



szívbeteg gyermekekért alapítvány
KORASZÜLÖTT MENTŐSZOLGÁLAT

2018/3

Koraszülöttek Lapja

MENTOR MUNKA
mentor szemmel

**Játéktár
tanoda**

**KORASZÜLÖTT
BABÁK HORDOZÁSA**

Segítségnyújtás

Fejsérülések

Az Ekcéma és kezelése



ISSN 2630-841X



szívbeteg gyermekekért alapítvány

KORASZÜLÖTT MENTŐSZOLGÁLAT

7889 **31 229**
MEGMENTETT BABA MEGTETT KILOMÉTER
ÉVENTE



A Szívbeteg Gyermekekért Alapítvány 1995 óta tevékenykedik a szívbeteg, illetve a koraszülött gyermekek érdekében. Az Alapítvány a Pécsi Tudományegyetem Gyermekklinikájának tevékenységéhez kapcsolódik. A legmodernebb körülményeket biztosítja annak érdekében, hogy a dél-dunántúli régió (Baranya, Somogy, Tolna) szívbeteg gyermekei hozzájussanak az orvostudomány vívmányaihoz, és megkapják az esélyt a gyógyulásra. Az ellátás fejlesztése érdekében az Alapítvány beszerezte a legmodernebb szívultrahang berendezést, kiépítette az ellátás teljes informatikai rendszerét.

2004 novemberétől az Alapítvány a Dél-Dunántúlon kizárólagos hatáskörrel végzi a koraszülött és beteg újszülöttek sürgősségi mentését és betegszállítását. Ezt a tevékenységet az Országos Mentőszolgálattal megállapodva, az általuk biztosított források és eszközök igénybe vételével végezi. A régióban így lehetőség nyílik a koraszülöttek magas szintű ellátására a PTE Gyermekklinika Perinatalis Intenzív Centrumával együttműködve. Az Alapítvány tevékenységének is köszönhetően a régióban a csecsemőhalálozás csökkenése figyelhető meg.

A Babamentő Program keretében az Alapítvány évente több alkalommal tart ingyenes csecsemő újraélesztési tanfolyamot szülőknek. Cél a bõlcsõhalál megelőzése.



Az Alapítvány 30 fős – orvosokból, nővérek, mentőápolókból és mentő gépkecsivezetőkből álló – szakembergárdával működik, 24 órás szolgálatban.

7623 Pécs, Bajnok u. 1. | Telefon: +36 30 660 4255

www.koraszulottmentes.hu | www.babamento.hu

Adószám: 18306590-1-02 | Bankszámlaszám: 11100207-18306590-10000001

— IMPRESSZUM —

Koraszülöttek lapja - 2018/3

Kiadja: Szívbeteg Gyermekekért Alapítvány, 7623 Pécs, Bajnok u. 1. Felelős vezető: Dr. Nagy Éva
Grafikai előkészítés: KMH Print Kft. Nyomdai kivitelezés: KMH Print Kft. Felelős vezető: Pusztai Ferenc

A kiadó a cikkek tartalmáért nem vállal felelősséget. A kiadványban megjelent PR cikkek, hirdetések közlése kizárólag a Kiadó írásbeli engedélyével történhet: Ennek elmulasztása jogi konzekvenciákat von maga után.

ISSN 2630-841X

Koraszülöttek lapja | 2018/3

Segítségnyújtás a koraszülött babák szüleinek

Már a harmadik Koraszülöttek Lapja jelent meg, amelyet a Pécsi Gyermekklinikán működő Szívbeteg Gyermekekért Alapítvány ad ki az EFOP-1.2.10-16-2016-00001 azonosító számú, „Mentorprogram létrehozása a dél-dunántúli régióban” című pályázati program keretében.

A Programot azért indítottuk, hogy segítse a dél-dunántúli régióban született koraszülöttek családját a minél magasabb szintű orvosi ellátás és korai fejlesztés elérésében.

Január óta húsz mentor (valamennyien védőnők) dolgozik a Programban, veszi fel a kapcsolatot a családokkal és tanácsadással, légzésfigyelő és csecsemőmérleg kölcsönzésével segítik a szülőket. Ennek köszönhetően a családok hatékonyabban tudják igénybe venni azokat az ellátásokat, amelyek a koraszülöttek egészséges fejlődésének előmozdítását szolgálják. A mentorok járásonkénti elosztásban végzik a tevékenységüket.

Ingyenes programjaink egyre népszerűbbek, melyeket a www.koraszulottmentor.hu oldalon találhatnak meg az érdeklődők. Itt lehetőség van kérdezni is szakorvosainktól, vagy a védőnőktől. Sok esetben nincs idő a gyermekorvosnál ezeknek a problémáknak a megbeszélésére, vagy speciális problémája van a szülőnek, amihez szakorvosra lenne szükség. Munkatársaink 1-2 napon belül válaszolnak a szülőknek, tanácsot adnak, segítenek megoldani a problémákat.

Szeptembertől pszichológus kollégánk (Molnár Edit klinikai gyermek és ifjúsági szakpszichológus) is szélesebb körben áll a rászoruló szülők rendelkezésére. Szülőknek és gyermekeiknek nyújt diagnosztikai és terápiás segítséget életvezetési problémáik, kríziseik, nevelési kérdésekben történő elakadásaikkal kapcsolatban. Felnőttekkel főként szülőkonzultáció formájában, gyermekekkel integratív szemléletben dinamikusan orientált játékterápiával, kognitív és viselkedésterápiás módszerekkel dolgozik. Keressék őt bátran a weblapon, vagy személyesen minden hónapban a Pécsi Gyermekklinika Könyvtárában a speciális terápia alkalmával.

Továbbra is várjuk az érintett szülők jelentkezését a programba.

A www.koraszulottmentor.hu oldalon néhány adat kitöltésével lehet jelentkezni. Kérjük ajánlja programunkat azoknak a családoknak, ahol koraszülött gyermeket nevelnek, hogy minél többen tudják igénybe venni az általunk kínált lehetőségeket.

Dr. Nagy Éva projekt menedzser

 szívbeteg gyermekekért alapítvány
KORASZÜLÖTT MENTŐSZOLGÁLAT


MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

SZÉCHENYI 2020

 szívbeteg gyermekekért alapítvány
KORASZÜLÖTT MENTŐSZOLGÁLAT

Koraszülött mentor program



WWW.KORASZULOTTMENTOR.HU

dr. Jávorscsikné Kóré Ildikó védőnő

A mentor munka bemutatása mentor szemmel

A „Mentorprogram létrehozása a dél-dunántúli régióban” című projekt célja az, hogy segítséget nyújtson a koraszülött gyermekeknek és szüleiknek. Mentorok adnak tanácsot a szülőknek elérni a gyermek egészséges fejlődéséhez szükséges segítő szakembereket, illetve az adott helyzetben szükséges információkat. Ennek érdekében a programban kidolgozásra került a mentorprogram, és megvalósult a mentorképzés.

2017. őszén beindult a mentorképzés, 3 megyéből 20 védőnőt választottak ki a feladat ellátására. Védőnők vagyunk mindnyájan, területen illetve iskolában gyakoroljuk hivatásunkat. A mentorképzés 3 hónapig tartott. Nagyon sok hasznos előadást hallhattunk, sok gyakorlati tanácsot kaptunk, amely a mai napig segíti munkánkat. A képzés egy szóbeli vizsgával zárult.

2018. januárban elkezdtünk dolgozni. Én a pécsi járást látom el és a továbbiakban az itt történekről szeretnék egy rövid beszámolót adni.

Létrejött a www.koraszulottmentor.hu honlap egy extranetes rendszerrel, amelybe regisztrálnak a szülők, illetve itt vezetjük a gyermekekről az adatlapot. Lehetőség van a szakemberekkel ezen a felületen is kommunikálni.

