Ciąża i poród, a problemy z karmieniem piersią, snem i płaczem, czyli zaburzenia SI.

Dziś będzie trochę inaczej. Cofniemy się w czasie do okresu ciąży.

Ciąża i poród mają kolosalne znaczenie dla życia postnatalnego (poporodowego) dziecka. Z jednej strony karmienie piersią jest naturalną konsekwencją ciąży, organizm przygotowuje się do tego zadania już od 16-22 tygodnia ciąży, z drugiej jednak strony po porodzie okazuje się że to jednak nie jest takie proste, nawet jeśli dziecko nie było oddzielone od matki po porodzie i nie miało w ustach smoczka, jednak karmienie piersią nie przebiega jako naturalna konsekwencja. Skoro to takie normalne i naturalne, to gdzie jest problem, potem w rozmowie z mamą się cofamy do porodu czy ciąży i tu się zaczyna pojawiać cała lista interwencji medycznych, mających znaczący wpływ na przebieg ciąży i porodu, a pamiętamy że bariera łożyskowa przepuszcza niemalże wszystko, a sam poród ma istotne znaczenie dla „domknięcia" układu przedsionkowego i czucia głębokiego i powierzchniowego, a wiec każda interwencja (często niepotrzebna) niesie za sobą konsekwencje dla dziecka.

CIĄŻA ZAGROŻONA

Zacznijmy od początku czyli od I trymestru. W Polsce ciąża jest podtrzymywana od samego początku. Ale np już w USA czy na Wyspach dopiero po ukończeniu 13 tyg. Zakładając to jako selekcję naturalną słabszych jednostek. Ocenę pozostawiam każdemu. Faktem jest jednak, że większość (nie wszystkie) dzieci z ciąż podtrzymywanych rodzi się z różnymi dysfunkcjami i zaburzeniami. Czy dzieje się tak, że słabsze zarodki są naturalnie ronione, czy też podtrzymywanie sztuczne wpływa na

powstawanie tych zaburzeń, tak na prawdę nie do końca wiadomo.

Tekst jest na prawdę dużym skrótem i uproszczeniem i nie da się tu poruszyć szczegółowo wszelkich aspektów. Chodzi mi o naświetlenie tematu.

TARCZE ZARODKOWE I ORGANOGENEZA

Na potrzeby tego fragmentu będziemy posługiwać się czasem od zapłodnienia (a nie ja w normalnej ciąży od pierwszego dnia miesiączki, czyli standardowo dodaje się 2 tyg do czasu trwania ciąży).

W 7 dobie od zapłodnienia (połączenia komórki jajowej z plemnikiem) i w 21 dniu cyklu miesiączkowego dochodzi do zagnieżdżenia blastocysty (po zapłodnieniu komórka ulega podziałom tworząc morule, następnie część komórek przemieszcza się w jeden biegun tworząc węzeł zarodkowy a cześć tworzy „obwódkę”, z węzła zarodkowego powstanie trofoblast, który przekształci się w łożysko, a z reszty zarodek, z obwódki powstanie owodnia) w błonie śluzowej macicy. Od tego momentu zaczną się intensywne przemiany. Powstanie najpierw dwulistkowa tarcza zarodkowa, a następnie trzylistkowa, z każdego listka zarodkowego powstaną później narządy i tkanki. Tarczki są o tyle ważne, że organy powstałe z jednej tarczki, są bardzo silnie ze sobą powiązane.

OKRES DO KOŃCA 3 TYGODNIA OD ZAPŁODNIENIA JEST O TYLE WAŻNY, ŻE „WSZYSTKO ALBO NIC”, CZYLI JEŻELI W TYM OKRESIE PODZIAŁAMY CZYNNIKAMI TERATOGENNYMI, TO ALBO DOJDZIE TO NIEODWRACALNEGO USZKODZENIA I PORONIENIA, ALBO ZARODEK SIĘ ZREGENERUJE I BĘDZIE ZUPEŁNIE ZDROWY, LUB WADY BĘDĄ NIEISTOTNE.

Ponad połowa ciąż z różnych względów zostaje

wydalona w terminie miesiączki, a pojawienie się obfitej – spóźnionej miesiączki świadczy własnie o eliminacji zarodka z wadą wrodzoną. Szacuje się że do takiej spontanicznej eliminacji dochodzi w 1/3 – 1/2 wszystkich zagnieżdżonych ciąż.

Po trzecim tygodniu od zapłodnienia rozpoczyna się okres **organogenezy (**o samej organogenezie napiszę innym razem**)** i trwa do końca 8 tyg rozwoju zarodka (a wiec do końca 10 od pierwszego dnia miesiączki) jest to okres najbardziej newralgiczny, w tym okresie dochodzi no powstania największej ilości wad wrodzonych, podawanie w okresie leków, wiąże się z możliwymi powikłaniami w życiu postnatalnym. Każdy lek czy infekcja w tym okresie może nieodwracalnie uszkodzić zarodek.

W tym okresie większość kobiet już wie że jest w ciąży i pojawia się u lekarza ginekologa położnica, chociaż z powodzeniem może u POŁOŻNEJ.

DLACZEGO POŁOŻNA JEST LEPSZYM WYBOREM?

Położna przede wszystkim prowadzi ciążę fizjologiczną, poza tym nie medykalizuje jej , natomiast w przypadku niepokojących objawów ma obowiązek poprosić o konsultację lub odesłać ciężarną do lekarza, który taką ciążę zagrożoną, lub z wadą będzie prowadził do końca.

Prawidłowa suplementacja jest niezbędna do prawidłowego rozwoju. Przez suplementacje rozumiemy zrównoważoną dietę, dostarczającą niezbędnych składników odżywczych, niezbędne jest określenie poziomu kwasu foliowego i suplementacja jako profilaktyka wad wrodzonych układu nerwowego. Wiemy jednak, że są leki, które nie mają wpływu na przebieg ciąży, oraz o udowodnionym działaniu teratogennym – uszkadzającym zarodek lub płód.

WAŻNE

LEK OD TRUCIZNY RÓŻNI SIĘ DAWKĄ

Idealnie widać to na przykładzie „witaminy A” jest niezbędna do prawidłowego rozwoju podniebienia i wzroku, jej niedobór może powodować zaburzenia rozwojowe, ale nadmiar jest teratogenny.

