

!!! W nomenklaturze anglojęzycznej używa się terminu *palatal cyst of newborn* w odniesieniu zarówno do guzków Bohna jak również Perły Ebsteina. Zębopochodne zmiany listewek dziąsłowych natomiast są określane jako *gingival cysts of the newborn*.

Kontaktowe alergiczne zapalenie skóry

Alergeny kontaktowe to małącząsteczkowe związki chemiczne, które mogą wywoływać jałowy stan zapalny skóry. Około 15–20% populacji cierpi z powodu alergicznego kontaktowego zapalenia skóry spowodowanego przynajmniej jedną substancją chemiczną. Najczęściej reakcja jest wywoływana przez kontakt z metalami (najczęściej nikiel), środkami zapachowymi oraz konserwantami. Choroba może mieć przebieg ostry lub przewlekły. Charakterystyczne dla ostrego wyprysku alergicznego są grudki i pęcherzyki zlewające się w większe ogniska rumieniowo-wysiękowe. Zmiany pojawiają się zazwyczaj 24–48godzin po kontakcie z substancją uczulającą, początkowo obejmują miejsce kontaktu, jednak mogą także rozprzestrzeniać się na miejsce, które nie było objęte kontaktem z alergenem. Zmiany przewlekłe mogą być ewolucją zmian ostrych lub rozwijać się stopniowo. Charakterystyczne są wówczas zmiany rumieniowe, łuszczące się, skóra może przybierać wygląd przypominający skórę oglądaną przez szkło powiększające. Zmianom towarzyszy uporczywy świąd.

Diagnostyka opiera się na szczegółowym wywiadzie oraz testach płatkowych. Podstawą leczenia jest unikanie kontaktu z alergenem oraz stosowanie miejscowych glikokortykosteroidów, leki antyhistaminowe są nieskuteczne.

Źródła:

1. Stefan F. Martin: *Kontaktowe zapalenie skóry: od patomechanizmu do immunotoksykologii*, *Derm. Po Dypl.* 2013;4(1):17-31
2. Kręcis B.: *Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Alergia*, 2014, 1: 19-24

Torbiele i FA w piersiach

Cysta (torbiel) to guzek, który jest wypełniony płynem. Torbiele to zmiany łagodne, które nie są czynnikiem ryzyka raka piersi. Choć przyczyny ich powstawania nie są do końca zbadane, to najbardziej prawdopodobna hipoteza jest ta, która mówi o zaburzeniach hormonalnych (działanie hormonów płciowych, głównie estrogenu) powodujących odcinkowe poszerzenie przewodu mlecznego w piersi i powstanie w tym miejscu zgrubienia – torbieli. Istotny wpływ zdaje się mieć także stosowanie leków hormonalnych, takich jak antykoncepcja czy hormonalna terapia zastępcza (HTZ). Torbiele najczęściej diagnozuje się u kobiet młodych z gęstą, gruczołową budową piersi.

Kiedy mówimy o torbielach warto zapoznać się z trzema pojęciami: torbiel prosta, torbiel złożona oraz włókniakogruczolak.

Torbiel prosta – pęcherzyk wypełniony płynem. Nie wymaga biopsji, czyli diagnostyki inwazyjnej. Nie wymaga także leczenia, ani dodatkowej obserwacji.

Torbiel złożona – pęcherzyk wypełniony płynem z elementami tkanek w środku lub gęstszym płynem niż w torbieli prostej. Jeśli torbiel zawiera jedynie cienkie przegrody, nie wymaga dalszej diagnostyki. Jeżeli natomiast w jej środku znajdują się większe fragmenty tkanek lub jej ściana jest grubsza niż 1-2 mm, należy wykonać biopsję, ponieważ mogą to być zmiany na tle nowotworowym. W przypadku gęstej treści nie ma możliwości odróżnienia torbieli od zmiany litej (np. opisywany niżej gruczolakowłókniak) wyłącznie na podstawie badania USG, taka zmiana wymaga obserwacji co 6 miesięcy, niekiedy konieczne jest wykonanie biopsji.

