

PIERWSZY ROK ŻYCIA DZIECKA W PYTANIACH I ODPOWIEDZIACH

www.almamedbocki.pl
www.osrodektk.pl


ALMA MED
CENTRUM MEDYCZNE


Ośrodek Zdrowia
W TUROŚNI KOŚCIELNEJ

Spis treści

CZĘŚĆ PIERWSZA

Jak pielęgnować pępek noworodka? 4

CZĘŚĆ DRUGA

Jak karmić noworodka i niemowlę? 7

CZĘŚĆ TRZECIA

Jak często należy kąpać dziecko? 14

CZĘŚĆ CZWARTA

Czy żółtaczka to choroba? 18

CZĘŚĆ PIĄTA

Kiedy zgłosić się z niemowlęciem do lekarza? 22

CZĘŚĆ SZÓSTA

Poradnia Preluksacyjna – co to jest? 24

CZĘŚĆ SIÓDMA

Jak suplementować witaminę D3? 27



CZĘŚĆ ÓSMA	
Szczepienia obowiązkowe do 2. roku życia	30
CZĘŚĆ DZIEWIĄTA	
Szczepienia dodatkowe do 2. roku życia	39
CZĘŚĆ DZIESIĄTA	
Jak i kiedy rozszerzać dietę niemowlaka?	46
CZĘŚĆ JEDENASTA	
Czy moje dziecko rozwija się prawidłowo?	50
CZĘŚĆ DWUNASTA	
W jaki sposób przewijać, podnosić i odkładać dziecko?	54
CZĘŚĆ TRZYNASTA	
Czy dziecko może oglądać bajki na telefonie?	57
CZĘŚĆ CZTERNASTA	
Czy dziecko odkładać do spania w pozycji na brzuszku? Jaka temperatura powinna panować w pokoju dziecka?	59
CZĘŚĆ PIĘTNASTA	
Czy młeczne zęby należy myć?	62
CZĘŚĆ SZESNASTA	
Rozwój mowy dziecka	65



Drodzy Rodzice,

przekazujemy Wam krótki i zwięzły poradnik z odpowiedziami na najczęstsze pytania, które pojawiają się w naszym gabinecie. Wiemy, że podczas wizyt lekarskich w pierwszym roku życia dziecka przekazujemy dużo informacji, które są trudne do natychmiastowego zapamiętania. Chcemy, aby niniejsza publikacja umożliwiła Wam odświeżenie informacji otrzymanych podczas wizyty. Zachęcamy, aby podczas kolejnych spotkań zadawać nam pytania :).

lek. Maja Boruch – specjalista medycyny rodzinnej
lek. Ewa Dobrzyńska – specjalista medycyny rodzinnej
lek. Dominika Lewandowska – rezydentka medycyny rodzinnej
lek. Adam Boruch – specjalista medycyny rodzinnej

CZĘŚĆ PIERWSZA

Jak pielęgnować pępek noworodka?



Co to jest kikut pępowiny?

Bezpośrednio po urodzeniu dziecka pępowinę przecina się, po uprzednim zaciśnięciu klipsem około 2 cm od powierzchni brzuszka, a kikut pępowiny, czyli pozostałość po pępowinie, zabezpiecza suchym, jałowym gazikiem.

W pierwszych godzinach po urodzeniu się dziecka kikut pępowiny jest biało-niebieski i wilgotny. W ciągu 24 godzin obkurcza się i wysusza, a jego kolor zmienia się na żółtobrazowy, a następnie czarnobrazowy.

W chwili, gdy zabierasz dziecko ze szpitala do domu, zacisk kikuta pępowiny powinien być odpięty.

Kiedy odpada kikut pępowiny?

Kikut pępowiny odpada zwykle pomiędzy 5. a 15. dobą po urodzeniu.

Jak pielęgnować kikut pępowiny?

Kikut pępowiny jest najbardziej podatny na zakażenie częścią ciała noworodka. Do czasu gdy odpadnie, należy go traktować jak gojącą się ranę, która może ulec zakażeniu.

Raz na dobę (a jeśli dojdzie do zabrudzenia, częściej) oczyszczaj pępek dziecka zwilżonym w wodzie czystym gazikiem. Po umyciu dokładnie go osusz, możesz zostawić nieosłonięty do wyschnięcia. Odwijaj brzeg pieluszki, aby odkryć kikut pępowiny. Ewentualnie możesz go osłonić jałowym, cienkim gazikiem, żeby odseparować od ubranka.

Nie ustalono jednolitego sposobu pielęgnacji kikut pępowiny – najważniejsze jest, aby był on czysty i suchy.

Postaraj się zapewnić jak najlepszy dostęp powietrza do gojącego się pępka – nie zalepiał go plastrem ani nie przykrywaj szczelnym opatrunkiem.

Czy zamoczenie kikut pępowiny w kąpielu jest niebezpieczne?

Zamoczenie kikut pępowiny podczas kąpieli noworodka jest bezpieczne. Jego delikatne umycie wodą z mydłem jest nawet wskazane. Ważne jest natomiast dokładne osuszenie kikut czystym gazikiem, a następnie pozostawienie nieosłoniętego pępka do wyschnięcia.

Kiedy się zgłosić do lekarza? Co powinno Cię zaniepokoić?

- po 15 dniach od urodzenia kikut pępowiny jeszcze nie odpadł lub jest nadal wilgotny,
- zauważysz krwawienie, ropę u nasady kikut, wyraźne zaczerwienienie i obrzęk wokół pępka albo rosnącą nierówną tkankę u nasady kikut,
- zauważysz wyciek płynu z pępka i/lub wyczujesz nieprzyjemny zapach,
- zauważysz zmianę wyglądu pępka, zmianę zachowania dziecka z/bez gorączki, tkliwość okolicy pępka.

CZĘŚĆ DRUGA

Jak karmić noworodka i niemowlę?



Temat karmienia piersią jest niezwykle szeroki i w kilku zdaniach nie da się omówić wszystkich jego aspektów. W tym rozdziale postaramy się skupić na konkretnych elementach, takich jak prawidłowa laktacja, technika karmienia, ocena skuteczności karmienia noworodka.

Udowodniono, że mleko matki to najdoskonalszy pokarm, który zapewnia optymalny rozwój fizyczny i umysłowy dziecka. Najlepszym sposobem karmienia jest karmienie piersią, ale to nie jest jedyny sposób.

Karmienie piersią nie może sprawiać matce bólu czy dyskomfortu.

Pamiętaj, że zawsze w momencie pojawienia się pytań, dolegliwości, problemów podczas karmienia możesz zwrócić się o pomoc do swojego lekarza rodzinnego, położnej czy CDL (certyfikowanego doradcy laktacyjnego).

<https://cnol.kobiety.med.pl/pl/doradcy-cdl/lista-doradcow/>

Co to jest laktacja?

To proces wytwarzania mleka. Pokarm kobiecy wytwarzany przez zdrową matkę w pełni zaspokaja zapotrzebowanie pokarmowe noworodka i niemowlęcia. Częste ssanie piersi przez niemowlę pobudza proces wytwarzania pokarmu.

Kiedy pierwsze karmienie?

Najlepiej **w pierwszych 2 godzinach po porodzie!** Wtedy noworodek jest aktywny i **odruch szukania** jest bardzo silny. Budzi się instynkt macierzyński u matki. Karmienie należy rozpocząć, gdy noworodek zaczyna szukać piersi. Zarówno po porodzie fizjologicznym jak i po cięciu cesarskim możliwe jest ułożenie osuszonego noworodka bezpośrednio na skórze, w ramionach matki. Kontakt „skóra do skóry” nowonarodzonego dziecka z matką pozwala na osiedlenie się na skórze dziecka niegroźnych dla niego bakterii ze skóry matki. Należy pamiętać o okryciu noworodka tam, gdzie nie przylega do matczynej skóry, aby zapobiec wychłodzeniu. Kontakt taki powinien trwać do zakończenia pierwszego karmienia.

Środki znieczulające, stosowanie do przeprowadzenia cięcia cesarskiego, działają krótko i nie mają wpływu na dziecko. Jeśli zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym pierwszy kontakt i pierwsze karmienie odbywa się na sali pooperacyjnej po wybudzeniu się matki.

W czasie 2–20 godzin od urodzenia następuje okres obniżonej aktywności noworodka. Rytm karmień w I dobie jest rzadszy. Od II doby zaczynają się bardzo częste karmienia (8–12 na dobę), które umożliwiają odpowiednią stymulację laktacji – tylko regularne karmienia zapewniają prawidłowe wytwarzanie mleka w ilości dostosowanej do potrzeb dziecka.

Jak karmić?

