

Aleksandra Lewandowska

Powrót płodności po porodzie oraz LAM - Lactational Amenorrhea Method

Laktacja matczyna (ludzka) została stworzona i „przemysłana” w konkretnym, ważnym celu – by skutecznie wykarmić nowonarodzone i wciąż rosnące dziecko. Jak wiemy, istnieją precyzyjne mechanizmy prowadzące do produkcji mleka na zasadzie „popyt-podaż” w taki sposób, by maluszek był zawsze najedzony, a przy tym otrzymywał to, co niezbędne do jego prawidłowego rozwoju. Natura dała też przy okazji nagrodę i matce – ochronę przed kilkoma istotnymi chorobami i stanami chorobowymi (krwotok połogowy, niedokrwistość wskutek utraty krwi miesięczkowej, rak sutka, jajników, macicy, osteoporoza). Jednocześnie ewolucyjnie interes obojga został „zabezpieczony” poprzez skupienie się na tej właśnie nowonarodzonej, bezbronnej, słabej istotce poprzez ... no właśnie, zahamowanie kolejnego jajczkowania, a więc możliwości zajścia w ciążę przez aktualną karmicielkę. Dziecko zyskuje wyłączną opiekę w swoim newralgicznym, początkowym okresie życia po urodzeniu, matka gromadzi siły i celuje koncentrację na swoim dziecku.

Zgodnie z aktualną wiedzą, dążymy do najlepszego wyboru, jakim jest wyłączne karmienie piersią. Zdarzają się jednak różne sytuacje, w tym karmienie mieszane czy jedynie mlekiem modyfikowanym. W każdej z nich płodność/niepłodność matki będzie się kształtowała inaczej, a wszystkim rządzą jak zwykle hormony i neuroprzekazniki. Zanim przejdę do meritum, muszę wyjaśnić ich udział w całym tym wydarzeniu.

W zależności laktacja-płodność/niepłodność/miesięczka biorą udział: prolaktyna, oksycytyna, dopamina, beta-endorfiny, gonadoliberyny oraz hormon lutropowy i folikulotropowy. Prolaktyna (PRL) i oksycytyna (OXY) odpowiadają za produkcję i wypływ mleka, szczególnie nocą. Dopamina jest najważniejszym czynnikiem fizjologicznym odpowiedzialnym za hamowanie wydzielania prolaktyny. Beta-endorfiny hamują gonadoliberyny. Gonadoliberyny (GnRH) i hormon lutropowy (lutropina, LH) oraz folikulotropowy (folikulotropina, FSH) wpływają na jajczkowanie. Wszystkie te hormony i neuroprzekazniki (i efekty ich działania) krążą niejako w pętłach pomiędzy sutkiem, mózgiem (podwzgórze, przysadka) i jajnikami. W podwzgórzu produkowane są gonadoliberyny (GnRH), które oddziałują na przysadkę uwalniając w niej hormon lutropowy (LH), niezbędny do wystąpienia miesięczki. LH zaś prowokuje jajniki do produkcji jajeczek z estrogenami, co ma sprzyjać zapłodnieniu. Gdy do niego nie dojdzie, jajniki (estrogeny) wysyłają sygnał do podwzgórza do produkcji kolejnych jajeczek poprzez GnRH itd. **Drażnienie brodawki sutkowej przez ssące dziecko generuje impulsy dające sygnał do podwzgórza**, by zmusiło przysadkę do wydzielania prolaktyny, oksycytyny i beta-endorfiny, a zmniejszyło wydzielanie dopaminy. Prolaktyna zaś hamuje GnRH i LH, pobudza beta-endorfiny, hamuje dopaminę. Podczas laktacji podwzgórze ma zmniejszoną wrażliwość na estrogeny, co przeciwdziała syntezie w nim GnRH. Cały proces dąży do zahamowania jajczkowania, a tym samym zapłodnienia.