Fő feladat, hogy a gyermekek időben eljussanak a megfelelő fejlesztési helyszínre és szakemberhez. Ennek érdekében intézetlátogatásra mentem, hogy személyes ismeretségem is legyen a segítő szakemberekkel, illetve megismerjem az intézetek munkáját. Meglátogattam a NIC-et (koraszülött intenzív osztály), a Pedagógiai Szakszolgálatnál működő Korai Fejlesztőt. Mind a két helyen készségesen fogadtak, kapcsolatomból azóta is nagyon jó a szakemberekkel, többször konzultálunk egy-egy gyermek esetében.

A szülői regisztráció után meglátogatom a családot, kitöltök egy több oldalas adatlapot. Felmérem a csecsemő, vagy kisgyermek fejlesztési szükségletét. A szülőkkel egyeztetve következő feladatom a fejlesztési lehetőségek ismertetése és a megfelelő helyre történő irányítás koordinálása. Ezután a szülőkkel tartom a kapcsolatot, szükség esetén személyesen konzultálok a szakemberekkel. Nagyon nagy öröm számomra, hogy eddig minden gyermek, akinek szüksége volt rá, bekerült a fejlesztésbe. A szülők visszajeleznek nekem, folyamatos kapcsolattartás van közöttünk. Ha elakadnak, szólnak, segítek, hiszen ez a feladatom.

Szükség esetén csecsemőmérleget, és légzésfigyelőt is kölcsönözhetnek.

Fő mentori feladat még a programokra való szervezés. Ezek a következők:

- speciális terápiák,
- készségfejlesztő játékok bemutatása szülőknek,
- érzékenyítő programok szülőknek, szakembereknek,
- konferenciák.

A programok hirdetésében nagy segítség a facebookon létrehozott „Cibulka” nevű csoportom. Ez egy zárt csoport, az általam gondozott családok, illetve a mentorált családjaik a tagok. Jelenleg 170 fő a csoport létszáma. A csoportban folyamatosan osztozok meg képeket, videókat a programokról.

A pécsi járásban nagyon szépen beindultak a speciális terápiák: folyamatosan működik zeneterápia és állatasszisztált terápia. Ezek helyszíne a Pécsi Gyermekklinika létrehozott Mentorházunk. Ez a helyszín előadások megtartására, mentortalálkozókra is tökéletesen alkalmas. A Korai Fejlesztőben is minden hónapban van játékbemutató, illetve itt is sor került már szülők, illetve szakemberek számára előadás megtartásra.

Nagy megtiszteltetés ért, amikor a Pécsi Járási Vezető védőnő felkért a programot bemutató előadás megtartására. Előadásom anyagát megszínesítették a mentorált családjaik, akik fotókkal hozzájárultak, hogy még színesebb, és szebb legyen a bemutatandó tartalom.

A pécsi járásban konferenciát is tartottunk védőnőknek, „Aktualitások a koraszülöttek ellátásában” címmel. Az konferencia sikeres volt, így a kolleganőknek nagyobb rálátásuk lett a programra.

EGY KIS STATISZTIKA A PÉCSI JÁRÁSBAN

mentoráltak száma (fő) családlátogatások száma (alkalom)

40

51

A mentori munka nagyon hálás feladat. Hiszek abban, hogy segítő munkánk által, megfelelő odafigyeléssel, fejlesztéssel látványos eredményeket érhetünk el, melynek hatására a kicsik utolérhik kortársaikat, és boldog teljes életet élhetnek majd.



Játéktár tanoda

– mondókák, dalok otthoni gyakorláshoz –

Ujjtorna

- Kifordítom, befordítom,** (a kezek egymással szemben dolgozva kifordulnak, befordulnak)
felfordítom, lefordítom. (felfordul, lefordul)
- Zongorázok, trombitálok,** (zongorázó, trombitáló mozdulatok, az ujjak folyamatosan mozognak)
- kertet ások, kalapálok.** (ökölbe szorított kézzel ásó mozdulat, kalapálás a nyújtott tenyéren)
- Mákot török, krémet kenek,** (a két ököl egymáshoz ütögetése, kinyújtott kézzel kenő mozdulatok)
- lecsót főzök, fűszerezek,** (az egyik tenyér nyújtva, keverés, majd mindkét kéz összecsap, fűszerezés)
- nem fárad el a kis kéz,** (Ritmusra nyitogatjuk a kezeket)
- mert a torna nem nehéz.** (Ritmusra nyitogatjuk a kezeket)
- Ujjacskáim öt kis rész,** (hüvelykujjtól indulva egyesével nyitjuk ki az ujjakat, jobb kéz)
- ötből áll fel az egész.** (hüvelykujjtól indulva egyesével nyitjuk ki az ujjakat, bal kéz)
- Hiszen ez egy kicsi kéz!** (Ritmusra forgatjuk a kezeket)
- Tornázni ő mindig kész.** (Ritmusra nyitogatjuk a kezeket)
- Csavarozok, papírt tépek,** (ökölbe szorított kezet forgatjuk, összecsapott ujjakkal tépő mozdulatok)
- ujjam kis láb, nagyot lépek.** (jobb kéz mutató- és középső ujjá lépeget a bal alkaron)
- Jó zenére tapsolgatok,** (2-4 - re tapsolunk)
- Csettintgetek, már ha tudok.** (2-4 - re csettintünk)
- Melegem van, nagyon fádom,** (legyező mozdulatok, majd keresztbe tett kézzel vállsimítás)
- gyurmabábút megformázom.** (gyúró mozdulatok)
- nem fárad el a kis kéz,** (Ritmusra nyitogatjuk a kezeket)
- mert a torna nem nehéz.** (Ritmusra nyitogatjuk a kezeket)

Tamás Éva®



Elengedhetetlenül fontos a gyermek kezűgyességének fejlesztése.

A gomboláshoz, cipőkötéshez és később az írás gond nélküli elsajátításához nyújt segítséget az Ujjtorna. A finommozgások kialakulásához nélkülözhetetlen a kézfej és az ujjak izmainak megfelelő edzése, az ujjmozgások összerendezése. Valamint a szem – kéz koordináció kialakulásához is szükségesek a hasonló jellegű mondókák, dalok, ahol a figyelmet is összpontosítani kell a helyes feladatvégzéshez.

Igaz ugyan, hogy a különböző számítógépes tevékenységek is jó hatással vannak a gyermek kezűgyességére, de higgyék el Kedves Szülők, sokkal jobb móka együtt kézműveskedni, főzni, vagy éppen ujjakat tornáztatni.

Sorozatunk következő részében egy teljes testet átmozgató tornát hozunk Nektek!

Dr. Rózsai Barnabás gyermekgyógyász főorvos

Amit az agyrázódásról tudni érdemes

Az egyik leggyakoribb panasz, amivel a szülők felkeresik gyermekükkel az ambulanciánkat az agyrázódás (helytelenül agyrázkódás) gyanúja, vagyis a legtöbbször bagatell fejsérülés utáni állapot.

Saját felmérésünk alapján naponta átlagosan két fejsérült gyermeket vizsgálunk agyrázódás kizárása céljából klini-
kánk ambulanciáján. Cikkünkben ahhoz próbálunk segít-
séget nyújtani, hogy a fejsérülést követően kialakuló tünet
együtttest a szülő nagyjából tudja értékelni, el tudja dönteni,
hogy milyen esetben kell azonnal orvoshoz menni.

Minél kisebb egy gyermek, a fej nagysága arányosan nagyobb a
testhosszához képest. Ez az arány érett újszülöttben 1:4, felnőttél
1:8-hoz (koraszülöttek esetében 1:3-hoz). Ez a magyarázata annak,
hogy a gyerekek relatíve nagyobb fejmérete miatt egyben sérülé-
kenyebb is. Az agyat védő koponyacsont vékonyabb, könnyebben
törik. A varratok még nem csontosodtak el, 2 éves kor alatt nyitva
van a nagykutacs, ez mind olyan tényező, mely késleltetheti a sú-
lyosabb fejsérülés tüneteinek kialakulását, hiszen a fokozott agy-
nyomás a fent említett anatómiai sajátságok révén „levezetődik”.

