

Karmienie piersią w ciąży

Masz maluszkę, a może starszaka przy piersi i zaszłaś w kolejną ciążę. Zastanawiasz się co dalej?

Odstawić, czy kontynuować karmienie?

Lekarz, położna, straszą:

1. karmienie piersią zagraża kolejnej ciąży i prowadzi do poronienia
2. karmiąc piersią zabierasz to co najlepsze dziecku w brzuchu, lub
3. karmiąc piersią zaspakajasz potrzebę bliskości bo ciążowe mleko nic nie daje
4. w ciąży mleko i tak zanika

Po kolei.

1. CZY KARMIENIE W CIĄŻY JEST BEZPIECZNE DLA CIĄŻY

MIT

Karmienie powoduje skurcze macicy, a to grozi poronieniem

FAKT

Skurcze macicy są niewielkie i nie mają wpływu na przebieg ciąży. Oksytocyna, która działa na mięśnie gładkie przewodów mlecznych i macicy, produkowana jest przez podwzgórze i magazynowana w przysadce mózgowej, wydzielina jest w chwilach euforii: orgazm – powodując skurcze macicy (łagodzi tym samym bóle miesiączkowe), łagodzi ból i poprawia wypływ mleka poprzez mikroskurcze mięśni okalających przewody mleczne, albo bardzo silne skurcze macicy w trakcie porodu.

Ponieważ macica jest znacznie większym i silniejszym mięśniem, niż delikatne przewody mleczne, to też ilość uwalnianej oksytocyny jest różna, aby uruchomić mięśnie przewodów mlecznych potrzeba ilości homeopatycznej, znacznie większe ilości są potrzebne aby uruchomić mięsień macic podczas

współżycia (nie wspominając o akcji porodowej), więc karmienie piersią nie ma najmniejszego wpływu na przebieg ciąży fizjologicznej, w której lekarz nie zabrania współżycia. Suplementacja progesteronu (Luteina, Duphston) na wszelki wypadek, bo mama karmi piersią, jest nieuzasadniona.

W ciąży patologicznej z poronieniem zagrażającym czasem wystarczy znacząco ograniczyć ilość karmień i zredukować karmienia nocne do zera, a te w dzień ograniczyć do 1-3 i obserwować. Przy bardzo powikłanej może być jednak konieczne całkowite odstawienie.

Oczywiście ciążę powikłaną prowadzi poradnia i szpital co najmniej o II stopniu referencyjności i konieczna jest suplementacja farmakologiczna.

WAŻNE

**łożysko produkuje oxytocynazę – enzym rozkładający oksytocynę –
starzenie łożyska powoduje spadek poziom oksytocyny, wzrasta poziom oksytocyny i pojawiają się skurcze przepowiadające (Braxtona-Higsa) kiedy łożysko osiąga III stopień, rozpoczyna się poród)**

2. CZY MAMA KARMIĄC W CIĄŻY, MOŻE DOPROWADZIĆ DO HIPOTROFII PŁODU?

MIT

Karmienie piersią w ciąży, ogranicza odżywienie płodu

FAKT

Kiedy mama karmiąca piersią zachodzi w ciążę schemat odżywiania (dostarczania składników odżywczych) jest taki:

1. płód
2. dziecko przy piersi
3. mama

A więc jedyną osobą, która może na tym stracić jest MATKA, dlatego ważna jest zdrowa, odżywcza, bogata i zbilansowana dobrze dieta, aby wszyscy troje dostali to co najlepsze. Dobrze odżywiona mama, to zdrowa mama, mama pełna energii i nie musi nic suplementować, wystarczy, że będzie odżywiać się różnorodnie i regularnie, dieta będzie bogata w wapń, potas i magnez, białko, witaminy i inne składniki odżywcze. Czego powinna unikać mama w ciąży:

- surowego mięsa

3. CZY CIAŻA ZMIENIA SKŁAD POKARMU?

MIT

Pokarm w ciąży traci swoje wartości

FAKT

Pomiędzy 16 a 22 tygodniem ciąży ponownie rozpocznie się Laktogeneza I, oznacza to że piersi przygotowują się do żywienia nowego człowieka, od 22 tyg ciąży produkowany jest już pokarm dla dziecka które się urodzi, nawet jeśli przyszłoby na świat przedwcześnie, piersi mamy są już w gotowości, aby zapewnić mu pokarm życia. Od 13 tyg ciąży, może zmieć się smak mleka, to okres w którym część dzieci odrzuca pierś.