U kobiet karmiących sztucznie nie obserwuje się powyższych zjawisk hamujących owulację (brakuje odruchów hormonalnych warunkowanych ssaniem brodawki sutka), wraca więc ona stosunkowo szybko po porodzie – wg. WHO **już po 3 tygodniach**. Tym samym w okresie wprowadzania dokarmiania dziecka nowymi pokarmami stopniowo wygaszają się powyższe mechanizmy, gdyż dziecko z czasem coraz rzadziej ssie. Jednocześnie **wszystko, co będzie zaburzać odruchy hormonalne czyli ssanie, czyli cały „motor” napędzania laktacji, będzie sprzyjać powrotowi płodności**, tzn. podawanie smoczka uspokajacza czy smoczka butelkowego, nieprawidłowa technika ssania, rzadkie przystawianie do piersi, pomijanie karmień nocnych. Ponadto wpływ mają uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne. Pośród zewnętrznych wymienić należy: stresy, niepokój,

brak wsparcia, choroby, niewygodna pozycja podczas karmienia, pośpiech, zmęczenie (negatywny wpływ na podwzgórze). Do wewnętrznych należą: czynniki genetyczne, wiek matki, liczba urodzonych dzieci, długość ich karmienia piersią. Do wydłużenia okresu laktacji przyczynia się wiedza matki o zaletach karmienia piersią, jej motywacja, tryb życia, otaczająca życzliwa atmosfera. Nie stwierdzono różnic czasowych w powrocie płodności wśród kobiet dobrze i źle odżywiających się.

Ale do rzeczy. Badania niemieckie z lat 90-tych wykazały, że powrót płodności wśród kobiet karmiących wyłącznie piersią wahał się w przedziale czasowym **od 14 tygodni do niemal 2 lat** po porodzie. Wg. badań Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie wykonanych w podobnym czasie j.w. średni czas niepłodności laktacyjnej był zależny od długości karmienia, i tak przykładowo po 7 miesiącach wynosił 41,5 tygodnia. W latach 70-tych wskaźnik urodzeń u Eskimosów wzrósł o 50% z chwilą, gdy zaczęli się oni osadzać w miastach i przejmować zwyczaj żywienia butelką. Eskimoski, które pozostały w igloo miały kolejne dzieci w odstępach 20-30 miesięcy po ostatnim porodzie, a młodsze rodaczki idące z „duchem cywilizacji” już po 2-4 m-cach. Podobne wpływy kulturowe miały miejsce w tym czasie w Afryce, np. w Rwandzie. Dzieci wiejskich kobiet będące z nimi w stałym fizycznym kontakcie (noszone w chuście, śpiące z rodzicami) miały pierś do dyspozycji na każde żądanie. 75% poczęć miało miejsce 24-29 m-ca po porodzie. Miejskie mamy zatrudniały opiekunki, karmienie było więc ograniczone. Ten sam procent poczęć wystąpił już w 6-15 m-cu. Na południu, na terenie Pustyni Kalahari kobiety zachodzą w ciążę co śr. 44 miesiące. **Najczęściej powrót płodności występuje po wprowadzeniu dokarmiania dziecka, czyli ok. 6-8 miesiąca życia. Jeśli w tym czasie matka nie dokonuje obserwacji, możliwość poczęcia przed pierwszą miesiączką wynosi 5-6%.**

Natura jest zazwyczaj szczodra dla matki, która wykazuje ofiarność w zaspokajaniu potrzeb uczuciowych i pokarmowych swojego dziecka. **Bliskość fizyczna stanowi bardzo ważny czynnik zachowania naturalnych przerw między kolejnymi porodami.** Zdarzają się sytuacje wyjątkowe, gdy nie ma miesiączki przez 3 lata. Płodność może w indywidualnych przypadkach nie wrócić mimo karmienia piersią tylko np. 2x dziennie, przesypiania całych nocy, stosowania smoczka.

A jak to się ma przekładając na procenty, jeśli chodzi o możliwość zajścia w ciążę w czasie pełnej laktacji? Aby osiągnąć maksymalną skuteczność niepłodności laktacyjnej, należy spełnić kilka warunków. Metoda ta zwie się „**laktacyjnym brakiem miesiączki**” (**LAM = Lactational Amenorrhea Method**) i powstała w 1988 we Włoszech na podstawie 13 badań w ośmiu krajach. Jest uznana przez WHO do powszechnego stosowania. Obejmuje pierwszych 6 miesięcy życia dziecka, kiedy można współżyć bez ograniczeń i obserwacji objawów wskazujących na powrót płodności pod warunkiem spełnienia 3 warunków ujętych w odpowiedziach na następujące pytania:

1. Czy po 56 dniu po porodzie wystąpiło krwawienie?
2. Czy dziecko jest regularnie dokarmiane lub występują dłuższe przerwy między karmieniami w ciągu dnia lub nocy?
3. Czy dziecko przekroczyło szósty miesiąc życia?

Jeśli na wszystkie pytania odpowiedź brzmi NIE, wówczas możliwość zajścia w ciążę wynosi **tylko 0,7% przy pełnym karmieniu piersią, a 2,9% przy prawie wyłącznym (średnio 2%)**. Efektywność LAM wynosi więc przy pełnym karmieniu piersią **99,3%** i jest równa efektywności chirurgicznej sterylizacji. Jeśli choć jedna odpowiedź brzmi TAK, metoda ta nie ma zastosowania i należy przejść do samoobserwacji (o tym niebawem). Komentarza wymaga tutaj kilka kwestii. Krwawienia do 56 dnia po porodzie u kobiet karmiących wyłącznie piersią nie są miesiączkami. Karmienie wyłączne lub prawie wyłączne oznacza maksymalne przerwy w dzień 4 godziny, a w nocy 6. Jeśli w ciągu tygodnia dwukrotnie wystąpią przerwy w karmieniu dłuższe niż 6h lub jedna dłuższa niż 10h, metoda LAM nie ma zastosowania. Należy karmić min. 6 – 10x na dobę (zależnie od długości

przystawiania, przy czym minimum to 4 minuty). Karmienie prawie wyłącznie oznacza podawanie sztucznego mleka w ilości maks. 30 ml tygodniowo w 1. miesiącu, 60 ml w drugim i 90 ml w trzecim (pokarm dodatkowy nie powinien przekroczyć 10% dziennego pokarmu).

Cykle poporodowe mogą występować bardzo różnie, są początkowo nietypowe, inne niż przed ciążą. Zauważyć można jednak pewne stałe cechy. **Cykle mogą być skrócone (głównie faza druga, lutealna) lub wydłużone (faza pierwsza). Może nie wystąpić zbieżność czasowa objawów płodności (śluz, szyjka macicy, temperatura). Odwrócony model cykliczności może dotyczyć też regularności.** Z czasem wydłuża się faza druga (której długość min. 9 dni warunkuje możliwość zagnieżdżenia zarodka), skraca zaś faza pierwsza, przedowulacyjna. W ciągu pierwszych 6 tygodni w 95% przypadków miesiączka – jeśli wystąpi - nie jest poprzedzona jajczkowaniem. Później odsetek ten wynosi ok. 50%.

Najlepiej, jeśli kobieta stosująca LAM zaczęła obserwować sygnały z jej ciała świadczące o ewentualnym powrocie płodności od 4-5 miesiąca po porodzie przez 2 tygodnie, aby ustalić swój tzw. **podstawowy model niepłodności (PMN)**, czyli tę wspomnianą przeze mnie wyżej regularność objawów. Polega to na codziennym badaniu cech śluzu pochwowego (ilość, przejrzystość, gęstość, rozciągliwość), przy czym warto zaniechać na ten czas współżycia, by sperma nie wpływała na obraz śluzu. Najbardziej popularny jest PMN „suchy” – brak wydzieliny, stwierdzamy uczucie suchości. Inny model to „niezmieniająca się wydzielina” – stała, jednakowa w swych cechach, obecne uczucie wilgotności. Wreszcie najrzadszy model – „mieszany”: jednakowa wydzielina występuje na przemian z dniami suchymi. Wszystkie dni z ustalonym modelem są niepłodne. Współżyć można co 2gi dzień wieczorem. Wystąpienie jakiegokolwiek zmiany w modelu (pojawienie się śluzu lub innych jego cech – tzw. „łatki śluzu”) może oznaczać powrót płodności. Wszystkie dni trwania zmiany oraz do czwartego dnia po jej ustąpieniu wieczorem należy uznać za potencjalnie płodne. Nie można przewidzieć dnia wystąpienia miesiączki. Każde krwawienie lub plamienie po 56 dniu po porodzie należy uznać za „łatkę śluzu”. Pierwsza miesiączka po porodzie nie musi (choć może) oznaczać powrotu pełnej płodności, powracające początkowe cykle zazwyczaj są bezowulacyjne.

Poza obserwacją śluzu, warto zwrócić uwagę na szyjkę macicy. W czasie niepłodnym jest ona twarda (jak czubek nosa), położona nisko w pochwie (łatwo wyczuwalna) i zamknięta (opuszka palca nie wchodzi do kanału szyjki). Cechy płodności to miękkość, wysokie położenie, otwartość. Utrzymywanie się stałych cech szyjki świadczących o czasie niepłodności w okresie zmian w PMN potwierdza, że do owulacji jeszcze nie doszło.