Włókniakogruczolaki – są to najczęstsze, łagodne guzy lite piersi. Występują częściej u młodych kobiet, a ich powstawanie ma związek z czynnością hormonalną. Guzy te są doskonale widoczne podczas badania USG piersi, podczas samobadania są twarde i mogą przesuwać się pod palcami. Zmiany te najczęściej nie dają dolegliwości. Jeśli zmiana jest duża, może powodować ból przy dotyku. Gruczolakowłókniaki nie zwiększają ryzyka wystąpienia nowotworu piersi. Jedyną metodą weryfikującą czy dany guzek nie jest rakiem, jest przebadanie go pod mikroskopem, a więc wykonanie biopsji bądź usunięcie zmiany w całości (chirurgicznie lub metodą, która zyskuje ostatnio coraz większe uznanie, czyli za pomocą biopsji gruboigłowej wspomaganą próżnią).

Torbiele w piersiach – diagnoza

Kiedy podczas samobadania piersi wyczuwamy zgrubienie w piersiach, należy zgłosić się na wizytę do lekarza specjalisty (ginekolog i/lub onkolog). Lekarz wykona palpacyjne badanie piersi, a następnie zleci badanie USG i/lub mammografię. Jeżeli po badaniach okaże się, że guz w piersi to torbiel prosta lub złożona niewykazująca cech zmiany złośliwej, to poza obserwacją lekarz nie podejmuje żadnych działań, nie ma potrzeby przeprowadzania diagnostyki inwazyjnej, czyli biopsji. W niektórych przypadkach lekarz może zlecić diagnostykę

gospodarki hormonalnej, ponieważ powstawanie torbieli piersi wiąże się z zaburzeniami hormonalnymi. Kolejnym etapem badań może być wykonanie biopsji.

1. Zmiana hipoechogeniczna w USG piersi

Co oznacza: badany obszar ma mniejszą niż otaczające go tkanki zdolność do odbijania fal ultradźwiękowych. W obrazowaniu USG zmiana jest ciemniejsza niż otaczający ją obszar. Interpretacja: zmianami hipoechogenicznymi są zmiany miękkie o zwiększonym ukrwieniu, na przykład guzy lite, które mogą być łagodne lub złośliwe. Taki obraz daje też tkanka tłuszczowa. Najczęstsze błędy to grudki tłuszczu mylnie interpretowane jako gruczolakowłókniaki.

2. Zmiana hiperechogeniczna w USG piersi

Co oznacza: badany obszar ma większą niż otaczające go tkanki zdolność do odbijania fal ultradźwiękowych. W obrazowaniu USG zmiana jest jaśniejsza niż otaczający ją obszar. Interpretacja: są to zmiany twarde i zbite jak kości, niektóre nerwy, ścięgna i więzadła, ale także gazy. Taki obraz to też: zwapnienia, zwłóknienia, stany zapalne, gęsty płyn jak ropa

3. Zmiana bezechowa w USG piersi – to np. torbiel prosta, surowicza.

Należy kwalifikować do dalszej diagnostyki wszystkie zmiany płynowe w piersiach, które nie spełniają klasycznych kryteriów torbieli prostej.

System klasyfikacji BI-RADS w USG piersi

BI-RADS 0 – oznacza kolejność wdrożenia dalszej diagnostyki, ponieważ nie daje wystarczających danych do postawienia diagnozy.

BI-RADS 1 – oznacza wynik prawidłowy, zaleca się okresową kontrolę.

BI-RADS 2 – oznacza wynik prawidłowy oraz pojawienie się łagodnych zmian, takich jak torbiele lub gruczolakowłókniaki.

BI-RADS 3 – oznacza pojawienie się zmiany łagodnej, jednak ryzyko jej złośliwości wynosi 2%. Przy takim wyniku zalecana jest ponowna diagnostyka po 6 miesiącach. Jeżeli pacjentka jest w grupie ryzyka raka piersi wykonywana jest dodatkowo biopsja guboigłowa z badaniem histopatologicznym.

BI-RADS 4 – oznacza obecność zmiany wymagającej przeprowadzenia biopsji gruboigłowej. BI-RADS 4 dzieli się na trzy podkategorie, które wskazują na różne ryzyko złośliwości zmiany

4a – w której ryzyko złośliwości zmiany wynosi od 2% do 10%,

4b – w której ryzyko złośliwości zmiany wynosi od 10% do 50%,

4c – w której ryzyko złośliwości zmiany wynosi od 50% do 95%.