Stosowanie leków w tym okresie powinno być bardzo wyważone i ostrożne i tylko w sytuacji wyższej konieczności.

Poza suplementacją składników niezbędnych: witamin, mikroelementów, składników odżywczych, czasem konieczne jest podawanie hormonów podtrzymujących ciążę, np: syntetyczny progesteron (D*uphaston, Luteina*), ale zdarza się, że lekarze zalecają No-Spę. W Polsce uznaje, się ja za bezpieczną w okresie ciąży (ale badania trwają), tym czasem są przesłanki wskazujące na działanie teratogenne na układ mięśniowy i mające wpływ na zaburzenia napięcia mięśniowego, z tego względu w Danii jest lekiem zabronionym w okresie ciąży. Jakby nie było lek ma wpływ na układ mięśniowy i nerwowy, ale o No-Spie innym razem, bo to dość skomplikowany temat.

Teraz krótko o tym czym lekarze zastępują No-Spę:

W pierwszej połowie ciąży (do 20 tyg) stosuje się analogi progesteronu, wspomniany wcześniej *Duphaston* i *Luteinę*, zaś w drugiej połowie ciąży (po 20 tyg) iniekcję domięśniową z analogu progesteronu o przedłużonym uwalnianiu, fenoterol (działający rozkurczowo na mięśniówkę gładką, stosowny również w leczeniu objawowym astmy oskrzelowej), magnez zaś w wyjątkowych sytuacjach *Duphaston* i *Luteinę ale tylko* do końca 30 tyg ciąży.

WADY WRODZONE, ZABURZENIA, DYSFUNKCJE I ICH GENEZA

Wady wrodzone są uwarunkowane poprzez przekazanie dziecku przez rodziców nosicieli wadliwego genu. Zaś wiele chorób

można zdiagnozować dopiero po porodzie, np mukowiscydoza jest wadą genetyczną, do jej ujawnienia dochodzi wówczas gdy oboje rodziców jest nosicielami wadliwego genu (nosicielstwo wynika z posiadania 1 genu prawidłowego i jednego wadliwego), a dziecko otrzyma od rodziców właśnie po jednym wadliwym i ma parę 2 wadliwych genów. Natomiast po połączeniu 2 zdrowych komórek może w wyniku powielania kodu genetycznego dojść do błędów w przepisywaniu / kopiowaniu kodu wówczas dochodzi do spontanicznego uszkodzenia kodu genetycznego. Kolejnym czynnikiem wpływającym na wady wrodzone są czynniki teratogenne lub niedobory, czyli zaburzające etapy rozwojowe w okresie organogenezy i rozwoju płodu, im większy płód, tym mniejsze ryzyko, wówczas mamy do czynienia z rozszczepami, niedorozwojem kończyn czy innymi wadami.

Teratogenny:

- fizyczne: temperatura, ciśnienie, fale radiowe, promieniowanie
- chemiczne: leki, suplementy, zanieczyszczenie środowiska, alkohol, nikotyna, narkotyki
- biologiczne: infekcje – różyczka, toksoplazmoza

PORONIENIE ZAGRAŻAJĄCE I ZAGRAŻAJĄCY PORÓD PRZEDWCZESNY

Wg definicji, za poronienie uznaje się zakończenie ciąży przed ukończeniem 22 tygodnia jej trwania. W tym czasie dopuszczalne jest też też przerwanie ciąży z przyczyn określonych w ustawie: zagrożenie zdrowia, lub życia matki, wada płodu, (przerwanie ciąży powstałej w wyniku gwałtu może zostać wykonane do końca 12 tyg.)

Ciąża zagrożona poza leczeniem farmakologicznym niesie za sobą ograniczenie aktywności ruchowej, która jest niezwykle ważna dla prawidłowego rozwoju układu nerwowego. Dodatkowo farmakoterapie, leżenie, infekcje mają znaczący wpływ na rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN), autonomiczny układ nerwowy(AUN – okład nerwowy nie zależny od naszej woli,

odpowiada np za ruchy robaczkowe w jelitach, bicie serca etc), nerwy obwodowe (ObwUN) i mięśnie płodu. Przebieg ciąży ma kolosalne znaczenie dla funkcjonowania dziecka po porodzie.

PORÓD

Okres okołoporodowy

To okres ciąży donoszonej i oczekiwania na poród, który rozpoczyna się spontanicznie pomiędzy 37, a 42 tygodniem ciąży. Nie ma wskazań ani przesłanej do jego przyspieszania, jeśli dobrostan płodu nie jest zagrożony. Aby ocenić dobrostan płodu, stosuje się 3 metody:

- badanie USG oceniające przepływy pępowinowe i dojrzałość łożyska oraz jego przyleganie do ściany macicy
- badanie NST (test niestresowy zapis KTG z głowica skurczową), oceniające zapis tonów serca płodu w stosunku do skurczy
- tzw test oksytocynowy, oceniający wydolność oddechową, czyli wydolność łożyska pod wpływem skurczy macicy (nie jest to test reaktywności macicy na oksytocynę)

Jeśli badanie wykazuje dobrostan płodu, nie ma podstaw do przyspieszenia porodu i jego wywoływania. Badania pokazują, że płód wie kiedy jest gotowy – dojrzały aby rozpocząć życie pozamaciczne i wyczekiwanie jest najlepszym rozwiązaniem, zaś 85% porodów wywoływanych kończy się zabiegowo (kleszcze, próżnociąg) lub operacyjnie z powodu braku postępu porodu.

Poród prawidłowy

Poród prawidłowy nie jest wspomagany farmakologicznie, a rodząca ma prawo do aktywności w każdym okresie. Aktywny poród to taki którym kieruje rodząca, a położna asystuje. W prawidłowym porodzie fizjologicznym nie stosuje się metod niefarmakologicznych i farmakologicznych, wywołujących, przyspieszających czy też wspierających akcję skurczową oraz

nie stosuje się także farmakologicznych metod łagodzenia bólu (znieczulenie).

Każda interwencja w poród ma swoje konsekwencje w jego przebieg, ale także w życie postnatalne dziecka.

Leki i procedury medyczne nie pozostają bez wpływu na to jak będzie przebiegało karmienie. Najważniejszym skutkiem zaraz obok butelki ze smoczkiem na oddziale neonatologicznym oraz zaburzeń napięcia mięśniowego (o tym innym razem), ale równie często ignorowanym są zaburzenia integracji sensorycznej (SI – ang. sensory integration).

