

Jak zwiększyć ilość mleka, przy rzeczywistych niedoborach

W sytuacjach kiedy mama ma rzeczywisty niedobór pokarmu, może okazać się potrzebne dodatkowe wspieranie laktacji za pomocą np suplementów. są takie choroby, w których jest to jedyny sposób na podtrzymanie laktacji i zwiększanie ilości pokarmu tak aby nie było konieczne dokarmienie, rzeczywisty niedobór pokarmu może wystąpić na tle niektórych chorób mamy: Zespół policystycznych jajników (PCOS), insulinooporność czy zaburzenia pracy tarczycy. Wówczas mama potrzebuje dodatkowego wsparcia laktacyjnego, aby móc uzupełniać niedobory.

W takich sytuacjach można rozważyć podawanie suplementów diety, które korzystnie wpływają na ilość pokarmu:



SŁÓD JĘCZMIENNY

Wpływa na poziom prolaktyny, podwyższając jej poziom, bezpośrednio wpływa na ilość produkowanego pokarmu. A jak zrobić słód jęczmienny (myślę, że można też skorzystać z kołkownicy). Polecam też kaszę jęczmienną łamaną i pęczak. Na rynku są także do zakupu gotowe suplementy i produkty zawierające słód jęczmienny np w sklepach ze zdrową żywnością. Należy pamiętać, że jęczmień zawiera gluten, więc nie jest polecany osobom na diecie bezglutenowej.

WAŻNA UWAGA: w przypadku insulinooporności, czy cukrzycy ze względu na wysoki indeks glikemiczny i wpływ podwyższonego poziomu glukozy we krwi w przypadku słodu, można uzyskać efekt przeciwny do zamierzonego, czyli redukcja laktacji. Słód

działa najlepiej w przypadku kobiet zdrowych.



słód jęczmienny w
płynie – syrop



słód jęczmienny w proszku



suplement diety dla mam karmiących
piersią, gotowe saszetki do
rozrobienia w płynie

KOZIERADKA

Znana od wieków roślina mająca potwierdzony wpływ na laktację,
osobny artykuł: kozieradka

RUTWICA LEKARSKA

Rutwica lekarska jest ziołem pomocniczym w zaburzeniach gospodarki cukrowej, co może sugerować jej skuteczność w przypadku zwiększania podaży mleka u kobiet z Insuliooopornością, nie ma jednoznacznych randomizowanych badań, dotyczących skuteczności tego zioła, dotychczasowe stosowanie opiera się głównie o badania małych grup kobiet którym podawano rutwice, zaobserwowano wzrost produkcji nawet 60%.

KOPER WŁOSKI

Aktualnie nie ma dobrej prasy, ze względu na zawartość: anetolu, może powodować skutki uboczne (ospałość, senność, niepokój u dziecka), lepiej unikać.

LEKI NA RECEPTĘ

W razie potrzeby można zastosować leczenie farmakologiczne, ale należy sobie uświadomić **ryzyko skutków ubocznych jakie za sobą niosą**.

**NIGDY NIE STOSUJ LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO NA WŁASNĄ RĘKĘ,
KAŻDORAZOWE PODJĘCIE LECZENIA ŚRODKAMI FARMAKOLOGICZNYMI
POWINNO BYĆ SKONSULTOWANE Z LEKARZEM**

Leki na receptę, które stymulują laktację	
Nazwa leku	Karmienie piersią Kategoria ryzyka
Domperydol	L1 (najbezpieczniejsze)
Metoklopramid	L2 (bezpieczniej)
Sulpiryd	L2 (bezpieczniej)

Leki te opierają się na blokowaniu hormonu dopaminy, który jest odpowiedzialny na równowagę poziomu prolaktyny, dlatego leki te nie zadziałają kobiet o wysokim poziomie prolaktyny.

Domperidonum

Lek przeciwwymiotny stosowany m.in. w chorobie lokomocyjnej, jego przenikalność do mleka jest znikoma i nie jest wykrywalny w surowicy dziecka, ma także mało skutków ubocznych, niedostępny na terenie Polski, o wprowadzeniu produktu leczniczego na rynek decydują indywidualnie państwa EU. Nie zaleca się stosowania tego proleparatu u osób z zaburzeniami pracy serca [Decyzja Komisji Europejskiej nr WC500172573]

Metoklopramidum

Lek o podobnym działaniu, jak domperidon, jednak obciążony skutkami ubocznymi u matki, ze względu na oznaczenie może być bezpiecznie dla dziecka stosowany w okresie laktacji. Do najczęstszych skutków ubocznych należą: **DEPRESJA** (nie wolno stosować u kobiet z depresją), biegunka, sedacja, rozstrój żołądka, nudności, drgawki i objawy pozapiramidowe

