

# Stosowanie diety eliminacyjnej przez polskie matki karmiące piersią w świetle aktualnej wiedzy

- Związek produktów spożywanych przez matkę ze składem mleka
- Wpływ diety matki na rozwój alergii czy szansa na zbudowanie tolerancji immunologicznej u dziecka
- Omówienie badań prowadzonych przez Centrum Nauki o Laktacji na temat stosowania diet eliminacyjnych przez kobiety karmiące piersią



dr n. med.  
Magdalena Nehring-Gugulska<sup>1</sup>



lek.  
Dorota Bębenek<sup>1,2</sup>



dr n. med.  
Agnieszka Krauze<sup>3</sup>



lek.  
Zuzanna Godyń-Myśliwy<sup>1,4,5</sup>



lek.  
Małgorzata Popiel<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Oslislo w Warszawie

<sup>2</sup>Szpitalny Oddział Ratunkowy, Dziecięcy Szpital Kliniczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup>City Clinic w Warszawie

<sup>4</sup>Poradnia Laktacyjna, Centrum Medyczne Żelazna w Warszawie

<sup>5</sup>Klinika Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

<sup>6</sup>Poradnia Lekarza Rodzinnego w Murowanej Goślinie

<sup>7</sup>Jutro Medical w Poznaniu

Stosowanie diet eliminacyjnych przez matki karmiące piersią jest bardzo powszechną, szkodliwą praktyką w polskiej medycynie. Wykazały to liczne badania ankietowe. Tłumaczenie alergią różnych uciążliwych dla rodziców zachowań dziecka można zaobserwować zarówno w gabinetach lekarskich, podczas wizyt położnych, jak i na stronach internetowych. Gdy niemowlę jest niespokojne, płaczące, miewa kolki, luźne stolce, ulewa pokarm, ma zmiany na skórze i inne, często fizjologiczne objawy, rodzice są mocno zaniepokojeni i szukają pomocy. Dość łatwo i w sposób przekonujący sugeruje im się związek owych objawów z rzekomymi alergenami z diety matki. Równie powszechne i mocno zakorzenione jest przekonanie, że unikanie produktów najczęściej kojarzonych z reakcjami alergicznymi uchroni dziecko przed alergią w przyszłości. Wiele kobiet dla dobra dziecka stosuje restrykcyjne diety eliminacyjne, przez co zubaża swoją dietę o wartościowe składniki, jakże potrzebne w okresie laktacji, i naraża się na konsekwencje zdrowotne zarówno fizyczne, jak i w sferze psychicznej. Taka sytuacja stanowi duży problem dla zdrowia publicznego. Rekomendacje towarzystw naukowych dotyczące żywienia matek i wiedza w tym zakresie zmieniły się całkowicie kilkanaście lat temu, z czego warto zdać sobie sprawę i zacząć je stosować w praktyce.

### Zalecanie diet eliminacyjnych matkom karmiącym piersią

Według badań ankietowych prowadzonych przez Centrum Nauki o Laktacji od 2016 roku 51% kobiet karmiących piersią usłyszało zalecenie unikania pewnych produktów na wszelki wypadek na oddziale szpitalnym po urodzeniu dziecka, 50% matek usłyszało podobne zalecenie od położnej<sup>1</sup>, 43% matek dietę zalecił pediatra<sup>2</sup>, a 21% lekarz rodzinny<sup>3</sup>. W badaniu Karcz i Lehman z 2020 roku 29% kobiet stosowało dietę eliminacyjną podczas karmienia piersią, głównie z polecenia lekarza<sup>4</sup>. Starsi koledzy pamiętają rozdawane na oddziałach tabelki z produktami zakazanymi dla matek, np. jasny chleb – tak, ale ciemny – nie, mięso kurczaka – tak, natomiast gęsi – nie, jabłko – tak, a cytrusy – już nie. Jakże jest logiczne uzasadnienie tych zaleceń? Obecnie sytuacja jest lepsza. W badaniu z udziałem personelu medycznego przeważająca większość (74%) respondentów podała, że mleko nie powstaje z produktów spożywanych przez matkę, tylko wytwarza się de novo w pęcherzyku mlecznym<sup>5</sup>. Widać więc znaczny postęp w wiedzy i tendencję spadkową w zalecaniu diet eliminacyjnych, niemniej jednak nadal jest to dość powszechna praktyka.

### Wpływ diet eliminacyjnych na zdrowie matki

Kobieta w okresie ciąży i laktacji powinna stosować zdrową, zbilansowaną dietę. Nie ma żadnego uzasadnienia dla wykluczania z diety produktów, ponieważ nie mają one zasadniczego związku ze składem mleka, a tym bardziej z objawami u dziecka. Minimalny wpływ diety dotyczy głównie rodzaju tłuszczów oraz zawartości witamin z grupy B, jodu i selenu. Kobiety karmiące piersią nie powinny przyjmować substancji odurzających, powinny też unikać alkoholu, nikotyny oraz kilkunastu substancji leczniczych o dużej toksyczności (w lekopisie LactMed oznaczone symbolem L5). Oczywiście nie zaleca się spożywania produktów, których nie może jeść sama matka, np. chora na celiakię, cukrzycę, alergię pokarmową<sup>6</sup>.

W jednym z badań kobiety karmiące stosujące diety eliminacyjne zgłaszały, że wykluczane produkty były dla nich ważne i wiązały zmniejszenie ilości wytwarzanego mleka z restrykcyjną dietą. Ponadto w porównaniu z matkami zdrowych dzieci wykazano u tych kobiet większe ryzyko depresji – nie tylko w związku z objawami u dziecka, lecz także z powodu strachu przed przypadkowym spożyciem zakazanego produktu. Co ciekawe, ten efekt dotyczył szczególnie matek eliminujących wiele pokarmów bez podstaw medycznych<sup>7</sup>. W innym badaniu wykazano, że bardzo niekorzystnym następstwem restrykcyjnych diet jest przedwczesna w stosunku do pierwotnych planów rezygnacja z karmienia piersią<sup>8</sup>. U skrajnie niedożywionych matek notowano obniżenie zawartości niektórych białek, m.in. laktoferyny, czynników wzrostu, wydzielniczej immunoglobuliny A (IgA)<sup>9</sup>, a także zwiększoną częstość zapaleń piersi w związku z osłabieniem bariery śluzówkowej gruczołu piersiowego<sup>10</sup>. Należy też brać pod uwagę wpływ zmian dietetycznych na mikrobiotę jelit matki, gdyż jest powiązana z mikrobiotą przewodów mlecznych i pośrednio z mikrobiotą dziecka, która ma wspomagać u niego trawienie i procesy immunologiczne w jelicie.

