

Dlaczego KAŻDA przyszła mama powinna iść do szkoły rodzenia?

Różne przeprowadzane na przestrzeni lat badania szacunkowe, mówią, że niewielki odsetek przyszłych matek korzysta ze szkół rodzenia, odpowiada za to:

- brak wiedzy o możliwości udziału w zajęciach
- przeświadczenie, że przy zakończeniu ciąży drogą cięcia cesarskiego, nie ma takiej potrzeby
- brak dostępu
- przekonanie, że nie jest potrzebna

Tymczasem kobieta (i mężczyzna) po szkole rodzenia są o wiele lepiej przygotowani nie tylko do porodu fizjologicznego, ale do porodu w ogóle, kobieta jest bardziej aktywna, rzadziej korzysta ze znieczulenia ZOP, młodzi rodzice wiedzą co zabrać do szpitala, jak się przygotować, na co zwrócić uwagę, lepiej są też przygotowani do opieki nad dzieckiem, a ich rodzicielstwo jest bardziej świadome.

Czego się dowiesz na zajęciach szkoły rodzenia:

1. aktualna wiedza nt Standardu, karmienia piersią (nie daj nabić się w butelkę), zaleceń dot. szczepień, badań przesiewowych i innych procedur medycznych
2. przed porodem
 1. torba do szpitala – jak pakować
 2. jak wybrać szpital?
 3. plan porodu i opieki nad noworodkiem
 4. kiedy zaczyna się poród – co robić
3. przebieg porodu fizjologicznego,
 1. poród aktywny, pozycje
 2. poród w wodzie
 3. poród domowy

4. niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu
5. oddychanie (można wykorzystać także w trakcie cięcia cesarskiego)
6. relaksacja
7. masaż
4. stany wymagające interwencji położnika
 1. wskazania do użycia kleszczy
 2. wskazania do użycia próżnościagu
 3. wskazania do nacięcia krocza
 4. wskazania do ciągłego monitorowania przebiegu porodu (zgodnie ze Standardem, kobieta ma prawo aktywnego porodu w każdym jego okresie, a zapis KTG nie powinien trwać dłużej niż 15-20 min na godzinę, pomiędzy wystarczy osłuchiwanie tonów serca przez kilka sek po skurczu)
 5. wskazania do zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego w trybie nagłym
5. po porodzie
 1. do czego ma prawo kobieta po porodzie fizjologicznym i cięciu cesarskim
 2. przebieg wczesnego połogu
 3. pielęgnacji krocza lub blizny poporodowej
6. karmienie piersią
 1. jak i kiedy zainicjować karmienie piersią
 2. jakie można natrafić problemy w pierwszych dobach
 3. ocena brodawek sutkowych, rozpoznanie ewentualnych problemów w inicjacji i przygotowanie się na nie
 4. przebieg karmienia piersią od pierwszej chwili do stabilizacji laktacji
 5. akcesoria wspierające i zaburzające karmienie naturalne
7. opieka nad noworodkiem
 1. kąpiel
 2. przewijanie
 3. pielęgnacja skóry
 4. dobór akcesoriów
8. niektóre szkoły proponują również zajęcia nt

1. chust
2. doboru fotelika
3. ekologicznego rodzicielstwa
9. ponadto w ofercie szkół są
 1. zajęcia z fizjoterapeuta
 2. gimnastyka
 3. joga
10. kim jest doula?

CZYM SIĘ KIEROWAĆ WYBIERAJĄC SZKOŁĘ RODZENIA?

