

Ból i infekcja w trakcie karmienia piersią

LEGENDA DO OZNACZEŃ W ARTYKULE:

WOLNO

NIE WOLNO

Jesień i zima to czas kiedy słońca jest mniej, a mniej słońca to mniej witaminy D, a nawet jak już jest słonecznie, to powierzchnia absorpcji jest mała, skutkiem tego spada odporność organizmu, zwłaszcza jeśli w okresie letnim, dokładnie skóra była pokryta filtrami blokującymi jej syntezę.

GORĄCZKA, BÓL I STAN ZAPALNY

1. Ibuprofen (1200 mg/dobę) – lek przeciwbólowy, PRZECIWZAPALNY!!!, przeciwgorączkowy
2. Paracetamol (3000 mg/dobę) – przeciwgorączkowo i przeciwbólowa, ale UWAGA nie jest przeciwzapalny
3. Kodeina – jako wzmocnienie przeciwbólowe powyższych (doraźnie), obserwować dziecko, może działać uspokajająco i nasennie
4. Ketonal (NA RECEPTĘ) – przeciwbólowo, przeciwzapalnie – jeśli inne leki nie pomagają, można brać Ketoprofenum ale kuracja nie powinna trwać zbyt długo i należy starać się przyjmować jak najmniejszą dawkę.
5. Tramal (NA RECEPTĘ) – przeciwbólowo, doraźnie

PRZEZIĘBIENIE

wszelkie domowe i naturalne wyciągi roślinne i sposoby, a więc miód, propolis, pyłek pszczeli (ew. obnóża) świetny jest syrop z cebuli białej i czerwonej i czosnku zalanych miodem lipowym, gęsty napar z lipy, sok malinowy etc

MLEKO KROWIE – zaflegmia, jest śluzotwórcze, a przetwory wychładzają, warto na jakiś czas zrezygnować z nabiału

z metod farmakologicznych

Katar (wszystkie leki miejscowe do nosa, oczu, uszu)

1. Pseudoefydryana – działa pobudzająco lub uspakajająco (może także tak działać na dziecko), ma działanie delikatnie spowalniające laktację, można stosować w unormowanej laktacji nie zaleca się w pierwszych 6 tyg.życia dziecka
2. Oxymetazolini hydrochloridum (Nasivin soft, Acatar)
3. Xylometazolini hydrochloridum (Otrivin, Sudafed HA) – działanie miejscowe

wszelkie preparaty, płukanki i tabletki na gardło (szałwia może nieznacznie zmniejszyć laktację – ale tylko ta spożywana, nie w formie płukanki)

większość syropów i tabletek na kaszel tak wykrztuśnych jak i przeciwkaszlowych

preparaty przeciwwirusowe zawierające: inosinum pranobexum (np isoprosine, groprinosin, neosine)

w razie konieczności należy udać się do lekarza, który w razie takiej konieczności przepisze bezpieczny antybiotyk z grupy penicylin lub cefuroksin

~~~~~  
**!!! UWAGA !!! NIE WOLNO !!!!**  
~~~~~

**POLOPIRYNY
ASPIRYNY
PYRALGINY**

mogą powodować zespół Raye'a

Gardło:

1. Benzalkonii chloridum (Septoplete, Cholisept)

2. Cholinex
3. Tymsal
4. Syrop z prawoślazu
5. Tymianek podbiał
6. Herbitusin
7. Natursept
8. Gardimax
9. Neo-Angin
10. Hascosept
11. Glosal
12. Tantum Verde
13. Orofar
14. Strepsils

Kaszel

1. Syrop z prawoślazu
2. ACC – wykrztuśne
3. Mucosolvan – wykrztuśne
4. Sinupred – wykrztuśne
5. Berodual (recepta) – nebulizacja
6. Budezonit (recepta) – nebulizacja
7. Kodeina

alternatywne metody – naturalne:

1. propolis – na wodę lub cukier (odczekać aby odparował alkohol)
2. pyłek pszczelej lub obnóza – łyżkę stołową zalać 1/2 szklanki ciepłej wody i dodać łyżeczkę miodu do smaku zostawić na co najmniej 4 godziny, najlepiej 12 godzin, wypić -stosować 2x dziennie
3. bardzo gęsty napar z lipy kilka torebek zalać wrzątkiem i odstawić
4. syrop z cebuli – 2 duże cebule poszatkować i zalać miodem malinowym lub lipowym, zostawić aż puści sok
5. Syrop z buraka. Wydrążyć burak, zasypać cukrem i zapiec.
6. Syrop z mniszka, z czarnego bzu lub sosny

INFEKCJA UKŁADU MOCZOWEGO

Wyciąg z żurawiny wielkoowocowej, Urinal Intenese, Urinal itp

Jeśli dziecko nie jest wcześniakiem i nie jest noworodkiem (czyli ma co najmniej miesiąc) – Furaginum zgodnie z informacją na opakowaniu

w przypadku gdyby nie pomogło, należy udać się do lekarza aby przepisał antybiotyk z grup L1 lub L2 => Laktacyjny Leksykon Leków

BIEGUNKA, GRYPA ŻOŁĄDKOWA, GRYPA JELITOWA, WZDĘCIA

probiotyki z grupy enterokoków: np.: „Enterol”

Probiotyki odbudowujące wyściółkę jelitową: Lactobacillus delbruecki subs.bulgaricus , Bifidobacterim lactis np „trilac PLUS”

ponadto:

smecta, nifuroksazyd, czy odgazowana cola

ostatecznie

stoperan lub laremid

jeśli biegunka pomimo leczenia się utrzymuje należy udać się do lekarza po receptę na lek: HIDRASEC oraz wykonać posiew kału w kierunku bakterii z antybiogramem i zastosować leczenie antybiotykowe.

Ponadto na wzdęcia

mięta, rumianek,

simetikon (espumisan, ulgix wzdęcia)

REFLUKS, ZGAGA, PRZEJEDZENIE

1. surowe mleko w pierwszej potrzebie
2. Wszelkie leki zobojętniające kwasy
3. Inhibitory Pompy Protonowej a więc: Omeprazol (Polprazol, Bioprazol) i Pantoprazol (Anesteloc, Controloc), Esomeprazol (Emanera, Helides)
Ranigast w ostateczności

4. ponadto siemię lniane

5. natomiast mięta jest kwasopędna, może zaostrzać objawy refluku i zgagi

OPRYSZCZKA WARGOWA, OSPA WIETRZNA, PÓŁPASIEC

1. przypalić, np. spirytusem, to zapobiegnie dalszemu rozwojowi. Jeśli nic jeszcze nie widać, prawdopodobnie nic więcej nie trzeba zrobić.

2. jeśli widać już pęcherzyk, obowiązkowo zakleić plastrem Compeed na opryszczkę (lub podobnym). Jest to ważne, gdyż opryszczka przenosi się przez dotyk, i łatwo w ten sposób przenieść na dziecko.

3. można stosować wszystkie leki działające miejscowo zawierające Aciclovir lub Docosanol.

WE WSZYSTKICH POWYŻSZYCH CHOROBAH można stosować Aciclovir – na receptę (np.: Hascovir, Heviran)

Źródła:

<http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

<http://www.kobiety.med.pl/leki/search.php>

medycyna tradycyjna

Niniejszy tekst ma charakter informacyjny i nie zastąpi indywidualnej konsultacji z lekarzem pediatrą, internistą i doradcą laktacyjnym. Decyzję o podjęciu dalszych kroków mama musi podjąć sama na podstawie uzyskanej wiedzy.

lek. med. Magdalena Maczyta-Zajkowska

Co przyszła mama powinna wiedzieć o karmieniu piersią, czyli jak się przygotować?

Ciąża to okres przygotowań do nowej roli. Właśnie w tym czasie przyszłe mamy zastanawiają się nad sposobem żywienia niemowlęcia. Wybór, którego dokonają, może zaważyć na całym życiu ich dziecka. Decyzja o karmieniu piersią jest dla większości świeżo upieczonych mam na tyle oczywista, że nie przychodzi im do głowy odpowiednio się przygotować. Karmienie maleństwa mlekiem mamy jest naturalne, zdarzają się jednak wątpliwości, które warto rozwiązać, zanim na świecie pojawi się wyczekiwana istota.

NIE TRZEBA HARTOWAĆ BRODAWEK PRZED PORODEM.

PRAWIDŁOWO PRZYSTAWIANE DZIECKO SSIE BEZBOLEŚNIE.

1. BRODAWKI

Należy zwrócić uwagę na kształt brodawek. Ich wielkość i kształt, to czy są płaskie lub wklęsłe może mieć znaczenie przy przystawianiu dziecka do piersi. Zbyt płytkie uchwycenie przez dziecko brodawki może powodować ból u mamy i macerować brodawki. Warto dowiedzieć się w jaki sposób podawać je dziecku, aby uniknąć bólu i by bez problemu nauczyło się je ssać (bez dodatkowych gadżetów takich jak np.: kapturki). Można zaopatrzyć się w niplette, muszle laktacyjne, ale przede wszystkim wierzyć w siebie! Ty i dziecko jesteście do siebie dopasowani idealnie – Twoje piersi są stworzone po to, żeby właśnie Twoje dziecko z nich jadło. Dziecko nie wie jak powinna wyglądać „prawidłowa” brodawka, dlatego Twoja jest dla niego idealna, wystarczy, że nauczysz się ją prawidłowo podawać.

!!!WAŻNE!!!

Znaleźć zawczasu DOBREGO doradcę laktacyjnego, koleżankę z doświadczeniem

i wiedzą, która przyjedzie zaraz po porodzie i pomoże w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi, bez względu na kształt brodawek.

Znajdź też dobrą położną środowiskową, nie musisz brać pierwszej z POZ, i dobrego pediatrę – zrób casting – masz do tego prawo!

możesz skorzystać z naszych propozycji:

KTO POMOŻE CI W KARMIENIU PIERSIĄ?

POŁOŻNA Z POLECENIA

NIE POZWOLIĆ NA RUTYNOWE DOKARMIENIE MIESZANKĄ

BEZ ISTOTNYCH WSKAZAŃ MEDYCZNYCH

(uwaga żółtaczka nie jest wskazaniem do odstawienia, dokarmiania i pojenia glukozą)

2. WĘDZIDEŁKO

Upewnić się, czy dziecko nie ma krótkiego/krótkich wędzidełek:

- językowo
- wargowego

Krótkie wędzidełko utrudnia lub uniemożliwia prawidłowe ssanie piersi, pobieranie pokarmu, stymulowanie laktacji, może powodować ból podczas karmienia i macerować brodawki mamy.

3. GADŻETY

Sklepy z artykułami dla niemowląt oferują całą masę „niezbędnych” gadżetów. Tak na prawdę **do karmienia dziecka potrzeba tylko dwóch rzeczy: piersi i dziecka**. Dla mam po cięciu cesarskim – może przydać się specjalna poduszka, na której kładzie się dziecko do karmienia. Sprawdzi się też może zwinięty koc. Wszelkie dodatkowe gadżety mogą się przydać

później.



karmienie po cięciu cesarskim,
zdjęcie: babyonline.pl

- laktator (ręczny lub elektryczny, w zależności od potrzeb mamy)
- kubeczek do podawania pokarmu
- strzykawka z drenem – do podawania pokarmu
- ewentualnie torebki do przechowywania pokarmu

więcej na ten temat w artykule Alternatywne metody karmienia, dokarmiania i pojenia wcześniaków, noworodków i niemowląt

4. WKŁADKI LAKTACYJNE

Jednorazowe wkładki laktacyjne- na pierwsze dni i nawał. W razie konieczności warto zainwestować we wkładki wielorazowe. Potrzeba co najmniej 8-16 na dobę. Należy pamiętać o ich regularnym wymienianiu po każdym karmieniu, także tych jednorazowych. Minimalizuje to ryzyko infekcji piersi. Już 1 kropla mleka może spowodować rozwój bakterii i grzybów, tym

samym spowodować grzybicę lub zapalenie piersi.

