

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

"ΕΛΕΥΘΩ", 1: 191-202, 2013

Πρόκληση γαλουχίας και ο θηλασμός του υιοθετημένου παιδιού

Ιορδανοπούλου Αικατερίνη

Μαία, Κέντρο Υγείας Σερβίων - Κοζάνης

Μαρκετάκη Ελπίνη

Μαία, Iasis Hospital Χανίων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Πρόκληση γαλουχίας είναι η έναρξη παραγωγής γάλακτος από μια γυναίκα η οποία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης και δεν έχει θηλάσει στο πρόσφατο παρελθόν (Riordan J, 2005). Οι γυναίκες που μπαίνουν στην διαδικασία πρόκλησης γαλουχίας έχουν συνήθως προβλήματα υπογονιμότητας και είτε υιοθετούν κάποιο νεογνό/βρέφος, είτε είναι οι βιολογικές μητέρες νεογνών που γεννηθήκαν από παρένθετες μητέρες. Ενώ στην θεωρία η πρόκληση γαλουχίας χαίρει όλο και μεγαλύτερης αποδοχής από τον επιστημονικό κόσμο, εντούτοις δεν υπάρχουν επίσημα πρωτόκολλα πρόκλησης βασισμένα σε μελέτες ή έρευνες επί του θέματος. Η παρούσα ανασκόπηση είναι μια προσπάθεια συγκέντρωσης βιβλιογραφικών στοιχείων που αφορούν στον προκλητό θηλασμό, με σκοπό την εξοικείωση της/του μαίας/μαιευτή με την θηλασμό του υιοθετημένου παιδιού.

Λέξεις – κλειδιά: θηλασμός, υιοθεσία, πρόκληση γαλουχίας, γαλακταγωγία, πρωτόκολλα

ABSTRACT***Iordanopoulou Ekaterini******Marketaki Elpiniki: Induced lactation and adoptive breastfeeding***

Induced lactation is the process of stimulating lactation when a woman has not had the benefit of the hormones of pregnancy and has not lactated in the recent past. (Riordan J, 2005). Women that induce lactation are usually infertile and either they adopt a newborn/ infant or they are the biological mothers of neonates who were born through surrogacy. While in theory induced lactation is gaining increasing acceptance by the scientific world, there is no official protocols based on studies or research on the subject. This review is an effort to gather bibliographic data related to induced lactation, in order to familiarize the midwife with adoptive breastfeeding.

Key-words: breastfeeding, adoption, induced lactation, galactagogues, protocols

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θηλασμός αναμφίβολα αποτελεί τον ιδανικό τρόπο σίτισης των νεογνών/βρεφών, τουλάχιστον έως τον 12ο μήνα της ζωής. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι γονείς έχουν αρχίσει να ευαισθητοποιούνται και να επαναπροσδιορίζουν θετικά την στάση τους προς τον μητρικό θηλασμό. Ανάμεσα στους γονείς αυτούς υπάρχει και ένα (μικρό ομολογούμενως) ποσοστό μητέρων που ενώ απέκτησαν τα παιδιά τους μέσω υιοθεσίας ή παρένθετης μητρότητας, εκδηλώνουν ισχυρή επιθυμία να θηλάσουν τα θετά νεογνά/βρέφη τους, όταν ενημερωθούν ότι αυτό είναι εφικτό. Σε αυτή την περίπτωση οι εν λόγω γυναίκες μπαίνουν στην διαδικασία πρόκλησης γαλουχίας. Πρόκληση γαλουχίας είναι η έναρξη παραγωγής γάλακτος από μια γυναίκα η οποία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης και δεν έχει θηλάσει στο πρόσφατο παρελθόν (Riordan J, 2005).

Στο παρελθόν το βασικό κίνητρο πρόκλησης γαλακτοφορίας σε μια γυναίκα ήταν η παροχή τροφής σε κάποιο νεογνό του οποίου η μητέρα δεν ήταν σε θέση να το θηλάσει ή ακόμη χειρότερα απεβίωσε κατά/μετά τον τοκετό. Ωστόσο πρόσφατα το ενδιαφέρον σχετικά με τον προκλητό θηλασμό αναζωπυρώθηκε, έχοντας πλέον νέους στόχους: α) την ωφέλεια του νεογνού βρέφους μέσω της παροχής θρεπτικών συστατικών που βρίσκονται στο μητρικό γάλα και β) το δέσιμο μητέρας - παιδιού μέσω της διαδικασίας του θηλασμού (επαφή δέρμα με δέρμα, άμεση οπτική επαφή κλπ).

1. Βιολογικοί λόγοι πρόκλησης της γαλουχίας

Από βιολογικής απόψεως το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική τροφή για το νεογνό και έπειτα για το βρέφος, τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των 12 μηνών. Ο ΠΟΥ χαρακτηριστικά αναφέρει: "Ο μητρικός θηλασμός παρέχει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη τόσο για το παιδί όσο και στη γυναίκα, συμπεριλαμβανοντας σε αυτά την προστασία του παιδιού απέναντι σε ένα ευρύ φάσμα οξέων και χρόνιων παθήσεων" (WHO 2006).

Μια γενική εικόνα των διαφορών της σύστασης του μητρικού γάλακτος, του αγελαδινού και του τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος αποτυπώνει ο Πινάκας 1 (Παπαϊωάννου Ε, 2010). Επιπλέον, χρήσιμο θα ήταν

να γίνουν μερικές παρατηρήσεις για τα θρεπτικά συστατικά που περιέχουν τα γάλατα του πίνακα.

	ΜΗΤΡΙΚΟ ΓΑΛΑ	ΑΓΕΛΑΔΙΝΟ ΓΑΛΑ	ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΓΑΛΑ ΑΓΕΛΑΔΑΣ
Πρωτεΐνη	Σωστή περιεκτικότητα, εύπεπτο	Υπερβολική ποσότητα, δύσπεπτο	Μερικώς διορθωμένη
Λίπος	Επαρκής περιεκτικότητα στοιχειωδών λιπαρών οξέων, 90% απορρόφηση λόγω ύπαρξης λιπάσης	Έλλειψη στοιχειωδών λιπαρών οξέων, έλλειψη λιπάσης	Έλλειψη στοιχειωδών λιπαρών οξέων, έλλειψη λιπάσης
Βιταμίνες	Επαρκείς	Ανεπαρκείς βιταμίνες Α και C	Προσθήκη βιταμινών
Μέταλλα	Σωστή περιεκτικότητα	Υπερβολική περιεκτικότητα	Μερικώς διορθωμένη
Σίδηρος	Μικρή ποσότητα, ευαπορρόφητη	Μικρή ποσότητα, δυσαπορρόφητη	Προσθήκη σιδήρου, δυσαπορρόφητη
Νερό	Επαρκές	Ανεπαρκές	Περίπου επαρκές
Αντιφλεγμονώδεις παράγοντες	Υπάρχουν	Δεν υπάρχουν	Δεν υπάρχουν
Αυξητικοί παράγοντες	Υπάρχουν	Δεν υπάρχουν	Δεν υπάρχουν

Πίνακας 1. Διαφορές μητρικού γάλακτος, αγελαδινού γάλακτος και τροποποιημένου αγελαδινού γάλακτος ως προς την σύσταση

1. Αν και αρχικά το αγελαδινό γάλα φαίνεται να υπερτερεί σε πρωτεΐνες ποσοτικά, εντούτοις ποιοτικά το μητρικό γάλα υπερέχει καθώς το 60% των πρωτεϊνών του αποτελούν οι λακτοαλβουμίνες, ενώ το υπόλοιπο αποτελούν οι καζεΐνες. Το αντίστοιχο ποσοστό λακτοαλβουμινών στο αγελαδινό γάλα είναι μόνο 15 - 20%, με το υπόλοιπο ποσοστό να κατέχουν οι καζεΐνες. Το γεγονός αυτό εξηγεί την δυσκολία πέψης του αγελαδινού γάλακτος σε σχέση με το μητρικό, καθώς η καζεΐνη σχηματίζει μια σκληρή και δύσπεπτη σάρπη γάλακτος στο νεογνικό στομάχι, καθιστώντας την πέψη του αγελαδινού γάλακτος όχι ιδιαίτερα ανεκτή από τον νεογνικό οργανισμό.
2. Το μητρικό γάλα έχει μικρότερη περιεκτικότητα σε ασβέστιο, φώσφορο, κάλιο και νάτριο, που όμως απορροφώνται ευκολότερα από τον οργανισμό του νεογνού/βρέφους. Μάλιστα η υψηλή περιεκτικότητα του φωσφόρου στο αίμα των νεογνών που σιτίζονται με αγελαδινό γάλα, ενοχοποιείται για νεογνική τετανία κατά την 6η ημέρα της ζωής.
3. Η τέφρα που περιέχεται στο αγελαδινό γάλα είναι τρεις φορές περισσότερη από ότι στο μητρικό, γεγονός που αν συνδυαστεί με την μειωμένη απεκκριτική ικανότητα των νεογνικών νεφρών είναι δυνατόν να προκαλέσει διάρροιας.
4. Το μητρικό γάλα περιέχει λιπαρά οξέα μακράς αλυσού, σε αντίθεση με τα λιπαρά οξέα βραχείας αλυ-

σίδα του αγελαδινού γάλακτος, τα οποία μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στον γαστρεντερικό σωλήνα του νεογνού, ερεθίζοντάς τον.

