Dieta eliminacyjna – raz jeszcze

Ten temat wzbudza wiele kontrowersji i wątpliwości.

Bo „jak zjem trochę nabiału to mała wysypana”

Zacznijmy od początku, czyli od ciąży.

Jeśli w rodzinie występowały kiedykolwiek objawy alergii u jednego lub obojga rodziców, lub rodzeństwa, stosowanie diety eliminacyjnej na wszelki wypadek jest szkodliwe. W okresie przekonepcyjnym i okresie ciąży należy stosować dietę śródziemnomorską[1,2]. Co to takiego? Jest to dieta bardzo zdrowa, bogata w kwasy omega 3,6,9, doskonale zbilansowana, dostarczająca wszystkich niezbędnych składników odżywczych, a bazuje na:

- świeżych warzywach i owocach (także cytrusach)
- pieczywie, ziarnach zbóż, nasionach, pestkach
- orzechy i rośliny strączkowe
- oliwie extra vergine i oleju z pestek winogron
- świeżych rybach i owocach morza
- serach, jogurtach
- w mniejszym stopniu chude mięso: wołowina, gęś, kaczka

Ponadto od 3-go trymestru powinna suplementować probiotyki Lactobacillus rhamnosus GG (atcc 53103) + oligosacharydy (o nich wkrótce), ważne są również kwasy Omega 3

Dietę należy kontynuować w całym okresie laktacji, a najzdrowiej do końca życia, zaś suplementację nie krócej niż do 6 m po porodzie, optymalnie do 12m (jednakże nie ma maksymalnych ograniczeń czasowych).

ALERGENY W MLEKU

Liczne badania dowodzą, że dieta w okresie karmienia piersią, nie wpływa na podniesienie ryzyka wystąpienia wyprysku atopowego, astmy czy innych objawów alergii[3,4].

Różne badania podają, że do pokarmu przenikają śladowe ilości alergenów (białka mk, jaja, cytrusów, kakao etc), w przypadku białek mleka krowiego ich zawartość w pokarmie jest 100 000x mniejsza niż w mleku krowim.

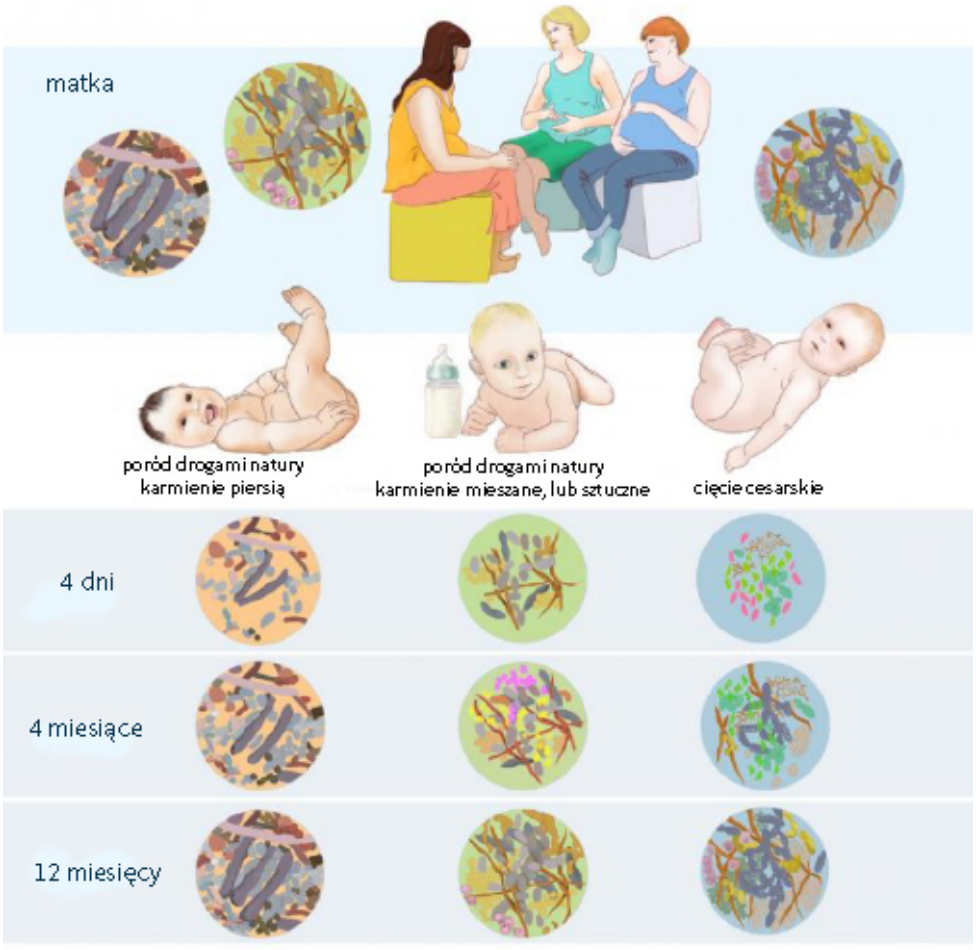
mleko krowie: 3,5g/100 ml
mleko ludzkie 0,000035g /100 ml – 35-milionowych grama – ilość homeopatyczna

---

5-15% niemowląt prezentuje objawy, które mogą sugerować alergię, ale rzeczywisty współczynnik wynosi ok 2-3% co ważne w tej grupie są dzieci z obciążeniem genetycznym i takie, u których w rodzinie nie występowały do tej pory choroby alergiczne. Wśród alergii pokarmowych (AP) najczęściej rozpoznaje się alergię na białka mleka krowiego (ABMK), nieco rzadziej na jajo kurze. Manifestuje się głównie poprzez zmiany skórne i nieprawidłowy stolec, oraz ulewanie i dotyczy głównie niemowląt karmionych mieszanką mlekozastępczą, dieta eliminacyjna u matki ma sens w 0,5% niemowląt.

Należy zacząć od tego, że za wyprysk atopowy, alergiczny nieżyt nosa, czy astmę odpowiada głównie rodzaj porodu i karmienia, a co za tym idzie kompletnie różna flora jelitowa.

Jako profilaktykę alergii uznaje się poród fizjologiczny i karmienie naturalne od pierwszych chwil życia, podanie mieszanki bezpowrotnie zmienia profil flory jelitowej niemowlęcia, przyczyniając się zwiększenia ryzyka wystąpienia alergii. TAK TA JEDNA BUTELKA W SZPITALU MA ZNACZENIE[7].



Ryc.1. Rodzaj flory jelitowej niemowlęcia w zależności od rodzaju porodu i karmienia

Większość wyprysku u niemowląt nie ma

związku z dieta matki, a są to różne

- **alergie środowiskowe (detergenty, kosmetyki stosowane przez opiekunów),**
- **alergie kontaktowe,**
- **a nawet alergie wziewne.**

Eliminacja jakiekolwiek składnika powinna odbywać się pod opieką lekarz specjalisty – alergologa, oraz DIETETYKA, aby była prawidłowo zbilansowana, możliwe że konieczna będzie suplementacja wapnia (Calcium) w ilości 1000 mg/dobę.

DIETA ELIMINACYJNA

- nie może trwać przewlekle
- optymalny czas to 3-6 tyg a następnie stopniowe wprowadzanie nabiału
- w wyjątkowych sytuacjach silnych objawów – kontynuacja do 3 miesięcy i stopniowe wprowadzenie nabiału przed okresem rozszerzania diety
- wprowadzenie BMK: 1 łyżka stołowa jogurtu greckiego co 3 dni i stopniowo zwiększać częstotliwość i ilość

DLACZEGO Z DIETY TRZEBA WYJŚĆ PRZED ROZSZERZANIEM DIETY?

Chodzi o antyalergiczne właściwości mleka kobiecego, które mają przeciwciała przeciw antygenom alergenów, dodatkowo zawierają immunoglobuliny sekrecyjne A , pełniące funkcje ochronne w jelicie niemowlęcia, a także liczne probiotyki i prebiotyki (oligosacharydy), mające istotne znaczenie w prewencji alergii, alergeny które przedostają się do pokarmu, są osłabione, mniej aktywne, a więc działają jak szczepionka i właśnie o takie szczepienie nam chodzi.

Porównując do szczepień ochronnych wprowadzone są same antygeny, lub martwe lub żywe, ale pozbawione zjadliwości drobnoustroje w celu wytworzenia odporności. W przypadku immunoterapii swoistej, stosowanej w alergologii (tzw. odczulanie) właśnie chodzi o podawanie niewielkich ilości alergenów, maksymalnie rozcieńczonych aby zminimalizować ryzyko reakcji alergicznej, ale wystarczająco duże, aby wywołać tolerancję, stopniowo zwiększając ilość, aż do całkowitego ustąpienia objawów.

Dokładnie tę samą zależność osiągamy jeśli kobieta karmi piersią dziecko z objawami alergii przekazując mu niewielkie ilości alergenu, stymuluje układ odpornościowy dziecka do wytworzenia TOLERANCJI, a więc wycofania objawów alergii [5].

Jak wykazały badania, o których wspominałam w artykule Dlaczego mleko mamy nie powoduje alergii?_ Dieta eliminacyjna jest szkodliwa, gdyż nie pozwala w bezpieczny sposób wytworzyć tolerancji pokarmowej, a w konsekwencji alergia zostaje utrwalona [6].

ŹRÓDŁA:

[1] Chatzi L., Torrent M, Romieu I i wsp. „Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood„, Thorax 2008;63:507-513.
[2] J. De Batlle, J. Garcia-Aymerich, A. Barraza-Villarreal i wsp „Mediterranean diet is associated with reduced asthma and rhinitis in Mexican children„, Allergy. 2008 Oct;63(10):1310-6.
[3] G. HATTEVIG, B. KJELLMAN, N. SIGURS, i wsp „Effect of maternal avoidance of eggs, cow’s milk and fish during

lactation upon allergic manifestations in infants„, Clin Exp Allergy. 1989 Jan;19(1):27-32.
[4] Lange NE1, Rifas-Shiman SL, Camargo CA Jr i wsp. „Maternal dietary pattern during pregnancy is not associated with recurrent wheeze in children„, J Allergy Clin Immunol. 2010 Aug;126(2):250-5, 255.e1-4.
[5] H. Wopereis,R. Oozeer, K. Knipping, C. Belzer, J. Knol The first thousand days – intestinal microbiology of early life: establishing a symbiosis, Pediatr Allergy Immunol. 2014 Aug;25(5):428-38.
[6] Kirsi M. Järvinen, M.D., Ph.D., Jennifer E. Westfall, Ph.D., Max S. Seppo, i wspólnicy, Role of maternal elimination diets and human milk IgA in development of cow's milk allergy in the infants, Clinical & Experimental Allergy, Volume 44, Issue 1, pages 69–78, January 2014
[7] K. Lord Stewart „Cessation of Breast Milk Alters Infant Microbiome„

Mitologia karmienia piersią

Wokół karmienia piersią na przestrzeni lat narosło wiele mitów. Mity te są przekazywane kolejnym pokoleniom droga ustną, w rodzinie, często też przez personel medyczny. Część z nich pojawia się w opracowaniach pisemnych, w postaci poradników, często przygotowanych przez producentów odżywek dla dzieci, czy artykułów w popularnych portalach parentingowych.

MIT 1: DIETA MATKI KARMIĄCEJ

Jednym z najbardziej zakorzenionych w naszym kraju mitów jest „Dieta matki karmiącej„. Tak, w naszym kraju, gdyż tylko kobiety Polsce są katowane dietami. Narzuca się kobietom

lekkostrawną, gotowana dietę, często pozbawioną przypraw. Zakazuje się spożywania posiłków wzdymających, aromatycznych, ostrych, ciężkostrawnych, jako rzekomo mających wpływ na kolki u dziecka, czy często też surowych warzyw, owoców a także mięsa, czy ryb.

Stosowanie diet eliminacyjnych nie ma żadnego uzasadnienia medycznego, ani naukowego. W świetle aktualnej wiedzy nt. przenikalności składników do pokarmu oraz przyczyn kolki niemowlęcej, nie można obciążać odpowiedzialnością za kolkę matki, która zjadła jabłko czy jogurt.

MIT 2: SŁABY POKARM, POKARM NIEWARTOŚCIOWY

Teoria słabego pokarmu powstała w okresie, w którym dzieci nie były karmione na żądanie, a wg zegarka, zarówno pod względem czasu pozostawiania przy piersi jak i godzin, o których dziecko było karmione. Pomiędzy wyznaczonymi porami karmień dziecko otrzymywało smoczek lub/i było pojone wodą z glukozą czy słodką herbatką. Postępowanie takie miało na celu oszukiwanie głodu dziecka oraz wyuczenie stałych pór posiłków, w rzeczywistości było głodzeniem dziecka, skutkującym często zatrzymaniem przyrostów lub wręcz ubytkiem masy ciała.

W świetle wiedzy nt. karmienia piersią, karmienie na żądanie bez podawania płynów i smoczka jest kluczowe w sytuacji małych przyrostów u niemowląt. Istotne jest podawanie piersi tak często, jak to jest tylko możliwe i karmienie tak długo jak dziecko potrzebuje. Nawet jeśli jedno karmienie miałoby trwać godzinę, a kolejne karmienie odbywałoby się po 15 minutach przerwy. Przekarmienie dziecka w tej sytuacji jest prawie niemożliwe.

MIT 3: ZBYT TŁUSTY POKARM

Teoria tłustego pokarmu dotyczy zwykle dzieci karmionych na żądanie, o bardzo dużych przyrostach. Pojawiają się teorie o otyłości i konieczności „odchudzania”, ograniczania ilości karmień, podawania płynów i smoczka (czyli to o czym pisałam w

poprzednim akapicie), aby zmniejszyć przyrosty.

Teoria jest o tyle irracjonalna, że mleko matki zupełnie różnie zachowuje się w organizmie niemowlęcia w stosunku do sztucznej mieszanki. Przede wszystkim różni się zawartością tłuszczy oraz ich rodzajem.

> *„W tłuszczu mleka ludzkiego stwierdzono obecność około 60 różnych KT. Głównymi KT mleka ludzkiego są: kwas oleinowy, palmitynowy, linolowy, stearynowy, mirystynowy i laurynowy. PUFA stanowiły średnio 13,2% ogólnego składu KT. Średni poziom zawartości trans KT w badanych próbkach tłuszczu mleka kobiet wynosił 2,45% ogólnego składu KT. Udział procentowy poszczególnych grup KT w diecie badanej populacji kobiet wynosił średnio: 43,67, 41,74 i 14,59% odpowiednio KT nasyconych, jednonienasyconych i wielonienasyconych.” (Martysiak-Żurowska, Żóralska, Zagierski, Szlagatys-Sidorkiewicz)[I]*

> *Całkowita zawartość glicerydów wynosi 3,0 do 4,5 g/100 ml. W grupie tych tłuszczów 98,7% stanowią trójglicerydy, a pozostały odsetek to dwuglicerydy i wolne kwasy tłuszczowe. Trójglicerydy mleka ludzkiego są tłuszczami wysoko przyswajalnymi dzięki swoistej gatunkowo estryfikacji kwasu palmitynowego (w drugiej pozycji glicerolu). Zawartość cholesterolu w mleku kobiecym jest dość wysoka i wynosi 1,0 do 1,5 mg/100 ml (najwyższe stężenie obserwuje się w colostrum). Uważa się, że ułatwia to proces mielinizacji centralnego układu nerwowego oraz działa protekcyjnie, chroniąc przed wysokim poziomem cholesterolu we krwi w wieku dorosłym.*
> *Ważną rolę w procesach mielinizacyjnych odgrywają także fosfolipidy oraz nienasycone kwasy tłuszczowe mleka kobiecego. Około 80% kwasów tłuszczowych mleka kobiecego stanowią kwasy tłuszczowe średniołańcuchowe. Szczególnie znaczącą rolę przypisuje się frakcji wielonienasyconych kwasów tłuszczowych PUFA: kwasowi linolowemu oraz*

linolenowemu, a także ich pochodnym długołańcuchowym (kwas dokozaheksanowy DHA, arachidonowy i eikozapentaenowy AA), które są swoiste dla mleka ludzkiego. Kwasy te są materiałem do budowy błon komórkowych. Uważa się, że są one niezbędne do prawidłowego rozwoju ośrodkowego układu nerwowego oraz tkanki płucnej szczególnie u wcześniaków, a także dla prawidłowego rozwoju siatkówki i ostrości widzenia. Wykazano związek podaży DHA z rozwojem funkcji poznawczych i uczenia. W mleku matek, które urodziły przedwcześnie zawartość PUFA jest wyższa. W ostatnich latach badacze podkreślają, że zawartość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w mleku matek jest zależna od ich poziomu w surowicy krwi i koreluje z dietą ciężarnych.(Pawlus, Kordek, Łoniewska) [II]

Podczas gdy sztuczna mieszanka ma skład zupełnie różny, przede wszystkim opiera się na średniołańcuchowych kwasach tłuszczowych, różnych w różnych preparatach, dość szczegółowo opisanych w artykule Analiza specyficznych składników mieszanek mlekozastępczych. Zawierają one średnio- i długołańcuchowe kwasy nasycone, a te przyczyniają się do otyłości u dzieci, stąd też bardzo istotne jest dostosowanie ilości i częstotliwości karmień u dzieci karmionych sztucznie.

MIT 4: WODNISTY POKARM

Pokarm po ściągnięciu jest niebieskawy, zielonkawy, wydaje się być rozwodniony, co ma świadczyć o jego niskiej wartości odżywczej.