1. opiniami innych matek
2. doświadczeniem i wiedzą osób prowadzących zajęcia (szkoła nie musi być prowadzona przez położną, ale warto by zajęcia z porodu były prowadzone przez specjalistkę – położną)
3. jakimi wytycznymi kieruje się w kwestii karmienia piersią idealnie jeśli zajęcia prowadzone są przez IBCLC lub CDL
4. czy może pochwalić się certyfikatami fundacji „Rodzić po ludzku”

Do wyboru są szkoły płatne i bezpłatne (zwykle przyszpitalne, te niestety nie są dość obiektywne)

Kiedy iść do szkoły rodzenia?> – optymalnie to 6 miesiąc ciąży

Do porodu może również przygotować położna środowiskowo – rodzinna, Standard gwarantuje kobiecie opiekę przedporodową od 21-31 tyg ciąży – raz w tyg, a od 32 tyg ciąży 2x w tyg. Spotkania mają przygotować ciężarną do porodu i opieki nad dzieckiem, mają charakter edukacyjno – instruktażowy.

Źródła:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie

fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100)

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży,porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz.U. z 2015 r., poz. 2007)

Nagłówek: ceamny.org

Jak powstają artykuły?

Dziś napiszę Wam trochę inaczej. Jak to się dzieje, że na mlecznym wsparciu pojawiają się rzetelne artykuły. Co prawda czasem chochlik namiesza i wkradają się błędy, natomiast źródła to zupełnie inna kwestia.

EBM

EBM to skrót od ang. Evidence Based Medicine czyli medycyny opartej na dowodach (naukowych), gdzie w badaniach naukowych / klinicznych wykazano konkretne działanie / funkcjonowanie / zachowanie składu substancji np pokarmu, leku, funkcjonowania mózgu, układu odpornościowego czy innego układu czy organu w organizmie.

Standardy medyczne, zalecenia polskich konsultantów czy WHO opierają się zawsze na EBM, w każdym aspekcie swojej pracy i publikacji.

BADANIA NAUKOWE

Na czym polegają badania naukowe? Aby badanie zostało zatwierdzone i uznane jako wiarogodne badacz, lub zespół badawczy z danej placówki naukowo – badawczej, uniwersytetu lub innej uczelni, szpitala etc musi spełnić wiele wymogów.

1. odpowiednia próba czyli odpowiednia liczba osób biorących udział w danym badaniu (oczywiście mówimy o badaniach w których biorą ludzie)
2. podwójna / potrójna ślepa próba – oznacza to że badana grupa dzielona jest na 2-3 grupy, z których część otrzymuje substancję badaną, pozostała część placebo (czyli substancję nie mającą działania leczniczego) w próbie potrójnej trzecia grupa otrzymuje substancję alternatywną, o udokumentowanym działaniu, dopuszczoną do obiegu. | Żadna osoba nie wie jaką substancję dostaje, a dobór jest przypadkowy, czyli o tym jaką substancję otrzymuje pacjent decyduje przypadek – dlatego próba nazywana jest ślepą
3. w przypadku dzieci karmionych piersią i mieszanką porównuje się składy pokarmu ale i to w jaki sposób rozwija się mózg – MRI (rezonans magnetyczny), ocenia się stolec, w przypadku różnych schematów wychowania porównuje się mózgi j.w. Ocenie podlegają również psychologiczne aspekty rozwoju i znowu porównuje się je ze względu na sposób żywienia, na sposób wychowania etc
4. szczepionki bada się dokładnie tak samo jak w poprzednich. Ze względu na zasięg, są najlepiej przebadanym lekiem obok takich substancji jak aspiryna, paracetamol czy ibuprofen. Czyli przeprowadza się badania naukowe mające na celu opracowanie receptury, a następnie przeprowadza się badania kliniczne.
5. Każda substancja co do której są jakiejkolwiek wątpliwości nie dostanie dopuszczenia do użytkowania

Czasem się zdarza, że badania prowadzone w różnych ośrodkach dochodzą do rozbieżnych wniosków, oczywiście wiąże się to z różnymi założeniami i sposobem prowadzenia badań.

