

Żółtaczka

Hiperbilirubinemia to podwyższony poziom bilirubiny we krwi.

Za prawidłowy poziom uznaje się wartości maksymalne 12mg% (205 umol/l) w 4-tej dobie u noworodków donoszonych i 15mg% (256 umol/l) w 7 dobie u wcześniaków. Takie wartości noszą nazwę **żółtaczki fizjologicznej**. Żółtaka taka ustępuje samoistnie do 14 doby życia u noworodków donoszonych i do 21 doby u wcześniaków, a przedłużanie się objawów może być związane z karmieniem piersią (geneza takiej sytuacji nie jest do końca poznana). Rozróżnia się 2 typy żółtaczki związanej z karmieniem piersią.

Żółtaczka jest spowodowana nagromadzeniem się we krwi cząsteczek bilirubiny w postaci żółtego pigmentu, który powstaje z rozkładu starych czerwonych krwinek. Jest to naturalny proces rozkładu czerwonych krwinek i zazwyczaj nie powoduje żółtaczki, gdyż wątroba metabolizuje go, a następnie zostaje wydalona z organizmu. U noworodków w wyniku niedojrzałości wątroby, enzym odpowiedzialny za metabolizowanie bilirubiny jeszcze w pełni nie działa, stąd żółtaczka fizjologiczna. Występuje ona w pierwszych dniach życia dziecka. Co więcej, noworodki mają więcej czerwonych krwinek niż dorośli, a tym samym, dochodzi do rozpadu większej ich ilości jednocześnie. Jeśli dziecko jest wcześniakiem, poród był trudny, matka ma cukrzycę, lub większą niż przeciętna ilość rozpadających się czerwonych krwinek (np.: w przypadku konfliktu serologicznego), wówczas poziom bilirubiny we krwi może być wyższy niż przeciętny.



Zażółccony noworodek z hiperbilirubinemią , zdjęcie poglądowe

KIEDY MÓWIMY O ŻÓŁTACZCE PATOLOGICZNEJ?

POSTAĆ Wczesna

Żółtaczka dzieci karmionych piersią wykrywana jest u 13% noworodków. Stężenie bilirubiny jest wyższe niż 12mg% i pojawia się zwykle w okolicy 2-3 doby życia. Jest to następstwo zbyt późnego rozpoczęcia karmienia, niewystarczająco częste przystawianie dziecka lub nieefektywne ssania dziecka. Wyniku tego jest podniesienie bilirubiny w osoczu, co wzmacnia wchłanianie jelit i powoduje wzmożone krążenie wątrobowo-jelitowe.

POSTAĆ Późna

Żółtaczka pokarmu kobiecego pojawia się pod koniec 1 tygodnia życia u 2-4% noworodków. Stężenie bilirubiny przekracza wtedy 10mg%, a pod koniec 2 tyg może nawet osiągać wartości 20-30 mg% (342-513 umol/l (wartości powyżej 30mg% (513 umol/l) mogą stanowić zagrożenie dla życia dziecka). W takim przypadku poziom bilirubiny spada bardzo wolno i może trwać 4 – 12 tygodni. Do końca nie poznano mechanizmu jej występowania. Podejrzewa się zaburzenia przemiany bilirubiny w wątrobie w związku z obecnymi w pokarmie czynnikami opóźniającymi glukuronidację (Glukoronizacja to sprzęganie (czyli łączenie)

z kwasem glukoronowym różnych substancji żeby stały się rozpuszczalne i mogły zostać wydalone z moczem).

Podanie witaminy K w dawce uderzeniowej uznawane jest za jeden z możliwych czynników powodujących wystąpienie żółtaczki noworodkowej, a dalsza jej suplementacja może się przyczyniać do opóźnienia i wydłużenia procesu wydalania bilirubiny z organizmu. Jednakże dzieci z żółtaczką są bardziej narażone na wystąpienie krwotoków w tym VKDB. Jeśli mama decyduje się na podanie dziecku zastrzyku z witaminą K należy opóźnić ten moment do zakończenia pierwszego karmienia piersią, ale nie później niż do 6 godzin od porodu. **Należy zauważyć, że zwiększenie stężenia witaminy K w surowicy matki zwiększa podaż witaminy w mleku.**

ZALECENIA: Noworodki zdrowe, donoszone: 1 mg domięśniowo lub 2 mg doustnie (odchodzi się od podawania doustnego ze względu na różny stopień wchłaniania w zależności od dziecka) w ciągu pierwszych 6h po porodzie, noworodki urodzone przedwcześnie:

- poniżej 1,5 kg: 0,5 mg domięśniowo lub u noworodków z masą poniżej 750g dożylnie;
- powyżej 1,5 kg: 1 mg domięśniowo.

Więcej o suplementacji: Suplementy dla dzieci karmionych piersią

POSTĘPOWANIE

Aktualne badania kwestionują wartość diagnostyczno-leczniczą testu karencji, nierzadko wykonywanego nieprawidłowo. Wydłuża się jego przebieg nawet do 2-3 dób lub przeprowadza zbyt wcześnie, przed ukończeniem 1 tygodnia życia. Taki sposób przeprowadzenia testu ma wpływ na psychikę młodej mamy. Zbędnie i źle przeprowadzony test potrafi zachwiać jej wiarę w siebie i w korzyści płynące z karmienia piersią. Dodatkowo, dzieci często nie są w tym okresie karmione metodami alternatywnymi, a podanie butelki ze smoczkiem może zaburzyć prawidłowy odruch ssania piersi.

