

0 jelitach słów kilka

Jelita to narząd pełniący w organizmie niezwykle ważną funkcję przyswajania składników odżywczych, dokonuje tego dzięki olbrzymiej powierzchni silnie unaczynionych kosmków dających powierzchnie 5 boisk piłkarskich.

CZYM SĄ JELITA?

Jelita to wspólna nazwa dolnego odcinka układu pokarmowego składającego się z: jelita cienkiego (dwunastnica, jelito czcze, jelito kręte) oraz jelita grubego (jelito ślepe – wyrostek robaczkowy, kątnica, okrężnica – wstępująca, poprzeczna i zstępująca, esica i odbytnica).

Każde z jelit ma inną funkcję, a nawet każdy odcinek ma swoje indywidualne znaczenie.

Pierwsza i najważniejsza funkcją jest trawienie, wchłanianie i wydalanie resztek, które nie mogą być wchłonięte.

JELITO CIENKIE – DWUNASTNICA

W dwunastnicy odczyn zasadowy powoduje, że pH wzrasta do 8,5, a gruczoły tak długo wydzielają swoje soki, aż treść osiągnie takie pH. W dwunastnicy mamy do czynienia z różnorodnością enzymów trawiennych, produkowanych głównie przez trzustkę. Enzymy trzustki nastawione są głównie na trawienie cukrów i tłuszczu, w mniejszym stopniu białka.

Zastawka dwunastnicza – czcza zabezpiecza cofanie masy pokarmowej po przemieszaniu jej do jelita cienkiego.

JELITO CIENKIE – JELITO CZCZE I JELITO KRĘTE

W tej części jelita mamy do czynienia z intensywnym

wchłanianiem składników odżywczych, witamin, soli mineralnych z trawionego pożywienia.

Ale aby składniki pokarmowe mogły być wchłonięte, muszą przejść ostatni etap trawienia, czyli rozkładu do miceli tłuszczowych, aminokwasów i glukozy.

Składniki, które dzięki kosmkom jelitowym trafiają do krwioobiegu, transportowane są za pomocą układu żyły wrotnej (żyła łącząca jelito z wątrobą), są tam metabolizowane, czyli zamieniane na aktywne składniki, z wątroby są za pomocą krwi rozprowadzane po organizmie człowieka do wszystkich komórek organizmu, w tym do gruczołów mlecznych.

Do wątroby trafiają także krótkie i średniej długości kwasy tłuszczowe oraz nienasycone kwasy tłuszczowe, gdzie są zamieniane m.in. na energię.

Długołańcuchowe nasycone kwasy tłuszczowe (olej palmowy, smalec, masło, oleje po obróbce termicznej), w przeciwieństwie do nienasyconych, są wchłaniane przez układ chłonny i trafiają do układu limfatycznego. Co ważne, układ limfatyczny jest połączony z układem krwionośnym i tam znajduje swoje ujście, a więc ostatecznie lepkie tłuszcze nasycone trafiają do krwi, a także do innych naczyń, w tym kanałów mlecznych, gdzie mogą sprzyjać zastojom, ze względu na swoją lepką strukturę.

Grzyby, chociaż są ciężkostrawne, są źródłem aminokwasów i niektórych witamin i minerałów i tylko te składniki są wchłaniane po strawieniu przez mamę.

Pomiędzy jelitem cienkim, a jelitem grubym znajduje się zastawka jelitowa – kątnicza, dzięki której treść nie cofa się

JELITO GRUBE I ODBYTNICA

W jelicie grubym wchłaniana jest woda i witaminy. To właśnie tutaj pojawiają się kolki jelitowe, tak u niemowląt, jak i

wzdęcia u dorosłych. Przyczyna takiego stanu rzeczy jest dość prosta. To, co nie zostało odpowiednio strawione w jelicie cienkim, zaczyna fermentować, a procesem ubocznym są gazy. Co ważne, za produkcję gazów odpowiadają węglowodany, a te są głównie pochodzenia roślinnego.

No właśnie wzdęcia i kolki, gdyby gazy były wchłaniane do krwiobiegu, nie mielibyśmy kolek, za to mielibyśmy gazowaną krew. To jest dowód na to, że wzdęcia u mamy nie mają najmniejszego związku z kolkami u dziecka

Rodzice często pytają, czemu pokarmy wydalone w okresie rozszerzania diety (zwłaszcza u dzieci BLW) są niestrawione. Ale produkty podawane w papkach, także są wydalone w niezmienionej formie.

Jelita dziecka, dopiero uczą się trawić. Przy tym dzieci, które dopiero zaczynają przygodę z gryzieniem, omijając etap papek, mają co prawda wały zębowe, świetnie radzące sobie z rozdrabnianiem, ale nie mają jeszcze odruchu długiego żucia, stąd w stolcu pojawiają się całe kęsy.

Jednak, jeśli przyjrzeć się uważnie, to u dorosłych stolec pod tym względem nie różni się znacząco. Można znaleźć w nim zielony groszek z wczorajszego obiadu, czy kawałek pomarańczy z deseru, często z zachowaniem żywych kolorów.

Należy zauważyć, że produkty pochodzenia roślinnego wymagają bardzo długiego i starannego żucia, a w przeciwieństwie do zwierząt roślinożernych – przeżuwaczy, ludzie nie mają rozwiniętego układu trawiennego nastawionego na procesy rozkładu skrobi i celulozy. Taka krowa czy wielbłąd, oprócz rozbudowanego procesu żującego, posiada jeszcze dodatkowe elementy układu trawiennego odpowiedzialne za trawienie długich łańcuchów polisacharydowych.

więcej nt. trawienia przeczytasz w artykule: Trawienie

Flora fizjologiczna człowieka. Komensale.

- *Ponad 99% flory fizjologicznej błony śluzowej stanowią beztlenowce, z przewagą bakterii Gram-ujemnych.*
- *Komensale nieustannie stymulują układ odpornościowy człowieka, wnikając do organizmu gospodarza poprzez mikrouszkodzenia.*
- *Konkurując z gatunkami chorobotwórczymi o przestrzeń życiową, warunkują tzw. odporność kolonizacyjną. [I]*

Drobnoustroje kolonizujące ciało człowieka:

1. Skóra:

- *Acinetobacter*
- *Micrococcus*
- *Aerococcus*
- *Peptostreptococcus*
- *Bacillus*
- *Propionibacterium*
- *Clostridium*
- *Staphylococcus*
- *Corynebacterium*
- *Streptococcus*

2. Jama Ustna

1. Drobnoustroje beztlenowe

- *Peptostreptococcus*
- *Veillonella*
- *Actinomyces*
- *Fusobacterium spp*

2. Drobnoustroje tlenowe

- *Streptococcus*
- *Haemophilus*
- *Neisseria spp*

3. Górne drogi oddechowe

- Acinetobacter
- Mycoplasma
- Acinobacillus
- Neisseria
- Actinomyces
- Peptostreptococcus
- Cardiobacterium
- Porphyromonas
- Corynebacterium
- Prevotella
- Eikenella
- Propionibacterium
- Enterobacteriaceae
- Staphylococcus
- Eubacterium
- Streptococcus
- Fusobacterium
- Stomatococcus
- Haemophilus
- Treponema
- Kingella
- Veillonella
- Moraxella

4. Układ moczowo-płciowy

- Actinomyces
- Lactobacillus
- Bacterioides
- Mobiluncus
- Bifidobacterium
- Mycoplasma
- Clostridium
- Peptostreptococcus
- Corynebacterium
- Porphyromonas
- Enterococcus
- Prevotella
- Enterobacteriaceae

- Propionibacterium
- Eubacterium
- Staphylococcus
- Fusobacterium
- Streptococcus
- Gardnerella
- Treponema
- Haemophilus
- Ureaplasma

5. Przewód pokarmowy

Dla budowania prawidłowej flory jelitowej ma wpływ pokarm kobiecy, gdyż udowodniono że jest to flora różna o dzieci dokarmianych, karmionych mieszanie lub karmionych sztucznie. Ta kolonizacja jest istotna dla prawidłowego przygotowania jelit dziecka do późniejszej funkcji. Kolonizacja jelit ma wiele zadań:

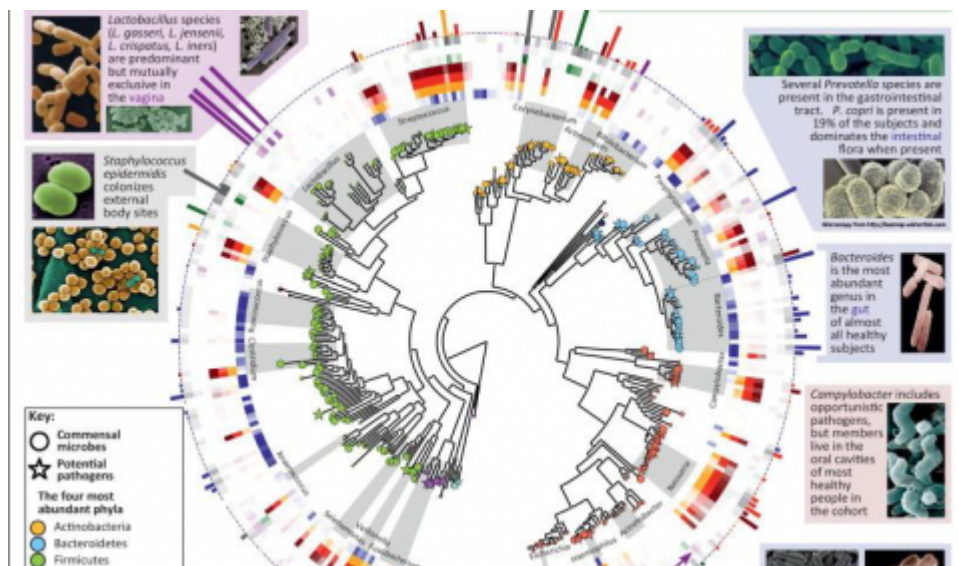
- część bakterii pokrywa śluzówkę jelit tworząc warstwę ochronną przed inwazją patogenów chorobotwórczych
- część bakterii ma ważne zadanie produkcyjne: wytwarzają bakterie z grupy B, witaminę K czy laktazę enzym rozkładający laktozę do glukozy i galaktozy.