CZYM SĄ ZABURZENIA SI I SKĄD SIĘ BIORĄ?

Zaburzenia integracji sensorycznej to brak integracji zmysłów. Przypominam nasz organizm ma 6 zmysłów: smak, zapach, dotyk (czucie dotykowe), słuch i wzrok oraz zmysł równowgi, każdy z osobna, wybrane lub wszystkie mogą być zaburzone w wyniku działania różnych bodźców w okresie ciąży i porodu. Zmysły są bardzo silnie powiązane z układem nerwowym, odpowiedzialnym na „zarządzanie” organizmem. Jeśli docierają do nas zbyt silne dźwięki zakrywamy uszy, jeśli światło jest zbyt silne, mrużymy oczy, itd. Zapach, dźwięk, dotyk, smak, światło są odbierane przez receptory układu nerwowego i przesyłane przez drogi nerwowe obwodowego układu nerwowego do OUN. Ucho wewnętrzne w którym znajdują się 2 newralgiczne narządy: błędnik i przedsionek, zaczyna się kształtować już od 22 dnia po zapłodnieniu. Wszystko co dzieje się z ciężarną w tym okresie ma kolosalne znaczenie dla prawidłowego rozwoju narządu równowagi – rozwój ucha wewnętrznego to okres od początku 6 tyg ciąży do ok 9 tyg ciąży (licząc od pierwszego dnia miesiączki)

Jednym z ważnych czynników jest błędnik i przedsionek w uchu wewnętrznym. To one odpowiadają za prawidłowy rozwój narządu równowagi i czucia.

„Zmysł równowagi dostarcza mózgowi informacji dotyczących

pozycji ciała w przestrzeni, co pozwala czuć się bezpiecznie w polu grawitacyjnym, mieć świadomość i orientację kierunku. Dzięki zmysłowi równowagi rozróżniamy prawą i lewą stronę, górę i dół, rozróżniamy kierunki świata i mamy informację o stosunkach przestrzennych pomiędzy nami i otoczeniem. Carla Hannaford twierdzi, że cały proces nauki w pierwszych piętnastu miesiącach życia koncentruje się na rozwoju układu przedsionkowego, a Jean Ayres wykazała, że najwcześniej dojrzewające trzy podstawowe zmysły: przedsionkowy, dotykowy i proprioceptywny wraz z rozwojem i integracją odruchów są podstawą wzrostu i rozwoju dziecka. Wszystkie podstawowe czynności, których uczy się dziecko w tym okresie swojego życia i z których korzysta później przez całe życie, funkcjonowanie narządów zmysłów wyższego rzędu: wzroku i słuchu, koordynacja wzroku i słuchu z ruchem, równowaga, emocje, właściwy odbiór bodźców płynących z otoczenia i adekwatne reakcje zwrotne zależą od właściwego funkcjonowania układu przedsionkowego."[3]

Kiedy kobieta w ciąży wykazuje aktywność ruchową, zwłaszcza w 3 trymestrze (**ale dotyczy ogólnie całego okresu ciąży**), kiedy w macicy jest już mało miejsca, a dziecko nie może się intensywnie ruszać, aktywność matki stymuluje rozwój błędnika. W ciąży zagrożonej, kiedy kobieta jest zmuszona oszczędzać się i prowadzić leżąco – siedzący tryb życia następuje brak stymulacji, a to blokuje prawidłowy rozwój błędnika (fajnie jeśli kobieta korzysta z fotela bujanego lub huśtawki gdyż to stymuluje rozwój i stymuluje błędnik. Błędnik znajduje się w bańce kanału półkolistego i powstaje do końca 50 dnia od zapłodnienia.

Drugim składnikiem jest przedsionek. Być może niektóre z was spotkały się z określeniem „zaburzenia przedsionkowe". W trakcie porodu prawidłowego w macicy wytwarza się ciśnienie (ale nie za silne i nie za słabe, takie w sam raz). Oksytocyna powoduje że skurcze są silniejsze, brak akcji skurczowej, nie powoduje w ogóle powstania ciśnienia, a wiec stymulacji

przedsionka.
Przedsionek jest niezwykle ważny, ze względu na swoje połączenia, dzięki drogom nerwowym łączy się:

- z móżdżkiem (który odpowiada m.in. za koordynacje i płynność ruchów)
- z mięśniami gałek ocznych (odpowiada za ruch gałek w poziomie, pionie, po skosie, za konwergencję, czyli zbieżność)
- z tworem siatkowatym znajdującym się w pniu mózgu i odpowiadającym za pobudzenie i hamowanie układu nerwowego
- z neuronami ruchowymi rdzenia kręgowego
- z mięśniami prostownikami kończyn
- z mięśniami prostownikami okolic karku, szyi i odcinka piersiowego
- z narządem słuchu-ślimakiem poprzez wspólny nerw przedsionkowo-ślimakowy
- z kora mózgowa (płatem skroniowym, a szczególnie obszarami odpowiadającym za słuch i mowę)

Dlatego tak ważny jest okres ciąży i porodu.

Na zaburzenia SI najczęściej cierpią dzieci

- z ciąż powikłanych,
- po porodach instrumentalnych i operacyjnych,
- dzieci z zaburzeniami spektrum autyzmu,
- dzieci z deficytami uwagi i koncentracji,
- dzieci hiperaktywne,
- dzieci z ADHD,
- dzieci z trisomią 21 (zespół Downa) i innymi wadami wrodzonymi

PO PORODZIE

Zaburzenia mogą objawiać się jako

- nadwrażliwość – nadmierne, niewspółmiernie mocne odbieranie bodźców zmysłowych, dziecko każdy dotyk odbiera niemalże jak ból, owijanie zapewniające delikatny, acz stały dotyk, nie pobudzające nadmiernie
- podwrażliwość – niedostarczane odczuwanie bodźców, nieadekwatne do siły bodźca, dziecko potrzebuje bardzo silnych bodźców – mocne ściskanie, tulenie

OBJAWY ZABURZEŃ SI:

- dziecko ciągle płacze,
- dziecko wije się przy piersi „i chce i nie chce", łapie – puszcza,
- problemy z karmieniem piersią
- obniżone przyrosty
- **wzmożony odruch ssania!!!**
- dziecko ma problem z wyciszeniem,
- dziecko nadmiernie reaguje na bodźce, lub zupełnie nie reaguje,
- dziecko ma problem ze snem,
    - nie może usnąć budzi się przy każdym szepcie
    - nie może usnąć i nie daje się wybudzić – śpi jak zabite
- dziecko jest „nieodkładane", domaga cię ciągłego noszenia
- dziecko domaga się ciągłego bujania

Często zaburzenia SI współistnieją z zaburzeniami napięcia mięśniowego: wzmożone napięcie mięśniowe, obniżone napięcie mięśniowe, asymetria np wzmożone napięcie po jednej stronie, a obniżone po drugiej, lub podwyższone w obręczy barkowej, a obniżone w obręczy biodrowej.