BI-RADS 5 – oznacza zmianę, o ryzyku złośliwości wynoszącym powyżej 95%. W takich przypadkach, jak najszybciej należy wykonać dodatkową diagnostykę w postaci biopsji gruboigłowej.

BI-RADS 6 – oznacza obecność raka piersi (rozpoznanie histopatologiczne).

Źródło:

Choroby wewnętrzne – podręcznik multimedialny oparty na zasadach EBM, Wydanie I dodruk II pod redakcją prof. Dr hab. Andrzeja Szczeklika, Kraków 2006

Znamię barwnikowe

Znamiona barwnikowe (inaczej melanocytowe – nazwa pochodzi od melanocytu, czyli komórki zawierającej barwnik) to rodzaj łagodnej proliferacji melanocytów.

Wrodzone znamię barwnikowe istnieje już w chwili urodzin, jest przeważnie pojedyncze, w większości przypadków owalne o jednolitym kolorze. Jest rzadko spotykaną zmianą melanocytową o dużych rozmiarach, brodawkowatej lub guzkowatej powierzchni, regularnym zabarwieniu, często charakteryzuje się obecnością włosów.

Nabyte znamiona barwnikowe dzieli się na łagodne i atypowe.

Łagodne znamiona barwnikowe pojawiają się w wieku dziecięcym, a do nasilenia ich rozwoju dochodzi w okresie dojrzewania oraz po drugiej dekadzie życia. Charakteryzują się regularną, symetryczną budową, dobrze odgraniczonym brzegiem, równomiernie rozmieszczonym barwnikiem. Ryzyko rozwoju czerniaka ze znamion łagodnych jest bardzo niewielkie.

Atypowe (dysplastyczne) znamię barwnikowe cechuje się: asymetrycznym kształtem, nieprawidłową wielkością (powyżej 5 mm), nieregularnym brzegiem, różnorodnością kolorów. Ten typ znamienia może ulegać zezłośliwieniu i transformacji w kierunku czerniaka, dlatego wymaga stałej obserwacji lekarskiej (kontrola co 6–12 miesięcy) i ochrony przeciwsłonecznej. Większość czerniaków powstaje de novo, a częstość transformacji złośliwej znamion jest oceniana na 1/30 000.

Kwalifikacja do chirurgicznego usunięcia zmiany odbywa się przede wszystkim na podstawie oceny dermatoskopowej, wywiad odgrywa rolę pomocniczą. Wskazane do usunięcia są znamiona atypowe. Ważne jest tzw. „ugly duckling sign”, czyli znamię zupełnie inne od pozostałych (dlatego istotne w badaniu dermatoskopowym jest ocena wszystkich znamion na ciele). Usunięcie chirurgiczne znamienia atypowego polega na wycięciu wrzecionowatym zmiany w znieczuleniu nasięgowym. Po usunięciu lekarz zakłada szwy, które w zależności od lokalizacji zostają usunięte po odpowiedniej ilości dni.

Źródło:

Maciejewska Jolanta, Znamiona barwnikowe. <https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/choroby-skory/74416,znamiona-barwnikowe>

Zaburzenia snu dziecka i co z tym zrobić?

mgr Magdalena Komsta | WYMAGAJACE.PL

FIZJOLOGIA SNU

Cykl snu człowieka składa się z dwóch faz: aktywnej (u dorosłych nazywanej REM – rapid eye movement. Nazwa pochodzi od gałek ocznych, które szybko poruszają się w czasie jego trwania) oraz spokojnej (NREM – non rapid eye movement). Fazy płynnie przechodzą z jednej w drugą i gdy nic nie stoi na przeszkodzie, a człowiek ma jeszcze niezrealizowaną potrzebę snu, po krótkim wybudzeniu i zorientowaniu się w rzeczywistości, cykl zaczyna się od początku.

Jest kilka cech snu niemowląt, które sprawiają, że tak drastycznie różni się on od snu dorosłych.

Przede wszystkim, im młodsze niemowlę tym więcej czasu spędza w fazie snu aktywnego w porównaniu do fazy snu spokojnego.