W prawidłowych warunkach flora komensalna

- bierze udział w przemianach metabolicznych,
- dostarcza czynników wzrostowych,
- chroni przed infekcjami wysoce zakaźnymi drobnoustrojami
- stymuluje odpowiedź immunologiczną

Życie nie byłoby możliwe bez flory komensalnej[I]

tak wygląda mikro-gram człowieka



DOJRZEWANIE JELIT NIEMOWLĘCIA

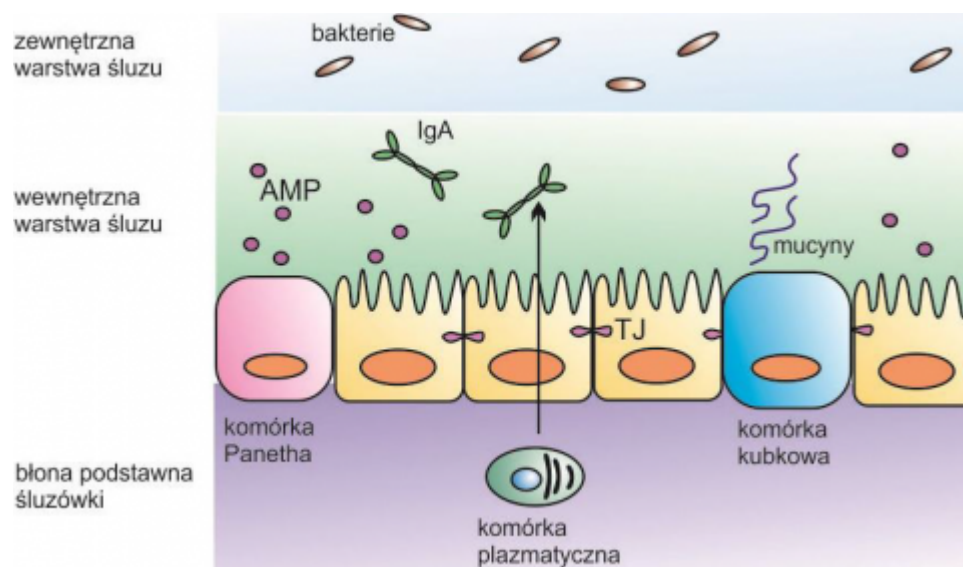
Do niedawna uważano, że jelita noworodka są jałowe, dziś już wiemy, że to nie jest prawda. Jednakże właściwy mikrobiom zaczyna się budować od chwili narodzin i każdy kontakt z florą ma na niego wpływ, a więc układu rodowego, flora matki, flora tego co dotyka dziecka w pierwszych chwilach życia, flora pokarmu podawanego noworodkowi. „Ponad 90% komórek ludzkiego organizmu to różne mikroorganizmy.” Courtesy of Dr. Andrew Goodman

Etapy zasiedlania drobnoustrojami

- Jako pierwsza zasiedlana jest skóra noworodka,
- następnie przednia część gardła, dalej przewód pokarmowy
- i pozostałe rejony ciała posiadające błony śluzowe.[1]

Dojrzewanie to nie tylko korzystna flora, to także przeciwciała sekrecyjne A (sIgA). Noworodek i małe niemowlę o niedojrzałym układzie odpornościowym nie jest w stanie samodzielnie ich wytwarzać, tu z pomocą przychodzi mleko matki, które dostarcza tych niezwykle ważnych dla jelit immunoglobulin. Organizm niemowlęcia zaczyna produkować immunoglobuliny A dopiero ok 6 miesiąca życia i nie są one jeszcze tak sprawne jak te które otrzymuje od matki. Właśnie

dlatego tak ważne bez względu na rodzaj mleka jakie otrzymuje niemowlę wstrzymanie się 6 miesięcy z rozszerzeniem diety, aby w jelitach dziecka pojawiły się własne przeciwciała A, które chronią niedojrzały i słaby organizm niemowlęcia przed czynnikami zewnętrznymi tak patogenami jak i alergenami. Tak w uproszczeniu wygląda jelito:



- W zewnętrznej warstwie śluzu znajdują bakterie probiotyczne odpowiedzialne na prawidłowe procesy trawienia, wytwarzania enzymów, czy witamin, stanowią też pierwszą obronę przed wnikaniem chorobotwórczych patogenów, czy alergenów.
- Wewnętrzna warwa śluzu to immunoglobuliny A (IgA) będące kolejną barierą przed patogenami, ale chronią także przed alergiami

Co jest wchłaniane w jelitach:

- **BIAŁKA (PROTEINY)** – polipeptydy => oligopeptydy => peptydy => [aminokwasy](#)
- **TŁUSZCZE** – trójglicerydy => diacyloglicerole => monoacyloglicerole => glicerole => micle => [lipidy + kwasy tłuszczowe](#),
- **WĘGLOWODANY (CUKRY)** – polisachcarydy => oligosacharydy => disacharydy => [sacharydy](#)
- **KWASY NUKLEINOWE** to związki organiczne, których podstawową jednostką strukturalną jest nukleotyd.

Nukleotyd tworzą: jedna cząsteczka cukru zbudowanego z 5 atomów C – pentoza (ryboza, deoksyryboza), jedna cząsteczka kwasu fosforowego i jedna cząsteczka zasady azotowej.[V] Kwasy nukleinowe są biopolimerami występującymi w komórkach wszystkich organizmów. Wyróżnia się dwa główne typy kwasów nukleinowych: Kwas deoksyrybonukleinowy (DNA) Kwasy rybonukleinowe (RNA): m-RNA, t-RNA, r-RNA (rybosomalny RNA)[III]

ROLA JELIT MATKI W ROZWOJU ALERGII U DZIECKA

Proces trawienia służy rozkładowi pokarmów do czynników pierwszych, a więc: aminokwasów, cukrów prostych, kwasów tłuszczowych etc. Każde białko jest tak długo trawione, aż zostaną tylko aminokwasy, to czego „uciąć się nie da” zostaje wydalone z kałem, kazeina powstaje z aminokwasów endogennych, a więc nie może powodować alergii u dzieci, to co w kazeinie krowiej jest potrzebne odcięte zostaje w postaci aminokwasów, a to co nie jest trawione zostaje wydalone.

Skoro pokarmy są tak dokładnie trawione, w jaki sposób dochodzi do objawów alergii u niemowląt? Schemat nie jest do końca poznany, ale za bezpośrednią przyczynę podaje się zły stan jelit matki, czyli zaburzenia flory jelitowej, która u dorosłego człowieka powinna liczyć ok. 1000 różnych szczepów. Bakterie w jelicie są niezwykle ważne i żyją w symbiozie z człowiekiem.

więcej nt skład przeciwciał dowiesz się w artykule: Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?

Osobnicze kształtowanie się mikroflory jelitowej.

- *Zasiedlanie przewodu pokarmowego przez drobnoustroje rozpoczyna się w momencie narodzin a dalszy rozwój jest procesem stopniowym i powolnym.*

- *Kolonizacja przewodu pokarmowego noworodka rozpoczyna się z chwilą porodu*
- *Rodzaj pierwszej mikroflory jest bardzo ważny dla dalszego kształtowania się biocenozy poprzez stymulację lub ograniczenie następnych rodzajów mikroorganizmów*
- *Pierwsze mikroorganizmy zasiedlające przewód pokarmowy noworodka to bakterie względnie beztlenowe, głównie nie patogenne szczepy *Escherichia coli* oraz inne *Enterobacteriaceae* i *Streptococcus spp* [II]*

NIESZCZELNE JELITA

Zacznę od tego, że jest to uproszczenie i nie ma możliwości aby jelita były „dziurawe”.

Generalnie rzecz ujmując nie ma możliwości aby jelita były dziurawe, nieszczelne, przepuszczalne, ale zachwianie równowagi mikrobioty, czy odporności może dawać wiele objawów.

Przeciwciała czy bakterie probiotyczne znajdujące się w jelitach są rodzajem filtru, który dba o jakość składników docierających do naszego organizmu, a więc dbałość o jelita jest podstawa równowagi.

O jelita można dbać w bardzo prosty sposób:

- spożywać naturalne, nieprzetworzone produkty
- unikać fastfoodu i kolorowych napoi
- jeść żywność poprawiającą kolonizację produkty pełnoziarniste, skrobiowe, celulozowe, zawierające długołańcuchowe cukry – polisacharydy
- jeść naturalne probiotyki: kiszonki
- w razie konieczności suplementować probiotyki, probiotyki, synbiotyki

- [I] Wykład: „Komensale i pasożytnicza flora mikrobiologiczna człowieka. Mechanizmy patogenezy

bakteryjnej.” – Prof.dr hab. n. med. Janina Łucja Grzegorczyk, Zakład Mikrobiologii I Laboratoryjnej Immunologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

- [II] Wykład: „*Mikrobiom człowieka w zdrowiu i w chorobie. Rola mikrobiotaw rozwoju odpowiedzi immunologicznej u człowieka.*” – Prof.dr hab. n. med. Janina Łucja Grzegorczyk, Zakład Mikrobiologii I Laboratoryjnej Immunologii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

- [III]

<http://www.biologia.net.pl/biochemia/kwasy-nukleinowe.html>

Mitologia karmienia piersią

Wokół karmienia piersią na przestrzeni lat narosło wiele mitów. Mity te są przekazywane kolejnym pokoleniom drogą 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, gotowaną 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. Pomiedzy 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 tłuszczu 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, Żórska, Zagierski, Szlagaty-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) [III]

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 kcal
- 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 martwić 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 absolutną 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 przeciwciężła. 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 ssąć piersi, 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 zgodzie 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 właśnie one są odpowiedzialne za uszkodzanie 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 DOKARMIĆ

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 CIAŻY, 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 niewystarczającą 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 ilości 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/>

FEMALTIKER – podsumowanie testu konsumentckiego.

W trakcie trwania Międzynarodowego Tygodnia Karmienia Piersią, przedstawiliśmy Wam historie ponad 35 lat badań nad słodem

jęczmiennym, oraz odkryciem czynnika wpływającego na poprawę laktacji – β -glukanu, które to doprowadziły do powstania preparatu **Femaltiker®**. Była to odpowiedź na potrzeby rynku i kobiet, które do tej pory wspierały się piwem bezalkoholowym, podpiwką, czy słodem jęczmiennym aby zwiększyć ilość pokarmu.

