

ŚWIADOME MACIERZYŃSTWO

— CIAŻA I DZIECKO —

Odwiedź nasz blog
wpunktozdrowiu.pl

Temat numeru _____

Konflikt serologiczny
Rekomendacje
a rzeczywistość refundacji

strony 6-7

Groźne meningokoki
Ochroń swoje dziecko

strona 3

Grypa
Zaszczep się Mamo

strona 5

Badania kliniczne AZS
Dostęp do nowych terapii

strona 12

Pomóż Fundacji Instytutu Matki i Dziecka

w zakupie nowych łóżek szpitalnych

WWW.DOŁOŻSIĘDOŁOŻKA.PL





„Nie odkładajmy decyzji o byciu mamą do ostatniej chwili, bo może nam się to nie udać.

dr n. med. Tomasz Maciejewski

Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka, Kierownik Kliniki
Ginekologii i Położnictwa Instytutu Matki i Dziecka

MACIERZYŃSTWO LAST MINUTE

TEKST/ Magdalena Siwek

Panie Doktorze, niezaprzeczalnie przesunęła się granica wieku, w jakim kobiety w Polsce decydują się na pierwsze dziecko. Jak duża jest to różnica w stosunku do lat poprzednich?

W latach dziewięćdziesiątych, średnia wieku urodzenia pierwszego dziecka wynosiła 22 – 23 lata. W tej chwili zbliżamy się już do blisko 30. Jest to duży przeskok – kobiety ok. 6 lat później rodzą pierwsze dziecko, a tym samym kolejne dzieci też rodzą się później. Jest zauważalne, że z roku na rok przybywa dzieci urodzonych przez matki po 40 roku życia, zwiększa się również grupa rodzących w wieku ok. 45 lat. Tak więc ta granica przesuwa się zdecydowanie powyżej trzydziestki.

Późniejsze macierzyństwo wiąże się z większym ryzykiem zarówno jeśli chodzi o zdrowie dziecka, jak i mamy. Jakie są najczęstsze powikłania występujące przy późnej ciąży?

Obecnie co piąta rodząca to kobieta powyżej 35 roku życia. Wynikają z tego

pewne konsekwencje, przede wszystkim z wiekiem spadają szanse na zajście w ciążę. Dotyczy obu płci, chociaż zdolność do prokreacji dłużej utrzymuje się oczywiście u mężczyzn niż u kobiet. Częściej również zdarzają się wady wrodzone, co skutkuje większą częstością poronień – szczególnie w pierwszym trymestrze. Wraz z wiekiem przybywa nam też schorzeń dodatkowych. Najczęściej są to choroby układu krążenia – przede wszystkim nadciśnienie i wszystkie jego powikłania, czyli udary, choroba wieńcowa czy zawały serca. Do takich schorzeń należy również cukrzyca. Choroby matki występujące przed zajściem w ciążę, będą miały wpływ również na rozwój dziecka, zwiększając ryzyko porodu przedwczesnego i hipotrofii czyli ograniczenia wzrastania płodu. Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że mimo, iż żyjemy dłużej i jesteśmy bardziej wydolni, to nasz stan zdrowia w wieku 40 lat, nie jest taki sam jak u dwudziestoparolatka.

Zwiększenie masy ciała w ciąży może też uwypuklać pewne zmiany w układzie kostno-stawowym związane z wiekiem, powodować bóle kręgosłupa. Nie jest to co prawda groźne ani dla matki ani dla dzie-

ka, ale ciąża będzie nasilała dolegliwości, w jakimś stopniu utrudniając życie mamie.

Również rzecz istotna, nie tylko u nas w kraju, ale i na całym świecie - wraz z wiekiem częściej występuje nadwaga i otyłość, które niekorzystnie wpływają na samą możliwość zajścia w ciążę, jak i dalszych powikłań - np. nadciśnienia, cukrzycy. Trzeba też pamiętać, że z wiekiem częściej występują choroby nowotworowe.

Czy istnieją specjalne zalecenia diagnostyczne dla mam, które decydują się na późne macierzyństwo?

Przed wszystkim pamiętajmy, że jeśli w rodzinie występują schorzenia typu nadciśnienie, choroba wieńcowa, cukrzyca, choroby nowotworowe, to znaczna część tych schorzeń obarczona jest sporym ryzykiem wystąpienia w kolejnych pokoleniach. Ta informacja może pomóc ukierunkować działania diagnostyczne w kierunku chorób, które występują rodzinnie.

Na pewno potrzebna jest dobra kontrola ciśnienia krwi w różnych sytuacjach i nie jednym, a kilkoma pomiarami. Sprawdzenie poziomu cukru na czczo, badanie moczu,

cytologia, USG brzucha i piersi, oczywiście badanie ginekologiczne i przynajmniej podstawowe badania z krwi. Dobrze zrobić również RTG klatki piersiowej, wykluczyć to zmiany o charakterze nowotworowym i gruźlicę, która niestety coraz częściej wraca. Na pewno przyda się też badanie w kierunku chorób tarczycy, których częstość występowania wzrasta. Warto wykonać takie badania przed planowaną ciążą, a potem ewentualnie je uszczegóławiać biorąc pod uwagę historię rodzinną – czyli np. jeżeli w rodzinie występował rak jelita grubego czy rak piersi, to na pewno wskazane są dokładniejsze badania w tym kierunku.

Nie odkładajmy zatem decyzji o byciu mamą do ostatniej chwili, bo może nam się to nie udać. Biologia jest nieubłagana, a średnia wieku przekwitania to 48 lat. Próby zajścia w ciążę nie zawsze kończą się natychmiastowym sukcesem. Czasem wymaga to kilkuletnich starań, a nie zawsze udaje się zdążyć. Warto w pierwszą ciążę zajść, gdy jesteśmy w pełni zdrowi i ryzyko dla mamy i dziecka jest bardzo niewielkie. Najbezpieczniej urodzić pierwsze dziecko do ok 30 roku życia i ostatnie do 40. Aczkolwiek jest to oczywiście decyzja indywidualna.

PARTNERZY MERYTORYCZNI



PARTNERZY STRATEGICZNI



PARTNERZY MEDIALNI



THE POINT
www.thepoint.com.pl

Healthcare Project Managing Director:
Joanna Myrcha
Project Manager:
Magdalena Siwek
Redakcja: Joanna Myrcha, Magdalena Siwek

The Point Media
ul. Libijska 10c
03-977 Warszawa
NIP 521 339 71 59
biuro@thepoint.com.pl

Skład:
MB
Druk:
AGORA S.A.
Fotografie: Adobe Stock, Istock, zasoby własne



Liczy się czas

Czym są meningokoki? Jak można się nimi zakazić? Czy są groźne dla naszego zdrowia i życia? A przede wszystkim czy możemy uchronić siebie i bliskich przed zachorowaniem?

Choć o meningokokach mówi się dość często, to świadomość następstw, jakie wywołuje zakażenie tymi groźnymi bakteriami jest wciąż niewystarczająca. Aż co 4 młoda mama nie słyszała nawet o ich istnieniu, a tylko połowa wie, że największe ryzyko choroby dotyczy najmniejszych dzieci.

Meningokoki to chorobotwórcze bakterie, niebezpieczne dla naszego zdrowia, a nawet życia. Wywołują ciężką inwazyjną chorobę meningokokową (ICHM) występującą najczęściej pod postacią zapalenia opon mózgowo - rdzeniowych i sepsy. Zakazić się można wyłącznie od człowieka, zwykle jest to bezobjawowy nosiciel. Największa liczba nosicieli (nawet do 80% danej społeczności) znajduje się w zamkniętych grupach środowiskowych np. żłobki, przedszkola. Do zakażenia bakterią dochodzi najczęściej drogą kropelkową, np. podczas kichania czy kaszlu, stąd więcej zachorowań obserwujemy jesienią i zimą, ze względu na sezon sprzyjający przeziębieniom. Inne drogi zakażenia to bezpośredni (np. pocałunki) lub pośredni kontakt z chorym lub nosicielem (np. wspólne sztućce).

Zachorować może każdy, jednak najbardziej narażone na zakażenia są niemowlęta i dzieci do 5. roku życia.

Rozpoznanie inwazyjnej choroby meningokokowej jest dość trudne, ponieważ pierwsze objawy przypominają przeziębienie. Pojawia się gorączka, nudności i wymioty, brak apetytu, rozdrażnienie, ból brzucha, biegunka, objawy infekcji dróg oddechowych. Nie występują jednak w określonej kolejności, a część może w ogóle nie zaistnieć. Np. charakterystyczna dla tej choroby wysypka nie pojawia się u co piątego chorego.

– Na początku wysypka ma postać małych czerwonych punkcików na skórze o rozmiarze 1-2 mm, a więc łebka od szpilki. Mogą one wystąpić w każdym miejscu na ciele, np. za uchem, między palcami, a u chłopców na mosznie – opisuje dr n. med. Alicja Karney, kierownik Oddziału Hospitalizacji Jednego Dnia w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie. Jeśli rodzic obawia się, że za infekcją dziecka stoją meningokoki, to powinien rozebrać je do naga (w tym zdjąć pieluchę) i bardzo dokładnie obejrzeć. Podejrzaną zmianę należy ucisnąć palcem lub szklanką (tzw. test szklanki). Nie błędna wysypka jest sygnałem alarmowym. – W ciągu kilku godzin może rozprzestrzenić się na całe ciało i przybrać postać plam wybroczynowych, co grozi martwicą skóry, a nawet amputacją – ostrzega ekspertka.

– Rodzicom wydaje się, że ciężka choroba ma tylko ciężki przebieg. Tymczasem Inwazyjna Choroba Meningokokowa często rozpoczyna się łagodnie, co usypia nie tylko czujność opiekunów, ale także lekarzy – przyznaje lek. Łukasz Durajski, przewodniczący Zespołu ds. Szczepień Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, autor bloga DoktorRadzi.pl – Dlatego zalecam, by w przypadku infekcji grypopodobnej, bacznie obserwować stan dziecka, czy nie jest bardziej niespokojne i ospałe, nie reaguje płaczem przy próbie przytulania (tzw. przeculica skóra jest charakterystyczna dla niemowląt w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych) czy nie ma pulsującego ciemniaczka.

Przebieg choroby jest błyskawiczny i może doprowadzić do śmierci nawet w ciągu 24 godzin. Im szybciej chory trafi do szpitala i wdrożone zostanie u niego odpowiednie

leczenie, tym większe szanse na wyzdrowienie. Niestety nawet w przypadku bardzo szybkiej diagnozy i fachowej pomocy medycznej nie udaje się uratować 20% chorych, a u ok 1/3 osób, które przeszły ICHM występują poważne jej konsekwencje takie jak uszkodzenia mózgu, utrata słuchu, ubytki skóry, a czasami nawet konieczność amputacji palców lub kończyn.

Najskuteczniejszym sposobem uniknięcia zakażenia meningokokami są szczepienia ochronne. Można je stosować już od 2 mie-

siąca życia, ale także w późniejszym wieku. Ponieważ w Polsce 66% zachorowań wywołują meningokoki typu B, a wśród dzieci w pierwszym roku życia jest to nawet 77%, zaleca się szczepienie w pierwszej kolejności właśnie przeciwko temu typowi bakterii.

