Gluten

CZYM JEST GLUTEN

Gluten jest umowną nazwą białek (prolamin i glutein) znajdujących się w różnych zbożach. Najważniejsze białka z grupy prolamin to:

- *gliadyna w pszenicy,*
- *sekalina w życie,*
- *hordeina w jęczmieniu,*
- *awenina w owsie,*
- *zeina w kukurydzy,*
- *oryzeina w ryżu*
- *panicyna w prosie.*

Toksyczne dla osób z celiakią, alergią czy z nadwrażliwością na gluten są białka zawarte w pszenicy, życie i jęczmieniu.

Rodzaje zbóż glutenowych i bezglutenowych (wyróżniono zboża glutenowe)

Zboża właściwe			Zboża rzekome
właściwe trawy zbożowe	trawy cukrowe	trawy ryżowe	
żyto	kukurydza	ryż	gryka
pszenica	proso	owies	amarantus (szarłat)
jęczmień	sorgo	dziki ryż	komosa ryżowa (quinoa)

Dlaczego gluten szkodzi?

U większości osób białka glutenowe są łatwo trawione przez układ pokarmowy. Gluten sam w sobie nie jest toksyczny, jednak może wywoływać w organizmie reakcje prowadzące do aktywacji układu odpornościowego i uszkodzenia przewodu

pokarmowego. ***Nieprawidłowa reakcja wywoływana przez gluten powoduje uszkodzenie kosmków jelitowych w jelicie cienkim prowadzące do zmniejszenia produkcji enzymów trawiennych. Na skutek uszkodzeń kosmków dochodzi do zaburzenia motoryki jelit, nieprawidłowego trawienia oraz wchłaniania substancji zawartych w pokarmie i do powstania związanych z tym faktem niedoborów. Gluten (głównie zawarty w pszenicy) jest też częstym alergenem pokarmowym.***

Niekorzystne działanie glutenu na organizm człowieka może przybierać formę celiakii, przejściowej nietolerancji glutenu, alergii lub nadwrażliwości na gluten.[I]

Rozróżniamy 3 formy problemów z przyswajaniem glutenu: nietolerancję, czyli celiakię, w tym choroba Dühringa, alergię, czyli obecność swoistych przeciwciał IgE, oraz nadwrażliwość, czyli obecność przeciwciał AGA.

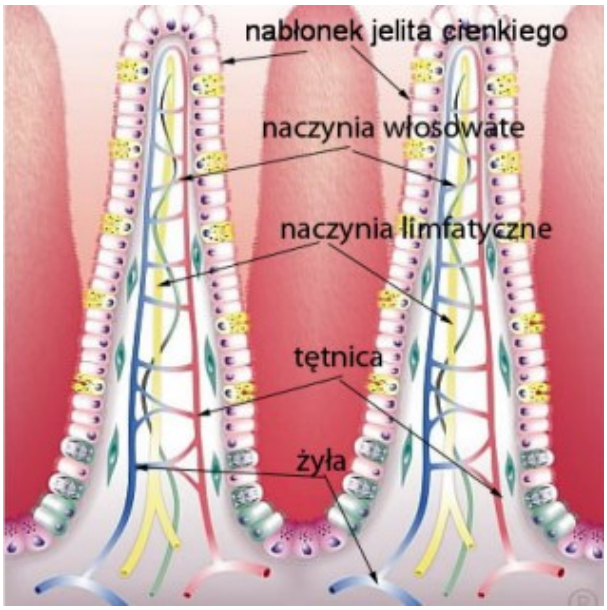
CELIAKIA (choroba trzewna), czyli nietolerancja glutenu

Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, nie da sienią zarazić, nie jest w żaden sposób uwarunkowana dietą, Nie ma znaczenia moment wprowadzenia glutenu do diety dziecka (o ekspozycji będę pisała niżej).
Celiakia to choroba w której gluten powoduje obumieranie kosmków jelitowych, odpowiedzialnych za wchłanianie składników odżywczych do krwiobiegu i dalej odżywiających organizm. *„Liczba kosmków wynosi ok. 10 milionów. Zwiększa to powierzchnię jelita cienkiego prawie 23 razy, tak więc powierzchnia chłonna jelita cienkiego osiąga wymiary do 200 m^2”* (pisałam o tym tutaj: http://www.mlecznewsparcie.pl/2015/01/dieta-mamy-karmiacej-piersia/). Uszkodzenie kosmków zmniejsza powierzchnię chłonną jelita i powoduje objawy:

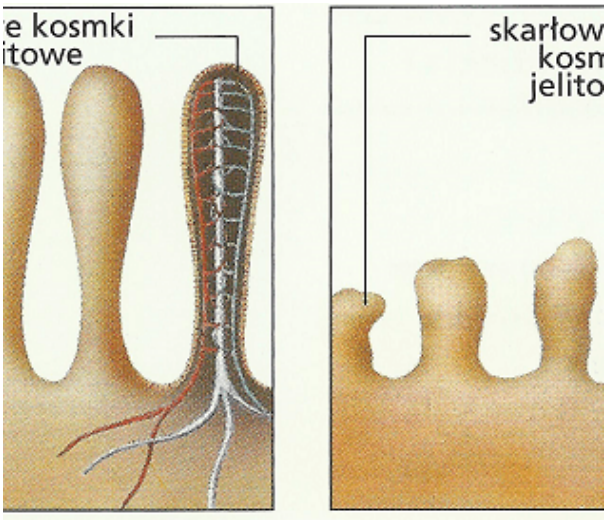
Objawy celiakii u dzieci

- *Wzdęty brzuch.*

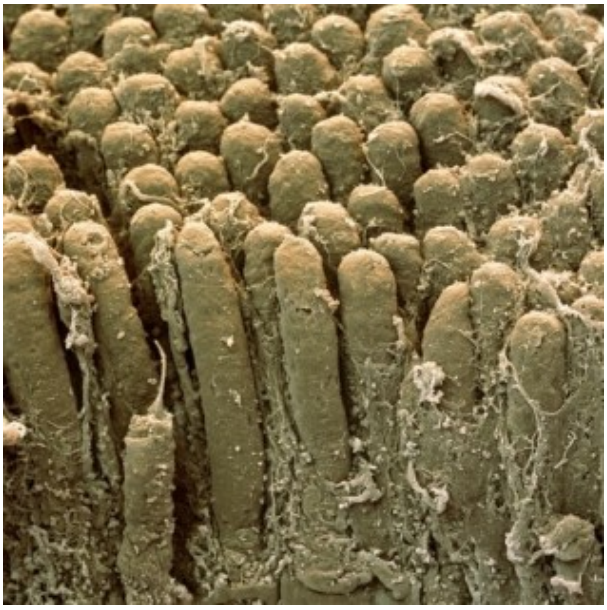
- *Waga i wzrost poniżej normy wiekowej.*
- *Wiotkie mięśnie.*
- *Bladość i wymioty.*
- *Obfite, cuchnące stolce tłuszczowe.*
- *Osowiałość.*
- *Płaczliwość.*
- *Brak apetytu.*
- *Zaburzenia rozwoju.[II]*



budowa kosmka jelitowego, http://naszecialo.blog.onet.pl/2009/07/01/jelito-cienkie/



porównanie zdrowych kosmków i uszkodzonych przez gluten w chorobie trzewnej http://i-zdrowie.pl/celiakia-choroba-trzewna-dzieci/



zdjęcie kosmków jelita cienkiego (w powiększeniu) http://odkrywcy.pl/

***Choroba może ujawnić się w każdym wieku**. Zarówno wkrótce po wprowadzeniu glutenu do diety dziecka, jak również podczas dorastania, ciąży u kobiet, dużego stresu, po silnej infekcji, poważnej operacji itd. Obecnie najczęściej wykrywa się celiakię u osób 30-50-letnich, choć zdarzają się przypadki choroby u osób 80-letnich. Kobiety chorują dwa razy częściej niż mężczyźni.*

*Lekarz powinien skierować chorego do **gastroenterologa** (w przypadku dziecka do gastroenterologa dziecięcego). **Należy pamiętać, aby bez konsultacji z lekarzem gastroenterologiem i bez dalszych badań nie przechodzić na dietę bezglutenową, gdyż może to uniemożliwić prawidłową diagnozę.***

Następnym etapem jest wykonanie zleconych przez gastroenterologa badań serologicznych z krwi. Zwykle oznacza się stężenie dwóch z trzech dostępnych przeciwciał:

- *przeciwko endomysium mięśni gładkich (**EmA**)*
- *przeciwko transglutaminazie tkankowej (**tTG**)*
- *przeciwko deamidowanej gliadynie (potocznie: „nowej gliadynie" **DGP** lub **GAF**)*

*(…) Należy jednak pamiętać, iż w trakcie diagnostyki należy pobrać krew na badanie oceniające całkowity poziom IgA. Zdarzyć się bowiem może, że w przypadku braku Iga badanie może dać wyniki fałszywy. W przypadku niedoboru IgA ocenia się wtedy przeciwciała w klasie IgG. **Można także od razu zbadać przeciwciała w obu klasach (IgA i IgG)**.*
(…)
***Biopsja jelita cienkiego** jest kluczowym etapem w diagnostyce celiakii. Wykonuje się ją endoskopowo podczas gastroskopii. Pacjent połyka miękką sondę z małą kamerą na końcu, dzięki której lekarz zagląda do wnętrza jelita i pobiera jego maleńkie fragmenty do badania (przynajmniej 4). Zabieg nie jest bolesny, choć nie należy do przyjemnych. U małych dzieci przeprowadza się go w znieczuleniu ogólnym. W pobranych wycinkach ocenia się stopień zaniku kosmków w tzw. skali Marsha (od I do IV).*

[I]

LECZENIE

Leczenie polega na całkowitej eliminacji z diety zbóż zawierających gluten, dieta bezglutenowa musi być stosowana do końca życia, spożycie zawsze będzie się wiązało z pojawieniem objawów ze strony układu pokarmowego.

ALERGIA NA GLUTEN

Alergia na gluten jest drugą w kolejności najczęstszą alergią zaraz po alergii na białka mleka zwierzęcego, szacuje się, że cierpi na nią 10-25% wszystkich alergików, z objawami alergii pokarmowej.

W zależności od czasu wystąpienia reakcję uczuleniową na gluten można podzielić na:

1. ***natychmiastową** – występującą w ciągu minut do godziny od spożycia pokarmu*
2. ***późną** – objawiającą się po kilku godzinach a czasem nawet po 1-2 dniach*

Pierwszy typ reakcji jest zależny od specyficznych dla glutenu przeciwciał w klasie IgE i może objawić się jednym lub kombinacją niżej wymienionych objawów:

- *wymiotami*
- *biegunką i śluzowatym nawet z przewagą śluzu*
- *wstrząsem anafilaktycznym*
- *pokrzywką skórną*
- *wodnistym katarem*

- *skurczem oskrzeli*
- *zmianami skórnymi o typie atopowego zapalenia skóry[I]*

Chociaż u dzieci przebieg zwykle łączy się z atopowym zapaleniem skóry, mogą pojawić się tylko objawy ze strony układu pokarmowego, najlepszym lekarstwem jest dieta eliminacyjna i probiotyki uszczelniające jelita i odbudowujące prawidłową florę. Optymistyczny jest fakt, ze wystarczy kilka miesięcy (zwykle 3) dity eliminacyjnej aby ustąpiły objawy, a dzieci zwykle „wyrastają” z tego typu alergii, tzn, alergia pokarmowa na gluten ustępuje z wiekiem i nie daje objawów w późniejszym życiu.