Sen w fazie aktywnej jest bardzo lekki i łatwo się z niego wybudzić. Wszelkie próby zmiany pozycji lub miejsca snu niemowlęcia, gdy jest ono właśnie w fazie snu aktywnego, są z góry skazane na porażkę – należy odczekać.

Prawidłowy wzorzec snu to taki, w którym dziecko śpi najspokojniej i budzi się najrzadziej w pierwszej części nocy. W każdym kolejnym cyklu ilość snu płytkiego zwiększa się. Sprawia to, że małe niemowlęta – zwłaszcza nad ranem – śpią bardzo głośno. Wydają z siebie mnóstwo dźwięków, jęczą, piszczą i kręcą się bez przerwy po łóżeczku. To absolutnie normalne zachowanie, które będzie stopniowo ustępować w kolejnych tygodniach.

Dorośli i dzieci różnią się także długością trwania całego cyklu snu. Każdy cykl snu kończy się mikrowybudzeniem. U dorosłych występuje ono co cykl, czyli co 80-120 minut i jest na tyle krótkie, że zwykle go nie pamiętamy. Cykl snu niemowlęcia w czwartym trymestrze trwa przeciętnie 40 minut, a do dorosłych parametrów zbliży się dopiero w okolicach 3 roku życia.

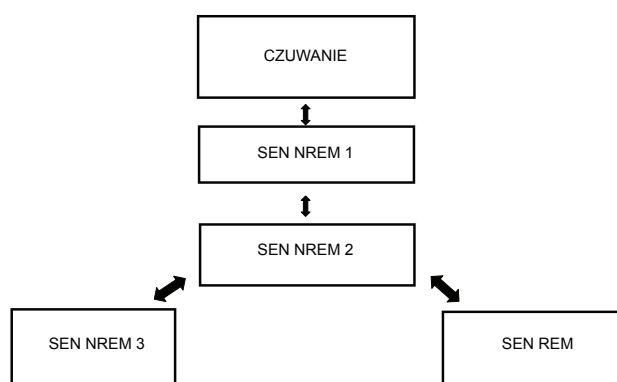
Mocny, głęboki sen nie może u niemowląt trwać długo, bo przy ich niedojrzałości fizjologicznej mogłyby to stanowić śmiertelne zagrożenie. Płytki i czujny sen oraz częste pobudki chronią maluchy przez tzw. śmiercią łóżeczkową. Gdyby ludzkie niemowlęta nagle zaczęły spać jak dorośli (czyli dłużej i głębiej), część z nich, ta bardziej wrażliwa na niekorzystne warunki środowiskowe, mogłaby się w ogóle nie obudzić. Poza tym, przynajmniej w przypadku pierwszych tygodni po porodzie, nocne pobudki na karmienia są istotne z punktu widzenia prawidłowego przebiegu laktacji.

Dorośli kojarzą sen głęboki jako ten najbardziej regenerujący. Tymczasem u niemowlaka w czwartym trymestrze największe znaczenie ma faza snu aktywnego, w którym rozwija

się i dojrzewa jego układ nerwowy. W tej fazie zwiększa się ilość przepływającej przez mózg krwi, a ośrodki mózgowe komunikują się ze sobą, tworząc nowe połączenia.

ZMIANY W DŁUGOŚCI CYKLU SNU I PROPORCJI FAZY AKTYWNEJ DO SPOKOJNEJ:

- 0-3 m.ż.: cykl snu 40-45 minut, faza snu aktywnego: 50%
- 3-6 m.ż.: cykl snu 45 minut, faza snu aktywnego: 40%
- 6-12 m.ż.: cykl snu 50 minut, faza snu aktywnego: 35%
- 1-2 r.ż.: cykl snu 60 minut, faza snu aktywnego 30%, dobrze rozwinięte etapy snu głębokiego
- 2-3 r.ż. cykl snu 70 minut, faza snu aktywnego 27%
- 3-5 r.ż. cykl snu 70-90 minut, faza snu aktywnego 20–25% (czyli wzorzec snu jest podobny do wzorca osoby dorosłej).