Istnieje bardzo wiele pozycji do karmienia dziecka. Są one często różnicowane ze względu na sytuację, w jakiej znajduje się

matka lub dziecko. Inaczej karmi się wcześniaka, inaczej dziecko dwuletnie. Jednak dzięki prawidłowej technice karmienia osiągamy prawidłowy mechanizm ssania. Zanim matka i dziecko wprawią się, co pozwoli na przyjmowanie swobodniejszych pozycji, karmienia powinny odbywać się według poniższych zasad:

- matka siedzi lub leży wygodnie, jest rozluźniona,
- podtrzymuje pierś czterema palcami od spodu, kciuk układa na piersi (litera C), palce nie dotykają otoczki i nie uciskają piersi,
- dziecko brzuszkiem przylega do ciała matki, twarzą jest skierowane do piersi,
- głowa dziecka znajduje się w osi kręgosłupa, nie zgina się jej w kierunku piersi,
- główka, plecy i pośladki dziecka są stabilnie podtrzymywane ręką matki,
- głowa dziecka znajduje się na wysokości piersi, nos naprzeciw brodawki.

Jak powinno wyglądać prawidłowe karmienie mlekiem matki?

Wyłączne karmienie mlekiem matki powinno trwać około 6 miesięcy – bez dopajania sokami, herbatkami, wodą. Mleko matki dostosowuje się na bieżąco do potrzeb dziecka i np., w czasie upałów jest bardziej wodniste, więc zapewnia prawidłową podaż płynów dziecku.

Pierwsze 4–6 tygodni po porodzie są najważniejszym etapem laktacji – to czas kiedy piersi zaczynają produkować pokarm i dostosowują się do potrzeb dziecka – dochodzi do stabilizacji laktacji.

Jak postępować w pierwszych 4–6. tygodniach laktacji?

- Rozpocząć karmienie piersią w pierwszych 2 godzinach po urodzeniu dziecka stosując prawidłową technikę karmienia;
- Karmić często, 8–12 razy w ciągu doby, według potrzeb (gdy dziecko jest głodne i gdy piersi matki są przepełnione);
- Karmić również w nocy! Przerwa nie powinna przekraczać 4 godzin;
- Dbać o to, aby dziecko było aktywne przy piersi (lekko odkryć dziecko, pobudzać, głaskać pod bródką, lekko uciskać pierś, zmieniać pierś);
- Karmić tak długo, jak dziecko tego potrzebuje i jest przy piersi aktywne, przynajmniej 10 minut z jednej piersi. Noworodek średnio potrzebuje 20 minut;
- Po zakończeniu karmienia jedną piersią proponować dziecku drugą. Następne karmienie rozpoczynać od tej drugiej piersi;
- Odciąganie niewielkiej ilości pokarmu stosować tylko w celu zmiękczenia napiętej otoczki lub dla odczucia ulgi pomiędzy karmieniami;
- Nie dopajać dziecka herbatkami, sokami, wodą, wodą z cukrem, bo pokarm zawiera odpowiednią ilość wody nawet, gdy jest bardzo gorąco;
- Dokarmiać mlekiem modyfikowanym tylko w wyjątkowych sytuacjach rzeczywistego niedoboru pokarmu matki. Metodę dokarmiania i jego ilość najlepiej skonsultować z lekarzem, położną lub CDL.

„Czy moje dziecko nie jest głodne?” – wskaźniki skutecznego karmienia

Każda matka ma obawy czy jej dziecko się najada, czy ma wystarczająco dużo mleka. Musisz pamiętać, że Twoje obawy nie są odosobnione ale zazwyczaj bezpodstawne.

Zawsze w momencie niepokoju należy ocenić wskaźniki skutecznego karmienia.

Przeanalizowanie poniższych wskaźników pozwala odróżnić sytuację, kiedy matce wydaje się, że ma za mało pokarmu od rzeczywistych niedoborów pokarmu.

Dziecko otrzymuje odpowiednią ilość pokarmu, jeżeli:

- Ssie pierś prawidłowo i efektywnie, odgłos polykania jest słyszalny przynajmniej przez 10 minut z jednej piersi;
- Karmień jest 8–12 w ciągu doby, z czego przynajmniej 1 w nocy;
- Matka odczuwa rozluźnienie piersi po karmieniu. Jest to wyraźnie odczuwalne w pierwszych tygodniach po porodzie; po 4 tygodniu (po ustabilizowaniu laktacji), piersi są mniej napięte przed karmieniem, więc rozluźnienie jest mniej odczuwalne;
- Dziecko jest zadowolone po karmieniach (zasypia lub spokojnie czuwa), przez przynajmniej 4 godziny w ciągu doby jest aktywne i reaguje na bodźce;
- Oddaje 3–4 lub więcej stolców w ciągu doby, stolce są luźne, papkowate, żółte (od 5 doby). Od około 6 tygodnia stolce mogą pojawiać się raz na kilka dni (nie rzadziej niż 1/10 dni);

- W ciągu doby moczy przynajmniej 6 pieluch (od 3 doby), mocz jest jasny, bezwonny;
- W pierwszych dobach występuje fizjologiczna utrata masy ciała do 10% masy urodzeniowej. Najpóźniej po 2 tygodniach noworodek powinien osiągnąć masę urodzeniową;
- **Obserwuje się prawidłowe przyrosty masy ciała – dlatego tak ważne są wizyty patronażowe i obserwacja rozwoju w Poradni Lekarza Rodzinnego.**

Pamiętaj, uczulenie na pokarm matki to mit. Małe piersi nie świadczą o tym, że pokarmu będzie za mało. Nie ulegaj sugestiom, że Twoje dziecko jest głodne, a mleko za chude – umów się na wizytę w przychodni, aby skontrolować przyrosty masy ciała. W pierwszych dobach karmienie może sprawić Ci problem – dziecko i matka muszą się nauczyć prawidłowej techniki karmienia. Nie poddawaj się – skorzystaj z profesjonalnego poradnictwa u swojego lekarza rodzinnego lub położnej.

Droga Mamo, stosuj zdrową, zbilansowaną dietę i odpowiednią podaż płynów (ok. 3 litrów na dobę). To ważne dla Ciebie i Twojego dziecka.

Drogi Tato, pomóż Mamie i Dziecku – ugotuj obiad, wykup dziecko, zmień pieluszkę, wyjdź z Maluchem na spacer. Oni tego potrzebują :).

CZĘŚĆ TRZECIA

Jak często należy kąpać dziecko?



Dla wielu rodziców pielęgnacja noworodka wydaje się czynnością trudną. Jednak w rzeczywistości jest to łatwiejsze, niż wygląda na pierwszy rzut oka. Wystarczy znać kilka podstawowych zasad. O instruktaż można poprosić też położną jeszcze w trakcie pobytu w szpitalu.

Czy skóra noworodka różni się od skóry osoby dorosłej?

- skóra noworodka i małego dziecka nie jest w pełni dojrzała i pod wieloma względami różni się od skóry osoby dorosłej,
- u donoszonego noworodka naskórek jest trochę cieńszy i nieco bardziej delikatny niż u osoby dorosłej,
- jest mniej elastyczna i jaśniejsza – słabiej produkuje barwnik, dlatego jest bardziej wrażliwa na światło słoneczne,
- w skórze noworodków i niemowląt znajduje się znacznie mniej niż u dorosłych gruczołów potowych, dlatego dzieci w tym wieku gorzej adaptują się do wysokiej temperatury i są bardziej podatne na przegrzanie.

Jak prawidłowo myć i kąpać dziecko w pierwszych 2 latach życia?

1. **Kąp dziecko kilka razy w tygodniu, a najlepiej codziennie:**
w pierwszych kilku miesiącach życia niemowlęcia codzienna kąpiel nie jest jednak bezwzględnie konieczna, pod warunkiem, że podczas każdej zmiany pieluszki dokładnie przemywasz skórę okolicy krocza. O codzienną kąpiel należy zadbać, gdy dziecko nauczy się samodzielnie przemieszczać i jeść (oblewa się i brudzi) oraz w upalne dni (bardziej się poci).

2. **Używaj delikatnych płynów, mydeł przeznaczonych specjalnie dla niemowląt:**
czytaj skład, im krótszy tym lepiej – mydła i płyny dla dorosłych mogą podrażniać skórę (substancje zapachowe, konserwanty) i zaburzać czynność ochronnej bariery naskórka.
3. **Nie używaj myjek, których nie możesz wyprać lub wygotować:**
myjka wcale nie jest konieczna, aby dokładnie umyć niemowlę.
4. **Noworodki i niemowlęta najwygodniej kąpać w wanience:**
nie trzeba jednak nalewać do niej zbyt dużo wody. Powinna przykrywać dziecko do połowy. Wanienkę ustaw w dogodnym miejscu na stabilnym podłożu, tak aby się nie wywróciła podczas kąpieli. Kiedy już włożysz dziecko do wanienki, podtrzymuj mu ręką plecki, barki i główkę, utrzymując górną część ciała nieco wyżej. Zawsze podtrzymuj główkę, utrzymując ją nad powierzchnią wody.
5. **Kąp dziecko w wodzie o temperaturze 33–34°C, która jest neutralna dla niemowlęcia:**
jeżeli nie masz termometru, zanurz w wodzie przedramię lub łokieć – gdy nie odczuwasz chłodu ani wyraźnego ciepła, temperatura wody jest odpowiednia.
6. **Dopóki nie nabierzesz wprawy w kąpaniu swojej pociechy, unikaj stosowania płynów do kąpieli z oliwką:**
skóra staje się wtedy bardzo śliska i dziecko może się wyslizgnąć przy wkładaniu lub wyjmowaniu z wanienki.