Czasami dany badacz weryfikuje po kilku latach wyniki swoich badań, tak miało miejsce w Australii kilka lat temu. W 2011 roku badacz australijski Piter Gibson⁽¹⁾ przedstawił wyniki swoich badań nt nadwrażliwości na gluten zdrowych osób, które po spożyciu produktów zawierających gluten skarżyły się na dolegliwości ze strony układu pokarmowego, opublikował wyniki i ruszyła machina sugerująca, że gluten szkodzi wszystkim. Nie trzeba było długo czekać na książki nt. szkodliwości glutenu i że najzdrowsza jest dieta bezglutenowa. Producenci żywności bezglutenowej z niszowych stali się ważną gałęzią przemysłu spożywczego, a ich produkty zawitały w sklepach ogólnodostępnych. Gibson jednak nie poprzestał na jednym badaniu i postanowił temat zgłębić, na podwójnej ślepej próbie z typu cross-over z wykorzystaniem placebo (tzn ze pacjencji korzystali z różnych diet w różnych okresach badania jedna z grup na każdym etapie otrzymywała produkty placebo):

Gibson zakwalifikował do podwójnie ślepego badania starannie wyselekcjonowanych 37 ochotników, wszystkie osoby przez pierwsze 2 tyg były na diecie o obniżonej zawartości glutenu (dieta FODMAP stosowana w zespole jelita drażliwego „*Dieta FODMAP to dieta o małej zawartości fermentujących oligo-, di- i monosacharydów oraz polioli (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols – FODMAP. Badania wykazały, że węglowodany łatwo fermentujące, słabo wchłaniane i o wysokim ciśnieniu osmotycznym, do których zalicza się fruktozę, laktozę, fruktany oraz alkohole polihydroksylowe (do grupy tej zalicza się sztuczne środki słodzące, takie jak sorbitol, mannitol, maltitol, ksylitol) mogą nasilać objawy IBS,*”⁽²⁾)), następnie pacjenci otrzymywali posiłki: wysokogluténowe, niskogluténowe lub placebo przez okres 1 tygodnia, kolejne 2 tyg to okres oczyszczania i zmiana diety. O przydziale diety decydował losowo komputer, a nadzorował to

niezależny obserwator. Osoby, które odczuwały dolegliwości ze strony układu pokarmowego, pozostawały w badaniu bez diety (tzn jadły inne kontrolowane posiłki niż uczestnicy badania), miały diagnostykę krwi, stolca, oraz prowadziły pamiętnik i wracały do badania w kolejnym etapie.

Po 8-17 miesiącach uczestnicy zostali poproszeni na ponowne badanie, jednakże teraz było krótsze 3 dni diety 3 dni „wypłukiwania” i nieco na innej zasadzie.

Na początkowym 7-dniowym okresie próbnym, podstawą diety było jedzenie bezglutenowe i niska zawartość FODMAPs, główny spust objawów jelitowych. W okresach leczenia 3 dniowego, dieta miała następujący włączony: 16 g / d gluten pełnoziarnisty (grupa o wysokiej zawartości glutenu w posiłkach), 2 g / d glutenu pełnoziarnistego / d, a 14 g / d, izolat białek serwatkowych (grupa o niskiej zawartości glutenu w posiłkach) lub 16 g / d, izolat białek serwatkowych (grupa placebo).

WNIOSKI:

Tylko 6 uczestników (16% całkowitej grupy badawczej) miała średni wzrost ogólnych objawów brzusznych > 20 mm o wysokiej zawartości glutenu ramienia w porównaniu z tymi, które w okresie wprowadzenia. Troje spośród pacjentów było pozytywne zdiagnozowane w kierunku celiakii HLA-DQ2 i 3 były HLA-DQ2 ośmioro negatywne. Tylko jeden z tych pacjentów miała również pozytywną reakcję w trakcie diety o niskiej zawartości glutenu. Trzech pacjentów miało również pozytywną odpowiedź na placebo. Jeden pacjent zareagował we wszystkich 3 częściach badania. Nie obserwowano efektu dawkowania glutenu, a specyficzne objawy reakcji zaobserwowano jedynie 3 pacjentów (8% całej grupy). Jedenastu uczestników (30%) miało pozytywną odpowiedź w ogólnego nasilenia objawów w grupie placebo, z których 8 zareagowało również w grupie niskiej zawartości glutenu. Tylko jeden z 8 odpowiedział w części o wysokiej zawartości glutenu. Siedem osób (19% ogółu)

badania serwatki miał specyficzne objawowych odpowiedzi.