Szczepienia przeciw zakażeniom meningokokami są określane w polskim Programie Szczepień Ochronnych jako zalecane – oznacza to, że są odpłatne. W Unii Europejskiej dostęp do bezpłatnych szczepień przeciwko meningokokom typu B mają

niemowlęta w Wielkiej Brytanii, Irlandii, we Włoszech, na Litwie i w Andorze. W Wielkiej Brytanii w ciągu pierwszych 10 miesięcy realizacji programu szczepień, liczba zakażeń inwazyjnych wywołanych przez meningokoki typu B zmniejszyła się o połowę. Badania potwierdzają skuteczność i bezpieczeństwo szczepień, a najczęściej występujące działania niepożądane to tzw. odczyny miejscowe (zaczerwienienie, obrzęk czy ból w miejscu iniekcji) oraz łagodne reakcje ogólne w postaci braku apetytu, podwyższonej temperatury czy senności.

wyprzedź meningokoki! liczy się czas MENINGOKOKI W PIGUŁCE

CO TRZEBA O NICH WIEDZIEĆ?

Najwięcej nosicieli tych groźnych bakterii jest wśród młodych ludzi, ale najczęściej chorują małe dzieci¹. **Choroba ma nieprzewidywalny przebieg²**, a jej konsekwencje... Sami zobaczcie.

Meningokoki

Inwazyjna Choroba Meningokokowa (ICHM)

200 liczba chorych w Polsce w 2018 roku³

najczęściej występuje jako:

100% chorych hospitalizowanych³

102 chorych^{3*}

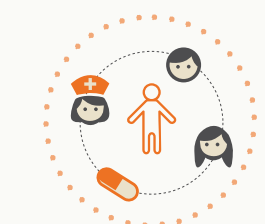
140 chorych^{3*}

Inne (np. zapalenie stawów, płuc, szpiku kostnego, mięśnia sercowego itp.)³

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych

Sepsa (uogólnione zakażenie organizmu)

Inne (np. zapalenie stawów, płuc, szpiku kostnego, mięśnia sercowego itp.)³



Osoby z bliskiego otoczenia chorego otrzymują antybiotyk⁴

*w niektórych przypadkach zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych przebiega wraz z sepsą

75%

Większość zakażeń dotyczy dzieci poniżej 5. roku życia¹



Meningokoki typu B wywołują w tej grupie najwięcej zakażeń⁶

Pierwsze objawy mogą przypominać przeziębienie. Dlatego ICHM jest trudna do rozpoznania⁷.

CHOROBA ROZWIJA SIĘ BŁYSKAWICZNIE



W CIĄGU 24 GODZIN

MOŻE WYWOŁAĆ SKUTKI GROŹNE DLA ŻYCIA⁸



1 na 5 chorych umiera⁹
– zbyt późna diagnoza i leczenie zwiększa śmiertelność do 70-80%¹⁰



1 na 3 chorych zostaje trwale okaleczonych¹¹

NAJCZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄ:

- powikłania dot. narządów, np. ubytki skóry, amputacje palców/kończyn, niewydolność nerek¹²
- powikłania neurologiczne, np. głuchota, padaczka, niedowład¹²
- powikłania psychiczne, np. trudności w nauce, zaburzenia koncentracji, opóźniony rozwój intelektualny¹²



Skuteczną metodą obrony przed meningokokami są szczepienia ochronne¹⁵, które można zastosować od 2. miesiąca życia, ale w związku z tym, że istnieje kilka schematów szczepienia przeciwko meningokokom, można je wykonać w każdym wieku¹⁴.

Dowiedz się więcej na WyprzedzMeningokoki.pl

Referencje:

1. Konior R., Czy są argumenty za wprowadzeniem szczepionek przeciwko meningokokom do obowiązkowego PSO?, w: Medycyna Praktyczna Szczepienia, 2018/02 2. Wywiad z dr n. med. Karney A., Alarm – inwazyjna choroba meningokokowa, w: Medical Tribune, nr 6/2018 3. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2018/Ch_2018_Wstepne_dane.pdf (dostęp: październik 2019) 4. Grzesiowski P., Inwazyjne zakażenie meningokokowe u dzieci, w: Pediatria po Dyplomie (październik 2017) 5. Szenborn L., Inwazyjna choroba meningokokowa – Praktyka lekarska, nr 152 (6/2017), 5.12.2017 6. <http://korou.edu.pl/wp-content/uploads/2019/05/ICHM2018.pdf> (dostęp: październik 2019) 7. Jackowska T., Wagiel E., Inwazyjna choroba meningokokowa – praktyczne wskazówki dla lekarzy, Postępy Nauk Medycznych 2014; XXVII:44–50 8. WHO, „Health topics: Meningitis”, <http://www.who.int/topics/meningitis/en/> (dostęp: luty 2017) 9. <http://www.korou.edu.pl/pdf/ICHM2017.pdf> (dostęp: lipiec 2018) 10. Thompson MJ, et al. Lancet 2006;367:397–403 11. Viner RM i wsp. Lancet Neurol. 2012;11:774–783 12. Siewert B., Struczyńska-Kazubska J., Wysocki J., Inwazyjna Choroba Meningokokowa, Pediatria po Dyplomie, Medical Tribune Polska, czerwiec 2017 13. Pace D., Pollard Andrew J., Meningococcal disease: Clinical presentation and sequelae, Vaccine 30(5) (2012) B3–B9 14. Czajka et al. Profilaktyka inwazyjnej choroby meningokokowej u dzieci, młodzieży i dorosłych, [w:] Medycyna Praktyczna wydanie specjalne, 2017 15. <https://pediatria.mp.pl/szczepieniaochronne/65157,szczepienie-przeciwko-meningokokom> (dostęp: lipiec 2018)

GSK Commercial Sp. z o.o., ul. Rzymowskiego 53, 02-697 Warszawa, tel.: 22 576 9000, fax: 22576 9001, pl.gsk.com
Szczepienie, podobnie jak podanie leku, może wiązać się z wystąpieniem działań niepożądanych. Wszystkie działania niepożądane produktów leczniczych należy zgłaszać do Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel. (22) 492-13-01, fax (22) 492-13-09, zgodnie z zasadami monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych. Formularz zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego dostępny jest na stronie Urzędu www.urpl.gov.pl lub Podmiotu Odpowiedzialnego za produkt, którego zgłoszenie dotyczy.

Treści zamieszczone w materiale mają wyłącznie charakter informacyjny, nie mogą być traktowane jako forma konsultacji medycznej i nie mogą zastąpić konsultacji lekarza, do którego należy ostateczna decyzja o sposobie i zakresie stosowanego leczenia. PL/BEX/0049/19, kwiecień 2019



Jak pielęgnować wrażliwą skórę niemowlęcia?

Według badań 40-45% Polaków deklaruje zmiany skórne. To prawie połowa społeczeństwa. Wśród alergików borykających się ze zmianami skórnymi, największy odsetek stanowią dzieci. Jak zminimalizować ryzyko pojawienia się problemów skórnych? Pomoże w tym odpowiednia i bezpieczna pielęgnacja. Im wcześniej zaczniemy ją stosować, tym lepiej.

Skóra nowonarodzonego dziecka różni się od skóry osoby dorosłej. Ma delikatnie kwaśny odczyn – średnio jej pH wynosi 6,4. W ciągu kolejnych dni pH obniża się do 4,95, tworząc tzw. „kwaśny płaszcz” – cienką powłokę, która spełnia funkcję ochronną. Utworzona bariera skóry bierze udział w prawidłowej termoregulacji oraz tworzy swoistą blokadę dla różnych infekcji. Jednak, aby te wszystkie funkcje zostały zachowane, konieczne jest spełnienie kluczowego warunku – bariera skóry musi być szczelna i niezaburzona. Wbrew pozorom, nie jest to trudne do osiągnięcia. Wystarczy przestrzegać kilku ważnych zasad.

Po pierwsze: Zamiast nadużywania kosmetyków zawierających agresywne detergenty, warto poszukać alternatywy. Bardzo ciekawymi substancjami są saponiny – łagodne środki myjące, które dokładnie oczyszczają skórę, a także poprawiają regulację naturalnej flory bakteryjnej, nie zaburzając jej prawidłowego funkcjonowania.

Po drugie: Zwracamy uwagę na to, czego my - dorośli - używamy do pielęgnacji. Nie-

mowlę bardzo często ma kontakt ze skórą rodzica. Dlatego pod lupę warto wziąć również składniki w naszych kosmetykach, a najlepiej korzystać w tym czasie z kosmetyków do pielęgnacji łączonej.

Po trzecie: Ważne, aby pielęgnacja niemowląt opierała się na produktach z jednej linii kosmetycznej. Idealnie byłoby, gdyby były to kosmetyki od pierwszych dni życia.

Badania nie pozostawiają złudzeń. W przypadku, gdy oboje rodzice nie mają alergii, prawdopodobieństwo jej wystąpienia u dziecka wynosi około 15%. W sytuacji, gdy alergikiem jest jeden rodzic, takie ryzyko wzrasta do 30-40%, a w przypadku obojga rodziców z alergią, prawdopodobieństwo wynosi 60-80%. Pamiętajmy, że o zdrowie naszych dzieci dbamy od momentu narodzin, a nawet wcześniej – jeszcze w życiu płodowym. Zapewnijmy im więc najlepszy start w przyszłość robiąc wszystko, by zminimalizować ryzyko powstawania niepożądanych reakcji organizmu.

Więcej porad na www.eenymeeny.eu



„Wielu problemom urodowym można starać się przeciwdziałać jeszcze w trakcie ciąży poprzez odpowiednią profilaktykę.

dr Marek Wasiluk

Centrum Medycyny Nowoczesnej Triclinium

Jak poprawić wygląd po ciąży

W trakcie ciąży i porodu w organizmie kobiety dochodzi do wielu zmian, które również mogą niekorzystnie objawiać się zewnętrznie. Rozstępy, nadmiar tkanki tłuszczowej i cellulit, przebarwienia oraz blizny. Kiedy i jak z nimi walczyć? Na te pytania odpowiada dr Marek Wasiluk z warszawskiego Centrum Medycyny Nowoczesnej Triclinium.

Wielu problemom urodowym można starać się przeciwdziałać jeszcze w trakcie ciąży poprzez odpowiednią profilaktykę, którą opisuję na stronie triclinium.pl. Jeśli jednak to nie wystarczy można wspomóc się odpowiednią terapią zabiegową. Kiedy udać się do specjalisty? W przypadku wielu defektów estetycznych np. rozstępów czy blizn najlepiej jak najszybciej. Paniuje wiele mitów na temat tego, co kobieta może robić w okresie połogu i karmienia piersią. Tymczasem już nawet wówczas można poddawać się zabiegom medycyny estetycznej.