TEST KARENCJI – PRAWIDŁOWY PRZEBIEG

- odstawienie dziecka od piersi,
- oznaczenie wyjściowego poziomu bilirubiny,
- czas trwania – **12 godzin**,
- podawanie pokarmu drenem lub z kubeczka,
 - pokarm odciągnięty i pasteryzowany,
 - mieszanka,
- zmniejszenie się poziomu bilirubiny o 2mg% (34 umol/l) potwierdza rozpoznanie, brak zmiany sugeruje inną przyczynę.

U większości noworodków, bez względu na przyczynę hiperbilirubinemii i zastosowaną terapię należy kontynuować karmienie piersią, także w trakcie fototerapii należy kontynuować karmienie piersią. Brak jest dowodów, że zwiększenie ilości płynów podawanych doustnie lub dożylnie (w tym podawanie glukozy) przyspiesza wydalanie bilirubiny u dzieci, u których jednocześnie prawidłowo przebiega karmienie piersią. Jednakże niewłaściwe karmienie lub problemy w karmieniu mogą nasilić objawy żółtaczki. Z tego względu matce noworodka, u którego problem został stwierdzony, należy **zapewnić dodatkowe wsparcie laktacyjne**, aby zapewnić prawidłowy przebieg karmienia piersią. U dzieci z hiperbilirubinemią, u których zachodzą problemy z karmieniem piersią może dojść do odwodnienia. W takiej sytuacji zaleca się dokarmianie odciągniętym pokarmem matki w ostateczności odpowiednim preparatem mlekozastępczym. Należy zrobić to kubeczkiem do pojenia noworodków i niemowląt.

Hiperbilirubinemia może powodować senność i brak apetytu, dlatego ważne jest pilnowanie regularnych pór karmień, wybudzanie i pobudzanie dziecka do ssania. Regularne i częste przystawianie do piersi stymuluje proces wypłukiwania bilirubiny oraz wpływa korzystnie na podaż pokarmu – laktację. W przypadku mało efektywnego pobierania pokarmu przez

noworodka należy niewyssany przez dziecko pokarm odciągnąć i dokarmiać nim dziecko zarówno w trakcie karmienia (system SNS) jak i pomiędzy.

Żółtaczka patologiczna inaczej niż choroba hemolityczna (nawet w przypadku transfuzji wymiennej), zakażenie wewnątrzmaciczne lub nabyte, zapalenia wątroby i niedoczynności tarczycy, nie stanowi podstawy do odstawienia dziecka od piersi. W sporadycznych przypadkach skrajnie ciężkiej żółtaczki, można rozważyć okresowe odstawienie niemowlęcia od piersi.

Jedynie rozpoznanie galaktozemii jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do kontynuacji karmienia piersią.

Źródła:

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

<http://www.nbc.ca/>

<http://pediatrics.about.com/>

<http://kellymom.com/>

<http://www.mz.gov.pl>.

Gluten

CZYM JEST GLUTEN

Gluten jest umowną nazwą białek (prolamin i glutein) znajdujących się w różnych zbożach. Najważniejsze białka z grupy prolamin to:

- *gliadyna w pszenicy,*
- *sekalina w życie,*
- *hordeina w jęczmieniu,*

- awenina w owsie,
- zeina w kukurydzy,
- oryzeina w ryżu
- panicyna w prosie.

Toksyczne dla osób z celiakią, alergią czy z nadwrażliwością na gluten są białka zawarte w **pszenicy, życie i jęczmieniu**.

Rodzaje zbóż glutenowych i bezglutenowych (wyróżniono zboża glutenowe)

Zboża właściwe			Zboża rzekome
właściwe trawy zbożowe	trawy cukrowe	trawy ryżowe	
żyto	kukurydza	ryż	gryka
pszenica	proso	owies	amarantus (szarłat)
jęczmień	sorgo	dziki ryż	komosa ryżowa (quinoa)

Dlaczego gluten szkodzi?

U większości osób białka glutenowe są łatwo trawione przez układ pokarmowy. Gluten sam w sobie nie jest toksyczny, jednak może wywoływać w organizmie reakcje prowadzące do aktywacji układu odpornościowego i uszkodzenia przewodu pokarmowego. **Nieprawidłowa reakcja wywoływana przez gluten powoduje uszkodzenie kosmków jelitowych w jelicie cienkim prowadzące do zmniejszenia produkcji enzymów trawiennych. Na skutek uszkodzeń kosmków dochodzi do zaburzenia motoryki jelit, nieprawidłowego trawienia oraz wchłaniania substancji zawartych w pokarmie i do powstania związanych z tym faktem niedoborów. Gluten (głównie zawarty w pszenicy) jest też częstym alergenem pokarmowym.**

Niekorzystne działanie glutenu na organizm człowieka może przybierać formę celiakii, przejściowej nietolerancji glutenu, alergii lub nadwrażliwości na gluten.[1]

Rozróżniamy 3 formy problemów z przyswajaniem glutenu: nietolerancję, czyli celiakię, w tym choroba Dühringa, alergię, czyli obecność swoistych przeciwciał IgE, oraz nadwrażliwość, czyli obecność przeciwciał AGA.

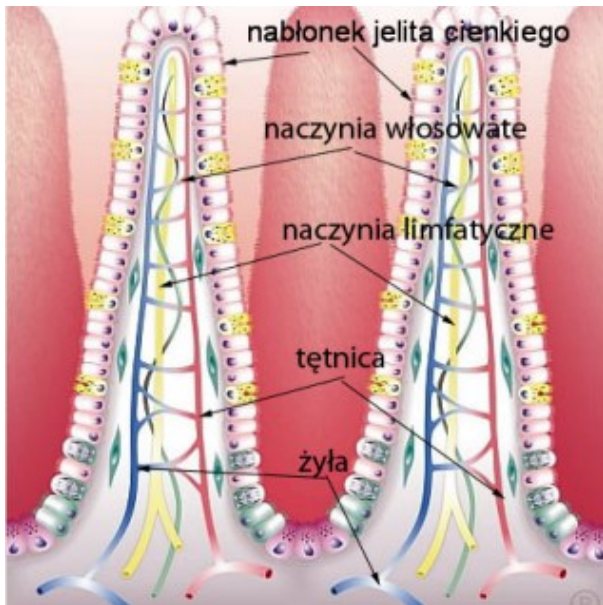
CELIAKIA (choroba trzewna), czyli nietolerancja glutenu

Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, nie da się nią zarazić, nie jest w żaden sposób uwarunkowana dietą, Nie ma znaczenia moment wprowadzenia glutenu do diety dziecka (o ekspozycji będę pisała niżej).