Melyek azok a panaszok, amelyekre gyakorló gyermekgyógyász-
ként rákérdezzünk és értékelünk? Tisztázni kell a baleset körülmé-
nyeit! Egy egyszerű megbotlás kapcsán történő elesést másképp
kell értékelni, mint egy kismotorral történő felborulást. Nem mind-
egy, hogy amikor leesett a gyermek az ágyról a padlószőnyegre
esett, esetleg járólapra. Szintén fontos tényező, hogy milyen ma-
gasról esett le. Típusos történet, hogy a pelenkázóasztalon egye-
dül hagyott csecsemő lefordulva arról leesik. „Eddig még nem
is tudott fordulni” – csodálkozik gyermekére az ijedt szülő! Igen
valóban nem tud, de látja, hogy az anya, apa otthagya őt, mert
becsengetett valaki, vagy csörgött a telefon és próbálja elérni a
szülőt, utána fordul... Soha nem szabad egyedül hagyni a pelen-
kázón fekvő csecsemőt! A pelenkázók magassága körülbelül 1
méter, az innen való leesés már nagy energiájú sérülésnek számít.
Az ilyen esetekben lényegesen gyakrabban fordul elő súlyosabb
következmény.

Ha megtörtént a baleset, fontos, hogy volt-e eszméletvesztés!
Sokszor a szülő nem látja, hogy mi is történt, de hall egy koppa-
nást és aztán azonnal hallja, amint felsír a gyermeke. Ha a gyermek
a fejsérülést követően eszméletét veszítette, azonnal mentőt kell
hívni! Szerencsére ez ritkán fordul elő. A síró, ijedt gyermeket ter-
mészetesen mindenki próbálja megnyugtatni és legtöbbször ez

néhány perc alatt sikerül is. Ha azonban a gyermek vigasztalha-
tatlan, irritábilis, viselkedése nem a megszokott, szintén arra kell,
hogy sarkalja a szülőt, hogy orvoshoz vigye a gyermeket. Ugyan-
ez a teendő, ha épp ellenkező tudati változás történik és a meg-
nyugtatót követően aluszékonnyá, bágyadtá válik a kisgyermek.
Amennyiben a megszokottól eltérően például ebéd után lefek-
szik aludni vagy már órák óta alszik, és nehezen tudja ébreszteni
mindenképp fel kell merülni, hogy ez a sérülés következménye.



A sérülés folyamánként, az ütés helyének megfelelően ki-
alakulhat egy duzzanat a koponyacsonton, ez nem más, mint
véraláfutás, szaknyelven hematoma. Általában 5-7 nap alatt
elmúlik, teendőt nem igényel. A leggyakoribb helye ennek a
duzzanatnak a homlok területe (1. ábra). Az itt kialakuló véralá-
futás általában teljesen ártalmatlan. Esztétikailag természetesen
zavaró, de ezen a területen nem fut a homlokcsont alatt olyan
érképlet, amiből vérzés indulhatna ki az agyszövet irányában.



Kevésbé szerencsés, ha az ütés a halántékcsonthoz vagy a falcsont
területét érinti, vagyis a koponya oldalsó részét. Ezen a területen
a koponyacsont belső felszínén olyan erek futnak, amelyek egy
esetleges törés során megsérülhetnek és vérzést okozhatnak a
koponyacsontban belül.

A „szem a lélek tükre”, tartja a mondás, de akár a fejsérülés sú-
lyosságának tükre is lehetne! Ha fejsérülést követően pár órával
azt látjuk, hogy a gyermek egyik szembogara szűk, a másik oldali
vizont jelentősen kitágult, szintén azonnali orvosi vizsgálat szük-
séges (2. ábra). Ez ugyanis az emelkedett agyi nyomásnak egyik
tünete. Sokszor azonban nem ez az egyedüli jel, hiszen az ilyen
gyermek általában több alkalommal hányt már, sokszor aluszé-
kony, zavart és az elesés körülményei sem bagatellak már. Azt
sem szabad elfelejteni, hogy a lakosság körülbelül 20%-ban nor-
málisan is előfordul az, hogy különböző méretű a két szembogar.

Szinte természetes, hogy egy fejtraumát fejfájás kísér, nehéz állást
foglalni arról, hogy vajon a fejfájás mikortól számít kórosnak. Min-
denképpen komoly tünetként kell értékelni a fejfájásos panasz-
okat, ha egyre erősebbé válik és ha egyben többszöri hányás kíséri.

Enyhe fejsérülést követően az első 24 órában számíthatunk a fenti
tünetek kialakulására. Diszkrét panaszok esetén (enyhe fejfájás, egy,
maximum kétszeri hányás, megtartott tudta mellett) sokszor meg
tudjuk előzni a további problémákat, ha a gyermek fekszik és egy
napot ágynyugalommal tölt el. Természetesen egy kisdedet nem

lehet arról meggyőzni, hogy folyamatosan feküdjön, de meg kell
próbálni törekedni arra, hogy ne ugráljon, ne biciklizzen, ne hintáz-
zon, hanem kevésbé „aktív” játékot játsszon. Amennyiben - külö-
nösen panasz nélkül - az első 24 óra eltelik a szokásos napi aktivitás
már folytatható, kivéve a sportolást. Célszerű két hétre kihagyni a
testnevelésórát, az edzéseket. A rövid idő alatt bekövetkezett, két,
egymástól független, enyhe fejsérülés következményei hosszabb
távon már lényegesen súlyosabbak lehetnek, mint az egyszeri, de
meg nem ismétlődő fejsérülés. Ilyen esetekben gyakoribbak a me-
mória-, tanulási zavarok, érzelmi hullámzások, alvászavarok.

**Mint minden balesetnél jelen esetben a megelőzés a leg-
fontosabb! Szoktassuk rá a kisdedet arra, hogy viseljen
bukósisakot és jó példával mi magunk álljunk elő!**



Dr. Szász Mária neonatológus főorvos

A koraszülöttek táplálása

Magyarországon évente mintegy hétezer újszülött - a betöltött 37. terhességi hét előtt - vagyis koraszülöttként jön világra. Közülük is a legsérülékenyebbek a 32. hét előtt vagy 1500 g-nál kisebb súllyal születettek.



A koraszülöttek még hónapokig fejlődnek méhen belül, de a koraszülés miatt nagyon sok folyamatnak (szervek kialakulása, növekedés) a méhen kívüli életben kell folytatódni. A koraszülött az éretlenségből fakadóan születést követően számtalan betegséggel küszködik (pl. légzőszavar, fertőzés, agyvérzés). Ugyanakkor a betegségek leküzdéséhez, a megfelelő növekedéshez, a minél kisebb károsodással történő túléléshez a születés pillanatától elengedhetetlen a teljes értékű táplálás.

A szájon át történő táplálás sokszor nehézségbe ütközik: a koraszülött légzőszavarral küzd (nem tud szopni), a szopóreflex hiányozhat (a 32. terhességi hét után jelenik meg), a gyomor-bélcsatorna is éretlen: nem képes a megfelelő mennyiségű táplálék megemésztésére és felszívására. Ennek ellenére a táplálást – valamilyen módon - biztosítani kell.