7. Zadbaj o odpowiednią temperaturę pomieszczenia, w którym kąpiesz malucha.
8. Zawsze miej pod ręką wszystkie przybory, przede wszystkim ręcznik.

Nigdy, nawet na krótką chwilę, nie zostawiaj małego dziecka samego w wodzie!

Nawet chwila nieuwagi może spowodować, że taka beztroska skończy się tragicznie. Dziecko wpadnie twarzą do wody, zachłyśnie się i może dojść do odruchowego zatrzymania oddechu.

Kąpiel starszego niemowlęcia, które już samo stabilnie siedzi, oraz dziecka w 2. roku życia nie stwarza już tylu problemów. W tym wieku stanowi również dobrą okazję do zabawy w wodzie – dzieci uwielbiają chlapać wodą lub przelewać ją do kubeczków. Dziecko można też kąpać w normalnej wannie.

Jak pielęgnować włosy małego dziecka?

W okresie niemowlęcym i w 2. roku życia dziecko zazwyczaj ma jeszcze niewiele włosów, a nawet może nie mieć ich wcale. Nie trzeba więc stosować szamponu, a główkę wystarczy umyć mydłem lub płynem używanym do kąpieli dziecka. Jeśli główka się szczególnie nie brudzi (np. w wyniku ulewania pokarmu lub wymiotów) ani nie poci, włosy wystarczy myć raz lub dwa razy w tygodniu.

Te same zasady obowiązują przy bardziej obfitym owłosieniu, które zdarza się u niektórych noworodków.

CZĘŚĆ CZWARTA

Czy żółtaczka to choroba?



Czym jest żółtaczka?

Żółtaczka jest objawem polegającym na żółtym zabarwieniu skóry, błon śluzowych i białkówki oka. Wynika ze zwiększenia stężenia bilirubiny we krwi.

Czy żółtaczka zawsze oznacza, że noworodek jest chory i wymaga leczenia?

Nie. Żółtaczka fizjologiczna dotyczy wielu zdrowych noworodków, nie jest chorobą. Rozpoczyna się nie wcześniej niż w 2–3 dobie życia i trwa do ok. 10. dnia życia (u wcześniaków odpowiednio 3–4 doba życia, trwa do 14 dni), ustępuje samoistnie, nie wymaga leczenia, nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka, a stężenie bilirubiny nie przekracza górnej granicy normy dla wieku.

Żółtaczka patologiczna to taka, która pojawia się w pierwszej dobie życia, trwa ponad 2. tygodnie, a stężenia bilirubiny przekraczają górne granice normy dla wieku.

Jakie są przyczyny żółtaczki?

Żółtaczka fizjologiczna jest spowodowana tym, że duża ilość krwinek czerwonych rozpada się po urodzeniu (to normalne, w brzuchu mamy dziecko potrzebuje ich znacznie więcej niż po urodzeniu), a niedojrzała wątroba nie potrafi wychwycić bilirubiny z krwi i jej wydalić.

Przyczyną żółtaczki patologicznej może być między innymi konflikt serologiczny – niezgodność grupy krwi matki i dziecka, zakażenia, choroby wątroby, niedrożność dróg żółciowych.

Czy jeśli podczas karmienia piersią wystąpi żółtaczka należy przejść na mleko modyfikowane?

Żółtaczka związana z karmieniem piersią dotyczy ok. 50% noworodków. Mleko matki zawiera substancje, które hamują wychwyty bilirubiny z krwi dziecka i jej wydalanie. Należy też pamiętać, że jedną z przyczyn nasilonej żółtaczki noworodków może być ilość kalorii spożywanych przez dziecko, dlatego częstsze i efektywne karmienia piersią (8–12 razy na dobę) zmniejszają ryzyko wystąpienia takiego problemu.

Dopajanie dziecka wodą, roztworem glukozy czy zmiana mleka na modyfikowane, nie jest dobrym pomysłem, gdyż mleko matki jest najlepszym i najbardziej wartościowym pokarmem w pierwszym półroczu życia dziecka. **Nie powinno się zatem rezygnować z karmienia piersią z powodu żółtaczki.** Żółtaczka wynikająca z karmienia piersią nie zagraża zdrowiu noworodka/niemowlęcia, ustępuje samoistnie, nie wymaga leczenia, jeśli jednak trwa dłużej niż 2 tygodnie lub nasila się po wypisie ze szpitala powinna być skonsultowana z lekarzem, który przeprowadzi dalszą diagnostykę.

Kiedy zgłosić się z noworodkiem/niemowlęciem do lekarza?

- nasilenie lub pojawienie się żółtaczki po wypisie ze szpitala,
- utrzymywanie się żółtaczki ponad 2. tygodnie,
- szarobiałe stolce lub bardzo ciemny, żółtobrazowy kolor moczu,
- wyraźne zaburzenia zachowania dziecka (brak aktywności, niechęć do ssania piersi lub butelki, drgawki, dziwne ruchy, wiotkość mięśni lub piskliwy, głośny krzyk).

CZĘŚĆ PIĄTA

Kiedy zgłosić się z niemowlęciem do lekarza?



Rodzice często zastanawiają się, kiedy jest odpowiedni moment, by wybrać się z dzieckiem do lekarza. Stany, w których niemowlę wymaga konsultacji, to:

- Każda gorączka (czyli $>38,5^{\circ}\text{C}$) u dziecka do 3. miesiąca życia, niezależnie od czasu jej trwania;
- U dziecka powyżej 3. miesiąca życia gorączka, która nie spada $<38^{\circ}\text{C}$ mimo właściwego stosowania leków przeciwgorączkowych lub trwa powyżej 3 dni.
Dawkowanie leków przeciwgorączkowych:
 - od pierwszych dni życia paracetamol w dawce 10–15 mg/kg masy ciała co 4–6 godzin;
 - po 3. miesiącu życia ibuprofen w dawce 5–10 mg/kg masy ciała co 6–8 godzin.
- Przedłużający się katar i kaszel, które nie ustępują mimo stosowania leczenia objawowego w domu. Zanim rodzic uda się do lekarza, dobrze jest włączyć inhalacje i płukanie nosa roztworem soli fizjologicznej 0,9% oraz dbać o odpowiednią higienę nosa dziecka;
- Infekcja przebiegająca z dusznością, dużym wysiłkiem oddechowym;
- Znaczna zmiana w zachowaniu dziecka – nadmierna senność, brak apetytu, odmowa przyjmowania posiłków i płynów, wiotkość, mała aktywność ruchowa;
- Obfite wymioty i biegunka. Alarmującymi objawami są brak oddawania moczu przez dziecko, nadmierna senność lub pobudzenie;
- Wymioty lub zmiana zachowania po upadku lub urazie głowy;
- Wyciek płynnej treści z ucha.

CZĘŚĆ SZÓSTA

Poradnia Preluksacyjna – co to jest?



Czym zajmuje się poradnia preluksacyjna?

Poradnia preluksacyjna jest to poradnia, w której ortopeda ocenia stawy biodrowe w celu ewentualnego wykrycia dysplazji stawów biodrowych. W pierwszym etapie lekarz bada budowę, symetrię i odwodzenie w stawach biodrowych oraz ocenia występowanie tzw. objawów niestabilności, a następnie wykonuje badanie USG. Jest to badanie dość krótkie, niebolesne i bezpieczne. Wczesne wykrycie wad pozwala na ich całkowite wyleczenie, dlatego wizyta w poradni preluksacyjnej jest bardzo ważna. Pierwszą wizytę w poradni preluksacyjnej należy odbyć w 6 tygodniu życia dziecka, kolejną w 12–16 tyg życia.

E-Skierowanie do Poradni Preluksacyjnej noworodek otrzymuje w trakcie wizyty patronażowej od lekarza rodzinnego. Do wystawienia e-Skierowania niezbędne jest posiadanie numeru PESEL.

U kogo ryzyko dysplazji stawów biodrowych jest szczególnie wysokie?

Ryzyko wystąpienia dysplazji stawów biodrowych jest szczególnie wysokie u:

- dzieci z porodów pośladkowych,
- dzieci, których rodzice lub rodzeństwo urodzili się z dysplazją,
- dzieci z ciąży mnogich (bliźniaczki, trojaczkki),
- częściej występuje u dziewczynek niż u chłopców.

Jak dbać o dziecko, aby zapobiec rozwojowi dysplazji stawów biodrowych?

Profilaktyka dysplazji stawów biodrowych polega na częstym układaniu dziecka na brzuchu, prawidłowym unoszeniu pośladków przy zmianie pieluchy (kciuk pod pośladkami, pozostałe palce na przedniej powierzchni krocza, nie należy podnosić pośladków trzymając za nóżki), ubranka i pieluchy powinny zapewniać pełną swobodę ruchów.

Jakie są sposoby leczenia dysplazji stawów biodrowych?

Leczenie polega na założeniu specjalnych aparatów dowodzących np. poduszki Frejki czy szelek Pavlika. Powyższe konstrukcje zwykle są bardzo skuteczne, choć najczęściej źle tolerowane przez niemowlęta – utrudniają bowiem swobodne ruchy i zabawę. Dzięki skuteczności aparatów odwodzących można je zdjąć już po kilku miesiącach.