> *U dorosłych alergia na gluten ujawnia się najczęściej pod postacią pokrzywki, obrzęku naczynioruchowego, wstrząsu anafilaktycznego lub biegunki. Ponadto u dorosłych obserwuje się postać alergii na gluten, która występuje jedynie po równoczesnym wysiłku fizycznym. W przeciwieństwie do dzieci uczulenie na gluten jest u dorosłych zjawiskiem trwającym latami, a do wywołania objawów alergii potrzebne są znacznie wyższe niż u dzieci ilości glutenu (10 g lub więcej).*
>
> *(…)*
>
> *Podwyższony poziom IgE swoisty dla glutenu może mieć pewne znaczenie w wykrywaniu reakcji natychmiastowego typu, jednak korelacja poziomu swoistego IgE z objawami jest umiarkowana. Aby mieć pewność czy objawy alergii na gluten nie są objawami celiakii, oznacza się poziom przeciwciał przeciwko endomyzjum mięśni gładkich (IgAEmA) lub przeciwko tranglutaminazie tkankowej (tTG), które nie występują w przypadku alergii na gluten. Najbardziej wiarygodnym testem w diagnostyce alergii pokarmowej jest dieta eliminacyjna z ponownym wprowadzeniem uczulającego pokarmu.[I]*

NADWRAŻLIWOŚĆ NA GLUTEN

Ostatni typ charakteryzuje się objawami podobnymi do tych w Celiakii, ale w diagnostyce rozróżnia się inne czynniki, brak przeciwciał typowych dla celiakii (tTG i EmA), a 50% spośród tych osób ma pozytywny wynik przeciwciał antygliadynowych AGA, w przeciwieństwie do deamidowanej gliadyny DGP

Schorzenie dotyczy głównie osób dorosłych i charakteryzuje się wystąpieniem jednego lub najczęściej wielu objawów, wśród których najczęstsze to :

- *ból brzucha – w 68% przypadków*
- *wysypka, egzema – 40%*
- *bóle głowy – 35%*
- *uczucie ciągłego zmęczenia – 35%*
- *splątanie – 34%*
- *biegunka – 33%*
- *wzdęcia – 25%*
- *zaparcia – 20%*
- *anemia- 20%*
- *drętwienie i bolesność kończyn – 20%*
- *osłabienie/omdlenia – 20%*
- *pieczenie w przełyku – 15%*
- *nudności i wymioty – 15%*
- *uczucie przelewania w jelitach – 10%*
- *zapalenie języka – 10% [I]*

Badania wykazują ze problem dotyczy aż 6% społeczeństwa (Celiakia 1%) i dotyczy tylko dorosłej części społeczeństwa [może mieć to związek z dietą bogatą w żywnością gotowa i wysokoprzetworzoną (dania gotowe, dania instant etc) i nadmiernym spożywaniem glutenu, dodawanego do żywności przemysłowej – np.: wędliny, gotowe sosy, dipy, keczupy]. Zauważa się też związek ze schorzeniami neuropsychicznymi i spożywaniem glutenu w tej grupie i poprawę stanu zdrowia po eliminacji glutenu z diety.

Schorzenie wydaje się powiązane z aktywacją nieswoistej

immunologicznej reakcji na gluten, inaczej niż w celiakii, gdzie dochodzi do procesów autoimmunizacyjnych. Badanie genetyczne w diagnostyce nadwrażliwości nie jest miarodajne, ponieważ tylko połowa chorych posiada haplotyp HLA DQ2/DQ8, charakterystyczny dla celiakii, dlatego ***nadwrażliwość na gluten nie ma podłoża genetycznego.*** *Wypływa z tego wniosek, że* ***ujemny wynik testów genetycznych w kierunku celiakii nie musi oznaczać, że pacjentowi nie szkodzi gluten.***

Co istotne i jak już wspomniano, u osób z nadwrażliwością na gluten często występują przeciwciała antygliadynowe starego typu (AGA IgA lub IgG).[I]

RÓŻNICOWANIE Z ALERGIĄ I CELIAKIĄ

- brak swoistych przeciwciał IgE
- prawidłowe wyniki przeciwciał tTG, DGP, EmA oraz prawidłowy poziom całkowitego IgA
- prawidłowy wygląd kosmków jelitowych podczas biopsji (Marsh 0 lub I)
- prawdopodobna (50%) obecność przeciwciał AGA (w klasie IgA i/lub IgG)
- brak zależności genetycznej – pacjent może, lecz nie musi mieć HLA DQ2/DQ8
- jeśli pacjent obserwuje złagodzenie/ustąpienie objawów po wprowadzeniu diety bezglutenowej oraz ponowne ich zaostrzenie podczas prowokacji glutenem

Leczenie poprzez wykluczenie glutenu z diety nie różni się od postępowania w przypadku celiakii czy alergii na pszenicę. Różnice polegają wyłącznie na tym, iż w przypadku celiakii dieta musi być już stosowana przez całe życie, natomiast w przypadku alergii i nadwrażliwości na gluten dieta może być stosowana czasowo.