Przedstawiliśmy Wam też zagrożenia wynikające ze stosowania innych preparatów wspomagających laktację, takich jak wymienione wyżej produkty browarnicze, zioła, preparaty homeopatyczne, oraz przedstawiliśmy ich wpływ na dziecko i brak jakiegokolwiek potwierdzenia skuteczności.

Na koniec zaprosiliśmy mamy do testowania produktu.

Do testu zgłosiło się kilkadziesiąt mam, spośród których 15 otrzymało pakiet testowy.

Wśród kobiet, które otrzymały pakiet testowy znalazło się 5 mam dzieci urodzonych przedwcześnie, w tym 2 mamy bliźniąt, trzy kobiety karmiły mlekiem odciągany.

Z spośród 15 kobiet test ukończyło 14 mam.

Jedna z mam wysłała zgłoszenie o treści:

Chciałabym dostać FEMALTIKER do przetestowania. Jestem mamą dwóch bliźniąt, chłopców urodzonych 22 maja przedwcześnie w 30 tygodniu ciąży, przez cesarskie cięcie. Chłopaki o wagach 1080 spadkowa 970 g i 1600 spadkowa 1400 g. Od początku odciągam pokarm ale po ok 1,5 m-ca nie wystarczało go dla dwójki. Chciałabym karmić piersią, powoli się tego uczymy. W szpitalu dostawali mój pokarm przez sondę, potem z butelki. Jak zaczęło nie wystarczać to prenan. Szpital owszem pomógł mi rozkręcić laktację ale potem przy przystawianiu do piersi już mnie olał. Sara

Niestety Sara przegrała walkę o karmienie piersią:

Dzień dobry, niestety nie udało mi się karmić piersią, z braku czasu przy bliźniakach zaprzestałam także odciągania pokarmu

Pokazuje to jak olbrzymie znaczenie ma wsparcie w karmieniu piersią, zwłaszcza bliźniąt już w szpitalu i jak łatwo jest to zaprzepaścić poprzez brak fachowego wszechstronnego wsparcia i stosowanie procedur medycznych nie sprzyjających karmieniu piersią.

Pozostałe 14 kobiet w chwili rozpoczęcia testu karmiło piersią dzieci w wieku od 3 do 29 tyg.

Masa dzieci wahała się od 2430 u dziecka 8-tyg (wcześniak z 31 tyg ciąży) do 7300 u dziecka 7-miomiesięcznego karmionego mlekiem odciągany.

Średni przyrost w ciągu 2 tyg testu wyniósł: 295 gramów, przy czym największy przyrost dotyczył dziecka 7 miesięcznego – 500 gramów (i tutaj moje wielkie zaskoczenie), a najmniejszy dotyczył dziecka 10-ciotygodniowego 90 gramów i dziecka 23-tygodniowego – 100 gramów.

Dzieci były karmione od 6-12 razy na dobę od 30 do 60 min jednorazowo, w trakcie trwania testu zwiększała się ilość karmień ale malał czas spędzany przez dziecko przy piersi.

W trakcie trwania testu przeciętnie o 2 sztuki wzrosła ilość zużywanych pieluch, co daje poczucie najadania się dzieci.

Co ciekawe.

Półowa mam biorących udział w badaniu nie dokarmiła swoich dzieci przed rozpoczęciem testu i tu nic się nie zmieniło, natomiast druga półowa dokarmiła swoje dziecko mieszanką. Porównując wyniki, spośród 7 mam dokarmiających zupełnie z dokarmiania zrezygnowały 3 kobiety, jedna mama utrzymała ilość, przy jednoczesnym poczuciu większej ilości pokarmu objawiającej się większym spokojem dziecka, u pozostałych

kobiet nastąpiła znacząca redukcja mieszanki z przewidywanym jej całkowitym wyeliminowaniem. Reasumując u prawie wszystkich kobiet nastąpiło realne odczucie zwiększenia ilości pokarmu. W trakcie stosowania preparatu, a efekt utrzymywał się także po zaprzestaniu stosowania i tylko jedna z kobiet zauważyła wzrost w trakcie stosowania i spadek ilości pokarmu po odstawieniu, co ją zdopingowało, do kupienia kolejnego opakowania. Jedyna kobieta, która utrzymała ilość podawanej mieszanki (poprzez system SNS) utrzymała tę ilość z przyczyn obiektywnych i w porozumieniu z doradcą laktacyjnym, ze względu na wiele innych problemów fizjologicznych u dziecka, które nie pozwalają na zbyt gwałtowne odstawienie porcji mieszanki, jednak mama dąży do jej całkowitej eliminacji w dłuższym okresie czasu, w tydzień po zakończeniu testu ostawiła zmniejszając ilość podawanej mieszanki o kolejną butelkę, przy jednoczesnym zachowaniu przyrostów dziecka, co można uznać za sukces.

Oprócz preparatu **Femaltiker®** mamy stosowały dodatkowo wybrane metody stymulacji: 77-55-33 – 10 kobiet, power pumping – 8 kobiet, nie stosowały dodatkowo żadnych suplementów wspomagających laktację (choć jedna z spośród testujących kobiet wspomagała się również herbatką bocianek), jedna uczestniczka regularnie odciągała pokarm co 2 godziny – karmi mlekiem odciągany, jedna mama odciągała 15 min każdą pierś po każdym karmieniu do całkowitego „opróżnienia”, jedna mama stosowała ciągłe przystawianie dziecka, jedna mama stosowała system SNS.

PODSUMOWANIE

Wszystkie badane kobiety odczuły znaczącą poprawę laktacji, odczucie pełniejszych piersi, odczucie najadania się dziecka połączone ze zwiększeniem ilości moczonych pieluch.

Kobiety jako sukces uważały skrócenie czasu spędzanego przy piersi, z jednoczesnym wydłużeniem okresu snu lub innej aktywności, jak i większym spokojem dziecka oraz wzrostem

ilości moczonych pieluch

1. Jeśli chodzi o mnie to na pewno jest duża różnica. Zdecydowanie czuć różnicę jeśli chodzi o czas karmienia. Skrócił się o połowę zdecydowaną różnicę widać przy nocnych karmieniach. Są zdecydowanie krótsze. Po samych piersiach można było odczuć, że FEMALTIKER działa, czuć było, że są pełniejsze. Pod koniec zdarzyło się 3-4 razy, że na wieczór nie wypiął porcji ze względu na to, że córeczka przesypiała mi powyżej 4h a ja budziłam się z piersiami twardymi jak kamienie tak jak miałam przy nawale pokarmu. Jeśli miałabym ocenić skuteczność w moim przypadku to jest to 10/10.

2. Mam porównanie z kilkoma produktami, w tym herbatkami ziołowymi, ale największą poprawę zauważyłam przy Femaltikerze, który chyba w ostatnim momencie odwiódł mnie od ciągłego dokarmiania.

3. Stosując produkt miałam wrażenie, że piersi napełniają się szybciej. Dziecko zaczęło również mocniej ssać. Poza produktem piłam także kawę zbożową Inka.

Jedyny minus to picie produktu na 30-60 minut przed karmieniem, co przy karmieniu na żądanie jest ciężkie do wyliczenia. Na pewno po stosowaniu produktu ilość odciągnięte w laktatorze mleka zaczęła się zwiększać. Stosując metodę 77-55-33 na początku testu pojemnik po stymulacji pozostawał prawie pusty, pod koniec mleko płynęło praktycznie od początku odciągania.

Uważam, że produkt wspomaga laktację, o czym świadczy przyrost wagi u mojego dziecka oraz zmniejszenie ilości podawanej dobowo mieszanki.

Bardzo dziękuję za możliwość udziału w teście.

4. W moim odczuciu Femaltiker naprawdę działa. Przełożyło się to na zwiększoną ilość mleka. Dotychczas odciagałam od 60 do 80 ml (80 ml w nocy przez dłuższą przerwę w ściąganiu) co 2 godziny a w trakcie kuracji odciagam od 80 do 140 ml. Po dwutygodniowym teście dalej produkuję więcej mleka. Piłam go z wodą lub mlekiem roślinnym dwa razy dziennie

5. Kilkakrotne uczucie przepełnienia piersi, szybsze najadanie się dziecka= mniej czasu spędzanego przy piersi.

6. Jestem pozytywnie zaskoczona produktem, moje dziecko ładnie przybrało na wadze, również karmienie stało się czymś miłszym i mniej stresującym, dziecko mniej męczyło się podczas karmienia, również nie miałam podczas karmienia wrażenia „pustych”, piersi.

7. Dzięki waszemu produktowi córka pokochała pierś, po 3 miesiącach kpi przeszłyśmy na kp, ilość mleka się zwiększyła, dobowo odciagałam 600 ml po kuracji odciagałam nawet 1300 i przeszłam na kp. Walka o każdą kroplę by jej starczyło wygrana. Dziękuję

8. Produkt bardzo smaczny i łatwy do sporządzenia niestety tak jak po innych produktach wspomagających laktację nie zauważyłam zwiększenia produkcji mleka

9. Mimo że nie udało mi się zejść z mm pijąc FEMALTIKER nasza córeczka zrobiła w tydzień bardzo ładny przyrost wcześniej się to nie zdarzało więc wydaje mi się że to dzięki niemu. Ogólnie po jego wypiciu czułam że mam więcej mleka również czas łykania podczas karmień był dłuższy. Po pierwszym tygodniu nie odczułam jakiś zmian ale w drugim już tak. Uważam że produkt działa.

10. Produkt odpowiedni dla mam zaczynających karmienie lub ściąganie laktatorem, na pewno zwiększa ilość mleka, później laktacja się stabilizuje, więc na początku na pewno warto go pić żeby zwiększyć produkcję. W smaku bardzo dobry karmelowy smak. Koleżankom na pewno polecę.

11. Produkt okazał się skuteczny jednak jego skuteczność zauważyłam dopiero pod koniec dwutygodniowego testu. Stosowanie pozwoliło mi zrezygnować z dokarmiania mlekiem modyfikowanym. Niestety działanie produktu było krótkotrwałe – po odstawieniu ilość mleka ponownie się zmniejszyła. Zakupiłam kolejne opakowanie.