Jeżeli dysplazja rozpoznana została zbyt późno lub od początku była zaawansowana, dziecko musi trafić do szpitala, gdzie będzie jakiś czas leżało na wyciągu lub będzie miało założony gips. Może się również zdarzyć, że konieczny będzie zabieg operacyjny.

CZĘŚĆ SIÓDMA

Jak suplementować witaminę D3?



Czym jest witamina D?

Witamina D, czyli cholekalcyferol jest substancją niezbędną do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania organizmu człowieka, a zwłaszcza układu kostno-stawowego.

Dlaczego należy ją suplementować?

W naszych warunkach klimatycznych utrzymanie odpowiedniego poziomu witaminy jest trudne – głównym naturalnym źródłem są promienie słoneczne, pod wpływem których w skórze produkowana jest witamina. Drugim, lecz mniej znaczącym źródłem, jest pożywienie. Stosując zdrową i zbilansowaną dietę, możemy pokryć tylko do ok. 20% dziennego zapotrzebowania. W Polsce synteza skórna może być efektywna w okresie od maja do września, pomiędzy godziną 10:00 a 15:00, gdy chmury nie przysłaniają słońca, dlatego w celu uniknięcia niedoborów zalecana jest suplementacja witaminy D.

Jakie dawki witaminy D są zalecane w poszczególnych grupach wiekowych?

- **Noworodki donoszone i niemowlęta:**
 - 0–6. miesięcy: 400 IU/dobę od pierwszych dni życia niezależnie od sposobu karmienia,
 - 6–12. miesięcy: 400–600 IU/dobę zależnie od dobowej ilości witaminy D przyjętej z pokarmem,

- **Dzieci (1–10. LAT):** 600–1000 IU/dobę,
- **Młódzież (11–18. LAT):** 800–2000 IU/dobę.

U otyłych nastolatków zalecana jest dawka 1600–4000 IU/dobę.

- **Noworodki urodzone ≤32. tygodnia ciąży:**
 - zaleca się rozpoczęcie suplementacji w dawce 800 IU/d niezależnie od sposobu karmienia,
 - suplementacja powinna być prowadzona pod kontrolą stężenia witaminy D surowicy zarówno w okresie pobytu w szpitalu (pierwsza kontrola po 4 tygodniach suplementacji), jak i w powypisowej opiece ambulatoryjnej,
- **Noworodki urodzone w 33–36. tygodniu ciąży:**
 - 400 IU/d od pierwszych dni życia, niezależnie od sposobu karmienia,
 - nie ma wskazań do rutynowego oznaczania stężenia witaminy D w surowicy.

U niemowląt do ukończenia 1. roku życia witaminę D3 należy suplementować nieprzerwanie przez cały rok. U osób powyżej 1. roku życia przebywających na słońcu z odkrytymi przedramionami i podudziami przez co najmniej 15 minut w godzinach od 10:00 do 15:00 bez kremów z filtrem w okresie od maja do września suplementacja nie jest konieczna, choć wciąż zalecana i bezpieczna. Należy jednak pamiętać, że w okresie letnim podczas ekspozycji skóry na słońce należy stosować kremy z filtrem, aby zapobiec rozwojowi czerniaka skóry. Wówczas synteza witaminy D3 nie jest wystarczająca. W związku z tym zalecamy wszystkim pacjentom przyjmowanie witaminy D3 przez cały rok.

CZĘŚĆ ÓSMA

Szczepienia obowiązkowe do 2. roku życia



Program Szczepień Ochronnych zawiera szczepienia obowiązkowe, które zgodnie z prawem trzeba wykonać oraz szczepienia zalecane, których wykonanie jest wskazane, ale decyzja o nich zależy od pacjenta lub w przypadku dzieci – ich rodziców. Każdej jesieni eksperci, biorąc pod uwagę zmieniającą się sytuację epidemiczną w kraju, opracowują nowy kalendarz szczepień na przyszły rok. Różnice między poszczególnymi latami są zazwyczaj niewielkie. Aktualnie obowiązujący kalendarz szczepień można obejrzeć na stronie <https://szczepienia.pzh.gov.pl>.

Mamy do wyboru szczepionki tradycyjne (bezpłatne) oraz wysokoskojarzone (płatne). Wybór preparatów, za pomocą których zostaną zrealizowane szczepienia obowiązkowe, należy do rodziców. Kalendarz szczepień przy zastosowaniu szczepionek wysoce skojarzonych nieco różni się od tego przy zastosowaniu preparatów bezpłatnych. Zarówno zwykłe, jak i skojarzone szczepionki są dobre i bezpieczne, a w każdej z tych opcji dziecko powinno uzyskać satysfakcjonującą odporność na choroby.

Szczepienie przeciwko pneumokokom (*Streptococcus pneumoniae*) jest szczepieniem obowiązkowym. Może odbyć się przy pomocy preparatu bezpłatnego i płatnego. Szczepionka refundowana PCV-10 (Synflorix) chroni przez 10 serotypami tej bakterii, natomiast szczepionka płatna PCV-13 (Prevenar) przed 13 serotypami. Oba warianty szczepienia są dobre i bezpieczne.

Czym różnią się szczepionki tradycyjne od wysokoskojarzonych?

- Ceną – szczepionki tradycyjne są refundowane i w związku z tym bezpłatne, a 5w1 i 6w1 płatne. Wyjątkiem są wcześniaki, dla których szczepionka 5w1 jest bezpłatna;
- Składem – szczepionki bezpłatne przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi zawierają pełnokomórkowy składnik krztuścowy oraz tiomersal, natomiast w szczepionkach wysoce skojarzonych ze względu na zastosowanie bezkomórkowego składnika krztuścowego nie ma w tiomersalu w składzie. Należy pamiętać, że oba warianty są bezpieczne dla dzieci;
- Liczba wkłuć – stosując szczepionki skojarzone, ogranicza się liczbę wkłuć. Może być to ważny argument dla dzieci i rodziców, którzy boją się kontaktu z igłą;
- Liczba antygenów – wbrew pozorom, stosując szczepionki wysokoskojarzone, podaje się dziecku mniejszą liczbę antygenów danych drobnoustrojów. Wynika to z innego procesu produkcji;
- Ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych – przy zastosowaniu szczepionek bezpłatnych jest nieco większe ryzyko niepożądanych odczynów poszczepiennych, głównie gorączki, niepokoju i płaczu. Wiąże się to z większą liczbą antygenów zawartych w szczepionkach tradycyjnych.

Czy można zmienić szczepionki na wysokoskojarzone, jeśli dziecko początkowo zostało zaszczepione szczepionkami refundowanymi?

Tak. Można również zrobić odwrotnie, czyli powrócić do szczepionek bezpłatnych, gdy początkowo zaczęto realizować szczepionki wysokoskojarzone.

Czy dziecko może zakazić inne osoby chorobą, przeciwko której przyjęło właśnie szczepionkę?

Nie, szczepionka nie sprawia, że pacjent tuż po szczepionce staje się źródłem choroby, przeciwko której został zaszczepiony. Wyjątkiem są szczepienia przeciw rotawirusom – należy zachować ostrożność przy zmianie pieluchy. Szczególną ostrożność w kontakcie z dzieckiem zaszczepionym przeciw rotawirusom powinny zachować osoby z zaburzeniami odporności.

Czy przed szczepieniem można zastosować u dziecka środek miejscowo znieczulający?

Nie jest to konieczne. Jeśli dziecko bardzo boi się bólu, ok. godzinę przed szczepieniem na miejsce wkłucia można przykleić plasterk Emla – są dostępne w aptece bez recepty. Preparat zniesie ból związany z ukłuciem skóry, ale nie wpłynie na ewentualne nieprzyjemne uczucie podczas podawania szczepionki. Warto pamiętać, że substancja zawarta w plasterku może wywołać reakcję alergiczną, więc jeśli nie ma takiej potrzeby, lepiej unikać jego stosowania.

Jak postępować w przypadku wystąpienia bólu po wkłuciu lub gorączce po szczepieniu?

Jeśli po szczepieniu u dziecka pojawi się nasilony ból po wkłuciu lub gorączka, należy zastosować paracetamol w przeliczeniu na kilogram masy ciała, czyli 10–15/kg masy ciała pacjenta. Jeśli w miejscu wkłucia wystąpi obrzęk, można zastosować okład z sody oczyszczonej.

Do szczepień obowiązkowych w Polsce należą szczepienia przeciwko następującym chorobom: gruźlicy, WZW typu B, rotawirusom, błonicy, tężcowi, krztuścowi, inwazyjnym zakażeniom *Haemophilus influenzae* typu B, inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae*, ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis), odrze, śwince, różyczce.

Schemat szczepień obowiązkowych przy zastosowaniu szczepionek bezpłatnych:

1. W ciągu pierwszych 24h życia:

wykonywane jest szczepienie przeciw gruźlicy oraz przeciw WZW typu B (1. dawka).