Rozwiązywanie trudności ze snem u niemowląt i małych dzieci polega przede wszystkim na:

1. wzmacnianiu mechanizmów regulujących sen (presja snu i rytm dobowy)
2. usuwaniu czynników zaburzających sen

Sposób karmienia a sen:

Niemowlęta poniżej 6 miesiąca życia karmione piersią śpią inaczej niż niemowlęta karmione mlekiem modyfikowanym

W porównaniu do dzieci karmionych piersią, niemowlęta do 6 m.ż. karmione mlekiem modyfikowanym:

- budzą się rzadziej (o 0,5 pobudki mniej/noc)
- budzą się na dłużej
- dłużej usypiają.

Badania (Doan et al., 2007) wskazują, że matki karmiące piersią śpią średnio 40 minut dłużej każdej nocy w porównaniu do matek karmiących mlekiem modyfikowanym. Te różnice

wynikają z mniejszego rozbudzania się w trakcie pobudek (brak konieczności zapalania światła by przygotować mieszankę), nasennego działania hormonów laktacyjnych na matkę (prolaktyna i oksytocyna) oraz szybszego zasypiania dzieci karmionych piersią (z uwagi na zawartość w nocnym mleku kobiecym melatoniny i tryptofanu).

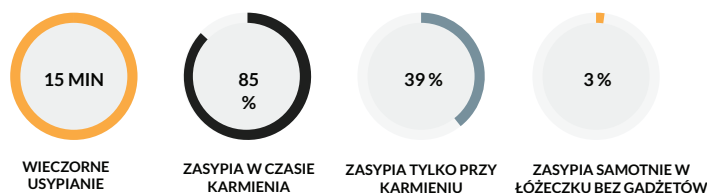
Jednym z najpoważniejszych problemów współczesnej zachodniej pediatrii jest niechęć do uznania tego, że konsolidacja snu u niemowląt jest drugorzędna względem krótko- i długoterminowych korzyści płynących z nocnych karmień piersią!

PROF. JAMES MCKENNA

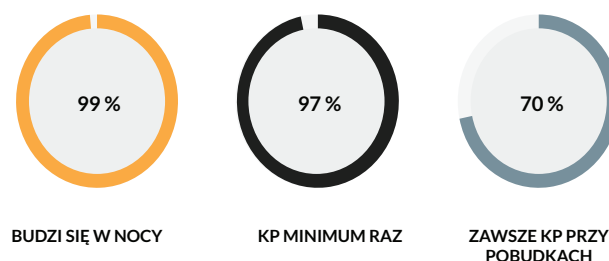
Podobnie jak w nauce o laktacji mówimy o rzeczywistym niedoborze pokarmu i pozornym niedoborze pokarmu, podobnie w przypadku populacji pediatrycznej część dzieci doświadcza rzeczywistych zaburzenia snu, ale część mieści się w szerokich granicach normy, a normalne dla niemowląt i małych dzieci zachowania są interpretowane przez rodziców jako zaburzenia snu (pozorne).

Punktem odniesienia mogą być moje badania na populacji zdrowych polskich dzieci karmionych piersią w wieku 0–3 r.ż. (2018)

CO SIĘ DZIEJE WIECZOREM?



CO SIĘ DZIEJE W NOCY?



Warto być świadomym, że nierealne oczekiwania wobec snu są często powodem wprowadzenia dokarmiania mieszanką lub przedwczesnego rozszerzania diety.

Tymczasem ani wprowadzenie kaszek zbożowych przed 6 m.ż., ani rozszerzanie diety nie zmienia liczby pobudek u niemowląt (Macknin et al., 1989; Brown et al., 2015).

W kontekście rozszerzania diety istotne jest zwracanie uwagi na 3 elementy:

- odpowiednia liczba posiłków uzupełniających (często zbyt mało);
- odpowiednia gęstość energetyczna i odżywcza posiłków i przekąsek (często zbyt niska);
- źródła żelaza w każdym posiłku i przekąsce; dbanie o podaż DHA.

CO POWINNO NAS ZANIEPOKOIĆ?

