

Tormentiol i Aphtin

[TORMENTIOL – ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA I ZDROWIA NIEMOWLĘCIA I DZIECKA]

{Z ULOTKI}

Preparatu nie wolno stosować(...) u noworodków i niemowląt, (zabraniają tego przepisy UE, a nie brak badań, badania przeprowadzono i udowodniono jego toksyczność, dlatego nie wolno stosować kwasu bornego)

Stosowanie leku u dzieci poniżej 12 roku życia:

U dzieci, ze względu na zwiększone wchłanianie przez skórę, podczas stosowania leku Tormentiol®, występuje ryzyko większego działania toksycznego kwasu borowego.

Podobne wytyczne dotyczą APHTINU, polecanego na pleśniawki (subst. aktywna jest czteroboran sodu)

Tormentiol zawiera bor, bor wnika świetnie przez uszkodzona skórę i odkłada się w nerkach i wątrobie (nie jest wydalany) więc nie musi być używany regularnie.

Bor odkładając się w narządach uszkadza je i może doprowadzić do niewydolności i śmierci.

Nie ma zgody na polecanie tak szkodliwych rozważań. Z tego względu jest zakazany u noworodków, niemowląt i dzieci do 12 roku życia na terenie USA i EU.

**UWAGA NA MAŚCI ROBIONE OD PEDIATRÓW, TAM TEŻ MOŻE KRYĆ SIĘ
KWAS BORNÝ – *Acidum boricum***







Bezpieczna alternatywa: maść pięciornikowa / tomentalum (bez boraxu, boru, kwasu bornego)

Pięciornik (Potentilla L.) – rodzaj roślin należących do rodziny różowatych. – Potentilla Adanson = Tormentilla L. – to stąd właśnie nazwa wszystkich maści z tym ziołem









Źródła:

<http://www.srokao.pl/2013/02/uwaga-szkodliwy-tormentiol.html>

<http://zapytaj-farmaceute.blogspot.com/2012/04/zdecydowane-nie-dla-tormentiolu-i.html>

Bibliografia:

Ulotka produktowa

<http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2008/PL/1-2008-49-PL-F1-1.Pdf>

<http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2008/PL/1-2008-49-PL-F2-1.Pdf>

Alergia mamy

Rozpoczął się sezon pytanie, co jeśli mama jest alergiczką i właśnie dopadły ją pyłki wiosennych roślin (leszczyna, olcha, brzoza), czerwone łzawiące oczy, swędzenie w gardle i uszach, biały wodnisty katar. W dzisiejszych czasach alergia jest problemem powszechnym około połowa z nas i blisko 75% dzieci cierpi na różne alergie. Kiedy przychodzi sezon pylenia pojawia się więc pytanie, a co ja mogę wziąć?? Czy mama karmiąca piersią może przyjmować leki antyhistaminowe?

Rozszerzanie diety u dziecka

ZALECENIA

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci w 2014 wydało zalecenia dotyczące rozszerzania diety i karmienia piersią:

Karmienie piersią

Celem, do którego należy dążyć w żywieniu niemowląt, jest wyłącznie karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia. Pokarm kobiecy wytwarzany w wystarczających ilościach przez zdrową, dobrze odżywioną matkę w pełni zaspokaja zapotrzebowanie niemowlęcia na wszystkie niezbędne składniki odżywcze, zapewniając mu jednocześnie prawidłowy rozwój w pierwszym półroczu życia.*

(...)

Jak długo należy karmić niemowlęta wyłącznie piersią?

Towarzystwa naukowe oraz międzynarodowe grupy ekspertów

zgodnie zalecają, aby niemowlęta były karmione wyłącznie pokarmem kobiecym przez pierwsze 6 miesięcy życia (minimum przez 4 miesiące)*'**. Oznacza to, że w tym czasie niemowlę otrzymuje jedynie mleko matki. Nie należy podawać innych płynów (np. wody, soków, mieszanek). Wyjątek stanowią witaminy lub leki.

Zalecenie wyłącznego karmienia piersią przez 6 miesięcy odnosi się do całej populacji. U niektórych niemowląt (np. z dużym zapotrzebowaniem na żelazo) korzystne może być wcześniejsze (<6. m.ż.) wprowadzenie pokarmów uzupełniających.

* ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T i wsp. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:112-125.

**Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:827-841.

Dołączony do zaleceń schemat należy zawsze czytać w kontekście powyższych zaleceń, a nie samodzielnie. Kiedy lekarze powołują się na nowy schemat, to właśnie powyższe zalecenia są nadrzędne do poniższej tabelki stanowiącej integralną część artykułu autorstwa Małgorzaty Jackowskiej – dietetyka i promotorki karmienia piersią:

link: ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 schemat + wybrane produkty w diecie

UWAGA! Liczba posiłków to wartości orientacyjne! Karmienie piersią - na żądanie (patrz przypis)	SCHEMAT ŻYWIENIA DZIECI W 1r.ż.							
	wiek (m.ż.)	liczba posiłków na dobę*	wielkość porcji (ml)*	umiejętności	podstawa żywienia	rodzaj i konsystencja pokarmów	przykłady pokarmów	
	1	7	110	• ssanie, polykanie	karmienie piersią lub mlekiem modyfikowanym ¹	• płyny	mleko matki lub mleko modyfikowane	
2-4	6	120-140						
UWAGA! Rozszerzanie diety powinno rozpocząć się po ukończonym 6 miesiącu życia. Wcześniej, tylko w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach. (Więcej na ten temat w artykule)	5-6	5	150-160	• początkowe rozdrabnianie pokarmów językiem • silny odruch ssania • wypychanie jedzenia z ust za pomocą języka (reakcja przejściowa) • otwieranie ust przy zbliżaniu łyżeczki		• gładkie puree • 4 posiłki mleczne ²	• gotowane miksowane warzywa (np. marchew) lub owoce (np. jabłko, banan), mięso, jajo lub puree ziemniaczane • kaszki/kleiki bezglutenowe • produkty zbożowe w małych ilościach nie wcześniej niż w 5 m.ż. nie później niż w 6 m.ż. (np. kasza zbożowa glutenowa) • woda bez ograniczeń • sok 100% przecierowy bez dodatku cukru, do 150 ml na dobę (porcja)	
	7-8	5	170-180	• pobieranie wargami pokarmu z łyżeczki • rozwój umiejętności i koordynacji umożliwiających samodzielne jedzenie		• zwiększona różnorodność rozdrobnionych lub posiekanych pokarmów • produkty podawane do ręki • 3 posiłki mleczne od 7-8 m.ż.	• zmiksowane/drobno posiekane mięso, ryby • rozgniecione gotowane warzywa i owoce • posiekane surowe warzywa i owoce (np. jabłko, gruszka, pomidor) • miękkie kawałki/cząstki warzyw, owoców, mięsa podawane do ręki • kasze, pieczywo • jogurt naturalny, sery, kefir • pełne mleko krowie po 12m.ż. ³	
9-12	4-5	190-220						
¹ ORIENTACYJNA liczba posiłków i wielkość porcji								
¹ celem do którego należy dążyć jest wyłączenie karmienia piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia								
² mleko podaane jest z piersi, butelki ze smokiem lub otwartego kubka.pozostałe pokarmy podajemy łyżeczką								
³ małe ilości mleka krowiego można zastosować do przygotowywania pokarmów uzupełniających ale nie powinno być ono stosowane jako główny produkt mleczny przed 12m.ż. (m.ż. - miesiąc życia)								
Rodzic/opiekun decyduje CO dziecko zje, KIEDY i JAK jedzenie będzie podane, Dziecko decyduje CZY posiłek zje i ILE zje								

Standardy Medyczne/Pediatrica, 2014, T.11, 321-338

<http://malgorzatajackowska.com/wp-content/uploads/2014/08/schemat-2014-m-jackowska.pdf>

Stopniowe wprowadzanie pokarmów stałych od ukończenia 6. miesiąca życia dziecka

Aby zaspokoić odżywcze potrzeby rozwijającego się dziecka, po 6 miesiącu życia (180 dni) karmienie piersią powinno być uzupełniane przez stopniowo wprowadzany pokarm stały w postaci zmielonej. System trawienny dziecka, które ukończyło 6 miesięcy, jest już wystarczająco rozwinięty, żeby trawić skrobię, białko i tłuszcz w innej postaci niż mleko matki.

WHO zaleca:

wraz z wprowadzeniem pokarmów stałych, nie zmniejszanie ilości mleka podawanego z piersi; do 2 roku życia i dłużej kontynuowanie karmienia piersią na żądanie tak często, jak dziecko chce; z wiekiem dziecka stopniowe zwiększanie ilość jedzenia stałego, gęstego oraz urozmaicanie posiłków – zgodnie z potrzebami i możliwościami dziecka; podawanie dziecku produktów bogatych w składniki odżywcze; w razie potrzeby, po konsultacji z lekarzem, podawanie dziecku wzbogaconej żywności uzupełniającej lub odpowiednich suplementów witaminowo-mineralnych; od najmłodszego wieku uczenie dziecka zachowania higieny i kultury podczas jedzenia; podawanie żywności łyżką, nie w butelce; dbanie o to, aby jedzenie było czyste, zdrowe, łagodne, łatwe do zjedzenia i lubiane przez dziecko oraz lokalnie dostępne; podczas choroby zwiększenie ilości podawanych dziecku płynów oraz częstsze karmienie piersią. Po chorobie należy częściej podawać posiłki i zachęcać dziecko, aby jadło więcej.