Rozstępy

To najczęściej występujący pociągający problem urodowy. Umiejscowione są głęboko w skórze, co stanowi główny problem przy ich usuwaniu. Obecnie jedyną metodą, która pozwala pozbyć się rozstępów jest

frakcyjna rf mikroigłowa. Dzięki specjalnej głowicy pozwala mocno podgrzać tkankę wewnątrz ubytku i zastymulować jej odbudowę. Skuteczność leczenia rozstępów to nie tylko odpowiedni sprzęt, ale i dobranie optymalnych parametrów dla każdej pacjentki. Złota zasada to jak najszybsze rozpoczęcie terapii (nawet 2-3 tyg. od porodu).

Przebarwienia

Problemem połowy młodych mam są przebarwienia o podłożu hormonalnym (melasma). To najtrudniejszy do usunięcia typ przebarwień. Do ich leczenia używa się wyspecjalizowanych czyli działających wybiórczo tylko na melaninę laserów. W Triclinium wykorzystują laser bromkowo-miedziowy. Przebarwień o podłożu hormonalnym absolutnie nie usuwamy za pomocą mocnych peelingów, ponieważ mogą one tylko pogorszyć stan skóry.

Nadmiar tkanki tłuszczowej i cellulit

To z mora wielu świeżo upieczonych mam. W tym przypadku warto poczekać, aż organizm nieco sam się zregeneruje po porodzie i będzie można zacząć ćwiczyć. Jeśli to nie da efektów, dysponujemy szeregiem

zabiegów wspomagających likwidację tkanki tłuszczowej. Najlepiej wykonywać je na nieduże partie ciała. Najbardziej inwazyjna, ale też dająca najszybsze efekty jest liposukcja, polegająca na miejscowym odessaniu tkanki tłuszczowej. Inną metodą jest lipoliza iniekcyjna, czyli ostrzykiwanie tłuszczu preparatem, który powoduje jego rozpuszczenie. Nieinwazyjne metody to lipoliza kawitacyjna, kriolipoliza i ciepły laser lipolityczny. Powodują niszczenie komórek tłuszczowych i uwolnienie tłuszczu do krwiobiegu. Zabiegi te nie uszkadzają ciągłości skóry.

Aby pozbyć się cellulitu należy poprawić ukrwienie skóry, rozpuścić tłuszcz, wyregulować hormonalnie organizm albo usunąć obrzęki. To, w którym kierunku powinniśmy zadziałać, zależy od indywidualnych predyspozycji pacjentki. W tym celu stosujemy różne metody. Jedną z nich jest karboksyterapia, która przywraca prawidłową strukturę tkance.

Blizny

Blizny po nacięciu krocza mogą być bolesne. Drugim rodzajem są nieestetyczne blizny przerostowe po cesarce. Odpowiednie dbanie o ranę jest bardzo ważne w zapobieganiu ich powstawania. Moż-

na również stosować silikonowe plastry. Do usuwania blizn używa się głównie lasera frakcyjnego, który odbudowuje powstałe w skórze braki i wyrównuje jej strukturę oraz biostymulującego lasera bromkowo-miedziowego, który powoduje spłaszczenie i błednięcie blizny. Prawidłowe gojenie wspomagamy stosowaniem osocza bogatopłytkowego. Pacjentki na zabiegi mogą przyjść już miesiąc po porodzie.

Opisanym powyżej defektom po ciąży możemy zaradzić w gabinecie medycyny estetycznej. Za pomocą odpowiednich zabiegów możemy również zniwelować wiotkość skóry brzucha i biustu po karmieniu, czy wypadanie włosów. Czasami młode mamy potrzebują również po prostu zregenerować wygląd swojej twarzy, która jest zmęczona, a jej odświeżenie i delikatne upiększenie już znacząco poprawia samopoczucie.

Bez względu jednak, jaki jest główny cel należy pamiętać, że kluczowe zawsze jest znalezienie odpowiedniego specjalisty, który holistycznie spojrzy na problemy estetyczne po ciąży, potrafi mądrze skonstruować terapię i dysponuje różnymi metodami, które wzajemnie się uzupełniając dają najlepsze efekty leczenia.

Łagodne dolegliwości okresu ciąży

Ciąża to wyjątkowy czas dla organizmu kobiety, który w 40 tygodni musi stworzyć idealne warunki do funkcjonowania i rozwoju mamy i jej dziecka lub dzieci.

Zmiany w funkcjonowaniu organizmu kobiety w tym okresie często nazywamy fizjologicznymi - to znaczy, że ich pojawienie się, choć często uciążliwe, jest typowe dla rozwoju ciąży i nierzadko świadczy o prawidłowym jej przebiegu. O tym czy mamy do czynienia z patologiczną formą dolegliwości ciążowych decyduje nasilenie zgłaszanych przez pacjentkę objawów i ich wpływ na stan zdrowia pacjentki. Pomocne mogą być oznaczane wykładniki laboratoryjne oraz badania obrazowe. O istnieniu poniższych objawów, ich nasileniu i wpływie na codzienne funkcjonowanie, powinno się poinformować lekarza prowadzącego ciążę.

Nudności i wymioty - zazwyczaj pojawiają się na wczesnym etapie ciąży i występują u znacznej liczby ciężarnych, najczęściej zaraz po przebudzeniu. Wyzwalane są też konkretnymi zapachami lub smakami, na które ciężarne pacjentki są wrażliwsze. Istotny jest też aspekt psychologiczny - dotyczą częściej pacjentek przewlekłe zmęczonych, stresujących się o losy ciąży. Ważny wówczas jest oszczędzający tryb życia i wsparcie rodziny. Modyfikacja diety może łagodzić dolegliwości. Częste spożywanie małych porcji, a jednocześnie niedopuszczanie do uczucia głodu. Popijanie posiłków ciepły-



Prof. dr hab. n. med Mariusz Zimmer
Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

mi ziołowymi herbatami również zazwyczaj przynosi ulgę. Jednak reakcja na domowe sposoby jest sprawą bardzo indywidualną.

Obrzęki - dolegliwość ta pojawia się częściej w drugiej połowie ciąży. Organizm gromadzi wodę w tkankach chroniąc się przed utratą płynów podczas porodu. Ponadto powiększona macica uciskając na naczynia żyłne utrudnia prawidłową cyrkulację krwi. Najczęściej obrzęki dotyczą dłoni, stóp, podudzi. Ważne by nie przeoczyć obrzę-

ków współistniejących z poważnymi schorzeniami ciążowymi. W każdym przypadku zwiększonego zatrzymywania wody należy kontrolować ciśnienie tętnicze, wykładniki wydolności nerek, wątroby. Niezwłocznie należy poinformować lekarza w przypadku gwałtownego ich narastania. W łagodzeniu obrzęków pomóc może dieta bogata pokarmy o wysokiej zawartości białka, ograniczająca sól, która zwiększa zatrzymywanie wody w tkankach. Nie należy ograniczać spożywania płynów. Najlepsze są zmineralizowane wody wzbogacające organizm pacjentki w elektrolity jak sód, potas i magnez.

Bóle kręgosłupa - Mogą występować przez całą ciążę, jednak ze względu na zwiększoną - czasem znacznie, masę ciała kobiety, zmianę środka ciężkości, bóle te ulegają nasileniu w trzecim trymestrze.

Kręgosłup dostosowuje się do rosnącego brzucha poprzez wygięcie odcinka piersiowego i lędźwiowego ku przodowi, co wywołuje wzrost napięcia mięśni przykręgosłupowych oraz ucisk na nerwy przebiegające w tej okolicy. To w dużej mierze odpowiada za bóle kręgosłupa, na które uskarżają się ciężarne. Rozluźnienie więzadeł niestety może pogarszać dolegliwości bólowe. Położenie dziecka główkowe i jego przemieszczenie się w kierunku wchodu miednicy może powodować nacisk na kości miednicy i nerw kulszowy, co może być przyczyną bóli okolicy lędźwiowej. Dieta ograniczająca

przyrost masy ciała, bezpieczne ćwiczenia pozwalają łagodzić te dolegliwości.

Zmęczenie - w organizmie kobiety ciężarnej zachodzi bardzo wiele zmian, w znacznej mierze odpowiadających za zmęczenie i senność.

Nagle w jednym ciele pojawia się dodatkowy człowiek, dlatego w ciąży zwiększa się zapotrzebowanie na składniki odżywcze. Jedną z przyczyn potęgującą uczucie senności, zmęczenia, duszności i zawrotów głowy może być niedobór żelaza i wtórna do niego anemia.

Niedokrwistość źle wpływa na pacjentkę, ale także na łożysko i płód. Stąd ważne jest regularne badanie krwi, by jak najszybciej wdrożyć ew. leczenie. Jest wiele czynników sprzyjających wystąpieniu anemii: zaburzenia wchłaniania żelaza z przewodu pokarmowego, krwawienia, przewlekłe stany zapalne, ciąża wielopłodowa czy niewielki okres jaki upłynął od czasu poprzedniego porodu. W uzupełnianiu niedoborów żelaza kluczowa jest bogata w żelazo i kwas foliowy dieta, składająca się między innymi z mięsa, żółtek jaj, podrobów czy suszonych owoców.

Uzupełnianie niedoborów należy zawsze uzgadniać ze swoim lekarzem prowadzącym i pamiętać, że nadmiar 'suplementów' również może być szkodliwy!

Grypa – ryzyko dla mamy i dziecka

Dlaczego grypa jest szczególnie groźna dla kobiet w ciąży oraz jaką rolę w ujęciu profilaktyki zachorowania odgrywa szczepienie, tłumaczy dr Agnieszka Mastalerz-Migas.

TEKST/ Magdalena Siwek

Pani Doktor, czy szczepienie przeciwko grypie jest bezpieczne dla kobiety w ciąży i jej dziecka?

Tak, oczywiście szczepienie jest bezpieczne, potwierdza to wiele danych z rejestrów medycznych. Jest rekomendowane przez międzynarodowe organizacje m.in. Światową Organizację Zdrowia (WHO), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oraz ACIP (Advisory Committee on Immunisation Practices) i wiele innych, naukowych towarzystw medycznych, również oczywiście polskich (m.in. Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej). Co bardzo ważne - zalecenie znajduje się również w polskim Programie Szczepień Ochronnych. Co roku na świecie miliony kobiet szczipią się przeciwko grypie i wszystkie działania niepożądane są rejestrowane. Nie obserwuje się większego odsetka jakichkolwiek zdarzeń niepożądanych u ciężarnych szczepionych przeciwko grypie.

Jakie zagrożenia może nieść ze sobą grypa w czasie ciąży?

Grypa może być bardzo groźna w ciąży, zarówno dla kobiety ciężarnej, jak i dla dziecka. Ciąża jest naturalnym stanem pewnej immunosupresji i niestety stanowi czynnik ryzyka ciężkiego i powikłanego przebiegu



dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas
Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej UM we Wrocławiu, Prezes PTMR

grypy, ze względu na fizjologiczne zmiany zachodzące w układzie immunologicznym, krążenia oraz oddechowym. W przebiegu grypy u ciężarnych możliwe jest: obumarcie płodu, poród przedwczesny, urodzenie dziecka o niskiej masie ciała, zaburzenia rytmu serca u płodu, zapalenie płuc i ostra niewydolność oddechowa u matki. Także noworodek, który rodzi się z mamy zakażonej też jest obarczony ryzykiem wystąpienia zapalenia płuc i komplikacji okołoporodowych z powodu niskiej odporności.