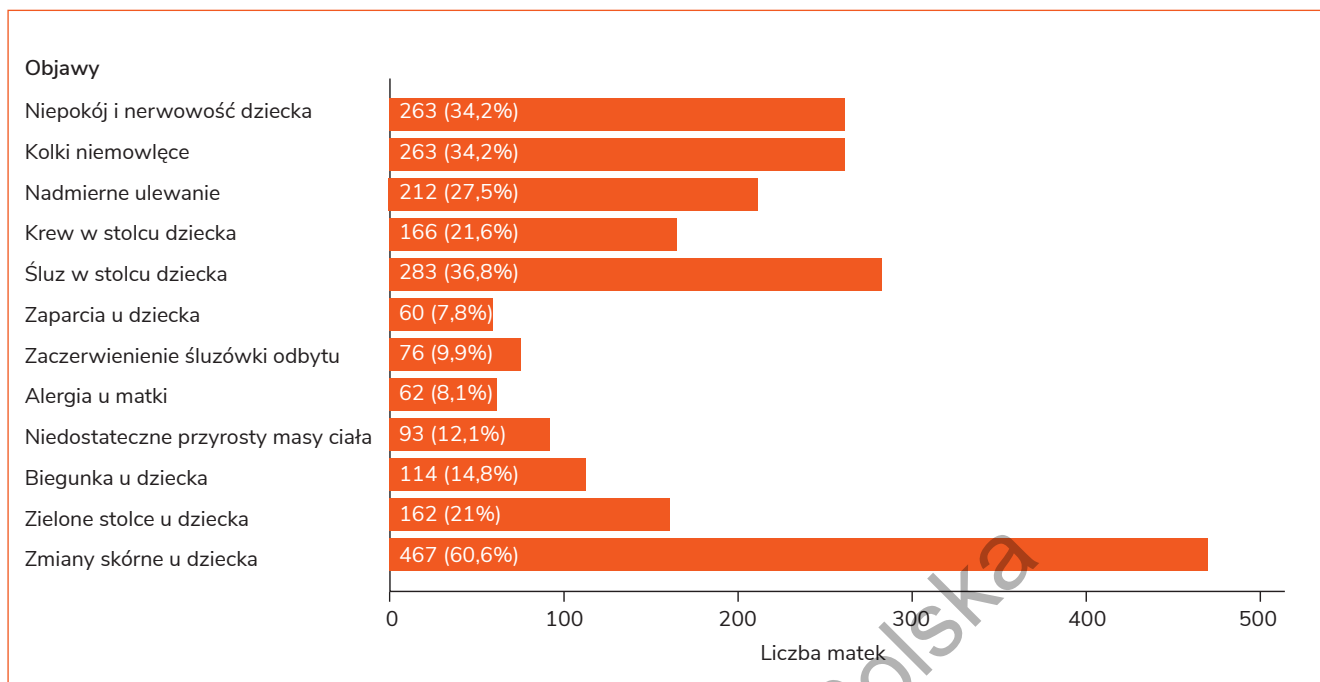
### Przyczyny stosowania diet eliminacyjnych

W 2021 roku Centrum Nauki o Laktacji przeprowadziło badanie wśród 1500 Polek, które karmiły lub karmiły piersią i mają dzieci w wieku od 1 miesiąca życia do 3 lat, a w czasie laktacji zetknęły się z tematem diet eliminacyjnych. Prawie połowa respondentek przyznała, że wykluczała niektóre produkty ze swojej diety (47,7%). W tej grupie 44% matek taką dietę zalecił pediatra, ale 18% kobiet samodzielnie podjęło decyzję o rezygnacji ze spożywania niektórych produktów (ryc. 1).

Eliminacja pokarmów z diety matki była podyktowana przede wszystkim zmianami skórnymi oraz dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego u dziecka, ale diety wdrażano także z powodu niepokoju dziecka czy nietypowego wyglądu stolca. Ogólnie wiadomo, że zmiany skórne u niemowląt mogą występować i mieć różne przyczyny, fizjologiczne lub pielęgnacyjne, a jeśli są to reakcje kontaktowe, to zazwyczaj dotyczą czynników zewnętrznych (takich jak: proszki, ubranie, kosmetyki i in.)<sup>11</sup>. Wygląd stolca może być rozmaity, nie ma jednego wzorca, a domieszki śluzu związane są z przyspieszonym pasażem jelitowym<sup>12</sup>. Statystycznie dolegliwości gastrologiczne najczęściej wynikają z niedojrzałości przewodu pokarmowego<sup>13</sup>, która generuje część zaburzeń czynnościowych (55%)<sup>14</sup>, a najrzadziej z przyczyn alergicznych (0,5%).

### Co zwiększa ryzyko stosowania diet?

Matki dzieci, które w pierwszych dobach były dokarmiane preparatem mlekozastępczym, dwukrotnie (ryzyko względne [RR – relative risk] 2,25) częściej stosowały diety eliminacyjne w kolejnych miesiącach. Korelacja ta jest o tyle ciekawa, że podawanie preparatów w tym okresie zwiększa ryzyko alergii pokarmowej, ale temat ten wymaga dalszych badań. Również matki na dietach eliminacyjnych częściej same były obciążone chorobami alergicznymi. Po przeanalizowaniu danych wykazano, że kobieta z takim wywiadem jest statystycznie ponaddwukrotnie bardziej narażona na stosowanie



Rycina 1. Przyczyny zastosowania diety eliminacyjnej

Tabela 1. Jakie produkty wykluczają polskie matki

Produkty	Ankieta CNoL 2021	EAACI 2020 (realna częstość występowania alergii)
Białko mleka krowiego	78,8%	0,65%
Jaja kurze	39,3%	0,6%
Białko mleka koziego	33,2%	
Czekolada	31,6%	
Białko mleka owczego	30,5%	
Owoce cytrusowe	29,6%	
Orzeszki ziemne	26%	0,78%
Soja	24,2%	
Gluten	6,8%	0,5%
Produkty zawierające laktozę	14,2%	Nie dotyczy

CNoL – Centrum Nauki o Laktacji; EAACI – European Academy of Allergy and Clinical Immunology

diety eliminacyjnej niż matka deklarująca nieobciążony wywiad alergiczny. Jak wiadomo, nie ma wskazań do stosowania takiej diety profilaktycznie<sup>15</sup>.

W badaniu przeprowadzonym przez Centrum Nauki o Laktacji większość matek wykluczała produkty potencjalnie alergizujące, choć niemal 15% ankietowanych zrezygnowało także z produktów zawierających laktozę (tab. 1). Najczęściej eliminowanymi produktami były: białko mleka krowiego (78,8%; oraz koziego i owczego), jaja (39,3%), czekolada (31,6%), cytrusy (29,6%), orzeszki ziemne (26%), soja (24,2%), gluten (6,8%). Warto zwrócić uwagę, że o ile istnienie alergii na białko mleka krowiego jest dla nas oczywistością (choć

jej nadrozpoznawalność absolutnie nie odpowiada realnemu występowaniu), o tyle temat alergii na kakao prawie nie istnieje w piśmiennictwie. W jednej pracy<sup>16</sup> udało się opisać pojedyncze przypadki z konkluzją, że alergia na ten produkt jest znacznie rzadsza niż raportowana w społeczeństwie częstość występowania na poziomie 0,5%, podczas gdy z badania Centrum Nauki o Laktacji wynika, że czekolada zajmuje podium wśród wykluczonych produktów. Laktoza nie powoduje oczywiście alergii, a jej ilości w pokarmie kobiecym są stałe (około 7%) i niezależne od spożycia przez kobietę karmiącą piersią produktów ją zawierających, ponieważ jest syntezowana de novo z glukozy i galaktozy w nabłonku wydzielniczym gruczołu piersiowego matki.

## Wytwarzanie mleka kobiecego a obecność alergenów

Białka roślinne i zwierzęce (potencjalne alergeny) spożywane przez kobietę karmiącą piersią są makrocząsteczkami zbudowanymi z setek aminokwasów połączonych wiązaniami peptydowymi, a łańcuchy polipeptydowe tworzą złożone, przestrzenne struktury, często zawierające elementy niebiałkowe. Rozkład takich związków w czasie trawienia jest złożonym procesem i zachodzi w kolejnych odcinkach przewodu pokarmowego matki przy udziale enzymów proteolitycznych. Finalnie otrzymujemy polipeptydy, oligopeptydy i aminokwasy, które wraz z krwią docierają do komórek narządów je wykorzystujących. Natomiast proces tworzenia mleka ludzkiego zachodzi w nabłonku wydzielniczym gruczołu piersiowego. Białka mleka są tworzone de novo w rybosomach zakotwiczonych w siateczce śródplazmatycznej szorstkiej z wolnych aminokwasów i w drodze egzocytozy są wydzielane do światła pęcherzyków mlecznych. Około 10% białkowych składników mleka przenika przez laktocyt na zasadzie endo- i egzocytozy (filtrat z krwi matki). Pewna część składników korzysta z drogi jelitowo-piersiowej przez komórki chłonne (enteromammary pathway), głównie bakterie probiotyczne i wydzielnicze IgA. Białek mleka ludzkiego jest wiele, pełnią one różne funkcje: od budulcowej i energetycznej po immunologiczną. Głównym białkiem ludzkiego mleka jest  $\alpha$ -laktoalbumina – łańcuch 123 aminokwasów połączonych 4 mostkami dwusiarczkowymi. Białko ludzkie jest trawione w przewodzie pokarmowym dziecka przez enzymy proteolityczne, a następnie jego fragmenty są wchłaniane do organizmu dziecka. Dopiero tu, po tylu procesach, potencjalnie mogłyby wywołać jakąś reakcję.

W badaniach wykazano obecność obcych antygenów w mleku kobiecym, głównie w formie krótkich peptydów, zazwyczaj wbudowanych w łańcuch ludzkiego białka. Pełne białka, które przeniknęły drogą przekomórkową z krwi matki i przetrwały proces trawienia u dziecka – co udowodniono m.in. dla kazeiny, białek serwatkowych, owomukoidu, a także niektórych alergenów wziewnych<sup>17</sup> – można znaleźć w mleku kobiecym, jednak to wielkości rzędu od pikogramów do nanogramów na mililitr<sup>18</sup>. Prawdopodobieństwo reakcji alergicznej IgE-zależnej u uczulonego niemowlęcia karmionego mlekiem matki spożywającej dany pokarm wynosi mniej niż 1 : 1000!<sup>19</sup> Warto również wspomnieć, że według badań nie wszystkie kobiety wydzielają spożywane antygeny do mleka. Przykładowo u 1/3 matek spożywających jajka nie da się wykryć obecności owoalbuminy<sup>20</sup>, a  $\beta$ -laktoglobulinę stwierdza się, w zależności od badania, u mniej więcej 50% kobiet<sup>21</sup>. Prawdopodobnie jest to związane z ekspozycją w diecie matki, trawieniem i wchłanianiem oraz z osobniczą przepuszczalnością nabłonka gruczołu piersiowego.

## Obecność antygenów to wywołanie reakcji alergicznej czy tolerancji?

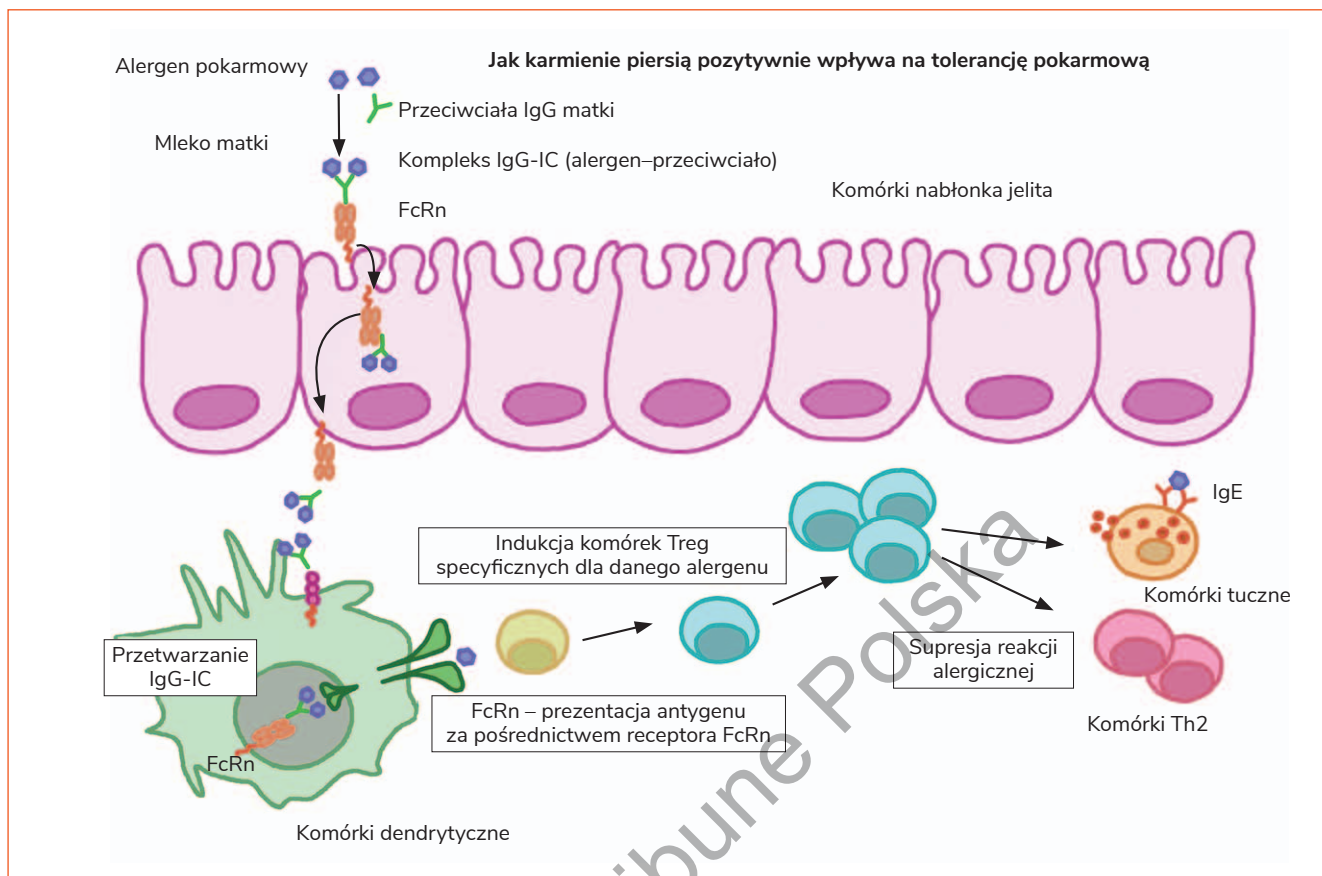
Obecnie uważa się, że obecne antygeny obecne w pokarmie kobiecym nie zwiększają ryzyka wystąpienia alergii u dziecka, lecz są korzystnym zjawiskiem – mają znaczenie dla wytwarzania tolerancji immunologicznej<sup>22</sup>. Mleko kobiece

samo w sobie ma właściwości immunomodulujące, a ponadto – jak napisano wyżej – znajdują się w nim śladowe ilości obcych białek w formie aktywnych immunologicznie antygenów pokarmowych<sup>3,23</sup>. IgG obecne w pokarmie matki wiążą antygeny, które są w tej formie transportowane do jelit dziecka, potem do krwi, a następnie tak prezentowany antygen łączy się z komórką dendrytyczną (komórką prezentującą antygen [APC – antigen presenting cell]) i stymuluje produkcję limfocytów T regulatorowych (Treg), które odpowiadają za tolerancję immunologiczną (ryc. 2)<sup>24</sup>. Ważną rolę odgrywa też IgA – licznie występujące zwłaszcza w sianie – które są produkowane przez limfocyty w jelicie matki i transportowane do gruczołu mlekowego. Im mniej specyficznych IgA, tym większe ryzyko alergii u dziecka. Natomiast matki stosujące diety eliminacyjne wydzielają do mleka znacznie mniej tych dobroczynnych przeciwciał<sup>25</sup>. Ponadto białka są wstępnie trawione w samym gruczole piersiowym!<sup>26</sup> To być może jeden z kluczy do tworzenia peptydów indukujących tolerancję.

Tych mechanizmów indukcji tolerancji będą pozbawione niemowlęta karmione mlekiem modyfikowanym. Są one ekspozowane na pełną cząsteczkę białka, niepoddaną wcześniej żadnym tego typu procesom proteolitycznym. Nie będą także występowały u nich wyżej opisane zjawiska immunomodulacji – białko w preparacie mlekozastępczym jest antygenem wolnym. Warto wspomnieć, że według raportu Centrum Nauki o Laktacji<sup>3</sup> aż 57% noworodków jest dokarmianych mlekiem modyfikowanym jeszcze w szpitalu. Wówczas kolejny kontakt z antygenem może skutkować reakcją alergiczną. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) w swoich zaleceniach z 2021 roku mówi wprost, że w celu zmniejszenia ryzyka alergii IgE-zależnej u niemowląt należy unikać podawania mleka modyfikowanego w pierwszym tygodniu życia<sup>27</sup>.

Szacuje się, że wśród niemowląt karmionych wyłącznie piersią odsetek alergii nie przekracza 0,5%<sup>28</sup>. Już w 2004 roku wykazano brak związku między dietą eliminacyjną matki a jej ochronnym wpływem na rozwój alergii u dziecka<sup>15,24,29</sup>. Udowodniono natomiast, że alergia na pokarmy występuje częściej u dzieci, których matki stosowały dietę eliminacyjną. Takie doniesienia pojawiają się w związku z eliminacją mleka krowiego<sup>30</sup>, a także jaj. W badaniu Verhasselt i Genuneita<sup>31</sup> oceniano 2 grupy dzieci karmionych piersią. W pokarmie matczynym spożywanym przez dzieci z pierwszej grupy była wykrywalna owoalbumina, w mleku podawanym drugiej grupie – nie. U dzieci mających kontakt z tym antygenem ryzyko alergii na jajo w wieku 2,5 roku było obniżone w stosunku do drugiej grupy.

Jeśli chodzi o objawy alergii u niemowląt, to nie należy zapominać o tym, że ekspozycja pokarmowa jest jedną z wielu możliwości kontaktu z alergenem. Przykładowo reakcje skórne zazwyczaj wynikają z bezpośredniej reakcji skóry na wielkocząsteczkowe alergeny białkowe lub związki drobnocząsteczkowe (hapteny). Antygeny białkowe pochodzące z żywności można przenosić na dłonie wprost na słuzówki i skórę dziecka. Do pierwszego kontaktu z obcymi białkami dochodzi zaś jeszcze za pośrednictwem płynu owodniowego.



Rycina 2. Mechanizm wytwarzania tolerancji dla antygenów pokarmowych poprzez karmienie piersią (rys. Justyna Gugulska)

FcRn – noworodkowy receptor Fc; IgE – immunoglobulina E; IgG – immunoglobulina G; IgG-IC – kompleks immunologiczny IgG–antygen; Treg – limfocyty T regulatorowe

Źródło: 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 Syst Rev 2012;2012(9):CD000133. doi: 10.1002/14651858.CD000133.pub3

## Czy rozważyć zastosowanie diety eliminacyjnej u matki karmiącej?

Przede wszystkim diety eliminacyjne, o czym wspomniano wyżej, stosowane profilaktycznie nie mają żadnego uzasadnienia. „Grupa ekspertów EAACI opowiada się przeciwko unikaniu alergenów pokarmowych w okresie ciąży oraz w okresie karmienia piersią dzieci bez alergii pokarmowych [...] w celu zapobiegania alergii pokarmowej”<sup>32</sup>. Nie powinno się również opóźniać wprowadzania produktów potencjalnie alergizujących w czasie rozszerzania diety<sup>33</sup>, choć promowano ten pogląd przez dekady. American Academy of Pediatrics do zmiany zaleceń przekonały izraelskie badania z 2008 roku, w których analizowano występowanie alergii na orzeszki ziemne u dzieci<sup>34</sup>. Analizy dotyczące skuteczności diet matki w przypadku licznych, kojarzonych z alergią dolegliwości u dziecka nie potwierdziły sensu ich stosowania, co zebrano i ogłoszono w najnowszych wytycznych World Allergy Organization (WAO)/Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) z 2023 roku<sup>35</sup>.

A co w sytuacji, gdy u dziecka karmionego piersią pojawia się podejrzenie alergii pokarmowej? W zasadzie nic. Nadal

należy karmić dziecko piersią, a matka powinna się normalnie odżywiać. Udowodniona alergia na białka mleka krowiego u dzieci karmionych wyłącznie mlekiem matki jest absolutną rzadkością. Jeśli jednak z tą rzadkością mamy do czynienia i tylko jeśli objawy są skrajnie nasilone, w celu potwierdzenia związku z reakcją na fragmentaryczny antygen białkowy w znikomej ilości w mleku lub może z rąk czy otoczenia matki można pod opieką alergologa podjąć krótkotrwałą (2-4-tygodniową)<sup>36</sup> próbę wyłączenia go z diety matki, zapewniając jej równocześnie podaż wapnia przez suplementację 1000 mg/24 h oraz w miarę możliwości obejmującą opieką dietetyka. Wyłączenia dotyczą najczęstszych alergenów: białek zwierząt kopytnych, jaj, orzeszków ziemnych. Eliminacji podlegają oczywiście wyłącznie białka. Należy pamiętać o myciu rąk przed karmieniem. Jeśli nie zaobserwuje się poprawy, należy powrócić do normalnej diety. Dziecko cały czas powinno być karmione wyłącznie piersią. Uwaga! Często popełnianym błędem jest podawanie dziecku w tym czasie mleka modyfikowanego (pełnego antygeny białkowe) lub preparatu typu HA (zawierającego białka poddawane hydrolizie). Podobnie nie powinno się sugerować przerywania karmienia naturalnego, ponieważ może to mieć negatywne konsekwencje dla dziecka w postaci pozbawienia go licznych

dobroczynnych substancji obecnych w mleku kobiecym, np. bakterii probiotycznych, czynników wzrostu, immunoglobulin. Również dla matki nagłe przerwanie karmienia piersią stanowi ryzyko zdrowotne z powodu możliwych powikłań laktacji, a także jej przedwczesnego zakończenia. Najnowsze wytyczne Global Allergy and Asthma European Network (GA2LEN) z 2022 roku potwierdzają konieczność wdrożenia diety eliminacyjnej u matki tylko w rzadkich, wyjątkowych przypadkach. Kobiety karmiące piersią zwykle nie powinny unikać uczulających pokarmów, a „niemowlęta z alergią IgE-zależną są rzadko tak wrażliwe, by reagować na bardzo niski poziom alergenów w mleku kobiecym. Szkody związane z unikaniem pokarmów w okresie karmienia piersią mogą być większe niż korzyści z kontroli alergii u niemowlęcia”<sup>37</sup>.

Związek między objawami skórными a antygenem w mleku matki nie został udowodniony, a podejmowane interwencje żywieniowe wobec matki nie miały satysfakcjonującej skuteczności<sup>35</sup>. Objawy ze strony przewodu pokarmowego u dziecka, takie jak: kolki, regurgitacje czy dyschezja, również nie uprawniają do stosowania diety eliminacyjnej u matki karmiącej. Zaburzenia te występują nawet u 25% dzieci (podczas gdy alergія rozpoznawana jest 50 razy rzadziej!) i są przyczyną dużego stresu dla rodziców – aż 20% z nich konsultuje się z lekarzem z powodu kolki niemowlęcej u dziecka<sup>27</sup>. Należy upewnić zaniepokojonego rodzica, że dolegliwości te są związane z niedojrzałością przewodu pokarmowego i ustępują zwykle około 5 miesięcy życia, a dieta matki nie ma na nie wpływu. Nawet w alergicznym zapaleniu okrężnicy i prostnicy (FPIAP – food protein-induced allergic proctocolitis) z obecnością krwi w stolcu wydaje się, że

wdrożenie u matki diety eliminacyjnej nie jest konieczne, ponieważ tę jednostkę chorobową charakteryzuje samoustępowanie w ciągu pierwszego roku życia dziecka<sup>27</sup>.

### Jaki był efekt i jak długo kobiety stosują diety?

Poprawę w zakresie dolegliwości u dziecka zgłosiło 41,5% matek stosujących diety, a niewielkie polepszenie 23% kobiet. Biorąc pod uwagę ogromną rozpiętość produktów oraz objawów i samoograniczający charakter większości dolegliwości wraz z dojrzałością skóry i przewodu pokarmowego dziecka, należy interpretować ten wynik jako raczej związek czasowy, a nie przyczynowo-skutkowy. Znając zwłaszcza mechanizmy trawienia białek, ilościową obecność antygenów w mleku matki i mechanizmy wytwarzania tolerancji, należy zachować ostrożność przy interpretacji.

Wśród badanych aż 60% ankietowanych utrzymywało dietę eliminacyjną przez ponad miesiąc. Nieco ponad 1/4 – dłużej niż 6 miesięcy! O zakończeniu diety decydowała najczęściej matka, zwykle na podstawie próby prowokacji, która nie wykazała reakcji na wykluczony produkt. Tylko w 8,6% przypadków to lekarz zalecił powrót do normalnej diety. Świadczy to o niedostatecznym realizowaniu przez personel medyczny wytycznych związanych z próbą prowokacji przeprowadzaną w zalecanym czasie i uważną oceną wskazań do kontynuacji diety eliminacyjnej. Prawie 20% respondentek zakończyło dietę eliminacyjną razem z karmieniem piersią. Niestety kontynuowanie diet bez uzasadnienia jest powszechne.

### Opis przypadku 1: Liczne diagnozy, w tym alergii pokarmowej, opóźniły właściwą pomoc

Ośmiotygodniowy chłopiec urodzony w 40 tygodniu ciąży z masą ciała 2270 g, wypisany z oddziału w 7 dobie życia z masą ciała 2230 g, w okresie od 1 do 4 tygodnia życia był karmiony piersią i odciganym pokarmem matki, przybierał na wadze prawidłowo (tempo przyrostu masy ciała 42 g/24 h, zgodne z medianami World Health Organization [WHO] dobowych przyrostów masy ciała u chłopców w zależności od urodzeniowej masy ciała)<sup>38</sup>. Od 4 do 8 tygodnia życia chłopiec był karmiony tylko piersią, 6-7 razy na dobę, jedną piersią na karmienie. Jadł niespokojnie, ścisnął brodawkę dziąsłami, co powodowało u matki bolesność i okresowe krwawienie. Dodatkowo ulewał 4-5 razy dziennie, czasem z krwią, płakał po karmieniach, prężył się podczas jedzenia. Tempo przyrostu masy spowolniło do 20 g/24 h (mediana 40 g/24 h dla chłopców z urodzeniową masą ciała poniżej 2500 g w 4-6 tygodniu życia).

Matka szukała pomocy u położnej, pediatry, gastrologa dziecięcego, alergologa i neurologopedy. Ustalano następujące rozpoznania: u matki hiperlaktację, u dziecka refluks, alergię pokarmową, krótkie wędzidełko języka. Podjęto następujące interwencje: zalecono zmniejszenie dobowej liczby karmień i przystawianie dziecka do jednej piersi podczas karmienia; wykonano badanie ultrasonograficzne (USG) brzucha (dwukrotnie, wynik był prawidłowy), badanie moczu (wynik prawidłowy); zlecono matce dietę eliminacyjną z wykluczeniem białka mleka krowiego i innych zwierząt kopytnych oraz jaj (matka stosowała dietę od 3 tygodni). Ponadto włączono: preparat alginianu magnezu z symetykonem (Gastrotuss Baby), Bebilon Nutriton,

omeprazol (Helicid Control), preparat zawierający pałeczki kwasu mlekowego *Lactobacillus reuteri* Protectis (*L. reuteri* DSM 17938; BioGaia). Wykonano także frenotomię. Nie zaobserwowano zasadniczej poprawy po żadnej z podjętych interwencji.

W badaniu u matki piersi okrągłe, symetryczne, skóra brodawek uszkodzona, wydzielina krwisto-ropna. Dziecko zdrowe, bez odchyłań od stanu prawidłowego. Jama ustna prawidłowa, ruchomość języka prawidłowa, cofnięta żuchwa. Masa ciała 3760 g. Podczas próby karmienia dokonano korekty sposobu przystawiania (metodą asymmetric latch), dziecko zjadło w stabilnej pozycji, nie ułało. Przeprowadzono test

wagowy, który wykazał, że dziecko pobrało 20 ml z jednej piersi i 20 ml z drugiej piersi (razem 40 ml). Matka była zaskoczona, że chłopczyk tak długo i efektywnie ssał. Odpowiednia do jego masy ciała i wieku porcja pokarmu wynosi przynajmniej 70 ml 8 razy dziennie (150 ml/kg m.c.).

U matki rozpoznano rzeczywisty niedobór pokarmu spowodowany długo trwającym nieprawidłowym przystawianiem niemowlęcia, nieefektywnym ssaniem i zbyt rzadkim karmieniem, a także zakażenie brodawek piersiowych z powodu długotrwałego nieprawidłowego przystawiania dziecka. U chłopca zdiagnozowano niedostateczny przyrost masy ciała wynikający ze zbyt małej podaży pokarmu od

4 tygodni oraz nasilone ulewianie spowodowane nieprawidłowym karmieniem.

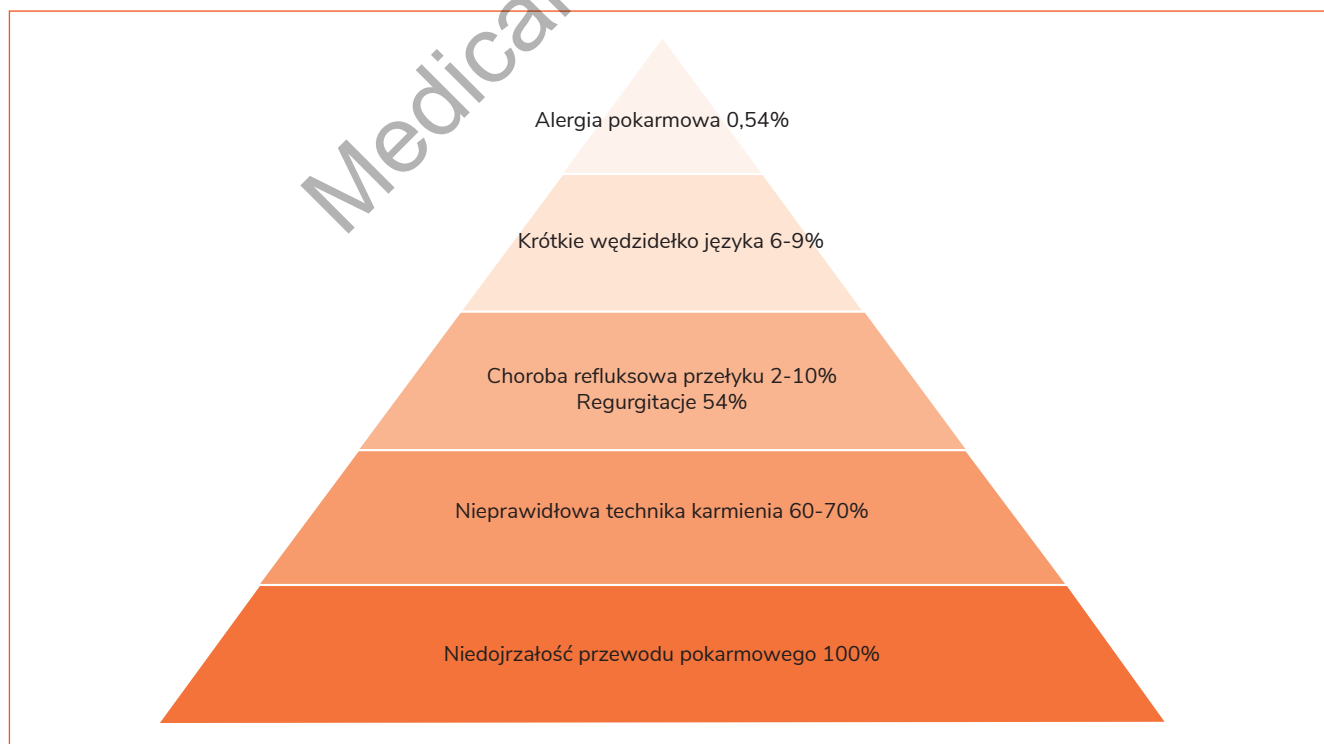
Skorygowano sposób przystawiania dziecka i częstość karmień (8 razy na dobę, obie piersi/karmienie), zastosowano leczenie brodawek piersiowych antyseptykiem, zalecono stymulację laktacji laktatorem oraz dokarmianie dziecka mlekiem odciągającym i preparatem mlekozastępczym w celu uzupełnienia do pełnej porcji (początkowo hydrolizat z powodu obaw matki). Zalecono matce powrót do pełnowartościowej diety. Poprawa nastąpiła po tygodniu, pełny powrót do karmienia wyłącznie mlekiem matki udało się osiągnąć po 3 tygodniach stymulacji laktacji.

## Opis przypadku 2: Jak alergią tłumaczono niedożywienie

**D**ziewczynka urodzona siłami natury z masą urodzeniową ciała 3690 g, najniższa masa spadkowa w 3 dobie – 3430 g, od urodzenia karmiona piersią, prawidłowo technicznie, 8-9 razy na dobę, jedną piersią na karmienie. Piersi matki prawidłowej budowy, jama ustna prawidłowa. Od 2 tygodnia dziecko ulewało kilka razy dziennie po karmieniu. W 6 tygodniu życia masa ciała wynosiła 4860 g (przyrost dobowy 43,3 g/24 h, mediana 32 g/24 h).

Pediatra i położna zalecili skrócenie karmienia i wprowadzenie smoczka w celu ograniczenia zbyt dużego – ich zdaniem – przyrostu masy ciała, co według nich było przyczyną ulewania. Dziecko w 14 tygodniu życia ważyło 5680 g (dobowo przybierało 14,64 g/24 h, norma 25-30 g/24 h), ulewanie nadal było obecne. Pediatra nakazał skrócenie karmień do kilku minut i zmniejszenie ich częstości do 6-7 razy na dobę. Postawiono diagnozę: alergia na białka mleka krowiego. Lekarz

zalecił matce dietę eliminacyjną obejmującą wykluczenie: mleka, jaj, ryb, orzechów, owoców morza, soi, różnych warzyw. Wywiad rodzinny: u starszego syna rozpoznano alergię wziewną, mąż choruje na astmę. Po 3 tygodniach nie stwierdzono poprawy. Dziewczynkę konsultował gastrolog, który podtrzymał dietę u matki, u dziecka zalecił stosowanie trimebutyny (Debridat) oraz wykonanie badania kału – pH kału 5,0, ujemny wynik na krew utajoną. Dziecko zaczęło być



Rycina 3. Kierunek diagnozowania (oprac. dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska)

niespokojne przy piersi. Matka udała się do osteopaty, który stwierdził, że dziewczynka nie lubi mleka matki. Zdesperowana matka udała się do neurologopedy, który zlecił masażę wędzidełka górnej wargi (?). Nadal nie uzyskano poprawy.

W końcu niemowlę trafiło do lekarza doradcy laktacyjnego, który stwierdził, że dziecko waży w 17 tygodniu 5730 g (przyrost 1,7 g/24 h, norma dla dziewczynki 16 g/24 h), i wykonał test wagowy podczas karmienia – dziewczynka zjadła 40 ml z jednej piersi, była niespokojna, odrywała się, ale przez kilka minut jadła. W celu oceny podaży kalorii przeprowadzono dobowy test karmienia. Od razu polecono zwiększenie częstości karmień do 8-9 na dobę, podawanie obu piersi podczas jednego karmienia, zaprezentowano technikę stabilizacji na piersi i zalecono dokarmianie odciągającym pokarmem w ilości 200 ml dobowo, a jeśli by go brakowało, to preparatem mlekozastępczym. Zalecono też odciąganie mleka kilka razy dziennie, w miarę możliwości matki. Po dokonaniu pomiarów okazało się, że dziecko w tym trybie karmienia otrzymuje dobowo 750-850 ml, w tym 200 ml pokarmu w 4 odciągnięciach. Przez 5 dni dziecko przybrało na wadze 32,5 g/24 h (norma 16 g/24 h!), ponieważ wreszcie osiągnięto prawidłową podaż w stosunku do potrzeb.

**Wniosek?** Zanim zaleci się dietę eliminacyjną oraz przeprowadzi szereg interwencji, należy skontrolować karmienie i oszacować dobową podaż kaloryczną. Warto skorzystać z pomocy doradcy laktacyjnego.

## Podsumowanie

D diety eliminacyjne dla kobiet karmiących piersią nie są rekomendowane ze względu na ich szkodliwość zdrowotną

dla matki oraz brak udowodnionej skuteczności w leczeniu dolegliwości u dziecka i zapobieganiu im. W świetle najnowszych badań dotyczących procesów immunologicznych zaleca się matkom karmiącym spożywanie wszystkich pokarmów, łącznie z powszechnymi alergenami, ze względu na mechanizm wytwarzania tolerancji, co przyczyni się do obniżenia ryzyka rozwoju alergii w przyszłości. Również u matek dzieci z alergią pokarmową diety nie są obligatoryjnie zalecane. Istotą jest narażenie na kontakt z wolnym antygenem, który dotyczy dzieci karmionych preparatami mlekozastępczymi zawierającymi białka zwierząt kopytnych, zwłaszcza we wczesnym okresie życia. Mleko kobiece chroni dziecko, a nie je naraża na alergię. Niestety diety eliminacyjne nadal są powszechną praktyką w Polsce. Rodzic po samodzielnym przeszukaniu stron internetowych bywa przekonany, że dziecko ma alergię, jednak personel powinien zgodnie ze sztuką szukać przyczyn, zaczynając od najczęstszych, a nie najrzadszych (ryc. 3). Postawienie diagnozy alergii powinno być poprzedzone zebraniem dokładnego wywiadu i przeprowadzeniem badania przedmiotowego, z wykluczeniem innych przyczyn stanu dziecka, w tym zaburzeń laktacji i podaży kalorycznej, a także zjawisk fizjologicznych. Warto rozważyć konsultację u doradcy laktacyjnego, a w razie potrzeby u dermatologa, alergologa, gastrologa. Postawienie precyzyjnej diagnozy zapewni skuteczną pomoc dziecku i rodzicom, a matkom karmiącym nie odbierze prawa do prawidłowego odżywiania dziecka i ochrony go przed konsekwencjami niedoborów.

Adres do korespondencji:  
dr n. med. Magdalena Nehring-Gugulska  
Centrum Nauki o Laktacji im. Anny Osliślo  
ul. Bobrowiecka 9/G-8, 00-728 Warszawa  
e-mail: gugulscy@gmail.com

© 2023 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

## ABSTRACT

### Use of elimination diets by breastfeeding mothers in Poland in the light of current knowledge

The use of elimination diets by breastfeeding mothers is a very common, yet unhealthy and unjustified, practice in Polish medicine. Data from 2016 shows that more than 50% of breastfeeding mothers were advised by medical staff to avoid products potentially "harmful to the child". A 2021 survey conducted among mothers exposed to information about diets when breastfeeding showed that 47.7% of the women were following an elimination diet, mainly by excluding products commonly viewed as allergy-inducing, with skin lesions in children as a principal reason (60%). The study demonstrated that, of all medical professionals, it is pediatricians that most frequently advise diets to breastfeeding mothers (60%). In view of available research and current recommendations, there is no rationale for the use of diets by breastfeeding mothers. Nutritional products consumed by the mother are principally not related to the composition of her milk, let alone symptoms in the child. The presence of antigens in the milk of some women in nanogram quantities is significant for the development of tolerance and a reduced risk of allergies. During pregnancy and lactation, a woman should eat healthy and not avoid valuable protein products, and this ought to be communicated to both mothers and medical staff.

## Piśmiennictwo

- Zukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport 2017. Część 2. Wizyty położnej środowiskowej i u lekarza ginekologa położnika. Warszawa: Centrum Nauki o Laktacji, 2017
- Zukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport 2016. Część 1. Wizyty u lekarza pediatry, pobyt w szpitalu z chorym dzieckiem, miejsce pracy. Warszawa: Centrum Nauki o Laktacji, 2016
- Zukowska-Rubik M, Nehring-Gugulska M, Bębenek D i wsp. Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Raport 2018. Opieka położnej na oddziale położniczym, wizyta u lekarza medycyny rodzinnej oraz wizyty u doradców/konsultantów laktacyjnych. Warszawa: Centrum Nauki o Laktacji, 2018
- Karcz K, Lehman I, Królak-Olejnik B. Foods to avoid while breastfeeding? Experiences and opinions of Polish mothers and healthcare providers. *Nutrients* 2020;12(6):1644
- Nehring-Gugulska M, Szyber B, Bębenek D i wsp. Co personel medyczny wie o wartości mleka kobiecego? Badanie CNoL 2021. Materiały na XV Zjazd:18-19
- Bzikowska-Jura A, Zukowska-Rubik M, Wesołowska A i wsp. Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji – aktualizacja. *Stand Med Pediatr* 2023;20:233-48
- Yilmaz O, Kacar AS, Gogebakan E, et al. The relationship between dietary elimination and maternal psychopathology in breastfeeding mothers of infants with food allergy. *Pediatr Allergy Immunol* 2022;33(1):e13670. doi: 10.1111/pai.13670
- Jeurink PV, Knipping K, Wiens F, et al. Importance of maternal diet in the training of the infant's immune system during gestation and lactation. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2019;59(8):1311-9. doi: 10.1080/10408398.2017.1405907
- Hale TW, Hartman PE (ed). *Textbook of human lactation*. Amarillo: Hale Publishing, 2007
- WHO. Mastitis: causes and management. *World Health Organization*, 2000. <https://iris.who.int/handle/10665/66230>. Dostęp 14.11.2023
- Kelleher MM, Cro S, Van Vogt E, et al. Skincare interventions in infants for preventing eczema and food allergy: a cochrane systematic review and individual participant data meta-analysis. *Clin Exp Allergy* 2021;51(3):402-18. doi: 10.1111/cea.13847
- Bekkali N, Hamers SL, Reitsma JB, et al. Infant stool form scale: development and results. *J Pediatr* 2009;154(4):521-6.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.10.010; Falszewska A. [https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/03/Skala-Amsterdamska-uformowania-stolca\\_falszewska-1.pdf](https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/03/Skala-Amsterdamska-uformowania-stolca_falszewska-1.pdf). Dostęp 14.11.2023
- Goliszek M, Oracz G. Niedojrzałość przewodu pokarmowego u dzieci. *Gastro Prakt* 2015;2(27):88-9
- Iacono G, Merolla R, D'Amico D, et al.; Paediatric Study Group on Gastrointestinal Symptoms in Infancy. Gastrointestinal symptoms in infancy: a population-based prospective study. *Dig Liver Dis* 2005;37(6):432-8. doi: 10.1016/j.dld.2005.01.009
- Greer FR, Sicherer SH, Burks AW; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods and hydrolyzed formulas. *Pediatrics* 2008;121(1):183-91. doi: 10.1542/peds.2007-3022

Ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 81