Od tej pory piersi produkują pokarm głównie dla płodu i tak będzie aż do końca ciąży i w pierwszych dniach po porodzie, aż mleko z siary zamieni się w mleko dojrzałe. W tym okresie gruczoły produkują tylko niewielkie ilości pokarmu.

Jednakże pojawiło się doświadczenie mamy karmiącej, która w 36 tyg ciąży karmiła tylko jedną piersią i w sytuacji kiedy postanowiła ściągnąć pokarm, z piersi karmiącej ściągnęła pokaźną ilość białego mleka, zaś z piersi czekającej na drugie dziecko, niewielką ilość siary. Co jest dodatkowym dowodem

tego, że pokarm dostosowuje się do „konsumenta” jakościowo i ilościowo.



źródło: FB La Leche League Polska

4. CZY MLEKO W CIĄŻY ZANIKA?

MIT

Piersi robią przerwę i przygotowują się na nową laktację

FAKT

Piersi zmniejszają produkcję, ale ta trwa cały okres ciąży laktacji o czym było w poprzednim punkcie. Tak więc mleko jest cały okres karmienia piersią, a nawet tygodnie, miesiące i lata po jego zakończeniu.

PODSUMOWANIE:

1. mleko zawsze jest **IDEALNE**
2. mleka nigdy się nie skończy, jeśli mama cały czas karmi
3. mleko zawsze jest gotowe
4. karmienie piersią jest bezpieczne w fizjologicznej ciąży
5. karmienie piersią jest korzystne dla matki i obojga

dzieci

6. nie ma bezpośrednich zagrożeń dla płodu wynikających z kontynuacji karmienia piersią
7. nie ma bezpośrednich zagrożeń dla dziecka karmionego piersią ze strony płodu.
8. **PO ZAKOŃCZENIU CIĄŻY MAMA MOŻE KARMIĆ TANDEM**

Źródła:

1. <http://kellymom.com/>
2. <http://www.lalecheleague.org/>
3. <http://www.nbci.ca/>
4. <http://www.breastfeedinginc.ca/>

Zdjęcie w nagłówku:

www.drmomma.org

Rola diety eliminacyjnej u matki oraz stężenia IgA w mleku kobiecym w rozwoju alergii na mleko krowie u dzieci

Järvinen KM, Westfall JE, Seppo MS, James AK, Tsuang AJ, Feustel PJ, Sampson HA, Berin C.

Clin Exp Allergy. 2014 Jan;44(1):69-78. doi:

10.1111/cea.12228.

Streszczenie i tłum. Lek. Aleksandra Urbanik

treść zaczerpnięta ze strony:

http://www.kobiety.med.pl/cnol/images/cnol/Publikacje/Javrinen_alergia.pdf

Aktualnie nie zaleca się diet eliminacyjnych matkom karmiącym w celu profilaktyki alergii pokarmowej u dzieci. Jednak sporo kobiet stosuje takie diety, zarówno z rodzin atopowych jak i nie atopowych. Niewiele wiadomo o wpływie takiej diety na skład mleka kobiecego oraz indukcję odpowiedzi humoralnej u dziecka. Celem pracy Järvinen i wsp. była ocena związku eliminacji mleka krowiego z diety matki w czasie laktacji z poziomem specyficznych IgA w mleku kobiecym oraz wpływ takiej diety na rozwój alergii na mleko krowie u dzieci (CMA, ang. cow's milk allergy; ABMK pol. alergia na białka mleka krowiego). W badaniu wzięło udział 145 par matka-dziecko. Badanie prowadzono bez randomizacji, metodą prospektywnych obserwacji i szczegółowych pomiarów wybranych parametrów.