Πέρα από την προφανή υπεροχή του μητρικού γάλακτος σε σχέση με τα γάλατα του εμπορίου για τους ήδη προαναφερθέντες λόγους, εξίσου σημαντικό θα ήταν να δούμε αναλυτικά την διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος εστιάζοντας ακριβώς στην ιδιαιτερότητα της διατροφής που θα ήταν καλό να παρέχεται σε ένα υιοθετημένο νεογνό/βρέφος.

Τα υιοθετημένα παιδιά είναι δυνατόν να παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία απέναντι σε λοιμογόνους παράγοντες, σε σχέση με τα μη υιοθετημένα παιδιά για διάφορους λόγους. Σύμφωνα με τους Schleifer et al (1986) υπάρχουν αποδείξεις ότι τραυματικές εμπειρίες στην αρχή της ζωής ενός ανθρώπου (νεογνική/βρεφική ηλικία) είναι ικανές να επηρεάσουν αρνητικά την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, δημιουργώντας αλλαγές που τον ακολουθούν μέχρι την ενήλικη ζωή του. Επιπλέον, τα παιδιά που βιώνουν έντονο στρες, είτε λόγω αποχωρισμού τους από την βιολογική μητέρα, είτε επειδή βιώνουν έντονα την τοποθέτησή τους σε μια νέα οικογένεια είναι πιο επιρρεπή έναντι των λοιμώξεων.

Για αυτούς ακριβώς τους λόγους οι αμυντικοί παράγοντες που περιέχονται στο μητρικό γάλα αποδεικνύονται ιδιαίτερα χρήσιμοι για τα υιοθετημένα νεογνά/βρέφη. Στον Πίνακα 2 αναφέρονται οι βασικοί αμυντικοί παράγοντες του μητρικού γάλακτος (Παπανικολάου Μ, 2011).

ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΑΝΟΣΟΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
Ανοσοσφαιρίνες	Α-λακταλβουμίνη	Νουκλεοτίδια
Ολιγοσακχαρίτες	Αυξητικοί παράγοντες	Κυταροκίνη IL-10
Λακταφερίνη	Αντιοξειδωτικοί παράγοντες	Καζέϊνη
Λισοζύμη	Προσταγλανδίνες	Λευκοκύτταρα

Πίνακας 2.

Αμυντικοί παράγοντες του ανθρώπινου γάλακτος

2. Ψυχολογικοί λόγοι πρόκλησης της γαλουχίας

Αν και ο μητρικός θηλασμός προσφέρει στο υιοθετημένο παιδί και στην θετή μητέρα ποικίλα πλεονεκτήματα όσον αφορά στην σωματική τους υγεία, ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην ψυχοσυναισθηματική επιρροή του θηλασμού σε μητέρα και παιδί.

Μητέρες που υιοθέτησαν νεογνά ή βρέφη κατάφεραν

μέσω του θηλασμού να δημιουργήσουν αποτελεσματικότερα μια σχέση οικειότητας και δεσίματος ανάμεσα σε αυτές και τα παιδιά τους. Η στενή επαφή του δέρματος και η άμεση οπτική επαφή λειτουργεί θετικά στην σωματική και συναισθηματική χαλάρωση του παιδιού (ιδιαίτερα όταν πονάει ή είναι ανήσυχος), στην εξάλειψη του στρες που βιώνει το παιδί και στην γρηγορότερη επίτευξη ενός ήρεμου ύπνου, μια δυσκολία που συναντάται συχνότατα στον πρώτο καιρό της τοποθέτησης του υιοθετημένου παιδιού σε μια νέα οικογένεια.

Από την πλευρά της μητέρας ο μητρικός θηλασμός σηματοδοτεί την αποδοχή του παιδιού της, με αποτέλεσμα την συνειδητοποίηση του γονεϊκού της ρόλου, την αύξηση της αυτοπεποίθησης της αλλά και την υπέρβαση των όποιων αρνητικών συναισθημάτων είχε μέχρι τώρα λόγω της πιθανής υπογονιμότητας της.

Τέλος, η σωματική εγγύτητα μητέρας και παιδιού επηρεάζει την φυσιολογία και των δυο, προκαλώντας την απελευθέρωση ενδορφινών και δημιουργώντας συναισθήματα ευχαρίστησης και ενότητας των δυο (Gribble KD, 2006).

3. Βασικές ορμόνες

που εμπλέκονται στην γαλακτοφορία

Γνωρίζουμε ήδη ότι αρκετές ορμόνες δρουν συνεργικά κατά την κύηση ώστε να επιτευχθούν μεταβολές στο στήθος, που αργότερα θα προωθήσουν τον θηλασμό. Αρχής γενομένης τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη είναι υπεύθυνα για την ανάπτυξη του μαστικού αδένος ακόμα από τα αρχικά στάδια της κύησης. Έπειτα, κατά το τέλος του τρίτου σταδίου του τοκετού τα επίπεδα της προγεστερόνης μειώνονται δραματικά, πυροδοτώντας έτσι την έκκριση του γάλακτος. Με την έκκριση του πρωτογάλακτος σχετίζεται και το πλακουντιακό γαλακτογόνο (HPL).

Αναμφισβήτητα όμως η βασική ορμόνη της γαλουχίας είναι η προλακτίνη, της οποίας η παρουσία είναι απαραίτητη για την ολοκληρωτική ανάπτυξη των λοβίων και των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού.

Άλλες ορμόνες που σχετίζονται με την προετοιμασία και αύξηση του στήθους ώστε να επιτευχθεί η γαλακτοποίηση είναι ο αυξητικός παράγοντας, η ινσουλίνη και τα κορτικοστεροειδή (Riordan J, 2005).

4. Βασικές αρχές πρόκλησης γαλουχίας

Η γυναίκα που προκαλεί γαλουχία δεν έχει το πλεονέκτημα των ορμονών της εγκυμοσύνης, αλλά ούτε και

των αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα μιας λεχιδάδας. Για το λόγο αυτό πολλές φορές η γυναίκα πρέπει να επέμβει δημιουργώντας ένα ορμονικό προφίλ υποτιθέμενης εγκυμοσύνης και λοχείας στον οργανισμό της, ώστε να επιτευχθεί γαλακτοφορία.

Οι βασικοί άξονες προετοιμασίας του στήθους και τελικά πρόκλησης παραγωγής γάλακτος κατά την προκλητή γαλουχία είναι οι εξής :

- Προετοιμασία του στήθους με λήψη αντισυλληπτικών δισκίων για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Εισαγωγή φαρμάκων και βοτάνων που προάγουν την γαλακτοφορία
- Ερεθισμός της θηλής με την χρήση θηλάστρου
- Χρήση βοηθητικών μέσων για την σίτιση του νεογνού

4.1 Λήψη αντισυλληπτικών δισκίων

Η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων, που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, είναι το πρώτο βήμα προετοιμασίας για την πρόκληση γαλουχίας. Η λήψη του συνδυασμένου χαπιού σκοπό έχει τόσο την διόγκωση του μαστικού αδένα, όσο και την καθυστέρηση έκκρισης γάλακτος ωσότου ολοκληρωθούν οι απαραίτητες δομικές αλλαγές του στήθους. Όταν μετά από μακρόχρονη λήψη του χαπιού οι γαλακτοφόροι πόροι και τα λοβία του μαστού αυξηθούν ικανοποιητικά σε μέγεθος, το χάπι διακόπτεται.

Η διαδικασία αυτή είναι ένα πρώτο βήμα που αποσκοπεί στην μίμηση μιας πλασματικής εγκυμοσύνης : απουσία έμμηνου ρύσεως, αύξηση οιστρογόνων και προγεστερόνης, απότομη πτώση της προγεστερόνης, ανάπτυξη του μαστικού αδένα (Bryant C, 2006).

4.2 Λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων και βοτάνων

Η λήψη φαρμάκων και βοτάνων κατά την πρόκληση της γαλουχίας προσβλέπει στην

- A) αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης στον ορό του αίματος
- B) αύξηση παραγωγής του γάλακτος

Φάρμακα προαγωγής της γαλακτοφορίας

Τα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται στην διαδικασία αυτή είναι συνήθως ανταγωνιστές της ντοπαμίνης.