12. Każdego dnia odciągając byłam w stanie odciągnąć co raz więcej pokarmu, rzeczywiście można stwierdzić, że FEMALTIKER działa cuda ☐

13. Trudno się rozpuszcza. Wzmacnia pewność siebie Wydaje zwiększać ilość pokarmu, czuć to kilka dni po odstawieniu

14. Poleciałabym wszystkim mamom kpi i kp ten produkt. Jestem bardzo zadowolona, dziękuję za możliwość testu ☐

Jak widać, znakomita większość kobiet bardzo pozytywne wypowiada się o działaniu produktu FEMALTIKER, tylko jedna z pośród nich nie zauważyła różnicy, a jedna zauważyła chwilową różnicę podczas stosowania (12/14 kobiet odczuło znaczącą, długotrwałą różnicę, a to ponad 85%).

Sama jestem bardzo pozytywnie zaskoczona efektem i żałuje, że nie miałam możliwości skorzystania z produktu kiedy 7,5 roku temu walczyłam o każda kroplę, racząc się nic nie dającymi herbatkami i homeopatią.

Ostatecznie wygrałam, ale niestety moja walka trwała 3 tygodnie, w których broniąc się przed dokarmianiem, doprowadziłam do utraty wagi przez moja pierworodną. Być może mając możliwość skorzystania z **Femaltikera®** nie doprowadziłabym do takiej sytuacji.

Femaltiker® na pewno jest doskonałym rozwiązaniem dla:

- mam wcześniaków,
- kobiet odciągających pokarm (karmiących piersią inaczej),
- może się okazać świetnym wspomagaczem w okresach skoków rozwojowych (wkrótce artykuł), kiedy wiele kobiet odczuwa pozorny niedobór pokarmu
- przy niektórych schorzeniach takich jak zaburzenia hormonalne, czy hipoplazja sutka

Wyciągając końcowe wnioski, **Femaltiker®** spełnił swoje zadanie i przyniósł oczekiwany efekt postaci poprawy laktacji u większości mam biorących udział w teście.

Mleczne Wsparcie na pewno będzie polecać ten produkt jako dobrą alternatywę dla innych produktów stymulujących laktację. Skuteczność produktu **Femaltiker®**, została potwierdzona nie tylko w badaniach klinicznych, ale i w teście konsumenckim naszych czytelniczek.

POLECAMY

Zdjęcie w nagłówku: twinsandmore.co.nz

Krótką historia wprowadzenia glutenu do diety dziecka – ostatnie dziesięciolecie

10 lat temu gluten był wprowadzany do diety stopniowo w 10 mż już po rozszerzeniu diety.

Jak byłam w ciąży 8 lat temu, zalecenia były by w 5 miesiącu (ukończone 4 m) miesiącu zrobić ekspozycje na gluten (1/2 łyżeczki kaszy manny przez 2 tyg) i potem w 6 nic poza kp i od 7 m rozszerzanie diety i znowu od 10m wprowadzenie glutenu już na stałe.

Takie wprowadzenie glutenu motywowano zmniejszeniem ryzyka rozwoju celiakii, jak się przeoczyło „okienko immunologiczne (teoria z księżyca) w 5 miesiącu to czekać i wprowadzać gluten w 10m,

Potem okazało się ze badania o okienku i ekspozycyjni na gluten w 5 m-cu na podstawie, których to było były takie trochę pic na wodę i sami badacze nie wiedza co z tego

wyniknie długoterminowo, bo takowych badań nie przeprowadzili, więc zmieniono na 6 miesiąc (ukończony 5) tuż przed rozpoczęciem rozszerzania diety rozpocząć podawanie glutenu zaczynając od 1/2 łyżeczki i stopniowo zwiększając a potem kontynuować wraz z rozszerzaniem diety.

Od 2014 roku zalecenie jest, że gluten wprowadza się wraz z rozszerzeniem diety w 7 mż (czyli w drugim półroczu), pierwsze półrocze tylko kp, bez ekspozycji. po prostu tak jak inne produkty.

Zalecenie wyłącznego karmienia piersią przez 6m bez podawania płynów i innych pokarmów, w tym ekspozycji na gluten weszło w życie w 1994r – Złoty Standard Karmienia Piersią WHO i UNICEF i nic się nie zmieniło w tej materii.

Zalecenia WHO są stałe i niezmiennie 6 m wyłącznego karmienia piersią i kontynuacja wraz z rozszerzaniem diety do końca 2 rż i dłużej.

Więcej nt glutenu przeczytacie w artykule: [Gluten](#)

Zdjęcie w nagłówku: [sosrodzice.pl](#)

Historie nagrodzone w naszym konkursie „Jak wspierasz inne mamy w karmieniu piersią”

Historia Anny

Mnie pomogła mama, ale wiem, że nie wszystkie dziewczyny mają

takie szczęście.

Dziewczyna na funpagu o karmieniu piersią dostała zalecenie od pediatry, że z powodu małych przyrostów (20g na miesiąc) ma dokarmiać mm. Dziewczyna bardzo chciała kp. Inne forumowiczki zaczęły jej doradzać ściąganie laktatorem i podawanie butelką. Dziewczyna załamana zaczęła próbować takiego sposobu. Ja zaproponowałam kontakt w poradni laktacyjnej w celu sprawdzenia wędzidełek. Jednak dziewczyna powiedziała, że dziecko miało sprawdzane wędzidełka i, że jest wszystko w porządku. Nie ma problemu z ssaniem ani z obniżonym napięciem mm. Zasugerowałam zbyt płytki chwyt. Dziewczyna sama zaproponowała wysłanie mi filmiku. Zgodziłam się. Faktycznie zbyt płytko, dziecko tylko ciumkało końcówkę brodawki i bardzo przy tym mlaskając. Nosek nawet nie dotykał piersi. Wysłałam jej filmik jak moja córka ssie. Podałam kilka stron jak korygować głębokość chwytu i jak prawidłowo przystawiać. Dziewczyna zaczęła walkę. Każdy ciumkający chwyt korygowała. Po tygodniu mi powiedziała, że przyrost w tydzień 170g. Tak się pozytywnie nakręciła, że zachciało jej się wreszcie żyć. Uwierzyła w siebie. Zaproponowałam, żeby zważyła znowu za tydzień, ale ona nie wytrzymała. Zważyła po 5 dniach. W te kolejne 5 dni przybrała już 205g. Serdecznie mi dziękowała i powiedziała, że będzie polecać mnie innym.

Panią Annę zachęcamy do wzięcia udziału w szkoleniu organizowanym przez Centrum Nauki o Laktacji – Promotor Karmienia Piersią.

Historia Marty

Jestem lekarzem, pół roku temu zaczęłam specjalizację z medycyny rodzinnej. Po godzinach jestem mamą karmiącą dwulatka □ Od 3 dni samodzielnie przyjmuje dzieci w poradni, jak tylko usłyszałam, że mam iść leczyć dzieci byłam przerażona, ale myśl, że będę mogła promować karmienie naturalne strasznie mnie ucieszyła □ Dopiero zaczynam moje

„mleczne wsparcie”,ale daje mi to niesamowitą radość i spełnienie!

Historia Pauliny

Chciałabym podzielić się tym jak wspieram mamy karmiące piersią na początku tej trudnej, ale bardzo owocnej drogi. Jako lekarz Pediatra mający podstawy do tego, zachęcam wszystkie moje znajome do karmienia piersią, polecam ten sposób żywienia dzieci jako jedyny i najlepszy w pierwszych 6 miesiącach życia i polecam jak najdłuższe, a przynajmniej do ukończenia 1 roku życia dziecka karmienie piersią. Obecnie przebywając na urlopie macierzyńskim korzystam z wielu portali na facebooku gdzie mamy karmiące piersią wspierają się i dzielą pomocnymi radami, aby jak najdłużej utrzymać laktacje i nie zrażać się mimo niepowodzeń, ale próbować karmić piersią. Mogę wspomnieć tu o moich początkach karmienia piersią, były one dość trudne, ale mimo małej wagi urodzeniowej mojej córki od początku karmiłam piersią, nie dokarmiałam jej mlekiem modyfikowanym chociaż na początku mogły być do tego przesłanki, bo miała niską wagę urodzeniową, na szczęście odrobiłyśmy spadek fizjologiczny masy ciała w szpitalu, dzięki częstym karmieniom i przystawianiu do piersi, pierwsze dni i noce po porodzie w szpitalu były ciężkie, godziny spędzałyśmy na karmieniu, dzięki temu obecnie karmie tylko piersią moja córka przybiera na wadze prawidłowo, dlatego będę starała się kontynuować wyłącznie karmienie piersią do 6 miesiąca jej życia,a potem będę wprowadzała nowe pokarmy. Bardzo ważne jest żeby nie rezygnować już na początku, pamiętając o dobru jakie niesie karmienie piersią dla naszych dzieci.

Panią Martę i panią Paulinę zapisujemy do

**naszej bazy lekarzy polecanych mamom
karmiącym piersią.**

Zachęcamy też do rozważenia wzięcia udziału w zaczynającym się we wrześniu kursie Certyfikowanego Doradcy Laktacyjnego oraz Międzynarodowego Certyfikowanego Konsultanta Laktacyjnego.

ZDJĘCIE W NAGŁÓWKU: <http://childbirthconcierge.com/>

**Jak wspierasz inne mamy w
karmieniu piersią? – konkurs
z nagodami**

**>>>Konkurs Konkurs Konkurs
<<<**

**Napisz nam jak wspierasz inne mamy
w trudach i początkach karmienia
piersią.**

A może przytrafiły ci się z tym związane ciekawe historie? Na wasze historie i anegdoty czekamy do niedzieli 21.08.2016r. do godziny 23:59 Najciekawsze historie nagrodzimy **miłusimi poduchami Femaltiker** i opublikujemy historie na naszej stronie.

Czekamy na wasze maile!

Nie zapomnijcie podać danych do wysyłki!