EKSPOZYCJA NA GLUTEN U NIEMOWLĄT

Ekspozycja na gluten ma służyć wczesnemu wykryciu celiakii u niemowląt i podjęciu prawidłowego postępowania, jednakże w świetle zależności wystąpienia celiakii od uwarunkowań genetycznych sama ekspozycja nie ma podstaw.
Uważano, że pomiędzy 4, a 6 miesiącem życia dziecka występuje okno glutenowe, które jest bezpiecznym momentem wprowadzenia glutenu do diety w ilości 1/2 łyżeczki kaszy manny na dobę, jednak nie ma żadnych badań potwierdzających występowanie okna glutenowego, a sama teoria teoria nie została jednoznacznie i bez wątpliwości potwierdzona, nawet sami badacze przylani, że nie znane są długofalowe skutki wczesnego wprowadzenia glutenu.

Aktualnie zalecenia Światowej organizacji Zdrowia, La Leche League, Amerykańskiej Akademii Pediatrycznej i Polskiego Towarzystwa Gastrologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci zalecają wyłączne karmienie piersią (lub mieszanką) przez okres co najmniej 6 miesięcy i wprowadzenie glutenu wraz z rozszerzeniem diety w drugim półroczu życia dziecka, o sposobie i momencie wprowadzenia glutenu decyduje matka.[IV]

Badania wykazały obecność glutenu w pokarmie kobiecym została stwierdzona we wszystkich przebadanych próbkach, bez względu na okres i długość karmienia, tak więc dziecko kp ma ekspozycje na gluten od urodzenia. U dzieci alergicznych, bardzo ważne jest długie karmienie piersią i wprowadzenie glutenu dopiero po 12 m. ż. [III]

POLECAM BARDZO CIEKAWY ARTYKUŁ, NT. DIETY BEZGLUTENOWEJ: Dieta bezglutenowa – jak sami siebie oszukujemy

Źródła
http://www.celiakia.pl/[I]

http://i-zdrowie.pl/[II]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9867098 [III]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11092234 [III]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3300148 [III]
Zalecenia co do rozszerzenia diety niemowląt 2014[IV]

Co przyszła mama powinna wiedzieć o karmieniu piersią, czyli jak się przygotować?

Ciąża to okres przygotowań do nowej roli. Właśnie w tym czasie przyszłe mamy zastanawiają się nad sposobem żywienia niemowlęcia. Wybór, którego dokonają, może zaważyć na całym życiu ich dziecka. Decyzja o karmieniu piersią jest dla większości świeżo upieczonych mam na tyle oczywista, że nie przychodzi im do głowy odpowiednio się przygotować. Karmienie maleństwa mlekiem mamy jest naturalne, zdarzają się jednak wątpliwości, które warto rozwiać, zanim na świecie pojawi się wyczekiwana istota.

NIE TRZEBA HARTOWAĆ BRODAWEK PRZED PORODEM.

PRAWIDŁOWO PRZYSTAWIANE DZIECKO SSIE BEZBOLEŚNIE.

1. BRODAWKI

Należy zwrócić uwagę na kształt brodawek. Ich wielkość i kształt, to czy są płaskie lub wklęsłe może mieć znaczenie przy przystawianiu dziecka do piersi. Zbyt płytkie uchwycenie przez dziecko brodawki może powodować ból u mamy i macerować brodawki. Warto dowiedzieć się w jaki sposób podawać je dziecku, aby uniknąć bólu i by bez problemu nauczyło się je ssać (bez dodatkowych gadżetów takich jak np.: kapturki).

Można zaopatrzyć się w niplette, muszle laktacyjne, ale przede wszystkim wierzyć w siebie! Ty i dziecko jesteście do siebie dopasowani idealnie – Twoje piersi są stworzone po to, żeby właśnie Twoje dziecko z nich jadło. Dziecko nie wie jak powinna wyglądać „prawidłowa” brodawka, dlatego Twoja jest dla niego idealna, wystarczy, że nauczysz się ja prawidłowo podawać.

!!!WAŻNE!!!

Znaleźć zawczasu DOBREGO doradcę laktacyjnego, koleżankę z doświadczeniem i wiedzą, która przyjedzie zaraz po porodzie i pomoże w pierwszym przystawieniu dziecka do piersi, bez względu na kształt brodawek.
Znajdź też dobrą położną środowiskową, nie musisz brać pierwszej z POZ, i dobrego pediatrę – zrób casting – masz do tego prawo!

możesz skorzystać z naszych propozycji:
KTO POMOŻE CI W KARMIENIU PIERSIĄ?
POŁOŻNA Z POLECENIA

NIE POZWOLIĆ NA RUTYNOWE DOKARMIENIE MIESZANKĄ
BEZ ISTOTNYCH WSKAZAŃ MEDYCZNYCH
(uwaga żółtaczka nie jest wskazaniem do odstawienia, dokarmiania i pojenia glukozą)

---

2. WĘDZIDEŁKO

Upewnić się, czy dziecko nie ma krótkiego/krótkich wędzidełek:

- językowo
- wargowego

Krótkie wędzidełko utrudnia lub uniemożliwia prawidłowe ssanie piersi, pobieranie pokarmu, stymulowanie laktacji, może

powodować ból podczas karmienia i macerować brodawki mamy.