5. BIUSTONOSZ

Wygodna bielizna na okres nawału. Ważne, żeby dobrze podtrzymywała nabrzmiałe piersi, jednocześnie ich nie uciskając. Zbyt ciasne staniki sprzyjają zastojom.

6. CHUSTA

Chusta tkana lub elastyczna. Pomoże w pierwszych tygodniach kiedy dziecko potrzebuje dużej bliskości lub kiedy pojawia się bóle brzuszka. Później będzie cudownym ułatwieniem w codziennym życiu

7. PROBIOTYKI

W III trymestrze mama powinna łykać probiotyki zawierające szczep *Lactobacillus rhamnosus* GG. Zminimalizuje to ryzyko wystąpienia alergii u dziecka, zwłaszcza jeśli jest obciążenie genetycznie w rodzinie, a dodatkowo poprawi pracę jelit mamy.

8. DIETA

Mama karmiąca piersią musi się przede wszystkim dobrze i zdrowo odżywiać, przez kilka pierwszych dni, dieta powinna być lżejsza, dopóki MAMA nie nabierze sił po porodzie, nie ma wskazań do stosowania specjalnych lekkostrawnych diet w okresie karmienia piersią, diet eliminacyjnych lub ograniczania niektórych produktów żywnościowych, za wyjątkiem używek. więcej o Diecie mamy karmiącej

9. PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE

Zebranie garści niezbędnych informacji na temat laktacji aby świadomie rozpocząć karmienie zaraz po porodzie. Twoja wiedza da Ci pewność siebie, nie będziesz skazana na łaskę i niewiedzę personelu szpitala. Należy pamiętać że spadek wagi po porodzie w granicach 10-15% jest fizjologiczny i wymaga jedynie obserwacji. Nie jest powodem do nadmiernego niepokoju. Badania wykazują, że taki spadek ma miejsce jedynie w szpitalach i nie jest obserwowany w przypadku porodów domowych, może więc mieć związek z procedurami szpitalnymi.

Dokładnych badań na ten temat nie przeprowadzono, ale warto poczytać o Małych przyrostach i spadku wagi, Czy istnieje brak pokarmu i pokarm małowartościowy oraz co zrobić, aby się udało – czyli 5 kroków do udanego karmienia piersią, że żółtaczka noworodkowa nie jest podstawą do odstawienia dziecka od piersi. Że **dziecko płacze z głodu, pragnienia i z miliona innych powodów i to, że chce ciągle być przy piersi to zupełnie normalne i wcale nie oznacza, że się nie najada (o tym świadczą przyrosty i mokre/brudne pieluszki).**

Jak powinno przebiegać pierwsze karmienie

10. EDUKOWANIE RODZINY

Warto uświadomić zawczasu rodzinę na temat przebiegu karmienia piersią, zachowań niemowlęcia, braku konieczności dopajania, dokarmiania i micie „słabego mleka„. Młoda mama potrzebuje dużo wyrozumiałości i wsparcia. Jest takie powiedzenie, że do wychowania dziecka potrzeba wioski.

Najważniejsze jest jednak, że kobiety karmiły piersią od wieków. Nie potrzebowały nic aby karmić. Dziecko było po prostu zawsze blisko mamy, co podnosiło poziom prolaktyny odpowiedzialnej za produkcję pokarmu. Dzieci nie znały smoczków, butelek i silikonowych kapturków, a więc ssały taką pierś jaką dostały po porodzie. Matki, babki i akuszerki wspierały położnice w drodze mlecznej, dzieci nie umierały, dlatego, że matka miała mało pokarmu, czy był on mało wartościowy ale wskutek chorób, braku badań i leków, a także braku elementarnych zasad higieny.

Źródła:

<http://www.kobiety.med.pl/cnol/>

0 noszeniu, chustach i nosidłach

Wózek to stosunkowo nowy wynalazek, pojawił się ok. 100-150 lat temu w Wielkiej Brytanii, na potrzeby arystokracji reszta świata nosiła w chustach. Jeszcze w trakcie wojny i bezpośrednio po niej, dzieci były noszone w chustach, nazywanych zapaskami. Naturalnym miejscem dla dziecka po porodzie jest bycie w bezpośrednim kontakcie z opiekunem, z matką. Człowiek, jako noszeniak, został do tego fizjologicznie przystosowany. Innymi przedstawicielami są małpy, lemury czy koala. Oprócz noszeniaków rozróżniamy jeszcze gniazdowniki (lisy, koty) i pozagniazdowniki (żyrafy, krowy).

Pierwsze 3 miesiące życia to inaczej 4-ty trymestr, przebywanie w bezpośrednim kontakcie z matką jest niezwykle istotne dla prawidłowego rozwoju i dojrzewania układu nerwowego dziecka, dzięki bliskości dziecko czerpie z matki równowagę termiczną, ale także oddechową czy rytm serca, a także emocjonalną, gdyż jego organizm jeszcze nie posiada systemu samoregulacji. Dlatego tak bardzo dzieci pragną być ały czas blisko matki i ssać pierś. **Dodatkowo pozostawianie dziecka w**



bliskim kontakcie z matką wpływa na podniesienie poziomu prolaktyny, a tym samym stymuluje laktację. Ponieważ człowiek stracił okrycie w postaci sierści, dziecko nie mogło się w nią wczepić, pomimo że jego ciało jest do tego przystosowane, jedna z pozostałości jest odruch moro (zaciskanie piąstek, przykurczanie nóżek i rączek w chwili zagrożenia pozwala mocniej trzymać się matki), ponieważ przez wieki człowiek był

gatunkiem koczowniczo-wędrującym, musiał przemieszczać się z dzieckiem, nosząc je.

Płacz dziecka jest zawsze oznaką potrzeby bliskości z opiekunem. Wśród społeczności pielęgnujących przebywanie z dzieckiem non stop nie obserwuje się płaczu dziecka. Jeśli się pojawia, nie trwa długo, gdyż rodzic odpowiada na przywoływanie zapewniając poczucie bezpieczeństwa i bliskość.

Kręgosłup niemowlęcia ma naturalny kształt litery C, położone na plecach podciąga nóżki. Dopiero dziecko chodzące przyjmuje postawę wyprostowaną, a jego kręgosłup kształt litery S. Niewskazane więc jest kładzenie małego dziecka na plecach, gdyż ta pozycja jest zwyczajnie niewygodna i нефизjologiczna. Kiedy podnosimy dziecko pod paszki podciąga ono nóżki. Dlatego bardzo złym rozwiązaniem jest pozostawienie dziecka w łóżeczku lub wózku, ograniczając mu bliskość.

Badania potwierdzają: „Dzieci kołysane po urodzeniu lepiej radzą sobie z adaptacją do życia poza organizmem matki i lepiej rozwijają się pod względem fizycznym i psychicznym, a długofalowo, lepiej sobie radzą w szkole.”

Noszenie w chuście jest przedłużeniem stymulacji sensorycznej z okresu ciąży: bujania oraz ścisłego otulenia.

RODZAJE CHUST I NOSIDEŁ:

1. chusta elastyczna – chusta wykonana z bawełny lub bawełny z domieszką elastanu. Pozwala na noszenie dziecka od pierwszych chwil życia. Chustę tę się wiąże, a następnie umieszcza w niej dziecko. Właściwości chusty wybaczą błędy, dzięki czemu jest ona dobra na początek dla niewprawionych rodziców.

2. chusta tkana – posiada splot skośno-krzyżowy, zakardowy lub diamentowy. Chusta nadaje się do noszenia od pierwszych dni

życia dziecka. Wymaga precyzyjnego wiązania i dociągania, a dzięki właściwościom uciągania pozwala na dobre dopasowanie. Daje możliwość różnych wiązań, noszenia tak na brzuchu jak i na plecach lub na biodrze.

3. chusta kółkowa – chusta pozwalająca nosić dziecko od urodzenia w „kołysce” lub na ramieniu. Reguluje się ją poprzez dociągnięcie tkaniny na kółku.

4. chusta pouch – kieszonka – produkowana jest w 3 rozmiarach; podobna do chusty kółkowej. Nie wymaga dociągania i jest odpowiednia dla dziecka leżącego.

5. nosidła azjatyckie – miękkie

np. mei-tai, pozwalają na noszenie dziecka teoretycznie od pierwszych dni życia dziecka. **Realnie zaleca się noszenie od chwili, gdy dziecko potrafi utrzymać pozycję siedzącą**, lub szycie małego nosidła na miarę, ale wadą jest, dzicko szybko z niego wyrasta

6. nosidło ergonomiczne – miękkie, łatwe i szybkie w zakładaniu i zdejmowaniu. Przeznaczona dla dzieci siedzących.

poniżej galeria, kliknij w zdjęcie aby zobaczyć więcej



chusta elastyczne, polekont



chusta tkana, lennylamb



chusta kułkowa, natibaby



chusta – pouch – jedrulino



nosidło mei tai – babytula



nosidło azjatyckie – podegi



nosidło ergonomiczne –
manduca

Wszystkie powyższe chusty i nosidła możesz kupić w naszym

sklepie:

sklep.mlecznewsparcie.pl

7. Nosidła usztywnione

W tym typie nosidła kończyny dziecka zwisają, ciężar spoczywa na kroczu dziecka, a kręgosłup jest nadmiernie obciążony. Nosząc dziecko przodem do świata dochodzi do nienaturalnego przeprostu kręgosłupa, a dziecko jest przestymulowane i nie ma możliwości wtulenia się w rodzica. W tym nosidle nie ma możliwości prawidłowego podparcia głowy dziecka. Może dojść do trwałego uszkodzenia kręgosłupa ujawniającego się nawet po wielu latach, dodatkowo zwisające bezwładnie nóżki dziecka są potracane, co naraża na uszkodzenie stawy biodrowe.

**TAKIE NOSIDŁO JEST NIEBEZPIECZNE I MOŻE POWODOWAĆ POWAŻNE
PROBLEMY W PÓŹNIEJSZYM ŻYCIU**



nosidło sztywne, tzw.
„wisiadło”, zdjęcie baby
bjorn



nosidło sztywne, tzw.

„wisiadło”, zdjęcie baby bjorn



nosidło sztywne, tzw.
„wisiadło”, ergonomiczne jedynie
z nazwy, zdjęcie baby bjorn

Źródła:

<http://www.babytula.pl/>

Bibliografia:

„Więź daje siłę” – Evelin Kirkilionis, wyd. 'mamania' 2011

„mądrzy rodzice” – Margot Sunderland, wyd. Świat Książki 2012

Konsultacja merytoryczna „doradca chustowy” – Ewa Radomska



Ulewianie i refluks u niemowląt

REFLUKS FIZJOLOGICZNY

Wiele mam martwi, kiedy dziecko ulewa, co jest zupełnie fizjologiczne, to tzw refluks fizjologiczny, kiedy niewielkie, lub większe ilości pokarmu cofają się z żołądka do ust a czasem na zewnątrz, mleko może mieć różną konsystencję, od zupełnie świeżej, po ściętą, tzw „twarożek” czy serwatkę. Nawet obfite ulanie po karmieniu nie jest powodem do niepokoju, zwłaszcza jeśli niemowlę dobrze przyrasta na wadze. Kiedy zatem należy się zacząć martwić? Kiedy dziecko zatrzymuje się w przyborach lub kiedy ulewa bardzo często i bardzo dużo

Przyczyną refluksu fizjologicznego jest niedojrzałość układu pokarmowego, a dokładnie niedojrzałość zwieracza przełyku, odpowiedzialnego za zamykanie treści w żołądku, u niemowląt zwyczajnie się nie domyka. Reflaks u niemowląt ustępuje naturalnie wraz z przyjęciem przez nie pozycji pionowej, czyli kiedy dziecko zaczyna siedzieć.

U dzieci, u których reflaks fizjologiczny jest nasilony, ważne jest podniesienie dziecka bezpośrednio po posiłku czyli pionizacja, to nie pozwala, wydostać się treści żołądkowej z powrotem do przełyku.