Należy pamiętać, że dziecko potrzebuje czasu, aby nauczyć się jeść stały pokarm.

Apetyt dziecka zazwyczaj właściwie wskazuje ilość jedzenia, którego potrzebuje. Niedożywienie lub choroba zmniejsza apetyt, więc chore dziecko może jeść mniej, niż faktycznie potrzebuje, jednocześnie może mieć większy apetyt na mleko. W takiej sytuacji należy dopilnować, aby dziecko zjadło wystarczająco dużo, nawet jeżeli mleko z piersi okaże się głównym źródłem płynów i składników odżywczych. Pomimo karmienia piersią należy zachęcać dziecko do jedzenia. Jeżeli apetyt po chorobie czy niedożywieniu wzrośnie, należy podać mu dodatkowy pokarm.[1]

OGÓLNE INFORMACJE

U dzieci karmionych piersią w pierwszym półroczu nie podaje się nic poza piersią – żadnych herbatek, soczków, wody w upały żadnych „marchewczek”, „jabłuszek” i „bananków”. To co zawiera kobiece mleko w zupełności wystarcza niemowlęciu. Kobiece mleko zawiera najwięcej kalorii ze wszystkich

spożywanych przez niemowlę posiłków oraz wszystkie składniki odżywcze niezbędne do rozwoju i w zupełności wystarcza na pokrycie zapotrzebowania na kalorie i składniki odżywcze.

Kiedy rozszerzamy dietę?? Dietę rozszerzamy wówczas kiedy to **DZIECKO** o tym zadecyduje, najlepiej nie wcześniej niż przed ukończeniem 6. miesiąca życia. Oczywiście są dopuszczalne odstępstwa od tej zasady, ale w wyjątkowych uzasadnionych przypadkach; czasami dzieci wyrwywają się do jedzenia pokarmów stałych znacznie wcześniej, a czasami dużo później, nawet ok. 10-12 mż. Dziecko samo wie, kiedy jest gotowe na rozszerzanie diety i należy to uszanować. Żadna położna czy lekarz nie jest specjalistą od laktacji (chyba, że się doksztąpił) i dietetyki i nie ma podstaw do sugerowania rodzicom wcześniejszego rozszerzania diety.

U dzieci z alergiami zaleca się powstrzymanie od rozszerzenia diety i wyłączenie kp przez okres 9m. Dzieci alergiczne, często podświadomie same opóźniają ten moment; należy zaufać dziecku i nie przyspieszać, czekając na pełną gotowość.

W JAKI SPOSÓB DZIECKO SYGNALIZUJE GOTOWOŚĆ?

Dziecko jest gotowe, kiedy posadzone w trakcie posiłku na kolanach opiekuna (mamy, taty itd.) chwyta w rękę pokarmy i wprowadza je do ust, rozdrabnia wałami dziąsłowymi i połyka, czyli przesuwa pokarm stały samodzielnie w głąb jamy ustnej. Aby dziecko mogło bezpiecznie jeść, powinno siedzieć samodzielnie lub być posadzone na kolanach opiekuna i oparte plecami – tylko wówczas posiłek jest bezpieczny. Przed każdym podaniem pokarmu stałego – nowości bądź co bądź – dziecko powinno zostać nakarmione piersią, a dopiero po zaspokojeniu głodu powinno dostać posiłek stały.

6 OZNAK GOTOWOŚCI

1. **Jelita dziecka potrzebują dojrzeć** – Dopiero pomiędzy czwartym a siódmym miesiącem wyściółka jelitowa dziecka dostaje rozwojowy zryw wzrostu nazwany zamknięciem.

Oznacza to, że wyściółka jelitowa staje się bardziej wybiórcza co do tego, co przepuścić (nie oznacza to że w 4. miesiącu jest już gotowa, a jedynie że rozpoczyna proces przygotowawczy – przypis tłum.).

2. **Młodsze dzieci mają odruch wypychania języka** – Pomiędzy 4 i 6 miesiącem ten odruch stopniowo zanika, podając kaszę lub warzywo są duże szanse dotarcia od języka do brzuszka.
3. **Niedojrzały mechanizm połykania** – Pomiędzy 4 a 6 miesiącem, większość niemowląt rozwija umiejętność przeniesienia pokarmów z przodu ust do tyłu, zamiast pozwalać jedzeniu na zaleganie wokół otworu ust i ostatecznie wyplucie. Przed 4. miesiącem mechanizm połykający dziecka jest zaprojektowany by pracować ze ssaniem, ale nie z żuciem.
4. **Dziecko musi siedzieć – PODCZAS POSIŁKU PLECY DZIECKA I PODŁOGA MUSZA TWORZYĆ KĄT 90°, TO ZMNIEJSZA RYZYKO ZADŁAWIENIA**, kamienie jest intymną interakcją i dzieci często wiążą je z zasypianiem w ramionach albo przy piersi. Zmiana z miękiej, ciepłej piersi do zimnej, twardej łyżki nie może być przyjęta z zadowoleniem i otwartymi ustami. Wprowadzanie stałych pokarmów jest mniej intymną i bardziej mechaniczną drogą dostarczania jedzenia. To wymaga, by dziecko stabilnie siedziało w krzesełku; tę umiejętność większość dzieci rozwija po szóstym, a nawet ósmym miesiącu.
5. **Małe niemowlęta nie potrafią żuć** – Zęby rzadko pojawiają się przed 6-7 miesiącem, co jest kolejnym dowodem, że małe niemowlę jest zaprojektowane raczej by ssać niż żuć
6. **Starsze niemowlęta lubią naśladować opiekunów** – w okolicy półrocza dzieci zaczynają naśladować to co widzą, co czyni ten czas najlepszym dla wprowadzania pokarmowych uzupełniających.