2. W 2. miesiącu życia:

(po ukończeniu 6. tygodnia życia) dziecko otrzymuje szczepienie przeciw rotawirusom (1. dawka szczepienia podstawowego), przeciw WZW typu B (2. dawka szczepienia podstawowego), przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi (1. dawka szczepienia podstawowego), przeciw *Haemophilus influenzae* typu B (1. dawka szczepienia podstawowego) oraz

przeciw *Streptococcus pneumoniae* (1. dawka szczepienia podstawowego).

3. W 4. miesiącu życia:

po 4. tygodniach od poprzedniego szczepienia, podaje się szczepienie przeciw rotawirusom (2. dawka szczepienia podstawowego).

Po ukończeniu 14. tygodnia życia, po 8. tygodniach od poprzedniego szczepienia, wykonuje się szczepienie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (2. dawka szczepienia podstawowego), przeciw *Haemophilus influenzae* typu B (2. dawka szczepienia podstawowego), *Streptococcus pneumoniae* (2. dawka szczepienia podstawowego), poliomyelitis (1. dawka szczepienia podstawowego).

4. W 5–6. miesiącu życia:

po 4. tygodniach od poprzedniej dawki, podaje się szczepionkę przeciw rotawirusom (3. dawka szczepienia podstawowego), a po 8. tygodniach od poprzednich dawek szczepienie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (3. dawka szczepienia podstawowego), przeciw *Haemophilus influenzae* typu B (3. dawka szczepienia podstawowego), poliomyelitis (2. dawka szczepienia podstawowego).

5. W 7. miesiącu życia:

mały pacjent otrzymuje szczepienie przeciw WZW typu B (3. dawka szczepienia podstawowego).

Są to już wszystkie szczepienia obowiązkowe wykonywane w pierwszym roku życia dziecka.

W kolejnym roku życia pacjenta czekają go następujące szczepionki:

1. **W 13–15. miesiącu życia:**

szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce (szczepienie podstawowe) oraz przeciw *Streptococcus pneumoniae* (3. dawka szczepienia podstawowego).

2. **W 16–18. miesiącu życia:**

szczepienie przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi (4. dawka szczepienia podstawowego), przeciw *Haemophilus influenzae* typu B (4. dawka szczepienia podstawowego), poliomyelitis (3. dawka szczepienia podstawowego).

Jeśli rodzice decydują się na zastosowanie u dziecka szczepionek wysoce skojarzonych, czyli 5w1 lub w 6w1, schemat nieco się różni. Szczepionka 5w1 jest przeciw błonicy, tężcowi, gruźlicy, poliomyelitis i *Haemophilus influenzae* typu B, natomiast 6w1 przeciw błonicy, tężcowi, gruźlicy, poliomyelitis, *Haemophilus influenzae* typu B i WZW typu B.

Schemat szczepień obowiązkowych przy zastosowaniu szczepionek 5w1:

1. **W ciągu pierwszych 24h życia:**

szczepienie przeciw gruźlicy oraz przeciw WZW typu B.

2. **W 2. miesiącu życia:**

szczepienie przeciw rotawirusom, przeciw WZW typu B, przeciw *Streptococcus pneumoniae* oraz 5w1.

3. W 4. miesiącu życia:
szczepienie przeciw rotawirusom, Streptococcus pneumoniae oraz 5w1.
4. W 5–6. miesiącu życia:
szczepienie przeciw rotawirusom oraz 5w1.
5. W 7. miesiącu życia:
WZW typu B.
6. W 13–15. miesiącu życia:
szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce oraz przeciw Streptococcus pneumoniae.
7. W 16–18. miesiącu życia:
5w1.

Schemat szczepień obowiązkowych przy zastosowaniu szczepionek 6w1:

1. W ciągu pierwszych 24h życia:
szczepienie przeciw gruźlicy oraz przeciw WZW typu B.
2. W 2. miesiącu życia:
szczepienie przeciw rotawirusom, przeciw Streptococcus pneumoniae oraz 6w1.
3. W 4. miesiącu życia:
szczepienie przeciw rotawirusom, Streptococcus pneumoniae oraz 6w1.

4. W 5–6. miesiącu życia:

szczepienie przeciw rotawirusom oraz 6w1.

5. W 13–15. miesiącu życia:

szczepienie przeciw odrze, śwince i różyczce oraz przeciw *Streptococcus pneumoniae*.

6. W 16–18. miesiącu życia:

6w1.

Podsumowując liczbę wkłuć wykonywanych przy użyciu poszczególnych preparatów do ukończenia 2. roku życia można zauważyć istotne różnice:

- szczepionki bezpłatne – 19 wkłuć,
- 5w1 – 12 wkłuć,
- 6w1 – 10 wkłuć.

CZĘŚĆ DZIEWIĄTA

Szczepienia dodatkowe do 2. roku życia



Szczepienie przeciwko meningokokom

Meningokoki to bakterie odpowiedzialne za groźną inwazyjną chorobę meningokokową. Przebiega ona najczęściej jako sepsa meningokokowa o bardzo szybkim i ciężkim przebiegu, powodująca uszkodzenie najważniejszych dla życia narządów (jej śmiertelność sięga nawet 20–30%) lub przejawia się zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych (śmiertelność ok. 5–13%). Warto zaznaczyć, że te dwie postacie zakażenia często występują jednocześnie. Mogą prowadzić do trwałych powikłań takich jak wodogłowie, padaczka, głuchota, porażenia ruchowe, upośledzony rozwój umysłowy, martwica dystalnych części kończyn i blizny skórne.

Zdecydowana większość, około 60–90% zachorowań, występuje u dzieci i młodzieży, ale największa zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową występuje w 1. roku życia. Zakażenie przenosi się poprzez bliski, bezpośredni kontakt z wydzieliną z górnych dróg oddechowych nosiciela lub chorego (np. pocałunek w usta, oblizywanie smoczka, wspólne naczynie do picia, sztucce itp.). Najczęstszymi czynnikami ryzyka zakażenia meningokokami jest przebywanie w miejscach zatłoczonych, takich jak żłobki, czy przedszkola.

W Polsce dominują dwie grupy meningokoków B i C. Pozostałe rodzaje A, W-135, Y występują rzadziej.

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania zachorowaniom jest szczepienie ochronne.

W Polsce są dostępne następujące rodzaje szczepionek przeciwko meningokokom:

- szczepionki przeciwko meningokokom grupy C (np. NeisVac-C),
- szczepionki przeciwko meningokokom grupy A, C, W, Y (np. Nimenrix),
- szczepionki przeciwko meningokokom grupy B (np. Bexsero).

Nazwa szczepionki	Schemat szczepienia	Suma dawek	Orientacyjny koszt 1 dawki	Orientacyjny koszt wszystkich dawek
Bexsero	2+1 (jeśli zaczynamy szczepić dziecko poniżej drugiego roku życia)	3	350 zł	1050 zł
	2 (jeśli zaczynamy szczepić dziecko powyżej drugiego roku życia)	2		700 zł
NeisVac C	2+1 (jeśli zaczynamy szczepić niemowlę do ukończenia 4. miesiąca życia)	3	140 zł	420 zł
	1+1 (jeśli zaczynamy szczepić niemowlę między 5. a 12. miesiącem życia)	2		280 zł
	1 (jeśli zaczynamy szczepienie po ukończonym 1. roku życia)	1		140 zł
Nimenrix	2+1 (jeśli zaczynamy szczepić dziecko przed ukończeniem 6. miesiąca życia)	3	160 zł	480 zł
	1 (jeśli szczepimy dziecko po ukończeniu 6. miesiąca życia)	1		160 zł

Podsumowując: szczepienia są najskuteczniejszą metodą zapobiegania zachorowaniom na Inwazyjną Chorobę Meningokokową. Zalecamy, aby szczepić wszystkie niemowlęta jak najwcześniej szczepionką Bexsero i Neisvac lub Nimenrix.

Szczepienie przeciwko ospie wietrznej

Jest to choroba zakaźna wywołana przez wirusa ospy wietrznej i półpaśca (VZV). Ospa wietrzna jest najczęstszą chorobą zakaźną wieku dziecięcego. W Polsce każdego roku notuje się około 200 tys. zakażeń. Choroba jest niezwykle zaraźliwa. Wirus przenosi się drogą kropelkową oraz z ruchem powietrza na odległość do kilkudziesięciu metrów – stąd nazwa ospa wietrzna. Zakaźna jest także treść pęcherzyków ospowych. Choroba dotyczy głównie dzieci i najczęściej przebiega łagodnie, jednak może prowadzić do powikłań takich jak blizny po wygojeniu wykwitów ospowych, zapalenie płuc, ucha środkowego, mięśnia sercowego, opon mózgowo-rdzeniowych, mózgu, mózdzku. U noworodków i osób z niedoborami odporności choroba może mieć skutek śmiertelny.

Istnieje skuteczna szczepionka chroniąca przed zakażeniem. Szczepionka przeciw ospie wietrznej jest bezpieczna i dobrze tolerowana, rzadko wywołuje niepożądane odczyny poszczepienne. Po szczepieniu rzadko występuje odczyn w postaci kilku pojedynczych wykwitów skórnych, zwany poronną postacią ospy wietrznej. Szczepienie zabezpiecza przed objawami i powikłaniami ospy wietrznej na całe życie. Skuteczność szczepionki jest bardzo wysoka, przekracza 95%.