REFLUKS ŻOŁĄDKOWO – PRZEŁYKOWY

Mówimy o nim wówczas kiedy (nie wszystkie objawy muszą się pojawić):



Opis działania refluksu
żołądkowo – przełykowego
Źródło: www.refluks.pl

- niemowlę ulewa obficie (przed posiłkiem, po posiłku, w trakcie posiłku, pomiędzy posiłkami)
- niemowlę ulewa bardzo obficie, wręcz chlusta
- niemowlę nie lubi pozostawać w pozycji poziomej (niemalże od urodzenia domaga się pionizacji)
- ulewanie nie kończy się wraz z przyjęciem przez dziecko pozycji siedzącej, potrafi się utrzymywać nawet do roku
- dziecko kaszle położone w pozycji poziomej
- dziecku nasilają się objawy po spożyciu produktów kwasotwórczych (np. cukru, kakao)

DIAGNOSTYKA

Aby potwierdzić refluks żołądkowo – przełykowy konieczna jest wizyta na oddziale gastroenterologicznym, gdzie przeprowadza się badania:

- **pH-metria** – małoinwazyjne badanie, które trwa przez dobę, polega na umieszczeniu na czczo w przełyku dziecka pH-metru, czyli specjalnego czujnika bieżącego poziom kwasów żołądkowych w przełyku w trakcie różnych czynności i w stosunku do posiłków. pH-metr to specjalna sonda wprowadzana przez nos dziecka połączona z urządzeniem zapisującym dane przyczepionym do paska, umieszczonego na pasie dziecka. Aby umieścić końcówkę

pH-metru na właściwym poziomie po jego wprowadzeniu do przełyku wykonuje się zdjęcie RTG.

- **MMI-pH** – wielokanałowa śródścienna impedancja połączona z pH-metrią, pozwala na stwierdzenie i rozpoznanie refluksu, niezależnie od pH przełyku i przyjmowanych leków przeciwrefleksowych i jest obecnie podstawa w diagnozowaniu refluksu (pacjent nie musi już być na czczo). Impedancja mierzy całkowity opór do płynącego prądu pomiędzy dwiema elektrodami. Wielokanałowa śródścienna impedancja jest zależna od zmian w oporności do płynącego prądu (impedancja) pomiędzy dwiema metalowymi elektrodami w kształcie pierścieni (odcinek pomiaru impedancji) generowanego przez obecność treści pokarmowej wewnątrz przełyku. Wielokanałowa śródścienna impedancja ocenia kierunek ruchu treści wewnątrz przełyku (postępowy przy połygnięciach lub wsteczny podczas refluksu żołądkowo-przełykowego) tak jak jest to zdefiniowane przez odcinki pomiaru wielokanałowej śródściennej impedancji umieszczone wewnątrz przełyku.
- **gastroskopia** – badanie wykonywane w znieczuleniu ogólnym, polega na wprowadzeniu do przełyku dziecka kamery w celu obejrzenia stanu śluzówki przełyku, żołądka, dwunastnicy, badanie jest obciążone ryzykiem powikłań: powikłania wynikające z podania anestetyków (leków anestezjologicznych – narkozy), uszkodzenia mechanicznego śluzówki przełyku, żołądka, dwunastnicy, może także powodować perforację, czyli przerwanie ciągłości oglądanych struktur, a tym samym doprowadzić do krwotoku wewnętrznego. Pomimo, że powikłania zdarzają się bardzo rzadko, należy mieć ich świadomość i unikać badania, które niesie takie ryzyko, jeśli nie jest to badanie ratujące życie.
- **badanie USG** – badanie oceniające stan jamy brzusznej i narządów, jest to badanie pomocnicze mające na celu wykrycie nieprawidłowości budowy układu pokarmowego i nie jest podstawą do diagnozowania refluksu, ze względu na wysokie ryzyko obarczenia błędem, nie stosuje się tej

metody diagnozowania na początku lat 2000-nych, badanie służy jedynie ocenie prawidłowego wyglądu narządów wewnętrznych.

- **badanie RTG / tomografia** – służy wykryciu wykrywać nieprawidłowości w przewodzie pokarmowym, takie jak niedrożność. Dziecko może otrzymać kontrast radiologiczny (bar) do wypicia przed testem.
- **reakcja na IPP** – Inhibitory Pompy Protonowej, czyli leki obniżające poziom kwasów żołądkowych, czyli poprawa stanu zdrowia małego pacjenta po wprowadzeniu leków.

DEBRIDAT – chociaż często wypisywany, jest lekiem na choroby o olbrzymim spektrum skutków ubocznych, należy być zawsze ostrożnym stosując ten preparat leczniczy.

LECZENIE

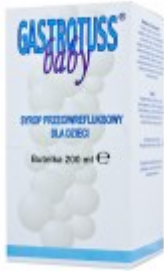
Leczenie polega głównie na podawaniu leków i zagęstników

**O SPOSOBIE LECZENIA DECYDUJE LEKARZ SPECJALISTA
GASTROENTEROLOG, PO PRZEPROWADZENIU WYWIADU LUB /I DIAGNOSTYKI**

- zagęstnik do mleka, rozprowadzany w niewielkiej ilości mleka i podawany bezpośrednio przed karmieniem piersią (czasem powoduje zaparcia)
- podawanie preparatów zobojętniających treść żołądkowa, działa osłonowo na przewód pokarmowy – poprawia komfort dziecka, np: Gastrotuss Baby
- podawanie inhibitorów pompy protonowej – omaprazolum (np polprazol, bioprazol) – decyduje lekarz
- stosowanie diety refleksowej u dziecka



zgęstnik treści jelitowej



preparat zobojętniający treść jelitową



inhibitor pompy protonowej, omepazol

Należy zauważyć, że u dzieci z alergiami, np na białka mleka, objawy refluksu, mogą się nasilać, wprowadzenie tak diety refleksowej u dzieci starszych (po rozszerzeniu diety), jak i wykluczanie alergenu z diety mamy i dziecka karmionego piersią, może zmniejszyć objawy refluksu.

Przeczytaj też o [NIETOLERANCJI LAKTOZY](#)

▪ Źródła:

<http://www.refluks.net.pl/>

- <http://refluks.pl/>
 - <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/infant-acid-reflux/diagnosis-treatment/drc-20351412>
 - <http://cornetis.pl/artykul/3330.html>
-

Mama karmi alergika – historie mam – cz.2

Historia Julka i jego mamy Martyny

Objawy zapalenia skóry wystąpiły u mojego dziecka w wieku 4,5 miesiąca (dzień po drugiej dawce szczepień). Z dnia na dzień skóra stawała się coraz bardziej czerwona, nie tylko w zgięciach, ale też na brzuchu, nogach i rękach. Węzły chłonne były bardzo powiększone. W najcięższym okresie zmiany skórne obejmowały 80% powierzchni ciała.

Lekarze, do których trafiłam w tym okresie nie byli zbyt pomocni (przepisywali maści ze sterydami, emolienty o koszmarnym składzie i kąpiele, które tylko pogarszały stan skóry, a w związku z tym, że już byłam na diecie bezmlecznej i bezglutenowej nie sugerowali dalszych ograniczeń).

Dużo czytałam o alergiach i AZS, aż w końcu trafiłam do grupy na Facebooku, gdzie zaopiekowała się naszym przypadkiem Emilia ☐ Zasugerowała wizytę u swojego alergologa oraz restrykcyjną dietę eliminacyjną i zmianę probiotyku. Przez 4 tygodnie jadłam tylko wskazane produkty (wieprzowinę, kaszę jaglaną, buraki, oliwę, sól) i piłam tylko wodę. Wszystko zawsze tej samej marki, z tego samego sklepu, produkty ekologiczne. Zaczęłam prowadzić bardzo szczegółowe notatki dotyczące posiłków, przebiegu dnia, stosowanych leków itp.

Po chwilowym pogorszeniu skóra zaczęła wyglądać dużo lepiej, aż objawy prawie całkowicie ustąpiły. Co ciekawe, na tej diecie ja sama czułam się bardzo dobrze.

<Często, pierwszym objawem po wprowadzeniu diety eliminacyjnej jest pogorszenie stanu skóry dziecka, związane uwalnianiem toksyn zgromadzonych w organizmie mamy.>[I]

Powoli zaczęłam rozszerzać swoją dietę i niestety produkty, które powszechnie uznawane są za bezpieczne u nas z miejsca odpadły (marchew, dynia). Kilka razy musiałam wracać niemalże do punktu wyjścia, ale odkryłam wiele nowych, zdrowych alternatyw. Zaczęłam zwracać większą uwagę na pochodzenie żywności.

Choć dziecko skończyło już 6 miesięcy wstrzymałam się z rozszerzaniem jego diety aż do 8 miesiąca życia. Stopniowo wprowadzałam do diety dziecka produkty z mojej diety, na które nie było reakcji alergicznej. Niestety metoda blw nie sprawdziła się w naszym przypadku (kontakt jedzenia ze skórą powodował reakcję).

Od rozpoczęcia diety eliminacyjnej minęło pół roku i ewentualne pogorszenia występują już na zaledwie 5% powierzchni ciała. Równocześnie z dietą zmieniłam sposób pielęgnacji, prowadziłam profilaktykę antyroztoczową i w dużej mierze zrezygnowałam z chemii w domu.

Kiedyś denerwowało, a teraz bawi mnie współczucie okazywana przez niektórych, że np. nie mogę zjeść czegoś „pysznego” np. ciasta z cukierni ☐

Martyna mama Julka

[I] – przypis redaktora

OPISZ SWOJĄ HISTORIĘ

Imię i nazwisko(required)

Email(required)

Temat

Komentarz(required)

Submit

Δ

Karmienie piersią po porodzie – doświadczenia własne mam, podziękowanie i moja prośba do was

Zadałam na kilku grupach na [facebooku](#) pytanie:

Powstaje nowy tekst, czego chciałybyście się dowiedzieć przed porodem, a o czym dowiedziałyście się za późno, jakie błędy popełniliście w pierwszym miesiącu życia, a chciałybyście ich uniknąć?

Piszcie – kompendium wiedzy dla przyszłych mam.

mleczne wsparcie

Co przyszła mama powinna wiedzieć o karmieniu piersią

20
STY



Ciąża to okres przygotowań do nowej funkcji, już teraz mamy zastanawiają się nad wyborem sposobu żywienia niemowlęcia. Wybór, którego teraz dokonają i to czy będą w nim trwać, może zaważyć na całym życiu ich dziecka.

Odpowiedzi jakie padły przytłoczyły mnie, w oparciu o te odpowiedzi powstanie więcej niż jeden artykuł co to co się dzieje w szkołach rodzenia, na porodówkach i potem w domach i przychodniach, w szpitalach pediatrycznych, przechodzi wszelkie pojęcie.

Moją intencja jest, aby ta strona stała się miejscem, do którego każda mama będzie mogła zajrzeć po garść rzetelnych informacji. Aby mamy przekazywały sobie ją jak dawniej matki, babki i akuszerki wspierały położnice w początkach macierzyństwa, to co było kiedyś intuicyjne, teraz podparte badaniami, doświadczeniami, widzą stało się nowym standardem.

Chcę aby ta strona stała kompendium wiedzy nie tylko dla mam ale także dla lekarzy. Mam nadzieję, że mi w tym pomożecie, że będzie pisać do mnie, aby to miejsce było dla was czymś więcej niż tylko kolejnym blogiem czy portalem. Abyście poprzez kontakt z nami ją współtworzyły.

DZIĘKUJĘ WAM ŻE JESTEŚCIE, BO TO WY JESTEŚCIE MOJĄ INSPIRACJĄ

MAMY PISZĄ (to tylko niektóre z wielu):

Anna: „Ja bym chciała żeby ktoś mi pokazał w szpitalu jak przystawić dziecko prawidłowo bo musiałam się doszukiwać sama po internecie. Gdyby też ktoś mi wcześniej powiedział, że jak za szybko pokarm leci, to niedobrze bo dziecko nie nadąża łykać, krztusi się i połyka dużo powietrza, co też potem powoduje kolkę – zaoszczędziła bym i dziecku i sobie niepotrzebnego stresu. A tak metodą prób i błędów doszliśmy gdzie tkwił problem, ale dopiero po paru tygodniach! A wystarczyło tylko zmienić pozycję i pod górę karmić...”