Alergia na mleko krowie jest z reguły pierwszym objawem atopowej symptomatologii i marszu alergicznego, ponieważ białka mleka krowiego są zwykle pierwszymi obcymi białkami konsumowanymi przez niemowlę w dużej ilości. Czynniki immunomodulujące zawarte w mleku kobiecym mają wpływ na dojrzewanie i rozwój śluzówkowego układu odpornościowego u dzieci. Poprzez wzmocnienie bariery nabłonkowej, wydzielnicze IgA hamują niewłaściwą aktywację immunologiczną wywołaną przez mikroorganizmy i antygeny pochodzące ze światła jelita oraz układu oddechowego. Limfocyty B obecne w jelitach dziecka we wczesnym okresie rozwoju dostarczają wydzielniczych IgA, ale najważniejszym ich źródłem jest mleko matki, zwłaszcza siara. Immunoglobuliny A w pokarmie kobiecym są syntetyzowane przez limfocyty B obecne w gruczole piersiowym, które migrowały z jelita matki (entero-mammary tract, droga jelitowo-piersiowa). Dzięki temu specyfikacja przeciwciał zawartych w mleku matki

odzwierciedla stymulację antygenową, którą napotyka jelito matki karmiącej. Mleko matki jest bogatym źródłem wydzielniczych IgA, zawiera natomiast mniejszą ilość przeciwciał klasy IgG i IgM.

W badaniu autorzy próbowali dociec czy poziom specyficznych IgA w mleku kobiecym może być w jakikolwiek sposób związany z dietą eliminacyjną matki karmiącej.

Kobiety, które zgłosiły się do uczestnictwa w badaniu rekrutowano zaraz po porodzie. Do udziału w badaniu zrekrutowano dwie grupy noworodków o różnym ryzyku atopii: te ze zwiększonym ryzykiem rozwoju alergii pokarmowej (mające starsze rodzeństwo z alergią pokarmową) i te o niskim ryzyku (mające wszystkich krewnych pierwszego stopnia bez alergii pokarmowych). Wszystkie dzieci były urodzone o czasie i nie chorowały przewlekłe. Pobierano próbki mleka kobiecego oraz surowicy dzieci z grupy badanej. Surowica matek karmiących oraz mleko kobiece były badane metodą ELISA pod względem poziomu IgA i IgG specyficznych dla beta-laktoglobuliny (BLG) oraz kazeiny. Surowice dzieci były badane pod względem poziomu IgA, IgG1, IgG4 i IgE specyficznych dla beta-laktoglobuliny i kazeiny z wykorzystaniem tej samej metody.

37 matek rozpoczęło dietę eliminującą mleko krowie w przeciągu pierwszych 3 miesięcy po porodzie: 16 z nich profilaktycznie w dniu porodu, a kolejne 5 w przeciągu pierwszego miesiąca po porodzie z powodu alergii pokarmowej starszego rodzeństwa w wywiadzie, kolejne 16 matek unikało mleka krowiego z powodu wyprysku atopowego lub objawów gastroenterologicznych (biegunka, wymioty, ulewianie), które zaobserwowały u swoich dzieci.

49 matek rozpoczęło dietę eliminującą mleko krowie pomiędzy 3 a 7 miesiącem laktacji z powodu w/w objawów, które obserwowały u swoich dzieci.

Pozostałe 59 matek nigdy nie stosowało diety eliminacyjnej.

Wyniki obserwacji klinicznych:

Spośród niemowląt 37 matek, które rozpoczęły dietę eliminacyjną w przeciągu pierwszych 3 miesięcy laktacji wysoki odsetek dzieci rozwinął ABMK: 16 miało ABMK typu natychmiastowego, a kolejne 16 ABMK typu opóźnionego (łącznie 86%), 5 dzieci nie rozwinęło ABMK.

Spośród niemowląt 49 matek, które podjęły dietę pomiędzy 3 a 7 miesiącem – 27 miało ABMK typu natychmiastowego, a kolejne 15 ABMK typu opóźnionego (łącznie 85%), 7 dzieci nie rozwinęło ABMK.

Spośród niemowląt 59 matek, które nie stosowały diety eliminacyjnej, żadne dziecko nie rozwinęło ABMK (0%).

Alergie na białka mleka krowiego, potwierdzano testami doustnego obciążenia. Testy były przeprowadzane średnio w wieku 5,8 miesiąca. Stosowano też prick-testy.

Wyniki badań mleka kobiecego:

- Matki stosujące dietę bez mleka krowiego miały w swoim pokarmie niższy poziom IgA specyficznych dla beta laktoglobuliny (BLG) i kazeiny niż matki nie stosujące diety eliminacyjnej
- Dzieci matek na diecie eliminacyjnej miały w surowicy niższy poziom IgG1 specyficznych dla BLG i kazeiny oraz niższy poziom IgG4 specyficznych dla BLG, a ich poziomy IgA specyficznych dla kazeiny i BLG były znacząco rzadziej wykrywalne niż u dzieci matek bez diety eliminacyjnej
- Niższe poziomy IgG4 i IgA specyficznych dla białek mleka krowiego w surowicy dzieci były związane z alergią na mleko krowie u dzieci (ABMK).
- Niezależnie od diety matki IgG1 w surowicy były na porównywalnym poziomie u wszystkich dzieci □ Niski poziom IgA specyficznych dla białek mleka krowiego w pokarmie kobiecym był związany z rozwojem ABMK u

potomstwa

- Poziom specyficznych IgG z mleka kobiecego był niski oraz porównywalny u obydwu grup kobiet □ Dieta kobiet nie wpłynęła na poziom specyficznych IgA i IgG w ich surowicy

Wnioski:

- Matczyna dieta eliminacyjna była związana z niższymi poziomami wydzielniczych specyficznych IgA w sianie oraz w dojrzałym pokarmie kobiecym, a co za tym idzie z rozwojem alergii na mleko krowie u ich dzieci.
- Etiologia niskich poziomów IgA w pokarmie kobiecym jest nieznana, ale niezwiązana z matczyną atopią ->Nie wykazano związku pomiędzy występowaniem atopii u matek a poziomem specyficznych IgA dla białek mleka krowiego.

Mimo że dotychczasowe badania nie wykazały jasnego połączenia pomiędzy poziomem IgA w mleku kobiecym, a rozwojem alergii u starszych dzieci, autorzy wykazali, że niższe poziomy całkowitych IgA oraz IgA specyficznych dla białek mleka krowiego były obecne w sianie oraz mleku matek karmiących potomstwo, które rozwinęło CMA. Autorzy badania sugerują że wysokie poziomy specyficznych IgA w mleku matki mogą spełniać rolę protekcyjną w ABMK.

Wiarygodność przedstawionych wyników ogranicza fakt, że duża część matek, które prowadziły dietę eliminacyjną posiadała wywiad atopowy oraz większość ich potomstwa rozwinęła ABMK. Możliwe jest, że sam proces chorobowy, a nie matczyna dieta doprowadziły do spadku stężenia IgA w mleku kobiecym. Jednocześnie nie można jednoznacznie stwierdzić, że obniżony poziom IgA u dzieci wynika z samej diety eliminacyjnej matki czy z choroby alergicznej. W związku z powyższym niezbędne są dalsze badania oparte na randomizowanych próbach klinicznych.

Źródła:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038099/>

Zdjęcie w nagłówku:

shannonmiller.com