Szczepienie przeciw ospie wietrznej możemy wykonać od ukończenia 9. miesiąca życia dziecka. Pełny cykl szczepienia zakłada podanie 2 dawek szczepionki w odstępie minimum 6. tygodni. Szczepionka Varilrix kosztuje ok. 200–250 zł.

UWAGA, w niektórych grupach dzieci do 12. roku życia szczepienie to jest obowiązkowe i bezpłatne (np. dzieci z obniżoną odpornością, chodzące do żłobków czy klubików dziecięcych).

Szczepienie przeciwko grypie

Grypa jest powszechną chorobą zakaźną wywoływaną przez wirusa grypy. Grypa jest bardzo zaraźliwa. Dziecko może się zarazić od rodziców lub rodzeństwa, ale także od gościa, przechodnia lub w sklepie.

U dzieci w pierwszych 4 latach życia (zwłaszcza w pierwszych 6 miesiącach) grypa przebiega dużo ciężiej niż u starszych dzieci i młodych dorosłych, a niekiedy wymaga leczenia w szpitalu. Co roku do szpitala trafia z powodu grypy:

- 1 na 140–420 niemowląt do 6. miesiąca życia,
- 1 na 530–5000 dzieci w wieku od 6. miesiąca do 5 lat.

Grypa może prowadzić do zapalenia płuc, zatok, ucha środkowego, zapalenia mięśnia sercowego, a nawet śmierci.

Najskuteczniejszą formą zapobiegania grypie jest szczepienie.

Wśród dzieci zaszczepionych przeciwko grypie 47–76% nie zachoruje na grypę, a 77–91% uniknie powikłań grypy ze strony układu oddechowego. Szczepienie nie zapobiega chorobom grypopodobnym (przeziębieniu) wywołanym przez inne wirusy. Szczepionki przeciwko grypie są bezpieczne i nie wywołują poważnych odczynów. Szczepionka nie zawiera wirusów zdolnych do wywołania grypy. Wystąpienie po szczepieniu kataru, kaszlu oraz innych objawów przeziębienia może wynikać z przypadkowej zbieżności z zakażeniem zupełnie innymi wirusami lub bakteriami, które często występują w tym samym okresie (tzn. jesienią i zimą).

Dostępna szczepionka przeciw grypie może być stosowana po ukończeniu 6. miesiąca życia. Jeśli szczepimy dziecko poniżej 9. roku życia po raz pierwszy, schemat szczepienia zakłada podanie 2 dawek w odstępie 4 tygodni, w kolejnych latach podaje się jedną dawkę. Koszt 1 dawki do ukończenia 2. roku życia to ok. 25 zł, powyżej 2. roku życia ok 50 zł. Szczepionka występuje w postaci domięśniowej oraz donosowej.

Szczepienie przeciwko Kleszczowemu Zapaleniu Mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu to choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze. Najczęstszą drogą zakażenia jest ukłucie przez zakażonego kleszcza. Rzadko do zakażenia dochodzi drogą pokarmową przez spożycie surowego, niepasteryzowanego mleka zakażonych zwierząt. Szacuje się, że 0,1–5% kleszczy w Europie jest zakażonych tym wirusem.

Zachorowania występują najczęściej od kwietnia do listopada, jedynie sporadycznie w miesiącach zimowych.

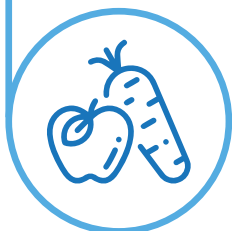
Choroba występuje w całej Polsce, najczęściej jest zgłaszana na Podlasiu, nieco rzadziej w województwie warmińsko-mazurskim i mazowieckim.

Początkowo chorzy najczęściej skarżą się na złe samopoczucie, narastające osłabienie, bóle głowy i mięśni kończyn, a także bóle gałek ocznych. Mogą wystąpić nudności, wymioty i bóle brzucha. Następnie pojawia się wysoka gorączka do 40°C, złe samopoczucie, bóle i zawroty głowy, nudności oraz wymioty. Pojawiają się objawy neurologiczne, takie jak sztywność karku. Chorzy są rozdrażnieni i skarżą się na nadwrażliwość na bodźce: światło, dźwięki i dotyk. Mogą wystąpić drgawki, zaburzenia świadomości. U najciężej chorych narastająca senność przechodzi w śpiączkę oraz dołączają się zaburzenia funkcji życiowych, oddychania i krążenia, które mogą doprowadzić do zgonu.

Skutecznym sposobem zapobiegania kleszczowemu zapaleniu mózgu są szczepienia ochronne. Pierwszą dawkę szczepionki można podać po ukończonym 1. roku życia. Schemat podstawowy zakłada podanie 3 dawek szczepionki w ciągu pół roku (0–1-6miesiący). Aby podtrzymać odporność zaleca się przyjmowanie dawek przypominających – pierwszą po 3 latach, kolejne co 5 lat. Koszt 1 dawki 120–150 zł.

CZĘŚĆ DZIESIĄTA

Jak i kiedy rozszerzać dietę niemowlaka?



Kiedy należy rozpocząć rozszerzanie diety niemowlęcia?

Zgodnie z zaleceniami rozszerzanie diety powinno nastąpić między 17. a 26. tygodniem życia dziecka, czyli między początkiem 5. miesiąca a początkiem 7. miesiąca życia dziecka. Większość niemowląt w tym wieku opanowuje siedzenie z podparciem oraz potrafi wystarczająco dobrze kontrolować ruchy głowy, by bezpiecznie spożywać pokarm z łyżeczki. Na tym etapie rozwoju zanika odruch usuwania ciał stałych z ust.

Jak to się odnosi do rekomendacji, by przez pierwsze 6 miesięcy życia dziecka karmić wyłącznie piersią?

Zalecany przedział wprowadzenia nowych pokarmów między 17. a 26. tygodniem życia uwzględnia rekomendację wyłącznego karmienia piersią do 6. miesiąca życia. U dzieci karmionych wyłącznie piersią dodatkowe pokarmy wprowadzamy po 24 tygodniu życia. U dzieci karmionych mlekiem modyfikowanym, dodatkowe pokarmy wprowadzamy po 17. tygodniu życia.

Czy wraz z początkiem rozszerzania diety należy przerwać karmienie piersią?

Nie. Karmienie piersią powinno być kontynuowane tak długo, jak mama i dziecko tego potrzebują. Nie jest konieczna zmiana mleka mamy na mleko modyfikowane.

Jak szybko zastąpić posiłki mleczne pokarmami uzupełniającymi?

Karmienia mlekiem matki lub mlekiem modyfikowanym należy stopniowo zastępować pokarmami uzupełniającymi, mniej więcej co miesiąc wprowadzając 1 nowy posiłek.

W jakiej kolejności wprowadzać nowe pokarmy?

Według aktualnych zaleceń kolejność wprowadzania konkretnych składników nie jest istotna. Nie opóźniamy włączania do diety pokarmów potencjalnie alergizujących. Nowe produkty należy zacząć podawać w niewielkiej ilości (3–4 łyżeczki) i obserwować reakcję dziecka. Rozsądne jest wprowadzenie tylko jednego nowego składnika jednocześnie. Warto pamiętać, że w pierwszych dwóch latach życia u dziecka rozwijają się preferencje smakowe. Smak warzyw jest trudniej akceptowalny niż owoców, dlatego dobrze jest wprowadzić warzywa i podawać je wielokrotnie, a owoce włączyć do diety po ok. 2. tygodniach.

Jakich pokarmów należy unikać w pierwszych latach życia dziecka?

- Ze względu na ryzyko obecności przetrwalników *Clostridium botulinum* i w konsekwencji botulizmu dziecięcego nie można podawać miodu dzieciom przed ukończeniem 12. miesiąca życia;
- Do ukończenia 12. miesiąca życia nie podajemy nieściętego jaja. Można za to stosować jajo dobrze ugotowane (przez 10–15 minut), makaron jajeczny i pieczone produkty z zawartością jajka;

- Nie należy dodawać soli do pokarmów przeznaczonych dla niemowląt. W pierwszym półroczu życia dziecka zapotrzebowanie na sód jest pokrywane przez mleko kobiece lub mleko modyfikowane. W drugim półroczu dzienna zawartość soli w diecie nie powinna przekraczać 0,2 g, czyli jednej szczypty;
- Do 3. roku życia nie zaleca się podawać podrobów i przetworów mięsnych (kielbasy, wędzonek, konserw, parówek i innych wyrobów garmażeryjnych);
- Nie jest zalecane podawanie kopru włoskiego do ukończenia 4. roku życia;
- Należy unikać podawania soków owocowych u dzieci w pierwszym roku życia;
- Wszystkim dzieciom nie należy podawać napojów słodzonych, wód smakowych, napojów gazowanych, wody słodzonej miodem lub cukrem.

CZĘŚĆ JEDENASTA

Czy moje dziecko rozwija się prawidłowo?



Czym są kamienie milowe?