Sulpiryd

Lek psychotropowy, wypisywany tylko przez lekarza psychiatrę, Zastosowanie (ulotka): Ostre i przewlekłe psychozy schizofreniczne. Stany depresyjne w przebiegu schizofrenii, zespoły urojeniowo-depresyjne, przewlekłe psychozy paranoidalne (bez pobudzenia), przewlekłe psychozy alkoholowe, zaburzenia psychosomatyczne. Lek pomocniczy w terapii uzależnienia alkoholowego. **Rzadziej stosuje się w zaburzeniach żołądkowo-jelitowych** (choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelit), w migrenie i zawrotach głowy o różnej etiologii. Skutki uboczne (ulotka): Może powodować nadmierne uspokojenie, senność, zawroty głowy, bezsenność i inne zaburzenia snu, bóle głowy, drażliwość, zaburzenia koncentracji, depresję. W pojedynczych przypadkach mogą wystąpić: niepokój ruchowy i drżenia mięśni, późne dyskinezy (są to nieskoordynowane i niezależne od woli ruchy kończyn lub całego ciała, wyginanie i prężenie, mimowolne ruchy warg, wysuwanie i chowanie języka). Ponadto podczas leczenia może wystąpić wzrost masy ciała oraz zwiększenie stężenia prolaktyny we krwi. Lek może wpływać na sprawność psychofizyczną. W trakcie trwania terapii nie należy prowadzić pojazdów i obsługiwać urządzeń mechanicznych w ruchu.

Źródła:

<http://www.ema.europa.eu/>

Insulinooporność

Czasami się zdarza, że mama pomimo prawidłowego karmienia piersią, podawania dziecku na żądanie i pozwalania na dowolny czas przy piersi, cierpi na rzeczywisty niedobór pokarmu, wówczas należy się zastanowić nad medycznym uwarunkowaniem tego problemu. Jest kilka chorób, w przebiegu, których **może zająć potrzeba** (ale nie musi), dokarmiania, gdyż mama nie jest w stanie wytworzyć wystarczającej ilości pokarmu, mama jednak powinna rozważyć uzyskanie odpowiedniego wsparcia laktacyjnego, zanim podejmie decyzję o dokarmianiu i podjąć działania zmniejszające problem (o tym na końcu artykułu).

INSULINOOPORNOŚĆ

Pierwszą udowodnioną przyczyną jest nadwaga mamy, chociaż wysoki wskaźnik BMI nie musi wcale oznaczać problemów z laktacją, wiele kobiet ze wskaźnikiem BMI powyżej 30 produkuje duże ilości mleka. Niektórzy uważają że problem z produkcją może być powiązany z nadwagą w okresie dorastania i niewłaściwą dietą (niezdrową, bogatą w tłuszcze nasycone i cukier proste) która zaburzyła rozwój gruczołów mlekowych o w okresie ich wzrostu – potrzebne jednak są dalsze badania dla udowodnienia tej tezy.

Badania na królikach wykazały, że te które w okresie dojrzewania były karmione dietą bogatą w cukier i tłuszcze szybko dojrzewały, ale miały niższe możliwości wykarmienia potomstwa w późniejszym okresie, niż króliki z grupy kontrolnej (Hue-Beauvais, Chavatte-Palmer, Aujean, Dahirol, Laigre, Pechoux, BOUET, et al. 2011).

Sama insulinooporność poprzedza rozwój cukrzycy typu 2 (insulinoniezależnej), „(...)otyłość – jest przyczyną insulinooporności; trzustka, aby utrzymać stężenie glukozy we krwi w normie, musi produkować coraz więcej i więcej insuliny. Po kilku–kilkunastu latach takiego stanu komórki β trzustki

ulegają wyczerpaniu i zmniejszają ilość produkowanej insuliny. Jest to okres, kiedy glikemie we krwi ulegają zwiększeniu – moment rozpoznania cukrzycy typu 2.”[I]

Ostatnie badania wykazały że matki z insulinopornością wytwarzały pewien gen w większym stopniu, niż te, które były wrażliwe na insulinę, co sugeruje podłoże genetyczne insulinoporności (Lemay, niewystarczające, Ballard, Hughes, Morrow, Horseman, & Nommsen-Rivers, 2013). Zwłaszcza ze badania pokazują, że nie wszystkie matki z insulinopornością są otyłe, wiele z nich ma prawidłowy indeks masy ciała i są drobnej budowy. Nasuwa się pytanie, czy genetycznie uwarunkowana insulinoporność nie jest odpowiedzialna za niedorozwój gruczołów sutkowych w okresie dojrzewania.