CHARAKTERYSTYKA ZABURZEŃ SI

ZMYŁ SMAKU:

- **problemy z rozszerzeniem diety, dziecko nie akceptuje nowych smaków**

- dziecko nie lubi mycia zębów
- **dziecko nie akceptuje smaków wyrazistych, np pasta miętowa**

ZMYSŁ WĘCHU

- nadmierna stymulacja konkretnym zapachem, może powodować niepokój
- nadmierne odbieranie zapachów w ogóle (perfumy, kosmetyki, płyny do podłogi, odświeżacze powietrza, dziecko odczuwa jakby cały czas wąchało dany zapach bezpośrednio z butelki)
- unikanie pewnych sytuacji w których pojawia się danych zapach
- w późniejszym wieku mdłości, wymioty, a nawet utrata przytomności

ZMYSŁ SŁUCHU

- nadmierne odbieranie dźwięków, tykanie zegara, szczekania psa z oknem, dźwięk deszczu uderzającego o parapet – słuch kostny który dominuje, a powinien być tłem – np dziecko budzi się bo na panele upadła czapeczka
- nadmierne odbieranie dźwięków w ogóle, przykładowo radio ma zakres 0-40, dla nas dźwięk 10 jest optymalny, słyszymy, ale nam nie przeszkadza, dla dziecka z nadwrażliwością nasz 10 to tak jakbyśmy ustawili radio na 20
- dziecko wykończone bodźcami dźwiękowymi nie jest w stanie usnąć, a jak uśnie śpi i nie daje się obudzić.
- dziecko płaczem reaguje na nagłe niespodziewane dźwięki, oraz na głośne np wiertarka

ZMYSŁ WZROKU

- dziecko płacze, jest niespokojne kiedy jest jasno
- dziecko wycisz się w półmroku lub ciemności
- dziecko nie lubi spacerów, zwłaszcza w słoneczne dni

- dziecko ciągle mruży, lub zasłania oczy

ZMYSŁ DOTYKU

- dziecko nie lubi głaskania, miziania,
- dziecko lubi ciasne opatulanie
- dziecko reaguje płaczem na dotyk
- w przypadku starszych dzieci, często dochodzi do urazów, bo dziecko szuka silnych bodźców
- dziecko nie lubi przebywać w przedszkolu/żłobku gdzie jest narażone na szturchnięcia, przepychanki etc
- domaga się zmiany pieluchy za każdym razem
- nie lubią dotykać substancji brudzących, lepkich, półpłynnych, nie lubią malować farbami ręką, nie lubią lepić z plasteliny, nie lubią jeść rękami
- nadwrażliwość oralna – nie dotycząca smaku, niechęć do szczoteczki do zębów
- nie lubią obcinania paznokci
- **dziecko ma problem z konsystencją inną niż gładka, co nastarcza problemów z rozrzedzaniem diety**
- **dziecko nie chce dotykać jedzenia (trudność z wprowadzeniem metody BLW), ostatecznie dopuszcza karmienie łyżeczką**

ZMYSŁ RÓWNOWAGI (odgrywa ważną rolę w rozwoju funkcji ruchowych , czuciowych i umysłowych)

- dzieci nawet jak nauczą się chodzić, często się przewracją, potykają na prostej drodze
- takie dziecko jest płaczliwe – nie wiadomo dlaczego
- reaguje nadmiernie emocjonalnie
- ma problemy z koncentracją i nauką
- ale także zaburzenia małej i dużej motoryki, ruchy niemowlęcia często są przypadkowe, nie są koordynowane
- dziecko ma problem aby nauczyć się balansu ciała potrzebnego np w nauce czytania, pisania i jazdy na rowerze
- ma problem z precyzyjnym rysowaniem, raczej maże lub

zamazuje, pisząc ostatnia litera jest 2x razy większa od pierwszej
- ma problem z planowaniem tego co pisze, rysuje – nie mieści się w kartce
- CZĘSTO NIE LUBIĄ! huśtawek i karuzeli – choroba morska, ale lubią telikatne bujanie – kołysanie
- często mają chorobę lokomocyjną – wymioty podczas podróży samochodem
- nie lubią się brudzić, domagają się przebrania przy każdej mikro plamce
- dziecko boi się wyzwań i porażek

Uznaje się, że zaburzenie układu przedsionkowego ma wpływ na zaburzenia pozostałych układów, tak więc zaburzenia pojedynczych zmysłów, mogą występować w oderwaniu od zaburzeń przedsionkowych, ale zaburzenia przedsionkowe zwykle występują w kooperacji z innymi zmysłami, tworząc zespół zaburzeń integracji sensorycznej wielozmysłowej.

DIAGNOSTYKA, TERAPIA, ŻYCIE CODZIENNE

Trudna zwłaszcza w przypadku dzieci małych, mało jest specjalistów umiejących diagnozować tak małe dzieci, pomocna się wydaje skala Brazeltona, ponadto, wywiad z rodzicem. Przeprowadzenie oceny przez specjalistę jest kluczowe, dla omówienia dalszego postępowania z dzieckiem.