Kolor pokarmu nie ma żadnego wpływu na jego skład ilościowy i jakościowy, a kolor niebieskawy, wodnisty jest jak najbardziej prawidłowy. Dopóki nie jest RÓŻOWY (o tym kiedy indziej), jest prawidłowy. Ilość zbierającej się na powierzchni „śmietanki" też nie ma wpływu na jego odżywczość. Ludzki pokarm zawiera przeciętnie 6% tłuszczu, a jego ilość zmienia w ciągu jednego karmienia, dnia, tygodnia, miesiąca, i nigdy nie jest stała. Przeciętnie w miarę ssania zawartość tłuszczu w pokarmie wzrasta stopniowo od 2 do 8% a w niektórych przypadkach nawet do 12%.

Pokarm ludzki jest specyficzny i nie można go porównywać z mlekiem krowim, kozim czy innych ssaków, głównie kopytnych, gdyż jego zadanie jest zupełnie różne od pokarmu tych zwierząt.

MIT 5: KIEDY POKARM NIE WYSTARCZY, BO DZIECKO JEST ZA CHUDE/ZA GRUBE – ROZSZERZANIE DIETY

Jeden z moich ulubionych mitów, czyli że jeśli dziecko ma zbyt duże przyrosty, to trzeba rozszerzyć dietę, bo mleko mu nie wystarczy, aby pokryć zapotrzebowanie kaloryczne i odwrotnie, kiedy dziecko ma małe przyrosty, trzeba rozszerzyć dietę, bo mleko mu nie wystarcza.

GDZIE TU LOGIKA?

Przecież, skoro dziecko na samym mleku ma tak duże przyrosty, to logicznym jest, że pokarm zaspokaja wszelkie jego potrzeby kaloryczne i odżywcze. Podanie pokarmu uzupełniającego – warzywo – jest więc totalnie działaniem bez sensu i uzasadnienia

I odwrotnie, skoro dziecko nie ma dużych przyrostów, to rozszerzenie diety o warzywa ich nie poprawi.

Zestawienie kaloryczności pokarmów jest bezlitosne (wartość kcal / 100g):

- **Pokarm kobiety – 72-75 kcal**
- Marchew gotowana – 27 kcal
- ryż na mleku – 66 kcal
- ziemniak – 77 kal
- manna – 67 kcal
- brokuł – 27 kcal
- jabłko – 46 kcal
- indyk – 84 kcal

Nie ma możliwości, aby pokarm, stał się niewystarczający w okresie 1-2 lat karmienia piersią, dlatego nawet w

przypadkach, gdzie dziecko nie jest zainteresowane rozszerzeniem diety, nie ma ryzyka niedoborów. Zawsze jednak należy przeprowadzić badania morfologiczne krwi i wykluczyć anemię, która sama w sobie może być przyczyną niechęci do rozszerzenia diety. Jeśli jednak wszystkie wyniki są w normie, nie ma powodu, aby się martwic o niedożywienie niemowlęcia czy dziecka.

Dietę rozszerzamy nie wcześniej niż w 7 miesiącu życia.

MIT 6: CUD NAD WISŁĄ CZYLI JAK W POLSCE POKARM ZMIENIA SIĘ W WODĘ

W Polsce jest taki mit mówiący o cudownej przemianie pokarmu w wodę. Wg różnych źródeł następuje to w okresie pomiędzy 6 a 12 miesiącem życia dziecka. Kontynuacja karmienia piersią po tym okresie nie ma wg tych źródeł uzasadnienia, gdyż stanowi już tylko „przyzwyczajenie" się dziecka i wygodę matki i nie niesie za sobą żadnych wartości dla dziecka.

Jak już wspomniałam, pokarm może stanowić jedyne źródło kalorii nawet do końca drugiego roku dziecka, ale stanowi absolutna podstawę żywienia w pierwszym roku i podstawowe źródło kcal, a więc nie może być jednocześnie „wodą".

Co ważne, skład jakościowy pokarmu istotnie się zmienia, jeśli matka karmi ponad 2 lata, dostosowując się do zmiennych potrzeb karmionego dziecka. Zawsze jednak pozostanie bogaty w tłuszcze, białka, węglowodany, witaminy i składniki mineralne oraz bogaty w przeciwciała. Więcej na ten temat pisałam w artykule Długie karmienie piersią.

MIT 7: ALERGENNOŚĆ MLEKA MATKI

Pokarm kobiecy jest idealnie dostosowany pod kątem składu białkowego do potrzeb wzrastającego niemowlęcia, jest bogaty w białka swoiste gatunkowo, a więc nie może powodować alergii. Alergia to nieprawidłowa odpowiedź organizmu na białka obce gatunkowo, dotyczy to zarówno białek zwierzęcych, jak i

roślinnych. Reakcja alergiczna może być miejscowa lub ogólnoustrojowa i przebiegać na różne sposoby.

Do objawów alergii zaliczamy odczyny skórne, objawy ze strony układu oddechowego oraz pokarmowego o różnym nasileniu i przebiegu.

Z punktu widzenia fizjologii nie ma możliwości wystąpienia alergii na pokarm kobiecy. W pewnych specyficznych warunkach może dojść do przenikalności niektórych składników pokarmowych do mleka kobiecego, co powoduje zmiany alergiczne, ale szacuje się, że ten problem dotyczy 0,5-2% niemowląt (Gugulska) i nie jest wskazaniem do stosowania diety eliminacyjnej, czy tym bardziej odstawienia dziecka od piersi, zastępując pokarm kobiecy hydrolizatem mleka krowiego w postaci mieszanki specjalistycznej.

MIT 8: POKARM ZNIKAJĄCY Z DNIA NA DZIEŃ

Znowu, z punktu widzenia fizjologii nie ma możliwości nagłego zatrzymania laktacji. Jest to długotrwały proces, który trwa od kilku tygodni, kilku miesięcy, nawet do kilku lat. Nawet w zaburzeniach pracy różnych gruczołów w organizmie człowieka nie ma możliwości, aby doszło do raptownego zatrzymania wydzielania substancji (soków, hormonów czy mleka), a więc laktacja nie może zniknąć z dnia na dzień, gdyż gruczoły nie zaprzestana wydzielania mleka z dnia na dzień. Co ciekawe, nagły zanik pokarmu zwykle zbiega się w czasie ze skokami rozwojowymi niemowląt, a te często łączą się ze stresem niedoświadczonej matki. Skoki rozwojowe to krótkie okresy, następujące w dość równych odstępach czasu, powodujące zmiany zachowania niemowlęcia oraz zmiany jego zapotrzebowania na pokarm. Zasadniczo występują one w 3-6-9 tyg życia i 3-6-9 miesiącu życia. Dziecko może być niespokojne, szarpać się lub ciągle ssać pierś, co może dawać wrażenie jej „opróżnienia” i niechęć do ssania.

Stres może potęgować wrażenie braku pokarmu, ale nie powoduje

jego zaniku.

Podsumowując, nawet silny stres nie powoduje zaniku pokarmu. Może on jedynie powodować zaciskanie się (zwężanie) kanałów mlecznych, a więc utrudniony wypływ pokarmu. Pomocna w takich sytuacjach jest interwencja psychologa, a w ciężkich przypadkach psychiatry, który dobierze odpowiednie leki.

MIT 9: NAGŁE SAMOODSTAWIENIE

Nie istnieje i jest związane z 2 czynnikami: nieprawidłowym odbieraniem przez matkę sygnałów dziecka i zbyt intensywnym rozszerzaniem diety, często również zbyt wczesnym. Zazwyczaj te ,,nagłe odstawienia się" pojawiają się w okresach skoków rozwojowych (3, 9 miesiąc).

Najlepszym sposobem jest spokój, cierpliwość i proponowanie piersi. Absolutnie nie wolno w tym okresie podawać butelki i należy wycofać się całkowicie z rozszerzania diety na rzecz ciągłego przystawiania do piersi

MIT 10: ABY MIEĆ DUŻO POKARMU TRZEBA DUŻO PIĆ

Ilość spożywanych płynów nie ma wpływu na ilość produkowanego pokarmu, należy pić w zgodnie z pragnieniem i nie zmuszać się do wypijania więcej. Faktyczna różnica w podaży pokarmu może pojawić się jedynie w przypadku długotrwałego odwodnienia, faktycznie niemożliwa w naszych warunkach.

MIT 11: KARMIENIE PIERSIĄ NA POCZĄTKU BOLI, BO BRODAWKI MUSZA SIĘ ZAHARTOWAĆ

Karmienie piersią nie ma prawa boleć i w mojej pracy z matkami spotykam się wielokrotnie z sytuacją, że początki są bolesne, tymczasem wystarcza korekta przystawienia, by ból ustąpił.

Niestety, błędy w przystawianiu na początku karmienia pojawiają się często i to własnie one są odpowiedzialne za uszkadzanie brodawek i ból. Z czasem dziecko ssie coraz sprawniej i mogą się te błędy niwelować, a czasami kobiety

długo się skarżą i pytają, jak długo trwa to hartowanie brodawek, bo minęło już np. 3-4-5 tygodni.

Odpowiedź brzmi: będzie boleć tak długo, jak długo dziecko będzie nieprawidłowo przystawiane. Zbyt płytkie ssanie piersi skutkuje dociskaniem przez język dziecka brodawki do podniebienia twardego, skutkiem czego delikatna brodawka zostaje uszkodzona i boli. Kiedy dziecko obejmuje ustami brodawkę wraz z otoczką, sama brodawka znajduje się znacznie głębiej w jamie ustnej, na wysokości podniebienia miękkiego, gdzie już język nie operuje. Sam język zaś, dociska do podniebienia otoczkę brodawki, wyciskając w ten sposób pokarm, który wprost z brodawki trafia do gardła dziecka. Więcej na ten temat w artykule: Przyczyny bólu brodawek i ich eliminacja

MIT 12: PO PORODZIE NIE MA POKARMU I TRZEBA DOKARMIAĆ

Dotyczy to głównie porodów przez cięcie cesarskie, ale zdarza się także po porodzie fizjologicznym. Skąd taka teoria – nie wiem, gdyż gdyby było to prawdą, gatunek ludzki wyginąłby już dawno.

Nie ma takiej możliwości aby, po porodzie nie pojawił się pokarm i uciśnięcie brodawki nie jest żadnym dowodem na jego brak.

POKARM ZACZYNA SIĘ PRODUKOWAĆ JUŻ POMIĘDZY 16-22 TYGODNIEM CIĄŻY, a więc nawet dziecko urodzone przedwcześnie spokojnie może być karmione mlekiem matki. Jeśli u matki nie występuje hipoplazja (niedorozwój) piersi nie ma możliwości, aby pokarm się nie pojawił tuż po porodzie. Problemem jest brak wsparcia w prawidłowym przystawianiu dziecka do piersi, co skutkuje niewystarczająca stymulacją laktacji.

Tak czy inaczej, pokarm jest po każdym porodzie w ilości wystarczającej dla noworodka, czyli w ilości kropli bogatych w przeciwciała czy probiotyki kolonizujące jelita dziecka. Ciągłe ssanie piersi matki po porodzie stymuluje nie tylko laktację, ale i namnażanie pęcherzyków mlecznych, o czym

pisałam w artykule Budowa gruczołu sutkowego (piersi), fizjologia i stabilizacja laktacji

MIT 13: BUTELKA I SMOCZEK NIE ZABURZAJĄ ODRUCHU SSANIA

Niestety, nie ma takiej pewności. U jednych karmienie przebiega bezproblemowo, u innych pojawia się odrzucenie piersi, ssanie nieefektywne, zbyt płytkie, miażdżenie brodawki wałami zębowymi, lub, co gorsza, nagryzanie zębami. Nie wiesz niestety jak zareaguje Twoje dziecko, a naprawić potem to, co zepsuła butelka ze smoczkiem jest bardzo ciężko. Pytanie brzmi, czy warto eksperymentować?

MIT 14: LAKTATOR PRAWDĘ CI POWIE

Nie powie i ilość ściągniętego mleka nigdy nie jest równa ilości wyprodukowanego i wyssanego przez dziecko pokarmu, dlatego, nie należy się nigdy sugerować ilością odciągniętego pokarmu. Więcej o tym w artykule: 5 kroków do udanego karmienia piersią

Źródła:

SKŁAD I ZAWARTOŚĆ KWASÓW TŁUSZCZOWYCH W MLEKU KOBIET Z GDAŃSKA I OKOLIC W RÓŻNYCH OKRESACH LAKTACJI[I]

Podstawowe składniki mleka kobiecego – najnowsze wiadomości [II]

https://potrafiszschudnac.pl/diety/tabele-kalorycznosci-produktow/

OBRAZEK W NAGŁÓWKU: http://www.huffingtonpost.com/

KARMIENIE PIERSIĄ, A PRÓCHNICA

Tekst przetłumaczony z języka francuskiego przez Agnieszkę Świrniak, zaczerpnięty z jej bloga: http://cycusialka.bloog.pl/id,4107680,title,Koniec-rozterek-na-temat-prochnicy-,index.html?smoybbtticaid=61730c

Oto artykuł, przetłumaczony ze strony La Leche League France http://www.lllfrance.org/allaitement-information/caries.htm

(prawo rozpowszechniania ich materiałów, pod warunkiem podania źródła),

Tytuł oryginału: „Caries et allaitement", opublikowany w: „Allaiter Aujourd'hui" („Karmienie piersią w dzisiejszych czasach") nr 54, LLL France 2004

Gdy baczniej przeglądniemy się badaniom na temat próchnicy i karmienia piersią, to zauważymy, ze jedyne przeprowadzone analizy, mówiące o ewentualnym związku miedzy karmieniem piersią a próchnica dotyczą odizolowanych przypadków i opisują jedno lub dwoje dzieci. **Żadne z badań typu epidemiologicznego nie wykazało zależności miedzy karmieniem piersią a próchnicą**. Wręcz przeciwnie, wiele badan (Oulis 1999, Torney 1992, Weerheimij 1998) „**uwolniły**" karmienie piersią od wszelakiej w tym wypadku odpowiedzialności.

Większość dentystów uogólnia „syndrom butelkowy" do karmienia piersią. Syndrom butelkowy, to próchnica, która rozwinęła się w wyniku przedłużonego ssania butelki z mlekiem modyfikowanym przez kilka godzin, a nawet cala noc. Bywają to nawet butelki ze słodkimi płynami. Skuterkiem może być nawet całkowity brak zębów w wieku 3 – 4 lat.

Dzieje się tak z powodu braku wiedzy na temat różnicy miedzy piciem mleka matczynego z piersi a modyfikowanego z butelki.

DLACZEGO KARMIENIE PIERSIĄ NIE POWODUJE PRÓCHNICY?

1. Zacznijmy od tego, ze mleko matki nie obniża znacznie pH w ustach dziecka, w przeciwieństwie do prawie wszystkich mlek modyfikowanych. A bakteria, która jest głównie odpowiedzialna za próchnicę – *Streptocoque mutans* (*S. mutans*) rozwija się wyjątkowo dobrze przy niskim pH.
2. Większość mlek modyfikowanych jest świetna pożywka dla rozwoju bakterii, w przeciwieństwie do mleka ludzkiego, które ma właściwości antybakteryjne. Wiemy na przykład, ze *S. mutans* jest bardzo wrażliwy na działanie laktoferryny (klik) (oznacza to, ona go niszczy), jednego z najważniejszych składników mleka kobiecego. (Palmer 2000)
3. Zaobserwowano, że mieszanki rozpuszczają szkliwo zębów, w przeciwieństwie do **mleka matki, które powoduje osadzanie się wapna na i fosforu w szkliwie** (proces zwany remineralizacją).
4. Sam mechanizm ssania piersi powoduje, iż praktycznie niemożliwe jest, żeby mleko zalegało w buzi dziecka, w przeciwieństwie do tego, co dzieje się przy karmieniu butelka, co wyjaśnia termin: „próchnica butelkowa”. Po odruchu ssania, powodującym wypłyniecie mleka z piersi, następuje odruch przełykania, dziecko musi przełknąć, aby móc kontynuować ssanie. Natomiast przy piciu z butelki, mleko może lecieć do ust dziecka nawet, jeśli ono nie ssie. Jeśli dziecko go nie przełknie, będzie ono zostawać w przedsionku jamy ustnej, a zęby będą w nim zanurzone.
5. W końcu, suchość w ustach jest jednym z czynników, mogących wywoływać wczesna próchnice. Nocą produkujemy mniej śliny, zwłaszcza u osób, oddychających ustami. Natomiast dziecko, które ssie jeszcze nocą, nadal produkuje silne, co może pomóc w zwalczaniu tejże

suchości w ustach, sprzyjającej próchnicy.

SKĄD SIĘ BIERZE PRÓCHNICA?

Mimo tego, regularnie spotyka się dzieci karmione piersią, które maja próchnice. Jeśli to nie karmienie piersią jest jej przyczyna (można by powiedzieć, ze dzieci te maja próchnice nie z powodu karmienia piersią, ale mimo tego), to skąd się ona bierze?

Bierze się z tych samych przyczyn, co u wszystkich dzieci, karmionych piersią lub nie – braki w szkliwie, dziedziczność lub wada wrodzona (w związku z czymś, co zdarzyło się podczas ciąży – gorączka, choroba, stres, leki, złe odżywianie się), wcześniactwo, gorączka u dziecka, zła higiena jamy ustnej, zbyt duże spożycie słodkich pokarmów i napojów (nie zapominajmy o cukrze, często obecnym w lekach pediatrycznych), infekcje *S. mutans* – niektórzy uważają, że bakteria ta jest odpowiedzialna za 90% wczesnej próchnicy. Najczęściej przenosi się ja z matki na dziecko podczas częstych kontaktów takich jak buziaki lub jedzenie tymi samymi łyżeczkami, widelcami, z tego samego talerza, itp, itd. Tłumaczy to z pewnością wyniki badan Serwint 1993, które wykazały związek pomiędzy próchnica u matki, a pojawieniem się próchnicy u jej dziecka.

Poleca się czasami w ramach zapobiegania, zęby matka od końca ciąży płukała usta roztworem fluoru lub chloroheksydy, jest to jednak środek kontrowersyjny i powinien być skonsultowany z dentysta. Można zminimalizować możliwość zakażenia dziecka przez matkę *S. mutans*, redukując do minimum drogi zakażenia poprzez NIE jedzenie przy użyciu tych samych nakryć, NIE pożyczanie szczoteczki do zębów, itd.) oraz starać się nie obniżać pH w ustach dziecka (np. nie wprowadzać mleka modyfikowanego[1]).
Jeśli jednak próchnica już wystąpiła trzeba oczywiście ja leczyć (a nie mówić sobie – to tylko mleczaki, to nic groźnego) u dentysty wyspecjalizowanego w leczeniu dzieci. Można także zrobić „test ślinowy”, który zmierzy ryzyko

próchnicy. Specyficzne wzmocnienie ząbków przeciw *S. mutans* może się wówczas okazać pomocne (antybakteryjne płukanki, antybakteryjny lakier nazębny, w opracowaniu jest nawet szczepionka). (Reagan 2002).

[1] lub innych słodkich napoi – np słodkich herbatek, czy glukozy oraz słodyczy, a po każdym kontakcie myc zęby dziecka – przypis mlecznewsparcie.pl

Bibliografia:

- Oulis, C. et al, Feeding practices of Greek children with and without nursing caries, PediatrDent 1999 ; 21(7) : 409-416.
- Palmer B, Breastfeeding and infant caries, ABM News and Views 2000 Dec ; 6 (4) : 27-31.
- Reagan L, Big bad cavities, breastfeeding is not the cause, Mothering 2002 Jul-Aug : 113.
- Serwint JL et al, Child-rearing practices and nursing caries, Pediatrics, 8/93, 92 : 233-37.
- Torney, H., Prolonged On-Demand Breastfeeding and Dental Caries – An Investigation, doktorat, Dublin, 1992
- Weerheijm KL, Prolonged demand breastfeeding and nursing caries, Caries 1998, 32 (1) : 46-50.

ZDJĘCIE W NAGŁÓWKU: *Photo credit: Dollface Photos/Moment/Getty Images*

Jak mądrze zakończyć

karmienie piersią?

Jak mądrze zakończyć karmienie piersią?

Bez względu na to, jak długo karmiłaś piersią, przychodzi dzień, że nie chcesz już czekać, aż dziecko samo zrezygnuje, jesteś zmęczona, może niewyspana. Po prostu nie chcesz tego ciągnąć dalej. W zależności od wieku i etapu rozwojowego dziecko będzie na to mniej lub bardziej gotowe.

Optymalnie jeśli karmisz 12-24 miesięcy lub dłużej

Jak to zrobić, żeby było łagodnie?

przede wszystkim:

1. nie okłamuj, nie oszukuj, nie wymyślaj historii o chorobie
2. nie smaruj piersi pieprzem, musztardą (substancje zawarte w tych przyprawach mogą na prawdę uszkodzić skórę i spowodować stan zapalny)
3. nie zaklejaj plastrem
4. nie maluj czarnym markerem
5. nie wyjeżdżaj, żeby dziecko zapomniało
6. nie rób tego w okresie lęku separacyjnego (ok 6-8 mż, ok 16-20 mż i ok 30-32 mż – różnie u różnych dzieci)
7. nie rób tego w okresach skoków rozwojowych (3-6-9-12 miesięcy)
8. nie rób tego w okresie powrotu do pracy
9. nie używaj magii, zabobonów i mitów ludowych, nie trzeba pryskać mlekiem na palniki gazowe (potem zapiecze się i nie domyjesz), tym bardziej kuchnie gazową wg zaproponowanego schematu kumy.

W zależności od wieku dziecka – rozmawiaj, tłumacz (nawet maluszkowi) przytulaj, proponuj alternatywne rozwiązania, bądź blisko w tym ciężkim dla dziecka okresie, bądź czuła i ciepła, aby nie odczuwało odrzucenia, pocieszaj.

Jeśli możesz poczekaj do ukończenia przez dziecko 6 m, w których warto karmić wyłącznie piersią. A następnie rozpocząć rozszerzanie diety.

Nie rezygnuj z dnia na dzień, dajcie sobie czas, na początek zrezygnuj z najkrótszych karmień, najdłuższe zostaw na koniec. Dziecku poniżej roku zaleca się podanie mieszanki mlekozastępczej, choc niektórzy specjaliści twierdza, ze etap ten można pominąć o ile dziecko jest gotowe na rozszerzenie diety w tym przetworami mlecznymi: jogurt naturalny, twaróg etc po 4 miesiącu (dr Jack Newman). Świeże, nieprzetworzone produkty i urozmaicenie diety, są alternatywnym rozwiązaniem dla wysokoprzetworzonej mieszanki.

Jeśli jednak zdecydujesz się na podanie mieszanki, pamiętaj że nie ma potrzeby jej podawania dłużej niż do ukończenia przez dziecko 12 mż.

Im starsze dziecko tym lepiej. Rozszerzaj dietę jednocześnie zastępując karmienia posiłkami i płynami w bidonie z rurka lub otwartym kubku, nie ma potrzeby podawani butelki ze smoczkiem czy kubka niekapka*. Taki maluch nie może jeszcze pić mleka krowiego, ale jeśli skończy 6m możesz mu ugotować naturalny budyń, 6-m dziecku możesz tez podać mleko roślinne (najlepiej domowe) dodając je do owsianki, czy kaszy. Kasze możesz też przyrządzić na wodzie dodając do niej owoce dla smaku. Mleko krowie półtłuste pasteryzowane (możesz też podać surowe, świeże, odstane mleko krowie, o ile usuniesz nadmiar tłuszczu) możesz wprowadzić, kiedy dziecko ukończy pierwszy rok życia. Pamiętaj o wodzie jako formie uzupełniania płynów.

Pamiętaj mleko (ewentualnie przetwory mleczne) jest niezwykle

ważnym składnikiem w diecie dziecka w pierwszym roku życia, a każdy miesiąc karmienie piersią jest na wagę złota.

Aby nie doprowadzić do obrzęku, zastoju, czy zapalenia:

- pij do 3-6 filiżanek szałwii, zapobiegnie nadprodukcji pokarmu, spowolni laktacje
- rób okłady z kapusty jak przy nawale i zapaleniu piersi
- odciągaj pokarm (10-20 ml, nie więcej – do poczucia ulgi w piersiach i tylko gdy poczujesz taką potrzebę)

* Butelka ze smoczkiem jest rozwiązaniem, które jest odpowiednie dla dzieci do 6m życia nie karmionych piersią.

Źródła:
http://www.webmd.com/parenting/baby/news/20080711/baby-milk-recommendations-changed
http://www.findingdulcinea.com/news/health/July-August-08/AAP-Changes-Milk-Recommendations-for-Children-Under-2.html
http://www.floridahealth.gov/programs-and-services/wic/nutrition-materials/_documents/feeding-your-toddler-12-24.pdf

Literatura:
Dr. Jack Newman’s Guide to Breastfeeding: Revised Edition – Jack Newman, Teresa Pitman, Wyd. Pinter & Martin, 2014

Analiza specyficznych składników mieszanek mlekozastępczych

Zanim sięgniesz po mieszankę mlekozastępczą.

Niektóre dzieci muszą być karmione sztucznie i nie ma dla nich innej alternatywy, a nawet ta wydaje się najlepszą np. w przypadku chorób związanych z zaburzeniami metabolicznymi, czy nietolerancjami specyficznych składników, lub kiedy choroba mamy całkowicie wyklucza karmienie naturalne. Warto walczyć o jak najlepszy skład mieszanek, dla tych maluchów, ale kiedy dziecko jest zdrowe i może być karmione naturalnie, warto unikać sztucznego pokarmu, o to dlaczego.

Rozwijając wpis, sprzed kilku tygodni, poddałam dostępne na rynku mieszanki dostępne od ręki i te apteczne analizie składu. Metodom pozyskiwania składników oraz wpływ poszczególnych składników na zdrowie w kontekście długofalowym. Niektóre ze składników mieszanek są odpowiednikami, pozyskiwanymi z natury składników z mleka kobiecego, inne są słabymi substytutami, lub wręcz wyborem najtańszych zamienników.

95-99% mieszanek mlekozastępczych bazuje na mleku krowim. Mleku w proszku. Pozostałe to preparaty oparte na o soję.

MLEKO W PROSZKU, CZYLI JAK USUSZYĆ MLEKO



W przypadku mieszanek jest to mleko pozbawione „śmietanki” czyli odtłuszczone. Tłuszcz jest wykorzystywany w procesie produkcji mleczarskiej do produkcji śmietanki, śmietany i masła. Tłuszcz pochodzenia zwierzęcego jest produktem dość drogim (stanowi tylko nieco ponad 3,5% a wiec z 1 litra (1000

ml) mleka mamy ok 37 ml tłuszczu) bogatym w ważne dla rozwoju witaminy rozpuszczalne w tłuszczu, czyli wit A (wzrok) i wit D (odporność, mineralizacja kości) jest to istotna informacja dla dalszego procesu produkcji mieszanki. Mleko następnie jest pasteryzowane. Pasteryzacja zabija drobnoustroje, ale także żywe składniki mleka oraz neutralizuje działanie enzymów.

Pozbawione tłuszczu mleko jest zagęszczane w wyparkach, i usuwa się w ten sposób ok 50% wody. następnie takie zagęszczone mleko rozpyla się w urządzeniu suszącym, w którym powietrze jest rozgrzane do temp. 140-200 °C, w wyniku czego następuje błyskawiczne wysuszenie zagęszczonego mleka.

Składniki odżywcze i czynniki odpornościowe	Świeże mleko z piersi	Świeże mleko krowie	Pasteryzowane mleko krowie	Przemysłowa mieszanka dla niemowląt
Enzymy antymikrobowe	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Usunięte
Probiotyki	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Kwasy omega 3 i 6	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Dodane
Bakterie produkujące laktazę ⇨ enzym rozkładający laktozę	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Delikatne proteiny	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Zmodyfikowane
Białko wiążące witaminę B12	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Biodostępne witaminy	Aktywne	Aktywne	Zablokowane	Zablokowane
Biodostępny wapń	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Biodostępny fosfor	Aktywne	Aktywne	Zablokowany	Zablokowany
Enzymy fosfatazy	Aktywne	Aktywne	Zniszczone	Usunięte
Oligosacharydy	Aktywne	Aktywne	Zmniejszone	Usunięte
Limfocyty odpornościowe	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Limfocyty B	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Mikrofagi	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Neutrofile	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Przeciwciała IgA/IgG	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Bifidobakterie ochronne	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Interferon gamma	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne
Fibrynonektyna	Aktywne	Aktywne	Nieaktywne	Nieaktywne

Źródło: http://articles.mercola.com/

BIAŁKA

W procesie produkcji sera powstaje serwatka, która zwykle jest po prostu wylewana jako odpad produkcyjny, tak się dzieje w małych manufakturach serowarów czasem jest tez po prostu wypijana. Natomiast inaczej rzecz się ma w dużych zakładach

przemysłowych (poza Polską). Odzyskują oni w procesie filtracji białka serwetkowe, które są dodawane do mieszanki, a często stanowią całą bazę mieszanki. Tu warto zauważyć, że te same białka serwatkowe są wykorzystywane do produkcji odżywek białkowych dla sportowców, zwłaszcza kulturystów. Serwatka oprócz białek zawiera: cukry (laktoza), minerały, oraz tłuszcze. Białka mają większą cząsteczkę niż pozostałe składniki, które odpływają wraz z serwatką, na membranie zostają tylko białka.

W przypadku mieszanek specjalnych, np. dla alergików, dochodzi do hydrolizy białek, czyli specjalne „enzymy proteazy rozbijają naturalnie występujące łańcuchy aminokwasów, potocznie zwane polipeptydami" i tu wracamy do problemu alergii.

Dlaczego dziecko z alergią ma objawy alergii? W procesie dojrzewania jelita dziecka uczą się trawić, mleko mamy zawiera przeciwciała IgA, są one niezwykle ważne, gdyż chronią dziecko przed rozwojem alergii, przeczytaj także Rola diety eliminacyjnej u matki oraz stężenia IgA w mleku kobiecym w rozwoju alergii na mleko krowie u dzieci oraz Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?

Mieszanka dla alergików nie naprawia jelit, nie sprawia ze stają się nieprzepuszczalne dla „niedotrawionych" białek, po prostu dostarcza dziecku nadtrawione białka. W leczeniu alergii i atopii ważne jest niedopuszczenie do przedostawania się takich polipeptydów do krwiobiegu, a nie dostarczenie lepiej rozdrobnionych. Niektóre mieszanki dla alergików zawierają bazę z soi. Należy jednak pamiętać, ze soja uczula równie często jak mleko krowie i zawiera fitoestrogeny, które są nie wskazane zwłaszcza dla chłopców, gdyż mogą powodować ich feminizację (95% soi na świcie to soja GMO, a jeśli producent nie zaznaczył na opakowaniu, że jest inaczej, z dużym prawdopodobieństw, baza mieszanki to własnie modyfikowana genetycznie soja).

Mamy jeszcze preparaty oparte tylko o aminokwasy, czyli podstawowe składniki białek, ale to nadal nie leczy przyczyny, a jedynie usuwa efekt, a znam przypadki, gdzie podawanie mieszanki opartej o aminokwasy, problemu nadal nie rozwiązało, a zabrakło już możliwości zmiany mieszanki.

FENYLOKETONURIA

Choroba polegająca na problemie w trawieniu fenyloalaniny – aminokwasu.

„Na szczęście dla mam naturalny pokarm kobiecy zawiera bardzo niewiele fenyloalaniny, około 45 mg w 100 ml – wszystkie typowe mieszanki do karmienia niemowląt zawierają znacznie więcej tego aminokwasu. Ponadto badania wykazują, że dzieci z fenyloketonurią karmione piersią mają wyższy iloraz inteligencji od tych, które dostawały jedynie preparaty PKU.”[I]

CUKRZYCA

„Zaobserwowano, że istnieje podobieństwo antygenowe pomiędzy białkiem mleka krowiego i białkiem powierzchniowym p69 wysp β trzustki[1]*. Wynika stąd, że wczesny ewentualny kontakt dziecka z białkiem mleka krowiego może zapoczątkować proces destrukcji trzustki. Na potwierdzenie tego spostrzeżenia są dane o częstszym występowaniu cukrzycy u dzieci karmionych mlekiem krowim.”* za [Bremborowiczem – Gimeno De Souza (1997), Kimpimaki et al. (2001),

[1] Wyspy β trzustki są odpowiedzialne za produkcję insuliny, hormonu obniżającego poziom cukru we krwi (nadmiar jest składowany w wątrobie jako zapas energetyczny w postaci glikogenu), trzustka produkuje także inny hormon – glukagon w komórkach α odpowiedzialny za uwalnianie cukru z wątroby.

CUKRY



Shutterstock

Węglowodany w mieszankach to laktoza z mleka, czyli cukier mleczny, a także syrop glukozowy, maltodekstryna.

Laktoaza jest wspaniałym cukrem, jest to dwucukier składa się z glukozy i galaktozy, pod wpływem laktazy – enzymu w jelitach (ten sam enzym znajduje się także w pokarmie mamy, ale nie ma go w mieszankach), zostaje rozłożona do cukrów prostych, wchłanianych do krwiobiegu, co ważne laktoza jest najmniej próchnicotwórczym cukrem i tylko taki cukier występuje w mleku mamy.

Mamy też preparaty dla dzieci z nietolerancją laktozy gdzie cukier mleczny został zastąpiony syropem glukozowym, a wiec dwucukier glukoza + galaktoza zostaje pozbawiony galaktozy, której dziecko nie trawi. Co ważne syrop glukozowy jest dodawany także do zwykłych mieszanek.

Syrop glukozowy, maltodekstryna maja wysoki indeks glikemiczny, czyli powodują wzrost poziomu glukozy we krwi, tzn powodują szybki skok poziomu glukozy we krwi, a następnie szybki wyrzut insuliny (pisałam o tym wcześniej) i szybki spadek poziomu, ma to wpływ na okresy intensywnego pobudzenia (wysoki poziom glukozy) i senności (niski poziom glukozy – niebezpieczny dla mózgu), sprzyjają również otyłości w przyszłości.

TŁUSZCZE



www.odzywianie.info.pl

Jak już wiemy, mieszanki powstają z mleka, które w procesie produkcji jest pozbawiane drogiego tłuszczu zwierzęcego. Mleko matki zawiera tłuszcze, tak więc mieszankę trzeba o nie wzbogacić, aby uzupełnić, ten ubytek. W czym jest problem? Po pierwsze są to tanie tłuszcze roślinne (niektórzy producenci nawet nie wymieniają jakich tłuszczy używają pisząc tylko ogólnie – oleje roślinne).

OLEJ KOKOSOWY, OLEJ PALMOWY I POCHODNE

Ciężko jest znaleźć wiarygodne źródła nt. oleju palmowego i kokosowego.

Mamy do wyboru: olej palmowy (olej z owoców), olej z ziaren palmy olejowej i olej kokosowy.

W produkcji mieszanek dla niemowląt używa się oleju kokosowego i palmowego, ale nie używa się oleju z ziaren palmy olejowej. Tu jest przysłowiowy „pies pogrzebany”. Dlaczego? Czym w takim razie się różnią oleje, jeśli wszystkie mają kwasy tłuszczowe nasycone, a olej kokosowy nawet więcej. Powszechnie wiadomo, że tłuszczowe kwasy nasycone sprzyjają wielu schorzeniom układu krążenia. .

Wartość energetyczna (kcal) 862/100g produktu	OLEJ KOKOSOWY
Tłuszcz 100 g	
Kwasy tłuszczowe nasycone 87 g	
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone 1,8 g	
Kwasy tłuszczowe jednonienasycone 6 g	
Cholesterol 0 mg	
Sód 0 mg	
Węglowodany 0 g	
Błonnik 0 g	
Cukry 0 g	
Białko 0 g	

Witamina A	0 IU	Kwas askorbinowy	0 mg
Wapń	0 mg	Żelazo	0 mg
Witamina D	0 IU	Witamina B6	0 mg
Witamina B12	0 µg	Magnez	0 mg

Wartość energetyczna (kcal) 884/100g produktu	OLEJ PALMOWY
Tłuszcz 100 g	
Kwasy tłuszczowe nasycone 49 g	
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone 9 g	
Kwasy tłuszczowe jednonienasycone 37 g	
Cholesterol 0 mg	
Sód 0 mg	
Węglowodany 0 g	
Błonnik 0 g	
Cukry 0 g	
Białko 0 g	

Witamina A	0 IU	Kwas askorbinowy	0 mg
Wapń	0 mg	Żelazo	0 mg
Witamina B6	0 mg	Witamina B12	0 µg
Magnez	0 mg		

Wartość energetyczna (kcal) 862/100g produktu	OLEJ Z NASION PALMY OLEJOWEJ
Tłuszcz 100 g	
Kwasy tłuszczowe nasycone 82 g	
Kwasy tłuszczowe wielonienasycone 1,6 g	
Kwasy tłuszczowe jednonienasycone 11 g	
Cholesterol 0 mg	
Sód 0 mg	
Węglowodany 0 g	
Błonnik 0 g	
Cukry 0 g	
Białko 0 g	

Witamina A	0 IU	Kwas askorbinowy	0 mg
Wapń	0 mg	Żelazo	0 mg
Witamina D	0 IU	Witamina B6	0 mg
Witamina B12	0 µg	Magnez	0 mg

Źródła: USDA

Różnią się długością łańcuchów kwasów tłuszczowych: Olej kokosowy i olej z ziaren palmy zawiera tajemniczy skład MCFA, którego zwykły olej palmowy nie zawiera. To własnie MCFA nadaje mu wyjątkowość. Czymże więc jest MCFA, to nic innego jak kwasy tłuszczowe o średniej długości łańcuchu, dla odmiany olej palmowy zawiera głównie LCFA czyli długie łańcuchy kwasów tłuszczowych.

> *Czym się one od siebie różnią?*
> *Różnicowanie metabolizmu różnych kwasów tłuszczowych, rozpoczyna się w przewodzie pokarmowym, MCFA absorbowane są skuteczniej niż kwasy tłuszczowe o długim łańcuchu (LFCA). Następnie MCFA są transportowane we krwi bezpośrednio do wątroby poprzez żyłę wrotną, w przeciwieństwie do LCFA, które są wchłaniane w jelitach do układu limfatycznego i transportowane tą drogą. Te różnice w strukturach są kontynuowane w procesach utleniania tłuszczu; MCFA wnika bezpośrednio w mitochondria niezależnie od systemu transportowego karnityny. Istniejeją również różnice pojemności ektogenicznye i lipogeniczne. Taka dyskryminacja metaboliczna jest poparta badaniami tak u zwierząt jak i u ludzi wykazując wzrost wydatku energetycznego wkrótce po posiłku zawierającym MCFA. W okresie długotrwałego procesu żywienia zwierząt kwasami MCFA długo doszło do spadku wagi. Te różnice w metabolizmie obsługi MCFA porównaniu LCFA niosą wnioski, że MCFA sprzyja utracie wagi*

(czyli odwrotnie niż LCFA, czyli olej palmowy).[I]

W skrócie, MCFA są wchłaniane bezpośrednio do krwi i żyłą wrotną do wątroby (żyła łącząca wątrobę z jelitami, w ten sposób produkty wchłaniane w jelitach trafiają do wątroby aby zostały metabolizowane) , gdzie są przekształcane w energię (wątroba to taki termofor ciała, krew, która z niej wypływa jest o 1°C wyższa niż ta, która do niej wpływa, a więc nie powoduje odkładania się tkanki tłuszczowej, tym samym nie powoduje otyłości, w przeciwieństwie do długołańcuchowych kwasów, które wraz z limfa są rozprowadzane po organizmie i magazynują się w tkankach i naczyniach, a ponieważ limfa jest odprowadzana do krwi to także wewnątrz naczyń krwionośnych i tylko częściowo trafiają do wątroby, odkładają się też w postaci tkanki tłuszczowej – sprzyjając otyłości – budują białą tkankę tłuszczową, która powoduje namnażanie komórek tłuszczowych, raz namnożone komórki tłuszczowe nie znikną, za to sprzyjają otyłości, dlatego w przeciwieństwie do dzieci karmionych naturalnie, ważna jest kontrola dużych przyrostów u dzieci karmionych sztucznie.

OLEJ SŁONECZNIKOWY

Olej słonecznikowy (także sojowy i kukurydziany) zawiera wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Same w sobie korzystnie wpływają na układ sercowo – naczyniowy. Problemem jest wysoka zawartość kwasu linolowego (Omega-6) w stosunku do kwasów α-linolenowego (ALA) eikozapentaenowego (EPA) i dokozaheksaenowego (DHA). W badaniach udowodniono, że zwiększone spożycie w diecie OMEGA-6, w stosunku do OMEGA-3 sprzyja rozwojowi nowotworów. Chodzi o proporcje (które w mieszankach nie są znane), czyli, żeby stosunek omega 3:6 był dodatni. Jeśli pożywamy olej słonecznikowy w ilości 4 łyżek, należy go zrównoważyć niskoerukowym olejem rzepakowym (niestety GMO) lun lnianym w ilości co najmniej 5 łyżek.

Na ten przykład mieszance jednego z producentów mamy

proporcję: α-linolenowego (omega-3) : kwasu linolowego (omega-6) 81:460 = 0,18, optymalnie >1

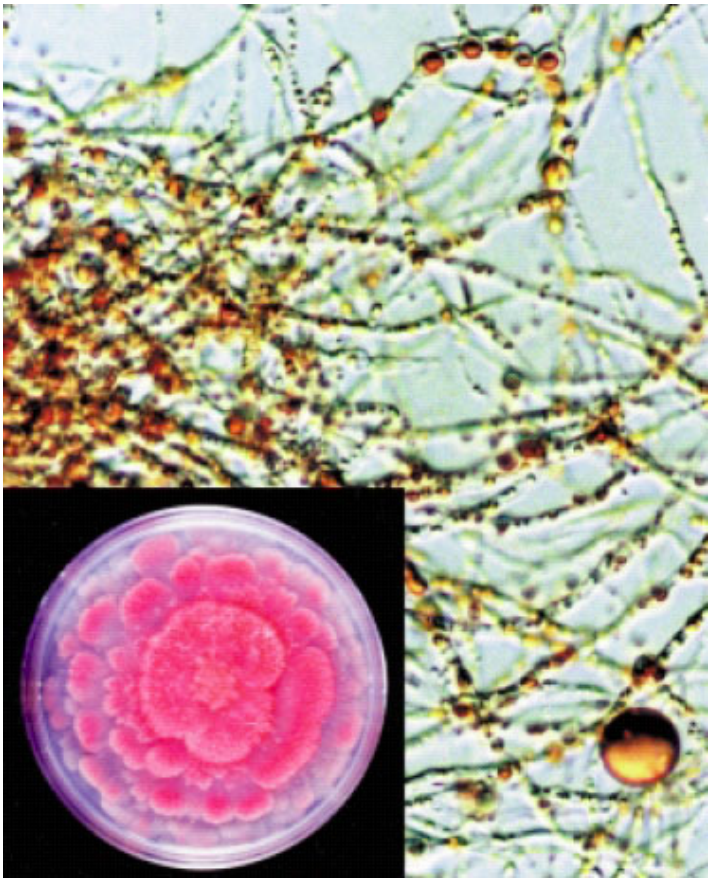
NISKOERUKOWY OLEJ RZEPAKOWY I OLEJ RZEPAKOWY

Kwas erukowy to kwas omega-9, nie jest bardzo korzystny, ale inaczej ma się rzecz w przypadku oleju niskoerukowego (powstaje w skutek genetycznej modyfikacji rośliny aby obniżyć w nim naturalnie wysoki poziom Omega-9), wówczas, dominującym staje się kwas omega 3, tak więc ważne jest jakie oleje roślinne i jaki olej rzepakowy został dodany do mieszanki.

OLEJ Z RYB (nie wiadomo jakich)

Ryby są źródłem kwasów Omega 3, pisałam o tym tutaj: Suplementy dla dzieci karmionych piersią oraz tutaj: Nocne mleko

OLEJ Z ORGANIZMÓW JEDNOKOMÓRKOWYCH



Mortierella alpina
Zdjęcie: www.kyoto-u.ac.jp

Mortierella alpina – jednokomórkowy grzyb produkujący olej zawierający kwas arachidonowy (ARA). Jest to wielonienasycony kwas ω-6, jego odpowiednikiem jest nasycony kwas arachidowy występujący w oleju z orzeszków ziemnych (arachidowym). Dlaczego producenci dodają ten kwas do mieszanek? Bo to jest tak na prawdę w połączeniu z innymi kwasami nienasyconymi kwasem linolowym i kwasem linolenowym – witamina F. Co ciekawe, człowiek nie może ich wytwarzać je sam, dlatego nazywane są niezbędnymi nienasyconymi kwasami tłuszczowymi – NNKT.

Z kwasu arachidonowego, powstają w organizmie człowieka bardzo aktywne, biologiczne związki **prostanoidy:** prostaglandyny, prostacyklina i tromboksany. Prostanoidy to związki biorące udział w w procesach zapalnych, wpływają na mięśnie gładkie naczyń krwionośnych, oskrzeli, uczestniczą w procesach krzepnięcia krwi.

Prostaglandyny (PG) D,E,F – powstają w tkankach, **typ D** – powoduje skurcz oskrzeli i rozszerza naczynia krwionośne, **typ E** wywołuje rozkurcz mięśni gładkich i oskrzeli, kurczy macice (ma znaczenie w I okresie porodu), **typ F** kurczy mięśnie gładki oskrzeli i macicy.

Prostacykliny (PGI) – rozszerza naczynia krwionośne, hamuje procesy krzepnięcia krwi.

Tromboksan (TXA) – wywołuje procesy krzepnięcia krwi i silnie kurczy naczynia krwionośne czyli działa odwrotnie do prostacykliny.

Dodatkowo prostacykliny i prostaglandyny D i E odgrywają istotną rolę w regulacji krążenia nerkowego, zwiększają przepływ krwi przez nerki, wydalanie wody i jonów sodu. W stanach zapalnych dochodzi do ponoszenia poziomy prostaglandyn, co potęguje objawy procesu zapalnego i jest przyczyną powstania: gorączki, bólu i obrzęku.[III]



www.odzywianie.info.pl

PREBIOTYKI I PROBIOTYKI

Dane szacunkowe mówią o ponad 700 szczepach bakterii probiotycznych w mleku mamy (pisałam o tutaj, tutaj, tutaj i tutaj) dodatkowo zawierają oligosacharydy, mieszanki nie są takie bogate i zawierają raptem kilka szczepów i tez nie we wszystkich mieszankach można je znaleźć. Więcej nt. probiotyków

Mieszanki zawierają zwykle: Bifidobacterium lactis, Strepotococcus thermophilus, niektóre firmy nie dodają wcale lub tylko informację: „naturalne kultury bakterii kwasu mlekowego, pierwotnie pochodzące z kobiecego mleka" ponadto prebiotyki: fruktooligosacharydy (poprawiają adhezje organizmów probiotycznych w jelitach), a co ciekawe w mieszankach dla alergików próżno szukać probiotyków, tak ważnych w diecie atopika.

LECYTYNA SOJOWA

Lecytyna jest substancją, która podnosi poziom HDL – dobrego cholesterolu, a obniża LDL, czyli złego, problemem jest to, że jak wcześniej wspomniałam 95% soi pozyskiwanej na świecie jest modyfikowana genetycznie, a więc, jeśli nie zostało to zaznaczone na opakowaniu, z dużym prawdopodobieństwem, jest to lecytyna GMO, a wpływu GMO na organizm człowieka jeszcze do

końca nie poznano, są pewne przesłanki, że ma wpływ na zwiększenie zachorowalności na raka, ale nie ma na razie na to twardych, niezbitych dowodów. Pytanie czy testowanie na dzieciach jest dobrym pomysłem?

CZEGO NIE ZAWIERAJĄ MIESZANKI:

1. składników immunologicznych (immunoglobulin, leukocytów i innych składników odporności swoistej i nieswoistej)
2. hormonów (niezbędnych do prawidłowego rozwoju a obecnych w mleku mamy)
3. enzymów (niezbędnych do procesu trawienia lekkostrawnego, dzięki temu mleka mamy) brak enzymów sprawia że mleko jest ciężkostrawne i długo zalega w żołądku i jelitach dziecko, bo samo musi wyprodukować odpowiednią ilość substancji niezbędnych do rozłożenia składników.
4. czynników wzrostu
5. inhibitorów proteaz
6. kwasów karboksylowych

Dokładne porównanie listy składników mleka mamy i mieszanki

CHOROBY

Ponad wszelką wątpliwość udowodniono w rozlicznych badaniach (kilkuset) przeprowadzonych w wielu krajach na świecie w sposób niezależny i autonomiczny, a w badaniach wzięło udział tysiące dzieci różnych rejonów świata, a same badania trwały często do wieku dorosłego, że mieszanki przyczyniają się do wzrostu zachorowalności na wiele chorób, uznawanych za cywilizacyjne.

Sztuczka nr 12: Nie ujawniaj zagrożeń zdrowia związanych ze spożywaniem mieszanki.

***Mantra**: mleko mamy jest najlepsze, sugeruje, że mieszanki są normalne i bezpieczne, a karmienie piersią jest czymś ponadstandardowym, bonusem.*

Jednakże nieprawidłowo przygotowana mieszanka jest główną

przyczyną niedożywienia i chorób. Może spowodować trudności w karmieniu i konkretne problemy zdrowotne, takie jak niedożywienie, odwodnienie lub stany zapalne przewodu pokarmowego. W niektórych przypadkach może nawet doprowadzić do śmierci. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, żeby wszyscy rodzice byli informowani przez wyraźne ostrzeżenie na opakowaniu mleka, że mieszanka może zawierać mikroorganizmy chorobotwórcze. ***Niestety tylko jedna firma informuje, że produkt nie jest sterylny, jednak, co jest zaskakujące, instruuje rodziców do korzystania z wody o temperaturze 50-60° C. Eksperci Światowej Organizacji Zdrowia twierdzą, że temperatura wody do przyrządzania mleka powinna wynosić 70°C.*** *Taki sposób przygotowania mieszanki jest najbardziej skutecznym sposobem jej oczyszczenia i mógłby nawet 10.000 razy zmniejszyć ryzyko zachorowań.*

Oprócz faktu, iż niewłaściwe przygotowanie mieszanki może nieść poważne ryzyko dla zdrowia, niektóre jego składniki również okazują się być się niebezpieczne. Koncerny regularnie dodają nowe składniki zanim ich bezpieczeństwo zostanie prawidłowo ocenione. Wszystko po to, aby uzyskać przewagę konkurencyjną. Oznacza to, że tak naprawdę robione są masowe testy na dzieciach. Obecnie nie ma prawnego wymogu, żeby składniki były oceniane przez niezależny podmiot naukowy przed wprowadzeniem na rynek. Baby Milk Action skomentował: „Mleko sztuczne może być jedynym źródłem odżywiania w krytycznym okresie szybkiego wzrostu i rozwoju. Drobne zmiany mogą mieć poważne skutki dla zdrowia dziecka. Raport Komitetu Naukowego ds. Żywności z 2003 r. identyfikuje problemy, które wystąpiły z wprowadzeniem modyfikacji preparatów dla niemowląt. Istnieją przykłady ukazujące powiązanie ograniczonej podaży białka z zaburzeniami wzrostu, niedobór pierwiastków śladowych z ciężkimi chorobami oraz kilka przypadków śmierci noworodków ”

Należy podkreślić, (ponieważ przedsiębiorstwa produkujące mleko sztuczne nie zrobią tego), że dzieci karmione mieszankami są bardziej narażone m.in. na [II]:

- *Zapalenie opon mózgowych*
- *Infekcje ucha*
- *Zakażenie krwi*
- *Zespół nagłej śmierci łóżeczkowej (SIDS)*
- *Cukrzyca*
- *Nowotwory*
- *Otyłość*
- *Biegunka*
- *Wysoki poziom cholesterolu we krwi*
- *Astma*
- *Kandydoza*
- *Enterowirusy*
- *Martwicze zapalenie jelit*
- *Pneumokoki*
- *Zakażenia układu oddechowego (ogólnie)*
- *Wady wymowy – zaburzenia logopedyczne*
- *Zakażenia dróg oddechowych (działanie ochronne przed narażeniem na dym tytoniowy) Syncytialny wirus oddechowy*
- *Salmonelloza*
- *Sepsa u wcześniaków*
- *Infekcje przewodu moczowego*
- *Anemia z niedoboru żelaza*
- *Zaparcia*
- *Więcej bólu podczas zabiegów medycznych*
- *Zaburzenia rozwoju szczęki i zębów*
- *Alergie*
- *Redukcja IQ*
- *Zaburzenia hormonalne*
- *Choroby układu krążenia (miażdżyca, wysokie stężenie cholesterolu)*
- *Cukrzyca*
- *Zapalenie opon mózgowych wywołane przez Haemophilus Influenzae*
- *Choroby zapalne jelit (choroba Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego)*
- *Słabe zdrowie psychiczne*

- *Zapalenie migdałków [II]*

Wiedząc to wszystko, warto jeszcze raz przemyśleć fakt, czy karmienie sztuczne i naturalne to wybór matki, bo to karmienie niczym się nie różni. Różni się i to bardzo. Matka ma wybór. dziecko nie ma.

Źródła:

https://zasadyzywienia.pl/zywienie-niemowlat-z-fenyloketonuria.html
http://coconutresearchcenter.org/hwnl_4-2.htm
http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024320597011430[I]
http://naszezyciebezchemii.blogspot.is/2013/08/29-gmo-w-polsce-i-nie-tylko-cz-i.html
http://naszezyciebezchemii.blogspot.is/2014/01/71-olej-kokosowy.html
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24374968
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25484124
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2684040/

Literatura:

Omega-6/omega-3 Essential Fatty Acid Ratio: The Scientific Evidence, pod redakcją Artemis P. Simopoulos,Leslie G
15 trików marketingowych stosowanych przez firmy produkujące preparaty mlekozastępcze[II]
„Farmakologia” pod redakcją prof. Grażyny Rajtar-Cynke, Wyd I, Lublin 2002, wyd. Czelej sp. z o.o. [III]

Zdjęcie w nagłówku:

www.sheknows.com

Na czym polega karmienie piersią?

Tytuł trochę przewrotny, ale obserwując dyskusje mam na forach, dochodzę do wniosku, że to wcale nie jest takie oczywiste, jakby się mogło zdawać.

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO),
- Amerykańska Akademia Pediatryczna (AAP),
- Ministerstwo Zdrowia (MZ),
- Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia dzieci (PTGHiŻD),
- La Leche League (LLL),
- UNICEF
- American Academy of Family Physicians
- Australian National Health and Medical Research Council
- Health Canada

zalecają wyłączne karmienie piersią przez okres MINIMUM pierwszych 6 miesięcy życia (dopuszcza się wyjątki w uzasadnionych medycznych sytuacjach, ale o tym później).

CZYMŻE WIĘC JEST TO WYŁĄCZNE KARMIENIE PIERSIĄ?

Wyłączne karmienie piersią to podawanie piersi na żądanie, w każdej sytuacji kiedy dziecko właśnie tego potrzebuje, czyli:

- kiedy jest głodne
- kiedy jest spragnione
- kiedy jest śpiące
- kiedy się nudzi
- kiedy jest zaniepokojone
- kiedy się boi

- kiedy chce się przytulić do piersi mamy
- kiedy chce sobie possać nie spożywczo
- do snu
- na przebudzenie
- kiedy boli brzuszek
- kiedy się przejadło
- kiedy się ulało
- kiedy chce w każdej chwili i z dowolnego powodu

Wyjątkiem od tej reguły jest podawanie leków lub innych produktów leczniczych np probiotyków.

KIEDY W TAKIM RAZIE MÓWIMY, ŻE DZIECKO NIE JEST KARMIONE WYŁĄCZNIE PIERSIĄ?

- kiedy dziecko dostaje do picia coś poza pokarmem mamy, np wodę, herbatki
- kiedy dziecko jest karmione piersią i mieszanką, nawet jeśli tej mieszanki nie jest dużo
- kiedy dziecko dostaje coś poza piersią mamy np łyżeczkę marchewki na spróbowanie, albo na biegunkę
- kiedy dziecko dostaje smoczek zamiast piersi, aby nie płakało, aby wydłużyć okresy pomiędzy karmieniami (mama chce zebrać więcej mleka) [1]

---

[1] Smoczek nie wyklucza wyłącznego karmienia piersią, a jedynie zakłóca kiedy jest stosowany zamiast karmienia piersią, w chwilach, kiedy dziecko powinno ssać pierś i stymulować laktację.

DLACZEGO WYŁĄCZNE KARMIENIE PIERSIĄ JEST TAKIE WAŻNE?

Jelita niemowlęcia są niedojrzałe, mleko mamy zawiera przeciwciała sIgA, które mają znaczenie w ochronie przed alergiami, przejmują na siebie, podając cokolwiek innego niż pokarm mamy pozbawiamy dziecko tej ochrony, dlatego zwiększamy

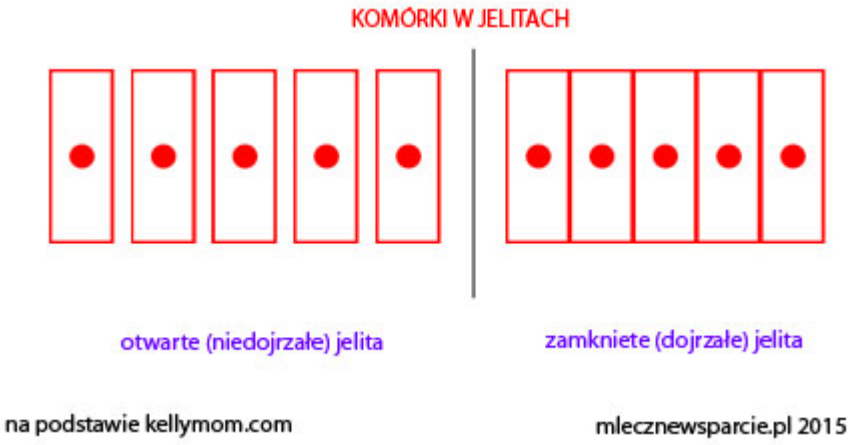
ryzyko rozwoju alergii, a jeśli się rozwinie, będzie miała cięższy przebieg, Dziecko przeciwciała swoiste zaczyna produkować dopiero jak dojrzeje jego układ immunologiczny, dzieje się to w drugiej połowie roku, dlatego m.in. tak ważne jest aby wstrzymać się z podawaniem innych substancji niż mleko mamy do drugiego półrocza życia dziecka. Przeciwciała sIgA do chwili kiedy dziecko zacznie produkować własne przeciwciała tworzą na powierzchni jelit niewidzialny film, który zapobiega przenikaniu substancji szkodliwych do krwiobiegu dziecka. Największe stężenie – dawka uderzeniowa – znajduje się w siarze, jeśli teraz dziecko dostanie mieszankę, zaburzy proces powstawania tej bariery ochronnej. Oczywiście kolejne porcje przeciwciał dotrą do jelit dziecka, jednak mają one służyć głównie utrzymaniu istniejącej już powłoki ochronnej, uzupełnianiu, wzmacnianiu. więcej na ten temat możesz przeczytać w artykułach:

- Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?
- Rola diety eliminacyjnej u matki oraz stężenia IgA w mleku kobiecym w rozwoju alergii na mleko krowie u dzieci
- Brak lub niedobór pokarmu i pokarm małowartościowy

Mleko mamy zawiera także liczne bakterie probiotyczne. Mają one na celu wzmocnić warstwę ochronną jelita dziecka, wspomóc perystaltykę. Niektóre ze szczepów wytwarzają enzymy trawienne (np. laktazę) inne witaminy – wit. K. Tak się składa, że mleko mamy ma odczyn zasadowy i jest zasadotwórcze, zaś mieszanki mają odczyn kwaśny i są kwasotwórcze. Bakterie probiotyczne lubią odczyn mleka mamy, zaś patogenne żywią się cukrem i lubią odczyn kwaśny. Zaburzenie równowagi kwasowo – zasadowej w jelicie dziecka może sprzyjać zaburzeniom trawienia, pojawiają się biegunki, stolce stają się zielone, śluzowate i o nieprzyjemnej kwaśnej woni.

Proces „domknięcia” jelit następuje ok 7 m. ż., dlatego właśnie zalecenia mówią, aby zwlekać z rozszerzeniem diety do

7 m.ż.. Dzięki domknięciu jelita stają się szczelne, więc nieprzepuszczają już wszelkich zbędnych substancji, dlatego podanie w tym okresie innych płynów i pokarmów nie jest już takie niebezpieczne,



KOLEJNY WAŻNY ASPEKT TO PRZYROSTY MASY CIAŁA I LAKTACJA

Jeśli dziecko dostaje pierś na żądanie za każdym razem, kiedy powinno, a nie wg zegarka, albo innych „zaleceń”, to stymuluje laktację, nawet jeśli tylko „mizia” brodawkę przez sen. Jeśli dziecko ssie pierś tylko dla zaspokojenia głodu, niemalże z zegarkiem w ręku, a wszelkie inne potrzeby zaspokajane są inaczej: smoczek, bujanie etc, to mamy 2 problemy

1. spadek popytu na pokarm, dziecko ssie mniej niż powinno, a więc mniej zjada, a więc dostarcza mniej kcal, a więc ma mniejsze przyrosty.
2. niewystarczającą stymulację laktacji (mama często się skarży, że brakuje jej mleka) – czyli spadek podaży
3. jeśli dziecko ssie smoczek, zamiast piersi, to ssie suchą gumę, a nie pierś z której wypływa pokarm
4. bo jeśli dziecko ssie butelkę „o zgrozo” z woda, z herbatką, to zalewa sobie żołądek bezwartościowym i zbędnym płynem, który nie ma wartości kalorycznej, odżywczej, budulcowej, ale dziecko z wodą w żołądku, ssać piersi nie będzie, no nikt z pełnym żołądkiem jeść nie będzie (na dietach zaleca się wypicie szklanki wody przed posiłkiem, celem zmniejszenia apetytu)

5. jeśli w 5 m. (a co niektóre matki – wyścigowe już w 4m*) podamy dziecku marchewkę, która ma kaloryczność 27 kcal a mleko mamy ma 70 kcal w 100 g i ta marchewka generalnie zalecana jest na diecie odchudzającej, to gdzie jest tu logika?

TO KIEDY MOŻNA TĘ DIETĘ ROZSZERZYĆ WCZEŚNIEJ?

1. Dr. Jack Newman uważa, że jeśli pojawiłaby się sytuacja, w której matka nie może karmić piersią z powodów obiektywnych, np. poważna choroba, w której leczenie zdecydowanie eliminuje możliwość kontynuacji karmienia piersią, to rozszerzenie diety jest rozwiązaniem lepszym, niż podanie sztucznej mieszanki.
2. PTGHiŻD uważa, że rozszerzenie diety po 4m. jest dopuszczalne w sytuacji anemii jako alternatywę dla podawania dziecku preparatów z żelazem, które często powodują zaparcia, a i dzieci niechętnie je przyjmują – aczkolwiek badania wykluczyły skuteczność takiego leczenia, więc to zalecenie jest wątpliwe (o tym dalej)
3. Możliwe jest karmienie mieszane, lub dokarmianie, ewentualnie czasowe odstawienie od piersi, z uzasadnionych powodów medycznych

W każdym innym przypadku można i należy KARMIĆ WYŁĄCZNIE PIERSIĄ, do ukończenia przez dziecko 6 miesiąca życia, lub dłużej, czekając na gotowość dziecka do rozszerzenia diety.

*jeśli podajemy coś w 4m tzn. ze dziecko ma ukończone 3m i własnie biegnie mu 4ty miesiąc, ale nie ma skończonych 4., jeśli dziecko skończy 4m, to biegnie mu 5-ty miesiąc i kiedyś własnie w 5-tym miesiącu rozszerzano diete, obecnie mówimy o rozszerzaniu w 7m. czyli po 6m. czyli w 2 półroczu.

DLACZEGO WARTO CZEKAĆ?

1. układ pokarmowy będzie miał czas żeby dojrzeć
2. zmniejszamy ryzyko wystąpienia otyłości w przyszłości ((AAP 2012, Wilson 1998, von Kries 1.999, Kalies 2005))

3. dziecko ma czas, aby dojrzeć do przyjmowania innych pokarmów niż płyny (Naylor & Morrow (2001)
4. Karmienie będzie łatwiejsze, bo dziecko będzie mogło jeść samo
5. Późne rozszerzenie diety zmniejsza ryzyko rozwoju anemii z niedoboru żelaza* (Pisacane, 1995)
6. W pierwszym półroczu zmniejsza się prawdopodobieństwo ponownego zajścia w ciążę (przy zachowaniu pewnych zasad)
7. zapewnienie utrzymania poziomu laktacji na stałym poziomie, zmniejszenie popytu na mleko, poprzez zwiększenie ilości posiłków stałych zmniejsza ilość dostarczanych kalorii z pokarmu i jest przyczyną przedwczesnego odstawienia się dziecka od piersi.
8. pewne badania wykazały ze spadek wagi po porodzie jest większy u mam które karmią piersią wyłacznie przez 6m (Kramer & Kakuma2012).

Ad 5.

> *Pisacane w swoich badaniach zaobserwował, że dzieci, które były karmione wyłącznie piersią przez 7 miesięcy (nie otrzymując jednocześnie suplementów żelaza lub zbóż wzbogacanych żelazem) miały znacznie wyższy poziom hemoglobiny w ciągu roku niż dzieci karmione piersią, które otrzymały stałe pokarmy wcześniej niż siedem miesięcy. Badacz nie stwierdzili* ***żadnych*** *przypadków niedokrwistości w pierwszym roku u niemowląt karmionych piersią wyłącznie przez siedem miesięcy i stwierdził, że karmienie piersią wyłącznie przez siedem miesięcy zmniejsza ryzyko wystąpienia niedokrwistości.*

Źródła:
kellymom.com

Bibliografia:
„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd ‚mamania’

2013
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci
Dr. Jack Newman’s Guide to Breastfeeding: Revised Edition – Jack Newman, Teresa Pitman, Wyd. Pinter & Martin, 2014

Zdjęcie w nagłówku: www.popsugar.com

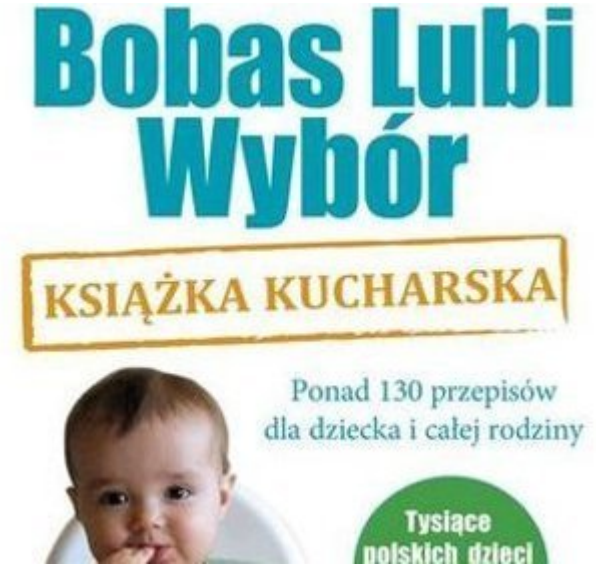
Dlaczego Baby-Led Weaning, a nie papka?

O rozszerzaniu diety pisałam już wcześniej w tym artykule: Rozszerzanie diety u dziecka – przeczytaj aby poznać zasady rozszerzania diety.

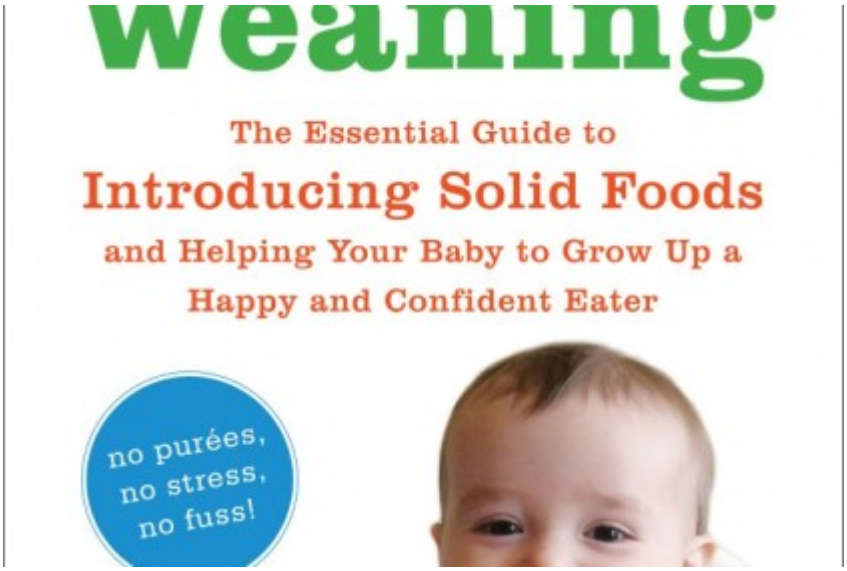
Teraz więcej o BLW, czyli Baby-Led Weaning, na potrzeby tłumaczenia książki nazwa powstała nazwa Bobas Lubi Wybór.



Baby-Led Weaning – Bobas Lubi Wybór – Gill Rapley, Tracey Murkett – polskie tłumaczenienie



Baby-Led Weaning – książka kucharska – Gill Rapley, Tracey Murkett – przepisy na zdrowe dania całej rodziny



Baby-Led Weaning – Gill Rapley, Tracey Murkett – oryginalna książka



„Moje dziecko nie chce jeść – Gonzalez Carlos

Czym jest Baby-Led Weaning?

Baby-Led z języka angielskiego oznacza sygnalizowanie przez dziecko,
WEANING z języka angielskiego oznacza ODSTAWIENIE,

a wiec Baby-Led Weaning to odstawienie sterowane przez dziecko.

Czym BLW różni się od tradycyjnych metod opartych na karmieniu łyżeczką?

Przede wszystkim na zaufaniu do dziecka, na intuicji, ale co najważniejsze na wspólnocie. BLW jest bardzo RB (rodzicielstwo bliskości), czyli opiera się na fakcie, że dziecko od urodzenia jest częścią społeczeństwa i w tym życiu uczestniczy, ma takie same prawa, jednym z takach praw jest prawo do decydowania o sobie, także w kwestii jedzenia.

BLW zakłada, że dziecko spożywa pokarmy samo, przy wspólnym stole, wraz z rodzicami, dostając to samo jedzenie w takiej samej postaci. **KONIEC ODDZIELNEJ KUCHNI**. Dzięki temu cała rodzina je zdrowo, różnorodnie, a dziecko od początku wyrabia sobie zdrowe nawyki żywieniowe, także poprzez obserwacje rodziny i jej naśladowanie podczas posiłku.

Dajemy dziecku poznania jedzenia ze względu na smak, fakturę, kolor, kształt, dajemy szansę rozwoju motoryki.

- BLW to wspólne posiłki
- BLW to czekanie na gotowość dziecka
- BLW to gotowanie dla przyjemności
- BLW to jedzenie bez tabelek – wszystko podajemy od początku*
- BLW to nie eko (może być, jeśli ktoś tak chce, ale to nie jest wymóg)
- BLW to zdrowe nawyki budowane od początku
- BLW to szacunek do dziecka i jego wyboru, nawet jeśli wyborem jest nie jedzenie

- BLW to wspólne gotowanie z dzieckiem
- BLW to zaufanie do jedzenia, bo je się to samo co inni członkowie rodziny
- BLW to intuicyjne odrzucanie tego co szkodzi

* te produkty podajemy później, zwykle po 12 mż

Czego nie można poniżej >>12 mż

1. Surowe mięso i ryby
2. Grzyby (pieczarki i boczniaki ok 12 m.ż., grzyby leśne ok 12 r. Ż.)
3. Wywary mięsne i z kości
4. Wędzonki
5. Miód
6. Orzechów w całości (wymagają długiego żucia)
7. Mleko odzwierzęce do picia po 12 m.ż. (ale przetwory mleczne można już od początku)

JAK ROZPOZNAĆ GOTOWOŚĆ?

OZNAKI GOTOWOŚCI:

1. samodzielne siedzenie, lub siedzenie z niewielką pomocą (np na kolanach rodzica)
2. Odpowiednio rozwinięty układ immunologiczny
3. Odpowiednio rozwinięty układ pokarmowy wraz z górnym odcinkiem (usta) (2-gie półrocze) – zamknięcie jelita
4. Umiejętność przyciągania i wkładania do ust przedmiotów
5. Gryzienie zabawek
6. Podobne do gryzienia ruchy twarzy
7. Jeśli dziecko posadzone na kolanach rodzica, samo weźmie coś z talerz i zje i jest najlepszą oznaką gotowości.

FAŁSZYWE OZNAKI GOTOWOŚCI:

1. Budzenie się w nocy – dzieci nie budzą się z głodu, dzieci się budzą ponieważ mają krótszą fazę REM, dzięki temu nie zasypiają za głęboko

2. Wolniejszy przyrost masy – fizjologicznie po 3-cim miesiącu przyrosty maleją i tak ma być
3. Przyglądanie się jak jedzą rodzice – jest zjawiskiem poznawania świata, a nie potrzeby jedzenia czegoś oprócz mleka, tak na prawdę dzieci zainteresowaniem obserwują nie rozumiejąc ze rodzice jedzą, to nic innego jak potrzeba socjalizacji, współuczestnictwa w życiu rodzinnym.
4. Mlaskanie – wow ale fajne dźwięki – nauka korzystania z możliwości ust, nie ma nic wspólnego z jedzeniem – etap fizjologiczny
5. Drobne dziecko – niektóre dzieci mają taką urodę
6. Duże dziecko – j.w.
7. Naśladowanie rodziców – potrzeba socjalizacji, często wystarczy podanie dziecko talerzyka i łyżki aby mogło naśladować to co robisz, dziecko potrzebuje być częścią rodziny, co nie oznacza, że musi jeść pokarmy stałe.





Milena w restauracji







Obiad w Sphinxie?? Proszę bardzo!

Nigdy nie proponujemy dziecku pokarmów stałych kiedy jest głodne, najpierw zawsze karmimy mlekiem, bo mleko jest podstawą żywienia i kcal w pierwszym roku życia, dziecko,

które jest najedzone, chętniej spróbuje czegoś nowego, głodne będzie się irytować, że nie dostało mleka i nic nie zje, co ważne taki sposób zapewni długie karmienie piersią.

Do końca pierwszego roku mleko powinno stanowić 85-95% wszystkich składników odżywczych, pokarmy uzupełniające podajemy dla smaku i poznania a nie dla zaspakajania głodu, dzięki temu, że dziecko dostaje pokarmy uzupełniające do mleka (a nie zamiast), nie odstawi się od piersi przedwcześnie.

do końca 2-go roku proporcje powinny wynieść 40% – mleko, 60% pokarmy stałe, pod koniec 2-go roku życia dziecko powinno dostawać 5 posiłków stałych 3 główne i 2 przekąski.

BEZ WZGLĘDU NA TO JAK ROZSZERZAMY DIETĘ DZIECKO MUSI SIEDZIEĆ, KARMIENIE W POZYCJI PÓŁLEŻĄCEJ, BEZ WZGLĘDU NA FORMĘ, STANOWI ZAGROŻENIE DLA ŻYCIA DZIECKA.

Właśnie dlatego ukończenie 6 m jest jednym z warunków rozpoczęcia rozszerzania diety, gdyż w tym wieku już większość dzieci siedzi przynajmniej na kolanach rodzica.

Dlaczego dziecko MUSI SIEDZIEĆ?

Bo tylko w tej pozycji dziecko jest w stanie zapanować nad tym co ma w ustach. Kiedy leży jedzenie łatwo przedostaje się w głąb jamy ustnej. O ile większe kawałki można odkrztusić i wykasłać, o tyle nad papką dziecko nie ma żadnej kontroli, spływa bezwładnie w głąb ust do gardła, 4-6miesięczne dziecko może sobie z tym nie poradzić i zacząć się dławić.

Dlaczego jedzenie w kawałki jest bezpieczniejsze?

Bo dziecko ma nad nim większa kontrolę (zwykle szybko odkrztusza i wypluwa za duże kawałki), niż nad bezkształtną, płynną papką. Dziecko krztusi się kiedy pokarm wpadnie za głęboko, ale jest nadal w ustach. W raz z dorastaniem przesuwa się w głąb gardła, a więc 6-miesięczne niemowlę ma odruch krztuszenia się na języku (w tylnej części jamy ustnej, ale nie jest do gardło). Odkrztuszając uczy się radzić z pokarmem.

A więc KIEDY ROZSZERZAĆ DIETĘ?

Kiedy dziecko jest gotowe, jedno w wieku 6m, a inne w wieku 15m każdy moment jest odpowiednim wówczas kiedy dziecko wyrazi chęć i zainteresuje się jedzeniem, najlepiej kiedy dziecko uczestniczy po prostu w posiłkach najpierw na kolanach rodzica, a potem w krzesełku przy wspólnym stole, kiedy ma swój talerz i łyżkę i kiedy poprosi o to by mu nałożyć jego porcję.

więcej informacji nt BLW i rozszerzania diety można przeczytać TUTAJ:

- http://babyledweaning.pl/
- http://www.mlecznewsparcie.pl/2015/02/rozszerzanie-diety/
- http://malgorzatajackowska.com/2015/03/16/czym-sie-rozni-cztery-od-szesciu-czyli-o-tym-kiedy-rozszerzac-diete-niemowlecia/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/07/25/zasady-zywienia-niemowlat-aktualne-stanowisko-grupy-ekspertow-1/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/07/29/zasady-zywienia-niemowlat-2014-2-kiedy-i-jak-rozszerzac-diete-dziecka/
- http://malgorzatajackowska.com/2014/08/18/zasady-zywienia-niemowlat-2014-schemat-wybrane-produkty-w-diecie/
- http://mataja.pl/2015/02/wprowadzanie-posilkow-uzupelniajacych-do-diety-niemowlaka-dlaczego-mamy-nie-sluchaja-

rekomendacji-i-co-z-tego-wynika/

- http://bobaslubiwybor.blogspot.com/

Źródła:
http://www.mz.gov.pl/
http://www.who.int/
http://www.askdrsears.com/
http://www.lalecheleague.org/

http://www.aap.org/
http://www.healthychildren.org/

Bibliografia:

„Bobas Lubi Wybór" – Gill Rapley, Tracey Murkett, wyd. Mamania, Warszawa 2011
„Moje dziecko nie chce jeść" – Carlos González, Wyd ‚mamania' 2013, [I] – str 38-39
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

Zdjęcia: Grupa „Bobas Lubi Wybór „FB – za zgodą mam

Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?

Przemysł mieszankowy mając sobie za nic Kodeks Marketingu Produktów Zastępujących Pokarm Kobiecy, wdarł się do gabinetów pediatrów, alergologów, gastroenterologów, dermatologów i na

oddziały szpitalne szkoląc pracowników służby zdrowia i edukując w kwestii swoich produktów specjalnego przeznaczenia medycznego i „zachęcając” pracowników opieki zdrowia do polecanie swoich produktów rodzicom dzieci, które przy zachowaniu pewnych wytycznych mógłby być z powodzeniem karmione piersią.

Jednakże wytyczne:

* Ministerstwa Zdrowia
* Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci,
* WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
* AAP – Amerykańska Akademia Pediatryczna
* LLL – La Leche League – niekwestionowany autorytet w kwestii karmienia piersią

Mówią wyraźnie i jednym głosem, że jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, dzieci powinny być karmione piersią, zwłaszcza dzieci chore na choroby autoimmunologiczne do jakich należy alergia i AZS.

Ze względu na wyjątkowy skład mleka matki, należy rozpocząć karmienie piersią jak najszybciej po porodzie i nie dopuścić do podania innych płynów (glukoza, mieszanka, woda, herbatka) gdyż jest ono niezwykle korzystne szczególnie ważne dla dzieci genetycznie obciążonych alergią, a także jako prewencję alergii:

Sekrecyjna immunoglobulina A (SIgA)
Cytokiny
Fibronektyna
Makrofagi
Neutrofile

> *„Immunoglobuliny Serekcyjne (SIgA) Stanowią główną barierę ochronną organizmu na poziomie błony śluzowej. Skuteczność SIgA w obronie błon śluzowych przed zakażeniami wirusowymi i bakteryjnymi jest związana ze zdolnością do neutralizacji*

wirusów, z bakteriolizą poprzez aktywację alternatywnej drogi dopełniacza i z nasileniem fagocytozy makrofagów. Ochronne działanie wydzielniczej immunoglobuliny A ma największe znaczenie w przewodzie pokarmowym i w górnych drogach oddechowych. SIgA może również tworzyć kompleksy z antygenami (alergenami), dzięki czemu są pochłaniane przez komórki nabłonkowe, a następnie transportowane wewnątrzkomórkowo i usuwane. (Lasek 1995)"[I]

SKŁAD IMMUNOLOGICZNY POKARMU KOBIECEGO

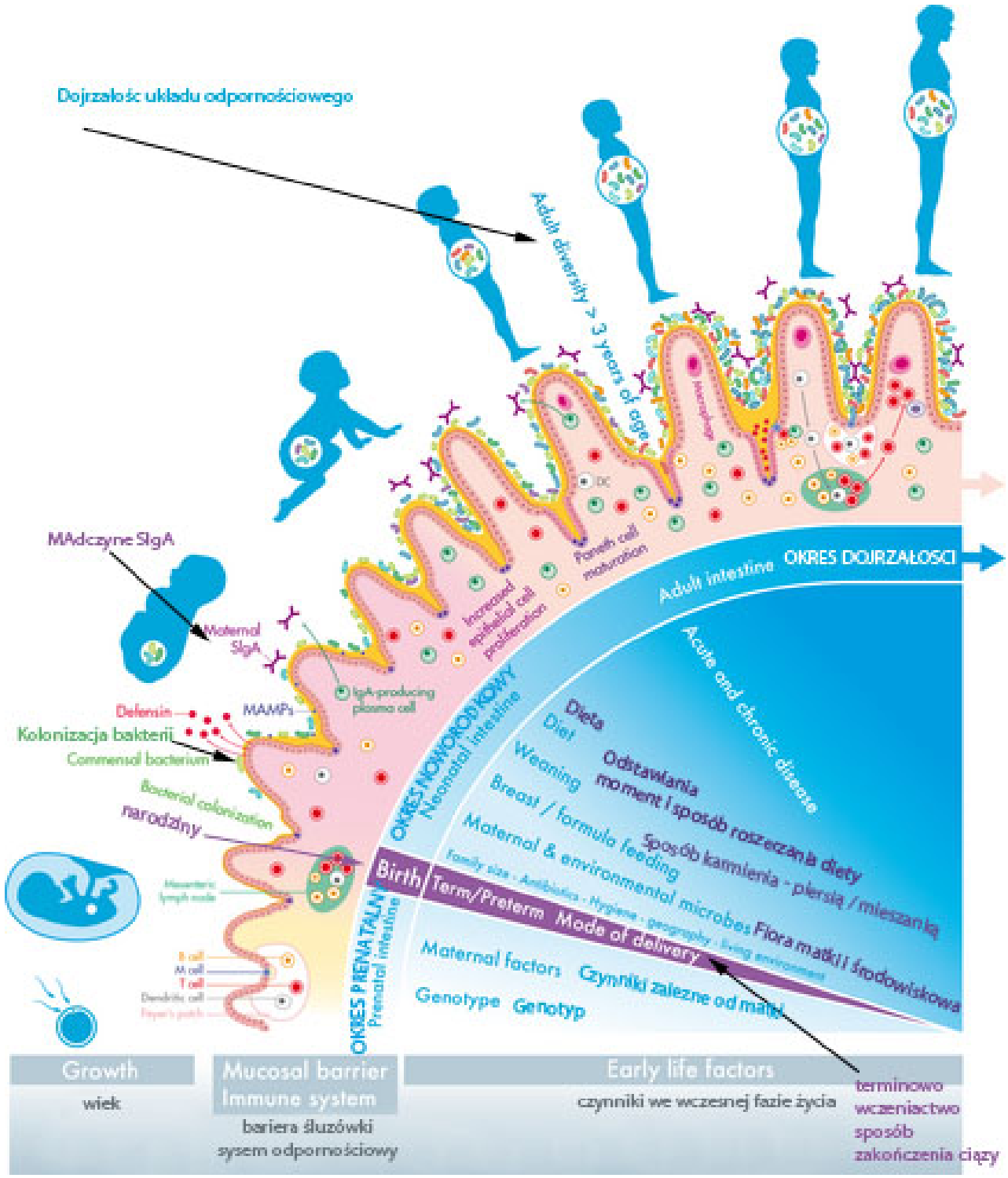
Komórki krwi	
Limfocyty B	Podnoszą poziom przeciwciał skierowanych przeciwko specyficznym drobnoustrojom
Makrofagi	Niszczą zarazki bezpośrednio w jelitach dziecka, wytwarzają lizozym i aktywują inne elementy układu immunologicznego
Neutrofile	Mogą działać jak fagocyty, pochłaniając bakterie w przewodzie pokarmowym dziecka
Limfocyty T	Niszczą bezpośrednio zainfekowane komórki lub wydzielają chemiczne przekaźniki stymulujące inne elementy układu immunologicznego. Namnażają się w obecności drobnoustrojów wywołujących ciężką chorobę u dziecka. Wytwarzają czynniki wzmacniające własną odpowiedź immunologiczną dziecka.
Cząsteczki	

Sekrecyjna immunoglobulina A (SIgA)	Wyściela błonę śluzową przewodu pokarmowego, neutralizuje patogeny i toksyny, pobudza makrofagi do fagocytozy
Cytokiny	Wspomagają lub wyhamowują odpowiedź zapalną, wpływają na układ immunologiczny, stymulują procesy różnicowania i dojrzewania wielu układów (np. uszczelnienie nabłonka jelit)
Nukleotydy	Zwiększają aktywność komórek NK i produkcję interleukiny-2
Laktoferryna	Wiąże żelazo, pierwiastek niezbędny do przetrwania dla wielu bakterii. Zmniejszając dostępność żelaza dla bakterii patogennych hamuje ich wzrost. Działa przeciwzapalnie i immunomodulująco zmniejszając aktywność interleukin 1,2, 6 i limfocytów NK
Lizozym	Zabija bakterie uszkadzając ich ściany komórkowe, wykazuje działanie chemotaktyczne
Oligosacharydy	Wiążą się z drobnoustrojami nie dopuszczając do ich kontaktu z powierzchnią błony śluzowej, pobudzają wzrost bifidobakterii
Laktoperoksydaza	Działanie bakteriostatyczne szczególnie w stosunku do paciorkowców

Fibronektyna	Zwiększa aktywność makrofagów skierowaną przeciwko bakteriom, ułatwia odbudowę tkanek uszkodzonych przez reakcje odpornościowe w jelitach dziecka
Proteina wiążąca witaminę B_{12}	Zmniejsza ilość witaminy B_{12} potrzebnej patogenom do rozwoju

TAB. 1 Źródło: http://www.kobiety.med.pl/ [I]

Jednakże, IgA, może także działać w trybie wysokiego powinowactwa do neutralizacji toksyn lub chorobotwórczych drobnoustrojów, i jako układ o niskim powinowactwie do przechowywania gęstej wyściółki bakterii symbiotycznych w obrębie światła jelita. Obok SIgA, matki antygeny kompleksu IgG również odgrywają ważną rolę w kształtowaniu systemu immunologicznego niemowląt. Antygen związany z IgG będzie bardzo efektywnie przenoszony przez bariery jelitowe używając do tego noworodkowy receptor Fc. Zatem zarówno IgG jak i SIgA matki, może mieć znaczenie w rozwoju braku reakcji na nieszkodliwe komensali i antygeny żywności, czyli wywoływanie tolerancji doustnej. Rozwój mikroflory jest niezbędny
do rozpoczęcia tworzenia przez niemowlęta własnych przeciwcia ł SIgA, Badania na myszach wykazały, że przebywanie w środowisku wolnym od patogenów drastycznie zredukowało błony śluzowe komórek wydzielających IgA. Badania z wykorzystaniem prebiotyków lub synbiotyków (połączenie przed- i probiotyków) podawanych przez 6 miesięcy niemowlątom, wykazały podwyższony poziom z odchodów SIgA i wiąże się z mniejszym ryzykiem alergii przed 2 rokiem w jednym z tych badań.[Kukkonen, Kuitunen, Haahtela, Korpela, Poussa, Savilah ti, 2009][V]



Mnogość flory bakteryjnej jelit i rozwój immunologiczny – ustanowienie symbiozy. Ustanowienie-gospodarza flory bakteryjnej jelit – symbiozy jest napędzane przez sygnały rozwojowe i środowiskowe, zwłaszcza we wczesnym okresie życia, determinując zdrowie na całe życie. Jelita w okresie prenatalnym uważa się za sterylne, rozwój zależy przede wszystkim od genotypu, jak również od czynników matki oraz żywienia i stanu zdrowia. Tkanki limfatyczne (węzły chłonne krezki i poprawki Peyera), limfocyty T i B rozwijają się w

przygotowaniu do ekspozycji pozamacicznej świata. Podczas narodzin, niemowlęta zaszczepia się mikroflorą matki i środowiska, ale rodzaj i wzór mikroflory dużym stopniu zależą od rodzaju porodu i wieku ciążowego. Na rozwój drobnoustrojów jelita w okresie noworodkowym ma wpływ kilka czynników wczesnego życia, a zwłaszcza diety (rodzaj, skład i czas) napędza dalszą dywersyfikację w kierunku złożoności u dorosłych, która jest osiągana około 3 roku życia. Ten proces kolonizacji poporodowej zapewnia kilka sygnałów, znanych jako mikroorganizmy związane wzorcami molekularnymi (MAMPs), wpływające dojrzewanie układu immunologicznego oraz barierę śluzową, wraz ze zwiększonym wydzielaniem śluzu. Sygnały te powodują także proliferację komórek nabłonkowych w kryptach jelitowych i komórkach Panetha, powodując ich zwiększoną głębokość co sprzyja wytwarzaniu odpowiednich peptydów przeciwdrobnoustrojowych (defensyny). Wyspecjalizowane komórki nabłonkowe (komórki M) przebywają powyżej w kępkach Peyera, co umożliwia bezpośrednie oddziaływanie zawartości prześwitu z podstawowych komórek limfoidalnych w celu stymulowania odporności śluzówkowej. SIgA jest najliczniejszą immunoglobuliną na powierzchni błon śluzowych, a SIgA matki dostarczane z mleka ludzkiego we wczesnym okresie poporodowym, wraz z rozpoczęciem produkcji przez niemowlęta własnego SIgA.

MIKROFLORA UKŁADU POKARMOWEGO

Do tej pory nie poznano w pełni wszystkich składników jednakże jest niezaprzeczalnie substancją żywą, odpowiadającą na bieżące zapotrzebowanie noworodka, niemowlęcia i małego dziecka w różnorodne składniki, takie jak: proteiny, enzymy, lipidy, cholesterol, węglowodany, witaminy, składniki mineralne i makroelementy, oraz wspomniane składniki odpornościowe, WODĘ, która stanowi 88% składu mleka, oraz kultury bakterii probiotycznych: Lactobacillus i

Bifidobacteria – badania wykazały, że pokarm kobiecy zawiera w zależności od matki ponad 700 różnych szczepów probiotycznych.

> *„Profil szczepów bakteryjnych u niemowląt karmionych wyłącznie piersią zawiera niemal dziesięciokrotnie więcej bifidobakterii niż u niemowląt karmionych sztucznie. (Harmsen 2000) W stolcu niemowląt karmionych piersią izoluje się więcej pałeczek kwasu mlekowego, a u niemowląt karmionych mieszankami więcej szczepów Clostridium i Bacteroides. (Harmsen 2000, ESPGHAN 2004)*
> *Znaczenie mikroflory jelitowej polega na:*
> ** troficznym (odżywczym) wpływie na strukturę jelita (poprzez syntezę krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych i poliamin);*
> ** syntezie witamin B1, B2, B12, K;*
> ** stymulacji układu immunologicznego;*
> ** udziale w przemianach metabolicznych (konwersji bilirubiny do urobiliny, cholesterolu do koprostanolu, dekoniugacji kwasów tłuszczowych)*
> ** udziale w procesach karcinogenezy. (Tannock 2001)”[I]*

Wpływ karmienia piersią na ograniczenie rozwoju alergii, atopowego zapalenia skóry i astmy, został zaobserwowany w badaniach

> *Stosując sekwencjonowanie rRNA 16S, połączone zmniejszoną różnorodnością bakterii przez 1 miesiąc w stosunku do wyprysku IgE-zależnego u dzieci w wieku 2 lat, który następnie ograniczał się do rozwoju astmy w wieku 7 lat, wspierając rozrój mikroflory na początku dojrzewania układu odpornościowego. Tę wcześnie zmniejszoną różnorodność przypisywano głównie zmniejszeniu różnorodności Bacteroides spp., na poziomie szczepu Bacteroidetes. W wieku 12 miesięcy zaobserwowano spadek różnorodności Proteobacteria i tendencja wyższych poziomów szczepu Firmicutes u dzieci atopowych, typ wskazuje na rozwój w kierunku bardziej „dorosłego” typu flory bakteryjnej. Nylund wprowadzając filogenetyczną mikroflorę wykazał zwiększenie jej różnorodności w wieku 18*

miesięcy, ale nie po upływie 6 miesięcy, dzieci atopowych w stosunku do zdrowych niemowląt. Zwiększona różnorodność w wieku 18 miesięcy była związana z większą obfitością szczepu Clostridium, członków gromady Firmicutes. W tym wieku, u zdrowych niemowląt wykazano zwiększoną liczebność bakterii Bacteroidetes, grupy bakterii, które mogły być zaniżone we wczesnym okresie życia, ze względu na stronniczość molekularną. W szczególności, gatunek obrębie Bacteroidetes wykazano, że przy Bifidobacterium spp. skuteczność podnoszą fermentory oligosacharydów z ludzkiego mleka, w przeciwieństwie do gatunków w obrębie szczepu Firmicutes. Co ciekawe, ostatnie badania wykazały, że kolonizacja mikroflory kału myszy chowanych w warunkach wolnych od patogenów z mikroflorą zdrowego zdrowego dziecka z bogatą w Bifidobacterium spp. i Bacteroides spp. chroni przed rozwojem alergii na β-laktoglobulin mleka krowiego z następującym uczuleniem. Bacteroidetes i Firmicutes wiąże się z alergią w obu badaniach obserwacyjnych może zatem odgrywać istotną ważną rolę w stopniowym dojrzewaniu mikroflory niemowląt z typu zdominowana przez bifidobakterie w kierunku stabilnego typu mikroflory „dorosłej”.[V]

Badania wykazały, że kolonizacja w pierwszych miesiącach wpływa na rozwój flory jelit na całe życie. Mając tę świadomość właściwym się wydaje zadbać o jak najlepszy rozwój flory gdyż jest on bardzo silnie powiązany z całą odpornością organizmu, na czynniki chorobotwórcze. Prawidłowe żywienie w pierwszych miesiacach życia buduje całkowitą odporność także w życiu dorosłym. Właściwymi są wiec zalecenia WHO co do wyłącznego karmienia piersią przez okres CO NAJMNIEJ 6 miesięcy.

W przypadku alergii, uważa się, że karmienie piersią ma działanie ochronnie zarówno ze względu na obecność licznych alergenów mogących przeniknąć do mleka matki, które są nieobecne w sztucznych mieszankach i ich właściwości do

indukowania tolerancji immunologicznej, z uwagi na czynniki, takie jak manewrowanie antygenami jelit matki, alergeny można znaleźć w kompleksach immunologicznych mleka, obecność mediatorów immunologicznych do indukowania tolerancji immunologicznej w mleku, zwiększone dojrzewanie jelit i mikroorganizmy sprzyjanie indukcji tolerancji u niemowląt karmionych piersią. W związku z tym znaczna ilość badań przeprowadzonych z różnymi rodzajami oligosacharydów prebiotycznych, zdefiniowanych jako nieulegających trawieniu węglowodanów, które osiągają okrężnicę w nienaruszonym stanie i są znane z ich zdolności do selektywnego stymulowania wzrostu i lub aktywność bakterii jelitowych, że pozytywny wpływ na zdrowie. (…)podkreślając znaczenie wczesnego żywienia na zdrowie niemowląt. Wysiłki mające na celu zapobieganie atopowemu zapaleniu skóry i alergii pokarmowej może zapobiec także wystąpieniu innych objawów atopowych, takich jak astma alergiczna w późniejszym życiu.[V]

Dalej w opracowaniu czytamy:

W świetle ostatniej rewolucji technologii sekwencjonowania nowej generacji, możemy zyskać ważne nowe spojrzenie na życie, jak na początkowe postępowanie, takie jak rodzaj karmienia, rodzaj porodu, podłoże genetyczne lub różnic geograficznych mogą zakłócać wzór kolonizacji, a zatem określić predyspozycje do chorób w późniejszym życiu(…) Znając znaczenie mikroflory jelitowej dla ludzkiej fizjologii, niesamowity rozwój niemowląt w pierwszych latach życia i równocześnie kolonizacji organizmu z bakterii sprawia, że □□rozsądnie jest uznać, że kolonizacja jelit w okresie niemowlęcym, może być bardzo ważna dla zdrowia także w późniejszym życiu. (…) Tak czy inaczej układy immunologiczny, metaboliczny i neurologiczny, wszystkie te systemy rozwijają się w tym okresie. Dlatego ważne jest, aby zrozumieć wpływ czynników, takich jak ***odżywianie we wczesnym okresie****, ale także wzrost cieć cesarskich lub rosnące stosowanie antybiotyków. Zakłócenia we*

wczesnym okresie życia rozwój układu immunologicznego i może prowadzić do zmiany wzrostu flory jelitowej, chorób o podłożu immunologicznym, takich jak alergia, chorób metabolicznych, takich jak otyłość czy chorób układu krążenia, a nawet mózgu i zaburzeń behawioralnych. Żywienie we wczesnym okresie życia i nabywanie podstawowych mikrobów jest prawdopodobnie kluczowym czynnikiem w tym procesie.[V]

ZE WZGLĘDU NA TO WSZYSTKO, ŻADNA MIESZANKA NIE JEST ODPOWIEDNIM PREPARATEM DLA NIEMOWLĘCIA I DZIECKA ZE SKAZĄ, ALERGIĄ I ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY I POWINNA BYĆ PREPARATEM OSTATNIEGO WYBORU BO WYCZERPANIU WSZELKICH INNYCH ROZWIĄZAŃ, A W PRZYPADKU DZIECI Z ALERGIĄ I ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY NALEŻY DĄŻYĆ DO WYŁĄCZNEGO KARMIENIA PIERSIĄ PRZEZ OKRES NIE KRÓTSZY NIŻ 6 MIESIĘCY.

Źródła:
http://www.kobiety.med.pl/ [I]
http://www.kobiety.med.pl/[II]
http://www.breastfeedingbasics.com [IV]
http://www.eurekalert.org/[III]
http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/
http://www.llli.org
http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/en/
http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/karmienie-piersia
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pai.12232/full [V]

Bibliografia:
Standardy Medyczne 2014 Zalecenia Żywienia – Stanowisko ekspertów
Early Development of the Gut Microbiota and Immune Health

Zdjęcie

Udostępnione przez mamę

Rozszerzanie diety u dziecka

ZALECENIA

Polskie Towarzystwo Gastroloenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci w 2014 wydało zalecenia dotyczące rozszerzania diety i karmienia piersią:

> ***Karmienie piersią***
> *Celem, do którego należy dążyć w żywieniu niemowląt, jest wyłączne karmienie piersią przez pierwszych 6 miesięcy życia*. Pokarm kobiecy wytwarzany w wystarczających ilościach przez zdrową, dobrze odżywioną matkę w pełni zaspokaja zapotrzebowanie niemowlęcia na wszystkie niezbędne składniki odżywcze, zapewniając mu jednocześnie prawidłowy rozwój w pierwszym półroczu życia.*
> *(…)*
> ***Jak długo należy karmić niemowlęta wyłącznie piersią****?*
> *Towarzystwa naukowe oraz międzynarodowe grupy ekspertów zgodnie zalecają, aby niemowlęta były karmione wyłącznie pokarmem kobiecym przez pierwsze 6 miesięcy życia (minimum przez 4 miesiące)*'**. Oznacza to, że w tym czasie niemowlę otrzymuje jedynie mleko matki. Nie należy podawać innych płynów (np. wody, soków, mieszanek). Wyjątek stanowią witaminy lub leki.*
> *Zalecenie wyłącznego karmienia piersią przez 6 miesięcy odnosi się do całej populacji. U niektórych niemowląt (np. z dużym zapotrzebowaniem na żelazo) korzystne może być wcześniejsze (<6. m.ż.) wprowadzenie pokarmów uzupełniających.*

* ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T i wsp. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009;49:112-125.
**Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics
2012;129:827-841.

Dołączony do zaleceń schemat należy zawsze czytać w kontekście powyższych zaleceń, a nie samodzielnie. Kiedy lekarze powołują się na nowy schemat, to właśnie powyższe zalecenia są nadrzędne do poniższej tabelki stanowiącej integralną cześć artykułu autorstwa Małgorzaty Jackowskiej – dietetyka i promotorki karmienia piersią:
link: ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 schemat + wybrane produkty w diecie

---

UWAGA! Liczba posiłków to wartości orientacyjne! Karmienie piersią - na żądanie (patrz przypis)

SCHEMAT ŻYWIENIA DZIECI W 1r.ż.

wiek (m.ż.)	liczba posiłków na dobę*	wielkość porcji (ml)*	umiejętności	podstawa żywienia	rodzaj i konsystencja pokarmów	przykłady pokarmów
1	7	110	• ssanie, połykanie	karmienie piersią lub mlekiem modyfikowanym[1]	• płyny	mleko matki lub mleko modyfikowane
2-4	6	120-140				
5-6	5	150-160	• początkowe rozdrabnianie pokarmów językiem • silny odruch ssania • wypychanie jedzenia z ust za pomocą języka (reakcja przejściowa) • otwieranie ust przy zbliżaniu łyżeczki		• gładkie puree • 4 posiłki mleczne[2]	• gotowane miksowane warzywa (np. marchew) lub owoce (np. jabłko, banan), mięso, jajo lub puree ziemniaczane • kaszki/kleiki bezglutenowe • produkty zbożowe w małych ilościach nie wcześniej niż w 5 m.ż.nie później niż w 6 m.ż. (np. kasza zbożowa glutenowa) • woda bez ograniczeń • sok 100% przecierowy bez dodatku cukru, do 150 ml na dobę (porcja
7-8	5	170-180	• pobieranie wargami pokarmu z łyżeczki • rozwój umiejętności i koordynacji umożliwiających samodzielne jedzenie		• zwiększona różnorodność rozdrobnionych lub posiekanych pokarmów • produkty podawane do ręki • 3 posiłki mleczne od 7-8 m.ż.	• zmiksowane/drobno posiekane mięso, ryby • rozgniecione gotowane warzywa i owoce • posiekane surowe warzywa i owoce (np. jabłko, gruszka, pomidor) • miękkie kawałki/cząstki warzyw, owoców, mięsa podawane do ręki • kasze, pieczywo • jogurt naturalny, sery, kefir • pełne mleko krowie po 12m.ż.[3]
9-12	4-5	190-220				

UWAGA! Rozszerzanie diety powinno rozpocząć się po ukończonym 6 miesiącu życia. Wcześniej, tylko w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach. (Więcej na ten temat w artykule)

*ORIENTACYJNA liczba posiłków i wielkość porcji

[1] celem do którego należy dążyć jest wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia

[2] mleko podaane jest z piersi, butelki ze smokiem lub otwartego kubka.pozostałe pokarmy podajemy łyżeczką

[3] małe ilości mleka krowiego można zastosować do przygotowywania pokarmów uzupełniających ale nie powinno być ono stosowane jako główny produkt mleczny przed 12m.ż.

(m.ż. - miesiąc życia)

Rodzic/opiekun decyduje CO dziecko zje, KIEDY i JAK jedzenie będzie podane, Dziecko decyduje CZY posiłek zje i ILE zje

Standardy Medyczne/Pediatria,2014, T.11, 321-338

http://malgorzatajackowska.com/wp-content/uploads/2014/08/schemat-2014-m-jackowska.pdf

Stopniowe wprowadzanie pokarmów stałych od ukończenia 6. miesiąca życia dziecka

–

Aby zaspokoić odżywcze potrzeby rozwijającego się dziecka, po 6 miesiącu życia (180 dni) karmienie piersią powinno być uzupełniane przez stopniowo wprowadzany pokarm stały w postaci zmielonej. System trawienny dziecka, które ukończyło 6 miesięcy, jest już wystarczająco rozwinięty, żeby trawić skrobię, białko i tłuszcz w innej postaci niż mleko matki.

WHO zaleca:

wraz z wprowadzeniem pokarmów stałych, nie zmniejszanie ilości mleka podawanego z piersi; do 2 roku życia i dłużej kontynuowanie karmienia piersią na żądanie tak często, jak dziecko chce; z wiekiem dziecka stopniowe zwiększanie ilość jedzenia stałego, gęstego oraz urozmaicanie posiłków – zgodnie z potrzebami i możliwościami dziecka; podawanie dziecku produktów bogatych w składniki odżywcze; w razie potrzeby, po konsultacji z lekarzem, podawanie dziecku wzbogaconej żywności uzupełniającej lub odpowiednich suplementów witaminowo-mineralnych; od najmłodszego wieku uczenie dziecka zachowania higieny i kultury podczas jedzenia; podawanie żywności łyżką, nie w butelce; dbanie o to, aby jedzenie było czyste, zdrowe, łagodne, łatwe do zjedzenia i lubiane przez dziecko oraz lokalnie dostępne; podczas choroby zwiększenie ilości podawanych dziecku płynów oraz częstsze karmienie piersią. Po chorobie należy częściej podawać posiłki i zachęcać dziecko, aby jadło więcej.
Należy pamiętać, że dziecko potrzebuje czasu, aby nauczyć się jeść stały pokarm.

Apetyt dziecka zazwyczaj właściwie wskazuje ilość jedzenia, którego potrzebuje. Niedożywienie lub choroba zmniejsza apetyt, więc chore dziecko może jeść mniej, niż faktycznie potrzebuje, jednocześnie może mieć większy apetyt na mleko. W takiej sytuacji należy dopilnować, aby dziecko zjadło wystarczająco dużo, nawet jeżeli mleko z piersi okaże się głównym źródłem płynów i składników odżywczych. Pomimo karmienia piersią należy zachęcać dziecko do jedzenia. Jeżeli apetyt po chorobie czy niedożywieniu wzrośnie, należy podać mu dodatkowy pokarm.[I]

OGÓLNE INFORMACJE

U dzieci karmionych piersią w pierwszym półroczu nie podaje się nic poza piersią – żadnych herbatek, soczków, wody w upały żadnych „marcheweczek", „jabłuszek" i „bananków". To co zawiera kobiece mleko w zupełności wystarcza niemowlęciu. Kobiece mleko zawiera najwięcej kalorii ze wszystkich

spożywanych przez niemowlę posiłków oraz wszystkie składniki odżywcze niezbędne do rozwoju i w zupełności wystarcza na pokrycie zapotrzebowania na kalorie i składniki odżywcze.

Kiedy rozszerzamy dietę?? Dietę rozszerzamy wówczas kiedy to **DZIECKO** o tym zadecyduje, najlepiej nie wcześniej niż przed ukończeniem 6. miesiąca życia. Oczywiście są dopuszczalne odstępstwa od tej zasady, ale w wyjątkowych uzasadnionych przypadkach; czasami dzieci wyrywają się do jedzenia pokarmów stałych znacznie wcześniej, a czasami dużo później, nawet ok. 10-12 mż. Dziecko samo wie, kiedy jest gotowe na rozszerzanie diety i należy to uszanować. Żadna położna czy lekarz nie jest specjalistą od laktacji (chyba, że się dokształcił) i dietetyki i nie ma podstaw do sugerowania rodzicom wcześniejszego rozszerzania diety.

U dzieci z alergiami zaleca się powstrzymanie od rozszerzenia diety i wyłączne kp przez okres 9m. Dzieci alergiczne, często podświadomie same opóźniają ten moment; należy zaufać dziecku i nie przyspieszać, czekając na pełną gotowość.

W JAKI SPOSÓB DZIECKO SYGNALIZUJE GOTOWOŚĆ?

Dziecko jest gotowe, kiedy posadzone w trakcie posiłku na kolanach opiekuna (mamy, taty itd.) chwyta w rękę pokarmy i wprowadza je do ust, rozdrabnia wałami dziąsłowymi i połyka, czyli przesuwa pokarm stały samodzielnie w głąb jamy ustnej. Aby dziecko mogło bezpiecznie jeść, powinno siedzieć samodzielnie lub być posadzone na kolanach opiekuna i oparte plecami – tylko wówczas posiłek jest bezpieczny. Przed każdym podaniem pokarmu stałego – nowości bądź co bądź – dziecko powinno zostać nakarmione piersią, a dopiero po zaspokojeniu głodu powinno dostać posiłek stały.

6 OZNAK GOTOWOŚCI

1. **Jelita dziecka potrzebują dojrzeć** – Dopiero pomiędzy czwartym a siódmym miesiącem wyściółka jelitowa dziecka dostaje rozwojowy zryw wzrostu nazwany zamknięciem.

Oznacza to, że wyściółka jelitowa staje się bardziej wybiórcza co do tego, co przepuścić (nie oznacza to ze w 4. miesiącu jest już gotowa, a jedynie że rozpoczyna proces przygotowawczy – przypis tłum.).

2. **Młodsze dzieci mają odruch wypychania języka** – Pomiędzy 4 i 6 miesiącem ten odruch stopniowo zanika, podając kaszę lub warzywo są duże szanse dotarcia od języka do brzuszka.
3. **Niedojrzały mechanizm połykania** – Pomiędzy 4 a 6 miesiącem, większość niemowląt rozwija umiejętność przeniesienia pokarmów z przodu ust do tyłu, zamiast pozwalać jedzeniu na zaleganie wokół otworu ust i ostatecznie wyplucie. Przed 4. miesiącem mechanizm połykający dziecka jest zaprojektowany by pracować ze ssaniem, ale nie z żuciem.
4. **Dziecko musi siedzieć –** PODCZAS POSIŁKU PLECY DZIECKA I PODŁOGA MUSZA TWORZYĆ KĄT 90º, TO ZMNIEJSZA RYZYKO ZADŁAWIENIA, kamienie jest intymną interakcją i dzieci często wiążą je z zasypianiem w ramionach albo przy piersi. Zmiana z miękiej, ciepłej piersi do zimnej, twardej łyżki nie może być przyjęta z zadowoleniem i otwartymi ustami. Wprowadzanie stałych pokarmów jest mniej intymną i bardziej mechaniczną drogą dostarczania jedzenia. To wymaga, by dziecko stabilnie siedziało w krzesełku; tę umiejętność większość dzieci rozwija po szóstym, a nawet ósmym miesiącu.
5. **Małe niemowlęta nie potrafią żuć** – Zęby rzadko pojawiają się przed 6-7 miesiącem, co jest kolejnym dowodem, że małe niemowlę jest zaprojektowane raczej by ssać niż żuć
6. **Starsze niemowlęta lubią naśladować opiekunów** – w okolicy półrocza dzieci zaczynają naśladować to co widzą, co czyni ten czas najlepszym dla wprowadzania pokarmowych uzupełniających.

CO PODAJEMY DZIECKU DO JEDZENIA

Jeśli dziecko nie jest alergiczne, to proponujemy mu wspólny

obiad, podczas którego otrzymuje to samo co dorośli, bez rozdrabiania. W ten sposób nie odbieramy dziecku możliwości samodzielnego decydowania o tym co zje, w jakiej ilości, pozwalamy dziecku na poznanie indywidualnie koloru, kształtu, faktury, smaku każdego produktu. Dzięki temu dziecku uczy się zaufania do jedzenia, ale przede wszystkim uczy się które produkty są bezpieczne, a które szkodzą. Takie pokarmy dziecko intuicyjnie będzie odrzucać i odmawiać ich jedzenia, co należy uszanować.









CO NA POCZĄTEK, A Z CZYM POCZEKAĆ?

Jeśli dziecko nie jest alergikiem, to ogranicza nas wyobraźnia i zdrowy rozsądek. Nie ma konkretnych tabelek, „co kiedy”. Najlepiej jest zacząć od wspólnych posiłków. Dziecko mogące jeść z talerza rodzica ma zaufanie do jedzenia, a wspólne posiłki od początku integrują rodzinę. Nie ma powodu, aby dziecko jadło obiad o 12, jeśli cała rodzina je obiad o 16:30, kiedy tata wróci z pracy. Godziny posiłków to kwestia umowna, jemy kiedy jesteśmy głodni, a nie dlatego, że wybiła pora posiłku.

Do końca 12 mż karmimy piersią na żądanie, a pokarmy stałe to najwyżej 2 do 3 posiłków dziennie. W pierwszych tygodniach rozszerzania diety nie ma powodów, aby dziecko dostawało posiłek stały codziennie – może on być co drugi dzień, a nawet co trzeci.

Na początek najlepsze są gotowane kasze bezglutenowe, ryż, warzywa czyli te warzywa, które jedzą rodzice podczas obiadu, potem mięsko w słupki (do ciumkania), jeśli rodzice zdecydowali o podawaniu dziecku mięsa. Dalej nabiał. Na temat glutenu polecam osobny artykuł

TAK WIĘC POZA KILKOMA WYMIENIONYMI NIŻEJ PRODUKTAMI, WSZYSTKO MOŻNA WPROWADZIĆ OD POCZĄTKU.

Czego nie można poniżej 12 mż:

1. Surowego mięsa i ryb (ze względu na możliwe obecne bakterie)

2. Grzybów (pieczarki i boczniaki można ok. 12 miesiąca życia, grzyby leśne ok. 12 roku życia)
3. Wywarów mięsnych i z kości (ze względu na zawartość biochemiczną. Toksyny wygotowują się do wody)
4. Wędzonek (duża zawartość soli)
5. Miodu (ze względu na toksynę botulinową)
6. Orzechów w całości (wymagają długiego żucia)
7. Mleka odzwierzęcego do picia po 12 miesiącu życia (ale przetwory mleczne można już od początku)

A CO JEŚLI ZACZNIE SIĘ KRZTUSIĆ?

Nic – jak się zakrztusi to odkrztusi i będzie jeść dalej. Tyle i aż tyle. Krztuszenie to bardzo dobry objaw, oznacza, że dziecko radzi sobie z pokarmem, który za daleko się przesunął i go cofa. Na początku zakrztusi się przy każdym posiłku, potem raz w tygodniu, potem raz w miesiącu, aż w zasadzie przestanie się krztusić. Jeśli dziecko kaszle, pozwolić mu wykaszleć za duży kawałek, spokojnie siedzieć i nie panikować, bo panika może tylko dziecku zaszkodzić.

Zadławienia (czyli blokada dróg oddechowych) w zasadzie się nie zdarzają, wówczas należy udzielić pomocy podając właściwe środki ratunkowe.

POD ŻADNYM POZOREM NIE WOLNO ZMUSZAĆ DZIECKA DO JEDZENIA I WPYCHAĆ MU JEDZENIA/ŁYŻECZKI DO BUZI. JEŚLI DZIECKO NIE CHCE JEŚĆ OZNACZA TO, ŻE NIE JEST GOTOWE ALBO NIE MA OCHOTY. NALEŻY DECYZJĘ DZIECKA USZANOWAĆ I CZEKAĆ NA GOTOWOŚĆ.

PODSUMOWANIE

Każdy posiłek uzupełniający powinien być poprzedzony nakarmieniem dziecka piersią, dlatego te pokarmy nazywane są uzupełniającymi.

7-8m – 0-1 posiłek stały dziennie (posiłek główny lub przekąska, ale może być cały dzień tylko pierś i też nic się nie stanie)
9-10m – 1-2 – posiłki stałe dziennie (1 posiłek główny i/ lub przekąska)
11-12m – 2-3 posiłki stałe (1-2 posiłki główne i/lub 2 przekąski)

legenda:

BLW – Baby-Led Weaning
WHO – Światowa Organizacja Zdrowia
AAP – Amerykańska Akademia Pediatryczna
LLL – La Leche League

Gorąco polecam zapoznanie się z artykułami:
ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 (1) Aktualne Stanowisko Grupy Ekspertów
ZASADY ŻYWIENIA NIEMOWLĄT 2014 (2) kiedy i jak rozszerzać dietę dziecka?
Czym się różni cztery od sześciu ? Czyli o tym kiedy rozszerzać dietę niemowlęcia?

WPROWADZANIE POSIŁKÓW UZUPEŁNIAJĄCYCH DO DIETY NIEMOWLAKA. DLACZEGO MAMY NIE SŁUCHAJĄ REKOMENDACJI I CO Z TEGO WYNIKA.

Źródła:

http://www.mz.gov.pl/[I]
http://www.who.int/
http://www.askdrsears.com/
http://www.lalecheleague.org/
http://kellymom.com
http://www.aap.org/
http://www.healthychildren.org/

Bibliografia:Wszystkie wpisy
„Bobas Lubi Wybór” – Gill Rapley, Tracey Murkett, wyd. Mamania, Warszawa 2011

„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd ‚mamania’ 2013, [I] – str 38-39
Zasady żywienia zdrowych niemowląt. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci

---

Alternatywne metody karmienia, dokarmiania i pojenia wcześniaków, noworodków i niemowląt

W sytuacji kiedy zachodzi konieczność dokarmiania, lub okresowego podawania pokarmu w inny sposób niż karmiąc bezpośrednio piersią oczywistą rzeczą wydaje się podanie pokarmu w butelce ze smoczkiem. Nic bardziej mylnego. Butelka służy tylko i wyłącznie do karmienia noworodków i niemowląt do 6-9 -go miesiąca życia, które z przyczyn obiektywnych nie mogą być karmione naturalnie. W przypadku dzieci karmionych piersią nie wprowadza się butelek, gdyż mogą one zaburzyć prawidłowy odruch ssania piersi, spłycić go, lub doprowadzić do całkowitego odrzucenia piersi.

NIE MA TAKIEJ BUTELKI (SMOCZKA), KTÓRA NIE JEST W STANIE ZABURZYĆ ODRUCHU SSANIA, DLATEGO ZAWSZE NALEŻY ROZWAŻYĆ ALTERNATYWNE METODY PODAWANIA POKARMU

KUBECZEK DO POJENIA



lovi – kubeczek do pojenia noworodków i niemowląt

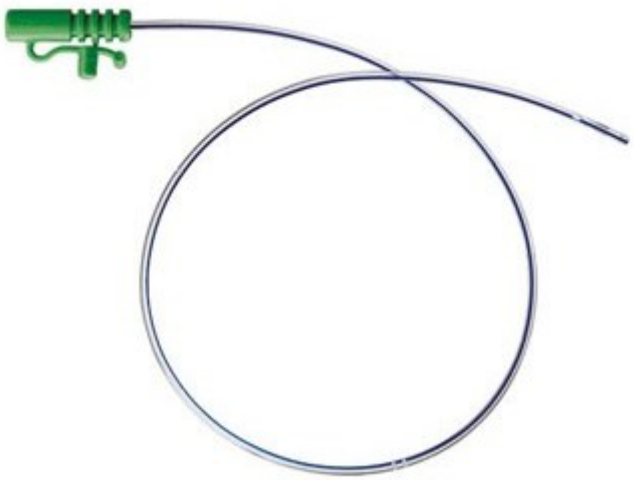


Ardo Medical Kubeczek do karmienia EASY CUP
Pojenie dziecka kubeczkiem sprawia, że dziecko spija pokarm górną wargą zasysając. Tą metodą można podawac pokarm przez około 3 pierwsze miesiące życia.
Poniższy film pokazuje w jaki sposób należy podawać pokarm:

źródło: LOVI
SUPPLEMENTAL NURSING SYSTEM – SNS



strzykawka


sonda do karmienia niemowląt


supplemental nursing system – SNS – archiwum prywatne mamy – zdjęcie poglądowe

System służący do dokarmiania, lub pobudzania laktacji,

dziecko dostaje do ust dren, którym doprowadzane jest mleko ze strzykawki lub gotowego systemu ssąc jednocześnie pierś mamy, lub palec środkowy umieszczony dość głęboko opuszkiem w kierunku podniebienia. Te system żywienia sprawdza się zwłaszcza przy wcześniakach urodzonych przed 36 hbd, gdzie dren jest często jedynym sposobem żywienia, następnie dren w połączeniu z przystawianiem do piersi.
System ten możesz zrobić sama (jak na zdjęciu powyżej)
Poniższy film prezentuje mechanizm takiego karmienia metody są dwie, jedna przedstawiona na pilnie prezentuje umieszczenie drenu już ssącemu pierś dziecku, druga polega na przymocowaniu drenu do piersi i dopiero przystawieniu dziecka:

http://vid795.photobucket.com/albums/yy240/nbci/inserting_lactation_aid.mp4

źródło: Film został stworzony przez dra Jacka Newmana

ŁYŻECZKA



NUBY – łyżeczka do podawania pokarmu



BOON – łyżeczka do podawania pokarmu
Łyżeczka sprawdza się przy późno urodzonych wcześniakach po 36 HBD noworodkach kiedy wystarczą niewielkie ilości pokarmu.

Dziecko z łyżeczki opartej o dolną wargę, podobnie jak z kubeczka, powinno samo spić płyn.

PODAWANIE POKARMU NIEMOWLĘTOM POWYŻEJ 3-GO MIESIĄCA ŻYCIA

Dzieciom powyżej 3-go misiach można podawać pokarmy za pomocą kubków, dzieci w tym wieku mogą sobie z nimi już całkiem dobrze poradzić

DOIDY CUP



Film przedstawia 4 – miesięczne niemowlę pijące mleko swojej mamy, podawane przez tatę.

źródło: https://www.youtube.com/watch?v=o9ElS-RW7gM
LOVI 360 / AVENT



AVENT



LOVI 360

Kubek kształtem przypomina zwykłe kubki a wiec dziecko uczy się prawidłowo układać usta, w pierwszych miesiącach, kiedy dorosły podaje płyn warto zrezygnować z używania uszczelki, a później używać tylko wówczas kiedy jest to konieczne.

Podobny w ofercie ma również inny producent AVENT

PODAWANIE PŁYNÓW POWYŻEJ 6-9 MIESIĄCA ŻYCIA, BEZ WZGLĘDU NA WCZEŚNIEJSZĄ METODĘ ŻYWIENIA

Dzieci w tym wieku (jeśli nie ssą piersi) należy odzwyczajać od pobierania płynów i pokarmów za pomocą odruchu ssania, tak więc wszelkie inne płyny poza podawaniem piersi powinny być podawane metodą inną niż butelka ze smoczkiem lub kubek

niekapek.

Jeśli dziecko nie pije z 2 powyższych kubków (DOIDY lub LOVI 360), z powodzeniem można wprowadzić **najzwyklejszy otwarty kubek** i dziecko może się uczyć z niego pić, lub niekapek bez przykrycia



kubek otwarty – zdjęcie pogladowe



kubek otwarty – zdjęcie pogladowe
można też zaproponować bidon z rurką zassanie płynu z takiego bidonu wymaga innej techniki niż w przypadku butelki czy zwykłego niekapka.



avent



canpol baby
dodatkowo maluch nie musi unosić rąk do góry, a w tym wieku może nie mieć jeszcze siły.

!!! UWAGA !!!

NIGDY NIE WOLNO PODAWAĆ DZIECIOM PŁYNÓW W SZKLANKACH CZY SZKLANYCH KIELISZKACH ZE WZGLĘDU NA RYZYKO ODGRYZIENIA BRZEGU