Kolejną zależność zauważa się w przypadku leptyny, hormonu odpowiadającego za regulację apetytu/sytości (pisałam o tym tutaj i tutaj), wytwarzanego przez komórki tłuszczowe, a w ogólnym rozrachunku odpowiedzialnej za regulację masy ciała, badania wykazały, że leptyna odpowiada także za regulację wytwarzania progesteronu (może obniżać i hamować produkcję) przez jajniki pod warunkiem obecności insuliny, a regularna obecność progesteronu jest niezbędna do prawidłowego rozwoju gruczołów piersiowych, co wyjaśnia, że ciągły podwyższony poziom insuliny i leptyny, obniżając poziom progesteronu, może hamować prawidłowy przebieg dojrzewania i rozwoju gruczołów mlecznych, nawet jeśli cykle miesięczne, przebiegają prawidłowo.

DIAGNOSTYKA

Insulinoporność jest zjawiskiem powszechnym w świecie zachodnim, ale często ignorowanym, gdyż nie daje żadnych objawów wyraźnych. Jednakże u niektórych osób może się pojawić „rogowacenie ciemne, czyli ciemnienie skóry zwykle wokół szyi lub plamy w miejscach takich jak łokcie, kolana, kłykcie i pachy.”[II] Najprostsza metoda, to określenie w badaniu krwi na czczo poziomu: poziomu triglicerydów, insuliny i glukozy +

obwód w pasie i wskaźnik BMI

Kalkulator HOMA-IR (glukoza i insulina)

BMI (indeks masy ciała)

CO Z TYM ZROBIĆ?

Zmiana nawyków żywieniowych i diety

Przede wszystkim trzeba zmienić dietę i schudnąć, niestety u osób insulinoopornych chudnięcie jest o wiele trudniejsze niż u osób wrażliwych na insulinę, co może demotywować, dodatkowym problemem, jest uczuciem ciągłego głodu na cukier. Zauważono że dieta uboga w węglowodany przynosi długotrwałe efekty, chociaż początkowo jest trudna do utrzymania, ze względu na podstawę piramidy żywienia opartej na produktach zbożowych (źródło węglowodanów) i łatwym dostępem do cukrów prostych nie tylko w postaci owoców, ale przede wszystkim słodkiej żywności przetworzonej: słodycze, napoje, dlatego najlepszym rozwiązaniem jest konsultacja z dietetykiem który ustali najlepszą dietę.

Są też produkty korzystnie wpływające na metabolizm cukrów (glukozy). Należą do nich cynamon, zielona herbata, kwasy omega-3, kwas alfa-liponowy, witamina D3, magnez, polifenole (owoce jagodowe, cytrusy, herbata)

Aktywność fizyczna

Zwiększenie codziennej aktywności do 30 minut biegu lub marszu ma już znaczący wpływ na funkcjonowanie organizmu i może zwiększyć wrażliwość na insulinę, a nawet jeśli nie zadziała, na produkcję pokarmu, to na pewno korzystanie wpłynie na ogólny stan organizmu i zatrzyma lub spowolni postęp choroby.

Farmakoterapia

Metformina – chociaż jej działanie nie zostało bezspornie potwierdzone w badaniach klinicznych, to wiele osób zgłaszało zwiększenie

ilości pokarmu, po zastosowaniu leczenia Metformini hydrochloridum, badanie przeprowadzono bowiem na grupie kobiet ciężarnych, a nie powtórzono w okresie laktacji. Możesz omówić stosowanie tego leku ze swoim lekarzem prowadzącym, w celu poprawy laktacji. Jednakże, należy mieć świadomość, że część kobiet źle znosi stosowanie tego leku, skarżą się na biegunki i dolegliwości żołądkowo – jelitowe, które utrudniają codzienne usankcjonowanie,

Mio-inozytol – to substancja naturalnie występująca w naszym organizmie ale także w żywności (fasola, owoce i orzechy) określana jako witamina B₈ (występuje w zestawie B-kompleks) , wykazano że może mieć wpływ na prace receptorów insulinowych. W badaniach odnotowane także spadek masy ciała (w grupie kontrolnej przyrost masy ciała), co ciekawe witamina B₈ pomaga również w przypadku Zespołu Policystycznych Jajników (wcześniej wspominałam już, że praca jajników i wytwarzanie progesteronu jest powiązane z poziomem insuliny i leptyny). Dawka eksperymentalna wynosiła 4g/dobę. Wartość w leczeniu Mio-inozytolem wykazano jeszcze w 2 niezależnych badaniach korzystny wpływ na pracę jajników, uregulowanie miesiączek a w innym korzystny wpływ na leczenie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych i depresji, a jak wiadomo, depresja może mieć także wpływ na laktację i karmienie piersią. Mio-inozytol nie był badany na grupie kobiet w ciąży ze względu na jego właściwości stymulowania produkcji oksytocyny (hormon miłości, odpowiedzialny za wypływ mleka z piersi – tzw odruch oksytocynowy, ale także za skurcze macicy), ze względu na podejrzewane ryzyko porodu przedwczesnego, warto więc poszukać lekarza z otwartym umysłem, który będzie chciał podjąć temat leczenia witaminą B₈.

Leczenie w kierunku podniesienia poziomu prolaktyny i zwiększenia ilości pokarmu za pomocą suplementów, ziół i leków

NIGDY NIE STOSUJ LECZENIA I SUPLEMENTACJI NA WŁASNĄ RĘKĘ

**KAŻDE POSTĘPOWANIE LECZNICZE I DIETETYCZNE MUSI ZOSTAĆ
POPRZEDZONE BADANIAM I KONSULTACJĄ LEKARSKĄ**

Źródła:

<http://dianaibcllc.com>[II]

<http://cukrzyca.mp.pl/>[I]

<http://www.insulinoopornosc.com/>

Czy dziecko karmione piersią można „utuczyć”?

Sporo było o małych przyrostach, a nawet o spadku wagi, ale jest grupa mam, których dzieci mają bardzo duże przyrosty, dzieci dobijają szybko do górnych granic siatek centylowych, a nawet wykraczają poza 97 centyl wszystkich możliwych siatek, przyrastają po 1000-1500, a nawet 2000 gramów na miesiąc powodując panikę rodziny i personelu medycznego. Pojawiają się uwagi, że matka przekarmia, że powinna zmniejszyć ilość i długość karmień, przestać karmić w nocy albo podawać wodę, zamiast piersi, a nawet poić wodą, herbatką lub glukozą, aby oszukać żołądek dziecka. Nic bardziej mylnego.

CZY DZIECKO KARMIONE PIERSIĄ MOŻNA PRZEKARMIĆ?

Nie, nie można, pierś została stworzona do zaspakajania wszystkich niemalże potrzeb dziecka, nawet najlepszym lekiem na przejedzenie jest podanie kolejnej piersi, a więc proponujemy dziecku pierś na każde żądanie, na każdy płacz, na każde jęknienie, dziecko samo decyduje, czy chce z tego

skorzystać. **NIGDY NIE WPYCHAMY DZIECKU PIERSI NA SIŁĘ.**

CZY DZIECKO, KTÓRE MA DUŻE PRZEROSTY BĘDZIE W PRZYSZŁOŚCI OTYŁE?

Nie będzie, jeśli dziecko będzie zawsze żywione zdrowo i będzie miało zbilansowaną dietę. Długie karmienie piersią i wyłączne karmienie piersią przez co najmniej 6 miesięcy zmniejsza znacząco ryzyko zachorowania na cukrzycę I i II typu oraz otyłość.

ALE

Nie chroni przed nierozważnym, zbyt wczesnym rozszerzeniem diety, nie chroni przed wyrabianiem u dziecka złych nawyków żywieniowych od początku, a więc nie chroni przed karmieniem na siłę pokarmami stałymi i zmuszaniem do jedzenia „niejadków” (także poprzez suplementy), nie chroni przed gotowymi posiłkami, słodkimi kaszkami i innymi specjalnymi przekąskami „dla dzieci”.

Wreszcie nie chroni przed chipsami, fastfoodem, słodyczami i kolorowymi napojami, które zwykle są przyczyną otyłości, nie chroni przed przekarmieniem dziecka w kolejnych latach.

Nie można więc odpowiedzieć, że dziecko karmione piersią nie będzie nigdy otyłe, a jedynie, że i chudziutkie, i pulchniutkie niemowlę dzięki karmieniu piersią ma mniejsze predyspozycje do otyłości i cukrzycy, a ewentualny rozwój choroby, uzależniony jest od sposobu żywienia dziecka w kolejnych latach życia.

DLACZEGO LUDZKIE MLEKO NIE POWODUJE OTYŁOŚCI?