Badanie nie wykazało zależności pomiędzy stosowaną dietą a objawami.

Oba badania zostały zatwierdzone przez Komisję Etyki Badań i Zdrowia Wschodniej oraz protokół 7-dniowy również został zarejestrowany w Australii i Nowej Zelandii Clinical Trials Register (ANZCTR): ACTRN12610000524099. Wszyscy autorzy mieli dostęp do danych, badania i dokonały przeglądu i zatwierdziło ostateczną wersję.

Badania prowadzone są wszędzie na całym świecie, ale wszędzie muszą spełnić określone warunki, aby mogły zostać zatwierdzone i opublikowane. Do tego mogą zostać opublikowane w nisko punktowanych periodykach, lub renomowanych czasopismach naukowych o wysokiej punktacji Impact Factor (IF). Na tej liście znajduje się 11271, za opublikowanie w najlepszych badacz może otrzymać nawet 50 punktów, oznacza to, że jego badania mają najwyższy współczynnik jakości, badania zostały przeprowadzone w dbałości o każdy szczegół, są rzetelne i wiarygodne. A samo badanie zostaje wpisane do Journal Citation Reports.

W swoich opracowaniach korzystam z bazy PubMed, jest to baza wszelkich zarejestrowanych publikacji naukowych z całego świata. Ponad to korzystam z publikacji The European Academy of Allergy and Clinical Immunology (Europejska Akademia Alergii i Immunologii Klinicznej) – Pediatric, Allergy and Immunology oraz The Pediatrics Amerykańskiej Akademii Pediatricznej, W razie konieczności z publikacji w innych naukowych pismach.

Oprócz periodyków międzynarodowych dostępnych on line, korzystam również z branżowych publikacji polskich: „Medycyna Praktyczna”, „Standardy Medyczne”, „Neonatologia” czy

„Czytelnia medyczna”, do tego warto dodać strony prowadzone przez takie autorytety w dziedzinie laktacji jak Jack Newman, Kelly Bonyata (i inne IBCLC) czy La Leche League International, a w polsce Centrum Nauki o Laktacji.

W swoich publikacjach korzystam także z literatury medycznej – czyli książek wydawnictw medycznych i naukowych: PZWL, Czelej, PWN, oraz publikacji wydawnictw uczelnianych.

Zbieranie literatury często to długotrwały proces, niektóre artykuły piszą się szybciej inne powstają długo, gdyż temat jest trudny a staram się go sprawić dostępnym dla każdego, lub trudno o dobrą literaturę w danym temacie. Czasem zgłębiając temat, sama jestem zaskoczona wynikami, czasem spodziewam się zupełnie innych wniosków, bo w „internetach” wiele jest uproszczeń, zafałszowań, czy manipulacji wynikami badań.

Źródła:

1. mgr Dominika Wnęk, dietetyk, „Dieta FODMAP (dieta zalecana w zespole jelita drażliwego)”, medycyna praktyczna
2. P. R. Gibson, S. L. Peters, i współpracownicy „No Effects of Gluten in Patients With Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity After Dietary Reduction of Fermentable, Poorly Absorbed, Short-Chain Carbohydrates”, GASTROENTEROLOGY 2013;145:320–328

Redukcja ryzyka wystąpienia

nowotworu piersi i jajników u matki karmiącej piersią w różnych sytuacjach klinicznych (BRCA1 i BRCA2, inne mutacje spowodowane przez czynniki fizyczne i chemiczne)

W ostatnich tygodniach pisałam o czynnikach ryzyka oraz profilaktyce nowotworów piersi i narządów rodnych, dziś na podsumowanie napiszę o wpływie karmienia piersią na rozwój nowotworów.