Η μετοκλοπραμίδη είναι ένας από αυτούς. Η μετοκλοπραμίδη χρησιμοποιείται ευρέως ως αντιεμετικό καθώς και για την αντιμετώπιση της νεογνικής γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (ΓΟΠ). Είναι φάρμακο που

απεκκρίνεται στο μητρικό γάλα. Ωστόσο η ποσότητα συγκέντρωσης στο μητρικό γάλα θεωρείται σχεδόν μηδαμινή ή πολύ μικρότερη σε σχέση με τις πιθανές θεραπευτικές δόσεις που ενδεχομένως θα λάμβανε το νεογνό για αντιμετώπιση της ΓΟΠ. Παρενέργειες στα νεογνά δεν έχουν παρατηρηθεί, ενώ στην μητέρα προκαλεί κυρίως αίσθημα κόπωσης. Η βασική αντένδειξη είναι η παρουσία επιληψίας στην μητέρα καθώς το συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση κρίσεων σε επιληπτικούς ασθενείς. Η συνήθης δοσολογία ώστε να αυξηθούν ικανοποιητικά τα επίπεδα της προλακτίνης είναι 30-45 mg/ημέρα σε 3 ή 4 δόσεις για 7-14 ημέρες, με σταδιακή μείωση της δοσολογίας για τις επόμενες 5-7 ημέρες. Η μετοκλοπραμίδη έχει συνδεθεί με αυξημένη εμφάνιση κατάθλιψης εάν λαμβάνεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Bryant C. 2006, Riordan J. 2005, Shiva et al 2010) . Η δομπεριδόνη είναι επίσης ένα ανταγωνιστής της ντοπαμίνης που χρησιμοποιείται για την ΓΟΠ και την καταπολέμηση της ναυτίας. Τα τελευταία χρόνια τείνει να γίνει το φάρμακο εκλογής για την πρόκληση γαλουχίας, διότι εκτός του ότι αυξάνει ικανοποιητικά την συγκέντρωση προλακτίνης στον μητρικό ορό του αίματος, στερείται ουσιαστικών παρενεργειών (ενίοτε ξηροστομία, πονοκέφαλο και κοιλιακά άλγη), ενώ είναι λιγότερο πιθανό να απεκκριθεί στο μητρικό γάλα σε σχέση με την μετοκλοπραμίδη. Η συνήθης δοσολογία είναι 80mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις. Η μακροχρόνια χρήση υψηλών δόσεων δομπεριδόνης σε τρωκτικά έχει ενοχοποιηθεί για καρκίνο του μαστού. Στον ανθρώπινο οργανισμό δεν παρατηρήθηκαν παρόμοια φαινόμενα (Walker M, 2011).

Η σουλπιρίδη και η χλωροπρομαζίνη είναι νευροληπτικά/αντιψυχωτικά φάρμακα, που έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνουν την παραγωγή του γάλακτος. Εντούτοις λόγω της ιδιότητάς τους ως αποκλειστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης, είναι πολύ πιθανόν κατά την λήψη τους να εμφανιστούν εξωπυραμιδικές διαταραχές (Shiva et al, 2010).

Βότανα που δρουν ως γαλακταγωγά

Από την αρχαιότητα έως και σήμερα έχουν χρησιμοποιηθεί πληθώρα τροφών και βοτάνων στην προσπάθεια των γυναικών να αυξήσουν την παραγωγή του μητρικού γάλακτος. Από τότε μέχρι σήμερα οι περισσότερες από τις τροφές αυτές έχουν απομυθοποιηθεί , κυρίως λόγω της βαθύτερης κατανόησης του γενικότερου

ρόλου της σωστής μητρικής διατροφής κατά την διάρκεια του θηλασμού.

Εντούτοις, κάποια από τα βότανα που και παλιότερα θεωρούνταν ως γαλακταγωγά, συνεχίζουν να χορηγούνται στις θηλάζουσες μητέρες, αν και επιστημονικές μελέτες δεν έχουν αποδείξει με σαφήνεια το αν τελικά τα συγκεκριμένα βότανα αυξάνουν την παραγωγή του γάλατος. Στα πλαίσια του προκλητού θηλασμού αρκετά πρωτόκολλα πρόκλησης συμπεριλαμβάνουν την χρήση γαλακταγωγών βοτάνων είτε σε μορφή συμπληρωμάτων διατροφής είτε σε μορφή αφεψημάτων. Τα δυο βασικά βότανα που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη της πρόκλησης γαλουχίας είναι η τριγωνέλλα (Fenugreek – *Trigonella foenum-graecum*) και το γαϊδουράγκαθο (*Milk thistle – Silybum marianum*).

Η τριγωνέλλα είναι γνωστό βότανο κυρίως στην Ινδία και την Μέση Ανατολή. Θεωρείται γενικά ασφαλές και εκτός από την ιδιότητά του ως γαλακταγωγό, θεωρείται ότι έχει και αντιφλεγμονώδη δράση (Zurra et al, 2010). Στο εμπόριο κυκλοφορεί κυρίως σε μορφή κάψουλας των 580 – 610mg και η συνιστώμενη δοσολογία ανέρχεται σε 3 κάψουλες/δόση επί 3 φορές την ημέρα μαζί με κάποιο γεύμα. Ο μηχανισμός δράσης της τριγωνέλλας στον θηλασμό δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο πρέπει να τονισθεί ότι έχουν παρατηρηθεί αρκετές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα αλλά και παρενέργειες με τις βασικότερες από αυτές να φαίνονται στον Πίνακα 3 (ABM 2011, Shiva et al, 2010, ΕΟΦ 2000).

Το γαϊδουράγκαθο γενικά είναι γνωστό για τις ηπατοπροστατευτικές του ιδιότητες. Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες χρησιμοποιείται ως γαλακταγωγό, κυρίως λόγω της περιεκτικότητάς του σε σιλυμαρίνη. Η σιλυμαρίνη είναι πλούσια σε φλαβονολιγνάνες (βιοφλαβονοειδή οιστρογόνα), οι οποίες θεωρητικά θα μπορούσαν να δράσουν στους οιστρογονικούς υποδοχείς (ER2), προκαλώντας δομικές αλλαγές του στήθους που προάγουν την έκκριση γάλακτος (Zurra et al, 2010). Το γαϊδουράγκαθο είναι διαθέσιμο σε μορφή κάψουλας (με δραστική ουσία την μικρομετροποιημένη σιλυμαρίνη) των 390 – 420mg και η συνιστώμενη δοσολογία ανέρχεται σε 3 κάψουλες/δόση επί 3 φορές την ημέρα. Οι αλληλεπιδράσεις και οι παρενέργειες φαίνονται στον Πίνακα 3.

Άλλα βότανα που θεωρούνται γαλακταγωγά, αλλά δεν συστήνονται με την ίδια συχνότητα είναι ο μάραθος, η φύτρα αψάλαφα, η βρώμη και η αλθαία (Bryant C, 2006).

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HALE*	ΣΧΟΛΙΑ
Τριγωνέλλα	Συμπλήρωμα διατροφής με πιθανή γαλακταγωγή δράση	3 κάψουλες των 580 - 610mg/δόση 3 δόσεις /ημέρα	Οσμή σιροπιού σφενδάμου στον ιδρώτα και τα ούρα, διάρροια, υπογλυκαιμία, δύσπνοια	Αλληλεπίδραση με φάρμακα για την αντιμετώπιση του ΣΔ (συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης) αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα, ασπιρίνη, ηπαρίνη, βαρφαρίνη και με ορισμένα βότανα (έλασο νυχτολούκουδου κ. α)	L3	Σε περίπτωση διάρροιας η μείωση της δοσολογίας μπορεί να λύσει το πρόβλημα
Γαϊδουράγκαθο	Συμπλήρωμα διατροφής με πιθανή γαλακταγωγή δράση	3 κάψουλες των 390 - 420mg/δόση 3 δόσεις /ημέρα	Γενικά καλά ανεκτό Ενοχλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα	Αλληλεπίδραση με φάρμακα που μεταβολίζονται στο ήπαρ (CYP2C9), ταμοξifen, οιστρογόνα, οιστινίνες	L3	