Magdalena: „Niby oczywiste, ale nie sądziłam, że podanie butelki w szpitalu uniemożliwi mi kp. Nikt mi nie zaproponował, żeby podać mleko strzykawką/sondą/ kubeczkiem. Bo faktycznie nie miałam pokarmu, pojawił się dopiero pod koniec 3 doby.”

Milena: „Ja w ogóle nie wiedziałam, że dziecko musi się nauczyć łapania piersi, z wielu artykułów internetowych wynikało że to dla malucha takie naturalne, w końcu już w brzuchu nauczył się ssania, itd. A potem zonk, 2-3 tyg. walki o dobre przystawianie i wysłuchiwanie tekstów, że mała nie może złapać bo mam za

male brodawki..."

Aneta: „myślę, że przyszłe mamy powinny wiedzieć że nie muszą się głodzić w czasie laktacji, ja niby byłam w szkole rodzenia, ale pani tam doradczyni laktacyjna podała nam sporą listę „zakazanych” produktów, potem położne w szpitalu i ta która mnie w domu odwiedziła to samo a nawet jeszcze gorsze bajki, np. że po łodach mam myć i ogrzewać piersi itd itd... moja koleżanka przestała karmić bo jednym z powodów wg były ograniczenia żywnościowe”

Marta: „Brak jakiegokolwiek pomocy w szpitalu..2 doba a ja cyce jak donice, przerażona że zapalenia się nabawię z płaczem po pomoc a tam kazano wyciskac z całych sił mleko...przeżyłam horror nikt wcześniej nie pow.(czyt.położna,szkoła rodzenia)że może być taki nawał i jak sobie radzić albo że to naturalne i jak postępować.. kolejne to dieta (gdyby nie ta grupa to byłabym do dziś zielona-7m) kolejne-rozszerzanie diety (pielęgniarka na wizycie kazała po 4 mcu i mówiła co wprowadzić) co jeszcze?acha...nikt nie uprzedził że maleństwo może wisieć całymi dniami na cycu załączało się myślenie że się nie najada itp.”

Kamila: „Nie miałam pojęcia, że przez pierwsze dni dziecko pije malutko i często, że przystawiając rozkręca się laktację. W szpitalu pielęgniarki mm przynosiły no, i skoki rozwojowe- na szczęście dowiedziałam się za wczasu. I alergię- byłam przekonana, że albo kp, albo biorę leki na alergię- mądra lekarka uświadomiła mnie, że jedno nie wyklucza drugiego „

Dominika: „Ja myślałam, że to jest tak naturalne, że na pewno sobie dam radę i w ogóle nie czytałam, czego żałuję, bo w efekcie: dziecko spędziło dwie noce beze mnie (pierwsza po cesarce, a druga – bo przecież sobie Pani odpocznie), uwierzyłam w zalecenia 15 minut z jednej piersi, 15 z drugiej i dać butelkę (dobrze, że to było tylko w szpitalu). Do tego

wszystkiego dochodził baby blues, co powodowało, że zalewałam się łzami, jak tylko ktoś sugerował, że coś źle przy dziecku robię. Później mnie męczyło, że na moje narzekania, że nie mogę dziecka na chwilę zostawić i iść się wysikać słyszałam, że przecież muszę uczyć samodzielnego zasypiania i nie mogę być cały czas przy nim (jakoś dałam radę jednak być i raczej nie ma przez to zrytej psychiki). Pierwsze trzy miesiące faktycznie były ciężkie i teraz wiem, że brakowało mi wsparcia typu – leż sobie i go karm, a ja Ci ugotuję obiad.”

Kolka niemowlęca

Zmora młodych rodziców, KOLKA NIEMOWLĘCA nie jest niczym patologicznym, co by wymagało leczenia, tak jest to uciążliwe, dla dziecka, a jeszcze bardziej dla zmęczonych, niewyspanych domowników, ale jeśli coś jest fizjologiczne, nie szkodzi dziecku.

PODŁOŻE KOLKI NIEMOWLĘCEJ I SPOSOBY RADZENIA SOBIE

Niektóre dzieci nie mają kolek, bez względu na dietę mamy, a inne mają, pomimo diety bardzo restrykcyjnej.

Nie każdy płacz to kolka, o kolce jelitowej mówimy, kiedy dziecko płacze nerwowo przyciągając nóżki do brzucha.

Najczęstsze przyczyny kolek u dzieci:

1. niedojrzałość jelit – kiedy zaczynają dojrzewać, dziecko wpada w panikę, ruchy robaczkowe powodują niepokój u dziecka. Problem pojawia się zwykle po skończonym 3- tyg życia, o tej kolce mówimy kiedy pojawia się przynajmniej

- 3 razy w tyg, a płacz trwa co najmniej 3 godziny bez przerwy, przez co najmniej 3 tyg – ten rodzaj kolki trwa do 3-4-go miesiąca i znika samoczynnie; – 50% przypadków kolek
2. pierwotna, wrodzona nietolerancja laktozy– przypadłość niezwykle rzadka – niecałe 40 potwierdzonych przypadków w Polsce – typowe objawy to pienne, wodniste stolce; mniej niż 0,01%
 3. zaparcia, zatwardzenie;
 4. nietolerancja suplementów witaminy K i D, żelaza, kwasów omega 3; ok 30%
 5. łykanie zbyt dużych ilości powietrza podczas ssania piersi, zbyt łapczywe ssanie, nieprawidłowa technika ssania, nieprawidłowe przystawianie;
 6. dyschezja – specyficzny rodzaj kolki, związany z niemożnością wypróżnienia się, dziecko nie umie skoordynować napięcia mięśni brzucha i rozluźnienia mięśni zwieracza odbytnicy, zaciskając je a czując parcie na kışkę stolcową odczuwa dyskomfort, dyschezja przechodzi samoistnie do końca 6 mż, można dziecku pomóc masując brzuszek, czy nosząc w chuście – co dzięki pozycji żabki rozluźnia zwieracz odbytu i dochodzi do wypróżnienia, stole przy dyschezji mają prawidłową konsystencję musztardy czy jajecznicy, nie należy ich mylić z zaparciami, nie zaleca się stosowania kaniuli, czy czopków glicerynowych bez konsultacji z gastroenerologiem dziecięcym;
 7. wczesna antybiotykoterapia – obniża odporność, upośledza funkcje jelit, zaburza florę jelitową, co często skutkuje kolkami, wzdęciami, biegunkami.

Metody postępowania w zależności od przyczyny:

1. łagodzenie objawów:
 - masaż brzuszka,
 - chustowanie skóra do skóry – brzuszek do brzuszka
 - ciepłe okłady na brzuszek

- podanie preparatów zawierających simeticon
 - podawanie probiotyków (o tym więcej niżej)
 - układanie dziecka na brzuszku
 - robienie „rowerków”, delikatne przyciskanie kolanek do brzuszka prostowanie nóżek na zmianę.
2. zaleca się karmienie mieszane z preparatem bezlaktozowym i podawanie doustne preparatów ułatwiających rozkład laktozy w jelitach
Odciąganie „pierwszego” mleka mija się z celem, gdyż poziom laktozy w pokarmie kobiecym jest stały – konsultacja z lekarzem gastroenterologiem
3. podawanie probiotyków: **WAŻNE SĄ SZCZEPY** Bifidobacterium BB-12 + LGG (Lactobacillus rhamnosus GG) np.: Acidolac Baby +Dicoflor, „Trilac Plus”, Sanprobi – konsultacja z lekarzem gastroenterologiem
4. odstawienie suplementów i obserwacja, ponowne wprowadzenie i obserwacja, jeśli diagnoza się potwierdza całkowita eliminacja suplementu z diety dziecka
5. poprawa techniki ssania, odciąganie mleka przed karmieniem, w celu zmniejszenia ciśnienia, przystawianie dziecka „pod górkę” – konsultacja z doradcą laktacyjnym CDL, konsultantką laktacyjną IBCLC lub lokalną liderką LLL



karmienie „pod górkę”

6. dyschezja przechodzi samoistnie do końca 6 miesiąca życia, zwykle po rozszerzeniu diety. Warto poradzić się gastrologa co do indywidualnego postępowania, zaleca się leżenie na brzuszku, masowanie burza, chustowanie w pozycji żabki, co ułatwia wypróżnienie.

7. najlepszym rozwiązaniem jest minimum 3 tygodniowa probiotykoterapia, a w razie konieczności przedłużenie do 3 m

CZEGO NIE ROBIĆ?

(Przed wszystkim nie traktować kolki jako czegoś patologicznego, co powinno się leczyć, większość kolek przechodzi samoistnie do końca 3-4 miesiąca życia).

Nie zaleca się już stosowania w okresie laktacji kopru włoskiego, ze względu na zawarte składniki takie jak antenol hamujący laktację, działa neurotoksycznie w wyniku czego może powodować drgawki u dzieci. Może wchodzić w krzyżowe reakcje alergiczne. Może też nasilać kolki jelitowe u niemowląt. Absolutnie nie należy stosować u niemowląt i małych dzieci. LactMed odradza też stosowanie u matek karmiących i szukanie alternatywy.

DEBRIDAT, czyli substancja aktywna: Trimebutyna

Lek bardzo często przepisywany przez lekarzy niemowlętom mam skarżących się na kolki u dzieci.

Lekarz powinien przeprowadzić wywiad, zastanowić się co jest bezpośrednim źródłem kolki, w razie konieczności pokierować do lekarza specjalisty: gastroenterologa (podejrzanie nietolerancji laktoz, glutenu), alergologa przy podejrzeniu podłoża alergicznego.

NIE JEST ON LEKIEM NA FIZJOLOGICZNA KOLKĘ NIEMOWLĘCĄ, JEST TO LEK OSTATECZNEGO WYBORU, KIEDY INNE METODY ŁAGODZENIA NIE PRZYNIOSŁY OCZEKIWANYCH EFEKTÓW.

Jeśli lekarz proponuje DEBRIDAT bez wywiadu i diagnostyki, jako lek pierwszego wyboru, to podziękować i zmienić lekarza.

Jest lekiem na poważne schorzenia jelitowe, ma szerokie spektrum możliwych skutków ubocznych wymienianych jako znaczące:

Centralny układ nerwowy: niepokój, zawroty głowy, senność, zmęczenie, ból głowy, zaburzenia świadomości, splątanie, koszmary senne, rozdrażnienie, otumanienie

Dermatologiczny: wysypka

Układ pokarmowy: zaparcia, biegunka, niestrawność, dyskomfort w nadbrzuszu, nudności, zaburzenia smaku, suchość w jamie ustnej, wymioty

Układ moczowo-płciowy: zatrzymanie moczu

Otolaryngologiczne: upośledzenie słuchu

Odpornościowy: alergie

Inne: odczucia gorąca / zimna

LAKTULOZA

„Laktuloza należy do grupy leków osmotycznych o działaniu łagodnie przeczyszczającym. Jest syntetycznym dwucukrem składającym się z galaktozy połączonej z fruktozą. Nie podlega procesowi trawienia w jelicie cienkim; jest wchłaniana w niewielkim stopniu. W niezmięnionej postaci dociera do jelita grubego, gdzie pod wpływem flory bakteryjnej zostaje rozłożona do dwutlenku węgla i kwasów organicznych, które na drodze osmotycznej zwiększają ilość wody w jelicie grubym, pobudzają jego perystaltykę oraz zmiękczają masy kałowe.”

i dalej...

*„**Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na którykolwiek składnik preparatu, niedrożność jelit, nietolerancja laktozy oraz galaktozemia. Nie stosować u osób z dziedziczną nietolerancją galaktozy, pierwotnym niedoborem laktazy i zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Zachować ostrożność stosując duże dawki u osób chorych na cukrzycę.”*

i dalej...

*„**Działania niepożądane:** Występują przede wszystkim w pierwszych kilku dniach leczenia, w postaci bębnicy, nadmiernych wiatrów, biegunki, nudności, wymiotów, bólów*

brzucha. W trakcie długotrwałego stosowania lub stosowania dużych dawek mogą wystąpić zaburzenia składu elektrolitowego osocza (hipokaliemia i hipomagnezemia), pojedyncze przypadki odmy pęcherzykowej jelit. W przypadku przedawkowania laktulozy może wystąpić biegunka osmotyczna i kurczowe bóle brzucha. Objawy przedawkowania laktulozy ustępują po jej odstawieniu.”