<http://www.mlecznewsparcie.pl/kontakt>

**Niedobór pokarmu, a preparaty wspierające laktację.
Zaproszenie do udziału w teście konsumenckim.**

Kiedy kobieta zostaje matka, zaczyna się nowy okres w jej życiu. Z moich obserwacji z pracy z matkami na oddziałach

położniczych wynika, że kobiety bardzo chcą karmić piersią i mają świadomość wagi karmienia naturalnego, często obolałe ostatkiem sił idą na oddziały noworodkowe, aby przystawiać dziecko do piersi i walczą o karmienie, walczą z wewnętrznymi procedurami szpitalnymi, dokarmianiem, zaburzeniem odruchu ssania, mamy karmią, ale kiedy dziecko robi się niespokojne przy piersi, próbują ściągać i dokarmiać swoim mlekiem i mieszanką, a ilość pokarmu zamiast wzrastać utrzymuje się na niskim poziomie, lub wręcz spada. Kobiety wpadają w błędne koło wrażenia braku pokarmu i dokarmiania, a wkrótce odstawiają dziecko od piersi, twierdząc, że brakuje im pokarmu.

Część młodych mam decyduje się sięgnąć po różne suplementy, zwykle decydują się na pojedyncze zioła (kozieradka, rutwica lekarska czy koper włoski) czy gotowe mieszanki ziołowe.

BEZPIECZEŃSTWO I SKUTECZNOŚĆ STOSOWANIA ZIOŁ

Zioła są stosowane tradycyjnie w medycynie ludowej i produkowane zarówno przez firmy zielarskie, jak i producentów odżywek dla niemowląt.

Nie jest znana skuteczność stosowania ziół, jako wsparcia produkcji pokarmu, a ich popularność opiera się głównie na tradycjach stosowania preparatów, jak wiadomo zwykła czarna herbata zawiera wiele substancji szkodliwych (np. teina, kofeina) z tego względu jest niewskazana do podawania dzieciom, mimo to, w początkowym okresie była uważana za lek i powszechnie stosowana w celach leczniczych, podobnie jest z wieloma produktami zielarskimi, o których wiemy, że oprócz właściwości leczniczych posiadają też, jak każdy lek, substancje powodujące skutki uboczne, często o nieznanym lub silnym wpływie na dzieci.

Kolejnym problemem stosowania mieszanek ziołowych, jest fakt, iż część z nich zawiera składniki silnie alergizujące np. anyż, czy **kozieradka**, o której już pisałam oraz jej

przynależności do wspólnej rodziny z orzeszkami arachidowymi. W mojej praktyce spotkałam się już z sytuacją dziecka z anafilaksją na orzeszki ziemne, a nawet zielony groszek (ta sama rodzina roślin – bobowatych), a dziecko źle znosiło stosowanie przez matkę kozieradki i nikt nie wiedział skąd problemy u malucha. Przyczynę udało się ustalić właśnie po reakcji anafilaktycznej na zielony groszek.

Ponadto jakichkolwiek źródeł potwierdzających działanie mlekopędne, przy szerokim spektrum przeciwwskazań, w tym możliwe interakcje z lekami p/cukrzycowymi czy powodować biegunki. A więc należy zachować umiar i rozsądek, i szukać innych bezpiecznych, przebadanych alternatyw.

Do innych ziół stosowanych w okresie laktacji należy **koper włoski**, zalecany ze względu na swoje właściwości rozkurczające, ma poprawiać wpływ pokarmu, jednocześnie jest przeciwwskazany ze względu na zawarte składniki takie jak antenol hamujący laktację, działa neurotoksycznie w wyniku czego może powodować drgawki u dzieci. Może wchodzić w krzyżowe reakcje alergiczne z marchwią, selerem czy brzozą. Może też nasilać kolki jelitowe u niemowląt. Absolutnie nie należy stosować u niemowląt i małych dzieci. LactMed odradza też stosowanie u matek karmiących i szukanie alternatywy.

Substancje zawarte w **anyżu** nie tylko mają wysokie ryzyko działania alergizującego, ale także mogą powodować zmniejszenie podaży pokarmu, działanie neurotoksyczne może prowadzić do drgawek i śpiączki.

Ostropest plamisty – nie ma badań udowadniających skuteczność działania, a jedyne jakie zostały przeprowadzone nie były przeprowadzone zgodnie z zasadami, które pozwoliłyby na potwierdzenie skuteczności, gdyż zakwalifikowane były przypadkowe kobiety, co ważne mimo wszystko nie wykazano wpływu na wzrost produkcji pokarmu po spożyciu przez miesiąc 2 saşetek dziennie preparatu.

Tradycyjnie stosowana w stymulacji **laktacji rutwica** lekarska jest obciążona szerokim spektrum działań niepożądanych, w tym ospałość, wymioty, słaba reakcja na bodźce, czy słaby płacz.

HOMEOPATIA

Mamy także grupę preparatów homeopatycznych, których skuteczność stosowania opiera się wyłącznie na wierze w skuteczność działania, nie ma żadnych badań potwierdzających, że działają i wrażenia skuteczności są czysto subiektywne.

NOWA BEZPIECZNA, SKUTECZNA ALTERNATYWNA



Ryc. 1 Femaltiker®

W ostatnim okresie pojawiły się nowe produkty na bazie słodu jęczmiennego, poprzez podnoszenie poziomu prolaktyny, hormonu odpowiedzialnego na laktogeneze. Jednym z nich

jest dietetyczny środek specjalnego przeznaczenia medycznego Femaltiker® z recepturą Lactanell ma on udowodnienie właściwości zwiększające ilość pokarmu nawet o 1700 ml w ciągu 2 tygodni badania.

W JAKI SPOSÓB PROWADZONO BADANIA?

Badanie było prowadzone w okresie od kwietnia 2014r do października 2015r, Badanie opierało się na podwójnej ślepej próbie. Nad prawidłowym przebiegiem czuwał Komitet Etyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Sposób prowadzenia badań:

Do badania zakwalifikowano kobiety, które urodziły przed terminem (pomiędzy 25 a 37 tygodniem ciąży), kryterium zakwalifikowania były: niedoczynność tarczycy i cukrzyca typu I lub II zdiagnozowane i leczone przed ciążą. Założenia badania obejmowały 3 wizyty w okresie 2 tygodni po porodzie i uwzględniały następujące aspekty: potrójny test na każdej wizycie (3 pomiary poziomu prolaktyny, przed, w trakcie i po zakończeniu ściągania pokarmu), ściąganie porcji pokarmu, pomiar ilości ściągniętego pokarmu bezpośrednio przed badaniem, przeprowadzenie wywiadu z matką, nt jej osobistych odczuć.

Wszystkie dane zostały zebrane w arkuszu kalkulacyjnym i przeanalizowane. Zebrane dane pozwoliły stwierdzić, że na ostatniej wizycie u kobiet przyjmujących Femaltiker® ilość zbieranego pokarmu, była znacząco wyższa.

Dodatkowo dzięki badaniom krwi poziomu prolaktyny udowodniono, że Femaltiker® działa na poziomie niezależnym od poziomu prolaktyny, ma wpływ na podniesienie poziomu produkcji pokarmu u matek wcześniaków.

Badanie pozwoliło udowodnić, że produkt ma wpływ na podniesienie poziomu pokarmu

Środek dietetyczny nie ma wpływu na poziom glukozy we krwi, pomimo że jego głównym składnikiem jest polisacharyd. Ponadto zauważono, że nie ma wpływu na poziom glukozy we krwi, pomimo że jego głównym składnikiem jest polisacharyd.(4)

SKĄD POMYSŁ NA WSPIERANIE SIĘ SŁODEM JĘCZMIENNYM?

Kobiety od wieków wspierały się podpiwką, czy słodem jęczmiennym, jako produktami, które obok ziół dawały efekt zwiększania podaży pokarmu, chociaż tak jak w przypadku pleśni, którą leczono zakażenia nie wiadomo, co stoi za jego skutecznością. W ostatnich czasach popularne stały się bezalkoholowe piwa słodowe, a matki wymieniały się informacjami o markach i dostępności. Chociaż produkty posiadały śladowe ilości alkoholu, jednak budziły kontrowersję. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie powstał Femaltiker®. Wypełniając lukę na produkt na bazie słodu jęczmiennego, ale niebędący piwem bezalkoholowym, czy też produktem ubocznym produkcji browarniczej.

Słód to podstawa, a coś jeszcze?

- Jednym z polisacharydów, który podnosi poziom prolaktyny jest β -glukan
- Należy, więc zrobić standaryzację*
- Jedną z przyczyn problemów z pokarmem jest stres związany z nową sytuacją
- *dodajmy melisę*
- Standaryzacja to uregulowany, sposób pozyskiwania danej substancji, zapewniający jej niezmienną, czyli że ta sama substancja jest zawsze pozyskiwana w ten sam sposób, w takich samych warunkach, wg takich samych procesów, z tak samo przygotowanego substratu (produktu początkowego), co zapewnia jej najwyższą jakość i zawsze ten sam standard – stąd nazwa **standaryzacja**.

HISTORIA BADANIA NAD PIWEM, SŁODEM, JĘCZMIENIEM I WPŁYWEM NA PODAŻ POKARMU

Pierwsze badania nad zależnością pomiędzy wyrzutem prolaktyny, a spożywaniem piwa zostały przeprowadzone w 1981r przez zespół pod przewodnictwem dr-a G. DeRosa, Wyniki zostały opublikowane w magazynie medycznym The Lancet w październiku 1981r. Badanie było niewielkie, wzięło w nim udział 11 zdrowych ochotniczek w wieku 18-36 lat w początkowej fazie cyklu miesięcznego. Żadna nie była uzależniona od alkoholu i żadna nie przyjmowała antykoncepcji hormonalnej.

Podczas testu otrzymały na czczo płyn do wypicia w ciągu 15 minut pomiędzy 8-9 rano.

Każda osoba otrzymała litr napoju do wypicia, każda ochotniczka dostała 3 różne napoje w przypadkowej kolejności w 48h odstępach czasu:

1. piwo (6% alkoholu)
2. wodę gazowaną
3. drink z wody gazowanej z alkoholem etylowym (6%)

Następnie pobierano krew w 0, 30, 60, 90, 120 minucie po spożyciu płynu w celu określenia poziomu prolaktyny.