CO PODAJEMY DZIECKU DO JEDZENIA

Jeśli dziecko nie jest alergiczne, to proponujemy mu wspólny

obiad, podczas którego otrzymuje to samo co dorośli, bez rozdrabniania. W ten sposób nie odbieramy dziecku możliwości samodzielnego decydowania o tym co zje, w jakiej ilości, pozwalamy dziecku na poznanie indywidualnie koloru, kształtu, faktury, smaku każdego produktu. Dzięki temu dziecku uczy się zaufania do jedzenia, ale przede wszystkim uczy się które produkty są bezpieczne, a które szkodzą. Takie pokarmy dziecko intuicyjnie będzie odrzucać i odmawiać ich jedzenia, co należy uszanować.





CO NA POCZĄTEK, A Z CZYM POCZEKAĆ?

Jeśli dziecko nie jest alergikiem, to ogranicza nas wyobraźnia i zdrowy rozsądek. Nie ma konkretnych tabel, „co kiedy”. Najlepiej jest zacząć od wspólnych posiłków. Dziecko mogące jeść z talerza rodzica ma zaufanie do jedzenia, a wspólne posiłki od początku integrują rodzinę. Nie ma powodu, aby dziecko jadło obiad o 12, jeśli cała rodzina je obiad o 16:30, kiedy tata wróci z pracy. Godziny posiłków to kwestia umowna, jemy kiedy jesteśmy głodni, a nie dlatego, że wybiła pora posiłku.

Do końca 12 mż karmimy piersią na żądanie, a pokarmy stałe to najwyżej 2 do 3 posiłków dziennie. W pierwszych tygodniach rozszerzania diety nie ma powodów, aby dziecko dostawało posiłek stały codziennie – może on być co drugi dzień, a nawet co trzeci.

Na początek najlepsze są gotowane kasze bezglutenowe, ryż, warzywa czyli te warzywa, które jedzą rodzice podczas obiadu, potem mięsko w słupki (do ciumkania), jeśli rodzice zdecydowali o podawaniu dziecku mięsa. Dalej nabiał. Na temat glutenu polecam osobny artykuł

TAK WIĘC POZA KILKOMA WYMIENIONYMI NIŻEJ PRODUKTAMI, WSZYSTKO MOŻNA WPROWADZIĆ OD POCZĄTKU.

Czego nie można poniżej 12 mż:

1. Surowego mięsa i ryb (ze względu na możliwe obecne bakterie)

2. Grzybów (pieczarki i boczniaki można ok. 12 miesiąca życia, grzyby leśne ok. 12 roku życia)
3. Wywarów mięsnych i z kości (ze względu na zawartość biochemiczną. Toksyny wygotowują się do wody)
4. Wędzonek (duża zawartość soli)
5. Miodu (ze względu na toksynę botulinową)
6. Orzechów w całości (wymagają długiego żucia)
7. Mleka odzwierzęcego do picia po 12 miesiącu życia (ale przetwory mleczne można już od początku)

A CO JEŚLI ZACZNIE SIĘ KRZTUSIĆ?

Nic – jak się zakrztusi to odkrztusi i będzie jeść dalej. Tyle i aż tyle. Krztuszenie to bardzo dobry objaw, oznacza, że dziecko radzi sobie z pokarmem, który za daleko się przesunął i go cofa. Na początku zakrztusi się przy każdym posiłku, potem raz w tygodniu, potem raz w miesiącu, aż w zasadzie przestanie się krztusić. Jeśli dziecko kaszle, pozwolić mu wykaszleć za duży kawałek, spokojnie siedzieć i nie panikować, bo panika może tylko dziecku zaszkodzić.

Zadławienia (czyli blokada dróg oddechowych) w zasadzie się nie zdarzają, wówczas należy udzielić pomocy podając właściwe środki ratunkowe.