Πίνακας 3. Γαλακταγωγές ουσίες

*Η κλίμακα του Hale έχει αναπτυχθεί με σκοπό την αξιολόγηση της επικινδυνότητας διαφόρων φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την διάρκεια του θηλασμού. Περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: L1 (το πιο ασφαλές) = Το φάρμακο δεν είναι βιοδιαθέσιμο για το βρέφος κατά τον θηλασμό, ή δεν έχουν παρατηρηθεί αυξημένες παρενέργειες κατά την διάρκεια μελετών στα βρέφη ή σε μεγάλο αριθμό θηλαζουσών μητέρων. L2 (ασφαλές) = Περιορισμένος αριθμός μελετών έχουν δείξει την απουσία αυξανόμενων παρενεργειών στα βρέφη και/ή υπάρχουν περιορισμένες αποδείξεις σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχει το βρέφος κατά τον θηλασμό. L3 (μετρίως ασφαλές) = Δεν έχουν διεξαχθεί μελέτες σε θηλάζουσες μητέρες, αλλά είναι πιθανός ο κίνδυνος ανεπιθύμητων παρενεργειών στα βρέφη. Επομένως πρέπει να γίνει αξιολόγηση του φαρμακευτικού σκευάσματος ως προς την σχέση κινδύνου – ωφέλειας. (Wittig SL and Spatz DL, 2008)

ΔΡΑΣΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ	ΠΑΡΕΡΓΕΙΕΣ	ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΛΑΜΑΚΑ ΤΟΥ HALE*	ΣΧΟΛΙΑ
Μετοκλοπριδία	Ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	30-45mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3 ή 4 δόσεις .	Διάρροια, κόπωση, βροδικινοσία, τρέμος, κατάθλιψη	Αλληλεπίδραση με ανασταλείς της μονοαμινοξειδάσης, τακρόλιμους, αντιισταμινικά, φάρμακα με επίδραση στο ΚΝΣ (όπως αντικαταθλιπτικά)	L2	Η σταδιακή μείωση (tapering) κρίνεται σκόπιμη κατά την διακοπή του φαρμάκου. Ενοχοποιείται για πρόκληση κρίσεων σε επιληπτικούς ασθενείς
Δομπεριδόνη	Ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	80mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις	Καλά ανεκτό. Ξηροστομία, πονοκέφαλο, κοιλιακό άλγος, δερματικά εξανθήματα ή κνησμό	Αυξημένα επίπεδα συγκέντρωσης του φαρμάκου στο αίμα όταν συνδυάζεται με φλουκοναζόλη, χιμώ γκρεϊφορσι, κετοκοναζόλη, μακρολίδες και άλλα	L1	Η μακροχρόνια χρήση υψηλών δόσεων δομπεριδόνης σε τραπεζικά έχει ενοχοποιηθεί για καρκίνο του μαστού
Σουλπιριδία	Επικεντρικός ανταγωνιστής των υποδοχέων της ντοπαμίνης	100mg/ημέρα διαιρεμένα σε 3-4 δόσεις	Βροδικινοσία, υπνηλία, τρέμος, Εξωπυραμидικές διαταραχές	Αλληλεπίδραση με λεβοντόπα και φάρμακα με επίδραση στα ΚΝΣ	L2	Επιφυλάξεις για την χρήση του φαρμάκου λόγω της φύσης της δραστικής του ουσίας
Χλωροπρωζίνη	Κατενυστικό του νευρικού συστήματος	100mg/ημέρο διαιρεμένα σε 4 δόσεις	Υπνηλία, λήθαργος, εξωπυραμидικά συμπτώματα, όπως οξείες δυστονίες, παρκινσονισμός, άψιμη δυσκινησία μετά μακροχρόνια χορήγηση, αύξηση σωματικού βάρους	Η κατασταλτική της επίδραση ενισχύεται με το σινόπνευμα, τα βαρβιτουρικά, τα αναισθητικά και άλλα κατασταλτικά του ΚΝΣ. Αυξημένος κίνδυνος αρρυθμιών σε συγχρόνηση με φάρμακα που προκαλούν επιμήκυνση του QT διαστήματος	L3	Προσοχή στην χορήγηση σε αλλεργικά άτομα, σε ασθενείς με οξείες λοιμώξεις ή θωρακτεξίκωση. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας αποφυγή λιγνής ανοσιπνεύματος και φαρμάκων, που μπορεί να περιέχουν την παραγωγή λευκακυττάρων

Πίνακας 3. Γαλακταγωγές ουσίες

4.3 Ερεθισμός της θηλής

Ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόκληση γαλουχίας αποτελεί ο ερεθισμός του στήθους και ιδιαίτερα της θηλής. Ο ερεθισμός της θηλής επιτυγχάνεται κυρίως με την χρήση θηλάστρου. Η ορμονική απάντηση του ερεθισμού αυτού είναι η έκκριση προλακτίνης από την υπόφυση αλλά και η έκκριση οξυτοκίνης, με αποτέλεσμα τόσο την γαλακτογένεση όσο και τη ροή γάλακτος από το στήθος. Αν και η γαλακτογένεση εξαρτάται πρωτίστως από την παρουσία προλακτίνης στο ορό του αίματος, ωστόσο η αύξηση της παραγωγής του μητρικού γάλακτος βασίζεται στο άδειασμα του στήθους (Bryant C, 2006) .

Έτσι, η χρήση του θηλάστρου στην προκλητή γαλουχία αποτελεί σχεδόν μονόδρομο, καθώς μιμείται την φυσική διαδικασία εκκένωσης του στήθους, όπως θα συνέβαινε εάν η γυναίκα θήλαζε κανονικά ένα νεογνό/βρέφος.

Όπως είναι γνωστό η εδραίωση του μητρικού θηλασμού στηρίζεται στην αρχή προσφοράς και ζήτησης. Για το λόγο αυτό απαιτείται συστηματική άντληση από ην υποψήφια θηλάζουσα για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν την έλευση του νεογνού/βρέφους, με σκοπό την ήδη εδραιωμένη γαλουχία όταν αυτό τοποθετηθεί στην θετή οικογένεια.

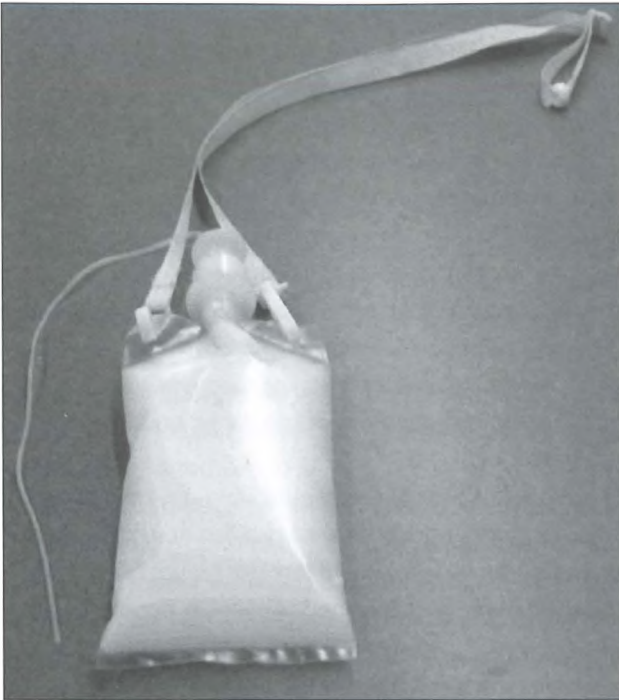
4.4 Βοηθητικά μέσα για τον θηλασμό του νεογνού/ βρέφους

Οι περισσότερες γυναίκες που προκαλούν γαλουχία δεν έχουν ικανοποιητική ποσότητα γάλακτος ώστε να καλύψουν τις ανάγκες ενός νεογνού ή βρέφους (Wittig SL and Spatz DL , 2008) . Παλαιότερα το γεγονός αυτό αποτελούσε τροχοπέδη στην σίτιση του νεογνού από την θετή μητέρα. Ευτυχώς πλέον στο εμπόριο κυκλοφορούν διάφορα βοηθήματα σίτισης, τα οποία εκπληρώνουν και τους δύο βασικούς στόχους μιας θετής μητέρας : α) την επαρκή σίτιση του παιδιού της και β) τον συνεχή ερεθισμό του στήθους της μέσω του θηλασμού.

Τα παραπάνω επιτυγχάνονται με την χρήση ειδικών βοηθημάτων τα οποία “φοριούνται” στο στήθος και αποτελούνται από έναν περιέκτη γάλακτος (που ομοιάζει με μπουκάλι ή ασκό) και δύο σωλήνες σίτισης που συνδέονται με τον περιέκτη. Μέσα στον περιέκτη τοποθετείται είτε μητρικό γάλα της ίδιας της μητέρας, που έχει αντλήσει σε προγενέστερο χρόνο, είτε κάποιο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος. Αφού η μητέρα “φορέσει” τον περιέκτη, κολλάει τα άκρα των δύο σωλήνων στην θηλαία άλω με κατεύθυνση προς την θηλή της. Φροντίζει να τοποθετήσει το νεογνό/βρέφος στο στήθος τη έτσι ώστε στην στοματική του κοιλότητα να βρίσκονται και η θηλή της αλλά και το άκρο του σωλήνα σίτισης .



