

# MAM(y) wcześniaka



WRZESIEŃ 2015 (4)

## > Droga Mamo, Drogi Tato!

Z ogromną przyjemnością przekazujemy w Wasze ręce kolejny, czwarty już, numer naszej gazety. Podobnie, jak poprzednie, przygotowaliśmy ją dla Rodziców, których dzieci urodziły się przed planowanym terminem. Mamy nadzieję, że lektura naszej gazety będzie dla Was interesująca, a treści w niej zawarte pomogą Wam w codziennej opiece nad Waszym maleństwem.

Na łamach naszego magazynu wielokrotnie był poruszany temat niepodważalnych korzyści płynących z zapewnienia nowonarodzonemu dziecku bliskości z rodzicami poprzez kangurowanie, naturalne karmienie, wspólne przebywanie czy też czytanie. Rodzice jeszcze podczas ciąży potrafią wyobrazić sobie, jak to będzie wyglądało tuż po narodzeniu maleństwa. Pełni nadziei oczekują na moment rozwiązania.

Trudności zaczynają się piętrzyć, gdy dziecko przychodzi na świat i od pierwszych chwil musi być odseparowane od rodziców z powodu stanu swojego zdrowia. Zachęcamy Was do lektury artykułu na temat rodzicielstwa, bliskości w ekstremalnych warunkach, tworzenia idealnego związku, czyli bycia dobrą mamą. W tym numerze dowiedzie się więcej na temat kinezyterapii oddechowej metodą AFE, jak również po co lekarze wspomagają oddech u wcześniaków, jak działa respirator oraz jak wygląda i na czym polega program zapobiegania zakażeniom dróg oddechowych wywołanym przez wirus RS.

W tym miejscu zachęcamy Was, Kochani Rodzice, do wzięcia udziału w Szkole Rodzica Wcześniaka. W tym numerze przeczytacie o naszych Szkołach, zarówno z punktu widzenia lekarza, jak również rodzica-uczestnika.

Pamiętajcie – historia zna wielu wybitnych wcześniaków: Winston Churchill, Albert Einstein, Napoleon Bonaparte, Stevie Wonder, Mark Twain, Stanisław Wyspiański, Pablo Picasso, Karol Darwin, Izaak Newton – to tylko niektóre z nazwisk. Wasze dziecko też ma szansę na bycie w przyszłości kimś wyjątkowym i tego życzymy Wam z całego serca.

*Dużo siły i zdrowia dla Waszej Rodziny!  
Miłej lektury!*

*Prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
Koalicja dla wcześniaka,  
redakcja „MAM(y) wcześniaka”*



[www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl)

## > Nasze szkoły

**Co 10 dziecko w Polsce jest wcześniakiem. Tylko w Szpitalu im. ks. Anny Mazowieckiej, który jest ośrodkiem trzeciego stopnia referencyjności, na około 3 tys. porodów rocznie, 20% kończy się przed spodziewanym terminem.**

Przedwczesne narodziny dziecka wiążą się nie tylko z problemami medycznymi, ale stanowią również wyzwanie dla rodziców. Kruchość dziecka podłączonego do aparatury medycznej przeraża, budzi lęk i niepewność co do jego dalszych losów. Brak możliwości sprawowania bezpośredniej opieki wzbudza bezradność, czasem poczucie winy. Rodzicom trudno odnaleźć się w świecie OIOM-u, w którym przebywa ich dziecko, doświadczając skrajnych emocji, to utrudnia im kontakty z otoczeniem.

Rozwój wcześniaka zależy nie tylko od profesjonalnej opieki medycznej, ale również, od jakości kontaktów z rodzicami, od ich dostępności emocjonalnej, dlatego tak ważna wydaje się kierowana do nich pomoc, w odzyskaniu równowagi psychicznej. By pomóc rodzicom w odnalezieniu się w nowej roli, pomóc im poznać i zrozumieć własne dziecko, zorganizowaliśmy Warsztaty dla Rodziców Wcześniaków.

Pierwsze spotkanie odbyło się w marcu 2012 roku. Program, którego celem jest wsparcie emocjonalne i informacyjne rodziców, modelowanie zachowań komunikacyjnych oraz budowanie rodzicielskich kompetencji umożliwiających im włączenie się w opiekę nad dzieckiem, został przygotowany przez psychologa i neonatologa, na co dzień pracujących z rodzicami wcześniaków.

Warsztaty odbywają się raz w tygodniu i mają charakter grupy otwartej, rodzice mogą do niej dołączyć w odpowiednim dla siebie momencie. Przeznaczone są głównie dla rodziców dzieci hospitalizowanych w oddziale intensywnej terapii i patologii noworodka, choć czasem uczestniczą w nich rodzice, których dziecko opuściło już szpital.

Spotkania prowadzone są przez psychologa i lekarza neonatologa, a dodatkowo na poszczególne z nich zapraszani są specjaliści, którzy na co dzień sprawują opiekę nad wcześniakami. Cykl składa się z ośmiu spotkań, których program obejmuje tematy związane z opieką nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie.

Warsztaty trwają 2–2,5 godziny, są dopasowane do pór karmienia noworodków, tak by rodzic nie musiał wybierać czy towarzyszyć malcowi w trakcie jedzenia, czy uczestniczyć w spotkaniu, zdobywać wiedzę, ale też otrzymywać wsparcie ze spotkania z innymi rodzicami.

Celem tych spotkań jest przede wszystkim dawanie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego. W przyjaznej atmosferze rodzice mogą opowiadać o swoim dziecku, o jego postępach, zadawać nurtujące ich pytania. Odpowiedź przychodzi od grupy – innych rodziców lub obecnych na spotkaniu członków zespołu terapeutycznego.

Każde spotkanie zawiera również część edukacyjną – spotkania ze specjalistami: fizjoterapeutą, neurologopedą, konsultantem laktacyjnym lub ratownikiem medycznym. To pozwala zdobyć konkretną wiedzę, o potrzebach dziecka i sposobach ich zaspokajania. Dzięki temu rodzice coraz aktywniej włączają się w proces terapeutyczny. Poznają swoje prawa, odkrywają, w jaki sposób sami mogą opiekować się dzieckiem.

Rodzice wiedzą, że warsztaty nie są miejscem stawiania diagnoz czy budowania planów terapeutycznych, nie zastąpią one spotkania z lekarzem prowadzącym dziecko w oddziale. To przede wszystkim miejsce dzielenia się emocjami, pomysłami na rozwiązywanie pojawiających się problemów. Rodzice uczestniczący w warsztatach budują nadzieję na szczęśliwe zakończenie – życie i zdrowie dziecka, a także zdobywają rzetelną wiedzę.

Warsztaty pośrednio wpływają na zmiany w opiece nad wcześniakiem. Rodzice świadomi potrzeb swego dziecka, uposażeni w wiedzę i umiejętności zdobyte na zajęciach, aktywnie włączają się w proces terapeutyczny. Coraz wcześniej i dłużej kangurują swoje dzieci, w ciągu dnia karmią piersią „na żądanie”. Potrafią dostosować swoją aktywność do aktualnego stanu dziecka. Personel biorący udział w zajęciach poznaje perspektywę rodzica, lepiej rozumie jego emocje, ma szansę rozwijać swe umiejętności komunikowania się z osobami w traumie. To wszystko wpływa na poprawę jakości opieki nad matką i dzieckiem, a to jest celem nadrzędnym naszego działania.

Od ponad trzech lat warsztaty trwają nieprzerwanie i wzięto w nich udział ponad 200 osób, coraz częściej przychodzą do nas rodzice, których dzieci urodziły się w innych szpitalach. To świadczy o tym, że jest to idea warta naśladowania.



**SZKOŁA RODZICA  
WCZEŚNIAKA**

Więcej informacji na stronie  
[www.wczesniaki.org.pl](http://www.wczesniaki.org.pl)

*Bożena Cieślak-Osik – psycholog,  
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie*

[www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl)

## > **My nie jesteśmy odwiedzającymi, my jesteśmy rodzicami**

### **Kochani Rodzice Naszych Wcześniaków,**

Na pewno trudno Wam uwierzyć, że jeszcze i dzisiaj zdarzają się oddziały intensywnej terapii, które są niedostępne i zamknięte dla osób z najbliższej rodziny ciężko chorych pacjentów. Jeszcze parę lat temu napis „na tym oddziale nie ma odwiedzin” był powszechnie obecny, budził grozę i strach, ale przede wszystkim sprzeciw wielu osób. Oddziały intensywnej terapii były miejscami szczególnie niedostępnymi, a tę niedostępność tłumaczono nieuzasadnionymi względami epidemiologicznymi.