POD ŻADNYM POZOREM NIE WOLNO ZMUSZAĆ DZIECKA DO JEDZENIA I WPYCHAĆ MU JEDZENIA/ŁYŻECZKI DO BUZI. JEŚLI DZIECKO NIE CHCE JEŚĆ OZNACZA TO, ŻE NIE JEST GOTOWE ALBO NIE MA OCHOTY. NALEŻY DECYZJĘ DZIECKA USZANOWAĆ I CZEKAĆ NA GOTOWOŚĆ.

PODSUMOWANIE

Każdy posiłek uzupełniający powinien być poprzedzony nakarmieniem dziecka piersią, dlatego te pokarmy nazywane są uzupełniającymi.

7-8m – 0-1 posiłek stały dziennie (posiłek główny lub przekąska, ale może być cały dzień tylko pierś i też nic się nie stanie)

9-10m – 1-2 – posiłki stałe dziennie (1 posiłek główny i/ lub przekąska)

11-12m – 2-3 posiłki stałe (1-2 posiłki główne i/lub 2 przekąski)

legenda:

BLW – Baby-Led Weaning

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

AAP – Amerykańska Akademia Pediatriczna

LLL – La Leche League

Gorąco polecam zapoznanie się z artykułami:

ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 (1) Aktualne Stanowisko Grupy Ekspertów

ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 (2) kiedy i jak rozszerzać dietę dziecka?

Czym się różni cztery od sześciu ? Czyli o tym kiedy rozszerzać dietę niemowlęcia?

WPROWADZANIE POSIŁKÓW UZUPEŁNIAJĄCYCH DO DIETY NIEMOWLAKA.
DLACZEGO MAMY NIE SŁUCHAJĄ REKOMENDACJI I CO Z TEGO WYNIKA.

Źródła:

[http://www.mz.gov.pl/\[I\]](http://www.mz.gov.pl/[I])

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

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

<http://www.lalecheleague.org/>

<http://kellymom.com>

<http://www.aap.org/>

<http://www.healthychildren.org/>

Bibliografia:Wszystkie wpisy

„Bobas Lubi Wybór” – Gill Rapley, Tracey Murkett, wyd.
Mamania, Warszawa 2011

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

Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

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.



Zażółcony 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 $\mu\text{mol/l}$ (wartości powyżej 30mg% (513 $\mu\text{mol/l}$) 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 – laktacje. 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>.

Nocne mleko

Przez jedne mamy uwielbiane przez inne znienawidzone, nocne karmienia. Jak długo dziecko powinno w nocy ssać pierś, jak często i kiedy powinno zacząć w nocy spać zamiast ssać.

DLACZEGO NOCNE MLEKO?

Mleko kobiece ma tę wyższość nad innymi sposobami żywienia,

że ciągle dynamicznie się zmienia, zmienia się w trakcie każdego karmienia, zmienia się z każdym miesiącem, inne jest latem inne zimą, inne w pierwszych dniach po porodzie inne kiedy mama karmi noworodka i inne kiedy niemowę, inne kiedy karmi kilkulatka, wreszcie ciągle zmienia się dobowo inne rano inne w południe wieczorem i wreszcie INNE W NOCY. Poprzez ciągłe zmiany wciąż dostosowuje się do bieżących, ciągle zmieniających się potrzeb rozwijającego dziecka, dostarczając jego organizmowi to czego akurat potrzebuje, *czemu więc mleko nocne jest aż tak wyjątkowe?*

KWASY OMEGA

Noc to czas, w którym nasze zmysły śpią, mózg zwalnia i pracują tylko obszary odpowiedzialne za funkcjonowanie organizmu, oddychanie, pracę serca, narządów. Jest więc to najlepszy czas na „dokarmianie” mózgu. Nocne mleko jest niezwykle tłuste i bogate w kwasy tłuszczowe omega w idealnej kompozycji. Kwasy omega-3 to niezwykle ważny składnik dla rozwoju mózgu i wzroku dziecka.

Czym więc są kwasy omega-3?

*Kwasy omega-3 to jeden z rodzajów wielonienasyconych kwasów tłuszczowych o długim łańcuchu, w tym przede wszystkim **kwas dokozaheksaenowy** (DHA). Są one niezbędnymi składnikami diety, gdyż organizm człowieka nie może ich sam wytworzyć, a pełnią wiele ważnych dla zdrowia funkcji. Szczególnie dużą ich ilość stwierdzono w komórkach nerwowych (mózg) i komórkach siatkówki (oko).*

Głównym źródłem kwasów omega-3 w diecie są:

- *mleko matki,*
- *niektóre rodzaje mleka modyfikowanego dla niemowląt (nie wszystkie mleka są w nie wzbogacane),*
- *ryby, przede wszystkim morskie.[1]*

A więc Kwasy Omega-3 są odpowiedzialne za dobry wzrok i prawidłowy rozwój układu nerwowego i mózgu, są badania potwierdzające, że wysoki poziom kwasów Omega w diecie zmniejsza ryzyko wystąpienia depresji i innych schorzeń psychicznych poprawia sprawność umysłową i koncentrację. Pomimo, że coraz częściej zaleca się je rutynowo, nie ma potrzeby suplementacji u dzieci karmionych piersią, gdyż ich kompozycja i stężenie w mleku matki są idealne do potrzeb dziecka.