DZIAŁANIA MECHANICZNIE UDRAŻNIAJĄCE DZIAŁAJĄCE BEZPOŚREDNIO NA ZWIERACZE ODBYTU:

Pomimo wysokiej skuteczności i szybkiej ulgi nie zaleca się samodzielnego używania kateterów rektalnych WINDI i podobnych, termometru, czopków glicerynowych czy, o zgrozo, mydła. Bardzo łatwo uszkodzić tym śluzówkę odbytnicy albo mięśnie zwieraczy odbytu, pomimo ograniczników, mydło może zaburzyć florę odbytnicy, poza tym może mieć to wpływ na późniejsze problemy dziecka z wypróżnianiem.

Owszem, czasami konieczne jest użycie wsparcia w tej formie, PO KONSULTACJI z lekarzem GASTROENTEROLOGIEM, ale najpierw należy próbować innych metod, wymienionych wcześniej.

Źródła:

<http://bankmleka.pl/>

<http://factmed.com/>

<http://www.aptalispharma.com/>

<http://cursoenarm.net/>

<http://bazalekow.mp.pl/>

Brak lub niedobór pokarmu i

pokarm małowartościowy

POKARM W CIAŻY I PO PORODZIE

Według różnych źródeł pokarm zaczyna być produkowany pomiędzy 13 a 16 tyg ciąży, więc jest i czeka do porodu, nawet jeśli urodzi się wcześniak, mama ma dla niego idealną siarę, taką właśnie jaką przedwcześnie urodzone dziecko potrzebuje.

Siara jest bogata w immunoglobuliny, czyli przeciwciała, których małe dziecko nie umie jeszcze wytworzyć samodzielnie, przeciwciała, które noworodek otrzyma w pierwszych dobach po porodzie spełnią bardzo ważne zadanie, będą budowały odporność bierną, tak na infekcje, jak i na alergeny, dlatego tak ważne jest aby nie zaburzać dziecku ilości otrzymywanej siary gdyż są jej dosłownie krople, a podanie w tym momencie dziecku mieszanki lub glukozy sprawi, że dziecko nie otrzyma należytej, niezbędnej ilości immunoglobulin.

Najważniejsze dla noworodka są Immunoglobuliny Serekcyjne (SIgA)

„Stanowi główną barierę ochronną organizmu na poziomie błony śluzowej. Skuteczność SIgA w obronie błon śluzowych przed zakażeniami wirusowymi i bakteryjnymi jest związana ze zdolnością do neutralizacji wirusów, z bakteriolizą poprzez aktywację alternatywnej drogi dopełniacza i z nasileniem fagocytozy makrofagów. Ochronne działanie wydzielniczej immunoglobuliny A ma największe znaczenie w przewodzie pokarmowym i w górnych drogach oddechowych. SIgA może również tworzyć kompleksy z antygenami (alergenami), dzięki czemu są pochłaniane przez komórki nabłonkowe, a następnie transportowane wewnątrzkomórkowo i usuwane. (Lasek 1995)”[I]

„Najwyższe stężenie SIgA jest w sianie (ochrona noworodka) oraz w okresie odstawiania (ochrona na czas „samodzielności”).” [I] dlatego mówi się, że w okresie

odstawiania (sterowanego przez dziecko) skład mleka jest podobny do siary, mniej w nim składników odżywczych i lipidowych, a więcej immunoskładników.

Dzieci przedwcześnie urodzone, ale zdarza się, że i noworodki urodzone o czasie, którym nie podano po porodzie siary lub pokarmu dawczyni, tylko mieszankę, o wiele częściej niż dzieci karmione pokarmem naturalnym chorują na martwicze zapalenie jelit. Są badania, które wskazują, że pokarm kobiecy ma właściwości zapobiegania martwiczemu zapaleniu jelit, ze względu na swój unikalny żywy skład, o którym pisałam wcześniej.

Kiedy przychodzi na świat noworodek, jego żołądek jest maleńki, i krople jakie spija z piersi mamy, w zupełności mu wystarczają.



Zestawienie pojemności żołądka noworodka (czyli niemowlęcia w pierwszym miesiącu życia)

- 5 ml to pojemność 1 łyżeczki od herbaty
- 30 ml to pojemność 2 łyżek stołowych
- 45-60 ml to 3-4 łyżek stołowych
- 80-150 ml – to ok pół szklaki

Ściskanie przez położne piersi, jest niedorzeczne i nie ma żadnych podstaw medycznych i naukowych, żadna mama nie powinna się godzić na taką praktykę, ponadto takie ściskanie może doprowadzić do zastoju i w konsekwencji pŕogowego zapalenia piersi. Dziaŕanie takie nie jest podstawą do udowodnienia

mamie, że pokarmu nie ma i trzeba podać mieszankę lub glukozę.

Po porodzie są krople niezwykle skoncentrowanej siary i tak ma być.

Rodzaj porodu nie ma wpływu na laktację, ponieważ pokarm pojawia się już w ciąży, więc nie ma znaczenia, czy dziecko urodziło się drogami natury, czy przez cesarskie cięcie, sygnałem do rozpoczęcia stałej produkcji jest oddzielenie łożyska od macicy, a to następuje bez względu na sposób zakończenia ciąży, oraz przystawienie dziecka do piersi. Najkorzystniej jeśli nastąpi to, w pierwszej godzinie po porodzie, gdyż ma to kolosalny wpływ na dalszy przebieg laktacji. Są badania, które sugerują że podanie w czasie porodu syntetycznej oksytocyny może opóźnić rozpoczęcie produkcji pokarmu.

SKŁAD IMMUNOLOGICZNY POKARMU KOBIECEGO

Komórki krwi	
Limfocyty B	Podnoszą poziom przeciwciał skierowanych przeciwko specyficznym drobnoustrojom
Makrofagi	Niszczą zarazki bezpośrednio w jelitach dziecka, wytwarzają lizozym i aktywują inne elementy układu immunologicznego
Neutrofile	Mogą działać jak fagocyty, pochłaniając bakterie w przewodzie pokarmowym dziecka

Limfocyty T	Niszczą bezpośrednio zainfekowane komórki lub wydzielają chemiczne przekaźniki stymulujące inne elementy układu immunologicznego. Namnażają się w obecności drobnoustrojów wywołujących ciężką chorobę u dziecka. Wytwarzają czynniki wzmacniające własną odpowiedź immunologiczną dziecka.
Cząsteczki	
Sekrecyjna immunoglobulina A (SIgA)	Wyściela błonę śluzową przewodu pokarmowego, neutralizuje patogeny i toksyny, pobudza makrofagi do fagocytozy
Cytokiny	Wspomagają lub wyhamowują odpowiedź zapalną, wpływają na układ immunologiczny, stymulują procesy różnicowania i dojrzewania wielu układów (np. uszczelnienie nabłonka jelit)
Nukleotydy	Zwiększają aktywność komórek NK i produkcję interleukiny-2
Laktoferryna	Wiąże żelazo, pierwiastek niezbędny do przetrwania dla wielu bakterii. Zmniejszając dostępność żelaza dla bakterii patogennych hamuje ich wzrost. Działa przeciwzapalnie i immunomodulująco zmniejszając aktywność interleukin 1,2, 6 i limfocytów NK
Lizozym	Zabija bakterie uszkodzając ich ściany komórkowe, wykazuje działanie chemotaktyczne

Oligosacharydy	Wiążą się z drobnoustrojami nie dopuszczając do ich kontaktu z powierzchnią błony śluzowej, pobudzają wzrost bifidobakterii
Laktoperoksydaza	Działanie bakteriostatyczne szczególnie w stosunku do paciorkowców
Fibronektyna	Zwiększa aktywność makrofagów skierowaną przeciwko bakteriom, ułatwia odbudowę tkanek uszkodzonych przez reakcje odpornościowe w jelitach dziecka
Proteina wiążąca witaminę B ₁₂	Zmniejsza ilość witaminy B ₁₂ potrzebnej patogenom do rozwoju

TAB. 1 Źródło: <http://www.kobiety.med.pl/> [I]

NAWAŁ MLECZNY

Nawał, czyli obrzęk fizjologiczny może, ale nie musi, pojawić się pomiędzy 2 a 5 dobą po porodzie i trwa ok 3-5 dni, nie dłużej jednak niż 10 dni. Jeśli utrzymuje się dłużej niż do 10-14 doby po porodzie, należy skontrolować sytuację z doradcą laktacyjnym lub lekarzem.

W okresie nawału:

- przystawiaj dziecko co najmniej 10-12 razy na dobę, dziecko powinno ssać co najmniej 15 minut, najlepiej co 1,5-2 godzin w ciągu dnia i nie rzadziej niż co 3 godziny w nocy,
- rób sobie chłodne kompresy lub/i okładaj piersi tłuczonymi liśćmi zimnej, białej kapusty
- zmieniaj pozycje karmienia, aby mleko spływało z różnych części sutka
- noś muszle laktacyjne i wygodny biustonosz
- kładź się płasko na plecach pomiędzy karmieniami
- używaj ciepłych okładów bezpośrednio przed karmieniem,

aby mleko lepiej wypływało[IV]

Z czasem gruczoły sutkowe wyregulują produkcję i nawał ustąpi, piersi jednak jeszcze przez jakiś czas pozostaną pełne. Jeśli pomimo częstego przystawiania będziesz odczuwać dyskomfort możesz użyć laktatora i pomiędzy karmieniami odciągać niewielką ilość pokarmu – do uczucia ulgi. Odciągnięcie może być też przydatne jeśli piersi mamy są duże, a przez wypełnienie mlekiem twarde i trudne do prawidłowego uchwycenia przez dziecko, wówczas odciągnięcie sprawi, że staną się bardziej elastyczne i miękkie, a dziecku będzie łatwiej zassać prawidłowo brodawkę.

Jeśli nawał będzie się utrzymywał dłużej, prawdopodobnie mamy do czynienia z nieprawidłowym odpływem pokarmu z piersi. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest niewłaściwe przystawianie dziecka do piersi, co uniemożliwia prawidłowe pobieranie pokarmu, warto skonsultować problem ze specjalistą laktacji, który oceni przyczynę takiego stanu rzeczy, skontroluje, poprawi sposób przystawiania, a jeśli przyczyną jest krótkie wędzidełko odeśle do specjalisty, który je przytnie.

**BRAK NAWAŁU NIE OZNACZA BRAKU MLEKA
I NIE JEST PODSTAWA DO PODANIA BUTELKI**

STABILIZACJA LAKTACJI

Laktacja stabilizuje się do 4-6 tyg po porodzie, od tej chwili piersi rozpoczną regularną stałą produkcję, odpowiadającą na potrzebny małego ssaka. Miękkie piersi nie są oznaką braku pokarmu, a jedynie świadczą o tym, że laktacja się ustabilizowała. Piersi to nie magazyn, tylko fabryka, produkują na bieżąco, a produkcja przyspiesza w chwili kiedy dziecko zaczyna ssać. Wiele mam w tym czasie odczuwa przemożną potrzebę picia i jedzenia.

W okresie stabilizowana laktacji bardzo ważne jest przystawianie niemowlęcia na żądanie i zapewnienie mu odpowiednio długiego ssania, nie podawanie innych płynów i smoczka, dzięki temu laktacja dostosuje się to zapotrzebowania na odpowiednio wysokim poziomie i będzie bez problemów zaspakajała potrzeby niemowlęcia.

BRAK POKARMU

Co **NIE** wpływa na ilość pokarmu?:

- wielkość piersi
- ilość wypijanych przez matkę płynów
- skład jakościowy i ilościowy pokarmów spożywanych przez matkę

Co **NIE** nie jest oznaką zaniku / braku pokarmu?:

- miękkie piersi
- intensywniejsze i częstsze ssanie dziecka
- płacz dziecka przy piersi

Czego **NIE** robić?:

- nie odciągać pokarmu laktatorem aby sprawdzić jego ilość
- nie karmić dziecka butelką aby sprawdzić ile zjada
- nie ważyć dziecka przed i po jedzeniu, aby sprawdzić ile zjadło

Co świadczy o najadaniu się dziecka?