Kiedy jest najlepszy moment na szczepienie przeciwko grypie? Czy teraz, na

początku listopada jest już na to zbyt późno?

Nie jest prawdziwe twierdzenie, które utarło nam się przez lata, że jedyny okres na szczepienia przeciwko grypie to jest wrzesień, październik, a potem jest już za późno. Jest to nieprawda. Można się zaszczepić przeciwko grypie, dopóki są dostępne szczepionki, w trakcie całego sezonu epidemicznego. Przeciwciała zaczynają powstawać dość szybko od zaszczepienia, a z każdym dniem jest ich coraz więcej. Po dwóch, trzech tygodniach mamy już pełną odporność. To jest krótki czas, a więc listopad, grudzień, styczeń czy nawet luty są dobrymi miesiącami na szczepienie. Oczywiście z każdym miesiącem ryzyko, że będziemy mieć kontakt z wirusem zanim się zaszczepimy, wzrasta. Teraz – w listopadzie, przypadków grypy jest relatywnie mało, za miesiąc będzie więcej, w styczniu będzie się już zaczynał szczyt zachorowań. Człowiek niezaszczepiony ma to ryzyko, że będzie miał kontakt z wirusem, zanim do szczepienia dojdzie. Oczywiście warto szczepić się wcześniej, natomiast nie zamykajmy sobie drogi do zabezpieczenia myśląc, że jeśli nie zaszczepiliśmy się we wrześniu, październiku, to już nie ma to sensu. Jak najbardziej ma to sens, bo odporność zbudujemy szybko i mamy szansę na pełną ochronę.

Pani Doktor, kto znajduje się w grupie ryzyka powikłań pogrypowych?

Do grupy ryzyka ciężkiego przebiegu grypy i powikłań pogrypowych należą przede wszystkim osoby przewlekłe chore, zarówno dzieci, jak i dorośli, szczególnie chorujący na niewydolność układu oddechowego, astmę, POChP, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, (zwłaszcza po przebytym zawale serca), niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne, w tym cukrzycę, choroby neurologiczne, osoby z upośledzoną odpornością, dzieci z wadami wrodzonymi serca, oraz kobiety ciężarne i dzieci – zwłaszcza te najmłodsze, do 5 roku życia. Ta ostatnia wskazana grupa (dzieci) jest bardzo ważna, jeśli chodzi o zalecanie szczepienia ze względów epidemiologicznych, ponieważ duży odsetek dzieci choruje i są one przenosiicielami wirusa. Kolejną zagrożoną grupą są osoby starsze, mówi się o 65 roku życia, ale zgodnie z rekomendacjami programu szczepień ochronnych osoby powyżej 55 roku życia znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka ciężkiego przebiegu grypy.

Należy pamiętać, że część osób bardzo chorych, zwłaszcza z upośledzeniem odporności, starszych może nie odpowiedzieć na szczepienie. Warto stosować względem tych osób tzw. strategię kokonową, czyli szczepić osoby z najbliższego otoczenia, aby nie były one źródłem zakażenia. Jest to bardzo ważne również w aspekcie noworodków i najmłodszych niemowląt, do 6 miesiąca życia, które nie mogą jeszcze być szczepione.



SZCZEPIENIA
PRZECIW GRYPIE

www.szczepieniaprzeciwgrypie.pl

Zadbaj o siebie i swoich bliskich

Zaszczep się





Niezaprzeczalnie refundacja profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego przez NFZ to dobrodziejstwo dla pacjentek w Polsce. Ale od dobrodziejstwa do ideału jest jeszcze pewna droga, którą powinniśmy pokonać.

Prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś
Rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii WUM

Profilaktyka śródciażowa konfliktu serologicznego

TEKST/ Joanna Myrcha

Na czym polega profilaktyka śródciażowa konfliktu serologicznego? I kiedy powinna być stosowana?

Profilaktyka śródciażowa konfliktu serologicznego polega na podawaniu immunoglobuliny anty D kobietom ciężarnym, które są Rh ujemne. Standardowe postępowanie, które prowadzimy po zakończeniu ciąży według nowszych zasad jest również rozciągnięte na czas ciąży. Warunkiem podania

immunoglobuliny jest oczywiście brak przeciwciał. Jeżeli kobieta ma już przeciwciała to nie ma mowy o żadnej profilaktyce ani w czasie ciąży ani po ciąży, bo konflikt serologiczny już jest zrealizowany. Podanie immunoglobuliny służy temu, aby do niego nie dopuścić. Zastosowanie profilaktyki śródciażowej w trakcie trwania ciąży, nie tylko zaś po urodzeniu dziecka jest bardzo istotne. Otóż bywa tak, że w pewnym odsetku ciąż dochodzi do mikroprzecieków płodowo-matczyńskich, podczas których krew płodu przedostaje się do krwiobiegu matki i może wywołać immunizację. Wystąpienie wspomnianych przecieków nie powoduje

żadnych objawów, w związku z tym nie wiemy u których kobiet do nich doszło. Badamy przeciwciała ciężarnych w ciąży raz, drugi, trzeci, nie identyfikujemy ich, cieszymy się, po porodzie chcemy zastosować profilaktykę, robimy badanie w kierunku obecności przeciwciał i okazuje się, że niestety są obecne we krwi.

Wiemy, że nie doszło do tej immunizacji w czasie porodu czy poronienia, bo jest to za krótki czas, musiało zatem nastąpić to w czasie trwania ciąży. I to właśnie powód, dla którego stosujemy profilaktykę śródciażową konfliktu serologicznego. Z obserwacji

wiemy, że do immunizacji takiej dochodzi najczęściej w 3. trymestrze ciąży. Zatem moment, w którym należy podać immunoglobulinę jest ściśle określony i jest to między 28. a 30. tygodniem ciąży.

Podajemy dosyć dużą dawkę 300 mikrogramów, to jest dawka 2 razy większa niż podajemy po fizjologicznym porodzie, dlatego, że przy porodzie jesteśmy w stanie oszacować wielkość przecieku płodowo-matczyńskiego. Wiemy, że standardowa dawka 150 mikrogramów pozwoli standardowo zabezpieczyć znakomitą większość kobiet. Natomiast w trakcie trwania ciąży po pierw-

sze nie wiemy, u których kobiet dojdzie do przecieków płodowo-matczyńskich, a po drugie nie wiemy jak duże są to przecieki. Zatem na podstawie badań uznano, że dawka 300 mikrogramów będzie tą, która zapobiegnie immunizacji u znacznej większości kobiet. Oczywiście jest niewielki odsetek kobiet, u których dochodzi do masowych przecieków i u nich na pewno dawka nawet wielokrotnie większa niż 300 mikrogramów nie zapobiegnie immunizacji.

Co ważne, profilaktyka śródciażowa jest szczęśliwie od prawie 2 lat refundowana przez NFZ. Natomiast zgodnie z zapisem refundacyjnym świadczenie to jest refundowane w ściśle określonym czasie tj. między 28. a 30. tygodniem ciąży. Nie oznacza to, że nie możemy podać immunoglobuliny wcześniej, czy później, jednak procedura ta refundowana jest tylko w tym okresie trwania ciąży.

Z czym wiąże się niezastosowanie profilaktyki śródciażowej u kobiety Rh-?

Jeżeli nie doszło do przecieku płodowo-matczyńskiego w ciąży, a podamy profilaktykę porodową może nie wiązać się to z żadnymi konsekwencjami. Jednak w sytuacji, gdy dojdzie do przecieku i immunizacji, nie ma mowy o profilaktyce, tylko przeciwciała będą już obecne, co w kolejnych ciążach będzie skutkowało konfliktem serologicznym i chorobą hemolityczną płodu, a później noworodka. Istotą choroby hemolitycznej jest niedokrwistość płodu, która może okazać się bardzo groźna dla dziecka.

Co według Pana Profesora powinna wiedzieć świadoma Rh- Mama? O co powinna pytać, zabiegać?

Kobieta taka powinna być świadoma, że powinna mieć badane przeciwciała w ciąży oraz, że między 28. a 30. tygodniem ciąży powinna mieć podaną immunoglobulinę, co

musi być powtórzone po porodzie. Pamiętajmy, że to nie jest tak, że wykonamy profilaktykę śródciażową i zwalnia nas to z tej pociągowej. Warunkiem powtórzenia profilaktyki po ciąży jest to, że urodzi się dziecko Rh+, bo jeżeli urodzi się dziecko Rh- to nie musimy jej stosować. Natomiast ważne jest także to, aby po porodzie w przypadku zastosowania profilaktyki śródciażowej nie badać przeciwciał. Bo one mogą być, ale nie będą to przeciwciała wytworzone przez matkę, ale te podane przez nas.

Mama powinna być świadoma, ale to lekarz prowadzący ciążę powinien czuwać nad tym i informować kobietę jakie badania i w jakim czasie powinny być wykonane, jaką profilaktykę i kiedy powinniśmy zastosować. Jest to ściśle określone w Standardzie organizacyjnym opieki nad ciężarną.

To nie jest tak, że kobiety ciężarne powinny te wiedzę posiadać, to lekarz powinien posiadać i stosować ją w praktyce. Oczywiście bywa różnie i jeżeli rzeczywiście zbliża się ten czas, a nie zostały wykonane odpowiednie badania i nie została wykonana profilaktyka to warto być świadomym, zapytać o to, porozmawiać z lekarzem.

Co ważne konflikt serologiczny może wystąpić w każdej ciąży, u kobiety Rh- jak i u kobiety Rh+. Dlatego każda kobieta ciężarna powinna mieć badanie w tym kierunku na początku ciąży. Ważne, aby kobiety o tym wiedziały i były tego świadome.

Jaka jest rola położnej w ujęciu edukacji kobiet dotyczącej profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego?

Rola położnej w przebiegu edukacji kobiet ciężarnych jest bardzo istotna. Aktualnie położne aktywnie uczestniczą w prowadzeniu ciąży. Każda pacjentka powinna być skierowana do położnej POZ między 21. a 26. tygodniem. To jest bardzo dobry moment,

aby położna z tą edukacją wkroczyła. Myślę, że jest to bardzo ważne, zważywszy na fakt, iż w trakcie prowadzenia ciąży lekarz skupia się bardziej na aspektach medycznych niż na szerszej edukacji, która jest bardzo potrzebna.

Czy pomimo refundacji profilaktyki śródciażowej dostępnej od 1 stycznia 2018 roku zdarza się Panu Profesorowi obserwować następstwa i powikłania konfliktu serologicznego?

Oczywiście że tak. Nasza klinika jest ośrodkiem referencyjnym terapii choroby hemolitycznej płodu, która jest następstwem konfliktu serologicznego i na co dzień spotykamy pacjentki z tym problemem. Oczywiście w wielu przypadkach są to niezawinione sytuacje, spowodowane tym, że kiedyś doszło do immunizacji i jest to tego pokłosie. Ale widzimy też, że w niektórych przypadkach można by temu zapobiec, gdyby została prawidłowo przeprowadzona profilaktyka śródciażowa i pociągowa. W obszarze tym nadal niestety zdarzają się niedociągnięcia.