Dodatkowo tłuste nocne mleko nie tuczy, chociaż dzieci dużo ssące w nocy mogą mieć znaczące przyrosty, nie należy się tym martwić. Pokarm kobiecy (w przeciwieństwie do mieszanek) wypełnia jedynie istniejące komórki tłuszczowe, w drugim półroczu kiedy dziecko zaczyna się intensywnie ruszać i rozszerzać dietę, oraz potem w drugim roku, cała ta tkanka tłuszczowa zniknie (przy zachowaniu zdrowej diety), wykorzystana na dalszy rozwój mózgu, układu nerwowego, oczu i spalona poprzez aktywność ruchową.

Dodatkowo kwasy Omega nawilżają skórę „od środka” i wzmacniają jej barierę ochronną, co ma nieocenione znaczenie przy skórze atopowej.

Ponieważ organizm nie produkuje kwasów Omega, należy je dostarczyć z zewnątrz.

Warto zwiększyć udział kwasów omega-3 w diecie

W grupie kwasów wielonienasyconych wyróżnia się dwie ważne podgrupy, tj. kwasy tłuszczowe omega-3 i omega-6. Oleje roślinne są bogate w kwasy tłuszczowe omega-6. Natomiast kwasy tłuszczowe omega-3 znajdują się w rybach, skorupiakach, tofu, migdałach, orzechach włoskich, jak również w niektórych olejach roślinnych, takich jak olej lniany, arachidowy i rzepakowy. Większość z nas spożywa ich zdecydowanie za mało.

(...)

Poniższa tabela przedstawia ogólną zawartość kwasów tłuszczowych omega – 3 w rybach i skorupiakach.

Zawartość kwasów tłuszczowych omega-3 w gramach na 100g produktu	
Łosoś atlantycki, hodowlany, smażony, wędzony	1.8
Sardela europejska, w oleju, po odsączeniu	1.7
Sardynki w sosie pomidorowym, całe, po odsączeniu	1.4
Śledź atlantycki, marynowany	1.2
Makreła atlantycka, smażona, wędzona	1.0
Pstrąg tęczowy, hodowlany, smażony, wędzony	1.0
Miecznik (ryba miecz) smażony, wędzony	0.7
Tuńczyk biały, w sosie własnym, osuszony	0.7
Płastuga (flądra i sola), smażona, wędzona	0.4
Halibut smażony, wędzony	0.4
Łupacz smażony, wędzony	0.2
Dorsz atlantycki, smażony, wędzony	0.1
Małże błękitne, gotowane, parowane	0.7
Ostrygi, niehodowlane, gotowane, suszone	0.5
Muszele gotowane, suszone, gatunek mieszany	0.3
Małże gotowane, parowane, mieszane gatunki	0.2
Krewetki parowane, mieszane gatunki	0.3

Źródło: USDA Nutrient Database for Standard Reference[II]

Oczywiście lepiej spożywać orzechy, ryby, awokado czy pestki, a nie tran czy oleje, po pierwsze są to oczyszczone wysokoprzetworzone produkty, a po drugie ich produkcja (zwłaszcza tranu) bardzo zanieczyszcza środowisko naturalne.

„Olej roślinny to wyjątkowo nieodżywczy, a jednocześnie

kaloryczny produkt, który nie przynosi żadnych korzyści żywieniowych. Niektóre oleje zawierają witaminę E i kwasy tłuszczowe omega-3, ale można je z łatwością pozyskać również z innych źródeł, np. z awokado, orzechów, nasion i oliwek. Dodatkowo dzięki produktom nisko przetworzonym dostarczamy naszemu organizmowi błonnik i całą gamę składników odżywczych, spożywając przy tym mniej kalorii.

Dla przykładu:

- szklanka oliwek zawiera 141 kcal i 4 g błonnika
- szklanka oliwy z oliwek 1909 kcal i 0 g błonnika”[III]

TRYPTOFAN



Mleko mamy zawiera **tryptofan**, jest to rodzaj aminokwasu. Organizm wykorzystuje go do produkcji hormonu „senności i błogości” czyli melatoniny. Tryptofan występuje w mleku mamy, a jego stężenie jest najwyższe właśnie w nocy, co pozwala dzieciom spać w rytmie dobowym. Tak więc dzieci spożywając tryptofan z mlekiem matki, w ciągu kilku godzin wyprodukują niezbędną ilość melatoniny aby dobrze spać i WYPOCZAĆ. Badania pokazują, że sen dzieci karmionych naturalnie jest bardziej wydajny, a dzieci karmione naturalnie mają dobowo więcej godzin snu. I to właśnie tryptofan odpowiada za fakt usypiania dziecka przy piersi.