3. GADŻETY

Sklepy z artykułami dla niemowląt oferują całą masę „niezbędnych” gadżetów. Tak na prawdę **do karmienia dziecka potrzeba tylko dwóch rzeczy: piersi i dziecka.** Dla mam po cięciu cesarskim – może przydać się specjalna poduszka, na której kładzie się dziecko do karmienia. Sprawdzi się też może zwinięty koc. Wszelkie dodatkowe gadżety mogą się przydać później.

karmienie po cięciu cesarskim,
zdjęcie: babyonline.pl

- laktator (ręczny lub elektryczny, w zależności od potrzeb mamy)
- kubeczek do podawania pokarmu
- strzykawka z drenem – do podawania pokarmu
- ewentualnie torebki do przechowywania pokarmu

więcej na ten temat w artykule Alternatywne metody karmienia,

dokarmiania i pojenia wcześniaków, noworodków i niemowląt

4. WKŁADKI LAKTACYJNE

Jednorazowe wkładki laktacyjne- na pierwsze dni i nawał. W razie konieczności warto zainwestować we wkładki wielorazowe. Potrzeba co najmniej 8-16 na dobę. Należy pamiętać o ich regularnym wymienianiu po każdym karmieniu, także tych jednorazowych. Minimalizuje to ryzyko infekcji piersi. Już 1 kropla mleka może spowodować rozwój bakterii i grzybów, tym samym spowodować grzybicę lub zapalenie piersi.

5. BIUSTONOSZ

Wygodna bielizna na okres nawału. Ważne, żeby dobrze podtrzymywała nabrzmiałe piersi, jednocześnie ich nie uciskając. Zbyt ciasne staniki sprzyjają zastojom.

6. CHUSTA

Chusta tkana lub elastyczna. Pomoże w pierwszych tygodniach kiedy dziecko potrzebuje dużej bliskości lub kiedy pojawią się bóle brzuszka. Później będzie cudownym ułatwieniem w codziennym życiu

7. PROBIOTYKI

W III trymestrze mama powinna łykać probiotyki zawierające szczep Lactobacillus rhamnosus GG. Zminimalizuje to ryzyko wystąpienia alergii u dziecka, zwłaszcza jeśli jest obciążenie genetycznie w rodzinie, a dodatkowo poprawi pracę jelit mamy.

8. DIETA

Mama karmiąca piersią musi się przede wszystkim dobrze i zdrowo odżywiać, przez kilka pierwszych dni, dieta powinna być lżejsza, dopóki MAMA nie nie nabierze sił po porodzie, nie ma wskazań do stosowania specjalnych lekkostrawnych diet w okresie karmienia piersią, diet eliminacyjnych lub ograniczania niektórych produktów żywnościowych, za wyjątkiem używek. więcej o Diecie mamy karmiącej

9. PRZYGOTOWANIE MERYTORYCZNE

Zebranie garści niezbędnych informacji na temat laktacji aby

świadomie rozpocząć karmienie zaraz po porodzie. Twoja wiedzy da Ci pewność siebie, nie będziesz skazana na łaskę i niewiedzę personelu szpitala. Należy pamiętać ze spadek wagi po porodzie w granicach 10-15% jest fizjologiczny i wymaga jedynie obserwacji. Nie jest powodem do nadmiernego niepokoju. Badania wykazują, że taki spadek ma miejsce jedynie w szpitalach i nie jest obserwowany w przypadku porodów domowych, może więc mieć związek z procedurami szpitalnymi. Dokładnych badań na ten temat nie przeprowadzono, ale warto poczytać o Małych przyrostach i spadku wagi, Czy istnieje brak pokarmu i pokarm małowartościowy oraz co zrobić, aby się udało – czyli 5 kroków do udanego karmienia piersią, że żółtaczka noworodkowa nie jest podstawą do odstawienia dziecka od piersi. Że **dziecko płacze z głodu, pragnienia i z miliona innych powodów i to, że chce ciągle być przy piersi to zupełnie normalne i wcale nie oznacza, że się nie najada (o tym świadczą przyrosty i mokre/brudne pieluszki)**.

Jak powinno przebiegać pierwsze karmienie

10. EDUKOWANIE RODZINY

Warto uświadomić zawczasu rodzinę na temat przebiegu kamienia piersią, zachowań niemowlęcia, braku konieczności dopajania, dokarmiania i micie „słabego mleka„. Młoda mama potrzebuje dużo wyrozumiałości i wsparcia. Jest takie powiedzenie, że do wychowania dziecka potrzeba wioski.

Najważniejsze jest jednak, że kobiety karmiły piersią od wieków. Nie potrzebowały nic aby karmić. Dziecko było po prostu zawsze blisko mamy, co podnosiło poziom prolaktyny odpowiedzialnej za produkcję pokarmu. Dzieci nie znały smoczków, butelek i silikonowych kapturków, a więc ssały taką pierś jaką dostały po porodzie. Matki, babki i akuszerki wspierały położnice w drodze mlecznej, dzieci nie umierały, dlatego, że matka miała mało pokarmu, czy był on mało wartościowy ale wskutek chorób, braku badań i leków, a także braku elementarnych zasad higieny.

Źródła:

http://www.kobiety.med.pl/cnol/

Kiedy niemowlę ma małe przyrosty

Mleko mamy jest tak cudowną substancją, że dostosowuje się idealnie do potrzeb maluszka, stety – niestety tych właściwości nie mają mieszanki, a że większość dzieci niestety jest karmiona sztucznie (wcześniej czy później) także z powodu mniejszych niż oczekiwane przyrosty, pediatrzy kręcą nosem, a mamy wpadają w panikę – NIEPOTRZEBNIE.