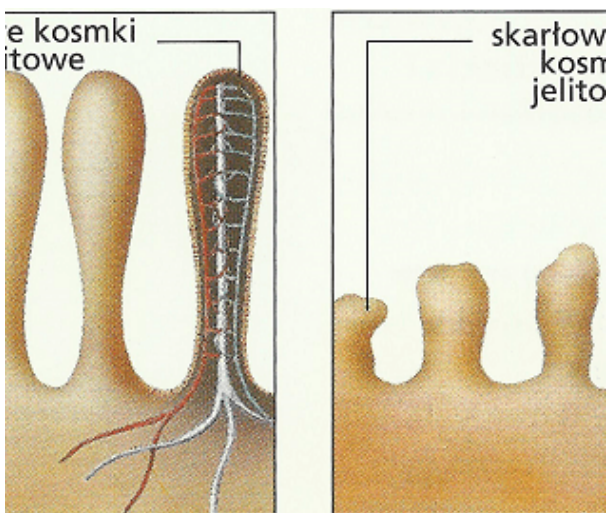
Celiakia to choroba w której gluten powoduje obumieranie kosmków jelitowych, odpowiedzialnych za wchłanianie składników odżywczych do krwiobiegu i dalej odżywiających organizm. „Liczba kosmków wynosi ok. 10 milionów. Zwiększa to powierzchnię jelita cienkiego prawie 23 razy, tak więc powierzchnia chłonna jelita cienkiego osiąga wymiary do 200 m²” (pisałam o tym tutaj: <http://www.mlecznewsparcie.pl/2015/01/dieta-mamy-karmiacej-piersia/>). Uszkodzenie kosmków zmniejsza powierzchnię chłonną jelita i powoduje objawy:

Objawy celiakii u dzieci

- Wzdęty brzuch.
- Waga i wzrost poniżej normy wiekowej.
- Wiotkie mięśnie.
- Bładość i wymioty.
- Obfite, cuchnące stolce tłuszczowe.
- Osowiałość.
- Płaczliwość.
- Brak apetytu.
- Zaburzenia rozwoju.[III]



budowa kosmka jelitowego,
<http://naszeczialo.blog.onet.pl/2009/07/01/jelito-cienkie/>



porównanie zdrowych kosmków i uszkodzonych przez gluten w chorobie trzewnej
<http://i-zdrowie.pl/celiakia-choroba-trzewna-dzieci/>



zdjęcie kosmków jelita
cienkiego (w powiększeniu)
<http://odkrywcy.pl/>

***Choroba może ujawnić się w każdym wieku.** Zarówno wkrótce po wprowadzeniu glutenu do diety dziecka, jak również podczas dorastania, ciąży u kobiet, dużego stresu, po silnej infekcji, poważnej operacji itd. Obecnie najczęściej wykrywa się celiakię u osób 30-50-letnich, choć zdarzają się przypadki choroby u osób 80-letnich. Kobiety chorują dwa razy częściej niż mężczyźni.*

*Lekarz powinien skierować chorego do **gastroenterologa** (w przypadku dziecka do gastroenterologa dziecięcego). **Należy pamiętać, aby bez konsultacji z lekarzem gastroenterologiem i bez dalszych badań nie przechodzić na dietę bezglutenową, gdyż może to uniemożliwić prawidłową diagnozę.***

Następnym etapem jest wykonanie zleconych przez gastroenterologa badań serologicznych z krwi. Zwykle oznacza się stężenie dwóch z trzech dostępnych przeciwciał:

- przeciwno endomysium mięśni gładkich (**EmA**)
- przeciwno transglutaminazie tkankowej (**tTG**)
- przeciwno deamidowanej gliadynie (potocznie: „nowej gliadynie” **DGP** lub **GAF**)

(...) Należy jednak pamiętać, iż w trakcie diagnostyki należy

pobrać krew na badanie oceniające całkowity poziom IgA. Zdarzyć się bowiem może, że w przypadku braku Iga badanie może dać wyniki fałszywy. W przypadku niedoboru IgA ocenia się wtedy przeciwciała w klasie IgG. Można także od razu zbadać przeciwciała w obu klasach (IgA i IgG).

(...)

Biopsja jelita cienkiego jest kluczowym etapem w diagnostyce celiakii. Wykonuje się ją endoskopowo podczas gastroskopii. Pacjent połyka miękką sondę z małą kamerą na końcu, dzięki której lekarz zagląda do wnętrza jelita i pobiera jego maleńkie fragmenty do badania (przynajmniej 4). Zabieg nie jest bolesny, choć nie należy do przyjemnych. U małych dzieci przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym. W pobranych wycinkach ocenia się stopień zaniku kosmków w tzw. skali Marsha (od I do IV).

[I]



LECZENIE

Leczenie polega na całkowitej eliminacji z diety zbóż zawierających gluten, dieta bezglutenowa musi być stosowana do końca życia, spożycie zawsze będzie się wiązało z pojawieniem objawów ze strony układu pokarmowego.