” **Zaniepokojeni o los swoich dzieci rodzice zadawali sobie pytania: Co się dzieje za tymi drzwiami? Co ci ludzie robią tam z moim dzieckiem? Czemu „to” wszystko wydaje się być tajemnicą?** ”

Bo to oczywiście prawda, że bardzo niedojrzałe wcześniaki mają mało mechanizmów chroniących je przed zakażeniami i reżim sanitarny na oddziałach intensywnej terapii musi być szczególnie i ściśle przestrzegany. Ale wszyscy musimy uświadomić sobie, ten udowodniony i dobrze udokumentowany fakt, że dla chorego pacjenta, w tym przypadku noworodka, groźne są ręce nas wszystkich, a przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, którzy stykają się z dużą liczbą dzieci. To na niezdezynfekowanych rękach możemy przenieść z dziecka na dziecko bakterie. Ale tak się nie dzieje, gdy nasze ręce są wyjątkowo środkiem dezynfekcyjnym. Uwierzyć mi po tym tak prostym zabiegu, nasze ręce są całkowicie wyjątkowo. Oczywiście drugim ważnym źródłem zakażenia są dreny, rurki, cewniki, sondy, elektrody, które Państwa dziecko musi niestety mieć w sobie i na sobie, bo dzięki nim funkcjonują wszystkie niezbędne ratujące życie urządzenia – dzięki nim możliwe jest dostarczanie mleka mamy, śledzenie wszystkich parametrów życiowych. Tych przedmiotów, zwłaszcza w pierwszych dniach życia ciężko chorego, bardzo niedojrzałego noworodka, wyeliminować się nie da. Ale ręce łatwo jest porządnie umyć, a następnie zdezynfekować. I gdy to wszyscy zrozumieliśmy, otworzyły się drzwi oddziałów intensywnej terapii dla Rodzi-

ców – dla mamy i taty, którzy po dokładnej dezynfekcji rąk, dotykają tylko i wyłącznie swoje dziecko – nie mogą więc żadnych bakterii przenieść na inne dziecko. Ten noworodek obok ma swoją mamę i jej ręce. A ręce i dotyk Rodziców leczą.

Pisaliśmy wiele o tym w poprzednich wydaniach gazety MAM(y) WCZEŚNIAKA. Teraz chcemy raz jeszcze Państwu uświadomić, że Wasze ręce, dotyk, kangurowanie to metody wspomagające proces naszego, medycznego leczenia, czasem długotrwałego, czasem dla nas lekarzy i pielęgniarek bardzo trudnego. Ale gdy Was nie ma, wszystko idzie nam gorzej. Kangurowanie to kontakt skóry dziecka ze skórą własnych Rodziców, zwłaszcza ze znaną w czasie ciąży florą bakteryjną mamy.

W gronie ludzi pochylających się nad Waszym dzieckiem i niosących mu medyczną pomoc, Rodzice są bardzo ważni i niezbędni. To co lekarze widzą na ekranie monitora czy wysłuchają słuchawką lekarską, Wy-RODZICE widzicie i czujecie sercem. Ale tylko wówczas, gdy spędzacie całe dni przy inkubatorze swojego synka czy córeczki. Wy Rodzice nie możecie być gośćmi na oddziale intensywnej terapii czy patologii noworodka. Nie odwiedzacie swojego dziecka, bo odwiedziny to zwykle krótkie, sporadyczne spotkania znajomych, przyjaciół czy członków rodziny. Wy jesteście na naszych oddziałach, zawsze otwartych dla WAS, po prostu Rodzicami. I w tym słowie mieści się wszystko: Wasze obserwacje zachowania dziecka, rozumienie jego potrzeb, które pewnie lepiej czasem odczytujecie z buzi i oczu, niż my tak zwanym „fachowym” wzrokiem lekarskim.

Rodzice to świadomi członkowie naszego zespołu, który tworzymy wspólnie i z dnia na dzień – gdy dni i tygodnie mijają nam przy Waszym dziecku, rozumiemy się coraz lepiej.

Zadziwiacie nas często, jak szybko przyswajacie sobie Państwo ważne dla problemów wcześniactwa terminy medyczne, jak potraficie zrozumieć nieprawidłowe wyniki badań, jak szybko orientujecie się, co naprawdę jest ważne i zasadnicze dla życia noworodka, a co pewnie istotne z punktu widzenia Waszych emocji, ale mniej ważne dla dziecka. Wierzę, że pomagają Wam w tym zajęcia w Szkole Rodzica Wcześniaka. Bardzo zaangażowana grupa osób różnych specjalności chce przeprowadzić Państwa przez trudny okres pobytu Waszego dziecka w szpitalu i przygotować Was do opieki nad wcześniakiem

w domu. Pierwsze dni po urodzeniu dziecka są trudne. Mama, często zbyt słaba po porodzie, nie może spędzać wiele czasu przy inkubatorze, zwykle w mało wygodnej pozycji. Ale jest Tata. On też nie jest odwiedzającym.

W większości oddziałów neonatologicznych w Polsce nie jesteśmy w stanie zaoferować Wam osobnego pokoju tylko dla Was i pielęgniarki. Pewnie długo to nie będzie w Polsce możliwe, podobnie jak w większości krajów w Europie. Ale dziękujemy Wam za tolerancję warunków, jakimi dysponujemy. A my zapewniamy, że sprzęt jakim dysponujemy, medyczne procedury i metody, jakie stosujemy dla ratowania życia i leczenia są nowoczesne i mają światowe standardy. Rzadko możemy Państwu niestety zapewnić dostatecznie wygodne warunki pobytu przy swoim dziecku, ale prosimy bądźcie z nami codziennie.

**MY JESTEŚMY RODZICAMI** i mamy prawo spędzać tyle czasu ile możemy przy inkubatorze czy łóżeczku dziecka. Ta społeczność i jedność rodziców na oddziale intensywnej terapii budzi we mnie zawsze podziw. Widzę, jak nawiązują się przyjaźnie z innymi rodzicami oraz członkami personelu, jak odczuwalne są sympatie i czasem antypatie, podobnie jak w każdych społecznościach bywa. Dla gości staramy się być zawsze grzeczni, poprawni, uśmiechnięci. Dla siebie na co dzień i u siebie na oddziale bywa różnie. Dziś gorszy nastrój, wczoraj większy niepokój o dziecko, dzisiaj muszę być krócej z dzieckiem. Ta pielęgniarka jest zawsze taka wesoła, taka pomocna, tamta chyba mniej lubi, ale jak wspaniale podłącza ten worek z żywnością dla Maćka, jak sprawnie wkuwa się do ledwo widocznej żyłki na rączce. Jest niesamowita. Macie Państwo prawo do komentarzy, do zadawania pytań, proszenia o wyjaśnienie, o dłuższą dzisiaj niż wczoraj rozmowę z lekarzem, bo jesteście Rodzicami, a nie gośćmi czy odwiedzającymi. Goście muszą mieć Wasze pozwolenie na obejrzenie dziecka. Jednak przy dziecku nie powinno być więcej niż dwie osoby. Najlepiej – Mama i Tata. Tej zasady ze względów epidemiologicznych należy bezwarunkowo przestrzegać.

*Prof. dr hab. n. med.  
Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka  
– Kierownik Kliniki Neonatologii  
i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego*

## > **Co za głośno, to nie zdrowo !!!**

**Chciałbym, abyście Państwo czytając ten krótki artykuł, zainteresowali się problemem hałasu, a w szczególności naszym wpływem na niego. Wiemy dobrze, że w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych, przed 32. czy też przed 37. tyg. ciąży, bardzo ważny jest prawidłowy rozwój mózgu.**

### **Lecz czym jest hałas?**

Jest to dźwięk o nadmiernym natężeniu w danym miejscu i w danym czasie. Nasza rozmowa to poziom 60dB, zaś praktycznie wszystko powyżej 75dB może wpływać niekorzystnie na nasze zdrowie, powodując wzrost ciśnienia, adrenaliny, zaburzenia żołądka, czy też zmęczenie i nerwowość. Podobnie dzieje się z naszymi pociechami – na początku w szpitalach, a następnie w przedszkolach, szkołach i miejscach pracy.

Dziecko w łonie matki odczuwa natężenie hałasu na poziomie 40dB. Naszym wspólnym zadaniem jest tak działać, aby noworodki nie musiały być narażone na niepotrzebne bodźce dźwiękowe, takie jak: trzaskanie drzwiami wejściowymi, głośne dzwonki telefonów komórkowych czy niepotrzebne rozmowy.

W otoczeniu niemowląt występują także dobre dźwięki, do których są one przyzwyczajone, a które możemy nazwać dobrym hałasem. Dlatego warto czytać i śpiewać naszym dzieciom, mówić do nich, a także nagrywać dźwięki z domowego otoczenia i odtwarzać je. Noworodki słyszały te dźwięki przez kilka miesięcy i nadal ich potrzebują, gdyż są to te dobre bodźce wpływające pozytywnie na rozwój systemu nerwowego.



go. Tę sytuację możemy porównać do stymulowania mózgu dziecka różnymi kolorowymi kartkami, jakie wieszamy w pokojach, jak już wrócą do domu ze szpitala. Noworodki potrzebują, a wręcz muszą być pozytywnie stymulowane.

Gdzie w szpitalu możemy się spotkać z hałasem? Praktycznie wszędzie. Czy możemy temu zapobiec? Zdecydowanie TAK. Jakie w związku z tym podejmować działania? Po prostu kontrolować siebie i innych, przestrzegać zasad higieny słuchu i ostrzegać przed nadmiernym i niepotrzebnym hałasem.

Warto pamiętać, że ochrona przed hałasem to nie tylko szpital, to także za 2-3 lata przedszkole, a następnie szkoła. Czy warto więc bagatelizować problem? Odpowiedź na to pytanie jest oczywista – żaden rodzic nie chce, by jego dziecko za kilkadziesiąt lat stało się pacjentem gabinetu laryngologicznego lub musiało używać aparatu słuchowego!