Εικόνα 1. SNS

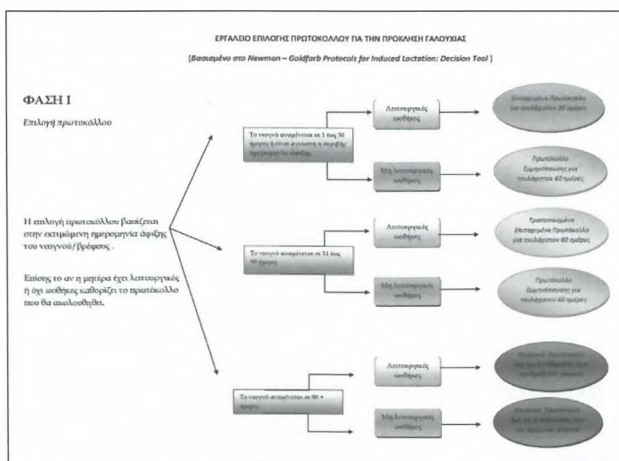


Εικόνα 2. Lact-Aid Nursing Training System

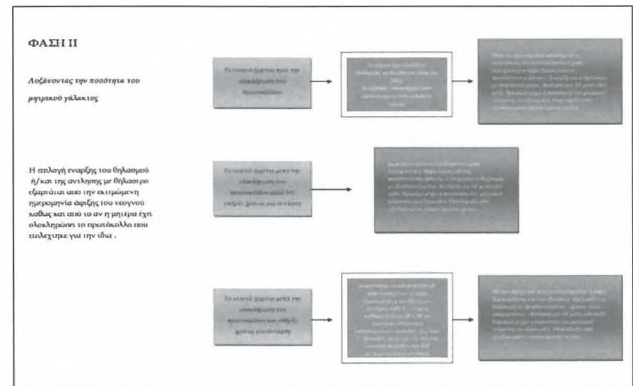
Η παροχή γάλακτος επιτυγχάνεται τόσο με τις θηλαστικές κινήσεις του παιδιού, όσο και με την επίδραση της βαρύτητας του γάλακτος προς τον σωλήνα. Όσο πιο ψηλά (προς τον τράχηλο της μητέρας) τοποθετηθεί ο περιέκτης τόσο πιο άφθονη θα είναι η ροή του γάλακτος λόγω της βαρύτητας. Στην Εικόνα 1 και Εικόνα 2 φαίνονται τα δυο πιο γνωστά βοηθήματα σίτισης που κυκλοφορούν στο εμπόριο.

5. Πρωτόκολλα πρόκλησης γαλουχίας

Για την πρόκληση γαλουχίας έχουν αναπτυχθεί διάφορα πρωτόκολλα. Η επιλογή του πρωτοκόλλου που ταιριάζει στην κάθε γυναίκα γίνεται βάσει διαφόρων



παραμέτρων. Ένα εργαλείο επιλογής πρωτοκόλλου έχει δημιουργηθεί από τους Newman και Goldfarb, ώστε η θετή μητέρα ανάλογα με τον χρόνο έλευσης του νεογνού και την κατάσταση της υγείας της (λειτουργία ή όχι των ωοθηκών, εμμηνόπαυση ή αναπαραγωγική ηλικία) να επιλέξει το καταλληλότερο για αυτήν πρωτόκολλο.



Όπως φαίνεται από το εργαλείο επιλογής τα βασικά πρωτοκόλλα πρόκλησης είναι τα εξής :

- A. Κανονικό πρωτόκολλο (τουλάχιστον 90 ημερών)
- B. Επιταχυμένο πρωτόκολλο (τουλάχιστον 60 ημερών)
- C. Τροποποιημένο επιταχυμένο πρωτόκολλο (περίπου 60 ημερών)
- D. Εμμηνόπαυσιακό πρωτόκολλο (τουλάχιστον 90 ημερών)

Τα πρωτόκολλα αυτά, όπως και το εργαλείο επιλογής έχουν αναπτυχθεί από τους Newman L. και Goldfarb J.

Κανονικό πρωτόκολλο

Προτείνεται στις γυναίκες που αποκτούν νεογνά με τη μέθοδο της παρένθετης μητρότητας ή θετές μητέρες που γνωρίζουν εκ των προτέρων την ημερομηνία έλευσης ου νεογνού/βρέφους και έχουν πάνω από 3 μήνες χρόνο ώστε να προετοιμαστούν. Αν οι μητέρες διαθέτουν ακόμη περισσότερο χρόνο, ακόμη καλύτερα.

6 μήνες πριν την έλευση του παιδιού
 Λήψη αντισυλληπτικών χαπιών (ΑΧ) με αναλογία τουλάχιστον 1/35 (1mg προγεστερόνης / 0.035mg οιστρογόνων). Αν η υποψήφια θηλάζουσα καταφέρει να βρει ΑΧ με ακόμη μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε προγεστερόνη, συνίσταται να επιλέξει τα μεγαλύτερης περιεκτικότητας χάπια, καθώς θα έχε γρηγορότερα και καλύτερα αποτελέσματα στις δομικές αλλαγές του στήθους που απαιτούνται. Αντίθετα η αυξημένη περιεκτικότητα οιστρογόνων μπορεί να δυσκολέψει την προσπάθειά της. Η λήψη των

δισκίων θα πρέπει να συνεχιστεί χωρίς την συνήθη διακοπή των 7 ημερών. Στόχος της συνεχούς λήψης είναι η μίμηση μιας υποτιθέμενης εγκυμοσύνης (απουσία εμμηνορροίας) αλλά και οι απαραίτητες αλλαγές του στήθους.

Ταυτόχρονα με την χρήση των αντισυλληπτικών δισκίων αρχίζει και η λήψη δομπεριδόνης 4 φορές την ημέρα, με κάθε δόση να ανέρχεται στα 10mg για μια εβδομάδα. Εφόσον δεν παρουσιαστεί κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, την δεύτερη εβδομάδα η δοσολογία θα αυξηθεί σε 20mg/ανά δόση 4 φορές την ημέρα.

5 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Διατηρείται η λήψη του AX χωρίς διακοπή και η λήψη της δομπεριδόνης (20mg 4 φορές/ημέρα). Σε αυτή τη φάση θα έχουν ήδη παρατηρηθεί οι πιο σημαντικές αλλαγές στο στήθος. Αύξηση μεγέθους αλλά και αίσθηση «γεμάτου» στήθους. Η παρουσία του γάλακτος δεν θα επιτευχθεί ακόμα καθώς η προγεστερόνη του AX εμποδίζει την παραγωγή γάλακτος.

4 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Η θετή μητέρα συνεχίζει με λήψη AX χωρίς διακοπή και η λήψη της δομπεριδόνης ως έχει.

6 εβδομάδες πριν την έλευση του παιδιού

Διακοπή του AX. Η έμμηνος ρύση της θετής μητέρας θα εμφανιστεί. Η λήψη της δομπεριδόνης συνεχίζεται ως έχει (20mg 4 φορές/ημέρα).

Τις επόμενες δύο εβδομάδες η μητέρα θα αρχίσει να αντλεί με το ηλεκτρικό θήλαστρο ως εξής :

- Άντληση κάθε στήθους για 5-7 λεπτά στην χαμηλή/μεσαία ταχύτητα άντλησης.
- Εφαρμογή μασάζ του στήθους για περίπου 5 λεπτά.
- Άντληση κάθε στήθους για 3-5 λεπτά.

Συνίσταται η άντληση να γίνεται κάθε 3 ώρες, ώστε να προσομοιάζει με τον φυσιολογικό ρυθμό θηλασμού ενός νεογνού.

Όταν αρχίσει η άντληση, η θετή μητέρα μπορεί να εισάγει τα εξής γαλακταγωγά βότανα, εφόσον έχει ήδη ενημερωθεί από τον κατάλληλο επαγγελματία υγείας που την παρακολουθεί για πιθανές παρενέργειες ή αλληλεπιδράσεις με τα φαρμακευτικά σκευάσματα που ήδη λαμβάνει, αν έχει κάποια πρόβλημα υγείας.

- Τριγωνέλλα σε κάψουλα (610mg/κάψουλα) 3 φορές την ημέρα από 3 κάψουλες/δόση.
- Γαϊδουράγκαθο σε κάψουλα (390mg/κάψουλα) 3 φορές την ημέρα από 3 κάψουλες/δόση.

Η λήψη υγρών είναι πολύ σημαντική. Συστήνεται η μητέρα να πίνει τουλάχιστον 6-8 ποτήρια νερού την ημέρα αν είναι δυνατόν. Ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη καλό

είναι να αποφεύγονται καθώς προκαλούν διούρηση και άρα γρήγορη αποβολή των υγρών από τον οργανισμό.

1 μήνα πριν την έλευση του παιδιού

Η μητέρα συνεχίζει την λήψη δομπεριδόνης 20mg 4 φορές/ημέρα και την άντληση κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Η άντληση κατά την διάρκεια της νύχτας διευκολύνει την μεγαλύτερη παραγωγή γάλακτος, καθώς φυσιολογικά η συγκέντρωση προλακτίνης στον ορό του αίματος αυξάνεται μεταξύ 1.00 πμ και 5.00 πμ. Μάλιστα έρευνες έχουν δείξει ότι η συχνή άντληση και όχι τόσο η μεγάλη διάρκεια της άντλησης έχουν θετικότερο αντίκτυπο στη αύξηση του γάλακτος.

Η παρουσία γάλακτος ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μοτίβο ροής, είτε πρόκειται για λεχωίδες που αρχίζουν τον θηλασμό του νεογνού τους, είτε για τις μητέρες που επιδιώκουν προκλητό θηλασμό. Αρχικά η ποσότητα είναι μικρή (κάποιες σταγόνες), έπειτα εμφανίζονται “πίδακες” γάλακτος κατά την συνέχιση της άντλησης και τέλος παρατηρείται σταθερή ροή γάλακτος.

Ο χρόνος που χρειάζεται κάθε γυναίκα ώστε να εκκρίνει γάλα από το στήθος της διαφέρει, γενικά όμως αναμένεται μέσα στις πρώτες δυο εβδομάδες άντλησης να παρατηρηθεί παραγωγή γάλακτος.

Την ημέρα της έλευσης του παιδιού

Η μητέρα συνεχίζει την λήψη δομπεριδόνης, μέχρι να εδραιωθεί ο θηλασμός ή μέχρι να αποφασίσει να αποθηλάσει το παιδί της. Η πρώτη και η πιο σημαντική κίνηση της μητέρας είναι να τοποθετήσει το παιδί όσο πιο σύντομα μπορεί στο στήθος της, ακόμη και από την αίθουσα τοκετών αν είναι δυνατόν. Από εκεί και έπειτα ο ρυθμός θηλασμού θα πρέπει να διατηρηθεί όπως αν θα το είχε γεννήσει η ίδια: θηλασμός κατ' απαίτηση του παιδιού με στενή επαφή δέρμα με δέρμα και εναλλαγή του στήθους μέχρι να υπάρξει ικανοποιητική ποσότητα γάλακτος. Αν η μητέρα το επιθυμεί μπορεί μετά από κάθε θηλασμό να αντλεί για περίπου 10 λεπτά το κάθε στήθος, ώστε να παραχθεί ακόμη μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος. Το γάλα που συγκεντρώνεται από τις αντλήσεις αυτές, είναι δυνατόν να δοθεί σε κάποιο επόμενο γεύμα με την μορφή συμπληρώματος χρησιμοποιώντας κάποιο βοηθητικό μέσο όπως το SNS ή το Lact-Aid.

Το μέγιστο χρονικό διάστημα του κανονικού πρωτοκόλλου είναι 6 μήνες :

- 4,5 μήνες λήψη AX και δομπεριδόνης
- 2 εβδομάδες λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες

- 4 εβδομάδες λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες, με μια από τις αντλήσεις να γίνεται κατά την διάρκεια της νύχτας.

Επιταχυμένο πρωτόκολλο

Το επιταχυμένο πρωτόκολλο είναι κατάλληλο για τις υποψήφιες μητέρες που έχουν λίγο χρόνο στην διάθεσή τους για να προετοιμαστούν ή για τις γυναίκες που επιθυμούν επαναγαλακτισμό ύστερα από διακοπή θηλασμού του νεογνού τους για διάφορους λόγους. Αν και η ποσότητα γάλακτος που αναμένεται να παραχθεί κατά το πρωτόκολλο αυτό θα είναι σαφώς μικρότερη σε σχέση με ο κανονικό πρωτόκολλο, εντούτοις τείνει να χρησιμοποιείται αρκετά από τις θετές μητέρες δυο κυρίως λόγους : α) Συνήθως οι θετές μητέρες ειδοποιούνται σε πολύ μικρό διάστημα πριν από την έλευση του παιδιού και β) Οι περισσότερες γυναίκες επιθυμούν την πρόκληση γαλουχίας για ψυχολογικούς λόγους και έτσι απολαμβάνουν την διαδικασία του θηλασμού πάρα την αίσθηση ότι σιτίζουν πλήρως το παιδί τους μέσω του θηλασμού.

Το επιταχυμένο δεν διαφέρει από το κανονικό πρωτόκολλο σαν διαδικασία, αλλά στον χρόνο προετοιμασίας. Αναλυτικά :

30 – 60 ημέρες πριν την έλευση του παιδιού

Λήψη ΑΧ συνεχόμενα για τουλάχιστον 30 ημέρες (το επιθυμητό είναι 60 ημέρες). Ταυτόχρονη λήψη δομπεριδόνης 20mg 4 φορές/ημέρα. Ακόμα και όταν χρειαστεί να διακοπεί το ΑΧ η λήψη της δομπεριδόνης θα συνεχιστεί κανονικά. Αν οι επιθυμητές αλλαγές του στήθους εμφανιστούν μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα, τότε το χάπι διακόπτεται και αρχίζει η άντληση. Ως επιθυμητές αλλαγές θεωρούνται η αύξηση ο μεγέθους του στήθους κατά ένα μέγεθος και αίσθηση του στήθους ως βαρύ, γεμάτο και ενίοτε επώδυνο. Πριν συμβούν αυτές οι αλλαγές στο στήθος δεν συνίσταται η διακοπή ου ΑΧ, ούτε και η έναρξη της άντλησης.

30 ημέρες έως και την ημέρα έλευσης του παιδιού

Εάν η γυναίκα έχει συμπληρώσει ένα μήνα ταυτόχρονης λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης και έχουν συμβεί οι επιθυμητές αλλαγές στο στήθος της, διακόπτεται το ΑΧ, συνεχίζεται η λήψη δομπεριδόνης και αρχίζει η άντληση με διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Τα ηλεκτρικά θήλαστρα νοσοκομειακού επιπέδου, προτιμώνται στην φάση αυτή καθώς προσφέρουν μεγαλύτερη δύναμη άντλησης. Στην χώρα μας τα θήλαστρα αυτά μπορούν να ενοικιαστούν από εταιρείες που διαθέτουν τέτοιου είδους

προϊόντα ή από μαιευτικές κλινικές.

Παράλληλα με την άντληση μπορεί να γίνει έναρξη των βοτάνων τριγωνέλλα και γαϊδουράγκαθο, όπως ακριβώς περιγράφεται η δοσολογία και ο τρόπος λήψης τους στην ενότητα του Κανονικού πρωτοκόλλου. Το ίδιο ισχύει και για την κατανάλωση νερού και ροφημάτων που περιγράφονται στην προαναφερθείσα ενότητα.

Το μέγιστο χρονικό διάστημα του επιταχυμένου πρωτοκόλλου είναι 2-3 μήνες :

- 1-2 μήνες λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών με ταυτόχρονη άντληση κάθε 3 ώρες, με μια από τις αντλήσεις να γίνεται κατά την διάρκεια της νύχτας

Τροποποιημένο επιταχυμένο πρωτόκολλο

Το πρωτόκολλο αυτό είναι μια σύντομη παραλλαγή του επιταχυμένου πρωτοκόλλου. Η διαφορά του έγκειται στη χρονική διάρκεια της πρώτης φάσης (λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης) ή οποία διαρκεί μόνο 30 ημέρες.

Έτσι, το μέγιστο χρονικό διάστημα του τροποποιημένου πρωτοκόλλου είναι 2 μήνες :

- 1 μήνας λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών, άντλησης με ηλεκτρικό θήλαστρο και ταυτόχρονο θηλασμό από το παιδί που έχει ήδη τοποθετηθεί στην οικογένεια.

Εμμηνοπαυσιακό πρωτόκολλο

Το πρωτόκολλο αυτό έχει σχεδιαστεί για τις μητέρες που έχουν υποστεί ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων ή για τις εμμηνοπαυσιακές γυναίκες που ήδη έχουν μπει στην φάση της εμμηνόπαυσης φυσικά. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονισθεί ότι οι γυναίκες δεν είναι απαραίητο να έχουν μήτρα ή ωοθήκες για να επιτύχουν θηλασμό, αλλά μαστούς και λειτουργική υπόφυση.

Όπως και στο κανονικό πρωτόκολλο απαιτείται η λήψη ΑΧ και δομπεριδόνης με την διαφορά ότι η λήψη τους θα πρέπει να εφαρμοστεί για τουλάχιστον 2 μήνες.

Αναλυτικά:

Τουλάχιστον 3 μήνες πριν την έλευση του παιδιού

Διακοπή λήψης της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης – ΘΟΥ (αν η γυναίκα λαμβάνει) και άμεση έναρξη ΑΧ 1/35 με ταυτόχρονη λήψη δομπεριδόνης. Η λήψη των ΑΧ θα πρέπει να είναι συνεχής, ενώ η δομπεριδόνη θα λαμβάνεται 4 φορές την ημέρα , με κάθε δόση να ανέρχεται στα 10mg για μια εβδομάδα. Εφόσον δεν παρουσιαστεί κάποια σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια, την δεύτερη εβδομάδα η δοσολογία θα αυξηθεί σε 20mg/ανά δόση 4 φορές την ημέρα. Η λήψη του συνδυασμού αυτού θα πρέπει

να συνεχιστεί τουλάχιστον για 60 ημέρες, ώστε να υπάρξει ικανοποιητική αλλαγή στους μαστούς της γυναίκας. Οι γυναίκες που λάμβαναν ΘΟΥ πριν την έναρξη του πρωτοκόλλου ώστε να ελέγξουν τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, θα ωφεληθούν από την λήψη των ΑΧ, καθώς η περιεκτικότητά τους σε οιστρογόνα και προγεστερόνη είναι ικανοποιητική για τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Σε όσες γυναίκες παρά την λήψη του ΑΧ συνεχίζονται τα συμπτώματα, συνίσταται η διατροφή με προϊόντα σόγιας (γάλα ή βούτυρο σόγιας) τα οποία περιέχουν φυτο-οιστρογόνα. Λόγω ακριβώς της περιεκτικότητας τους σε ουσίες που μιμούνται τα οιστρογόνα, η κατανάλωση των παραπάνω τροφών θα πρέπει να γίνεται με μέτρο, ώστε να μην υποσκάπτεται η προσπάθεια πρόκλησης γαλουχίας.

30 ημέρες πριν την έλευση του παιδιού

Εάν η γυναίκα έχει συμπληρώσει 60 ημέρες ταυτόχρονης λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης και έχουν συμβεί οι επιθυμητές αλλαγές στο στήθος της, διακόπτεται το ΑΧ, συνεχίζεται η λήψη δομπεριδόνης και αρχίζει η άντληση με διπλό ηλεκτρικό θήλαστρο κάθε 3 ώρες, με μια άντληση τουλάχιστον κατά την διάρκεια της νύχτας. Παράλληλα με την άντληση μπορεί να γίνει έναρξη των βοτάνων τριγωνέλλα και γαϊδουράγκαθο, όπως ακριβώς περιγράφεται η δοσολογία και ο τρόπος λήψης τους στην ενότητα του Κανονικού πρωτοκόλλου.

Το ελάχιστο χρονικό διάστημα του εμμηνόπαυσιακού πρωτοκόλλου είναι 3 μήνες :

- 2 μήνες λήψης ΑΧ και δομπεριδόνης
- 1 μήνας λήψη δομπεριδόνης και γαλακταγωγών, άντλησης με ηλεκτρικό θήλαστρο και ταυτόχρονο θηλασμό από το παιδί εάν έχει ήδη τοποθετηθεί στην οικογένεια.

6. Υποστήριξη της γυναίκας και συμβουλευτική από τον επαγγελματία υγείας

Οι θετές μητέρες που προτίθενται να προκαλέσουν γαλουχία αποτελούν μια ξεχωριστή και ειδική ομάδα ασθενών, που απαιτούν φροντίδα προσαρμοσμένη τόσο στις ανάγκες τους, αλλά και στην γενικότερη κατάσταση υγείας ή τρόπου ζωής τους (Wittig SL and Spatz DL , 2008). Λόγω της αυξανόμενης στροφής προς τον μητρικό θηλασμό γενικά, αλλά και προς τον προκλητό θηλασμό ειδικότερα, ο επαγγελματίας υγείας που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών υγείας, νεογνά και βρέφη οφείλει να είναι επαρκώς ενημερωμένος ώστε και αυτός με την σειρά του να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει τις ασθενείς του στο θέμα του θηλασμού.

Ο βασικός ρόλος της/του μαιέας/μαιευτή στην περίπτωση αυτή είναι σε πρώτη φάση να ενημερώσει την γυναίκα

για τις επιλογές που έχει ώστε να επιτύχει τον σκοπό της. Εν ολίγοις δημιουργεί ένα σχέδιο δράσης με στόχο την προετοιμασία της γυναίκας, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας της, τον χρόνο που έχει μέχρι να τοποθετηθεί το νεογνό/βρέφος στην οικογένεια, αλλά και την προσωπική άποψη της γυναίκας για το ποια μέρη του πρωτοκόλλου είναι διατεθειμένη να ακολουθήσει. Αρκετές γυναίκες λόγω χάριν δεν επιθυμούν την λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων κατά την προετοιμασία του στήθους, προτιμώντας να επιτύχουν πρόκληση μόνο με τον ερεθισμό της θηλής.

Το επόμενο βήμα στο οποίο θα πρέπει να εστιάσει η/ο μαιέα/μαιευτής είναι να ενδυναμώσει την θετή μητέρα όσον αφορά στην επιμονή που ίσως χρειαστεί να δείξει σε όλη την διαδικασία της πρόκλησης. Ο προκλητός θηλασμός αρχίζει με τα βιολογικά ερεθίσματα που δίνει η ίδια στο σώμα της, αλλά εδραϊώνεται μόνο όταν το ίδιο το παιδί πεισθεί να θηλάσει από το στήθος της.

Γενικά δεν είναι ασύνηθες το παιδί να αρνηθεί αρχικά τον θηλασμό (Gribble K , 2006). Ο επαγγελματίας υγείας λοιπόν πρέπει να καθησυχάσει την μητέρα, ενημερώνοντάς την ότι το φαινόμενο αυτό θεωρείται φυσιολογικό για ένα υιοθετημένο παιδί, αλλά και ότι οι έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα παιδιά τελικά θα αποδεχθούν να θηλάσουν από τις θετές τους μητέρες (Dozier M et al , 2002). Επίσης σημαντικό είναι να τονισθεί στην θετή μητέρα ότι η αρχική άρνηση θηλασμού από το παιδί της δεν θα πρέπει να ληφθεί ως προσωπική απόρριψη. Ειδικότερα για τις μητέρες που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες λόγω της υπογονιμότητάς τους, η άρνηση θηλασμού μπορεί να αποβεί αποκαρδιωτική, αποθαρρύνοντάς τις από την προσπάθεια τους να θηλάσουν. Στην περίπτωση αυτή οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρυνθούν ώστε να είναι επίμονες μεν, αλλά να επιδιώκουν τον θηλασμό από το παιδί τους με τον ηπιότερο δυνατό τρόπο, χωρίς να απαιτούν αμοιβαιότητα από την πρώτη στιγμή.

Τα τρίτο επίπεδο παρέμβασης του επαγγελματία υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές συμβουλές για την διατροφή, την γενικότερη φροντίδα του παιδιού και τα πιθανά πρακτικά ζητήματα που ίσως προβληματίσουν τους υποψήφιους γονείς. Η βασική αρχή που πρέπει να εμφυσήσει στους θετούς γονείς είναι ότι η υγεία και η ευημερία του παιδιού θα πρέπει να είναι ο πρωταρχικός σκοπός τους. Η τακτική παρακολούθηση από τους επαγγελματίες που έχουν αναλάβει την φροντίδα του παιδιού, αλλά και από τους ίδιους τους γονείς είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ευημερίας. Το νεογνό/βρέφος που τρέφεται με τη

μέθοδο του προκλητού θηλασμού, ενδέχεται να χρειαστεί ειδικό χειρισμό και πιο συχνή παρακολούθηση σε σχέση με τα άλλα παιδιά της ηλικίας του.

Η βασική εκπαίδευση των γονέων θα περιλαμβάνει πρακτικές που θα αφορούν στον τρόπο μείωση του συμπληρώματος και στον τόπο και την συχνότητα παρακολούθησης του σωματικού βάρους (ΣΒ) του παιδιού. Σαν γενικός κανόνας σίτισης συστήνεται η σταδιακή μείωση του συμπληρώματος που λαμβάνει το νεογνό/βρέφος (είτε με SNS είτε με μπουκάλι) κατά 25ml σε κάθε γεύμα, με βασική προϋπόθεση την παρακολούθηση της ανάπτυξης και των κενώσεων του παιδιού για 4 με 7 ημέρες, προτού αποφασιστεί περαιτέρω μείωση του συμπληρώματος (Lauwers J and Swisher A, 2010). Ο τρόπος παρακολούθησης του ΣΒ είναι το καθημερινό ζύγισμα του νεογνού/βρέφους την ίδια ώρα κάθε μέρα σε ένα ψηφιακό βρεφοζυγό και ενδεχομένως μία ή δυο μετρήσεις προγευματικά και μεταγευματικά μέσα στην διάρκεια της ημέρας, αν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο από τον παιδίατρο του παιδιού.

Τέλος όσον αφορά στα πρακτικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν στην πορεία του θηλασμού ένας ενδεικτικός πίνακας που περιέχει συμβουλές για την αντιμετώπιση αυτών είναι ο Πίνακας 4.

ΠΙΘΑΝΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ
Μειωμένη εκροή γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Χρήση τεχνικών χαλάρωσης
Εδραίωση παραγωγής γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Έναρξη θηλασμού όσο το δυνατόν πιο σύντομα Χρήση συμπληρώματος και σταδιακή μείωση της ποσότητας του καθώς αυξάνεται η παραγωγή γάλακτος Συχνός θηλασμός Επαρκής ξεκούραση Κατάλληλη διατροφή Καταγραφή αριθμού γευμάτων (θηλασμού και συμπληρώματος)
Άρνηση θηλασμού από το νεογνό	<ul style="list-style-type: none"> Αύξηση της επαφής δέρμα με δέρμα Εφαρμογή μητρικού γάλακτος ή γλυκιάς ουσίας στην θηλή της μητέρας (όχι μέλι) Εκροή μικρής ποσότητας γάλακτος στην άκρη του στόματος του νεογνού πριν τον θηλασμό, ώστε να δλεαστεί Χρήση βοηθήματος θηλασμού
Προετοιμασία για θηλασμό	<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή μασάζ πλάτης και μαστών στην μητέρα Ερεθισμός θηλής Χρήση θηλάστρου Αποφυγή χρήσης σαπουνιού και άλλων παραγόντων αφυδάτωσης του δέρματος του μαστού
Μειωμένη παραγωγή γάλακτος	<ul style="list-style-type: none"> Σίτιση με συμπλήρωμα Αντιμετώπιση του θηλασμού ως μέσο προσέγγισης του νεογνού παρά σαν μέσο σίτισής του Τακτικός έλεγχος του ΣΒ του νεογνού κατά την αντικατάσταση του συμπληρώματος με μητρικό θηλασμό

Πίνακας 4. Συμβουλευτική για την μητέρα που προσπαθεί να επιτύχει προκλητό θηλασμό

7. Τι πρέπει να αναμένει η γυναίκα:

Ρεαλιστικοί στόχοι

Ο θηλασμός ενός υιοθετημένου παιδιού μπορεί να προσφέρει συναισθηματικά οφέλη τόσο στην μητέρα όσο και στο παιδί, αρκεί η μητέρα να έχει ρεαλιστικά κίνητρα και απαιτήσεις. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η απόφαση για προκλητό θηλασμό εφορμάται κυρίως από την ανάγκη της θετής μητέρας να δημιουργήσει μια σχέση εγγύτητας με το παιδί της.

Η μητέρα επίσης πρέπει από την αρχή να γνωρίζει ότι ενδεχομένως η παραγωγή του γάλακτός της να μην είναι επαρκής ώστε να εδραιωθεί αποκλειστικός θηλασμός. Στην πραγματικότητα ανεπίσημες πηγές αναφέρουν ότι οι θετές μητέρες παράγουν γάλα που καλύπτουν τις ανάγκες σίτισης ενός νεογνού μόνο κατά το 1/3 έως και 1/2 (Lauwers and Swisher 2010). Για το λόγο αυτό οι μητέρες θα πρέπει να συμβουλευονται να χρησιμοποιούν ως συμπλήρωμα είτε γάλα από δότριες μητρικού γάλακτος είτε κάποιο κατάλληλο γάλα εμπορίου ώστε να προσφέρουν επαρκή σίτιση στα παιδιά τους.

Ένα ακόμη γεγονός για το οποίο θα πρέπει να είναι ενήμερες οι γυναίκες είναι ότι τα νεογνίνα ή γενικά τα νεογνά που είναι μικρότερα του ενός μήνα είναι πιο πιθανό να δεχτούν να θηλάσουν σε σχέση με τα μεγαλύτερης ηλικίας βρέφη (Riordan 2005). Στο σημείο αυτό γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η σωστή χρονική τοποθέτηση του παιδιού στην οικογένεια.

Σε μια λεχιάδα που θα επιθυμούσε αποκλειστικό θηλασμό, θα συστηνόταν να τοποθετηθεί το νεογνό στο στήθος της μέσα στην πρώτη ώρα από την γέννηση του. Το ίδιο συστήνεται και στην θετή μητέρα, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αυτή, κατόπιν συνεννοήσεως με το προσωπικό της κλινικής.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η στροφή των γυναικών προς τον μητρικό θηλασμό τα τελευταία χρόνια είναι περισσότερο από προφανής. Οι περισσότερες μητέρες προσπαθούν να “θυμηθούν” όσα οι προηγούμενες γενιές παρέλειψαν να τους διδάξουν: την φυσικότητα του μητρικού θηλασμού.

Ανάμεσα στις γυναίκες που προσπαθούν να βιώσουν την γονεϊκότητα, βρίσκονται και οι θετές μητέρες που επιθυμώντας να θηλάσουν τα παιδιά τους, αποζητούν όχι τόσο την σίτιση των παιδιών τους με το δικό τους γάλα, αλλά κυρίως το συναισθηματικό δέσιμο που προκύπτει ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί μέσω του

θηλασμού. Οι γυναίκες αυτές είναι μία ξεχωριστή κατηγορία μητέρων, στις οποίες η/ο μαία/μαιευτής πρέπει να σταθεί δίπλα τους, ενθαρρύνοντάς τες και καθοδηγώντας τες με την επιστημονική της/του γνώση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (Αναθεώρηση 2011). ABM Clinical Protocol #9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion. *Breastfeed Med.* 2011 Feb; 6(1): 41-9.
- Bryant CA. Nursing the adopted infant. *J Am Board Fam Med.* 2006 Jul-Aug; 19(4): 374-9.
- Dozier M, Higley E, Albus KE, Nutter A. Intervening with foster infants' caregivers: targeting three critical needs. *Infant Ment Health J.* 2002; 23: 541-554.
- ΕΟΦ : Φάρμακα παθήσεων κεντρικού νευρικού συστήματος, Εθνικό Συνταγολόγιο 2000. Από: <http://eof1.eof.gr/Syntagologio/Chapter4.htm>
[Ημερομηνία πρόσβασης: 10/12/2012]
- Gribble KD. Mental health, attachment and breastfeeding: implications for adopted children and their mothers. *Int Breastfeed J.* 2006 Mar 9; 1(1): 5.
- Gribble KD. The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: developing countries and the west. *Breastfeed Rev.* 2004 Mar; 12(1): 5-13.
- Goldfarb L, Newman J. The protocols for induced lactation : A guide for maximizing breast milk production. Από: <http://www.mamadearest.ca/en/download/newman/induced-lactation.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης: 4/11/2012]
- Lauwers J, Swisher A. *Counseling the Nursing Mother.* 5th Ed. Jones & Bartlett Publishers, Sudbury-Massachusetts, 2010: 541-543.
- Παπαϊωάννου Ε. Έρευνα σε μαιές – μαιευτές για την γνώση και την εφαρμογή των αρχών του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”. *ΕΛΕΥΘΩ.* 2010; 15(3): 110.
- Παπανικολάου Μ. Αρμυντικοί παράγοντες ανθρώπινου γάλακτος. Ανοσιακές διαφορές θηλαζόντων και μη θηλαζόντων βρεφών. *ΕΛΕΥΘΩ.* 2011; 16(4): 142 - 147.
- Riordan J. *Breastfeeding and human lactation.* 3rd Ed. Jones & Bartlett Publishers, Sudbury- Massachusetts, 2005: 467-470.
- Schleifer SJ, Scott B, Stein M, Keller SE. Behavioral and developmental aspects of immunity. *J Am Acad Child Psychiatry.* 1986 Nov; 25(6): 751-63. Erratum in: *J Am Acad Child Psychiatry* 1987 Mar; 26(2): 292.
- Shiva M, Foroutan M, Arabipour A, Mirzaagha E. A successful induction of lactation in surrogate pregnancy with metoclopramide and review of lactation induction. *IJFS.* 2010 Feb-Mar; 3(4): 191 - 194.
- Walker M. *Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence.* 2nd Ed. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury- Massachusetts, 2011: 596-600.
- Wittig SL, Spatz DL. Induced lactation: gaining a better understanding. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2008 Mar-Apr; 33(2): 76-81; quiz 82-3
- WHO (2006) “Infant and young child feeding model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals”. Geneva.
Από: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf
[Ημερομηνία πρόσβασης: 3/11/2012]
- Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C. Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *J Pharm Pharm Sci.* 2010; 13(2): 162-174.