POWODY NISKICH PRZYROSTÓW

PRZYCZYNY NIEZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA

- **uwarunkowanie genetyczne** – zwłaszcza jeśli rodzice nie przypominają wyglądem Marcina Gortata, „Pudziana”, Anity Włodarczyk czy Otylii Jędrzejczak, a raczej wiotką balerinę czy dżokeja – nie ma co się spodziewać że dziecko będzie przysłowiowym „pulpetem”
- **alergia** – dzieci alergiczne mają tendencje do mniejszych niż rówieśnicy przyrostów
- **refluks** – dzieci mocno ulewające moją mieć mniejsze niż inne przyrosty
- **infekcje: ucha, układu moczowego, utajone zapalenie płuc** – u dzieci mogą mieć przebieg bezobjawowy, a jedynym objawem są niskie przyrosty, zatrzymanie lub spadek masy ciała, należy wykonać badania: CRP, morfologia, badanie moczu ogólne i posiew
- **żółtaczka, anemia, pleśniawki –** zmniejszenie apetytu,

apatia, senność

PRZYCZYNY ZALEŻNE OD MATKI I DZIECKA:

- nie wystarczająco częste podawanie piersi, reglamentowanie, wydłużanie przerw, nie karmienie na żądanie tylko np. co 3 godziny
- podawanie smoczka
- skracanie czasu przebywania dziecka przy piersi np. nie dłużej niż 20 min (żeby nie zrobił sobie smoczka)
- podawanie innych płynów niż pokarm z piersi (dopajanie)
- nieprawidłowe przystawianie dziecka
- krótkie wędzidełko – niemożliwa prawidłowe „opróżnienie" piersi, tym samym prawidłowe pobierania pokarmu i stymulacje piersi
- karmienie przez nakładki (osłonki, kapturki)
- oddzielenie dziecka na noc od matki, kładzenie dziecka do łóżeczka
- pozostawienie dziecka w dzień w oddzieleniu od matki, zamiast w kontakcie skóra do skóry

---

ZAWSZE NALEŻY WYKLUCZYĆ WSZELKIE ZALEŻNE I NIEZALEŻNE CZYNNIKI ZANIM PODEJMIE SIĘ DECYZJĘ O SUPLEMENTACJI MIESZANKĄ

ABY POPRAWIĆ PRZYROSTY NALEŻY

- podawać pierś na żądanie – nawet jeśli wydaje się być „pusta„, tak często jak dziecko tego potrzebuje, nawet jeśli oznacza to ciągłe leżenie z dzieckiem przy piersi.
- nie podawać smoczka zamiast piersi
- nie dopajać
- sprawdzić czy dziecko jest prawidłowo przystawiane i ma prawidłowy odruch ssania – konsultacja z doradcą
- zrezygnować z podawania mleka przez butelkę lub osłonki, zastosować metody alternatywne (łyżeczka, kubeczek,

dren)
- spać dzieckiem, tak by miało swobodny dostęp do piersi
- nosić dziecko w chuście w dzień, najlepiej w kontakcie skóra do skóry – zwiększa to produkcję prolaktyny
- karmić nie rzadziej niż co 2 godziny w dzień i co najmniej raz w nocy

SIATKI CENTYLOWE – Co to takiego, skąd się wzięły, czemu służą i jak należy je odczytywać.

Carlos Gonzales w swojej książce „Moje dziecko nie chce jeść”[I] pisze tak:

„Najczęściej wykorzystywane siatki stworzono wiele lat temu, kiedy mnóstwo dzieci karmiono butelką, a dzieci karmione piersią doświadczały tego tylko przez kilka tygodni. Obecnie, gdy coraz więcej dzieci jest karmionych piersią przez całe miesiące, obserwuje się brak zgodności z tymi wykresami.Różne badania przeprowadzone W Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie, wykazały że na tle starych siatek centylowychdzieci karmione piersią zwykle „dużo” przybierają w pierwszym miesiącu, za to później spadają na niższy percentyl; w wieku około 6 miesięcy tracą całą przewagę zyskaną w pierwszym miesiącu i do pierwszych urodzin zachowują wagę „niską” w porównaniu do starych siatek.
(…)
W porównaniu do starych siatek (…), nowe wykresy WHO przebiegają wyżej w ciągu pierwszych dwóch -trzech miesięcy, a niżej po 6-tym miesiącu.”

i dalej:

„Dlaczego wzrost dzieci karmionych piersią i butelką nie przebiega jednakowo? Nie wiadomo dokładnie, ale w żadnym wypadku nie dzieje się tak z braku wartości odżywczych. W pierwszym miesiacu jedząc tylko mleko, dzieci karmione piersią ważą tyle samo lub więcej, w Wieku 6-12 miesięcy, jedząc oprócz mleka przeciery i kleiki, ważą trochę mniej. Gdyby było

prawdą, że <<mleko nie dostarcza im już żadnych wartości odżywczych>> (co stanowi absolutny idiotyzm, bo mleko matki zawsze jest bardziej pożywne niż mieszanka i przeciery), dziecko byłoby głodne i jadłoby więcej pokarmów stałych, na których mogłoby przybrać tyle samo, co dzieci butelkowe. Ale ono nie chce więcej pokarmów stałych. Różnica leży głębiej: jakimś sposobem dzieci karmione butelką rosną w innym tempie niż karmione piersią"

A jak powstają?