Terapia obejmuje stymulację zmysłów celem wytworzenia tolerancji:

- terapia SI – ogólna, tradycyjna polegająca na masażach, stosowaniu różnych bodźców dotykowych
- trening słuchowy np metodą Johansena lub Tomatisa
- interaktywny metronom

tradycyjna integracja sensorycznahttp://www.jasiubaumann.pl

trening słuchowy http://brewminate.com/using-sound-to-expand-your-mind/

interaktywny metronom

Wyciszanie dziecka uzyskuje się, poprzez odcinanie bodźców. Bardzo skuteczne w radzeniu sobie z dzieckiem z zaburzeniami SI są:

- chusta (niewskazana u dzieci ze wzmożonym napięciem), która stymuluje zmysł równowagi – bujanie, oraz czucie głębokie dzięki dociskowi
- spowijanie, czyli motanie dziecka w kocyk, pieluszkę, ograniczanie ruchów i ściskanie – wpływ na czucie głębokie
- rezygnacja z zapachów w domu
- ograniczanie bodźców dźwiękowych i wzrokowych,

stworzenie w domu zaciemnienia
- bujanie się z dzieckiem na piłce

Bez względu na to jak przebiegła ciąża, poród i jak teraz zachowuje się dziecko, na wiele czynników predysponujących nie mamy wpływu, ale możemy działać na to co już powstało, wczesna diagnoza, poznanie przyczyn, prawidłowa stymulacja rozwoju, oraz korzystanie z metod wyciszania, znacząco są w stanie ułatwić życie nie tylko zmęczonych rodziców, ale i poprawić komfort życia małego człowieka.

ŹRÓDŁA:

1. Hieronim Bartel, „Embriologia” PZWL 2012
2. Władysław Traczyk, „Fizjologia człowieka w zarysie”, PZWL 2008
3. http://asto.net.pl/poczytaj/rola-ukladu-przedsionkowego-w-rozwoju-dziecka
4. http://www.zaciszeautyzmu.pl/niezbednikrodzica/terapie/123-si-integracja-sensoryczna
5. Anna Starowicz-Filip, Olga Milczarek, Stanisław Kwiatkowski, Barbara Bętkowska-Korpała, Paula Piątek, „Rola móżdżku w regulacji funkcji poznawczych – ujęcie neuropsychologiczne”, Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013; 8, 1: 24–31
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Standardu Opieki w okresie ciąży, porodu i połogu: http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/opieka-okoloporodowa/standard-opieki-okoloporodowej/

Zdjęcie w nagłówku: thinkstockphotos.com

Krótka historia wprowadzenia glutenu do diety dziecka – ostatnie dziesięciolecie

10 lat temu gluten był wprowadzany do diety stopniowo w 10 mż już po rozszerzeniu diety.
Jak byłam w ciąży 8 lat temu, zalecenia były by w 5 miesiącu (ukończone 4 m) miesiącu zrobić ekspozycje na gluten (1/2 łyżeczki kaszy manny przez 2 tyg) i potem w 6 nic poza kp i od 7 m rozszerzanie diety i znowu od 10m wprowadzenie glutenu już na stałe.
Takie wprowadzenie glutenu motywowano zmniejszeniem ryzyka rozwoju celiakii, jak się przeoczyło „okienko immunologiczne (teoria z księżyca) w 5 miesiącu to czekać i wprowadzać gluten w 10m,
Potem okazało się ze badania o okienku i ekspozycyjni na gluten w 5 m-cu na podstawie, których to było były takie trochę pic na wodę i sami badacze nie wiedza co z tego wyniknie długoterminowo, bo takowych badań nie przeprowadzili, wiec zmieniono na 6 miesiąc (ukończony 5) tuż przed rozpoczęciem rozszerzania diety rozpocząć podawanie glutenu zaczynając od 1/2 łyżeczki i stopniowo zwiększając a potem kontynuować wraz z rozszerzaniem diety.

Od 2014 roku zalecenie jest, że gluten wprowadza się wraz z rozszerzeniem diety w 7 mż (czyli w drugim półroczu), pierwsze półrocze tylko kp, bez ekspozycji. po prostu tak jak inne produkty.

Zalecenie wyłącznego karmienia piersią przez 6m bez podawania płynów i innych pokarmów, w tym ekspozycji na glutem weszło w życie w 1994r – Złoty Standard Karmienia Piersią WHO i UNICEF

i nic się nie zmieniło w tej materii.

Zalecenia WHO są stałe i niezmienne 6 m wyłącznego karmienia piersią i kontynuacja wraz z rozszerzaniem diety do końca 2 rż i dłużej.

Więcej nt glutenu przeczytacie w artykule: Gluten

Zdjęcie w nagłówku: sosrodzice.pl

Skąd się wzięło wczesne rozszerzanie diety

Dawno, dawno temu w odległej galaktyce…

Dzieci były karmione piersią długo i dietę rozszerzano im późno (są miejsca na ziemi, gdzie nie dotarła cywilizacja i tam to się nadal praktykuje z zyskiem dla dzieci i społeczeństwa). Potem przyszły ciężkie czasy i dzieci trzeba było czymś wykarmić, matki umierały przy porodzie lub szły za pracą, mamek nie było, zaczęto podawać im jałowe (czyli pasteryzowane, a raczej przegotowane) mleko krowie, ale dzieci umierały, bo mleko było ubogie w potrzebne składniki odżywcze, minerały i witaminy. Dzieciom brakowało wrażliwej na temperaturę witaminy C, więc chorowały na **szkorbu**t i umierały, z innymi witaminami nie było lepiej, niedobór witaminy B1 powodował chorobę **beri beri**, brak witaminy A **kurzą ślepotę** i podatność na infekcje wskutek wysychania śluzówek. Jak wiadomo krowa i człowiek różnią się od siebie na pierwszy rzut oka (chociaż producenci mieszanek tej różnicy nie widzą i z „uporem maniaka” próbują nam wmówić, że mleko krowie jest na wzór mleka matki), mają więc różne zapotrzebowania. Do tego mleko krowie ma za dużo białka i soli mineralnych

obciążających nerki dziecka bardziej niż pokarm ludzki. Wbrew powszechnej opinii nie jest ono tak tłuste jak mleko kobiece, ale za to zawiera tłuszcze nasycone, ludzkie mleko natomiast tłuszcze nienasycone, bogate w kwasy omega. Dzieciom podawano więc rozcieńczone krowie mleko, zagęszczane mączką… glutenową, czyli mąka pszenną.

Oczywiście, dzieci były tym miksem „zapchane”, co powodowało zaparcia, więc konieczne było podawanie płynów: wody, a zwłaszcza słodkich herbatek typu: rumianek, czy koper włoski, co pozwalało na przetrwanie 3-godzinnych przerw między karmieniami. Ale o tym niżej.