Wszystko dzięki specyficznym tłuszczom zawartym w pokarmie kobiecym, są wyjątkowe, ponieważ wypełniają tylko istniejące komórki tłuszczowe, nie namnażają nowych. Niemowlę największy skok masy ma w pierwszym miesiącu życia, w kolejnych 2 przyrosty nieco zwalniają,



aby w drugim trymestrze życia jeszcze się spowolnić, a nawet zatrzymać pod koniec 6-go miesiąca życia. W drugim półroczu w zależności od sposobu żywienia przyrosty utrzymują się na podobnym poziomie, lub stopują, zaś u dzieci, które miały bardzo duże przyrosty, a chętnie podjęły rozszerzanie diety, oraz są bardzo ruchliwe, może nawet dojść do okresowe spadku wagi. Dziecko zużywa zapasy na rozwój umysłowy i ruchowy, a przy niskiej wartości kalorycznej pokarmów uzupełniających może faktycznie pojawić się chwilowa stagnacja lub spadek wagi, który nie jest powodem do niepokoju, a jedynie do obserwacji malca. W drugim półroczu, kiedy dziecko intensywnie się rozwija psychomotorycznie, a jego dieta jest już dość urozmaicona, będzie można obserwować ubywanie tkanki tłuszczowej (ale nie masy), aby pod koniec drugiego roku dziecko nie wyróżniało się specjalnie od rówieśników, którzy mieli mniej imponujące przyrosty w pierwszym półroczu życia.

Pokarm kobiecy buduje tzw „brunatną tkankę tłuszczową”, inaczej rzecz ma miejsce w przypadku mieszanek, budujących zwykłą białą tkankę tłuszczową. Mieszanki wzbogacane w tłuszcze roślinne – słonecznikowy, palmowy (tanie i o niskiej wartości odżywczej, za to sprzyjające zaburzeniom gospodarki lipidowej) namnażają komórki tłuszczowe, dlatego należy uważać, aby dziecka nie przekarmić i nie pozwolić na zbyt duże przyrosty. Raz namnożone komórki tłuszczowe będą człowiekowi towarzyszyć do końca życia i powodować skłonności do tycia.

Do tłuszczów mleka kobiecego zaliczamy glicerydy, cholesterol i fosfolipidy. Pełnią one funkcje energetyczne i budulcowe. 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.

Tłuszcze występują w mleku w postaci tzw. mikrokuleczek, przy czym warstwę zewnętrzną stanowią fosfolipidy i cholesterol

wraz z estrami będące lipidami spolaryzowanymi w połączeniu z białkami. Wewnętrzną warstwę tworzą trójglicerydy i kwasy tłuszczowe. W okresie okołoporodowym zachodzą wyraźne zmiany w ilości i jakości tłuszczów produkowanych przez gruczoł piersiowy. W wydzielinie przedporodowej zawartość tłuszczów wzrasta od 1,0 g/100 ml do 3,2 g/100 ml, w colostrum wynosi 3,5-4,0 g/100 ml, a maximum osiąga w mleku dojrzłym. Wraz z czasem produkcji wydzieliny gruczołowej w okresie poprzedzającym poród stężenie trójglicerydów rośnie w stosunku do cholesterolu i fosfolipidów.[I]

CZY NALEŻY „ODCHUDZAĆ” NIEMOWLĘ KARMIONE PIERSIĄ?

Nie ma wskazań ani potrzeby aby dziecku o dużych przyrostach karmionemu wyłącznie piersią proponować cokolwiek w zamian piersi, każda ingerencja w naturalne karmienie może spowodować zaburzenie laktacji u mamy i zmniejszenie podaży mleka, a w konsekwencji może zaburzyć prawidłowy rozwój dziecka, tak więc nie należy :



- podawać smoczkę
- proponować herbatek, wody, glukozy (dopajać)
- zmniejszać częstotliwości i długości karmień
- ograniczać karmień nocnych

SIATKI CENTYLOWE

Więcej o siatkach centylowych można przeczytać we wspomnianym na początku artykule, a poniżej przypominamy tylko same 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

Źródła:

[http://www.czytelniamedyczna.pl/\[I\]](http://www.czytelniamedyczna.pl/[I])

<http://www.medwiekurozwoj.pl/>

Bibliografia:

La Leche League, „The Womanly Art of Breastfeeding”, Diane Wiessinger, Diana West, Teresa Pitman, wyd. Ballantine Books, New York 2010

15 trików marketingowych stosowanych przez firmy produkujące preparaty mlekozastępcze

Zdjęcia:

Dobrowolnie udostępnione przez mamy