Jest to problem, którego skala na pewno się zmniejsza, dzięki refundacji profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego, ale jeszcze daleko jesteśmy od tego żeby całkowicie wyeliminować groźne następstwa konfliktu. Co prawda cieszyć się że refundacja jest dostępna dla pacjentek w Polsce, ale działa ona w sposób niedoskonały.

Na refundację immunoglobuliny mogą liczyć tylko te kobiety, które mają prowadzoną ciążę w ramach NFZ. Jak wiemy w Polsce przynajmniej połowa kobiet prowadzi ciążę poza NFZ, czyli prywatnie. I niestety ta grupa ciężarnych nie może skorzystać z refundacji. Jest to niezgodne z założeniami, gdyż jest na ten cel przeznaczony określony budżet. Procedura ta podlegała ocenie w AOTMIT, która polegała na oszacowaniu

grupy kobiet, u których profilaktyka taka będzie potrzebna i wyliczeniu i zabezpieczeniu środków na ten cel. Niezależnie od tego, gdzie pacjentki mają prowadzoną ciążę.

Pacjentki, które prowadzą ciążę prywatnie mają w chwili obecnej 2 wyjścia. Pierwsze - zarejestrowanie się w Poradni Przyszpitalnej NFZ lub POZ przed 28 tygodniem ciąży.

I niestety, ale jest to pewnego rodzaju fikcja, gdyż kobiety te idą tam tylko po to, aby zrealizować procedurę profilaktyki śródciażowej, zajmując miejsce pacjentkom, które rzeczywiście czekają na dostęp do opieki ginekologiczno-położniczej w ramach NFZ.

Druga opcja to kontynuowanie opieki u lekarza prowadzącego prywatnie i wykupienie recepty na preparat komercyjny, jest to wydatek około 300 – 350 zł. To wyjście niestety wiąże się z brakiem refundacji. Myślę, że znacznie lepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie refundacji na preparat. Wówczas pacjentka niezależnie od tego, gdzie ma prowadzoną ciążę dostaje receptę i w ramach tej refundacji wykupuje preparat immunoglobuliny.

Co istotne refundacja ta w aktualnej formie jest w pewnym sensie dodatkowym obciążeniem dla placówek NFZ. Po pierwsze muszą się zaopatrywać w immunoglobulinę, a po drugie to wszystko dzieje się w ramach ryczałtu którym dysponują.

Niezaprzeczalnie refundacja profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego przez NFZ to dobrodziejstwo dla pacjentek w Polsce. Ale od dobrodziejstwa do ideału jest jeszcze pewna droga, którą powinniśmy pokonać.



Kto i kiedy powinien otrzymać bezpłatną immunoglobulinę anty-RhD w ramach profilaktyki śródciażowej konfliktu serologicznego?

Zastrzyk immunoglobuliny anty-RhD **powinna otrzymać każda ciężarna RhD ujemna**, u której nie wykryto przeciwciał (test Coombsa) **w 28-30 tygodniu ciąży!**

1

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnej profilaktyki pacjentka powinna mieć **założoną kartę ciąży w placówce** która ma podpisaną **umowę z NFZ**

Regulacje nakładające obowiązek realizacji **bezpłatnej profilaktyki** konfliktu serologicznego na poradnie mające podpisaną umowę z NFZ
• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2017 zmieniające rozporządzenie w sprawie świad-

2

Każda kobieta w ciąży w Polsce, która zgłosi się do placówki NFZ powinna zostać przyjęta **tego samego dnia lub najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych!**

3

Pacjentka powinna uwzględnić czas, jaki jest potrzebny na wykonanie testu Coombsa kwalifikującego do podania leku

czeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

4

Podanie immunoglobuliny powinno nastąpić między 28. a 30. tygodniem ciąży

5

W przypadku odmowy ze strony placówki NFZ pacjentka może poinformować rzecznika Praw Pacjenta oraz zgłosić nieprawidłowość na infolinię NFZ pod nr. tel. 800 190 590

Standardy opieki okołoporodowej realizacja świadczenia gwarantowanego

Polska – jako jedno z trzech państw w Europie – wprowadziła w 2012 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia standardy opieki okołoporodowej, w którym określono m.in. 42 zalecane świadczenia profilaktyczne i działania w zakresie promocji zdrowia oraz badania diagnostyczne i konsulta-

cje medyczne w okresie ciąży, wraz z okresem ich przeprowadzania – począwszy od 10. tygodnia ciąży do jej rozwiązania (według opinii lekarzy ginekologów wyrażonej podczas zorganizowanego przez NIK w lutym 2018 r. panelu ekspertów wykonanie tych świadczeń jest niezbędnym minimum

podczas przebiegu ciąży). Zgodnie ze standardami opieki okołoporodowej (opracowanej na podstawie zaleceń krajowych konsultantów: w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej, perinatologii) jeśli w wyniku badania przeciwciał anty-Rh okaże się, że pacjentka nie ma

takich przeciwciał, pomiędzy 28. a 30. tygodniem ciąży należy podać jej globulinę anty-D. Preparat ten pozwala niemal całkowicie wyeliminować konflikt serologiczny. Poniżej dane opublikowane w Raporcie NIK na łamach dwumiesięcznika "Kontrola Państwowa" Numer 6 (383) - Listopad, Grudzień 2018

W dziewięciu kontrolowanych poradniach, 34 pacjentkom z 37 (91,9%) nie podano globuliny anty-D w 28. – 30. tygodniu ciąży, ani później, ani nie skierowano w tym celu do innej placówki.

Komentarz Rzecznika Prasowego NFZ, Andrzeja Troszyńskiego

Opieka nad kobietą w ciąży powinna być realizowana zgodnie ze standardem opieki precyzyjnie określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, w oparciu o wytyczne ekspertów medycznych w odpowiednich specjalnościach medycznych. Opieka taka w pełnym zakresie finansowana jest przez NFZ. Jednym z jej elementów jest zapobieganie wystąpieniu konfliktu serologicznego, co szczególnie istotne jest w drugiej i kolejnych ciążach. Od prawie dwóch lat zapobiegawcze podanie kobiecie spełniającym określone wskazania medyczne immunoglobuliny anty RhD- w 28-30 tygodniu ciąży (o ile nie wykryto przeciwciał anty-RhD) w kolejnej ciąży podlega finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach świadczeń gwarantowanych.



Dziś każdy świadomy rodzic zdaje sobie sprawę z tego, że jedynym prawidłowym sposobem na podróż z maluszkiem jest przewożenie go w foteliku samochodowym.

Bezpieczna mama, bezpieczny maluch

Wydawałoby się, że wybór odpowiedniego fotelika to banalnie prosta sprawa, jednak aby był on w pełni bezpieczny musi spełniać wiele wymagań.

TEKST/ **Magdalena Siwek**

Okres ciąży to czas dla mamy wyjątkowy pod każdym względem. Również jeśli chodzi o bezpieczeństwo podczas podróży samochodem. Odpowiada przecież za siebie i swoje nienarodzone dziecko. Co prawda w Polsce nadal obowiązuje przepis, który zwalnia mamy w zaawansowanej ciąży od obowiązku zapinania pasów bezpieczeństwa, jednak opinie specjalistów i crash testy przeprowadzane z manekinami symulującymi kobiety w ciąży mówią jednoznacznie – zapinajmy pasy. Nie jest to być może komfortowa sytuacja dla mamy - pasy mogą uciskać rosnący brzuszeczek, jest niewygodnie, ale zdrowy rozsądek podpowiada, że jazda samochodem bez zapiętych pasów może wyrządzić wiele szkody zarówno mamie, jak i dziecku. Do poważnych urazów w wyniku wypadków drogowych dochodzi właśnie z powodu niezapiętych lub zapiętych nieprawidłowo pasów bezpieczeństwa. Dobrym rozwiązaniem w tej sytuacji będą adaptory do pasów bezpieczeństwa

dedykowane mamom w ciąży. Testowane, najwyższej jakości adaptory zapewniają jednocześnie bezpieczeństwo i wygodę podróżowania. Utrzymują pas biodrowy zawsze w odpowiedniej pozycji, pasy nie opinają brzucha mamy, ale biegną pod nim. Co ważne i warto podkreślić – adaptory nie wpływają na bezpieczeństwo 3-punktowego pasa samochodowego. Pamiętajmy, że nie warto oszczędzać na bezpieczeństwie, inwestycja w najlepszy adapter, posiadający certyfikaty i atesty, to inwestycja w zdrowie i życie mamy oraz dziecka.

Mówiąc o bezpieczeństwie podróżowania nie możemy też pominąć tematu podróży z dzieckiem. Dziś każdy świadomy rodzic zdaje sobie sprawę z tego, że jedynym prawidłowym sposobem na podróż z maluszkiem jest przewożenie go w foteliku samochodowym. Zakup tego niezbędnego sprzętu powinien być starannie przemyślany.

Na rynku dostępnych jest mnóstwo fotelików, jednak nie każdy z nich spełnia wszystkie kryteria bezpieczeństwa.

Kupując fotelik sprawdzajmy przede wszystkim atesty – najbardziej cenioną organizacją na świecie testującą foteliki samochodowe jest ADAC (niemiecki Allgemeiner Deutscher Automobil-Club). Foteliki testowane są pod względem bezpieczeństwa, ergonomii, łatwości obsługi fotelika, zawartości substancji szkodliwych oraz łatwości utrzymania w czystości. Test ADAC jest o 50% bardziej restrykcyjny niż aktualna norma bezpieczeństwa R4404. Warto kierować się ich opinią i ilością gwiazdek przyznawaną danemu produktowi (skala 1-5) – przy czym 5 gwiazdek to gwarancja, że kupujemy fotelik najlepszej jakości, bezpieczny, wygodny zarówno dla dziecka jak i dla rodziców. Jedną z najważniejszych zasad, których powinni-

śmy przestrzegać podróżując z dzieckiem to przewożenie go tyłem do kierunku jazdy. Testy zderzeniowe pokazują, że jest to 5 x bezpieczniejsze niż jazda przodem, a przy zderzeniu nacisk wywierany na głowę, odcinek szyjny kręgosłupa i ramiona dziecka jest 5 razy mniejszy w przypadku fotelików montowanych tyłem do kierunku jazdy. Nadal w strukturach wypadkowych, najczęstszymi zderzeniami są zderzenia czołowe (ok 47%). Jeżeli dziecko jest przewożone tyłem do kierunku jazdy, siły te inaczej się rozkładają – są 5 x mniejsze niż w przypadku jazdy przodem do kierunku jazdy. Ma to związek ze specyficzną budową ciała dziecka. Jego głowa jest dużo większa, stanowi ok. 1/3 całego ciała.