O różnicach w mleku ludzkim i krowim pisałam **tutaj**

Tabela 1. Porównanie składu mleka kobiecego i krowiego.

SKŁADNIK (jedn./100 ml)	MLEKO KOBIECE	MLEKO KROWIE
białko (g)	0,9 – 1,4	3,2 – 3,5
kazeina/serwatka	40/60	80/20
laktoferryna (g)	0,17	Ślad
tłuszcze (g)	3,9 – 4,4	3,7
kwasy nasycone/nienasycone	48/52	65/35
laktoza (g)	7,2	4,7
Ca/P	2/1	½

Źródło: Kubicka K.. i wsp.: *Pediatria. Tom 1.* PZWL, Warszawa 2010, 39 – 41

http://www.akademiadietetyki.pl/

Składniki odżywcze i czynniki odpornościowe	Świeże mleko z piersi	Świeże mleko krowie	Pasteryzowane mleko krowie	Przemysłowa mieszanka dla niemowląt
Enzymy antymikrobowe	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Usunięte
Probiotyki	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Kwasy omega 3 i 6	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Bakterie produkujące laktazę ⇨ enzym rozkładający laktozę	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Delikatne proteiny	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Zmodyfikowane
Białko wiążące witaminę B12	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Biodostępne witaminy	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Zablokowane
Biodostępny wapń	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Biodostępny fosfor	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Enzymy fosfatazy	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Oligosacharydy	Aktywne	Aktywne	Zmniejszone	Usunięte
Limfocyty odpornościowe	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Limfocyty B	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Mikrofagi	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Neutrofile	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Przeciwciała IgA/IgG	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Bifidobakterie ochronne	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Interferon gamma	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Fibrynonektyna	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne

Źródło: http://articles.mercola.com/

DOMAGAMY SIE UCZCIWOŚCI W REKLAMIE

Na stronie http://www.birthingandbreastfeeding.com/ prowadzonej przez Christy Jo Hendricks – Doule i IBCLC pojawiał się infografika obrazująca zestawienie mieszanki i mleka kobiecego i kampanie o zakończenie dezinformacji w reklamie preparatów mlekozastępczych.
Niedobór witamin wymusił uzupełnienie ich z innych pokarmów (wtedy jeszcze nie wiedziano, że to o witaminy chodzi, a jedynie że pewne pokarmy zapobiegają rozwojowi chorób. Nie wiedziano jeszcze dlaczego np. szkorbut był chorobą marynarzy i żołnierzy odciętych od źródeł świeżych owoców), tym sposobem dietę zaczęto rozszerzać gdy dzieci skończyły 6 tyg. Zaczęto podawać im warzywa – marchewka (ß-karoten, czyli witamina A) z jajkiem (żelazo) i masłem (witaminy A i D) oraz owoce, źródło witaminy C, aby dostarczyć brakujących składników, często butelką ze smoczkiem (co pokutuje po dzień dzisiejszy). Dzieci przestały umierać, ale lata świetlne zajęło producentom mleka sztucznego dodanie witamin i innych składników do swoich produktów, tak aby wyeliminować potrzebę wczesnego rozszerzania diety, jako że liczył się dochód, a nie zdrowie dzieci. Dopiero przepisy i regulacje prawne wymusiły tak naprawdę wzbogacanie mieszanek mlekozastępczych o odpowiednio dobrane kompozycje witamin i mikroelementów oraz zastąpienie ciężkostrawnych wysokonasyconych tłuszczy roślinnymi. Czy to dobra zmiana (modne ostatnio stwierdzenie)? Śmiem wątpić, czytając **składy współczesnych mieszanek**.

Kiedy już mieszanki były „dobrze” skomponowane i stosownie

wymieszane, przesunięto moment rozszerzania diety na ukończone 4m.ż.. Niestety wczesne rozszerzanie diety przeniosło się też na dzieci karmione naturalnie, a to dlatego, że wprowadzono takie zalecenia: **ANTYporadnik, czyli jak zabić laktację w 5 krokach**i dzieci karmione naturalnie szybko zaczynały być karmione sztucznie, a w 3m.ż. dostawały już pokarmy stałe. Kiedy wprowadzono odgórne zalecenia o rozszerzaniu diety po 4m.ż., poszły za tym rozporządzenia, ale kiedy wprowadzono (ponad 20 lat temu) że po 6m.ż., nikt nie dodał do tego aktów prawnych i w efekcie mamy słoiki ,,odpowiednie" dla dzieci po 4m.ż., chociaż należy karmić wyłącznie mlekiem z piersi przez 6m. (WHO)

Bibliografia:

„Moje dziecko nie chce jeść" – Carlos González, Wyd ‚mamania' 2013

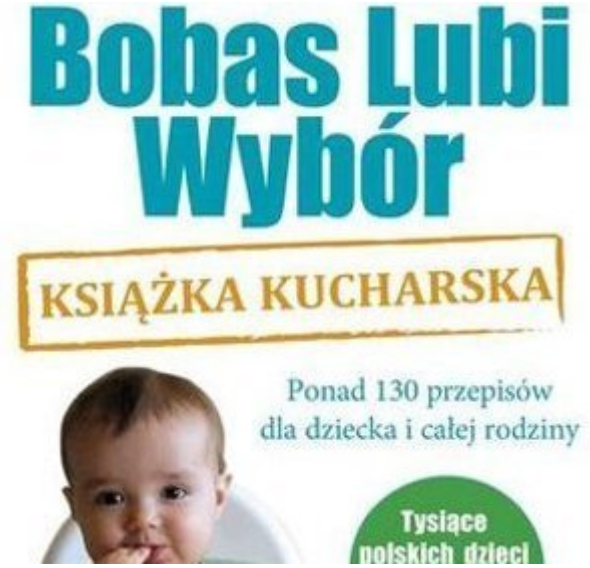
Zdjęcie w nagłówku: osesek.pl

Dlaczego Baby-Led Weaning, a nie papka?