- mokre / brudne pieluszki 7-8 „psikniętych” na dobę i 1-3 kleksów
- przybory masy ciała (ważenie nie częściej niż raz w tygodniu, optymalnie raz w miesiącu)
- ogólny stan dziecka

Pozorny niedobór pokarmu może się pojawić w 2-3, 6 tygodniu i 2-3, 6, 9 miesiącu i jest związany ze zwiększeniem zapotrzebowania na mleko, poprzedzającym tzw. „skok

rozwojowy”, dziecko w tym okresie może być niespokojnie, płaczliwe zjadać więcej niż do tej pory, jednocześnie wiercić się i nerwowo chwytać i puszczać pierś, nie chcieć w ogóle ssać piersi, nie należy karmić dziecka na siłę, proponować ale uszanować brak chęci, bez obaw **DZIECKO SIĘ NIE ZAGŁODZI**, należy przeczekać.

NIE JEST TO POWÓD DO PODAWANIA DZIECKU BUTELKI

Najlepsze co może zrobić mama to zachować spokój i położyć się z dzieckiem na kilka dni do łóżka i karmić „do oporu” przystawiając skóra do skóry, podając niezliczoną ilość piersi na zmianę.

Pozorny niedobór może pojawiać się także wieczorami, jest to związane z uspakajaniem dziecka po wrażeniach całego dnia i jednoczesnym dobowym zmniejszeniem poziomu prolaktyny. Co zrobić? j.w. zachować spokój i karmić do skutku przystawiając skóra do skóry.

Jak zwiększyć ilość pokarmu można przeczytać w artykule:
5 kroków do udanego karmienia piersią

POKARM NIE ZNIKA Z DNIA NA DZIEŃ

KIEDY MOŻE POJAWIĆ SIĘ RZECZYWISTY NIEDOBÓR POKARMU

Pewne czynniki wpływające na ilość pokarmu:

Błędy związane z karmieniem – czynniki zależne od matki i dziecka (o tym także tutaj):

- nie wystarczająco częste podawanie piersi,

reglamentowanie, wydłużanie przerw, nie karmienie na żądanie tylko np. co 3 godziny

- podawanie smoczka
- skracanie czasu przebywania dziecka przy piersi np. nie dłużej niż 20 min (żeby nie zrobił sobie smoczka)
- podawanie innych płynów niż pokarm z piersi (dopajanie)
- nieprawidłowe przystawianie dziecka
- krótkie wędzidełko – niemożliwa prawidłowe „opróżnienie” piersi, tym samym prawidłowe pobierania pokarmu i stymulacje piersi
- karmienie przez nakładki (osłonki, kapturki)
- oddzielenie dziecka na noc od matki, kładzenie dziecka do łóżeczka
- pozostawienie dziecka w dzień w oddzieleniu od matki, zamiast w kontakcie skóra do skóry

Błędy nie związane z karmieniem – czynniki obiektywne, niezależne od matki i dziecka:

- przewlekły stres,
- przemęczenie,
- brak wiary w możliwość wykarmienia dziecka,
- przyjmowanie niektórych leków,
- otyłość,
- palenie papierosów,
- sporadycznie niedorozwój tkanki gruczołowej,
- zaburzenia hormonalne,
- zaburzenia pracy tarczycy (nadczynność),
- insulinooporność,
- zespół policystycznych jajników,
- zabiegi chirurgiczne w obrębie gruczołu piersiowego (otwarta biopsja chirurgiczna po lokalizacji, duktektomia totalna, leczenie oszczędzające BCT, plastyka brodawek, zakładanie implantu met. cięcia okołootoczkowego, redukcja gruczołu piersiowego) (Nagadowska 2005).[II]

MAŁOWARTOŚCIOWY POKARM, CHUDY POKARM

To stwierdzenie powstało w czasach kiedy zalecenia dotyczące karmienia piersią były niezwykle rygorystyczne, zalecano: Nie więcej niż 7-8 karmień na dobę, nie częściej niż co 3 godziny, a w nocy 6 godzin przerwy (żołądek dziecka miał odpoczywać) karmienia miały się odbywać niemalże z zegarkiem w rękę o godzinie 6-9-12-15-18-21-24 po czym następowała przerwa, jak wiadomo mało, który noworodek jada co 3 godziny, a tym bardziej co 6 godzin w nocy, więc dzieci płakały, zatykano je smoczkami lub podawano glukozę, aby oszukiwać żołądek, już po 6 tyg wprowadzano soczki, do tego wskazówki, że dziecko ma być przy piersi nie dłużej niż 20 min, żeby sobie z mamy nie zrobiło smoczka, takie postępowanie oczywiście kończyło się:

- zmniejszeniem ilości pokarmu
- wielogodzinnym płaczem głodnego dziecka
- frustracja matek
- niskimi przyrostami

i stwierdzeniem: „**Pani ma niewartościowy pokarm**” trzeba zacząć dokarmiać, albo w ogóle zacząć karmić sztucznym mlekiem, jako że mieszanek nie było, więc mlekiem w proszku.

Na szczęście współczesny poziom wiedzy o mleku kobiecym daje nam porządną porcję informacji i wiemy, że karmić należy na żądanie, że lekko strawne mleko kobiece zawiera leptynę – hormon odpowiedzialny za uczucie sytości, a w połączeniu z małym żołądkiem daje nam bardzo częste i długie karmienia.

Najważniejszą funkcją piersi jest to, że zaspakaja niemalże wszystkie potrzeby, a w pierwszym trymestrze życia dziecka jest zewnętrznym odpowiednikiem pępowiny.

TO DLACZEGO MOJE DZIECKO PŁACZE I CHCE CIĄGLE BYĆ PRZY PIERSI?

Bo przez 9 miesięcy było w ciepłym, bezpiecznym brzuchu, w brzuszku, w którym światło i dźwięki z zewnątrz były przytłumione, a dostawy składników odżywczych stałe, wyszło na świat, a tu głośno, jasno i jeszcze trzeba się upominać o

wszystko. Płacz jest formą komunikacji – jedyną jaką zna dziecko i jedyną w jaką zostało wyposażone, dopiero nauczy się, jak inaczej komunikować potrzeby, póki co to płacz informuje o potrzebach, a pierś mamy jest jedyną formą zaspokojenia większości z nich.

O czym komunikuje płacz, marudzenie, jęki:

- jestem głodny
- chce mi się pić
- nudzi mi się
- tęsknię
- boje się
- jest mi zimno
- jest mi gorąco
- przejadłem się
- jestem śpiący
- obudziłem się
- o mam mokro
- zrobiłem kupkę
- chce sobie possać
- chce się przytulić
- nie odchodź
- gdzie jesteś?
- daj teraz tego drugiego
- leci za wolno, zrób coś!
- przestraszyłem się
- boli mnie

Pokarm kobiecy jest zawsze bardzo wartościowy i idealnie dopasowany do potrzeb konkretnego niemowlęcia.

Do tej pory nie poznano w pełni wszystkich składników jednakże jest niezaprzeczalnie substancją żywą, odpowiadającą na bieżące zapotrzebowanie noworodka, niemowlęcia i małego dziecka w różnorodne składniki, takie jak: proteiny, enzymy, lipidy, cholesterol, węglowodany, witaminy, składniki mineralne i makroelementy, wspomniane składniki odpornościowe,

WODE, która stanowi 88% składu mleka oraz kultury bakterii probiotycznych: *Lactobacillus* i *Bifidobacteria* – badania wykazały, że pokarm kobiecy zawiera w zależności od matki ponad 700 różnych szczepów probiotycznych [III].

„Profil szczepów bakteryjnych u niemowląt karmionych wyłącznie piersią zawiera niemal dziesięciokrotnie więcej bifidobakterii niż u niemowląt karmionych sztucznie. (Harmsen 2000) W stolcu niemowląt karmionych piersią izoluje się więcej pałeczek kwasu mlekowego, a u niemowląt karmionych mieszankami więcej szczepów Clostridium i Bacteroides. (Harmsen 2000, ESPGHAN 2004)

Znaczenie mikroflory jelitowej polega na:

- troficznym (odżywczym) wpływie na strukturę jelita (poprzez syntezę krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych i poliamin);
- syntezie witamin B1, B2, B12, K;
- stymulacji układu immunologicznego;
- udziale w przemianach metabolicznych (konwersji bilirubiny do urobiliny, cholesterolu do koprostanolu, dekonjugacji kwasów tłuszczowych)
- udziale w procesach karcinogenezy. (Tannock 2001)”[I]

DID YOU EVER WONDER WHAT'S IN... ?

BREASTMILK

WATER
CARBOHYDRATES (energy source)
Lactose
Oligosaccharides (see below)
CARBOXYLIC ACID
Alpha hydroxy acid
Lactic acid
PROTEINS
(building muscles and bones)
Whey protein
Alpha lactalbumin
HBMLET (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumour cells)
Lactoferrin
Many antimicrobial factors (see below)
Casein
Serum albumin
NON-PROTEIN NITROGENS
Creatine
Creatinine
Urea
Uric acid
Peptides (see below)
Amino Acids (the building blocks of proteins)
Alanine
Arginine
Aspartate
Cysteine
Cytidine
Glutamate
Histidine
Isoleucine
Leucine
Lysine
Methionine
Phenylalanine
Proline
Serine
Threonine
Tryptophan
Tyrosine
Valine
Carnitine (amino acid compound necessary to make use of fatty acids as an energy source)
Nucleotides (chemical compounds that are the structural units of RNA and DNA)
5'-Adenosine monophosphate (5'-AMP)
3'-5' Cyclic adenosine monophosphate (3'-5' cyclic AMP)
5'-Cytidine monophosphate (5'-CMP)
Cytidine diphosphate choline (CDP choline)
Guanosine diphosphate (GDP)
Guanosine diphosphate - ribonose
3'- Uridine monophosphate (3'-UMP)
5'-Uridine monophosphate (5'-UMP)
Uridine diphosphate (UDP)
Uridine diphosphate hexose (UDPH)
Uridine diphosphate-N acetyl hexosamine (UDPH-N)
Uridine diphosphogluconic acid (UDPGA)
Several more novel nucleotides of the UDP-type

FATS
Triglycerides
Long chain polyunsaturated fatty acids
Docosahexaenoic acid (DHA) (important for brain development)
Arachidonic acid (AAHA) (important for brain development)
Unsaturated acid
Alpha-linolenic acid (ALA)
Eicosapentaenoic acid (EPA)
Conjugated linoleic acid (lumenic acid)
Free fatty acids
Monounsaturated fatty acids
Oleic acid
Palmitoleic acid
Heptadecenoic acid
Saturated fatty acids
Stearic
Palmitic acid
Lauroic acid
Myristic acid
Phospholipids
Phosphatidylcholine
Phosphatidylethanolamine
Phosphatidylinositol
Lysophosphatidylcholine
Lysophosphatidylethanolamine
Plasmalogens
Sphingolipids
Sphingomyelin
Gangliosides
GMS
GMS
GMS
Glucosylceramide
Glycosphingolipids
Galactosylceramide
Lactosylceramide
Globotriaosylceramide (GB3)
Globoside (GB4)
Sterols
Squalene
Lanosterol
Dimethylsterol
Methosterol
Lanosterol
Desmosterol
Tracylglycerol
Cholesterol
7-dehydrocholesterol
Stigma-and campesterol
7-ketcholesterol
Sitosterol
8-cholesterol
Vitamin D metabolites
Steroid hormones