Wykazano, że najwyższy poziom prolaktyny był w 30 minut po spożyciu piwa, wzrostu nie zanotowano po spożyciu wody i drinka. W kolejnych minutach odnotowywano spadek poziomu prolaktyny. **(5)**

W 1985r zespół badaczy ze szkół medycznych w Missouri i Los Angeles pod przewodnictwem Harolda E. Carlsona przeprowadził badania na grupie mężczyzn i kobiet, którym podawano piwo i kakao, oba produkty zawierają salsolinol. Badanie wykazało, że spożywanie piwa podnosiło poziom prolaktyny, także u mężczyzn, kakao nie miało wpływu na wzrost prolaktyny, a więc udowodniono, że wzrost poziomu prolaktyny jest niezależny od salsolinolu. **(6)**

Badania przeprowadzone we Francji wyizolowały czynnik odpowiedzialny za wzrost prolaktyny – β -glukan. Wykazano jednak że jego ilość musi być odpowiednio wysoka, następuje pobudzenie gruczołów odpowiedzialnych za wydzielanie hormonów stymulujących produkcję pokarmu i hormonu wzrostu.

Badania te potwierdziły, że młóto browarniane (*nierozpuszczalne składniki zacieru w postaci osadu z łusek, kiełek i drobin słodu powstające w kadzi filtracyjnej*, Wikipedia) zawierające β -glukan podobnie jak słód i jęczmień zawierają czynnik stymulujący wydzielanie prolaktyny i hormonu wzrostu, co przekłada się na wzrost produkcji pokarmu.

Badania badaczy pod przewodnictwem H. Sepehriego badały efekt działania β -glukanu na wydzielanie prolaktyny w komórkach przysadki mózgowej. Badanie polegało na umieszczeniu wypreparowanych komórek przysadki mózgowej w pożywce zawierającej związku – β -glukanu. (12)

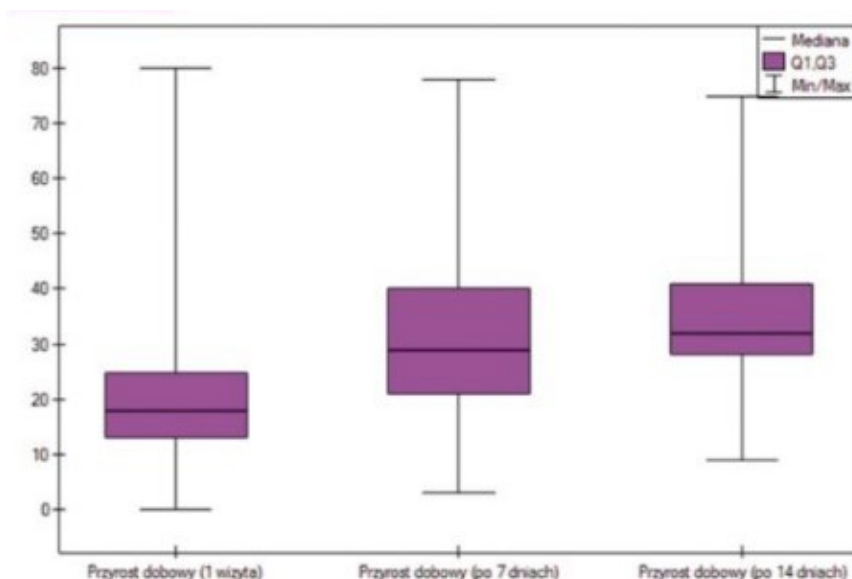
Wreszcie w okresie od czerwca do września 2014r dr Magdalena Nehrling-Gugulska, IBCLC, CDL, dyrektor Centrum Nauki o Laktacji, przewodząc grupie badawczej. Do badania zakwalifikowano 128 kobiet, które zgłosiły się do specjalisty laktacji w związku z niskim przyrostem masy ciała lub/i wrażeniem niedoboru pokarmu. Aby kobieta mogła być włączona do badania musiała być zdrowa (brak chorób przewlekłych i innych infekcji), mieć ukończone 18 lat, a średni dobowy przyrost masy ciała dziecka musiał być poniżej 20g/dobę, lub o prawidłowym przyroście, ale przy dokarmianiu mieszanką. Z badania wyłączone kobiety, które urodziły przed 37 tyg ciąży, oraz ze zdiagnozowanymi chorobami przewlekłymi, jak cukrzyca, zaburzenia pracy tarczycy, cukrzycą, nadciśnieniem, oraz matki niemowląt z wadami anatomicznymi w obszarze twarzoczaszki, co mogłoby mieć wpływ na zaciemnienie wyniku badania.

Porada laktacyjna opierała się na przeprowadzaniu wywiadu zgodnie z protokołem, sprawdzenia prawidłowego przebiegu aktu karmienia piersią, aby wykluczyć nieprawidłowości w tej

sferze. Porada była uzupełniona poprzez zalecenie stosowania preparatu Femaltiker® zawierającego standaryzowany wyciąg ze słodu zawierający 200 mg β -glukanu 2x dziennie. Matki zgłaszały się na kolejne wizyty po 7 i 14 dniach. W trakcie wizyt oceniano masę (przyrost tygodniowy i średni dobowy) kontrolowano technikę ssania oraz odczucia matki nt, podaży pokarmu. Nad badaniem czuwało 14 położnych i 15 CDL, w tym 1 lekarz i 14 położnych – 29 osób)

Wyniki: Po poradę zgłaszały się matki noworodków o średnim wieku 18 dni (okres III laktogenezy i stabilizacji laktacji odczuwalny przez matki jako spadek ilości pokarmu), z niewystarczającym przyrostem masy ciała właściwej dla wieku i niedostateczną podażą pokarmu u matek. W trakcie badania przyrosty dobowe zwiększały się z wizyty na wizytę, a średnio wyniosły 38g/dobę, przy normie dla noworodka 25-31g/dobę. Średni przyrost w ciągu 2 tygodni badania wyniósł 516g, przy normie 350-434g, w stosunku do 1 wizyty wzrosła także ilość odciąganego pokarmu z niecałych 30 ml do ponad 70 ml. Uzyskano także zmniejszenie ilości podawanej mieszanki ze średniej ilości 115 ml do niewiele ponad 40 ml).

W wyniku tego badania uzyskano poprawę laktacji u 93% kobiet. W efekcie prawie 2/3 kobiet zaprzestało, lub drastycznie zmniejszyło ilość podawanej mieszanki.(1)



Wyniki przedstawiono na wykresie:

ALE, ALE...

Co ważne różnica pomiędzy preparatem Femaltiker®, a innymi produktami zawierającymi słód jęczmienny polega na powtarzalności, wysokiej zawartości β -glukanu, czyli głównego wielocukru powodującego wzrost poziomu prolaktyny. Standaryzacja powoduje, że jego poziom jest zawsze taki sam i wystarczająco wysoki, gdyż proces produkcji różni się od procesu ważenia piwa, podczas którego poziom β -glukanu spada.

Dodatkowo Felmatiker® jest produkowany na bazie wysokiej, jakości materiału pochodzącego ze Szwajcarii, o wysokiej czystości, a więc nie ma ryzyka, pojawienia się zanieczyszczeń, które mogłyby przeniknąć do pokarmu i zaszkodzić dziecku.

WNIOSKI:

Skuteczność udowodniona badaniami

Poprawę laktacji zanotowano w 93% przypadków:

- *Wydłużenie czasu miarowego połykania pokarmu*
- *Zaniechanie bądź odstawienie mieszanki*
- *Zwiększenie ilości odciąganego pokarmu*
- *Poprawa przyrostów dobowych +35 g/dobę*
- *Wysoka skuteczność porad laktacyjnych udzielanych przez profesjonalistów w przypadku problemów z laktacją*
- *Uzasadniona jest podaż słodu jęczmiennego, jako uzupełnienie schematu porady laktacyjnej, jest to skuteczna metoda poprawy laktacji*

PRZECIWSKAZANIA

1. celiakia

- 2. alergia na gluten
 - 3. nadwrażliwość na gluten
-

ZAPROSZENIE DO TESTU PRODUKTU

**Jeśli jesteś mama malucha do 12 m.ż.,
mile widziane mamy dzieciątek w okresie
pierwszych 6m życia, kiedy dążymy do
wyłąycznego karmienia piersią oraz masz
problemy z podażą pokarmu chciałbyś wziąć
udział w teście konsumenckim, zapraszamy
do kontaktu.**

Spośród zgłoszeń wybierzemy 15 mam, które będą przez 14 dni miały możliwość testowania produktu, a następnie podzielą się swoimi wrażeniami.

W zgłoszeniach oczekujemy informacji nt, daty narodzin dziecka, masy urodzeniowej, spadkowej oraz aktualnej, trudności, na jakie mama natrafiła karmiąc piersią, sposobu żywienia dziecka w szpitalu i w domu.

Na zgłoszenia czekamy do 7.08.2016r.

Czas trwania testu 10-25 sierpnia 2016r.

WYNIKI OPUBLIKUJEMY 31.08.2016R

ŹRÓDŁA:

1. Magdalena Nehring-Gugulska et al. Położna Nauka i Praktyka (nr 1(29)2015) „Stymulacja laktacji z wykorzystanie słodu jęczmiennego a parametry wzrostowe

dziecka w przypadku kryzysu laktacyjnego”.

2. Nehring-Gugulska M, Żukowska-Rubik M. Postępy Neonatologii; 2014; 2(21): 43-55
3. Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. Standardy Medyczne /Pediatria 2013;10:265-79
4. Wstępna prezentacja wyników badania klinicznego w formie posteru: Femaltiker® induces an increase of mother's milk of preterm infants in a prolactin-independent manner. Aleksandra Wesołowska et al. Breastfeeding Medicine. Mar 2016, 11(2): -A- 74-5.
5. De Rosa et al. Lancet 1981;24,2(8252):934
6. Carlson et al. J Clin endocrinol Metab 1985
7. Biagi G et al. Annales de biologie clinique, 1988 ; 46, 126-134
8. Sawadogo L et al. Reprod Nutr Dev. 1989;29(2):139-46
9. Sawadogo et al. Annale de biologie clinique, 1998;46,126-134
10. Sepheri et al. Proc Soc Exp Biol Med. 1990;194(3):193-7
11. Berthold Koletzko Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000
12. Sepheri et al. Iranian Journal of Science & Technology, Transaction A, Vol 31, (A3), 223-229,2007

Ponadto:

- <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
 - <http://kellymom.com/>
-

0 karmieniu noworodka

Ostatnio narosło trochę nieprawd, ze skrajności budzenia dzieci na karmienie o określonych godzinach, do odwrotnej, totalnego nie budzenia.