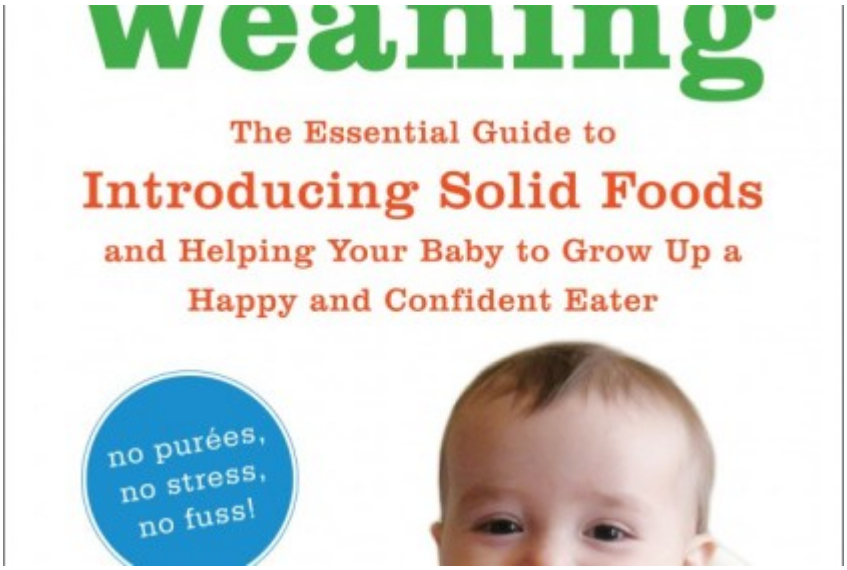
O rozszerzaniu diety pisałam już wcześniej w tym artykule: Rozszerzanie diety u dziecka – przeczytaj aby poznać zasady rozszerzania diety.

Teraz więcej o BLW, czyli Baby-Led Weaning, na potrzeby tłumaczenia książki nazwa powstała nazwa Bobas Lubi Wybór.

Baby-Led Weaning – Bobas Lubi Wybór – Gill Rapley, Tracey Murkett – polskie tłumaczenienie



Baby-Led Weaning – książka kucharska – Gill Rapley, Tracey Murkett – przepisy na zdrowe dania całej rodziny



Baby-Led Weaning – Gill Rapley, Tracey Murkett – oryginalna

książka

„Moje dziecko nie chce jeść – Gonzalez Carlos

Czym jest Baby-Led Weaning?

Baby-Led z języka angielskiego oznacza sygnalizowanie przez dziecko,
WEANING z języka angielskiego oznacza ODSTAWIENIE,

a wiec Baby-Led Weaning to odstawienie sterowane przez dziecko.

Czym BLW różni się od tradycyjnych metod opartych na karmieniu łyżeczką?

Przede wszystkim na zaufaniu do dziecka, na intuicji, ale co najważniejsze na wspólnocie. BLW jest bardzo RB (rodzicielstwo bliskości), czyli opiera się na fakcie, że dziecko od urodzenia jest częścią społeczeństwa i w tym życiu uczestniczy, ma takie same prawa, jednym z takach praw jest prawo do decydowania o sobie, także w kwestii jedzenia.

BLW zakłada, że dziecko spożywa pokarmy samo, przy wspólnym stole, wraz z rodzicami, dostając to samo jedzenie w takiej samej postaci. **KONIEC ODDZIELNEJ KUCHNI**. Dzięki temu cała rodzina je zdrowo, różnorodnie, a dziecko od początku wyrabia sobie zdrowe nawyki żywieniowe, także poprzez obserwacje rodziny i jej naśladowanie podczas posiłku.

Dajemy dziecku poznania jedzenia ze względu na smak, fakturę, kolor, kształt, dajemy szansę rozwoju motoryki.

- BLW to wspólne posiłki
- BLW to czekanie na gotowość dziecka
- BLW to gotowanie dla przyjemności
- BLW to jedzenie bez tabelek – wszystko podajemy od początku*
- BLW to nie eko (może być, jeśli ktoś tak chce, ale to nie jest wymóg)
- BLW to zdrowe nawyki budowane od początku
- BLW to szacunek do dziecka i jego wyboru, nawet jeśli wyborem jest nie jedzenie
- BLW to wspólne gotowanie z dzieckiem
- BLW to zaufanie do jedzenia, bo je się to samo co inni członkowie rodziny
- BLW to intuicyjne odrzucanie tego co szkodzi

* te produkty podajemy później, zwykle po 12 mż

Czego nie można poniżej >>12 mż

1. Surowe mięso i ryby
2. Grzyby (pieczarki i boczniaki ok 12 m.ż., grzyby leśne ok 12 r. Ż.)
3. Wywary mięsne i z kości
4. Wędzonki
5. Miód
6. Orzechów w całości (wymagają długiego żucia)
7. Mleko odzwierzęce do picia po 12 m.ż. (ale przetwory mleczne można już od początku)

JAK ROZPOZNAĆ GOTOWOŚĆ?

OZNAKI GOTOWOŚCI:

1. samodzielne siedzenie, lub siedzenie z niewielką pomocą (np na kolanach rodzica)
2. Odpowiednio rozwinięty układ immunologiczny

3. Odpowiednio rozwinięty układ pokarmowy wraz z górnym odcinkiem (usta) (2-gie półrocze) – zamknięcie jelita
4. Umiejętność przyciągania i wkładania do ust przedmiotów
5. Gryzienie zabawek
6. Podobne do gryzienia ruchy twarzy
7. Jeśli dziecko posadzone na kolanach rodzica, samo weźmie coś z talerz i zje i jest najlepszą oznaką gotowości.

FAŁSZYWE OZNAKI GOTOWOŚCI:

1. Budzenie się w nocy – dzieci nie budzą się z głodu, dzieci się budzą ponieważ mają krótszą fazę REM, dzięki temu nie zasypiają za głęboko
2. Wolniejszy przyrost masy – fizjologicznie po 3-cim miesiącu przyrosty maleją i tak ma być
3. Przyglądanie się jak jedzą rodzice – jest zjawiskiem poznawania świata, a nie potrzeby jedzenia czegoś oprócz mleka, tak na prawdę dzieci zainteresowaniem obserwują nie rozumiejąc ze rodzice jedzą, to nic innego jak potrzeba socjalizacji, współuczestnictwa w życiu rodzinnym.
4. Mlaskanie – wow ale fajne dźwięki – nauka korzystania z możliwości ust, nie ma nic wspólnego z jedzeniem – etap fizjologiczny
5. Drobne dziecko – niektóre dzieci mają taką urodę
6. Duże dziecko – j.w.
7. Naśladowanie rodziców – potrzeba socjalizacji, często wystarczy podanie dziecko talerzyka i łyżki aby mogło naśladować to co robisz, dziecko potrzebuje być częścią rodziny, co nie oznacza, że musi jeść pokarmy stałe.