WIĘCEJ MLEKA W NOCY

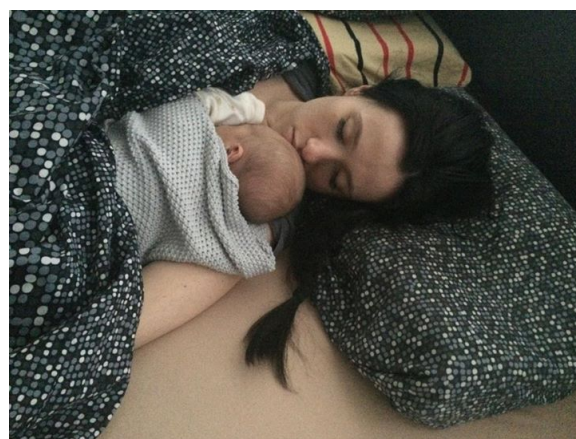
Badania pokazują, że w nocy dzieci spożywają więcej mleka niż o innych porach doby, okazuje się, że w nocy dzieci podczas 1-3 karmień zjadają 20% dobowego zapotrzebowania na mleko, dodatkowo właśnie w nocy jest największa produkcja, w związku

z najwyższym poziomem prolaktyny, co w połączeniu z największą zawartością tłuszczu, daje największe przyrosty, co jest zwłaszcza istotne u niemowląt o małych przyrostach, dodanie 1 dodatkowego karmienia nocnego, może znacząco poprawić przyrosty dziecka.

SIDS – nagła niewyjaśniona śmierć łóżeczkowa

SIDS znacznie częściej dotyka dzieci karmione sztucznie i śpiące w oderwaniu od matki, często dzieci przesypiające nocie niemalże od urodzenia. W przypadku dzieci karmionych naturalnie, ryzyko znacząco maleje, częsty kontakt z matką, skóra do skóry oraz częste wybudzanie zapobiegają zbyt głębokiemu zasunięciu dziecka, co może skutkować wyłączeniem OUN zaprzestaniem pracy układu nerwowego, układu oddechowego i sercowo – naczyniowego, a w konsekwencji śmiercią dziecka. Tak więc częste pobudki i bliski kontakt z matką chronią dziecko przed SIDS.

DO JAKIEGO WIEKU DZIECKO POWINNO SSAĆ PIERŚ W NOCY?



Tak na prawdę nie ma wieku granicznego, ale wskazane jest nie odstawiać dziecka na siłę, w pierwszym półroczu dziecko powinno dostawać pierś na żądanie o każdej porze dnia i nocy i bez ograniczeń. W drugim półroczu należy obserwować dziecko i jego potrzeby, może się stać że pokarmy stałe nasycą dziecko na tyle, że przestanie się budzić, ale mogą też odwrotnie wzmóc potrzebę nocnego ssania piersi. Jakąkolwiek decyzję podejmie mama, należy wsłuchać się w potrzeby dziecka.

Jedne mamy starają się odstawić nocne karmienia i pozostawić nieograniczone dzienne inne właśnie pielęgnują wspólne nocne chwile kiedy w dzień już nie ma karmień, każda mama powinna podjąć decyzję w zgodzie z potrzebami dziecka i nie odstawiać nocnych karmień " NA SIŁĘ", kiedy dziecko nie jest na to gotowe, pewne jest jedno, bez względu na porę czy karmieni jest tylko wieczorem, czy w nocy czy rano (czy też w dzień) warto karmić piersią co najmniej do ukończenia przez dziecko 24 miesięcy życia, nawet jeśli będą to tylko karmienia nocne, lub tylko do snu.

Źródła:

[http://pediatria.mp.pl\[I\]](http://pediatria.mp.pl[I])
<http://www.parentingscience.com/>
<http://www.bellybelly.com.au/breastfeeding/>
<http://neuroskoki.pl/>
<http://www.eurekalert.org/>
<http://www.todaysparent.com/>
<http://www.askdrsears.com/>
<http://www.who.int/>
[http://www.izz.waw.pl/\[II\]](http://www.izz.waw.pl/[II])
[http://www.vivateco.pl/\[III\]](http://www.vivateco.pl/[III])

Bibliografia:

„Mądrzy Rodzice” Margot Sunderland, wyd Świat Książki 2012
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

Zdjęcia:

Udostępnione dobrowolnie przez mamy

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

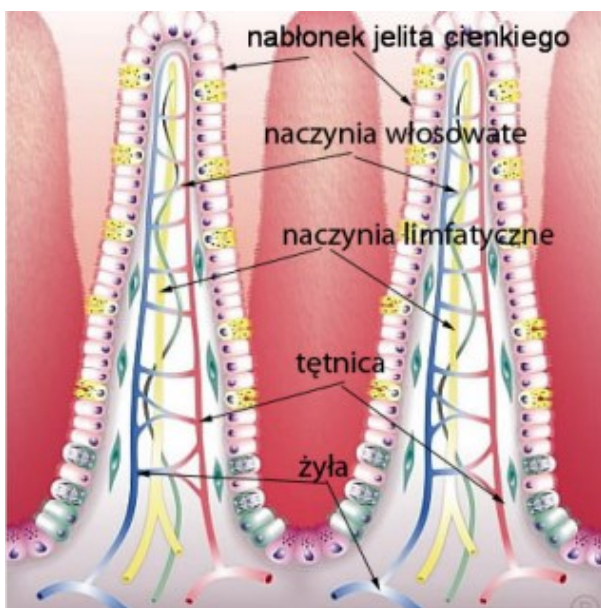
Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, nie da się nią zarazić, nie jest w żaden sposób uwarunkowana dietą, Nie ma znaczenia moment wprowadzenia glutenu do diety dziecka (o ekspozycji będę pisała niżej).

Celiakia to choroba w której gluten powoduje obumieranie kosmków jelitowych, odpowiedzialnych za wchłanianie składników odżywczych do krwioobiegu 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:

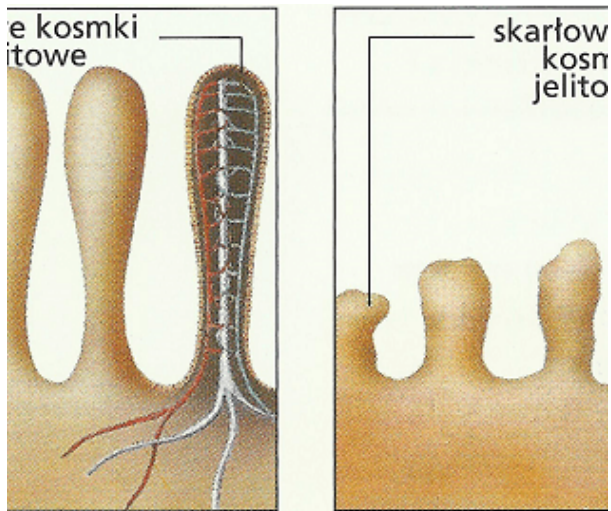
Objawy celiakii u dzieci

- 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:

- przeciwko endomysium mięśni gładkich (**EmA**)
- przeciwko transglutaminazie tkankowej (**tTG**)
- przeciwko 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 małe 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).



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 uczuleniovą 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.[I]

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).[1]

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 Pediatrycznej 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://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 POPRZECZ 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 biegunką, 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 mieszankę bez laktozy, oraz **zacząć podawać probiotyk, szczep *Lacidobactillus acidophilus* (wytwarza laktazę)**

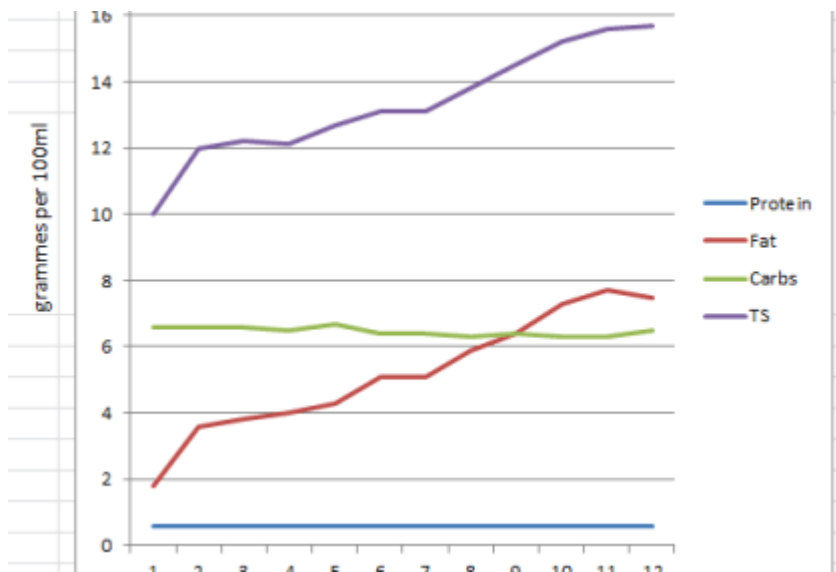
WTÓRNA NIETOLERANCJA LAKTOZY

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/>

Readings 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 dostępny na rynku zawierający simetikon i dimeticon:



brytyjski dentinox colic drops (dimeticon)



niemiecki sab simplex
(simetikon)



bobotic (simetikon)



espumiasn (simetikon)



infacol dostępny w Polsce i Wielkiej Brytanii (simetikon)



esputicon (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 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 kamerki 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 refluku, 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/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 brzusek, 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 – 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 (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/>