A táplálásnak négy fontos időszakát különíthetjük el a koraszülött életében. Az első lépés a korai „forszírozott” táplálás, ami egyszerűen azt jelenti, hogy - a nehézségek ellenére - születéstől biztosítjuk a koraszülött számára a tápanyag – és kiemelten a fehérje – bevitelt. Az éretlen gyomor-bél rendszer miatt kez-

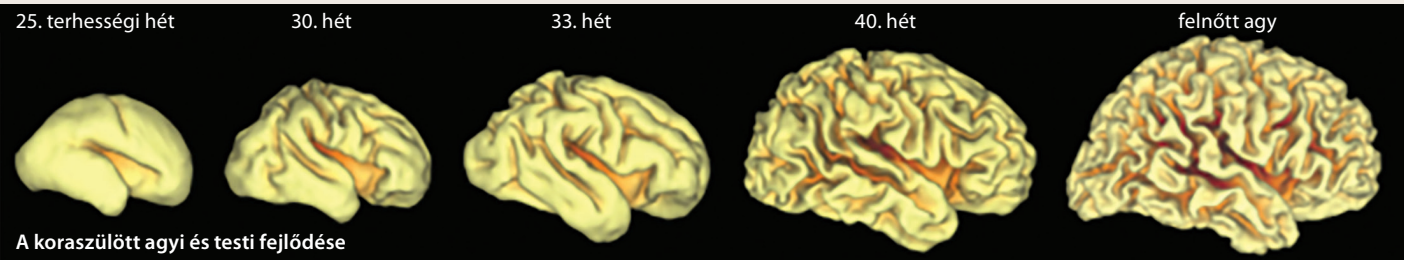
detben nem lehetséges a koraszülött teljes tápanyag igényét szájon át történő bevittelel biztosítani, ezért az első 1-2 hétben szükség van egy érbe helyezett kanülön keresztül az infúziós táplálásra. E mellett nagyon kicsi mennyiségekkel (1-2 ml) elkezdjük – a szopás akadályozottsága esetén a gyomorba vezetett tápszondán keresztül - az anyatejes táplálást is. A kétféle táplálás – infúziós és tápszondán át - együtt jelent egy teljes értékű táplálást: vagyis tartalmazzák a koraszülött számára megfelelő mennyiségű fehérjét, szénhidrátot, zsírt, ásványi anyagokat és vitaminokat. Ahogy egyre több anyatejet tud az újszülött megemészteni, úgy csökkentjük az infúziós táplálást. Ez a „átalási időszak” a táplálás második szakasza.

Az élet első napján kezdett anyatejes/női tejes táplálás igen kedvező a gyomor-bél érése szempontjából. Ha lehet, a táplálás saját édesanyja tejével vagy, ha erre lehetőség nincs gyűjtött, pasztörizált női tejjel történik és csak végső soron tápszerrel. Az anyatejnek kifejezett védő hatása van a fertőzésekkel szemben, kedvező bélflórát alakít ki (segíti a vastagbélben a „jó” bélbaktériumok elszaporodását) és sokkal ritkábban fordul elő a koraszülöttek rettegett bél betegsége – a gyulladásos bélelhalás. Az első napokban - mint minden újszülött - a koraszülött is veszít születési súlyából, és még a teljes értékű táplálás ellenére is, a veszteség elérheti a születési súly 10 %-át. Általában 7-10 napra van szükség a születési súly visszanyeréséhez.

A táplálás harmadik szakasza a teljes szájon át történő táplálás, infúzióra már nincs szükség. A táplálás eleinte még szondán keresztül történik, vagy – ha a koraszülött állapota, fejlődése lehetővé teszi - már esetleg cumisüvegből eszik, vagy mellről szopik. Ha egyéb súlyos betegség nem áll fenn, a baba súlygyarapodása, növekedése szépen megindul. A gyors súlygyarapodás idején különösen fontos a megfelelő mennyiségű és minőségű tápanyag bevitel. A testsúly kilogrammra számított igény az egyes összetevőkből nagyobb, mint az időre született újszülötté. Ezért, ha anyatejjel táplálunk, a tejet „erősíteni” kell, azaz több kalóriát, fehérjét és egyéb tápanyag összetevőt kell adnunk. Erre speciális anyatej kiegészítő porok állnak rendelkezésre. Ha anyatej/női tej nincs, akkor a szintén speciális koraszülött tápszer kapja a koraszülött. Ez utóbbi esetében – a kedvező bélflóra fenntartásához – fontos az un. probiotikum adása („jó” bélbaktériumok).

Végül, ha a koraszülött állapota jó, üvegből eszik vagy mellről szopik, súlya eléri a 2100-2300 g-ot, elérkezett az idő a hazamenetelre. (Ez sokszor azon időpont körül van, amikor megszületett volna). Az otthoni táplálásnál is természetesen az anyatej/gyűjtött női tej a legjobb. Ha tápszeres a csecsemő, minimum a 3 kg-os súly eléréséig kapjon koraszülött tápszer, ill. még jobb, ha addig, amíg súlya, hossza utoléri az időre született újszülöttét. Hogy ez mikor következik be, ebben a különböző un. percentilis görbék vagy táblázatok segítenek, illetve a háziorvos, védőnő segítségére támaszkodjunk. A csecsemő fejlődésének megítélésében legyünk figyelemmel arra, hogy gyermekünk 2-3 hónappal előbb jött világra, ezért a tényleges korából le kell vonni ezt a 2-3 hónapot, és az így kapott életkornak megfelelő, időre született újszülöttel hasonlítsuk össze. Igaz ez mind a testméretekre (súly, hossz, fejkörfogat), mind az idegrendszeri fejlődésre (mozgások, figyelem). A vegyes táplálás elkezdésekor is ezt az un. korrigált életkort javasolt figyelembe venni. Hazamenetel után pár hónapig még szükség lehet magasabb D vitamin bevitelre (napi 2 csepp) illetve több hónapig vaspótlásra.

A megfelelő táplálással sokat tehetünk, hogy a koraszülött testi és idegrendszeri fejlődése megfelelő legyen. Ha a képekre rápillantunk, megértjük, hogy milyen jelentős növekedésen és fejlődésen megy át egy 25-26. hétre született koraszülött addig, míg 3 hónapos lesz, vagyis időre született volna.



Dr. Kövesi Tamás egyetemi docens, gyermek aneszteziológus

Gyermek újraélesztése

Ha egy gyermek légzése vagy vérkeringése leáll, szervezete nem kap több oxigént és rövid idő alatt oxigénhiányos állapotba kerül.

Az oxigénhiányt az egyes szervek különböző ideig viselik el maradandó károsodás nélkül, az agyban például már néhány perc elteltével visszaállíthatatlan elváltozás alakulhat ki. Gyermekkorban a klinikai halálhoz vezető út legtöbbször a légzés leállításával kezdődik, a keringés leállása másodlagosan, a szívét károsító oxigénhiány következményeként jelentkezik. A folyamat gyors progressziója miatt gyorsan és céltudatosan kell cselekednünk ahhoz, hogy a visszafordíthatatlan károsodásokat megakadályozhassuk.

A csecsemők és a gyermekek újraélesztésének elvei és folyamata minden életkorban azonosak, különbség az egyes lépések technikai kivitelezésében van. Az eltérő testméretek miatt ugyanis más-más módon biztosítható az újraélesztés két fő alapelemének, a lélegeztetésnek és a mellkaskompresszióknak a leghatékonyabb kivitelezése.

Gyermek újraélesztés lépései

1. Biztonságos a helyszín az újraélesztéshez?

Nincs olyan körülmény, ami veszélyeztetné a segítségnyújtót (gépjárműforgalom, mérgezgázok, áramütés, mély víz, stb)? Ha ilyent találunk, mindenképpen törekedjünk a veszélyforrás elhárítására az újraélesztés megkezdése előtt.

2. Mérjük fel, hogy a mozdulatlanul fekvő gyermek valóban eszméletlen és segítségre szorul?

Szóljunk hozzá hangosan, erősen fogjuk meg, dörzsöljük meg kezét vagy lábát, és közben figyeljük, hogy a gyermek reagál-e az ingerlésünkre.

3. Ha nem kapunk reakciót, azt jelenti, hogy a gyermek eszméletlen, és gyors segítségre van szüksége.

Ha van valaki a közelben, kiáltunk hangosan segítségért, hogy a az újraélesztés megkezdésével párhuzamosan a mentőszolgálat riasztása minél előbb megtörténjen, majd pedig legyen segítségünk az újraélesztésnél is.

4. Eszméletlen állapotban az izmok ellazulnak és a hanyatt fekvő gyermek nyelve a szájüregben hátraesik, és elzárja a levegő útját a tüdőbe.

Ezért elsőként a légutat kell ismét szabadon átjárhatóvá tenni. Ehhez a gyermek fejét hozzuk egyenes állásba és hajtsuk kissé hátra, másik kezünkkel pedig az állát húzzuk előre felé (1. ábra).