Według badań, podczas czołowej kolizji z samochodem, który jedzie zaledwie 50 km/h, obciążenie działające na odcinek szyjny kręgosłupa w foteliku montowanym przodem do kierunku jazdy, przyjmuje uderzenie o sile 300 kg. Może to skończyć się tragicznie albo poważnymi urazami, takimi jak obrażenia wewnętrzne, urazy klatki piersiowej, a nawet przerwanie rdzenia kręgowego. W przypadku fotelika montowanego tyłem, siła uderzenia nie przekracza 80 kg. Dla zwiększenia bezpieczeństwa dzieci w niektórych fotelikach stosuje się wypełnienie materiałem pochłaniającym energię uderzenia (pianka EPS), tak by jak najmniejsza jej ilość skierowana została na dziecko, co minimalizuje obrażenia w razie wypadku. Warto również poszukać fotelika z systemem SIP (side impact protection), który montowany jest na boku fotelika od strony drzwi samochodu i zwiększa ochronę w przypadku zderzenia bocznego.

Kolejną cechą bezpiecznego fotelika jest 5-punktowy system zapinania pasów. Oprócz pasów ramiennych i krokowe- go są jeszcze dwa na biodrach dziecka.

W praktyce, podczas wypadku część biodrowa przytrzyma biodra i nogi dziecka zatrzymując je w foteliku.

Niezwykle istotne jest również ergonomiczne dopasowanie fotelika do ciała dziecka i regulowany zagłówek, który będzie chronił głowę i szyję dziecka w przypadku kolizji. Testy w tym kierunku przeprowadza szwedzki instytut VTI Plus. Test wykonywany jest w dwóch kategoriach: do 18 i do 25 kg, a warunkiem jego zaliczenia jest nieprzekroczenie nacisku na szyję grożącego jej złamaniem. Dla 3 latka ta siła wynosi 122 kg, dla 6 latka 164 kg!

Oprócz zapewnienia bezpieczeństwa matemu pasażerowi fotelik powinien być także funkcjonalny – atutem będzie między innymi łatwy, wygodny montaż, odporne na zabrudzenia materiały, ale także estetyczny, nowoczesny design.

Dobrym rozwiązaniem jeśli chodzi o montaż są foteliki mające jedną bazę – kiedy dziecko rośnie, zmieniamy fotelik na dostosowany do jego wagi i wzrostu, ale podstawa pozostaje ta sama. Niektórzy producenci oferują bazy, na których fotelik dla dziecka nawet do 4. roku życia (105 cm) może być nadal montowany tyłem do kierunku jazdy, a maluch ma odpowiednią ilość miejsca na nogi.

Podsumowując – bezpieczeństwo w trakcie jazdy samochodem to priorytet, zanim dokonamy prostego pozornie wyboru fotelika sprawdźmy certyfikaty, atesty i upewnijmy się, że nasza decyzja zapewni dziecku maksimum bezpieczeństwa w podróży. Jednak nawet najlepszy, posiadający wszystkie certyfikaty fotelik jest bezpieczny dopiero pod warunkiem, że zainstalowany będzie pod odpowiednim kątem, zgodnie z instrukcją obsługi i zaleceniami producenta.



BeSafe®

DWA FOTELIKI, JEDNA BAZA! PROMOCJE!

Za zakup zestawu fotelików BeSafe:

- iZi Go Modular X1 i-Size oraz iZi Modular i-Size o wartości ok. 2680 zł lub
- iZi Go Modular X1 i-Size oraz iZi Modular i-Size RWF o wartości ok. 2870 zł

w dowolnej kolorystyce, otrzymasz za 1 zł **PREZENT**

Bazę ISOfix iZi Modular i-Size o wartości ok. 908 zł pasującą do dwóch fotelików. Promocja trwa do 29.02.2020 r.

Za zakup fotelika BeSafe w kolorze burgundowym:

i-Zi Go Modular X1 i-Size, iZi Modular i-Size lub iZi Flex fix i-Size, otrzymasz **20% rabat**. Promocja trwa do 21.12.2019 r.

Promocje tylko w sklepach patronackich BeSafe. Promocje i rabaty nie sumują się. Lista sklepów oraz aktualne promocje na www.marko-baby.pl

Marko
Baby & Kids Expert

PPHU MARKO Spółka Jawna,
ul. Markłowska 17, 44-300 Wodzisław Śląski, tel. 32 453 0171
www.marko-baby.pl www.besafe.com.pl [f /besafe.polska](https://www.facebook.com/besafe.polska)

Nowa metoda leczenia problemów intymnych

”

Laseroterapia to metoda leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu, przeznaczona dla kobiet w początkowym stadium tej choroby.

dr Michał Dąbrowski

Lekarz ginekologii estetycznej, Holistic Clinic

Ciąża to czas, w którym zachodzi dużo zmian w organizmie kobiety, zmian fizycznych, metabolicznych i hormonalnych. Zwiększenie masy ciała, rosnący płód, powiększająca się macica i zmiany hormonalne mają istotny wpływ na rozciąganie mięśni, więzadeł, zmianę stosunków anatomicznych w miednicy, dodatkowe obciążenie kręgosłupa i stawów przyszłej mamy. Po porodzie organizm kobiety wymaga czasu by wrócić do stanu pierwotnego. Jednak nie zawsze jest to możliwe. Połóg trwa 6 tygodni i jest to czas, w którym zarówno macica jak i inne narządy powinny powrócić do stanu fizjologicznego.

Czy tak się dzieje u każdej mamy?

Nie. To zależy od czynników ryzyka jakie wystąpiły w ciąży i podczas porodu. Czy poród był bardziej czy mniej traumatyczny dla kobiety i mówimy tu zarówno o porodzie drogami natury jak i o cięciu cesarskim. Zdarza się, że pacjentka po okresie ciąży wymaga dodatkowego wsparcia między innymi zabiegami z zakresu ginekologii estetycznej, w tym laseroterapii.

Jakie objawy powinny skłonić kobietę do konsultacji z lekarzem ginekologii estetycznej?

Ginekologia estetyczna to dział medycyny, który za pomocą małoinwazyjnych zabiegów może pomóc zlikwidować dolegliwości kobiety lub zatrzymać ich rozwój. Jednak wszystkie objawy niepokojące kobietę po porodzie powinny być konsultowane najpierw z lekarzem ginekologiem, który prowadził pacjentkę w ciąży. Dobierając odpowiedni zabieg ginekolog estetyczny może w pełni wyleczyć pacjentkę, wspomóc leczenie konwencjonalne, albo zmniejszyć ryzyko leczenia operacyjnego.

- Najczęściej zgłaszane są defekty estetyczne jak rozstępy na skórze brzucha czy uda, nieestetyczna blizna po cięciu cesarskim, czy utrzymujące się przebarwienia okolic intymnych.
- Brak odczuwania przyjemności podczas współżycia seksualnego u pacjentki, która przed porodem normalnie odczuwała przyjemność, może być związany z zespołem rozluźnienia pochwy, występującym najczęściej po porodach drogami natury, a więc u wieloródek, a także u pacjentek, które rodziły duże dzieci.
- Dyskomfort lub ból podczas współżycia seksualnego może być związany z zaburzeniami fizjologii śluzówki pochwy, po uszkodzeniach pochwy w trakcie porodu.
- I na koniec niekontrolowany wyciek moczu z cewki moczowej przy kichaniu, kaszlu, śmiechu czy wysiłku fizycznym. Bezpośrednio po porodzie, w pólgu, a nawet jeszcze przez kilka tygodni po pólgu pacjentki mogą się skarżyć na częste oddawanie moczu, czy niekontrolowane oddawanie niewielkiej ilości moczu. Jeżeli jednak po około 3 miesiącach od porodu, objawy nie ustępują może to być objaw wysiłkowego nietrzymania moczu.

Skupmy się na nietrzymaniu moczu. Jakie są przyczyny nietrzymania moczu w ciąży i po porodzie?

Nietrzymanie moczu w ciąży, szczególnie w III trymestrze, kiedy macica i płód są już naprawdę duże, wynika głównie z ucisku pęcherza. Nie bez znaczenia jest też relaksacyjny wpływ hormonów, które przygotowując drogi rodne do porodu osłabiają kontrolę oddawania moczu. Te przyczyny są oczywiście przemijające.

Po porodzie mamy do czynienia z innymi mechanizmami. Pierwszy to rozciągnięcie i osłabienie mięśni dna miednicy, które powstaje w wyniku degeneracji włókien kolagenowych występujących w tkance łącznej więzadeł. W wyniku tego procesu dochodzi do nadmiernej ruchomości cewki moczowej i wycieku moczu. W czasie porodu może też dojść do uszkodzenia zarówno mięśni jak i nerwów odpowiadających za kontrolę oddawania moczu. Może też dojść do niewydolności zwieracza zewnętrznego cewki moczowej.

Co zwiększa ryzyko nietrzymania moczu u kobiet po porodzie?

Istnieje cała grupa czynników ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet po porodzie. Są to przede wszystkim:

- Wielokrotne porody
- Poród dziecka o dużej masie – powyżej 4000g
- Przedłużający się II okres porodu- a więc długie i silne parcie
- Otyłość
- Częste zaparcia w ciąży
- Pęknięcie krocza
- Poród zabiegowy np. z użyciem kleszczy

Czy istnieje profilaktyka w ujęciu tego schorzenia?

Tak. Możemy zminimalizować czynniki ryzyka poprzez utrzymanie odpowiedniej wagi pacjentki w ciąży, unikanie zaparć, a więc odpowiednia dieta i ruch, oraz przygotowanie do ciąży przez specjalne ćwiczenia mięśni miednicy.

Jakie rozwiązania można zastosować w przypadku takich dolegliwości?

Laserowe leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu jest przeznaczone dla kobiet w początkowym stadium wysiłkowego nietrzymania moczu- stopień I. Metoda ta ma na celu zmniejszenie skutków degeneracji włókien kolagenowych i regenerację tkanki łącznej w okolicy cewki moczowej, a w konsekwencji zmniejszenie jej ruchomości. Istnieje wiele metod leczenia nietrzymania moczu m.in. powszechnie stosowane lasery starszej generacji CO2. Najnowszą obecnie dostępną w Polsce metodą jest zabieg laserem hybrydowym diVa™ (SCITON). Jednoczesne działanie dwóch wiązek lasera: Erbowego o efekcie ablacyjnym i diodowego o efekcie koagulacyjnym prowadzone przez elektronicznie sterowaną głowicę pozwala na kontrolowane, głębokie dotarcie w ścianę śluzówki pochwy. W efekcie dochodzi do silnej stymulacji i do powstawania nowych włókien kolagenowych, elastynowych, nowych naczyń krwionośnych, a nawet tkanki nerwowej. DiVa™ redukuje



objawy wysiłkowego nietrzymania moczu, przywraca napięcie i elastyczność ścian pochwy, a także przywraca prawidłowe funkcjonowanie śluzówki pochwy przez co poprawia odczucia podczas współżycia seksualnego.

Leczenie zachowawcze jest stosowane niezależnie od stopnia ciężkości objawów wysiłkowego nietrzymania moczu obejmuje:

- wykonywanie ćwiczeń mięśni miednicy tzw. mięśni Kegla, powinny być one wykonywane pod okiem fizjoterapeuty,
- stosowanie specjalnie skonstruowanych pessarów (cewkowy, kołnierzykowy, kostkowy), które w mechaniczny sposób podpierają cewkę moczową czy poprawiają statykę narządu rodne.
- elektrostymulację czyli pobudzanie mięśni miednicy do skurczu przez impuls elektryczny wywołany przez sondę wprowadzoną do pochwy.