VITAMINS
Vitamin A
Beta carotene
Vitamin B6
Vitamin B9 (inositol)
Vitamin B12
Vitamin C
Vitamin D
Vitamin E
a-tocopherol
Vitamin K
Thiamine
Riboflavin
Niacin
Folic acid
Pantothenic acid
Biotin
MINERALS
Calcium
Sodium
Potassium
Iron
Zinc
Chloride
Phosphorus
Magnesium
Copper
Manganese
Iodine
Selenium
Choline
Sulphur
Chromium
Cobalt
Fluorine
Nickel
METAL
Molybdenum (essential element in many enzymes)
GROWTH FACTORS
(aid in the maturation of the intestinal lining)
Cytokines
Interleukin-1β (IL-1β)
IL-2
IL-4
IL-6
IL-8
IL-10
Granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF)
Macrophage-colony stimulating factor (M-CSF)
Platelet derived growth factors (PDGF)
Vascular endothelial growth factor (VEGF)
Hepatocyte growth factor - α (HGF-α)
HGF-β
Tumor necrosis factor-α
Interferon-γ
Epithelial growth factor (EGF)
Transforming growth factor-α (TGF-α)
TGF-β
TGF-β2
Insulin-like growth factor-I (IGF-I) (also known as somatomedin C)
Insulin-like growth factor-II
Nerve growth factor (NGF)
Erythropoietin

PEPTIDES
(combinations of amino acids)
HMGF-I (human growth factor)
HMGF-II
HMGF-III
Cholecystokinin (CCK)
β-endorphins
Parathyroid hormone (PTH)
Parathyroid hormone-related peptide (PTHrP)
β-defensin-1
Neurensin
Somatostatin
HORMONES
(chemical messengers that carry signals from one cell, or group of cells, to another via the blood)
Cortisol
Thyroid hormone (T3)
Thyroxine (T4)
Thyroid stimulating hormone (TSH) (also known as Thyrotropin)
Thyroid releasing hormone (TRH)
Prolactin
Oxytocin
Insulin
Cortisone
Thrombopoietin
Gonadotropin-releasing hormone (GnRH)
GHRH
Leptin (aids in regulation of food intake)
Ghrelin (aids in regulation of food intake)
Adiponectin
Feedback inhibitor of lactation (FIL)
Eicosanoids
Prostaglandins (enzymatically derived from fatty acids)
PG-E1
PG-E2
PG-F2
Leukotrienes
Thromboxanes
Prostanolins
ENZYMES
(catalysts that support chemical reactions in the body)
Amylase
Arylsulfatase
Catalase
Histaminase
Lipase
Lysosome
PAF-acetylhydrolase
Phosphatase
Xanthine oxidase

ANTIPROTEASES
(thought to bind themselves to macromolecules such as enzymes and as a result prevent allergic and anaphylactic reactions)
a-1-antitrypsin
a-1-antichymotrypsin
ANTIMICROBIAL FACTORS
(are used by the immune system to identify and neutralize foreign objects, such as bacteria and viruses.)
Leukocytes (white blood cells)
Phagocytes
Bacophils
Neutrophils
Eosinophils
Macrophages
Lymphocytes
B lymphocytes (also known as B cells)
T lymphocytes (also known as T cells)
slgA (Secretory immunoglobulin A) (the most important antiseptic factor)
IgA
IgG
IgM
IgE
Complement C1
Complement C2
Complement C3
Complement C4
Complement C5
Complement C6
Complement C7
Complement C8
Complement C9
Glycoproteins
Mucins (attaches to bacteria and viruses to prevent them from clinging to mucosal tissues)
Lactadherin
Alpha-lactoglobulin
Alpha-2 macroglobulin
Lewis antigens
Ribonuclease
Haemagglutinin inhibitors
Bifidus Factor (increases growth of Lactobacillus bifidus - which is a good bacteria)
Lactoferrin (binds to iron which prevents harmful bacteria from using the iron to grow)
Lactoperoxidase
B22 binding protein (deprives microorganisms of vitamin B12)
Fibronectin (makes phagocytes more aggressive, minimizes inflammation, and repairs damage caused by inflammation)
Oligosaccharides (more than 200 different kinds)

FORMULA

WATER
CARBOHYDRATES
Lactose
Corn maltodextrin
PROTEIN
Partially hydrolyzed reduced minerals whey protein concentrate (from cows' milk)
FATS
Palm olein
Soybean oil
Coconut oil
High oleic safflower oil (or sunflower oil)
M. alpina oil (fungal DHA)
C. cohnii oil (Algal ARA)
MINERALS
Potassium citrate
Potassium phosphate
Calcium chloride
Sodium citrate
Magnesium chloride
Ferrous sulphate
Zinc sulphate
Sodium chloride
Copper sulphate
Potassium iodide
Manganese sulphate
Sodium selenate
VITAMINS
Sodium ascorbate
Inositol
Choline bitartrate
Alpha-Tocopheryl acetate
Nicotinamide
Calcium pantothenate
Riboflavin
Vitamin A acetate
Pyridoxine hydrochloride
Thiamine mononitrate
Folic acid
Phylloquinone
Biotin
Vitamin D3
Vitamin B12
ENZYME
Trypsin
AMINO ACID
Taurine
L-Carnitine (a combination of two different amino acids)
NUCLEOTIDES
Cytidine 5-monophosphate
Disodium uridine 5-monophosphate
Adenosine 5-monophosphate
Disodium guanosine 5-monophosphate
Soy Lecithin



Developed as a student project for the Breastfeeding Course for Health Care Providers, Douglas College, New Westminster, BC, Canada - © 2007 by Cecily Heslett, Sherri Hedberg and Haley Rumble.

Infografika prezentująca skład mleka kobiecego, w stosunku do mieszanki

Źródła:

<http://www.kobiety.med.pl/> [I]

<http://www.kobiety.med.pl/> [II]

<http://www.breastfeedingbasics.com> [IV]

<http://www.eurekalert.org/> [III]

Kiedy niemowlę ma małe przyrosty

Mleko mamy jest tak cudowną substancją, że dostosowuje się idealnie do potrzeb maluszka, stety – niestety tych

właściwości nie mają mieszanki, a że większość dzieci niestety jest karmiona sztucznie (wcześniej czy później) także z powodu mniejszych niż oczekiwane przyrosty, pediatrzy kręcą nosem, a mamy wpadają w panikę – NIEPOTRZEBNIE.

POWODY NISKICH PRZYROSTÓW

PRZYCZYNY NIEZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA

- **uwarunkowanie genetyczne** – zwłaszcza jeśli rodzice nie przypominają wyglądem Marcina Gortata, „Pudziana”, Anity Włodarczyk czy Otylii Jędrzejczak, a raczej wiotką balerinę czy dżokeja – nie ma co się spodziewać że dziecko będzie przysłowiowym „pulpetem”
- **alergia** – dzieci alergiczne mają tendencje do mniejszych niż rówieśnicy przyrostów
- **refluks** – dzieci mocno ulewające mogą mieć mniejsze niż inne przyrosty
- **infekcje: ucha, układu moczowego, utajone zapalenie płuc** – u dzieci mogą mieć przebieg bezobjawowy, a jedynym objawem są niskie przyrosty, zatrzymanie lub spadek masy ciała, należy wykonać badania: CRP, morfologia, badanie moczu ogólne i posiew
- **żółtaczka, anemia, pleśniawki** – zmniejszenie apetytu, apatia, senność

PRZYCZYNY ZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA:

- nie wystarczająco częste podawanie piersi, reglamentowanie, wydłużanie przerw, nie karmienie na żądanie tylko np. co 3 godziny
- podawanie smoczka
- skracanie czasu przebywania dziecka przy piersi np. nie dłużej niż 20 min (żeby nie zrobił sobie smoczka)
- podawanie innych płynów niż pokarm z piersi (dopajanie)
- nieprawidłowe przystawianie dziecka
- krótkie wędzidełko – niemożliwa prawidłowe „opróżnienie” piersi, tym samym prawidłowe pobierania pokarmu i

stymulacje piersi

- karmienie przez nakładki (osłonki, kapturki)
- oddzielenie dziecka na noc od matki, kładzenie dziecka do łóżeczka
- pozostawienie dziecka w dzień w oddzieleniu od matki, zamiast w kontakcie skóra do skóry

ZAWSZE NALEŻY WYKLUCZYĆ WSZELKIE ZALEŻNE I NIEZALEŻNE CZYNNIKI ZANIM PODEJMIE SIĘ DECYZJĘ O SUPLEMENTACJI MIESZANKĄ

ABY POPRAWIĆ PRZYROSTY NALEŻY

- podawać pierś na żądanie – nawet jeśli wydaje się być „pusta”, tak często jak dziecko tego potrzebuje, nawet jeśli oznacza to ciągłe leżenie z dzieckiem przy piersi.
- nie podawać smoczka zamiast piersi
- nie dopajać
- sprawdzić czy dziecko jest prawidłowo przystawiane i ma prawidłowy odruch ssania – konsultacja z doradcą
- zrezygnować z podawania mleka przez butelkę lub osłonki, zastosować metody alternatywne (łyżeczka, kubeczek, dren)
- spać dzieckiem, tak by miało swobodny dostęp do piersi
- nosić dziecko w chuście w dzień, najlepiej w kontakcie skóra do skóry – zwiększa to produkcję prolaktyny
- karmić nie rzadziej niż co 2 godziny w dzień i co najmniej raz w nocy

SIATKI CENTYLOWE – Co to takiego, skąd się wzięły, czemu służą i jak należy je odczytywać.

Carlos Gonzales w swojej książce „Moje dziecko nie chce jeść”[I] pisze tak:

„Najczęściej wykorzystywane siatki stworzono wiele lat temu,

kiedy mnóstwo dzieci karmiono butelką, a dzieci karmione piersią doświadczały tego tylko przez kilka tygodni. Obecnie, gdy coraz więcej dzieci jest karmionych piersią przez całe miesiące, obserwuje się brak zgodności z tymi wykresami. Różne badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie, wykazały że na tle starych siatek centylowych dzieci karmione piersią zwykle „dużo” przybierają w pierwszym miesiącu, za to później spadają na niższy percentyl; w wieku około 6 miesięcy tracą całą przewagę zyskaną w pierwszym miesiącu i do pierwszych urodzin zachowują wagę „niską” w porównaniu do starych siatek.

(...)

W porównaniu do starych siatek (...), nowe wykresy WHO przebiegają wyżej w ciągu pierwszych dwóch - trzech miesięcy, a niżej po 6-tym miesiącu.”

i dalej:

„Dlaczego wzrost dzieci karmionych piersią i butelką nie przebiega jednakowo? Nie wiadomo dokładnie, ale w żadnym wypadku nie dzieje się tak z braku wartości odżywczych. W pierwszym miesiącu jedząc tylko mleko, dzieci karmione piersią ważą tyle samo lub więcej, w wieku 6-12 miesięcy, jedząc oprócz mleka przeciery i kleiki, ważą trochę mniej. Gdyby było prawdą, że <<mleko nie dostarcza im już żadnych wartości odżywczych>> (co stanowi absolutny idiotyzm, bo mleko matki zawsze jest bardziej pożywne niż mieszanka i przeciery), dziecko byłoby głodne i jadłoby więcej pokarmów stałych, na których mogłoby przybrać tyle samo, co dzieci butelkowe. Ale ono nie chce więcej pokarmów stałych. Różnica leży głębiej: jakimś sposobem dzieci karmione butelką rosną w innym tempie niż karmione piersią”

A jak powstają?

Na podstawie długości, masy, obwodu głowy, obwodu klatki piersiowej buduje się bazę następnie wylicza się mediany dla wartości 3, 10, 25, 50, 75, 80, 97, które określają ile

spośród danych wartości znajduje się poniżej mediany, a ile powyżej, na tej podstawie tworzy się kanały centylowe, oczywiście nie określa się pojedynczych kanałów dla konkretnego dziecka tylko zbiera wartości dla danego wieku które tworzą kanał dzieci natomiast mogą się przesuwac w górę i dół danego kanału, a nawet przemieszczać do 2 kanałów w górę i w dół, ważne aby była zachowana w miarę tendencja

Niepokojące jest kiedy dochodzi do dużych rozbieżności kanałów centylowych pomiędzy wzrostem/długością, a masą dziecka, do 2 kanałów uznaje się za fizjologiczną rozbieżność i jeśli ta rozbieżność się utrzymuje nie ma czym się niepokoić. Jeśli rozbieżność jest większa, należy zastanowić się nad przyczyną, oraz kiedy dziecko przesuwa się pomiędzy więcej niż dwoma kanałami centylowymi „skacze”, czyli przyrosty nie są stałe. Należy oczywiście wziąć pod uwagę, że dzieci przybierają skokowo, więc liczymy średnie przyrosty a nie realne, robimy pomiary nie częściej niż raz na miesiąc.