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań potwierdzających fakt, że na zwiększenie liczby nowotworów wśród kobiet ma wpływ rezygnacja z karmienia naturalnego.

Badacze skupili się na różnych czynnikach związanych z karmieniem piersią i wyciągnęli wnioski, iż za zmniejszenie ryzyka odpowiadają:

- Zmiana trybu życia kobiet decydujących się na dziecko i naturalna dieta matek ciężarnych i karmiących piersią, oraz unikanie używek
- Zmniejszenie liczby miesiączek, a tym samym obniżenie poziomu estrogenów
- Produkcja pokarmu przez 24/7 hamuje rozwój komórek nowotworowych

BRCA1 i celebryci

Kilka lat temu świat obiegła szokująca wiadomość. Angelina Jolie zdecydowała się usunąć obie piersi oraz jajniki. Jej

mama i ciocia (siostra) zmarły na raka, Angelina zdecydowała się przeprowadzić badanie genetyczne, które wykazało, że jest genetycznie obciążona mutacją genu BRCA1, mutacja tego genu odpowiada za nowotwór złośliwy piersi, jajników, a w przypadku mężczyzn trzustki, jednak znacznie rzadziej niż rak piersi. Magazyn „People” opublikował wypowiedź aktorki dla telewizji śniadaniowej GMTV, w której opowiadała o tym jak trudne jest jednoczesne karmienie bliźniąt i że po 3 miesiącach zdecydowała się zakończyć karmienie piersią. Podobnie było ze starszą córką Shiloh, też karmioną tylko 3m.

Badania szacują ryzyko rozwoju nowotworu piersi w wyniku mutacji BRCA na 80% do 90% i 37% -56%, wg różnych źródeł, nieznacznie niższe na rozwój raka jajnika. Jedną z metod prewencji jest usunięcie narządów odpowiedzialnych za rozwój raka, w tym przypadku mastektomia i ooforektomia, na które zdecydowała się amerykańska aktorka, nie ma jednak pewności, czy usunięcie piersi i jajników, faktycznie zabezpiecza przed rozwojem nowotworu, jednocześnie jest zobligowana do przyjmowania hormonalnej terapii zastępczej, syntetycznych hormonów wytwarzanych przez jajniki (progesteron, estrogeny – estron (E1), estradiol (E2) i estriol (E3), relaksyna i androgeny), a nie do końca jest znany ich wpływ na organizm. Są głosy twierdzące, że wszelkie terapie hormonalne (antykoncepcja, terapia okołomenopauzalna) sprzyjają rozwojowi nowotworów. Dodatkowo mutacja BRCA1 odpowiada również za rozwój nowotworu trzustki, więc czy usunięcie piersi i jajników nie skieruje procesu nowotworowego w tym kierunku?

Wiele badań wykazało pozytywny wpływ karmienia piersią na prewencję rozwoju nowotworów jajników i piersi, w przypadku mutacji BRCA1.

W dużym badaniu międzynarodowym stwierdzono, iż ryzyko zachorowania na raka piersi zmniejszyło się o 4,3% w przypadku kobiet, które karmiły łącznie 12 miesięcy oraz o 27% w przypadku kobiet, które karmiły piersią 55 miesięcy.