5. Vizsgáljuk meg röviden, hogy a gyermek lélegzik-e.

Hajolunk arcához közel és figyeljük meg, hogy mozog-e a mellkasa, illetve hallunk vagy érzünk-e levegőáramlást az orr vagy a száj közelében.

6. Ha nem látunk-hallunk-érezünk légzést, azonnal elkezdt mesterséges lélegeztetéssel kell az oxigént a gyermek tüdejébe juttatnunk.

Ennek módja gyermekeknél a szájból szájba lélegeztetés, az orrnyílások befogásával. Az átjárható légút fenntartása mellett fogjuk körbe a gyermek száját saját ajkunkkal úgy, hogy a gyermek szájába befűjt levegő a tüdejébe jusson (2. ábra). Akkor hatékony a lélegeztetés, ha befújásakor a tüdőbe került levegőtől a gyermek mellkasa láthatóan emelkedik, a lélegeztetések közötti szünetben pedig visszasüllyed. Első alkalommal 5 befújásos lélegeztetést végezzünk.

7. Az 5 kezdeti lélegeztetés után 10 másodpercet számhatunk annak eldöntésére, hogy a gyermek szív működése és vérkeringése károsodott-e vagy sem.

Ehhez keressünk életjelet ami bizonyítja a szív működés és a vérkeringés meglétét. Ilyen életjel lehet például a törzs vagy a végtagok megmozdulása, köhögés, csuklás, légzés vagy szemnyitás.

8. Ha nem tapasztalunk semmilyen életjelet, abból arra kell következtetnünk, hogy a szív már nem működik.

Ilyenkor haladéktalanul kezdjünk mellkas kompressziót (vagy ismertebb nevén „szívmasszázs”) a hiányzó szív működés mesterséges pótlására. Térdeljünk a földön fekvő gyermek mellé és tegyük szabaddá a mellkasát. A mellkas kompressziót kis gyermekeknél egy kinyújtott karral végezzük, a tenyér éle a mellkas közepén, a szegycsont alsó része felett legyen. (3, 4. ábra). Ütemesen, határozottan nyomjuk a mellkast percenként 100-120-as frekvenciával, a nyomások mélysége legalább 4-5 cm legyen. Megszakítás nélkül 30 mellkaskompressziót kell végezni. Nagyobb gyermekek mellkasának nyomását a felnőttekéhez hasonlóan már két

kinyújtott karunkkal végezzük. Egymásra helyezett két kezünk ujjait kulcsoljuk össze, alul lévő tenyerünk élét tegyük a szegycsont alsó része fölé, és felsőtestünk súlyával segítve nyomjuk a mellkast. A mellkas kompressziók száma és a gyorsasága minden életkorban azonos (30 kompresszió percenként 100-120-as tempóval), a hatékonyság növelése miatt a nyomások mélységét nagyobb gyermekek élesztésekor 5-6 cm-re kell növelnünk (5. ábra).

9. A 30 mellkasnyomás után azonnal megint lélegeztetés következik, ezúttal már csak 2 alkalommal.

Tegyük szabaddá a légutakat (fej hátrabillentés, állkapocs előreemelés) és végezzünk 2 befújást a hatékonyság ellenőrzésével. A 2 lélegeztetés után ismét 30 mellkaskompresszió következik az előzővel megegyező módon, majd a 2 lélegeztetés és a 30 mellkaskompresszió folyamatos, gyors váltogatásával folytassuk a gyermek újraélesztését.

10. Ha a mentőszolgálat riasztása más személy által már megtörtént, kérésükig szünet nélkül, folyamatosan kell végeznünk az újraélesztést.

Törekedjünk arra, hogy a lélegeztetések-mellkasnyomások közötti váltások során a mellkaskompresszió megszakítása minél rövidebb idejű legyen. Az újraélesztés fárasztó, ezért ha több felnőtt van jelen, lehetőség szerint két percenként váltsák egymást. Egy segítségnyújtó esetén a mentőszolgálat riasztására egy perc újraélesztés után nyílik lehetőség, ez a gyakorlatban körülbelül három lélegeztetés: mellkaskompresszió ciklust jelent a 2:30 arány fenntartásával. A segélyhívás után az újraélesztést a szaksegítség megérkezéséig lehetőleg hatékonyan folytatni kell.



1. ábra Légút szabaddá tétele gyermeknél



2. ábra Szájból-szájba lélegeztetés, az orrnyílások befogásával



3. ábra Mellkaskompresszió helye gyermekeknél



4. ábra Egykaros mellkaskompresszió kis gyermeknél



5. ábra Kétkaros mellkaskompresszió nagyobb gyermeknél gyermeknél

Dr. Fathi Khaled PhD – Gyermeksebész főorvos

Fitymaletapadás, fitymaszűkület kezelése

Az egyik legmegosztóbb téma fiús anyukák körében a fityma kezelése, tisztán tartása. Húzogassuk a bőrt? Ne húzogassuk? És vajon mikor kell fitymaszűkülettől tartanunk? A "húzzuk-ne húzzuk" kérdésre annyiféle választ kaphatnak, hogy nem csoda, hogy az édesanyák sokszor nem tudják, mi is a helyes gyakorlat.

Először is tisztáznunk kell három alapvető fogalmat, a félreértések elkerülése céljából.
1. Fityma sejtés letapadása. 2. Normális, élettani szűkület. 3. Fitymaszűkület.



Fityma sejtés letapadása
Születéskor az újszülöttek több mint 90%-ában a fityma belső lemeze, a nyálkahártya általában a makktól még nem válik el. Ezt az állapotot nevezzük a fityma sejtés letapadásának. A növekedés, a nemi érés során a fityma a makktól spontán elkülönül, leválik, légbőségesebb a pubertás végére a fityma hátrahúzzhatóvá válik.

Fiziológiás fitymaszűkület
Minden fiúgyermek fitymája szűk; úgynevezett élettani fitymaszűkülettel születnek. Ez normális, nem betegség, ennek megfelelően annak hátrahúzását erőltetni nem szabad, hiszen csak felesleges fájdalmat okozhatunk vele. Ráadásul az erőltetett hátrahúzás a fityma többszörös berepedéséhez vezethet, melyek heggel gyógyulnak. A hegesedés egyenes következménye a fitymaszűkület, mely miatt akár műtét elvégzésére is sor kerülhet.
Kezelés: A fitymaletapadás 90%-a spontán oldódik 3 éves korra. Ezért a kezelés, beavatkozás, csak 3 éves kor után javasolt a fityma óvatos hátrahúzásával. Ha a gyermeknek gyulladásos panaszja nem volt, szűkülete nincs, sürgető hátrahúzás nem szükséges. Három éves kor után kezdődik meg a fitymaletapadás természetes

és spontán oldódása. Ebben a korban már a gyermekek intellektusa elég fejlett és a pelenkát is már elhagyták, így a fityma óvatos hátrahúzásában és tornáztatásában jól együttműködnek.

Amennyiben rendszeres fityma tornáztatás ellenére, csak részben oldódik meg a letapadás problémája, akkor fontos, hogy szakemberhez (gyermeksebészhez) forduljanak, aki meghatározza a kezelés szükségességét és módját. Ilyenkor szükség szerint az orvos helyi érzéstelenítő kenőcs alkalmazásával, fájdalommentesen oldja a fitymaletapadást.

Fitymaszűkület
Fitymaszűkületről akkor beszélünk, ha a fityma bőre a makkról nem húzható vissza. Mivel a valódi szűkület csak műtéttel gyógyítható, ettől el kell különíteni az egyszerű letapadást, amely pelenkás korban még normális és később magától vagy segítséggel oldható, de műtétet semmiképpen sem igényel. Mind ezt gyermeksebész tudja meghatározni.