Więc może trochę wyjaśnień. Nie budzimy zdrowych niemowląt, które dobrze przybierają na wadze. Dla ścisłości niemowlę to dziecko, które żyje na świecie dłużej niż 28 dni.

Sprawa inaczej wygląda w przypadku dzieci z przedłużającą się żółtaczką, w tym przypadku regularne karmienia są niezwykle ważne, dla prawidłowego przebiegu procesu wypłukiwania bilirubiny, czy niemowląt z hipotrofią, gdzie ważne są prawidłowe przyrosty.

NOWORODEK

To wyjątkowy okres w życiu, pierwsze 28 dni życia pozamacicznego. W macicy dziecko maiło stałe dostawy substancji ożywczych, dzięki temu mogło prawidłowo się rozwijać. Noworodek ma niezwykle mały żołądek więc **MUSI** jeść często, nie ma opcji przerw na spanie kilka godzin, w dzień przerwy nie mogą być dłuższe niż 2h, a w nocy 3-4h. Jest to zasada absolutnie bezdyskusyjna. Noworodek optymalnie jeśli będzie jadł często nawet 12-15x/dobę, 10x to absolutne minimum.

DLACZEGO?

W tym okresie dziecko jest najbardziej niestabilne w całym swoim życiu, w macicy za regulację wielu procesów odpowiadała mama i łożysko, teraz te niedojrzałe procesy organizm uczy się regulować samodzielnie. Potrzebuje do tego ciągłej bliskości matki, jej oddalenie się może prowadzić do przedłużonych okresów snu, a te znowu do spadku poziomu glukozy, niski poziom glukozy znowu wyłącza układ nerwowy autonomiczny, czyli ten niezależny od woli, co może doprowadzić do śpiączki a

nawet śmierci noworodka.

Dlatego właśnie „wiszenie” dziecka przy piersi jest tak ważne w pierwszym miesiącu życia. Ciągły kontakt skóra do skóry, oddech matki i bicie jej serca pozwalają regulować się niedojrzałym układom noworodka.



www.generationnext.com.au

Odkładanie noworodka do łóżeczka jest więc niebezpieczne dla jego zdrowia i życia, tak jak pozwalanie mu na długie spanie, zwłaszcza w drugim pokoju. Ta ciągła potrzeba kontaktu jest uwarunkowana genetycznie i ewolucyjnie i nie jest niczym nienaturalnym, jest jednym z mechanizmów, które zapewniły nam przetrwanie gatunku przez wieki. Nasze mózgi, a więc też naszych dzieci niewiele różnią się od mózgów sprzed 150 000 lat, kiedy prowadziliśmy koczowniczy tryb życia, narażeni na niebezpieczeństwa.

Co jeszcze się dzieje, kiedy dziecko jest w ciągłym bliskim kontakcie z matką? Nie tylko regulują się jak wcześniej wspomniałam układy oddechowy, krążenia, nerwowy, ale przede wszystkim dziecko śpi płytko, bliski kontakt, zwłaszcza skóra do skóry, powoduje że dziecko wyczuwa zapach matki i jej piersi, a to znowu powoduje płytki sen i częste wybudzanie na karmienie, optymalnie jeśli dziecko śpi przy piersi, tak to kolejny powód, żeby nie podawać smoczka.

ALE WIĘC CZĘSTE KARMIENIE JEST WAŻNE

Najważniejszy jest wspomniany poziom glukozy we krwi. Jeśli noworodek ma tak mały żołądek jak wspomniałam, więc porcje pokarmu jakie przyjmuje są niewielkie, a więc niezwykle łatwo doprowadzić to zaburzeń gospodarki węglowodanowej i spadku poziomu glukozy, częste karmienie niweluje to zagrożenie i pozwala utrzymywać stały poziom glukozy.

Komórki organizmu do pracy potrzebują przede wszystkim glukozy i tlenu (oddychanie tlenowe zachodzi w większości komórek w ciele), niedobór glukozy powoduje zwolnienie metabolizmu i procesów zachodzących w mózgu, aby ochronić mózg przed uszkodzeniem, a to powoduje odłączenie układu nerwowego i problem z wybudzeniem i nakarmieniem, dlatego właśnie lepiej zapobiegać, niż potem się martwić.

KIEDY NAKARMIĆ?

Nie da się karmić za często. Karmimy przy pierwszych oznakach głodu: ruszanie językiem, ruszanie ustami, wkładanie rąk do ust, wiercenie się. Powinno zostać nieograniczony czas przy piersi. Można zmieniać piersi. Po przerwie 2h w dzień i 4 w nocy, może być ospałe i ssać niechętnie.

OZNAKI PRAWIDŁOWEGO KARMIENIA:

STOLEC

w pierwszej dobie 1 (zwykle jest to smółka niedługo po urodzeniu), w drugiej dobie 2 itd., od 5-tej doby może być przy każdym karmieniu, ale przynajmniej 4-5/dobę, w kolorze żółtym, o średnicy ok 2,5 cm.

MOCZ

Powinien być jasnożółty i rozjaśniać się z każdym dniem, aż stanie się bardzo jasny (ciemny może niepokoić), i znowu 1x w pierwszej dobie (zwykle niedługo po urodzeniu), 2 – w drugiej, itd a od 5-tej doby w ilości co najmniej 5-6/dobę, o objętości ok 3 łyżek stołowych – 45ml

PRZYROST MASY

Średni tygodniowy przyrost masy w okresie noworodkowym to 170g/tydzień

NATURA JEST GENIALNA

Podsumowując:

1. W okresie noworodkowym dziecko powinno jak najczęściej być przy piersi, optymalnie 12-15x na dobę, ale może nawet ssać pierś **non stop**, wynika to z procesów ewolucyjnych zapewniających przetrwanie
1. Podawanie w tym okresie smoczka i odkładanie do łóżeczka jest zagrożeniem dla zdrowia i życia noworodka oraz laktacji, bo może doprowadzić do hipoglikemii i zaburzeń laktacji.

Źródła:

<http://kellymom.com/hot-topics/newborn-nursing/>

<http://kellymom.com/bf/normal/hunger-cues/>

<http://kellymom.com/ages/newborn/newborn-concerns/pacifier/>

Literatura:

„Mądry rodzice” – Margot Sunterland wyd. Świat Książki, Warszawa 2012 [I]

Mieszanka mlekozastępcza

oparta o aminokwasy

Po pierwsze. Mieszanki mlekozastępcze hypoalergiczne – dla alergików, są przeznaczone dla dzieci z alergią, które z różnych względów nie mogły być karmione naturalnie, nie jest to LEK dla dzieci z alergią, karmionych naturalnie i nigdy w ich diecie nie powinien się znaleźć, nawet jeśli mama zrobiła już wszystko co możliwe (pisałam o tym tutaj: Postępowanie w przypadku alergii u dziecka najnowsze zalecenia Towarzystwa Alergologicznego oraz konsultantów laktacyjnych), a dziecko ma objawy alergii, to nadal zyski płynące z kontynuacji karmienia piersią, przewyższają skutki uboczne z tego płynące.

Na rynku mamy dostępnych kilka preparatów dla alergików, preparaty można podzielić na 3 główne grupy:

1. mleka oparte o hydrolizowane białka krowie, hydroliza to proces który naturalnie przebiega w procesie trawienia pod wpływem enzymów prowadzi do rozbicia długich łańcuchów białkowych na nieco krótsze, czyli tnie wstępnie białka, ale są to nadal białka krowie, te same które mogą uczulać.
2. mieszanka oparta o białka sojowe, wada? – soja często reaguje krzyżowo z Białkami mleka krowiego, zawiera fitoestrogeny, niewskazane u chłopców, gdyż mogą zaburzać gospodarkę hormonalną oraz w 95% pochodzi z upraw GMO
3. mieszanki oparte o aminokwasy (grupa organicznych związków chemicznych zawierających zasadową grupę aminową ($-NH_2$, $-NHR$, $-NR'R$) oraz zasadnicz-kwasową grupę karboksylową $-COOH$, lub w ujęciu ogólniejszym, dowolną grupę kwasową), **Aminokwasy białkowe** (aminokwasy podstawowe) – aminokwasy, które łącząc się ze sobą wiązaniem peptydowym wchodzi w skład białek. Ze względu na położenie grupy aminowej względem karboksylowej

należą do tak zwanych α -aminokwasów, czyli obie te grupy połączone są z atomem węgla α cząsteczki aminokwasu (Wikipedia)

Dlaczego z punktu widzenia biochemii, czyli nauki o procesach chemicznych zachodzących w organizmach żywych, nie ma sensu przechodzenie z karmienia piersią na karmienie sztuczne w przypadku dzieci z alergią. Bo karmiąc piersią dostarczamy dziecku tylko i wyłącznie białek ludzkich, a więc najbardziej swoistych gatunkowo, przechodząc na karmienie sztuczne, zapewniamy produkt ubogi składniowo a do tego oparty o białka pochodzące z mleka krowiego.

Dodatkowo, lista mlek nie jest długa, dość szybko się kończy, zwykle lekarze przepisują standardowo 2 najbardziej popularne mieszanki, potem zostaje już tylko preparat oparty o aminokwasy. Ale co jeśli dziecko nadal będzie miało objawy alergii, do karmienia piersią wrócić jest ciężko, a pokarm kobiecy zawiera składniki, które leczą i koją układ pokarmowy. Mieszanki to tylko mieszaniny różnych składników, otrzymanych w wyniku syntezy i rozkładu w warunkach laboratoryjnych.

O co chodzi z mieszanką aminokwasową?

Producent: „Dieta oparta na wolnych aminokwasach, kompletna pod względem odżywczym, hipoalergiczna.”