Wreszcie dobrze jest badać trzecią i ostatnią cechę – temperaturę, zwłaszcza w czasie zmian w PMN, gdy nastąpi nagłe ograniczenie ssania (np. wskutek choroby) albo dziecko zacznie przyjmować dodatkowe posiłki, a przy poprzednich dzieciach następował szybki powrót normalnych cykli. Jeżeli w czasie trwania zmiany i w ciągu 4 dni po nim nie nastąpił stały wzrost temperatury o min. 0,2 st. C wobec temperatur poprzednich – owulacja nie wystąpiła. Na stałe wracamy do mierzenia temperatury w dziewiątym miesiącu po urodzeniu się dziecka, gdyż wg. badań, **u kobiet karmiących ekologicznie w 72% przypadków miesiączka powracała między 9 a 20 miesiącem po porodzie, a większość z nich między 13. a 16. miesiącem. Średnia wynosi 14,6 miesiąca.** Uwaga ogólna – u matek karmiących temperatura może być niższa niż normalnie.

Pewnego dnia jedna z kolejnych zmian PMN przebiegnie z pojawieniem się mokrego, rozciągliwego śluzu, z wyraźnymi, pro-płodnymi zmianami szyjki macicy oraz utrzymująca się wyższą temperaturą, co świadczyć będzie o rozwoju pęcherzyka, owulacji, rozwoju ciała żółtego w drugiej fazie i ... można się spodziewać miesiączki i powrotu płodności.

W przypadku kobiet karmiących dziecko od początku sztucznie, obserwacje temperatury należy rozpocząć najpóźniej od 14 dnia, śluzu i szyjki – jak najszybciej (po ustąpieniu odchodów połogowych i zagojeniu rany krocza). Obserwacje mogą być zakłócone przez przyjmowanie tabletek hamujących laktację; wskazane więc byłoby skonsultowanie się z doradcą laktacyjnym celem wyciszenia pokarmu innymi metodami.

Ze względów praktycznych trzeba przyjąć, że matka stosująca karmienie mieszane (lub inne, wymienione „zakłócające” pełnej laktacji) jest w tej samej sytuacji, co matka karmiąca wyłącznie z butelki. Płodność może wrócić już po 4 tygodniach albo po odstawieniu dziecka od piersi. Jeśli karmienie mieszane ma służyć stopniowemu odstawianiu dziecka od piersi, to warto tego nie czynić gwałtownie, lecz w ciągu 10 dni, w tym od 1. dnia zacząć obserwacje powrotu płodności.

Wskaźnik Pearl przy prawidłowo prowadzonych obserwacjach wynosi **1,2**. Wskaźnik ten oznacza skuteczność danej metody antykoncepcyjnej; stanowi ilość zapłodnień na 100 kobiet na rok (ok. 1200 cykli). Istotne są codzienne, skrupulatne obserwacje, by ustalić indywidualny przebieg niepłodności zwłaszcza w sytuacji, gdy dziecko jest dokarmiane czy przesypia całą noc.

Nie mogę nie wspomnieć, iż hormonalne środki antykoncepcyjne (zwłaszcza estrogenowe) mogą wpłynąć na zmniejszenie się lub zanik mleka i zmniejszyć w nim zawartość białka.

W razie wystąpienia miesiączki i kolejnego poczęcia podczas karmienia piersią poprzedniego dziecka nie ma wskazań do przerywania laktacji. Jednakże zdarza się w tym przypadku naturalne zakończenie „drogi mlecznej” z przyczyn po stronie matki (nadwrażliwość piersi) lub dziecka (zmiana smaku mleka, zwłaszcza, gdy pojawia się siara).

Podsumowując, kluczowe dla utrzymania niepłodności laktacyjnej (odłożenie poczęcia kolejnego dziecka) są:

- wyłączne karmienie piersią;
- częste ssanie!!!;
- uspokajanie dziecka przez podanie piersi;
- bliski kontakt fizyczny matki i dziecka (chustonoszenie, wspólne spanie, karmienie na żądanie – czyli postulaty rodzicielstwa bliskości);
- niestosowanie butelki, smoczków uspokajaczy;
- unikanie wszystkiego, co mogłoby ograniczyć karmienie lub rozdzielić matkę z dzieckiem.