Na podstawie długości, masy, obwodu głowy, obwodu klatki piersiowej buduje się bazę następnie wylicza się mediany dla wartości 3, 10, 25, 50, 75, 80, 97, które określają ile spośród danych wartości znajduje się poniżej mediany, a ile powyżej, na tej podstawie tworzy się kanały centylowe, oczywiście nie określa się pojedynczych kanałów dla konkretnego dziecka tylko zbiera wartości dla danego wieku które tworzą kanał dzieci natomiast mogą się przesuwać w górę i dół danego kanału, a nawet przemieszczać do 2 kanałów w górę i w dół, ważne aby była zachowana w miarę tendencja

Niepokojące jest kiedy dochodzi do dużych rozbieżności kanałów centylowych pomiędzy wzrostem/długością, a masą dziecka, do 2 kanałów uznaje się za fizjologiczną rozbieżność i jeśli ta rozbieżność się utrzymuje nie ma czym się niepokoić. Jeśli rozbieżność jest większa, należy zastanowić się nad przyczyną, oraz kiedy dziecko przesuwa się pomiędzy więcej niż dwoma kanałami centylowymi „skacze", czyli przyrosty nie są stałe. Należy oczywiście wziąć pod uwagę, że dzieci przybierają skokowo, wiec liczymy średnie przyrosty a nie realne, robimy pomiary nie częściej niż raz na miesiąc.

Poniżej znajdują się siatki WHO – są opracowane dla grupy dzieci karmionych piersią

WAGA:

- DZIEWCZĄT

- CHŁOPCÓW

DŁUGOŚĆ – WZROST:

- DZIEWCZĄT
- CHŁOPCÓW

WHO – wszystkie standardy

Siatki dla dzieci powyżej 5-ciu lat

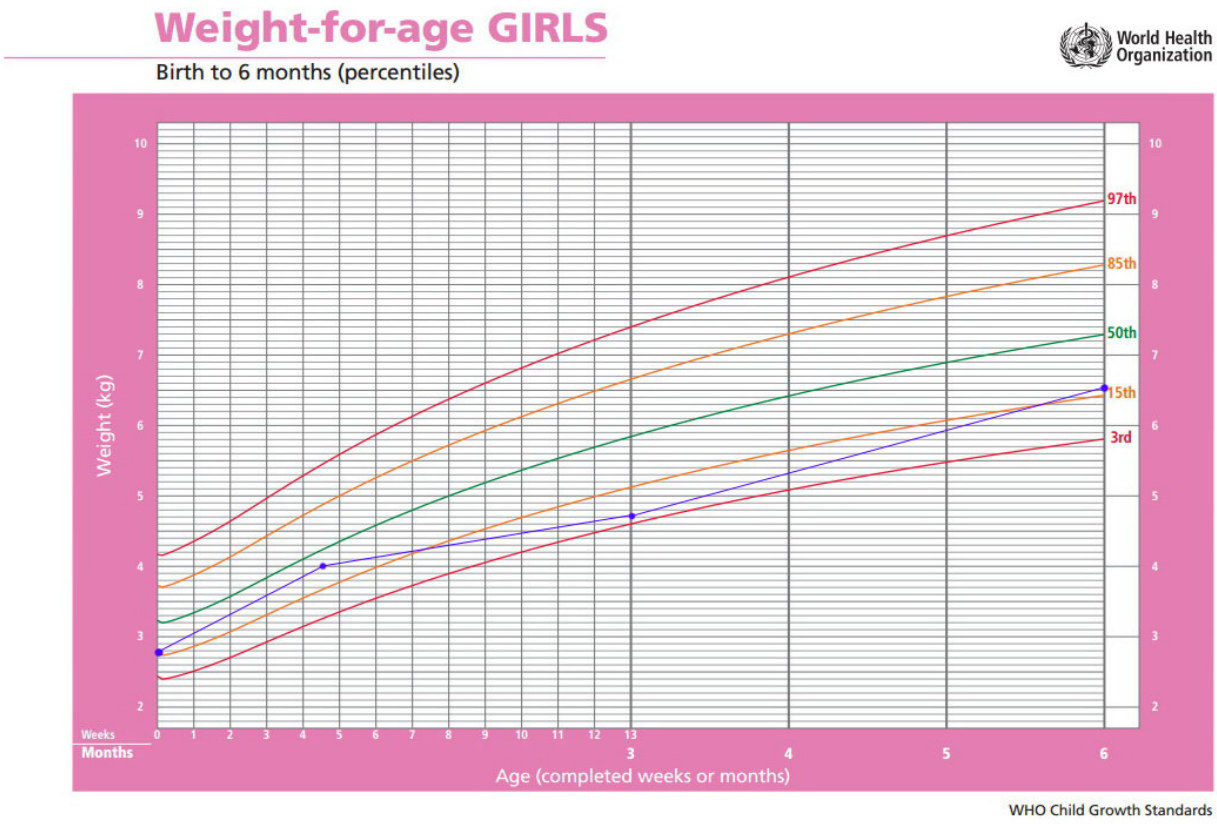
Standardy – zakresów wartości przyrostów ze względu na wiek i okres

Zwróćmy uwagę, że nikt nie sprawdza długości niemowlęcia, czy się mieści w siatkach centylowych, bo nikt zbyt krótkiego dziecko nie będzie rozciągał, a zbyt długiego skracał, tak samo warto spojrzeć na wagę, jako coś indywidualnego, najważniejsze jest, że dziecko karmione piersią przyrasta, powoli, ale jednak, minimalne średnie przyrosty miesięczne to 300-350 g optymalnie 400-450 – 600-650 g, ponadto lekarze w większości dysponują siatkami IMiD które zostały przygotowane na bazie dzieci karmionych mieszanką, a tak się składa, że przyrosty dzieci karmionych sztucznie różnią się od dzieci karmionych naturalnie.