ROZWÓJ SUTKA I ZACHOROWALNOŚĆ NA RAKA

Szacuje się, że największa zachorowalność na raka sutka następuje w okresie przedmenopauzalnym i maleje w wieku postmenopauzalnym, jak pisałam w artykule Budowa gruczołu sutkowego (piersi), fizjologia i stabilizacja laktacji. Proces rozwoju gruczołów sutkowych rozpoczyna się w okresie dojrzewania, następnie czeka i w okresie ciąży i inicjacji laktacji następuje ostateczne dojrzewanie i przygotowanie do karmienia potomstwa. Przypuszcza się, że wczesna prokreacja powiązana z karmieniem piersią, blokuje rozwój patogennych komórek, gdyż ochrona trwa jeszcze po zakończeniu karmienia piersią, a więc im częściej kobieta jest w ciąży i dłużej karmi piersią, tym mniejsze jest ryzyko rozwoju nowotworu piersi pod wpływem czynników mutagennych (fizycznych i chemicznych), jak i uwarunkowanych genetycznie – mutacja BRCA1. W kwestii mutacji BRCA2 brak jednoznacznych dowodów, gdyż, nie ma możliwości zebrania odpowiednio dużej próby badawczej. Jednocześnie ryzyko rozwoju nowotworów znacząco wzrasta u kobiet, które nie były w ciąży lub nie karmiły piersią.

Ryzyko rozwoju raka związane jest z liczbą owulacji, a więc u kobiet, które wcześniej zaczęły miesiączkowanie, znacząco wzrasta ryzyko rozwoju raka piersi. Jednocześnie obserwuje się spadek ryzyka w grupie kobiet, u których wystąpiły przerwy w miesiączkowaniu z tytułu licznych ciąż i karmieni piersią. Karmienie piersią może tym samym obniżyć ryzyko raka piersi pośrednio poprzez opóźnianie powrotu owulacji po porodzie. Badania wskazują, kobiety karmiące piersią wyłącznie w trakcie pierwszych 6 miesięcy po porodzie mają niskie (1% -5%) tempo owulacji.

Podsumowując dane potwierdzają hipotezę, że czynniki hormonalne i reprodukcyjne mogą modyfikować ryzyko wystąpienia raka piersi lub jajnika u kobiet z mutacją w genie BRCA1. Okazało się, także, że rok lub więcej lat karmienia u kobiet mutacją BRCA1 było związane z efektywnym zmniejszeniem

ryzyka rozwoju raka piersi do 45%.

Karmienie piersią zostało uwzględnione w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem pod patronatem WHO – Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem. Kodeks składa się z 12 kroków

1. Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci
2. Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego. Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu.
3. Utrzymuj prawidłową masę ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu. Ogranicz czas spędzany na siedząco.
5. Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:
 - jedz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców;
 - ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych;
 - unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą zawartością soli.
6. Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie. Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne (dotyczy to szczególnie dzieci). Chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej. Nie korzystaj z solarium.
8. Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy. Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu. Podejmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.
10. Kobiety inny pamiętać o tym, że
 - **karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią;**

- hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych rodzajów nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.
11. Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków);
 - wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).
12. Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:
- raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet);
 - raka piersi (zalecenie dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn);
 - raka szyjki macicy (u kobiet).

Źródła

- Easton DF, Ford D, Bishop DT. Breast and ovarian cancer incidence in BRCA1-mutation carriers. Breast Cancer Linkage Consortium. Am J Hum Genet1995;56:265–71.
- Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. Am J Hum Genet1998;62:676–89.
- Thorlacius S, Struwing JP, Hartge P, Olafsdottir GH, Sigvaldason H, Tryggvadottir L, et al. Population-based study of risk of breast cancer in carriers of BRCA2 mutation. Lancet 1998;352:1337–9.
- Struwing JP, Hartge P, Wacholder S, Baker SM, Berlin M, McAdams M, et al. The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. N Engl J Med 1997;336:1401–8.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast

Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002;360:187–95.

- Henderson BE, Pike MC, Casagrande JT. Breast cancer and the oestrogen window hypothesis [letter]. Lancet 1981;2:363–4.
- Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, et al. Risk of ovulation during lactation. Lancet 1990;335:25–9.
- Narod SA. Modifiers of risk of hereditary breast and ovarian cancer. Nat Rev Cancer 2002;2:113–23
- <http://www.kodekswalkizrakiem.pl/kodeks/>