W procesie przygotowania mieszanki mialka z mleka krowiego pod wpływem enzymów rozkładane do aminokwasów (pisałam o tym tutaj: Trawienie pokarmów i fizjologia powstawania mleka) i w takiej postaci trafiają do mieszanki, dokładnie ten sam proces zachodzi w jelitach człowieka. A więc jeśli mama wypije szklankę mleka w jej przewodzie pokarmowym białka zostaną rozłożone do tych samych aminokwasów co białka w mieszance opartej o te aminokwasy.

Różnica:

W mieszance są „gołe” aminokwasy, w pokarmie są one

przetworzone, przefiltrowane przez organizm matki, zsyntetyzowane do białek ludzkich mlecznych:

- kazeiny – białka budulcowe
- alfa-laktoalbuminy
- beta-laktoglobuliny (w ilościach śladowych)
- immunoglobuliny
- laktoferryna
- alfa-1-antytrypsyna
- ok 80 enzymów
- hormony
- wolne aminokwasy (wyodrębniono 18 aktywnych)
- inne białka będące czynnikami bioaktywnymi

W mleku kobiecym stwierdza się obecność 18 aminokwasów, przy czym najwyższe wartości bezwzględne osiąga kwas glutaminowy, leucyna, prolina, kwas asparginowy, lizyna i walina. Podkreślenia wymaga fakt niskiej zawartości w mleku ludzkim fenyloalaniny, tyrozyny i metioniny, a wysoki tauryny niezbędnej dla prawidłowej funkcji mózgu i metabolizmu kwasów tłuszczowych oraz karnityny.[II]

Polecam artykuł: Mleko zwierząt – alergia i błąd erzacu

Dodatkowo w pokarmie kobiecym znajdują się enzymy wspierające trawienie pokarmu, oraz immunoglobuliny, w tym niezwykle ważne białka Serekcyjne IgA (pisałam o nich tutaj Brak lub niedobór pokarmu i pokarm małowartościowy i tutaj: Jak mleko mamy buduje odporność i przeciwdziała alergii?)

„Stanowi 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

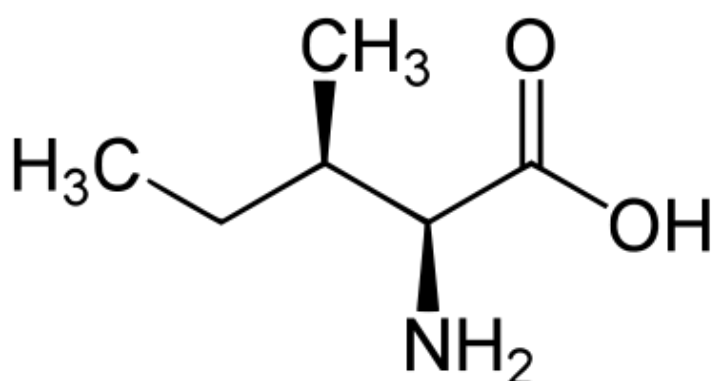
tworzyć kompleksy z antygenami (alergenami), dzięki czemu są pochłaniane przez komórki nabłonkowe, a następnie transportowane wewnątrzkomórkowo i usuwane. (Lasek 1995)”[I]

Dlatego właśnie, tak ważne jest jak najdłuższe kontynuowanie karmienia piersią w przypadku małych alergików.

Dlaczego więc pojawia się alergia?

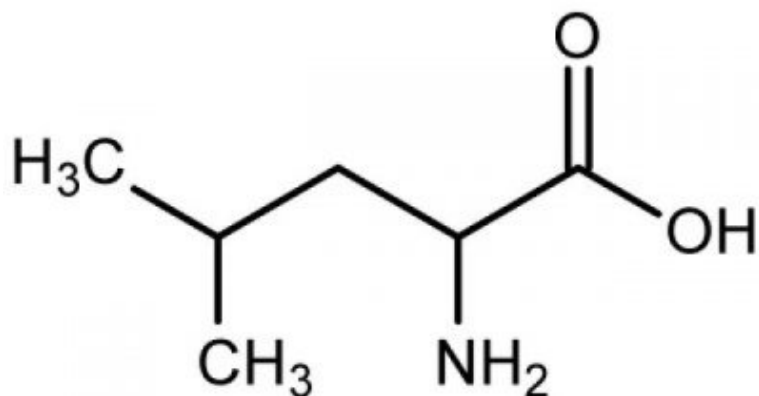
To jest największa tajemnica, której naukowcy nie są w stanie zrozumieć. Teoria jaką wysnuła moja profesor od biochemii, jest taka, że chodzi o pochodzenie aminokwasów, ale, przecież :

- **izoleucyna** pochodząca z mleka, to nadal ta sama **izoleucyna** która pochodzi z kukurydzy nadal wygląda tak:



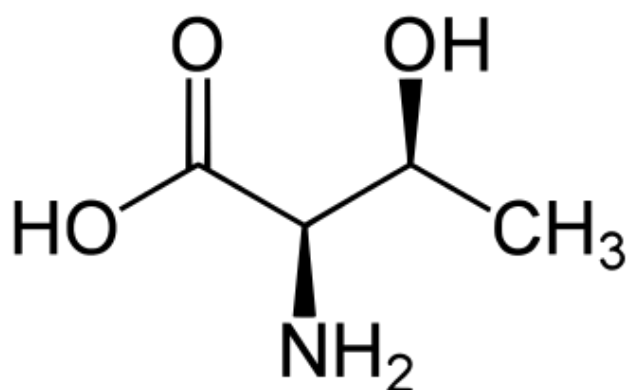
IZOLEUCYNA

- **leucyna** pochodząca z mleka to ta sama **leucyna**, która pochodzi z kukurydzy:



LEUCYNA

a **treonina** z mleka to ta sama, która pochodzi z ziaren pszenicy, owsa, orzechów i roślin strączkowych:



TREONINA

Podsumowując, ze względu na swój niezwykle skład mleko kobiece jest najlepszym pokarmem dla małego alergika, największym błędem jest rezygnacja z karmienia mlekiem mamy na rzecz przetworzonego bądź co bądź mleka krowiego, zwłaszcza że nie raz słyszałam, że wprowadzenie mieszanki opartej o aminokwasy nie pomogło, a alternatywy już nie ma. No dobrze jest ale jest niezwykle trudna – RELAKTACJA

Dlatego zanim podejmiesz decyzję o odstawieniu dziecka od piersi na rzecz karmienia sztuczną mieszanką dla alergików, zrozum że to jest tak, że „zamienił stryjek siekierkę na kijek”, czyli najlepiej dopasowany do potrzeb ludzkiego

dziecka pokarm, na przetworzony chemicznie pokarm zawierający białka mleka krowiego, czyli alergeny.

ŹRÓDŁA:

Centrum Nauki o laktacji, Dlaczego pokarm kobiecy jest tak wartościowy i unikalny? [I]

<http://zb.eco.pl/publication/aminokwasy-w-zywieniu-wegetarianskim-p153211>

<https://pl.wikipedia.org/wiki/Aminokwasy>

https://pl.wikipedia.org/wiki/Aminokwasy_bia%C5%82kowe

<http://www.czytelniamedyczna.pl/549,podstawowe-skladniki-mleka-kobiecego-najnowsze-wiadomosci.html> [II]

KARMIENIE PIERSIĄ, A PRÓCHNICA

Tekst przetłumaczony z języka francuskiego przez Agnieszkę Świrniak, zaczerpnięty z jej bloga:

<http://cycusialka.blogg.pl/id,4107680,title,Koniec-rozterek-na-temat-prochnicy-,index.html?smybbtticaid=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 przeanalizujemy się badaniom na temat próchnicy i karmienia piersią, to zauważymy, że jedyne przeprowadzone analizy, mówiące o ewentualnym związku między karmieniem piersią a próchnicą dotyczą odizolowanych przypadków i opisują jedno lub dwoje dzieci. **Żadne z badań typu epidemiologicznego nie wykazało zależności między karmieniem piersią a próchnicą.** Wręcz przeciwnie, wiele badań (Oulis 1999, Torney 1992, Weerheimij 1998) „uwolniły” karmienie piersią od wszelkiej 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 całą noc. Bywają to nawet butelki ze słodkimi płynami. Skuterkim może być nawet całkowity brak zębów w wieku 3 – 4 lat.

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

DLACZEGO KARMIENIE PIERSIĄ NIE POWODUJE PRÓCHNICY?

1. Zaczniemy od tego, że mleko matki nie obniża znacznie pH w ustach dziecka, w przeciwieństwie do prawie wszystkich mlek modyfikowanych. A bakteria, która jest głównie odpowiedzialna za próchnicę – *Streptococcus mutans* (*S. mutans*) rozwija się wyjątkowo dobrze przy niskim pH.
2. Większość mlek modyfikowanych jest świetną pożywką dla rozwoju bakterii, w przeciwieństwie do mleka ludzkiego, które ma właściwości antybakteryjne. Wiemy na przykład, że *S. mutans* jest bardzo wrażliwy na działanie laktoferryiny (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 butelką, co wyjaśnia termin: „próchnica butelkowa”. Po odruchu ssania, powodującym wypłynięcie mleka z piersi, następuje odruch przełykania, dziecko musi przełknąć, aby móc kontynuować ssanie. Natomiast przy picciu 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 wczesną próchnicę. Nocą produkujemy mniej śliny, zwłaszcza u osób, oddychających ustami. Natomiast dziecko, które ssie jeszcze nocą, nadal produkuje ślinę, co może pomóc w zwalczaniu tejże suchości w ustach, sprzyjającej próchnicy.

SKĄD SIĘ BIERZE PRÓCHNICA?

Mimo tego, regularnie spotyka się dzieci karmione piersią, które mają próchnicę. Jeśli to nie karmienie piersią jest jej przyczyną (można by powiedzieć, że dzieci te mają próchnicę 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 ją 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 badań Serwint 1993, które wykazały związek pomiędzy próchnicą 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 dentystą. 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 modyfikowanego¹).

Jeśli jednak próchnica już wystąpiła trzeba oczywiście ją leczyć (a nie mówić sobie – to tylko mleczaiki, 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 herbattek, czy glukozy oraz słodyczy, a po każdym kontakcie myć 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*