



VSLÖ

Frühjahr 2016

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news



BUCHTIPP

„Arzneimittel in
Schwangerschaft
und Stillzeit“

von C. Schaefer

Verlag Urban & Fischer

HOMÖOPATHIE

und Schulmedizin - was
wann hilft und warum ein
Abstillen nicht nötig ist.

EPIGENETIK

und unsere
Verantwortung für die
nächsten Generationen.

DIABETES

Was die Krankheit für
Mutter, Kind und Still-
beraterIn bedeutet.

Liebe Leserinnen und Leser!



DSA_{in} Anita Schoberlechner

Mit viel Energie wollen wir ins Jahr 2016 starten und Ihnen interessante Artikel und Neuigkeiten aus der Stillwelt in unserer neu gestalteten VSLÖ news präsentieren.

Worauf wir uns 2016 freuen ...

VSLÖ goes Facebook! Ab sofort sind die aktuellen Fortbildungen und Kongresse auch über www.facebook.com/stillen.at zu finden.

Fortbildungen im Überblick: Den Start macht heuer die Fachtagung in Innsbruck, die bereits am **10. März 2016** stattfindet. Vom **12. - 14. Mai 2016** geht der Europäische Stillkongress in Athen/Griechenland über die Bühne und den Abschluss bildet eine 2-tägige Fortbildung mit VSLÖ-Generalversammlung am **18. und 19. November** in Leoben in der Steiermark.

TeilnehmerInnen aus ganz Österreich und den Nachbarländern verbrachten im November 2015 zwei spannende, interessante Tage beim Linzer Stillkongress. Wir hörten über die aktuellen Studienergebnisse der Innsbrucker Soor-Studie bzw. über Schmerzen beim Stillen. Die Themen „Medikamente in der Stillzeit“ und „Homöopathie in der Stillzeit“ ergänzten die Empfehlungen. Einen Höhepunkt bildeten auch die beiden Vorträge der Berliner IBCLC-Kolleginnen, die über ihre Arbeit mit diabetischen Schwangeren und Müttern berichteten. In dieser Ausgabe der VSLÖnews finden Sie u.a. Zusammenfassungen dieser Vorträge und einen Bericht über „Methoden der Empfängnisregelung in der Stillzeit“.

Viel Spaß beim Lesen und Fortbilden
Anita Schoberlechner
Präsidentin VSLÖ

Unsere Gene

... und wie wir sie beeinflussen

Dr.ⁱⁿ Gabriele Kussmann, Gynäkologin und IBCLC aus Stuttgart, hat bei ihrem Vortrag beim VSLÖ-Kongress in Linz zum Thema „Bindung und Stillen unter epigenetischer Sicht“ ihr Publikum aufgerüttelt, denn ihre Aussage, dass wir unsere Gene und die unserer Kinder und auch Enkel durch unser Verhalten und unseren Lebenswandel steuern können, bedeutet eine große Verantwortung.

Nur an den Genen kann es nicht liegen, wie sich ein Mensch entwickelt, denn 98% unserer Gene sind dieselben wie bei den Primaten und 95% sind sogar mit denen der Stubenfliege ident. Einfach erklärt sind die Gene die „Hardware“, das Epigenom – es besteht aus einem 2 m langen DNS-Faden, der um die Histone herumgewickelt ist – die „Software“. Epigenetik gilt als das stoffliche Bindeglied zwischen Umwelteinflüssen und Genen:

Sie bestimmt mit, unter welchen Umständen welches Gen angeschaltet wird und wann es wieder stumm wird („Genschalter“). Experten sprechen hier von „Genregulation“. Thomas Jenuwein, Epigenetiker aus Freiburg, sagt: „Die Epigenetik beschert uns die Freiheit, als einmalige, unverwechselbare Individuen zu leben“.

Gene sind lebenslang in Bewegung und beeinflussbar, besonders sensible Phasen für Veränderungen sind die Schwangerschaft, die Geburt und die ersten Jahre danach, sowie die Pubertät.

Ernährung und Epigenetik

Aus der Tierwelt kennen wir Beispiele, dass sich z.B. genetisch gleiche Bienenlarven durch unterschiedliche Ernährung ab einem kritischen Zeitpunkt entweder zu Arbeiterbienen oder Königinnen entwickeln. Daraus

ergibt sich für den Menschen, dass er in der sensiblen Phase nach der Geburt gestillt werden sollte. Bodo Melnik sagte 2013: „Muttermilch ist nicht nur Nahrung, sondern ein Signalsystem zwischen Mutter und Neugeborenem. Es ist ein Geburtsrecht des Kindes, dass es Muttermilch erhält.“

Beziehung und Epigenetik

Nicht nur die Ernährung, auch menschliche Beziehungen haben nachhaltigen Einfluss auf das Epigenom und somit auf das Leben und die Gesundheit. Ein Säugling zum Beispiel, der zu wenig Liebe und Geborgenheit erhält, kann nicht nur Bindungsprobleme bekommen, sondern auch biologisch nachweisbar Störungen im Stresshormon-System haben. Dirk Hellhammer, Psychobiologe, sagt: „Veränderungen der Epigenetik während der Schwangerschaft und in den ersten Monaten nach der Geburt

eines Kindes scheinen der wichtigste Faktor bei der späteren Stressverwundbarkeit eines Menschen zu sein. Und je jünger die Gene sind, desto leichter sind sie beeinflussbar. Intrauterin und post partum sind Ungeborene / Neugeborene „formbarer“ als später. Eltern haben es also in der Hand aus ihren Kindern Menschen zu machen, bei denen Stresskrankheiten vergleichsweise wenig Chancen haben.“

Daraus ergibt sich eine neue medizinische Verantwortung schon bei Schwangeren. Denn ob ein Kind im Mutterleib Zuwendung oder Achtlosigkeit, ausgewogene Ernährung oder Fast Food, Liebe oder Gleichgültigkeit, Angst und Schrecken erfährt, wirkt sich durch die Speicherung in epigenetischen Vorgängen eben zum Vorteil oder Nachteil des Kindes aus. Schwangere müssen vordringlich beraten werden bezüglich Ernährung und Lebensweise.

„Das Kind ist, was die Mutter isst“

„Mens sana in Corpore sano“ – in einem gesunden Körper steckt ein gesunder Geist.

Dicksein beginnt oft schon im Mutterleib. Diese Erkenntnis ist nicht neu, doch nun weiß man, dass die Übertragung nicht nur genetisch bedingt ist, sondern durch den epigenetisch – durch falsche Ernährung und wenig Bewegung – geprägten Stoffwechsel. Gerade für diese Kinder ist Stillen besonders vorteilhaft – als Vorbeugung gegen Übergewicht und all seine Folgen.

Gesunde Nahrungsmittel mit epigenetischem Effekt sind z.B. Speisen mit Vitamin B12, wie Fisch, Fleisch, Milchprodukte, Grüner Tee, Kurkuma und Sojaprodukte. Daneben ist es wichtig, dass die Mutter genügend Eiweiß in ihrer Schwangerschaft zu sich nimmt, sich ausgewogen und gesund ernährt, dabei weder zu viel, noch zu wenig isst. Auch chronischer Stress in der Schwangerschaft kann sich auf das Baby auswirken – chron. entzündliche Erkrankungen, Adipositas, Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Depressionen (auch bei der Mutter) und Lernbeeinträchtigungen



können die Folge sein. Hinweise auf epigenetische Einflüsse auf ADHS / Hyperaktivität mehren sich. Ebenso wirkt sich chronischer Stress durch mangelnde postpartale Bindung des Neugeborenen an die Bezugspersonen aus: Es können ähnliche Folgen für das Kind entstehen wie bei intrauteriner Stressbelastung, Hypertonie, und Herz- Kreislauferkrankungen bis zum Metabolischen Syndrom. Alkohol in der sensiblen Phase – 3. SSW – kann schon in kleinsten Mengen eine breite negative Wirkung auf die Gehirnentwicklung haben. Wenn die Mutter raucht, dann bewirkt dies nicht nur eine Verminderung des Wachstums des Kindes, sondern es vermindert auch ein Stress-Schutz-Enzym.

Auswirkungen der Sectio

Besonders wichtig in Zeiten hoher Kaiserschnittraten ist die Erkenntnis, dass auch diese Form der Geburt epigenetischen Einfluss auf die Kinder hat. So haben Babys, die per Sectio geboren werden, 2x häufiger Atemstörungen, doppelt so viel Asthma, mehr Lebensmittelallergien. Auch ist das Risiko, an Typ 1 Diabetes oder Adipositas zu erkranken um 20% erhöht. Dies ist wiederum positiv beeinflussbar durch Stillen. Hautkontakt und Bonding während des Kaiserschnitts hat positiven Einfluss – sowohl hormonell über Oxytocin/Cortison, als auch über das Mikrobiom (Haut- und Darmkeime) – auf o.g. Folgeerkrankungen und ist zu fördern.

Epigenetische Effekte des Stillens

- Muttermilch (MM) beugt autoimmun- und allergischen Erkrankungen vor.

- MM beugt Übergewicht bei Mutter und Kind vor.
- Stillen und MM können Auswirkungen des Kaiserschnitts bzw. Allergien, Risiko für Typ 1 Diabetes und Atemstörungen mildern.
- Bestandteile der MM haben epigenetische Einflüsse, z.B. Prebiotika, sIgA, Zytokine, Laktoferrin, Prostaglandin J, Cholesterol.
- Muttermilch enthält genetisches Material, z.B. Stammzellen, Micro-RNA.

Micro-RNA überbringt genetische Informationen der Mutter via Exosomen zum Kind. Bode Melnik sagt: „Die derzeit verfügbare Formula-Ernährung ist kein adäquater Ersatz für Muttermilch. Sie gewährleistet nicht die korrekte metabolische, immunologische und neurovaskuläre Reifung des Neugeborenen“. Er meint sogar, dass die Rezeptpflicht für Formula-Nahrung eingeführt werden sollte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass neben der Ernährung also auch unsere Lebensweise Einfluss auf unseren Körper hat – beides wirkt in den Zellen, im Gehirn und in weiterer Folge auf unsere Kinder und Enkelkinder. Der Mensch ist ein soziales Wesen: Je mehr Sicherheit und Zuwendung wir als Babys erfahren, umso stressresistenter (gesünder) werden wir später. Nach Prof. J. Bauer, Freiburg, ist „Zuwendung und Liebe für unser Gehirn der stärkste Motivator“. Wenn wir also Verantwortung für unseren Lebenswandel übernehmen, Stress abbauen und Fürsorge zeigen, vererben wir Liebe und Gesundheit.

Isolde Seiringer

Abstillen? Nein!

Medikamente in der Stillzeit



© Grausgruber

Wie vielen Müttern wird geraten abzustillen, wenn eine Medikamenteneinnahme in der Stillzeit indiziert ist? Wie viele Mütter nehmen verordnete Medikamente nicht oder nicht lange genug, weil sie Angst haben, ihrem Kind damit zu schaden? Zu dieser Thematik hörten wir beim VSLÖ Kongress einen gleichermaßen interessanten, wie für unsere Arbeit mit stillenden Müttern sehr aufschlussreichen Vortrag von Dr.ⁱⁿ Gudrun Böhm, Assistenzärztin für Gyn/Geburtshilfe und IBCLC am Konventspital der Barmherzigen Brüder in Linz.

Die Frage sollte vielmehr lauten: Welche Nachteile hätte ein frühzeitiges Abstillen fürs Kind gegenüber dem Risiko einer Therapie der Mutter mit einem bestimmten Medikament? So könnte es z.B. bei einer mütterlichen Einnahme des Wirkstoffs Cefazolin zu einer möglichen Sensibilisierung, Veränderung der Darmflora oder Candida-Infektion beim Kind kommen. Doch auch durch das im Beipackzettel beschriebene notwendige Abstillen und folgende Füttern von Formulanahrung, würde es beim Kind zu einer veränderten Darmflora kommen. Zudem haben Kinder, die weniger als 4 Monate gestillt werden, ein um 30% höheres Risiko, Asthma zu entwickeln. Eine

Risikoerhöhung für zahlreiche andere Krankheiten (u.a. Atemwegserkrankungen, Diarrhoe, Otitis media, SIDS u.v.m.) besteht ebenso.

Ein Medikament muss zahlreiche Barrieren überwinden, ehe es im Körper des gestillten Kindes wirksam werden kann:

Orale Verfügbarkeit des Medikamentes bei der Mutter (tatsächlich über den Darm ins Blut aufgenommene Menge) → Übergang des Medikaments von der Blutbahn der Mutter in die Brustdrüse und weiter in die Milch → Orale Verfügbarkeit des Medikaments aus der Milch beim Säugling (CAVE: Darmwand ist jedoch durchlässiger und sowohl der Ab- und Umbau von Substanzen, als auch die Ausscheidung über die Niere verlangsamt, v.a. bei Frühchen oder Neugeborenen).

Eine schlechte Fettlöslichkeit, hohe Molekularmasse, saure Eigenschaften sowie eine hohe Eiweißbindung und hoher Ionisationsgrad im mütterlichen Plasma, erschweren ebenso den Übergang eines Medikaments in die Muttermilch.

Weiters ist entscheidend für den Übergang in die Muttermilch:

- Dosierung des Medikamentes
- Halbwertszeit (als Faustregel gilt, dass nach 5 Halbwertszeiten statistisch gesehen nichts mehr von einem Medikament im Blut der Mutter nachweisbar ist. CAVE: Medikamente mit sehr langen Halbwertszeiten können sich v.a. bei Frühchen anreichern).
- Art der Applikation (bei oraler Aufnahme weniger als bei i.v. Therapie)
- Häufigkeit und Dauer der Einnahme (Einzeldosen sind weniger entscheidend als wiederholte Gaben oder Dauermedikation).
- Stadium der Laktation (der Übertritt eines Medikamentes in die Muttermilch ist in den ersten Wochen erleichtert, nimmt aber bereits ab der Zeit der Bildung von reifer Muttermilch bereits wieder ab).

Nebenwirkungen?

11% von insgesamt 838 Müttern, die während der Stillzeit eine medikamentöse Therapie erhielten, berichteten über Symptome beim Säugling, die möglicherweise medikamenteninduziert waren. Therapiebedürftig war aber keines der Symptome.

Ebenso muss nicht jede Verhaltensänderung des Kindes ein toxischer Effekt des eingenommenen Medikaments sein. Ist die Mutter krank, reagiert auch das Kind auf den Zustand der Mutter.

Abpumpen zur Reduzierung der Medikamentenkonzentration ist nicht sinnvoll durch den Konzentrationsausgleich zwischen Muttermilch und Plasma, außerdem stört es unnötigerweise die Stillbeziehung.

In einigen Fällen kann aber ange-dacht werden, ein gewisses Medikament dann zu nehmen, wenn für gewöhnlich eine längere Stillpause folgen wird. So können Konzentrations-spitzen durch das Abwarten von 1-2 Halbwertszeiten umgangen werden.

Praxis-Tipps

Stillfreundliche Medikamente und Therapien

Schmerztherapie

Als Analgetika der 1. Wahl in der Stillzeit gelten die Wirkstoffe Paracetamol und Ibuprofen. Doch auch andere Schmerzmittel wie z.B. Voltaren®, Parkemed® oder Indozid® sind, wenn auch nur als 2. Wahl, mit dem Stillen vereinbar. Selbst Opioide bzw. Opioidderivate stellen in Einzeldosen keine Einschränkung des Stillens dar.

(Lokal-)Anästhesie

Lokalanästhetika können bei üblicher Anwendung (z.B. einer Zahnbehandlung, Muttermalentfernung, ...) bedenkenlos angewandt werden. Stillen nach einer Vollnarkose ist sofort möglich, sobald die Mutter wach genug ist, um ihr Kind wieder selbst zu halten. Auch hier ist Abpumpen nicht notwendig (nach einem Kaiserschnitt unter Allgemeinnarkose darf ja auch gleich gestillt werden).

Antibiotika

Eventuelle Risiken bei der Einnahme durch die Mutter sind die Beeinflussung der kindlichen Darmflora (dünnere Stühle), Beeinflussung bakterieller Untersuchungen beim Kind, Resistenzentwicklung und Sensibilisierung. Allerdings erhält das gestillte Kind bei vielen Antibiotika weniger als 1% der auf das Körpergewicht bezogenen therapeutischen Dosis, was zur Folge hat, dass es zu keiner bakterienhemmenden Wirkung im kindlichen Plasma kommt.

Penicillinderivate (PenicillinG®), Cephalosporine (Keflex®, Zinnat®) und Makrolide (Zithromax®, Klacid®) zählen zu den Antibiotika der Wahl in der Stillzeit.

Tetracycline, Sulfonamide und Metronidazol zählen zu den Antibiotika der zweiten Wahl, aber auch hier kann weitergestillt werden, wenn die Antibiotika der ersten Wahl nicht ausreichend wirksam oder unverträglich sind.

Lediglich Gyrasehemmer (Ciproxin®) und Chloramphenicol sollten in der Stillzeit gemieden werden.

Weitere Empfehlungen

Antimykotika der Wahl sind z.B. Fluconazol, Nystatin und Clotrimazol. Sie erfordern keine Einschränkung des Stillens. Bei Einnahme der bekannten Virustatika Aciclovir (Zovirax®), Valaciclovir (Valtrex®) und des Grippemittels Tamiflu® ist Weiterstillen uneingeschränkt möglich. Impfungen der Mutter erfordern ebenso keine Einschränkung oder Beendigung des Stillens. Zu den bildgebenden Untersuchungen der Mutter, bei denen ohne Probleme weitergestillt werden kann, zählen Ultraschall, Röntgen, sowie CT und MR ohne Kontrastmittel.

Problematische Medikamente

Diese erfordern entweder eine Stillpause oder Abstillen:

- Zytostatika
- Radionuklide (Stillpause, je nach Art unterschiedlich lange)
- Iodhaltige Kontrastmittel (Stillpause)
- Opioide (außer Einzelgaben)
- Kombination mehrerer Psychopharmaka oder Antiepileptiker

Negativen Einfluss auf die Milchproduktion bzw. den Milchspendereflex haben:

- Amphetamine
- Diuretika (z.B. Lasix®)
- Östrogene (früher hochdosiert

zum Abstillen eingesetzt, CAVE: Embolierisiko!!)

- Dopaminagonisten (Methergin®, Dostinex®, Parlodel®)
- Alkohol, Opiate, Nikotin

Wichtig für uns als BeraterInnen ist es zu wissen, dass sich für fast jede Behandlungsindikation eine Therapie finden lässt, die ein Weiterstillen erlaubt. Abstillen ist in den seltensten Fällen notwendig. Das Buch „Arzneimittel in der Schwangerschaft und Stillzeit“ sowie die Internetseite www.embryotox.de sollten jeder Fachperson, die mit stillenden Müttern zu tun hat, bekannt sein.

Susanne Grausgruber

*Naturreine Pflegeprodukte
für Schwangerschaft, Wochenbett
und für die sinnvolle Babypflege*



*Fordern Sie kostenlos
unseren feeling Babyfolder an!
www.feeling.at*

feeling
ZAUBER DER DÜFTE

Bezahlte Anzeige

**Wir freuen uns über Feedback,
Artikel, Themenvorschläge
und Termininfos!**

Mail an:
eva.maximiuk@gmx.at

Nächster Redaktionsschluss:

VSLÖ News 15.04.2016

VSLÖ intern 29.04.2016

Homöopathie

... nur aus geschulten Händen

„Similia similibus curentur“ – Ähnliches mit Ähnlichem behandeln: Dies, auch Simile-Regel genannt, ist einer der Grundsätze der klassischen Homöopathie. Die von Samuel Hahnemann (1755–1843) begründete Methode ist auch ein wertvolles komplementärmedizinisches Hilfsmittel für Pathologien in der Schwangerschaft und Stillzeit. Doch sie muss – wie jede medizinische Handlung – korrekt und mit Bedacht verordnet werden und darf keinesfalls rein symptombezogen, „schulmedizinisch“ angewandt werden.

Richtig angewandt kann Homöopathie bei der stillenden Frau eine wertvolle Hilfe sein – gedankenlos und falsch eingesetzt kann sie aber auch Heilung verhindern und Schaden zufügen. Das betonte auch Frau Mag.^a Dr.ⁱⁿ Micha Bitschnau, Fachärztin für Gyn/Geburtshilfe sowie Homöopathin mit dem Diplom der weltweit renommierten Royal Faculty of Homeopathy in London, im Rahmen ihres spannenden Vortrags beim Stillkongress in Linz. Werden homöopathische Arzneien unsachgemäß und nicht nach den Prinzipien der Klassischen Homöopathie angewandt, kann dies ausgeprägte Krankheitssymptome hervorrufen, die bei Nicht-Wissen oft nicht auf das angewandte Homöopathikum als Verursacher zurückgeführt werden und nicht selten eine Reihe weiterer medizinischer Handlungen zur Folge haben.

So sind die Arzneien Belladonna und Phytolacca zwei von StillberaterInnen sehr häufig verordnete Arzneien, obwohl sie bei Stillproblemen oder Abstillwunsch nur selten das heilende Mittel sind. Nicht nach dem Simile-Prinzip verordnet, können sie, neben dem Symptom des Versiegens der Milch, zu schwerwiegenden Verschlimmerungen bzw. zu anderen Symptomen, die die Arznei ebenfalls auslöst, führen. Eine Gesundheitsge-

fährdung der Patientin kann die Folge sein! Phytolacca z.B. ist nur bei Mastitis mit steinharter, schmerzhafter Schwellung indiziert. Bei falscher, nicht indizierter Anwendung kann die Gabe von Phytolacca sogar eine schlummernde Brustkrebserkrankung aktivieren.

Ganzheitlich betrachtet

In der Homöopathie wird die Patientin immer in ihrer Ganzheitlichkeit, also die Gesamtheit ihrer körperlichen und psychischen Symptome, behandelt und zwar im Sinne des Ähnlichkeitsprinzips mit jener Arznei, die im Rahmen einer Arzneimittelprüfung genau diese Symptome beim Gesunden ausgelöst hat. Dadurch wird der kranke Organismus zur Heilung angeregt. Bei der Einnahme eines homöopathischen Mittels in Schwangerschaft und Stillzeit wird dabei nicht nur die Mutter, sondern auch das Ungeborene bzw. der Säugling beeinflusst.

Da homöopathische Arzneien muttermilchgängig sind, können beim Säugling bei zu häufiger Arzneieinnahme durch die Mutter, „Arzneimittelsymptome“ auftreten. Dies sind Krankheitssymptome, die für die gegebene Arznei typisch sind und bei zu häufiger Gabe auch am gesunden Menschen auftreten würden.

Deshalb lautet die Empfehlung von Frau Dr. Bitschnau, bei der schwangeren oder stillenden Frau keine Potenzen über C30 anzuwenden und keine häufigen Arzneiwiederholungen durchzuführen.

Behandlung des Säuglings

Im Umkehrschluss gilt: Soll ein Säugling mit einer homöopathischen Arznei behandelt werden, sind ihm die Globuli seitlich in den Mund zu legen. Denn eine Verabreichung über die Mutter und die ideale Trägersubstanz



© Christiane Braumann

Muttermilch, kann zu unerwünschten Arzneimittelsymptomen bei der Frau führen.

Wichtig ist auch, dass – wie Hahnemann lehrte – nur gut geprüfte homöopathische Arzneimittel zur Anwendung kommen. Dieser Umstand ist z.B. bei der wahllosen Einnahme der Plazenta- oder auch Muttermilch-Arznei zu beachten – beides noch wenig geprüfte Arzneien. Arzneien, die aus körperlichen Produkten gewonnen werden, sollten nie ohne eine ärztliche Verordnung und Kontrolle eingenommen werden. Insbesondere auch die Verreibung der eigenen Plazenta zu einer homöopathischen Arznei ist sehr kritisch zu betrachten. Man erreicht hiermit – da in keiner Arzneimittelprüfung erforscht – unbekanntes, nie systematisch beobachtete Wirkungspotential. Dr. Bitschnau wies in diesem Zusammenhang im Weiteren auf die Funktion der Plazenta als Schadstofffilter hin. Wird Plazentargewebe zu einer homöopathischen Arznei potenziert, werden die Schadstoffe mitpotenziert. Homöopathie in der Stillzeit – eine wertvolle Unterstützung in der Begleitung stillender Frauen. Aber bitte richtig und aus geschulten Händen angewandt!

Dr. Christiane Braumann, IBCLC

Verhütung

... in der Stillzeit

Auch damit sind StillberaterInnen in der Praxis oft konfrontiert. Denn in der Stillzeit vermindert das Hormon Prolaktin, das die Milchproduktion anregt, die Produktion des luteinisierenden Hormons und des follikelstimulierenden Hormons, die für Reifung der Eizelle und Eisprung verantwortlich sind. Dadurch sind Mütter während der Stillzeit nicht automatisch empfängnisbereit. Die Rückkehr der Fertilität hängt allerdings neben der Hormonlage von individuellen Faktoren ab, sodass ein genauer Zeitpunkt nicht festgemacht werden kann.

Es ist sehr hilfreich, sich schon vor Einsetzen der ersten Menstruation postpartal über die Möglichkeiten der Empfängnisverhütung in der Stillzeit zu informieren. Der Pearl- Index (PI) gibt die Sicherheit einer Verhütungsmethode an – je niedriger der PI ist, desto sicherer ist die Methode. Allerdings muss neben der Methoden-, auch die Anwendungssicherheit berücksichtigt werden, da „Pannen“ oft auf Anwendungsfehlern beruhen.

Nicht-hormonelle Methoden

Laktations-Amenorrhöe-Methode: Sie stellt weltweit die wichtigste Verhütungsmethode dar. Die LAM gilt während der ersten sechs Monate nach der Geburt als wirksam, wenn folgende Faktoren vorliegen: Die Frau hatte noch keine Menstruation und das Kind wird ausschließlich gestillt (keine Zufütterung!). Tagsüber saugt das Baby mind. alle 4 Stunden, nachts mind. alle 6 Stunden an der Brust. Es darf kein Schnuller gegeben werden. PI: 2

Natürliche Familienplanung: Sie beruht auf einer genauen Beobachtung des eigenen Körpers. Es wird die Temperatur, die Änderung im Zervixschleim und an der Zervix dokumentiert und interpretiert, z.B. nach Sensiplan. Eine gute Methode, wenn sie

bereits vor Eintreten der Schwangerschaft erlernt und praktiziert wurde. PI: 0,4

Kondom: Es zählt zu den Barrieremethoden beim Mann. Interessanterweise differiert hier lt. Österr. Verhütungsreport 2015 der PI von der Einschätzung der Wirksamkeit durch den Anwender. Obwohl der PI nur 15 beträgt, halten 64% der Anwender sie für sehr wirksam. **Weitere Barrieremethoden** sind Femidom (überzeugt nicht in der Anwendung, PI: 5-25), Diaphragma (veraltet, PI: 2-12), Lea Contraceptivum (dzt. in Ö nicht erhältlich, PI: 2-15), Caya (neu, PI: 2-12) – alle diese Methoden sollten in Verbindung mit Cremes mit spermienabtötender Wirkung angewandt werden.

Intrauterine Methoden: Intrauterin-pessar (IUP aus Kupfer oder Gold), Kupferkette (durch die variable Größe und Beweglichkeit auch für Frauen geeignet, denen herkömmliche IUP nicht passt), Intrauterinball (neu, kein Kunststoffgerüst), Liegedauer: 3-5 Jahre, PI: 0,3-0,8

Sterilisation/Vasektomie: PI bei Frauen 0,5, bei Männern 0,15 – Achtung: Nach der Vasektomie können noch 100 Tage Spermien vorhanden sein). Neu: Essure (Verschluss der Eileiter durch spiralförmiges Implantat als Alternative zum Schnitt, noch sehr umstritten und teuer, ca. € 800,-). Bei diesen Methoden muss noch drei Monate nach dem Eingriff verhütet werden.

Hormonelle Methoden

Östrogenfreie Präparate: Da Östrogen die Milchproduktion negativ beeinflussen kann, ist während der Stillzeit ein östrogenfreies Verhütungsmittel zu bevorzugen. Minipille (z.B. Cerazette PI: 0,4), 3-Monats-spritze (PI: 0,3-0,8), Hormonimplantat für 3 Jahre (PI: 0,04), Hormonspirale Mirena für 5 Jahre (PI: 0,16), neu: Jaydess (PI:

0,4) – kleiner und niedrigerer Hormongehalt, deshalb auch für junge Frauen geeignet.

Kombinationspräparate: Kombinierte orale Kontrazeptiva (KOK, dzt. sind in Ö 72 KOK zugelassen; neu: Saisonique (Pille für 91 Tage, seit 05/2015 in Ö), Hormonpflaster Evra (PI: 0,9) und Apleek (Verhütungspflaster mit neuem Gestagen).

Notfallverhütung: Die „Pille danach“ unterdrückt den Eisprung, ein bereits befruchtetes Ei wird dadurch nicht abgetrieben. Sie kann bis zu 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden und ist rezeptfrei ab 14 Jahren erhältlich. Eine einmalige Einnahme in der Stillzeit ist möglich.

„Verhütung per App“

Es gibt ca. 250 Apps, die Unterstützung bei der Verhütung versprechen. Menstruationskalender (fragwürdig, da die Zyklen einer Frau sehr unterschiedlich sein können), Reminder zur Pilleneinnahme und Hormonpflasterwechsel, Apps für NFP, dazu neu: iButton (in Silikon verpackter Mikrochip zur Temperaturmessung, der über Nacht in der Scheide getragen wird).

Keine Wirkung

Hormoncomputer wie „Persona“ sind in der Stillzeit ungeeignet, da sie das FSH im Harn messen. Ebenso ungeeignet sind Verhütungsketten (www.cyclebeads.com), da für deren Gebrauch ein stabiler Zyklus zwischen 26 und 32 Tagen nötig ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Mit der Sexualität in der Stillzeit verhält es sich wie auch sonst im Leben. Sie ist vielfältig, als auch individuell. Und so liegt die Herausforderung darin, aus der Vielzahl der unterschiedlichen Verhütungsmethoden die für sich passende herauszufinden.

Eva Maximikuk

Diabetes

und die Stillberatung

Nach einer Mahlzeit wird von der Bauchspeicheldrüse Insulin gebildet, welches den Zucker des Blutes dem Körper verfügbar macht. Bei der Krankheit Diabetes mellitus ist dieser Regelkreis gestört. Was bedeutet die Diagnose Diabetes bei der schwangeren Frau oder stillenden Mutter für die Stillberatung? Zahlen, Daten und Fakten zur aktuellen Studienlage, zusammengefasst von Andrea Hemmelmayr:

Es gibt verschiedene Formen des Diabetes. Beim **Typ 1 Diabetes** kommt es zu einem Insulinmangel durch autoimmune Zerstörung der Beta Zellen, der insulinproduzierenden Zellen der Bauchspeicheldrüse (es sind mehr als 90 % dieser Zellen zerstört). Beim **Typ 2 Diabetes** besteht ein relativer Insulinmangel durch Insulinresistenz der Körperzellen.

Bei beiden Formen steigt einerseits der Blutzuckerspiegel an, herrscht in den Zellen jedoch ein Mangel an Glukose. Unter **Gestationsdiabetes** versteht man alle Diabetesformen, die in der Schwangerschaft nachgewiesen werden. Es sind etwa 4,4% aller Schwangerschaften betroffen. Weitere ärztliche Abklärung ist hier dringend nötig!

In Österreich gibt es seit 2010 ein Blutzucker-Screening („Zuckerbelastungstest“) in der Schwangerschaft. Dabei wird im nüchternen Zustand sowie nach Glukosegabe der Blutzucker gemessen. In Deutschland wird dieses Screening nicht so genau durchgeführt wie in Österreich, daher werden viele Diagnosen verschleppt.

Risiken

Da durch die mütterliche Hyperglykämie auch beim Fetus der Blutzuckerspiegel ansteigt, der mit einer erhöhten fetalen Insulinproduktion beantwortet wird, können zahlreiche Probleme vor, während und nach der Geburt entstehen:

- Häufigere urogenitale Infektionen der Schwangeren mit Risiko für Frühgeburt
- Polyhydramnion
- Schulterdystokie mit Asphyxie und Fraktur
- Hyperinsulinismus – Polyglobulie mit Asphyxie (durch erhöhtem Sauerstoffbedarf)
- Makrosomie mit Folgen der Geburtsverletzungen und Asphyxie dadurch erhöhte Kaiserschnitttrate und frühzeitige Geburtseinleitungen
- Fehlbildungen betreffen häufiger Schwangerschaften mit vorbestehendem Typ 1- und Typ 2 Diabetes. 10-mal häufiger Fehlbildungen beim Kind, mögliche Herz- und Neuralrohrdefekte
- Gestationsdiabetes tritt erst etwas später auf, daher das Risiko für Fehlbildungen nur gering erhöht 1:1 bis 1:3
- Durch hohe Insulinwerte produziert die Lunge weniger Surfactant. Daher ist die Lungenreife um etwa einen Monat verzögert – Atemstörungen wie bei Frühgeborenen (fehlende Organreifeung)
- Auch die Leber ist unreif – erhöhte Gelbsuchtneigung auch durch mehr rote Blutkörperchen, die abgebaut werden müssen



© Hemmelmayr

- Besonders bei vorbestehendem Diabetes und je höher der Blutzuckerspiegel während der Schwangerschaft, desto schlechter ist die Durchblutung der Plazenta. Folgen der gestörten Plazentaperfusion sind Wachstumsretardierung und in der Folge erhöhte Raten an Kaiserschnittgeburten, Geburtseinleitungen und Frühgeburten
- Häufigere Trennungen von Mutter und Kind nach der Geburt
- (Prä-) Eklampsien inklusive mütterlicher Komplikationen, erhöhter Kaiserschnitttraten und Frühgeburtsrisiko
- Die perinatale Mortalität der Kinder ist 4 bis 6-fach erhöht (bis zu 2,8%)!

Unterzuckerung in der Neonatalperiode

Die während der Schwangerschaft erhöhte Insulinproduktion des Kindes erhöht nach der Geburt die Gefahr einer kindlichen Hypoglykämie. Wann spricht man beim Neugeborenen von einer Hypoglykämie:

perbelle
med

Wäsche für
Frühchen

in der Klinik



www.perbelle-med.de

Bezahlte Anzeige

**1 Stunde postpartum →
5. Perzentile – 29 mg/dl
ab 3. Lebensstunde →
Stabilisierung des Wertes
5. Perzentile – 40 mg/dl**

Die wichtigste Maßnahme gegen eine Hypoglykämie ist bereits im Kreissaal frühes Anlegen innerhalb der ersten 30 Minuten postpartum. Dies bewirkt eine nachhaltige Stabilisierung des Blutzuckers und signifikante Reduktion des Hypoglykämie-Risikos. Falls dies nicht möglich ist – Frühfütterung mit Kolostrum oder hydrolysiertes Formula-Nahrung.

Klinische Beobachtung des Neugeborenen

- Lethargie, Trinkschwäche, Hypotonie
- Tremor, Irritabilität, Apnoen, Hypothermie
- Schrilles Schreien, Krampfanfälle (bleibende zentrale Schäden möglich) – rasch reagieren!
- CAVE: manchmal symptomlos!

Regelmäßige Blutzuckerbestimmungen:

- bei auffälliger Klinik SOFORT
- präprandial nach festem schriftlich fixiertem Schema
- 2 – 3 Stunden nach Geburt – noch vor Verlegung aus dem Kreissaal
- weitere Messungen nach 6, 12 und 24 Stunden.

Leitliniengerechte Betreuung des Babys:

- Anlegen 30 Minuten nach der Geburt (oder Verabreichen von gewonnenem Kolostrum), dann mind. alle 2 – 3 Stunden. Zufüttern von Kolostrum, ggf. Formula nur, wenn nötig – Maltodextrin nur im absoluten Notfall, damit das Kind nicht in einen noch schlechteren Zustand kommt, und nur vom Notarzt ohne andere Möglichkeiten der Frühfütterung
- Regelmäßige präprandiale Blutglukosemessungen besonders bei auffälliger Klinik umgehend

- Bei Werten < 36 mg/dl (bzw. < 45 mg/dl und auffälliger Klinik/Rezidiv/nach einer Asphyxie) sofort Intervention in Form von Nahrung, ggf. auch via Magensonde
- Bei Werten < 30mg/dl in der Regel Verlegung auf die Neonatologie zur i.v. Therapie mit Glukoselösung.

Die aktuelle Studienlage besagt, dass das intrauterine Milieu auch noch Jahrzehnte später den Stoffwechsel der Kinder beeinflusst. Zum Beispiel ist nach maternalem Gestationsdiabetes das Risiko für Adipositas bei Schuleintritt signifikant erhöht. Stillen wiederum reduziert das Risiko für kindliches Übergewicht, Adipositas sowie Typ 2 Diabetes deutlich.

Stillen senkt das Risiko für Adipositas und eine gestörte Glukosetoleranz auch bei Kindern diabetischer Mütter. Bei Müttern mit Typ 1 Diabetes senkt längeres Stillen das Wiederholungsrisiko für einen Typ 1 Diabetes beim Kind.

Andrea Hemmelmayr

feminella Hereditum

Feminella® Hereditum® mit **Lactobacillus fermentum Lc40**

- ▶ Unterstützung der Herstellung des **mikrobiellen Gleichgewichtes** in der Muttermilch
- ▶ Signifikante **Reduktion von Brustschmerzen**¹
- ▶ Signifikante **Reduktion der Rezidivrate von Brustentzündungen**¹

↑ **Gluten-, Milch- und laktosefrei**

www.richtig-stillen.at

ANGELINI

Nahrungsergänzungsmittel sind kein Ersatz für eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung, die zusammen mit einer gesunden Lebensweise wichtig ist.
¹ Arroyo, R. et al. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics versus oral administration of Lactobacilli isolated from breast milk. Clinical Infectious Diseases. 2010;50(12):1551-1558

Bezahlte Anzeige

Schmerzen

... (zu) oft ein Grund fürs Abstillen

Schmerzen sind einer der häufigsten Gründe, warum Mütter früher als geplant abstillen möchten. Dabei fehlt es oft nur an richtigen Informationen und der notwendigen Unterstützung, um Schmerzen zu behandeln und noch besser – vorzubeugen! StillberaterInnen brauchen ein umfassendes Wissen, um mit den richtigen Maßnahmen zur richtigen Zeit vor Ort zu sein.

Anlässlich der Stillwoche 2015 stellte „Lansinoh“ in einer Umfrage fest, dass Schmerzen die größte Herausforderung beim Stillen darstellen. 21% der Frauen klagen darüber während der Stillzeit. 34 – 96% davon empfinden Schmerzen initial im Wochenbett. 56% verspüren Schmerzen drei Wochen post partum und 20% klagen acht Wochen nach der Geburt über Schmerzen.

Die Schmerzen sind meist akut beidseits oder persistierend radiär ausstrahlend. Wunde Mamillen bereiten mehr Schmerzen. Diese Schmerzen können reduziert werden, meist mit unterstützenden Maßnahmen, aber auch ohne Therapie. Die beste Methode ist unklar, deshalb ist es sehr wichtig zu wissen, wie Schmerzen entstehen, um diese dann in der Stillberatung bestmöglich behandeln zu können.

Schmerzphysiologie

Durch eine Gewebeschädigung in der Peripherie werden Nozizeptoren aktiviert. Diese haben eine hohe Reizschwelle. Wird diese Reizschwelle überschritten, wird der Reiz zum Rückenmark weitergeleitet. Dort folgen Reflexe und die Weiterleitung zum Gehirn. Im Kortex wird der Schmerz rational wahrgenommen und dabei stark von emotionalen und affektiven Einflüssen aus dem Hypothalamus und dem limbischen System beeinflusst. Hier entsteht erst Schmerz aus der Summe der gesamten Übertragungen. Starke oder wiederholte Schmerzen führen zu einem Schmerzgedächtnis.

Neu ankommende Schmerzimpulse werden an frühere oder ähnliche erinnert und dadurch wahrgenommen.

Im „Breastfeeding Pain Reasoning Model“ (siehe <http://www.racgp.org.au/afp/2015/march/nipple-pain-associated-with-breastfeeding-incorporating-current-neurophysiology-into-clinical-reasoning/>) wird veranschaulicht, wie Schmerzen beim Stillen entstehen und wahrgenommen werden. Dabei spielen drei Punkte eine entscheidende Rolle.

Durch lokale Stimulation werden mechanische Reize gesetzt, diese lösen wieder chemische Reaktionen aus, die verschieden stark ausfallen. Es können Entzündungen entstehen, diese sind wiederum bevorzugte Besiedelungsstellen für Bakterien und Pilze. Externe Einflüsse lösen nicht direkt Schmerzen aus, sie beeinflussen aber die lokale Stimulation. Eine schlechte Anlegetechnik, anatomische Veränderungen beim Kind, z.B. ein zu kurzes Zungenband oder eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, oder auch die Elastizität und Form der Mamille spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Bei der CNS-Modulation (Zentralnervensystem) kommt das Schmerzgedächtnis wieder ins Spiel. Traumatische Erfahrungen, Angstzustände, genetische Veranlagungen und auch soziale Bedingungen spielen eine Rolle. Mütter mit Schlafdefiziten über Wochen und Monaten reagieren empfindlicher auf Schmerzen und auch auf Kältereize (Vasospasmus).

Oft ist es für die Stillberaterin nicht einfach zu erkennen, welche Ursachen Schmerzen beim Stillen haben. Bei Beratungen bleibt nicht immer ausreichend Zeit, um alle Ursachen zu ergründen. Symptome sind oft nicht eindeutig oder verschwommen, wie z. B. auch beim Soorbefall der Milchgänge. Die Inzidenz eines Soorbefalls während der ganzen Stilldauer beträgt

10%. Kulturell kann nur schwer ein Nachweis erstellt werden.

Soor-Studie Innsbruck

Dr.ⁱⁿ Sara Baumgartner-Sigl, IBCLC aus Innsbruck, die die Schmerzthematik bei der Fachtagung in Linz, näher erläuterte, widmete einen Teil ihres Vortrags auch der Soorstudie, die 2013 in Innsbruck durchgeführt wurde.

Fünf von 200 Candidaarten bewirken 95% der Infektionen. Ein kultureller Nachweis sollte die Basis für eine Behandlung sein. Candida sind schwer zu kultivieren, besonders in Muttermilch, weil das nur in Muttermilch vorhandene Laktoferrin pathogenen Keimen die Wachstumsgrundlage entzieht. Bei der Studie wurde deshalb auch versucht mittels PCR (Polymerase Chain Reaction) einen Nachweis zu erlangen.

Die Studie dauerte von Jänner bis Oktober 2013. 79 Patientinnen mit Symptomen und 40 ohne Symptome als Kontrollgruppe waren erfasst. In 46 Muttermilch-Proben wurden Bakterien und Pilze kultiviert. Bei den Kulturen wurden in der symptomatischen Gruppe mehr Bakterien nachgewiesen. Candida wurden nur bei 4,4% nachgewiesen, bei der Kontrollgruppe 0%.

Mit dem PCR sind die Nachweisraten erhöht, es wurden aber auch in der Kontrollgruppe Candida gefunden, warum, ist unklar. Es gibt also keinen signifikanten Unterschied zwischen der symptomatischen und der Kontrollgruppe. Und somit ist nach wie vor offen, ob es eine Candidabesiedelung der Milchgänge gibt. Wir hätten uns ein anderes Ergebnis erhofft. Aber so werden wir wie bisher versuchen, Mütter bestmöglich in ihrer Lage zu unterstützen. Mit unseren Erfahrungen können wir in Zukunft sicher immer mehr dazu beitragen, dass die Schmerzen stillender Mütter gelindert oder gar vermieden werden können.

Vroni Goreis

ELACTA Kongress



© Hemmelmayr

Der 9. ELACTA Kongress im Mai in Athen spielt alle Stücke.

Die interessanten und praktischen Workshops im Vorkongress sind fast ausgebucht - Spätestens bitte rasch anmelden! Der Hauptkongress bietet bekannte Sprecher wie Michel Odent, Cathrin Genna Watson, Eveli-

An ancient Art in a modern World

ne Kirkilionis, Carlos Gonzales, Helen Gray und spannende Themen wie Epigenetik, anteriores und posteriores Zungenband, Stillen in Katastrophenfällen, Schilddrüsenfunktion bei stillenden Frauen und vieles mehr. Der Kongress kann aber auch aktiv mitgestaltet werden - bis 1. März können für den Posterwalk und die Kurzvorträge (Vorträge in englischer Sprache bis 30 Minuten) noch Abstracts eingereicht werden. Das ABM Meeting am Samstag wird zeitgleich mit dem ELACTA Kongress veranstaltet und kann von allen Kongressteilnehmern besucht werden.

„Gewürzt“ werden die interessanten Kongress-Themen mit einem lehrreichen, aber vor allem geselligen und

lustigen Rahmenprogramm. Geführte Touren auf die berühmte Athener Akropolis und durch das Akropolis Museum stehen auf dem Programm, ausserdem griechische Tanzstunden, griechisches Essen und griechischer Wein, gemeinsam genossen mit den SprecherInnen und KollegInnen aus der ganzen Welt. Pfingsten ist DIE Reisezeit für Griechenland, sommerliche Temperaturen ohne allzu große Hitze. Nutzen Sie die Gelegenheit und hängen Sie ein paar Tage Urlaub dran.

Für den Hauptkongress bitten wir alle KollegInnen, die an einer Übersetzung (€ 40,-) interessiert sind, sich verbindlich anzumelden unter ...

a.hemmelmayr@gmx
oder **info@stillen.at**



Kostenlos bestellen

WELEDA
Seit 1921

WELEDA
Seit 1921

CALENDULA

PFLEGEDUO:
REINIGEN
& CREMEN

Willkommensset
Ankommen im Leben mit Weleda Calendula Baby- und Kinderpflege - vom ersten Tag an.

WELEDA
Seit 1921

Weleda Musterpakete für Hebammen.

Mit Kennenlerngrößen zur Weitergabe an die von Ihnen begleiteten Familien.

Bestellung unter: hebammen@weleda.at • Telefon: 01-256-6060

Weleda – im Einklang mit Mensch und Natur

www.weleda.at