Do diagnozy kierujemy pacjenta, który prezentuje przynajmniej jeden z poniższych objawów:

- Bardzo częste pobudki (bloki snu < 1,5 h)
- Pobudki z płaczem
- Dodatkowe objawy oraz niepokojące zachowania także w ciągu dnia
- Bardzo długo trzeba usypiać za każdym razem
- Długość snu znacznie odbiegająca od rekomendowanych

REKOMENDACJE AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (2016):

- 0–3 miesiąc życia – brak norm
- 4–12 miesiąc życia – 12–16 godzin na dobę, w tym drzemki w ciągu dnia
- 1–2 rok życia – 11–14 godzin na dobę, w tym drzemki w ciągu dnia
- 3–5 rok życia – 10–13 godzin na dobę, w tym drzemki w ciągu dnia

„Stosowanie treningu snu u dzieci młodszych niż 6 miesięcy jest nie tylko nieskuteczne na dłuższą metę, ale także szkodliwe dla nich i dla ich matek. Interwencje nastawione na naukę zasypiania zwiększają ilość płaczu niemowląt, nie chronią ich przed problemami ze snem i zachowaniem w późniejszym dzieciństwie oraz zwiększają ryzyko śmierci łóżeczkowej. Nie chronią również matek przed depresją poporodową, za to zwiększają ryzyko problemów z laktacją i pogłębiają lęki związane z macierzyństwem”

Douglas P., Hill P., 2013

PROBLEMY ZDROWOTNE A SEN – główne przyczyny:

- problemy z karmieniem
- infekcje
- alergie i nietolerancje pokarmowe
- AZS, ŁZS
- choroba refluksowa
- zaburzenia napięcia mięśniowego
- anemia z niedoboru żelaza
- niedobór DHA, wit. D3
- całościowe zaburzenia rozwoju

Zespół terapeutyczny, zajmujący się diagnozą oraz leczeniem zaburzeń snu u niemowląt i małych dzieci, składa się najczęściej z co najmniej kilku z poniższych specjalistów:

- doradca laktacyjny
- lekarz pediatra
- lekarze innych specjalizacji
- fizjoterapeuta
- logopeda
- mioterapeuta
- psycholog

„PIERWSZA POMOC” – co możemy doradzić rodzicom?

Bezpieczny sen

Absolutną podstawą wszelkich interwencji jest stworzenie bezpiecznych warunków do snu (zmniejszających ryzyko tzw. śmierci łóżeczkowej – SIDS) – potrzeba rzetelnej edukacji, zwłaszcza względem rodziców, którzy podejmują decyzję o spaniu z niemowlęciem w jednym łóżku. Źródłem wiedzy na temat edukacji rodziców w temacie bezpiecznego snu może być broszura UNICEF UK Co-sleeping guide for health professionals.

Higiena snu

Na co zwrócić uwagę?

- kofeina do 300 mg;
- przygotowanie sypialni;
- odpowiedni ubiór do snu;
- stałe pory wstawania i kładzenia się;
- aktywność, spacer na dworze;
- łóżko tylko do snu;

- bez ekranów do 2 urodzin;
- rytuał wieczorny;
- spokój rodzica.

Zaburzenia psychiczne rodziców – zarówno depresja poporodowa, jak i PTSD, zaburzenia lękowe, ChAD i inne – wpływają na sen ich dzieci (mechanizm tzw. „błędnego koła”). Zdarza się, że matki karmiące piersią odwołują leczenie, ponieważ obawiają się farmakoterapii (istotne jest przekazanie informacji o możliwości łączenia karmienia naturalnego z leczeniem farmakologicznym wielu zaburzeń psychicznych i pokierowanie do specjalisty). Warto zwrócić uwagę przede wszystkim na rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie, dzieci chorych, dzieci z niepełnosprawnością, matki z doświadczeniem trudnego porodu, rodziców, którzy przed pojawieniem się dziecka mieli trudności psychiczne.

Rodziny, w których występują zaburzenia snu u dzieci lub którzy subiektywnie odczuwają normalne zachowania dzieci jako trudność, potrzebują wsparcia profesjonalistów, w tym wsparcia psychologicznego oraz wsparcia emocjonalnego – warto wskazywać miejsca, w których mogą spotykać się z innymi rodzicami, także online (np. grupa na Facebooku: Wymagajace.pl).

Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo

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

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

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

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

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

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



cnol.kobiety.med.pl