W jaki sposób czytać siatki centylowe?

Mamy przykładową dziewczynkę z wagą urodzeniową 3250 g
dalsze pomiary:
1m: 3950
3m: 4600
6m: 6500

Jak widać na wykresie dziecko nie przybierało „po sznurku” ale utrzymywało się w okolicy 15 centyla, przesuwając pomiędzy 2 kanałami centylowymi, cały czas przybierając.



[STUDIUM PRZYPADKU]

Przedstawię historię 2 dziewczynek karmionych naturalnie, z których pierwsza jest alergikiem i ma refluks żołądkowy – przełykowy:

Siostry w odstępie 3 lat, obie po początkowym dużym przyroście w okresie noworodkowym notowały silny spadek przyrostów w kolejnym miesiącu. Badania nie potwierdzały ukrytych infekcji. Jednakże starsza w wieku 1 m zaczęła przesypiać noce nawet do 9 godzin, młodsza ta sama sytuacje w wieku 2m, wybudzanie nie dawało zadowalających efektów, gdyż dzieci nie były zainteresowane ssaniem, w nocy aż do skoku rozwojowego, odpowiednio u starszej po ukończeniu 2 m i u młodszej po ukończeniu 3m, kiedy to zaczęły się same regularnie wybudzać.

W przypadku starszej niedoświadczona mama pogłębiła problem gdyż podczas skoku rozwojowego, kiedy zwiększa się zapotrzebowanie na pokarm, a piersi nie nadążają od razu z

dostosowaniem produkcji i szybko stają się „puste”, dziecko chciało być ciągle przy piersi, a miękkie piersi stresowały mamę, mama próbowała oszukiwać herbatkami i smoczkiem – w efekcie dziecko zaczęło spadać z wagi, gdyż dziecko nie pobudzało laktacji, a herbatka i ssanie smoczka nie dostarczało kalorii. Do tego ulewanie pogarszało sytuację. Pediatra nie analizując indywidualnej sytuacji zaleciał mieszankę, której mama nie podała. Dopiero po konsultacji z Doradcą Laktacyjnym CDL mama przystąpiła do programu odbudowania laktacji, doradca zalecił dokarmianie najpierw mlekiem odciągniętym wcześniej (przechowywanym w zamrażalniku) a kiedy się skończyło mieszanką – jako uzupełnienie kamienia piersią, porcje nie więcej niż 30 ml. zwykle raz dziennie wieczorem kiedy poziom prolaktyny spada i w dobowym zestawieniu jest najmniej pokarmu. po ok 3 tyg laktacja się unormowała i nie było potrzeby dalszego dokarmiania, a dziecko zaczęło znowu przybierać.

W przypadku młodszej wyszła w badaniach niewielka anemia fizjologiczna, mam odmówiła podania suplementu żelaza ze względu na problemy z oddawaniem stolców przez dziecko, dalsze badania były niejednoznaczne. Wykonane w BOBIXie zdjęcie RTG płuc sugerowało zmiany, a interpretacja wyniku sprzeczna, pediatra uznała, że zmiany sugerują śródmiąższowe zapalenie płuc i zaleciła leczenie amoksycykliną, zaś alergolog, zajmujący się również leczeniem chorób płuc i oskrzeli uznał ze zmiany wymienione w opisie są niejednoznaczne, a po obejrzeniu wyniku prześwietlenia, nie zauważył podstaw podania antybiotyku, również miał obiekcje do do suplementacji żelaza. Mama odstąpiła od podania antybiotyku.

Obie dziewczynki utrzymywały się w okolicy 3-go centyla WHO do momentu rozszerzenia diety.

W ostatecznym rozliczeniu dziecko odrobiło samo anemię fizjologiczną bez suplementacji, zaczęło też przybierać na wadze bez dokarmiania i leczenia antybiotykiem.

Konkluzja nasuwająca się, że zestaw genetyczny w tym przypadku determinuje niskie przyrosty niemowląt karmionych piersią w tej rodzinie. Z wywiadu wynika, że dziecko brata taty również w okresie wyłącznego karmienia piersią charakteryzowały małe przyrosty i niższa od przeciętnej waga.

Dr n.med. Jay Gordon pisze na swoim blogu:
„Obserwuj dziecko, a nie wyniki” i dalej
„Podsumowując, dzieci, które są prawidłowo karmione, mają jasny mocz i moczą pieluszki w pierwszych tygodniach życia prawie zawsze nie wymagają dodatkowej interwencji, bo wszystko jest z nimi dobrze. ***Nie przypominam sobie dziecka, dla którego powolny przyrost masy w pierwszych 2 do 6 tygodni był jedyną oznaką do niepokoju.***

Starsze dzieci, od 2 do 12 miesiąca życia, rosną w różnym tempie. Przyrost wagi nie powinien być uznawany jako główne kryterium dobrego zdrowia. Etapy rozwojowe i współpraca oraz wsłuchanie się w obserwacje rodziców są ważniejsze. Nie daj się namówić na dokarmianie dziecka, które rozwija się prawidłowo. Postaraj się uzyskać pomoc w karmieniu piersią i używać innych rzeczy oprócz wagi, do oceny rozwoju.

polecam również:
Brak pokarmu i pokarm małowartościowy

Źródła:
http://kellymom.com/
http://drjaygordon.com/
The WHO Child Growth Standards

Piśmiennictwo:

„Moje dziecko nie chce jeść” – Carlos González, Wyd 'mamania’ 2013, [I] – str 38-39
WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children