Metody farmakologiczne mają ograniczone zastosowanie ponieważ zwiększają napięcie zwieracza zewnętrznego cewki moczowej (np. duloksetyna).

Metody operacyjne są wdrażane gdy terapia zachowawcza nie daje zadowalającego efektu. W zależności od przyczyny wykonuje się operacje laparoskopowe lub z zastosowaniem specjalnych siatek, taśm podwieszających cewkę moczową (TVT, TOT).

Czy do zabiegu diVa™ należy się w konkretny sposób przygotować i jak wygląda czas rekonwalescencji?

Przed zabiegiem konieczna jest kwalifikacja przez lekarza. Należy przedstawić aktualną cytologię. Po wykluczeniu przeciwwskazań i potwierdzeniu proble-

mu w badaniu ginekologicznym pacjentka może mieć wykonany zabieg jeszcze w tym samym dniu.

Rekonwalescencja nie jest długa ani uciążliwa. Jest ona związana z gojeniem śluzówki pochwy, dlatego przez 7-10 dni pacjentka powinna w szczególny sposób dbać o higienę intymną, nie powinna wykonywać bardzo intensywnych ćwiczeń fizycznych oraz kąpać się w basenie lub wannie. W pierwszych dniach powinna też zachować wstrzemięźliwość seksualną.

Dlaczego warto wybrać właśnie zabieg diVa™ ?

DiVa™ to zabieg nowoczesnym laserem hybrydowym. Elektronicznie sterowana głowica pozwala na bardzo precyzyjne dobranie głębokości penetracji lasera do tkanek (kilka razy głębsze niż w laserze CO2), a także precyzyjne prowadzenie wiązki lasera w pochwie. Zabieg diVa™ ma zastosowanie nie tylko w wysiłkowym nietrzymaniu moczu, ale również zespole rozluźnienia pochwy czy dyskomforcie i bólu podczas współżycia seksualnego.

Jakie zastosowanie ma medycyna estetyczna dla kobiet, które chciałyby poprawić wygląd okolic intymnych po porodzie czy cięciu cesarskim?

Blizny po cięciu cesarskim, rozstępy czy przebarwienia okolic intymnych można zredukować wykonując kilka zabiegów np. laserem Joule™X, który po premierze w USA w marcu tego roku jest już dostępny w Polsce.

Najlepsze efekty regeneracji laserowej uzyskujemy stosując terapię łączoną z osoczem bogatopłytkowym (PRP).

Dieta mamy karmiącej

„

Najbardziej wartościowe są świeże, nieprzetworzone produkty, zawierające najwięcej witamin, składników mineralnych i substancji bioaktywnych oraz błonnika pokarmowego.



Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

O zaleceniach dotyczących karmienia piersią, korzyściach jakie niesie ono dla mamy i maluszka, a także o tym co powinna zawierać zbilansowana dieta karmiącej mamy rozmawiamy z Prezes Polskiego Towarzystwa Położnych, Beatą Piętą.

Najlepszym, najbardziej wartościowym pokarmem dla niemowlęcia jest mleko mamy. Jakie korzyści płyną z karmienia piersią dla dziecka, ale też dla mamy?

Powszechnie wiadomo, iż mleko kobiece jest najbardziej optymalnym i korzystnym dla prawidłowego rozwoju dziecka pokarmem. Jest ono szczególnie ważne bezpośrednio po porodzie oraz w pierwszych 6 miesiącach, jednakże zaleca się przedłużenie okresu karmienia do 12 miesięcy lub dłużej w zależności od potrzeb matki i dziecka. Ludzkie mleko jest mieszaną zawierającą najkorzystniejsze składniki odżywcze pod względem jakości i ilości. Stanowi unikalną kompozycję białek, tłuszczu i cząstek nieorganicznych, a także związków bioaktywnych takich jak przeciwciała, czynniki przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe, cytokiny, czynniki wzrostu, hormony, enzymy i witaminy. Wśród korzyści wynikających z karmienia piersią wyróżnia się wzmocnienie systemu immunologicznego dziecka, rozwój mikroflory jelitowej, ochronę przed alergiami, stymulację prawidłowego rozwoju szczęk i zębów, zmniejszenie ryzyka wystąpienia zespołu SIDS, cukrzycy typu 1, otyłości, nadciśnienia, chorób serca. Ponadto obserwuje się zmniejszenie śmiertelności i zachorowalności niemowląt. Karmienie piersią korzystnie wpływa również na matkę, gdyż obniża ryzyko wystąpienia depresji poporodowej, pomaga szybciej wrócić do masy ciała sprzed ciąży, obniża ryzyko wystąpienia chorób zapalnych, osteoporozy. Umożliwia również wytworzenie więzi między matką, a dzieckiem.

Czy każda mama może karmić piersią i do kogo może zwrócić się w razie problemów z laktacją?

Prawie każda mama może karmić piersią swoje dziecko. Przeciwwskazań jest niewiele. Ze strony dziecka to: galaktozemia (1 na 30-40 tys. urodzeń), wrodzony niedobór laktazy oraz stany w których wysiłek związany ze ssaniem jest zbyt dużym obciążeniem. Przeciwwskazania ze strony matki to: zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem ludzkiej białaczki z komórek T (HTLV-1, HTLV-2), gruźlica w okresie prątkowania (karmienie jest możliwe po 2 tygodniach leczenia) oraz ciężki stan kliniczny i choroby psychiczne.

Opiekę nad kobietą w porożu oraz nad noworodkiem położna sprawuje w ramach wizyt patronażowych. Pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia urodzenia dziecka. Podczas wizyt, położna udziela wsparcia, poradnictwa laktacyjnego, pomaga dostawić dziecko do piersi, rozwiązuje problemy laktacyjne.

Czy karmiąca mama powinna przestrzegać specjalnej diety? Jakie produkty mogą wspomóc laktację, a czego powinno się unikać w tym okresie?

Odwzorowanie zaleceń przedstawionych w Piramidzie Zdrowego żywienia i Aktywności Fizycznej jest najlepszym sposobem przestrzegania diety w czasie karmienia. Laktacja to ogromny wysiłek energetyczny, stąd wzrasta zapotrzebowanie kaloryczne o ok 500 kcal/dobę. W tym szczególnym okresie również zaleca się spożywanie w regularnych odstępach 5 lub 6 posiłków bogatych w składniki odżywcze. Podstawą diety są warzywa i owoce – w praktyce powinny one stanowić aż połowę tego co jemy. Istotne są też proporcje, bo 3/4 powinny stanowić warzywa, mniej zaś owoce. Najbardziej wartościowe są świeże, nieprzetworzone produkty, zawierające najwięcej witamin, składników mineralnych i substancji bioaktywnych oraz błonnika pokarmowego. Na wyższym szczeblu piramidy znajdują się produkty zbożowe – co istotne: rekomenduje się spożycie produktów pełnoziarnistych, bo to one są zdrowszym wariantem. Dalej pojawia się nabiał – np. mleko, które można też zastąpić innym produktem mlecznym, takim jak jogurty naturalne, kefiry. To bardzo ważne źródło białka, wapnia i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A,D,E i K). Zaleca się produkty półtłuste. Dwa najwyższe szczeble to produkty, których często nadużywamy. Warto aby zamiast czerwonego mięsa, które powinniśmy jeść sporadycznie – pojawiały się w diecie nasiona roślin strączkowych (ciecierzyca, soczewica), ryby (łosoś, makrela, śledź, mintaj), jaja, chude mięso, najlepiej drobiowe. Ma to znaczenie szczególnie w unikaniu spożycia dużej ilości nasyconych kwasów tłuszczowych. Najwyżej znajdziemy tłuszcze. Warto zwrócić uwagę na to jakie tłuszcze wybieramy – raczej

odradza się spożywanie dużej ilości tłuszczów zwierzęcych. Warto zastępować je tłuszczami roślinnymi – np. olej rzepakowy, oliwa z oliwek.

Na marginesie warto wspomnieć o tym, co należy eliminować z diety zarówno w okresie ciąży jak i laktacji. Są to cukier, słodycze (które można zastąpić owocami) oraz sól (aby jedzenie było smaczne, można wykorzystać zioła).

Dotychczasowe badania i doniesienia naukowe wskazują, że jednym z najważniejszych składników diety w okresie ciąży i laktacji jest kwas dokozaheksaenowy (DHA) z grupy kwasów omega-3, którego naturalnym źródłem są tłuste ryby morskie, owoce morza i algi morskie. Zapewnienie prawidłowej podaży w diecie i dostępności DHA dla organizmu podczas ciąży i laktacji może wpłynąć na rozwój psychomotorycz-

ny dziecka, ostrość widzenia oraz obniżenie ryzyka wystąpienia depresji poporodowej u matki. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe wpływają również ochronnie na układ krążenia przez hamowanie procesów zapalnych w blaszkach miażdżycowych, obniżanie stężenia trójglicerydów i frakcji LDL lipidów. DHA jest najlepiej poznanym i przebadanym wielonienasyconym kwasem tłuszczowym, a stanowisko European Food Safety Authority potwierdza konieczność zapewnienia odpowiedniej dystrybucji kwasu DHA płodowi i noworodkowi, celem zapewnienia prawidłowego rozwoju poznawczego i ostrości widzenia.

W badaniu przeprowadzonym przez Polskie Towarzystwo Położnych, respondentki podawały, że sposobem na zwiększenie laktacji było częste przystawianie dziecka do piersi oraz stosowanie środków wspomagających laktację.

COMPOSITA®

WITAMINY I MINERAŁY DLA KOBIET W OKRESIE CIĄŻY I KARMIENIA

Jesteś w ciąży? Karmisz piersią?

COMPOSITA® MAMA DHA to produkt DLA CIEBIE

w ciąży
 w okresie karmienia piersią

**WITAMINY + MINERAŁY + DHA
w JEDNYM OPAKOWANIU**

www.compositamama.pl

SUPLEMENT DIETY

Ważne, aby zacząć suplementować kwas foliowy jeszcze przed ciążą, ponieważ system nerwowy kształtuje się już w pierwszych tygodniach życia płodowego.

Jedz dla dwojga!

Jaki wpływ na zdrowie przyszłej mamy i jej dziecka ma dieta oraz które składniki zgodnie z rekomendacjami Ekspertów są najistotniejsze?

TEKST/ Sylwia Stachura
dziennikarka, wydawca serwisu
Medonet.pl

Kiedy w ciele kobiety rozwija się nowe życie, rośnie zapotrzebowanie na witaminy i składniki odżywcze. Dieta musi dostarczać wszystkiego, co niezbędne nie tylko mamie, ale i dziecku. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników w rekomendacjach żywieniowych dla kobiet w ciąży zwraca uwagę na kilka najważniejszych składników.