A fitymaszűkület okai között legtöbbször az előbőr erőltetett vagy korai hátrahúzás miatti sérülése és a következményes hegesedés, gyakori gyulladás vagy más bőrbetegségek szerepelnek. Kezelés nélkül az alábbi következményekre lehet számítani: gennyes fitymazsák gyulladás, húgyúti fertőzés, neheztett vizeletürítés, erőltetett hátrahúzásnál a fityma makk mögé szorulása, fájdalmas merevedés, pszichés zavarok.
Kezelés: Enyhe szűkület, illetve szűk gyűrű esetén gyermeksebész javaslatára érdemes szteroid tartalmú kenőcsöt alkalmazni. A szűk fitymaszakaszt 3-4 hétig kengetve, illetve a vele egyidejűleg alkalmazott „tornáztatással” az esetek nagy részében végleges, jó eredmény érhető el. Amennyiben ez hatástalan, akkor csak műtéti megoldások jönnek szóba. Az elváltozás súlyosságától függően a fitymaplasztikát, illetve a körülméletést (circumcisio) alkalmazzuk.



Dr. Harangi Ferenc gyermekgyógyász főorvos

Atopiás dermatitis/ekcéma

Az atopiás dermatitis/ekcéma (AD) az egyik leggyakoribb csecsemőkori és kisgyermekkori gyulladásos bőrbetegség, mely erős viszketéssel jár, és az esetek többségében egy éves kor előtt kezdődik.

Az ekcémás csecsemők bőre mindenütt száraz, diszkréten hámló. Általában az orcákon, a homlokon és a hajas fejbőrön kezdődik a folyamat, később a törzsre és a végtagok feszítő fel-színére is áttérjed, többnyire szimmetrikus elrendeződésben. A könyök- és térdhajlat, a nyak és a szem körüli régió érintettsége a nagyobb gyerekekre jellemző. A fiatal felnőttek AD-ére a hajlatok érintettsége a legjellemzőbb, de az arc, nyak, felkar, hát,



5 hónapos csecsemő arcán, törzsén és végtagjain a bőr kipirult, hámló, helyenként nedvedző berepedésekkel.

valamint a kezek, lábak és az ujjak ekcémás tünetei is gyakoriak. Számos olyan klinikai tünet is észlelhető az AD-es gyermekekben, melyek nem specifikusak. A „libabőr-jelenség” az arc két oldalán, a farpofákon, a felkarok és combok külső oldalán lehet jelen. Születéskor még nem észlelhető, de kisgyermekekben már igen és akár felnőttkorban is megmaradhat. Az atopiás megbetegedésben szenvedő gyermekek alsó szemhéján gyakran kettős redő figyelhető meg, ami az alsó szemhéj vizenyős duzzanata és a bőr elvékonyodása következtében alakul ki. Atopiás tünetekkel rendelkező gyermekekben a tenyerek és talpak bőre gyakran fokozott rajzolatot mutat, száraz és hámló.

Az allergiás típusú AD-es betegekben az ételallergének és a légúti allergének provokáló szerepe kimutatható. Az ételallergének nem csak a betegek bélnyálkahártya károsodásának következtében, hanem bizonyos ételek (mogyoróolaj, mandulaolaj, stb.) bőr kontaktusa révén történő szervezetbe jutásával is túlérzékenyíthetik a gyermekeket. A stressz az ekcémás tünetek súlyos fellángolását válthatja ki, de a családon belüli pszichodinamikai tényezők is fontosak a betegség klinikai lefolyásában. A pszichológiai hatások különösen a viszketés-vakarási lánc fenntartásában játszanak fontos szerepet.



10 hónapos csecsemő alsóvégtagjainak bőrén kipirult, beszűrődött, hámló plakkok vannak, pontszerű vakarási nyomokkal.



10 éves gyermek szája körül a bőr pirosas-barnás, száraz, hámló.

Az AD-es gyermekek tünetei az évek múlásával fokozatosan mérséklődnek és túlnyomórészt megszűnnek. A betegek közel fele már 3 éves korban, négyötöde pedig serdülőkorban teljesen tünetmentes, néhány százalékuknak azonban még felnőttkorban is vannak tünetei, és rendszeres kezelést igényelnek.

Fürdetés, tusolás, hidratáló kezelés

Az AD kezelésének legfontosabb eleme a **bőr rehidrálása, az irritánsok és allergének direkt hatásának minimalizálása**. A fürdetés langyos vagy testmeleg vízben történjen, maximum 5-10 percre. Kerülni kell a melegebb víz használatát, ami viszketés-fokozódást eredményezhet. Olyan fürdőolajat, fürdető készítményeket, krémszappanokat kell használni, melyek a hazai gyógyszerárakban is nagy választékban rendelkezésre állnak. Egyes szerzők a felülfertőzés megelőzésére a gyermekek fürdővizébe fertőtlenítő hatású szert javasolnak (1 liter vízbe 1 ml nátrium-hypochlorite (Hypo)). A bőr nedvességének megőrzése érdekében a fürdetés, tusolás után percekben belül (<3 perc) kell használni a testápolókat, hogy megakadályozzuk a bőr kiszáradását.

Az AD fellángolásainak és súlyos állapotainak kezelésére a nedves-öltözet vagy -kötés is alkalmazható nagyobb gyermekekben. A nedves-kötés langyos vizes legyen, maximum 10-20 percre tartó, sohasem csöpögős, és a kötés cseréjét rendszeresen végezzük.

Irritáló anyagok kerülése

A legtöbb AD-es beteg nehezen viseli a nyári nagy meleget és a verejtékezést, mivel az ekcémás bőr gyulladása és a viszketés ilyenkor fokozódik. **Kerülendő az olyan aktív sporttevékenység, ami himelegedéssel, verejtékezéssel jár.** Az

enyhe vagy közepesen súlyos betegeknek az **úszás javasolható**, elsősorban **természetes vizekben**, mert az uszoda klóros vize irritálja, és nagyon kiszáítja a bőrt. Úszás után mindig hidratáló készítménnyel történjen a tusolás és a testápoló használata. Általában szellős, laza ruhavisélet ajánlott, lehetőleg pamut és puha vászonanyagból, a műszál anyagokat kerülni kell.

A hidegebb időben óvakodni kell a túlöltöztetéstől és a túlmelegedéstől. A téli hónapokban alacsonyabb a hideg levegő és a fűtött lakás páratartalma, így módon növekszik a bőr szárazsága, gyulladása, ennek megelőzése érdekében a lakásban **párolgató működtetése ajánlott**. AD-es csecsemők, kisgyerekek fokozott nyálzása a száj körüli ekcémás tüneteket fokozhatja, amit az ajkak állandó nyalogatása is elősegíthet. Védőkrémek rendszeres használatával az ilyen folyamat általában megelőzhető, vagy a már kialakult gyulladás gyorsan megszüntethető.

A lakásban ne dohányozzanak a felnőttek, mert a cigarettafüst irritálja a beteg bőrét, és a viszketés fokozódik, elősegíti az asztma kialakulását.

Allergén-provokáció kerülése

Az AD-es gyermekekben a leggyakrabban ételallergiát okozó ételek a tehéntej, a tojás, a magyó, a búza és a szója. A gyermekek a tej, tojás, búza és szója allergiát általában kinövik és elvesztik klinikai reaktivitásukat, azonban a magyó, hal, kagyló allergia élethosszig fennállhat.

Az anyatejes táplálás szerepe az AD kialakulásának megelőzésében egyelőre vitatott kérdés. Az általánosan elfogadott



14 éves gyermek könyökhajlatának a bőre száraz, hámló, megvastagodott bőrrel (lichenificatio), pontszerű vakarási nyomokkal.

álláspont szerint az allergia kialakulása szempontjából veszélyeztetett csecsemők 4-6 hónapos korig kizárólagos anyatejes táplálása javasolt.

Az 5 évesnél idősebb AD-es gyermekekben csak megfelelő diétát követően elvégzett, ételterheléssel bizonyított, klinikai tünetekkel járó ételallergia esetén indokolt a diéta tartása. Ha a közepesen súlyos vagy súlyos AD-es gyermekekben ételallergia lehetősége felmerül, annak vizsgálása mindig szükséges.