Kamienie milowe w rozwoju dziecka to określone umiejętności zdobywane w odpowiedniej kolejności w określonym czasie. Umiejętności te można pogrupować w następujące obszary: duża motoryka, mała motoryka (obejmująca samoobsługę), komunikacja (mowa, język, komunikacja niewerbalna) oraz obszar poznawczy i społeczno-emocjonalny.

Poniżej opisano orientacyjny rozwój dziecka w pierwszych dwóch latach życia dziecka.

Noworodek fizjologicznie przyjmuje pozycję zgięciową (rączki i nóżki są zgięte we wszystkich stawach, dziecko jest skulone). Obserwuje się odruch Moro (w odpowiedzi na głośny dźwięk, światło czy gwałtowną zmianę pozycji ciała prostuje ręce do boku), odruch chwytny (zaciska piąstki po podaniu palca czy przedmiotu), odruch ssania i szukania, zwraca się w stronę dźwięku, odwraca się w kierunku bodźców wzrokowych, preferuje twarz ludzką, obiekty kontrastowe, leżąc na brzuchu unosi głowę na chwilę.

Około trzeciego miesiąca życia niemowlę powinno trzymać główkę w pozycji na brzuchu ok. 15 sekund, leżąc na plecach łączyć ręce przed klatką piersiową, główka nie zbacza już do boku, maluch wyciąga rączki w kierunku przedmiotów. Niemowlę uśmiecha się do znajomych twarzy, wydaje pierwsze dźwięki (głuzenie).

Stopniowo w 4–5. miesiącu dziecko podczas leżenia na brzuchu zaczyna podpierać się na wyprostowanych rękach oraz przewraca się z brzucha na plecy i z pleców na brzuch.

Około szóstego miesiąca dziecko osiąga tzw. chwyt dłoniowy-obejmuje przedmioty całą rączką, przy unoszeniu za rączki z pozycji leżącej dźwiga głowę (tzw. próba trakcji), podczas leżenia na plecach stópki kieruje w stronę ust. W tym wieku możemy obserwować lęk przed obcymi. Dziecko zaczyna gaworzyć, czyli wymawiać pierwsze, proste dźwięki.

Około 7. miesiąca życia maluch zaczyna naukę siadu, początkowo jest to siad z podparciem zwykle po posadzeniu przez rodzica, później stabilność siadu zwiększa się i dziecko nabywa umiejętności siadania i siedzenia bez podparcia. W tym wieku dziecko może już raczkować. Samodzielne siadanie, czworakowanie oraz stawanie na nóżki najczęściej pojawiają się w krótkim odstępie czasu (3 tygodni). Ma to miejsce zazwyczaj pomiędzy 8. a 11. miesiąca życia. Pojawiają się pierwsze słowa np. „mama”, „tata” – zwykle bez rozumienia ich znaczenia.

W 9. miesiącu życia pojawia się tzw. lęk separacyjny podczas nieobecności mamy. Dziecko rozwija chwyt pęsetkowy. Wymawia już pierwsze słowa ze zrozumieniem.

W kolejnych miesiącach dziecko uczy się stawać i chodzić przy meblach. Samodzielny chód może pojawić się już w 8. miesiącu życia, ale normą jest nabywanie tej umiejętności do 1,5. roku życia. Stopniowo zwiększa się zasób słów, tak aby ok. 2. roku życia wymówić pierwsze zdania.

Kiedy rozwój dziecka powinien nas zaniepokoić?

- brak stabilnego trzymania głowy w pozycji siedzącej po 3. miesiącu życia,
- brak stabilności w pozycji siedzącej u 9. miesięcznego dziecka,
- brak umiejętności samodzielnego chodzenia u 1,5-letniego dziecka.

CZĘŚĆ DWUNASTA

W jaki sposób przewijać,
podnosić i odkładać
dziecko?



Jak i kiedy przewijać dziecko?

Najprostsza odpowiedź brzmi – zawsze wtedy, kiedy jest to potrzebne. W praktyce po każdym wypróżnieniu, lub co 3–4 godziny. Wszystkie czynności należy wykonać na stabilnym podłożu (np. przewijak). Po rozebraniu dziecka, należy umyć skórę krocza przy użyciu letniej wody oraz płatków kosmetycznych. Pamiętaj, że oczyszczając okolice intymne noworodka, należy kierować się od genitaliów ku odbytowi – nigdy odwrotnie. U dziewczynek należy starannie oczyścić okolice warg sromowych. U chłopców należy dokładnie umyć mosznę.

Podczas zmieniania dziecku pieluszki, nigdy nie podnoś go za nóżki! To bardzo szkodliwa praktyka, która może prowadzić do problemów ze stawami biodrowymi. Prawidłowe unoszenie pośladków przy zmianie pieluchy polega na ułożeniu kciuka pod pośladkami, pozostałych palców na przedniej powierzchni krocza. Noworodka podczas przewijania należy jedynie delikatnie obracać na boki. Dokładny instruktaż przeprowadzi Twój lekarz rodzinny, położna lub pielęgniarka.

Po oczyszczeniu okolicy krocza, pamiętaj o osuszeniu wszystkich fałdek. Do pielęgnacji krocza możesz użyć tłustej maści, np. z lanoliną i wazeliną białą.

Jak podnosić i odkładać dziecko?

Te z pozoru proste czynności można wykonać w taki sposób, aby wspomagać rozwój motoryczny dziecka. Zapraszamy do obejrzenia krótkiego filmu, na którym mgr Paweł Zawitkowski przedstawia prawidłowe techniki:

<https://www.youtube.com/watch?v=W7dcFTuHbek>

<https://www.youtube.com/watch?v=MChM-CR0Vvs&t=15s>

CZĘŚĆ TRZYNASTA

Czy dziecko może oglądać bajki na telefonie?



Oglądanie bajek, gier na ekranie telewizora, tabletu, telefonu wiąże się z wieloma niekorzystnymi skutkami w rozwoju dziecka. Nawet 5 minutowy seans dziecka przed 2. rokiem życia przed telewizorem ma podobny efekt jak godzina spędzona w kinie przez dorosłego człowieka. **Nie stwierdzono, aby oglądanie przez niemowlęta telewizji rozwijało jakiegokolwiek umiejętności.**

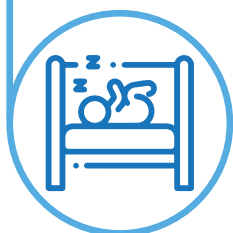
Włączanie bajek dla tzw. chwili świętego spokoju wiąże się dla dziecka z:

- opóźnieniem rozwoju mowy,
- zmniejszeniem interakcji z rodzicami,
- zaburzenia koncentracji, snu,
- mniejszym czasem spędzonym na czytaniu książek – dzieci z dużym prawdopodobieństwem będą miały większe trudności z czytaniem i rozwojem mowy w porównaniu z rówieśnikami, którzy żyją w gospodarstwach domowych o niskim użyciu elektroniki.

Zalecamy, aby maksymalnie ograniczyć czas oglądania bajek u dzieci <3. roku życia. Zamiast tego rekomendujemy wspólne czytanie książek, rysowanie, zabawę w domowy teatr, gry i zabawy dostosowane do wieku dziecka, aktywność na świeżym powietrzu.

CZĘŚĆ CZTERNASTA

Czy dziecko odkładać do spania w pozycji na brzuszku? Jaka temperatura powinna panować w pokoju dziecka?



SIDS – Zespół nagłego zgonu niemowląt (dawna nazwa: nagła śmierć łóżeczkowa) to przypadki nagłego, nieoczekiwanego zgonu dziecka w 1. roku życia, którego przyczyny nie można wyjaśnić.

Udowodnione metody zapobiegania SIDS:

- Spanie wyłącznie na plecach. Leżenie na brzuchu nie jest przeciwwskazane, ale niemowlę powinno być wówczas obserwowane przez opiekuna. Sen w pozycji na boku jest uznawany za niebezpieczny i nie jest zalecany. Gdy niemowlę zacznie się samodzielnie obracać należy układać je do snu na plecach, jednak pozwalać na kontynuowanie go w pozycji, którą dziecko samo przyjmie;
- Spanie w pokoju rodziców, blisko ich łóżka, jednak w oddzielnym łóżeczku (unikanie spania niemowlęcia w łóżku rodziców wiąże się z ok. 50% redukcją ryzyka SIDS);
- Spanie na nowym, twardym, niezmiennym kształtu pod ciężarem główki dziecka materacu, pokrytym dopasowanym prześcieradłem;
- Należy unikać przegrzewania się dziecka – powinno ono mieć na sobie co najwyżej 1 warstwę ubrania więcej niż dorośli, a temperatura w pomieszczeniu powinna wynosić ok. 18–20°C;
- W łóżeczku nie powinny znajdować się poduszki, inne elementy pościeli czy inne miękkie objekty;
- Nie powinno się wykorzystywać fotelików samochodowych czy innych sprzętów, w których niemowlę siedzi, jako miejsca regularnego snu. W przypadku zaśnięcia dziecka w foteliku samochodowym powinno być ono przeniesione do łóżeczka tak szybko, jak to możliwe;

- Zaobserwowano mniejsze ryzyko SIDS w przypadku karmienia piersią, a efekt jest największy w przypadku wyłącznego karmienia piersią przez pierwszych 6. miesięcy życia;
- Szczepienie niemowląt zgodnie z aktualnym programem szczepień zmniejsza ryzyko SIDS;
- Abstynencja od alkoholu i tytoniu przez kobiety w ciąży oraz unikanie ekspozycji niemowląt na dym papierosowy zmniejszają ryzyko SIDS.