*Piotr Korczyński  
Fundacja „CO ZA GŁOŚNO, TO NIE ZDROWO”*

## > Do czego służą siatki centylowe?

**Drodzy Rodzice Wcześniaków i nie tylko,**

Pewnie zastanawiacie się, dlaczego tyle – my pediatrzy i neonatolodzy – mówimy na temat siatek centylowych i ich znaczenia w opiece nad Waszymi pociechami? Może zadajecie sobie również pytanie, czy siatki umieszczone w książeczkach zdrowia dziecka nie wystarczą?

**Poniżej postaram się wyjaśnić pokrótce Wasze wątpliwości...**

Siatki centylowe w chwili urodzenia służą nam głównie do tego, żeby uzyskać odpowiedź na pytanie, czy urodzony właśnie człowiek jest odpowiednio duży jak na swój wiek, czyli czas mierzony w tygodniach od poczęcia. Dla przykładu: rodzi się dziecko, które waży 3 kilogramy. Przeciętnie każdy zapytany człowiek powiedziałby, że to masa w sam raz na noworodka. I faktycznie: jak na 40. tydzień ciąży (czyli optymalny czas na urodzenie się młodego człowieka) większość chłopców i dziewczynek ważących właśnie tyle, czyli 3 kilogramy, według stosowanych w Polsce siatek centylowych byłaby w sam raz. Ale 3 kilogramy dla dziecka urodzonego, np. w 28. tygodniu ciąży to już o wiele za dużo. Tak jak dla dziecka donoszonego za dużo to 5 albo 6 kilogramów. Za duża masa ciała jest określana, jako hipertrofia albo masa powyżej 90 centyla. Dzieci za duże w chwili urodzenia mogą po prostu być duże po rodzicach, ale też duża masa urodzeniowa może być konsekwencją cukrzycy podczas ciąży. U dzieci z dużą masą urodzeniową należy kontrolować stężenie glukozy we krwi, ponieważ grozi im hipoglikemia, czyli niedobór glukozy we krwi w pierwszych dniach życia. Bardziej nas jednak martwią dzieci za małe, a nie za duże. Na przykład: czy noworodek o masie ciała 1 kilogram zawsze jest wcześniakiem? Niekoniecznie. Jeśli dziecko ważące 1 kilogram płacze, pije mleko z piersi i nie wymaga opieki na oddziale intensywnej terapii

może być po prostu małe jak na swój tydzień ciąży. Powodem może być choćby niewydolność łożyska matki, czyli złe odżywianie płodu podczas ciąży. Noworodek może ważyć 1 kilogram i urodzić się w 40. tygodniu ciąży (jako donoszony), albo z tą samą masą urodzić się w 28. tygodniu ciąży (jako wcześniak). Właśnie to pokazują nam siatki centylowe. Czy masa ciała dziewczynki albo chłopca pasuje do tygodnia od poczęcia? Siatki centylowe, na podstawie badań tysięcy dzieci, pokazują normę masy ciała, jakiej spodziewamy się dla dziecka urodzonego w konkretnym czasie od poczęcia. Masę ciała zbyt małą jak na tydzień ciąży określamy jako „hipotrofię” (masę poniżej 10 centyla). Dzieci zbyt małe również mogą cierpieć z powodu hipoglikemii, ale też obarczone są większym ryzykiem problemów z przyswajaniem pokarmu (martwicze zapalenie jelit), wrodzonych chorób, takich jak zakażenia wirusowe lub aberracje chromosomalne. W praktyce informacja, czy masa ciała „pasuje” do tygodnia ciąży, oznacza dla lekarza albo normę albo podejrzenie patologii. A to ogromna różnica. Istnieją też odpowiednie normy wzrostu i obwodu głowy zamieszczone, np. w książeczkach zdrowia dziecka.

Siatki centylowe muszą być uaktualniane przynajmniej raz na 10 lat oraz odnosić się do konkretnej grupy ludzi, np. mieszkańców Mazowsza albo Wielkopolski. Stąd potrzeba regularnego uaktualniania siatek. Rzetelność nakazuje, by porównywać dzieci z podobnego regionu zamieszkania ze względu na panujące tam warunki środowiskowe i społeczne oraz aktualizować dane przynajmniej raz na dziesięć lat z powodu, tzw. „akceleracji rozwoju”, czyli powiększania się wzrostu i masy ciała ludzi z pokolenia na pokolenie.

Osobne siatki centylowe powinny być utworzone dla dzieci z ciąż mnogich, czyli głównie bliźniąt, ponieważ masa urodzeniowa dzieci z takich ciąż jest z oczywistych powodów mniej-

sza (mama jedna, a dzieci więcej), co może powodować wiele błędów w ocenie i diagnostyce za małej lub za dużej masy w chwili narodzin, jeśli zastosujemy siatki przeznaczone dla dzieci z ciąż pojedynczych. Może to powodować niepotrzebne rozpoznawanie hipotrofii, wykonywanie badań itd.

„ **Siatki zamieszczone w książeczkach zdrowia dziecka nie obejmują wcześniaków ani dzieci z ciąż mnogich. Stąd potrzeba osobnego zajęcia się tymi dziećmi, a co za tym idzie tworzenia odpowiednich siatek centylowych.** ”

Poza tym, siatki centylowe służą do obserwowania, jak dziecko rozwija się co do masy, wzrostu i obwodu głowy od chwili narodzin przez całe dzieciństwo. Pokazują, czy rozwój przebiega harmonijnie, czy też nie. I znowu ani dzieci z ciąż mnogich ani wcześniaków nie obejmują standardowe siatki centylowe zamieszczone w książeczkach zdrowia dziecka.

Dlatego właśnie opracowujemy specjalne siatki dla konkretnych dzieci. Aby, jak najwcześniej „wyłapać” chorobę i leczyć ją oraz by zapobiegać zaburzeniom rozwoju, takim jak niedożywienie, otyłość albo nieharmonijny rozwój.

Mam nadzieję, że kwestia siatek jest już przejrzysta i przekonałam Rodziców do ich ogromnego znaczenia w ocenie rozwoju Dzieci.

Pozostaję z szacunkiem i otwartością na pytania.

*Dr n. med. Monika Sierzputowska-Pieczara*

## > Przewód pokarmowy wcześniaka – problemy, zagrożenia i możliwości przyswajania pokarmu

**Noworodek urodzony przedwcześnie musi się zmagać z wieloma problemami. Im wcześniej przed terminem porodu przyszedł na świat, tym kłopotów więcej. Jest to związane z niedojrzałością wszystkich narządów i układów. Bardzo ważnym układem dla wcześniaka jest przewód pokarmowy. Z jednej strony odpowiada za pobieranie i przyswajanie pokarmu, czyli tzw. żywienie enteralne (doustne), z drugiej zaś jest wielkim, bardzo znaczącym „narzędziem immunologicznym”, czyli może modelować, wpływać na odporność noworodka, stanowiąc dla niego barierę przeciw zakażeniom.**

O możliwości przyswojenia przez dziecko odpowiedniego żywienia doustnego decyduje stopień rozwoju przewodu pokarmowego. Chodzi tu zarówno o czynność motoryczną, tj. zdolność opróżniania żołądka, mieszania treści pokarmowej, pasaż przez jelita, jak i dojrzałość trawienno-absorpcyjną, zależną od czynności zarówno wątroby, trzustki, jak i samych jelit. Uważa się, że już od 24–25. tygodnia ciąży przewód pokarmowy płodu może „tolerować” pokarm kobiecy podany doustnie, choć dojrzałość czynnościowa układu trawiennego jest jeszcze niepełna, szlaki metaboliczne niewykształcone, a odruch ssania i połykania nieobecne. Karmienie doustne, na tym etapie rozwoju odbywać się musi poprzez sondę dożołądkową, a jego powodzenie zależy dodatkowo od stanu przedwcześnie urodzonego dziecka. Dlatego szalenie ważne jest, aby pierwszym pokarmem, jaki trafi do jamy ustnej wcześniaka, był pokarm kobiecy, drogocenna siara.

Staramy się, aby jak najwcześniej, już w pierwszych godzinach życia, choćby kropla pokarmu trafiła na śluzówkę jamy

ustnej wcześniaka. Jest to związane z licznymi bioaktywnymi składnikami siary, które programują żywieniowo przewód pokarmowy noworodka oraz dostarczają substancji odpornościowych. Ważna jest także kolonizacja przewodu pokarmowego dobroczynnymi bakteriami z pokarmu kobiecego, które stwarzają jakby barierę dla bakterii chorobotwórczych. Takie postępowanie może uchronić wcześniaka przed rozwojem martwiczego zapalenia jelit, jednego z najcięższych powikłań u bardzo niedojrzałych noworodków. Noworodki urodzone przedwcześnie karmione pokarmem kobiecym rzadziej chorują też na posocznice, czyli zakażenie uogólnione. Należy pamiętać, że proces rozwoju przewodu pokarmowego trwa nadal po urodzeniu, chociaż w innych warunkach niż wewnątrzmaciczne, a gdyby nie poród przedwczesny płód połykałby jedyne wody płodowe. Zwykle karmieniu doustnemu towarzyszy także odżywianie pozajelitowe, dożylnie, podawane przez pompę infuzyjną. Im lepiej wcześniak toleruje karmienie doustne, tym odżywianie pozajelitowe może trwać krócej.

Dlatego prawidłowe żywienie wcześniaka to bardzo ważny element jego leczenia, prawdziwa sztuka wymagająca wielkiej wiedzy i doświadczenia oraz pracy całego zespołu specjalistów – lekarza neonatologa, pielęgniarki, rehabilitanta, doradcy laktacyjnego, neurologopedy i psychologa.

A co wtedy, gdy mimo wysiłków mamy wcześniaka nie udaje się uzyskać pokarmu kobiecego? Należy „walczyć” dalej. Aby nie być zmuszonym do zastosowania mieszanki sztucznej, można przejściowo zastosować do żywienia wcześniaka pokarm z banku kobiecego. Zwykle po 4–7 dniach mama potrafi

już całkowicie pokryć zapotrzebowanie na mleko do żywienia enteralnego. Jednak liczne badania naukowe wskazują, że najlepszym rozwiązaniem w tym okresie jest wspomaganie się lekiem, jakim jest pokarm z banku mleka.

Taki **Regionalny Bank Mleka powstał w styczniu tego roku w Warszawie w Szpitalu Specjalistycznym im. Świętej Rodziny**. To wysokospecjalistyczne laboratorium i placówka medyczna, gdzie honorowa dawczyni musi być pozytywnie zweryfikowana przez doradcę laktacyjnego i lekarza, aby dzielenie się mlekiem było bezpieczne dla zdrowia dawczyni i jej biologicznego dziecka oraz bezpieczne dla potencjalnego biorcy. Mleko jest przebadane, poddane procesowi pasteryzacji i prawidłowo przechowywane. Jest bezpieczne i bardzo potrzebne. Kiedy wcześniak już dojrzeje, karmiony będzie pokarmem swojej biologicznej mamy. W banku mleka można również podzielić się swoim pokarmem z innymi. Stanie się on lekiem dla następnych niedojrzałych i chorych dzieci.



*Dr n. med. Beata Pawlus  
lekarz kierujący  
Oddziałem Neonatologii  
Szpitala Specjalistycznego  
im. Św. Rodziny w Warszawie;  
Konsultant Kliniczny Regionalnego  
Banku Mleka Kobiecego w Warszawie;  
Członek Rady Naukowej Fundacji  
Bank Mleka Kobiecego*

## ➤ **CZY POTRAFIĘ BYĆ TWOJĄ MAMĄ? Trudne chwile w opiece nad noworodkiem i niemowlęciem**

Czekając na narodziny dziecka, rodzice snują różne wyobrażenia na temat swego maleństwa i własnej relacji, jaką chcieliby z nim zbudować. W rzeczywistości właśnie wtedy, gdy nasz umysł zaczyna w mniej czy bardziej świadomy sposób zajmować się przygotowaniem do rodzicielstwa, ta relacja już zaczyna się zawiązywać. Jej koloryt będzie miał zasadnicze znaczenie dla rozwoju dziecka od pierwszych chwil jego życia, będzie też silnie powiązany z przeróżnymi stanami doświadczanymi przez mamę i tatę malucha, którzy powoli zaczynają stawać się rodzicami. Donald Winnicott, przenikliwy znawca tego tematu, twierdził wprost, że nie sposób mówić o dziecku i jego matce jako o odrębnych, niezależnych bytach, ponieważ ich wzajemne stosunki, bliskość, reakcje, myśli i emocje doświadczane, kiedy są razem i gdy się rozstają, głęboko osadzają się w każdym z nich jako część nich samych. W ten sposób każde z nich jest kształtowane poprzez tę wzajemną relację. Zatem mama staje się zawsze mamą w kontekście jej relacji z tym, a nie innym dzieckiem, a dziecko staje się sobą w kontekście bardzo konkretnej relacji z tą, a nie inną, mamą. Czyli indywidualne cechy mamy i dziecka będą odgrywały kluczową rolę w ich relacji i nie tylko decydowały o jej specyfice i jakości, ale kształtowały ich jako osoby.

” **Natura doskonale wyposażyla nas w pełną gotowość do zbudowania tego najważniejszego w życiu związku.** ”

Noworodek przychodzi na świat z dobrze rozwiniętymi zmysłami, wrażliwością na dotyk, umiejętnością nawiązywania dialogu z rodzicem i sygnalizowania potrzeb. Mama i tata mają natomiast do dyspozycji coś, co za parą niemieckich badaczy Mechthild i Hanusa Papoušek, można nazwać „intuicyjnym rodzicielstwem”. Jak wskazują obserwacje prowadzone na całym świecie, dzięki wrodzonym reakcjom każdy dorosły człowiek ma potencjał do opiekowania się swym potomstwem. W kontakcie z niemowlęciem wręcz automatycznie dostosowujemy zazwyczaj swe zachowanie do potrzeb i możliwości dziecka. Pochylamy się nad nim na odpowiednią dla niego odległość, zmieniamy ton głosu na zdecydowanie wyższy, dostosowujemy tempo ruchów do ruchów dziecka, kołyszemy je po wzięciu na ręce, a kiedy trzymamy, zazwyczaj robimy to po lewej stronie – przy sercu. Dzięki harmonijnemu „tańcowi” odbywającemu się pomiędzy matką a dzieckiem podczas zwyczajnych czynności, takich jak zabiegi higieniczne, zabawa czy karmienie, oboje uczą się siebie i dostosowują swe zachowanie do zachowania partnera. Na przykład, kilkudniowe dziecko zaczyna się orientować, że nie musi bardzo długo czekać, by przywołać mamę czy tatę, rodzice zaś z dnia na dzień coraz lepiej orientują się w sygnałach płynących od dziecka i dzięki temu coraz łatwiej jest im odpowiadać na nie zgodnie z potrzebami maluszka.

Jednak na przebieg tego wspólnego „tańca” wpływa szereg czynników, nad którymi nie zawsze się zastanawiamy, a które bardzo mocno zmieniają naszą percepcję relacji z dzieckiem, oddziałują na naszą i dziecka gotowość do przeżywania we wzajemnym kontakcie różnych stanów, np. radości i ukojenia. Każdy rodzic i dziecko wnoszą bowiem do wspólnego związku jakiś bagaż. Stan zdrowia dziecka, jego poziom wrażliwości i dojrzałość fizyczna będą miały ogromne znaczenie dla tego, jak dziecko będzie sygnalizowało swe potrzeby, jak dalece będzie odporne na bodźce mało przyjazne, jak szybko będzie w stanie oswajać się ze światem poza łonem matki. Rodzic z kolei wnosi do swego związku z dzieckiem spore bogactwo własnej historii życia, zwłaszcza tej historii, która dotyczy jego dzieciństwa i przeżyć w kontaktach z własnymi rodzicami. Narodziny dziecka (w zasadzie już okres ciąży) aktywują w matce i ojcu nieświadome wspomnienia z okresu wczesnego dzieciństwa, wyzwalając obrazy czy doznania dotyczące ich samych jako maleńkich dzieci, doświadczających radości,

ukojenia, ale i smutku, samotności, bezradności czy strachu. W rodzicach niemowlęcia zaczynają wtedy zachodzić z niezwykłą intensywnością doznania powiązane z tym, w jaki sposób się nim opiekowano (czy troskliwie, pospiesznie, czule, z dystansem...), jaki koloryt miały ich relacje z najważniejszymi opiekunami. W dodatku pewne sytuacje, zachowania, stany pojawiające się tu i teraz u własnego dziecka, takie jak płacz, domaganie się bliskości rodzica, mogą silnie aktywować te wczesne doświadczenia. Wszystkie te elementy tworzą coś w rodzaju „chmury” przeróżnych treści wokół nowonarodzonego malucha. Specjaliści, opisując takie zjawisko, mówią czasami o „duchach nad kołyską”, które przenikają różne sfery funkcjonowania pary rodzic-dziecko i niepostrzeżenie wpływają na ich interakcje. Pochodną tych przeżyć są w jakimś sensie także wyobrażenia i oczekiwania dotyczące siebie w roli rodzica i samego dziecka, jego rozwoju czy przyszłości. Na ich kształt ma też wpływ aktualna sytuacja życiowa rodziców, ich relacja partnerska, wsparcie otoczenia, a nawet sytuacja materialna czy mieszkaniowa. Te sprawy mogą bowiem być źródłem dodatkowego zmęczenia, stresu czy niepokoju przeżywanego z pozoru poza relacją z dzieckiem, ale jednak i na niej odciskającym swe piętno.



Samo wejście w rodzicielstwo, w sytuację najbardziej intymną, pełną niewypowiedzianych przeżyć wynikających z relacji z drugim człowiekiem, zwłaszcza bardzo maleńkim, całkowicie zależnym od rodzica, to zadanie ogromne i wymagające postawienia w stan gotowości wszelkich naszych zasobów. Dlatego właśnie doświadczenie to aktywuje to, co najlepsze, i to, co najboleśniesz, w naszym istnieniu. Nie tylko dzieciństwo, ale też inne wydarzenia, przeżyte w późniejszej fazie życia, takie np. jak choroby, straty bliskich osób, wszelkie urazy emocjonalne, które położyły się cieniem na poczuciu bezpieczeństwa matki czy ojca i nadszarpane ich stabilność psychiczną, mają znaczenie. Także i one w obliczu narodzin dziecka mogą wywołać nieoczekiwane, czasem trudne do zrozumienia i przykre doznania i zachowania. Pojawić się może wtedy poczucie winy, niekompetencji, wyczerpanie, a wręcz wrażenie bycia więźniem pragnień i wymagań dziecka. Towarzyszyć temu mogą wątpliwości dotyczące poczucia tożsamości matki czy ojca. Przypuszcza się, że czasami relacja z dzieckiem jest swego rodzaju „wyzwalaczem” specyficznych zakłóceń o różnym natężeniu w funkcjonowaniu rodziców, przejawiających się na przykład nadmiernym niepokojem o stan dziecka czy własny, poczuciem bezsilności czy zubożenia, złością itp. Nieraz stany te przybierają postać, np. depresji poporodowej.

Na takie doświadczenia, przejawiające się w różnych obszarach kontaktów z dzieckiem, może być narażony nawet najbardziej troskliwy i czuły rodzic, nie są one zależne od jego woli, a ich źródło leży nieraz daleko poza bieżącą chwilą. Często ogniskują się one wokół takich podstawowych tematów jak: bliskość fizyczna, (np. na ile chcę, na ile potrafię obdarzać nią swe dziecko), czas czy uwaga poświęcane różnym czynnościom w opiece nad dzieckiem, karmienie dziecka (np. wybór sposobu karmienia, nadmierna koncentracja i niepokój wokół karmienia itd.), czy lęk przed skrzywdzeniem dziecka. Często mamy przeżywające trudności w odnalezieniu się w swym macierzyństwie z różnych powodów, mniej lub bardziej świadomie zadają sobie bardzo fundamentalne pytania: Czy potrafię być dla ciebie dobrą mamą? Czy umiem spełnić twoje oczekiwania? Czy mogę być dobrą mamą, jeśli mam wątpliwości? Co poza mlekiem mogę ci dać? Czy mogę się przyznać, że karmienie czy inne sprawy dotyczące opieki nad tobą to dla mnie nic przyjemnego, że to koszmar, że coś budzi złość albo mnie odpycha?

Z pozoru zdajemy sobie sprawę, że nikt nie staje się rodzicem z dnia na dzień, w jednej magicznej chwili narodzin dziecka. Wiemy, że jest to proces, niekiedy wymagający długiego czasu dojrzewania, czasem utrudniony, gdy dziecko rodzi się przedwcześnie, gdy jest chore, gdy z narodzinami pojawia się lęk o jego życie. Wiemy też, że każda mama czy ojciec popełniają błędy, ucząc się swych ról. Nie istnieje coś takiego jak idealna harmonia pomiędzy dzieckiem a matką, a liczy się to, by dobrych chwil było jak najwięcej, choć nie wszystkie takie mogą być. Na przykład, karmienie dziecka mlekiem modyfikowanym z butelki nie osłabia możliwości zapewnienia dziecku bliskości i wyposażenia go w poczucie bezpieczeństwa, dzięki zbudowaniu dobrej relacji przywiązania. Z kolei sam fakt karmienia piersią nie daje gwarancji, że relacja matka-dziecko ukształtuje się prawidłowo. Mimo tej wiedzy, trudno osiągnąć spokój, kiedy każdy dzień przynosi nowe wątpliwości, przykre emocje i myśli, a poczucie porażki i wyczerpania pogłębiają się. Czasami z pozoru wszystko układa się dobrze, ale coś utrudnia przeżywanie radości z bycia rodzicem, a maluszek zaczyna przejawiać drobne trudności w swym funkcjonowaniu, ma problemy ze snem, z jedzeniem, wydaje się szczególnie nerwowy.

To także może wiązać się z ukrytymi przed naszą świadomością i uwagą tematami, o których była mowa wyżej.

” **W takich sytuacjach, kiedy czujemy się niepewnie, pojawiają się w nas uczucia i myśli, które nas zaskakują, kiedy mamy poczucie, że coś po prostu jest „nie tak”, warto poszukać kogoś, z kim będziemy mogli swobodnie porozmawiać i podzielić się swym niepokojem.** ”

W zależności od nasilenia trudności, czasem może to być po prostu bliska osoba, partner czy przyjaciółka, bądź ktoś bardziej neutralny, jak położna czy doradca laktacyjny. Silna potrzeba uzyskania potwierdzenia własnych kompetencji i dowartościowania w roli matki, to naturalny element wchodzenia w macierzyństwo i ojcostwo. Dobrze jest, gdy osoby towarzyszące wtedy rodzicom naprawdę to rozumieją.

Nie zawsze jednak chcemy i możemy korzystać z pomocy najbliższego otoczenia. Warto wtedy poszukać bardziej specjalistycznego wsparcia, na przykład psychologa, który zajmie się nie tylko stanem dorosłego, ale swą uwagą obejmie parę – rodzica wraz z dzieckiem, a nawet całą rodzinę. W tego typu sytuacjach najlepsze efekty terapeutyczne osiąga się, jeśli



uwzględnimy to, jak złożone mogą być źródła problemów doświadczanych w aktualnym czasie. Jeżeli bowiem uznać, że zakłócenia, takie jak trudności ze spełnianiem podstawowych czynności opiekuńczych, czy poczucie przeciążenia, aż po depresję poporodową, w wielu przypadkach mają charakter zaburzeń o charakterze relacyjnym, ich leczenie powinno być ukierunkowane na relację matka-dziecko czy ojciec-dziecko, bądź na całą trójkę, nie na samą matkę czy ojca. Na słuszność takiego stwierdzenia wskazują badania dotyczące leczenia i wspierania kobiet, u których wystąpiła depresja poporodowa. Objęcie pomocą wszystkich partnerów relacji, jeśli zachodzi taka potrzeba, daje szansę na szybką poprawę. Jeśli decydujemy się na korzystanie z tego rodzaju pomocy, która

wcale nie musi być długotrwała, specjalista pomoże poszukać powiązań pomiędzy przeszłością a teraźniejszością w celu pogłębienia zrozumienia własnej sytuacji i ustosunkowania do dziecka, ale i rozumienia przeżyć dziecka, pokazujących się w jego reakcjach. Dzięki obecności dziecka w trakcie rozmów ze specjalistą, można lepiej skoncentrować się na relacji z dzieckiem. Taka sytuacja pozwala też na pełniejszą ekspresję określonych interakcji między rodzicem a maluchem. Efekty tego rodzaju pracy mają swe odbicie w różnych obszarach, daje ona bowiem rodzicowi m.in. poczucie zwiększonego zaufania do własnych możliwości i pogłębienia zrozumienia dziecka, pomaga też otworzyć się na całą paletę przeżyć, zarówno negatywnych, jak i pozytywnych, w kontakcie z dzieckiem.

Nade wszystko zaś po prostu pomaga zrozumieć siebie i własne dziecko, a dzięki temu wyposaża także mamę i tatę na przyszłość, ponieważ sprawia, że konfrontacja z napotkanymi w kolejnych latach wyzwaniem rodzicielskim stanie się inspiracją do refleksji i poszukiwań, a niekoniecznie zaczątkiem kolejnego kryzysu.

*Magdalena Polaszewska-Nicke,  
psycholog, współzałożycielka i prezeska ZERO-PIĘĆ,  
Fundacji na rzecz zdrowia psychicznego małych dzieci*

[www.fundacja05.pl](http://www.fundacja05.pl)

## > Bliskość na odległość

**Na łamach naszego magazynu wielokrotnie poruszany był temat niepodważalnych korzyści płynących z zapewnienia nowonarodzonemu dziecku bliskości z rodzicami, poprzez kangurowanie go w kontakcie „skóra do skóry”, naturalne karmienie, przebywanie z nim, czytanie mu itd. Rodzice jeszcze podczas ciąży potrafią wyobrazić sobie, jak to będzie wyglądało tuż po narodzeniu maleństwa. Pełni nadziei oczekują na moment rozwiązania.**

Trudności zaczynają się piętrzyć, gdy dziecko przychodzi na świat i musi być od pierwszych chwil odseparowane od rodziców z powodu stanu swojego zdrowia. Dotyczy to nie tylko noworodków urodzonych przedwcześnie, ale także dzieci z wrodzonym zakażeniem, niedotlenionych oraz z wszelkimi rodzajami wad wrodzonych, np. serca. Najwięcej w Polsce noworodków z rozpoznanymi prenatalnie problemami kardiologicznymi przychodzi na świat w Klinice Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wysoka rozpoznawalność tych wad w ciąży jest wspaniałym osiągnięciem specjalistów diagnostyki prenatalnej. Dzięki temu rodzice już przed porodem są informowani o rozpoznaniu oraz przygotowani przez specjalistów wyko-

nających badania obrazowe na to, że dziecko będzie wymagało często wieloetapowego i długotrwałego leczenia.

Nie chciałam jednak, mimo tego, że jestem lekarzem rozpisywać się na temat leczenia. Pragnę zatrzymać się tu nad trudną dla rodziców kwestią bliskości z dzieckiem, które jest natychmiast po narodzeniu zabrane na Oddział Patologii Noworodka, monitorowane i poddane różnego rodzaju zabiegom.

Pragnę tu z Państwem wspólnie, nie tylko jako lekarz, ale przede wszystkim jako matka, zastanowić się nad tak mi drogim, szeroko pojętym Rodzicielstwem bliskości w ekstremalnych warunkach.

Nawet po porodzie zdrowego dziecka, do którego jako rodzice szykowaliśmy się wiele miesięcy i w teorii wiedzieliśmy z czym się to wiąże, świat często staje na głowie, prawda? Mój stanął. Totalnie i niezaprzeczalnie. Czy się chciałam temu poddać czy nie, czy miałam jakieś plany i postanowienia czy nie. Nagle wszystkie błahe rozważania, często nie tylko nasze, ale także rodziny i przyjaciół, na temat tego, jaka płeć dziecka jest tą wymarzoną, czy waży 3 czy 4 kg, przestały być istotne. Emocje w ciąży są błahe, w porównaniu z eksplozją uczuć, która następuje przy pierwszym ujrzeniu swojego maleństwa na swoim brzuchu, z tą niewyobrażalną miłością, która nagle trafia nas jak obuchem w głowę, z tą powodzią obaw czy nic się mu nie stanie, czy jest bezpieczne, czy moim najdelikatniejszym dotykiem nie zrobię mu krzywdy. Chyba do końca życia nie przestanie mnie to wzruszać.

I dlatego jest to dla mnie niewyobrażalne, jak bardzo muszą bać się rodzice dziecka, które jest bardzo chore, które jest natychmiast po urodzeniu zabrane matce, poddane licznym badaniom, wkłuciom i leczeniu. Dziecka, które jeżeli wszystko pójdzie dobrze będzie szczęśliwym maluchem, ale gdy napotka wszelkiego rodzaju komplikacje na swojej drodze, to ma równie dużo do stracenia. Co czuje wtedy rodzic? Mieszankę bezsilności, strachu w fali miłości? Jako lekarze widzimy u Państwa te emocje, ten lęk, te łzy. I wierzę, że i nam często się chce płakać. Ba! Płacemy w konfrontacji z niektórymi kolejnymi Państwa losu, buntujemy się, bezsilni tak jak Wy, przeciw systemowi lecznictwa. I pomimo tego, że musimy zbudować pancerzyk, który pozwala nam trzeźwo myśleć kiedy trzeba, to i tak w różnych sytuacjach i u nas emocje biorą górę. I oby brały! Obyśmy zawsze potrafili się zatrzymać i postarać się, choć to do końca niemożliwe, postawić w Państwa sytuacji. Sytuacji Herosów dnia (nie)codziennego!

Chciałam podkreślić znaczenie sfery emocjonalnej tych problemów i postarać się skrócić dystans lekarz-pacjent-rodzic,



jaki potrafi urosnąć, a poszukać bliskości między nami. Ponieważ pomimo tego, że w natłoku pracy niekiedy niestety za krótko zatrzymujemy się na rozmowie z Państwem, to dla nas Państwa dziecko jest bardzo ważne. Dodatkowo, a może przede wszystkim, my także jesteśmy rodzicami i to my często podziwiamy Was. Cytując wybitną psycholog, Panią Agnieszkę Stein: „Rodzicielstwo bliskości to w 90% umiejętność dbania o samego siebie, o swoje potrzeby. Kiedy rodzic umie o siebie się troszczyć, w naturalny sposób uruchamiają się w nim zasoby, które może wykorzystać do troszczenia się o dziecko. Kiedy potrzeby rodzica są w znaczącym stopniu niezaspokojone, kiedy rodzic przeżywa silny stres, trudno jest mu być dostępnym emocjonalnie, trudno mu przyjąć perspektywę dziecka, nawet jeśli teoretycznie wie, co „powinien” robić jako rodzic.”

Dlatego pytajcie nas, tak długo, jak długo nie rozumiecie, co się dzieje. A przede wszystkim nie bójcie się szukania bliskości ze swoim dzieckiem, choć wydaje się Wam tak kruche i delikatne. My staramy się zadbać o tę Waszą bliskość, ale Wy także jej odważnie szukajcie. Nawiazuje się ją nie tylko przez oczywiste duże kroki, ale także poprzez te malutkie, jak dotyk dłoni w inkubatorze czy zmianę pieluszki, aż po kangurowanie i karmienie piersią. Nie starajcie się ukrywać swoich emocji, nie przepraszajcie za łzy, nie obawiajcie się swojego ogromnego strachu. „Nie od razu Rzym zbudowano”, nikt nie oczekuje od Was, że w nowej sytuacji będziecie mieć wszystko pod kontrolą, ale uwierzcie, że z każdym dniem nabierzecie więcej pewności. Dla Waszego dziecka jesteście jedyni i najwspanialsii! Jesteście superbohaterami!

*Agata Wójcik-Sęp  
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,  
Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej*



## ➤ Program zapobiegania zakażeniom dróg oddechowych powodowanych przez wirus RS

Program zapobiegania zakażeniom dróg oddechowych wywołanym przez RSV istnieje w Polsce od 2008 r. W tym czasie objął ponad 4000 dzieci urodzonych przedwcześnie. Do programu kwalifikowane są noworodki urodzone znacznie przedwcześnie, to znaczy przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży (prawidłowa ciąża trwa 40±2 tygodnie). Dzieci urodzone z tak bardzo skróconej ciąży ważą przy urodzeniu zaledwie od 500 do 1000 g, rzadko więcej.

” **Wirus RS to wirus atakujący nabłonek układu oddechowego i powodujący zmiany zapalne oskrzeli i płuc u małych dzieci z wąskimi drogami oddechowymi.**

**Zakażenia RSV są przyczyną 50% przypadków zapaleń płuc i 90% przypadków zapaleń oskrzelików u dzieci w 1. roku życia.** ”

**Dlaczego ryzyko zachorowania spowodowanego tym wirusem jest największe u wcześniaków?**

Podstawowym wyjaśnieniem tego faktu jest to, że płuca wcześniaków nie są w pełni rozwinięte. Sprawia to wiele problemów od samego początku ich życia, w większości wymagają one tuż po urodzeniu wsparcia oddechowego lub sztucznej wentylacji. To naraża je na różnorodne powikłania, zakłóca również tok dojrzewania płuc poza organizmem mamy, co może prowadzić do przewlekłej choroby płuc znanej jako dysplazja oskrzelowo-płucna (BPD). Dzieci urodzone znacznie przedwcześnie i z BPD częściej chorują i częściej wymagają leczenia w warunkach oddziałów szpitalnych. Jak wiadomo ze statystyk krajów europejskich i USA, najczęstszą przyczyną hospitalizacji w tej grupie dzieci jest zakażenie wirusem RS.

**Jaki jest obraz zakażeń RSV?**

Zakażenie RSV może przebiegać łagodnie (nieżyt górnych dróg oddechowych), ze średnim nasileniem (zapalenie oskrzeli) lub być przyczyną ciężkiego zapalenia oskrzelików albo zapalenia płuc z niewydolnością oddechową. U dorosłych i starszych dzieci najczęściej ma postać infekcji kataralnej o łagodnym przebiegu, ale u najmniejszych dzieci powoduje ciężkie zachorowania wymagające intensywnego leczenia. Zapalenie oskrzelików związane jest z obturacją obwodowych dróg oddechowych, co utrudnia przedostanie się powietrza wdychanego do płuc, utrudnia wymianę gazową i powoduje niewydolność oddechową z dusznością i nieefektywnym, męczącym kaszlem. Jest to stan bezpośredniego zagrożenia życia, wymagający najczęściej leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii. Wobec tak poważnych zagrożeń dla życia i zdrowia dzieci urodzonych przedwcześnie, które po urodzeniu wymagały przecież długiego leczenia w szpitalu i dopiero co zdołały „wyjść na prostą”, unikanie zakażenia odgrywa ogromną rolę.

**Na czym polega Program zapobiegania zakażeniom wirusem RS?**

Wobec braku leczenia przyczynowego (brak możliwości szczepień i skutecznego leczenia przeciwwirusowego), w unikaniu zakażenia, bardzo ważną rolę pełni profilaktyka. Aktualnie jedynym wprowadzonym do praktyki środkiem skutecznie zapobiegającym zakażeniom RSV jest humanizowane przeciwciało monoklonalne, które uniemożliwia penetrację wirusa RS do nabłonka dróg oddechowych.

**Jak prowadzony jest Program zapobiegania zakażeniom wirusem RS?**

W Polsce profilaktyka jest prowadzona w ramach programu lekowego objętego refundacją. Koszty tej profilaktyki są na tyle wysokie, że ich ponoszenie nie byłoby możliwe przez większość rodzin dzieci nią objętych, stąd konieczność finansowania na zasadzie programu bezpłatnego dla pacjentów. W 2008 r. zrealizowano po raz pierwszy Ogólnopolski Program Zapobiegania RSV z zastosowaniem immunizacji.

Obecnie profilaktyka zakażeń wirusem RS obejmuje wszystkie dzieci urodzone w wieku płodowym do 28. tygodnia (0 dni) oraz wszystkie dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną (BPD). Klinicznym potwierdzeniem dysplazji oskrzelowo-płucnej jest stosowanie tlenoterapii o stężeniu powyżej 21% co najmniej do 28. doby życia. Immunizację przeprowadza się jednorazowo i należy rozpocząć ją przed ukończeniem przez dziecko pierwszego roku życia. Profilaktyka polega na podaniu minimum 3, a maksymalnie 5 dawek przeciwciała w sezonie zakażeń, tj. od 1 października do 30 kwietnia. Z badań epidemiologicznych wiemy, że w Polsce ten właśnie okres jest okresem zwiększonego ryzyka zachorowań na zakażenia spowodowane wirusem RS i dlatego w naszym klimacie najmniejsze i najmniej odporne dzieci wymagają wtedy szczególnej ochrony. Analiza wyników wykazała, że profilaktyka jest efektywna, bezpieczna, a częstość działań niepożądanych w postaci gorączki, zwiększonej nerwowości dziecka lub odczynu miejscowego jest niska i nie przekracza 3%. U żadnego z dzieci nie stwierdzono ciężkiego działania niepożądanego.



Trzeba również pamiętać, że ogromne znaczenie ma „zwykła” ochrona przed zakażeniami, a więc rygorystyczne przestrzeganie higieny własnej (mycie rąk!) i otoczenia, eliminacja narażenia na dym tytoniowy oraz izolacja od osób chorych.

*Prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich  
Konsultant Krajowy w dziedzinie Neonatologii,  
Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka  
w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie*

## ➤ Niewydolność oddechowa, czyli po co wspomagamy oddech i jak działa respirator?

**Mimo znacznego postępu, jaki dokonał się w neonatologii na przełomie ostatnich dekad, nadal jednym z podstawowych powodów przyjęć noworodków do oddziałów intensywnej terapii pozostaje niewydolność oddechowa.**



W jej przebiegu dochodzi do upośledzenia wymiany gazowej w płucach. Niewydolne oddechowo noworodki mają znacznie obniżone stężenie tlenu we krwi oraz podwyższone stężenie dwutlenku węgla. Ciężkość niewydolności oddechowej związana jest z niedojrzałością układu oddechowego. Im wcześniej urodzone dziecko, tym bardziej jego płuca nie są przygotowane na podjęcie niezbędnej do życia funkcji. Z jednej strony niedojrzałość związana jest z niedostatecznie rozwiniętymi tkankami i naczyniami w płucach, a z drugiej strony – z upośledzoną produkcją surfaktantu. Surfaktant to naturalnie występująca w zdrowych płucach substancja, która ułatwia wymianę gazową. Od lat 80. i 90. ubiegłego wieku mamy możliwość podawania noworodkom surfaktantu w postaci leku. Wczesna podaż surfaktantu, w połączeniu z zastosowaniem wentylacji nieinwazyjnej, jest podstawą nowoczesnego leczenia niewydolności oddechowej noworodków urodzonych przedwcześnie. Dzięki takiej terapii istnieje możliwość uratowania nawet skrajnie niedojrzałych noworodków, z ekstremalnie małą urodzeniową masą ciała.

W Polsce od 2003 roku działa Program Nieinwazyjnego Wspomagania Oddechu u Noworodków, stworzony przez Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy. Między innymi dzięki temu programowi w 219 ośrodkach neonatologicznych w całej Polsce znajduje się obecnie ponad 450 urządzeń do wentylacji nieinwazyjnej – Infant Flow. To nowoczesne urządzenie

charakteryzuje się wysoką skutecznością w leczeniu niewydolności oddechowej noworodków. Ogromna grupa rodziców przekonana się, że ich dzieci również były leczone przy pomocy tego urządzenia. „Niebieskie pudełko” z serduszkami WOŚP czyli Infant Flow – SiPAP, często obecne jest przy inkubatorach w oddziałach intensywnej terapii, gdzie przebywają najmniejsze dzieci urodzone pomiędzy 23. a 25. tygodniem ciąży. Wentylacja nieinwazyjna nCPAP nie tylko pomaga ratować dzieci, ale w znacznym stopniu przyczynia się do zmniejszenia powikłań związanych z leczeniem niewydolności oddechowej. Technika wspomagania oddechu nCPAP polega na utrzymaniu ciągłego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, bez konieczności intubacji pacjenta i stosowania mechanicznej wentylacji z respiratora. Przez układ rurek łączyjących pacjenta z urządzeniem przepływa mieszanina powietrza i tlenu, która w specjalnej maseczce spoczywającej na nosku dziecka, wytwarza ciśnienie, ułatwiając w ten sposób oddychanie. Nawet najmniejsze dzieci potrafią oddychać samodzielnie. Jednak w związku z niedojrzałością płuc, niedoborem surfaktantu, słabym mięśniom i brakiem wystarczających zapasów energii nie potrafią utrzymać samodzielnie odpowiedniej wymiany gazowej. Dzięki utrzymaniu właściwych ciśnień w drogach oddechowych (nCPAP) i wspomaganiu oddechu pacjenta, pęcherzyki płucne pozostają rozprężone i odbywa się prawidłowa wymiana gazowa. Nowoczesne terapie wspomagania oddechu noworodka nie tylko pozwalają uniknąć intubacji,



ale również zmniejszają ryzyko wystąpienia dysplazji oskrzelowo-płucnej (BPD).

Ta przewlekła choroba płuc może w znacznym stopniu upośledzać rozwój noworodków urodzonych przedwcześnie. Taka diagnoza wiąże się z dłuższym czasem hospitalizacji oraz wyższym ryzykiem zgonu dziecka. Dysplazję oskrzelowo-płucną rozpoznaje się u dzieci, które po urodzeniu przez minimum 28 dni wymagały stosowania wyższych stężeń tlenu niż w powietrzu, czyli powyżej 21%. Na podstawie najnowszych rekomendacji wiemy, że stosowanie wentylacji nieinwazyjnej nCPAP jest zdecydowanie korzystniejsze w porównaniu z mechaniczną wentylacją i koniecznością intubacji.

Pomimo to mechaniczna wentylacja pozostaje jedną z podstawowych terapii stosowanych w oddziałach intensywnej terapii noworodków. Wprowadzanie nowoczesnych i mniej inwazyjnych technik podaży surfaktantu są coraz powszechniejsze, nadal wielu pacjentów jest intubowanych do tego zabiegu. Ponadto ciężka niewydolność oddechowa oraz obecność dodatkowych czynników (np. wad wrodzonych), sprawiają, że niektóre z dzieci wymagają w swoich pierwszych dobach życia intubacji i mechanicznej wentylacji.

W odróżnieniu od nieinwazyjnego wspomaganie oddechu, mechaniczna wentylacja wymaga intubacji. Intubacja polega na umieszczeniu miękkiej rurki w tchawicy dziecka, aby w ten sposób zapewnić mu niezbędną ilość mieszaniny powietrza i tlenu. Za dostarczenie odpowiedniej ilości gazów, pod odpowiednim ciśnieniem, do płuc dziecka odpowiada respirator. Wbudowany w respirator komputer steruje wentylacją w ten sposób, aby zsynchronizować ją z oddechem własnym dziecka.

To najmniej traumatyczne rozwiązanie dla niedojrzałych płuc. Jednak odległe skutki przewlekłego stosowania mechanicznej wentylacji, mogą utrzymywać się przez lata. Dlatego, dla dobra dzieci, wszyscy neonatolodzy starają się, aby czas intubacji i użycie respiratora trwały jak najkrócej. Nowoczesne respiratory mają szereg funkcji, które pomagają „odwyczać” dzieci od mechanicznej wentylacji. A w czasie, kiedy istnieje konieczność jej stosowania automatycznie regulują odpowiednią podaż tlenu tak, aby saturacja (czyli wysycenie krwi tlenem) utrzymywała się na prawidłowym poziomie.

Właściwa opieka nad tymi najmniejszymi z najmniejszych pacjentów jest niezwykle ważna. Dzięki wysokim standardom leczenia, warunkowanym również przez dostęp do nowoczes-



nej aparatury medycznej, przeżywalność skrajnie niedojrzałych noworodków w Polsce systematycznie wzrasta. Pozostaje mieć nadzieję, że coraz powszechniejsze stosowanie wentylacji nieinwazyjnej oraz wczesna podaż surfaktantu u wcześniaków przyczynią się w przyszłości do zmniejszenia liczby dzieci z przewlekłymi chorobami płuc w następstwie niewydolności oddechowej po urodzeniu.

*Dariusz Madajczak – starszy asystent,  
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie*

## > Co zrobić, kiedy twoje dziecko ma problemy z oddychaniem? O kinezyterapii oddechowej metodą AFE

**Jeśli Wasz maluszek ma problemy z oddychaniem z różnych powodów – być może urodził się przedwcześnie lub nie jest gotowy oddychać samodzielnie albo też ma problemy adaptacyjne w nowych warunkach po porodzie – pamiętaj, że można mu pomóc. Jeśli tylko nie ma przeciwwskazań, już w pierwszych dniach życia można zastosować terapię oddechową metodą AFE (Augmentation du flux Expiratoire – zwiększenie przepływu wydechowego).**



Jest to szczególny rodzaj wsparcia dla niedojrzałego jeszcze układu oddechowego wcześniaka lub noworodka z zaburzeniami oddychania. Dzięki niemu możemy oczyścić drzewo oskrzelowe z wydzieliny, której dziecko nie jest w stanie usunąć samodzielnie. Zalegająca wydzielina jest często źródłem dodatkowych problemów, z jakimi muszą zmierzyć się płuca maleńkiego dziecka.

Podczas terapii fizjoterapeuta układa swoje ręce na klatce piersiowej dziecka. Jedna ręka jest ułożona na wysokości sutków piersiowych, druga na wysokości łuku żebrowo-przestronowego. Terapeuta wykonuje ruchy o kierunku piersiowo-brzusznym, czyli oddycha razem z pacjentem. Ręka na górze stopniowo pogłębia fazę wydechu, odpowiednio modulując głębokość, szybkość i siłę gestu, inaczej mówiąc fizjoterapeuta zwiększa przepływ wydechowy. W efekcie maluszek pobiera aktywny, głęboki wdech aktywizujący do pracy pęcherzyki

płucne. Efektywnie rozpręża się klatka piersiowa, wydzielina mobilizuje się i przesuwa ku górnym partiom płuc do gardła, skąd już możemy ją efektywnie odessać i oczyścić płuca. Jest to niezwykle istotny proces dla niedojrzałego, bądź niewydolnego układu oddechowego noworodka.

