

גיליון מס' 28, נובמבר 2008

קול הנטורופתיה

האגודה הישראלית לנטורופתיה ולתזונה טבעית



**היריון
לידה
הנקה**

צילום: אורי אביב

קול הנטורופתיה

תוכן העניינים:

מאמרי סקירה

מקורות צמחיים לחומצות שומן חיוניות בהיריון ובהנקה
מרדכי הוכברג.....3

תזונת האם בהיריון כגורם סיכון
לרגישות אלרגית בתינוק

קירה לוי.....6

הגישה הנטורופתית לסוכרת הריונית

קרן וולקמיר.....9

דיכאון לאחר לידה - גישה קונבנציונלית
מול גישה נטורופתית

פאולה שטיינברג בלאו.....14

יתרונות הנקה והזכות להניק

עדי נוימן-רוטברג.....20

הנקה וחלב אם - עקרונות וייעוץ הנקה

דני קרת.....23

הנקה ויתרונותיה הבריאותיים

יוסי שבח.....25

גזים אצל התינוק היונק

ורד לב.....28

תוספים לילידים ולתינוקות

יעל אורן.....30

תיאור מקרה

סוכרת הריונית

מירה כהן שטרקמן.....35

במה אישית

לידה טבעית כחוויה מתקנת

רותי אורנוי.....36

מחקר ישראלי חדש: כימיקלים רעילים בנשים הרות...39

רשימת חברי האגודה לנטורופתיה ולתזונה טבעית....42

רשימת חברי האגודה לנטורופתיה ולתזונה טבעית....42

דבר היו"ר

חברים וקוראים יקרים,

הגיליון הנוכחי עוסק בציר זמן והתפתחות מהחשובים בחייו של האדם: היריון, לידה והנקה. תקופה זו מהווה תבנית עיצובית בסיסית (פיזית ומנטלית) שתלווה את האדם מרגע לידתו ועד לפרישתו מחיי העולם הזה. בחברות מסורתיות נחשב ציר זמן זה והאישה העומדת במרכזו כבעל ערך רב. בחברה המסורתית זוכה האישה ההרה והיולדת להטבות ולזכויות יתר בהיבטים שונים כדוגמת הפחתה או הימנעות ממטלות משק הבית ותפריט מורחב, מזין ומפנק יותר מהרגיל. כל זאת במטרה להפוך תקופה זו לחוויה מהנה, תומכת ומעצבת הן לאם והן לתינוק מבחינה פיזית ונפשית. במשך שנים רבות היחס במערב לציר זה ובפרט להנקה הפחית מערכו האמיתי וגרם לנשים רבות לוותר על הנקה לטובת קריירה. עם השנים הצטברו עדויות מחקריות שאיששו את חשיבות הרכב התפריט של האישה ההרה כפי שמקובל בגישה הנטורופתית וכן את חשיבות ההנקה לאם ולתינוק. בנוסף לכך, ארגונים שונים כגון ארגון הבריאות העולמי וארגון רופאי הילדים האמריקאי נקטו בעמדה ברורה בנוגע לחשיבות ההנקה. עמדה ברורה וחד משמעית זו החזירה עטרה ליושנה וכיום נמצאת ההנקה בעדיפות עליונה בקרב נשים בתרבות המערבית, לרבות עלייה במספר יועצות ההנקה המוסמכות הפועלות במרכזים הרפואיים ובאופן פרטי. גם תהליך הלידה עבר תמורה וכיום כמעט בכל מרכז רפואי, יכולה האישה ההרה לבחור ללדת בטכניקה ובאווירה טבעית ברמה זו או אחרת.

קריאה מהנה ומעשירה,

יוסי שבח

יו"ר האגודה

ההמלצות והמידע במאמרים המתפרסמים בכתב העת הן בגדר המלצה בלבד ובכל מקרה יש לפנות ליעוץ מקצועי. לא יוחזרו כתבי יד וצילומים. כל הזכויות שמורות.

עורך מדעי: יוסי שבח, עורכת: אתי איזנר"ך

חברי מערכת: חן פרופסורסקי, יוסי שבח, דני קרת, שרה פלוטניק

כתובת המערכת: ת.ד. 102 מתן 45858

מו"ל: האגודה הישראלית לנטורופתיה ולתזונה טבעית

גרפיקה, הפקת דפוס: אביגדור אור: 077-3322532, avik@aod.co.il

מקורות צמחיים לחומצות שומן חיוניות בהיריון ובהנקה

גם אצל גברים ונשים מבוגרות הגוף יכול להפוך 2%-4 מכלל חומצת השומן אומגה-3 ל-DHA, בתנאי שבתפריט שלהם אין עודף של חומצות שומן אומגה-6.

בנוסף, יש כיום מקור צמחי ל-DHA: אצות ים מיקרוסקופיות, המייצרות את חומצת השומן הזו. תכשירים מאצות ים אלה מצויים למכירה. בשלב זה, הם הרבה יותר יקרים ממכמוסות של שמן דגים המכילות EPA ו-DHA. מצב זה ישתנה בעתיד משתי סיבות: ראשית, יש דלדול רב באוכלוסיית הדגים במרבית האוקיינוסים והימים בעולם. שנית, ככל שגובר זיהום הימים, כך גובר הסיכון שגם בשמן דגים יהיו שאריות של כספית, דיוקסין ורעלים נוספים.⁸ ככל שעולים בשרשרת המזון, כך עולה ריכוז הרעלים. באצות ים מיקרוסקופיות יש כמות רבה של שמנים מסוג אומגה-3 ומעט מאוד רעלים (כמו לדוגמה, כספית). דגים קטנים אוכלים את האצות ונטרפים ע"י דגים בינוניים, המשמשים טרף לטונה ולכרישים למיניהם. טונה וכרישים עלולים להכיל פי מיליון יותר כספית לעומת הכמות המצויה באצות ים מיקרוסקופיות. לכן בעתיד יהיה הכרח להפיק את מרבית חומצות השומן ארוכות השרשרת של קבוצת אומגה-3 מאצות ים ולא מדגים.

תכולת אומגה-3 במקורות צמחיים

גם בלי לחפש פתרונות בים, אין ולא יהיה מחסור בחומצות שומן הכרחיות אצל המודעים לנושא והצורכים את המקורות הצמחיים העשירים באומגה-3.

חומצת שומן אלפא לינולנית, היותר שכיחה מקבוצת אומגה-3, מצויה בעיקר במזונות הבאים: זרעי פשתן ושמן פשתן, אגוז מלך, שמן קנולה, פולי סויה ומוצריהם הטבעיים.

ב-100 גרם זרעי פשתן יש כ-30 גרם אומגה-3. אפשר לאכול זרעי פשתן טחונים או לצרוך שמן פשתן. אין לקנות זרעי פשתן טחונים - יש לטחון אותם לבד במטחנת תבלינים ולאכול מייד. תוך 15 דקות הם מתחילים להתחמצן.⁹ שמן פשתן ראוי לשימוש רק אם הוא נשמר בקירור - אם הובילו אותו מהמפעל לחנויות בקירור ואם הוא נשמר בבית במקרר. זהו שמן מאוד בלתי יציב. מסיבה זו הוא מתקלקל מהר, אבל מאותה סיבה הוא גם תורם מהר אלקטרונים לממברנות של התאים, מאזן בכך את המטען החשמלי שבהם ומונע וגם מרפא מחלות רבות. תועלתו המרבית היא כאשר צורכים אותו בשיטת יוהנה בדוויג: הפיכתו למסיס מים על-ידי ערבובו עם יוגורט עזים דל שומן אורגני או עם קוטג' אורגני. יש לערבב בכך, לא בבלנדר, כדי למנוע חמצון של השמן.¹⁰ יש לאכול את התערובת הזו מייד לאחר הכנתה.

ב-100 גרם אגוז מלך קלופים יש כ-8 גרם אומגה-3. חשוב להקפיד על טריות האגוזים.

ב-100 גרם פולי סויה יש כ-6 גרם אומגה-3.

ב-100 גרם שמן קנולה יש כ-6 גרם אומגה-3.

מקורות נוספים לחומצת שומן אלפא לינולנית, שלא מזרעים ואגוזים, הם רגלה תרבותית ורגלת הגינה - שני זנים של אותו מין בוטני (*Portulaca oleracea*). רגלה תרבותית נמכרת במשתלות כשתיל נוי (בשם פורטולקה). זהו צמח רב-שנתי אבל עיקר צמיחתו בקיץ. הוא מכיל כ-400 מ"ג אומגה-3

ד"ר מרדכי הוכברג PhD

נטורופת

amh1@bezeqint.net

חשיבות חומצות שומן אומגה-3 ואומגה-6

חומצות השומן הרב בלתי-רוויות, בניגוד לחומצות שומן אחרות, הן רכיבי תזונה חיוניים. הן המקור לחומצות שומן עם שרשרת מולקולרית יותר ארוכה ופחות רוויה ויש להן תפקידים חיוניים בבריאות, במיוחד בהיריון ובהנקה.

מחומצת שומן לינולאית (אומגה-6) נוצרות חומצות השומן GLA, DGLA וחומצת שומן ארכידונית.

מחומצת שומן אלפא לינולנית (אומגה-3) נוצרות חומצות השומן EPA ו-DHA.^{2,1}

תפקידי חומצות השומן מקבוצת אומגה-6

חומצות שומן GLA וארכידונית דרושות לתפקידי גוף שונים. GLA נמצאה עוזרת בבעיות בריאות רבות, גם במצבי הפיראקטיביות של ילדים.³ חומצת שומן ארכידונית דרושה להתפתחות המוח ומערכת העצבים של העובר והתינוק וגם ליצירת ציטוקינים שונים בגוף.⁴ אבל, עודף של חומצה ארכידונית בגוף גורם לייצור מוגבר של ציטוקינים מעוררי דלקת - מצב הגורם לדלקות, להסתיידות עורקים ולמחלות נוספות.

תפקידי חומצות השומן מקבוצת אומגה-3

חומצות השומן EPA ו-DHA, מקבוצת אומגה-3, חיוניות להתפתחות המוח והרשתית (retina) אצל עוברים ותינוקות.⁵ מחסור בהן בזמן היריון והנקה פוגע בהם מבחינה מנטלית כמו גם בהתפתחות הגופנית הכללית ובראייה. חומצות שומן אלו מצויות בצורה מוגמרת בשמן דגים. הגוף יכול לייצר כל כמות נדרשת של EPA מחומצת שומן אלפא לינולנית שמקורותיה צמחיים.⁶ לא כן הדבר לגבי חומצת השומן DHA. לכן, היו שטענו שתפריט צמחוני, ללא אכילת דגים וללא צריכת שמן דגים, בהכרח מביא למחסור ב-DHA. מסתבר שטענה זו איננה נכונה.

מקור צמחי ל-DHA

חוקרים רבים ניסו לברר אם חומצת שומן אלפא לינולנית יכולה להפוך בגוף לחומצת שומן DHA בכמות מספקת. המסקנה הייתה שאמנם כן, אבל בהבדלים ניכרים בין נשים לגברים ובין נשים צעירות לנשים שעברו את גיל הפוריות.⁷ נשים בגיל הפוריות מסוגלות להפוך עד 8% מכל החומצה האלפא לינולנית שהן צורכות לחומצה מסוג DHA. כמות זו בהחלט מספקת בהיריון ובהנקה, והיא מובטחת לנשים שצורכות את המקורות לחומצת השומן הראשונה בקבוצת אומגה-3 - האלפא לינולנית. בלי צריכה מספקת ייווצר מחסור ב-DHA.

בגוף אליהם אספקת החמצן ירודה ב-35% ויותר, הופכים לתאים סרטניים. נשימת תאים נכונה לא נגרמת ע"י תרגילי נשימה (אם כי גם נשימה נכונה חשובה) אלא מותנית ברוויה נכונה של אלקטרונים בממברנות של התאים. כמות מספקת (כ-8 גרם ליום) של חומצות שומן לא מחוממות מקבוצת אומגה-6, משפרת את נשימת התאים ב-50%.¹³

יחסי הכמויות של אומגה-3 ואומגה-6 הדרושות לגוף

בימינו, כאשר אוכלים אוכל מסוגן, דברי מאפה עם שמן וכדומה, חומצות שומן בלתי רוויות שמקורן בשמן מחומם נכנסות לממברנות של התאים ולא מאפשרות לחומצות השומן ה"טובות", במצבן הטבעי, להיכנס לתאים. עם זאת, חשוב מאוד להקפיד לבל יהיה בתפריט עודף של חומצות שומן מקבוצת אומגה-6, גם כשהן במצבן הטבעי. היחס המתאים בין אומגה-6 לאומגה-3 צריך להיות אומגה-6 פי 2 או מעט יותר מאומגה-3. מרבית התפריטים המבוססים על המזון המערבי מכילים 30 עד 40 פעמים יותר אומגה-6 מאומגה-3. כתוצאה מכך, ובעיקר בגלל שמרבית השמנים הנאכלים עברו חימום, יש תחלואה מוגברת במחלות לב, סרטן, סוכרת, מחלות נירולוגיות ודלקות מפרקים לסוגיהן.

גורמי תזונה חשובים נוספים להיריון מוצלח ולהנקה

לסיום, בנוסף לצריכה מוקפדת של חומצות שומן, חשוב במיוחד לאם הצמחונת, לתינוק ולילד הניזונים מתפריט שמבוסס על טהרת המזון הצמחי, לצרוך תוספים של ויטמין B12, אצות ים כספיקות יודן, אגוזי ברזיל כספיקי סלניום וגם גרעינים ואגוזים המספקים מינרלים רבים, כמו ברזל ואבץ.

ב-100 גרם צמח טרי,¹¹ שזהו ריכוז גבוה. רגלת הגינה גדלה בר בארץ בחודשי הקיץ. זהו צמח חד-שנתי הצומח במקומות מושקים. הוא מכיל מחצית הכמות של אומגה-3 שיש ברגלה תרבותית, כלומר, כ-200 מ"ג אומגה-3 ב-100 גרם צמח טרי.

כמויות לצריכה יומית של מזונות צמחיים מספקי אומגה-3

אישה הרה או מיניקה זקוקה ל-4 גרם ביום אומגה-3. מכמות זו יכול הגוף שלה להפיק כ-200 מ"ג DHA, שהיא הכמות הדרושה לסיפוק צורכי העובר.

דגי סלמון - מנה של כ-130 גרם מספקת את התצרוכת היומית של אומגה-3 עבור האישה ההרה או המיניקה.

כשמעדיפים מקורות צמחיים לאומגה-3, המזונות הבאים מספקים את הכמות היומית הנדרשת:

זרעי פשתן (כף וחצי זרעים טחונים)
אגוז מלך (כ-50 גרם)

פולי סויה מבושלים (כ-2 כוסות)

טופו (100 גרם טופו מספקים 14% של המנה היומית)

חוקרים קנדיים מאוניברסיטת מונטריאול פרסמו לאחרונה, כי צריכת שמן פשתן בהיריון מגבירה פי 4 את הסיכון ללידה מוקדמת (לידת פגים).¹² חשוב להדגיש כי הממצא מתייחס לצריכה של שמן פשתן, וכי צריכה של זרעי פשתן נמצאה בטוחה ולא מזיקה.

כאמור, ההמלצה היא לצרוך זרעים טחונים, מייד לאחר הטחינה.

מקורות לאומגה-3 בתזונת התינוק

במחקרים רחבי היקף שנעשו אודות חלב אם של נשים צמחוניות נמצא, שהוא הכיל בממוצע קצת פחות חומצות שומן DHA מאשר חלב אם של לא צמחוניות, אבל עדיין בכמות מספקת לתינוק לכל משך תקופת ההנקה. כאשר תפריט האם הכיל כמות מספקת של חומצות שומן אלפא לינולנית, לא נמצאו כל הבדלים בין תינוקות לאימהות צמחוניות ותינוקות לאימהות האוכלות דגי ים, במדדים של התפתחות גופנית, התפתחות שכלית וראייה.²

עבור תינוקות שאינם מקבלים חלב אם, יש תרכובות מזון המכילות כמות מספקת של חומצות שומן חיוניות.

הזנת תינוקות בחלב שקדים או בחלב שומשום היא נושא מורכב הדורש התמחות, שאם לא כן התינוק יינזק (בשימוש בלעדי בחלב שקדים ו/או בחלב שומשום יגרמו מחסורים בחומצה האמינית L-ליזין, בוויטמין C ובסוכר חלב, החשוב להתפתחות המוח). בכל מקרה, הנקה חשובה בחשיבות עליונה לבריאותו של התינוק.

מקורות צמחיים לאומגה-6 וחשיבותה לבריאות

חומצת השומן אומגה-6 (לינולאית) מצויה בשפע בעולם הצומח. המקורות היותר טובים לחומצה חיונית זו הם זרעי דלעת, זרעי חמניות וזרעי שומשום, כמו גם אבוקדו ואגוזים שונים. חשוב שחומצת שומן זו ואלו הנוצרות ממנה, GLA, DGLA וחומצה ארכידונית, יהיו במצב טבעי, לא מחומם. הן חשובות ביותר להתפתחות המוח ולמניעת היפראקטיביות, הפרעות קשב וריכוז והפרעות התנהגות.

מסתבר גם, שאומגה-6, לא מחוממת, היא בעלת חשיבות עליונה במניעת סרטן.¹³ מחקרים שנעשו כבר משנות ה-30 ע"י פרוס' אוטו ורברג ואושרו בשנות ה-50 הראו, שתאים

מקורות

1. Cheruku RS, et al. Higher maternal plasma docosahexaenoic acid during pregnancy is associated with more mature neonatal sleep-stage patterning. *Am J Clin Nutr* 2002;76:608-613.
2. Sanders TAB. Essential fatty acid requirements of vegetarians in pregnancy, lactation, and infancy/ *Am J Clin Nutr* 1999;70(3):555S-559S.
3. British Nutrition Foundation. Task Force on Unsaturated Fatty Acids. London: Chapman and Hall, 1992.
4. Adams M/ Superfood for Optimum Health: Chlorella and Spirulina/ the consumer Wellness Research] - page 17-39.
5. Carlson SE, et al. Effect of long-chain n-3 fatty acid supplementation on visual acuity and growth of preterm infants with and without bronchopulmonary dysplasia. *Am J Clin Nutr* 1996;63:687-97.
6. הוכברג מ. חומצות שומן הכרחיות ממקורות של צמחים 'תזונה פלוס' 69, ינואר 2008: 34-35.
7. Innis SM, et al. Feeding formula without arachidonic acid and docosahexaenoic acid has no effect on preferential looking acuity or recognition memory in healthy full-term infants of 9 mo of age. *Am J Clin Nutr* 1996;64:40-6.
8. www.vrg.org/journ:al/cj2001sep/2001sepomega3.htm
9. Paskin SP. EFAs, oxygenation, and cancer prevention: a new solution. *Townsend Letter*, aug/sept 2007:81-89.
10. הוכברג מ. איזון ביו-אלקטרוני בגוף - שיטתה של דר' יונה בדווג 'תזונה פלוס' 70, יוני 2008: 22-25.
11. Simopoulos AP, et al. Common purslane: a source of omega-3 fatty acids and antioxidants. *J Am Coll Nutr* 1992;11(4):374-382.
12. Flaxseed Oil Consumption Raises Premature Birth Risk If Consumed During Last Two Trimesters. In: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/127630.php> אוזנר 13.11.08 בתאריך
13. הוכברג מ. חומצות שומן הכרחיות, נשימת התאים ומניעת סרטן - הצעה חדשה לתפריט. 'תזונה פלוס' 68, ספטמבר 2007: 6-9.

תזונת האם בהיריון כגורם סיכון לרגישות אלרגית בתינוק



קירה לוי R.Na
נטורופתית
kira@kira.co.il

הקדמה

אנו עדים לעלייה עקבית בשיעור הילדים הסובלים מאי סבילות ואלרגיות כגון אסתמה,¹ אטופיק דרמטיטיס ונזלת אלרגית בשנות חייהם הראשונות. שיעור הסובלים מרגישויות המתבטאות בתסמינים בדרכי הנשימה (סמפונות) הכפיל את עצמו בשנות ה-80 של המאה ה-20. משערים ש-10% -15% מהאוכלוסיה יסבלו מאטופיק דרמטיטיס בשלב כלשהו בחייהם.²

מאמץ מחקרי מוקדש לחיפוש הסיבות לתחלואה הגוברת. משערים שיש הרבה אלרגנים במזון, באוויר ובמים, חלקם גלויים וידועים (כמו חלב, ביצים, חיטה ועוד), וחלקם מוחבאים בתוך מזונות אחרים (כמו לדוגמה חיטה ש'מוחבאת' ברוטב סויה). גם איכות המים נחשבת כבעייתית, כיוון שניקיון המים משפיע על איכות המזון אותו אנחנו צורכים. כדי לבדוק את הנושא, התחילו החוקרים מהתחלה - מההיריון. אחד הדברים הראשונים שהתגלו הוא, שלאם אלרגית יש סיכוי גבוה יותר ללדת צאצא אלרגי או צאצא עם סיכון מוגבר לאלרגיות בגיל הילדות. הסיכון מוגבר ב-40% כאשר האם אלרגית, וב-70% כאשר שני ההורים בעלי נטייה אלרגית. אך הגנטיקה לבדה לא מספקת את התשובה המושלמת לעלייה הדרמטית הזו במספר הילדים החולים. על כן הופנה המאמץ המחקרי לבדיקה של השפעת הסביבה. במאמר זה אסקור את הידוע היום על השפעת התזונה של האם בהיריון על סיכון הילד שלה לסבול מאלרגיות.

התפתחות דרכי הנשימה ועל התגובתיות של תאי T לתאים אחרים (מה שעלול לגרום לתגובה אלרגית).⁵

חומצות שומן חיוניות

אסתמה היא מחלה דלקתית ואלרגית של דרכי הנשימה, ומעורבות הדלקת בה משמעותית מאוד. כנטורופתים, יש לנו דרכים לא מעטות להשפיע על היווצרות וצמצום תהליכים דלקתיים. על כן קל לנו להבין מדוע לחומצות שומן יש השפעה מכרעת על אסתמה. כולנו יודעים להמליץ לאם על צמצום צריכה של שומן רווי ועודפי חומצות שומן מסוג אומגה-6 בתזונת הילד. אך האם אנחנו יודעים איך משפיעה תזונת האם בהיריון על הסיכון למחלה?

ככל שהמחקר בתחום מתקדם, מתברר שלתזונת האם - ולא רק לגנטיקה ולגורמים סביבתיים (כמו זיהום אוויר, אבק, חיות בית, פריחת עצים ועוד) - יש השפעה מכרעת על רגישות היילוד.

במחקר שנערך על 2641 נשים הרות במהלך החודש האחרון של ההיריון, ואשר בדק את ילדיהן הפעוטים כעבור שנתיים, נמצא שצריכה של שמנים מסוג אומגה-6 (שמנים צמחיים) ומרגרינה (שומן טראנס), העלו את רמת הסיכון של התינוקות לפתח מחלה אטופית בילדות, בעוד שצריכה של שמנים מסוג אומגה-3 הפחיתו סיכון זה. ממצא מעניין נוסף ממחקר זה הראה, שצריכה גבוהה של סלרי ופירות הדר העלתה את הסיכון לאלרגיות למזון שמתבטאות בתגובה של מערכת העיכול (כמו נפיחות, גזים וכו'), ואילו טיגון בשמן צמחי עמוק וצריכה של פלפלים טריים (לא מבושלים), הגבירה סיכון

תזונה ים תיכונית

הספרות המחקרית מצביעה על תזונה ים-תיכונית כמספקת הגנה מפני התפתחות מחלות אלרגיות כמו אסתמה ואטופיק דרמטיטיס.

מחקר מעקב שנמשך 6.5 שנים בהשתתפות 460 אימהות וילדיהן, תיעד את תזונת הנשים בתקופת ההיריון והערך את התאמתה (או את אי התאמתה) לתזונה ים-תיכונית. בהמשך בדקו החוקרים אם יש מתאם בין תזונת הנשים ההרות לבין שכוחות של מחלות אלרגיות בילדיהן. ממצאי המחקר: תזונתן של כשליש מהנשים ההרות הייתה במתאם נמוך עם תזונה ים-תיכונית, ושל כשני שליש - במתאם גבוה. נמצא קשר משמעותי בין תזונה ים-תיכונית בהיריון לבין רמת הסיכון של ילדיהן ללקות באסתמה ובמחלות אטופיות. בנוסף, נמצא קשר הפוך בין תזונה ים-תיכונית של הילד לבין מחלות אלה. כלומר, תזונה ים-תיכונית סיפקה הגנה מפני מחלות אלרגיות שכוחות אלה.³ (אגב, ממצאים אלה תקפים גם לגבי אסתמה במבוגרים.⁴)

כמה רכיבי מזון בולטים מצטיירים כמשפיעים על נטייה לאלרגיות של התינוק: חומצות שומן, ויטמינים ומינרלים, ומזונות אלרגניים כגון חלב, ביצים, דגים, אגוזים ובוטנים (ועוד). ההנחה הרווחת היא, שתזונת האם בהיריון יכולה להשפיע על

למחלות אלרגיות שמתבטאות בתגובה של מערכת הנשימה (כמו אסתמה, נזלת אלרגית, ליחה וכו').⁶

מחקר שהתפרסם ביולי 2008, השווה צריכה של חומצות שומן מסוג אומגה-3 ושל שמן זית, בהקשר לסיכון להיוולד עם נטייה אלרגית. בשנת 1990, 533 נשים בהיריון תקין חולקו ל-3 קבוצות. קבוצה אחת קיבלה 4 כמוסות של אומגה-3 (שמן דגים) במינון יומי של 2.7 גרם. קבוצה שנייה קיבלה כמוסות דומות שהכילו 1 גרם שמן זית (אין לי נתונים על איכות השמן והרכבו), וקבוצה שלישית - קבוצת ביקורת - כלל לא קיבלה כמוסות. המעקב אחר הילדים נמשך 16 שנים. התוצאות הראו ירידה של 87% (!) בסיכון לפתח אסתמה אלרגית אצל תינוקות שאימהותיהם צרכו אומגה-3, לעומת ילדים שאימהותיהם צרכו שמן זית ולעומת קבוצת הביקורת. מחקרים נוספים הראו תוצאות דומות לגבי הורדת הסיכון להתפתחות אלרגיות בילדות וצריכת אומגה-3 ממקור דגים בהיריון על ידי האם.⁷⁻⁹

נראה שתוסף אומגה-3 (או אכילת דגים בהיריון, ק.ל.) משנה את תהליך ייצור הלויקוטריאנים (מתווכי הדלקת) ובכך משפרת את הפעילות החיסונית של העובר.¹⁰

למרות שדגים הם מזון אלרגני, נראה שהחוקרים תמימי דעים לגבי צריכת דגים בהיריון, השפעתה המיטיבה על התינוק והפחתת הסיכון שלו ללקות במחלה אלרגית מגורית (כמו אסתמה או אטופיק דרמטיטיס). מסקנה זו עולה ממחקרים רבים מאוד, שאת חלקם הבאתי כאן.

ויטמינים, מינרלים ורכיבי מזון נוספים

נושא נרחב נוסף שנבדק במחקרים הוא, אם צריכה של רכיבי מזון מסוימים קשורה לסיכון של התינוק לפתח עיטוש בשנתיים הראשונות לחייו (כמדד לחסינות התינוק).

מחקר אחד מצא שצריכת ויטמין E ואבץ מפחיתה סיכון לסבול מכל סוג של עיטוש בשנתיים הראשונות לחייו התינוק.¹¹

ויטמין נוסף שמחסור בו מחשיד לסיכון מוגבר לנטייה אלרגית אצל התינוק והילד, הוא ויטמין D. נראה שלוויטמין יש תפקיד בהתפתחות ריאתית של העובר ברחם, ומחסור בו מגביר כנראה את הסיכון להתפתחות אסתמה אחרי הלידה.¹²

זרעים (בוטנים, אגוזים)

בוטנים הם האלרגן השכיח ביותר בתזונת ילדים, עד כדי כך שהרשויות בארה"ב ממליצות לנשים בהיריון ולמיניקות, להפסיק לחלוטין צריכת בוטנים בתקופה זו. אך הטענה של סיכון מוגבר לאלרגיה אצל התינוק בעקבות אכילת בוטנים בהיריון אינה נתמכת במחקרים, וחוקרים ממליצים לבטל המלצת ממשל זו.¹³

ההמלצות לגבי צריכת אגוזים אינן חד-משמעיות. מספר מחקרים בודקים תגובות לסוגי אגוזים ספציפיים ולמשפחת האגוזים בכלל, בתלות במינון, כגורם אפשרי לסיכון מוגבר לאסתמה בתינוק.

במחקר אורך נוסף על תזונת 4246 אימהות בחודש האחרון להיריון ומעקב של 8 שנים אחרי ילדיהן נמצא, כי ככל שהאישה אכלה יותר אגוזים בהיריון, כך גדל הסיכון של התינוק לחלות באסתמה, וכי צריכה יומיומית של אגוזים העלתה את כמות העיטושים אצל הילדים.¹⁴ (אין בידי נתונים על סוג האגוזים, כמותם ואם היו קלויים או טריים, ק.ל.)

חלב פרה

בנושא החלב (להפתעתי! ק.ל.) כמעט ואין תיעוד מחקרי על השפעה אפשרית של צריכת חלב בהיריון על תופעות אלרגיות

אצל התינוק. למרות שכל מאמר שמכבד את עצמו מציין את האלרגיה לחלב פרה, המתפתחת בשנת החיים הראשונה, כאלרגיה השכיחה ביותר בילדות, כנראה שעדיין לא מצאו לנכון לבדוק את ההשפעה של צריכת חלב בהיריון.

פרוביוטיקה

נושא שלדעתי ראוי לעקוב אחריו בעתיד, ואשר כנראה מתחיל לעניין חוקרים למרות מחקרים ראשוניים 'לא יציבים',^{15,16} הוא השפעה של פרוביוטיקה על מחלות אלרגיות אצל תינוקות. מתרבים המחקרים המצביעים על קשר חיובי בין תוספי פרוביוטיקה לבין שיפור מצבים אלרגיים אצל ילדים בגיל מבוגר יותר ואצל מבוגרים.

דיאטה היפו-אלרגנית

נשאלת השאלה, אם דיאטה היפו-אלרגנית (דיאטת אלימינציה - הסרה של מזונות אלרגניים) מקטינה סיכון להתפתחות רגישויות אלרגיות אצל התינוק הרך. למרות שלנו, הנטורופתים, הנושא נראה ברור למדי, הוא רחוק מלהיות ברור בספרות המחקרית. העדויות אינן חד-משמעיות, והשונות מתבטאת גם בהחלטות ממשלתיות בנושא. מחקר משווה רחב היקף (meta analysis) שהתפרסם בקווקראן (Cochrane) בשנת 2006 הראה, שאכן אלימינציה של מזונות בתקופת ההיריון מפחיתה סיכון של תינוקות לפתח מחלות אלרגיות. אך בשנת 2007, מסיבות לא ידועות, פרסום זה הוסר.¹⁷

כמטפלת נטורופתית, חשוב לי מאוד לאבחן רגישויות למזון אצל מטופלים שלי, ונשים בהיריון בכלל זה. גם אם קיים אך סיכון קטן שהרגישויות של האם יגשו את מערכת החיסון של העובר, חשוב לי מאוד לעשות את המרב כדי להקטין סיכון זה. יחד עם זאת, אני חייבת לציין, שאני מסכימה עם החוקרים המתנגדים לאלימינציה מוחלטת של מזונות אלרגניים בהיריון, ומעדיפה על פני גישה זו את הגישה של בדיקת רגישות אינדיווידואלית, על ידי דיאטת אלימינציה ואתגר או על ידי דיאטת רוטציה² והסרה של מזונות ספציפיים שאליהם האם אלרגית או רגישה. אני מאמינה שרגישויות מסוג זה מפריעות לתפקוד אופטימלי של הגוף.

במקרה של אישה הרה הסובלת מריבוי אלרגיות, הגיוני להמליץ על תזונה היפו-אלרגנית גורפת, פרט לדגים (כמקור לאומגה-3, שהוכח כמיטיב). אם האישה אלרגית ספציפית לדגים - אז אמליץ על מקורות צמחיים לחומצות השומן החיוניות ולאומגה-3 (אך לא על שמן פשתן, שהוא בעייתי בהיריון).

לסיכום

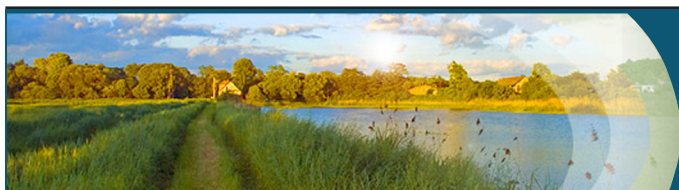
המחקר המדעי מספק בסיס ראייתי לעובדה, שתזונת האם בהיריון משפיעה על רגישות מוגברת של ילדים לחומרים סביבתיים, מהמזון או מהאוויר. כנטורופתים שוחרי בריאות, אנחנו צריכים להתייחס לנקודה זו בכל מפגש טיפולי עם אישה הריונית, בין אם היא באה לטפל בבטייה הריונית כלשהי (סוכרת הריונית, יתר לחץ דם הריוני וכו') ובין אם היא באה ללמוד מה היא יכולה לעשות כדי לעבור היריון אופטימלי וללדת תינוק בריא ככל האפשר.

מקורות

1. Huurre TM, Aro HM, Jaakkola JJ. Incidence and prevalence of asthma and allergic rhinitis: a cohort study of Finnish adolescents. *Journal of Asthma*. 2004;41(3):311-7
2. Joseph E. Pizzorno Jr., Michael T. Murray. *Textbook of Natural Medicine*, Third Edition. 2006. Missouri, USA. Churchill Livingstone Elsevier. Volume 1, pp. 203-207, 255-262, 497-500.

«משך»

3. Chatzi L, Torrent M, Romieu I, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Vioque J, Kogevinas M, Sunyer J. Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood. *Thorax*. 2008 Jun;63(6):507-13.
4. Barros R, Moreira A, Fonseca J, de Oliveira JF, Delgado L, Castel-Branco MG, Haahela T, Lopes C, Moreira P. Adherence to the Mediterranean diet and fresh fruit intake are associated with improved asthma control. *Allergy*. 2008 Jul;63(7):917-23.
5. Willers SM, Wijga AH, Brunekreef B, Kerkhof M, Gerritsen J, Hoekstra MO, de Jongste JC, Smit HA. Maternal food consumption during pregnancy and the longitudinal development of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2008 Jul 15;178(2):124-31.
6. Stefanie Sausenthaler, Sibylle Koletzko, Beate Schaaf, Irina Lehmann, Michael Borte, Olaf Herbarth, Andrea von Berg, H-Erich Wichmann, Joachim Heinrich for the LISA Study Group, (2007). Maternal diet during pregnancy in relation to eczema and allergic sensitization in the offspring at 2 y of age. *American Journal of Clinical Nutrition* Vol. 85, No. 2, 530-537.
7. Olsen SF, Østerdal ML, Salvig JD, Mortensen LM, Rytter D, Secher NJ, Henriksen TB. Fish oil intake compared with olive oil intake in late pregnancy and asthma in the offspring: 16 y of registry-based follow-up from a randomized controlled trial. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2008 Jul;88(1):167-75.
8. Calvani M, Alessandri C, Sopo SM, Panetta V, Pingitore G, Tripodi S, Zappalà D, Zicari AM; Lazio Association of Pediatric Allergology (APAL) Study Group. Consumption of fish, butter and margarine during pregnancy and development of allergic sensitizations in the offspring: role of maternal atopy. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2006 Mar;17(2):94-102.
9. Romieu I, Torrent M, Garcia-Esteban R, Ferrer C, Ribas-Fitó N, Antó JM, Sunyer J. Maternal fish intake during pregnancy and atopy and asthma in infancy. *Clinical and Experimental Allergy*. 2007 Apr;37(4):518-25.
10. Prescott SL, Barden AE, Mori TA, Dunstan JA. Maternal fish oil supplementation in pregnancy modifies neonatal leukotriene production by cord-blood-derived neutrophils. *Clinical Science (London)*. 2007 Nov;113(10):409-16.
11. Augusto A Litonjua, Sheryl L Rifas-Shiman, Ngoc P Ly, Kelan G Tantisira, Janet W Rich-Edwards, Carlos A Camargo, Jr, Scott T Weiss, Matthew W Gillman and Diane R Gold, (2006). Maternal antioxidant intake in pregnancy and wheezing illnesses in children at 2 y of age. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 84, No. 4, 903-911.
12. Litonjua AA, Weiss ST. Is vitamin D deficiency to blame for the asthma epidemic? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007 Nov;120(5):1031-5.
13. Dean T, Venter C, Pereira B, Grundy J, Clayton CB, Higgins B. Government advice on peanut avoidance during pregnancy--is it followed correctly and what is the impact on sensitization? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2007 Apr;20(2):95-9.
14. Willers SM, Wijga AH, Brunekreef B, Kerkhof M, Gerritsen J, Hoekstra MO, de Jongste JC, Smit HA. Maternal food consumption during pregnancy and the longitudinal development of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2008 Jul 15;178(2):124-31.
15. Kopp MV, Hennemuth I, Heinzmann A, Urbanek R. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of probiotics for primary prevention: no clinical effects of Lactobacillus GG supplementation. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):e850-6.
16. Abrahamsson TR, Jakobsson T, Böttcher MF, Fredrikson M, Jenmalm MC, Björkstén B, Oldaeus G. Probiotics in prevention of IgE-associated eczema: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2007 May;119(5):1174-80.
17. Kramer MS, Kakuma R. Maternal dietary antigen avoidance during pregnancy or lactation, or both, for preventing or treating atopic disease in the child. *Cochrane Database Systematic Review*. 2006 Jul 19;3:CD000133.



www.naturopathy.org.il

אתר האגודה לשרותכם!

האתר נועד לשמש במה פעילה ותוססת לחברי האגודה, והוא פתוח לכל גולש אינטרנט (למעט הפורום הסגור לחברים בלבד) המתעניין בתחום הנטורופתיה והתזונה הטבעית.

באתר:

- מידע על העמותה ● ישיבות הנהלה ● ועדות פעילות ● טפסים ● פורום
- חדשות המאבק להצלת הנטורופתיה בישראל
- רשימת חברים מוכרים ע"י האגודה - נטורופתים ותזונאים טבעיים
- הטבות לחברים ● כנסים ● הצעות עבודה ● קליניקות
- מאמרים ● מכללות - לימודים ● קישורים
- יצירת קשר עם מזכירות העמותה

אנו מזמינים אתכם לגלוש באתר ופתוחים לקבל הצעות לשיפור ולהרחבה.

בכבוד רב,

איתן לוי, יו"ר ועדת מחשוב

האגודה
לנטורופתיה



האגודה הישראלית
לנטורופתיה
ולתזונה טבעית

ת.ד. 102
מתן 45858
טלפקס: 03-6344369

מאמר סקירה הגישה הנטורופתית לסוכרת הריונית

קרן וולקומיר

נטורופתית R.Na
keren@teva-li.co.il

מבוא

סוכרת הריונית עשויה להיות שלב בהתפתחותה של סוכרת לאחר הלידה. ככזו, עלינו להתייחס אליה ברצינות ולעזור למטופלת שאובחנה בסוכרת הריונית להסתגל בתקופת ההיריון לאורח חיים חדש, שיגן עליה מפני התפתחות סוכרת סוג 2 בהמשך חייה או סוכרת בהיריון הבא.

מאמר זה בוחן את דרכי הטיפול הטבעיים האפשריים בסוכרת הריונית מזווית מדעית, מבוססת ראיות.

מטרת המאמר היא לבחון גישות טיפול נטורופתיות שונות בראייה מדעית עדכנית, ולדון בשתי שאלות:

1. האם שינוי תזונה ואורח חיים עשוי להפחית סיכון לסוכרת הריונית?

2. האם התערבות טיפולית בעזרת תזונה, פעילות גופנית, תוספי תזונה וצמחים, יכולה להפחית רמות גלוקוז בדם בסוכרת הריונית?

שאלת התזונה תיבחן לעומק. אנסה לברר אם עלינו להתמקד בחישובים קלוריים ובהגבלה כמותית של הפחמימות בדיאטה, או להתייחס לאיכות המזון ולתכולתו.

לצד, בנושאים אלו לא מצאתי מספיק מחקרים שנעשו על נשים עם סוכרת הריונית, ולכן נאצתי לעתים להסתמך על מחקרים שנעשו על חולי סוכרת לא הריונית, או על נשים הרות שאינן סוכרתיות.

רקע כללי

סוכרת הריונית (gestational diabetes) מוגדרת כאי סבילות לגלוקוז, המתפתחת במהלך ההיריון.

סוכרת הריונית מאופיינת בתפקוד לא מספק של תאי בטא בבלבל. ישנן ראיות לכך שפגמים בתאי בטא בסוכרת הריונית נובעים מאותו ספקטרום של גורמים העומדים בבסיס היפרגליקמיה בכלל, כולל מחלה אוטואימונית, גורמים מונוגנים (הנשלטים על ידי גן אחד) ותנגודת לאינסולין. תנגודת לאינסולין בהיריון עשויה להתפתח משילוב של עלייה ברקמת השומן של האם ושל גורמים המפחיתים רגישות לאינסולין, כגון הורמונים המיוצרים בשליה (חיזוק לכך אנו מקבלים מהירידה המהירה היחסית בתנגודת לאינסולין לאחר הלידה).¹

שני גורמי הסיכון העיקריים לסוכרת הריונית הם שמנות (obesity) וגיל מתקדם.²

שכיחות המחלה בישראל היא כ-3% (כ-4000 מקרים בשנה)³ ובארצות הברית כ-4% בשנה.^{4,2}

נשים עם סוכרת הריונית נמצאות בסיכון גבוה לרעלת היריון (preeclampsia), להולדת תינוקות גדולים ביחס לגילם ולקרעים בלידה (birth lacerations).⁴

סוכרת הריונית שלא מטופלת או לא מנוטרת היטב, יכולה לגרום לתינוקות עם היפראינסולינימיה, שיהפכו לילדים בעלי סיכון לשמנות (obesity) ולמבוגרים בסיכון לסוכרת סוג 2.^{5,2}

רוב הנשים שחלו בסוכרת הריונית חוזרות לסבילות נורמלית לגלוקוז לאחר הלידה, אבל הן בסיכון ניכר לפתח בהמשך חייהן אי סבילות לגלוקוז או סוכרת סוג 2.^{6,4,2} במהלך 10 שנים מתום ההיריון.¹

מטרת הטיפול הקונבנציונלי והנטורופתי בסוכרת הריונית היא להשיג רמות תקינות של גלוקוז בדם, בעיקר באמצעות טיפול תזונתי. כאשר לא מושג היעד של רמת גלוקוז מתחת ל-105 מ"ג/דצ"ל בצום, או של רמת גלוקוז מתחת ל-120 מ"ג/דצ"ל לאחר ארוחה, ניתן טיפול באינסולין.^{7,4}

סוכרת הריונית ותזונה

הרפואה הקונבנציונלית מתייחסת בעיקר לכמות הקלוריות ו/או הפחמימתית בדיאטה. בשנים האחרונות יש התייחסות גוברת גם לאיכות המזון ולתוכנו, אשר מאפיינת יותר את הגישה הנטורופתית.

המלצות אגודת הסוכרת האמריקאית בשנת 2008 לנשים הרות ומיניקות הסובלות מסוכרת⁷ הן:

- לצרוך קלוריות בכמות המאפשרת עלייה נכונה במשקל במהלך ההיריון. לא מומלץ להפחית במשקל, אולם, לנשים עם עודף משקל או לנשים שמנות עם סוכרת הריונית מומלצת צריכה קלורית מתונה וצריכה מוגבלת של פחמימות.
- להימנע מקטונמיה (גופי קטון בדם) כתוצאה מרעב.
- לשמור על קביעות בזמני האכילה וכמויות המזון, כדי למנוע היפוגליקמיה.
- לנטר רמות גלוקוז בפלסמה ולנהל יומן תזונה יומי על מנת לבדוק אם יש צורך בשינויים בתזונה ו/או במינוני האינסולין.

סוגיית הדיאטה היפוקלורית

הבעייתיות בדיאטות היפוקלוריות בנשים שמנות עם סוכרת הריונית היא הסיכון לקטונמיה (גופי קטון בדם) וקטונוריה (גופי קטון בשתן). אולם, הגבלה קלורית מתונה (הפחתה של 30% בצריכה המשוערת) עשויה לעזור לבקרה גליקמית ללא קטונמיה ולהפחתה במשקל.⁷

בניסוי אקראי פרוספקטיבי נמצא, שדיאטה היפוקלורית לנשים שמנות עם סוכרת הריונית (1200 קלוריות ליום, לעומת 2400 בקבוצת הביקורת) הפחיתה דרמטית את רמות הגלוקוז בדם ואת רמות האינסולין בפלסמה בצום, אך גם גרמה לעלייה מובהקת ברמת הקטונים בשתן.⁸

מחקר זה מחזק את הטענים לבעייתיות של דיאטה היפוקלורית.

פחמימות - שאלה של כמות או איכות

האגודה האמריקאית לסוכרת ממליצה לבסס את כמות ופיזור הפחמימות בתזונה של אישה עם סוכרת הרינית על מדדים קליניים: רעב, רמות הגלוקוז בפלסמה, העלייה במשקל ורמת הקטונים. הצריכה היומית המומלצת היא לפחות 175 גרם פחמימות ליום, מפוזרות על פני 3 ארוחות קטנות עד בינוניות, ועוד 2-4 ארוחות ביניים קטנות (snacks), גם בערב, על מנת למנוע קטוזיס שמצטבר בלילה.⁷

במחקר פרוספקטיבי שנערך בגרמניה על נשים הרות בריאות, לא נמצאו הבדלים ברמות הגלוקוז בין הקבוצה שקיבלה דיאטה עתירת פחמימות (50% מסך הקלוריות הנצרכות) לקבוצה שקיבלה דיאטה דלת פחמימות (40% מסך הקלוריות הנצרכות). התחלואה בסוכרת הרינית במהלך המחקר לא הצביעה על הבדל מובהק בין הקבוצות.⁹ במחקר זה לא הוכחה השפעה של כמות הפחמימות בדיאטה על הסבילות לגלוקוז.

לא רק כמות הפחמימות בדיאטה, אלא גם איכותן, משפיעה על תגובת הגלוקוז בדם.

משתנים רלוונטיים יכולים להיות: סוג המזון, סוג העמילן (עמילוז מול עמילופקטין), סוג ההכנה (שיטת הבישול, זמן הבישול וכד'), רמת העיבוד של הפחמימה והרכב הארוחה.⁷ כל אלה משפיעים למעשה על המדד הגליקמי של הפחמימה.

מדד גליקמי

מדד גליקמי (glycemic index) מסווג פחמימות לפי השפעתן המיידית על רמות הגלוקוז בדם.

מזונות עם מדד גליקמי גבוה (>70) גורמים לעלייה חדה בגלוקוז לאחר ארוחה.

מזונות עם מדד גליקמי נמוך (<55) גורמים לעלייה מתונה בגלוקוז לאחר ארוחה.

מזונות עם מדד גליקמי נמוך כוללים פתיתי שיבולת שועל שלמים, שעורה, בורגול גס, שעועית, עדשים ושאר קטניות, פסטה אל דנטה, לחם פומפריניקל (לחם גס), תפוחים ועוד. סיבים, חלבון ושומן הם רכיבים תזונתיים הנוטים להפחית את התגובה הגליקמית.¹⁰

מדד גליקמי וסיכון לסוכרת ולסוכרת הרינית

מחקר פרוספקטיבי הראה, שמדד גליקמי של מזונות מנבא סיכון לסוכרת הרינית.²

לא מצאתי מחקרים נוספים ספציפיים לסוכרת הרינית.

עמדת האגודה האמריקאית לסוכרת משנת 2008 (מת"חסת לסוכרת שלא בהיריון): מעבר מדיאטה בעלת מדד גליקמי גבוה לדיאטה בעלת מדד גליקמי נמוך עשויה להפחית סיכון לסוכרת.⁷

מדד גליקמי ויעילות טיפולית

בסוכרת ובסוכרת הרינית:

עד לכתובת מאמר זה, לא מצאתי מחקרים התערבותיים שבהם המדד הגליקמי הוא חלק מהטיפול התזונתי בנשים עם סוכרת הרינית (אף קיבלתי חיזוק לכך ממאמרים שקראתי בנושא¹¹).

מספר מחקרים שבדקו מדד גליקמי, נעשו על סוכרתיים שאינם בהיריון ועל נשים הרות שאינן סוכרתיים.

הטיפול בסוכרת בעזרת דיאטות עם מדד גליקמי נמוך שנוי במחלוקת, וההמלצות ברחבי העולם שונות.

במחקר משווה רחב-היקף (meta analysis) של 14 מחקרים

קליניים אקראיים בהשתתפות חולי סוכרת סוג 1 ו-2 נמצא, שדיאטות בעלות מדד גליקמי נמוך הפחיתו המוגלובין מסוכרר (HbA1c) ב-0.4% יותר מדיאטות קונבנציונליות או מדיאטות עם מדד גליקמי גבוה. זוהי אמנם השפעה קטנה, אך יש לה אפקט קליני חשוב לשליטה ברמות הגלוקוז בטווח הארוך, בדומה לזה של תרופות לטיפול בהיפרגליקמיה לאחר ארוחה.¹²

מספר מחקרים קליניים אקראיים אחרים דיווחו, שדיאטות עם מדד גליקמי נמוך הפחיתו גליקמיה בסוכרתיים, אבל מחקרים קליניים אחרים לא איששו השפעה זו.⁷

מחקר שבדק השפעה של מדד גליקמי בנשים הרות שאינן סוכרתיים נמצא, שהיריון לא משפיע על התגובה הגליקמית למזונות מסוימים, ושצריכת דיאטות או מזונות עם מדד גליקמי נמוך הפחיתו את רמת הגלוקוז לאחר ארוחה גם בהיריון.

בשלושה מחקרים שבדקו דיאטה עם מדד גליקמי נמוך בנשים הרות שאינן סוכרתיים נמצא, כי משקל היילוד נמוך ביחס לגילו.¹³ ממצא זה מעורר תהייה לגבי היכולת של תזונה עם מדד גליקמי נמוך, להשפיע על משקלם (הגבוה בדרך כלל) של ילודים לאימהות עם סוכרת הרינית.

לאור הנתונים שצוינו לעיל - ירידה בהוגלובין מסוכרר בקרב סוכרתיים שצרכו דיאטות עם מדד גליקמי נמוך, ותגובה רגילה של הגוף למדד הגליקמי גם בהיריון - ייתכן שאין מניעה להמליץ על תזונה עם מדד גליקמי נמוך גם בסוכרת הרינית.

הבעייתיות במדד הגליקמי היא, שההבדלים הבין-אישיים גדולים, ולכן כל אישה צריכה לבדוק אילו מזונות משפיעים עליה לטובה או לרעה. אין הנחיות פרקטיות המגדירות מזונות כ"טובים" או "רעים" בהתבסס על המדד הגליקמי.¹³

עומס גליקמי

עומס גליקמי (glycemic load) הוא משתנה נוסף שנכנס לאחרונה לשימוש. הוא מחושב על בסיס המדד הגליקמי של המזונות המרכיבים את הארוחה, וכמות הפחמימות בארוחה (כלומר הוא מייצג את **איכות וכמות** הפחמימות ואת האינטראקציה ביניהם).⁷

רכיבים מקובלים: עומס גליקמי גבוה (>20), עומס גליקמי בינוני (10-20), עומס גליקמי נמוך (<10).

עומס גליקמי וסוכרת הרינית

מאמר סקירה מציע, שדיאטות עם עומס גליקמי נמוך במהלך ההיריון עשויות להפחית את הסיכון לסוכרת הרינית או ליילוד גדול לגילו, לצד השגת BMI רצוי וצריכה קלורית רצויה.

במחקר רטרוספקטיבי גדול נמצא, שעומס גליקמי גבוה מנבא סוכרת הרינית.²

הדעות חלוקות לגבי תפקיד אפשרי של עומס גליקמי נמוך בהפחתת סיכון לסוכרת סוג 2 (בלי קשר להיריון).

במחקרים מסוימים הודגם קשר בין עומס גליקמי וסיכון לסוכרת, אך מחקרים אחרים לא הצליחו לאשש קשר זה או קשר בין מדד/עומס גליקמי לבין רגישות לאינסולין.⁷

ניסויים קליניים רנדומליים פרוספקטיביים דרושים לפתרון עניין זה. בכל זאת, האגודה האמריקאית לסוכרת ממליצה לסוכרתיים לצרוך מזונות בעלי עומס גליקמי נמוך.⁷

לא מצאתי מחקרים אודות עומס גליקמי וטיפול בסוכרת הרינית.

סיבים תזונתיים

יש לזכור גם שסוכרתיים וגם את האוכלוסיה הכללית לבחור מגוון של מזונות מכילי סיבים כגון קטניות, דגנים עתירי סיבים (5 גרם או יותר של סיבים למנה), פירות, ירקות ודגנים מלאים, מאחר שהם מספקים ויטמינים, מינרלים וחומרים אחרים החשובים לבריאות טובה.⁷ זוהי המלצתה של האגודה האמריקאית לסוכרת (שאינה מתייחסת ספציפית לסוכרת הריונית).

האגודה מציעה נתונים המציעים שצריכת דיאטה עתירת סיבים (כ-50 גרם סיבים ליום) מפחיתה גליקמיה בקרב נחקרים עם סוכרת סוג 1, ומפחיתה גליקמיה, היפראינסוליןמיה וליפמיה בקרב נחקרים עם סוכרת סוג 2.

האגודה מציינת מכשולים אפשריים לצריכת סיבים (כמו טעם, מבחר מוגבל ותופעות לוואי עיכוליות) ובכל זאת היא ממליצה לסוכרתיים לצרוך סיבים בכמות רבה: 14 גרם לכל 1000 קלוריות.⁷

השפעה של סיבים תזונתיים על איזון גלוקוז מיוחסת למספר מנגנונים אפשריים:⁴

1. צריכה מוגברת של סיבים תזונתיים עשויה להפחית תיאבון וצריכה קלורית כללית, ובכך להפחית צבירת שומן ולשפר רגישות לאינסולין.

2. צריכת סיבים עשויה לעכב את ריקון הקיבה ולהאט את ספיגת הגלוקוז, ובכך לגרום לספיגה מופחתת של גלוקוז ולעלייה נמוכה יותר של רמות אינסולין.

יתרונות אלה יוחסו בראש ובראשונה לסיבים מסיסים, אשר יוצרים חומרים דמויי ג'ל בקיבה.

סיבים תזונתיים וסיכון לסוכרת הריונית

מהממצאים על הקשר בין צריכת סיבים לבין סוכרת הריונית עולה, כי יש חשיבות למקור הסיבים ולא רק לצריכה הכוללת של סיבים:²

● נמצא קשר הפוך בין צריכת סיבים בכלל ומדגנים בפרט, לבין סיכון לסוכרת הריונית.

● נמצא קשר הפוך בין צריכת סיבים בכלל ומדגנים בפרט, לבין רמות של חלבון מגיב-C (C-reactive protein - CRP) בדם, וקשר חיובי עם אדיפונקטין (adiponectin). שני הסמנים הביולוגיים הללו קשורים לסיכון לסוכרת הריונית.

● נמצא קשר הפוך מובהק בין צריכת סיבים מפירות לבין הפחתת סיכון לסוכרת הריונית: קשר שנשאר מובהק (אם כי נחלש במקצת) גם לאחר נטרול משתנים מתווכים אחרים כגון ויטמין C, ויטמין E ומגנזיום במזון (שבצמם קשורים לסיכון נמוך לסוכרת הריונית).

● לא נצפה קשר מובהק בין צריכת סיבים מירקות לבין סוכרת הריונית.

מחקר פרוספקטיבי גדול בדק קשר בין שלושת הגורמים שהוצגו לעיל - מדד גליקמי, עומס גליקמי וסיבים תזונתיים - לבין סיכון לסוכרת הריונית.²

המחקר נערך על 758 נשים אמריקאיות עם סוכרת הריונית (מתוך 13110 נשים שהשתתפו במחקר בריאות האחיות השני [Nurses' Health Study II]). המחקר בדק אם צריכת סיבים תזונתיים מדגנים, פירות וירקות, ומדד ועומס גליקמי של מזונות לפני ההיריון, קשורים לסיכון לסוכרת הריונית.

נמצא קשר חזק בין צריכת סיבים כללית וצריכת סיבים מדגנים ופירות, לבין סיכון לסוכרת הריונית. כל תוספת של 10 גרם ליום בצריכת סיבים כללית הפחיתה סיכון ב-26%:

כל עלייה בצריכת סיבים מדגנים או מפירות הפחיתה סיכון ב-23% וב-26% בהתאמה.²

נמצא קשר חיובי מובהק בין עומס גליקמי לבין סיכון לסוכרת הריונית: ככל שהעומס הגליקמי היה גבוה, כך עלה הסיכון לסוכרת הריונית.

עומס גליקמי נבא סיכון לסוכרת הריונית טוב יותר מאשר מדד גליקמי או מכמות הפחמימות לבדה.

השילוב של עומס גליקמי גבוה וצריכה נמוכה של סיבים מדגנים היה קשור לסיכון גבוה פי 2.15 מהשילוב ההפוך (כלומר עומס גליקמי נמוך וצריכה גבוהה של סיבים).

ממצאים אלה מציעים, שתזונה טרום-הריונית דלת סיבים ובעלת עומס גליקמי גבוה, עשויה להיות קשורה לסיכון לסוכרת הריונית.

סיבים תזונתיים וטיפול בסוכרת הריונית

מצאתי מחקר אחד בלבד על האפקט הטיפולי של סיבים תזונתיים בסוכרת הריונית. מחקר חלוץ (pilot) זה השווה השפעה של דיאטה דלת סיבים (20 גרם), דיאטה מתונה בסיבים (40-60 גרם) ודיאטה עתירת סיבים (70-80 גרם) על נשים עם סוכרת הריונית שאינן זקוקות לאינסולין. לא נמצא קשר בין דיאטות עתירות סיבים לבין הפחתת רמות הגלוקוז בנשים עם סוכרת הריונית.¹¹

יש צורך במחקרים התערבותיים שבהם יבודדו את שלושת המשתנים (מדד גליקמי, עומס גליקמי וסיבים תזונתיים) ויבדקו מי מהם הוא המשמעותי ביותר ומהי ההשפעה התרופוטית/טיפולית של השילוב שלהם על נשים עם סוכרת הריונית.

פעילות גופנית

פעילות גופנית קבועה יכולה לעזור להפחית את ריכוזי הגלוקוז בפלסמה בצום ולאחר ארוחה, ואפשר להשתמש בה ככלי טיפולי נוסף לשיפור הגליקמיה של האם.^{14,7}

לאימוץ גופני יש השפעות אקוטיות וארוכות טווח על רגישות לאינסולין, על הפרשת אינסולין ועל המטבוליזם של גלוקוז בנחקרים סוכרתיים ולא סוכרתיים. יתרונות הפעילות הגופנית נצפו גם בנשים עם סוכרת הריונית, שהשיגו רמות תקינות של גלוקוז בדם ללא צורך בטיפול באינסולין.

במחקר נמצא, שפעילות גופנית קלה (2.52 ק"מ בשעה, עליית דופק של 9 פעימות בדקה) לאחר ארוחה, הפחיתה את רמות הגלוקוז בזמן הפעילות בנשים עם סוכרת הריונית ומנעה או דחתה את הטיפול באינסולין.¹⁵

מחקר נוסף בדק את ההשפעות של אימון כוח מחזורי על הצורך באינסולין בקרב 32 נשים עם סוכרת הריונית. הנשים חולקו אקראית לשתי קבוצות: קבוצה שטופלה בדיאטה בלבד וקבוצה שטופלה בדיאטה ובאימון כוח. תוצאות המחקר הראו, שמספר הנשים שנזקקו לטיפול באינסולין היה זהה בשתי הקבוצות. אולם ניתוח התוצאות הראה, שבהשוואה לקבוצת הדיאטה בלבד, נשים עם עודף משקל (BMI >25) מקבוצת הדיאטה + אימון כוח, נזקקו לאינסולין בשכיחות נמוכה יותר, וכן התארך משך הזמן שחלף מהאבחון ועד להתחלת הטיפול באינסולין.¹⁶

המסקנה משני מחקרים אלה היא, כי פעילות גופנית קלה אחרי ארוחה ו/או אימון כוח, עשויים 'לחסוך' מנשים עם סוכרת הריונית - בעיקר נשים בעלות משקל עודף - את הצורך בטיפול באינסולין.

ברמה הפרקטית-טיפולית, נראה כי היענות לפעילות גופנית עשויה להיות גבוהה יותר בקרב נשים המזריקות לעצמן אינסולין.

משמעותי של תוסף כרומיום באנשים עם אי סבילות לגלוקוז או עם סוכרת מסוג 2⁷, ומאחר שלא נעשו מספיק מחקרים על בני אדם בהקשר לשימוש בכרומיום בסוכרת הרינית ולבטיחות השימוש לאם ולעובר, יש להמשיך ולקבץ אחר ההתפתחות המחקרית בנושא.

תיאמין - ויטמין B1

תיאמין חשוב לחמצון של גלוקוז, לייצור אינסולין על ידי תאי בטא בבלבל ולגדילת תאים. מכיון שכ-50% מהנשים מפתחות חסר ביוכימי בתיאמין, ומאחר שטיפול קונבנציונלי (לא ציון סוג הטיפול, וק.ק) לסוכרת הרינית מעלה את שיעור התינוקות הנולדים במשקל נמוך, עלתה האפשרות כי תוסף תיאמין בנשים בהיריון מונע משקל נמוך של התינוק בלידה, הנובע כתוצאה מהטיפול הקונבנציונלי.²¹

עדיין אין מספיק מחקרים התערבותיים שבדקו מהם המיננים המומלצים ומהו הפרופיל הבטיחותי של תוסף תיאמין בנשים עם סוכרת הרינית.

צמחי מרפא

לפי האגודה האמריקאית לסוכרת, אין מספיק ראיות ליעילות של צמחים בטיפול בסוכרת.⁷

לא מצאתי אף מחקר שנעשה על טיפול בצמחים בסוכרת הרינית.

המדריך הנטורופתי¹⁰ מציע מספר צמחים לטיפול בסוכרת, ללא התייחסות לסוכרת הרינית. שניים מהצמחים הללו מותרים לשימוש בהיריון, אך שוב, אין מחקרים המגבים זאת.

ג'ימנמה (*Gymnema sylvestre*)

הצמח מקובל ברפואה ההודית המסורתית עוד מימי קדם כתרופה לסוכרת.

ברפואת הצמחים המודרנית הוא נחשב כצמח הבחירה לטיפול בסוכרת ומיוחסת לו יוצמת פעילות מתונה. הניסיון הקליני הראה כי שימוש מוגבל בנשים בהיריון הוא חסר כל רעילות.²² אין מחקרים בנושא זה בכלל ובשימוש בצמח לטיפול בסוכרת הרינית בפרט.

שום (*Allium sativum*)

שום הוכיח פעילות מפחיתת סוכר בדם במספר מחקרים, כנראה בזכות החומרים הפעילים שלו, המכילים תרכובות גופריתיות ופלבנואידים.¹⁰

סיכום ומסקנות

סקירת הגישה הטבעית לסוכרת הרינית מעלה שני היבטים חשובים: היבט מניעת והיבט טיפולי.

ההיבט המניעתי

נראה כי שינוי תזונתי ופעילות גופנית עשויים להפחית סיכון לסוכרת הרינית ולסוכרת סוג 2 שעשויה להתפתח לאחר היריון. מומלצת תזונה עתירת סיבים, בעיקר מדגנים מלאים ופירות, עם מדד גליקמי נמוכים.

עומס גליקמי נמצא כמנבא סיכון לסוכרת הרינית יותר ממדד גליקמי או מכמות הפחמימות לבדה. כלומר, חשוב שקביעת רגישות של אישה לסוכרת הרינית, תתבסס גם על כמות הפחמימות וגם על איכותן.

במחקרים המעטים שבדקו את האמונות וההתנהגויות של נשים הרות (לא סוכרתיות) בהקשר לפעילות גופנית נמצא, כי נשים מאמינות שלפעילות גופנית יש יתרונות, אולם השינויים הייחודיים המתרחשים בהיריון, יחד עם אמונות הנובעות מחוסר מידע מדויק או מהימין (לדוגמה: 'פעילות גופנית עשויה להזיק לעובר'), עשויים למנוע מנשים בהיריון לעסוק בפעילות גופנית.