Poniżej znajdują się siatki WHO – są opracowane dla grupy dzieci karmionych piersią

WAGA:

- DZIEWCZĄT
- CHŁOPCÓW

DŁUGOŚĆ – WZROST:

- DZIEWCZĄT
- CHŁOPCÓW

WHO – wszystkie standardy

Siatki dla dzieci powyżej 5-ciu lat

Standardy – zakresów wartości przyrostów ze względu na wiek i okres

Zwróćmy uwagę, że nikt nie sprawdza długości niemowlęcia, czy

się mieści w siatkach centylowych, bo nikt zbyt krótkiego dziecko nie będzie rozciągał, a zbyt długiego skracał, tak samo warto spojrzeć na wagę, jako coś indywidualnego, najważniejsze jest, że dziecko karmione piersią przyrasta, powoli, ale jednak, minimalne średnie przyrosty miesięczne to 300-350 g optymalnie 400-450 – 600-650 g, ponadto lekarze w większości dysponują siatkami IMiD które zostały przygotowane na bazie dzieci karmionych mieszanką, a tak się składa, że przyrosty dzieci karmionych sztucznie różnią się od dzieci karmionych naturalnie.

W jaki sposób czytać siatki centylowe?

Mamy przykładową dziewczynkę z wagą urodzeniową 3250 g
dalsze pomiary:

1m: 3950

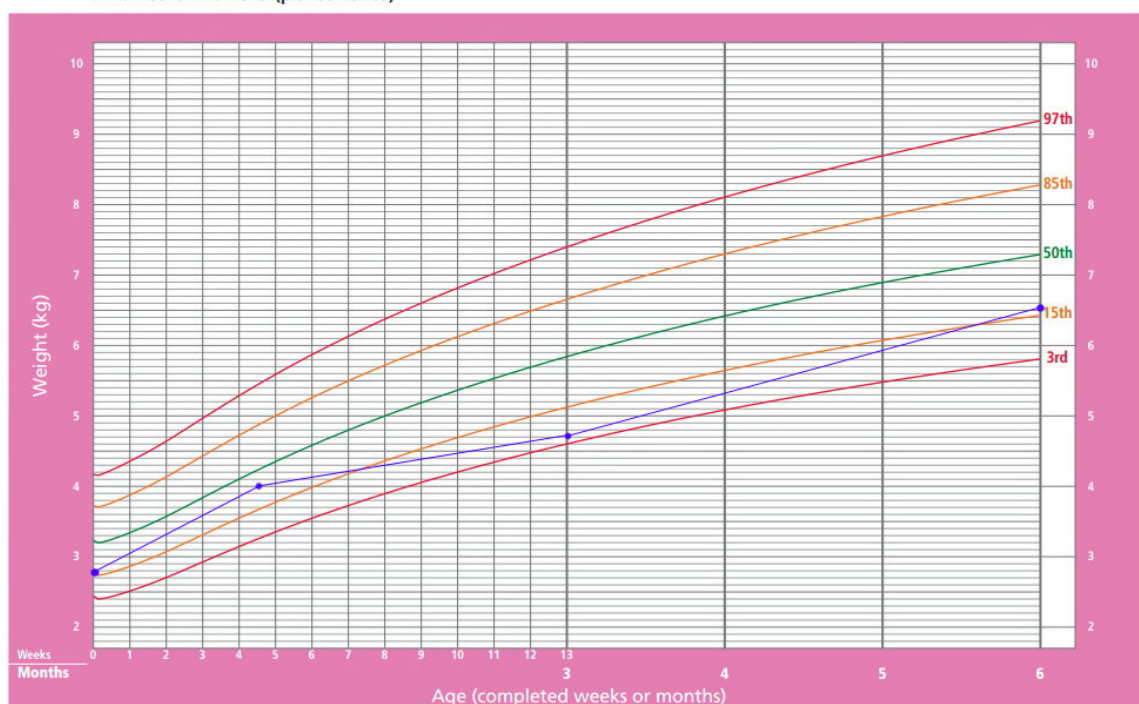
3m: 4600

6m: 6500

Jak widać na wykresie dziecko nie przybierało „po sznurku” ale utrzymywało się w okolicy 15 centyla, przesuwał się pomiędzy 2 kanałami centylowymi, cały czas przybierając.

Weight-for-age GIRLS

Birth to 6 months (percentiles)



WHO Child Growth Standards

[STUDIUM PRZYPADKU]

Przedstawię historię 2 dziewczynek karmionych naturalnie, z których pierwsza jest alergikiem i ma refluks żołądkowy – przełykowy:

Siostry w odstępie 3 lat, obie po początkowym dużym przyroście w okresie noworodkowym notowały silny spadek przyrostów w kolejnym miesiącu. Badania nie potwierdzały ukrytych infekcji. Jednakże starsza w wieku 1 m zaczęła przesypiać nocę nawet do 9 godzin, młodsza ta sama sytuację w wieku 2m, wybudzanie nie dawało zadowalających efektów, gdyż dzieci nie były zainteresowane ssaniem, w nocy aż do skoku rozwojowego, odpowiednio u starszej po ukończeniu 2 m i u młodszej po ukończeniu 3m, kiedy to zaczęły się same regularnie wybudzać.

W przypadku starszej niedoświadczona mama pogłębiła problem gdyż podczas skoku rozwojowego, kiedy zwiększa się zapotrzebowanie na pokarm, a piersi nie nadążają od razu z

dostosowaniem produkcji i szybko stają się „puste”, dziecko chciało być ciągle przy piersi, a miękkie piersi stresowały mamę, mama próbowała oszukiwać herbatkami i smoczkiem – w efekcie dziecko zaczęło spadać z wagi, gdyż dziecko nie pobudzało laktacji, a herbatka i ssanie smoczka nie dostarczało kalorii. Do tego ulewianie pogarszało sytuację. Pediatra nie analizując indywidualnej sytuacji zalecał mieszankę, której mama nie podała. Dopiero po konsultacji z Doradcą Laktacyjnym CDL mama przystąpiła do programu odbudowania laktacji, doradca zalecił dokarmianie najpierw mlekiem odciągniętym wcześniej (przechowywanym w zamrażalniku) a kiedy się skończyło mieszanką – jako uzupełnienie kamienia piersią, porcje nie więcej niż 30 ml. zwykle raz dziennie wieczorem kiedy poziom prolaktyny spada i w dobowym zestawieniu jest najmniej pokarmu. po ok 3 tyg laktacja się unormowała i nie było potrzeby dalszego dokarmiania, a dziecko zaczęło znowu przybierać.

W przypadku młodszej wyszła w badaniach niewielka anemia fizjologiczna, mam odmówiła podania suplementu żelaza ze względu na problemy z oddawaniem stolców przez dziecko, dalsze badania były niejednoznaczne. Wykonane w BOBIXie zdjęcie RTG płuc sugerowało zmiany, a interpretacja wyniku sprzeczna, pediatra uznała, że zmiany sugerują śródmiąższowe zapalenie płuc i zaleciła leczenie amoksycyliną, zaś alergolog, zajmujący się również leczeniem chorób płuc i oskrzeli uznał że zmiany wymienione w opisie są niejednoznaczne, a po obejrzeniu wyniku prześwietlenia, nie zauważył podstaw podania antybiotyku, również miał obiekcje do suplementacji żelaza. Mama odstąpiła od podania antybiotyku.

Obie dziewczynki utrzymywały się w okolicy 3-go centyla WHO do momentu rozszerzenia diety.

W ostatecznym rozliczeniu dziecko odrobiło samo anemię fizjologiczną bez suplementacji, zaczęło też przybierać na wadze bez dokarmiania i leczenia antybiotykiem.

Konkluzja nasuwająca się, że zestaw genetyczny w tym przypadku determinuje niskie przyrosty niemowląt karmionych piersią w tej rodzinie. Z wywiadu wynika, że dziecko brata taty również w okresie wyłącznego karmienia piersią charakteryzowały małe przyrosty i niższa od przeciętnej waga.

Dr n.med. Jay Gordon pisze na swoim blogu:

*„Obserwuj dziecko, a nie wyniki” i dalej
„Podsumowując, dzieci, które są prawidłowo karmione, mają jasny mocz i moczą pieluszki w pierwszych tygodniach życia prawie zawsze nie wymagają dodatkowej interwencji, bo wszystko jest z nimi dobrze. **Nie przypominam sobie dziecka, dla którego powolny przyrost masy w pierwszych 2 do 6 tygodni był jedyną oznaką do niepokoju.***

Starsze dzieci, od 2 do 12 miesiąca życia, rosną w różnym tempie. Przyrost wagi nie powinien być uznawany jako główne kryterium dobrego zdrowia. Etapy rozwojowe i współpraca oraz wsłuchanie się w obserwacje rodziców są ważniejsze. Nie daj się namówić na dokarmianie dziecka, które rozwija się prawidłowo. Postaraj się uzyskać pomoc w karmieniu piersią i używać innych rzeczy oprócz wagi, do oceny rozwoju.

polecam również:

Brak pokarmu i pokarm małowartościowy

Źródła:

<http://kellymom.com/>

<http://drjaygordon.com/>

The WHO Child Growth Standards

Piśmiennictwo:

„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd 'mamania' 2013, [I] – str 38-39

WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children

Ból podczas karmienia piersią zabkującego niemowlęcia

Było o starszakach, teraz o zabkujących niemowlętach. Zmora, kiedy swędzące dziąsła maluch zaciska na brodawce powodując u mamy ból, problem się nasila kiedy pojawi, że pierwszy ząbek – ostry jak brzytwa, dziecko potrafi nim ugryźć do krwi.

Co robić??

Tak małe dziecko jeszcze nie jest w stanie zrozumieć kiedy mu rzeczowo wytłumaczymy, że nie chcemy aby nas gryzło bo to boli, trzeba niestety zastosować trochę technik behawioralnych (tak, też tego nie lubię), ale na tym etapie po prostu inaczej się nie da. Do takiego malucha docierają tylko krótkie, proste komunikaty i wynikające z tego konsekwencje.

Kiedy dziecko ugryzie natychmiast zabieramy pierś. Jeśli zęby się zacisnęły, **!!UWAGA!!** nie ciągniemy na siłę, bo to tylko pogorszy sytuację. W takiej sytuacji wkładamy palec w kącik ust dziecka i palcem zwalnimy zacisk, uwalniając brodawkę. Jednocześnie musimy zasygnalizować, że to nas boli, np mówiąc „Au, boli, nie chcę żebyś mnie gryzł”, odczekujemy chwilę i ponownie podajemy pierś dziecku, jeśli sytuacja się powtarza kończymy karmienie, sygnalizując w ten sam sposób, jednocześnie odkładając dziecko (na bok, na podłogę, lub tak jak to zwykle robiliśmy) chowamy pierś, przed kolejnym podaniem odczekujemy CO NAJMNIEJ 15 min, kiedy dziecko poprosi wcześniej informujemy pokazując na pierś „Ugryzłeś mnie i mnie to bolało, teraz trzeba poczekać”.



Calgel –
przykładowy
żel na
ząbkowanie



Bobodent –
przykładowy
żel na
ząbkowanie



Dentinox –
przykładowy
żel na
ząbkowanie

Dodatkowo przed karmieniem można posmarować dziąsła dziecka żel na ząbkowanie, lub przyłożyć kostkę lodu (przez pieluszkę).

Dzieci bardzo szybko się uczą niemiłych konsekwencji gryzienia, bardzo się rzadko zdarza aby ta technika nie przyniosła szybkich efektów.



kin-Baby –
przykładowy
żel na
ząbkowanie



Camilia –
płyn
łagodzący
objawy
ząbkowania –
preparat
hoemopatyczny

Zdjęcie w nagłówku: www.etsy.com