CZĘŚĆ PIĘTNASTA

Czy mleczne zęby należy myć?



Kiedy należy zacząć myć zęby?

Od przebicia pierwszego ząbka przez dziąsło.

Jaką pastę i szczoteczkę zastosować?

Stosujemy pasty z fluorem:

- od 1. ząbka do 3. roku życia 1000 ppm, objętość pasty wielkości ziarenka ryżu,
- 3–6. roku życia pasta 1000 ppm, objętość pasty wielkości ziarenka groszku,
- od 6. roku życia pasta 1450 ppm, ilość pasty ok 1–2 cm.

Informacja na temat zawartości fluoru (wartość ppm) zawarta jest zwykle z tyłu opakowania pasty, w miejscu, gdzie opisany jest skład.

Wybieramy szczoteczkę dostosowaną do wieku dziecka, tak aby była wygodna do trzymania przez rodzica, ponieważ to on w pierwszych latach życia powinien myć zęby.

Nie stosujemy szczoteczek silikonowych, nakładanych na palec – są one przeznaczone tylko do masażu dziąseł.

Kiedy zgłosić się na pierwszą wizytę u stomatologa?

W pierwszym roku życia dziecka zwykle jest to wizyta adaptacyjna, celem oceny uzębienia i edukacji rodziców na temat prawidłowej higieny jamy ustnej.

Czynniki zwiększające ryzyko rozwinięcia próchnicy:

- długie karmienie butelką w nocy,
- stosowanie smoczka >1,5. roku życia,
- długie karmienie piersią (dość kontrowersyjne: WHO zaleca, aby karmić piersią do 2. roku życia, należy jednak pamiętać, że stwarza to ryzyko rozwoju próchnicy, dlatego należy pamiętać o myciu zębów przed snem).

CZĘŚĆ SZESNASTA

Rozwój mowy dziecka



Dziecko w 1. roku życia komunikuje się z otoczeniem poprzez krzyk i płacz. W okresie tym pojawiają się kolejno:

- głużenie, czyli gruchanie – np. *gli, tli, kii, gla* (2–3. miesiąca życia),
- gaworzenie – polega na wymawianiu sylab bez określonego znaczenia, np. *ma-ma, ba-ba, ta-ta, la-la* (6–12. miesiąca życia),
- około 9. miesiąca następuje faza naśladowania i powtarzania dźwięków,
- pod koniec 1. roku życia dziecko powtarza pierwsze słowa ze zrozumieniem (wskazywanie odpowiednich osób, czynności, przedmiotów), np. *mama, tata, baba, da, pa*.

Dziecko w 2. roku życia potrafi wymawiać samogłoski i większość spółgłosek:

- zaczyna wypowiadać pojedyncze wyrazy, wyrazy-zdania czy pseudozdania,
- charakterystyczne dla tego okresu jest wymawianie tylko pierwszej sylaby lub końcówki wyrazu, np.: *ne* (nie), *da* (daj), *ampa* (lampa), *mi* (miś), *tota* (ciocia), *baba ała* (babcia dała), *buti es* (buty są).

W 3. roku życia dziecko zaczyna budować zdania:

- zasób słów sięga zwykle 800–1500 wyrazów,
- widać ogromny postęp w rozwoju mowy, pośród form wypowiedzi dominują wypowiedzenia dwuczłonowe, zdania z podmiotem i orzeczeniem, zdania pytające, oznajmujące, rozkazujące

i wykrzyknikowe brzmienie wielu znaków nie jest jeszcze prawidłowe, ale nie powinno to wzbudzać niepokoju rodziców – usłyszysz na przykład: **tlofe** (trochę), **duża** (duża), **siupka** (zupka), **bitki** (brzydki), **liba** (ryba), **sina** (maszyna), **tata-banziejadła** (tata będzie jadł), **ja-nie-mam-sianki** (nie mam sukienki)...

Zachęcamy do częstych rozmów z dzieckiem, do opowiadania i czytanie bajek. W istotny sposób wpływa to na wzbogacanie słownictwa dziecka oraz doskonalenie procesów myślenia.

AUTORZY

lek. Maja Boruch – specjalista medycyny rodzinnej
lek. Ewa Dobrzyńska – specjalista medycyny rodzinnej
lek. Dominika Lewandowska – rezydentka medycyny rodzinnej
lek. Adam Boruch – specjalista medycyny rodzinnej

ALMA MED

Alma Med – Centrum Medyczne
ul. Grunwaldzka 1, 17-111 Boćki
www.almamedbocki.pl

OŚRODEK ZDROWIA W TUROŚNI KOŚCIELNEJ

ul. Białostocka 1 lok. 7, 18-106 Turośń Kościelna
www.osrodekk.pl

KOREKTA

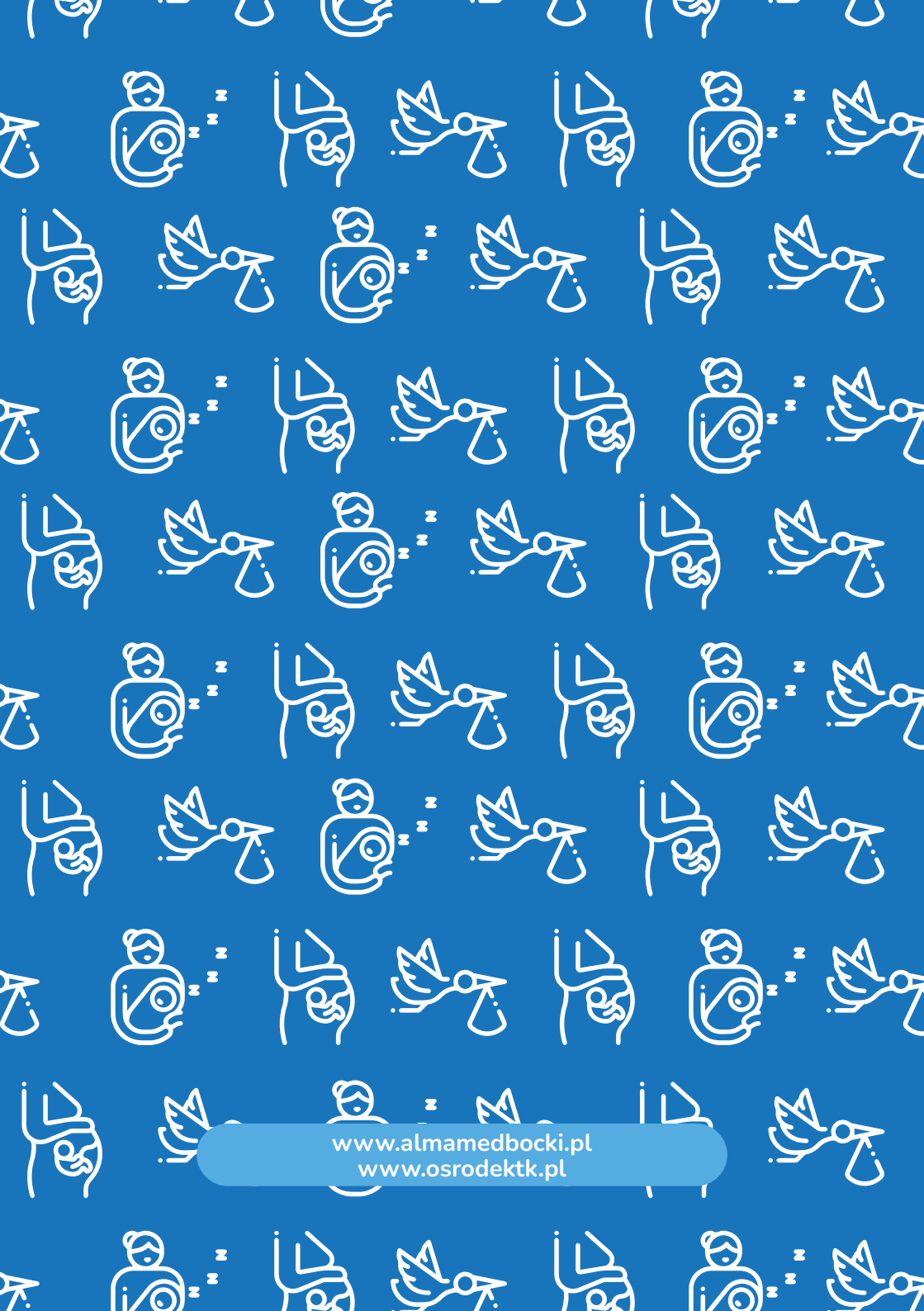
Joanna Błaszkiwicz, Marcin Dobrzyński

SKŁAD I ŁAMANIE TEKSTU

Justyna Kramarz – Studio Grafpa, www.grafpa.pl



Boćki, Turośń Kościelna 2022



www.almamedbocki.pl
www.osrodektk.pl