ALERGIA NA GLUTEN

Alergia na gluten jest drugą w kolejności najczęstszą alergią zaraz po alergii na białka mleka zwierzęcego, szacuje się, że cierpi na nią 10-25% wszystkich alergików, z objawami alergii pokarmowej.

W zależności od czasu wystąpienia reakcję uczulenową na

gluten można podzielić na:

- 1. **natychmiastową** – występującą w ciągu minut do godziny od spożycia pokarmu*
- 2. **późną** – objawiającą się po kilku godzinach a czasem nawet po 1-2 dniach*

Pierwszy typ reakcji jest zależny od specyficznych dla glutenu przeciwciał w klasie IgE i może objawić się jednym lub kombinacją niżej wymienionych objawów:

- wymiotami*
- biegunką i śluzowatym nawet z przewagą śluzu*
- wstrząsem anafilaktycznym*
- pokrzywką skórną*
- wodnistym katarem*
- skurczem oskrzeli*
- zmianami skórnymi o typie atopowego zapalenia skóry[I]*

Chociaż u dzieci przebieg zwykle łączy się z atopowym zapaleniem skóry, mogą pojawić się tylko objawy ze strony układu pokarmowego, najlepszym lekarstwem jest dieta eliminacyjna i probiotyki uszczelniające jelita i odbudowujące prawidłową florę. Optymistyczny jest fakt, że wystarczy kilka miesięcy (zwykle 3) diety eliminacyjnej aby ustąpiły objawy, a dzieci zwykle „wyrastają” z tego typu alergii, tzn, alergia pokarmowa na gluten ustępuje z wiekiem i nie daje objawów w późniejszym życiu.

U dorosłych alergia na gluten ujawnia się najczęściej pod postacią pokrzywki, obrzęku naczynioruchowego, wstrząsu anafilaktycznego lub biegunki. Ponadto u dorosłych obserwuje się postać alergii na gluten, która występuje jedynie po równoczesnym wysiłku fizycznym. W przeciwieństwie do dzieci uczulenie na gluten jest u dorosłych zjawiskiem trwającym latami, a do wywołania objawów alergii potrzebne są znacznie wyższe niż u dzieci ilości glutenu (10 g lub więcej).

(...)

Podwyższony poziom IgE swoisty dla glutenu może mieć pewne znaczenie w wykrywaniu reakcji natychmiastowego typu, jednak korelacja poziomu swoistego IgE z objawami jest umiarkowana. Aby mieć pewność czy objawy alergii na gluten nie są objawami celiakii, oznacza się poziom przeciwciał przeciwko endomyzjum mięśni gładkich (IgAEmA) lub przeciwko transglutaminazie tkankowej (tTG), które nie występują w przypadku alergii na gluten. Najbardziej wiarygodnym testem w diagnostyce alergii pokarmowej jest dieta eliminacyjna z ponownym wprowadzeniem uczulającego pokarmu.[1]

NADWRAŻLIWOŚĆ NA GLUTEN

Ostatni typ charakteryzuje się objawami podobnymi do tych w Celiakii, ale w diagnostyce rozróżnia się inne czynniki, brak przeciwciał typowych dla celiakii (tTG i EmA), a 50% spośród tych osób ma pozytywny wynik przeciwciał antygliadynowych AGA, w przeciwieństwie do deamidowanej gliadyny DGP

Schorzenie dotyczy głównie osób dorosłych i charakteryzuje się wystąpieniem jednego lub najczęściej wielu objawów, wśród których najczęstsze to :

- ból brzucha – w 68% przypadków
- wysypka, egzema – 40%
- bóle głowy – 35%
- uczucie ciągłego zmęczenia – 35%
- splątanie – 34%
- biegunka – 33%
- wzdęcia – 25%
- zaparcia – 20%
- anemia- 20%
- drętwienie i bolesność kończyn – 20%
- osłabienie/omdlenia – 20%
- pieczenie w przełyku – 15%
- nudności i wymioty – 15%

- uczucie przelewania w jelitach – 10%
- zapalenie języka – 10% [I]

Badania wykazują że problem dotyczy aż 6% społeczeństwa (Celiakia 1%) i dotyczy tylko dorosłej części społeczeństwa [może mieć to związek z dietą bogatą w żywnością gotową i wysokoprzetworzoną (dania gotowe, dania instant etc) i nadmiernym spożywaniem glutenu, dodawanego do żywności przemysłowej – np.: wędliny, gotowe sosy, dipy, keczupy]. Zauważa się też związek ze schorzeniami neuropsychicznymi i spożywaniem glutenu w tej grupie i poprawę stanu zdrowia po eliminacji glutenu z diety.

*Schorzenie wydaje się powiązane z aktywacją nieswoistej immunologicznej reakcji na gluten, inaczej niż w celiakii, gdzie dochodzi do procesów autoimmunizacyjnych. Badanie genetyczne w diagnostyce nadwrażliwości nie jest miarodajne, ponieważ tylko połowa chorych posiada haplotyp HLA DQ2/DQ8, charakterystyczny dla celiakii, dlatego **nadwrażliwość na gluten nie ma podłoża genetycznego**. Wpływa z tego wniosek, że **ujemny wynik testów genetycznych w kierunku celiakii nie musi oznaczać, że pacjentowi nie szkodzi gluten**.*

Co istotne i jak już wspomniano, u osób z nadwrażliwością na gluten często występują przeciwciała antygliadynowe starego typu (AGA IgA lub IgG).[I]

RÓŻNICOWANIE Z ALERGIĄ I CELIAKIĄ

- brak swoistych przeciwciał IgE
- prawidłowe wyniki przeciwciał tTG, DGP, EmA oraz prawidłowy poziom całkowitego IgA
- prawidłowy wygląd kosmków jelitowych podczas biopsji (Marsh 0 lub I)
- prawdopodobna (50%) obecność przeciwciał AGA (w klasie IgA i/lub IgG)
- brak zależności genetycznej – pacjent może, lecz nie

musi mieć HLA DQ2/DQ8

- jeśli pacjent obserwuje złagodzenie/ustąpienie objawów po wprowadzeniu diety bezglutenowej oraz ponowne ich zaostrzenie podczas prowokacji glutenem

Leczenie poprzez wykluczenie glutenu z diety nie różni się od postępowania w przypadku celiakii czy alergii na pszenicę. Różnice polegają wyłącznie na tym, iż w przypadku celiakii dieta musi być już stosowana przez całe życie, natomiast w przypadku alergii i nadwrażliwości na gluten dieta może być stosowana czasowo.

EKSPOZYCJA NA GLUTEN U NIEMOWLĄT

Ekspozycja na gluten ma służyć wczesnemu wykryciu celiakii u niemowląt i podjęciu prawidłowego postępowania, jednakże w świetle zależności wystąpienia celiakii od uwarunkowań genetycznych sama ekspozycja nie ma podstaw.

Uważano, że pomiędzy 4, a 6 miesiącem życia dziecka występuje okno glutenowe, które jest bezpiecznym momentem wprowadzenia glutenu do diety w ilości 1/2 łyżeczki kaszy manny na dobę, jednak nie ma żadnych badań potwierdzających występowanie okna glutenowego, a sama teoria nie została jednoznacznie i bez wątpliwości potwierdzona, nawet sami badacze przyłani, że nie znane są długofalowe skutki wczesnego wprowadzenia glutenu.

Aktualnie zalecenia Światowej organizacji Zdrowia, La Leche League, Amerykańskiej Akademii Pediatricznej i Polskiego Towarzystwa Gastrologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci zalecają wyłącznie karmienie piersią (lub mieszanką) przez okres co najmniej 6 miesięcy i wprowadzenie glutenu wraz z rozszerzeniem diety w drugim półroczu życia dziecka, o sposobie i momencie wprowadzenia glutenu decyduje matka.[IV]

Badania wykazały obecność glutenu w pokarmie kobiecym została

stwierdzona we wszystkich przebadanych próbkach, bez względu na okres i długość karmienia, tak więc dziecko kp ma ekspozycje na gluten od urodzenia. U dzieci alergicznych, bardzo ważne jest długie karmienie piersią i wprowadzenie glutenu dopiero po 12 m. ż. [III]

POLECAM BARDZO CIEKAWY ARTYKUŁ, NT. DIETY BEZGLUTENOWEJ: Dieta bezglutenowa – jak sami siebie oszukujemy

Źródła

<http://www.celiakia.pl/>[I]

<http://i-zdrowie.pl/>[II]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9867098> [III]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092234> [III]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3300148> [III]

Zalecenia co do rozszerzenia diety niemowląt 2014[IV]

Nietolerancja laktozy

Alergia to choroba autoimmunologiczna, z alergii się nie wyrasta, może nastąpić remisja, może się zmieniać, ale alergikiem jest się do końca życia, alergia to nieprawidłowa odpowiedź układu immunologicznego na obce białka, które dostały się do organizmu. Alergie mogą być IgE zależne i IgE niezależne.

Nietolerancja, to problem z trawieniem jakiegoś składnika pokarmowego, który może się objawiać w różny sposób. Większość nietolerancji jest okresowa, lub nie stanowi istotnego obciążenia w dalszym życiu, ale są takie które eliminują dany składnik z diety do końca życia.

Nietolerancje zwykle dają objawy ze strony układu pokarmowego – kolki, wzdęcia

NIETOLERANCJA LAKTOZY

Laktoza to CUKIER MLECZNY, jest bardzo potrzebna, ponieważ zwiększa absorpcję wapnia, magnezu i cynku. Wspiera również wzrost Lactobacilli i dostarcza galaktozy, która jest niezbędna do tworzenia galaktolipidów mózgu i tym samym rozwoju mózgu.

– nietolerancja spowodowana jest niedoborem laktazy – enzymu niezbędnego do rozłożenia laktozy, w wyniku czego laktoza fermentując w jelitach zbija się w bąble powietrzne powodując niemowlęca kolkę, aby złagodzić objawy, podaje się otrzymywany z roślin enzym – laktazę, dodatkowo podaje probiotyki i simeticon, ułatwiający odgazowanie jelit.

ZAWARTOŚĆ LAKTOZY W MLEKU KOBIECYM JEST NIEZALEŻNA OD DIETY MAMY

Nietolerancja laktozy może być wrodzona, pierwotna lub wtórna.

PIERWOTNA NIETOLERANCJA LAKTOZY

Dotyczy głównie dorosłych, związana jest ze stopniowym zanikiem umiejętności wytwarzania laktazy przez organizm człowieka, ta nietolerancja nie pojawia się przed 2-5 rokiem życia a zwykle dopiero w dorosłym życiu. Prawie wszyscy dorośli cierpiący na nietolerancję laktozy, mają właśnie ten typ nietolerancji i nie jest on związany z dziecięcą nietolerancją laktozy.

WRODZONA NIETOLERANCJA LAKTOZY

Występuje niezwykle rzadko, jest wrodzonym zaburzeniem metabolicznym

POTWIERDZA SIĘ JĄ POPRZEZ WYKONANIE BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH Z KAŁU CUKRY REDUKUJĄCE I DWUCUKRY W KALE (test Kerry'ego) ORAZ ORAZ TEST TOLERANCJI LAKTOZY – WODOROWY TEST ODDECHOWY

Zaburzenie to jest zwykle widoczna w ciągu kilku dni po porodzie i charakteryzuje się ostrą biegunkę, wymioty, odwodnienie i braku prawidłowego rozwoju. To rozwiązuje po ukończeniu sześciu miesięcy. [Kelly Bonita, IBCLC]

Podobnie wrodzony niedobór laktazy

To zaburzenie, pojawia się w ciągu 10 dni od urodzenia, występuje wtedy, gdy aktywność laktazy wyściółki (wymagane do trawienia laktozy) w jelicie cienkim jest niski lub nieobecny w chwili urodzenia i charakteryzuje się biegunka i zaburzenia wchłaniania. [Kelly Bonita, IBCLC]

Galaktozemia, jest rodzajem zaburzeń metabolicznych, związany z częściową lub całkowitą nieobecnością enzymów wątrobowych GALT, mimo że, galaktozemia nie dotyczy dzieci z nietolerancją laktozy, to w cięższych postaciach galaktozemii, może dojść do nietolerancji laktozy zbudowanej z glukozy i galaktozy, Charakterystyczną galaktozemię charakteryzują wymioty, biegunka, żółtaczka i brakiem rozwoju w ciągu kilku dni po urodzeniu. Galaktozemia – Duarte, wariant klasycznej galaktozemii, nie jest tak ciężki i dziecko może być w stanie częściowo lub całkowicie karmione piersią.

Niektóre wcześniaki mogą mieć tymczasową nietolerancję laktozy, gdyż ich organizmy jeszcze nie rozpoczęły produkcji tego enzymu – laktazy, tzw rozwojową nietolerancję laktozy, jelita dojrzewają do rozpoczęcia produkcji poprzez kontakt z laktozą, można także podawać enzym laktazy do mleka, zamiast wprowadzać mieszanek bez laktozy, oraz **zacząć podawać probiotyk, szczep *Lacidobactillus acidophilus* (wytworza laktaze)**

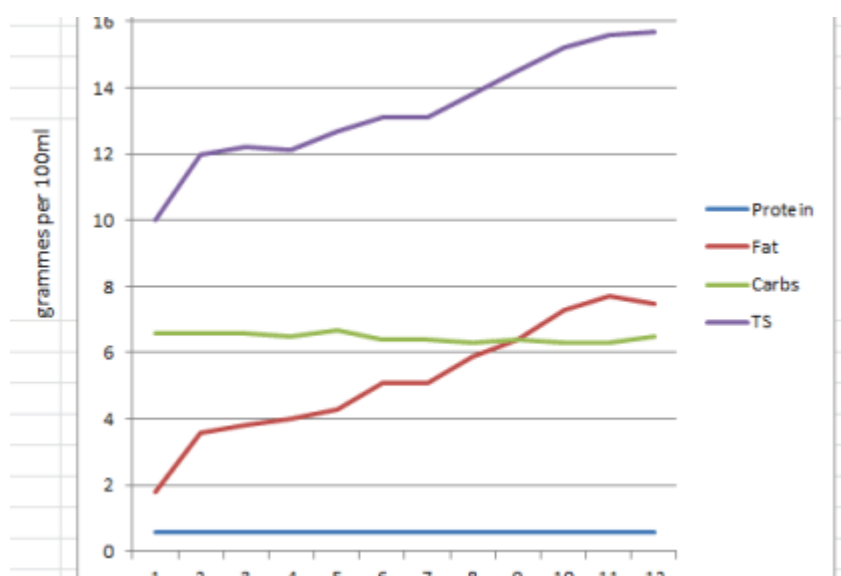
WTÓRNA NIETOLERANCJA LAKTOZY

Może pojawić się w każdym wieku, na skutek uszkodzenia wyściółki jelita w wyniku infekcji jelitowych, procesów zapalnych czy alergii pokarmowej, co powoduje zmniejszenie

aktywności laktazy. Przyczyny wtórnej nietolerancji laktozy obejmują także nietolerancje żołądkowe, jelitowe, pokarmowe, alergiczne i celiakie.

Nadwrażliwość na białka mleka krowiego **NIE JEST TOŻSAMA Z NIETOLERANCJĄ LAKTOZY**, ale mogą współistnieć, gdyż alergia na białka mleka krowiego może powodować nietolerancję laktozy (stąd kolki przy alergiach).

Może się także pojawić przeciążenie laktozą, kiedy dziecko spija pierwsze mleko, które zawiera mniej tłuszczu, lub przy zbyt dużej podaży mleka od mamy. Jednakże odciąganie pierwszego mleka mija się z celem, gdyż poziom laktozy jako taki w pokarmie jest stały (NIE MA FAZ MLEKA).



<http://thefunnyshapedwoman.blogspot.com/>

Findings measured on 19/04 11					
Sample No.	Protein	Fat	Carbs	TS	Energy ?C
1	0.6	1.8	6.6	10	46
2	0.6	3.6	6.6	12	64
3	0.6	3.8	6.6	12.2	65
4	0.6	4	6.5	12.1	66
5	0.6	4.3	6.7	12.7	70
6	0.6	5.1	6.4	13.1	76
7	0.6	5.1	6.4	13.1	76
8	0.6	5.9	6.3	13.8	82
9	0.6	6.4	6.4	14.5	87
10	0.6	7.3	6.3	15.2	95
11	0.6	7.7	6.3	15.6	98
12	0.6	7.5	6.5	15.7	98

<http://thefunnyshapedwoman.blogspot.com/>

LEGENDA:

protein-białka

fat – tłuszcze

carbs – węglowodany (w tym laktoza)

Tabelka i wykres przedstawiają wynik badania 12 próbek pobieranych podczas 1 karmienia, jak widać poziom białe jest stały, węglowodanów nieznacznie się zmienia i waha pomiędzy 6.6 i 6.5 g/100ml mleka pomiędzy 1 i ost. próbką, a tłuszczy stopniowo wzrasta.

Nietolerancja laktozy nie jest wskazaniem do odstawienia dziecka do piersi, należy kontynuować karmienie naturalne oraz łagodzić objawy nietolerancji. W ciężkich przypadkach należy rozważyć karmienie mieszane i dokarmianie preparatem bezlaktozowym. Na rynku są także dostępne preparaty zawierające enzym laktazę ułatwiający rozkład laktozy w jelitach:



Delicol – enzym laktaza
pozyskiwany z grzybów



Delicol – enzym laktaza



Delicol – enzym laktaza –
dostępny na rynku
brytyjskim

Ponadto, można stosować preparaty zawierające simetikon lub dimeticon. Substancje te zmniejszają napięcie powierzchniowe pęcherzyków gazu, znajdujących się w jelitach. W ten sposób ułatwia ich pękanie, co usprawnia wydalanie gazów i zmniejsza napięcie jelit, które może być przyczyną bólu. Preparat dostępne na rynku zawierające simetikon i dimeticon:



bobotic (simetikon)



brytyjski dentinox colic
drops (dimeticon)



esputicon (simetikon)



niemiecki sab simplex
(simetikon)



espumiasn (simetikon)



infacol dostępny w Polsce i Wielkiej Brytanii
(simetikon)

Źródła:

<http://kellymom.com/>

<http://galactosemia.org/>

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

<http://www.health.state.mn.us/>

<http://patient.info/doctor/lactose-intolerance-pro>

Worries About Foremilk and Hindmilk

What is the difference between foremilk and hindmilk? Is my baby's fussiness caused by the lactose in my milk?

Bibliografia:

Variation in fat, lactose and protein in human milk over 24 h and throughout the first year of lactation
Volume and Frequency of Breastfeedings and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day

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 ulega obficie (przed posiłkiem, po posiłku, w trakcie posiłku, pomiędzy posiłkami)
- niemowlę ulega 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 refluku, 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 refluku.

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/arttykul/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

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 pieniste, 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 kolikami, wzdęciami, biegunkami.

Metody postępowania w zależności od przyczyny:

1. łagodzenie objawów:

- masaż brzuszka,
- chustowanie skóra do skóry – brzusek do brzuszka
- ciepłe okłady na brzusek
- 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 (podejrzenie 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 CIĄŻY 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 bakterirolizą 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 siarze (ochrona noworodka) oraz w okresie odstawiania (ochrona na czas „samodzielnosci”).” [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 mieszanekę, 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'-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 (AAH) (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
GM1
GM2
GM3
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 factor (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
Prostacyclins
ENZYMES
(catalysts that support chemical reactions in the body)
Amylase
Arylsulfatase
Catalase
Histaminase
Lipase
Lysosome
PAF-acetylhydrolase
Phosphatase
Xanthine oxidase

ANTI-PROTEASES
(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 (attach 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 cow's 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
Tricalcium phosphate
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 przesuwać 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

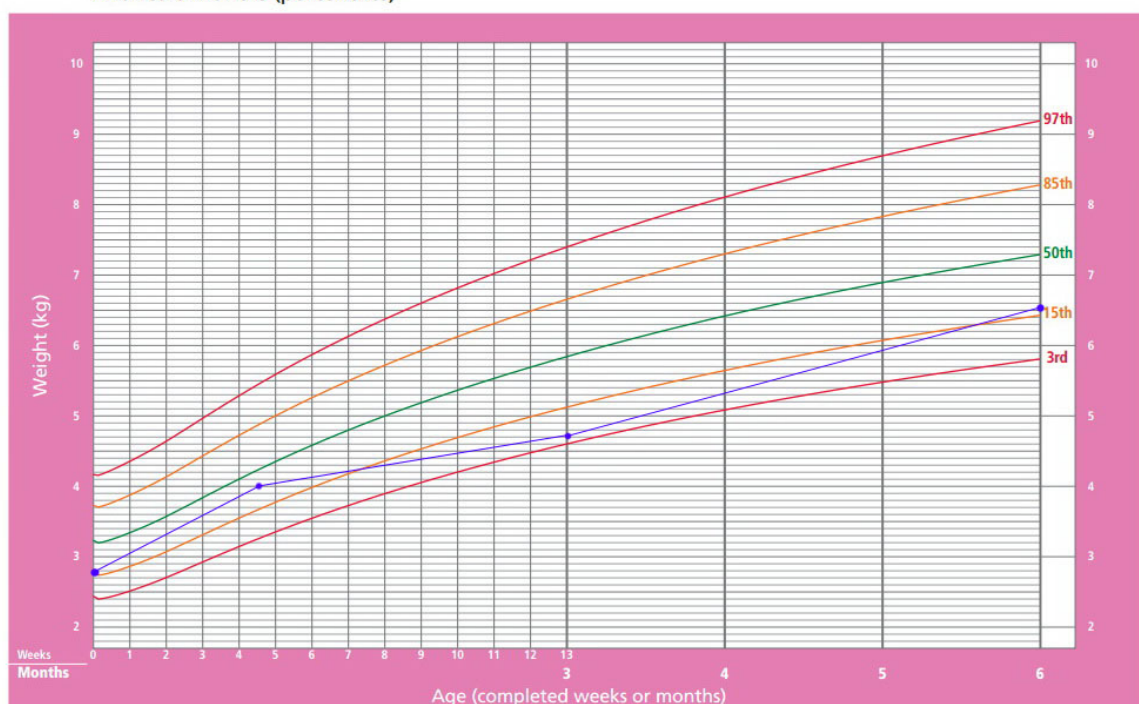
3m: 4600

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

Dopajanie

NIE DOPAJA SIĘ NIEMOWLĄT W UPAŁY, OKRESIE GRZEW CZYM I W ŻADNYM INNYM OKRESIE

DZIECIOM PODAJEMY PIERŚ ABY PIŁY I JADŁY, NA ŻĄDANIE, NAWET JEŚLI OZNACZA TO BARDZO CZĘSTE PODAWANIE PIERSI

Drogie młode mamy i te trochę bardziej doświadczone. Wychodząc naprzeciw obawom: nie, nie podaje się niemowlętom niczego poza piersią co najmniej do 7mż (czyli CO NAJMNIEJ skończonych 6-ciu miesięcy, u alergików zaleca się wyłącznie karmienie piersią przez okres 9 miesięcy), czyli do okresu rozszerzania diety. Oczywiście rozszerzanie diety nie oznacza obowiązku wprowadzania płynów uzupełniających, a więc podczas WYŁĄCZNEGO karmienia piersią nie podajemy:

- wody
- soczków
- herbatek
- mleka modyfikowanego
- glukozy
- innych płynów

Jedynym płynem, jaki jest odpowiedni dla niemowlęcia w pierwszym półroczu, jest mleko mamy wypływające z piersi, które w 88% składa się z wody. Nie dopaja się dziecka, bo nie ma takiej potrzeby.

Jednym z powodów jest fakt, iż wszystkie te płyny mają  niższe pH niż pokarm matki. pH soków żołądkowych to 1.5, pH wody źródlanej to ok 4.5, mieszanki ok 5, a pokarmu jest zasadowe i wynosi 7.4 (optymalne dla ludzkiego organizmu). Dzięki temu bakterie probiotyczne nie giną w żołądku, tylko budują florę jelitową, umożliwiając dojrzewanie jelit oraz

uszczelnienie ich, przygotowując na rozszerzenie diety. Każdorazowe podanie płynu innego niż mleko mamy zaburza pH jelit, w mniejszym (woda) lub większym stopniu (mieszanka, słodzone płyny), przyczyniając się do zaburzania flory jelitowej, która potrzebuje wielu dni, a nawet tygodni (po 1-2 butelkach mieszanki jest to ok. miesiąc) wyłącznego karmienia piersią aby się odbudować.

W Afryce, w Ameryce Południowej i w innych krajach o klimacie tropikalnym, subtropikalnym, pustynnym, zwrotnikowym etc, dzieci piją tylko mleko z piersi – nawet 2 lata. W niektórych miejscach dla dziecka to być lub nie być, bo jakość wody pozostawia wiele do życzenia, a temperatura sięga 40-50 st Celsjusza w cieniu. Dzieci się nie odwadniają. W naszym klimacie bywa bardzo ciepło, ale z całą pewnością nie jest GORĄCO.

W okresie grzewczym, kiedy powietrze jest suche, także wystarczą płyny, które dziecko dobowo wypija z piersi mamy.

Jeśli dziecko karmione piersią w dowolnym momencie okresu karmienia złapie infekcję układu pokarmowego, najlepszym płynem jest pokarm kobiecy, który oprócz wody zawiera elektrolity – tak niezbędne przy infekcjach jelitowych. Działa on jak najlepszy płyn nawadniający. Dzięki temu jest duża szansa, że podając pierś często, ale po trochu, dziecko się nie odwodni, a mleko zadba o odżywienie w okresie, kiedy inne pokarmy mogą nasilać wymioty i biegunkę. Dodatkowo pomoże jelitom odzyskać równowagę probiotyczną. Ponadto pokarm kobiecy ma w sobie substancje przeciwwymiotne, zmniejszające ryzyko wystąpienia i wielkość wymiotów.

Jeśli jest konieczność podania dodatkowego płynu lub podania pokarmu mamy, należy do zrobić metodą alternatywną.

SKĄD SIĘ WZIĘŁO DOPAJANIE



Zdjęcie do reklamy
DoidyCup, Lata 50-te

Pojawiło się w okresie międzywojennym, a rozwinęło po wojnie, wraz z rozwojem mleka w proszku i mieszanek (na zachodzie). Takie preparaty powodowały poważne zaparcia i konieczne było podawanie dzieciom płynów, aby ułatwić wypróżnienie. Do tego, od połowy XX wieku karmiono dzieci wg schematów i stosowano tzw. zimny chów, który zakładał, że dziecko ma się samo zająć sobą i wprowadzenie jedzenia o regularnych porach, miało pomóc w utrzymaniu tych schematów.

Od urodzenia należy przyzwyczajać niemowlę do regularnego przyjmowania pokarmów w stałych odstępach czasu oraz do zachowania przerwy nocnej. W związku z tym w pierwszym miesiącu życia niemowlę karmimy w godzinach: 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, i zachowujemy 6-godzinną przerwę nocną.

Podawanie glukozy czy słodzonych herbaterek pomiędzy porami karmień miało oszukać żołądek dziecka. Nie miało to znaczenia, czy niemowlę było karmione naturalnie, czy sztucznie, dlatego kobiety szybko odstawiały dzieci od piersi pod pretekstem słabego pokarmu, bo dziecko nie przybierało na wadze czy też

dużo płakało, domagając się częstszego karmienia.

Aktualne badania podają, że nawet współczesnymi mieszankami powinno się karmić na żądanie. Pomimo że lekarze często zalecają podawanie płynów, nie ma takiej konieczności w przypadku dzieci karmionych wyłącznie piersią. Należy zauważyć, że wówczas nie będą to już dzieci karmione wyłącznie piersią.

Źródła:

<http://themilkmeg.com/>

<http://kellymom.com/>

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

<http://www.who.int/>

Zdjęcie w nagłówku:

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

Bibliografia:

„Małe dziecko” wyd. PZWL, 1969

„Moje dziecko nie chce jeść” Carloz Gonzalez, wyd. 'mamania' 2013