Az életkor előre haladásával az AD-es gyermekek légúti allergiákkal szembeni túlérzékenysége valószínűsége fokozódik. A leggyakoribb légúti allergének a házipor-atka, lisztatka, fűvek, állatszőrök és a penészgombák. AD-es gyermek macskával való kontaktusa növeli a későbbiekben kialakuló asztma valószínűségét is.

Lokális kortikoszteroid kezelés

Az elmúlt évtizedekben az AD lokális kezelésében vezető szerepet töltöttek be a kortikoszteroid (KS) készítmények és az esetek többségében ma is nélkülözhetetlenek. Fokozott óvatosságra van szükség újszülöttek, csecsemők és kisgyermekek kezelésekor, mivel a vékonyabb bőrön át gyorsabb a felszívódás.

Az elmúlt években vizsgálatokkal igazolták, hogy a klinikailag tünetmentes AD-es beteg bőrén szabad szemmel nem látható gyulladás áll fenn. Ennek tükrében azt javasolják, hogy kezdetben erőhatású KS készítménnyel érjük el a betegség megszüntését, majd hosszabb távon alacsonyabb dózisú gyulladáscsökkentő készítménnyel fenntartó kezelést folytatva igyekezzünk a tünetmentességet megőrizni.

Lokális kezelés calcineurin-gátlókkal

Az AD helyi kezelésében a calcineurin-gátlók (CI) számítanak a legújabb készítményeknek. Ezeket a nem-szteroid immunmodulátorokat különösen a vékonyabb, érzékenyebb bőrtületeken, az arcon, nyakon és hónaljban célszerű alkalmazni. A CI készítményeket célszerű mindig hidratáló testápolókkal együtt használni a szárító, viszketést, égő érzést okozó mellékhatás kiküszöbölése céljából.

Az AD kezelése során a KS-ok és CI-ok kombinált alkalmazása is lehetséges: az akut tünetek és a fellángolás tüneteinek gyors megszüntetését KS-al, majd a fenntartó kezelést CI-al folytatjuk a fentebb említett módon.

A helyileg alkalmazott KS-ok csak ritkán eredményeznek valamilyen mellékhatást, ha a készítményeket korrekten, a napjainkban megfogalmazott elveknek megfelelően használjuk. A helyileg alkalmazott CI-k rövid távú mellékhatásai között az irritáció, bőrpír és a viszketés szerepel, melyek néhány napos használat után megszűnnek. Minden esetben meg kell keresni az egyén számára hatásos és tolerálható kezelést, valamint lényeges a kezelés alatt álló betegek alapos megfigyelése, nyomon követése.

ÉTELALLERGIÁT OKOZÓ ÉLELMISZEREK



TOJÁS



HAL



TEJ



MOGYORÓ



SÓJA



KAGYLÓ



DIÓ



EPER

Peti Orsolya védőnő, gyógytornász, hordozási tanácsadó, koraszülött mentor

Koraszülött babák hordozása

Manapság egyre nagyobb teret kap a babahordozás, ami kiváló eszköz arra, hogy a testközelséget, mint a csecsemők, hisdedek elemi szükségletét kielégítse.

Talán kijelenthetjük, hogy a koraszülött babák esetén, akik folyamatos, sokszor fájdalmas vizsgálatoknak, traumatizációnak vannak kitéve, még markánsabban jelentkezik a szülőhöz való odabújás, megnyugvás, testkontaktus igénye.



Kép forrása: didymos.de

A koraszülött babák testközelségét már a kórházban, PIC/NIC osztályokon is hangsúlyozzák, egyre több osztályon megteremtik a lehetőséget a kenguru-módszer alkalmazásának, amikor a kisbabákat édesanyjuk mellkasára fektetik, és betakarják takarókkal, biztosítva a megfelelő testhőmérsékletet számukra. A módszer pozitív hatásai között említhető, hogy a babák testhőmérséklete, pulzusa, légzése, vérnyomása, vércukorszintje stabilizálódott, az oxigén szintje normál tartományba került, stresszhormonok szintje csökkent, az immunrendszerük erősö-

dött. Anyai oldalról nőtt a pszichés stabilitás, szintén csökkent a stresszhormonok szintje, csökkent a fájdalom, nőtt az anyatej mennyisége. A kenguru módszer segíti az egymásra hangolódást, a kötődés kialakulását.

Ugyanezeket a pozitív jelenségeket elérhetjük a baba hordozása során is. A hordozóeszköz használata azonban sokkal nagyobb körütekintést, odafigyelést igényel. Fontos ismerni hozzá a koraszülött babák jellemzőit, a hordozás alapjait.

Csípő: A kisbabák ún. éretlen csípővel jönnek világra. Ez annyit jelent, hogy a medencecsontban lévő ízületi vápa még jóval sekélyebb, a combcsont feje pedig kevésbé hajlított, ezért a vápa és a combcsont fejének a találkozása és „összekapaszkodása” még nem olyan tökéletes, mint a felnőtteknél. Ezért kiemelkedően fontos, hogy a baba csípője megfelelő szögben legyen a hordozóeszközben, ne legyen túlterpesztve, kb: 60 (max. 90) fokot zárjon be a két combcsont, de akár még ennél kisebb is lehet. Fontos továbbá, hogy ne lógjon a baba lába, hanem kb. 120 fokban felhúzott térddel helyezkedjen a hordozóeszközben, térdtől-térdig megtámasztva. A csípőnek ezt a helyzetét guggoló terpesztartásnak nevezzük.



Kép forrása: didymos.de

Gerinc: Méhen belül a babák teljes kifózisban gömbölyödnek össze, gerincoszlopuk „C” alakot vesz fel. Az újszülött kifotikus gerince egy érési folyamaton megy át, mire felveszi a felnőttre is jellemző kettős „S” alakú görbületet. A teljes kifózist először a nyaki homorulat kialakulása töri meg, és csak felállásnál, elindulásnál alakul ki az ágyéki homorulat, ezzel fejeződik be a gerinc kettős „S” alakú görbületének kialakulása. Ezt az ütemet a hordozóeszköznek is követnie kell: újszülött és koraszülött babát a hordozás közben is hagyni kell összegömbölyödni.

Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a gömbölyű hát nem a megtámasztás hiányában összeroskadó görnyedt hátat jelent! Egy jól megkötött kendő csigolyáról csigolyára támasztja a baba hátát.

Tudják a babák maguktól is

A megfelelően gömbölyű hát és a guggoló terpesz tartás a babák természetes tartása. Ha egy egészséges újszülöttet felvesszünk, automatikusan felveszi ezt a pózt. Itt már csupán annyi a dolgunk, hogy ezt az ideális pózt fixáljuk a hordozókendővel.

Koraszülött kisbabák esetében ez természetesen nincs így, hiszen egyrészt általában gyengék is, másrészt a legtöbbjük hypoton, csökkent az izomtónusuk, annyira lazák az ízületeik, hogy a lábacsuk majdnem tetszőleges pózba rakhatóak. A kórházi lét során, mivel nem az anyaméhben, a természetes pózban fejlődnek a babák, ez a lazaság sok babánál meg is marad, így később az esetükben még inkább oda kell figyelni a helyes hordozási pozícióra, a pontos kötésre és a jól megválasztott hordozóeszköze.

Mikor lehet elkezdni a koraszülött hordozását?

A hordozási tanácsadók egységesen azt a nézetet vallják, hogy a koraszülöttek hordozását kb. 1500 gr-ot elérve lehet kezdeni. Babánknak is meg kell ismerkednie a hordozás, a kötés folyamatával, hordozóeszközzel ugyanúgy, ahogy nekünk, szülőknak. Meg kell tanulnia, hogy mi történik, mikor köré tekeredik a kendő, húzódnak a sávok, egyre ölelősebb, szorosabb lesz az anyag körülötte. Ez számára is ugyanolyan tanulási folyamat, mint számunkra. Adjunk tehát időt a babánknak! Próbáljuk olyan időszakban felkötni, amikor kiegyensúlyozott, nyugodt, elégedett, ne közvetlenül evés vagy alvás után. Ehhez is hozzá kell szoktatni a babát, lassan, fokozatosan. Először csak érintsük a bőréhez a kendőt, majd takargassuk be vele, hagyjuk, hogy megérezze, megtapogassa, persze csak felügyelet alatt, vigyázva, hogy ne húzza magára.