Rodzice mogą być obecni podczas terapii. Mogą wtedy zaobserwować na monitorze, jak wzrastają parametry saturacji i poprawia się mechanika oddechowa u maluszka. Po terapii oddechowej AFE dziecko jest zrelaksowane i spokojne, ponieważ może wreszcie oddychać pełną piersią.

Jeśli technika wydaje się dla rodzica zbyt inwazyjna lub nawet agresywna, warto pomyśleć, że jest najbardziej fizjologiczną i skuteczną formą kinezyterapii oddechowej, jaką w obecnym czasie możemy zastosować, by pomóc małemu pacjentowi w kolejnych krokach do samodzielnego, niczym niezaburzonego oddychania. To nic innego jak korzystanie z właściwości fizjologicznych, jakimi dysponuje dziecko. Klatka piersiowa w pierwszych miesiącach życia dziecka jest bardzo elastyczna i miękka, przez co podatna na gesty, które wykonuje terapeuta. Terapia nie jest bolesna. Terapeuta bardzo delikatnie i z ogromnym wyczuciem korzysta z tych właśnie fizjologicznych właściwości układu oddechowego pacjenta, mobilizując



czynnościową pojemność zalegającą w stopniu wyższym niż aktywny kaszel.

Kinezyterapia oddechowa, jako metoda zwiększania przepływu wydechowego, bywa często wstępem w procesie karmienia dziecka przedwcześnie narodzonego, u którego występują zaburzenia oddychania. Zdrowe, niczym niezaburzone oddychanie dziecka jest jednym z bazowych warunków prawidłowo rozwijającej się, skoordynowanej funkcji jedzenia.

” **Kontynuacją metody AFE jest zapewnienie małemu pacjentowi odpowiednich pozycji ułożeniowych, podtrzymujących efekt terapii oddechowej i jednocześnie zapewniających adekwatne do potrzeb warunki rozwoju psychomotorycznego.** ”

Nie każde dziecko wymaga kinezyterapii oddechowej. Może ona być wykonywana jedynie przez odpowiednio przeszkolonych fizjoterapeutów na zlecenie lekarza w ścisłej współpracy z zespołem medycznym. Wymaga ogromnej delikatności, wyczucia, indywidualnego podejścia do pacjenta, znajomości wskazań i przeciwwskazań do terapii oraz doświadczenia w pracy tą metodą.

” **Terapia AFE stosowana regularnie według potrzeb dziecka skracza czas intubacji, hospitalizacji i znacząco przyspiesza proces zdrowienia Waszego maluszka.** ”

*Anna Kosiorowska i Edyta Rowińska*

## ➤ Szkoła Rodzica Wcześniaka w Klinice Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**Pomysł spotkania się z Rodzicami naszych Pacjentów zrodził się w moim sercu już bardzo dawno, kiedy zaczęłam pracować w Klinice Neonatologii, a więc około 2001 roku. Zawsze uważałam, że opieka nad ludźmi powinna uwzględniać człowieka jako całość: ciało, umysł i duszę.**

Spośród dziedzin medycyny, które poznałam podczas studiów chyba najbliższą temu ideałowi jest medycyna paliatywna, może dlatego, że tak bardzo związana z odchodzeniem, a więc także refleksją. A szkoda. Przecież nie trzeba być lekarzem żeby rozumieć, że człowiek do zdrowienia potrzebuje nie tylko tabletek i specjalistycznego sprzętu. Każdy wie, że bliskość kochających osób, ktoś, kto trzyma za rękę, kto się uśmiecha, kto wierzy itd. stanowią ogromną motywację do zdrowienia.

Istnieje wiele badań, które potwierdzają, że potencjał człowieka do walki z chorobą jest bardzo uzależniony od jego wewnętrznej motywacji i poczucia sensu życia. Nie tylko psychologia, ale także medycyna stanowią obszary opieki nad człowiekiem, w których należy brać pod uwagę emocje, motywację i poczucie zrozumienia sytuacji, w której znajduje się chory człowiek lub jego dziecko. Niby takie oczywiste, a jednak od pomysłu do jego realizacji droga jest bardzo długa

i kręta. Z pomocą przyszły mi wyniki badań i nowy kierunek opieki nad wcześniakiem określany jako „Developmental Care”, co tłumaczy się jako „opieka wspierająca rozwój”. Jest to model opieki uwzględniający całą Rodzinę noworodka i szeroko pojęte aspekty emocjonalne sytuacji, w jakiej znajduje się przedwczesnie urodzone lub chore dziecko w pierwszych miesiącach życia.

Miałam wielki zaszczyt pracować z osobami, które nauczyły mnie co znaczy dla noworodka hałas, ostry zapach lub światło, czy ogólnie rzecz biorąc stres i jak ogromne znaczenie ma kontakt z bliską osobą, szczególnie w postaci kangurowania. W 2012 roku prowadziłam warsztaty na ten temat, w tym samym czasie odbyły się pierwsze spotkania z Rodzicami w Klinice. Chodziło o to, by znaleźć czas tylko na rozmowę, na wyjaśnienie, co tu robimy i dlaczego oraz przeszkolenie Rodziców w pierwszych krokach resuscytacji, żeby czuli się pewniej po wypisie ze szpitala. Szkoła od samego początku cieszyła się wielkim uznaniem Rodziców, a także przyciągnęła grono pasjonatów spośród personelu Kliniki i Szpitala. Zajęcia Szkoły szybko rozrosły się w kierunku różnorodnej tematyki i odbywają się raz w tygodniu.

Do prowadzących zajęcia należą lekarze: dr Joanna Caputa i ja, psychologowie: dr Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, mgr Aleksandra Głowińska oraz Beata Kopaszewska, rehabilitant mgr Beata Pusz oraz położna mgr Magdalena Tomaszewska. Lekarze prowadzą zajęcia z zakresu resuscytacji noworodków i niemowląt oraz opieki nad dzieckiem po wypisie ze szpitala, a także szczepień. Psychologowie podejmują tematykę emocji i stresu związanego z urodzeniem dziecka chorego lub wcześniaka oraz omawiają prawne aspekty sytuacji rodzin dzieci przebywających w szpitalu – zwolnienia, urlopy, zasiłki. Rehabilitant omawia podstawowe metody usprawniania chorych noworodków i wcześniaków, a położna – zasady opieki i pielęgnacji po wypisie ze szpitala.

Na zajęciach panuje miła atmosfera, istnieje możliwość zadawania pytań i dyskusji. Rodzice chętnie dzielą się swoimi doświadczeniami, a także zostawiają nam kontakt do siebie po to, byśmy mogli zaprosić ich na coroczny „Piknik Neonatologiczny”, który odbywa się w Ogrodzie Botanicznym w Poznaniu.

*Monika Sierżputowska-Pieczara, Klinika Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*



### Koalicja dla wcześniaka

Koalicja powstała w marcu 2012 roku z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego we współpracy z Krajowym Konsultantem ds. neonatologii, Krajowym Funduszem na Rzecz Dzieci i Fundacją Watch Health Care (WHC).

Do Koalicjantów dołączyli: Fundacja „Zero-Pięć”, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Stowarzyszenie „Parasol dla życia”, Szkoła Matek i Ojców „Razem Łatwiej” oraz ExpertPR.



### CELE KOALICJI DLA WCZEŚNIAKA

- ✋ Stworzenie programu kompleksowej opieki nad dziećmi urodzonymi przedwczesnie, pozwalającego na zwiększenie dostępności do nowoczesnej, wielospecjalistycznej opieki zaraz po narodzinach oraz po wyjściu ze szpitala.
- ✋ Uświadomienie społeczeństwu, że problemy dzieci przedwczesnie urodzonych i ich rodziców są ważne i możliwe do rozwiązania.
- ✋ Podjęcie działań edukacyjnych, skierowanych do rodziców, w zakresie prawidłowej stymulacji rozwoju i rehabilitacji dzieci.
- ✋ Zapobieganie rozwojowi zakażeń, w tym przede wszystkim układu oddechowego.
- ✋ Promocja prawidłowego modelu żywienia dzieci przedwczesnie urodzonych – mleko matki jako lek stymulujący prawidłowy rozwój psychoruchowy.

Każdy może poprzeć działania Koalicji dla wcześniaka, wpisując się do Księgi Poparcia na stronie [www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl). Każdy głos jest bardzo ważny! W ten sposób pokażemy, że los dzieci urodzonych przed terminem leży na sercu nie tylko lekarzom i rodzicom wcześniaków. A to z pewnością przyczyni się do wprowadzenia zmian i polepszy sytuację tej grupy dzieci w Polsce.

Zachęcamy również do odwiedzenia naszego profilu na Facebooku.



**Czekamy na Wasze listy i opinie. Najciekawsze historie opublikujemy w kolejnych numerach gazety.**

Projekt edukacyjny z darowizny firmy **abbvie**.

**Redakcja „MAM(y) wcześniaka”:** Prof. Maria Katarzyna Borszewska-Kornacka, Kamila Łozińska.

**Biuro Koalicji dla wcześniaka:** ul. Turkusowa 38, 05-077 Warszawa, [biuro@koalicjadlawczesniaka.pl](mailto:biuro@koalicjadlawczesniaka.pl), [www.koalicjadlawczesniaka.pl](http://www.koalicjadlawczesniaka.pl)

**Skład i druk:** Sebastian Janek – Red Hat Art Design Maria Modrzejewska, [sebastian@kumkum.pl](mailto:sebastian@kumkum.pl)