מאחר שנשים בסיכון לסוכרת הרינית נוטות להיות פחות פעילות ויותר שמנות מאשר נשים באופן כללי, הגורמים הקובעים את התנהגותן בהקשר לפעילות גופנית עשויים להיות שונים מאלה שנמצאו במחקרים קודמים, שבדקו נשים ללא סוכרת הרינית.¹⁴

מחקר בדק אמונות והתנהגויות הקשורות לפעילות גופנית בקרב נשים לאחר לידה, שסבלו מסוכרת הרינית בהיריון האחרון. הנשים מילאו שאלון סקר שנשלח אליהן בדואר. הממצאים הראו כי:

1. פעילות גופנית במהלך ההיריון נתפסה כמועילה ביותר לשליטה ברמות הגלוקוז; פעילות גופנית לאחר ההיריון נתפסה כמועילה לשליטה במשקל.
2. המכשול הנפוץ ביותר לביצוע פעילות גופנית במהלך ההיריון היה עייפות, ולאחר ההיריון - חוסר זמן.
3. בני הזוג של הנשים היו אלה שהשפיעו עליהן ביותר לבצע פעילות גופנית במהלך ההיריון ואחריו.
4. הנשים ביצעו פעילות גופנית רבה יותר בתקופה שלאחר הלידה, בהשוואה לתקופה שלפני ההיריון או לתקופת ההיריון.

מסקנות המחקר היו, כי כדי להגביר פעילות גופנית ולהפחית סיכון לסוכרת סוג 2 בקרב נשים עם סוכרת הרינית, על אנשי מקצועות הבריאות להבין את המרכיבים הפסיכולוגיים הרלוונטיים אצל נשים עם סוכרת הרינית או בסיכון למחלה, ולהשתמש בתוצאות מחקר זה כמסגרת לתוכניות טיפול אפקטיביות ומניעתיות.¹⁴

תוספי תזונה

כרומיום

כרומיום הוא מינרל חיוני בעל תפקיד חיוני בוויסות אינסולין והשפעותיו על מטבוליזם של פחמימות, חלבונים ושומנים.¹⁷

לפי האגודה האמריקאית לסוכרת ומנתונים העולים ממחקרים קטנים נראה, כי לתוסף כרומיום עשוי להיות תפקיד בטיפול באי סבילות לגלוקוז⁷ ובסוכרת הרינית.^{18,7}

צריכה יומית של 8 מק"ג כרומיום ל-1 ק"ג משקל גוף היתה יותר יעילה מצריכת 4 מק"ג ל-1 ק"ג משקל גוף בנשים עם סוכרת הרינית.¹⁹

מנגנון הפעולה של כרומיום כולל קשירת אינסולין, העלאת מספר הקולטנים (receptors) לאינסולין והעלאת הפוספורילציה (שלב חיוני בתהליכים תאיים רבים) של קולטנים לאינסולין.¹⁹

במחקרים על בעלי חיים ובמחקרים קליניים על בני אדם נמצא, כי כרומיום בטוח לשימוש בכלל ובסוכרת הרינית בפרט,^{17,19} לא רעיל לאם ולא מזיק להתפתחות העובר מהיבטים של משקל, שלמות השלד והתפתחות נוירולוגית.²⁰

אולם, במחקר שפורסם לאחרונה נמצא, שחשיפה גבוהה של חולדות לכרומיום פיקולניט (הצורה היעילה ביותר של תוספי הכרומיום) במינון של 2 מק"ג ל-1 ק"ג משקל גוף (מחצית המינון שניתן במחקר על בני אדם שצוין לעיל), יכולה לגרום לפגמים מורפולוגיים בשלד הצאצאים, כדוגמת הסתעפות הקשתות הצוואריות (bifurcated cervical arches).¹⁹

מאחר שמחקרים טובים אחרים לא הצליחו להדגים יתרון

ההיבט הטיפולי - מסקנות פרקטיות לטיפול בסוכרת הריונית

תזונה

כמות הפחמימות: המלצות האגודה האמריקאית לסוכרת לתזונת נשים עם סוכרת הריונית:

● להימנע מדיאטה היפוקלורית או להקטין את הצריכה הקלורית המשווערת ב-30% בלבד.

● לצרוך לכל הפחות 175 גרם פחמימות ליום, ב-6 ארוחות קטנות עד 3 ארוחות בינוניות, לרבות ארוחה בערב.

איכות פחמימות: למרות היעדר גיבוי מחקרי מספק, נראה שדיאטה עם מדד ועומס גליקמי נמוכים, הניתנת לנשים עם סוכרת הריונית, עשויה להפחית רמות גלוקוז בדם ולהפחית סיכון למשקל גבוה בעוברים וביולידים שלהן.

סיבים: לסיבים תזונתיים תפקיד חשוב בדיאטה של סוכרתיים ובהפחתת המדד הגליקמי של מזונות. כנטורופטים, יש לנו כלים לסייע למטופלות שלנו להסתגל לדיאטה עתירת סיבים.

פעילות גופנית

פעילות גופנית קלה אחרי ארוחה ו/או אימון כוח קבוע, עשויים לעזור לנשים עם סוכרת הריונית (בעיקר בעלות משקל עודף) להפחית רמות גלוקוז בדם ולהימנע מטיפול באינסולין או לפחות לדחות אותו. עלינו להסביר למטופלות עם סוכרת הריונית שזוהי האופציה המועדפת.

לאחר הלידה, חשוב להסביר למטופלות על חשיבותה של פעילות גופנית קבועה להפחתת סיכון עתידי לסוכרת סוג 2.

נצטרך לחשוב על דרכים יצירתיות להסרת מכשולים כמו עייפות וחוסר זמן, וגם לגייס לעזרה את בני הזוג.

תוספי תזונה וצמחים

בהיעדר ראיות מחקריות חד-משמעיות ולנוכח ריבוי אזהרות בטיחות, עלינו להמשיך ולעקוב אחר התקדמות המחקר בנושא זה.

לסיים

שינויים בתזונה ובאורח החיים עשויים להפחית סיכון לסוכרת הריונית ולסוכרת סוג 2 לאחר ההיריון, ולהוות בסיס טיפולי להפחתת רמות גלוקוז בדם בנשים עם סוכרת הריונית. תזונה עתירת סיבים, בעלת מדד ועומס גליקמי נמוכים, בשילוב עם פעילות גופנית קבועה, הוכחו מחקרית כיעילים במניעת מחלות ובטיפול בהן.

תוספי תזונה וצמחים עדיין נותרים ללא גיבוי מחקרי מספק.

הגישות הקונבנציונליות והנטורופתיות זהות במהותן בטיפול בסוכרת הריונית; בראש ובראשונה, שימוש בתזונה ככלי מניעתי וטיפולי. הגישה הקונבנציונלית עדיין נשענת בעיקרה על כימות הפחמימות ועל גודל הארוחות ומספרן.

ההמלצות העדכניות (משנת 2008) של האגודה האמריקאית לסוכרת, קרובות ואולי אף זהות לגישה הנטורופתית: צריכת ארוחות מבוזרות המכילות מזונות עתירי סיבים ובעלי עומס גליקמי נמוך (בעיקר דגנים מלאים, פירות וירקות).

התפתחות זו מעודדת ומגבה את הניסיון הקליני הנטורופתי.

המשאבים שבידינו נותנים לנו יתרון משמעותי בהתמודדות עם קשיי היענות לדיאטה מנימוקים של טעם, מבחר מוגבל או תופעות לוואי עיכוליות. בידינו היכולת להציע למטופלנו

רעיונות לבישול אוכל שהוא גם בריא, גם טעים וגם מגוון, ושתייה של תה צמחים כדוגמת שומר או קמומיל להקלת העיכול.

כולי תקווה כי נמשיך להיווכח, גם בהקשר למחלות אחרות, שגופים מקצועיים קונבנציונליים מגיעים למסקנות אליהם הגענו אנו הנטורופטים מזה זמן רב.

מקורות

1. Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Watanabe R (2007). What is gestational diabetes? *Diabetes Care* 30:S105-S111.
2. Zhang C, Liu S, Solomon CG, Hu FB (2006). Dietary fiber intake, dietary glycemic load, and the risk for gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 29: 2223-2230.
3. הוד מ' (2003). סוכרת נעורים והריון - העתיד (כמעט) כבר כאן. בתוך משה ר' (עורכת מקצועית), סוכרת הריונית - מידע עדכני. מוסף מיוחד של מרכז ההדרכה של האגודה לסוכרת נעורים בישראל. זמין ב: <http://pdf.org.il/files/worddocs/mosafherayon.pdf>
4. Kasper D.L (2004). *Harrison's principles of internal medicine*. McGraw-Hill Professional; 16 edition.
5. Gestational Diabetes, online. Available at <http://community.diabetes.org/n/pix/forum.aspx?tsn=2&nav=messages&webtag=adagestational&tid=292>
6. Diabetes and Pregnancy, online. Available at <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/diabetesandpregnancy.html>
7. American Diabetes Association (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 31:S61-S78
8. Magee MS, Knopp RH and Benedetti TJ (1990). Metabolic effects of 1200-kcal diet in obese pregnant women with gestational diabetes. *Diabetes* 39(2): 234-240.
9. Buhling KJ et al (2004). No influence of high- and low-carbohydrate diet on the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Clinical Biochemistry* 37(4):323-327.
10. Pizzomo JE, Murray MT (1999). *Textbook of Natural Medicine*. 2nd edition, Churchill Livingstone.
11. Reader DM (2007). Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. *Diabetes Care* 30: S188-193S
12. Brand-Miller J, Hayne S, Petocz P, Colagiuri S (2003). Low-glycemic index diets in the management of diabetes. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 26:2261-2267.
13. Reader DM (2007). Medical nutrition therapy and lifestyle interventions. *Diabetes Care* 30: S188-193S
14. Downs DS, Ulbrecht JS (2006). Understanding exercise beliefs and behaviors in women with gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care* 29:236-240
15. Apollonia GP et al (2001). Evaluation of light exercise in the treatment of gestational diabetes. *Diabetes Care* 24: 2006-2007
16. Brankston GN, Mitchell BF, Ryan EA, Okun NB (2004). Resistance exercise decreases the need for insulin in overweight women with gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 190(1):188-193.
17. No authors listed (2004) A scientific review: the role of chromium in insulin resistance. *Diabetes Educator* ; Suppl:2-14. Review
18. Anderson RA (1998). Chromium, glucose intolerance and diabetes. *J Am Coll Nutr*. 1998 17(6):548-55. Review.
19. Bailey MM et al (2006). Exposure of pregnant mice to chromium picolinate results in skeletal defects in their offspring. *Birth defects research. Part B, Developmental and reproductive toxicology*. 77(3):244-249.
20. Bailey MM et al (2008). Comparison of the potential for developmental toxicity of prenatal exposure to two dietary chromium supplements, chromium picolinate and [Cr3O(O2CCH2CH3)6(H2O)3]+, in mice. *Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol*. Feb;83(1):27-31.
21. Bakker SJ, ter Maaten JC, Gans RO (2000). Thiamine supplementation to prevent induction of low birth weight by conventional therapy for gestational diabetes mellitus. *Medical Hypotheses*. Jul;55(1):88-90
22. אתר ראן צמחים: <http://www.ranherbs.com/monograph.asp?pid=319&t=b>

דיכאון לאחר לידה - גישה קונבנציונלית מול גישה נטורופתית

- דיכאון לאחר לידה - לא פסיכוטי (PPD - postpartum depression - non psychotic)
- דיכאון פסיכוטי לאחר לידה (postpartum psychosis, puerperal psychosis)
- מצב חמור ונדיר יותר

לאורך ציר הפרעות מצב הרוח נמצאת הפרעת חרדה לאחר לידה, וגם מצבים רפואיים אשר יכולים לגרום להפרעות במצב הרוח.

אפידמיולוגיה

במדינות מפותחות שכיחות דל"ל היא כ-12%-13%. בארה"ב עד 20%, כאשר השיעורים הגבוהים הם בקרב אימהות צעירות.

התמונה הקלינית אופיינית לתקופה שלאחר הלידה: שינויים בתיאבון, עייפות, ירידה בליבדו ושינויים במצב הרוח.

גורמי סיכון לדיכאון לאחר לידה²

- היסטוריה של דיכאון או הפרעות דו קוטביות
- דיכאון במהלך ההיריון
- הפרעות מצב רוח בתסמונת קדם-וסתית
- תמיכה חברתית חלשה
- זוגיות לא מתפקדת
- בידוד חברתי
- אורח חיים מתוח ולחץ

אבחון וקליניקה

דכדוך לאחר לידה

שכיחות: 50%-85% מהיולדות מדווחות על דכדוך לאחר לידה, שמתחיל כ-48 שעות לאחר הלידה, מגיע לשיא בימים 3-5 ונמשך כשבועיים. יש מומחים הטוענים כי הדכדוך עלול להימשך גם עד שנה.³

קליניקה: שינויים חדים במצב הרוח, רגישות ונטייה מוגברת לבכי, חרדה, עצב, דאגנות יתר, הפרעות שינה, תשישות, תחושת בדידות קשה, חוסר ריכוז, תחושה של תלות באחרים וחוסר ביטחון.

אטיולוגיה: לא לגמרי ידועה. שינויים הורמונליים חשודים: בעיקר ירידה חדה ברמות האסטרון והפרוגסטרון לאחר הלידה, וכן תגובה חלשה לאוקסיטוצין (ההורמון האחראי על הקשר אם-תינוק). גורם הסיכון העיקרי הוא חוסר תמיכה פסיכו-סוציאלית - עודף ציפיות גורר תחושות של בושה, אשמה וערעור התפיסה העצמית כאם וכאישה.

טיפול: מצב זה לרוב חולף בעזרת תמיכה - סיוע בטיפול בתינוק, שיפור השינה והתזונה, עזרה במטלות הבית.

פרוגנוזה: 20% עלולות לפתח דל"ל.³

פאולה שטיינברג בלאו MA,HRM

תואר שני במינהל עסקים, התמחות בניהול משאבי אנוש נטורופתית

shpaula@bezeqint.net

תקציר

מאמר זה יעסוק בתופעת הדיכאון לאחר לידה. מדובר בתופעה מורכבת, לרוב לא מאובחנת כלל, מפני שנשים רבות אינן פונות לקבל סיוע מקצועי. מטרת המאמר היא להציג את הפתופיזיולוגיה של תופעת הדיכאון לאחר לידה, להציג את הטיפול הקונבנציונאלי, להציע תוכנית טיפולית בגישה הנטורופתית וגם להציג מחקרים חדשים בנושא.

מבוא

ההליך הלידה והתקופה שלאחריה נתפסים בקרב הנשים כתקופה מושלמת, רווית ציפיות מעצמן ומבני זוגן. יחד עם זאת, האישה המודרנית אינה מכינה את עצמה ואת סביבתה למה שמגיע עם הלידה - תשישות, היעדר שעות שינה, כאבים, ירידה בחשק המיני, שינויים במצב הרוח, ירידה בדימוי העצמי ובתחושת הנשיות ועוד שינויים רבים נוספים.

ד"ר נורת'רופ מגדירה בספרה "גופה של אישה תבונתה של אישה" את התקופה שלאחר הלידה כשליש רביעי. ב'שליש' זה עוברת האישה שינויים רגשיים, גופניים ונפשיים עצומים, ובעקבותיהם שיעור מאוד גבוה של נשים מפתחות תסמינים שונים הקשורים לדיכאון.

כיום מתנהל שיח עולמי האם העובדה שילדת נשלחת אל ביתה יומיים לאחר הלידה ובכך מנוחתה מסתיימת מוקדם מדי, תורמת להפרעות מצבי רוח.

הפרעות מצבי רוח לאחר הלידה נחקרות זה שנים. בצד הגורמים הביולוגיים, מצטברות עדויות רבות בדבר השפעות פסיכו-חברתיות כגון תפיסת האימהות, בקשה וקבלת סיוע, ביטחון עצמי, מה מותר ומה נורמלי לאחר לידה, קשר אימא-תינוק ונושאים רבים נוספים.¹

האתגר שלנו כנטורופתים הוא להכיל את אותם הצרכים שאינם באים לידי ביטוי בזוגיות, במשפחה הקרובה ובסביבתה של האם הטרייה; לסייע בחיזוק מערכות הגוף השונות ע"י תזונה מזינה ולטפל באותן אמונות, מחשבות, פחדים וחששות שהאם הטרייה מתמודדת איתם.

הגדרות

DSM-IV מגדיר דיכאון לאחר לידה כדיכאון מג'ורי לא פסיכוטי, המתחיל בתוך 4 שבועות מהלידה. נהוג לסווג דיכאון לאחר לידה (בקיצור: דל"ל) על בסיס רצף של הפרעות מצב רוח, הכוללים מספר רמות:

- דכדוך לאחר לידה (baby blues) - המצב הקל ביותר

דיכאון לאחר לידה - לא פסיכוטי

שכיחות: 10%-15% מהיולדות. הדיכאון מופיע בחודש הראשון לאחר הלידה. בספרות המקצועית מדווחים על טווח הופעה רחב יותר, משלושה חודשים ועד שנה לאחר הלידה.³

לצורך אבחנה נקבע ב-DSM שחייבים להתקיים תסמין אחד משני התסמינים העיקריים ועוד ארבעה מתוך הרשימה הבאה לפחות למשך שבועיים:

- מצב רוח ירוד במשך רוב שעות היום, איבוד יכולת ההנאה בכל תחום, כמעט כל יום
- שינויים בתיאבון ובמשקל
- הפרעות שינה - קושי להירדם
- שינויים בפעילות - עודף או חסר
- מחשבות אובדניות
- תשישות וחוסר אנרגיה
- ירידה בתחושת הערך העצמי או תחושות של אשמה ובושה
- הפרעות ריכוז, קושי בקבלת החלטות.³



קליניקה: בלבול, חוסר התמצאות, תלונות על הפרעות מצבי רוח חמורים, הפרעות חשיבה המלוות בהלוצינציות או דלזיות.

לרוב ישנו קשר להפרעה דו-קוטבית ברקע (אגב, גם סמויה).

הסיכון להישנות התקפים פסיכוטיים באישה שחוותה אירוע פסיכוטי לאחר לידה גבוה - 38%-50%.

נשים אלה נמצאות בסיכון גבוה להריגת תינוקות, לכן ברוב המקרים מומלץ אשפוז מיידי.⁴

הפרעות חרדה לאחר לידה (OCD - Obsessive Compulsive Disorder)

שכיחות: כ-10% מהיולדות.

תסמיני OCD עלולים להופיע או להחמיר לאחר הלידה. חרדה ואובססיות הקשורות לטיפול בילד או לגרימת נזק כלשהו. שתי התופעות מופיעות בדיכאון.

קליניקה: כאבי ראש, כאבים בחזה, עלייה בדופק, נימול, רעד או סחרחורת, קוצר נשימה בינוני, חוסר מנוחה, פחד להישאר לבד. לעתים החרדה גורמת למיסוך הדיכאון וכך האישה לא מאובחנת כהלכה.

קבוצות סיכון: היסטוריה של הפרעות חרדה במשפחה.

סיווג:

- מצב חרדה מתמשך וקבוע המופיע לאחר הלידה
- התקפי חרדה המופיעים כשבועיים לאחר הלידה ומלווים בתסמיני דיכאון.
- שכיחות: 3%-5% מהיולדות; כ-6 שבועות לאחר הלידה
- הביטוי העיקרי: מחשבות טורדניות סביב גרימת נזק לתינוק והימנעות ממגע איתו.⁵

אטיולוגיה לדיכאון לאחר לידה

למרות המאמץ המחקרי בנושא דל"ל, עדיין לא זוהו הגורמים הספציפיים למחלה.

בין הגורמים החשודים:

- חוסר איזון הורמונלי - רגישות לירידות חדות ברמות אסטרוגן, פרוגסטרון וקורטיזול סמוך לאחר הלידה.
- שינויים פיזיולוגיים לאחר הלידה - שינויים בטונוס השרירים, עייפות, כאבים.
- שינויים רגשיים לאחר הלידה - איבוד הזהות העצמית, תחושה של עודף אחריות, חוסר שינה, ירידה בתחושת הנשיות ובחשק המיני.
- מחלות נפש לפני הלידה.
- היסטוריה של מחלות נפש במשפחה.
- בעיות בזוגיות, פיטורין, היעדר תמיכה כלכלית וחברתית.
- איבודי היריון כגון הפלות ולידת עוברים מתים.
- גיל האם - נשים צעירות הן בסיכון גבוה יותר.
- **מין היילוד** - במחקר צרפתי שעקב אחר 181 נשים במשך חודשיים, נמצאו השפעות מרחיקות לכת על כל תחומי החיים: תפקוד פיזי, כאבים פיזיים, בריאות מנטלית, תפקוד רגשי, תפקוד חברתי, ויטאליות, בריאות כללית. נמצא שלידת זכרים הפחיתה באופן משמעותי את איכות החיים, ללא תלות במצב הדיכאוני. כמו כן נמצא קשר בין מין היילוד להופעת תסמיני דיכאון לאחר לידה.⁶
- בעקבות המחקר נבנו תוכניות להקניית כישורי הורות למניעת דל"ל, בעיקר עבור הורים לבנים.
- **לידה כואבת** - במחקר שבדק 43 נשים כשלושה ימים לאחר הלידה, נמצא קשר משמעותי בין תפיסה רגשית של כאב בלידה לבין הפרעות במצב הרוח לאחר הלידה.

תסמינים נוספים: תחושה של חוסר יכולת לטפל בתינוק, דאגנות יתר, עלייה בחשש מפני פרידה אפשרית מן התינוק, חוסר אמון בסביבה. במצבים חמורים ישנה עלייה במחשבות על פגיעה עצמית או בילדים. יחד עם זאת, הריגת תינוקות שכיחה יותר בקרב אימהות פסיכוטיות.

תסמינים גופניים: כאבי ראש, כאבים בחזה, עלייה בדופק, נימול, רעד או סחרחורת, קוצר נשימה בינוני - כולם מצביעים על חרדה. חרדה לאחר לידה היא הפרעה נפרדת, אך לרוב השתיים יופיעו יחד.

אבחון: סולם אדינבורו, בעל רגישות של 100% ורמת דיוק של 95.5%. ציון 12.5 ומעלה מציינ סיכון מוגבר לדל"ל.

גורמי סיכון לדל"ל: תורשה של הפרעות פסיכיאטריות, דיכאון בעבר, דכדוך לאחר לידה, גורמים פסיכו-סוציאליים כגון היעדר תמיכה במהלך ההיריון ולאחר הלידה.

הישנות: כ-80% מהנשים שחוו אירוע אחד או שניים של דל"ל עלולות לחוות דיכאון ספונטני כעבור 5 שנים, וכ-50% יחוו דיכאון ספונטני לאחר לידה נוספת.⁴

דיכאון לאחר לידה - מצב פסיכוטי

שכיחות פסיכוזה לאחר לידה היא 1-2 מקרים ל-1000 יולדות. תחילתה בימים הראשונים לאחר הלידה, אך היא בהחלט עלולה להופיע גם בהמשך.

ממצאי מחקר זה דומים לממצאים ממחקרים שנעשו במדינות אחרות בעולם, כגון בריטניה וטאיוואן. נראה כי תפיסת התמיכה מן הזוג, תחושת חרדה לאחר לידה, תחושת חוסר ביטחון עצמי, הסתגלות לתפקיד האימהי, רקע חברתי ודתי - לכולם השפעה ניכרת על מידת הסיכון לפתח דל"ל.

אבחנה מבדלת

למרות הקושי באבחון דיכאון לאחר לידה ואולי בגללו, חשוב לשלול מצבים נוספים להם תמונה קלינית דומה ושכיחות רבה ביותר בנשים לאחר לידה. יש לשלול אנמיה, סוכרת והפרעות בלוטת התריס. כמו כן, יש להביא בחשבון, שעלול להיות שילוב של דיכאון לאחר לידה עם מצבים רפואיים אחרים.

השלכות דיכאון לאחר לידה על היילוד

מצבה הדיכאוני של האם משפיע משמעותית גם על התפתחות היילוד.

מחקרים מצביעים על נזק להתפתחות המוטורית והשכלית ולאיתות ההתקשרות לאם.¹²

מחקר עדכני מצא, כי חומרת הדל"ל באם יכול לנבא את תגובות היילוד לחיסונים - ככל שהדיכאון חמור יותר, כך יוצמת הכאב שהילד חש בעת חיסון גבוהה יותר.¹²

מחקר אחר מצא, כי לדרגת הדיכאון באם יש השפעה על יוצמת הבכי וכאבי הבטן (colic) ביילוד - ככל שהדיכאון היה חמור יותר, הילד בכה יותר.¹²

בעקבות ממצאים אלה ואחרים, מתמקד כיום הטיפול לא רק ברגשות האם, אלא גם בטיפול שלה ובקשר הגומלין שלה עם הילד, על מנת להגביר את ההתקשרות לאם ולשפר את יכולות הילד.¹²

טיפול קונבנציונלי

הטיפול הקונבנציונלי משלב תרופות, פסיכותרפיה, תוכניות חינוך בשילוב עם קבוצות תמיכה.

תרופות

קבוצת התרופות מסוג 'מעכבי ספיגת סרוטונין ברגניים' (SSRI) כגון פרוזאק, סרוקסט, ציפרמיל, פבוקסיל, לוסטרל - המגבלה העיקרית של תרופות אלה היא מעברן אל חלב האם, לכן נשים המאובחנות בדל"ל מתלבטות לא פעם, אם ליטול את התרופה או להמשיך להיניק ולמצוא פתרונות חלופיים. המחקרים בנוגע להשפעת נוגדי דיכאון על תינוקות אינם חד-משמעיים, ובכל זאת מוסכם כי אכן עלולה להיות השפעה שלילית.¹³

פסיכותרפיה

הגישות העיקריות לטיפול הן טיפול בין-אישי וטיפול קוגניטיבי התנהגותי.

● **טיפול בין אישי** - מיקוד על מתחים בזוגיות ועל ההתארגנות המשפחתית החדשה. במסגרת השיטה, אימהות לומדות לסטל בתינוקן, להתמודד עם בכי התינוק וכד'. יעילות השיטה מוערכת ב-59% נסיגה מלאה ו-29% נסיגה חלקית בדל"ל במהלך 12 מפגשים.

● **טיפול קוגניטיבי התנהגותי** - המיקוד הוא על מחשבות ואמונות שליליות ועל מתן כלים להתמודדות נכונה. במחקר אקראי שיטה זו נמצאה יעילה בדומה לתרופות נוגדות דיכאון. מעריכים כי ב-66.6% יהיה ריפוי תוך מספר מפגשים מועט.

ככל שהכאב היה עז יותר, כך ההפרעה במצב הרוח היתה חמורה יותר. הסבר אפשרי לממצא זה הוא בתחושת הכישלון שהנשים חוו בעקבות הלידה הכואבת, בעיקר נשים שעברו הכנה ללידה. בנוסף, תפיסת הלידה כאירוע חיובי עלולה לגרום לאכזבה בעקבות הכאב. כידוע, דכדוך לאחר לידה מהווה גורם סיכון לדל"ל, לכן ממצאים אלה חושפים פן נוסף הדורש התייחסות טיפולית.⁷

● **חסרים תזונתיים** - מחקרים קודמים הראו כי תוספת חומצה פולית מסייעת במקרים של דיכאון. במחקר שעקב אחר 865 יולדות יפניות, 121 פיתחו דל"ל במהלך 2-9 חודשים מהלידה. לא נמצא קשר משמעותי בין צריכת חומצה פולית, ויטמין B12 וויטמין B6 לבין הסיכון לדל"ל. הקשר היחיד שנמצא היה בין צריכת B2 לבין סיכון מופחת לדל"ל. למרות ממצאים אלה, למחקר מספר מגבלות אשר מנעו מסקנות משמעותיות יותר בדבר תרומת הוויטמינים להפחתת הסיכון לדל"ל.⁸

מאמר בכתב העת Biological Psychiatry, דן בחשיבות התזונה לתפקודי המוח השונים. מזון לא איכותי בעולם המודרני חושף את הנשים לחסרים מהותיים ומגביר בכך את הסיכון לדיכאון. בין החסרים המוזכרים במאמר: חסר באומגה-3 מגביר סיכון לדיכאון (מחקרים קודמים הראו השפעה מיטיבה הן לאומגה-3 והן לחומצה פולית), חסר בחומצה פולית גם מפחית את התגובות לטיפול נוגד דיכאון, חסרים של ויטמין B, ברזל, אבץ וסלניום שכיחים בחולי דיכאון.

נשים צעירות לאחר לידה ומיניקות נמצאות בסיכון מוגבר בשל העומס על גופן בתקופה זו, והסיכון שלהם להיווצרות חסרים תזונתיים גבוה מאוד.

דלדול מאגרי הרכיבים התזונתיים חושף נשים לדיכאון לאחר לידה. מכאן הצורך במחקרים נוספים בנושא התזונתי.⁹

● **רקע אוטואימוני ודלקתי** - תיאוריה חדשה מתפרסמת לאחרונה בדבר מנגנון אוטואימוני העומד בבסיס האטיולוגיה של הדל"ל. חוקרים אמריקאים מן המכון לחקר הרבייה האנושית בניו יורק מדגישים את האופי המתפרץ של המחלה ומאפיינים קליניים נוספים, וכן את שכיחותה העולה. הם משערים שיש מעורבות של מנגנון אוטואימוני, אותו יש כמובן לחקור יותר לעומק.¹⁰

דיכאון לאחר לידה וגורמים תרבותיים

במחקר ישראלי נבדקו גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים, דמוגרפיים ורפואיים לדל"ל. קבוצת המחקר מנתה 288 נשים גילאי 17-43, ל-30% מהן היתה זו לידה ראשונה. הממצאים: 22% קיבלו ציון 10 ומעלה בסולם אדינבורו, ציון המצביע על דיכאון קל לפחות. כ-13% קיבלו ציון 13 או יותר, המצביע על דיכאון בינוני עד קשה. שיעור גבוה יותר נמצא בקרב עולות חדשות. בקבוצת הנשים בעלות ציון 10 ומעלה, כ-2/3 דיווחו על סימני דיכאון בשאלונים שמילאו במהלך ההיריון.

● **גורמים דמוגרפיים** (גיל, ארץ לידה, שנת עלייה, מספר לידה, השכלה, תעסוקה ושייכות דתית): נמצא קשר משמעותי בין השכלה (פחות מ-9 שנות לימוד), הגירה (עולות חדשות) ודל"ל.

● **גורמים פסיכו-סוציאליים**: נמצאו קשרים משמעותיים בין דל"ל לבין אי שביעות רצון מחיי המשפחה/זוגיות, בעיות רגשיות/נפשיות בעבר, חוסר תמיכה משפחתית וחברתית, סימני דיכאון במשך ההיריון ובעיות בריאות מתמשכות של התינוק.

● **גורמים רפואיים**: נמצא קשר בין סיבוכים במהלך האשפוז לאחר לידה לבין דל"ל.

● **בריאות התינוק**: בעיות בריאות בגיל 3 ימים או 6 שבועות לא נמצאו קשורות לדל"ל, אך אימהות לילדים עם בעיות בריאות בשתי נקודות הזמן היו בסיכון מוגבר לדל"ל.¹¹

- **"יוץ זוגי" - במחקר אקראי נמצא, כי השתתפות הזוג בתוכניות חינוכיות להתמודדות עם דל"ל, שיפורה באופן משמעותי את הקליניקה תוך 4 שבועות בלבד.**
- **קבוצות תמיכה - מחקרים מצביעים, שנשים עם דל"ל מרגישות מבודדות ובודדות. לא פעם, תחושת בושח וחוסר ביטחון עצמי מונעות בקשת עזרה. השתתפות בקבוצות תמיכה, בעיקר קבלת עזרה מאימהות שעברו תהליכים דומים, שיפורה תסמיני דיכאון תוך 4-8 שבועות. מחקר סיני מצא כי לאחר 4 שבועות, רק 33% מן המשתתפות בקבוצת התמיכה היו עדיין מדוכאות, אל מול 60% בקבוצת הביקורת.**¹⁴

טיפול באור

גישה זו לא נחקרה מספיק. במחקר אחד נמצאה ירידה של 75% בתסמיני הדיכאון לאחר 4 שבועות.¹⁵

טיפולים הורמונליים באסטרוגן

מספר מועט של מחקרים מצביעים על תוצאות טובות - עד 82% התאוששות.¹⁶

טיפול בגישת הרפואה הטבעית

בשנים האחרונות עלה מספר הפונים לטיפולים טבעיים וזאת עקב תחושת אחריות אישית על הבריאות, הגישה ההוליסטית של המטפל, הרצון לקבל טיפול אינדיבידואלי, טיפול ללא תופעות לוואי.

הטיפול התרופתי הנוגד דיכאון ידוע כעובר אל היילוד דרך חלב האם. השפעותיו לא ידועות לגמרי ולכן אימהות מעדיפות לקבל טיפולים טבעיים.

מטרות הטיפול הנטורופתי הן: להפחית תהליך דלקתי, להזין ולתגבר את מאגרי הרכיבים התזונתיים, להפחית תהליכים מחמצנים ולצייד את האם בכלים נכונים להתמודדות עם מצבי לחץ שונים.

המלצות תזונתיות

1. תזונה עשירה במזון מלא, ירקות, פירות, דגנים מלאים, זרעים ואגוזים

אין ספק כי אחד האתגרים העומדים בפני האם הטרייה היא התזונה שלה - מרבית האימהות מגלות כי לאחר הלידה אין זמן ואין חשק לבשל. אימהות טריות מוצאות עצמן ניזונות בעיקר מכריכים, חטיפים, ממתקים ושאר מזונות מהירים קלים להשגה, קלים לבישול וגם חסרי כל ערך תזונתי.

כנטורופטים, חשוב שנציע פתרונות יצירתיים ע"מ להעשיר את התזונה, מבלי להוסיף לחץ בשגרה היומית.

2. תזונה נוגדת דלקת

מחקרים בתחום החיסון הפסיכו-נאורולוגי מראים, שדיכאון קשור לתהליך דלקתי עקב עלייה ברמות של ציטוקינים מעודדי דלקת. בעבר התייחסו לדלקת כאחד מגורמי הסיכון לדיכאון. כיום ההנחה היא שגורמי דחק (stress) פיזיים ונפשיים מגבירים דלקת, ויותר מזה: דלקת היא גורם הסיכון העיקרי שבבסיס הדיכאון. דלקת היא ההסבר לכך שגורמי סיכון פסיכו-סוציאליים, התנהגותיים ופיזיים מגבירים את הסיכון לדיכאון. הנחה זאת נכונה לגבי דיכאון בכלל ולגבי דיכאון לאחר לידה בפרט.

ומדוע?!

נשים לאחר לידה מצויות בסיכון מוגבר עקב עלייה משמעותית ברמות הציטוקינים הפרו-דלקתיים במהלך השליש השלישי להיריון (אגב, זוהי התקופה המגבירה את הסיכון לדיכאון). בנוסף, חוויות האימהות החדשה כגון היעדר שינה, כאבים

לאחר לידה וטראומה, פועלות כגורמי דחק המזרזים עלייה ברמות הציטוקינים הפרו-דלקתיים. ידוע כי להנקה תפקיד בהגנה על בריאות הנפש ע"י הרגעת מתח והפחתת דלקת. כאשר ההנקה נחוות כשילית עקב פצעים בפטמה, דלקות וכאבים - הסיכון לדיכאון גובר.¹⁷

3. אומגה-3 ודיכאון לאחר לידה

מחקר משווה רחב היקף (meta analysis) בדק קשר בין תסמיני דיכאון (שאינו דל"ל) לבין צריכה מועטה של חומצות שומן רב בלתי רוויות מסוג אומגה-3. נכללו 10 מחקרים כפולי סמיות שארכו לפחות 4 שבועות, אוכלוסית המחקר כללה 329 נחקרים. מסקנת המחקר היתה שלאומגה-3 השפעה נוגדת דיכאון מובהקת, הן במצבי דיכאון קליני והן במצבי הפרעה דו-קוטבית.¹⁸

בתחילת 2008 פורסם מאמר על תפקיד חומצת אומגה-3 בפסיכונורוימונולוגיה. נסקרו ההשפעות של אומגה-3: חסר באומגה-3 נמצא כקשור למחלות נירולוגיות, קרדיו-וסקולריות, אוטואימוניות, מטבוליות וסרטניות. מחקרים עדכניים הראו גם השפעה נוגדת דיכאון. חסר ב-DHA נמצא כקשור לחוסר יציבות של ממברנות הניורונים ולפגיעה בתשדורת של סרטונין, נוראפיניפרין ודופמין ועקב כך, כתורם להפרעות במצבי רוח ולהפרעות קוגניטיביות הקשורות לדיכאון. EPA נמצא כקשור לאיזון חיסוני ולבריאות פיזית ע"י הפחתת רמות של חומצה ארכידונית ויצירת פרוסטגלנדינים מסוג E2. מסקנת המאמר היא, שחוסר של שתי חומצות אלה משפיע הן ברמה המנטלית והן ברמה הפיזית.¹⁹

השפעות אומגה-3 בהקשר לדל"ל

מחקר משווה רחב היקף סקר 41 מחקרים שבדקו את הקשר בין תכולת DHA בחלב אם וצריכת מזון מן הים לבין

כיצא נארוולוגי שלנו
היפוי לזמינות???



"קל-מאק"
סידן שנספג !!!

כ-150 מחלות נגרמות
מחוסר סידן זמין:
כאבי גב ומפרקים, דלקות,
לחץ דם, כולסטרול, סוכרת,
אוסטופורוזיס, סרטן ועוד ועוד...

לפרטים נוספים: תיקי רוזנטל 054-6544162

נוטרינה ישראל, בבעלות וילבוש בע"מ, הינה המשוקת הבלעדית בישראל של מוצרי חברת Nulab Inc. ארה"ב.
Nulab הינה חברה מובילה בעולם בתחום תוספי מזון ובריאות. כל המוצרים מיובאים ברישיון משרד הבריאות.
דרך בר יהודה, ליד מחלף הזרע, ת"ד 15, חיפה 31000,
טל: 04-8664202, פקס: 04-8664871

דל"ל. אוכלוסיית המחקר מנתה 14532 נחקרות מ-23 מדינות. הממצאים הראו שתכולה גבוהה של DHA בחלב אם וצריכה גבוהה של מאכלי ים ניבאו שכיחות נמוכה יותר של דל"ל. לא נמצא קשר בין תכולת EPA וחומצה ארכדונית של דל"ל (AA - arachidonic acid) בחלב אם לבין דל"ל.

מסקנת המחקר היתה כי הן תכולת DHA נמוכה בחלב אם והן צריכה נמוכה של מאכלי ים קשורות לשכיחות גבוהה יותר של דל"ל.²⁰

ב-2006 התבצע מחקר חלוץ (pilot), במהלכו 6 נשים נטלו חצי גרם אומגה-3 ליום, 3 נשים נטלו 1.4 גרם ליום ו-7 נשים נטלו 2.8 גרם ליום. נבדקו מדדי דל"ל לפי סולם אדינבורו וגם מדדי דיכאון לפי סולם המילטון. התוצאות הצביעו על שיפור של 51.5% במדדי סולם אדינבורו (ירידה מציון ממוצע 18.1 לציון 9.3. להזכירכם, ציון מעל 10 מצביע על דיכאון קל), ושל 48.8% בסולם המילטון (ירידה מציון ממוצע 19.1 לציון ממוצע 10). מגבלת המחקר היתה מדגם אוכלוסייה קטן מאוד. יחד עם זאת, ניתן היה להסיק כי נטילת אומגה-3 בטוחה בהיריון.²¹

בתחילת 2008 פורסם מחקר נוסף, אקראי, מבוקר וכפול סמיות, אשר בדק את השפעות אומגה-3 על דיכאון במהלך ההיריון. השתתפו 38 נשים בהיריון שסבלו מדיכאון ונבדקו מדדי המילטון לדיכאון ומדדי אדינבורו לדיכאון לאחר לידה. המחקר נמשך שנתיים במחזורים של 8 שבועות. הממצאים: בהשוואה לקבוצת הביקורת, קבוצת המחקר צברה ניקוד הרבה יותר נמוך בסולם המילטון לאחר 6 ו-8 שבועות, וגם השיגה שיעור נסיגה גבוה יותר בתסמינים. בתום המחקר, קבוצת המחקר השיגה ציונים נמוכים יותר בסולם אדינבורו לאבחון דל"ל. הטיפול באומגה-3 היה בטוח לאם ולילוד.²²

מחקר זה מצטרף לשורה ארוכה של מחקרים המצביעים על יעילות אומגה-3 כנוגדת דיכאון וגם בטוחה לשימוש, אך בשל מדגמים קטנים יחסית נדרשים מחקרים נוספים.

4. דיכאון לאחר לידה, אינדקס גליקמי ועומס גליקמי

במהלך ההיריון, רמות האינסולין בדם האם עולות בהדרגה ואף מגיעות לערכים גבוהים פי שניים בשליש השלישי. רמות האינסולין מגיעות לשיאן לקראת הלידה ועולות לרדת בחזות מייד לאחריה. ירידה חדה זו היא גורם סיכון. הקשר בין רמות אינסולין לסרטונין במוח ידוע, ומניחים כי הירידה החדה ברמות האינסולין בדם היוולדת, עלולה לפגוע ברמות הסרטונין ובכך לגרום להפרעות קשות במצבי הרוח.

מחקר רחב היקף בהשתתפות 865 יפניות הרוות, בדק את הקשר בין אינדקס גליקמי ועומס גליקמי לבין סיכון לדל"ל. הנחת המחקר הייתה, שאינדקס גבוה יעורר הפרשת אינסולין, בכך תתאפשר הובלת טריפטופאן אל המוח וכתוצאה מכך יופרש יותר סרטונין. נבדקו ערכי אינדקס גליקמי ועומס גליקמי בתזונה במהלך ההיריון, ודל"ל נבדק לפי סולם אדינבורו בין 2-9 חודשים לאחר הלידה. 121 נשים חלו בדל"ל. לא נצפה קשר תלוי מינון בין אינדקס גליקמי לבין דל"ל. יחד עם זאת, בבדיקת האינדקס הגליקמי ברבעון הראשון אל מול הרבעון השלישי, נמצא ברבעון השלישי קשר מובהק לירידה בסיכון לדל"ל. לא נמצא קשר משמעותי בין עומס גליקמי לבין סיכון לדל"ל.

מחקר זה מהווה אבן דרך למחקרים נוספים בנושא. המגבלה העיקרית שלו היא בדיקת האינדקס הגליקמי והעומס הגליקמי בעיקר בהיריון ולא לאחר הלידה.²³

למרות שממצאי המחקרים לא חד-משמעיים לגבי תפקיד האינדקס הגליקמי של המזון על תסמיני הדיכאון, חשוב להתייחס להשפעות האינדקס על מדדי הדלקת.

במחקר עדכני נבדק הקשר בין אינדקס גליקמי ועומס גליקמי לבין שומני דם ומדד הדלקת CRP בקרב 18137 נשים. נמצא

קשר בין שני המדדים לבין מדד הדלקת. ממצאים אלה מראים שניתן לשלוט בתהליך הדלקתי, באמצעות הורדת העומס הגליקמי של הארוחות.²⁴

5. תזונה עשירה בנוגדי חמצון

- **תזונה עשירה באבץ:** מספר מחקרים הצביעו על תוספת אבץ במינון של 25 מ"ג ליום כבעלת השפעה נוגדת דיכאון. נטילת אבץ במינון זה למשך חודשיים, תרמה לעלייה ברמות אומגה-3 בפלסמה, על חשבון השומן הרווי.²⁵
- **סלניום:** חמישה מחקרים הצביעו על רמות נמוכות של סלניום בדם כקשורות בהפרעות במצב הרוח. בנוסף, לסלניום תפקיד משמעותי כנוגד חמצון ותפקיד בהמרת ALA ל-EPA ו-DHA. מכאן שחסר בסלניום עלול להוביל ליחס אומגה 3:6 גבוה.²⁵
- **חומצה פולית:** במחקרים על בעלי חיים נמצא כי חסר של חומצה פולית פוגע ברמות האומגה 3. כמו כן, לחומצה פולית השפעה נוגדת דיכאון, משפרת ספיגה של תרופות נוגדות דיכאון וגם מזרזת פראוקסידציה של ליפידים.²⁵

פעילות גופנית ודיכאון לאחר לידה

לפעילות גופנית יש השפעה נוגדת דיכאון.

- במחקר מבוקר בטאיוואן נבדקו 80 יולדות עם ציון אדינבורו גבוה מ-10. הן חולקו לקבוצות של פעילות גופנית קבוצתית וטיפוליים אחרים. הפעילות הגופנית התבצעה שעה אחת בשבוע במסגרת קבוצתית ועוד שעתיים שבועיות בבית, במשך 3 חודשים. קבוצת הפעילות הגופנית סבלה פחות באופן משמעותי מתסמיני דל"ל.²⁶
- במחקר עדכני נבדקו 88 נשים בשבוע 4-38 לאחר לידה וקיבלו ציון 10 ומעלה בסולם אדינבורו. הנשים חולקו לשתי קבוצות: קבוצת מחקר שביצעה פעילות גופנית בבית, וקבוצת ביקורת. קבוצת המחקר דיווחה לאחר 3 חודשים על ירידה משמעותית בעייפות הפיזית. נשים מקבוצה זו, אשר דיווחו בתחילת המחקר על מעט עייפות פיזית והרבה עייפות נפשית, דיווחו בתום המחקר על שיפור משמעותי בעייפות הנפשית.²⁷

עיסוי ודיכאון לאחר לידה

השפעות העיסוי קשורות לירידה ברמות של דחק וחרדה, להרפיית שרירים, לשיפור זרימת הדם, לשיפור בעיכול ולהפחתת כאב.

עיסוי אימהות: במחקר נבדקה השפעת עיסוי על 32 אימהות צעירות שסובלות מדיכאון. הן חולקו לשתי קבוצות: קבוצה אחת קיבלה 10 מפגשי עיסוי וקבוצה שנייה השתתפה במפגשי הרפיה. שתי הקבוצות הציגו ירידה במדדי החרדה, אך רק בקבוצת העיסוי היה שינוי התנהגותי משמעותי וירידה משמעותית ברמות הקורטיזול ברוק. כמו כן, בקבוצה זו היתה הירידה החדה ביותר במדדי דיכאון, חרדה ודחק.

עיסוי תינוקות: מחקרים חדשים חושפים את יעילות העיסוי לא רק כשהאם מקבלת עיסוי, אלא גם כשהאם מעניקה עיסוי לתינוקה. במחקר נבדקו 34 אימהות הסובלות מדיכאון. הן חולקו אקראית לקבוצת לימוד של עיסוי תינוקות ולקבוצת תמיכה. שתי הקבוצות פעלו במשך 5 שבועות. בתום המחקר היתה ירידה במדדי הדיכאון בשתי הקבוצות, אך רק בקבוצת העיסוי היה שיפור משמעותי בקשר אימא-תינוק.²⁸

ארומתרפיה ודיכאון לאחר לידה

שימוש חיצוני בשמנים אתריים נחקר לא מעט בשל ההשפעות המרגיעות של השמנים.

מאמרים בדבר ההשפעה הביולוגית של שמן הלבנדר

לא נעשו מחקרים מספיק גדולים כדי לקבוע את השפעת הצמח בדל"ל.

הממצאים המדעיים בנוגע למעבר הצמח לחלב אם לא חד-משמעיים, מצביעים על בטיחות יחסית לתינוק.³¹ לצמח תופעות לוואי במערכת העיכול, רגישות לאור ותגובות הדדיות מרובות עם תרופות כגון קומדין, תיאופילין, תרופות ממשפחת SSRI ומעכבי MAO.

לסיכום

דיכאון לאחר לידה הוא מצב מאוד מורכב, הדורש טיפול משולב. למרות שלא קיימים מחקרים המצביעים על שיטה יעילה בלעדית, האתגר שלנו כמטפלים הוא בזיהוי הצרכים האישיים של כל אישה. "Treat the cause" - הטיפול חייב להיות ממוקד סיבה, אם ע"י זיהוי אמונות ומחשבות העומדות בבסיס המצב הדיכאוני והחלפתן במחשבות ואמונות בונות, אם ע"י הרכבת תפריט למניעת דלקת ואם ע"י תמיכה בתוספי תזונה וצמחי מרפא.

מצביעים על פעילות מרגיעה על מערכת העצבים המרכזית. מחקרים אחרים מצביעים על ריח לבנדר כמעורר, משפר שינה, מפחית תוקפנות ודחק. חשוב לזכור שמחקרים אלה אינם חד-משמעיים.²⁹

פרע ודיכאון לאחר לידה

פרע (*Hypericum perforatum*) הוא אחד הצמחים הנחקרים ביותר בהקשר לדיכאון. מחקר משווה רחב היקף אשר סקר 23 מחקרים ו-1757 נחקרים מצא, כי פרע יעיל יותר מפלצבו בטיפול בדיכאון קל עד בינוני - יעילות דומה לנוגדי הדיכאון התרופתיים, ועם פחות תופעות לוואי.

ממצאי המחקרים בארה"ב שונים מהמחקרים באירופה. בארה"ב לא נמצאה כל יעילות טיפולית לפרע. במחקר אירופי, 375 נחקרים נבדקו אקראית וחולקו בין קבוצת מחקר אשר נטלה פרע לבין קבוצת ביקורת שקיבלה פלצבו, למשך 6 שבועות, שלוש פעמים ליום. התוצאה הייתה ירידה של 50% במדדי הדיכאון בקבוצת המחקר.³⁰

מקורות

1. נורת'רופ כ' דר' (2000). גופה של אישה תבונתה של אישה הדרך לבריאות גופנית ורגשית. ישראל: אור-עם.
2. Miller LJ (2002). Postpartum depression. JAMA. 287:762-765
3. Wisner KL, Parry BL, Plonk CM. (2002). Postpartum depression. New England Journal of Medicine. 347:3.
4. Brockington F (2004). Postpartum psychiatric disorders. Lancet .363:3033-310.
5. Chaudron LH, Ples RW (2003). The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. Journal of Clinical Psychiatry. 64:1284-1292.
6. De Tychev et al (2008). Quality of life, postnatal depression and baby gender. Journal of Clinical Nurses. 17(3):312-322.
7. Boudou M et al (2007). Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. Encephale. 33(5):805-810.
8. Miyake Y et al (2006). Dietary folate and vitamins B12, B6 AND B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. Journal of Affective Disorders. 96(1-2):133-138.
9. Bodnar LM, Wisner KL (2005). Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. Biological Psychiatry. 58(9):679-685.
10. Gleicher N (2007). Postpartum depression, an autoimmune disease? Autoimmunity Reviews. 6(8):572-576.
11. Glasser S et al (2000). Postpartum depression in an Israeli cohort: demographic, psychosocial and medical risk factors. Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology. 21:99-108.
12. Moscardino U et al (2006). The role of maternal depressed mood and behavioural soothing on infant response to routine vaccination. Acta Paediatrica. 95(12):1680-1684.
13. Field T (2008). Breastfeeding and antidepressants. Infant Behav Dev. 31(3):481-487.
14. Chen CH. et al (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: a controlled study in Taiwan. Journal Psychosom Res. 49:395-399.
15. Oren DA et al (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. American Journal of Psychiatry. 159:666-669.
16. Ahokas A et al (2001). Estrogen deficiency in severe postpartum depression: successful treatment with sublingual physiologic 17 beta - estradiol: a preliminary study. Journal of Clinical Psychiatry. 62:332-336.
17. Kendall -Tackett K (2007). A new paradigm for depression in new mothers: the central role of inflammation and how breastfeeding and anti-inflammatory treatments protect maternal mental health. International Breastfeeding Journal. 30:2:6.
18. Lin PY, Su KP (2007). A meta - analytic review of double - blind, placebo - controlled trials of antidepressant efficacy of omega - 3 fatty acids. Journal of Clinical psychiatry. 68(7):1056-1061.
19. Su KP (2008). Mind body interface: the role of n - 3 fatty acids in psychoneuroimmunology, somatic presentation and medical illness comorbidity of depression. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 17(1):151-157.
20. Hibbeln JR (2002). Seafood consumption, the dha content of mothers' milk and prevalence rates of postpartum depression: a cross - national ecological analysis. Journal of Affective Disorders. 69(1-3):15-29.
21. Freeman MP et al (2006). Randomized dose - ranging pilot trial of omega - fatty acids for postpartum depression. Acta Psychiatrica Scandinavica. 113(1):31-35.
22. Kuan - Pin Su et al (2008). Omega-3 Fatty Acids for Major Depressive Disorder During Pregnancy: Results From a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. Journal of Clinical Psychiatry. 69:644-651.
23. Murakami K et al (2008). Dietary glycemic index and load and the risk of postpartum depression in Japan: The Osaka Maternal and Child Health Study. Journal of Affective Disorders. 110(1-2):174-179.
24. Levitan EB et al (2008). Dietary glycemic index, dietary glycemic load, blood lipids and C - reactive protein. Metabolism. 57(3):437-443.
25. Nowak G , et al (2003). Effect of zinc supplementation on antidepressant therapy in unipolar depression: a preliminary placebo-controlled study. Polish Journal Of Pharmacology. 55:1143-1147.
26. Benton D (2002). Selenium intake , mood and other aspects of psychological functioning. Nutritional Neuroscience. 5:363-374.
27. Paul RT, et al (2004). Folic acid: neurochemistry, metabolism and relationship to depression. Human Psychopharmacology. 19:477-488
28. Heh SS, et al (2008). Effectiveness of an exercise support program in reducing the severity of postnatal depression in Taiwanese women. Birth. 35(1):60-65.
29. Dritsa M , et al (2008). Effects of a home-based exercise intervention on fatigue in postpartum depressed women: results of a randomized controlled trial. Annals of Behavioral Medicine. 35(2):179-187.
30. Onozawa K , et al (2001). Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. Journal of Affective Disorders. 63(1-3):201-207.
31. Cavanagh HMA, Wilkinson JM (2002). Biological activities of lavender essential oil. Phytotherapy Research. 16:301-308.
32. Linde K, et al (1996). St. John's wort for depression: an overview and meta - analysis of randomized clinical trials. BMJ . 313:253-258.
33. Klier CM, et al (2006). St. John's wort and breastfeeding: plasma and breast milk concentration of hyperforin for 5 mothers and 2 infants. Journal of Clinical Psychiatry. 67(2):305-309.

על יתרונות ההנקה והזכות להיניק

תמ"ל לא מכיל קולוסטרם -
התינוק יכול לקבל אותו רק מחלב אם!

רכיבים חיוניים בחלב אם

● **חומצות שומן אומגה-3** (כמותן תלויה בתזונת האם), חיוניות להתפתחות מערכת העצבים המרכזית, לחדות הראייה ולהתפתחות השכלית.

● **אנזימי עיכול** - חלב אם מכיל את אנזימי העיכול ליפאז ועמילאז, אשר מפצים חלקית על אי יכולתו של בלבל היילוד להפרישם בשלב זה. בתהליך הייצור והעיבוד של התמ"ל נהרסים אנזימי העיכול המוספים אליו.¹



● **טאורין** - חומצת אמינו חיונית להתפתחות המוח והעיניים.

● **אוליגוסכרידים** - כנראה מגינים מזיהומים חיידקיים ונגיפיים.

במחקר שנערך בארה"ב, נבדק הקשר בין רמות של אוליגוסכרידים (2-linked fucosylated oligosaccharides) בחלב האם, לבין שלשול בתינוקות יונקים. במחקר שעקב במשך שנתיים אחרי 3 זוגות של אימהות ותינוקות נמצא, כי תינוקות שינקו חלב אם עתיר אוליגוסכרידים, סבלו פחות ממקרים בינוניים עד קשים של שלשול. החוקרים הסיקו, כי אוליגוסכרידים בחלב אם יכולים להגן מפני שלשול בתינוקות יונקים וכי אוליגוסכרידים יכולים להוות בסיס לחומרים העוברים בחלב, בעלי פעילות אנטי-בקטריאלית ואנטי-ויראלית.²

● מרכיבי חיסון

חלב אם מכיל נוגדנים שאינם קיימים בתמ"לים למיניהם, אשר עוזרים להגן על היילוד והיונק מפני מחלות, בעיקר בחודשי החיים הראשונים, בהם מערכת החיסון עדיין לא מפותחת דיה. נוגדני האם למחלות מועברים לתינוק בחלב ומצמצמים את הידבקותו במחלות. כמו כן מכיל חלב האם תאים בולעניים הפועלים כנגד חיידקים, פטריות ונגיפים במערכת העיכול של התינוק.

מערכת העיכול של תינוק הניזון מחלב אם מכילה כמויות גדולות של *Lactobacillus bifidus* - חיידק ייחודי המונע התפתחות אורגניזמים גורמי מחלות.

עדי נוימן-רוטברג B.A, R.Na

נטורופתית מוסמכת

addienr@gmail.com

בתי בת שנתיים, וכמו שזה נראה כרגע - לי יהיה קשה יותר להיגמל מהנקה מאשר לה...

הנקה היא לא פעולה אינטואיטיבית, כמו שרבים או רבות מאיתנו נוטים לחשוב, לא מעט בשל העובדה המצערת שאימהותינו לא היניקו. שחרור האישה מנע מהן לעשות את מה שכל כך טבעי והכי טוב עבור ילדיהן - לחלוץ שד ולהיניק - ולכן אין לנו מושג איך עושים את זה. במקום לקבל חלב אם, גדלנו כולנו על תחליפי חלב למיניהם במקרה הטוב, ועל חלב פרה מדולל במים במקרה הרע. גם היום, כשהמודעות עלתה ורבות בוחרות כן להיניק, אנו נתקלות בקשיים. קשיים טכניים - כי אנחנו צריכות ללמוד לבד איך עושים זאת, ואם התמזל מזלנו נקבל את עזרתה של מדריכה עמוסה בבית החולים. וקשיים חברתיים - כמו למשל מבטים תמהים והערות, אם חלילה העזנו להיניק במקום ציבורי! או אם התינוק בן יותר משלושה חודשים!

במקרים מסויימים האישה גם אינה מקבלת את תמיכת משפחתה.

לכך מתווסף הקידום המסחרי של פורמולות - מי לא קיבלה במתנה תרכובת מזון לתינוקות עוד בבית החולים?

בחרתי להביא לפניכם כמה עובדות שאולי לא ידעתם, על היתרונות הברורים של ההנקה, למרות שבעיני אין צורך במחקרים ובהוכחות, שהרי זה ברור: אם הטבע יצר לנו חלב בשדיים, הלא הוא חייב להיות הדבר הטוב ביותר להזנת תינוקותינו.

אסייג ואומר שיש מצבים בהם אסור לאישה להיניק (ראו מאמרו של ד"ר דני קרת, עמ' 23)

מדוע הנקה טובה לתינוק

חלב אם מכיל את כל רכיבי התזונה החיוניים ומותאם לשלב ההתפתחותי של מערכת העיכול של התינוק. הרכב חלב האם דינמי ומשתנה תוך כדי ההנקה ובמשכה.

קולוסטרם - החלב הראשון

בימים הראשונים לאחר הלידה מיוצר החלב הראשון - קולוֹסְטְרוֹם. זהו חומר תזונה מרוכז המכיל נוגדנים ותאים חיוניים. קולוסטרם מעודד את היילוד לפעולות מעיים, החיוניות ליציאת הצואה הראשונה (מקוניום). כך יורדים ערכי הביילירובין, שעליהם גורמת לצהבת היילוד.

בנוסף, הקולוסטרם מכיל אנזימי עיכול של שומנים ופחמימות, אשר מפצים חלקית על אי יכולתו של בלבל התינוק להפריש אנזימים אלו בשלב זה.

רכיב חשוב נוסף הוא לקטופרין - חלבון הקשור עם ברזל ומופרש בחלב אם ובעיקר בקולוסטרם, והוא בעל יכולת לדכא שגשוג של חיידקי *E. coli*.

הרכב תמ"ל לעומת חלב אם

הרכב חלב אם, חלב בקר (תחומי נתונים ממקורות שונים) ותמ"ל מוכן (תחומי נתונים מתכשירים שונים):

רכיב תזונה	חלב אם	בקר	תמ"ל
אנרגיה, קק"ל לדציליטר	75-67	76-69	65-69
גרם לדציליטר			
חומר יבש	12.4	16-12	13
חלבון	1.3-1.02	4.3-3.2	1.7-1.5
קזאין	0.4-0.2	2.5	1.3-0.6
חלבוני מי גבינה (whey)	0.7-0.2	1.0-0.7	0.9-0.27
אלבומין הסרום	0.05	0.03	לא מפורט
אלפה-לקטאלבומין	0.3-0.2	0.1	לא מפורט
לקטופרין	0.2	עקבות	לא מפורט
IgA	0.200-0.100	0.003	לא מפורט
IgG	0.001	0.060	לא מפורט
ביתא-לקטאלבומין	0	0.36-0.30	לא מפורט
ליזוזים (אנזים)	0.05-0.04	עקבות	לא מפורט
חנקן ממקור לא חלבוני	0.03	0.03	לא מפורט
חומצות אמינו חופשיות	0.032	0.007	0.015-0.008
טאורין	0.0043-0.0037	0.0013	0.0084-0.0045
פחמימות	7.7-6.8	5.3-4.7	7.5-7.0
לקטוז	7.3-6.7	4.2-4.6	7.5-7.3
אוליגוסוכרים	1.2-0.5	0.100-0.005	לא מפורט
חומצה סיאלית	0.06-0.03	0.02	לא מפורט
שומן	4.5-3.9	4.5-2.5	3.7-3.5
שומן רווי	1.80	2.00	1.55
שומן חד בלתי רווי	1.60	0.90	1.29
שומן רב בלתי רווי	0.45	0.12	0.75-0.68
פוספוליפידים	0.04	0.04	לא מפורט
כולסטרול	0.01400	0.01000	0.00100-0.00027
סידן	0.033-0.032	0.140-0.100	0.58-0.040
זרחן	0.014-0.009	0.095-0.090	0.041-0.030
נתרן	0.017-0.012	0.090-0.040	0.021-0.016
אשלגן	0.059-0.051	0.170-0.140	0.080-0.050
מגנזיום	0.0045-0.003	0.013-0.010	0.007-0.004
מיקרוגרם לדציליטר			
ברזל	75-30	עקבות עד 50	1200-460
אבץ	170-140	400-380	500-400
מנגן	26	4-3	60-50
נחושת	52	11	50-40
ויטמין A	75-20	80-30	200-60
מיקרוגרם לדציליטר			
ויטמין D	0.10-0.03	0.10-0.01	1.00-0.06
ויטמין E	90-80	70-10	1700-800
תיאמין (B1)	20-14	44-40	70-45
ריבופלבין (B2)	40-36	180-160	130-60
ויטמין B6	15-11	40-10	100-30
ויטמין C	5000-4000	עקבות עד 1800	8000-7000
ניאצין	200-150	110-80	800-270
חומצה פנטותנית	250-220	360-310	600-300
ביוטין	7.0-0.7	3.5-2	3.0-1.4
ויטמין B12	0.30-0.05	0.44-0.36	0.20-0.09
חומצה פולית	8-2.5	5	10-6
כולין	15000	24000-18000	10000-5000
שיעור חומצות אמינו מהחלבון, %			
% ציסטאין מחלבון	1.9	0.9	2.1
% תריאונין מחלבון	4.5	1.3	2.45

דורית ניצן קלוסקי, פליציה שטרן. חלב אם - המזון המועדף לתינוק. גלילא, כתב עת למדע ומחשבה, מאי 2005, גיליון 81

● אדיפונקטין

חלב אם מכיל ריכוזים גבוהים יחסית של אדיפונקטין - חלבון בעל תפקיד חשוב בהגדלת רגישות הרקמות לאינסולין. ריכוזו הגבוה יחסית בחלב אם עשוי להסביר את הסיכון הנמוך יותר להשמנה בתינוקות המזונים בחלב אם, בהשוואה לתינוקות המזונים בתמ"ל.

● **לפטין** - חלב אם מכיל לפטין - הורמון הפעיל בוויסות שומן הגוף.

● **אנדורפינים** - חלב אם מכיל אנדורפינים - חומרים משככי כאב המרגיעים את התינוק הבוכה בשל כאבים או מסיבות אחרות.³

הודות לרכיבים אלה ונוספים המועברים בחלב אם, מובטחת התפתחותם התקינה של תינוקות יונקים, והם מוגנים יותר מפני זיהומים ומפני השמנה.

ניקה מהשד מיטיבה עם התינוק

תפיסת השד והמציצה הם תרגול לשרירי הפה, התורם להתפתחות תקינה של הלסת והפנים. וזאת בניגוד לתינוק הניזון מבקבוק ומאמץ בעיקר את שרירי הלשון כדי להתמודד עם כמויות המזון. משערים כי יש קשר לשכיחות נמוכה יותר של תסמונת של המוות בעריסה ליניקה מהשד. עפ"י משרד הבריאות בישראל, למרות שמספר מחקרים הצביעו על קשר בין הנקה והגנה אפשורית בפני מוות בעריסה, לא הוכח עדיין קשר סיבתי ביניהם.⁴

מחקרי עוקבה מראים התפתחות קוגניטיבית טובה יותר בקבוצות ילדים שקיבלו חלב אם, בהשוואה לאלה שהוזנו בתמ"ל, מאותה סביבה ואווירה.⁴ המנגנון אינו ידוע. אולי תרגול שרירי הלשון, הלסת והפנים משפיעים לטובה על התפתחות הדיבור ועל ההתפתחות הקוגניטיבית של תינוק יונק, ואולי מעורבים גורמים אחרים, חברתיים וסביבתיים, שגם הם משפיעים על ההתפתחות הקוגניטיבית.

עיון בטבלה (ע' 12) מצביע על ההבדלים המהותיים הבאים:

חלבונים

בתמ"ל יש כמעט ב-50% יותר חלבון מאשר בחלב אם - כ-25% יותר מהמלצת ה-RDA. גם הרכב החלבון שונה. השיעור הגבוה יותר של חלבון בתמ"ל גורם להפרשה מוגברת של אינסולין, שגורם להצטברות שומן. זה אחד ההסברים האפשריים להשמנה מוגברת של תינוקות הניזונים מתמ"ל.

מינרלים

ברזל: כמות הברזל שבחלב אם קטנה יותר מזו שבתמ"ל אך הוא נספג בצורה מיטבית יותר, כ-50%-70% מהברזל שמקורו בחלב אם נספגים, בעוד שבתמ"ל רק 5%-10% נספגים.

אבץ: כמות האבץ שבחלב אם קטנה יותר מזו שבתמ"ל אך הוא נספג בצורה מיטבית יותר.

בנוסף, כאמור, בתמ"ל חסרים אוליגוסכרידים (כמות זעומה בלבד) ולקטופרין (לא נמצא בתמ"ל; נמצא בכמויות זעירות בחלב פרות וכבשים).

שאריות הורמונים, אנטיביוטיקה, חומרי הדברה, חומרי דישון, חומרי שימור:

יש להביא בחשבון כי חלב שמגיע ממקור בע"ח מכיל בתוכו כול גורם תרופתי שהוזרק אל בע"ח כגון הורמונים ואנטיביוטיקה, חומרים שהוספו לתזונה כגון ריסוסים, חומרי שימור ועוד.

כמוכן שחלב אם, בהנחה שהאם אינה צורכת רק מזון אורגני, אינו נשלל ממרכיבים אלה, אך כמוכן שיש לה את זכות הבחירה.

יתרונות ההנקה עבור האם

הנקה בדקות הראשונות לאחר הלידה גורמת להפרשת ההורמון אוקסיטוצין ולהתכווצות הרחם, ובכך מפחיתה את הדימום ועוזרת לרחם לחזור לגודלו הרגיל מהר יותר מאשר ללא הנקה.

נמצא שהנקה מלאה, ללא כל תוספות, במשך ששה חודשים, גורמת לרוב לאי חידוש המחזור החודשי במשך ששה חודשים או יותר, ומקטינה את הסיכויים להרות בתקופה זו. עצם ההנקה גורמת להוצאה אנרגטית גבוהה ומייעלת את חילוף החומרים של האם המיניקה, ובכך מאפשרת לרוב הנשים המיניקות לרדת במשקל ללא דיאטה מיוחדת. ההנקה מספקת הגנה מסוימת מפני מספר מחלות: מחקרים מצביעים על כך שנשים שהניקו לפחות כמה חודשים נמצאות בסיכון נמוך יותר לחלות בסרטן השד וסרטן השחלות, בהשוואה לנשים שילדו ולא הניקו כלל.^{5,6}

ההנקה גם מקטינה את הסיכון לשברים בעצם הירך-^{5,6} מאוסטאופורוזיס, בנשים בגיל הבלות אשר הניקו בצעירותן. בתקופת ההנקה יש דווקא איבוד סידן לטובת ייצור החלב. בסיומה של כל הנקה עולה רמת האסטרוגן ויורדת רמת הפרולקטין, וכתוצאה מכך יש השקעה מחודשת של סידן בעצמות, עד לרמה העולה על זו של נשים צעירות שאינן מיניקות. כך קורה, שאישה אשר הניקה כמה ילדים במשך תקופות משמעותיות, מגיעה לגיל הבלות עם עצמות בעלות צפיפות הרבה יותר טובה מאישה אשר לא הניקה, ופחות הסיכון שלה לשברים מאוסטאופורוזיס.

חלב האם הוא סטרילי, זול ותמיד זמין.

והצד אולי החשוב והמתוק ביותר של ההנקה, או כמו שאני חושבת שצריך היה לקרוא לו - **הענקה:** ערסול וחיבוק התינוק בזמן ההנקה מעניק לאם ולתינוק חום ותחושת קרבה מרגשת ומיוחדת. זהו חיבור שקשה לבטא במילים.

אז איך נעודד נשים להניק בהצלחה?

חשוב להעביר את המידע החשוב הזה למטופלות כבר בתקופת ההיריון:

1. דאגו לקבל הדרכה מיועצת הנקה כבר בבית החולים.
2. לאחר היציאה מבית החולים ניתן לעמוד בקשר עם ארגוני תמיכה המעודדים הנקה, כמו ליגת לה לצה"י. יש אפשרות להשתתף במפגשים אחת לחודש ובנוסף לקבל תמיכה טלפונית לכל בעיה.
3. במקרה של קשיים וצורך בתמיכה וייעוץ פרטני, ניתן לפנות ליועצת הנקה מוסמכת מוקדם ככל האפשר, דרך בתי החולים ודרך אגודת לה לצה"י.

מקורות

1. טובה קראוזה, המדריך השלם לתזונה בהריון, הוצאת ידיעות אחרונות, ת"א 2007
2. Morrow AL et al. Human milk oligosaccharides are associated with protection against diarrhea in breast-fed infants. J Pediatr 2004, 145;3:297-303
3. Beta-Endorphin concentration in colostrums of Burkinabe and Sicilian women 2008. Jan;24(1):31-6. Epub 2007 Nov 5 Nutrition.
4. "מדריך להזנת התינוק הבריא והפעוט בישראל", משרד הבריאות, אוקטובר 2007.
5. אתר ליגת לה לצה"י: <http://www.illisrael.org>
6. האתר של: American Dietetic Association: <http://www.eatright.org>

מדיניות והמלצות הנקה וחלב אם עקרונות וייעוץ הנקה

ד"ר דני קרת, MD, ND, IAH
רופא, נטרופת ויועץ הנקה
ddkeret@zahav.net.il

מאבדת פחות דם וסות ומונעת היריון נוסף עקב אמנוריאה בהנקה מלאה. כמו כן המיניקה חוזרת מהר יותר למשקלה טרם ההיריון, הסיכון שלה לסרטן שד ושחלות פוחת וייתכן שגם הסיכון לאוסטאופורוזיס ולשברים בגיל מבוגר פוחת.

היתרונות לקהילה כוללים פחות הוצאות על שימוש במערכת הבריאות (יונקים מאושפזים משמעותית פחות ונזקקים לפחות ביקורי רופא ותרופות, עקב מיעוט מחלות זיהומיות, פחות היעדרויות מהעבודה עקב תחלואת תינוקות נמוכה יותר ופחות פגיעה בסביבה ("יצור תמ"לים - תרכובת מזון לתינוקות - 'פורמולה' בלשון עממית, ואשפה ובקבוקים הכרוכים בשימוש בהם).

התוויות נגד להנקה

מפתיע עד כמה מעטות התוויות נגד להנקה:

- גלקטוזמיה
- שחפת פעילה
- נשים המקבלות חומר רדיואקטיבי במסגרת ברור או טיפול רפואי (כל עוד יש חומר רדיואקטיבי בחלב).
- נשים המקבלות כמותרפיה או תרופות מסוימות (עד אשר הן מתפנות מהדם/מהחלב).
- נשים המשתמשות בסמים.
- נשים עם נגע של הרפס סימפלקס על השד (אפשר להיניק בשד השני, אם הוא נקי מנגעים).
- נשים שהן נשאיות איידס (HIV חיובי) במדינה מערבית (באפריקה, למשל, הסיכון להעביר HIV לתינוק קטן מהסיכוי שימות ממחלה זיהומית או מחוסר תזונתי ולכן שם ממליצים כן להיניק, גם כאשר האם חיובית ל-HIV).
- במצבי צהבת של היילוד אפשר ורצוי להמשיך להניק. במקרים נדירים וקיצוניים של צהבת, יש להפסיק את ההנקה זמנית בלבד.
- אין התוויות נגד כאשר האם נושאת נוגדנים להפטיטיס B או C, כאשר יש לאם חום, או כאשר היא חיובית לנגף CMV.
- מומלץ לא להניק שעתים אחרי שתיית משקה אלכוהולי (אלכוהול מתרכז בחלב).
- עישון של האם אינו התווית נגד להנקה. מומלץ לא להניק שעתים אחרי עישון.

האתגר

כאן אנחנו, אנשי הרפואה הטבעית, יכולים לתרום את תרומתנו. האתגר הוא להעלות את שיעור הנשים המיניקות בלעדית (ללא תוספת תמ"ל) למשך 6 חודשים לפחות. אמנם שיעורי הנשים המתחילות להיניק עולה בהתמדה ב-20 השנים האחרונות, אך שיעור הנשים המגיעות ל-6 חודשי הנקה מלאה (כפי שממליץ מאמר זה) עלה הרבה פחות. המכשולים להתחלת הנקה והמשכה כוללים חוסר ידע לפני הלידה, מדיניות ונוהלים מפריעים הקיימים בבית חולים, היעדר

מאמר זה יתבסס ברובו על המדיניות המוצהרת היום בנושא הנקה ושימוש בחלב אם, כפי שפורסמה ע"י ארגון רופאי הילדים האמריקאי (AAP - American Academy of Pediatrics) ב-2005. בכל כמה שנים מוציא AAP עדכון בנושא זה. לדעתי חשוב ביותר שכל נטרופת יכיר את ההנחיות המקובלות היום בעולם לגבי הנקה ושימוש בחלב אם. מי שהנושא קרוב לליבו, ידקק להעמקה בתחום, שהיא מעבר להיקפו של מאמר זה. בסוף המאמר יש לינק למאמר המלא המופיע באתר של AAP.

ככל שחולפות השנים, הידע המדעי בנושא יתרונות ההנקה הולך ומתרחב, כמו גם הבנת המנגנונים היוצרים יתרונות אלה וכן ידע לגבי הניהול הקליני של ההנקה ובעיותיה. מאמר המדיניות (Policy Statement) משנת 2005 מחליף את המאמר הקודם שיצא ב-1997 ומביא את העדכונים בנושא. ככל הידוע לי, המאמר מ-1997 היה הראשון מסוגו, מה שמראה עד כמה הנושא חדש יחסית. נושא ייעוץ ההנקה תפס תאוצה ברבע האחרון של המאה ה-20, לאחר שנים אפלות בהן מיניקות (בעיקר לפרקי זמן ארוכים) נחשבו ליוצאות דופן (ואף למוזרות), והנורמה הייתה של האכלה בבקבוקים תוך ויתור על הנקה. עדות נוספת לעד כמה נושא ייעוץ ההנקה הוא חדש, הוא שרק ב-1971 קם בישראל הסיניף של ארגון לה לצה"ה, ארגון עולמי של תומכות ויועצות הנקה. בשנות ה-80 הוקם הארגון העולמי של יועצות ההנקה המוסמכות. עם החזרה של נשים רבות לחיים טבעיים יותר, הרצון של אימהות לתת לילדיהן את הטוב ביותר וגם ההבנה בקרב הקהילה הרפואית שלהנקה יש יתרונות עצומים, חלו שגשוג ותחייה מחדש של הנושא. אלא שזה קרה אחרי שנים רבות בהן מרבית הנשים לא היניקו, בגיבוים המלא של רופאיהן, וללא מודל להנקה, נוצרו קשיים להנקה מוצלחת בקרב נשים רבות שבאו עם רצון עז להיניק אך ללא מודלים או דוגמאות "חיות" להנקה נורמלית. ללא ייעוץ מקצועי, אישה שנתקלת בקשיים בהנקה (כאבים מסוגים שונים, חוויה סובייקטיבית של "אין לי מספיק חלב" ועוד), סיכוייה לממש הנקה ממושכת קטנים ביותר. מניסיוני, התערבות מקצועית בזמן הנכון, סמוך להופעת הבעיות, יכולה להציל הנקה ולהביא לכך שאישה המעוניינת בכך, תיניק חודשים ארוכים. עבורי, כמי שעוסק ברפואה טבעית שנים רבות, זו חוויה מתגמלת ביותר, להיות שותף בהנחת תשתית בריאותית לאם ולתינוק מיומם הראשון, תשתית לבריאות נפשית ופיזית אופטימליים להמשך החיים.

(במקומות בהם התפעלתי מההמלצות המתקדמות של ה-AAP, רשמתי הערה בסוגריים או סימני קריאה. הם כמובן אינם חלק מהמאמר עצמו, אלא רק מביעים את התפעלותי.)

הצורך

על יתרונות ההנקה ראו מאמר שכתב יוסי שבח בעיתון זה ("הנקה ויתרונותיה הבריאותיים", עמ' 25). מעבר ליתרונות ההנקה לתינוק שפורטו במאמרו, ברצוני לציין את היתרונות לאם ולקהילה. למיניקה יש פחות דימומים לאחר לידה, הרחם מתכווץ ושב לגודלו המקורי במהירות רבה יותר, האם

ביקורת יעילה לאחר יציאת האם לביתה, עבודה של האם, היעדר תמיכה משפחתית וחברתית, הצגת אכילה מבקבוק כנומטיבית בכלי התקשורת, פרסום ושיווק אגרסיביים של תעשיית התמ"לים (כמו הפצת דוגמאות של פורמולות לנשים במחלקות ילודים), ידע מוטעה, חוסר הדרכה וחוסר עידוד מצד המערכת הרפואית (עד היום בוגר בית ספר לרפואה יוצא בסיום לימודיו עם ידע מזערי על הנקה, שלא נדבר על יעוץ לבעיות הנקה - שם הבורות חוגגת. גם אחיות אינן מוכשרות לתת יעוץ הנקה. מצב זה מבטא את סדרי העדיפויות של המערכת בהכשרה למקצועות הרפואה השונים).

ההמלצות להנקה ילוד בריא

יש לעודד הנקה לכל תינוק שאין לגביו התוויות נגד ההנקה. כאשר לא ניתן להניק ישירות, מומלץ לתת חלב שאוב. אם יש התוויות נגד זמנית, יש לשאוב חלב כדי להמשיך את ייצורו, ולחדש את ההנקה לאחר ביטול התוויות הנגד.

סיכויי ההנקה משתפרים כאשר האב תומך.

רצוי להפחית ככל האפשר מתן תרופות מפחיתות ערנות לאם במהלך הלידה, מחשש שיפחיתו את ערנות היילוד ואת יכולתו לניקן בתחילת דרכו.

מומלץ להפחית ככל האפשר פעולות על היילוד, שעלולות לפגוע בתפקודו, ובעיקר פעולות בחלל הפה של היילוד.

ילודים בריאים צריכים להישאר צמודים עור לעור עם האם מייד לאחר הלידה ועד להנקה הראשונה המוצלחת (מאמינים? - זה מופיע בהנחיות של ה-AAP, לא במגזין אלטרנטיבי... ד.ק.). האם משמשת מקור חום אידיאלי לילוד. ילוד בריא אמור להתחבר לשד תוך השעה הראשונה מהלידה. יש לדחות את כל הפעולות בייילוד עד לאחר שהצליח להתחבר לשד בפעם הראשונה. ילודים שקיבלו במהלך הלידה (דרך האם) חומרים מפחיתי ערנות, עלולים להזדקק לעזרה ביניקה הראשונה. פרט למקרים יוצאי דופן, ילודים צריכים להישאר עם אימם כל תקופת ההתאוששות מהלידה. (שימו לב למהפכניות... ד.ק.). הישארות היילוד עם האם יום ולילה במסגרת המחלקה מעלה את סיכויי ההנקה להצלחה. (!!! ד.ק.)

אין לתת תוספים (מים, מי סוכר, פורמולה, נוזלים אחרים) לילודים, אלא אם יש אינדיקציה רפואית לכך וניתנת הוראה ע"י רופא. (!!! ד.ק.)

רצוי להימנע ממוצץ עד לאחר ביסוס ההנקה.

בשבועות הראשונים של ההנקה, על האם להניק 8-12 פעמים ביממה, להציע את השד בכל פעם שהתינוק מראה סימני רעב ראשוניים כמו ערנות מוגברת, פעילות מוגברת של הגוף, תנועות עם הפה או הזזת הפה לכיוון האצבע הנוגעת בלחי (rooting). **בכי הוא סימן מאוחר לרעב** (הדגשה שלי, ד.ק.). על האם להציע את שני השדיים בכל הנקה, ולהחליף השד הראשון הניתן בכל הנקה (פעם ימין ראשון ופעם שמאל), כדי ששני השדיים יקבלו גירוי וריקון. לעתים ירצה התינוק לניקן מהשד השני ולעתים לא.

בשבועות הראשונים של ההנקה, יש להעיר תינוק שעושה הפסקות של 4 שעות ויותר בין הנקה להנקה. בהדרגה מספר ההנקות פוחת (לכ-8 ביממה), אך עלול לעלות שוב בזמן 'קפיצות גדילה' או צרכים מיוחדים (בזמן מחלה למשל). על התינוק והאם לישון בקרבה זה לזו כדי לשפר את ההנקה. (!!! ד.ק.)

בנשים שזו להן חווית ההנקה הראשונה, בזמן שהות בבית החולים או בימים הראשונים שלאחר הלידה, חשוב מעקב צמוד (פעמיים ביום) של איש מקצוע המבין בהנקה, כדי לוודא שהחיבור לשד ומעבר החלב מתבצעים כראוי.

כדאי לעודד את האם לרשום את משך ההנקות ומספרן, כמו גם את תפוקת השתן והצואה של היילוד בשבועות הראשונים, כדי להקל על תהליך ההערכה. רצוי שאיש מקצוע יראה את ההנקה בין ימים 3-5 לאחר הלידה. בשלב זה צריך להעריך את מצב התינוק (משקל, הידרציה), מצב האם (כאבים, פצעים בשד, גודש), הפרשות היילוד (יש לצפות ל-3-5 השתנות ול-3-4 יציאות בשלב זה). ירידה במשקל של למעלה מ-7% ממשקל הלידה, עלולה לרמוז על בעיה בהנקה, אותה יש לאתר ובה יש לטפל.

הנקה בלעדית מספיקה לגדילתו ולהתפתחותו האופטימלית של היילוד בששת חודשי חייו הראשונים ומעניקה הגנה מתמשכת מפני זיהומי מערכת העיכול והנשימה. הנקה צריכה להימשך לפחות שנה, ולאחר מכן - כל עוד יש עניין לשני הצדדים.

במהלך גיל 6-12 חודשים, יש להוסיף בהדרגה מזונות עשירים בברזל. פגים, תינוקות עם משקל לידה נמוך ותינוקות עם בעיות המטבוליות, יזדקקו לפני גיל 6 חודשים לתוספת ברזל (שתינתן במקביל להנקה). התחלת הוספה של מזון מוצק יכולה להתפרס על טווח רחב בין 4-8 חודשים. הוספת מזון מוצק לפני גיל חצי שנה לא מגבירה צריכה קלורית או קצב גדילה וכל שעושה הוא הכנסת מזון שחסר את המרכיבים המגינים על התינוק.

אין גבול עליון למשך ההנקה ואין עדות לבעיה התפתחותית או פסיכולוגית להמשך הנקה אל תוך השנה השלישית לחיים או אף יותר. (!!! ד.ק.)

תינוקות הנגמלים לפני גיל שנה, רצוי שלא יקבלו חלב פרה אלא תמ"ל מועשר בברזל.

קיימת המלצה למתן ויטמין K מייד לאחר הלידה, ויטמין D החל מגיל חודשיים ופלואוריד החל מגיל חצי שנה ועד גיל 3 (אלה הנחיות ה-AAP).

ניסיוני האישי בתחום יעוץ ההנקה

אציין את הנושאים השכיחים שעולים בהנקה.

הדבר הבולט שאני רואה בקרב אימהות חדשות הוא, שהן חושבות שכאב בהנקה הוא מצב נורמלי. מבחינה רפואית, כאב בהנקה מראה על כך שיש בעיה שצריך לזהות ולפתור, בד"כ בעיה של חיבור לא מוצלח לשד. הנקה אמורה להיות חוויה נטולת כאב. כמו במצבים רפואיים אחרים המוכרים לנו, כאב הוא סימן לבעיה, והנקה אינה שונה בכך. כאשר התינוק אינו מכניס מספיק מהשד אל פיו, נוצרות שתי בעיות.

תינוק שיונק על הפטמה ולא על העטרה, גורם לכאבים עזים. כאבים אלה, היכולים להופיע תוך זמן קצר מאוד, מתפתחים לפצעים. סבל של אם לא נחושה יגרום לה בהרבה מקרים להפסיק להניק. מבחינת התינוק, הוא אינו מקבל מספיק חלב מאחר שהחלב נמצא בחללים שמאחורי הפטמה, ולכן כאשר הוא יונק על הפטמה ולא על העטרה, הוא לא מקבל מספיק חלב/קלוריות. הוא רעב, נשאר זמן רב על השד בתקווה לקבל חלב, הפצעים מחריפים, האם מרגישה שהיא מרעיבה את התינוק, מסרים מהסביבה ("אין לך מספיק חלב", "החלב שלך לא מספיק עשיר", "צריך לתת תוספת", "את מרעיבה את הילד"...). יוצרים מעגל קסמים קטלני להנקה, והאם שרצתה להניק מסיימת את ההנקה בתחושות קשות של כאב והחמצה.

אחד הדברים הבולטים שאני רואה בקרב נשים הנכנסות למעגל קסמים זה, בעקבות חיבור לא מוצלח של התינוק אל השד, הוא היעדר **תנועה נחושה** בזמן החיבור לשד. מייד עם

הנקה ויתרונותיה הבריאותיים

ד"ר יוסי שבח PhD, RNa
נטורופת
yossiche@netvision.net.il

תקציר

ככל שחולפות השנים, מצטברים יותר עדויות ומחקרים המאששים את החשיבות חסרת התחליף של חלב אם. תרכובות מזון לתינוקות (תמ"ל) אינן מכילות רכיבים ייחודיים המצויים בחלב אם בלבד, ולכן אין לראות בהן תחליף נאות לחלב אם. ארגון הבריאות העולמי ממליץ על הנקה בלעדית למשך 6 חודשים, ולאחר מכן ועד גיל שנתיים לפחות - המשך הנקה כחלק מתזונת התינוק.

חלב אם מספק רכיבים שונים, אשר להם השלכות ארוכות טווח על חילוף החומרים ועל מניעת מחלות. חלב אם מחזק את מנגנוני ההגנה ומשפר את יכולת היונקים להתמודד עם זיהומים ועם גורמי מחלה שונים.

במחקרים נמצא, כי הנקה מקנה הגנה מפני אלרגיות, סרטן (גם לתינוק וגם לאם), זיהום במערכת העיכול, זיהום בדרכי הנשימה, השמנה ועוד.

מאמר זה מציג את מנגנוני הפעולה של ההנקה התורמים להשפעותיה הבריאותיות, וסוקר מחקרים המעידים על תרומת ההנקה וחלב אם לבריאות התינוק היונק ולבריאות האם, בטווח הקצר והארוך.

הקדמה

בחברות מסורתיות של עד אמצע המאה הקודמת ובמדינות מתפתחות, עד היום ההנקה חשובה ביותר. במצבים בהם היולדת לא יכולה לספק את צורכי ההזנה של התינוק, נמצאת כמעט תמיד אישה מיניקה שמספקת חלב אנוש במקום האם הביולוגית.

בעקבות המהפכה התעשייתית והמדעית, החל מהמאה ה-19, התפתח ענף ייצור חדש: תרכובות חלב לתינוקות. תחליפים תעשייתיים אלה קיבלו את גיבוי המערכת הרפואית והוחדרו לשוק במסעי פרסום מסיביים. נשים 'מודרניות' עברו לתמ"ל ויתרו על הנקה. אבל לאחר כמה עשרות שנים, והודות לגיבוי מחקרי המצטבר בשנים האחרונות, ההנקה שבה ותופסת מקום חשוב בסדר היום הבריאותי.

הנקה מפחיתה סיכון לזיהומים שונים המגבירים תחלואת תינוקות במדינות מפותחות ומגבירים תמותת תינוקות במדינות מתפתחות.

חלב אם מספק רכיבים בלעדיים החיוניים לבריאות ולהתפתחותו התקינה של התינוק. למרות הניסיונות של תעשיית המזון, לפתח תרכובות מזון לתינוקות ולהעשירן ברכיבים חיוניים שונים כדוגמת חומצות שומן, אוליגוסכרידים, לקטופרין ועוד, עדיין אין תחליף הולם לחלב אם, על כל מורכבותו, ולכן חשוב לעודד הנקה למשך 6 חודשים לפחות ואף מעבר לכך. (Oddy W.H. 2002)

חשיבות חלב אם לבריאות תקינה של התינוק

הנקה תורמת לבריאות, כנראה במספר מנגנונים:

● **רכיבים מקדמי הגנה חיסונית:** חלב אם מכיל רכיבים המקדמים הגנה חיסונית אצל התינוק. רכיבים אלו כוללים נוגדנים מסוג IgA, ליוקוציטים, אוליגוסכרידים, לקטופרין, אינטרפרון ועוד. חלקם תורמים להגנה פסיבית במערכת הנשימה העליונה ובדרכי העיכול, בכך שמונעים היצמדות של גורמי מחלה אל הריריות ומגינים על התינוק מפני חדירת גורמים מזהמים.

(Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

<<< המשך בעמ' הבא

<<< המשך מעמ' 24

תמיד מובטחת, ואני מקווה שלא אנחנו נהיה אלה שגורמים להחרפת רגשי האשם של אם שרצתה להניק ולא הצליחה.

אין ספק בלבי, שעולם שבו יותר ילדים יינקו תקופות ממושכות, יהיה עולם טוב יותר, בריא יותר ומאושר יותר.

בהצלחה!

מקורות

- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Edelman AJ; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):496-506.

קישורים לאתרים

- למאמר המלא ב-Pediatrics: <http://www.aap.org/healthtopics/breastfeeding.cfm> ולהקליק על Breastfeeding and the use of human milk
- הארגון העולמי של יועצות הנקה מוסמכות: www.ilca.org או www.ibclc.org
- ליגת לה לצ'ה ישראל: www.illisrael.org.il

קירוב פה התינוק אל השד (או ליתר דיוק - החלק שבין הפה לאף נוגע בפטמה) התינוק פותח את פיו. ברגע זה אמורה לבוא **תנועה נחושה** של האם, שגורמת ל"הרבה" שד להיכנס לפיו. חוסר בנחישות זו בזמן הצמדת התינוק לשד גורם לכך שלא מספיק מהשד נכנס לפה התינוק ומכאן מתחילה שרשרת האירועים הקשה שתיארת!

את מעגל הקסמים הקשה הזה ניתן למנוע באמצעות יעוץ הנקה מקצועי. בארץ למעלה מ-50 יועצות הנקה מוסמכות בעלות תואר IBCLC (הסמכה בין-לאומית כיועצת הנקה מוסמכת, תואר שלצ'ה טרם הצלחתי לרכוש). כמו כן, מתנדבות של ארגון "לה לצ'ה" מעניקות יעוץ לבעיות קלות שאינן דורשות מפגש פנים אל פנים.

בד"כ יעוץ הנקה משפר את תנוחת התינוק מול גוף האם ואת מיקום הפה שלו על השד, כך שהעברת החלב משתפרת, התינוק שבע יותר והאם מתחילה לחוות הנקה עם פחות או ללא כאב.

במקרים יוצאי דופן אך לא נדירים, גם יעוץ מקצועי אינו מצליח לפתור בעיות הנקה. היזהרו מאמירות כמו: "100% מהנשים יכולות להצליח להניק". במציאות, ההצלחה אינה

נעשו בארצות מפותחות), שכללו סה"כ 8183 נחקרים ונמשכו כל אחד בממוצע 4.5 שנים, נמצא כי הזנה ע"י הנקה בלעדית במשך 3 חודשים לפחות מזמן הלידה, הגנה באופן משמעותי מפני התפתחות דרמטיטיס אלרגית (atopic dermatitis). השפעה זו הייתה גבוהה יותר אצל הנחקרים שבמשפחתם היסטוריה של אלרגיה. (Gdalevich M. et al. 2001a)

הזנה ע"י הנקה בלעדית במשך 3 חודשים מזמן הלידה, הגנה מפני נזלת אלרגית (allergic rhinitis) בילדים עם או ללא היסטוריה משפחתית של אלרגיה. (Mimouni Bloch A. et al. 2002)

הנקה מלאה במשך 6 חודשים לפחות, ולאחר מכן הנקה חלקית עד כשנה, יכולה להפחית שיחות של מחלות זיהומים במערכת הנשימה ותמותה מהן בגיל הילדות. (Oddy W.H. et al. 2003)



מערכת העיכול

מחקר משווה רחב-היקף (מטה-אנליזה) בחן 17 מחקרים, מתוכם, 11 חקרו גם מחלת קרוהן וגם דלקת כיבית של המעי הגס, 3 חקרו רק דלקת כיבית של המעי הגס ו-3 חקרו רק מחלת קרוהן. סה"כ נכללו במחקרים 2577 חולי דלקת כיבית של המעי הגס ומולם 3551 איש בקבוצת ביקורת, ו-3190 חולי קרוהן ומולם 4026 איש בקבוצת ביקורת. התוצאות הראו כי הנקה מקנה הגנה מפני מחלת קרוהן ומדלקת כיבית של המעי הגס. (Klement E. et al. 2004)

נמצא קשר בין הנקה בלעדית במשך 6 חודשים, לבין סיכון נמוך יותר לזיהום במערכת העיכול. (Kramer M.S. 2003)

במאמר סקירה שכלל 20 מחקרים (9 מהם מארצות מתפתחות ו-11 מהם מארצות מפותחות) נמצא, כי אצל תינוקות שינקו באופן בלעדי במשך 6 חודשים או יותר, פחת באופן משמעותי הסיכון לזיהום במערכת העיכול, לעומת תינוקות שינקו באופן חלקי וכאלו שינקו זמן קצר יותר (3 או 4 חודשים). (Kramer M.S., Kakuma R. 2002)

התפתחות קוגניטיבית

מחקר משווה רחב-היקף (מטה-אנליזה) של 20 מחקרים, נמצא קשר בין הנקה לבין התפתחות קוגניטיבית גבוהה יותר, בהשוואה להזנה בתמ"ל. הבדל זה בין הנקה לבקבוק, נצפה כבר בגיל 6 חודשים ונמשך עד גיל 15, הגבול בו ניתן היה להעריך בצורה מהימנה את ההתפתחות הקוגניטיבית. (Anderson J.W., et al. 1999)

סוכרת סוג-1

מחקרים הראו קשר בין סוכרת סוג-1 לבין חשיפה מוקדמת לחלב פרה או להנקה מועטה. נראה כי חולי סוכרת סוג-1 ינקו פחות מ-3 חודשים ונחשפו לחלב פרה לפני גיל 4 חודשים. (Gerstein H.C. 2001)

● **המרצה חיסונית:** חלב אם ממריץ את פעילות מערכת החיסון של הילד. עדויות ממדינות מתפתחות מדגימות, שהנקה או היעדר הנקה הם עניין של חיים או מוות במצבים כגון זיהום חריף במערכת הנשימה ושלשול בקרב ילדים. תינוקות צעירים מגיל חודשיים שאינם יונקים נמצאים בסיכון גבוה פי 6 לתמותה מזיהום חריף במערכת הנשימה ומשלשול, בהשוואה לתינוקות יונקים. (Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

● **מניעת זיהומים חריפים:** מחקרים רבים מראים כי במדינות מתועשות, הנקה מגינה מפני זיהומים חריפים כגון שלשול, דלקת של האוזן התיכונה וזיהומי מערכת הנשימה. (Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

● **גודל בלוטת ההרת:** לבלוטת ההרת (thymus gland) תפקיד חשוב בהבשלת מערכת החיסון. בבדיקת אולטרה סאונד של בלוטת ההרת אצל תינוקות דניים בריאים בגיל 4 חודשים נמצא, כי גודל הבלוטה אצל תינוקות יונקים היה כפול מזה של תינוקות שהוזנו בתמ"ל. לא ברור איך הנקה משפיעה על גודל הבלוטה. (Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

● **השפעות שלאחר סיום ההנקה:** השפעות ההנקה בהגנה על התינוק מפני זיהומים ממשיכות בחלקן גם לאחר סיום הנקה. הגנה מהמופילוס אינפלואנזה B יכולה להימשך 10 שנים, מזיהומים בדרכי הנשימה 7 שנים, מדלקת של האוזן התיכונה 3 שנים ומשלשול שנתיים. (Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

● **מניעת מחלות אטופיות:** נראה כי להנקה יש יכולת הגנה מפני מחלות אטופיות כגון אקזמה ואסתמה, וכי הגנה זו חזקה יותר בקרב משפחות בעלות היסטוריה של מחלות אטופיות. (Schank-Nielsen L & Michaelsen K.F. 2007)

● **פעילות נוגדת דלקת:** לחלב אם פעילות נוגדת דלקת הודות לנוכחות ציטוקינים כדוגמת אינטרלוקין-10. אינטרלוקין-10 מעכב שחרור של ציטוקינים פרו-דלקתיים. (Field C.J. 2005)

● **התפתחות מערכת החיסון:** בחלב אם מצויים הורמונים שונים וגורמי גדילה הכוללים קורטיזול, אסטרוגן, פרוגסטרון, הורמוני בלוטת התריס, אריתרופואטין, אינסולין, לפטין, פרולקטין, גורמי גדילה דמויי אינסולין, לקטופרין ואחרים. מרכיבים אלו מווסתים את מערכת החיסון ומשפיעים על התפתחות מערכת החיסון אצל התינוק. (Field C.J. 2005)

● **התפתחות מערכת העיכול:** בחלב אם מצוי גורם גדילה הנקרא גורם ביפידוס (Bifidus factor) והוא האחראי לדומיננטיות של החיידק היידידתי ביפידובקטריום ביפידום (Bifidobacterium bifidum) במעי התינוק היונק. החוקרים מציינים כי אוליגוסוכרידים משמשים כפרהבייטיקה ומשערים כי הם אלו המרכיבים את גורם ביפידוס. (Kunz C. et al. 2000) נראה כי צמחיית המעי המאוכלסת בביפידובקטריה מונעת זיהום של חיידקים גורמי מחלה ושלשול. (Nishimoto M. & Kitaoka M. 2007)

עדויות מחקריות

אסתמה, אלרגיה וזיהומי מערכת הנשימה

מחקר משווה רחב-היקף (מטה-אנליזה) של 12 מחקרים, שכללו סה"כ 4158 נחקרים ונמשכו כל אחד בממוצע 4.1 שנים, נמצא, כי הזנה ע"י הנקה בלעדית מגנה מפני התפתחות אסתמה אצל ילדים בעלי היסטוריה משפחתית (קרובי משפחה מדרגה ראשונה) של אסתמה או אלרגיה. (Gdalevich M. et al. 2001)

מחקר משווה רחב-היקף (מטה-אנליזה) של 18 מחקרים (כולם

סרטן ובריאות האם

סקירת 9 מחקרי מקרה בקרה (case control) הראתה, כי ילדים שלא ניקו כלל, או כאלו שניקו במשך תקופה קצרה, נמצאים בסיכון גבוה יותר לפתח מחלת הודג'קין, בהשוואה לאלו שניקו 6 חודשים או יותר. מחלת הודג'קין קשורה להפרעות חיסוניות ולזיהום כרוני. חלב אם מכיל מגוון רחב של רכיבים בעלי פעילות נוגדת חיידקים ובנוסף לכך מאיץ את התפתחות מערכת החיסון. הנקה משפרת את היכולת של מערכת החיסון להתמודד נגד גורמים מסרטנים. הזנה מלאכותית אינה מקנה הגנה ויכולת חיסונית בדומה לחלב אם. (Davis M.K. 1998)

להנקה השלכות בריאותיות, הן לאם והן לתינוק, ומומלצת הנקה בלעדית למשך 6 חודשים. יתרונות ההנקה לתינוק כוללים הפחתת תמותה מזיהומי מערכת העיכול (בארצות מתפתחות), הפחתת מחלות בדרכי נשימה ונזלת אלרגית (allergic rhinitis). יתרון ההנקה (בעיקר הנקה ממושכת) לאם הוא בהפחתת הסיכון לסרטן השד. (MacDonald A. 2003)

נמצא קשר בין הנקה בלעדית במשך 6 חודשים, לבין עיכוב הפועת הווסת מחדש ולאיבוד משקל (הקשור להיריון) מהיר יותר אצל האם המיניקה. (Kramer M.S., Kakuma R. 2002)

השמנה

בסקירת מחקרים נמצא, כי הנקה מפחיתה סיכון להשמנה בילדים. 8 מחקרים מתוך 11 שנסקרו, הציגו סיכון נמוך לעודף משקל בילדים שניקו. (Dewey K.G. 2003)

במחקר עוקבה (cohort study) נבדק, אם הנקה מעל חודשיים יכולה להקנות הגנה מפני השמנה. במחקר זה עקבו אחר 918 ילדים עד הגיעם לגיל 6 שנים. נבדקו שתי קטגוריות: 1. הזנה מבקבוק, שכללה תינוקות שהוזנו מבקבוק מרגע לידתם או תינוקות שניקו פחות מ-3 חודשים.

2. הנקה למשך 3 חודשים ויותר. נמצא כי הזנה מוקדמת מבקבוק יכולה לנבא השמנה בגיל מאוחר יותר. ערכי BMI בשתי הקבוצות היו כמעט זהים בזמן הלידה. בגיל חודש, תינוקות יונקים היו בממוצע שמנים יותר בהשוואה לתינוקות שהוזנו מבקבוק, אך בין החודש השני לשלישי, פיתחו אלו שהוזנו מבקבוק ערכי BMI גבוהים יותר וקפלי עור עבים יותר, בהשוואה לתינוקות יונקים. לאחר מכן, באופן עקבי, התינוקות שהוזנו מבקבוק היו בשכיחות גבוהה יותר לפתח עודף משקל והשמנה, שהגיעו לשיאם בגיל 18 חודשים. בכל גיל בין 6 חודשים ל-6 שנים, היו עודף משקל והשמנה גבוהים יותר אצל התינוקות שהוזנו מבקבוק. בגילאים 4-5 ו-5-6, שכיחות ההשמנה בקרב התינוקות שהוזנו מבקבוק הייתה כפולה ומשולשת, בהתאמה. (Bergman K.E. et al. 2003)

השמנת יתר של האם ומצב חברתי הם גורמים חזקים להשמנת יתר בילדות. תכונות גנטיות, השפעות תוך-רחמיות ומסרים תרבותיים הם גורמים חשובים בהפועת השמנה. ערך BMI של האם משפיע גם הוא על ה-BMI של הילד. אימהות שמנות ובעלות BMI גבוהה הן אולי הסיבה האמיתית לסיכון הגבוה של צאצאיהן להשמנת יתר. (Bergman K.E. et al. 2003)

הסברים אפשריים לקשר

בין הנקה לבין משקל גוף תקין

(Bergman K.E. et al. 2003)

- הנקה עשויה להיות חלק מסגנון חיים בריא, התורם למניעת התפתחות השמנה.
- בחלב אם עשויים להימצא רכיבים המשפיעים על המערכת הנורו-הורמונלית השולטת על צריכת מזון.
- תינוקות יונקים מווסתים את צריכת המזון שלהם בצורה מדויקת בהתאם לצורכי הגדילה והקיום. בנוסף, הם שולטים

על ייצור החלב אצל אימותיהם. לעומת זאת, תחושת שובע יכולה להיות מאותגרת בקלות ע"י האכלה מבקבוק, כאשר תינוק שבע מאולץ לסיים את הבקבוק, וכאשר התמ"לים מרוכזים יותר באנרגיה וברכיבי מזון בהשוואה לחלב אם. כאשר הרגלי תזונה אלו מתחילים מוקדם ונמשכים, עלולה להיפגע ההתפתחות של שליטה טובה על צריכת מזון. עורכי המחקר העדיפו השערה זו כהסבר להשפעה המגינה של הנקה מפני השמנה עתידית.

סיכום

עדויות מחקריות רבות מראות, שניקת חלב אם מצמצמת סיכון לבעיות ומחלות שונות כגון אלרגיות, סרטן, זיהומים במערכת העיכול, זיהומים בדרכי הנשימה, השמנה וסוכרת. ארגון הבריאות העולמי ממליץ על הנקה בלעדית למשך 6 החודשים הראשונים, ולאחר מכן ועד לגיל שנתיים לפחות - על הנקה כחלק מתזונת התינוק.

עדויות מחקריות אלו עולות בקנה אחד עם תצפיות הקליניות במהלך השנים בכל הנוגע למחלות אלרגיות אצל פעוטות. באופן עקבי ראיתי את הקשר בין היעדר הנקה או הנקה חלקית לבין התהוות תגובה אלרגית כדוגמת אסופיק דרמטיסיס. חשוב לציין, כי ראיתי מחלות אלרגיות גם אצל תינוקות יונקים, אך בשכיחות נמוכה יותר.

ההנקה בחברות מסורתיות, המחקרים המדעיים והניסיון הקליני - כולם מחדדים את המסר בדבר חשיבות ההנקה כהזנה ראשונית ובסיסית של התינוק, שהשפעותיה מיטביות לטווח הקרוב והרחוק.

מקורות

Anderson J.W., Johnstone B.M., Remley D.T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 70:525-535p.

Bergman K.E., et al. (2003). Early determinants of childhood overweight and adiposity in birth cohort study: role of breast-feeding. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 27(2): 162-172p.

Davis M.K. (1998). Review of the evidence for an association between infant feed and childhood cancer. *Int J Cancer Suppl.* 11:29-33p.

Dewey K.G. (2003). Is breastfeeding protective against child obesity? *J Hum Lact.* 19(1): 9-18p.

Field C.J. (2005). The Immunological Components of Human Milk and Their Effect on Immune Development in Infants. *J. Nutr.* 135: 1-4p.

Gdalevich M., et al. (2001). Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: A systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr.* 139: 261-266p.

Gdalevich M., et al. (2001a). Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol.* 45: 520-527p.

Gerstein H.C. (2001). Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care.* 24(1): 180-182p.

Klement E. et al. (2004). Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 80:1342-1352p.

Kramer M.S., Kakuma R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* (1) CD003517.

MacDonald A. (2003). Is breast best? Is early solid feeding harmful? *J R Soc Health.* 123(3): 169-174p.

Mimouni Bloch A., et al. (2002). Does breast-feeding protect against Allergic rhinitis during childhood? A meta-analysis of prospective studies. *Acta Paediatr.* 91(3): 275-279p.

Oddy W.H. (2002). The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev.* 10(3): 5-18p.

Oddy W.H., et al. (2003). Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 88(3): 224-228p.

Schank-Nielsen L. & Michaelsen K.F. (2007). Advances in Our Understanding of the Biology of Human Milk and Its Effects on the Offspring. *J. Nutr.* 137: 503S-510Sp.

מאמר סקירה גזים אצל תינוק יונק

ורד לב

נטורופתית N.D, יועצת הנקה מוסמכת IBCLC

veredudu@013.net.il

"לילד שלי יש גזים", "התינוקת שלי יונקת בלבד וסובלת המון מכאבי בטן", "הרופא אמר שלילדה שלי יש קוליק".

הורים עשויים לפנות אלינו במצוקתם הרבה ולבקש עזרה של צמחים, תרופות, שמנים למיניהם, או לחלופין שנעזור לאימא להבין מה היא צריכה, או יותר נכון - לא צריכה לאכול, כדי שכל התופעות האלה ייעלמו. ההורים בתסכולם מוכנים לעבור הכל, גם אבחונים וטיפולים שייראו לאדם מבחוץ הזויים ולא קשורים כלל למצב, ובכל זאת יש רבים המדווחים על הטבה אחרי אבחון או טיפול זה או אחר, כמו גם הורים שלא רואים כלל שינוי במצב התינוק. נחמתם של אלה היא, כי ברוב המקרים זהו מצב חולף, ובאמת מרבית התינוקות גדלים אל מעבר לשלב הסבל הבטני הזה.

אם כן, מהם אותם "גזים", "קוליק" (colic) וכאבי בטן נוראיים אלה? האם הם תוויות הנצמדות במהרה לתינוקות רכים בני יומם? האם זה מצב נורמלי בהתפתחותם של תינוקות? האם כל התינוקות סובלים מתופעות אלה? ומה אפשר לעשות? רק לחכות שיעבור הזמן?

"קוליק"¹ הוא שם כללי למצב בו תינוק חסר שקט, בכיני, בעל התנהגות לא רגועה. משייכים את ביטויי המצוקה לכאבי בטן, כי התינוק נראה מכווץ וסובל. בחלק מהתינוקות הקוליק מתבטא בתופעות קלות של בכי ואי שקט, אך יש גם תינוקות שנראים במצוקה קשה, בוכים, צורחים, מתכווצים ומתפתלים, מה שמן הסתם מוסיף ללחץ של ההורים.

יש הורים המתארים שמיעת קולות ממערכת היכול, תינוקות שמאדימים ומתקשים מאוד להירגע. בדרך כלל מדובר על חלק משעות היום ולא על כולו. יש הורים המדווחים על תופעות אלה בעיקר אחה"צ ובערב המוקדם, ויש שבחלק אחר של היום. משך הזמן משתנה מתינוק לתינוק וגם אצל אותו התינוק בימים שונים. אין פרק זמן קבוע וברור.

לעתים הורים מתארים שלאחר יציאה יש הקלה במצב, ושיכולות להיות הפסקות ארוכות בין היציאות. לחלק מהתינוקות יש יציאות שופעות, נוזליות ולעתים ירקרקות ומסריחות.

מקובל להתייחס לפרק הזמן שבין 2-3 שבועות ל-3 חודשים כ"זמן הקוליק". תופעה זו נחשבת כל כך נורמלית ורגילה, עד שכל הורה משוכנע שלילדה/ה שלו יש קוליק בשלב זה או אחר.

אימהות מיניקות מקבלות את הרושם שעליהן לאכול בצורה מוקפדת מאוד ולהסיר רשימה ארוכה של מזונות מהתפריט שלהן, כדי "לטפל" בבעיה. כמובן שמרבית המזונות הללו לא נמצאו כקשורים לבעיה.

אותי מדאיגה הרבה יותר התופעה של אישה אחרי לידה, שתזונתה אינה מאוזנת, כך שאינה מסוגלת לעזור לגופה בשיקום ובמילוי המאגרים שלו.

רשימת האיטורים ארוכה ומהתבוננות בה ניתן לראות איך בקלות רבה כל כך מוותרים על מזונות חשובים ומזינים ביותר, כמו ירקות ממשפחת המצליבים: כרוב, כרובית, ברוקולי - המכילים נוגדי חמצון ורכיבים נוגדי סרטן חשובים; קטניות - מקור לפחמימות וחלבונים איכותיים ולמינרלים רבים וחשובים

(במיוחד לאחר לידה), פירות הדר, עגבניות, בצל ושום, עוף ובקר, מזון מתובל וחרף, מוצרי חלב ומזונות המכילים קפאין (עם זה אני חייבת להסכים. תמיד). מחקר שבדק את רשימת המזונות הללו וקבע שיש ביניהם קשר ל"קוליק"² הוא בעייתי, מאחר שנעשה בשיטה של איסוף שאלונים ולא בבדיקה מדעית של ממש. ממנו נגזרו הגזרות הללו עבור נשים רבות בעולם המערבי.

אל לנו לשכוח, שמעבר לערכים התזונתיים שבו, לאוכל משמעות רגשית ונפשית כאחד, ואישה המרגישה שעליה להימנע מכל כך הרבה מזונות ולהתחיל לחשב מה מותר ומה אסור לה, עשויה להרגיש מאוד לא בנוח בהקשר להזנה ולהיקשרות עם תינוקה.³

נכון, רגישויות ספציפיות תיתכנה בהחלט, אולם לטעמי, אין סיבה לאסור באופן גורף את אכילתם של מזונות רבים כל כך. ודאי וודאי לא תהיה זו הפעולה הראשונה שאנקוט.

הנקה - מנקודת מבט מקצועית

ההנקה היא דרך ההאכלה הביולוגית של היונקים באשר הם.

הנקה היא הנורמה, היא בטבע שלנו וזו הציפייה הביולוגית המולדת של כל תינוק שנולד - להיות מוזן על ידי אימו במזון המותאם לו ביותר בכל הרמות, חלב אם.

לאורך כל ההיסטוריה - כ-100,000 דורות עד כה - בני האדם גדלו ושגשגו על בסיס חלב אמם, עיוד שתחליפי החלב למיניהם (תמ"ל - תרכובת מזון לתינוקות) הוכנסו לשימוש רק ב-3-4 הדורות האחרונים.

כאשר אישה מיניקה מתלוננת על "קוליק", הדבר הראשון שיש לעשות הוא להעריך את ההנקה.⁴

● ראשית, אברר מה מצב התינוק - ייתכן שסימני חוסר השקט ואי הנחות נובעים פשוט מ...רעב. יש לכך לא מעט סימנים הקשורים בעלייתו של התינוק במשקל, בהערכת היציאות שלו (שתן וצואה), במספר ההנקות ביום ובאופי ההנקה וניהולה.

● בשלב הבא ארצה לוודא שתנחת ההנקה נכונה ושהתינוק נצמד היטב אל השד, כך שהעברת החלב טובה. לא מספיקה העובדה שלאם יש מספיק חלב, החלב גם צריך לעבור אל התינוק!

● הדבר הבא שאבחן הוא ניהול ההנקה - האם האם מיניקה מצד אחד או משני הצדדים? כמה זמן יונק התינוק מכל צד?

ההמלצה הרשמית היא לתת לתינוק לינוק מצד אחד ולסיימו בקצב שלו, ואז להציע לו את הצד השני. לא תמיד התינוק ייקח, לעתים ירצה רק עוד כמה לגימות. יכולה להיות לכך משמעות רבה,⁵ מכיוון שהחלב משנה את הרכבו במהלך הארוחה והופך מימי ועשיר באנרגיה מיידית (פחמימות), לשומני ומשביע יותר לאורך אותה הארוחה. אם לתינוק לא תהיה גישה חופשית לחלב השומני יותר, ייתכן שהוא לא ישבע ויישאר חסר מנוחה.

רק התינוק יודע מה גדל הארוחה הנדרשת לו ברגע נתון, אף אחד אחר לא יכול לקבוע זאת עבורו. כאשר נותנים לתינוק יד חופשית ולא מגבילים אותו, התינוק מתארגן לפי צרכיו. יש תינוקות שיונקים מאוד מהר ויש תינוקות איטיים יותר. אנחנו לא ממש יודעים וגם לא אמורים להתערב בקצב שלהם. בתחילה

מרבית התינוקות יונקים זמן ממושך יותר, וככל שהם גדלים (מי מהר יותר ומי לאט יותר) היניקה שלהם נעשית יעילה יותר וארוחותיהם מהירות יותר.

● ישנן אימהות ש"התברכו" בייצור מוגבר של חלב.⁶ תינוקותיהן ברוב המקרים עולים יפה מאוד במשקל, אפילו יפה מדי, ועדיין רבות מהן מדווחות על "קוליק".

חלב אם עשיר מאוד בלקטוז, סוכר החלב העיקרי, ספק אנרגיה חשוב מאוד לגוף. חשיבותו רבה במיוחד להתפתחות של מוח התינוק. לקטוז מגביר ספיגה של ברזל וסידן בגוף, והגלקטוז שבו חיוני להתפתחות מערכת העצבים המרכזית.

לקטוז מפורק בגוף ע"י האנזים לקטאז. לקטאז מופרש בגוף בשנות הניקות. לאחר גיל הגמילה כמותו הולכת ופוחתת באיטיות, עד שייצורו נפסק לגמרי. מרביתם לחשוב שאולי לתינוקות ה"קוליקיים" יש אי סבילות ללקטוז, כי כמותו בחלב אִם גבוהה מאוד (וייתכן שהם עדיין אינם מסוגלים לעכל כמויות אלה). באופן פרדוקסלי, אימהות לתינוקות אלה עשויות לחשוב שאין להן מספיק חלב, אם כי התינוקות בהחלט מראים סימנים לכמויות חלב גדולות מאוד.

מה שקורה במצב זה הוא מעין מעגל קסמים, בו הרבה חלב נכנס לקיבת התינוק והוא לא מצליח לעכל את הכמות הזו ולהתמודד עמה. מאחר שלאימא יש הרבה חלב זרם חזק, הוא מקבל בעיקר את החלב שאינו שומני ואינו מצליח לעכל את כל הלקטוז שבו. הלקטוז מושך אל המעיין עוד נוזלים ונוצרות שם תגובות של גזים וקשיי עיכול ולעתים אף של גירוי באזור החיטול. לעתים אף מופיע מעט דימום בצואה.

התינוק מתנהג כאילו הוא רעב, מאחר שהנקה מרגיעה אותו מעט ומניעה את הגזים במורד מערכת העיכול, אם כי היא אף מביאה אליו עוד חלב עשיר בלקטוז ועני בשומן.

ניתן לטפל בעודף ייצור חלב ולנסות להפחיתו תוך כדי מעקב והתבוננות על הילד. יש להיעזר באשת מקצוע בתחום ההנקה על מנת שלא להפחית את כמויות החלב לגמרי. ברוב המקרים דרושה התערבות למשך זמן קצר, ואחריה ניתן לחזור לשגרה רגילה.⁷

● רק במצבים בהם כל תמונת ההנקה היא טובה, אתפנה להתבונן מקרוב יותר בנושא התזונה.^{8,9}

אחד החשודים העיקריים, והיחיד שהוכח עד כה, הוא חלב פרה. יש נשים שהסרת חלב פרה ומוצריה מתפריטן משפרת משמעותית את תגובות ילדיהן ומפחיתה באופן דרסטי את אירועי ה"קוליק" שלהם. חשוב לדעת שלפעמים ההשפעה אינה מיידית, אלא נראית כעבור 2-3 שבועות לפחות, אחרי שמערכת העיכול מתנקה מהגורם המגרה ומתחיל תהליך של שיקום ובנייה.

המלצות להקלה ולעזרה במצב

ישנם מוצרים רבים בשוק, המיועדים להקל על תינוקות הסובלים מגזים. רבים מהם מבוססים על צמחי מרפא הידועים במסורות שונות כמשפרים את המצב.

ישנן גם תרופות רבות המשנות את מאזן החומציות בקיבה, מתוך החשד שה"קוליק" נגרם מרפלוקס ומעלייה של תכולת הקיבה בחזרה לכיוון הוושט והחוצה.

הורים רבים מנסים תכשירים וטיפולים שונים. חלקם מסייעים להקלת מה על המצב וחלקם לא משיעים כלל.

אין ספק שזו תעשייה המגלגלת כסף רב, ושיטוט מהיר באינטרנט יגלה אינספור המלצות ותכשירים.

אין כל הוכחה ליעילותו של תכשיר זה או אחר.

בנוסף, קיימים פתרונות התנהגותיים שעשויים לסייע:

● תנועה - תינוקות נולדים עם ציפייה מולדת לנוע. ברחם הם נעו ביחד עם אימהותיהם והם בהחלט מצפים להמשיך להיות בתנועה ולא להיות סטטיים, שכובים על הגב במרבית שעות היום.

בהשוואה לאורח חיים מסורתי, אורח החיים המערבי מספק פחות הזדמנויות לתנועה, אך בהחלט ניתן לשנות זאת.

לשם כך ניתן להיעזר במגוון גדול מאוד של מנשאים הקיימים היום בשוק, המאפשרים למטפל בתינוק לקחת אותו כחלק מכל פעילויות היום: קניות, טיול עם הכלב, תליית כביסה, ניקיון הבית ועוד. מנשא יכול להיות כלי עזר חשוב מאוד לטיפול בתינוק הסובל מ"קוליק".

כך גם ערסל או כדור פיזיותרפי, המאפשרים תנועה בתוך הבית.

● מגע - גם כאן הביולוגיה מדברת בשם עצמה. תינוקות מגיבים נפלא למגע, כחלק מהציפייה המולדת שלהם.

מגע של "עור לעור" (skin to skin), להיות על גוף חי ונושם ולא על משטח קר עמוס גירויים. מגע של ליטוף ועיסוי. הורים רבים מספרים שעיסוי קבוע בבטן ובאזורי מערכת העיכול בכף הרגל, משפר פלאים את מצבם של התינוקות הסובלים מ"קוליק".

● הפחתת עישון וצריכת קפאין^{10,11} - אלה גורמים הידועים כמעוררים תופעות של "קוליק" ואף מחמירים אותן. נמצא כי תינוקות לאימהות המעשנות מעל 5 סיגריות ביום עשויים לסבול מתופעות של גירוי במערכת העיכול שלהם.

● אפשר בהחלט להיעזר במגוון טיפולים כמו עיסוי, קראניו סאקרל,¹² דיקור, הומיאופתיה, אוסטיאופתיה, כירופרקטיקה, רפלקסולוגיה, ארומתרפיה, טתא הילינג ועוד.

אין ספק שה"קוליק" אינו חלק מטווח ההתנהגויות הנורמטיביות של תינוק יונק טיפוס. כאשר יש תלונה כזו, יש לערוך בירור מקיף לגבי הסיבה ולנסות לעזור, להקל ולפתור את המצב.

זהו בהחלט אפשרי!

מקורות

1. Helseth S, Begnum S, 2002. A comprehensive definition of infant colic: parents' and nurses' perspectives. J Clin Nurs. Sep;11(5):672-680
2. Lust J, Brown W, Thomas W, 1996. Maternal intake of cruciferous vegetables and other foods and colic symptoms in exclusively breast-fed infants. Journal of the American Diabetic Association 96(1):46-48(3)
3. Akman et al, 2006. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. Archives of Disease in Childhood. 91(5):417-419.
4. http://www.kellymom.com/newman/02colic_in_bf_baby.html
5. Evans K, Evans R, Simmer K, 1995. Effect of the method of feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. Acta Paediatrica 84:849-852.
6. <http://www.kellymom.com/bf/supply/fast-letdown.html>
7. Woolridge MW, Fisher C, 1988. Colic, "overfeeding" and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management?. Lancet 13;2(8607):382-384.
8. <http://www.kellymom.com/babyconcerns/food-sensitivity.html>
9. <http://www.kellymom.com/nutrition/mom/mom-foods.html>
10. Breastfeeding Answer Book (LLL) 2003, p. 599-600 <http://www.kellymom.com/health/lifestyle/caffeine.html>
11. Shenassa ED, Brown MJ, 2004. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. Pediatrics 114(4) (1 of 3) 1077, e497.
12. Hayden C, Mullinger B, 2006. A preliminary assessment of the impact of cranial osteopathy for the relief of infantile colic. Complement Ther Clin Pract. 12(2):83-90. Epub

תוספים ליילודים ולתינוקות

מדינות שונות

בישראל מקבלים יילודים זריקה בודדת של ויטמין K ביממה הראשונה לחייהם. זוג גם הגישה המקובלת בארה"ב, אם כי שם קיימת נטייה לוותר על התוסף עבור תינוקות שנולדו בריאים בלידה ואגינלית, ללא כל התערבות או טראומה.⁴ בקצה השני נמצאות צרפת ודנמרק, שם מקבלים תינוקות יונקים תוסף של 2 מ"ג ויטמין K פעם בשבוע כל עוד הם ניזונים מחלב אם באופן בלעדי.⁵ במדינות אחרות, כמו הולנד,³ ניתן התוסף במינון נמוך יותר, על בסיס יומי.

לסיכום - דעה אישית

מחסור בוויטמין K הוא נדיר למדי, אבל מסוכן ביותר. המחסור נפוץ יותר אצל תינוקות הניזונים מהנקה מלאה בחודשי חייהם הראשונים, שזו, כמובן, התזונה המומלצת ביותר לתינוק. הדרך הטובה ביותר למנוע מחסור זה לחלוטין היא במתן זריקה בודדת של הוויטמין סמוך ללידה. לחושים מהמצוקה הנגרמת לתינוק כתוצאה מהזריקה, ניתן להשתמש במשחה מאלחשת או באמצעי הרגעה אחרים כמו טיפות הומאופתיות (רסקיו רמדי או ארניקה), או פשוט לערסל וללטף את התינוק בזמן מתן הזריקה - כל עוד המערסל/מלטף נשאר רגוע.

ויטמין A

ויטמין A מופיע במאמר זה רק כדי למנוע בלבול. עד לפני זמן קצר (אוקטובר 2008) המליץ משרד הבריאות הישראלי על מתן תוסף משולב של ויטמין D+A. מטרת ה-A בפורמולה היתה לשפר את הספיגה של ויטמין D. לפני כארבע שנים יצאה בבריטניה המלצה להימנע כליל מתוספי ויטמין A, בכל גיל,⁶ כיוון שמחקר ארוך-טווח הראה כמות מספקת של ויטמין A בתזונה - הן של תינוקות, והן של מבוגרים. בנוסף, עודף ויטמין A משייך לבעיות בהתפתחות מערכת העצבים ולסוגים מסויימים של סרטן. משרד הבריאות האמריקאי הלך בעקבות ההמלצה הבריטית, ואחריו גם משרד הבריאות הישראלי שינה את ההמלצות והוציא את הוויטמין מרשימת התוספים המומלצים לתינוקות.

ויטמין D

מטרת התוסף

לויטמין D תפקיד קריטי בספיגת סידן וזרחן בגוף האדם. סידן וזרחן חשובים ביותר לבניית עצמות, ויש להם גם תפקידים נוספים: תפקוד השרירים תלוי בזרימת סידן, וכן לויטמין D חלק בתפקוד התקין של מערכת החיסון.

מחסור בוויטמין D מוביל בראש ובראשונה לרככת - מחלה בה נגרמים עיוותים בעצמות, בייחוד עיוות הנקרא "רגלי O". מחסור מתמשך בוויטמין D, המוביל למחסור חמור בסידן, עלול להוביל לפרוסים ואפילו לסכנת חיים. בנוסף, מחקרים חדשים מראים קשר בין מחסור בוויטמין D ובין ברונוכיטיס (מחלת סמפונות של גיל הילדות), אסתמה,⁷ נטיות אלרגיות,⁸ מחלות לב⁹ ואפילו סוכרת מסוג 1 ו-2.¹⁰

מחסור בוויטמין D אצל תינוקות נובע משתי סיבות עיקריות: חשיפה מועטה מדי לשמש, ומיעוט הוויטמין במקורות המזון של התינוק. מיעוט הוויטמין במזונם של תינוקות יונקים נובע ממחסור אצל האם, שגם הוא נגרם כתוצאה ממיעוט חשיפה לשמש. בניגוד לשאר רכיבי התזונה, אותם מקבל התינוק גם

יעל אורן

נטורופטית והרבליסטית קלינית

yael_oren@herbology.org.il

מרגע לידתם ועד גיל שנה, תינוקות ברחבי העולם המערבי מקבלים חמישה תוספים: ויטמינים A, D, K ומינרלים: ברזל ופולואור. ההמלצות בנוגע למינון ואפילו בנוגע לצורך בתוספים אלו, שונות באופן מהותי ממדינה למדינה. מאמר זה סוקר את ההמלצות במדינות השונות והמניעים להן, מתוך כוונה לתת למטפלים כלים כדי לנסח המלצות להורים טריים.

ויטמין K

מטרת התוסף

ויטמין K הוא פקטור חשוב ביצירה של חלבוני קרישה. מחסור בוויטמין K עלול לגרום תת-קרישיות ולהוביל לדימומים. הסיכון הגבוה ביותר הוא לדימומים במוח, העלולים אף לגרום למוות. דימומים ממחסור בוויטמין K הופיעו בשכיחות של כ-35 תינוקות ל-100,000 לפני מתן התוסף, וירדו קרוב לאפס מאז שהחל מתן התוסף למניעה.¹

ויטמין K מיוצר במעי ע"י חיידקים "ידידותיים". חיידקים אלו נמצאים בכמות מועטה אצל תינוקות רכים, ובייחוד אצל תינוקות יונקים. דווקא אצל תינוקות הניזונים מפורמולה נוצרת אוכלוסיה עשירה יותר של חיידקי מעי - כנראה כתוצאה מהמגע של המעי עם גורם זר באופן יחסי, והתפתחות חיידקים בתוך בקבוק הפורמולה. מסיבה זו, דווקא תינוקות יונקים נוטים לסבול יותר מדימומים כתוצאה ממחסור בוויטמין K. דימומים כאלו בקרב תינוקות שקיבלו מנה בודדת של התוסף סמוך ללידה, אירעו באופן מוחלט אך ורק אצל תינוקות יונקים (כ-0.2 מכל 100,000 תינוקות).²

מתן התוסף

ויטמין K הוא התוסף הראשון אותו פוגש היילוד עוד בהיותו בבית החולים. בארץ מקבלים יילודים זריקה של ויטמין K ביממה הראשונה לחייהם. נוהל זה מקובל מאוד גם במדינות רבות אחרות, אם כי בחלקן מקבלים היילודים את התוסף בטיפות אוראליות (דרך הפה) ולא בזריקה. מחקרים השוואתיים מראים, שבעוד שמתן תוסף אוראלי מפחית משמעותית את הסיכון לדימומים כתוצאה ממחסור בוויטמין K, יעילותו עדיין פחותה מזו של מתן התוסף בזריקה.^{3,1} מחקרים אחרים באשר ליעילות תוספי ויטמין K לא מבחינים כלל בין שני אופני מתן הוויטמין.²

כאשר תינוק סובל מבעיית ספיגה בכבד - בעיה שעלולה לא להתגלות בשלב מוקדם - נפגעת יעילות הספיגה של ויטמין K במתן אוראלי. במקרה זה, גם אם הוויטמין ניתן על בסיס יומי, עדיין עלול להיווצר מחסור שמוביל לדימומים, ולכן יש יתרון משמעותי למתן התוסף בזריקה. למרות זאת, דווקא מתן 2 מ"ג מדי שבוע הראה יעילות מעט גבוהה יותר מזו של מתן זריקה בודדת מייד אחרי הלידה.³ הזנת התינוק בפורמולה במקום בחלב אם צימצמה באופן משמעותי את הסיכון לדימומים כתוצאה ממחסור בוויטמין K עבור התינוקות שקיבלו את הוויטמין דרך הפה: פי 75 עבור תינוקות שקיבלו מינון יומי של 25 מ"ק ויטמין K, ופי 8 עבור תינוקות שקיבלו מינון שבועי של 2-1 מ"ג.

לסיכום - דעה אישית

בעבר קראתי באיזשהו ספר לרפואת ילדים שלעתים, בעקבות עודף ויטמין D, עלול המרפס בגולגולת התינוק להיסגר מוקדם מדי ולגרום לחץ תוך-גולגולתי ונזקים למוח. זה כנראה היה ספר מאוד ישן. לצורך כתיבת מאמר זה 'חפרתי' היטב בכל הפרסומים הרפואיים של השנים האחרונות. האזכור היחיד של קשר בין סגירה מוקדמת של מרפס ועודף ויטמין D היה בתיעוד מקרה של תינוק שסבל מררכת וטופל בוויטמין D במינונים גבוהים במיוחד.²² הסגירה המוקדמת פסקה עם הההפחתה במינון הוויטמין (אגב, גם מצב הרככת השתפר). באותם פרסומים רפואיים היו דווקא כמה וכמה אזכורים של סגירה מוקדמת של מרפס, אשר נבעה דווקא ממחסור בוויטמין D שהוביל למחסור בזרחן.



למרות כל זאת, כאימא לתינוקת בהירה במיוחד שנולדה בקיץ וליוותה את אחיותיה לפעילויות שונות מחוץ לבית כמעט מיום לידתה, בחרתי שלא לתת את התוסף. אחת הסיבות להחלטתי הייתה העובדה שבעבר ניתן היה להשיג רק את התוסף המשולב A+D. היום, כשוויטמין D ניתן ללא A, ייתכן שהייתי בוחרת אחרת.

ברזל

מטרת התוסף

ברזל הוא רכיב חיוני בחלבוני ההמוגלובין בדם והמיוגלובין בשריר, המובילים חמצן בגוף. לברזל גם תפקיד במספר תהליכים נוספים בגוף.²³ הברזל הוא רכיב כה חשוב, שקיימים בגוף מספר מאגרים למקרה הצורך. מחסור בברזל מתבטא קודם כל בירידה במאגרי הברזל ה"רזרוויים", ולאחר מכן באנמיה (ירידה ברמות ההמוגלובין בדם). ההשפעה הישירה והמיידי של אנמיה היא ירידה באספקת החמצן לכל תא ותא בגוף. ההשפעות נרחבות עד כדי כך, שהיום כמעט כל אדם בעולם המערבי יודע לזהות אותן: חיוורון, עייפות, סחרחורת, כאבי ראש, דופק מואץ ועוד.

אם הם נמצאים אצל האם ברמה נמוכה (לפי העקרון הטבעי של העדפת טובת הצאצא על זו של ההורה), ויטמין D כה חשוב לתפקוד גופה של האם, עד שכאשר הוא במחסור, אין מועברת כמות מספקת ממנו לחלב.¹¹

המקור הראשון והמרכזי לכל המחסורים - הן אצל התינוק והן אצל האם - הוא מחסור בחשיפה לשמש. חשיפה מספקת לשמש היא מושג ערטילאי למדי. קשה מאוד לקבוע כמה חשיפה בדיוק צריך תינוק כדי לייצר כמות מספקת של ויטמין D. ככל שעור התינוק כהה יותר, כך דרושה חשיפה ארוכה יותר כדי לייצר את הוויטמין. לפי האגודה הישראלית למלחמה בסרטן, מספיקות 2-3 דקות ביום של חשיפה חלקית לשמש, כדי לייצר את כל הוויטמין היומי הנדרש.¹²

מספר מחקרים אפידימיולוגיים הראו מחסור בוויטמין D בקרב תינוקות - בעיקר בעלי עור כהה, שניזונו מהנקה בלבד.^{13,14}

בקרב אוכלוסיות הנוהגות לכסות את כל שטח העור בבגדים - בעיקר מוסלמים וחרדים - המחסור היה נפוץ במיוחד, והגיע לכדי 78% מכלל התינוקות.¹³

החשש מפני סרטן העור הוא חשש ממשי ביותר. מדינת ישראל נמצאת במקום השני בעולם בהיארעות של סרטן העור.¹⁵ אנשים רבים נוהגים, ובצדק, להימנע ככל הניתן מחשיפה לשמש, וכאשר קיימת חשיפה כזו, להשתמש במסנני קרינה. אולם אליה וקוץ בה. מסנני הקרינה ושאר אמצעי ההגנה גם מפריעים לייצור ויטמין D פעיל בגוף.¹⁶

מתן התוסף

ההמלצה ברוב מדינות המערב זהה ועומדת על 400 יחב"ל ביום של ויטמין D3 (הצורה הפעילה יותר של הוויטמין). במדינת ישראל קיימת הפרדה בין תינוקות הניזונים מהנקה מלאה או חלקית לבין תינוקות שאינם מקבלים הנקה כלל. לניזונים מחלב גם ממליץ משרד הבריאות לקבל 400 יחב"ל ויטמין D ביום, כעוד שלניזונים מתמ"ל ההמלצה היא 200 יחב"ל ביום בלבד.¹⁷

מדינות שונות

במדינות רבות בעולם, ובניהן ישראל, היה מקובל משך שנים רבות להלעיט את התינוקות והילדים בשמן דגים, במטרה למנוע רככת או לטפל בה. כפית אחת של שמן דגים מכילה כ-400 יחב"ל ויטמין D - כמות זהה לזו המומלצת היום כתוסף.

ארצות שונות בהן שיעור הגירה גבוה, כגון ארה"ב וגרמניה, ערכו מחקרים בקרב אוכלוסיית המהגרים.^{18,14} מחקרים אלו חשפו מחסור נפוץ מאוד בוויטמין D באוכלוסיות שנבדקו. להערכתך, ייתכן שתמונת מצב זו נובעת מכך שמרבית הנבדקים היו מוסלמים (לבוש ארוך; אי חשיפה לשמש) או בעלי צבע עור כהה.

מחקר מקיף יותר בארה"ב הראה, שבעוד שמחסור חמור בוויטמין D כמעט לא קיים יותר במדינה זו, מחסור קל נפוץ מאוד, בייחוד בקרב תינוקות כהים, יונקים, שנולדו בחו"ר.¹¹ לאחרונה (13 באוקטובר 2008) הוכפל בארה"ב המינון המומלץ של ויטמין D לתינוקות,¹⁹ והוא עומד היום על 400 יחב"ל לכלל התינוקות - יונקים ושאינם יונקים. מתוך דאגה גם לילדים בוגרים יותר ולמבוגרים, כל החלב הנמכר בארה"ב מכיל תוספת של ויטמין D.²⁰

בטורקיה החלה ב-2005 חלוקה חינם של ויטמין D לתינוקות במזרח המדינה, לאחר שרככת הוגדרה שם כמגיפה. מעקב של שלוש שנים הראה ירידה תלולה בשיעור ההיארעות של מקרי רככת אצל ילדים, מ-6.09% ל-0.1%. המחלה אירעה רק בילדים שלא נטלו תוסף ויטמין D.²¹

בהנקה חלקית או בפורמולה בלבד. כלומר, כל הסימנים הראו שרמות הברזל של תינוקות אלו היו תקינות לחלוטין, ושהבעיה היחידה היתה בהגדרת ערכי הנורמה. לאור זאת, היום ערכי הנורמה לברזל לתינוקות בנים בסין נמוכים יותר ממה שהיו לפני המחקר.

למרות זאת, עדיין קיימים מחקרים הטוענים שבקרב אוכלוסיות נחשלות קיימת בעיה גורפת של אנמיה, גם בין תינוקות יונקים.³⁰

נזקי ברזל

ברזל הוא חומר מחמצן חזק. בעוד שאנחנו במרדף קבוע אחרי נוגדי חמצון, הברזל פועל בדיוק לכיוון ההפוך. עודף ברזל מקושר עם נזק ל-DNA, עם הזדקנות מואצת של תאים ואף עם סוגים שונים של סרטן.³¹ עודבה מעניינת היא, שהפעילות נוגדת הסרטן של כורכום - החומר הפעיל בכורכום (*Curcuma longa*) - משוייכת, בין השאר, ליכולת שלו לקשור ברזל חופשי ולסלק אותו מהגוף.³²

מתן התוסף

משרד הבריאות הישראלי מנחה הורים לתת תוסף ברזל לכל התינוקות, ללא קשר לתזונת התינוק. המינון המומלץ עומד על 7 מ"ג ליממה מגיל 4-6 חודשים, ו-15 מ"ג ליממה מגיל 6-12 חודשים. לאחר מכן מנחה משרד הבריאות לערוך בדיקת דם לאבחון אנמיה ולבחירת הצורך בהמשך מתן התוסף.

מדינות שונות

ברוב מדינות העולם המערבי מקובל להמליץ על תוספי ברזל אך ורק לתינוקות הנמצאים בסיכון לאנמיה מחוסר ברזל. לתינוקות שאינם בסיכון מומלצת תזונה מועשרת בברזל בשילוב עם מזונות עשירים בוויטמין C, כדי להגביר את ספיגת הברזל.^{33,27}

הסוכנות לבקרת מחלות בארצות הברית (CDC) ממליצה על מתן תוספי ברזל אך ורק לתינוקות הנמצאים בסיכון לאנמיה - תינוקות לא יונקים שאינם מקבלים מזון מועשר בברזל ותינוקות בעלי משקל לידה נמוך. לשאר האוכלוסיה, הסוכנות ממליצה על הנקה ועל הכנסת מזונות עשירים בברזל לתפריט התינוק. מחקרי CDC מראים כי צריכת הברזל של תינוקות שאינם בקבוצת סיכון היא מספקת.³²

לסיכום - דעה אישית

לאנמיה מחוסר ברזל השלכות רבות משמעות על התפתחות התינוק, הן מהבחינה הפיזית והן מהבחינה הקוגניטיבית. כמי שמעריכה מאוד אינטלגנציה, היה לי חשוב ביותר לשמור על בנותי מאנמיה. בשל הנזקים של תוספי ברזל חיזוניים, בחרתי להימנע מתוספי הברזל, אבל לערוך שתי בדיקות דם ולוודא שלא מתפתחת אנמיה: אחת בגיל 4 חודשים והשניה בגיל 9 חודשים. הבדיקה השנייה היא סטנדרטית לחלוטין ונערכת לכל תינוק בגיל 9-12 חודשים, כדי לבדוק את הצורך בהמשך מתן תוספי ברזל.

פלואור

מטרת התוסף

פלואור משמש זרז ביצירת זיגוג (אמייל) השן. נוכחות פלואור חיונית ליצירת זיגוג חזק ועמיד בפני חיידקי עששת.³⁴ פגיעה בשיניים, בעיקר בקרב אוכלוסיות חלשות שידן אינה משגת טיפולי שיניים יקרים, יכולה לגרום פגיעה קשה באיכות החיים - החל בכאבים קשים וכלה בקשוי אכילה היכולים להוביל אפילו לתת-תזונה. תוסף פלואור הינו זול וזמין, ויכול לצמצם את הנזקים הנובעים מעששת שיניים.³⁵

השפעה של אנמיה על תינוקות וילדים חמורה הרבה יותר. מספר מחקרים מראים על יכולות קוגניטיביות נמוכות משמעותית בקרב ילדים הסובלים מאנמיה לאורך זמן: תוצאות מבחני ה-IQ שלהם נמוכות יותר,²⁴ הם נוטים יותר להתנהגות היפראקטיבית (אפילו כאשר המחסור בברזל עדיין לא התפתח במלואו לאנמיה).²⁵ גרוץ מכך - גם לאחר טיפול בתוספי ברזל ושיפור במצב האנמיה, הביצועים שלהם, למרות שמשופרים קמעה, עדיין נמוכים משמעותית מאלו של ילדים שלא סבלו ממחסור בברזל.²⁶ ככל שגיל הילד הסובל מאנמיה נמוך יותר, כך ההשפעה הרסנית יותר. מחקרים דומים שנערכו על ילדים גילאי 11-17 מראים, שאנמיה בגיל זה משפיעה פחות על התפתחות ה-IQ.²⁶

מזונות רבים מפריעים לספיגת ברזל או אף גורמים לאיבוד ברזל:

תה המכיל טאנינים פוגע בספיגת ברזל ומקושר לגרימת אנמיה, ולכן אינו מומלץ לילדים כלל. בגנים בהם קיים פיקוח של משרד הבריאות ומשרד החינוך, ההנחיה היא שלא לתת תה לילדים.

צריכת חלב בגיל צעיר מדי עלולה לגרום דימום קל במעינים, המוביל לאובדן דם ולאובדן ברזל. על פי הנחיית משרד הבריאות, אין לתת חלב ניגר לתינוקות לפני גיל שנה. אפילו פורמולות מבוססות חלב גורמות לאובדן ברזל, אם כי במידה מופחתת בהרבה. הפורמולות מבוססות הסויה טובות עוד פחות במובן זה - סויה גורמת לפגיעה קשה ביכולת ספיגת הברזל.



ספיגת ברזל והנקה

בניגוד לוויטמין D ו-K, בכל הקשור למאגרי ברזל, הטבע נותן עדיפות ברורה מאוד לצאצא על פני האם. גם כאשר האם סובלת ממחסור משמעותי בברזל, התינוק עדיין מקבל כמות מספקת - הן בעודו עובר ברחם והן בהנקה לאחר הלידה.

חלב גם מכיל לקטופרין (lactoferrin) - חלבון מיוחד שהוא הנשא של ברזל בחלב גם. ספיגת ברזל מחלבון זה גבוהה בעשרות אחוזים מספיגת ברזל מכל מקור אחר.²⁷ לחלבון זה גם תפקיד חשוב בשמירה על מערכת העיכול של התינוק ובהגנה מפני גורמים מזהמים. תוספי ברזל ממקור חיזוני פוגעים בתפקוד החלבון ומפריעים לספיגת הברזל ממנו.

מחקר אוכלוסיה בהודו הראה, כי תינוקות שניזונו מחלב אם לא סבלו מאנמיה.²⁸ יתר על כן, מחקר גדול שנערך בסין והראה רמות מאגרי ברזל נמוכות יחסית אצל בנים שניזונו מהנקה, המליץ לשנות את ערכי הנורמה לברזל בקרב תינוקות.²⁹ ההמלצה התבססה על כך שתינוקות אלו התפתחו יפה יותר מתינוקות אחרים במחקר, שהזונו

נזקי פלואור

במקומות רבים בעולם, כולל בישראל,³⁶ פלואור ניתן לא רק כתוסף מזון, אלא מוסף באופן אוטומטי למי השתייה. כמות הפלואור המוספת למי השתייה מתבססת על ממוצע רצוי לאוכלוסיה כללית, אך לא מביאה בחשבון יחידים הצורכים כמויות מים גדולות בהרבה מהממוצע, או הרגישים יותר לתוספי פלואור. מסיבה זו, קיים תיעוד רב של הרעלות כתוצאה מעודף פלואור (fluorosis). בעוד שניזגים של מחלקות הבריאות במדינות שונות טוענים שמדובר בבעיה אסתטית קלה בלבד,^{37,38,39} מחקרים רבים מצביעים על בעיות חמורות הרבה יותר הנובעות מעודף פלואור,⁴⁰ וחלקם ממליצים להפסיק לאלתר את מתן הפלואור כאמצעי מניעה לכלל האוכלוסיה.⁴¹



הסימפטום הראשון לעודף פלואור הוא, למרבה האירוניה, פגיעה בשיניים.^{42,43,44}

פגיעה נפוצה נוספת כתוצאה מעודף פלואור היא היחלשות של העצמות ונטייה לשברים,⁴⁵ בייחוד במפרק הירך, ⁴⁶ שם נוצרים מצבורים גדולים של פלואור עודף.

במקרים חמורים, הפגיעה בעצמות עלולה להוביל גם לפגיעה עצבית, כתוצאה מלחץ שמפעילות החוליות הפגועות על עמוד השדרה, ולחץ במפרקים.⁴⁰ נזק זה נדיר למדי כתוצאה מצריכת פלואור במזון בלבד, ונפוץ יותר בעקבות הרעלת פלואור בגלל חשיפה ממושכת במקום העבודה, במכרות, לדוגמה. נזק דומה, גם הוא כתוצאה מלחץ יתר של העצמות הפגועות, יכול להיגרם גם לכלי דם.

סיכון חמור הרבה יותר (אם כי נדיר) של עודף פלואור במזון הוא סרטן עצמות מסוג Schwannoma intraosseous.⁴⁷ סרטן זה הוא נדיר ביותר, ומופיע כמעט באופן בלעדי באיזורים בהם קיים ריכוז גבוה של פלואור במים, או אצל עובדים החשופים לאבק פלואור. עודף פלואור נקשר גם לסוגים נוספים של סרטן,⁴⁸ ביניהם סרטן במערכת הנשימה, סרטן שלפוחית השתן וסרטן הוושט.

מתן התוסף

במדינת ישראל, על פי חוק מדינה, מחוייבת כל רשות מקומית המונה מעל 5000 תושבים להוסיף פלואור למי השתייה⁴⁹ בריכוז של 1 מ"ג לליטר ותקן מקסימלי של 1.7 מ"ג לליטר. ההערכה היא שכ-65% מכלל תושבי המדינה מקבלים מים מועשרים בפלואור. עבור שאר האוכלוסיה, משרד הבריאות מנחה את האחראים לבריאות הציבור להמליץ על מתן תוספי פלואור בהתאם להיסטוריה האישית והמשפחתית של עששת, וכן לפי כמות הפלואור הנמדדת במי השתייה.⁵⁰

מדינות שונות

בארצות הברית מועשרים כ-70% ממי השתייה בפלואור. ריכוז הפלואור במים המועשרים נע בין 0.7 ל-1.2 מ"ג לליטר,

כאשר הריכוז המותר הוא 4 מ"ג לליטר.⁵¹ עד שנת 2006 הועשרו המים בריכוז של 4 מ"ג לליטר, אולם ההמלצות שנו בעקבות מחקרים של ה-CDC על פוטנציאל הרעילות של פלואור בריכוז זה.⁵² בדומה למצב בארץ, תוספי פלואור מומלצים ע"י האיגוד האמריקאי לרפואת שיניים לילדים החל מגיל 6 חודשים, בהתבסס על ריכוז הפלואור במי השתייה.⁵³

בהונג-קונג מועשרים המים בפלואור מאז שנת 1961. ריכוז הפלואור במים השתנה מעט משך השנים, וכיום הוא עומד על 0.5-1 מ"ג לליטר. מחקרים שנערכו ע"י משרד הבריאות בהונג-קונג הראו, שריכוזים אלו הספיקו בהחלט כדי לצמצם מאוד את מקרי העששת בקרב ילדי בית-ספר.⁵⁴

בבריטניה מועשרים בפלואור רק כ-10% ממי השתייה, לריכוז של 1 מ"ג לליטר מים.⁵⁴ גם ברוב שאר מדינות העולם מעשירים את המים, לפחות באופן חלקי.⁵⁵

לסיכום - דעה אישית

כאשר "מעשירים" את המים שלנו בפלואור, אנחנו מקבלים תוספי פלואור לא רק במי השתייה, אלא גם בירקות ובפירות המושקים במים אלו. כך קורה, שמי שמקפיד על תזונה בריאה המורכבת מפירות וירקות מרובים ושתיית מים (ולא משקאות ממותקים למיניהם), נמצא בסיכון למינון עודף של פלואור. מרגיז אותי מאוד שהחליטו בשבילי, שחיסכון על סתימות בשיניים שווה את הסיכון לסרטן, לפגיעה בעצמות ואפילו לנזק לשיניים, שהן הסיבה המקורית להוספת הפלואור למים. משחות השיניים גם הן מכילות כמות לא מבוטלת של פלואור, אם כי, כיוון שילדים נוטים לבלוע את משחת השיניים, ניתן היום להשיג משחות שיניים לילדים ללא פלואור.

אלמלא החשיפה הגבוהה כל-כך לפלואור, שלא מתוך בחירה, סביר להניח שהייתי נותנת לילדות שלי תוסף פלואור. בסך הכל, גם שמירה על השיניים היא דבר חשוב, ואם המינרל חשוב לגוף שלנו כדי לשמור על השיניים, סביר להניח שיש לו תפקידים נוספים בגוף. אבל, כמו כל דבר אחר, גם הפלואור טוב במידה, והיה קל הרבה יותר לאמוד את המידה הנכונה אילו השאירו בידינו את השליטה על הכמות אותה אנחנו לוקחים כתוסף. אפשר להתנחם בכך, שהריכוז המקסימלי של פלואור במים המותר בישראל הוא מהמחמרים בעולם, אם כי הוא עדיין גבוה מהריכוז המומלץ ע"י ה-EPA⁵¹ למזג אוויר חם.

מקורות

1. McNinch A, Busfield A, Tripp J.: Vitamin K deficiency bleeding in Great Britain and Ireland: British Paediatric Surveillance Unit Surveys, 1993-94 and 2001-02., Arch Dis Child. 2007 Sep;92(9):759-66.
2. Vitamin K Prophylaxis in the Newborn / New Zealand Medicines and Medical Devices Safety authority <http://www.medsafe.govt.nz/profs/PUarticles/vtk.htm>, אוהזר באוקטובר 2008
3. van Hasselt PM, de Koning TJ, Kvist N, de Vries E, Lundin CR, Berger R, Kimpfen JL, Houwen RH, Jorgensen MH, Verkade HJ; Netherlands Study Group for Biliary Atresia Registry: Prevention of vitamin K deficiency bleeding in breastfed infants: lessons from the Dutch and Danish biliary atresia registries., Pediatrics. 2008 Apr;121(4):e857-63.
4. Vitamin K, Medline Plus, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginfo/natural/patient-vitamink.html>, 2008 אוהזר באוקטובר
5. Vitamin K supplementation in the exclusively breast-fed infant: how much, how long?, Arch Pediatr. 2008 Sep;15(9):1503-6., Service de pédiatrie, rue Ambroise-Paré, Hôpital, 57500 St-Avold, France. zixiefferi@wanadoo.fr
6. Risk assessment, Part 2, p.110., Food Standards agency, Gov, UK http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/evm_a.pdf, אוהזר באוקטובר 2008
7. Litonjua AA, Weiss ST.: Is vitamin D deficiency to blame for the asthma epidemic?, J Allergy Clin Immunol. 2007 Nov;120(5):1031-5.

המשך <<<

8. Noimark L, Cox HE.: Nutritional problems related to food allergy in childhood, *Pediatr Allergy Immunol.* 2008 Mar;19(2):188-95.
9. Zittermann A, Koerfer R.: Vitamin D in the prevention and treatment of coronary heart disease, *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2008 Nov;11(6):752-7
10. Bener A, Alsaied A, Al-Ali M, Al-Kubaisi A, Basha B, Abraham A, Guitier G, Mian M.: High prevalence of vitamin D deficiency in type 1 diabetes mellitus and healthy children, *Acta Diabetol.* 2008 Oct 10.
11. Kovacs CS.: Vitamin D in pregnancy and lactation: maternal, fetal, and neonatal outcomes from human and animal studies., *Am J Clin Nutr.* 2008 Aug;88(2):520S-528S.
12. **מיתוס הילדות של חשיבות החשיפה לשמש, האגודה למלחמה בסרטן**
<http://www.cancer.org.il/template/default.asp?keyWord=מיתוס%20D&maincat=42&catid=434>,
אוחזר באוקטובר 2008
13. Rovner AJ, O'Brien KO.: Hypovitaminosis D among healthy children in the United States: a review of the current evidence, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Jun;162(6):513-9.
14. Yetley EA.: Assessing the vitamin D status of the US population., *Am J Clin Nutr.* 2008 Aug;88(2):558S-564S.
15. פרופ' רפאל שפיר, **מלנומה ממארת של העור, תמונת מצב-2004.**
האגודה למלחמה בסרטן,
<http://www.cancer.org.il/template/default.asp?textSearch=&maincat=42&catid=444>,
אוחזר באוקטובר 2008
16. Grant WB, Strange RC, Garland OF.: Sunshine is good medicine. The health benefits of ultraviolet-B induced vitamin D production., *J Cosmet Dermatol.* 2003 Apr;2(2):86-98.
17. **תדריך להזנת התינוק הבריא והפועט בישראל, משרד הבריאות**
הישראלי, אוקטובר 2007
<http://www.health.gov.il/units/spoke/>,
אוחזר באוקטובר 2008
18. Hinizpeter B, Scheidt-Nave C, Müller MJ, Schenk L, Mensink GB.: Higher prevalence of vitamin D deficiency is associated with immigrant background among children and adolescents in Germany, *J Nutr.* 2008 Aug;138(8):1482-90.
19. Vitamin D Supplementation Guidelines for Youngsters Doubled, *Medline Plus.* http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_70374.html,
אוחזר באוקטובר 2008
20. Vitamin D, *Medline Plus.* <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002405.htm>,
אוחזר באוקטובר 2008
21. Ozkan B, Doneray H, Karacan M, Vangelik S, Yildirim ZK, Ozkan A, Kosan C, Aydin K.: Prevalence of vitamin D deficiency rickets in the eastern part of Turkey., *Eur J Pediatr.* 2008 Sep 2.
22. Carlsen NL, Krasinikoff PA, Eiken M.: Premature cranial synostosis in X-linked hypophosphatemic rickets: possible precipitation by 1-alpha-OH-cholecalciferol intoxication, *Acta Paediatr Scand.* 1984 Jan;73(1):149-54.
23. Xia D, Esser L, Elbery M, Zhou F, Yu L, Yu CA.: The road to the crystal structure of the cytochrome bc (1) complex from the anoxygenic, photosynthetic bacterium *Rhodospirillum rubrum*, *J Bioenerg Biomembr.* 2008 Oct 25.
24. Agaoglu L, Torun O, Unuvar E, Sevil Y, Demir D.: Effects of iron deficiency anemia on cognitive function in children, *Arzneimittelforschung.* 2007;57(6A):426-30.
25. Oner O, Alkar OY, Oner P.: Relation of ferritin levels with symptom ratings and cognitive performance in children with attention deficit-hyperactivity disorder, *Pediatr Int.* 2008 Feb;50(1):40-4.
26. Goudarzi A, Mehrabi MR, Goudarzi K.: The effect of iron deficiency anemia on intelligence quotient (IQ) in under 17 years old students., *Pak J Biol Sci.* 2008 May 15;11(10):1398-400.
27. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>,
אוחזר באוקטובר 2008
28. Raj S, Faridi M, Rusia U, Singh O.: A prospective study of iron status in exclusively breastfed term infants up to 6 months of age., *Int Breastfeed J.* 2008 Mar 1;3:3.
29. Gong YH, Ji CY, Zheng XX, Shan JP, Hou R.: Correlation of 4-month infant feeding modes with their growth and iron status in Beijing., *Chin Med J (Engl).* 2008 Mar 5;121(5):392-8.
30. Monterrosa EC, Frongillo EA, Vásquez-Garibay EM, Romero-Velarde E, Casey LM, Willows ND.: Predominant breast-feeding from birth to six months is associated with fewer gastrointestinal infections and increased risk for iron deficiency among infants., *J Nutr.* 2008 Aug;138(8):1499-504.
31. Risk assessment, p.278., Food Standards agency, Gov, UK
http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/evm_iron.pdf,
אוחזר באוקטובר 2008
32. Jiao Y, Wilkinson J 4th, Di X, Wang W, Hatcher H, Kock ND, D'Agostino R Jr, Knovich MA, Torti FM, Torti SV.: Curcumin, a cancer chemopreventive and chemotherapeutic agent, is a biologically active iron chelator., *Blood.* 2008 Sep 24.
33. Department of Health (1994) Report on Health and Social Subjects No. 45. Weaning and The Weaning Diet. Report of the Working Group on the Weaning Diet of the Committee on Medical Aspects of Food Policy. HMSO, London.
34. Wyne AH: Caries prevalence, severity, and pattern in preschool children. *J Contemp Dent Pract.* 2008 Mar 1;9(3):24-31.
35. Islam B, Khan SN, Khan AU: Dental caries: from infection to prevention. *Med Sci Monit.* 2007 Nov;13(11):RA196-203.
36. **הפלת מי שתיה: העובדות, אתר משרד הבריאות**
<http://www.health.gov.il/Download/pages/afaraWater.pdf>
אוחזר באוקטובר 2008
37. The Efficacy and Safety of Fluoridation 2007, NHMRC Public Statement
http://www.nhmrc.gov.au/media/media/rel07/_files/Fluoride_Flyer.pdf,
אוחזר באוקטובר 2008
38. Fluoridation debate. *Environ Health Perspect.* 1997 November; 105(11): 1176.
<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=13&catid=44&pageid=930>
39. **שאלות ותשובות בנושא הוספת פלואוריד למים**
<http://www.health.gov.il/pages/default.asp?maincat=13&catid=44&pageid=930>
40. Dr. D. Raja Reddy, F.R.C.S., F.R.A.C.S. Apollo Hospital & Dr. Srikanth R.Deme., F.R.C.S.C.: Skeletal Fluorosis, <http://www.medvarsity.com/vmu1.2/dmr/dmrdata/cme/fluorosis/Fluorosis.htm>,
אוחזר באוקטובר 2008
41. Oganessian E, Lencová E, Broukal Z.: Is systemic fluoride supplementation for dental caries prevention in children still justifiable?, *Prague Med Rep.* 2007;108(4):306-14.
42. Ismail AI, Hasson H.: Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: A systematic review., *J Am Dent Assoc.* 2008 Nov;139(11):1457-68.
43. Akosu TJ, Zoakah AI.: Risk factors associated with dental fluorosis in Central Plateau State, Nigeria., *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008 Apr;36(2):144-8.
44. Yadav JP, Lata S, Kataria SK, Kumar S.: Fluoride distribution in groundwater and survey of dental fluorosis among school children in the villages of the Jhajjar District of Haryana, India., *Environ Geochem Health.* 2008 Jul 24.
45. S Teotia SP, Teotia M.: Nutritional bone disease in Indian population., *Indian J Med Res.* 2008 Mar;127(3):219-28.
46. Younes M, Mahmoud I, Ben Othman M, Zrou-Hassen S, Douki W, Béja I, Touzi M, Ben Hammouda M, Bergaoui N, Najjar MF.: Cervical myelopathy revealing bone fluorosis, *Rev Neurol (Paris).* 2008 Feb;164(2):185-8. Epub 2008 Feb 6.
47. Naidu MR, Dinakar I, Rao KS, Ratnakar KS.: Intraosseous schwannoma of the cervical spine associated with skeletal fluorosis., *Clin Neurol Neurosurg.*
48. Grandjean P, Olsen JH, Jensen OM, Juel K.: Cancer incidence and mortality in workers exposed to fluoride., *J Natl Cancer Inst.* 1992 Dec 16;84(24):1903-9.
49. **החל מהיום מחויבות הרשויות המקומיות פלואור למי השתייה: הודעות הדובר, משרד הבריאות**
<http://www.health.gov.il/news/news.asp?ID=34>,
אוחזר באוקטובר 2008
50. **נוהל בריאות השן מס' 2.3 - נוהל בריאות הציבור מס' 2/01, אתר משרד הבריאות**
http://www.health.gov.il/download/forms/a166_2.3.pdf,
אוחזר באוקטובר 2008
51. CDC - Community Water Fluoridation - safety
<http://www.cdc.gov/fluoridation/safety.htm>,
אוחזר באוקטובר 2008
52. CDC Statement on the 2006 National Research Council (NRC) Report on Fluoride in Drinking Water
http://www.cdc.gov/fluoridation/safety/nrc_report.htm,
אוחזר באוקטובר 2008
53. American Dental Association (ADA) - Facts about Fluoride
http://www.ada.org/public/topics/fluoride/fluoride_article01.asp
54. 2440 Water fluoride concentration and fluorosis in Hong Kong in 1960-2001
http://iadr.confex.com/iadr/2006Brisb/techprogram/abstract_82371.htm,
אוחזר באוקטובר 2008
55. The Extent of Water Fluoridation
<http://www.bfsweb.org/One%20in%20a%20million/7%20extent.pdf>

תיאור מקרה סוכרת הריונית

מירה כהן שטרקמן R.Na, N.D.
נטורופתית ותזונאית טבעית
mcs-ntr@actcom.com

הסברתי שלא מומלץ להיכנס לתהליך הרזיה במהלך הריון ולכן נתמקד בייצוב רמת הסוכר.

החלטתי להתמקד בתזונה בריאה ומאוזנת, כדי לאפשר לגוף לעשות את העבודה בעצמו ולהתאזן. המטופלת קיבלה המלצות כלליות שעל-פיהן תוכל לבנות תפריט לפי התנאים העומדים בפניה.

בכל יום בזמן נתון, כמו כן המלצתי על תפריט ספציפי.

מאחר שהיא נמצאת בנסיעות וניזונה ממזון תעשייתי, בדקתי איתה אם תסכים לבשל בבית ולקחת עימה אוכל מוכן. היא נענתה ברצון והביעה נחישות לשפר את מצבה הבריאותי כדי להימנע מאשפוז, אך לא הסכימה להשקיע בבישול מסובך.

המלצות תזונתיות כלליות

להקדיש זמן ותשומת לב לארוחה ולא לאכול בנסיעות. ללעוס היטב.

להחליף קפה בתה צמחים ולשתות לכל היותר כוס קפה אחת ליום.

נוזלים: מים, מים עם לימון, תה צמחים מהסוגים האהובים עליה.

ירקות טריים ומבושלים.

מזון מלא: לחם מלא, אטריות מלאות, פסטה מלאה, וקטניות.

חלבון מהחי: לא יותר מ-4 פעמים בשבוע, ובכל מקרה לא יותר מפעם ביום.

להימנע ממזון מעובד כגון נקניקיות, המבורגר מוכן, שוורמה, פיצה וכיו"ב.

להימנע מפחמימות פשוטות כגון מאפים, פיתות ולחמים מקמח לבן וממתקים.

לאכול ארוחות קטנות.

לאכול מדי 2-3 שעות.

תפריט מומלץ:

עם הקימה: מים עם לימון טרי סחוט ופרוסה מלחם מלא עם כפית טחינה או גבינה או 1-2 עוגיות גרנולה ביתית.

בוקר: כריך מלחם מלא עם ירקות וביצה או גבינת קוטג' וירקות או טחינה ונבטים או דייסת גרנולה.

ביניים: פרי עם אגוזי מלך, יוגורט פרוביוטי ללא תוספות, או כריך מלחם מלא עם ממרח חומוס או ממרח עדשים.

צהריים: תבשיל קטניות עם דגן מלא או עוף/בשר עם ירקות מבושלים וסלט.

אחה"צ: 1-2 עוגיות גרנולה או כריך עם גבינה וירקות.

ערב: ירקות שורש אפויים עם עשבי תיבול או פשטידת ירקות עם טופו או 1-2 פרוסות מלחם מלא, גבינת קוטג', ירקות, נבטים.

פעילות גופנית מתונה:

הליכה קלה או שחייה, בכל פעם 20 דקות, 3-4 פעמים בשבוע.

ס. קיבלה רשימת מתכונים ויצאה מהטיפול הראשון בהרגשה מעודדת ועם רצון טוב להיצמד להנחיות.

לטיפול השני הגיעה לאחר שבוע, ללא בעלה. דיווחה על הרגשה טובה. אין הרגשת רעב. התפריט נוח לה. לעתים

<<< המשך בעמ' הבא

ס.מ. פנתה אלי בהמלצת הרופא המטפל ובמטרה להימנע מאשפוז בבי"ח בגין סוכרת. הרופא "נתן" לה שבועיים להפחית רמת גלוקוז בדם ובשתן באמצעות טיפול אצל דיאטנית קופ"ח ולאחר מכן המליץ על טיפול רפואי במסגרת אשפוז בבי"ח.

ס. הגיעה לטיפול הראשון ביחד עם בעלה. הרגשתי שהם מעט מבוהלים מהמלצת הרופא. לכן, הדבר הראשון שחשבתי לראוי היה, להפחית רמת דחק (stress) מ"המצב", כדי לפנות כוחות לריפוי. הסברתי שניתן לעשות שינוי משמעותי בפרופיל הדם באמצעות תזונה נכונה ולראות תוצאות תוך זמן קצר.

נתונים אישיים

ילדת 1976, עוסקת במקצוע טיפולי במשרה מלאה ונוסעת הרבה ברחבי הארץ. מרגישה טוב באופן כללי אבל מאוד לחוצה ועייפה. אימא ל-2 צאצאים. כעת נמצאת בהריון שלישי, בשבוע 28. בהריונות קודמים סבלה מלחץ דם גבוה. בטרם ההריון כבר סבלה מהשמנת יתר (BMI = 37.49).

ל"ד: תקין ולעתים עולה

המוגלובין: 12.1

סוכר: 150mg

נוטלת ברזל.

פעילות מעיים: פעם ביום.

סובלת מצרבת ונוטלת טבליות למציצה מסוג טמס. סובלת מבריחת שתן בשיעור, מכאבים בגב התחתון ומגירוד באזור הבטן.

במשפחה: הורים סובלים מיתר לחץ דם ומהשמנת יתר.

תלונות: מעוניינת להפחית רמת סוכר בדם באופן מיידי ולרדת במשקל.

תזונה נוכחית: חומצית, מזון מעובד, חסר נוזלים, חסר סיבים תזונתיים, אינדקס גליקמי גבוה.

להלן התפריט עליו דיווחה ס.

בוקר: (השכמה: 06:00) - קפה עם ממתק מלאכותי ועוגיות. בד"כ דגני בוקר או עוגיות שוקולד (תעשייתיות).

ארוחת בוקר: כריך עם חומוס ונקניק או גבינה צהובה וירקות או נשנושים. בד"כ בנסיעות.

ביניים: פריכות אורז, יוגורט, פרי, חטיפי "בריאות" מגרנולה. **צהריים:** באגט עם ביצים או סלט אחר או מזון מבושל תעשייתי.

- בשר ואורז או שניצל ואורז או פסטה או עוף ותפוחי אדמה. בד"כ הנ"ל + סלט ירקות.

ביניים: חטיפי בריאות, יוגורט, פרי, כריך עם גבינה או טונה או נקניק או ממרח שוקולד.

ערב: פיתות ונקניקיות או המבורגר ברשת מזון מהיר או ספגטי, או שוורמה או סיני (מזון מוכן).

באופן כללי: צורכת כ-8-10 פרוסות לחם לבן ליום.

צורכת עוגיות מדי יום, שותה 4-5 כוסות קפה ביום.

לא עוסקת בפעילות גופנית.

מאוד עסוקה ועמוסה - הן בעבודה והן בבית.

ס. ביקשה טיפול קצר וממוקד להפחית רמת הסוכר, כדי שתוכל להימנע מאשפוז. לא יכולה להקדיש זמן לטיפול מגע או להלינג.

לידה טבעית כחוויה מתקנת

שחשתי עם היסגר דלת חדרי הלידה מאחורי, נותרה חרוטה בי עד היום. המיילדות היו חביבות מאוד וניהלו ביניהן שיחה בפולנית, שפת אמי: "אל תחסכי כאן במשככי כאבים. היא משלנו". וכך זכיתי למנה נדיבה של פטידין, שטשטש אותי לחלוטין. הרופא התופר, לעומת זאת, לא טרח בהרדמה מקומית כי "זה בסך הכל ארבעה תפרים אז חבל על עוד שתי דקירות להרדמה". את תינוקי לקחו לתינוקיה כדבר המובן מאליו. לא היתה אופציה אחרת.

ילדתי בלילה, ובחמש בבוקר התכוננתי למפגש ראשון עם התינוק שלי. הפכתי אימא. ישבתי במיטה כשלבי פועם בטירוף ואני רועדת מהתרגשות. "מחלקת התינוקות" הגיעה לחדר ונתנה לכל אם את תינוקה, מלבדי. שאלתי מה אתי והיא אמרה שהכל בסדר ושאיין לי מה לדאוג, אבל לא אמרה לי איפה התינוק שלי ומה קרה לו. קמתי כשהעולם מסתחרר סביבי מחולשה ומפאניקה וחיפשתי את ילדי. בסופו של דבר הגעתי לתינוקיה וננזפת על חוסר שיתוף הפעולה והכרת התודה שלי. בסך הכל רצו לתת לי לנוח אז נתנו לו בקבוק ומה אני דואגת, הרי אני בבית חולים. בלידה השנייה שלי כבר ידעתי למה לצפות והספרים נשאר בבית. הפטידין עשה את שלו, איבדתי כל יכולת

<<< המשך בעמ' 38

רותי אורנוי

נטורופתית ודולה

root@naturroot.co.il

הגישה לתחומי חיים מרכזיים כמו היריון, לידה, הנקה, השתנתה לא מעט בעשרות השנים האחרונות. שינוי זה לא נוצר יש מאין, והוא מבטא את השינויים האידיאולוגיים והסוציולוגיים שחלו בשנים אלה, ושעוצבו, כשאר תחומי חיינו, על ידי התרבות בה אנו חיים. (Jordan, B. 1993:3)

בעולם המערבי מודל הלידה הנפוץ והפופולרי ביותר הוא המודל הרפואי, אך לצידו הולך ותופס מקום מודל הלידה המיילדותי, המעמיד במרכז מעשה הלידה את היוולדת עצמה, את צרכיה ורצונותיה, ורואה בידע שלה ידע ש"נחשב". (Jordan, B. 1993:154)

סיפורי הלידה האישיים שלי ושל בתי הם דוגמה קלאסית לשת"י גישות אלה.

את בני הבכור ילדתי לפני 35 שנים, כשהיריון נחשב ל"שום דבר", "מחלה בריאה" ובכל מקרה לא תקופה מיוחדת בחיי האישה בפרט והמשפחה בכלל. הזדהיתי עם תפיסות אלה עד כדי כך, שלקחתי ספר ללידה הראשונה שלי, "שיהיה לי מה לעשות בין הצירים". באותו זמן נוכחותו של בן הזוג בלידה לא היתה אפילו בגדר חלום. תחושת הבדידות וחוסר האונים

<<< המשך מעמ' 35

אוכלת מזון מוכן במקום העבודה אבל נצמדת לעוף עם ירקות מבושלים וסלט.

אינה יכולה לפנות זמן לפעילות גופנית: הבטיחה להשתדל.

לאחר שבועיים דיווחה לי טלפונית שחל שיפור במצבה, הרופא המטפל שבע רצון מהתוצאות (0). לא מסרה לי את תוצאות המעבדה והסתפקה בדיווח כללי על תגובת הרופא המטפל). היא תמשיך עם ההמלצות שקיבלה. אין לה זמן ויכולת כלכלית להמשיך להגיע לטיפול, ואם תחול הרעה במצבה, היא תגיע שוב.

בסופו של דבר ההיריון חלף בשלום וגם הלידה. לאחר ההיריון 0. נרשמה לקבוצת שומרי משקל.

לסיום,

המקרה של 0. הוא מקרה נוסף המוכיח את הכוח המרפא של המזון הטבעי. גישה טיפולית המשלבת התייחסות למצב הרגשי של האדם ולמצבו הפיזי מביאה לתוצאות טובות ללא צורך בהגדרות רפואיות קשות המעמיסות מתח מיותר על המטופל. הפרקטיקה הנטורופתית מוכיחה שראייה ספציפית של המקרה, תשאול מקיף על אורח החיים ועל האמונות של המטופל, לצד בירור נתונים רפואיים כגון בדיקות מעבדה, תרופות וכיו"ב, הם קריטיים לאיתור הפתרון האופטימלי. הטיפול הנטורופתי מתמקד במתן הנחיות כוללות לאורח חיים בריא בשילוב עם עבודת איזון גוף-נפש. במקרה ספציפי זה, 0. לא היתה נכונות להקדיש זמן לעבודת האיזון, אבל התזונה הטבעית המאוזנת כפי הנראה השפיעה עליה בצורה מאזנת והיטיבה את מצבה. הנחיות מתאימות יכולות לחולל שינוי אמיתי בתקופה קצרה.

מתכון לפטה אזוקי:

לאזוקי ולאגוזי המלך כמות טובה של סיבים תזונתיים, שבין היתר גם תורמים לאיזון רמת הסוכר בדם.

הפטה מכיל חלבון בשיעור גבוה ושילובו עם פחמימה, כגון פרוסת לחם מקמח מלא, מספק חלבון מלא שיכול להיות פתרון מצויין לארוחת צהריים "ניידת", קלה להכנה ול"סחיבה" ומשביעה.

מצרכים:

1 כוס שעועית מסוג אזוקי

1 ביצה קשה

3 בצל קצוץ

חצי כוס אגוזי מלך

מלח אטלנטי לפי הטעם

1/2 כפית פלפל שחור גרוס

אופן הכנה:

להשרות במים את האזוקי במשך 12 שעות ולאחר מכן לבשל במשך 20 דקות בסיר מלא במים ומכוסה.

לאדות את הבצל במעט שמן זית עד להזהבה.

להכניס את כל החומרים הנ"ל למערבל מזון ולערבל עד ליצירת ממרח.

הערה: נשמר במקרר ליומיים.

אני יכולה לספר את סיפורי הלידה של בתי מנקודת המבט שלי - כאם וכדולה.

השוני התחיל עוד בהיריון: אני השתדלתי להתנהל באופן של "צסקים כרגיל". לא היה מקום לעייפות, להתכנסות, למצבי רוח. בתי, לעומתי, חוותה את ההריונות במלואם, התחברה לתחושותיה ולגופה והגיעה ללידה כשהיא יודעת איזו לידה היא רוצה. עם תחילת הצירים היא היתה בקשר טלפוני עם המיילדת שלה ואתי, וכשהגיעה לבית החולים פגשה בנו שם. כבר בפרוזדור התחלנו להתנועע ולהניע את האגן בצירים.

בדיקה קצרה - ונכנסים לחדר הלידה. חדר הלידה הטבעי איפשר חופש תנועה גדול יותר, אפשרות "להיתלות" על מקלעת חבל מיוחדת, לשנות תנוחות ישיבה ואפילו לשכב על מיטה זוגית וליהנות מחיבוקו של בן הזוג. בתי לא חוותה בדידות וייאוש: אהביה היו אתה לאורך כל הדרך. שיתוף הפעולה בין הלוקחים חלק בלידה נבע מרגשי הערכה, חיבה ואהבה בין כולם, ומן ההרמוניה ומחלוקת התפקידים הברורה. ההתמודדות עם הכאב היתה באמצעות תנועה, עיסוי, רפלקסולוגיה, שיאצו, מים, דמיון מודרך. הפלא ופלא - לא היה צורך באפיזורל, בזירוז, בחיתוך, בתפרים. לאחר שהראש והכתפיים יצאו, המיילדת הנחתה את בתי לאחוז את בתה ולהוציא אותה. בשתי הלידות שלה בתי בחרה לנהוג כך וזהו אחד הרגעים הזכורים והמרגשים ביותר בלידות שלה. התינוקת - בשתי הלידות, הונחה מיד על אמה, ובתוך רגעים ספורים הפכה ורדרדה וחיפשה שד. אבי התינוקת חתך את חבל הטבור לאחר שחדל לפעום. אושר הציף את כלונ.

דעתה של בתי, היולדת, נשמעה, הלידות היו שלה. האם חוותה כאב? בוודאי. אבל היה זה כאב שיכלה לעמוד בו, וההתמודדות העצימה אותה. אחרי הלידה הראשונה היא הרגישה שביכולתה לעשות הכל, שאין דבר שלא תוכל להתמודד אתו.

גם סיפורי הנקה שלנו שונים: ההנחיה שקיבלתי היתה ברורה מאוד: להניק כל ארבע שעות ולא לשאת את הילד על הידיים. על מנשא לא שמענו עדיין. התוצאה היתה שבכיתי עם ילדי כשהוא בכה, הרמתי אותו והרגשתי שאני הורסת את סיכויי לגדול באופן תקין, משכתי את הרווחים בין ההנקות ככל שיכולתי ובטיפת חלב שיקרתי במצח נחושה. לבתי, לעומת זאת, משנה סדורה: הילדים על הידיים וכל המרבה הרי זה משובח (אחד התפקידים המתוקים שלי כסבתא לתינוקות היא לישון אִתם עלי), ולהניק לפי דרישת התינוק. כשהינחו אותי לתת תוספת לתינוקות שלי - נשמעתי בתחושת כישלון. בתי מיניקה הנקה מלאה ובגיל חצי שנה מתחילה להציע מזון מוצק. אין היא נוקטת בגישות אלה כדי להכעיס, או מפני שהיא "יודעת טוב יותר", אלא מפני שיש לה השקפה ברורה לגבי בריאות, חולי, ומה שנחוץ לתינוקות שלה. ההבדל העקרוני אינו במעשה אלא בגישה.

הגישה הרכה, ההוליסטית, ללידה, משתלבת היטב בגישה הנטורופתית. אנחנו רותמים את הטבע להחלמה, מעמידים את המטופל במרכז המעשה הטיפולי. כל אלה לא היו מובנים מאליהם לפני שלושים-ארבעים שנה, וגם כיום אין הם מקובלים על הציבור כולו, ואפילו לא על רובו. התרבות שלנו מאדירה טכנולוגיה ורואה בזמן ערך עליון. ועם זאת, יותר ויותר אנשים מחפשים דרכים שונות לבריאות ולאיוון. אני גאה לקחת חלק בשינוי זה.

מקור

Jordan, Brigitte (1993): Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Revised and expanded by Robbie Davis-Floyd. Waveland Press, Inc., Illinois.

לחוץ בצורה אפקטיבית ועל כך זכיתי בזניפות, אשר לשמחתי הייתי מסוממת מכדי להתייחס אליהן. בלידה השלישית שלי נתנו לבן זוגי להשתתף, פחות סיממו אותי, ובכל זאת, מתלווה ללידה זאת תחושת עלבון עמוקה. היתה זאת ההכרות הראשונה שלי עם מוניטור בלידה. לא הבנתי למה מחברים אותי למכשיר מאיים וקולני שכזה, ואיש לא טרח לענות לשאלותי. הרופא והסטזר ניהלו שיחה באנגלית. השיחה היתה עלי, ואני לא השארתי את האנגלית שלי בבית. שאלותי, גם הפעם, זכו להתעלמות. אחרי שהשכיבו אותי בתנוחת ליטוטומי (lithotomy) שהיתה אז התנוחה היחידה בלידה (על הגב, הרגליים מורמות וקשורות בסדים, תנוחה לא פיזיולוגית, מנוגדת לכוח המשיכה, סוגרת אגן, בקיצור - לחלוטין לא מתאימה ללידה), וחיברו אותי לעירוי, הורשה בן זוגי להצטרף אלי ואילו הצוות עבר לטפל ביולדות אחרות. תוך דקות ספורות הרגשתי שהלידה מתחילה ושלחתי את אבי ילדי לקרוא ליולדת. הוא קרא לה, אבל היא ידעה טוב יותר: "ש לה עוד המון זמן". (הידע שלי "לא נחשב"). אישי הגדול, החייכן והמנומס התחיל להתרגז, והמיילדת החליטה לבדוק אותי למען השקט התעשייתי. באה - ויילדה.



באותו זמן לא היו אופציות אחרות ללידה, ואילו היו - קרוב לוודאי שלא הייתי פונה אליהן. הייתי תוצר ממושמע של התרבות בה חייתי. הלידות שלי היו קצרות, קלות וללא סיבוכים, ועם זאת ליוותה אותי תחושת עלבון והחמצה במשך שנים רבות. במהלך השנים נפתחתי לגישות אחרות, פניתי לכיוון הוליסטי ולמדתי נטורופתיה, ובמקביל - ליווי היריון ולידה. תהליך אישי זה שיקף שינויים שחלו באידיאולוגיות התרבות שלנו: הרופא לא נתפס עוד כיוזע כל, אנחנו פחות נשמעים לסמכות, והגל השלישי של הפמיניזם הולך ומתפשט. כל אלה באים לידי ביטוי בסיפורי הלידה של בתי, אשר בחרה ללדת בלידה טבעית, עם מיילדת פרטית ואִתי כְּדולה.

היא ובן זוגה עברו קורס הכנה ללידה, טבעית כמובן, ונפגשו עם המיילדת עוד לפני הלידה. הלידות היו בבית חולים, הלידה הראשונה בחדר לידה רגיל והלידה השנייה בחדר מיוחד ללידה טבעית. אין ספק שהחדר המיועד ללידה טבעית מכתב מצב רוח שונה, נינוחות ואפשרות לאינטימיות גדולה יותר, אבל מה שהכתיב את אופי הלידה ואת התנהלותה היתה אידיאולוגיית הלידה של המיילדת, שתאמה את אידיאולוגיית הלידה של בתי ובן זוגה.

רמות גבוהות של כימיקלים רעילים בנשים הרות בירושלים

באוניברסיטה העברית וכיום ד"ר וטוקסיקולוגית ראשית במחלקה לבריאות הסביבה במשרד הבריאות. במחקר השתתפו גם חוקרים בכירים לבריאות הסביבה, וביניהם פרופ' יונה אמיתי, פרופ' אליהו ריכטר ואורי וורמסר. לאור הממצאים הוחלט להרחיב את המחקר. כיום משתתפות בו 50 נשים, ובקרוב יחל באוניברסיטה העברית מחקר שיקף 400 נשים, בתמיכת משרד הבריאות.

החל מ-2007 נאסר בארץ שימוש ביתי בכלורפירפוס ודיאזינן (נאסר על יצרנים להכניס אותם למוצרי הדברה), אך הותר להמשיך ולהשתמש בהם בחקלאות. מדיניות זו אמנם הפחיתה את החשיפה של האוכלוסיה לזרחנים אורגניים מחומרי הדברה ביתיים, אך גם איפשרה לחקלאים להמשיך לרסס תוצרת חקלאית, על כל המשתמע מכך. בבדיקה שהתקיימה בספטמבר האחרון בשווקים וברשתות השיוק, נמצאו בכ-30% מהדגימות חריגות גבוהות במאות אחוזים מהתקן, ונמצאו גם חומרי הדברה האסורים לחלוטין לשימוש.

משרד הבריאות ממליץ לשטוף היטב פירות וירקות. ההמלצה במקומה, אלא שכיום חומרי הדברה מוכנסים אל מי ההשקיה, והתוצרת החקלאית מגיעה מרוססת לא על הקליפה החיצונית, אלא בתוך הפרי הנאכל.

צרכני פירות וירקות חשופים לסיכון מתמשך. זרחנים אורגניים הם חומרים עמידים לאורך זמן. בגוף הם נקשרים לשומן, ובאופן לא מפתיע, דווקא בגופם של בעלי חיים שנמצאים בראש שרשרת המזון (טורפים, שטרפס אחרים, שטרפס אחרים) - הם מצויים בריכוזים חריגים. גם האדם צובר בגופו זרחנים אורגניים: מתוצרת חקלאית מרוססת, מעופות ומבעלי חיים שניזונו מצמחים מרוססים, וכמובן גם מהרגלי הניקיון הקפדניים שהם חלק מהתרבות שלנו. המרדף אחר כל מקק וחרק בבית ובחצר, תוך שימוש מוגזם בתרסיסי הדברה, חושף גם אותנו לכימיקלים רעילים.

עבודה נוספת שבוצעה על קבוצת המחקר מירושלים, חשפה נוכחות מטבוליטים של פתלטים (phthalates) בדגימות השתן של הנבדקות. פתלטים הם תוצרים של תעשיית הפלסטיק, אשר נבדקו על חיות מעבדה ונמצאו מזיקים למערכת האנדוקרינית, למערכת הרבייה ולהתפתחות. הם נספגים בגוף ישירות ממוצרי טיפוח כמו דיאודורנטים, קרמים, שפתונים ועוד, וכן דרך אריזות פלסטיק, ניילונים ובלאי של מוצרי פלסטיקה. נשים שהשתמשו בתדירות גבוהה במוצרי טיפוח וטיפוח, הגבירו את החשיפה שלהן לחומרים מזיקים אלו.

יש לקוות כי המאמץ המחקרי יקבל תהודה ציבורית, וכי תגבר המודעות לנושא הן בדרג מקבלי ההחלטות והן בציבור הרחב. חשוב במיוחד ליידע נשים הרות, מיניקות ואימהות לתינוקות, שכן קבוצות אלו הן פגיעות במיוחד.

לעיון נוסף:

<http://images.fixtravel.co.il/online/43/ART1/788/329.html#5605096>

http://www.cdc.gov/ExposureReport/pdf/factsheet_phthalates.pdf

Berman et al, Phthalate exposure among pregnant women in Jerusalem, Israel: Results of a pilot study. Environ Int (2008), doi:10.1016/j.envint.2008.08.010

במחקר חלוץ (pilot) בהשתתפות 19 נשים הרות בריאות מירושלים, התגלו ריכוזים גבוהים של שאריות חומרי הדברה מסוג זרחנים אורגניים. חומרים אלה עלולים להזיק לנשים, לעוברים ולתינוקות, ומייחסים להם פגיעה במערכת העצבים המרכזית, פגמים התפתחותיים וגרימת הפלות.

המחקר בוצע מסוף 2006 ונמשך כשנה. משתתפות המחקר אותרו בקרב נשים הרות שהגיעו לבדיקות מעקב או ללידה בב"ח הדסה עין כרם ובשיך ג'ארח. הנשים נתנו דגימות דם ושתן, ונאספו מהן נתונים דמוגרפיים, צרכניים והרגלי חיים, כולל מגורים, תעסוקה, שימוש ביתי בחומרי הדברה והרגלי תזונה.



תוצאות בדיקות המעבדה הצביעו על רמות חריגות של מטבוליטים של זרחנים אורגניים (כלורפירפוס ודיאזינן) בשתן, גבוהות מאלו שנמצאו בנשים בארה"ב. הממצאים מדגיגים במיוחד, משום שירושלים איננה "אזור חקלאי מרוסס", כלומר הנשים נחשפו לחומרים הרעילים בסביבתן העירונית היומיומית.

מקורות אפשריים לזיהום: צריכת תוצרת חקלאית מרוססת ושימוש ביתי בחומרי הדברה.

את המחקר ניהלה ד"ר תמר ברמן, אז דוקטורנטית לרוקחות

סיכום פעילות תקופתית של הוועדות

ועדת חקיקה

הנהלת האגודה הקימה את ועדת החקיקה לצורך קידום אינטנסיבי של מיסוד מקצועות הנטורופתיה והתזונה הטבעית במדינת ישראל והכללתם במסגרת ספר החוקים.

בשלב ראשון הוועדה יזמה כינוס של האסיפה הכללית של האגודה, בה נכחו נטורופתים ומנהלי מכללות לרפואה משלימה. באסיפה ניתנה סקירה של המצב החוקי נכון להיום לגבי מקצועות הנטורופתיה והתזונה הטבעית. ניתן לראות את המצגת באתר האגודה.

האסיפה, שהינה הגוף שמוסמך לחייב את חברי האגודה, החליטה לצאת לחקיקה ברפואה טבעית המשלבת את מקצועות הליבה דהיינו נטורופתיה, רפואה סינית, הומיאופתיה והרבולוגיה.

לאחר האסיפה כבר נוצר קשר עם האגודה לרפואה סינית.

מאחר שהליכי החקיקה כרוכים בהוצאות כספיות מאוד משמעותיות, הוחלט על גביית תשלום מיוחד מהמכללות ומחברי האגודה - הנטורופתים והתזונאים הטבעיים.

יגבה סכום חד-פעמי של 500 ₪ מכל נטורופת או תזונאי טבעי.

קיימנו יום עיון מיוחד למרכזי מגמות לנטורופתיה ולתזונה טבעית, לקבלת החלטות על דרך הפעולה. הוחלט על פעילות מיידית שתנוב ע"י האגודה כגוף מוביל, והוסכם על גבייה של 15,000 ₪ מכל מכללה.

התשלומים הנ"ל יופקדו בחשבון נאמנות מיוחד, שכל הכספים בו יועדו להליכי החקיקה בלבד. במידה שייותרו כספים בחשבון, הם יוקפו לטובת דמי החבר השנתיים של החברים.

גביית הכספים הנ"ל החלה בימים אלו ואני מזמינה את חברי האגודה והמכללות ליצור קשר עם מזכירת האגודה, הגב' עירית אלמוג, כדי לבצע את התשלום לאלתר.

מייד עם גיוס הכספים נמנה צוות משפטי ובעלי מקצוע נוספים הדרושים להליכי חקיקה אלו.

תקנון האגודה מחייב את חבריה כחווה ושמונו דגש על עדכונם בהתאם לחוק הקיים. התקנון עבר בדיקה יסודית ועריכה ויגש לאישור האסיפה הכללית בישיבתה הקרובה ב 25/11/08, במסגרת הכנס.

מאחלת לכולנו הצלחה רבה

מירה כהן שטרקמן, עו"ד

נטורופתית

יו"ר ועדת חקיקה

ועדת קשרי חוץ

ועדת החוץ משמשת בעת זו ככלי שרת בידי ועדת החקיקה ושאר הפרוייקטים הנוגעים בעתיד מקצוע הנטורופתיה בארץ.

עבודתה העיקרית בקדנציה זו (עד כה) הייתה לאסוף מידע לגבי מצב החקיקה של בחו"ל והמעמד המשפטי במדינות השונות.

בנוסף, עמלה הוועדה (שמונה חבר אחד) על המשך פיתוח הקשרים עם האגודות האחיות מהעולם.

חן פרופוסורסקי,

יו"ר הוועדה

בהנהלת האגודה פעולות

הוועדות הנושאות הבאות:

(כל החברים פעילים בהתנדבות!)

ועדת קשר עם בתי ספר: שמעון צדוק כהן, עמית חנין

ועדת אתיקה: שמעון כהן, מירה כהן שטרקמן

ועדת קשרי חוץ: חן פרופוסורסקי

ועדת עיתון: חן פרופוסורסקי, יוסי שבח

ועדת כנסים: הילה גבע-אבירם, שרה פלוטניק

ועדת קבלה: עמית חנין, שרה פלוטניק

ועדת אתר ומחשוב: איתן לוי, חן פרופוסורסקי

ועדת חקיקה: מירה כהן שטרקמן, עמית חנין, שרה פלוטניק

ועדה לגיוס כספים עבור תהליך החקיקה: שרה פלוטניק,

מירה כהן שטרקמן

גזברות: רחל טל

מזכירות האגודה: עירית אלמוג, טל' 03-6344369

דוא"ל: naturopathia.org@gmail.com

ועדת כספים

ועדת כספים - פעילות הגזברות:

1. מקיימת קשר עם סניף הבנק בו מתנהל חשבון האגודה,

2. הנה"ח וקשר עם ר"ח מר יוסף יצחקי

3. קשר עם חברות האשראי.

4. בנק - מעקב אחר התנהלות חשבון הבנק, הפקדות, הוצאות, פקדונות ושקים חוזרים.

5. חב. האשראי - מעקב אחר התשלומים מחברות האשראי והכנת דוח שנתי על מסגרת העמלות.

6. הנה"ח וקשר עם ר"ח - רישום בספר תקבולים ותשלומים, הכנת תקציב שנתי, הגשת דוחות שנתיים לר"ח ועבודה שוטפת מולו.

7. דיווחים לרשם העמותות בסיועו של ר"ח - נדרשנו השנה לאימות נתונים והמצאת מסמכים משנים קודמות לצורך קבלת אישור ניהול תקין 2008.

8. טיפול בבקשת אישור להכרה באגודה כבמוסד ציבורי לצורכי תרומות.

9. פיקוח על עבודת המזכירות. מזכירת האגודה - עירית אלמוג, אחראית, כחלק מתפקידה, על הנפקת קבלות לחברים, הפקדות שקים מזומנים וכ. אשראי וניהול קופה קטנה.

בנוסף סיוע בתחומים הבאים:

- ניהול אדמיניסטרטיבי של האגודה.

- תמיכה וסיוע לוועדת הכנסים בארגוןם של הכנסים .

אני קוראת לחברים להזדרז ולהרשם לשנת חברות 2009, אפשרית פריסת תשלומים.

לאילו שטרם השלימו את תשלומי דמ"ח 2008, אנא הזדרזו. סטודנטים שסיימו השנה את לימודיהם ורוצים להצטרף לחברים באגודה זכאים להנחה בשיעור 50% מעלות דמי החבר השנתיים לשנת חברותם הראשונה.

אנו קוראים לכל הנטורופתים בארץ, לאלה שפרשו ולאלה שכלל לא ידעו על קיומה של האגודה, לבוא ולחבר אלנו, ביחד אנחנו כוח.

חברים יקרים, אם ידוע לכם על ארגונים המעוניינים לתרום לקידום פעילותנו ולתמיכה בנושא החקיקה, נשמח אם תעשו קישור או תפנו למזכירות האגודה ואנו ניצור עמם קשר.

בברכת חזק ונתחזק,

רחל טל