Wśród nich na pierwszym miejscu wymieniany jest kwas foliowy (witamina B9). Dlaczego? Niedobór tego związku może doprowadzić do poważnych wad ośrodkowego układu nerwowego oraz kręgosłupa dziecka. Ważne, aby zacząć go suplementować jeszcze przed ciążą, ponieważ system nerwowy kształtuje się już w pierwszych tygodniach życia płodowego. Deficyt kwasu foliowego jest też groźny dla mamy -

zwiększa się wtedy ryzyko poronienia oraz anemii. Rekomendowana dzienna dawka witaminy B9 dla kobiet w ciąży wynosi 0,4 mg. Najwięcej składnika znajduje się zielonych i pomarańczowych warzywach oraz owocach (np. kapuście, marchwi).

W diecie przyszłej mamy nie może też zabraknąć tłustych ryb morskich, które są źródłem nienasyconych kwasów tłuszczowych. Wśród nich bardzo istotny jest zwłaszcza kwas DHA. Jeśli w organizmie matki brakuje tego składnika, zwiększa się prawdopodobieństwo, że dziecko urodzi się przedwcześnie i będzie miało niską masę urodzeniową. Ciężarne muszą przyjmować 600 mg DHA na dobę. Częstym problemem przyszłych mam jest anemia. Dlatego warto zadbać o prawidłowy poziom żelaza w organizmie. Lekarze zalecają, aby zacząć suplementację po 8. tygodniu ciąży.

U ciężarnych zwiększa się również zapotrzebowanie na jod. Niedobór tego pierwiastka wiąże się z ryzykiem niedorozwoju umysłowego u dziecka, dlatego należy bezwzględnie przestrzegać rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia, która ustaliła dzienne zapotrzebowanie dla kobiet w ciąży na poziomie 200-500 mikrogramów.

Młoda mama musi też pamiętać o witaminie D3, która wpływa na rozwój i wzrost każdej komórki w naszym ciele. Poza tym witamina D wzmacnia odporność, a jej niedobór może być przyczyną poronień i powikłań ciąży. W codziennym menu nie może też zabraknąć kakao, orzechów i płatków owsianych, czyli źródeł magnezu - składnika bezcennego dla układu nerwowego mamy i dziecka.

Folik®

Acidum folicum

Najczęściej kupowany
lek OTC zawierający
kwas foliowy
w dawce 0,4 mg*



Lek OTC

Bezpieczny i skuteczny kwas foliowy w statusie leku**

Stosowany w zapobieganiu niedoborom kwasu foliowego u kobiet przed poczęciem i we wczesnym okresie ciąży, w celu zmniejszenia ryzyka powstawania wad cewy nerwowej u potomstwa***

* Według danych IQVIA Pharnascope 04/2019. ** Produkt leczniczy zarejestrowany przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, posiada badania stabilności. *** Charakterystyka produktu leczniczego FOLIK.

GEDEON RICHTER

FOLIK (Acidum folicum) Skład: 1 tabletkę zawiera 0,4 mg kwasu foliowego. **Postać farmaceutyczna:** Tabletki. Tabletki barwy jasnożółtej, okrągłe, obustronnie płaskie. **Wskazania:** Zapobieganie niedoborom kwasu foliowego u kobiet przed poczęciem i we wczesnym okresie ciąży, w celu zmniejszenia ryzyka powstawania wad cewy nerwowej u potomstwa. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Podmiot odpowiedzialny:** Gedeon Richter Polska Spółka z o.o. ul. ks. J. Poniatowskiego 5, 05-825 Grodzisk Mazowiecki. **24-godzinny System Informacji Medycznej oraz zgłaszanie działań niepożądanych:** +48-22-755-96-48 Adres e-mail: lekalert@grodzisk.rgnet.org

KEDP/DADFJ9 24.10.2019



Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.

ZROZUMIEĆ
AZS

Polskie Towarzystwo Chorób Atopowych

(PTCA) wspiera ogólnopolską kampanię społeczną "Zrozumieć AZS". Celem kampanii jest zmiana percepcji społecznej dotyczącej Atopowego Zapalenia Skóry i zwrócenie uwagi na problemy, z jakimi każdego dnia muszą mierzyć się pacjenci cierpiący na tę chorobę.

Więcej o kampanii na
www.zrozumiecazs.pl

Obawy kontra nadzieje

O swoich doświadczeniach, wątpliwościach i oczekiwaniach związanych z udziałem syna w badaniu klinicznym AZS, opowiada mama pacjenta.

W jaki sposób trafiła Pani na badania kliniczne – czy poprzez lekarza leczącego AZS, czy może sama szukała Pani informacji na ten temat?

Leczenie zostało nam zaproponowane przez lekarza prowadzącego. Pani doktor skierowała nas do Kliniki Pulmunologii i Alergologii. Klinika zaproponowała leczenie po wywiadzie o przebiegu choroby i badaniach laboratoryjnych oraz oględzinach stanu skóry. Każdy rodzic dziecka borykającego się z problemem AZS szuka informacji na temat leczenia w prasie, internecie. Trzy i pół roku temu niewiele było informacji na temat biologicznego leczenia. Znalazłam tylko informacje, że są to terapie przełomowe, wiele z nich było w języku angielskim. Na forach internetowych pojawiały się zapytania ale nic konkretnego. Uważam, że do tej pory mało jest informacji na ten temat. Ważne jest, żeby rodzice mieli świadomość, że takie leczenie jest dostępne. Nie wszyscy lekarze o tym informują.

Dlaczego zdecydowała się Pani na udział dziecka w badaniach klinicznych?

Po wyczerpaniu niemal wszystkich form leczenia objawowego (mam na myśli maści, kremy, opatrunki, lekarstwa antyhistaminowe itp.) skóra dziecka wyglądała nadal źle, co uniemożliwiało mu normalne funkcjonowanie. Syn nie mógł regularnie chodzić do szkoły, rytm dnia całej rodziny dostosowany był do niego. Np. wyjść na zewnątrz mogliśmy tylko wtedy, gdy na dworze nie było

zbyt upalnie, zbyt słonecznie, zbyt mroźnie i tylko w okresach najmniejszego pylenia. Nie mógł bawić się np. na trawie, w piasku i dotykać brudnych rzeczy. Marzył o kąpielach w basenie, beztrudnym bieganiu. Od urodzenia musiał przestrzegać restrykcyjnej diety. Czuł się wyłączony z życia, był smutny, cierpiał nie tylko fizycznie – kondycja psychiczna również nie była zbyt stabilna. Trwało to 9 lat. Po zapoznaniu się z efektami ubocznymi, których jest naprawdę niewiele uznałam, że to leczenie jest dla nas szansą, światłem nadziei. No i tak się stało.

Czy miała Pani obawy przed lub w trakcie badań?

Tak, miałam świadomość że jest to nowy lek, testowany na świecie przez krótki okres czasu. Bałam się, ciążyła na mnie straszną odpowiedzialność. Syn takiej świadomości nie miał, nie mógł samodzielnie podjąć decyzji, miał tylko 9 lat. Chciał normalnie żyć. Nie mogłam zabrać mu tej szansy, to byłoby wygodne dla mnie, nie miałabym na barkach odpowiedzialności w razie gdyby pojawiły się efekty niepożądane. W sumie nie było innej alternatywy. Nic innego nie pomagało. Z perspektywy czasu cieszę się, że posłuchałam własnej intuicji, że byłam tak zdesperowana, że podjęłam to ryzyko za moje dziecko.

Czy zaobserwowała Pani działania niepożądane w trakcie badań?

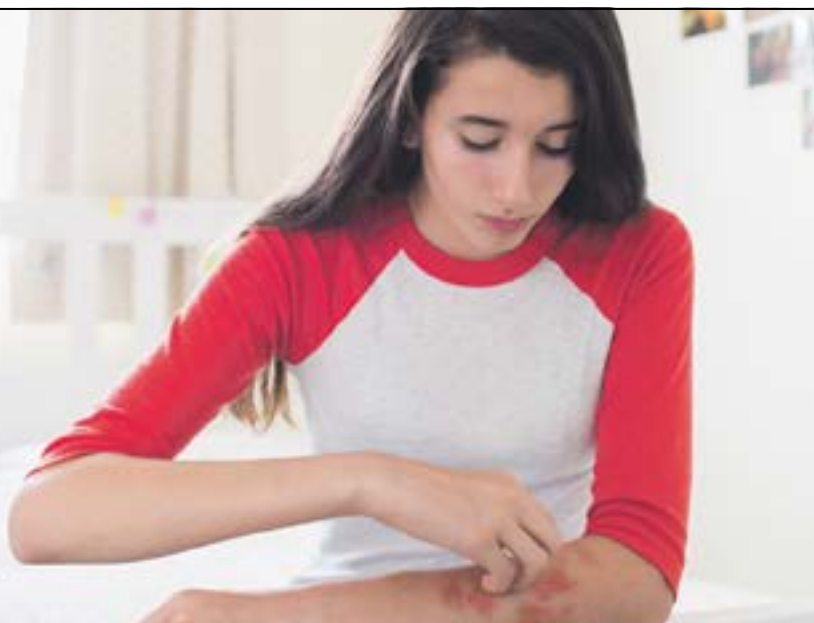
Oprócz lekkiego zgrubienia na ramieniu po podaniu zastrzyku, nie zauważyłam żad-

nych efektów ubocznych. Zgrubienie podskórne zniknęło następnego dnia.

Co się zmieniło, czy poprawił się stan skóry dziecka po przejściu przez badania kliniczne?

Poprawa nie nastąpiła natychmiast. Potrzebnych było kilka tygodni. Efekt jest bardzo zadowalający. Ustąpił świąd, syn może się wyspać, poprawiła się jego koncentracja w domu i szkole. Nie drapie się do krwi, przez co unika zakażeń bakteryjnych na skórze. Nie pojawiają się nowe wypryski alergiczne. Poprawiła się tolerancja na wiele produktów spożywczych, których nie mógł jeść np. pszenica. Lek biologiczny który przyjmuje syn, oprócz poprawy stanu skóry miał też dać poprawę przy astmie i tak też się stało. Syn nie choruje i nie ma ataków. Jego oddech jest spokojny, nie świszczący, biega, bierze udział w zajęciach sportowych. Jest cały czas pod opieką lekarską, a pielęgnacja skóry, jej nawilżanie pozostały naszym codziennym rytuałem. Ograniczoną ma do minimum ilość przyjmowanych leków. Mógł się w końcu wykąpać w basenie, o czym marzył. Uczy się pływać, uwielbia to. Od lutego, gdy skończy 12 lat, zacznie przyjmować kolejny lek biologiczny o jeszcze skuteczniejszym działaniu, skierowany typowo na poprawę stanu skóry dziecka. Podchodzimy do tego bez obaw. Opinie są rewelacyjne. Cieszymy się, że w końcu po wielu latach można poprawić komfort życia dzieci i dorosłych borykających się z AZS.

Twoje dziecko choruje na AZS?



www.przychodniasynexus.pl

Centrum Medyczne Synexus prowadzi **konsultacje dermatologiczne** dla dzieci i młodzieży:

- w wieku 12 – 18 lat
- chorujących na Atopowe Zapalenie Skóry

Rodzice dzieci, którzy szukają nowych rozwiązań terapeutycznych w ramach **badan klinicznych** mogą kontaktować się z naszą infolinią:

tel. 22 223 17 21

Poznań, ul. Głogowska 31/33 | Warszawa, ul. Leszno 12 | Wrocław, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 12