Miben hordozzunk?

A hordozóeszközt a koraszülött mozgásfejlődése, érése alapján választjuk ki. Amíg felállva nem tudják megtartani a saját testsúlyukat, addig nagyon stabil támaszra van szükségük, ebből a szempontból a szövött hordozókendők az optimálisak. Néhány gyártónál megtalálhatók a külön koraszülöttek számára szőtt, az átlagosnál keskenyebb kendők is. A teljesség igénye nélkül néhány megfelelő kendőtípus: Storchenwiege csíkos és leo, Didymos csíkos, Girasol (új fajta).

A legideálisabb kötéstípus a koraszülött babának a kengurukötés, amikor elől hordozzuk, vagy a csípő kengurukötés, amikor csípőn hordozzuk.



Kép forrása: didymos.de

Ha már a baba eléri a 3500-4000 gr-ot, hason fejét emeli, meg lehet próbálkozni a karikás kendővel is. Mire megtanul felállni, saját súlyát állva megtartja, addigra eljött az ideje a csatos hordozóeszközök használatának is. Amíg a baba nem ér a mozgás-fejlődésben a stabil állásig, totyogásig addig ne tegyük őket formázott hordozóeszközökbe, csatos, félcsatos hordozókba, mei-taiba, mert ezek nem támasztják a gerincüket meg csigolyáról-csigolyára és nem biztosított a guggoló terpesztartás sem.

Hogyan öltöztessük a babát a hordozáshoz?

Ne használjunk rugdalózót vagy talpas nadrágot a babánál, mert ez megfeszülhet a hordozás során a talpán, térden, kényelmetlen neki. Jók erre a célra a talp nélküli harisnyák vagy talp

nélküli pamutnadrágok. Ugyanez vonatkozik a téli overállra, az se legyen talpas. A hordozóból kilógó testrészeit védeni kell az időjárási ártalmaktól, naptól, hidegtől, használjunk zoknit, lábszárvédőt, sapkát. A ruházatába mindig kalkuláljuk bele, hogy a hordozókendő az egy plusz réteg, ami melegíti.

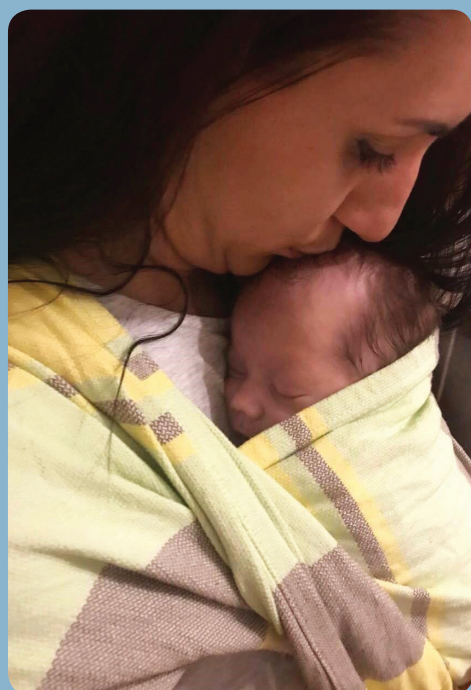
Mire ügyeljünk még?

Mindig olyan kötéstípust válasszunk, amiben látható a baba arca, hogy az esetleges stressz jeleit azonnal észrevehessük és reagálhassunk rájuk, a kendőből könnyen ki tudjuk venni.

A stressz jelei:

- *emelkedett pulzus és légzésszám,*
- *sápadt, kékes, márványos bőr,*
- *a száj-orr-homlok háromszög kékes, sötétre színeződik,*
- *ráncol, grimaszol,*
- *hideg, ragadós izzadság,*
- *fehéren látszanak a kéz ujjain a csontocskák, szétfeszíti az ujjait,*
- *szorosan összehúzott, behajlított kezek és lábak,*
- *csuklás (fáradtságot is jelenthet).*

Jó tanács: Már a legtöbb városban van hordozási tanácsadó, esetleg babahordozást támogató klub. Érdemes ezeket felkeresni, hordozási tanácsadó segítségét kérni, mielőtt nekikezdünk a koraszülött baba hordozásának.



Végezetül egy koraszülött baba édesanyjának tollából

Benő 25,5 hétre született, 820 grammal. A kórházba nem lehetett bevinni kendőt, így csak a köpenyem alá vagy a trikómba csúszattuk be az apró testét. Mindig is szerettem volna hordozni, mert a kórházban láttam rajta is, és magunkon is, hogy mennyire megnyugtató, ha összebújunk.

Mivel Benőnek komoly gondjai voltak a légzéssel, ezért extrán fontosnak tartottuk, hogy látogatási időben amennyit csak lehet, a mellkasunkon pihenjen. És láss csodát, az extrém koraszülöttségéhez képest egészen gyorsan hazakerülhetett, 69 nap után.

Itthon csak úgy tudott elaludni, ha másfél órán át cipeltük. Úgyhogy ekkor is nagy segítség volt a hordozókendő, mert a két kezem felszabadult.

Mindig azt hallani/olvasni, hogy egy császáros szülésnél, ahol az anya nem kapja meg rögtön a babát, ott kettejük közt nehezebben alakul ki a kötődés, mint egy teljesen természetes, zavartalan szülésnél, ahol rögtön összebújhatnak. Egyszerűen rettegtem ettől!

Benő sürgősségi császárral született és nagyjából két hét után ölelhettem először magamhoz. Talán emiatt is érzem azt, hogy be akarom/kell pótolnunk azt sok-sok időt, amit külön töltöttünk! Pedig régen csak az volt a fejemben, hogy jó lesz a kendő, legalább nem kell a babakocsival bajlódni. Ez azonban teljesen megváltozott Benő koraszülöttsége által.

Mentsd meg a kisbabád!



A Szívbeteg Gyermekekért Alapítvány 2016-ban indította „Babamentő program”-ját. Ennek keretében ingyenes csecsemő újraélesztési tanfolyamokat kínál szülők számára. Cél a bölcsőhalál csökkentése, amely sajnos évente több családot érint. A Magyar Reanimációs Társasággal (az újraélesztéssel foglalkozó orvosok hivatalos magyar szervezete) együttműködve szervezik a tanfolyamokat országszerte. Európai újraélesztési diplomával

rendelkező szakorvosok mutatják be a helyes lépéseket, fogásokat, amihez speciális gyakorló babákat biztosítanak.

A tanfolyam ingyenes, de regisztrációhoz kötött, amit a www.babamento.hu oldalon lehet megtenni.

Az oldalon oktató videófilmet is találnak az érdeklődők, illetve részletes leírást az újraélesztés lépéseiről.

További információ:
dr. Nagy Éva +36 30 660 4255



szívbeteg gyermekekért alapítvány
KORASZÜLÖTT MENTŐSZOLGÁLAT

MIÉRT FONTOS a védőnői szűrővizsgálat? MIÉRT LÁTOGASSUK MEG a védőnőt a tanácsadóban?



**pszichomotoros,
mentális
fejlettség
ellenőrzése**

**testméretek
ellenőrzése,
testsúly,
testmagasság,
fej és mellkőrfogat-
mérés**

**3 éves kortól
vérnyomás-
mérés**

**3 éves kortól
érzékszervek
vizsgálata,
látás- és
hallásvizsgálat**

tanácsadás / bizalom / elérhetőség / hitelesség

Kötelező szűrővizsgálatok időpontja:

1, 2, 3, 4, 6, 9, 12, 15, 18 hónapos korban illetve
2, 3, 4, 5 és 6 évesen

Készült a Szívbeteg Gyermekekért Alapítvány Koraszülött Mentor Programja
keretében (EFOP-1.2.10-16-2016-00001).

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE