

Review



מגזין מכון תגובה למחקר

גיליון 22 ספטמבר 2007

עדכונים בתזונת נשים
הרות ומיניקות
טובה קראוזה

תוספי תזונה בהריון-
השלמה תזונתית
מבוססת מדעית
ד"ר צחי הרץ

החשלכות של השמנה
על פוריות וסיבוכי הריון
ד"ר אסנת רזיאל

סיבוכים בהריון -
תזונה וטיפול
נעמי קידר

הריון-היבטים
פסיכולוגיים
ד"ר עדנה כצנלסון



משולחן המערכת

תוכן העניינים

עדכונים בתזונת נשים הרות ומיניקות
טובה קראוזה

3

תוספי תזונה בהריון - השלמה תזונתית
מבוססת מדעית
ד"ר צחי הרץ

8

ההשלכות של השמנה על פוריות וסיבוכי הריון
ד"ר אסנת רזיאל

12

סיבוכים בהריון - תזונה וטיפול
נעמי קידר

16

הריון-היבטים פסיכולוגיים
ד"ר עדנה כצנלסון

20

תיאור מקרה

23

כנסים 8 - 2007

24

בחברה החרדית מכונה הריון "מצב". אכן, אין ספק כי הריון והנקה הם מצבים מאד מיוחדים מכל בחינה והיבט. משחר ההסטוריה ידעו נשים הרות כי עליהן לשנות את הרגלי האכילה שלהן באופן אשר יבטיח גדילה נאותה של העובר, וגם יאפשר לאם להיות חזקה ואיתנה, ובמיוחד בכדי שיהיה לה כוח לתהליך הלידה. גם תקופת ההנקה דומה מאד מבחינה זו, שהרי ייצור החלב תלוי באופן מאד ישיר בתזונה של האם.

כולנו מכירים את התופעה החברתית, בה נשים שאינן מקדישות תשומת לב לתזונה שלהן, מתחילות להתעניין בצרכים התזונתיים המיוחדים כאשר הן הרות ומיניקות. ההבנה כי לתזונה יש השפעה ישירה על התוצאה מביאה נשים הרות, ואף כאלו המתכננות להתעבר, לגלות אחריות מוגברת להרגלי האכילה שלהן. המחקר המתחדש כל העת מביא עימו ידע חדש הן לגבי צרכים מיוחדים בהריון והן לגבי השפעת התזונה על כמות ואיכות חלב האם. טובה קראוזה, דיאטנית המתמחה בתזונה בהריון ולאחר הלידה עושה סדר בתחום.

לצד הצורך לספק את כל אבות המזון הדרושים בכמות הנאותה, מתעוררות גם שאלות רבות לגבי בטיחות של מזונות, תוספי מזון ותרופות, כמובן. לגבי תוספים הדילמה אינה פשוטה - האם ניתן להבטיח אספקה נאותה של כל הויטמינים והמינרלים בתקופות אלה מן המזון בלבד או שיש הכרח או לחילופין, נוחות יתרה, להשתמש בתוספי מזון למיניהם. האם אכן כן, ואם כן, באילו מינונים? האם יש סיכונים לצד התועלות? תשובות לשאלות במאמרו של ד"ר צחי הרץ, פרמקולוג, יועץ בנושאי תרופות ותוספי תזונה.

כל זאת, כשמדובר בהריון תקין, ללא סיכון וסיבוכים. אכן, הריון הוא מצב טבעי ואינו מחלה, אבל שכיחות של סוכרת הריונית ושל רעלת הריון מגיעה לכ-5% מהיקף ההריונות. מצבים מיוחדים אלה, הכרוכים בסיכון הן לאם והן לעובר, מצריכים תשומת לב מיוחדת ודגשים ספציפיים מבחינה תזונתית. הדיאטנית נעמי קידר מביאה במאמרה בנושא הריון בסיכון את ההמלצות העדכניות ביותר במצבים אלה.

גם השמנה מהווה סיכון משמעותי לתקניות ההריון, ומסתבר שנשים שמנות נתקלות גם ביותר בעיות פוריות, ומתקשות להרות. על כך במאמרה של ד"ר אסנת רזיאל מנהלת מלב"י - המרכז לטיפול בהשמנת יתר.

ולסיום, לצד הייחוד של הריון והנקה מההיבט התזונתי, חשוב להכיר ולהבין את ההיבטים הפסיכולוגיים של השינויים הגופניים, ההתמודדות עם התפתחות התינוק ברחם, נושאים הקשורים להורות העתידית, לשינויים בזוגיות בפרט ובחיים בכלל. ד"ר עדנה כצנלסון סוקרת את כל אלה.

קריאה מהנה,

פרופ' זמיר הלפרן

יו"ר הועדה המדעית
מכון תנובה למחקר

טליה לביא

עורכת ראשית

Review

מגזין מכון תנובה למחקר



עורכת ראשית: טליה לביא
עורכת משנה: רותי אבירי
יועץ מדעי: פרופ' זמיר הלפרן
מידענית: הדס אביבי
מנהלת הפרוייקט: נגה שוורץ
הפקה: פרומרקט

כתובת למכתבים: מכון תנובה למחקר, דרך הים 2,
ת.ד. 2525 רחובות 76123. טל: 08-9444265

בקרו באתר האינטרנט שלנו: www.tnuva-research.co.il



עדכונים בתזונת נשים הרות ומיניקות

טובה קראוזה

דיאטנית קלינית B.Sc, מתמחה בתזונה בהריון ולאחר הלידה
ומחברת הספר "המדריך השלם לתזונה בהריון"

ההשערה כי ייתכן שהתזונה משפיעה על התבטאות הגנים של העובר והילד על ידי "השתקת" גנים מסוימים או אי השתקת אחרים, מהווה פתח עתידי לגיוס תזונת האם למניעת מחלות כרוניות אצל ילדיה.
במסגרת סקירה זו, מובאים הנושאים הנחקרים ביותר בשנה האחרונה בתחום התזונה בהריון.
הסבר אפשרי למושג התכנות המטבולי, חידושים בנושא עליה במשקל בהריון, עדויות עדכניות בנוגע לתוספי חומצות שומן אומגה-3 ארוכות שרשרת, ונקודות חשובות בנושא השפעת תזונת האם המיניקה על כמות החלב ואיכותו.

כיום כי יצירת מבנה הרקמות וקביעת תפקודן בסביבה המוקדמת של החיים נובעת משינויים אפיגנטיים (4), למרות שעדיין לא פורסמה עדות מדעית המקשרת בין אפיגנטיקה לבין שינויים בגדילה ובמטבוליזם בקרב בני אדם (3).

מהי אפיגנטיקה ומהו הקשר לתזונה

אפיגנטיקה מוגדרת כשינויים בתפקוד הגן, אשר מתרחשים ללא שינוי ברצף הגן (3) כלומר, השפעה על מידת התבטאות הגן שאינה נובעת ממוטציה. אחד המנגנונים האפיגנטיים המוכרים הוא מנגנון המתילציה, כלומר קשירת קבוצות מתיל (CH₃) למולקולת ה-DNA. מתילציית ה-DNA גורמת ל"השתקה" של הגנים, בדומה ללחיצה על מתג כיבוי: נוכחות קבוצות המתיל מונעת את שעתוק הגן וכך הוא לא יכול להתבטא.

אצל יונקים, ריאקציות המתילציה הללו תלויות בתורמי קבוצות מתיל ובקו-פקטורים שמקורם מהתזונה. כידוע, חומצה פולית משמשת כקו-פקטור בריאקציות של מתילציה ואילו המקור העיקרי של קבוצות מתיל מגיע מהחומצה האמינית מתיונין ובמידה פחותה מכולין. ייתכן שבמצב בו לא מתקבלים תורמי המתיל והקו-פקטורים מהתזונה, תיפגע מתילציית ה-DNA וגנים

האם אפיגנטיקה היא המנגנון שמסביר את התכנות המטבולי?

שני העשורים שחלפו מאז הציע פרופסור דייוויד בארקר את השערתו, שמקורן של מחלות עשוי לנבוע מתזונת האם במהלך ההריון, חלה התקדמות רבה בתחום זה (1). כיום, המושגים "תכנות מטבולי" (Metabolic programming) ו-"מקורות התפתחותיים של בריאות וחולי" (Developmental origins of health and disease) הפכו למילות מפתח חשובות במחקר הרפואי (2) והעניין בתחום זה גדל במהירות בעשור האחרון (3). מושגים אלו עוסקים בהשפעה שיש לסביבה (ובכלל זה התזונה) בתקופות רגישות במהלך ההריון על העובר ועל בריאותו גם כאדם בוגר. תפיסה זו, שקיימות תקופות רגישות בחיי העובר במהלכן עלולה תזונה לא נאותה להוביל לשינויים בלתי הפיכים, קיבלה תימוכין ממחקרים אפידמיולוגיים שתיעדו קשר הפוך בין משקל הגוף בלידה ובגיל שנה לבין הסיכונים ליתר לחץ דם, לסוכרת ולמחלות לב כליליות בבגרות, וכן ממודלים של בעלי חיים (2). המנגנון שאחראי לכך טרם הובהר באופן חד משמעי (3), אך משערים





אין שום עדות שתומכת בהשפעה מועילה של תוספים של DHA לנשים הרות או מיניקות על התפתחות הראייה אצל התינוקות, אך קיימת עדות להשפעה מועילה על ההתפתחות השכלית והקוגניטיבית בטווח הארוך

בקבוצות מתיל ולירידה במתילציה של הגנים שמקודדים לרצפטורים לגלוקוקורטיקואידים. ירידה במתילציה פירושה פחות השתקה ויותר התבטאות, וכך המחסור בחלבון גרם לאקטיבציה של הרצפטורים, אשר עשויה להוביל לתנגודת לאינסולין ולמאפייני התסמונת המטבולית שקשורים אליה (3). על פי עדויות אלו, ייתכן שקיימות תקופות "חלון" בלתי מוסברות בתקופה העוברית ובתקופה המוקדמת שלאחר הלידה, אשר מחסור תזונתי במהלכן עלול להוביל להיפומתילציה בלתי הפיכה של ה-DNA (3).

שאמורים לעבור "השתקה" לא יושתקו. מצבים של היפומתילציה נמצאו אצל חולדות שהזנו בתפריטים דלי מתיונין, כולין ופולאט (3). במחקר אחר, הוזנו עכברות מזן אגוטי בתוספים הקשורים למטבוליזם קבוצות מתיל כגון כולין, בטאין, חומצה פולית, ויטמין B12 ומתיונין. התוספים הובילו למתילציה מוגברת של DNA בגן האגוטי (כלומר, להשתקתו) שאיפשר יצירת פנוטיפ רזה יותר של הצאצאים (5). במחקרים בהם הוזנו חולדות הרות בדיאטות דלות חלבון, נמצא שהצאצאים הפגינו פנוטיפ אשר הציג חלק ממאפייני התסמונת המטבולית (4), כך מיעוט החלבון גרם למחסור



המלצות ה-IOM (Institute of Medicine) ל-1990 לסך עליה במשקל בהריון על פי BMI לפני ההריון

קטגוריית משקל	טווח עליה מומלצת במשקל בקילוגרמים
תת משקל BMI קטן מ-19.8	12.5-18
תקין BMI 19.8 עד 26	11.5-16
עודף משקל BMI מעל 26 ועד 29	7-11.5
השמנה BMI גדול מ-29	לפחות 6.8

הערות: מתבגרות ונשים שחורות צריכות לשאוף לעלייה בגבול העליון של הטווח. נשים נמוכות (מתחת לגובה 157 ס"מ) צריכות לשאוף לעלייה בגבול התחתון של הטווח.
<http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309041384&page=10>

אמנם, המנגנונים אשר גורמים לשינויים אלו עדיין לא הוכחו בבני אדם והשפעה אפיגנטית פועלת בדרכים שונות פרט למתילציה, אך להבנה משופרת של המנגנונים, אשר משפיעים על התכונות המטבולי והקשר בין התזונה לשינוי פנוטיפ העובר, יש פוטנציאל לתרום משמעותית למניעת סיכונים בריאותיים בעתיד (2,4) וסביר להניח שאפיגנטיקה תהפוך למוקד ההתעניינות העיקרי עבור ביולוגים התפתחותיים בייסוד המנגנונים אשר מקשרים בין אירועים עוינים בשלבים המוקדמים של החיים לבין מחלות בגיל המבוגר (3).

עליה במשקל בהריון – ממצאים מסדנת ה-IOM (Institute of Medicine)

ההמלצות האחרונות לעלייה במשקל בהריון פורסמו לפני 17 שנה, ב-1990 על ידי ה-IOM (6) (ראו טבלה). מאז פרסום קווי הנחייה אלו, חלו שינויים עצומים בפרופיל הדמוגרפי והאפידמיולוגי של נשים הרות. בהתחשב במציאות חסרת התקדים לפיה שני שלישים מהאוכלוסייה בארצות הברית מוגדרת כסובלת מעודף משקל או מהשמנה, יותר נשים נכנסות להריון בדרגות משקל אלו, מצב אשר מגביר את החששות לבריאות האם והילד. עקב כך, נוצר הצורך להעריך את המגמות שחלו מאז פרסום קווי ההנחיה לעליה מומלצת במשקל במהלך ההריון וזו היתה הסיבה לכינוס ועדת מומחים לסדנה במאי 2006 שממצאיה מפורטים להלן (7). בסדנה זו בחנו את מצב הידע העכשווי והתייחסו לנושאים הבאים: מהן המגמות במשקל האמהות ובעליה במשקל בהריון, אילו גורמים משפיעים על עליה במשקל בהריון, כיצד משפיעים משקל האם והעליה במשקל בהריון על בריאותה ועל בריאות הילד, ומהן הדרכים בהן ניתן לקדם עליה נאותה במשקל אצל נשים הרות ומשקל נאות לאחר הלידה. עם זאת, הסדנה לא

נועדה ליצור מסקנות קונצנזוס או המלצות אלא התמקדה בזיהוי נושאים וגורמים שיתרמו להבנת תפקיד העליה במשקל וליישם את הידע לקידום משקל נאות אצל נשים בגיל הילודה.

המגמות במשקל האמהות ובעליה במשקל בהריון

קרוב ל-30% מהנשים בגיל 20-39 סובלות מהשמנה (obesity) ומעל ל-15% מהנערות המתבגרות בגיל 12-19 סובלות מעודף משקל. בין השנים 1983-2004 ירד שיעור הנשים שנמצאות בתת משקל לפני ההריון, אך עלה שיעור אלו הסובלות מהשמנה. בנוסף, נמצא שרוב הנשים בארה"ב אינן עולות במשקל לפי המלצות ה-IOM וקרוב ל-40% מהן עולות יותר מהמומלץ.

לשם השוואה, על פי סקר מבי"ת (8), כ-47% מהנשים בגיל 25-44 בישראל הן בעלות BMI 25 ומעלה, ו-18% מהנשים בטווח גילאים זה הן בעלות BMI 30 ומעלה. ייתכן אף ששכיחות ההשמנה באוכלוסייה זו גברה במהלך השנים שחלפו מאז בוצע הסקר.

הגורמים המשפיעים על העליה במשקל בהריון

BMI שלפני ההריון נותר הגורם המשמעותי ביותר אשר משפיע על העליה במשקל בהריון, אך היא מושפעת גם מגורמים ביולוגיים-מטבוליים ומגורמים חברתיים. גורמים המנבאים עליה לא מספקת במשקל הם: מצב סוציואקונומי נמוך, עישון סיגריות, צריכה נמוכה של אנרגיה, שימוש בסמים, צריכה מועטה של מוצרי חלב, הריון לא רצוי, אלימות במשפחה, אנוורקסיה נרבוזה, מרווח קצר בין הריונות, היעדר ייעוץ רפואי או ייעוץ הממליץ על עליה נמוכה מקווי ההנחיה.

גורמים המנבאים עליה רבה מדי במשקל הם: צריכה גבוהה של אנרגיה, ירידה בפעילות גופנית, דיאטה בעלת אינדקס גליקמי גבוה, דיאטה עתירת שומן, צריכת ממתקים, היעדר ייעוץ רפואי או ייעוץ הממליץ על עליה גבוהה מקווי ההנחיה.

השפעת משקל האם והעליה במשקל בהריון על בריאותה ועל בריאות הילד

מחקרים שנערכו בשנים האחרונות הדגישו את הקשר בין עודף משקל, השמנה ועליה עודפת במשקל בהריון כגורמי סיכון למצבים שונים לרבות טרום רעלת הריון (Pre eclampsia), סוכרת הריון, לידה בניתוח קיסרי, קושי להתחיל הנקה ולקיימה וחוסר הפחתת המשקל שנצבר בהריון שנה לאחר הלידה. אצל הילד גדל הסיכון למקרוזומיה וסיכון לעודף משקל בטווח הארוך. עקב השיעור הגבוה של השמנה בקרב נשים בגיל הפוריות ייתכן ויש מקום לשקול שינוי של ההמלצות לעליה במשקל בהריון עבור נשים בעודף משקל ונשים שמנות.

הדרכים לקידום משקל תקין ועליה נאותה במשקל במהלך ההריון

ניתן להשתמש בכל הגורמים המנבאים עליה רבה מדי במשקל כדי לפתח תוכניות לסיוע לנשים להגיע למשקל הרצוי ולעלות כמומלץ במהלך ההריון. ההתערבויות לקידום עליה נאותה במשקל אצל נשים הרות כוללות גישות פרטניות, פסיכוסוציאליות במסגרת הקהילה או במסגרת מערכות הבריאות. חשוב להתאים את הגישה לאוכלוסיית הנשים הספציפית.

נראה, כי כמות השומן

בחלב קשורה יותר

לכמות רקמת השומן

בגוף האם. עם זאת,

הרכב חומצות השומן

של הטריגליצרידים,

שמהווים למעלה

מ-98% מתכולת

הליפידים בחלב, יכולה

להיות מושפעת

מהתזונה. כך למשל,

רמות DHA בחלב

גבוהות יותר אצל

נשים שצריכת הדגים

שלהן גבוהה יותר,

ונשים שצורכות יותר

שומן טראנס מייצרות

חלב בעל רמות גבוהות

יותר של שומן זה





המדויק הקשור להנקה (14). הצורך במידע אמין ומדויק בתחום התזונה גביר במיוחד הואיל ואחד המחסומים להנקה עבור חלק מהנשים המיניקות הוא "חוקי התזונה" שכביכול מתלווים להנקה ונתפסים כקשים ומגבילים מדי (15).

השפעת התזונה על כמות חלב אם

טווח הנורמה של ייצור החלב לתינוק אחד עומד על 450-1200 גרם ליום או ממוצע של 770 גרם ליום. כל גורם אשר משפיע על התדירות, העוצמה ומשך פעולת היניקה של התינוק משפיע על כמות החלב שמייצרת האם. במחקרים על אמהות שמייצרות חלב ליותר מתינוק אחד נמצאה יכולת ייצור של 2-3 ליטר חלב ליום עבור תאומים ושלישיות.

קיימות עדויות על כך שבמצבים קיצוניים של תת-תזונה (כמו ב"תקופת הרעב ההולנדית") חלה ירידה בכמות החלב המיוצרת, אך נראה שאיכותו כמעט ולא נפגעה, כנראה מכיוון שחלב הופק על חשבון רקמות אימהיות. בנוסף, במצבים של התייבשות, כתוצאה, למשל ממקרים חריפים של שלשולים והקאות, יפחת נפח החלב רק לאחר שתפחת תפוקת השתן של האם באופן משמעותי.

במחקר בו אימהות מיניקות במצב תזונתי טוב צרכו למשך שבוע לא פחות מ-1500 קלוריות, לא נמצאה הפחתה בנפח החלב שלהן, אם כי חלה אצלן עליה ברמות הפרולקטין בפלסמה. אמהות אשר צרכו פחות מ-1500 קלוריות ליום חוו ירידה בכמות החלב בהשוואה לקבוצת הביקורת והקבוצה שצרכה יותר מ-1500 קלוריות (15).

על פי דו"ח תת הוועדה לתזונה בהנקה של ה-IOM משנת 1991, 1800 קלוריות היא הרמה המינימלית של צריכה קלורית שאישה מיניקה צריכה לשקול בדיאטת הרזייה ואילו הצריכה הקלורית המומלצת למיניקה היא 2700 קלוריות בהתחשב בצפיפות רכיבי התזונה בדיאטה האמריקנית (16).

השפעת התזונה על איכות חלב אם

חלב אם הוא חומר מורכב ביותר, שמכיל מאות רכיבים שכולם, עקרונית, יכולים להיות מושפעים מהתזונה של האם. עם זאת, חלק מהרכיבים מושפעים פחות מאחרים.

חלבונים - באופן כללי, רמת החלבון בחלב אינה מושפעת מהתפריט. ייתכנו השפעות בטווח הקצר, אך תת הוועדה קבעה כי הרכב חלב האם נשמר גם במקרים של צריכה תזונתית של מאקרונוטריאנטים בכמות נמוכה מהמומלץ.

פחמימות - אין כל עדות לכך ששינויים בתזונה משפיעים על כמות הלקטוז בחלב.

שומנים - סך כמות השומן כמעט אינה מושפעת מהתפריט. ייתכן שאם הדיאטה תהיה דלה בשומן באופן קיצוני, אזי תהיה השפעה על החלב, אך אין מספיק עדויות שיתמכו בכך. נראה, כי כמות השומן בחלב קשורה יותר לכמות רקמת השומן בגוף האם. עם זאת, הרכב חומצות השומן של הטריגליצרידים, שמהווים למעלה מ-98% מתכולת הליפידים בחלב, יכולה להיות מושפעת מהתזונה. כך למשל, רמות DHA בחלב גבוהות יותר אצל נשים שצריכת הדגים שלהן גבוהה יותר, ותכולת חומצות שומן טראנס בחלב משקפת את הצריכה התזונתית, כך שנשים שצורכות יותר שומן טראנס מייצרות חלב בעל רמות גבוהות יותר של שומן זה (15). ויטמינים - רמות הוויטמינים בחלב מושפעות מהתזונה, אך חלק מהוויטמינים רגיש יותר להשפעתה מאחרים. חשוב לדאוג למילוי מאגרי הוויטמינים אצל האם.

חומצות שומן אומגה-3 ארוכות שרשרת בהריון ובהנקה

חשיבותן של חומצות שומן אומגה-3, במיוחד EPA (חומצה איקוספנטנואית) ו-DHA (חומצה דוקוסהקסנואית) בתקופת ההריון וההנקה ידועה ומתועדת רבות. EPA משמשת כחומר מוצא לאיקוזואידים בעלי השפעה מפחיתת קרישה, מפחיתת לחץ דם ונוגדת דלקת. DHA חיונית להתפתחות מערכת העצבים ולתפקוד התקין ועל פי ממצאים חדשים, ייתכן שיש לה גם תפקיד ביצירת תאי עצב, העברה עצבית (neurotransmission) והגנה מפני עקה חימצונית (9). מחקרי אוכלוסיות הראו שצריכה גבוהה יותר של מזון מן הים (דגים ופירות ים, המקור העיקרי מהתזונה לחומצות שומן אומגה-3 ארוכות שרשרת) במהלך ההריון היתה קשורה במשך ההריון ארוך יותר, משקל לידה גבוה יותר של התינוק והיארעות נמוכה יותר של טרום רעלת הריון (10). עם זאת, בעקבות הדאגה הגוברת מפני תכולת מזהמים דוגמת כספית (בבשר הדג) ומזהמים שונים דוגמת דיוקסינים (בשומן הדג), פרסם מינהל המזון והתרופות האמריקני המלצות לנשים הרות ומיניקות ולילדים להימנע מסוגים מסוימים של דגים ולהגביל את סוגי הדגים האחרים לכמות שבועית של 340 גרם בלבד (11).

עקב כך, נשאלת השאלה האם תוספי תזונה של חומצות שומן אומגה-3 יכולים לשמש תחליף לצריכת דגים עבור נשים הרות ומיניקות. עם זאת, התשובה לכך עדיין אינה חד משמעית ונכון להיום לא קיימת המלצה רשמית לנשים הרות או מיניקות ליטול תוספים של DHA או EPA. מסקירת קוקריין שהתפרסמה ביולי 2006 (10) עולה כי אין עדות מספקת כדי לתמוך בשימוש שגרתי בתוספי שמן דגים או פרקורסורים אחרים לפרוסטגלנדינים במהלך ההריון לצורך הפחתת הסיכון לטרום רעלת הריון, לידה מוקדמת, משקל לידה נמוך או משקל נמוך לגיל ההריון.

מסקירה שפורסמה באפריל 2007 (12) עולה כי כרגע אין שום עדות שתומכת בהשפעה מועילה של תוספים של DHA לנשים הרות או מיניקות על התפתחות הראייה אצל התינוקות, אך קיימת עדות להשפעה מועילה על ההתפתחות השכלית והקוגניטיבית בטווח הארוך. מחברי הסקירה הדגישו את הצורך במחקרים מתוכננים היטב, שיבדקו את התוצאות באותם מבחנים, ויהיו אחידים בסוג התוספים הנבדקים, במינונם ובמשך השימוש בהם.

המינון המומלץ לצריכה מהתזונה של חומצות אומגה-3 נקבע על ידי ועדה מטעם ה-NIH בשנת 1999 ומוגדר כ-AI (Adequate Intake). עבור DHA נקבעה המלצה ספציפית להריון ולהנקה של 300 מ"ג ליום. עבור EPA ההמלצה עומדת על 220 מ"ג לפחות בדיאטה של 2000 קלוריות או 0.1% מהקלוריות (13).

השפעת התזונה על כמות חלב האם ואיכותו

בעקבות הצטברות עדויות בנוגע לערכו של חלב האם הן לתינוקות והן לאמהות, ובעקבות המלצות גופי בריאות בכל רחבי העולם, חשוב שכל אנשי המקצוע, רופאים ופרא-רפואיים אשר באים במגע עם נשים הרות, אימהות ותינוקותיהם, יספקו את המידע

להנקה יש אפקט חוסר ברזל: למרות שאובדן ברזל דרך החלב במהלך שישה חודשים של הנקה בלעדית שווה ערך ל-14% ממאגרי הברזל הממוצעים של האישה, זוהי רק כמחצית הכמות שאובדת בדרך כלל במהלך דימומי הווסת. כך שאם אין איבוד דם משמעותי בלידה, סך הדרישה לברזל במהלך ההנקה הינו מופחת כל עוד האישה עדיין במצב של אל-וסת, בהשוואה לצורך אצל נשים לא הרות ולא מיניקות



עדיין אין מספיק עדויות לתמוך בנטילת תוספי חומצות שומן אומגה-3 ארוכות שרשרת בהריון ובהנקה, אם כי מסתמנת השפעה חיובית של תוספים על התפקוד הקוגניטיבי של הילדים. ידע נכון אודות תזונת האם המיניקה חשוב לאנשי מקצוע מתחום הרפואה המטפלים בנשים הרות ומיניקות ומסייע בתמיכה בהנקה.

References:

1. Barker DJ P. The origins of the developmental origins theory. J Intern Med 2007; 261: 412-17.
2. Demmelmair H, Von Rosen J, et al. Long-term consequences of early nutrition. Early Hum Dev. 2006;82:567-74.
3. Cutfield WS, Hofman PL, et al. Could epigenetics play a role in the developmental origins of health and disease? Pediatr Res 2007;61:68R-75R.
4. Burdge GC, Hanson MA, et al. Epigenetic regulation of transcription: a mechanism for inducing variations in phenotype (fetal programming) by differences in nutrition during early life? Br J Nutr. 2007 Jun;97:1036-46.
5. Cooney CA, Dave AA, et al. Maternal methyl supplements in mice affect epigenetic variation and DNA methylation of offspring. J Nutr 2002;132:2393S-2400S.
6. The National Academy of Sciences. Nutrition During Pregnancy: Part I: Weight gain. Institute of Medicine. The National Academy Press. 1990.
7. Committee on the Impact of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health, National Research Council. Influence of Pregnancy Weight on Maternal and Child Health: Workshop Report. National Academies Press. 2007. <http://www.nap.edu/catalog/11817.html>
8. משרד הבריאות, שירותי המזון והתזונה, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. מב"ת, סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון 1999-2001. חלק א' - ממצאים כלליים. נובמבר 2003.
9. Innis SM. Dietary (n-3) Fatty Acids and Brain Development. J Nutr. 2007;137: 85559.
10. Makrides M, Duley L, Olsen SF. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3:CD003402.
11. The Food and Drug Administration and the Environmental Protection Agency. What you need to know about mercury in fish and shellfish. March 2004. <http://www.cfsan.fda.gov/dms/admeHg3.html>
12. Eilander A, Hunscheid DC, et al. Effects of n-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation on visual and cognitive development throughout childhood: A review of human studies. Prostaglandins, Leukot Essent Fatty Acids. 2007;76:189-203.
13. Simopoulos AP et al. Workshop on the Essentiality of and Recommended Dietary Intakes for Omega-6 and Omega-3 Fatty Acids. J Am Col Nut 1999;18:487-9.
14. ACOG Committee opinion. Breastfeeding: maternal and infant aspects. Obstet Gynecol. 2007;109:479-80.
15. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding – A guide for the medical profession. 6th edition. 2005. Mosby, Inc. pp. 317-56.
16. Sub-committee on Nutrition during Lactation, Committee on Nutritional status during pregnancy and lactation, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine, National Academy OF Sciences: Nutrition during Lactation. Washington, DC, National Academy Press. 1991.

מינרלים - רמת הסידן בחלב לא מושפעת מהתזונה, וגם הריכוז בחלב של נתרן, אשלגן וכלור נקבע על ידי מפל פוטנציאל חשמלי ופחות מושפע מהתזונה.

תכולת הברזל בחלב האם אינה מושפעת מתכולת הברזל בתפריט או בסרום של האם. עליה בצריכת ברזל מהתזונה שמעלה את הרמות בסרום לא מעלה את רמות הברזל בחלב. עם זאת, חשוב לשקם את מאגרי הברזל לאחר הלידה (15). להנקה יש אפקט חוסך ברזל: למרות שאובדן ברזל דרך החלב במהלך שישה חודשים של הנקה בלעדית שווה ערך ל-14% ממאגרי הברזל הממוצעים של האישה, זוהי רק כמחצית הכמות שאובדת בדרך כלל במהלך דימומי הווסת. כך שאם אין איבוד דם משמעותי בלידה, סך הדרישה לברזל במהלך ההנקה הינו מופחת כל עוד האישה עדיין במצב של אל-ווסת, בהשוואה לצורך אצל נשים לא הרות ולא מיניקות. כאשר האישה חוזרת לקבל את הווסת, הצורך המשולב בייצור חלב ודימום הווסת יכול לדלל את מאגרי האם אם הצריכה מהתזונה נמוכה (16). רמות זרחן, מגנזיום, אבץ ונחושת בחלב לא מושפעות מהתזונה, אך עם זאת חשוב לאם למלא את המאגרים שלהם. סלניום, יוד, פלואור ומנגן - מושפעים מהתזונה של האם (15).

המלצות לתוספי תזונה בהנקה

תת הוועדה לתזונה בהנקה ממליצה כי אמהות מיניקות יאכלו לפי קווי ההנחיה המומלצים ואין המלצה לתוספי ויטמינים ומינרלים. אם הערכה תזונתית מעלה כי הצריכה נמוכה מהמומלץ, יש להעשיר את התזונה במזונות המתאימים ותוספי תזונה מומלצים רק כאפשרות אחרונה. עבור נשים שצורכות פחות מ-1800 קלוריות ביום ייתכן שיהיה צורך בתוסף מולטי-ויטמין ומינרל, ואמהות צמחוניות שנמנעות מבשרים, דגים, מוצרי חלב וביצים יזדקקו לתוסף ויטמין B12 במינון 2.6 מיקרוגרם ליום. יש להדריך אמהות שנמנעות מצריכת מוצרי חלב לצורך מזונות אחרים עשירים בסידן, ובמקרה שלא ניתן להגיע לצריכת הסידן המומלצת מהתזונה ייתכן צורך בתוסף סידן המכיל 600 מ"ג סידן אלמנטלי ביום עם הארוחות. עבור נשים שנמנעות מצריכת מזונות מועשרים בוויטמין D כמו חלב מועשר או דגנים ובנוסף לא נחשפות לקרינה אולטרה-סגולה מומלץ תוסף ויטמין D במינון 10 מיקרוגרם ליום (15).

לסיכום

עדויות רבות מעלות את הסברה שייתכן שהתזונה משפיעה על התבטאות הגנים של העובר והילד על ידי "השתקת" גנים מסוימים או אי השתקת אחרים. אם אכן מנגנון אפיגנטי זה יתברר כנכון, זהו פתח עתידי לגיוס תזונת האם למניעת מחלות כרוניות אצל ילדיה.

יותר ויותר נשים נכנסות להריון בהיותן נתונות לעודף משקל או השמנה, כמו כן, יותר נשים עולות מעבר להמלצות ה-IOM לעליה במשקל בהריון. מצב זה מגביר את הסיכון לסיבוכים שונים במהלך ההריון ומושפע על בריאות הילד בעתיד. קיימים גורמים שונים המשפיעים על עליה עודפת במשקל במהלך ההריון וקיים צורך לפתח אסטרטגיות מניעה דרך שימוש בגורמים אלה. ייתכן שבעתיד יוגדרו המלצות לעליה נמוכה יותר במשקל לנשים שמתחילות את ההריון בהשמנה.

תכולת הברזל בחלב האם אינה מושפעת מתכולת הברזל בתפריט או בסרום של האם. עליה בצריכת ברזל מהתזונה שמעלה את הרמות בסרום לא מעלה את רמות הברזל בחלב. עם זאת, חשוב לשקם את מאגרי הברזל לאחר הלידה



תוספי תזונה בהריון – השלמה תזונתית מבוססת מדעית

ד"ר צחי הרץ B.Pharm. Ph.D.
יועץ בנושאי תרופות ותוספי תזונה

הדיאטה המודרנית אינה מספקת לעיתים את רכיבי המזון הדרושים לגוף לצורך הריון תקין. תוספי תזונה שנחקרו מדעית לבטיחותם וליעילותם עשויים לספק השלמה תזונתית לאישה ההרה. תוספי ויטמינים ומינרלים הניתלים טרם ההריון ובמהלכו מסייעים לבריאות האם והעובר. לעומת זאת, חלק גדול מתוספי התזונה הפופולאריים, הכוללים בתוכם גם צמחי מרפא, לא נחקרו לגבי בטיחותם או יעילותם בהריון וההמלצות לשימושם מוגבלות. לכן, התאמת תוסף התזונה לאישה בהריון צריכה להיעשות תחת ייעוץ ופיקוח רפואי.

מרכיבי תזונה נבחרים ובריאות האם והיילוד

חומצה פולית וויטמינים מקב' B

ההשפעה המיטיבה של תוספי תזונה על תוצאות ההריון זכתה לראשונה להכרה מעשית ב-1991 עם פרסום תוצאות ניסוי קליני ע"י הוועדה הבריטית למחקר קליני, על הקשר בין השלמה תזונתית בחומצה פולית לבין מניעת מומים מולדים בצינור העצבי בעובר המתפתח (Neural tube defects) (4).

פרק זמן של יותר מ-40 שנה עבר מאז המחקר הראשון בחיות ניסוי (5) לגבי הקשר בין חסר בחומצה פולית לבין העלייה בסיכון לעוברים ללקות במומים מולדים, דרך המחקר הקליני המבוקר משנת 1981 שהראה שתוספת של חומצה פולית לפני ההריון עשוי למנוע Spina bifida (שדרה שסועה) בעוברי אדם (6) וכלה בהמלצה הרשמית להשלמה בחומצה פולית לפני ובעת ההריון בשנת 1991 (4).

בשנים האחרונות מתברר כי לחומצה הפולית ולויטמיני קבוצת B תפקידים נוספים, במניעת ליקויי הריון ובהפחתת הסיכון

יאטה מאוזנת המכילה מזון עשיר במרכיבי מזון מגוונים והנצרכת באופן מתון וסדיר מהווה את הבסיס התזונתי לבריאות טובה (1). תזונה נכונה וצריכת מרכיבי מזון המשפיעים על הבריאות חשובה במיוחד בתקופת ההריון, שבה מומלצת גם צריכת תרופות מופחתת ככל האפשר.

מספר מחקרים אפידמיולוגיים הראו קשר בין היעדר מרכיבי תזונה חיוניים מהדיאטה של נשים בהריון בתנאים שונים לבין ליקויים בריאותיים באם וביילוד. מחקרי התערבות (Intervention) שכללו שימוש בתוספי תזונה מסוימים בעת ההריון ולפניו הצביעו על זיקה בין התוספת לבין שיפור בריאות ההריון והיילוד (2). למרות ייחוס סגולות ריפוי ופרסום ניירות עמדה והמלצות לשימוש בהריון של תוספי תזונה מסוימים במינונים המתאימים (3), המודעות הציבורית לזיקה שבין צריכת חומרים מזינים לבין בריאות ההריון והעובר אינה מוטמעת דיה.

מרכיבי המזון העיקריים נמצאים בדיאטה היומיומית, אך הדיאטה המערבית המודרנית עשירה במזון מעובד וענייה בפירות וירקות, כמו גם במרכיבים תזונתיים חשובים אחרים. ייתכן כי הפיתרון לחסר התזונתי הנובע מדלות המרכיבים החיוניים במזון המודרני ומהרגלי התזונה המודרניים הוא שימוש מושכל בתוספי תזונה שנחקרו באופן מדעי ונמצאו כמתאימים להשלמה לנשים בהריון.



בשנים האחרונות נבחן קשר אפשרי בין לידה מוקדמת ומשקל נמוך של העובר לבין עודף בברזל, ייתכן דרך מנגנון של ייצור רדיקלים חופשיים ועלייה בעקה החמצונית. למרות שאין שינוי בהמלצות הרשמיות לאספקת ברזל לנשים בהריון, מתרבים הקולות בקהילה המדעית הקוראים לבחון מחדש את רמת הברזל המומלצת לצריכה בהריון

ויטמין D

רמות נמוכות של ויטמין D נמצאו במצבים של קדם רעלת הריון. ייתכן שמקור החוסר בויטמין נובע מהימנעות מחשיפה לשמש בעידן המודרני עקב המודעות לנזקה. המלצה לתוספת ויטמין D קיימת במיוחד לנשים בהריון בארצות הצפונית, בהן היצירה האנדוגנית מוגבלת וייתכן אף בנשים בהריון בארצות אחרות עם מודעות גבוהה להימנעות מחשיפה לשמש (15).

ויטמין A

השלמת ויטמין A לרמת הצריכה היומית המומלצת בנשים בחסר באזור כפרי בנפאל הפחיתה את תמותת היילודים ב-40%. השלמה תזונתית באמצעות בטא קרוטן (חומר מוצא לויטמין A) הפחיתה את תמותת היילודים ב-49% (16). החוקרים הניחו שהירידה בתמותה נבעה מעלייה בתנגודת לזיהומים. מחקר אחר הראה שתוספת של ויטמין A עשויה להעלות את רמות ההמוגלובין באוכלוסיות עם חסר חלקי בויטמין (17). יש לציין כי נטילת רמות יומיות גבוהות של תוספי ויטמין A בהריון עלולה לגרום למומים מולדים, אך תוספים של בטא קרוטן לא נמצאו כמגדילים את הסיכון למומים מולדים.

ברזל

אנמיה של חסר בברזל נחשבת כחסר התזונתי הנפוץ ביותר בהריון. אנמיה של חסר בברזל קשורה לעלייה בליקויים באם ועובר העלולים לכלול לידה מוקדמת, משקל לידה נמוך ועלייה בשכיחות של הפלות. קיימות לכן המלצות לתוספת שגרתית של ברזל במהלך המחצית השנייה של ההריון בנשים בהריון בכלל ובנשים אנמיות בפרט. תוספת הברזל בהריון מונעת ירידה ברמות ההמוגלובין. תופעות לוואי (בעיקר, של מערכת העיכול) מתרחבות ברזל שונות בתוספי תזונה מהוות גורם מרכזי להפסקת השימוש בתוסף הברזל.

בשנים האחרונות נבחן קשר אפשרי בין לידה מוקדמת ומשקל נמוך של העובר לבין עודף ברזל, ייתכן דרך מנגנון של ייצור רדיקלים חופשיים ועלייה בעקה החמצונית (18). השפעות החסר בברזל על התפתחות ההריון ועל העובר אינן ברורות. למרות שאין שינוי בהמלצות הרשמיות לאספקת ברזל לנשים בהריון ע"י ועדות בארצות השונות, מתרבים הקולות בקהילה המדעית הקוראים לבחון מחדש את רמת הברזל המומלצת לצריכה בהריון (19).

אבץ וסלניום

חסר באבץ נמצא באחוזים גבוהים של נשים בהריון ונקשר לסכיזוכים בהריון ולעלייה בתמותה של תינוקות בלידה. ילדים בשנת חייהם הראשונה עם רמות אבץ נמוכות נוטים לקצב גדילה נמוך ועיכוב בהתפתחות הפסיכו-מוטורית, תופעות הניתנות למניעה ע"י תוספת אבץ במהלך ההריון (20). חסר באבץ ואף בסלניום, כמו גם עלייה בעקה החמצונית ותפקוד נמוך של אנזימים נוגדי חמצון, נמצאו בנשים בהריון עם סוכרת הריונית, תופעה שבה יש העדפה מובהקת להתערבות תזונתית. רמות נמוכות של סלניום נמצאו אף בדמן של נשים שעברו הפלות חוזרות (21).

יד

חסר ביד בעת ההריון עלול להשפיע על ההתפתחות המנטאלית של העובר. תסמינים קליניים וביוכימיים של חסר מתון ביד,

למומים מולדים. מחקרים מצאו שרמות גבוהות של חומצת האמינו הומוציסטאין בדמן של נשים בהריון קשורות הן לתופעה של קדם רעלת ההריון (Preeclampsia) והן להגברת הסיכון למומים מולדים של העובר כמו שפה או חך שסועים (Oral clefts) או מחלת לב מולדת (Congenital heart disease).

רמות גבוהות של הומוציסטאין עלולות לנבוע מפגמים גנטיים באנזימים הקשורים לחילוף החומרים של הומוציסטאין או מחסר בויטמין B (חומצה פולית, ויטמין B6, B12) החיוניים לפעילות התקינה של אותם אנזימים. רמות גבוהות של הומוציסטאין קשורות לנזקים לכלי הדם, כנראה בין היתר, דרך העלאת העקה החמצונית (Oxidative stress).

רמות ההומוציסטאין בנשים עם קדם רעלת ההריון נמצאו גבוהות משמעותית בהשוואה לנשים בריאות, אם כי לא תמיד נמצא חסר בויטמין B (7).

בנשים שילדו תינוקות עם מומים מולדים (NTD ואחרים) נמצאו רמות גבוהות של הומוציסטאין. אובחן קשר בין רמות נמוכות של ויטמיני B6 ו-B12 בנשים בהריון לבין העלייה בסיכון למומים מולדים (8). עם זאת אין עדיין המלצה רשמית למניעת מומים מולדים ספציפיים ע"י תוספת ויטמין B למעט חומצה פולית (9). תוספת של חומצה פולית לנשים בהריון ברמות של 500-600 מק"ג ליום הביאה להפחתה משמעותית ברמות ההומוציסטאין בדם, כאשר התוספת סופקה בשליש השני והאחרון של ההריון (10).

בחינת הקשר בין הפלות חוזרות בהריון לבין גורמים לקרישתיות יתר של הדם (Thrombophilias) מצאה רמות גבוהות של הומוציסטאין בנשים שעברו הפלות חוזרות. יש הצדקה לדברי החוקרים, לנטר את רמות ההומוציסטאין בנשים בהריון שעברו הפלות חוזרות (11).

נוגדי חמצון - ויטמין C וויטמין E

תוספת של ויטמינים אחרים ובמיוחד נוגדי החמצון, הויטמינים E ו-C נמצאה יעילה בהפחתת שכיחות קדם רעלת ההריון בנשים בסיכון שנטלו ויטמינים אלה במהלך הריון. חוקרים סוברים כי הופעת קדם רעלת ההריון הפוגעת ב-2%-3% מהנשים בהריון והמאופיינת ביתר לחץ דם, הצטברות נוזלים ועוד, עלולה לנבוע מעלייה בעקה החמצונית בשילוב עם ירידה בכוח ניקוד החמצון של הגוף. ייתכן והפעילות נוגדת החמצון של ויטמינים E ו-C מפחיתה את העקה החמצונית ואת שכיחות קדם רעלת ההריון (12).

מחסור בויטמין C עלול להיות גורם סיכון ללידה מוקדמת, תופעה מדאגה הגורמת לתמותה גבוהה של יילודים. ייתכן כי מחסור בויטמין C קשור לשיבוש ביצירת קולגן, החשוב לשמירה על שלמות הקרום הכוריאמניוטי שקריעתו תגרום ללידה מוקדמת. נמצא כי תוספת של 100 מ"ג ליום של ויטמין C לנשים בהריון הביאה להפחתה משמעותית של לידות מוקדמות בהשוואה לקבוצת הביקורת, שלא נטלה את הויטמין (13).

סקירת Cochrane מ-2005 לגבי השימוש בויטמינים נוגדי חמצון בהריון ציינה במסקנותיה כי קיים חוסר מידע מבוקר בנושא, אך הניחה כי תוספת של נוגדי חמצון הפחיתה את הסיכון לקדם רעלת ההריון. במקביל הצביעה על עלייה מסוימת בסיכון ללידה מוקדמת בנשים שנטלו נוגדי חמצון (14).





כאשר תוסף הוויטמינים והמינרלים ניטל לפני ההריון, נמצא כי המחזור החודשי היה סדיר יותר וההתעברות מהירה יותר (31). מסתבר שככל שנטילת תוסף הוויטמינים והמינרלים נעשית בשלב מוקדם יותר של ההריון כך משתפרות תוצאות ההריון: יש ירידה בלידות מוקדמות והפחתה בלידות של תינוקות בעלי משקל נמוך או נמוך מאוד (32).

רכיבי תזונה בודדים או תוסף רחב של ויטמינים ומינרלים

דיאטה בריאה כוללת מרכיבי מזון רבים הפועלים סינרגיסטית ולכן חיקוי מוצלח של דיאטה מגוונת תהיה המלצה לנטילה של תוסף רחב של ויטמינים ומינרלים מאשר נטילה של מרכיבים יחידים (2).

ניסיון לבדד מספר מרכיבים מתוך תוסף הוויטמינים והמינרלים ולבחון את השפעתם יחסית למתן של תכשיר ויטמינים ומינרלים מקיף הראה יתרון ברור לתכשיר המקיף - במיוחד בהפחתת מומים מולדים של הצינור העצבי (Neural Tube Defects - NTD) ומומים מולדים אחרים. יתר על כן, נשים בקבוצת התוסף המורחב נהנו מהפחתה בסיבוכי הריון וממיעוט יחסי של בחילות בוקר (31).

השוואה אחרת בין מתן תוספת רחבה של ויטמינים ומינרלים לנשים בהריון לבין מתן רכיבי תזונה בודדים הבליטה את היתרון שבשימוש בתוסף רחב בעל יתרונות סינרגיסטים לעומת שימוש במרכיבי תזונה בודדים (33).

הבדלים בין תוספי תזונה שונים

תוספי תזונה, כהגדרת משרד הבריאות בישראל, כוללים תכשירים הניתלים דרך הפה ומכילים "מרכיבים תזונתיים" המיועדים להשלים את התזונה. ה"מרכיבים תזונתיים" עשויים להיות ויטמינים, מינרלים, צמחי מאכל ומרפא, חומצות אמינו, אנזימים, רקמות, מיצויים, רכזים ועוד. עירוב של מרכיבים בהגדרת תוספי התזונה מהווה לעיתים בעיה בהתייחסות לשימוש בכלל ובהריון בפרט.

יש להבדיל בין תוספי תזונה שנחקרו והמומלצים מטעם רשויות הבריאות השונות או באי כוחן לבין רכיבי תזונה שהמידע לגביהם דל ואינו מבוקר. מודעות הציבור לגבי ההבדלים בין תוספי תזונה שונים נמוכה והוא אינו מבחין לעיתים בין ויטמין או מינרל שנחקרו מדעית לבין צמח מרפא שלא נחקר ושהשימוש בו מבוסס על רפואה עממית ומסורת. מרבית הציבור אף אינו מודע שלויטמינים ומינרלים, כתוספי תזונה, יש רמות צריכה יומיות מכסימליות ורמות גבוהות מאלו מעבירות את הויטמין או המינרל המסוים למעמד של תרופה.

תוספי תזונה ככלל נחשבים טבעיים ובטוחים לשימוש ולכן נשים בהריון נוטות לעיתים להשתמש במוצרים אלה במקום תרופות. צרכני התוספים אינם מודעים לעיתים לכך שרשויות הבריאות השונות, כמו גם רשות הבריאות והמזון האמריקאית (FDA) אינן מפקחות על איכות תוספי התזונה. אלה עלולים להכיל רמות שונות של מרכיבים, מרכיבים שאינם ידועים, מרכיבים שמנגנון פעולתם אינו ידוע, צמחי מרפא שנעשתה טעות בזיהויים, מזהמים ועוד.

עלולים לבוא לידי ביטוי משמעותי בתקופת ההריון. מחקר שבחן את הצורך בתוספת יוד לנשים בהריון באירופה גילה כי רוב הנשים בהריון באירופה סובלות מחסר בIOD ותוספי התזונה שהן נוטלות אינם מכילים יוד (22).

חומצות שומניות רב בלתי רוויות

ההריון עצמו עלול ליצור מצב המניע את התבטאות הסינדרום המטבולי. התבטאות הסינדרום המטבולי בהריון תוארה כתהליך דלקתי מתון הניתן אולי למניעה ע"י תוספת של חומצות שומניות ארוכות רב בלתי רוויות (LCPUFA) טרם ההריון או טרם התהוות הסינדרום המטבולי (23).

תוספת של חומצות שומניות מסדרת אומגה 3 (נגזרות שמן דגים) לנשים שעברו מספר הפלות הקשורות לתסמונת אנטיפוספוליפיד (תסמונת יוד) הידועה גם כתסמונת "הדם הצמיג" הביאה לכך שכל הנשים נכנסו להריון ללא הפלות וילדו תינוקות בריאים (24). כמו כן דווח שהשפעה תזונתית של חומצות שומניות אומגה 3 משמן דגים דומה לזו של השפעה תרופתית של אספירין במניעת הפלות על בסיס תסמונת אנטיפוספוליפיד (25).

נמצאה זיקה בין קיום רמות נמוכות של LCPUFA מסדרת אומגה-3 בסרום של יולדות לבין דיכאון אחרי לידה (26). תוספת של LCPUFA מסדרת אומגה 3 למשך כ-8 שבועות במהלך ההריון הראתה שינויים לטובה על הפחתת שכיחות הדיכאון אחרי לידה (27).

מעבר להשפעה החיובית על ההריון והלידה, ייתכן כי לתוספת החומצות השומניות עשויות להיות גם השפעות חיוביות של הבריאות ארוכת הטווח של היילוד. רמזים לכך ניתן למצוא במחקר שבו ילדים שנולדו לאמהות שנטלו LCPUFA מסדרת אומגה-3 (כשמן דגים) במהלך ההריון וההנקה, הראו מנות משכל גבוהות יותר בגיל 4 שנים מילדים שאימותיהם קיבלו שמן תירס בעת ההריון וההנקה (28). ההשפעה נוגדת הדלקת של חומצות שומן אלה הניטלות במהלך ההריון עשויה אף להשפיע על הפחתת הסיכון לתגובות אלרגיות של היילוד לפני שהן קורות (29). תוצאות הניסויים לגבי השימוש בחומצות שומן חיוניות או בשמן דגים בנשים בהריון ותופעות לוואי אפשריות אינן חד משמעיות ומחקר נוסף נדרש כדי לבדוק את המינון הרצוי ואת צורת השימוש האופטימלית. לאחרונה, חוקרים ממליצים אף לבחון מחדש את המלצות רשות הבריאות האמריקאית לגבי הגבלת הכמויות לצריכה של מאכלי ים ע"י נשים בהריון (30).

המלצות לנטילת תוספי תזונה

האסטרטגיה התזונתית הבסיסית באשה בהריון היא לשפר את הדיאטה של הנשים בהריון ולהעלות את צריכת המזונות מהח, הפירות והירקות. היעדר מרכיבי תזונה חיוניים בדיאטה המודרנית, או הרגלי תזונה מסוימים עלולים להביא לרמות נמוכות מהרצוי של מרכיבים מסוימים ולכן ייתכן כי גישה נוחה לבקרה ושליטה היא להציע לנשים שבכוונתן להיכנס להריון או לנשים בהריון עם ביקורן הראשון במרפאה את תוסף התזונה או תוסף הוויטמינים והמינרלים המתאים להן לעת תקופת ההריון. רצוי לבחור את התוספים המיוצרים באיכות גבוהה, שזמינותם לגוף טובה והנבדקים טרם ייצורם בבדיקות איכות פרטניות.



References:

1. Position of the American Dietetic Association: Fortification and Nutritional Supplements. Journal of the American Dietetic Association, Volume 105, Issue 8, August 2005, Pages 1300-11.
2. Glenville M. Nutritional supplements in pregnancy: commercial push or evidence based. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18:642-7.
3. Kaiser LL, Allen L. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J Am Diet Assoc. 2002;102:1479-90.
4. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. Lancet 1991; 338:131-7.
5. Nelson MM, Evans HM. Pteroylglutamic acid and reproduction in rats. J Nutr 1949; 38:11-14.
6. Laurence KN, James N, et al. Double blind randomised controlled trial of folate treatment before conception to prevent recurrence of neural-tube defects. BMJ 1981; 282:1509-11.
7. Makedos G, Papanicolaou A, et al. Homocysteine, folic acid and B12 serum levels in pregnancy complicated with preeclampsia. Arch Gynecol Obstet. 2007;275:121-4.
8. Weizhi Z, Bridget S, et al. Neural tube defects and maternal biomarkers of folate, homocysteine, and glutathione metabolism. Birth Defects Research Part A: Cline Mol Teratology 2006; 76:230-6.
9. Bille C, Olsen J, et al. Oral clefts and life style factors--a case-cohort study based on prospective Danish data. Eur J Epidemiol. 2007; 22:173-81.
10. Vollset SE, Refsum H, et al. Plasma total homocysteine, pregnancy complications, and adverse pregnancy outcomes: the Hordaland Homocysteine study. Am J Clin Nutr 2000;71:962-8.
11. Krabbendam I, Franx A, et al. Thrombophilias and recurrent pregnancy loss: a critical appraisal of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 118:143-53.
12. Chappell LC, Seed PT, et al. Effect of antioxidants on the occurrence of pre-eclampsia in women at increased risk: a randomized trial., Lancet. 1999; 354:810-6.
13. Casanueva E, Ripoll C, et al. Vitamin C supplementation to prevent premature rupture of the chorioamniotic membranes: a randomised trial. Am J Clin Nutr 2005; 81:859-63.
14. Rumbold A, Duley L, et al. Antioxidants for preventing preeclampsia. Cochrane Database Syst Rev 2005; 19:CD004227.
15. Schroth RJ, Lavelle CL, et al. Review of vitamin D deficiency during pregnancy: who is affected? Int J Circumpolar Health 2005; 64:112-120.
16. West KP, Jr., Katz J. Double blind, cluster randomized trial of low dose supplementation with vitamin A or beta carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. The NNIPS-2 Study Group. BMJ 1999; 318:570-5.
17. Suharno D, West CE, et al. Supplementation with vitamin A and iron for nutritional anaemia in pregnant women in West Java, Indonesia. Lancet 1993; 342:1325.
18. Pena-Rosas JP, Viteri FE. Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD004736.
19. Rioux FM, LeBlanc CP. Iron supplementation during pregnancy: what are the risks and benefits of current practices? Appl Physiol Nutr Metab. 2007;32:282-8.
20. Favier M, Hiner-Favier I. Zinc and pregnancy. Gynecol Obstet Fertil 2005; 33:253-8.
21. Kumar KS, Kumar A, et al. Role of red cell selenium in recurrent pregnancy loss. J Obstet Gynecol 2002; 22:181-3.
22. Zimmermann M, Delange F. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendations. Eur J Clin Nutr 2004;58:979-84.

ההשפעות של מרכיבים מסוימים בתוספי התזונה על העובר המתפתח אינן ידועות והשפעות מוטגניות או טרטוגניות ניתנות רק להשערה על בסיס ניסויים במבחנה או תצפיות בחיות ניסוי. למרות האמור לעיל, נשים בהריון עלולות להשתמש בתוספי תזונה המכילים רכיבים שהשפעתם אינה ידועה, ללא פיקוח רפואי, דבר העלול להעלות את הסיכון לתופעות לוואי לאם, לעובר ולהתקדמות ההריון עצמו (34).

לסיכום

תוספי תזונה שנחקרו מדעית ונמצאו בטוחים ומועילים עשויים לספק השלמה תזונתית לאישה ההרה ולסייע בשמירת בריאות האם והעובר. ההמלצה לשימוש בתוספי תזונה בעת ההריון צריכה להיות מותאמת ספציפית לכל אישה ומאושרת ע"י הרופא המלווה את הריונה.

שימוש מושכל בתוספי תזונה למיניהם ע"י נשים בהריון, ובכללם תוספי תזונה הכוללים צמחי מרפא, דורש התייעצות טרם הנטילה עם הרופא המטפל, האמור להעריך את התועלת מול הסיכון שבשימוש בתוסף התזונה המסוים.

23. Das UN. Pathophysiology of metabolic syndrome X and its links to the perinatal period. Nutrition 2005; 21:762-73.
24. Rossi E, Costa M. Fish oil derivatives as a prophylaxis of recurrent miscarriage associated with antiphospholipid antibodies: a pilot study. Lupus 1993; 2:319-23.
25. Carta G, Iovenitti P et al. Recurrent miscarriage associated with antiphospholipid antibodies: prophylactic treatment with low-dose aspirin and fish oil derivatives. Clin Exp Obstet Gynecol 2005; 32:49-51.
26. De Vriese R., Christophe AB et al. Lowered serum n-3 polyunsaturated fatty acid (PUFA) levels predict the occurrence of postpartum depression: further evidence that lowered n-PUFAs are related to major depression, LifeSci 2003;73:3181.
27. Freeman MP, Hibbeln JR et al. Randomized dose-ranging pilot trial of omega-3 fatty acids for postpartum depression. Acta Psychiatr Scand. 2006; 113:31-5.
28. Helland IB, Smith L, et al. Maternal supplementation with very long chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation augments children's IQ at 4 years of age. Pediatrics 2003; 111:e39-e44.
29. Dunstan JA, Prescott SL. Does fish oil supplementation in pregnancy reduce the risk of allergic disease in infants? Curr Opin Allergy Clin Immunol 2005; 5:215-21.
30. Hibbeln JR, Davis JM, et al. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. Lancet. 2007; 369:578-85.
31. Czeizel AE. Periconceptional folic acid containing multivitamin supplementation. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998;78:151-61.
32. Allen LH. Multiple micronutrients in pregnancy and lactation: an overview. Am J Clin Nutr. 2005; 81:1206S-1212S.
33. Bodnar LM, Tang C, et al. Periconceptual multivitamin use reduces the risk of preeclampsia. Am J Epidemiol 2006; 164:470.
34. B. Tsui, C.E. Dennehy, et al. A survey of dietary supplement use during pregnancy at an academic medical center. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:433-37.

צרכני התוספים אינם מודעים לעיתים לכך שרשויות הבריאות השונות, כמו גם רשות הבריאות והמזון האמריקאית (FDA) אינן מפקחות על איכות תוספי התזונה. אלה עלולים להכיל רמות שונות של מרכיבים, מרכיבים שאינם ידועים, מרכיבים שמנגנון פעולתם אינו ידוע, צמחי מרפא שנעשתה טעות בזיהויים, מזהמים ועוד





ההשלכות של השמנה על פוריות וסיבוכי הריון

ד"ר אסנת רזיאל
מנהלת מלב"י – המרכז לטיפול בהשמנת יתר מבית אסיא מדיקל,
מתחם בי"ח אסותא

השמנת יתר מביאה לפגיעה בפריון, בעיקר עקב ירידה במחזורי הביץ, אך ניתן לרוב להתגבר על קשיים אלו באמצעים טיפוליים סטנדרטיים. דווקא הסיכונים לאם ולעובר כתוצאה מהשמנה מהווים גורם חשוב יותר, שאין דרכים להתגבר עליו פרט לירידה במשקל – ירידה במשקל לפני ההריון משפרת באופן משמעותי את תוצאותיו.

ילדות ונערות הוכפל ב-25 השנים האחרונות (5) וכיוון שרוב הסיכויים שילדות אלו יגדלו להיות נשים שמנות, משמעות הדבר שצפויה להתפתח אצלן פגיעה בפריון.

השמנה ופריון

הקשר בין השמנה לתת-פריון נובע בעיקרו מירידה במחזורי הביץ. אחת התסמונות השכיחות הקשורות להשמנה וירידה בפריון היא תסמונת שחלות פוליציסטיות. תסמונת זו קיימת ב-4-7% מכלל הנשים, אולם שכיחותה עולה עד 61% בקרב נשים במשקל עודף (6). נשים שמנות עם שחלות פוליציסטיות סובלות יותר מחוסר ביוץ (7), המביא לפגיעה בפריון. המנגנון העיקרי הגורם לחוסר ביוץ בנשים שמנות נובע מתופעה של עמידות הרקמות לאינסולין. תופעה זו שכיחה בעיקר בנשים עם השמנה בטנית (8), ומלווה בשינויים הורמונליים המונעים מחזורי ביוץ תקינים. אפילו בנשים שמנות שמחזורי הביץ אצלן תקינים יש קושי גדול יותר להשגת הריון מאשר בנשים בעלות משקל תקין (9).

ההפלות וסיכויים מופחתים להצלחת טיפולי פוריות. גם כאשר מושג ההריון המיוחל, השמנת יתר מביאה לשיעור מוגבר של סיבוכי הריון: עליית לחץ דם, התפתחות סוכרת הריונית, סיכון מוגבר למומים מולדים, סיכון מוגבר ללידת תינוקות במשקל גבוה ועליית הסיכוי לניתוח קיסרי. יתרה מכך, לתינוקות לאמהות שמנות סיכוי גבוה יותר להתפתחות השמנה בילוד כבר בתקופת הילדות וסיכוי גבוה להשמנה גם בגרות (2).

לפחות וסיכויים מופחתים להצלחת טיפולי פוריות. גם כאשר מושג ההריון המיוחל, השמנת יתר מביאה לשיעור מוגבר של סיבוכי הריון: עליית לחץ דם, התפתחות סוכרת הריונית, סיכון מוגבר למומים מולדים, סיכון מוגבר ללידת תינוקות במשקל גבוה ועליית הסיכוי לניתוח קיסרי. יתרה מכך, לתינוקות לאמהות שמנות סיכוי גבוה יותר להתפתחות השמנה בילוד כבר בתקופת הילדות וסיכוי גבוה להשמנה גם בגרות (2).

בישראל עולים שיעורי ההשמנה משנה לשנה (3) ובסקרי משרד הבריאות נמצא כי 58.8% מאוכלוסית הנשים בישראל סובלות מעודף משקל, 25.8% סובלות מהשמנה עם ערכי BMI מעל 30 וכ-5% סובלות מהשמנת יתר חולנית (4). שיעור ההשמנה בקרב





הלידה. כמו כן עולה הצורך בלידה מכשירנית וניתוחים קיסריים (13).

שיעור התפתחות מומים מולדים בעוברים לנשים שמנות עולה בכ-7% לכל תוספת של נקודת BMI מעל ערכים של 25 (14). יכולת הדיוק של בדיקת האולטרה סאונד בעת ההריון נפגעת בנשים שמנות, כך שבדיקה זו בשבועות 22-24 אינה מדויקת בכ-10% מהנשים השמנות (15) וכך נפגעת יכולת הזיהוי המוקדם של מומים בעובר.

גם שיעור תמותת עוברים תלוי ב-BMI של האם ההריונית ועולה פי 4 בנשים שמנות. שיעורי לידה מוקדמת של פג גבוהים יותר בנשים שמנות בעיקר בשל מצבי פרה-אקלמפסיה באם וילוד מוקדם. בקרב נשים הסובלות מהשמנה קיצונית, עם ערכי BMI מעל 40, אחת מתוך 121 נשים יולדות ולד מת (16).

השמנה והריון בסיכון

הריון בנשים שמנות, בין אם הושג באופן טבעי או לאחר טיפולי הפרייה, כרוך בשיעור מוגבר של הפלות מוקדמות והפלות חוזרות (10). הגורם לכך הינו הורמונלי ונובע מעמידות לאינסולין, המלווה ברמות גבוהות של אינסולין בדם (11) והשמנת יתר המלווה ברמות גבוהות של לפטין (12).

השמנה גם גורמת לשיעור מוגבר של סיבוכים הריוניים באם הכוללים לחץ דם לא מאוזן, סוכרת הריונית, התפתחות קרישי דם ותסחיפים, דלקות ושינויים במצב הרוח. גם שיעור הסיבוכים בעובר גבוה יותר, והם כוללים מצוקה עוברית, חוסר התפתחות עוברית, מצג לא תקין של העובר, ואף התקעות הכתף בתעלת



References:

1. Kanagalingam MG, Forouhi NG et al. Changes in booking body mass index over a decade: retrospective analysis from a Glasgow Maternity Hospital. *Bjog* 2005; 112:1431-1433.
2. Nelson SM, Fleming RF. Obesity and reproduction: impact and interventions. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007; 19(4):384.
3. www.hashmana.co.il
4. מבית - סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון 1999-2001, שירותי המזון והתזונה והמרכז הלאומי לבקרת מחלות, משרד הבריאות פרסום 225 אוקטובר 2003
5. Rocchini AP. Childhood obesity and a diabetes epidemic. *N Engl J Med* 2002; 346:854-855.
6. Pasquali R, Gambineri A et al. The impact of obesity on reproduction in women with polycystic ovary syndrome. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2006; 113:1148-59.
7. Gambineri A, Pelusi C et al. Obesity and the polycystic ovary syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:883-96.
8. Pasquali R, Casimirri F et al. Characterization of obese women with reduced sex hormone-binding globulin concentrations. *Horm Metab Res* 1990; 22:303-06.
9. Bolumar F, Olsen J, Rebagliato M et al. Body mass index and delayed conception: a European multicenter study on infertility and subfecundity. *Am J Epidemiol* 2000; 151:1072-79.
10. Lashen H, Fear K et al. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Hum Reprod* 2004; 19:1644-46.
11. Tian L, Shen H et al. Insulin resistance increases the risk of spontaneous abortion after assisted reproduction technology treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:1430-33.
12. Agarwal SK, Vogel K et al. Leptin antagonizes the insulin-like growth factor-I augmentation of steroidogenesis in granulosa and theca cells of the human ovary. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:1072-76.
13. Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007; 109:419-33.
14. Watkins ML, Rasmussen SA et al. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics* 2003; 111:1152-58.
15. Hendler I, Blackwell SC et al. The impact of maternal obesity on midtrimester sonographic visualization of fetal cardiac and craniospinal structures. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28:1607-1611.
16. Cedergren ML. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 103:219-224.
17. Fedorcsak P, Dale PO et al. Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. *Hum Reprod* 2004; 19:2523-2528.
18. Clark AM, Thornley B et al. Weight loss in obese infertile women results in improvement in reproductive outcome for all forms of fertility treatment. *Hum Reprod* 1998; 13:1502-1505.
19. Teitelman M, Grotgut CA et al. The impact of bariatric surgery on menstrual patterns. *Obes Surg* 2006; 16:1457-1463.
20. Dixon JB, Dixon ME et al. Birth outcomes in obese women after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obstet Gynecol* 2005; 106:965-972.
21. Friedman D, Scopinaro N. et al. Pregnancies in an 18-year follow-up after biliopancreatic diversion. *Obes Surg* 1995; 5(3):308-13.
22. Marceau P, Hould FS et al. Biliopancreatic diversion--duodenal switch procedure. *Eur J Gastroenterol Hepatol*.1999;11(2):99-103.
23. Wittgrove AC, Jester L et al. Pregnancy Following Gastric Bypass for Morbid Obesity. *Obes Surg* 1998; 8: 461-464
24. Marceau P, Kaufman D et al. Outcome of pregnancies after biliopancreatic diversion *Obes Surg* 2004, 14, 318-24.

השילוב של סיכונים לאם ולעובר מחייב ירידה במשקל טרם הכניסה להריון, בין אם היא ספונטנית או בטיפול הפרייה. כדי לקיים הריון תקין ולהביא לעולם תינוק בריא מומלץ לעשות כל מאמץ להפחית את המשקל לפני תכנון ההריון.

נשים שמנות רבות פונות למרכזי פרייה. הן נזקקות לעיתים ליותר מחזוריים של גירוי הורמונלי ליצירת זיקים, אולם בסה"כ שיעורי הכניסה להריון לאחר 3 מחזוריים בנשים שמנות עומדים על 41% בהשוואה ל- 50% בנשים עם משקל גוף תקין (17). נצפית אם כן ירידה קלה ביעילות טיפולי ההפרייה בנשים שמנות, אולם יש להדגיש בפניהן דווקא את השיעור המוגבר של סיכונים הריוניים הקשורים למשקל עודף. מומלצת מאד ירידה במשקל לפני התחלת טיפולי פוריות למניעת סיכונים הריוניים.

ירידה במשקל אף של 5%-10% ממשקל הגוף משפרת את הרגישות לאינסולין, מגבירה את מחזורי הביצה, משפרת את המאזן ההורמונלי בנשים עם שחלות פוליציסטיות ומעלה את הסיכוי להריון תקין (18). למרות נתונים אלו נשים רבות מתעלמות מעצות הרופאים לרדת במשקל ובחרות מרכזי אחר לטיפול פוריות.

ירידה ריאלית במשקל ניתנת למימוש תוך חצי שנה על ידי שינוי באורח החיים הכולל שילוב של פעילות גופנית ודיאטה מאוזנת. נשים עם ערכי BMI מעל 30 יתנו לעיתים מירידה טובה יותר במשקל כשישלב גם תרופות להרזיה.

ניתוחים להרזיה בשילוב סביבה תומכת ושינוי באורח החיים מסייעים לנשים הסובלות מהשמנה קיצונית לרדת באופן משמעותי במשקל, להרות, לקיים הריון ולידה תקינים וללדת תינוקות בריאים (19,20). כך למשל, מתארת הספרות המקצועית 35 נשים שסבלו מהשמנת-יתר קיצונית, ניסו להיכנס להריון באמצעות טיפולי פוריות - ונכשלו. לאחר שעברו ניתוח להרזיה הצליחו כל ה-35 להרות (21). במחקר אחר ילדו 40% מהנבדקות תינוקות במשקל לידה גבוה וחרגי מהנורמה. לאחר שעברו ניתוח להרזיה וילדו יילוד נוסף - הצליחו 80% מהנשים ללדת תינוק במשקל לידה תקין (22). חוקרים אחרים, שבדקו 7 מקרים של יתר לחץ דם הריוני ו-4 מקרים של סוכרת הריונית לפני ואחרי ניתוח להרזיה - גילו שכל הנשים שנבדקו, וסבלו מאותן מחלות בזמן ההריון הראשון טרם הניתוח, הצליחו להחלים מהן לחלוטין בזמן ההריון השני, לאחר הניתוח להרזיה (23). באופן כללי, מסכמים החוקרים, הריון לאחר ניתוח לטיפול בהשמנת יתר הוא בטוח יותר מהריון אצל אשה שנותרה שמנה, אפילו אם הניתוח שעברה מביא באופן פוטנציאלי לחסרים תזונתיים (24).

לסיכום

השמנת יתר מביאה אמנם לפגיעה בפרייה, בעיקר עקב ירידה במחזורי הביצה, אך ניתן לרוב להתגבר על קשיים אלו באמצעים טיפוליים סטנדרטיים. דווקא הסיכונים לאם ולעובר מהווים פקטור חשוב יותר, שאין דרכים להתגבר עליו פרט לירידה במשקל. הוכח באופן חד משמעי כי ירידה במשקל לפני ההריון משפרת באופן משמעותי את תוצאותיו.

לפיכך, מומלצים טיפולים יעילים ומוכחים לשינוי אורח החיים בשילוב עם תרופות להרזיה או ניתוחי הרזיה בקרב נשים שמנות, עוד לפני נסיונות הכניסה להריון. יש צורך לעודד טיפולים אלו להפחתה במשקל עוד בשלב תכנון ההריון ולהטמיעם במרכזי יעוץ לטיפול בהשמנה ופרייה.

באופן כללי, מסכמים

החוקרים, הריון לאחר

ניתוח לטיפול

בהשמנת יתר הוא

בטוח יותר מהריון אצל

אשה שנותרה שמנה,

אפילו אם הניתוח

שעברה מביא באופן

פוטנציאלי לחסרים

תזונתיים



סיבוכים בהריון – תזונה וטיפול

נעמי קידר

דיאטנית מח' נשים ויולדות, בי"ח שיבא תל-השומר

תקופת ההריון מלווה את האם בשינויים מטבוליים רבים, היכולים להשפיע על תוצאות ההריון. אחת התופעות היא סוכרת הריונית המופיעה אצל 3%-5% מהנשים ההרות. כיצד היא מאובחנת? מהי השפעתה על האם והעובר? מהו הטיפול האופטימלי ומהן מטרותיו?
רעלת הריונית הינה סיבוך שכיח נוסף בתקופת ההריון, המהווה גורם עיקרי למוות של נשים הרות ועוברים בעולם כולו. הטיפול באישה ההרה הלוקה ברעלת הריון חשוב מאוד למניעת התפתחות המחלה שעלולה להפוך לקבועה למשך כל החיים.

גבוהה בשמיעות הראשונים להריון, עלולה לגרום להפלות מוקדמות ומומים במערכות השונות של הגוף, מכיוון שזו התקופה בה נוצרות רוב מערכות הגוף של העובר.
סיבוכים אפשריים לאם: ריבוי מי שפיר, יתר לחץ דם וסיבוכיו, זיהומים נשנים במערכת השתן ובנרתיק, לידה טראומטית, צורך בניתוח קיסרי וסוכרת בעתיד.
סיבוכים אפשריים לעובר: מקרזומיה (משקל לידה מעל 4000 גר'), מוות תוך רחמי, לידה טראומטית, תקיעת כתפיים, סיבוכים אחרי הלידה (חוסר בשלות ריאות, היפוגליקמיה, היפוקלצמיה, היפרבילירובינמיה, פוליציתמיה) וסיבוכים בילדות ובבגרות.

אבחון סוכרת הריונית (2)

נשים הנמצאות בסיכון גבוה לסוכרת הריונית הן נשים שמנות עם היסטוריה משפחתית של סוכרת מסוג 2, סוכרת הריונית בהריון קודם והפרשת סוכר בשתן. נשים אלו צריכות לעבור בדיקת OGTT, כבר בתחילת ההריון. במידה והבדיקה תקינה, יש לחזור על כך בשבועות 24-28. אם תוצאות בדיקת הסוכר בצום הינה מעל 126 מ"ג% האבחנה היא סוכרת ואין צורך בבדיקות נוספות. לכל שאר הנשים ההרות מומלץ בשבועות 24-28 לבצע בדיקת GCT (Glucose Challenge test) הכוללת שתיית 50 גר' גלוקוז במשך 2 דקות ובדיקת דם לגלוקוז שעה לאחר מכן. במידה והערך גבוה מ-130 מ"ג% יש לבצע בדיקת OGTT שהיא העמסה של 100 גר' גלוקוז ובדיקת דם לגלוקוז: בצום לפני השתייה, שעה, שתיים ושלוש שעות לאחר השתייה.

סוכרת בהריון

מהלך ההריון, הגוף עובר שינויים בתהליכים המטבוליים של הפחמימות והשומנים. שינויים אלה כוללים (1): ירידה בריכוז הגלוקוז בפלסמה, עלייה ברמות האינסולין הבסיסיות ובכמות המופרשת, איזון מחודש בין רמות הגלוקוז והאינסולין, עלייה בסינתזת הגלוקוז והכוונת הגלוקוז מתאים אימהיים שונים לעבר צורכי העובר, עלייה בעמידות לאינסולין בתאי האם, כתוצאה מכך שבמספר תאים קיימת ירידה במספר הרצפטורים לאינסולין ובאחרים קיימת ירידה בקליטת אינסולין באתרי רצפטורים ספציפיים, ועלייה של רוב תצורות הליפידים בפלסמה, כולל חומצות שומן חופשיות, טריגליצרידים, כולסטרול ופוספוליפידים. אצל נשים החולות בסוכרת הריונית שינויים אלה גדולים יותר מאשר אצל נשים בהריון רגיל. מצב זה חולף לאחר הלידה, אך יכול לחזור בהריונות הבאים או בשלב אחר בחיים שאינו בתקופת הריון.

חשוב להבחין בין סוכרת הריונית לבין סוכרת קדם הריונית. נשים שהיו סוכרתיות לפני כניסתן להריון (type 1, type 2), דורשות טיפול ומעקב מתחילת ההריון, כאשר חלקן מטופלות במשאבת אינסולין וחלקן יחזרו במהלך ההריון על מנת להגיע לאיזון טוב יותר. מומלץ מאד להרות כאשר איזון הסוכרים תקין, אך מעטות הנשים שמגיעות לאיזון נכון לפני כניסתן להריון. רמת סוכר



טבלה: ערכים תקינים של גלוקוז בבדיקת העמסה בהריון

זמן הבדיקה	רמה מקסימלית בתחום הנורמה (מ"ג%)
צום	95
60 דקות	180
120 דקות	155
180 דקות	140

כאשר 2 ערכים מתוך הארבעה גבוהים מתחום הנורמה, האבחון הוא סוכרת.

זוהי שיטת האבחון המקובלת בישראל. חשוב לציין שעדיין לא קיימת אחידות באבחון סוכרת בעולם. HAPO Study - Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Study, הוא מחקר שנערך ב-16 מרכזים רפואיים בעולם, ב-10 מדינות ובהן ישראל בנושא סוכרת הריונית, אשר מטרתו להגיע לקריטריונים זהים לאבחון הסוכרת בכל העולם. המחקר הסתיים במאי 2007 וכעת מצפים לתוצאות שנראה שיתפרסמו בחודשים הקרובים.

טיפול

כשלאישה הרה אובחנה סוכרת הריונית, עליה להתחיל מיד בדיאטה ובבדיקות סוכר יומיות לפחות 4 פעמים ביום: בצום, שעה/שעתיים לאחר ארוחת הבוקר, שעה/שעתיים לאחר ארוחת צהריים ושעה/שעתיים לאחר ארוחת הערב. הערכים בצום צריכים להיות עד 90מ"ג%, שעה אחרי הארוחות עד 130מ"ג% ושעתיים אחרי הארוחות עד 120מ"ג%. הרכב הדיאטה נקבע לפי הרגלי אכילה אישיים, משקל גוף, סוג ומידת הפעילות הגופנית, רמות הסוכר, רמות הקטונים, כמות וסוג האינסולין.

העלייה המומלצת במשקל היא של עד 7 ק"ג לנשים עם BMI מעל 29, ועלייה של עד 18 ק"ג לנשים שלפני ההריון היו ב-BMI מתחת ל-19.8.

התפריט צריך להיות מורכב מ-35%-40% פחמימות מסך הקלוריות (מורכבות ועשירות בסיבים), 20%-25% חלבונים, 35%-40% שומנים (10% חומצות שומן רב בלתי רוויות). בדרך כלל איזון רמות הסוכר נעשה ע"י כמות מתאימה של פחמימות לכל ארוחה.

המלצות לטיפול תזונתי של ארגון הסוכרת

האמריקאי 2006 (3)

כל הנשים ההרות שלהן סוכרת הריונית, צריכות לקבל את הטיפול הרפואי והתזונתי בזמן האבחנה.

הטיפול התזונתי לסוכרת הריונית מתבסס על בחירת מזונות שיביאו לעלייה נאותה במשקל, נורמוגליקמיה והיעדר קטונים. במשך ההריון, האנרגיה הנצרכת תאפשר עלייה נכונה במשקל, לא מומלץ לרדת במשקל. נשים בעלות עודף משקל ושמן עם

סוכרת הריונית צריך להגביל בצריכת הקלוריות והפחמימות. חישוב הצריכה של הקלוריות והפחמימות צריך להתבסס על הרגלי האכילה של האישה והתגובה של הסוכרים בפלסמה, וכן על פי סימנים קליניים כמו: רעב, רמות סוכר בדם, עלייה במשקל ורמות הקטונים. דיאטות היפוקלוריות בנשים שמנות עם סוכרת הריונית יכולות לגרום לקטונמיה וקטונוריה. ניתן להגביל את צריכת הקלוריות, עד ל-30% מצריכת הקלוריות המומלצת וכך להביא לשיפור באיזון הגליקמי, ללא קטונמיה ובמיתון העלייה במשקל.

בגלל צריכת הסוכרים המתמשכת של העובר, חשוב לשמור על זמני ארוחות וכמות מזונות קבועים כדי למנוע היפוגליקמיה. ניטור הסוכרים ורישום האוכל מספקים מידע לגבי הטיפול באינסולין והתאמת התפריט. יש לספק מינימום של 175 גר' פחמימות ליום, כאשר הן צריכות להתפרס על פני כל היום ב-3 ארוחות קטנות - בינוניות ועוד 2-4 ארוחות ביניים.

לעיתים יש צורך בארוחת לילה למניעת קטוזיס בלילה. בארוחת הבוקר קיימת פחות סבילות לפחמימות מאשר בשאר הארוחות. פעילות גופנית קבועה יכולה לעזור בהפחתת רמות הגלוקוז בצום ואחרי ארוחות וכך לשפר את האיזון הגליקמי של האם. אם מתווסף טיפול באינסולין, יש לשמור על כמות פחמימות קבועה בארוחות ואז ארוחות הביניים הופכות למטרה העיקרית. למרות שרוב הנשים עם סוכרת הריונית חוזרות לרמות גלוקוז תקינות לאחר הלידה, הן בסיכון גבוה לסוכרת הריונית בהריונות הבאים ולסוכרת סוג 2 בעתיד. מטרתו של השינוי באורח החיים לאחר לידה היא להפחית את משקל האישה ולהעלות את הפעילות הגופנית, כך שיופחת הסיכון לסוכרת.

הנקה מומלצת לתינוקות של אימהות עם סוכרת או סוכרת הריונית. הנקה מוצלחת דורשת תכנון וחלוקה נכונה של הפחמימות. ברוב המקרים, נשים מניקות זקוקות לפחות אינסולין, בגלל צריכת האנרגיה הרבה בהנקה.

סיכום המלצות קבוצת העבודה של הסוכרת

ההריונית (4)

תכנון התפריט צריך לכלול את הדרישות התזונתיות המינימליות הנחוצות להריון ולהגיע למטרות הגליקמיות ללא עלייה או ירידה גדולים מדי.

מומלצת פעילות גופנית קבועה של 30 דקות ביום, של הליכה או תרגילי ידיים בזמן ישיבה לפחות 10 דקות אחרי כל ארוחה. פעילות איירובית קבועה עם תרגילי חימום נכונים הראו ירידה ברמות הסוכר בצום ואחרי ארוחות.

השמנה, סוכרת הריונית והשפעתה על תוצאות

ההריון (5)

בשנים האחרונות חלה עלייה במספר הנשים בעלות עודף משקל, שמנות ובמקרי סוכרת הריונית. עודף משקל והשמנה אימהית קשורים לסיבוכים שונים של ההריון כגון: יתר לחץ דם, ניתוח קיסרי, סוכרת הריונית, מקרוזומיה ומות עובר.

במחקר שנערך נבדק הקשר בין סיבוכי ההריון להשמנה, עודף משקל, רמת האיזון הגליקמי וסוג הטיפול בסוכרת הריונית. במחקר השתתפו 4001 נשים עם סוכרת הריונית, אשר חולקו ל-3 קבוצות:

1. משקל נורמלי BMI 18.5-24.9
2. עודף משקל BMI 25 - 29.9
3. השמנה BMI > 30





בדיאטה היה 23%, ואצל המטופלות באינסולין 27%. תוצאות אלו מוסברות חלקית בגלל הפרוטוקול לניתוחים קיסריים יזומים במקרוזומיה ו"הנבואה המתגשמת" של ניתוח קיסרי לנשים חולות סוכרת וההנחה ההגיונית שהטיפול באינסולין קשור לחומרת המחלה.

השמנה יכולה להשפיע על סיבוכי הריון אפשריים. סיבוכי ההריון ממוזערם ע"י השגת שליטה ברמות הסוכר באמצעות טיפול באינסולין. הצלחה בהשגת איזון רמות הסוכר אצל נשים עם סוכרת הריונית הינה מטרה, ללא קשר למשקל האם ולדרך הטיפול. מדוע לא השתפרה תוצאת ההריון בנשים המטופלות בדיאטה? יתכן שתוצאת הריון טובה יותר אצל נשים עם עודף משקל ואצל נשים שמנות המטופלות באינסולין, תלויה בתגובה לא מזוהה של האינסולין עצמו, או בהבדל בדיאטה המלווה מהתחלה את הטיפול באינסולין.

לסיכום, מחקר זה מציע, שנשים בעלות עודף משקל עם BMI השווה או גדול מ-30, שמפתחות סוכרת הריונית, הינן בסיכון גבוה יותר לסיבוכים בתקופת ההריון ולאחריה, מאשר נשים עם סוכרת הריונית במשקל נורמלי. לכן, בהישג איזון גליקמי טוב ע"י טיפול באינסולין, ניתן להעלות את הסיכוי לתוצאות הריון טובות יותר.

רעלת הריון

רעלת הריון הינה גורם עיקרי למוות של נשים הרות ועוברים בעולם כולו. רעלת הריון שכיחה יותר במדינות מתפתחות, וההשפעה העיקרית היא על העובר. הטיפול באישה ההרה הלוקה ברעלת הריון חשוב מאוד למניעת התפתחות המחלה שעלולה להפוך לקבועה למשך כל החיים.

הטיפול מוריד את אחוזי תמותת האם, לפעמים במחיר לידה מוקדמת על כל השלכותיה. במדינות מתפתחות מקרי המוות של העובר אצל נשים הסובלות מרעלת הריון גבוהים פי 5 מאשר אצל נשים הרות ללא רעלת הריון. 15% מהלידות המוקדמות הן אצל נשים עם רעלת הריון (1).

פרה-אקלמפסיה (Preeclampsia), או PIH (Pregnancy Induced Hypertension), היא תופעה ייחודית לתקופת ההריון, המאובחנת לאחר שבוע 20 ע"י עלייה בלחצי הדם, כאשר לחץ הדם הסיסטולי הוא מעל 140 מ"מ כספית ולחץ הדם הדיאסטולי הוא מעל 90 מ"מ כספית. רעלת הריון מתונה מאובחנת כאשר יש עלייה בלחצי הדם, ללא ממצאים נוספים. במקרה זה יש לבצע מעקב יומי של לחצי הדם, איסוף שתן ובדיקת נוכחות חלבון בשתן פעם בשבוע. פרוטאינוריה מאובחנת כשכמות החלבון בשתן מעל 300 מ"ג ביום.

החמרה בדרגת רעלת הריון תתרחש כאשר קיימת פרוטאינוריה ולחצי הדם בעלייה. לחץ הדם הסיסטולי מעל 150 מ"מ כספית ולחץ הדם הדיאסטולי מעל 100 מ"מ כספית. הטיפול יהיה תרופתי, מעקב לחץ דם יומי, בדיקות חלבון בשתן ומנוחה. כאשר מתפתחות בצקות מומלץ לבצע שקילה יומית, יתכנו שינויים גדולים במשקל מיום ליום.

החמרה נוספת, תביא לרעלת הריון חמורה, severe pre-eclampsia,

כל הנשים קיבלו דיאטה המורכבת מ-3 ארוחות עיקריות ו-4 ארוחות ביניים. נשים שהיו בעודף משקל ושמנות, הוגבלו בצריכת האנרגיה ל-25 קק"ל/ל"ק ונשים במשקל נורמלי צרכו 35 קק"ל/ל"ק משקל האישה בהריון. הדיאטה הייתה מורכבת מ-40%-45% פחמימות. נשים שלא הגיעו לאיזון גליקמי ע"י הדיאטה החלו בטיפול באינסולין, תוך שבוע מתחילת הדיאטה.

המטרות המטבוליות: ערכי סוכר בצום 60 מ"מ"ג% - 90 מ"מ"ג% ממוצע ערכי הסוכר מגילוי הסוכרת עד הלידה - נמוך מ-100 מ"מ"ג% ערכי סוכר שעתיים אחרי ארוחה - עד 120 מ"מ"ג%.

סיבוכי ההריון האימהיים שנבדקו הם: סוג הלידה, יתר לחץ דם סיסטולי מעל 140 מ"מ כספית ולחץ דם דיאסטולי מעל 90 מ"מ כספית ופרוטאינוריה.

סיבוכי ההריון העובריים שנבדקו הם: שבוע הלידה, אחוזון משקל הלידה, סיבוכים נשימתיים ומטבוליים, המוגלובין, היפוגליקמיה, בילירובין גבוה מעל 12 מ"מ"ג%, מקרוזומיה כשמשקל הלידה מעל 4000 גר', LGA = Large for Gestational Age, כשהתינוק מעל אחוזון 90, פוליציטמיה כשההמטוקריט מעל 60%.

בקבוצת הנשים השמנות המטופלות בדיאטה הייתה עלייה של פי 2 לערך בסיבוכי ההריון, בהשוואה לקבוצת הנשים במשקל נורמלי, ללא תלות באיזון גליקמי. בניגוד לכך, בנשים שמנות המטופלות באינסולין שהגיעו לאיזון גליקמי תקין, היו תוצאות דומות ברמת סיבוכי ההריון, בכל קבוצות המשקל. בקבוצת הנשים השמנות, המטופלות באינסולין ועם איזון גליקמי תקין, היו באופן משמעותי פחות סיבוכי הריון מאשר בקבוצת הנשים המטופלות בדיאטה. בקבוצת הנשים השמנות המטופלות באינסולין ואשר לא היו באיזון גליקמי תקין, היה סיכון גבוה יותר לסיבוכי הריון מאשר בקבוצת הנשים שהיו באיזון גליקמי תקין.

ללא קשר לאיזון הגליקמי, לנשים בעודף משקל ושמנות אשר טופלו בדיאטה, יש סיכון גבוה פי 2-3 לעוברים גדולים מעל אחוזון 90 (LGA), מאשר לנשים במשקל גוף נורמלי ומטופלות בדיאטה. תוצאות דומות נצפו בנשים שמנות מטופלות באינסולין ובאיזון גליקמי לא תקין. לעומת זאת, בנשים המטופלות באינסולין ומאוזנות היטב, מספר העוברים הגדולים היה דומה בכל קבוצות המשקל. נמצאו פחות עוברים גדולים לגילם בנשים המטופלות באינסולין עם איזון גליקמי טוב, מאשר בנשים המטופלות בדיאטה, בקבוצת הנשים בעלות עודף משקל ושמנות.

נצפתה מגמה פרוגרסיבית ברמת רעלת הריון (Preeclampsia), בין שלושת קבוצות המשקל, אך רק בקבוצת הנשים המטופלות באינסולין ובאיזון גליקמי לא טוב, היו תוצאות מובהקות סטטיסטית. בקבוצת הנשים השמנות, מטופלות באינסולין ובאיזון לא טוב, נמצא סיכון יותר גבוה לרעלת הריון. לעומת זאת, נמצא פי 2-3 יותר מקרי יתר לחץ דם כרוני בקבוצת הנשים בעלות עודף משקל ושמנות ללא קשר לטיפול או לאיזון הגליקמי.

במחקר זה, בשתי אפשרויות הטיפול, היה שיעור דומה של ניתוחים קיסריים אצל נשים שמנות ואצל נשים בעלות משקל נורמלי, ללא קשר לאיזון הגליקמי. לנשים שמנות המטופלות בדיאטה, ללא קשר לאיזון, היה סיכון פי 2 יותר גבוה לניתוחים קיסריים בהשוואה לנשים שמנות ובמשקל נורמלי. בקבוצת הנשים המטופלות באינסולין, ישנו שיעור דומה של ניתוחים קיסריים. יתכן שהידיעה שלאישה סוכרת הריונית גורם לרופאים לשקול ניתוח קיסרי. השיעור הכללי של ניתוחים קיסריים אצל המטופלות

בסקירה של 11

מחקרים ע"י

Cochrane, שבוצעו

על 6894 נשים,

נצפתה ירידה של

32% במקרי רעלת

הריון בנשים שלקחו

תוספת סידן.

ההשפעה הייתה

משמעותית יותר

בנשים שצרכו כמות

מועטה של סידן לפני

התחלת המחקר



ועליה בלחצי הדם: לחץ הדם הסיסטולי מעל 160 מ"מ כספית ולחץ הדם הדיאסטולי מעל 110 מ"מ כספית. כמות החלבון בשתן תהיה מעל 700 מ"ג ליום.

גורמי סיכון לרעלת הריון(6)

1. הריון ראשון
2. רעלת הריון בהריון קודם
3. מעל 10 שנים מההריון הקודם
4. נשים מעל גיל 40
5. BMI מעל 35
6. היסטוריה משפחתית של רעלת הריון, בייחוד אם או אחות
7. לחץ דם דיאסטולי מעל 80 מ"מ כספית בתחילת ההריון
8. הריון מרובה עוברים
9. מצבים כגון: יתר לחץ דם כרוני, מחלת כליות, סוכרת ונוכחות של Antiphospholipid antibodies.

סיבוכים לאם ולעובר

סיבוכים לאם עלולים להיות פגיעה במערכת העצבים המרכזית (שבץ, עיוורון ועוד), במערכת הכליות, במערכת הנשימה, בכבד, עלייה באנזימי כבד, פגיעה בתפקודי הקרישה ובפעילות השלייה ורמות נמוכות של טסיות דם (מצב זה יכול להיות גם ללא יתר לחץ דם ב - 70% מהמקרים וב- 90% מהמקרים יופיעו כאבים ביום הבטן).
הסיבוכים לעובר עלולים להיות מוות, לידה מוקדמת ועיכוב בגדילה התוך רחמית.

התזונה ברעלת הריון (7)

השפעת הדיאטה והעלייה במשקל על רעלת הריון, נבחנה כבר במלחמת העולם הראשונה, כאשר הניחו שהפחתה בצריכת הקלוריות ועלייה בפעילות הגופנית שנכתה על הנשים, הביאה לירידה ברעלת ההריון.

במחקר של קלאוסן, נבדקה צריכת הקלוריות, סוכרים ושומנים ע"י שאלוני תדירות המזון ב-3771 נשים נורבגיות בשבועות 17-19 להריון. צריכת קלוריות גבוהה יותר נמצאה בקבוצת הנשים עם רעלת הריון. כמו כן, נמצאה צריכה גבוהה יותר של סוכרים ומשקאות ממותקים בקבוצת הנשים שילדה לפני שבוע 37. עלייה במשקל לפני ההריון, נמצאה קשורה לרעלת הריון. בעבר, הייתה השערה שצריכת חלבון מעטה קשורה לעלייה בסיכון לרעלת הריון, אך מחקרים רבים לא הראו השפעה של צריכת חלבון מעטה על התפתחות רעלת ההריון. עובדה זו מתבססת גם על מחקרים שבהם ניתנה תוספת חלבונים, אשר לא השפיעו על הורדת מיקרי רעלת ההריון.

הגורם שנבדק הכי הרבה בקשר לרעלת הריון הוא סידן. מספר מחקרים אפידמיולוגיים מראים קשר בין צריכת סידן מועטה לרעלת הריון. תוצאות אלו מובילות להשערה שניתן להוריד את הסיכון לרעלת הריון באוכלוסייה שצורכת מעט סידן ע"י תוספת סידן.

במחקר פרוספקטיבי שבוצע בבדיל על 1092 נשים הרות, נבדק הקשר בין צריכת הסידן בדיאטה ומיקרי רעלת ההריון. נעשתה השוואה בצריכת הסידן בדיאטה בין נשים הרות עם רעלת הריון לנשים הרות בעלות לחץ דם תקין (8).
צריכת הסידן נקבעה ע"י ראיון עם האישה יום לאחר הלידה. צריכת סידן ממוצעת לכל האוכלוסייה הייתה: 1038 מ"ג.

צריכת סידן ממוצעת בקבוצת הנשים עם לחץ דם תקין: 1057 מ"ג

צריכת סידן בקבוצת הנשים עם יתר לחץ דם כרוני: 962 מ"ג
צריכת סידן בקבוצת הנשים עם רעלת הריון: 902 מ"ג
צריכת סידן בקבוצת הנשים עם רעלת הריון חריפה: 755 מ"ג

במחקר זה ניתן לראות שהנשים עם רעלת הריון חריפה היו אלה שצרכו פחות סידן מנשים בעלות לחץ דם תקין.
במספר מחקרים אקראיים, ניתנה תוספת סידן לעומת פלסבו. בסקירה של 11 מחקרים ע"י Cochrane שבוצעו על 6894 נשים, נצפתה ירידה של 32% במיקרי רעלת הריון בנשים שלקחו תוספת סידן. ההשפעה הייתה משמעותית יותר בנשים שצרכו כמות מועטה של סידן לפני התחלת המחקר.

ההמלצה היא לצרוך לפחות 1 ג' סידן ביום, למניעת רעלת הריון. בעבר היה נהוג להגביל צריכת הנתרן בנשים עם רעלת הריון, מכיוון שהיו מחקרים שהראו קשר בין צריכת מלח ללחץ דם גבוה. האמינו שיטנה הפרעה בהפרשת סודיום כלוריד ע"י נשים הרות וזאת הסיבה להתפתחות רעלת הריון. כיום מספר מחקרים הראו שלצריכת נתרן אין השפעה על רעלת הריון. הגבלה בצריכת הנתרן בנשים עם רעלת הריון, יכולה לגרום להפרעה באיזון המערכת של הפרשת רנין - אנגיוטנסין - אלדוסטרון. הגוף זקוק לנתרן גם בנשים עם רעלת הריון, כדי לספק את צורכי התאים ולמניעת הקטנת נפח הדם והנוזלים החוץ תאיים.

פעילות רנין - אנגיוטנסין - אלדוסטרון מוגברת ע"י רמות נמוכות של נתרן, ככל שצריכת הנתרן תפחת, כך יגבר ריכוז הנתרן ע"י הכליות. בדיאטה דלת נתרן, יתכן שריכוז הנתרן לא יאפשר את נפח הדם הרצוי וכמות הנוזלים התאיים להם זקוק הגוף בתקופת ההריון. רעלת הריון מאופיינת בהקטנת נפח הדם, לכן הגבלה בצריכת הנתרן יכולה להחריף את הבעיה.

כיום מועלות השערות לגבי גורמים נוספים היכולים להשפיע על רעלת הריונית כמו: דיסליפידמיה, עמידות לאינסולין, פעילות האנדוטל, מגברי דלקת, סטרס חמצוני, רדיקלים חופשיים, אנטיאוקסידנטים, השפעת חומצות השומן ועוד. יש מקום לעוד מחקרים רבים בנושא.

References:

1. Myron Winick : Nutrition, Pregnancy, and Early Infancy.
2. Working Group on Diabetes and Pregnancy : Diabetes and Pregnancy Evidence Based Update and Guidelines.
3. Nutrition Recommendations and Interventions for Diabetes-2006. Diabetes Care 2006;29:2140-57.
4. Boyd E. Metzger, Thomas A. Buchanan. Summary and Recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes. Mellitus. Diabetes Care,2007;30:s251-s260.
5. Oded Langer, Yariv Yoge. Overweight and obese in gestational diabetes: The impact on pregnancy outcome. Am J Obstet Gynecol 2005;192:1768-76.
6. Lelia Duley, Shireen Meher. Management of pre-eclampsia. BMJ 2006;332:463-68.
7. James M, Judith L. Nutrient Involvement in Preeclampsia. J. Nutr. 2003;133:1684s-92s.
8. Ramos JG, Brietzke E. Reported calcium intake is reduced in women with preeclampsia. Hypertens Pregnancy. 2006;25:229-39.

לצריכת נתרן

אין השפעה על רעלת

הריון. הגבלה בצריכת

הנתרן בנשים עם

רעלת הריון, יכולה

לגרום להפרעה באיזון

המערכת של הפרשת

רנין-אנגיוטנסין-

אלדוסטרון. הגוף זקוק

לנתרן גם בנשים עם

רעלת הריון כדי לספק

את צורכי התאים

ולמניעת הקטנת נפח

הדם והנוזלים החוץ

תאיים



הריון-היבטים פסיכולוגיים

ד"ר עדנה כצנלסון
פסיכולוגית קלינית, אוניברסיטת תל-אביב

תקופת ההריון היא תקופה בה מתרחשים בפועל וצפויים להתרחש בהמשך שינויים גופניים ונפשיים אינטנסיביים. הנושאים העיקריים המעסיקים את ההורים הם: השינויים הגופניים, ההתמודדות עם התפתחות התינוק ברחם, נושאים הקשורים להורות העתידית, לשינויים בזוגיות בפרט ובחיים בכלל. בהשפעת האידיאליזציה שעושה החברה להריון, אין מספיק הכנה להריון או ללידו של נשים ומשפחות במהלכו. עיקר הלידו מוקדש ללידה עצמה ולהורות בהמשך.

השאלות הנוגעות לשינויים שישארו במשקל, בגיזרה, בחזה וכן האם כתמי פיגמנטציה, וורידים בולטים וסימני מתיחה על העור - האם כל אלו יעלמו? עד כמה תחזור האשה למראה הקודם?

עד כמה תושפע הזוגיות מן המראה החדש? השינויים הגדולים הם בראשית ההריון- עייפות, בחילות, ובסוף ההריון- הכובד, הלחצים על החזה ומערכת העיכול, מגבלות בגמישות הגוף, קשיי שינה ושינויים ביכולות מוכרות. יש כמובן הבדלים גדולים בין נשים - כאלו שלא מתנסות בשינויים גופניים שמעיקים עליהן, וכאלו שההריון ניתפס כחווייה פיזית מעיקה. ההריון מטשטש קשרים מוכרים בין האשה לבין גופה, ותובע הגדרות מחדשות של הקשר, שגם הן משתנות במהירות. שיווי משקל, טעם, רגישות חושית, תפיסת מרחב - כל אלו משתנים שוב ושוב (3). נשים עם בעיה בדימוי גופני, ונשים שסובלות מהפרעות אכילה מתקשות להתמודד עם השינויים. הן חשות שאיבדו שליטה על גופן, או שהוא לא שלהן. הפרעות אכילה עלולות, לכן, להקצין בהריון, כדי לחזור לשלוט בגוף.

ההיבט הפיזי של ההריון כולל תזונה בריאה ומאוזנת, שאצל נשים מסוימות שונה מאד ממה שהיו רגילות בעבר. הימנעות ממאכלים שעלולים לפגוע בעובר, וכן הימנעות מתרופות גם במצבי צינור, כאב ראש, או חום. גם הימנעות מעישון, מסמים ומאלכוהול כפי שממליצים רופאים עשויה להיות קשה לאם ההרה. כל תרופה צריכה להילקח רק אחרי בירור, והרגלי העבר אינם תקפים עוד.

נושא התזונה כולל גם את השינויים בטעם- דחיית מאכלים שהיו מועדפים בעבר, וצורך דחוף או לא ברור- באחרים. בתרבויות שונות יש מקום מיוחד לתזונת נשים הרות: באירופה נמנעים מתותים מחשש לכתמי לידה, ובארצות אחרות נמנעים מבשר ארנבת שמתקשר לשפה שסועה.

מאפייני המזון שאוכלת האם משפיעים על התפתחות התינוק. אם שמקפידה על כל מרכיבי המזון הבסיסיים- מבטיחה סיכויי שלעובר לא יחסרו מרכיבי תזונה קריטיים. עובדה זו קשורה לתחושת אחריות של האם שדורשת תכנון ומידע על מרכיבי המזון (4).

עם התקדמות ההריון, כאשר מתחילות להיות מורגשות תנועות העובר- האם קשובה לתגובותיו. לאחריות האם נוסף גם הפן של "ההאזנה" לעובר המתנועע. נשים חרדות- נלחצות כל אימת

קופת ההריון היא תקופה בה מתרחשים בפועל וצפויים להתרחש בהמשך שינויים גופניים ונפשיים אינטנסיביים. הנושאים העיקריים המעסיקים את ההורים הם: השינויים הגופניים, ההתמודדות עם התפתחות התינוק ברחם, נושאים הקשורים להורות העתידית, לשינויים בזוגיות בפרט ובחיים בכלל.

בהשפעת האידיאליזציה שעושה החברה להריון, אין מספיק הכנה להריון או ללידו של נשים ומשפחות במהלכו. עיקר הלידו מוקדש ללידה עצמה ולהורות בהמשך. נשים וגברים חוששים לבטא את חרדותיהם, היסוסיהם, ואת האמביוולנציה שלהם, כיוון שיתקלו בביטול ובכעס. מיתוס ההורות הטובה כולל בתוכו את ההריון, בו מטפלים בעיקר רופאים, ומעט מאד מומחים בבדיאות הנפש (1). מקומם מוכר רק בדיכאון, אם קורה, לאחר לידה.

מעבר להבדלים האישיותיים בין משפחות בהריון, קיים גם הבדל גדול בין הריון ראשון לאחרים. כל הריון שונה מאחרים, אולם חוסר הוודאות בהריון הראשון גדול מאד. גם לניסיון בהריון ולידה קודמים יש השפעה ניכרת על ההריון הנוכחי.

יש נשים המרגישות שהן "מתמלאות" בהריון, ואחרות - "מתרוקנות". ישנן המחכות בקור-רוח שישתיים, ואחרות חוששות יותר מהלידה וההורות ומעדיפות להיות בהריון.

השינוי הדרמטי בחיי האשה בהווה ובעתיד מעורר תגובות רגשיות שונות - משמחה ותחושת הגשמה עצמית, ועד חרדה ודחיה. כ-10% מהנשים ההרות סובלות ממצוקה נפשית ומחרדות קיצוניות על רקע ההריון.

הנושאים אשר מעסיקים גברים ונשים - חלקם משותפים, ואחרים שהם ייחודיים למין ההורה (2).

שינויים גופניים

שינויים גופניים מהירים בזמן קצר, יחד עם שינויים הורמונליים ותחושתיים מעסיקים מאד אימהות לעתיד. הדימוי העצמי שנישען על הדימוי הגופני עובר טלטלה מהירה, וקשה במיוחד לנשים שלאטרקטיביות הגופנית שלהן מקום מרכזי בתחושת האני. החרדה למראה בהווה ובעתיד מעיקה, בעיקר על רקע אי-הוודאות האם האשה תשוב לגיזרה ולמראה הקודם. גם נשים שהזהות שלהן אינה מגובשת עלולות לחוות תחושות של אי-יציבות מעיקה.



נשים וגברים בעלי דימוי עצמי בעייתי עלולים לחשוש ש"רוחות רפאים" מעברם או מעברה של המשפחה תבואנה לביטוי בילד שעלול לשאת בחובו את הרע והחסרונות של המשפחה (5).

הכנה ללידה

נשים בהריון עסוקות מאד גם בתהליך הלידה. אצל יולדות לראשונה - אי הוודאות לגבי הסבל, העזרה שיקבלו מהצוות הרפואי, ועד נוכחות של אנשים קרובים להן בלידה - בן-זוג, אם, חבר או אחרים. קבלת ההחלטה מי ילווה את היולדת פותח מחדש שאלות לגבי קשר קרוב, אמון, ומוכנות לחשיפה. יש זוגות שההחלטה מעוררת אצלם מתח - כעס על אי בחירה, חשש של בעל להיות נוכח, והגדרה של סדר הקירבה. בניגוד לעבר שכל אשה ילדה על פי שיוכה הרפואי והאזורי - היום יש לילדות יכולת בחירה היכן תלד, ובאיזה שיטה מרבית המוצעות עם או בלי אלחוש, טבעית או שמרנית. הבחירה מעניקה חופש החלטה וטובה לרוב היולדות, אך עלולה להיות גורם מלחיץ לגבי אחרות.

תאריך הלידה הוא משוער ולא תמיד נצפה, ובתרבות המתנהלת על פי לוח זמנים נוקשה ומתוכנן - לא קל להתארגן לקראת שינוי משמעותי בזמן משוער ולא וודאי (9).

פחדים בהריון

מגוון ניכר של פחדים נורמליים שחוות נשים בהריון: הפלה, לידת מת, לידת תינוק פגום, סבל קשה בלידה, פחד ממות בלידה. פחד מהפלה עלול לגרום לאשה לוותר על חיים שגרתיים ולהימנע מעשיית פעולות שאינן מסוכנות - כדי להבטיח את שלום העובר. לפחדים מהפלה יש סיבות ברורות כמו קושי להכנס להריון, ("הריון יקר" בלשון הרופאים), הפלות קודמות לאשה או במשפחתה, וכן סיבות שאינן מבוססות על אירועים מציאותיים כגון - פחד שדחיית האשה את ההריון יגרום נזק, זהות עצמית לא מגובשת שגורמת לאשה קושי לסמוך על עצמה, נטייה היפוכונדרית שגוררת זהירות-יתר, ורמת חרדה גבוהה שגוררת התנהגות של הימנעות (11).

נהוג לחשוב שנשים מבכירות פחדות יותר מהלא ידוע, ונשים שעברו הריון בסיכון, לידה קשה בעבר או לידת ילד חולה או נכה-חנות חרדה בעוצמה גבוהה (12).

בן-הזוג יכול להעצים או למתן את חרדות האשה על-פי רגשותיו, על פי רמת מעורבותו, ועל פי אופי התקשורת בין בני הזוג. גבר מעורב בהריון - מהווה גורם מרגיע לגבי האשה. (אשד. אצל 9). לחששות בזמן ההריון יש להוסיף שאלות לגבי קריירה עתידית-כיצד תושפע התקדמות בלימודים ובעבודה מהמחויבות ההורית, ועד כמה שני בני הזוג ישאו בויתורים או שאלו יהיו רק של האשה. גם תחרות עם גברים במקומות עבודה, גברים שנושאים פחות בנטל הריון והורות מעמידה בפני האיש אתגר מורכב.

התמודדות עם השינויים הרגשיים בהריון

הריון מעמיד את האשה בפני נושאים מורכבים: שמירת הרץ הנפשי במהלך שינויים גופניים ורגשיים ושמירת הזהות במצב שבו שוכנות שתי נפשות בגוף אחד, שמירה על העובר, והסתגלות לשינויים העתידיים עם הכניסה להורות.

מודעות לשינויים הרגשיים בהריון והעיבוד שלהם, עוזרים לנשים הרות להתמודד טוב יותר עם לחצי ההריון. לנשים בהריון יש

שאינן מרגישות את העובר. מיקומו של העובר בבטן, כאשר אברים פנימיים נדחפים ונלחצים מעורר לעיתים חרדה לגבי העצמי ושלומם.

העובדה שבגוף ישנו אדם אחר, שהאם אחראית לשלומם, אך יש לו קיום נפרד משלה, נחוות לעיתים כפולשניות. לנשים החרדות מחווית פלישה - זוהי תקופה לחוצה.

השינויים ההורמונליים גורמים לשינויים במצב הרוח, לתנודתיות בין רגשות, ולתגובת-יתר למצבים יומיומיים (5).

לשינויים הגופניים שחווה האשה יש להוסיף את נושא ה"מדיקליזציה" של ההריון. נשים לפני ובתוך ההריון עוברות בדיקות רפואיות רבות מאד, חלקן פולשניות, חלקן לא ברורות לאשה. הרפואה המודרנית בגין התקדמותה, מעורבת היום הרבה בהריון, בהשוואה למצב שהיה לפני מאה ומאתיים שנה. מרבית הנשים יולדות בבתי-חולים, ולא בבית בחיק המשפחה, כבעבר.

אימהות חדשה

אפילו ההריון הרצוי ביותר כרוך בדו-ערכיות, מכיוון שיצירת חיים חדשים מסמלת גם שינוי בחיים, וזכוכה בנטל כבד. ההורות המתממשת עם ראשית הריון היא נתיב לא הפיך ואין סופי (6). חופש הבחירה של האשה ההרה מצטמצם - צורת החיים, השימוש בתרופות, השינה - כל אלו מוכתבים גם על-ידי גורם אחר. האשה עסוקה בשאלות לגבי יכולותיה האימהיות. ייצוגים פנימיים של דמות האם וחוויות ילדות מודעות ולא מודעות חוברות יחד סביב שאלות כמו איזו אם אהיה? במה אני רוצה להיות דומה ובמה שונה לאימי? (7) נשים שיחסינה עם האם היו קשים עלולות לחוות חרדה מוגברת עם הכניסה להתמודדות האימהית (2). העיסוק באימהות מעלה על הפרק חוויות ילדות ובערות של קשר אם-בת, ומכניס את האשה ל"תחרות" סמויה עם האם - הרצון הבריא להיות אם טובה יותר, או לחשש שמא לא תצליח להיות אם טובה כאמה (8).

בהריון מתחילה האשה להרחיב את ההגדרה העצמית מ"בת שלי", "אשה שלי", בעלת מקצוע מסוים, ל"אמא שלי". האימהות המודרנית היא תובענית מההיבט של האחראיות שהיא מטילה על האם, ותפיסת הורות מורכבת שאינה מבוססת רק על אינטואיציה, אלא גם על ידע ומחקר עדכניים (8).

נשים בהריון שני ואילך - עסוקות בהריון ממחשבות כיצד יקבלו הילד/ילדים במשפחה את התינוק, ושאלות לגבי היכולת להתחלק בנתינה בלי לקפח (9).

הסוד לגבי הילד שיוולד

למרות מערכת האבחונים המודרנית, שנותנת להורים, אם מעוניינים, ידע לגבי מין הילוד, ואפילו תמונות אולטרה-סאונד דינמיות, עדיין רב הנסתר על הגלוי - כיצד יראה התינוק? למי ידמה? מה יהיה מיוג? האם יהיה בריא?

אימהות יוצרות במהלך ההריון תינוק דמיוני, שמבוסס על הביורגריה שלהן, התקוות והחששות, וכן על ציפיות חברתיות. הציפיות כוללות גם את מין העובר כל עוד אינו ידוע לאם. התינוק הדמיוני מגיע לתיאור מלא לקראת החודש השביעי-שמיני. דניאל סטרן סבור שהעיסוק בתינוק הדמיוני יורד לקראת הלידה כהכנה למפגש עם התינוק האמיתי. האם מכינה עצמה לתינוק הריאלי (קנית ציוד, ארגון החדר) ופחות עסוקה בתינוק הדמיוני כדי שהפער ביניהם לא יהיה גדול מידי (10).

לידה לפני הזמן עלולה להיות בעייתית כיוון שאינה צפויה, וגם בגלל שהיא מתרחשת תוך כדי עיסוק אינטנסיבי בתינוק הדמיוני.





את בני הזוג, או נטל שפוגע בזוגיות. לא יתכן הריון שלא משפיע על הזוגיות, כיוון שהוא משנה את האיוון בין הגבר והאשה ומחייב שינויים רגשיים ומערכתיים. האשה ההרה נושאת בתוכה חלק שאינו שלה בלבד, זהו ייצוג הגנטי של אבי הילד שבתנאים שאינם הריון-היה מזוהה על-ידי גופה כגורם זר ומסוכן. יחסים בעייתיים עם האב-עלולים ליצור קושי רגשי לשאת בגוף את ייצוגיו. ההריון מהווה נקודת ציון התפתחותית חשובה לגברים. התייחסותם להריון מושפעת מחוויות ילדותם, מהמסרים ההוריים שקיבלו, ומעמדתם הרגשית כלפי הזוגיות וההורות (14).

גם גברים חווים טלטלות רגשיות בהריון מסיבות מגוונות: ישנם גברים שחוששים לאבד את מקומם כאשר ייוולד תינוק והאשה תתמסר לו והם ינטשו. כבר בהריון ישנם גברים שסובלים מתשומת הלב הרבה הניתנת לתינוק שעוד לא נולד, ומצפים להחמרה במצב. ישנם גברים הרואים בכניסה להורות שלב של מחויבות מאיימת, פחדים מאובדן החופש, מן הנטל הפיזי והכלכלי. ישנם גברים הרואים בהורות את סוף הנעורים וחוששים מההתקדמות בסולם החיים שההורות ממחישה. ישנם גברים המגיבים קשה לשינויים הפיזיים שמתרחשים אצל האשה ההרה, ולירידה בנכונותה המינית. גברים שזוכרים את יחסיהם עם ההורים כקשים חוששים שמא לא יאהבו את הילד ולא יצליחו להיות הורים טובים יותר. ציינו גם את האפשרות שגברים ימשיכו פחות לאשה ההרה או לאשה האם בגלל ההפרדה שעושים בין אם לאשה והקושי לחבר ביניהם. גברים חשדנים או כאלו החיים בזוגיות לא טובה, עלולים לחשוש שמא הילד אינו יוצא חלציהם, מה שמעיק עליהם מאד במהלך ההריון. ישנם גברים שמקנאים באשה על יכולת ההולדה שלה, שוני בין המינים שההריון מעצים. גברים אלו עלולים לחוות את ההריון כתקופה שמגבירה אי סימטריה בין המינים, ומעניקה לאשה כח שאינו בחזקתם (9). אולם ישנם גברים רבים שרואים בהריון ביטוי לפוריות שלהם המעניק להם סיפוק גברי נרקסיסטי, תקופה שמחזקת את הזוגיות, שמאפשרת להם צמיחה, ודרך הילד העתידי יממשו את אישיותם.

קשר עם משפחות המוצא

גם משפחות המוצא משנות את קשריהן עם הזוג בהריון, בעיקר הראשון. הן הופכות למעורבות יותר בחיי הזוג, שינוי שיכול להתפשט על-ידי הזוג כחיובי או כשלילי. לעיתים המעורבות של משפחות המוצא בהריון אינה סימטרית-יש שוני במעורבות הורי האשה והבעל. ניסיון קליני מורה, על יתר מעורבות של משפחת האשה, הוראה בהריון הבת נושא בלעדי שלה. נשים רבות מדווחות על התקרבות לאם במהלך ההריון, כיוון שהן רואות בה בעלת ניסיון שתעזור להכיל את השינויים הניכרים בהריון בלידה ובהורות שאחריהן.

קשרים בעייתיים בין אם לבת - שנתת האם מחד גיסא, ואידיאליזציה של האם-מאידך גיסא. גווי האפור שבין שני הקצוות הם הנורמליים ומאפשרים לאם לקחת את המודל האימהי שחוותה בעברה, ולנסות לשפר ולעדכן אותו.

בנות שיחסינה לאב אדיפליים, והן קשורות אליו קשר ילדתי-עלולות לחוות בהריון תחושה של "בגידה" באב, ולהתקל גם מצידו במסרים מעיקים. אצל זוגות רבים מהווה ההריון חיזוק מחייב לקשר הזוגי, וגם משפחות המוצא מתייחסות אליו כעדות לקשר יציב ועמיד.

הריון מגביר את המודעות לקשרים בין הדורות, מעצים את התקשורת הרגשית בין הורים לילדיהם, אך גם מחדד ניגודים ומעלה על פני השטח מאבקי עבר שהודחקו.

רשימת המאמרים זמינה במערכת.

נגישות רבה יותר לתהליכים עמוקים ולא מודעים המתרחשים בעולמן הפנימי. נגישות זו טומנת בחובה אפשרות למודעות עצמית, להערכה מחודשת של הזהות ולגדילה, בצד סכנות לעליה ברמת החרדה (3). גם קונפליקטים לא פתורים מהילדות עלולים לעלות מעל פני השטח.

התהליכים הרגשיים בהריון כוללים ברור הזהות הנשית, מעברים בין ילדות לבגרות, בדיקת הקשר עם ההורים ובנית מודל הורי עתידי. היא צריכה להיות קשובה בזמנית לעצמה ולתינוק, ולא רק לאחד מהם.

אחד הנתבים הנגישים לעולם הפנימי הם החלומות. במחקר שערכה עדי ברוש (13) התברר כי חלומות יכולים לנבא דיכאון לאחר לידה. במחקר, שבדק 166 נשים בהריון ראשון נמצא כי בקרב נשים שלא לקו בדיכאון לאחר לידה נרשם מספר גדול יותר של חלומות לא נעימים וחלומות המבטאים חשש. זאת בעוד שאצל נשים שכן לקו בדיכאון שלאחר לידה נראתה מגמה הפוכה: השכיחות היחסית של חלומות לא נעימים אצלן הייתה נמוכה באופן משמעותי. נשים שלא ילקו בדיכאון לאחר לידה אינן מדחיקות את החרדה המתעוררת בתקופת ההריון, בכך הן עושות "עבודה רגשית" המכנינה אותן לקראת הלידה והמעבר לאמהות. לעומתן, נשים הרות אשר יפתחו דיכאון לאחר לידה הן נשים אשר לא מכינות עצמן לקרב ובא ולא עושות "עבודה רגשית" במהלך ההריון; הן מדחיקות את המצוקות, המועקות והרגשות המטרידים אותן. נשים שחולמות חלומות חלומות קשים עושות עבודת הכנה טובה לתהליך המורכב העומד בפניהן.

מיניות בתקופת ההריון

במהלך ההריון חלים שינויים במשיכה המינית אצל הגבר והאשה. ניתן לחלק את הנשים בהריון לשלוש קבוצות. בשליש מהנשים לא יחולו שינויים בהרגלי המין בהריון, בשליש רואים ירידה הן בחשק והן בתדירות יחסי המין ושליש נוסף מרגישות מאד מיניות ובהן נצפה בעליה בחשק המיני וברצון לקיים יחסי מין. חלק מהנשים מתגרות ביתר קלות, הן מגיעות לאורגזמה מהנה יותר מהר יותר ובתדירות גבוהה יותר. גברים רבים מוצאים שבנות זוגם ההרות מושכות יותר.

אבל בעוד שאצל חלק מהזוגות בתקופת ההריון הארוטיקה משתפרת, אצל אחרים יש ירידה בתשוקה ובסיפוק המיני. ירידה בצורך המיני בהריון נגרמת לעיתים כתוצאה מאי נוחות פיזית, מהפניית האנרגיה לאימהות ותפיסה של ניווד בין נשיות לאימהות, ולעיתים מחשש שמא יחסי מין עלולים לפגוע בעובר. פערים בין נשים וגברים במוטיבציה לקיים יחסי מין עלולה לגרום למתח בין-זוגי.

חלק מקשיי המיניות בהריון מקורם בשינויים אצל האשה, ובקושי למצוא תנוחה מתאימה למיניות בשלבים המתקדמים של ההריון. כפי שיש נשים שהעיסוק במיניות פוחת אצלן בהריון-ישנם גם גברים שסובלים מקשיי זקפה כאשר נשותיהם הרות. גם לכך הסברים דומים: חשש מפגיעה בעובר, חשש מגילוי עריות-מגע מיני בילד המתפתח, קושי להימשך לאשה שהיא גם אמא-קושי לעשות אינטגרציה בין נשיות לאימהות.

משפחה בהריון

בניגוד לעבר, שבו נחשב ההריון לעניין של נשים בלבד, היום רואים את ההריון כתהליך זוגי-משפחה בהריון. ההריון מהווה מבחן מחודש לזוגיות-ליכולת לשיתוף פעולה, לתמיכה, ולסינכרוניזציה בתהליכים נפשיים בין הגבר לאשה. הוא יכול להיות גורם המקרב

נשים עם בעיה
בדימוי גופני, ונשים
שסובלות מהפרעות
אכילה מתקשות
להתמודד עם
השינויים. הן חשות
שאיבדו שליטה על
גופן, או שהוא לא
שלהן. הפרעות
אכילה עלולות, לכן,
להקצין בהריון, כדי
לחזור ולשלוט בגוף



תיאור מקרה

מיכל, בת 34, בעלת מראה שברירי, בהריון בשבוע ה-18, נשואה בשנית. הגיעה אלי בגלל הקאות ובחילות מרובות שלא פסקו "כפי שהבטיחו לה" לאחר 3 חודשים. המצב מנע ממנה לאכול בצורה שגורה בה חשש לגורל העובר.

מיכל חזרה והדגישה בפגישה מספר פרטים בנוגע לחייה שנשמעו לי קריטיים להבנתה:

1. היא עובדת במקום מאתגר ביותר הן מבחינה שכלית והן מבחינה פיזית. עקב הריונה, נאלצה לפרוש מחלקים מאתגרים בעבודתה ונותרה בעשייה מנהלתית משרדית בלבד שאינה מספקת אותה.
 2. היא באה ממשפחה מסורתית, בה הקפידו על כשרות המאכלים, למרות שכעת היא מנהלת אורח חיים חילוני לגמרי.
 3. היחסים עם בעלה שהיו מעוררים כבר לפני ההריון התדרדרו בעקבות הרגשתה הרעה בהריון. בעלה מובטל ומיכל כמפרנסת יחידה חשה מנוצלת. תחושת הניצול היתה גם אחת הסיבות העיקריות לגירושיה הראשונים.
- לאחר שהדרכת אתה בכל ההיבטים התזונתיים נותרתי עם ההרגשה שהרקע להקאות ולבחילות אינו פיזיולוגי. שאלותי לפסיכולוג:

1. אילו סיבות פסיכולוגיות יכולות להיות להקאות ובחילות מרובות בהריון?
2. מה אוכל לעשות בעצמי על מנת לתת לה "עזרה ראשונה"?
3. מה עלי להיזהר לא לעשות כדי לא להחמיר את מצבה?
4. אילו מקורות עזרה נוספים היו יכולים להועיל לה במיוחד?

תשובת הפסיכולוג יעקב ברמץ

מנהל אתר www.shrink4u.co.il

לתופעה של הקאות מרובות מאד בהריון קוראים Hyperemesis Gravidarum. התופעה הזו אינה שונה מהותית מההקאות והבחילות בתחילת ההריון אצל נשים רבות, אלא שונה בכמות. החשש העיקרי הוא מהתייבשות ומחסור חמור בויטמינים. הגורם לכך אינו ידוע וניתן לחשוש בגורמים ביולוגיים (כמו מחסור בויטמין B, חוסר איוון אנדוקריני, פעילות יתר של בלוטת התריס, פעילות יתר חשמלית של השרירים המעצבים את המעיין, מטבוליזם לא תקין) בגורמים סוציולוגיים (כמו רקע סוציו אקונומי, רמת השכלה) ובגורמים פסיכולוגיים (כמו קונפליקטים, קשיים בדמוי העצמי בכלל ובדמוי הגוף בפרט, או צורך בשליטה וקושי להירגע).

לפעמים התופעה מתפתחת במהירות בתוך כמה שבועות לפעמים באיטיות במשך כמה חודשים. ההתחלה בדרך כלל בין שבוע 4 לשבוע עשירי, לפעמים המצב מצריך אשפוז בשל איבוד הנוזלים, עליה בדופק, ריור מוגבר, ולפעמים לנשימה יש ריח מיוחד (קטוזיס). כתוצאה מכך, מתפתחות תופעות שניוניות כגון: פגיעה בתפקוד היומיומי בעבודה, בעבודות הבית, בטיפול בילדים האחרים, בחיי החברה ולעיתים מתח ביחסים בבית. למרות זאת כדאי לזכור, ואולי ניתן כך גם להרגיע את ההרה, שכמעט ואין השפעה על העובר, מלבד, במקרים קשים, משקל נמוך של העובר בלידה, ושהבעיה נפתרת מאליה בשבוע העשרים.

קבוצות סיכון ללקות בבעיה: הריון בגיל צעיר, משקל יתר, הריונות קודמים שנפסקו, תאומים, הריון ראשון, היסטוריה של הבעיה בהריונות קודמים.

הטיפול הפיזיולוגי כולל במקרים קשים אשפוז להשבת הנוזלים (ללא אוכל דרך הפה), מתן ויטמין B6, ויטמין C, תיאמין, הימנעות מריחות וממאכלים מעוררי הקאה, תרופה אנטיהיסטמינית ומנוחה. היפרמסיס גריבידרוס Hyperemesis Gravidarum היא מקרה קיצוני של בחילות והקאות מרובות. אך גם תופעות פיזיולוגיות כאלה, יכולות להיות בגלל גורמים פסיכולוגיים שונים אשר יהיו קשורים בדיכוי לקונפליקטים אצל האישה שבהריון.

בפגישה כדאי לאסוף את מירב הפרטים האישיים. "בין השורות" נמצא הסברים אפשריים רבים לתופעה. במקרה של מיכל הקונפליקטים יכולים להיות רבים:

1. אישה קטנת קומה ורזה בעלת מראה שברירי יוצרת מראה

סטריאוטיפי של חולשה. הפערים בין הסטריאוטיפ לבין המציאות האישית של הפונה יכולים להצביע על קונפליקטים מרכזיים ואולי אפילו על מקור אותם קונפליקטים. מצד אחד מגיעה אישה שברירית הנתפסת כחלשה מצד שני היא עובדת ומתעסקת בעיסוק מאתגר וביצועי הנחשב כגברי. כנראה שישנו קונפליקט פנימי בין תפקיד שהוא רק נשי - הריון לבין תפקיד שבפועל מבצעים ונחשב פעמים רבות כגברי.

2. הקאה היא דחייה של האוכל הנכנס לגוף. יש מגוון רחב של אנשים שאינם אוכלים מאכלים שונים. צמחוניים, טבעוניים, איסורים דתיים, איסורים פנימיים (מאכלים מעוררי אסוציאציות וגועל) ואיסורים רפואיים. במקרה הזה, המטופלת הגיעה מבית דתי אולם לא ניהלה אורח חיים דתי. ואפשר שאמרה לעצמה אינני מאמינה ולכן אוכל מה שארצה, אלא שזה מפחיד אותה. וכידוע במטוס נופל אין אתאיסטים, כולם מתפללים. אז בעת ההריון היא מתקרבת יותר לאבינו שבשמים בתפילותיה לשלום הילד ברחמה והגוף פותר לה את הקונפליקט שבין אורח חייה החילוני לבין האיסורים הדתיים.

3. בעת ההריון ולמעשה גם חצי שנה אחרי ההריון, העובר מנצל את משאבי האם. הוא הראשון בתור לקבלת משאבי הגוף. חמצן, דם, ויטמינים ועוד. לפי הרקע של המטופלת אנחנו יודעים כי היא מאד רגישה לתחושה של ניצול. הבעל הראשון סולק בשל תחושה זו, הבעל השני מועמד לסילוק על אותו רקע. והנה התינוק גם הוא מנצל את גופה.

4. גם בתחום העבודה נמצא קונפליקט של משיכה דחייה לתינוק. כמו שהובן באנמנזה, ההריון היה רצוי בהיבט של הרצון לילד, אולם בהחלט לא היה רצוי מההיבט של עבודתה. המטופלת נאלצה לעבור מתפקיד ביצועי ומאתגר לתפקיד משרדי ומשעמם בעיניה. היא חשה מאד מוגבלת בשל ההריון. כך שניתן לראות את ההקאות המרובות גם כניסיון לא מודע, לדחיית העובר.

לאחר האנמנזה, הדיאטנית יכולה להעלות בשיחה את הנקודות הקונפליקטואליות, אך ללא המסקנות של הניסיון הלא מודע לדחיית העובר, כי מטבע הדברים הדבר יעורר התנגדות חריפה מצד המטופלת. לא לחינם התחושות הללו לא במודע. לכן כדאי בשיחה להעלות, לברר אותן ובעצם הצבתם על השולחן, תתכן הקלה.

חלק חשוב בטיפול במקרה שכזה זה ההרגעה. להעביר מסר כי מדובר בתופעה נורמאלית בבסיסה שחורגת בכמותה אך ניתן לשלוט בה. במקביל ניתן להפנות את מיכל לעזרה בטכניקות שונות כגון הרפיה, ביופידבק או היפנוזה (גם להרגעת רפלקס ההקאה) ולעזרה נפשית מקצועית יותר אצל פסיכולוג.

קוראי המגזין מוזמנים להמשיך לשלוח תיאורי מקרה הדורשים חוות דעת פסיכולוגית. ניתן לשלוח גם בפקס: 08-9444266



כנסים בתזונה ורפואה 8-2007

תאריך	שם הכנס	מיקום	כתובת אינטרנט
2-3.11.07	Advances in Diabetes 2007	קמברידג', ארה"ב	hms-cme@hms.harvard.edu
4-6.11.07	Enhancing the Safety of Parenteral and Enteral Nutrition	קמברידג', ארה"ב	hms-cme@hms.harvard.edu
8-9.11.07	Mayo Clinic Nutrition in Health and Disease	סן פרנסיסקו, ארה"ב	mcs.cme@mayo.edu cme@mayo.edu cme-jax@mayo.edu
25-28.11.07	12 th National Osteoporosis Society Conference on Osteoporosis	אדינבורו, אנגליה	http://www.nos.org.uk/professionals/conference.htm s.phillips@nos.org.uk
13-15.01.08	Child Nutrition Industry Conference 2008	קליפורניה, ארה"ב	http://www.schoolnutrition.org/CNIC.aspx?id=2354
21-23.01.08	Rapid Methods Europe 2008	Noordwijkerhout, הולנד	http://www.bastiaanse-communication.com/html/rme2008.html
10-13.02.08	Clinical Nutrition Week	שיקגו, ארה"ב	aspen@nutr.org
16-23.02.08	Internal Medicine: Obesity and the Metabolic Syndrome	הוואי, ארה"ב	http://www.continuingeducation.net/courseDetails.php?program_number=548
6-8.03.08	2 nd International Conference on Hypertension, Lipids, Diabetes and Stroke Prevention	פראג, צ'כיה	http://www.kenes.com/stroke/prevention
17-19.03.08	Starch 2008: 4 th International Meeting on Starch Structure and Functionality	נוטינגהאם, אנגליה	http://www.rsc.org/images/Starch2008_tcm18-91791.pdf
9-11.04.08	4 th CEFood Congress	Cavtat, קרואטיה	http://www.pbn.hr/CEFood2008
27-30.04.08	20 th Annual Federal Food Regulatory Conference	וושינגטון, ארה"ב	http://www.primelabel.com/conference.html
14-17.05.08	16 th ECO (European Congress on Obesity)	ז'נבה, שווייץ	http://www.eco2008.org
27-31.07.08	2008 Annual Meeting of the Dietary Managers Association	פילדלפיה, ארה"ב	info@dmaonline.org