Milena w restauracji

Obiad w Sphinxie?? Proszę bardzo!

Nigdy nie proponujemy dziecku pokarmów stałych kiedy jest głodne, najpierw zawsze karmimy mlekiem, bo mleko jest podstawą żywienia i kcal w pierwszym roku życia, dziecko,

które jest najedzone, chętniej spróbuje czegoś nowego, głodne będzie się irytować, że nie dostało mleka i nic nie zje, co ważne taki sposób zapewni długie karmienie piersią.

Do końca pierwszego roku mleko powinno stanowić 85-95% wszystkich składników odżywczych, pokarmy uzupełniające podajemy dla smaku i poznania a nie dla zaspakajania głodu, dzięki temu, że dziecko dostaje pokarmy uzupełniające do mleka (a nie zamiast), nie odstawi się od piersi przedwcześnie.

do końca 2-go roku proporcje powinny wynieść 40% – mleko, 60% pokarmy stałe, pod koniec 2-go roku życia dziecko powinno dostawać 5 posiłków stałych 3 główne i 2 przekąski.

BEZ WZGLĘDU NA TO JAK ROZSZERZAMY DIETĘ DZIECKO MUSI SIEDZIEĆ, KARMIENIE W POZYCJI PÓŁLEŻĄCEJ, BEZ WZGLĘDU NA FORMĘ, STANOWI ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA DZIECKA.

Właśnie dlatego ukończenie 6 m jest jednym z warunków rozpoczęcia rozszerzania diety, gdyż w tym wieku już większość dzieci siedzi przynajmniej na kolanach rodzica.

Dlaczego dziecko MUSI SIEDZIEĆ?

Bo tylko w tej pozycji dziecko jest w stanie zapanować nad tym co ma w ustach. Kiedy leży jedzenie łatwo przedostaje się w głąb jamy ustnej. O ile większe kawałki można odkrztusić i wykasłać, o tyle nad papką dziecko nie ma żadnej kontroli, spływa bezwładnie w głąb ust do gardła, 4-6miesięczne dziecko może sobie z tym nie poradzić i zacząć się dławić.

Dlaczego jedzenie w kawałki jest bezpieczniejsze?

Bo dziecko ma nad nim większa kontrolę (zwykle szybko odkrztusza i wypluwa za duże kawałki), niż nad bezkształtną, płynną papką. Dziecko krztusi się kiedy pokarm wpadnie za głęboko, ale jest nadal w ustach. W raz z dorastaniem przesuwa się w głąb gardła, a więc 6-miesięczne niemowlę ma odruch krztuszenia się na języku (w tylnej części jamy ustnej, ale nie jest do gardło). Odkrztuszając uczy się radzić z pokarmem.

A więc KIEDY ROZSZERZAĆ DIETĘ?

Kiedy dziecko jest gotowe, jedno w wieku 6m, a inne w wieku 15m każdy moment jest odpowiednim wówczas kiedy dziecko wyrazi chęć i zainteresuje się jedzeniem, najlepiej kiedy dziecko uczestniczy po prostu w posiłkach najpierw na kolanach rodzica, a potem w krzesełku przy wspólnym stole, kiedy ma swój talerz i łyżkę i kiedy poprosi o to by mu nałożyć jego porcję.

więcej informacji nt BLW i rozszerzania diety można przeczytać TUTAJ:

- http://babyledweaning.pl/
- http://www.mlecznewsparcie.pl/2015/02/rozszerzanie-diety/
- http://malgorzatajackowska.com/2015/03/16/czym-sie-rozni-cztery-od-szesciu-czyli-o-tym-kiedy-rozszerzac-diete-niemowlecia/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/07/25/zasady-zywienia-niemowlat-aktualne-stanowisko-grupy-ekspertow-1/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/07/29/zasady-zywienia-niemowlat-2014-2-kiedy-i-jak-rozszerzac-diete-dziecka/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/08/18/zasady-zywienia-niemowlat-2014-schemat-wybrane-produkty-w-diecie/
- http://mataja.pl/2015/02/wprowadzanie-posilkow-uzupelniajacych-do-diety-niemowlaka-dlaczego-mamy-nie-sluchaja-

rekomendacji-i-co-z-tego-wynika/
- http://bobaslubiwybor.blogspot.com/

Źródła:
http://www.mz.gov.pl/
http://www.who.int/
http://www.askdrsears.com/
http://www.lalecheleague.org/

http://www.aap.org/
http://www.healthychildren.org/

Bibliografia:

„Bobas Lubi Wybór" – Gill Rapley, Tracey Murkett, wyd. Mamania, Warszawa 2011
„Moje dziecko nie chce jeść" – Carlos González, Wyd ‚mamania' 2013, [I] – str 38-39
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

Zdjęcia: Grupa „Bobas Lubi Wybór „FB – za zgodą mam

Rozszerzanie diety u dziecka

ZALECENIA

Polskie Towarzystwo Gastroloenterologii, 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*

wyłączne 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 cześć 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)

UWAGA! Rozszerzanie diety powinno rozpocząć się po ukończonym 6 miesiącu życia. Wcześniej, tylko w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach. (Więcej na ten temat w artykule)

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, połykanie	karmienie piersią lub mlekiem modyfikowanym[1]	• płyny	mleko matki lub mleko modyfikowane
2-4	6	120-140				
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				

*ORIENTACYJNA liczba posiłków i wielkość porcji

[1] celem do którego należy dążyć jest wyłączne karmienie 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/Pediatria,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.[I]

OGÓLNE INFORMACJE

U dzieci karmionych piersią w pierwszym półroczu nie podaje się nic poza piersią – żadnych herbatek, soczków, wody w upały żadnych „marcheweczek”, „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 wyrywają 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 dokształcił) i dietetyki i nie ma podstaw do sugerowania rodzicom wcześniejszego rozszerzania diety.

U dzieci z alergiami zaleca się powstrzymanie od rozszerzenia diety i wyłączne 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 ze 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 90º, 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 rozdrabiania. 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 tabelek, „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 Pediatryczna
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.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 ‚mamania’ 2013, [I] – str 38-39
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci