



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

# Μητρικός Θηλασμός

## ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Επιμέλεια:*

Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου  
Αικατερίνη Σοφιανού



ΑΛΚΥΟΝΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
[www.europa.eu](http://www.europa.eu)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"  
Προσανατολισμός στον Άνθρωπο

[www.epanad.gov.gr](http://www.epanad.gov.gr)



[www.espa.gr](http://www.espa.gr)

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

είναι ο δρόμος  
της φύσης



μος  
σης



**ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ



**ΑΛΚΥΟΝΗ**  
Εθνική Προτοβουλία Προαγωγής  
του Μητρικού Θηλασμού

## Μητρικός Θηλασμός

**ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ**

Ο οδηγός αυτός έχει παραχθεί στο πλαίσιο της Πράξης «ΑΛΚΥΟΝΗ:ΕΘΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ» που υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠ. ΑΝ.Α.Δ.) 2007-2013 από τη Διεύθυνση της Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚ.Τ.) και από Εθνικούς Πόρους.

*Προτεινόμενος τρόπος βιβλιογραφικής αναφοράς:*

Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., επιμέλεια: Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αικατερίνη Σοφιανού, *Μητρικός Θηλασμός: Οδηγός για επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015.

*Ιστότοπος:*

[www.epilegothilasmog.gr](http://www.epilegothilasmog.gr)

**Σημείωση**

Το εγχειρίδιο αυτό απευθύνεται κυρίως σε επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα σε λεχώιδες, μπιέρες, νεογέννητα και μεγαλύτερα βρέφη που θηλάζουν. Οι πληροφορίες που περιέχει δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να εκληφθεί ότι υποκαθιστούν την αξιολόγηση των εξατομικευμένων αναγκών του κάθε παιδιού και της κάθε οικογένειας από τους επαγγελματίες υγείας, με βάση τα συγκεκριμένα ιατρικά δεδομένα και δεδομένα υγείας τους. Επίσης σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να εκληφθεί ότι το εγχειρίδιο αυτό υποδεικνύει κάποια αποκλειστική μέθοδο ιατρικής πράξης, εξέτασης ή εκτίμησης και θεραπείας. Πολύ περισσότερο δεν υποδεικνύει κάποια νομικά δεσμευτική μέθοδο ή προσέγγιση.

Το εγχειρίδιο συντάχθηκε με βάση τα τρέχοντα κατά το χρόνο σύνταξής του επιστημονικά δεδομένα. Καταβλήθηκαν επίμονες προσπάθειες ώστε οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται εδώ να είναι κατά το δυνατό ακριβείς, έγκυρες και επικαιροποιημένες. Ωστόσο κάθε ιατρός ή επαγγελματίας υγείας έχει αποκλειστική ευθύνη για την ενημέρωσή του και τη διασφάλιση των πηγών ενημέρωσής του, σχετικά με τις ενδεδειγμένες πρακτικές. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και η συγγραφική ομάδα δεν υπέχουν καμία νομική ή άλλη ευθύνη για τυχόν προβλήματα, που μπορεί να απορρέουν από τη μεταβολή των επιστημονικών δεδομένων, την αναθεώρηση των οδηγιών, την εσφαλμένη ερμηνεία ή αναγραφή πληροφοριών και συστάσεων.

Το περιεχόμενο του Εγχειριδίου αυτού μπορεί να αναπαράγεται ελεύθερα για χρήση στην εκπαίδευση ή την ενημέρωση επαγγελματιών υγείας και του ευρύτερου κοινού με την απαραίτητη προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή.

# Μητρικός Θηλασμός

## ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

*Επιστημονική επιμέλεια*  
Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου  
Αικατερίνη Σοφianού

**Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού**

Αθήνα 2015

**Επιστημονική  
υπεύθυνη  
έργου:**

**Αντωνιάδου-Κουμάτου Ιωάννα**

Αναπτυξιακή Παιδιάτρος, Δ/ντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής,  
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού,  
Υπεύθυνη έργου ΑΛΚΥΟΝΗ

**Επιστημονικός  
συντονισμός:**

**Σοφιανού Αικατερίνη**, Παιδιάτρος, MSc, MRCPCH, IBCLC

**Ομάδα  
έργου:**

**Βασιλάκη Ιωάννα**, Μαία, IBCLC

**Εκίζογλου Χρυσούλα**, Μαία, MSc – Ψυχολόγος, IBCLC

**Ζιδρόπουλος Σπήλιος- Παναγιώτης**, Ηλεκτρολόγος Μηχανικός

**Σοφιανού Αικατερίνη**, Παιδιάτρος, MSc, MRCPCH, IBCLC

**Καπετάνιου Κωνσταντίνα**, Παιδιάτρος, IBCLC

**Κουτσούκου Διονυσία**, Επισκέπτρια Υγείας, MSc

**Κυριακίδου Ντόρα**, Κοινωνική Λειτουργός

**Λόλου Έλντα**, Επισκέπτρια Υγείας, MSc

**Μηριάνα Μαρία**, Υπεύθυνη Επικοινωνίας

**Ντέκα Ελένη**, Μαία, MSc

**Οικονομάκος Δημήτριος**, Παιδιάτρος

**Ρεκλείτης Αλέξανδρος**, Οικονομολόγος – Λογιστής

**Σούλη Αντιγόνη**, Διοικητικός Υπάλληλος

**Σπηλιωτοπούλου Θεοδώρα**, Παιδιάτρος- Νεογνολόγος, MSc, IBCLC

**Χαντζή Φωτεινή- Μαρία**, Παιδιάτρος -Νεογνολόγος, PhD

**Συγγραφική  
Ομάδα:**

**Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι.**, Αναπτυξιακή Παιδιάτρος, Υπεύθυνη έργου

**Βασιλάκη Ιωάννα**, Μαία, IBCLC

**Εκίζογλου Χρυσούλα**, Μαία, MSc-Ψυχολόγος, IBCLC

**Καπετάνιου Κωνσταντίνα**, Παιδιάτρος, IBCLC

**Ντέκα Ελένη**, Μαία, MSc

**Οικονομάκος Δημήτριος**, Παιδιάτρος

**Σοφιανού Αικατερίνη**, Παιδιάτρος, MSc, MRCPCH, IBCLC

**Σπηλιωτοπούλου Θεοδώρα**, Παιδιάτρος-Νεογνολόγος, MSc, IBCLC

**Χαντζή Φωτεινή Μαρία**, Παιδιάτρος-Νεογνολόγος, PhD

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Το μητρικό γάλα είναι αδιαμφισβήτητα η ιδανική φυσική τροφή για τα μωρά, μια που είναι φτιαγμένο για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ανθρώπου.*

*Παρέχει όλες τις βιταμίνες, πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, ιχνοστοιχεία και άλατα που χρειάζονται τα βρέφη, ενώ παράλληλα ενισχύει το ανοσοποιητικό τους σύστημα και τη νευροαναπτυξιακή τους εξέλιξη. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος αλλάζει συνεχώς κατά τη διάρκεια της ημέρας και μέσα στους επόμενους μήνες, για την καλύτερη προσαρμογή στις ανάγκες του μωρού.*

*Ο αποκλειστικός θηλασμός συστήνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ο ιδανικός και απαραίτητος τρόπος σίτισης για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής.*

*Ο θηλασμός είναι μια φυσική ικανότητα.*

*Τις τελευταίες δεκαετίες μια πληθώρα, κυρίως κοινωνικοοικονομικών αιτιών, οδήγησε τις μητέρες στην επιλογή υποκαταστάτων μητρικού γάλακτος.*

*Έτσι, για περίπου τέσσερις γενιές έχει χαθεί η εμπειρία του θηλασμού ως βίωμα και ως κοινωνική εμπειρία. Αποτέλεσμα αυτού είναι, οι μητέρες αδύναμες, μόνες στις σύγχρονες κοινωνίες, χωρίς εμπειρία και γνώση, χωρίς υποστήριξη από τις μητέρες τους, να προσπαθούν να ξανακτίσουν τη φυσική ικανότητα του θηλασμού. Στις μέρες μας λοιπόν, η φύση έγινε τεχνική και στην καλύτερη περίπτωση τέχνη.*

*Σε αυτή την διαδρομή, σημαντικός είναι ο ρόλος του επαγγελματία υγείας που πρέπει από όποια θέση βρίσκεται να υποστηρίξει την μητέρα και να απορροφήσει το άγχος της. Γιατροί, μαίες/-τες και όλη η ομάδα υγείας, πρέπει να μπορούν να βοηθήσουν την μητέρα και την οικογένεια στην διαδικασία του θηλασμού που συχνά είναι δύσκολη μέχρι να εδραιωθεί, αλλά και να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν στον απογαλακτισμό, την διάρκεια του θηλασμού, την επιστροφή στη δουλειά.*

*Η έλλειψη κουλτούρας θηλασμού αποτυπώνεται στην αμηχανία ακόμη και των επαγγελματιών υγείας μπροστά στα προβλήματα και τις δυσκολίες που αφορούν τον μητρικό θηλασμό.*

*Η ανάγκη για την υποστήριξη του επαγγελματία υγείας καταγράφεται στην «Εθνική μελέτη καταγραφής των ποσοστών και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού», που κατέδειξε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, με κατακόρυφη πτώση την πρώτη εβδομάδα και μέχρι την εδραίωση. Παρά το υψηλό ποσοστό πρόθεσης για θηλασμό, που φτάνει στο 89%, τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση είναι 41% και πέφτουν στο 21% τον πρώτο, 11% τον τρίτο και 0,9% τον έκτο μήνα.*

*Αυτή η έκδοση έγινε στο πλαίσιο του έργου "ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού" το οποίο υλοποιείται από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠ. ΑΝΑ.Δ.) 2007-2013 και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και από Εθνικούς Πόρους.*

*Στόχος της είναι να δώσει βασικές γνώσεις και δεξιότητες στους επαγγελματίες υγείας για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, όπως η σύγχρονη βιβλιογραφία αποτυπώνει.*

*Από την θέση της Υπεύθυνης έργου θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλη την συγγραφική ομάδα αλλά και την ομάδα έργου για την άριστη συνεργασία, το ομαδικό πνεύμα, την εργατικότητα, την γνώση, την μεθοδικότητα και την αποτελεσματικότητα που επέδειξαν.*

*Ιδιαίτερα οφείλω να ευχαριστήσω την υπεύθυνη επικοινωνίας κα Μαρία Μπριάνα για τη διαρκή υποστήριξη, το ενδιαφέρον, την προθυμία, την υπευθυνότητα και την εργατικότητά της, που έκαναν δυνατή την ολοκλήρωση αυτού του έργου.*

**Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου**

Αναπτυξιακή Παιδιάτρος

Διευθύντρια Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Επιστημονική Υπεύθυνη του Έργου



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ





## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF (United Nations Children's Fund) τονίζουν εδώ και πολλά χρόνια τη σημασία της διατήρησης της πρακτικής του μητρικού θηλασμού καθώς και της υποστήριξής του ως τρόπου βελτίωσης της υγείας και της διατροφής των βρεφών και των μικρών παιδιών. Οι προσπάθειες για την προώθηση του θηλασμού και η αντιμετώπιση των προβλημάτων που θα μπορούσαν να τον αποθαρρύνουν, αποτελούν μέρος των στρατηγικών διατροφής και υγείας των μητέρων και των παιδιών που έχουν εκπονήσει και οι δύο οργανώσεις.

Στα πρόσφατα χρόνια η έναρξη αυτής της προσπάθειας τοποθετείται το 1979 σε μια κοινή συνάντηση του ΠΟΥ και της UNICEF, στην οποία διαπιστώθηκε η ραγδαία μείωση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και ταυτόχρονα η ανάγκη για τη θέσπιση ενός *Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος*. Ο Διεθνής Κώδικας αποτελεί μια διεθνή σύσταση η οποία ρυθμίζει την εμπορία και προώθηση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος. Το 1981 ο ΠΟΥ και η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία υιοθέτησαν τον Διεθνή Κώδικα.

Αντίστοιχα τα «Δέκα Βήματα» για επιτυχή μητρικό θηλασμό είναι μια σειρά από αρχές, που εφόσον είναι σε εφαρμογή μπορούν να βοηθήσουν τόσο στην προγεννητική ευαισθητοποίηση των μητέρων και των οικογενειών τους, αλλά και στην μετά τον τοκετό υποστήριξή τους στην απόφασή τους να θηλάσουν. Τα βήματα αυτά παρουσιάστηκαν για πρώτη φορά το 1989, από τον ΠΟΥ και τη UNICEF. Η συνάντηση κυβερνητικών αξιωματούχων από περισσότερες από 30 χώρες το 1990 στη Φλωρεντία, οδήγησε στη Διακήρυξη του Innocenti (1990).

Το 1991-1992 καθιερώθηκε η *Πρωτοβουλία για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη* (ΠΦΒΝ-Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI), μια δράση που βασίζεται στην εφαρμογή των «Δέκα Βημάτων» και του Διεθνούς Κώδικα. Όσο περισσότερο εφαρμόζονται τα «Δέκα Βήματα», τόσο μεγαλύτερες είναι και οι πιθανότητες για επιτυχή μητρικό θηλασμό. Αυτός είναι ο λόγος που η UNICEF και ο ΠΟΥ έχουν θέσει ως στόχο την επέκταση της ΠΦΒΝ σε όσο το δυνατόν περισσότερα νοσοκομεία, αλλά και πιο πρόσφατα και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σε κοινοτικά πλαίσια και στις Μονάδες Νεογνών. Στις μέρες μας, μόνο το ένα τέταρτο των υπηρεσιών υγείας παγκοσμίως έχουν πιστοποιηθεί ως «Φιλικές προς τα Βρέφη».

Το 2002 συντάσσεται από τον ΠΟΥ και τη UNICEF η *Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή των Βρεφών και των Παιδιών (Global Strategy for Infant & Young Feeding)*, που έχει ως στόχο να βελτιώσει- μέσω της βέλτιστης διατροφής- την ανάπτυξη, την αύξηση και τελικά τη συνολική υγεία των παιδιών σε παγκόσμιο επίπεδο. Η έκδοση αυτή είναι περισσότερο ένας οδηγός δράσης, που βοηθά ώστε:

- Να αναδειχθούν τα κυριότερα προβλήματα, που προκύπτουν από λανθασμένες πρακτικές βρεφικής διατροφής.
- Να δεσμευτούν τα κράτη και οι κυβερνήσεις, να εφαρμόσουν μέτρα προαγωγής του μητρικού θηλασμού.
- Να βοηθήσουν τις μητέρες να πάρουν τη σωστή απόφαση για τον καλύτερο τρόπο διατροφής των παιδιών τους.

Στη χώρα μας το 1993, με υπουργική απόφαση θεσμοθετείται η λειτουργία Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού. Το 1995 το Υπουργείο Υγείας αποστέλλει σε όλους τους αρμόδιους φορείς την οδηγία Υ3γ/36189/ 9-10-95, στην οποία αναφέρεται στα προτεινόμενα 10 βήματα της ΠΟΥ και της UNICEF και τονίζει ότι:

- Οι μητέρες πρέπει να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού.
- Οι μητέρες πρέπει να ενθαρρύνονται να τοποθετούν το βρέφος στο στήθος και να το έχουν στο ίδιο δωμάτιο στο μαιευτήριο, σε όλη τη διάρκεια παραμονής τους.
- Η συνταγογράφηση ξένου γάλακτος πρέπει να συνοδεύεται από ιατρική γνωμάτευση, που να εξηγεί τους λόγους που το μωρό δεν μπορεί να θηλάσει αποκλειστικά.
- Οι πιπίλες και οι τεχνητές θηλές πρέπει να αποφεύγονται.
- Απαγορεύεται η προβολή και διαφήμιση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από τα μαιευτήρια.

Η «Εθνική μελέτη καταγραφής των ποσοστών και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού» που υλοποιήθηκε από τη Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού και δημοσιεύθηκε το 2009 ανέδειξε τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού και τα κυριότερα αίτια μείωσης των ποσοστών αυτών μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα σχεδιάστηκε η «ΑΛΚΥΟΝΗ: Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού», που υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» (ΕΠ. ΑΝ.Α.Δ.) 2007-2013 και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και από Εθνικούς Πόρους.

Επιστέγασμα της συνολικής προσπάθειας είναι η θεσμοθέτηση του μητρικού θηλασμού με το Νόμο 4316/2014 στον οποίο δίνεται σημαντικός ρόλος στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf)
2. WHO. Baby Friendly Hospital Nutrition [Internet]. Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
3. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative." Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July-1 August, 1990 [Internet]. Διαθέσιμο σε: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.html>
4. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for infant and Young Feeding [Internet]. Geneva, Switzerland; 2003. Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>
5. Ν.4316/2014. Διαθέσιμος σε: <https://nomoi.info/ΦΕΚ-Α-270-2014-σελ-1.html>
6. Γάκη Ε, Παπαμικαήλ Δ, Σαραφίδου Γ, Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι, Έκθεση: Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2009.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

### 1.1 Εμβρυολογία και ανάπτυξη του μαστού

Ο μαστικός ή μαζικός αδένας είναι το μόνο όργανο που δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως κατά τη γέννηση. Υφίσταται δραματικές αλλαγές στο μέγεθος, το σχήμα και τη λειτουργία από τη γέννηση μέχρι την εγκυμοσύνη, τη γαλακτοφορία και τελικά την υποστροφή.

Ο μαστός παρουσιάζει τέσσερα στάδια ανάπτυξης. Η ανάπτυξη και η εξέλιξη κάποιου σταδίου μπορεί να επηρεαστεί, από γενετικούς, ορμονικούς ή άλλους παράγοντες (πχ. χειρουργεία) και δυνητικά να έχει επιπτώσεις στη γαλουχία.

#### Κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ηλικίας

Η ανάπτυξη του μαστικού αδένος ξεκινάει στην εμβρυϊκή ηλικία, μεταξύ 4ης-5ης εβδομάδας κύησης, όταν το έμβρυο έχει κεφαλουραίο μήκος 2,5 mm. Κατά το χρόνο αυτό, ανιχνεύονται δύο μαστικές κορυφογραμμές, που ονομάζονται «γραμμές γάλακτος» ή «γαλακτικές γραμμές» και επεκτείνονται από τις μασχάλες μέχρι το εσωτερικό των μηρών, τόσο στα άρρενα όσο και στα θήλεα έμβρυα. Τα άνω άκρα των γαλακτικών γραμμών αναπτύσσονται και διαμορφώνουν τους γαλακτοφόρους πόρους.

Κατά τη διάρκεια των επόμενων δύο μηνών (μεταξύ της 12ης και της 16ης εβδομάδας) σχηματίζονται οι θηλές και η θηλαία άλως. Τα επιθηλιακά κύτταρα συνεχίζουν να εξελίσσονται σε μαστικές εκβλαστήσεις. Η ανάπτυξη συνεχίζεται κατά το δενδριτικό πρότυπο σχηματίζοντας επιθηλιακούς κλάδους, που στο τέλος καταλήγουν σε κυψελίδες. Το άνοιγμα κάθε συστήματος αγωγών καταλήγει ξεχωριστά στην θηλή.

Από την 32η έως τη 40η εβδομάδα κύησης (τέλος του κυστιτικού σταδίου) αναπτύσσονται λοβιακές-κυψελιδικές δομές. Προς το τέλος της κύησης, οι γαλακτοφόροι πόροι αναπτύσσονται περαιτέρω και δημιουργούνται ανοίγματά τους στις θηλές.

Το μεσέγχυμα, που περιβάλλει τα συστήματα των γαλακτοφόρων πόρων, διαμορφώνεται και οδηγεί στη δημιουργία του ινώδους συνδετικού ιστού και του λίπους του μαστού. Χάρη στο μεσέγχυμα οι θηλές ωθούνται προς τα έξω και έρχονται στο ίδιο επίπεδο με το δέρμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτό το βήμα αποτυγχάνει, με αποτέλεσμα μερικώς ή πλήρως ανεστραμμένη θηλή.

Σε μερικά θήλεα και άρρενα νεογνά μπορεί να παρατηρηθεί έκκριση μερικών σταγόνων γαλακτοειδούς εκκρίματος, λόγω ορμονικής επίδρασης της κύησης. Κατά τη γέννηση οι κύριοι μόνο γαλακτοφόροι πόροι είναι διαμορφωμένοι. Ο μαστός μένει σε ανενεργή μορφή και δεν αναπτύσσεται περαιτέρω μέχρι την εφηβεία.

#### Κατά τη διάρκεια της εφηβείας

Στις γυναίκες η ανάπτυξη του μαστού πραγματοποιείται μετά τη γέννηση. Στο θήλυ βρέφος, τα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης μειώνονται μετά από τη γέννηση και παραμένουν χαμηλά καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, λόγω του αρνητικού feedback από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Η ανάπτυξη του γυναικείου μαστικού αδένος κατά την παιδική ηλικία αποτελεί μέρος της γενικής ανάπτυξης και αύξησης του παιδιού. Η διακλάδωση του δικτύου των εκφορητικών πόρων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια της προεφηβικής ηλικίας.

Η ανάπτυξη του στήθους (θηλαρχή) είναι συνήθως το πρώτο σημάδι της εφηβείας στα κορίτσια. Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της θηλαρχής είναι τα 9,5 έως 10,3 χρόνια ζωής, ανάλογα με την εθνικότητα και τον δείκτη μάζας σώματος (body mass index/BMI) του νεαρού κοριτσιού.

Στην εφηβεία, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων είναι εντυπωσιακή με περαιτέρω διακλάδωση των γαλακτοφόρων πόρων, αύξηση του αριθμού και του μεγέθους των λοβίων και του στρώματος. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής εκβλάστησης. Αρχικά, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη επηρεάζουν την ανάπτυξη των μαστών. Άλλες ορμόνες που παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη του στήθους αυτή την περίοδο είναι η προλακτίνη, η αυξητική ορμόνη, η σωματοτροπίνη, η θυρεοειδοτρόπος (TSH) και η φλοιοεπινεφριδοτρόπος (ACTH). Η μεγαλύτερη ανάπτυξη του μαστού παρατηρείται κατά μέσο όρο μέχρι την ηλικία των 16 ετών.

Με την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, η ορμονική ισορροπία του σώματος μεταβάλλεται. Η αύξηση της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH) και της ωχρινοτρόπου ορμόνης (LH) συνεπάγεται την αυξημένη παραγωγή των οιστρογόνων, τα οποία προάγουν την ανάπτυξη και διακλάδωση του συστήματος των αγωγών και την αύξηση της αιμάτωσης και του συνδετικού ιστού μεταξύ των αγωγών. Η προγεστερόνη (κατά την ωχρινική φάση του έμμηνου κύκλου) προκαλεί τον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυψελίδων και των λοβίων. Κάποια παλινδρόμηση συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ωοθυλακικής φάσης με την απώλεια της ορμονικής υποστήριξης. Ωστόσο, η ανάπτυξη συμβαίνει με κάθε διαδοχικό κύκλο. Η θηλαία άλως και η θηλή αναπτύσσονται περαιτέρω και λαμβάνουν ένα πιο σκούρο χρώμα κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

#### Κατά την κύηση και τη γαλουχία

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πραγματοποιείται η πλήρης δομική και λειτουργική ωρίμανση των μαστών. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης, τα αυξημένα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης προκαλούν τον πολλαπλασιασμό του συστήματος των αγωγών. Το σύστημα των

αγωγών συνεχίζει να εξελίσσεται σε όλο το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (13η ως και 28η εβδομάδα) και οι κυψελίδες αναπτύσσονται και διαφοροποιούνται περαιτέρω με τη συνεργική δράση της προλακτίνης του πλακούντα.

Η εξέλιξη του μαστού συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου (29η ως και 40η εβδομάδα). Η θηλή και η θηλαία άλως σκουραίνουν και μεγεθύνονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, η παρατηρούμενη αύξηση του μαστού είναι το αποτέλεσμα της ανάπτυξης των παρεγχυματικών κυττάρων και της διαστολής των κυψελίδων λόγω της εμφάνισης πρωτογάλατος ή πύατος (ένα υποκίτρινο έκκριμα, το οποίο είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες και χαμηλά λιπαρά). Το στήθος αρχίζει να λειτουργεί ως αδένας που παράγει γάλα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με την έναρξη της γαλακτογένεσης I (εκκριτική διαφοροποίηση). Μετά τον τοκετό και την απομάκρυνση του πλακούντα αρχίζει η εκροή γάλακτος και ακολουθούν οι φάσεις της γαλακτογένεσης II και III, που χαρακτηρίζονται από την αύξηση της γαλακτοπαραγωγής και της εδραίωσης της γαλουχίας και περιγράφονται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 2.

Κατά τη φάση του αποθηλασμού ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει. Η στάση του γάλακτος οδηγεί σε απόπτωση γαλακτοκυττάρων, επέρχεται ατροφία λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος. Το στήθος επιστρέφει αργά στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση.

## Κατά την εμμηνόπαυση

Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μείωση της έκκρισης των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με απώλεια του συνδετικού ιστού από το εσωτερικό και από το χώρο μεταξύ των λοβίων. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων στις μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες μπορεί να είναι απολύτως απύσυχες από τον μαστό. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από λιπώδη ιστό.

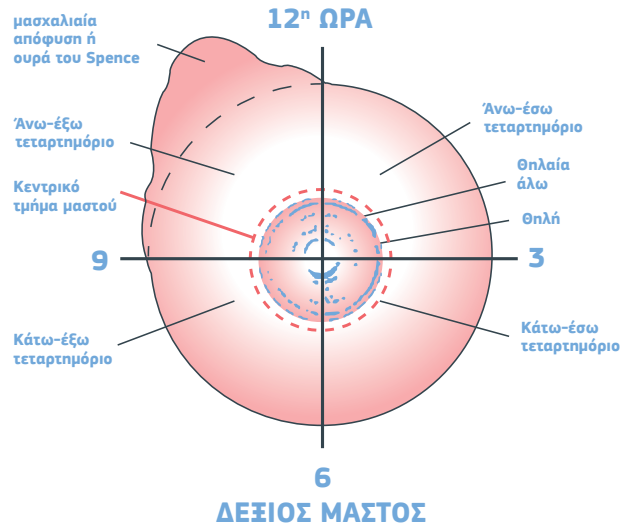
### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελουπούλου Ε. Εμβρυολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης; 1989.
2. Ιατράκης Γ. Βασικές έννοιες Εμβρυολογίας - Εμβρυολογία του γεννητικού συστήματος και του μαστού. Στο: Γυναικολογική Ογκολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός; 2013.
3. Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου, Τόμος II. (Επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 1985.
4. Lauwers J, Swisher A. Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. 7th ed. Missouri, USA: Mosby; 2010.
6. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001. Feb;48(1):13-34.
7. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation (3rd ed). Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.

## 1.2 Ανατομία του μαστικού αδένος

Ο μαστός βρίσκεται μπροστά από το θωρακικό τοίχωμα και εκτείνεται από την 2η μέχρι την 6η πλευρά και από το έξω στερνικό κείλος μέχρι την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή.

Κατά την αντικειμενική εξέταση ο μαστός συνθίζεται να χωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια: το άνω-έξω, το κάτω-έξω, το άνω-έσω και το κάτω-έσω. Στο άνω-έξω τεταρτημόριο βρίσκεται μία προσεκβολή μαστικού αδένος προς τη μασχάλη, που αναφέρεται και ως ουρά του Spence ή μασχαλιαία απόφυση.



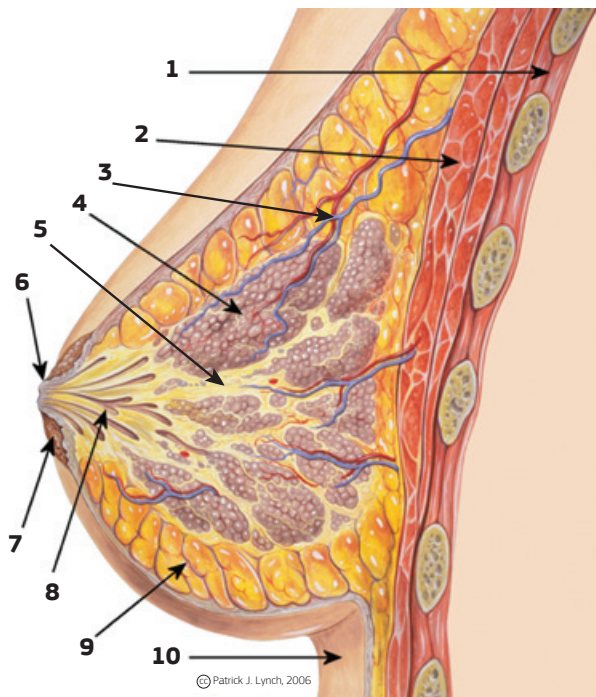
Εικόνα 1: Τεταρτημόρια μαστού και η μασχαλιαία απόφυση ή ουρά του Spence.

Όσον αφορά τη δομή του ο μαστός αποτελείται από το αδενικό παρέγχυμα, το στρώμα και το δέρμα που τον περιβάλλει:

### Το αδενικό παρέγχυμα

Το παρέγχυμα αποτελεί το λειτουργικό τμήμα του αδένος. Ο μαστικός αδένος διαθέτει 15-20 αυτόνομους λοβούς, που διατάσσονται ακτινωδώς γύρω από την θηλή και τη θηλαία άλω. Κάθε λοβός αποτελείται από 20-40 λόβια και κάθε λόβιο από 10-100 λοβίδια ή αδενοκυψέλες. Οι αδενοκυψέλες, από όπου εκκρίνεται το γάλα, είναι ένα ενιαίο στρώμα επιθηλιακών κυττάρων που περιβάλλονται με υποστηρικτικές δομές μυοεπιθηλιακών και συσταλικών κυττάρων για την εκβολή του γάλακτος. Το γάλα εκκρίνεται μέσα στους κυψελιδικούς αυλούς, όπου αποθηκεύεται μέχρι το αντανακλαστικό εκροής γάλακτος (milk let down reflex) να πυροδοτήσει τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα για να οδηγήσουν στη σύσπαση του πόρου και την εκροή γάλακτος. Οι αδενοκυψέλες διατάσσονται σε αθροίσεις «δίκην σταφυλιού» (Εικόνα\_2).

Κάθε λοβός παροχετεύεται από το δικό του γαλακτοφόρο πόρο, ο οποίος είναι επιθηλιακός σωλήνας με μικρούς κλάδους και στενό αυλό που στο τέλος της διαδρομής διευρύνεται σχηματίζοντας τον γαλακτοφόρο κόλπο ή λήκυθο, με τραπεζοειδές σχήμα και διάμετρο 1-2 mm. Η λήκυθος στενεύει εκ νέου σχηματίζοντας τον εκφορητικό πόρο, που εκβάλλει σε οπή της θηλής.



Εικόνα 2: Ανατομικές δομές του μαστού  
(1. Μεσοπλευρίοι μύες 2. Μείζων Θωρακικός Mus 3. Αιμοφόρα Αγγεία 4. Λόβιο 5. Γαλακτοφόρος πόρος 6. Θηλή 7. Θηλαία άλω 8. Εκφορητικός Πόρος 9. Υποδόριο Λίπος 10. Δέρμα)

## Το στρώμα

### Συνδετικός ιστός

Μακρόστενες ίνες που λέγονται ανελκτήρες ή κρεμαστήρες σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι του Cooper διαπερνούν όλο τον μαστό. Οι διεισδυτικές αυτές δεσμίδες συνδετικού ιστού είναι ανελαστικές και υποστηρίζουν τον μαστό.

### Λιπώδης ιστός

Το περιμαστικό λίπος είναι αυτό που δίνει τον όγκο και το σχήμα του μαστού. Τα κύτταρα του λίπους βρίσκονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους μεταξύ των λοβίων και των αγωγών του γάλακτος, κάτω από το δέρμα. Το λίπος είναι άφθονο στην πρόσθια επιφάνεια και λιγότερο κάτω από την θηλή και τη θηλαία άλω.

## Αιμοφόρα αγγεία

Ο μαστός είναι άμεσα συνδεδεμένος με το θωρακικό τοίχωμα και το άνω άκρο του σώματος. Η αρτηριακή τροφοδοσία του μαστού προέρχεται κατά 60% από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατά 30% από την κατώτερη θωρακική αρτηρία. Δευτερευόντως, στην αγγείωση του μαστού συμβάλλουν και άλλοι κλάδοι αρτηριών, όπως των ακρομοθωρακικών, των υποπλάτιων και θωρακοραχιαίων αρτηριών.

Οι φλέβες που παροχετεύουν τον μαστό συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στη μασχαλιαία, την έσω θωρακική και τις μεσοπλευρίες φλέβες.

## Λεμφαγγεία

Το λεμφαγγειακό δίκτυο του μαστού είναι πλούσιο και αποχετεύει τη λέμφο προς δύο κατευθύνσεις, προς τους μασχαλιαίους και προς τους λεμφαδένες της έσω μαστικής αρτηρίας.

Η λεμφική αποχέτευση γίνεται κατά το 75% περίπου με λεμφαγγεία που αποχετεύουν στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Η υπόλοιπη αποχέτευση γίνεται στο μεγαλύτερο μέρος της στους παραστερνικούς λεμφαδένες, που εντοπίζονται στο βάθος του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και σχετίζονται με την έσω μαστική αρτηρία. Ένα μέρος αυτής γίνεται με λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλευρίων αρτηριών και συνδέονται με τους μεσοπλευρίους λεμφαδένες, που εντοπίζονται κοντά στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών.

## Νεύρα

Η νευρώση του μαστού προέρχεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους του δεύτερου έως έκτου μεσοπλευρίου νεύρου, το μεσοπλευροβραχιόνιο νεύρο, το θωρακοραχιαίο, το μακρύ θωρακικό ή νεύρο του Bell και από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Η θηλή νευρώνεται από το τέταρτο μεσοπλευρίο νεύρο και εμφανίζει ιδιαίτερη νευροβρίθεια. Ο κατώτερος κλάδος του τέταρτου μεσοπλευρίου νεύρου νευρώνει, επίσης, την περιοχή πολύ κοντά στην επιφάνεια της θηλαίας άλω και το έξω και κάτω τεταρτημόριο του μαστού και της 7ης του δεξιού. Η διατομή αυτού του νεύρου έχει σημασία γιατί οδηγεί σε μείωση της γαλακτοπαραγωγής όπως αναφέρεται στην ενότητα Χειρουργεία μαστού στο Κεφάλαιο 5.

Η πλούσια αισθητική νευρώση της θηλής και της άλω είναι σημαντική για τον θηλασμό καθώς ο ερεθισμός τους από το θηλάζον βρέφος οδηγεί σε διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος και απελευθέρωση ορμονών της γαλουχίας που οδηγούν στην εδραίωση και διατήρηση αυτής.

## Το δέρμα του μαστού και η θηλή

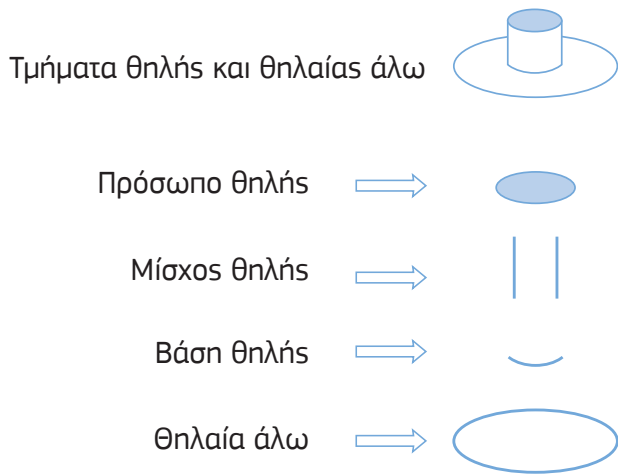
Το δέρμα του μαστού είναι σχετικά λεπτό. Στο μέσο περίπου της πρόσθιας επιφάνειας του μαστού βρίσκεται η θηλή, που αποτελεί κυλινδρικού είδους ή κωνοειδές έπαρμα του δέρματος, μήκους 10-12mm. Στην κορυφή της θηλής υπάρχουν 10-15 τμήματα, στα οποία εκβάλλουν οι εκφορητικοί πόροι.

Η θηλή αποτελείται από 3 τμήματα: το πρόσωπο, το μίσχο, τη βάση. Περιβάλλεται από μία υποστρόγγυλη και ελαφρά επηρμένη περιοχική διαμέτρου 1,5-6 εκ, τη θηλαία άλω. Τα τμήματα της θηλής και της θηλαίας άλω απεικονίζονται στην εικόνα 3.

Η θέση της θηλής σε σχέση με το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα δεν είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται από το μέγεθος και το βαθμό χαλάρωσης του μαστού. Συνήθως βρίσκεται στο ύψος του τέταρτου μεσοπλευρίου διαστήματος. Η θηλή και η θηλαία άλω έχουν καστανέρυθρο χρώμα, λόγω άφθονης μελανίνης.

Στην επιφάνεια της θηλαίας άλω υπάρχουν 10-15 μικρά επάρματα, οι αδένες του Montgomery, που θεωρούνται τροποποιημένοι σμηγματογόνοι αδένες. Οι αδένες αυτοί εκκρίνουν μία ελαιώδη ουσία, η έκκριση της οποίας αυξάνει κατά τη γαλακτοφορία και εξυπηρετεί τη λίπανση και την προστασία των θηλών έναντι του έντονου μηχανικού ερεθισμού που υφίστανται κατά

τον θηλασμό. Λείες μυϊκές ίνες στο χόριο προκαλούν σκλήρυνση (στύση) των μορφωμάτων αυτών κατά τον ερεθισμό της θηλής.



Εικόνα 3: Τμήματα της θηλής και της θηλαίας άλω

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Drake RL, Vogl W., Michell AW. Gray's Ανατομία, Τόμος 1 (Επιμέλεια: Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
2. Hansen JT, Lambert DR. Netter's Ανατομία Ι: Βασική Κλινική Ανατομία (Επιμέλεια: Ε. Ν. Μανώλης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2005.
3. Kahle W., Leonhardt H., Platzer W. Εγχειρίδιο Ανατομικής του ανθρώπου Τόμος ΙΙ (Επιμέλεια: Ν. Παπαδόπουλος). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 1985.
4. Lauwers J, Swisher A. Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
5. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. 7th ed. Missouri, USA: Mosby; 2010.
6. Schunke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. Βασική Περιγραφική Ανατομική Ι, Τόμος Ι (Επιμέλεια: Π. Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
7. Moore KL, Dalley AF, Agur A.M.R. Κλινική Ανατομία, Τόμος Ι. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2013.
8. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb;48(1):13-34.
9. Neville MC. Breastfeeding, part 1: The evidence of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48:13.
10. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.

### 1.3 Διαμαρτίες διάπλασης του μαζικού αδένου και των θηλών

#### Υπερμαστία

Η *υπερμαστία* συναντάται στο 2% έως 6% των γυναικών και αφορά την παρουσία εξαρτημάτων μαστικού αδένου, τα οποία είναι φυλογενετικά υπολείμματα των εμβρυϊκών μαστικών κορυφογραμμών. Προκύπτουν από ατελή παλινδρόμηση ή διασπορά των πρωτόγωνων γαλακτικών γραμμών με αποτέλεσμα να αναπτυχθεί επιπλέον μαστικός ιστός σε οποιοδήποτε άλλο σημείο της γαλακτικής γραμμής. Ο επιπλέον αυτός ιστός μπορεί να περιλαμβάνει αδενικό ιστό, θηλαία άλω, θηλή ή οποιοδήποτε συνδυασμό των παραπάνω (Εικόνα 4). Κατά την έναρξη του θηλασμού ο επι-

πλέον ιστός μπορεί να είναι ιδιαίτερα οίδηματώδης και η διόγκωσή του μπορεί να προκαλέσει πόνο κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Η θεραπεία είναι συμπτωματική και μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση κρύων επιθεμάτων και αντιφλεγμονωδών από το στόμα με σκοπό την ανακούφιση του οιδήματος και του πόνου. Υποχώρηση των συμπτωμάτων παρατηρείται συνήθως μετά από 2 ημέρες από την έναρξη της αγωγής.

*Υπεραδενία* είναι η παρουσία μαστικού ιστού κατά μήκος της γαλακτικής γραμμής, χωρίς θηλή. Ο επιπλέον ιστός, με ή χωρίς θηλές, συνήθως παρουσιάζεται στη μασχάλη και υποβάλλεται σε παρόμοιες αλλαγές με αυτές του φυσιολογικού στήθους κατά την διάρκεια της εμμήνου ρύσης, της κύησης και της γαλουχίας. Διαχωρίζεται από την ουρά του Spretce, καθώς δεν έχει καμία ανατομική σχέση με το στήθος.

#### Πολυθηλία

Είναι η κατάσταση στην οποία υπάρχουν περισσότερες από δύο θηλές, χωρίς να συνυπάρχει επιπλέον αδενικός ιστός. Είναι αρκετά συχνή, σε ποσοστό 2-6% των γυναικών. Μπορούμε να τις δούμε κατά μήκος της εμβρυϊκής γραμμής και συνήθως λανθασμένα διαγιγνώσκονται ως ακροχορδώνες (κρεατοελιές). Σπάνια χρειάζεται κάποια παρέμβαση, όμως περιστασιακά συνδέονται με συγγενείς ανωμαλίες του ουροποιογεννητικού συστήματος.



Εικόνα 4: Υπεράριθμος μαστός.

#### Υπερτροφία (μακρομαστία και γιγαντομαστία)

Η *υπερτροφία* είναι σπάνια, καλοήθης κατάσταση και αφορά την ύπαρξη αδενικού ιστού πέραν του φυσιολογικού. Μπορεί να εμφανιστεί στο ένα ή και στα δύο στήθη. Τα όρια όμως του φυσιολογικού στη συγκεκριμένη περίπτωση ποικίλουν. Πολλοί ορίζουν ως *μακρομαστία* την υπερτροφία του στήθους που δεν ξεπερνά τα 2,5kg, ενώ πέραν αυτού την ορίζουν ως *γιγαντομαστία*. Οι Dancey et al (2008) θεωρούν ότι στη γιγαντομαστία το βάρος του κάθε στήθους ξεπερνά το 1,5kg, ενώ αργότερα η ίδια ομάδα (Dafydd H et al, 2011) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι μία γυναίκα έχει γιγαντομαστία όταν το βάρος του στήθους της φτάνει ή ξεπερνάει το 3% του βάρους της.

Η αιτία αυτής της υπερτροφίας είναι άγνωστη. Πιθανώς να οφείλεται σε αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης, των οιστρογόνων και της προγεστερόνης ή σε μεγάλη ευαισθησία του

ιστού του γυναικείου μαζικού αδένου στη δράση των παραπάνω ορμονών.

Περίπου το 80% της υπερπλασίας εμφανίζεται στην εφηβεία και μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη στάση του σώματος, όπως οσφυαλγία, κύφωση, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα κατά την εφηβεία. Σπάνια μπορεί να προκαλέσει εξέλκωση του δέρματος. Οι γυναίκες με υπερπλασία μπορεί να υποβληθούν σε μείωση του μαστού πριν γεννήσουν ή θηλάσουν. Αυτό, όμως, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις σε μελλοντικό θηλασμό.

Υπερβολική διόγκωση των μαστών σπάνια μπορεί να παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε αυτή την περίπτωση οι μαστοί διογκώνονται σε μικρό χρονικό διάστημα και εκτός από το ιδιαίτερα μεγάλο μέγεθος είναι επίσης πολύ επώδυνοι, μπορεί να εξελκωθούν, με κίνδυνο να αιμορραγήσουν ή και να επιμολυνθούν. Επιπλέον, μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στον θηλασμό, όπως απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων και πιθανόν μαστίτιδα και απόστημα του μαστού. Η θεραπεία με φάρμακα δεν φέρνει τα βέλτιστα αποτελέσματα, αλλά έχει σε κάποιες περιπτώσεις προσφέρει οριακή βελτίωση. Μπορεί να είναι αναγκαία η χειρουργική διόρθωση με αμφοτερόπλευρη μείωση του μαστού.

## Αμαστία, αμαζία και υποπλασία του μαστικού αδένου

*Αμαστία* είναι η συγγενής απουσία του μαστού και της θηλής. *Αμαζία* ονομάζεται η κατάσταση κατά την οποία η θηλή είναι παρούσα, αλλά δεν υπάρχει μαζικός αδένος.

*Υποπλασία του μαστού* είναι η υπανάπτυξη του στήθους. Αν και το 90% των περιπτώσεων υποπλασίας του μαστού συνδέονται με υποπλασία του θωρακικού μύος, το 92% των γυναικών με θωρακικές ανωμαλίες των μυών, έχουν φυσιολογικό μαστό.

Το *σύνδρομο Poland* χαρακτηρίζεται από ετερόπλευρη υποπλασία ή απλασία των θωρακικών μυών και μπορεί να συνοδεύεται από άλλες συγγενείς ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένης υποπλασίας του μαστικού αδένου ή και της θηλής.

## Συμμαστία

*Συμμαστία* είναι συγγενής ανωμαλία κατά την οποία λωρίδα μαλακού ιστού ενώνει τους δύο μαστούς κάθετα στη μέση γραμμή, πάνω από το στέρνο. Οι μαστοί είναι συνήθως συμμετρικοί.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahcan U, Solinc M, Meglic L. Gestational gigantomastia after reduction mammoplasty: complication or coincidence? J Plastic reconstructive aesthetic surgery Feb 2003; 111(2): 956-8.
- Burdick AE, Thomas KA, Welsh E, Powell J, Elgart GW. Axillary polymastia. Journal of the American Academy of Dermatology. Dec 2003; 49 (6): 1154-1156.
- Cerrato F, Webb ML, Rosen H, Nuzzi L, McCarty ER, DiVasta AD, Greene AK, Labow BI. The impact of macromastia on adolescents: a cross-sectional study. Pediatrics. 2012 Aug; 130(2):e339-46.
- Chiu TW. Stone's Plastic Surgery Facts and Figures. 3rd ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2011. Chapter 6, Breast; p. 188.
- Dafydd H1, Roehl KR, Phillips LG, Dancey A, Peart F, Shokrollahi K. Redefining gigantomastia. J Plastic reconstructive aesthetic surgery. 2011 Feb; 64(2):160-3. doi: 10.1016/j.bjps.2010.04.043. Epub 2010 Jun 8
- Dancey A, Khan M, Dawson J, Peart F. Gigantomastia e a classification and review of the literature. J Plastic reconstructive aesthetic surgery, 2008;61:493e502.

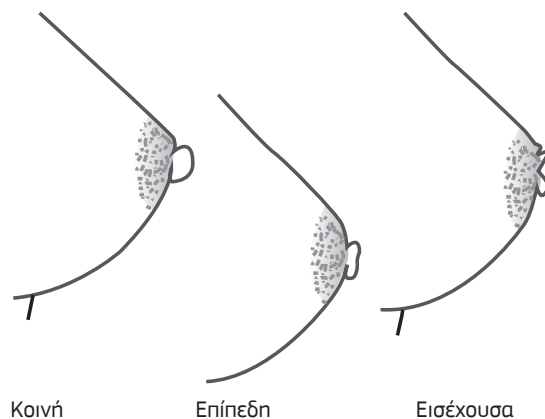
- Degrell I. Atlas of diseases of the mammary gland. USA: S. Karger; 1976.
- Ezem BU, Osuagwu CC, Opara KA. Gestational gigantomastia with complete resolution in a Nigerian woman. BMJ Case Rep. 2011 Feb 15;2011.
- Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession, 7th ed. Missouri, USA: Mosby; 2010.
- Neinstein LS. Breast disease in adolescents and young women. Pediatr ClinNorth Am. 1999 Jun;46(3):607-29.
- Swelstad MR, Swelstad BB, Rao VK, Gutowski KA. Management of gestational gigantomastia. J Plastic reconstructive aesthetic surgery, 2006 Sep; 118(4): 840-8.

## 1.4 Διαμαρτίες διάπλασης των θηλών

Οι θηλές της κάθε γυναίκας διαφέρουν ως προς το σχήμα, το μέγεθος, και τον βαθμό στον οποίο προεξέχουν. Η θηλή που προεξέχει μετά από διέγερση βοηθά το βρέφος στη σωστή σύλληψη του μαστού. Διαφορές υπάρχουν τόσο στους τύπους όσο και στα μεγέθη των θηλών, που μπορεί να κυμαίνονται από μέσο όρο δι-αμέτρου 16 έως και πάνω από 23 mm.

Τις θηλές τις κατατάσσουμε σε δυο κατηγορίες ανάλογα με το πώς εμφανίζονται πριν και μετά τη διέγερση από αφή, κρύο ή ήπια συμπίεση.

- Επίπεδη θηλή.* Είναι η θηλή η οποία παραμένει ουσιαστικά αμετάβλητη μετά από διέγερση. Μια επίπεδη θηλή έχει πιο μικρό μίσχο, με αποτέλεσμα το νεογνό να δυσκολεύεται να τη βρει και να την πιώσει. Συνήθως δεν αποτελεί πρόβλημα για την προσκόλληση του βρέφους στον μαστό, μετά από την εφαρμογή των κατάλληλων χειρισμών (βλέπε Κεφάλαιο 5).
- Εισέχουσα θηλή.* Μια πραγματικά εισέχουσα θηλή βρίσκεται προς τα μέσα κατά την ηρεμία ή στρέφεται προς τα μέσα όταν διεγείρεται. Οι εισέχουσες θηλές μπορεί να παρατηρηθούν στον ένα μαστό ή αμφοτερόπλευρα.



Εικόνα 5 : Διαφοροποιήσεις θηλών

## Διαμαρτίες διάπλασης θηλών και θηλασμός

Τόσο οι επίπεδες όσο και οι εισέχουσες θηλές αποτελούν συγγενείς παραλλαγές των θηλών. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι θηλές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα προς το τέλος της στρέφονται προς τα έξω χωρίς ανθρώπινη παρέμβαση. Επίσης, υπάρχει πιθανότητα οι επίπεδες ή εισέχουσες θηλές να τραβηχθούν προς τα έξω κατά τη διάρκεια του θηλασμού και να πα-

ραμείνουν στραμμένες προς τα έξω. Εάν παραμείνουν οι επίπεδες ή εισέχουσες θηλές μπορεί να δυσκολέψουν αρχικά τον θηλασμό, αλλά δεν αποτελούν αντένδειξη γι' αυτόν. Ιδιαίτερη δυσκολία αντιμετωπίζουν οι πρωτότοκες μητέρες, καθώς δεν έχουν την εμπειρία όσον αφορά την κατάλληλη στάση και τοποθέτηση του βρέφους. Τεχνικές και μέθοδοι για τη διευκόλυνση της σύλληψης του μαστού από το νεογέννητο περιγράφονται στο κεφάλαιο 5.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Drake RL, Vogt IW, Mitchell AW. Ανατομία Gray's, Τόμος 1 (Επιμέλεια: Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
2. Lauwers J, Swisher A. Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
3. Ramsay D, Kent JC, Hartmann RA, Hartman PE. Anatomy of the lactating breast redefined with ultrasound imaging. J Anat. 2005 June; 206(6): 525-534.
4. Schunke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K. Βασική Περιγραφική Ανατομική Ι, Τόμος Ι (Επιμέλεια: Π. Ν. Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη; 2007.
5. Wilson-Clay B, Hoover K. The Breastfeeding Atlas. 4th ed. Manchaca, Texas: Lact News Press; 2008.

## 1.5 Ανατομία του στόματος του βρέφους

Το βρέφος για να θηλάσει αποτελεσματικά θα πρέπει να εκτελεί και να συντονίζει τη λειτουργία της αναρρόφησης, της κατάποσης και της αναπνοής. Οι ανατομικές δομές που συμμετέχουν είναι σε στενή επαφή μεταξύ τους και συχνά αλληλεπιδρούν.

Με την πάροδο των μηνών η σχέση των ανατομικών αυτών δομών μεταβάλλεται, ώστε η λειτουργία τους να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες του βρέφους και του παιδιού.

### Οι ανατομικές δομές της στοματικής κοιλότητας

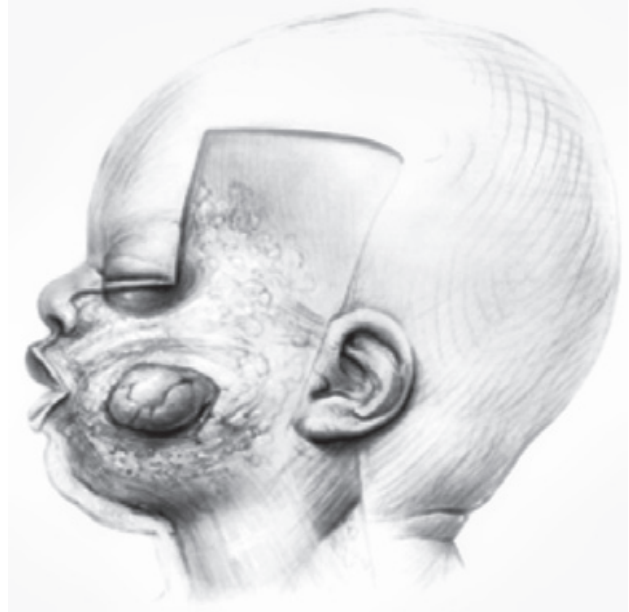
Η στοματική κοιλότητα του νεογνού από εμπρός αφορίζεται από τα *χείλη* και τον φραγμό των *ούλων* ενώ προς τα πίσω μεταπίπτει στον φάρυγγα. Το άνω τοίχωμα της στοματικής κοιλότητας καλείται *υπερώα* και στη διαμόρφωσή της συμμετέχει το οστό της άνω γνάθου. Η υπερώα αποτελείται από δύο επιμέρους τμήματα, στα πρόσθια 2/3 από τη σκληρή και στο οπίσθιο 1/3 από την μαλακή υπερώα. Στα πλάγια η στοματική κοιλότητα αφορίζεται από τις παρειές (μάγουλα). Το κάτω τοίχωμα της στοματικής κοιλότητας καλείται έδαφος του στόματος και σχηματίζεται από τον γενειογλωσσικό και τον γναθοϋοειδή μυ. Η στοματική κοιλότητα πληρούται από τη γλώσσα.

Τα χείλη εντοπίζουν την θηλή, τη φέρνουν προς τη στοματική κοιλότητα και συγκρατούν την θηλή και τη θηλαία άλω μέσα στη στοματική κοιλότητα.

Ο χαλινός του άνω *χείλους* είναι η μεμβράνη που ενώνει το άνω χείλος με την κορυφογραμμή των ούλων.

Οι *παρειές* στο νεογνό και το μικρό βρέφος έχουν «μαξιλάρια λίπους», τα οποία συνδράμουν στον θηλασμό με το να προσφέρουν παθητική σταθερότητα, συμβάλλοντας στη δημιουργία αρνητικής πίεσης στη στοματική κοιλότητα. Ο λιπώδης αυτός ιστός είναι εμφανής μέχρι την ηλικία των 6-8 μηνών, οπότε το σταθε-

ροποιητικό ρόλο αναλαμβάνουν οι μύες των παρειών. Στα πρόωρα βρέφη τα «μαξιλάρια λίπους» είναι σχεδόν ανύπαρκτα.



Εικόνα 6: «Μαξιλάρια λίπους» παρειών βρέφους.

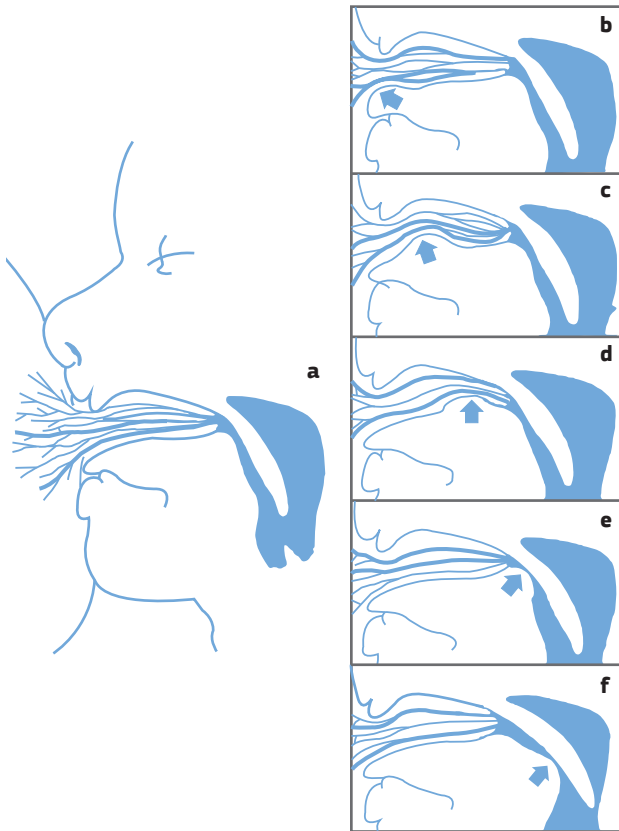
Η άνω και κάτω γνάθος αποτελούν τη βάση στήριξης για τη γλώσσα, τα χείλη και τις παρειές. Η προς τα κάτω κίνηση της γνάθου κατά το ρούφηγμα αυξάνει το μέγεθος της στοματικής κοιλότητας και οδηγεί στη δημιουργία αρνητικής πίεσης μέσα σε αυτή. Να σημειωθεί ότι η κάτω γνάθος του νεογνού είναι μικρή και ελαφρώς εισέχουσα σε σχέση με του ενήλικα. Ο ενεργός θηλασμός ενθαρρύνει την ανάπτυξη της κάτω γνάθου και δυναμώνει τους μύες της. Επίσης, φαίνεται ότι ο θηλασμός βοηθάει στη βέλτιστη ανάπτυξη του προσωπικού κρανίου και κατ'επέκταση στην καλύτερη θέση της κάτω γνάθου, όσον αφορά τη σύγκλιση και έκφυση των δοντιών.

Η *οροφή του στόματος* αποτελείται στο πρόσθιο τμήμα από την οστέινη σκληρή *υπερώα* και στο οπίσθιο από την κινητή μαλακή υπερώα. Η υπερώα διαχωρίζει τη στοματική από τη ρινική κοιλότητα, εξασφαλίζοντας μία καλά σφραγισμένη στοματική κοιλότητα, που επιτρέπει τη δημιουργία αρνητικής πίεσης κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επίσης, η σκληρή υπερώα με τις κυματοειδείς εγκάρσιες πτυχώσεις παρέχει την κατάλληλη αντίσταση, ώστε η γλώσσα να συμπίεζει και να κρατά την θηλή κατά τον θηλασμό, ενώ κατά τη διάρκεια της κατάποσης οι μύες της μαλακής υπερώας ανασπώνονται κλείνοντας τη ρινική κοιλότητα και εμποδίζοντας το γάλα να εισέλθει σε αυτή. Επιπλέον, η διέγερση της υπερώας είναι απαραίτητη για την έκλυση του αντανακλαστικού του θηλασμού.

Η γλώσσα εκτελεί πολλές σύνθετες λειτουργίες: την αναρρόφηση, την αίσθηση της γεύσης, το πιπίσιμο της θηλής, το πιπίλισμα και την κατάποση. Νευρώνεται από 3 κρανιακά νεύρα: το προσωπικό νεύρο (αισθητική λειτουργία), το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (αίσθηση γεύσης) και το υπογλώσσιο νεύρο (κινητική λειτουργία). Η σωστή κίνηση της γλώσσας είναι ζωτικής σημασίας για τον αποτελεσματικό θηλασμό. Κατά τον θηλασμό η γλώσσα φέρνει την θηλή και τη θηλαία άλω μέσα στη στοματική κοιλότητα, τις διαμορφώνει και συμβάλλει στη σταθεροποίησή τους. Όταν χρησιμοποιείται μπουκάλι η γλώσσα δε χρειάζεται να φέρει την τεχνητή θηλή μέσα στη στοματική κοιλότητα, απλώς βοηθάει στη στα-



θεροποίησή της. Αλλάζοντας σχήμα η γλώσσα αυξάνεται ο όγκος της στοματικής κοιλότητας. Η γλώσσα ερχόμενη σε επαφή με τη μαλακή υπερώα απομονώνει τη στοματική κοιλότητα από τον ρινοφάρυγγα, συγκρατώντας το γάλα μέσα σε αυτή μέχρι να ξεκινήσει η διαδικασία της κατάποσης.



Εικόνα 7: Κίνηση της γλώσσας κατά τον θηλασμό. (Πηγή: *Counselling the nursing mother: A lactation consultant's guide (5th ed)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning).

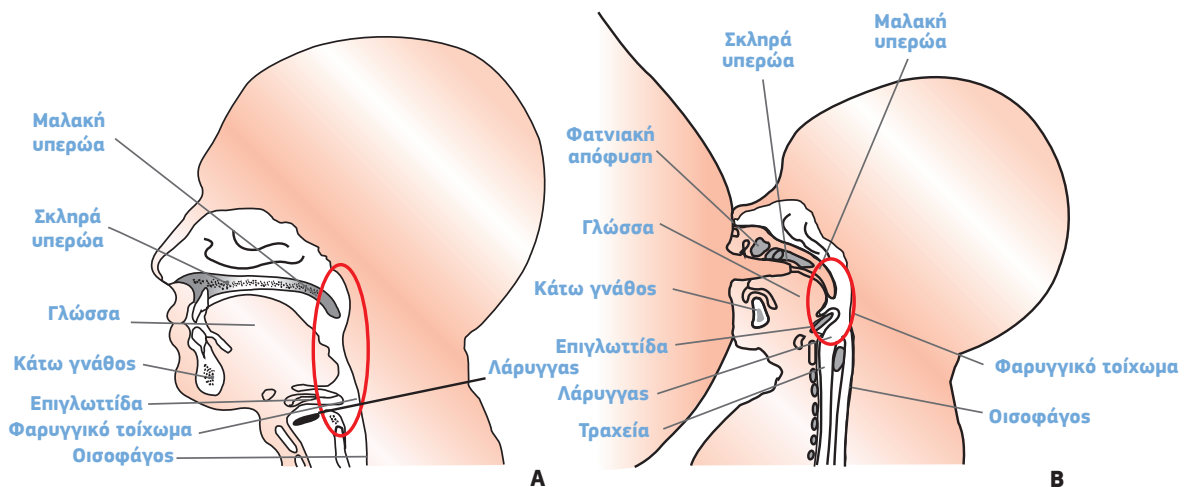
Ο *χαλινός της γλώσσας* είναι μια πτυχή του βλεννογόνου που εκτείνεται από το δάπεδο του στόματος προς το μέσον της κάτω επιφάνειας της γλώσσας. Όταν ο χαλινός είναι πολύ μικρός με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η ελεύθερη κίνηση της γλώσσας στη στοματική κοιλότητα, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα κατά τον θηλασμό.

Ο *φάρυγγας* συνδέει την στοματική κοιλότητα και τις ανώτερες αεροφόρους οδούς με τον οισοφάγο και τον λάρυγγα. Βρίσκεται μπροστά από την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Διακρίνεται στον *ρινοφάρυγγα*, τον *στοματοφάρυγγα* (το διάστημα μεταξύ της μαλακής υπερώας και της επιγλωττίδας) και τον *υποφάρυγγα* (μεταξύ της επιγλωττίδας και του άνω οισοφαγικού σφιγκτήρα).

Η *επιγλωττίδα* είναι ο χόνδρος που βρίσκεται στη ρίζα της γλώσσας μπροστά στον λάρυγγα. Κατά την κατάποση η επιγλωττίδα φράζει ανατακλαστικά την είσοδο της αναπνευστικής οδού, για να αποφεύγεται η εισρόφηση της τροφής στην τραχεία και στους πνεύμονες.

Ο *λάρυγγας* αποτελεί όργανο του αναπνευστικού συστήματος και συνέχεια του φάρυγγα. Ο λάρυγγας χρησιμεύει τόσο για την αναπνοή όσο και για την παραγωγή φωνής. Στη συνέχεια του λάρυγγα είναι η τραχεία. Στα νεογνά και μικρά βρέφη ο λάρυγγας βρίσκεται ψηλότερα, στο επίπεδο των σπονδύλων A1 - A3, με συνέπεια η μαλακή υπερώα να είναι σε στενή επαφή με την επιγλωττίδα. Το αποτέλεσμα είναι κατά τον θηλασμό η άνοδος του λάρυγγα να οδηγεί σε επικάλυψη της μαλακής υπερώας από την επιγλωττίδα και συνεπώς δεν επιτρέπει την επικοινωνία του ρινοφάρυγγα με τις αεροφόρες οδούς.

### Ανατομία της Κατάποσης στον Ενήλικα (A) και το Βρέφος (B)



Εικόνα 8: Ανατομία της κατάποσης στην ενήλικα και το βρέφος.

Αυτό επιτρέπει στα βρέφη να μπορούν να θηλάζουν και να αναπνέουν ταυτόχρονα τους πρώτους μήνες ζωής. Από την ηλικία των 3-4 μηνών αρχίζει η απομάκρυνση της επιγλωττίδας από τη μαλακή υπερώα με αποτέλεσμα κατά την ενήλικη ζωή η μαλακή υπερώα να μην μπορεί να έρθει σε επαφή με την επιγλωττίδα και η γλώσσα να πέφτει προς τα πίσω καθώς η επιγλωττίδα κατεβαίνει. Το οπίσθιο 1/3 της γλώσσας αποτελεί πλέον το οπίσθιο τοίχωμα του ρινοφάρυγγα.

## Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου

Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου διακρίνονται σε:

- Μύες που σχετίζονται με τα όργανα και τα σπλάγχνα της κεφαλής (μύες του αυτιού, του ματιού, της μαλακής υπερώας, της γλώσσας και του φάρυγγα).
- Μασπήριους μύες. Προσφύονται στην κάτω γνάθο και την κινούν. Οι μύες οι οποίοι κατεβάζουν την κάτω γνάθο δεν ανήκουν στους μασπήριους.

- Δερματικούς ή μιμικούς μύες ή μύες προσώπου. Χρησιμοποιούνται στις κινήσεις του προσώπου που οδηγούν στις ποικίλες εκφράσεις του.
- Μύες του στόματος. Βρίσκονται γύρω από τη στοματική σχισμή και συμβάλλουν στο να ανοιγοκλείνει το στόμα, να σπκώνεται το άνω χείλος και να έχει ο άνθρωπος τη δυνατότητα να σφυρίζει, να φυσάει και να γελάει.

## Νεύρωση της στοματικής κοιλότητας και του προσώπου

Στη νεύρωση της στοματικής κοιλότητας συμμετέχουν έξι κρανιακά νεύρα, τα οποία αλληλεπιδρούν προκειμένου να συντονιστούν οι λειτουργίες της αναρρόφησης, της κατάποσης και της αναπνοής.

| Κρανιακά νεύρα που σχετίζονται με την αναρρόφηση, κατάποση και αναπνοή |   |
|--|---|
| Κρανιακά νεύρα   | Λειτουργία  |
| I - Οσφρητικό νεύρο  | Υπεύθυνο για την αίσθηση της όσφρησης, που επηρεάζει το πώς αντιλαμβανόμαστε τη γεύση.  |
| V – Τρίδυμο νεύρο (μικτό νεύρο)  | Υπεύθυνο για την αισθητικότητα του προσώπου και των κινητικών λειτουργιών που αφορούν τη μάσηση.  |
| VII – Προσωπικό νεύρο (μικτό νεύρο)                                    | Η κινητική μούρα ελέγχει τους μιμικούς μύες του προσώπου και ελέγχει λειτουργίες όπως το κλείσιμο των βλεφάρων, τη μετακίνηση των φρυδιών, το χαμόγελο, το κλείσιμο του στόματος και τη μάσηση.<br>Η αισθητική μούρα εξυπηρετεί την αίσθηση της γεύσης και την αισθητικότητα των πρόσθιων 2/3 της γλώσσας και του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου.<br>Επίσης, με το στέλεχος του προσωπικού νεύρου φέρονται παρασυμπαθητικές ίνες για τον υπογνάθιο και τους υπογλώσσιους σιελογόνους αδένες. |
| IX – Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (μικτό νεύρο)                               | Ελέγχει την αίσθηση της γεύσης για το οπίσθιο 1/3 της γλώσσας (αίσθηση του πικρού), την αισθητικότητα του ρινοφάρυγγα, την εκκριτική νευρώση παρωτίδας και τη νευρώση του βελονοφαρυγγικού μυός.  |
| X - Πνευμονογαστρικό νεύρο (μικτό νεύρο)                               | Όσον αφορά τον στοματοφάρυγγα, είναι υπεύθυνο για τη νευρώση των μυών του λάρυγγα, της μαλακής υπερώας και του φάρυγγα και την αισθητική νευρώση του λάρυγγα. Συμβάλλει στη λειτουργία της κατάποσης και της φώνησης.   |
| XII – Υπογλώσσιο νεύρο   | Αποτελεί το κινητικό νεύρο της γλώσσας.   |

Πίνακας 1:

Κρανιακά νεύρα που σχετίζονται με την αναρρόφηση, κατάποση και αναπνοή

## Αντανακλαστικά και σίτιση

Τα τελειόμηνια νεογνά διαθέτουν καλά αναπτυγμένα αρχέγονα αντανακλαστικά που σχετίζονται με τη σύλληψη και κατάποση της τροφής. Αυτά τα αντανακλαστικά είναι ανεπτυγμένα στο έμβρυο και μετά τη γέννηση πρέπει να συνδυαστούν με τη λειτουργία της αναπνοής. Η πλειοψηφία των αντανακλαστικών εξαφανίζεται μεταξύ των 2 και 4 μηνών.

- **Αναζήτησης:** Το αντανακλαστικό της αναζήτησης εμφανίζεται μετά τις 32 εβδομάδες κύησης. Εκλύεται με την επαφή ενός αντικειμένου με το μάγουλο του νεογέννητου, οπότε εκείνο στρέφει την κεφαλή προς τη σύστοιχη μεριά. Το βρέφος αναζητά με τον τρόπο αυτό την θηλή του μαστού της μητέρας του. Το αντανακλαστικό είναι ιδιαίτερα έντονο μετά τις 40 εβδομάδες κύησης και εξαφανίζεται μετά από 3 μήνες.
- **Θηλασμού:** Σχετίζεται στενά με το αντανακλαστικό της αναζήτησης. Το μωρό μόλις πιάσει με το στόμα του την θηλή αρχίζει αμέσως να κάνει τις απαραίτητες θηλαστικές κινήσεις, ώστε να μπορέσει να αντλήσει το γάλα από το στήθος της μητέρας του. Οι κινήσεις του θηλασμού ξεκινούν από τις 15 με 24 εβδομάδες κύησης και χαρακτηριστικά το έμβρυο μιμείται τις θηλαστικές

κινήσεις βάζοντας τα δάκτυλά του στο στόμα του. Ο θηλασμός μετά την ηλικία των 3 μηνών μεταβάλλεται από αντανακλαστικός σε εκούσιος.

- *Κατάποσης:* Η ικανότητα της κατάποσης παρατηρείται από τις 12 εβδομάδες κύησης. Ενδομήτρια το έμβρυο «εξασκεύεται» καταπίνοντας το αμνιακό υγρό. Ωστόσο, ο πλήρης συντονισμός της αναρρόφησης, κατάποσης και αναπνοής κατακτάται από την 28η έως και 37η εβδομάδα κύησης.
- *Αντανακλαστικό εξεμέσεως:* Είναι παρόν από τις 26 εβδομάδες κύησης και είναι αρκετά έντονο στα νεογνά.
- *Αντανακλαστικό της δήξεως ή δαγκώματος:* Όταν ερεθίζονται τα ούλα του νεογνού τότε παρουσιάζει ρυθμικές κινήσεις ανοίγματος και κλεισίματος της γνάθου σαν να δαγκώνει.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lauwers J, Swisher A. Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia, USA: Mosby; 2005.
3. Netter H.F. Άτλας Ανατομικής του ανθρώπου (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκας Ι.), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης; 1999.
4. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd Ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
5. Snell R. Κλινική Ανατομική (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκας Γ.-Παπαδόπουλος Ν.). Αθήνα, Ελλάδα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας; 1992.
6. Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician. 2nd ed. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Chapter 3, Influence of the Infant's Anatomy and Physiology; pp 131-190.
7. Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. Midwifery. 1986 Dec;2(4):164-71.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Η διαδικασία της γαλακτογένεσης και ο μητρικός θηλασμός είναι αρκετά σύνθετοι μηχανισμοί, καθώς ποικίλοι εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες επηρεάζουν την ικανότητα κάθε μητέρας να θηλάσει. Η σωματική και ψυχική υγεία της, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, προηγούμενες εμπειρίες σχετικές με τον θηλασμό, αλλά και η αλληλεπίδραση μητέρας-νεογνού τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό είναι κάποιιοι από αυτούς.

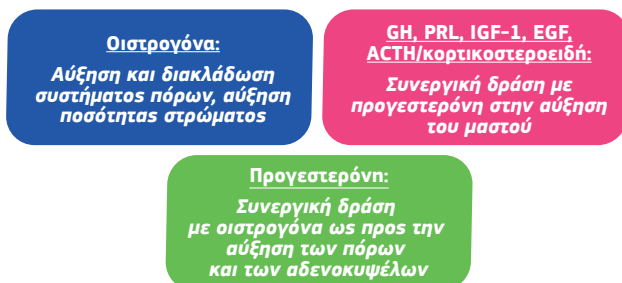
### 2.1 Η φυσιολογία της γαλουχίας

Προϋπόθεση είναι η διαμόρφωση του μαστικού αδένος από την εμβρυική ζωή, η οποία κατά τη διάρκεια της κύησης οδηγεί στη γαλουχία με τα τρία στάδια της γαλακτογένεσης και την υποστροφή.

#### Μαστογένεση

Η ανάπτυξη του μαστικού αδένος ξεκινά ουσιαστικά πολύ νωρίς, κατά τη διάρκεια της εμβρυικής ζωής του κοριτσιού και παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη στην εφηβεία. Ποικίλοι γενετικοί, ορμονικοί ή άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την ανάπτυξή του και κατά συνέπεια τη γαλουχία. Τα στάδια ανάπτυξης του μαστού είναι τέσσερα και έχουν περιγραφεί στο Κεφάλαιο 1.

Τα αρχικά στάδια αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη του αδενικού ιστού. Η πλήρης όμως μορφολογική ανάπτυξη και ωρίμανση του αδενικού επιθηλίου πραγματοποιείται κατά την εγκυμοσύνη. Η επίδραση των ορμονών της κύησης στην ανάπτυξη του στήθους περιγράφεται στον παρακάτω πίνακα.



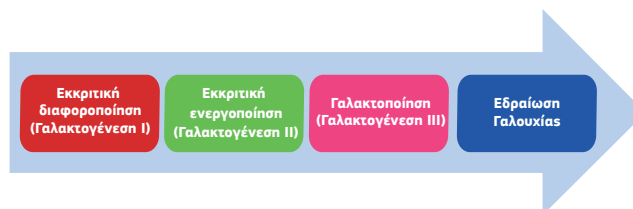
Ορμόνες της κύησης που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του στήθους.  
ACTH: Φλοιοεπινεφριδιοτρόπος Ορμόνη, EGF: Επιδερμικός αυξητικός παράγοντας, GH: Αυξητική ορμόνη, IGF-1: Ινσουλινοειδής αυξητικός παράγοντας-1, PRL: Προλακτίνη.

Η ανάπτυξη των πόρων ρυθμίζεται κυρίως από τα οιστρογόνα και την αυξητική ορμόνη, ενώ των αδενοκυψέλων απαι-

τεί τη δράση της προγεστερόνης, της προλακτίνης και πιθανώς του πλακουντιακού γαλακτογόνου. Η προλακτίνη είναι η ορμόνη που διαφοροποιεί επιθηλιακά τα κύτταρα σε γαλακτοκύτταρα και ελέγχει την παραγωγή του γάλακτος. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα επίπεδά της διατηρούνται χαμηλά εξαιτίας των υψηλών επιπέδων της προγεστερόνης. Μετά τον τοκετό όμως τα επίπεδα προγεστερόνης πέφτουν και η δράση της προλακτίνης αυξάνεται.

#### Γαλακτογένεση

Η γαλακτογένεση παρουσιάζει τρία στάδια: Την εκκριτική διαφοροποίηση (Γαλακτογένεση I), την εκκριτική ενεργοποίηση (Γαλακτογένεση II) και την γαλακτοποίηση (Γαλακτογένεση III). Ακολουθεί η εδραίωση της γαλουχίας (Εικόνα 9).



Εικόνα 9: Η χρονική αλληλουχία των σταδίων της γαλακτογένεσης

#### Γαλακτογένεση I

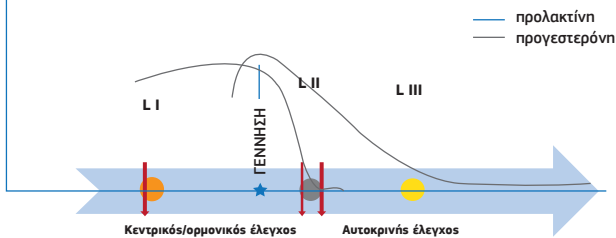
Η γαλακτογένεση I ή εκκριτική διαφοροποίηση κατά την παλαιότερη ορολογία, είναι η περίοδος κατά την εγκυμοσύνη που τα μαστικά επιθηλιακά κύτταρα διαφοροποιούνται σε γαλακτοκύτταρα, δηλαδή σε κύτταρα ικανά να συνθέσουν τα συστατικά του γάλακτος.

Η γαλακτογένεση I ξεκινά μετά το 1<sup>ο</sup> τρίμηνο κύησης. Στο πλαίσιο της γαλακτογένεσης I, κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, η εκκριτική δραστηριότητα επιταχύνεται με αποτέλεσμα τα λοβία και οι κυψελίδες να διαστέλλονται από τη συσσώρευση σταγονιδίων λίπους και πρωτεϊνών για την παραγωγή του πρωτογάλακτος (πύαρ). Ουσίες, ωστόσο, όπως η λακτόζη, η καζεΐνη, η α-λακταβουλίμη επαναρροφώνται στην κυκλοφορία, στο πρώτο μισό της εγκυμοσύνης, λόγω των χαλαρών συνδέσεων μεταξύ των γαλακτοκυττάρων, που επιτρέπουν τη δίοδο αυτών των συστατικών προς τη μητρική κυκλοφορία. Αυτό δεν παρατηρείται στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης κατά το οποίο αρχίζει να παράγεται το πύαρ.

Η έκκριση του πρωτογάλακτος ωστόσο, αναστέλλεται πριν τον τοκετό λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης της προγεστερόνης. Η προγεστερόνη, είναι η ορμόνη που υποστηρίζει την εγκυμοσύ-

νη και συμβάλλει στην προετοιμασία του μαστού για τη γαλουχία. Παράλληλα, όμως, αναστέλλει την άφθονη παραγωγή του γάλακτος μέχρι τον τοκετό: μειώνει τη σύνθεση συστατικών του γάλακτος, τους υποδοχείς της προλακτίνης και τα γλυκοκορτικοειδή που δρουν συνεργικά ως προς τη γαλακτοπαραγωγή. Η απομάκρυνση του πλακούντα κατά τον τοκετό οδηγεί σε πτώση των επιπέδων προγεστερόνης και επιτρέπει στην προλακτίνη να αρχίσει τη δράση της. Η γαλουχία ξεκινά ακόμη και εάν ένα μωρό γεννηθεί πρόωρα. Η εικόνα 10 απεικονίζει τις σχέσεις μεταξύ των επιπέδων των ορμονών της γαλακτογένεσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό.

### Εδραίωση Θηλασμού: Οι φυσιολογικοί μηχανισμοί



L I: Γαλακτογένεση I, έναρξη 16-22 εβδομάδες προ τοκετού  
L II: Γαλακτογένεση II, έναρξη 30-40 ώρες από τον τοκετό  
L III: Γαλακτογένεση III, έναρξη >72 ώρες από τον τοκετό

Εικόνα 10: Εδραίωση θηλασμού : φυσιολογικοί μηχανισμοί.

Η προλακτίνη είναι η ορμόνη που παίζει σημαντικό ρόλο στη σύνθεση του γάλακτος. Παράγεται στον πλακούντα και στο οπίσθιο τμήμα της υπόφυσης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη δρουν τοπικά στις κυψελίδες αναστέλοντας την παραγωγή και έκκριση του γάλακτος. Λίγο μετά τον τοκετό τα επίπεδα της προγεστερόνης πέφτουν, επιτρέποντας έτσι τη δράση της προλακτίνης. Ο ρόλος των οιστρογόνων στη γαλακτογένεση είναι έμμεσος, καθώς διεγείρουν την έκκριση προλακτίνης και πιθανών άλλων ορμονών από την υπόφυση. Τα οιστρογόνα και τα γλυκοκορτικοειδή αυξάνουν τον αριθμό των υποδοχέων της προλακτίνης στις μεμβράνες των γαλακτοκυττάρων. Τα επίπεδα προλακτίνης αυξάνονται ομοίως, αμέσως μετά την έναρξη του θηλασμού, οπότε το ερέθισμα προέρχεται από την θηλή. Ο ρόλος της ινσουλίνης και της αυξητικής ορμόνης στην γαλακτογένεση δεν είναι ακόμη γνωστός. Η ινσουλίνη και ο ινσουλινοεξαρτώμενος αυξητικός παράγοντας (IGF) πιθανόν συμβάλλουν μέσω της απορρόφησης της γλυκόζης, που είναι απαραίτητη για τη σύνθεση της λακτόζης. Η αυξητική ορμόνη θεωρείται ότι έχει έμμεση επίδραση στη γαλακτογένεση αυξάνοντας την έκκριση των IGFs. Η χρονική αλληλουχία των σταδίων της γαλακτογένεσης και οι ορμονικές διακυμάνσεις της προλακτίνης και της προγεστερόνης φαίνονται στην εικόνα 10.

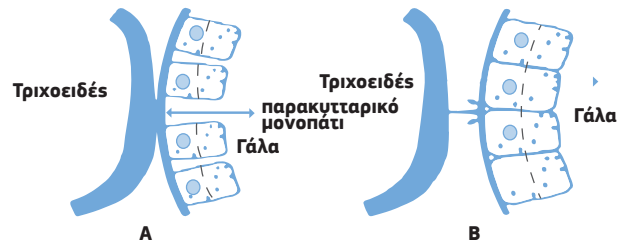
## Γαλακτογένεση II

Η γαλακτογένεση II ή εκκριτική ενεργοποίηση, όπως είναι ο παλαιότερος όρος, είναι η έναρξη της άφθονης παραγωγής του γάλακτος, που συνοδεύεται από αλλαγές στη σύστασή του και συμβαίνει μέσα στις πρώτες 4 ημέρες από τον τοκετό, συνήθως γύρω στις 30-40 ώρες μετά τον τοκετό. Μετά την έξοδο του πλα-

κούντα στον τοκετό και την υποχώρηση της προγεστερόνης, η προλακτίνη γίνεται ο κυρίαρχος ορμονικός παράγων που ρυθμίζει την γαλακτοπαραγωγή. Στη φάση αυτή η προλακτίνη παράγεται μόνο από την υπόφυση (κεντρική παραγωγή).

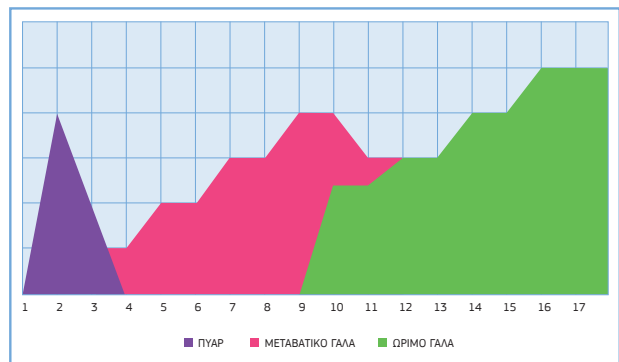
*Συνεπώς, στη γαλακτογένεση II η παραγωγή του γάλακτος θα ξεκινήσει ούτως ή άλλως, ανεξάρτητα από το τακτικό «άδειασμα» του στήθους.*

Η δραματική αύξηση της παραγωγής γάλακτος έρχεται 36-96 ώρες μετά τον τοκετό, ουσιαστικά στο τέλος της γαλακτογένεσης II. Η μητέρα αισθάνεται το στήθος της «γεμάτο». Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει στην υπερφόρτωση των μαστών σε περίπτωση που το μωρό δεν τρέφεται ανάλογα με τις ανάγκες του (*demand feeding*), αλλά ακολουθείται πρόγραμμα στον θηλασμό. Το τακτικό άδειασμα του στήθους που επιτυγχάνεται με τους συχνούς θηλασμούς από την πρώτη κιόλας ώρα μετά τον τοκετό, προλαμβάνει την υπερφόρτωση και είναι απαραίτητο για την επιτυχημένη συνέχιση της γαλακτογένεσης.



Εικόνα 11: Αλλαγή στη συνοχή των γαλακτοκυττάρων πριν (Α) και μετά την έναρξη της γαλακτογένεσης II (Β).

Κατά τη γαλακτογένεση II, οι κυτταρικές συνδέσεις μεταξύ των γαλακτοκυττάρων, οι οποίες ως τώρα ήταν χαλαρές (Α), με αποτέλεσμα να διακινούνται υψηλές συγκεντρώσεις νατρίου, κλωριούχων και πρωτεϊνών μεταξύ των κυττάρων, κλείνουν προοδευτικά (Β). Παύει, δηλαδή, να λειτουργεί το «παρακυτταρικό» μονοπάτι μεταφοράς συστατικών μεταξύ τριχοειδών αιμοφόρων αγγείων και γαλακτοφόρων κυψελίδων με αποτέλεσμα να αλλάξει η σύσταση του γάλακτος από το πύαρ (1<sup>η</sup>- 4<sup>η</sup> ημέρα), στο μεταβατικό γάλα (4<sup>η</sup> -14<sup>η</sup> ημέρα) και τελικά προς το ώριμο γάλα (>14<sup>η</sup> ημέρα) (Κεφάλαιο 4). Οι αλλαγές στη σύσταση του γάλακτος φαίνονται στην Εικόνα 12.



Εικόνα 12: Αλλαγή της σύστασης και της ποσότητας του γάλακτος από την 1<sup>η</sup>- 17<sup>η</sup> ημέρα

## Γαλακτογένεση III και Εδραίωση

Η γαλακτογένεση III ή γαλακτοποίηση και εδραίωση είναι η φάση στην οποία διατηρείται η γαλουχία, μέσα από αυτοκρινείς μηχανισμούς που δρουν ανεξάρτητα σε κάθε στήθος.

Ξεκινά μετά την 3<sup>η</sup> ημέρα, ρυθμίζεται από ποικίλες ορμόνες και χαρακτηρίζεται από τη μετάβαση στην αυτοκρινική λειτουργία του μαζικού αδένου. Η παραγωγή της προλακτίνης δε γίνεται πλέον αυτόματα από την υπόφυση αλλά εξαρτάται από τον συχνό ερεθισμό της θηλής. Η δράση της προλακτίνης τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας, μέχρι δηλαδή την εδραίωσή της είναι πολύ σημαντική. Η δράση της είναι περισσότερο επιτρεπτική παρά ρυθμιστική, καθώς διεγείρει την έκκριση του γάλακτος από τα εκκριτικά κύτταρα του μαστού. Όταν το μωρό θηλάζει, ο ερεθισμός της θηλής οδηγεί σε διέγερση του υποθαλάμου, με αναστολή της ντοπαμίνης και αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης 30-45' μετά την έναρξη του θηλασμού. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έκκριση της προλακτίνης ακολουθεί επίσης έναν καρδιακό ρυθμό με αιχμές διάρκειας 75 λεπτών που συμβαίνουν 7-20 φορές την ημέρα, ιδιαίτερα δε στη διάρκεια του ύπνου, ανεξαρτήτως της ώρας της ημέρας.

Ο ερεθισμός της θηλής κατά τον θηλασμό μεταφέρεται με τις νευρικές οδούς του ΚΝΣ, και διεγείρει την έκκριση ωκυτοκίνης από την οπίσθια υπόφυση. Η ωκυτοκίνη μεταφέρεται με την κυκλοφορία του αίματος στον μαστό, όπου αλληλοεπιδρά με τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα των αδενοκυψέλων και των πόρων με αποτέλεσμα την έκκριση του γάλακτος από τον μαστό. Πρόκειται για το αντανακλαστικό εκροής του γάλακτος που περιγράφεται στο τέλος αυτού του κεφαλαίου.

Να σημειωθεί ότι η ωκυτοκίνη μπορεί να αρχίσει να εκκρίνεται ακόμα και όταν η μητέρα περιμένει να θηλάσει, στο κλάμα, το άκουσμα, το άγγιγμα ή τη σκέψη του μωρού της. Αντίθετα, αν η μητέρα είναι σε σωματικό ή ψυχολογικό στρες η έκκρισή της μπορεί να ανασταλεί.

Η παραγωγή γάλακτος στη φάση της γαλακτογένεσης III και της εδραίωσης αυξάνεται όσο περισσότερο και όσο συχνότερα απομακρύνεται το γάλα από τον μαστό, δηλαδή βασίζεται στο νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. Αυτό συμβαίνει αφενός λόγω της μείωσης του Ανασταλτικού Παράγοντα της Γαλουχίας (Feedback Inhibitor of Lactation-FIL), αφετέρου λόγω του ερεθισμού της θηλής κατά τον θηλασμό, που αυξάνει την παραγωγή προλακτίνης. Ο FIL που ανευρίσκεται στο γάλα συντελεί στην τοπική ρύθμιση της παραγωγής γάλακτος. Ο ρόλος του είναι να προστατεύει το στήθος από τη βλαβερή επίδραση της υπερπλήρωσής του. Δηλαδή, αν το γάλα δεν απομακρύνεται από το στήθος, ο παράγοντας αυτός αυξάνεται σε συγκέντρωση τοπικά και δρα ανασταλτικά στην περαιτέρω έκκριση γάλακτος από τα εκκριτικά κύτταρα. Αντίθετα, αν το γάλα απομακρύνεται τακτικά η συγκέντρωσή του είναι χαμηλή και δεν επηρεάζει τη γαλουχία.

Παρά την αρχική αύξηση της προλακτίνης αμέσως μετά τον τοκετό (επίπεδα γύρω στα 150 ng/ml), τον πρώτο μήνα πέφτει γύρω στο 50 ng/ml και στους 6 μήνες στα 10-20 ng/ml. Η πτώση των επιπέδων της προλακτίνης μετά την εδραίωση της γαλουχίας δεν επηρεάζει καθόλου την παραγωγή του γάλακτος. Συνεπώς, τα αυξημένα επίπεδα της ορμόνης είναι προϋπόθεση μόνο για την έναρξη και την εδραίωση της γαλουχίας και όχι για τη συντήρησή της. Εκτός των παραπάνω κύριων ορμονών, στη γαλακτογένεση συμμετέχει ένα σύμπλεγμα αναπαραγωγικών και μεταβολικών ορμονών. Οι αναπαραγωγικές ορμόνες δρουν άμεσα στον αδενικό ιστό, ενώ οι ορμόνες τους μεταβολισμού δρουν έμμεσα

μεταβάλλοντας την ενδοκρινή απάντηση και προωθώντας θρεπτικά στοιχεία στον μαστό.

## Καθυστερημένη ή αποτυχημένη γαλακτογένεση

Τα αίτια της καθυστερημένης ή αποτυχημένης γαλακτογένεσης μπορεί να είναι:

- Προ-αδενικά π.χ. ορμονικά αίτια, όπως υποφυσιακή ανεπάρκεια ή καθυστερημένη μείωση του πλακούντα.
- Αδενικά π.χ. ανεπαρκής ανάπτυξη του μαζικού αδένου
- Μετα-αδενικά π.χ. ανεπαρκές «άδειασμα» του μαστού.

## Υποστροφή

Κατά τη φάση του αποθηλασμού, ο μαστός αρχίζει να υποστρέφει, καθώς η διακοπή του ερεθισμού του μαστού οδηγεί σε μείωση των γαλακτογόνων ορμονών. Έτσι το στήθος επιστρέφει αργά στην προ της εγκυμοσύνης κατάσταση.



Εικόνα 13: Ο κύκλος της γαλουχίας και των αλλαγών στην ανάπτυξη του μαστού.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cregan MD, Mitoulas LR, Hartmann PE. Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Exp Physiol*. 2002 Mar; 87(2):207-14.
2. Hale T, Hartmann P. *Textbook of Human Lactation*. 1st ed. Texas USA: Hale Publishing; 2007.
3. Hovey RC, Trott JF, Vonderhaar BK. Establishing a framework for the functional mammary gland: from endocrinology to morphology. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. 2002 Jan; 7(1):17-38.
4. Hurst NM. Recognizing and treating delayed or failed lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Nov-Dec; 52(6):588-94.
5. Jones E, Spencer SA. The physiology of Lactation. *Paediatr Child Health*. 2007 Jun; 17(6): 244-248.
6. Kulski JK, Hartmann PE. Milk insulin, GH and TSH: relationship to changes in milk lactose, glucose and protein during lactogenesis in women. *Endocrinol Exp*. 1983 Oct; 17(3-4):317-26. (Abstract)

7. Lawrence R, Lawrence R. Breastfeeding: Guide for the medical profession. 7th ed. Missouri, USA: Saunders Mosby; 2021, Chapter 3, Physiology of lactation; p.62-97.
8. Lawrence J, Swisher A. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: John's and Bartlett learning; 2011.
9. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb; 48 (1):13-34.
10. Neville MC, Morton J. Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *J Nutr.* 2001 Nov;131(11):30055-85.
11. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb; 48(1):35-52.
12. Riordan J. Anatomy and Physiology of Lactation. In: *Breastfeeding and human lactation (3rd edn)*. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
13. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2009. Chapter 3, Anatomy and physiology of lactation; p 85-93.
14. Schmidt GH. *Biology of Lactation*. San Francisco, USA: Freeman and Co Ltd; 1972.
15. Spencer SA, Jones E. *The physiology of lactation*. Paediatric Child Health. 2007

## 2.2 Η φυσιολογία του θηλασμού

### Πρόσφυση, προσκόλληση στον μαστό και μεταφορά γάλακτος

Το βρέφος προκειμένου να θηλάσει επιτυχώς, θα πρέπει να αναζητήσει τον μαστό, να συλλάβει και να συγκρατήσει την θηλή και τη θηλαία άλω στο στόμα του και να συντονίσει τις λειτουργίες της απομύζησης, της κατάποσης και της αναπνοής. Ο συντονισμός των λειτουργιών αυτών ωριμάζει από τις 28 έως τις 37 εβδομάδες κύησης.

Τους πρώτους μήνες η διαδικασία του θηλασμού είναι αυτοματοποιημένη, με συμμετοχή των αντανακλαστικών της αναζήτησης και του θηλασμού. Στην αναζήτηση του μαστού βασικό ρόλο παίζει η αίσθηση της όσφρησης. Όταν το βρέφος είναι σε σωστή θέση σε σχέση με τον μαστό, ενστικτωδώς θα κάνει έκταση της κεφαλής προς τα πίσω, με οδηγό το πηγούνι του, θα κινηθεί προς τα εμπρός, για να έρθει σε επαφή με το στήθος και στη συνέχεια θα αναζητήσει την θηλή.

Το *αντανακλαστικό της αναζήτησης* εκλύεται με την επαφή της παρειάς ή του άνω χείλους του βρέφους με την θηλή. Το βρέφος στρέφεται προς τη μεριά του ερεθίσματος, ανοίγει το στόμα του διάπλατα και προβάλλει τη γλώσσα πέρα από το όριο των ούλων της κάτω γνάθου. Ταυτόχρονα, η γλώσσα κινείται προς τα κάτω προκειμένου να ανιχνεύσει και να συλλάβει την θηλή. Κατά τη σύλληψη της θηλής η γλώσσα σχηματίζει ένα κοίλωμα.

Το βρέφος όταν συλλάβει τον μαστό με τα χείλη και τη γλώσσα, γεμίζει τη στοματική του κοιλότητα με την θηλή και τη θηλαία άλω και ασκεί αρνητική πίεση σταθεροποιώντας, συγκρατώντας και ωθώντας τις βαθιά μέσα στη στοματική κοιλότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η θηλή εκτείνεται 3-5 εκ μέσα στην στοματική κοιλότητα και η άκρη της φτάνει μέχρι την ένωση σκληρής και μαλακής υπερώας. Το στόμα του μωρού είναι πολύ ανοικτό με τα δύο χείλη χαλαρά στο στήθος και ανεστραμμένα προς τα έξω. Η κάτω γνάθος εφάπτεται στον μαστό επιτρέποντας την υπερέκταση της κεφαλής και της απελευθέρωση της μύτης. Τα «μαξιλαράκια λίπους» (pads) στο νεογνό και το μικρό βρέφος σταθεροποιούν πλευρικά τη στοματική κοιλότητα και βοηθούν στη διαδικασία

του θηλασμού. Το ρόλο αυτό στο μεγαλύτερο βρέφος και νήπιο αναλαμβάνουν οι μύες της παρειάς.

Το *αντανακλαστικό του θηλασμού* προκαλείται από την επαφή της θηλής στη σκληρή υπερώα, λόγω της πίεσης που ασκείται στον ουρανίσκο από την άνω επιφάνεια της θηλής.

Κατά την απομύζηση, η γλώσσα κάνει τις εξής κινήσεις:

- το πρόσθιο τμήμα της γλώσσας ανυψώνεται παραμένοντας επίπεδο
- το οπίσθιο τμήμα της πιέζεται, πραγματοποιεί κυματιστές ή περισταλτικές κινήσεις, σχηματίζει ένα αυλάκι και οδηγεί το γάλα στο πίσω μέρος της στοματικής κοιλότητας. Η προς τα πίσω κίνηση της γλώσσας επάγει την αναπτυσσόμενη αρνητική πίεση και διεγείρει τους υποδοχείς του αντανακλαστικού της κατάποσης.

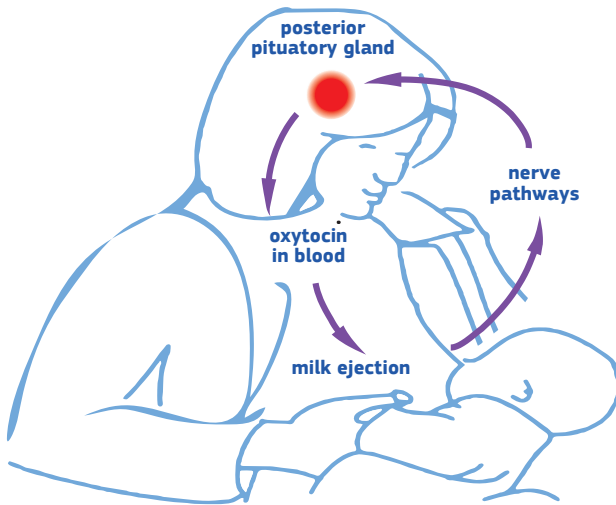
Κατά την κατάποση, η γνάθος κλείνει, το πίσω μέρος της γλώσσας και η μαλακή υπερώα κινούνται προς τα επάνω και το βρέφος καταπίνει το γάλα. Αρχικά, οι θηλαστικές κινήσεις του βρέφους είναι γρήγορες. Όταν το γάλα αρχίζει να ρέει τότε το βρέφος αλλάζει το μοτίβο θηλασμού σε αναρρόφηση, κατάποση, αναπνοή. Όσο η ροή του γάλακτος είναι μεγάλη, το βρέφος σπάνια κάνει παύσεις. Καθώς συνεχίζεται ο θηλασμός, μειώνεται η ροή γάλακτος και υπάρχουν μεγαλύτερες παύσεις από το βρέφος. Στο τέλος του κύκλου θηλασμού έχουμε ένα χαλαρό, αυθόρμητο πιπίλισμα από το βρέφος το οποίο αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως *συναισθηματικός θηλασμός* ή *μη θεραπευτικό πιπίλισμα*, όπου το βρέφος κρατάει τον μαστό στο στόμα χωρίς συνήθως μεταφορά γάλακτος, αν και ενίοτε καταπίνει μικρές γουλιές γάλακτος, που είναι πλούσιο σε λίπος.

### Αντανακλαστικό εκροής του γάλακτος

Το γάλα μεταφέρεται από την μπίερα στο βρέφος με την διαδικασία του θηλασμού. Η εξώθηση του γάλακτος από τον μαστό γίνεται με θετική πίεση και επιτυγχάνεται με την έκλυση του *αντανακλαστικού εκροής του γάλακτος* (MER: *milk ejection reflex* ή *let-down reflex*). Το αντανακλαστικό αυτό ορίζεται ως η απελευθέρωση του γάλακτος από το στήθος και εκλύεται από τη διέγερση της θηλής αλλά και από ακουστικά, οπτικά ερεθίσματα της μητέρας, ακόμα και στην σκέψη του βρέφους.

Η έκλυση του *αντανακλαστικού εκροής του γάλακτος* είναι απαραίτητη για την έναρξη και τη διατήρηση της γαλουχίας μέσω νεύρο-ορμονικού μηχανισμού. Κατά τη διέγερση της θηλής και της θηλαίας άλω ερεθίζονται οι κατώτεροι κλάδοι του 4<sup>ου</sup> μεσοπλεύριου νεύρου. Το ερέθισμα μεταφέρεται στον υποθάλαμο και προκαλεί την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης αλλά και της προλακτίνης από τον πρόσθιο λοβό της. Η ωκυτοκίνη στον μαστό συνδέεται με τους υποδοχείς της στα μυοεπιθηλιακά κύτταρα, τα οποία περιβάλλουν τις κυψελίδες, με αποτέλεσμα τη σύνθλιψή τους και την προώθηση του γάλακτος προς την θηλή.





Εικόνα 14: Απεικόνιση της διαδρομής του αντανακλαστικού εκροής γάλακτος (MER: milk ejection reflex ή let-down reflex).

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lauwers J and Swisher A. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide, (5th edn). Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
2. Lawrence RA. Breastfeeding. 6th ed. Philadelphia, USA: Elsevier Mosby; 2005.
3. Netter HF. Άτλας ανατομικής του ανθρώπου (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκας Ι.). Αθήνα, Ελλάδα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασαλιδη; 1999.
4. Riordan J. Breastfeeding and human lactation. 3rd ed. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005. Chapter 3, Anatomy and Physiology of Lactation.
5. SnellR. Κλινική Ανατομική (Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Βαράκας Γ., Παπαδόπουλος Ν.). Αθήνα, Ελλάδα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας; 1992
6. Walker M. 2nd ed. Sudbury, MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2011. Chapter 3, Influence of the Infant's Anatomy and Physiology; pp 131-190.

### Θηλασμός ως μέθοδος αντισύλληψης

Ο θηλασμός των βρεφών πέραν του ενός έτους, πλην των υπόλοιπων ευεργετικών επιδράσεών του, εξασφαλίζει και ένα ικανοποιητικό διάστημα μεταξύ των κυήσεων ώστε να επανέλθει το

σώμα της μητέρας στην προηγούμενη από τον τοκετό κατάσταση και να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις μιας νέας εγκυμοσύνης.

Επίσης εξασφαλίζει τον απαραίτητο χρόνο στην σχέση του παιδιού με την μητέρα του.

Αμέσως μετά τον τοκετό και για 6 περίπου εβδομάδες οι θηλακιοτρόπος (FSH) και η ωχρινοτρόπος ορμόνη (LH) παραμένουν χαμηλές, υπό την επίδραση των στεροειδών ορμονών που έχουν εκκριθεί από τον πλακούντα. Μετά τη γέννηση η έκκριση της LH παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, κυρίως λόγω της υποθαλαμικής ορμόνης GnRH, της οποίας η έκκριση καταστέλλεται εξαιτίας των επιπέδων προλακτίνης.

Ο παραπάνω ορμονικός μηχανισμός αποτελεί τη βάση για την αντισυλληπτική μέθοδο που βασίζεται στην αμηνόρροια (Lactational Amenorrhea Method-LAM), η οποία είναι επιτυχής και αξιόπιστη υπό 3 προϋποθέσεις:

- Το βρέφος να θηλάζει αποκλειστικά
- Το βρέφος να είναι μικρότερο των 6 μηνών
- Να μην υπάρχει έμμηνος ρύση μετά τις πρώτες 56 ημέρες από τον τοκετό.

Σύλληψη κατά τη διάρκεια της γαλουχίας μπορεί να συμβεί εφόσον έχει επανέλθει ο εμμηνορρυσιακός κύκλος. Η γαλουχία μπορεί να συνεχιστεί και στη διάρκεια μιας επόμενης εγκυμοσύνης, χωρίς αυτό να θέτει σε κίνδυνο τη νέα κύηση, αρκεί η μητέρα να μην έχει ιστορικό αποβολών ή επαπειλούμενης κύησης και να μην παρουσιάζει ενδείξεις πρόωρου τοκετού στην τρέχουσα εγκυμοσύνη. Ο παράλληλος αυτός θηλασμός, νεογνού και μεγαλύτερου βρέφους/παιδιού, ονομάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία *tandem nursing* και μπορεί να συνεχιστεί και μετά τη γέννηση του νεότερου βρέφους, αρκεί να δίνεται στο τελευταίο προτεραιότητα στον θηλασμό.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding, Family Physicians Supporting (Position Paper) [Internet]. <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html>
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession (5th edn). New York, USA: Elsevier Mosby; 1999, p. 671.
3. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb; 48 (1):35-52.
4. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003; (4):CD001329.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

Η σύσταση του μητρικού γάλακτος δεν παρουσιάζει διαφορές σε γυναίκες διαφορετικής φυλετικής προέλευσης και σε γυναίκες με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες. Μπορεί, ωστόσο, να παρουσιάζει αλλαγές στη σύστασή του ανάλογα με την ηλικία του μωρού και τις εκάστοτε ανάγκες του, αλλά και την ώρα της ημέρας κατά την οποία παράγεται.

### Πύαρ

Πρόκειται για το γάλα που παράγεται από την 1η ως την 4η ημέρα ζωής στα πλαίσια της γαλακτογένεσης I. Η σύστασή του είναι ιδιαίτερα υψηλή σε νάτριο, κλώριο, πρωτεΐνες (κυρίως ανοσοσφαιρίνες), λευκοκύτταρα, λακτοφερρίνη, επιδερμικό αυξητικό παράγοντα (Epidermal growth factor-EGF) και καροτίνη, μια πρόδρομη ουσία της βιταμίνης A, που δίνει και το κίτρινο χρώμα στο πύαρ. Η συγκέντρωση του λίπους, της καζεΐνης και της λακτόζης είναι αντίθετα χαμηλή. Ο πίνακας 2 δείχνει συγκριτικά τη σύσταση του ώριμου γάλακτος- πύατος ως προς την ενέργεια και τα βασικά θρεπτικά συστατικά του.

| Συστατικό           | Πύαρ (1 <sup>η</sup> ημέρα) | Ώριμο Γάλα |
|---------------------|-----------------------------|------------|
| Ενέργεια (Kcal /lt) | 57                          | 65         |
| Λακτόζη (gr/lt)     | 20                          | 35         |
| Πρωτεΐνη (gr/lt)    | 32                          | 9          |
| Λίπος (gr/lt)       | 12                          | 29         |

Πίνακας 2: Σύγκριση του ώριμου μητρικού γάλακτος με το πύαρ ως προς τα συστατικά τους (1η ημέρα)

Η συγκέντρωση των ανοσοσφαιρινών, που περιέχονται στο πύαρ είναι πολλαπλάσια σε σχέση με το ώριμο γάλα. Για το λόγο αυτό το πύαρ χαρακτηρίζεται ως το «πρώτο εμβόλιο». Ο πίνακας 3 δείχνει τη συγκέντρωση των ανοσοσφαιρινών στο πύαρ και το «ώριμο» γάλα.

| Ημέρα από τον τοκετό | IgG | IgM | IgA    |
|----------------------|-----|-----|--------|
| 1                    | 80  | 120 | 11.000 |
| 3                    | 50  | 40  | 2.000  |
| 7                    | 25  | 10  | 1.000  |
| 8-50                 | 10  | 10  | 1.000  |

Πίνακας 3: Η αλλαγή στην ημερήσια περιεκτικότητα ανοσοσφαιρινών στο μητρικό γάλα (mg/24 h) από τη γέννηση και μετά. Προσαρμογή από Remington JS & Klein JO (2001) *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn*, Fifth Edition. Philadelphia, WBSaundersCo.

Η ποσότητα του μητρικού γάλακτος που παράγεται αμέσως μετά τη γέννηση είναι μικρή. Ο πίνακας 4 δείχνει ότι η παραγόμενη ποσότητα αυξάνεται βαθμιαία παράλληλα με τον όγκο του νεογνικού στομάχου.

| Ημέρα | 24ωρος όγκος      | Ποσότητα γεύματος | Όγκος στομάχου |
|-------|-------------------|-------------------|----------------|
| 1     | 37 (7-123 ml)     | Σταγόνες-5ml      | 7ml            |
| 2     | 84(44-335ml)      | 5-15ml            | 13ml           |
| 3     | 408ml (98-775ml)  | 15-30ml           | 27ml           |
| 5     | 705ml (452-876ml) | 30-135ml          | 57ml           |

Πίνακας 4: Όγκος παραγόμενου γάλακτος, πορεία αύξησης της προσλαμβανόμενης ποσότητας από το βρέφος και όγκος του βρεφικού στομάχου

### Μεταβατικό γάλα

Μετά την 4<sup>η</sup> η μέρα αρχίζει η παραγωγή του μεταβατικού γάλακτος. Ο όρος μεταβατικό γάλα χρησιμοποιείται για να περιγράψει το γάλα που παράγεται μεταξύ της 4<sup>ης</sup> και 14<sup>ης</sup> ημέρας. Όπως περιγράφεται και στο Κεφάλαιο 2 με την έναρξη της γαλακτογένεσης II (48-72 ώρες) κλείνουν σταδιακά οι συνδέσεις μεταξύ των γαλακτοπαραγωγών κυττάρων, καταργείται δηλαδή το παρακυτταρικό μονοπάτι μεταφοράς συστατικών. Από τη χρονική αυτή στιγμή και μετά μειώνεται σταδιακά η περιεκτικότητα του γάλακτος σε πρωτεΐνη και νάτριο. Για το λόγο αυτό η συγκέντρωση του γάλακτος σε νάτριο, πρωτεΐνη καθώς και ο λόγος Na/K στο γάλα χρησιμοποιείται ως δείκτης έναρξης της εκκριτικής δραστηριότητας των γαλακτοκυττάρων.

### Το ώριμο μητρικό γάλα

Ώριμο χαρακτηρίζεται το μητρικό γάλα μετά την 14η ημέρα θηλασμού. Ο όγκος γάλακτος που παράγει η μητέρα κυμαίνεται μεταξύ 600-900ml (ανάλογα με το βάρος του μωρού). Ο όγκος του μητρικού γάλακτος που παράγεται και καταναλώνεται από τα νεογνά είναι σημαντικά μεγαλύτερος τη νύχτα.

Το ώριμο μητρικό γάλα αποτελείται από τα εξής συστατικά

- **Νερό:** Αποτελεί περίπου το 87% του γάλακτος, γι' αυτό και το γάλα επαρκεί για την ενυδάτωση του μωρού ακόμα και τους πολύ ζεστούς καλοκαιρινούς μήνες.

- **Λιπίδια:** Το μητρικό γάλα περιέχει ω-3 λιπαρά οξέα, δεκαεξανοϊκό οξύ (DHA) και άλλα λιπαρά οξέα μακράς αλυσού (Long Chain Fatty Acids –LCFA), που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και του αμινοβλοπρωτεϊδίου. Η συγκέντρωση του λίπους στο γάλα παρουσιάζει διακύμανση, καθώς το πρόσθιο κλάσμα του μητρικού γάλακτος, το λεγόμενο “foremilk” περιέχει λιγότερο λίπος σε σχέση με το τελικό, το λεγόμενο «hindmilk». Τα λιπίδια συνεισφέρουν σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50 % της θερμιδικής αξίας του μητρικού γάλακτος.
- **Πρωτεΐνη:** Όσον αφορά τη σύσταση του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη, κυριαρχούν η καζεΐνη και η ορολευκωματίνη, με αναλογία καζεΐνης/ορολευκωματίνη 3:2, ενώ άλλα πρωτεϊνούχα μόρια είναι η α-λακτοσφαιρίνη και οι ανοσοσφαιρίνες. Το περιεχόμενο του μητρικού γάλακτος σε πρωτεΐνη, όπως ήδη αναφέρθηκε, μειώνεται σταδιακά τις πρώτες 6 εβδομάδες. Η συγκέντρωση της πρωτεΐνης στο γάλα μητέρων με εξαιρετικά πρόωρα βρέφη (<28 εβδομάδων) είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με των οριακά πρόωρων και τελειόμηνων νεογνών, το οποίο συμβαδίζει με τις αυξημένες ανάγκες και τον ρυθμό ανάπτυξης των πρόωρων. Αντίθετα, η ποσότητα της πρωτεΐνης στο μητρικό γάλα είναι μικρότερη στις γυναίκες με μεγαλύτερο βάρος σώματος και συχνότερους θηλασμούς.
- **Άλλα αζωτούχα συστατικά** του γάλακτος είναι ο Επιδερμικός Αυξητικός Παράγων (Epidermal Growth Factor-EGF), το αμινοξύ ταυρίνη, τα νουκλεοτίδια και η καρνιτίνη. Ο EGF συμβάλει στην ωρίμανση και προστασία του εντερικού επιθηλίου. Σε πειραματικά μοντέλα η χορήγηση από του στόματος EGF οδήγησε σε σημαντική μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας. Συνεπώς, η χορήγηση μητρικού γάλακτος, που αποτελεί την κύρια πηγή του EGF, είναι σημαντική για τα πρόωρα νεογνά, γιατί συμβάλει στην ομαλή ωρίμανση του εντερικού σωλήνα και την πρόληψη της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας.
- **Υδατάνθρακες.** Κυρίαρχος υδατάνθρακας στο μητρικό γάλα είναι η λακτόζη, σε ποσοστό περίπου 7,2 %. Περιέχει όμως και μονοσακχαρίτες και ολιγοσακχαρίτες, που μαζί με τις γλυκοπρωτεΐνες συγκροτούν τον παράγοντα *bifidus*. Ο παράγοντας αυτός προάγει τον αποικισμό του εντέρου με τον *Lactobacillus bifidus*, που προστατεύει από τη διείσδυση των εντεροπαθολογικών μικροοργανισμών. Δηλαδή ο *bifidus* δρα ως πρεβιοτικός παράγων.
- **Σίδηρος και ηλεκτρολύτες.** Οι ηλεκτρολύτες του μητρικού γάλακτος βρίσκονται σε τέτοιες συγκεντρώσεις ούτως ώστε να δημιουργούν ένα εύκολα μεταβολιζόμενο φορτίο για τους νεφρούς. Ο σίδηρος του μητρικού γάλακτος δημιουργεί ένα σύμπλεγμα με τη λακτοφερρίνη, μέσω του οποίου εξασφαλίζεται η καλύτερη απορρόφησή του από το έντερο (πίνακας 5). Η λακτοφερρίνη, επιπρόσθετα, δυσκολεύει την επιβίωση των παθογόνων μικροοργανισμών, απορροφώντας τον σίδηρο και στερώντας τον από αυτούς. Έτσι ο πολλαπλασιασμός των παθογόνων αναστέλλεται.

|   |     |
|---|-----|
| Μητρικό γάλα                            | 49% |
| Υποκατάστατο μητρικού γάλακτος σε σκόνη | 4%  |
| Αγελαδινό γάλα                          | 10% |

Πίνακας 5: Η απορροφητικότητα σιδήρου από τον οργανισμό του νεογέννητου ανάλογα με τον τύπο του γάλακτος.

- **Βιταμίνες.** Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε βιταμίνη D είναι χαμηλή, ανεξάρτητα από το εάν είναι ώριμο ή όχι. Για το λόγο αυτό η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει για το αποκλειστικά θηλάζον βρέφος, την καθημερινή χορήγηση 400IU βιταμίνης D, κατά τους πρώτους 6 μήνες. Τη σύσταση αυτή έχουν υιοθετήσει χώρες, ακόμα και με μεγάλη ηλιοφάνεια, όπως η Ελλάδα. Έχει προκύψει από έρευνες ότι ακόμα και σε αυτές τις χώρες, η προστασία των βρεφών από την απευθείας έκθεση στον ήλιο και η εκτεταμένη χρήση αντιηλιακών, οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D στα παιδιά.
- Η βιταμίνη K είναι επίσης χαμηλή στο μητρικό γάλα, αλλά η ποσότητα που έχει ανάγκη το νεογνό εξασφαλίζεται με την χορήγηση βιταμίνης K, αμέσως μετά τον τοκετό. Η βιταμίνη K μπορεί να χορηγηθεί εφάπαξ ενδομυϊκά σε δόση 0,5mg ή από το στόμα σε δοσολογία 2mg αμέσως μετά τη γέννηση, 2mg μια εβδομάδα μετά τη γέννηση και 2mg στις 4 εβδομάδες ζωής.
- **Κύτταρα και Ανοσοσφαιρίνες.** Το μητρικό γάλα είναι ένας «ζωντανός ιστός» δεδομένου ότι περιέχει ουδετερόφιλα, λεμφοκύτταρα και μακροφάγα, που συμβάλουν στις αμυντικές ιδιότητες του γάλακτος. Η κύρια ανοσοσφαιρίνη που περιέχεται στο μητρικό γάλα είναι η IgA. Ειδικά IgA αντισώματα συντίθενται και απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα, μετά από έκθεση του λεμφικού ιστού του βρογχικού δένδρου και του γαστρεντερικού σωλήνα της μητέρας σε ιούς και σε βακτήρια. Το μητρικό γάλα με αυτό τον τρόπο έχει τη δυνατότητα να παρέχει παθητική ανοσία στο βρέφος με ειδικά IgA αντισώματα, που είναι ανθεκτικά στη διαδικασία της πέψης του βρέφους. Η διαδρομή μεταξί της έκθεσης της μητέρας σε κάποιον παθογόνο παράγοντα, της παραγωγής των εξειδικευμένων αντισωμάτων, της μεταφοράς τους στο μητρικό γάλα και της πρόσληψής τους από το παιδί, λέγεται εντερο-βρόγχο-μαστική οδός (entero-broncho-mammary pathway).
- **Ανοσοποιητικοί παράγοντες.** Το μητρικό γάλα περιέχει και άλλους παράγοντες με αμυντικές ανοσοποιητικές ιδιότητες. Ένζυμα όπως η λυσοζύμη και οι ντεφενσίνες είναι κάποια από αυτά. Σύμπλεγμα πεπτιδίων με ολιγοσακχαρίτες δημιουργούν τους πρεβιοτικούς παράγοντες, που ευνοούν στο έντερο την ανάπτυξη των *bifido* βακτηρίων. Τα *bifido* βακτήρια είναι οι πρεβιοτικοί παράγοντες, που μεταξί άλλων βοηθούν και στην ανάπτυξη της ανοσολογικής ισορροπίας στον οργανισμό του βρέφους. Ο Transforming Growth Factor (TGF –β) είναι ένας παράγων που παράγεται από την μητέρα μετά από έκθεση σε αλλεργιογόνα. Η μεταφορά του στο μητρικό γάλα βοηθά το βρέφος να αποκτήσει ανοσολογική

κή ανοχή. Η συνεχής και σε μικρές δόσεις έκθεση του βρέφους σε τροφικά, κυρίως, αλλεργιογόνα το προετοιμάζει, ώστε στην πρώτη απευθείας έκθεση στο αλλεργιογόνο (π.χ. γάλα αγελάδος, ψάρι, αυγό) να είναι λιγότερο πιθανή η εκδήλωση της τροφικής αλλεργίας. Επιπλέον, η επικράτηση του TGF-β, αλλά και άλλων κυτταροκινών όπως IL-10, IL-13 οδηγεί στη στροφή του ανοσοποιητικού συστήματος του μωρού προς μία λιγότερο «αλλεργική» κατεύθυνση.

- **Άλλοι παράγοντες.** Στο μητρικό γάλα ανευρίσκονται επίσης ορμόνες, όπως η θυρεοειδική, η λεπτίνη και η γαστρίνη, που παίρνουν μέρος στη ρύθμιση του μεταβολισμού του νεογνού και της όρεξής του. Επίσης, ανιχνεύεται η ερυθροποιητίνη, η ινσουλίνη και ο ινσουλινικός αυξητικός παράγων IGF-1, που μειώνουν τον κίνδυνο νεκρωτικής εντεροκολίτιδας και συμβάλλουν στην αύξηση του αιματοκρίτη.

Παρά την εξαιρετική σημασία που έχει η χορήγηση μητρικού γάλακτος στα πρόωρα και ιδίως στα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης (<1500gr) νεογνά και παρά την αυξημένη συγκέντρωση σε υδατάνθρακες, λίπος, πρωτεΐνες και νάτριο του μητρικού γάλακτος των μητέρων με πρόωρα νεογνά, συχνά τις πρώτες εβδομάδες ζωής είναι απαραίτητη η προσθήκη στο γάλα ειδικών ενισχυτών (*Human milk fortifier*, HMF). Αυτό γίνεται λόγω των μεγαλύτερων αναγκών των προώρων σε ενέργεια, πρωτεΐνες, ασβέστιο και φωσφόρο.

## Τα πλεονεκτήματα της διατροφής με μητρικό γάλα

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές μελέτες με σκοπό τη διερεύνηση του πραγματικού οφέλους στα θηλάζοντα βρέφη και στις μητέρες τους από την αποκλειστική διατροφή με μητρικό γάλα για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και από τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού πέρα των 6 μηνών. Οι σχετικές μελέτες, για λόγους δεοντολογίας, είναι κυρίως μελέτες παρατήρησης. Η μετανάλυση αυτών των μελετών έχει οδηγήσει στα συμπεράσματα που συνοψίζονται στον πίνακα 6.

Όπως φαίνεται στον πίνακα, τα βρέφη που θηλάζουν παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων, όπως λοιμώξεων του γαστρεντερικού, του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, ωτίτιδων. Μάλιστα η προστασία είναι δοσοεξαρτώμενη. Επίσης, ο μητρικός θηλασμός έχει βρεθεί ότι μειώνει στατιστικά σημαντικά τον κίνδυνο του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου και της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας.

Οι αποδείξεις, ωστόσο, δεν είναι επαρκείς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού σε ότι αφορά την καλύτερη νευρο-αναπτυξιακή εξέλιξη των παιδιών που θηλάζουν. Η μείωση των ατοπικών παθήσεων και του καρδιαγγειακού κινδύνου των παιδιών που θηλάσαν είναι επίσης υπό εξέταση. Η μοναδική μέχρι στιγμής τυχαίοποιημένη μελέτη παρέμβασης για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού (Μελέτη PROBIT-Λευκορωσία) έδειξε ότι παιδιά, που θηλάσαν αποκλειστικά, σε σχέση με συνομήλικά τους που δε θηλάσαν, δε διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο για την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας.

Τα αναμφισβήτητα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τις μητέρες είναι η γρήγορη απώλεια βάρους μετά τον τοκετό και η μείωση του κινδύνου για εμφάνιση καρκίνου του μαστού

προεμμηνοπαυσιακά κατά 4,3%, για κάθε χρονιά θηλασμού (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). Επίσης, ο μητρικός θηλασμός, με την προϋπόθεση ότι διαρκεί περισσότερο από ένα χρόνο, φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης του καρκίνου των ωοθηκών κατά 28% (Ip S. et al, 2009). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι το μεταβολικό προφίλ των γυναικών που θηλάζουν αλλάζει στη διάρκεια της γαλουχίας με αποτέλεσμα να μειώνεται ο πιθανός κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και 2 και δυσλιπιδαιμίας.

| ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ  |   |
|---|---|
| ΙΣΧΥΡΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ   | ΟΦΕΛΗ ΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ  |
| Μείωση λοιμώξεων γαστρεντερικού   | Καλύτερες γνωστικές επιδόσεις   |
| Μείωση λοιμώξεων ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού                               | Μείωση ατοπικών παθήσεων  |
| Μείωση ωτίτιδων   | Μείωση συχνότητας άσθματος  |
| Μείωση κινδύνου για οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία                                   | Μείωση κινδύνου παχυσαρκίας   |
| Μείωση κινδύνου για σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου                             | Μείωση κινδύνου για παιδιατρικούς καρκίνους                             |
| ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ   |   |
| ΙΣΧΥΡΑ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ   | ΟΦΕΛΗ ΥΠΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ  |
| Γρήγορη απώλεια βάρους μετά τον τοκετό  | Μείωση κινδύνου για καρκίνο ωοθηκών                                     |
| Μείωση κινδύνου για καρκίνο του μαστού  | Μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και για διαβήτη τύπου 2 |
| Αντισύλληψη μέσω Αμηνόρροιας της Γαλουχίας ( <i>Lactational Amenorrhea Method</i> ) | Ενίσχυση δεσμού μητέρας παιδιού   |

Πίνακας 6 : Σύνοψη του οφέλους του μητρικού θηλασμού για την μητέρα και το παιδί βάσει των υπάρχουσών μελετών.

## Κίνδυνοι από τη χρήση Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους γονείς όχι μόνο για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, αλλά και για τους κινδύνους από τη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα βρέφη που δε θηλάζουν απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας. Οι κίνδυνοι από τη χρήση υποκαταστάτων μητρικού γάλακτος μπορεί να αφορούν τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις π.χ. λοιμώξεις από μικρόβια ή τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις π.χ. αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αλλεργιών, σακχαρώδη διαβήτη.

Το γάλα αγελάδος σε σκόνη δεν αποτελεί στείρο προϊόν. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις λοίμωξης βρεφών από βακτήρια όπως, *Cronobacter sakazakii* ή *Enterobacter sakazakii*, *Salmonella enterica*, αλλά και *Clostridium botulinum*, τα οποία έχουν βρεθεί ακόμη και σε κλειστές συσκευασίες σκόνης γάλακτος. Η επιμόλυνση των προϊόντων αυτών και ο πολλαπλασιασμός των μικροβίων είναι δυνατόν να γίνουν είτε κατά την παρασκευή, είτε κατά τη φύλαξη του τροποποιημένου γάλακτος. Για το λόγο αυτό η UNICEF και ο WHO έχουν εκδώσει ειδικές οδηγίες παρασκευής και φύλαξης του γάλακτος σε σκόνη.

Εκτός των μικροβίων, έχουν βρεθεί στα τροποποιημένα γάλατα διάφορες χημικές ουσίες επιβλαβείς για τον οργανισμό, όπως διοξίνες, διφαινύλη Α, μελαμίνη κ.α. Οι ουσίες αυτές μπορεί να βρίσκονται τόσο στο ίδιο το γάλα όσο και στις συσκευασίες φύλαξής του, στα μπουκάλια σίτισης, στις θηλές και αλλού. Για το λόγο αυτό, κατά περιόδους γίνονται ανακλήσεις διαφόρων προϊόντων από τις εταιρίες παραγωγής γαλάτων και άλλων βρεφικών τροφών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μόλυνση με μελαμίνη υποκαταστάτων γάλακτος στην Κίνα. Η μελαμίνη είναι ένα συνθετικό προϊόν, το οποίο βρίσκεται σε πολλά βιομηχανικά είδη. Η εταιρεία παραγωγής του βρεφικού γάλακτος, τη χρησιμοποίησε για να αυξήσει την περιεκτικότητα του γάλακτος σε πρωτεΐνη. Στα τέλη του 2008 αναφερθήκαν περίπου 300.000 περιπτώσεις βρεφών που κατανάλωσαν μολυσμένο με μελαμίνη γάλα. Από αυτά πολλά νοσηλεύτηκαν, ενώ αναφέρθηκαν 6 θάνατοι. Λόγω μη ικανότητας μεταβολισμού της μελαμίνης από το ανθρώπινο είδος, τα βρέφη παρουσίασαν οξεία νεφρική ανεπάρκεια και λίθους στα νεφρά.

Πρόσθετα, η λήψη υποκαταστάτων μητρικού γάλακτος στερεί από το βρέφος πολύτιμους ανοσοολογικούς παραγόντες, που συνεισφέρουν στην άμυνα του βρέφους και στην ισορροπία του ανοσοποιητικού του συστήματος. Τα βρέφη που σιτίζονται με τροποποιημένο γάλα αγελάδος έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης ειδικά τον πρώτο χρόνο ζωής. Τα ειδικά IgA αντισώματα, που παράγει η μητέρα σε απάντηση των αντιγόνων του περιβάλλοντός της, αλλά και άλλοι αμυντικοί παράγοντες όπως τα ολιγοσακχαρίδια και οι γλυκοπρωτεΐνες λείπουν. Έτσι εξηγείται η μεγαλύτερη ευαισθησία σε λοιμώξεις του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού. Ειδικά στα πρόωρα, η συχνότητα της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας είναι σαφώς μεγαλύτερη στα βρέφη που σιτίζονται με ξένο γάλα. Αυτό συμβαίνει λόγω μειωμένης άμυνας, λόγω έκθεσης του εντέρου σε ένα γάλα βασισμένο σε πρωτεΐνη αγελαδινού γάλακτος, αλλά και λόγω έλλειψης των προστατευτικών ανοσοολογικών παραγόντων του μητρικού γάλακτος, που αναφέρθηκαν στην αρχή του κεφαλαίου.

Η σίτιση των πρώτων ημερών με μητρικό γάλα συμβάλει στην ανοσορρύθμιση. Η έκθεση του εντέρου στο μητρικό γάλα προάγει τη διαφοροποίηση των Th1 λεμφοκυττάρων, σε σχέση

με τα Th2 λεμφοκύτταρα. Αυτό οδηγεί σε μια «στροφή» του ανοσοποιητικού συστήματος προς σε ένα λιγότερο ατοπικό μονοπάτι. Αντίθετα, η σίτιση με ξένο γάλα οδηγεί σε μια ανισορροπία υπέρ των Th2 κυττάρων και σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ατοπίας στα μη θηλάζοντα βρέφη.

Η διαφορετική σύσταση του γάλακτος αλλά και το διαφορετικό μοτίβο σίτισης των βρεφών που λαμβάνουν ξένο γάλα (προγραμματισμένα και σε συγκεκριμένη ποσότητα γεύματα) έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη πρόσληψη βάρους κατά τον πρώτο χρόνο ζωής και τον μακροπρόθεσμο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1, πιθανώς λόγω πρώιμης έκθεσης στη β-λακταλβουμίνη του αγελαδινού γάλακτος. Στα βρέφη που σιτίζονται με ξένο γάλα έχει επίσης παρατηρηθεί αυξημένο ποσοστό αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, αλλά και αυξημένο ποσοστό λευκαϊμίας.

Η σίτιση με τροποποιημένο γάλα αγελάδος περιέχει κινδύνους όχι μόνο για το βρέφος αλλά και για την μητέρα. Οι μητέρες που δε θηλάζουν αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του στήθους και των ωοθηκών, αλλά και μεγαλύτερη συχνότητα μεταβολικού συνδρόμου και καρδιαγγειακών παθήσεων.

Ιδιαίτερα αρνητική είναι η επίδραση της τεχνητής σίτισης και στο φυσικό περιβάλλον. Η παραγωγή, συσκευασία, διανομή και παρασκευή του ξένου γάλακτος συνεπάγεται μεγάλη κατανάλωση ενέργειας με ταυτόχρονη εκπομπή ρύπων και δημιουργία μεγάλων ποσοτήτων απορριμμάτων. Αντίθετα το μητρικό γάλα αποτελεί φιλικότερη για το περιβάλλον τροφή.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

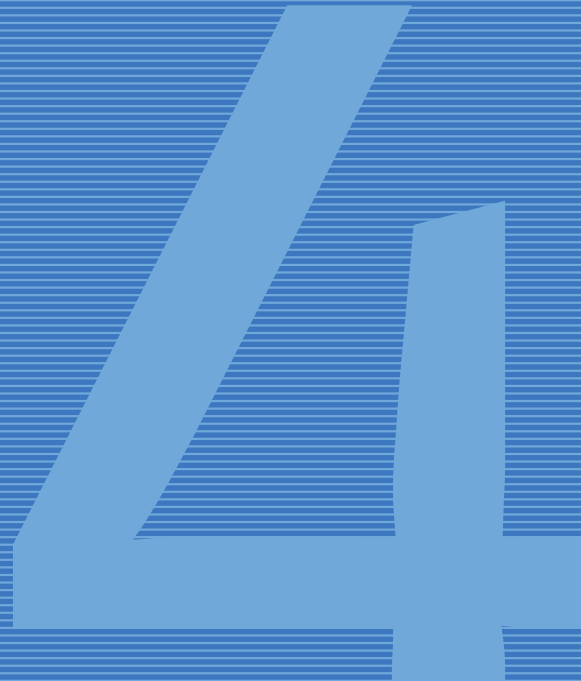
- Ballard O, Morrow AL. Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb;60 (1):49-74.
- Barash JR, Hsia JK, Amon SS, Presence of Soil-Dwelling Clostridia in Commercial Powdered Infant Formulas. *J Pediatr.* 2010 Mar;156 (3):402-8.
- Bauer J, Gerst J. Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. *Clin Nutr.* 2011 Apr;30 (2):215-20.
- Berseth CL, Uauy R. Symposium summary: looking back and looking forward. *J Pediatr.* 2013 Mar; 162 (3 Suppl):S115-6.
- BPNI / IBFAN. "Formula for Disaster: weighing the impact of formula feeding Vs breastfeeding on environment". BPNI / IBFAN Asia 2014 [Internet]. Διαθέσιμο σε: <http://www.google.gr/url?sa=t&rc=1&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=OCCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fbpni.org%2Fdocuments%2FFormulaForDisaster.pdf&ei=KWABVb6KBcLwU IPugagP&usq=AFQjCNGBXizgLE6HuXtO7zPnSgS5J4YIPg&bvm=bv.87920726,d.d24>
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002 Jul 20; 360 (9328):187-95.
- Cristofalo EA1, Schanler RJ, Blanco CL, Sullivan S, Trawoeger R, Kiechl-Kohlendorfer U, Dudell G, Rechtman DJ, Lee ML, Lucas A, Abrams S. Randomized trial of exclusive human milk versus preterm formula diets in extremely premature infants. *J Pediatr.* 2013 Dec; 163(6):1592-1595.
- Dieterich CM, Felice JP, O'Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb; 60(1):31-48.
- Forchielli ML, Walker WA. The role of gut-associated lymphoid tissues and mucosal defense. *Br J Nutr.* 2005 Apr; 93 Suppl 1:S41-8.

10. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115(2):496-506.
11. Health e-learning lactation modules. BE4: Breastfeeding initiation and the first week.
12. IBFAN Statement on Infant and Young Child Feeding and Chemical Residues, May, 2013 [Internet]. Διαθέσιμο στο: [http:// www.ibfan.org/IBFAN-Statement-on-IYCF.pdf](http://www.ibfan.org/IBFAN-Statement-on-IYCF.pdf)
13. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007 Apr; (153):1-186.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ





## ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΕΔΡΑΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ

### 4.1 Προγεννητική υποστήριξη του μητρικού θηλασμού

Η επιτυχής εδραίωση και εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού ξεκινάει με την κατάλληλη προγεννητική προετοιμασία των εγκύων και των οικογενειών τους. Αυτή αφορά στην ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα και τη σημασία του μητρικού θηλασμού για το βρέφος και την οικογένεια και στην εκπαίδευσή τους όσον αφορά τις βασικές αρχές του θηλασμού και την αντιμετώπιση των κοινών προβλημάτων και δυσκολιών. Δεδομένης της σημασίας της προγεννητικής ενημέρωσης σχετικά με το μητρικό θηλασμό ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF ενσωμάτωσαν στα δέκα βήματα για τον επιτυχή θηλασμό το Βήμα 3: «Ενημέρωση όλων των εγκύων για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού».

Ωστόσο, έρευνα σχετικά με τη θέση του θηλασμού στα πλαίσια της προγεννητικής εκπαίδευσης έδειξε ότι μόνο το 16% των γυναικών που τις παρακολουθούσαν επαγγελματίες υγείας είχαν ενημερωθεί για τον θηλασμό κατά την προγεννητική περίοδο. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι γυναίκες που ενθαρρύνθηκαν ή συζητήσαν περισσότερο από 4 φορές προγεννητικά για το μητρικό θηλασμό θηλάσαν ή ήταν πιο πιθανό να θηλάσουν. Επιπλέον, έχει φανεί ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και υποστήριξη των γυναικών καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας βελτιώνουν τα ποσοστά θηλασμού μιας κοινότητας.

Για την προγεννητική υποστήριξη του μητρικού θηλασμού η *Academy of Breastfeeding Medicine* συστήνει προς τους επαγγελματίες και τους φορείς υγείας που έχουν δεσμευτεί ως προς την προώθηση, προστασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού τα εξής:

- Τη δημιουργία γραφείου/ιατρείου φιλικό στον θηλασμό. Σε αυτούς τους χώρους παρακολούθησης των εγκύων υπάρχει σε εμφανή θέα η γραπτή πολιτική για τον θηλασμό και γραπτές πληροφορίες σχετικά με τον θηλασμό. Αντίθετα δεν προβάλλονται ούτε προωθούνται δείγματα υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος, με ενημερωτικά φυλλάδια ή παροχή δειγμάτων.
- Η προγεννητική φροντίδα να προβλέπει την παρακολούθηση, εκπαίδευση και υποστήριξη των γυναικών και των οικογενειών τους στο μητρικό θηλασμό. Η προγεννητική εκπαίδευση θα πρέπει να περιλαμβάνει την ενημέρωση σχετικά με τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και τη σπουδαιότητα του αποκλειστικού θηλασμού αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης κοινών προβλημάτων και δυσκολιών, όπως τη δυνατότητα θηλασμού μετά την έναρξη της εργασίας. Επίσης, θα πρέπει να εκπαιδεύονται οι γονείς για τις ενδείξεις πείνας του βρέφους, τη συχνότη-

τα των γευμάτων και τις διάφορες θέσεις θηλασμού (με ή χωρίς τη χρήση προπλάσματος). Ακόμα, συζητιέται με τον υπεύθυνο ιατρό η δυνατότητα για τοκετό υποστηρικτικό στον θηλασμό, ο θηλασμός μέσα στην πρώτη ώρα ζωής και η συνδιαμονή μητέρας-βρέφους στην κλινική/νοσοκομείο.

- Την ένταξη αναλυτικού ιστορικού θηλασμού προγεννητικά. Συστήνεται κατά την παρακολούθηση μιας εγκυμοσύνης να λαμβάνεται πλήρες ιστορικό θηλασμού, καλύπτοντας ερωτήματα όπως προηγούμενα παιδιά, διάρκεια και αποκλειστικότητα θηλασμού αλλά και λόγοι απογαλακτισμού. Με γυναίκες που δε θηλάσαν τα μεγαλύτερα παιδιά συζητιέται η άποψή τους για τα τυχόν προτερήματα ή μειονεκτήματα, που εντόπισαν κατά τη χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος.
- Στην προγεννητική φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η κουλτούρα και το πολιτιστικό πλαίσιο των γυναικών, των οικογενειών αλλά και των κοινοτήτων τους. Η γνώση της δομής μιας οικογένειας, των πεποιθήσεων και της κουλτούρας αυτής βοηθάει στην κατάλληλη εκπαίδευση και υποστήριξη των γυναικών και των οικογενειών τους.
- Την επισκόπηση του μαστού και των θηλών κατά την προγεννητική παρακολούθηση. Οι τυχόν χειρουργικές επεμβάσεις στον μαστό αλλά και η ανώμαλη ανάπτυξη του, θα παίξουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχή εγκατάσταση του θηλασμού. Επιπλέον, οι φυσιολογικές αλλαγές στον μαστό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ροή πρωτογάλατος αποτελούν ενθαρρυντικές ενδείξεις για την επιτυχή εγκατάσταση του θηλασμού.

Συνεπώς, η στάση των επαγγελματιών υγείας προγεννητικά έχει μεγάλη σημασία τόσο στην καλή ενημέρωση των οικογενειών και των γυναικών για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού όσο και στα απόλυτα ποσοστά αύξησης του μητρικού θηλασμού στο σύνολο της κοινωνίας.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andrew N, Harvey K. Infant feeding choices: experience, self-identity and lifestyle. *Matern Child Nutr.* 2011 Jan;7(1):48-60.
2. Issler H, de Sá MB, Senna DM. Knowledge of newborn health care among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J.* 2001 Jan 4;119(1):7-9.
3. Li CM, Li R, Ashley CG, Smiley JM, Cohen JH, Dee DL. Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices. *J Hum Lact.* 2014 Feb;30(1):88-96.
4. McInnes RJ, Chamberst JA. Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *J Adv Nurs.* 2008 May;62(4):407-27.
5. Susin LR, Giugliani ER. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *J Hum Lact.* 2008 Nov;24 (4):386-92.

- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M, Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA. Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits. *Pediatrics*. 2004 May; 113 (5):405-41

## 4.2 Θηλασμός στο μαιευτήριο

### Πρώιμη έναρξη θηλασμού και σημασία της επαφής δέρμα με δέρμα

Ο αποχωρισμός του βρέφους από την μητέρα του αμέσως μετά τη γέννηση είναι πρακτική που ακολουθείται τον τελευταίο αιώνα. Ακόμη και υγιή τελειόμνη νεογνά, χωρίς ανάγκη ανάνηψης ή άλλης άμεσης παρέμβασης, αποχωρίζονται από την μητέρα τους για να τους παρασχεθεί η καθιερωμένη πλέον φροντίδα (ζύγιση, ντύσιμο, χορήγηση ενέσιμης βιταμίνης Κ). Η πρακτική αυτή δεν έχει αποδειχθεί να βοηθάει στη σταθεροποίηση του νεογνού ενώ προκαλεί προβλήματα στην εδραίωση του μητρικού θηλασμού.

Αντίθετα η επαφή δέρμα με δέρμα αμέσως μετά τον τοκετό βοηθάει στη θερμορρύθμιση όχι μόνο του τελειόμνου αλλά και του προώρου νεογνού. Βοηθά στην έναρξη του μητρικού θηλασμού, στην ενίσχυση του δεσμού μητέρας-παιδιού και στη μείωση του κλάματος του βρέφους.

Κατά την επαφή δέρμα με δέρμα το νεογνό μετά το στέγνωμα, τοποθετείται γυμνό πάνω στο στήθος της μητέρας του, ενώ καλύπτεται με ζεστό σκέπασμα. Εάν αφεθεί ανενόχλητο ακολουθεί ενστικτωδώς το ακόλουθο πρότυπο συμπεριφοράς: σύντομα μετά την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας του σταματάει να κλαίει και ηρεμεί. Σιγά σιγά από μόνο του, αλλά και με την ήπια καθοδήγηση της μητέρας του αρχίζει να μετακινείται έρποντας προς το στήθος της. Όταν φτάσει κοντά στον μαστό, με οδηγό την αφή και την όσφρηση προσκολλάται σε αυτόν και ξεκινάει τον θηλασμό.

Ο πρώτος αυτός θηλασμός αυξάνει τις πιθανότητες για επιτυχή εδραίωση του θηλασμού. Για το λόγο αυτό στο τέταρτο από τα δέκα βήματα της UNICEF, για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία, συστήνεται ο θηλασμός την πρώτη ώρα από τη γέννηση. Το ζύγισμα, οι μετρήσεις του νεογνού και η φαρμακευτική αγωγή μπορούν να γίνουν μετά την ολοκλήρωση του πρώτου θηλασμού.

Η επαφή δέρμα με δέρμα υποστηρίζεται ακόμη και μετά από καισαρική τομή, εφόσον η μητέρα και το νεογνό είναι σταθεροποιημένοι και υπάρχει ενημερωμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό. Εάν η κατάσταση της μητέρας δεν το επιτρέπει, έχει βρεθεί ότι η επαφή με τον πατέρα επίσης βοηθά στην ομαλότερη μετάβαση του βρέφους στην εξωμήτρια ζωή.

Για την εδραίωση και αύξηση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού θεωρείται απαραίτητη η επαφή δέρμα με δέρμα όχι μόνο στην αίθουσα τοκετού, αλλά και σε όλη την παραμονή της μητέρας και του βρέφους στο μαιευτήριο. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη η συνδιαμονή της μητέρας και του νεογνού στο μαιευτήριο.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baby-Friendly Hospital Initiative (A joint WHO/UNICEF statement) (1991). Launched at the International Paediatric Association Meeting in Ankara, Turkey.
- Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16;(3):CD002771. [Abstract]

- De Alba-Romero C, Camaño-Gutiérrez I, López-Hernández P, de Castro-Fernández J, Barbero-Casado P, Salcedo-Vázquez ML, Sánchez-López D, Cantero-Arribas P, Moral-Pumarega MT, Pallás-Alonso CR. Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. *J Hum Lact*. 2014 May 20;30(3):283-286.
- Erlandsson K, Dsilva A, Fagerberg I, Christensson K. Skin to skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*. 2007, Jun; 34(2): 105-114.
- Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM Clinical Protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med*. 2013 Dec;8(6):469-73.
- Hung KJ, Berg O. Early skin to skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011. Sep- Oct; 36(5): 318-24.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003519. [Abstract]
- Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-41.
- UNICEF. Breastfeeding-The remarkable First Hour of Life [Internet]. Διαθέσιμο σε: [www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding\\_First\\_Hour\\_of\\_Life.pdf](http://www.unicef.org/malaysia/Breastfeeding_First_Hour_of_Life.pdf)

## 4.3 Συνδιαμονή μητέρας και βρέφους

Με τον όρο *συνδιαμονή* ορίζουμε την συνεχή παραμονή του βρέφους στο δωμάτιο νοσηλείας της μητέρας του 24 ώρες το 24ωρο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF τονίζουν την σημασία της συνδιαμονής του βρέφους με την μητέρα του στο 7<sup>ο</sup> από τα Δέκα Βήματα για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό.

Σκοπός του βήματος είναι να προσφέρεται συνεχής επαφή ανάμεσα στην μητέρα και το βρέφος από την πρώτη στιγμή της γέννησής του, γεγονός που συμβάλλει στο χτίσιμο της σχέσης τους και ενισχύει το συναισθηματικό δεσμό με την μητέρα του. Επίσης, βοηθά στην εδραίωση του μητρικού θηλασμού και στην επιτυχή συνέχισή του.

Μελέτη που αφορούσε τη σχέση της συνδιαμονής με τις μεταβλητές του θηλασμού, όπως τη συχνότητα του θηλασμού, την πρόσληψη μητρικού γάλακτος, τα συμπληρώματα με τεχνητό γάλα ή διάλυμα γλυκόζης 5%, την αθροιστική απώλεια βάρους, τον ρυθμό ανάκτησης του βάρους και την εμφάνιση υπερκολερουθριναιμίας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συνδιαμονή μητέρας και νεογνού συνδέεται με σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα θηλασμών, γιατί η μητέρα παρατηρούσε και ανταποκρινόταν άμεσα στα πρώιμα σημάδια πείνας του βρέφους της. Από την άλλη μεριά, η πρόσληψη μητρικού γάλακτος κατά την 3<sup>η</sup> και 5<sup>η</sup> ημέρα μετά τον τοκετό ήταν μικρότερη στα νεογνά με συνδιαμονή και η απώλεια βάρους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με τα βρέφη που παρέμειναν στο δωμάτιο νοσηλείας βρεφών. Στα βρέφη που παρέμειναν μακριά από την μητέρα τους χορηγούνταν μεγαλύτερη ποσότητα συμπληρώματος με τεχνητό γάλα ή διάλυμα γλυκόζης. Ο ρυθμός πρόσληψης βάρους, από τη στιγμή που το νεογνό έφθασε το ελάχιστο βάρος του μέχρι το βάρος που είχε την έβδομη ημέρα, στα βρέφη που ήταν μαζί με την μητέρα τους ήταν μεγαλύτερος. Ο λόγος πιθανόν να ήταν η μικρότερη κατανάλωση ενέργειας στα πλαίσια κλάματος ή κινήσεων που κάνει το πεινασμένο βρέφος και η έγκαιρη αναγνώριση από τις μητέρες των σημείων πείνας των μωρών, με αποτέλεσμα την άμεση ανταπόκρισή τους σε αυτά.

Από πολλές μελέτες που έχουν διεξαχθεί εδώ και μερικές δεκαετίες γνωρίζουμε ότι στη συνδιαμονή οι μητέρες, μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, νιώθουν πιο σίγουρες και ικανές να

φροντίσουν το μωρό τους, σε σύγκριση με μητέρες που δεν είχαν συνδιαμονή. Επιπλέον, φαίνεται ότι η πρακτική αυτή τις πρώτες ημέρες ευνοεί την ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού μητέρας - παιδιού και τίθενται οι βάσεις για την εδραίωση της ομαλής οικογενειακής ζωής.

Συμπερασματικά, οι πρακτικές των πρώτων ημερών, μέσα στο μαιευτήριο, κατέχουν το κλειδί για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό. Η προώθηση της συνδιαμονής μητέρας και βρέφους βελτιώνει σημαντικά την επιτυχία του θηλασμού και θέτει τις βάσεις του δεσμού μητέρας και βρέφους.

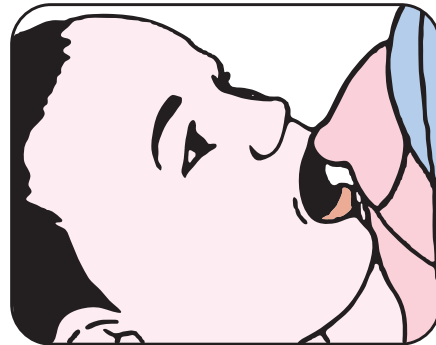
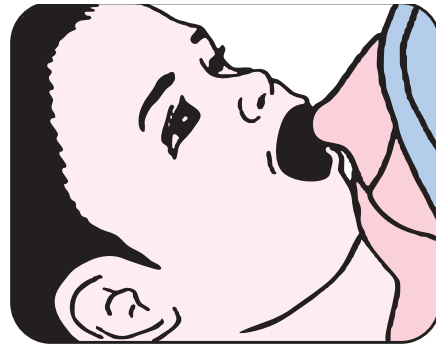
#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cox K, Giglia R, Zhao Y, Binns CW. Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural Western Australia. *J Hum Lact.* 2014 Nov;30(4):488-97. doi: 10.1177/0890334414547274. Epub 2014 Aug 19. PubMed PMID: 25000000
2. Crenshaw J. Care practice #6: no separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2007 Summer;16(3):39-43. doi: 10.1624/105812407X217147.
3. Elliott-Carter N, Harper J. Keeping mothers and newborns together after cesarean: how one hospital made the change. *Nurs Womens Health.* 2012 Aug-Sep;16(4):290-5. doi: 10.1111/j.1751-486X.2012.01747.x. PubMed PMID:22900805.
4. Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölbl N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med.* 2013 May;41(3):331-9. PubMed PMID: 23104852.
5. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics.* 2005 Nov;116(5):e702-8.
6. Smith PB, Moore K, Peters L. Implementing baby-friendly practices: strategies for success. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2012 Jul-Aug;37(4):228-33, quiz 234-5. doi: 10.1097/NMC.0b013e318251054e. PubMed PMID: 22596036
7. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/hot rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand.* 1990 Nov;79(11):1017-22. 1: de Boer AS, Darnton-Hill I. A good start in life: breast-feeding in hospital.
8. World Health Forum. 1994;15(1):66-8. PubMed PMID: 8141984.

## 4.4 Πρόσφυση στον μαστό και θέσεις θηλασμού

Ο τρόπος που το βρέφος πιάνει την θηλή είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς η λανθασμένη πρόσφυση στον μαστό συχνά οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη γάλακτος ή σε πληγωμένες θηλές, με αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή, την απογοήτευση της μητέρας και τελικά τον απογαλακτισμό.

Προκειμένου να ανοίξει το βρέφος καλά το στόμα του, η μητέρα αγγίζει με την θηλή της τη μύτη ή το πάνω χείλος του, ώστε να εκλυθεί το *αντανακλαστικό της αναζήτησης (rooting reflex)*. Στη συνέχεια με γρήγορες και σταθερές κινήσεις φέρνει το μωρό της προς το στήθος της.



Εικόνα 15: Στάδια σύλληψης του μαστού από το βρέφος.

Για να ελέγξουμε ότι το μωρό έχει τοποθετηθεί σωστά παρατηρούμε ότι:

1. Η γωνία ανάμεσα στο πάνω και κάτω χείλος είναι μεγάλη.
2. Το μωρό έχει πιάσει όχι μόνο την θηλή αλλά και μέρος ή όλη τη θηλαία άλω. Σε περίπτωση που η μητέρα έχει μεγάλη θηλαία άλω θα πρέπει να είναι ορατό το πάνω μέρος της και να μην φαίνεται το κάτω μέρος της άλω (ασύμμετρη πρόσφυση στον μαστό).
3. Τα χείλη είναι ανεστραμμένα προς τα έξω, εξασφαλίζοντας την ανάπτυξη αρνητικής πίεσης εντός της στοματικής κοιλότητας.
4. Το πηγούνι του μωρού ακουμπά πάνω στο στήθος.

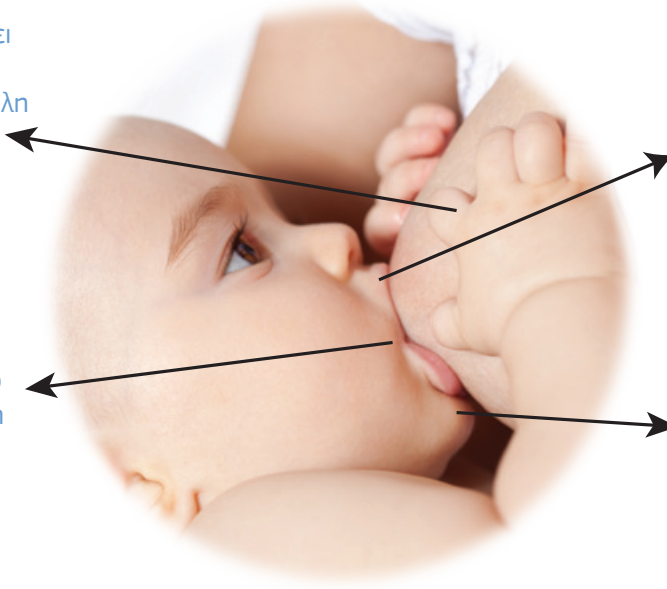
5. Οι ρινικές κοιλότητες είναι ανοιχτές για να μπορεί το βρέφος να αναπνέει κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η μύτη να είναι κοκκινιά, αλλά να μη βυθίζεται στο στήθος.
6. Κατά την απομύζηση γάλακτος, είναι εμφανείς οι κινήσεις της κάτω γνάθου. Αρχικά πιο γρήγορες και στη συνέχεια, μετά την έκλυση του αντανακλαστικού έκθλιψης του γάλακτος, πιο αργές και ρυθμικές. Οι εμφανείς καταπονητικές κινήσεις είναι το πιο αξιόπιστο κλινικό σημείο εκτίμησης της ικανοποιητικής πρόσληψης γάλακτος.

Το μωρό έχει πιάσει όχι μόνο τη θηλή αλλά και μέρος ή όλη τη θηλαία άλω

Τα χείλη είναι ανεστραμμένα προς τα έξω

Η γωνία ανάμεσα στο πάνω και κάτω χείλος είναι μεγάλη

Το πηγούνι του μωρού ακουμπά πάνω στο στήθος



Εικόνα 16: Τα γνωρίσματα της σωστής πρόσφυσης του βρέφους στον μαστό.

## 4.5 Θέσεις Θηλασμού

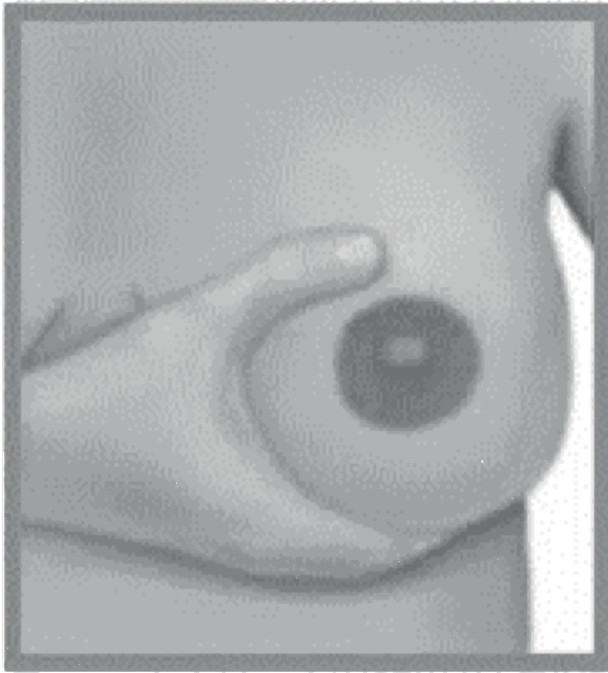
Ο θηλασμός ως φυσική λειτουργία δεν μπορεί να διέπεται από αυστηρούς κανόνες. Συνεπώς η μητέρα προσφέρει τον μαστό της και το βρέφος θηλάζει στην στάση που τους βολεύουν καλύτερα.

Παρόλα αυτά αξίζει να αναφέρουμε μερικές βασικές αρχές που βοηθούν την μητέρα και το βρέφος να επιτύχουν έναν αποτελεσματικό και άνετο μητρικό θηλασμό και οι οποίες εφαρμόζονται σε οποιαδήποτε στάση:

- Το βρέφος είναι έτοιμο να θηλάσει όταν κοιμάται ελαφρά ή όταν έχει μόλις ξυπνήσει. Όταν το βρέφος κλαίει έντονα θα πρέπει η μητέρα πρώτα να το πουχάσει και έπειτα να το τοποθετήσει στον μαστό.
- Η μητέρα κάθεται σε μια αναπαυτική θέση, υποστηρίζοντας την πλάτη της, χωρίς να γέρνει προς το βρέφος.
- Η μητέρα υποστηρίζει το κεφάλι του νεογνού της από τον αυχένα του και κατευθύνει το νεογνό της προς τον μαστό και δε φέρνει τον μαστό της προς το μωρό.
- Η επαφή του βρέφους με την μητέρα πρέπει να είναι άμεση, καλύτερα δέρμα με δέρμα. Το σώμα του βρέφους

πρέπει να είναι γυρισμένο προς το κορμό της μητέρας, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται επαφή «κοιλιά με κοιλιά».

- Το μωρό θα πρέπει να βρίσκεται σε τέτοιο ύψος στην αγκαλιά της μητέρας του, ώστε η μύτη του να ακουμπά την θηλή του μαστού. Για να βοηθηθεί η μητέρα, μπορεί να χρησιμοποιεί μαξιλάρια κάτω από τα χέρια της ή κάτω από το μωρό της.
- Η μητέρα υποστηρίζει τον μαστό της με τον αντίχειρα στην πάνω μεριά του μαστού και με τα τέσσερα δάκτυλα κάτω από αυτόν, σε απόσταση μακριά από την θηλαία άλω, έτσι ώστε το βρέφος να μπορεί να «πιάσει» μεγαλύτερη επιφάνεια της θηλαίας άλω (τα δάκτυλα σχηματίζουν το γράμμα C). Αυτός ο τρόπος υποστήριξης του μαστού διαφέρει από το κράτημα που τα δάκτυλα σχηματίζουν «τσιγάρο ή ψαλίδι». Σε αυτή την περίπτωση η επιφάνεια της θηλαίας άλω που είναι ελεύθερη είναι μικρή και αυτό ίσως δυσκολεύει τη σωστή πρόσληψη της άλω από το μωρό.



Εικόνα 17: Κράτημα μαστού σε θέση C.

## Προτεινόμενες θέσεις θηλασμού

Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος θέση στον θηλασμό. Οποιαδήποτε από αυτές τις θέσεις μπορεί να διευκολύνει κάποιες μητέρες και τα βρέφη τους.

### Ξαπλωτή θέση (Side-lying hold)

Είναι πιθανά κατάλληλη για τις πρώτες μέρες, που οι μητέρες δυσκολεύονται να καθίσουν σε πιο όρθια θέση, με την προϋπόθεση ότι μπορούν να αναγνωρίσουν λάθη στο πιάσιμο της θηλής.

### Θέση αγκαλιάς ή κλασική θέση (Cradle hold)

Είναι η θέση που συνήθως επιλέγουν οι μητέρες. Στην θέση αυτή το κεφάλι του βρέφους υποστηρίζεται από το μπράτσο της μητέρας του.

### Θέση «αντίστροφης αγκαλιάς» (Cross Cradle hold)

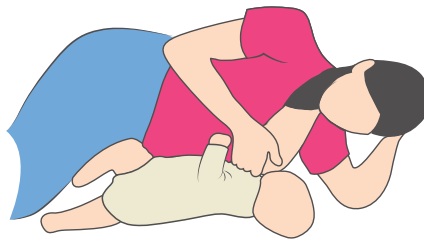
Είναι προτεινόμενη θέση για πρωτοτόκες μητέρες, διότι το κεφάλι του βρέφους είναι καλά υποστηριζόμενο από το χέρι της μητέρας του και εύκολα καθοδηγείται προς την θηλή.

### Θέση πλαινή (Rugby ball)

Το βρέφος βρίσκεται κάτω από το βραχίονα της μητέρας του σε πλαινή θέση. Η θέση αυτή μπορεί να διευκολύνει τις μητέρες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή ή έχουν μεγάλους μαστούς.



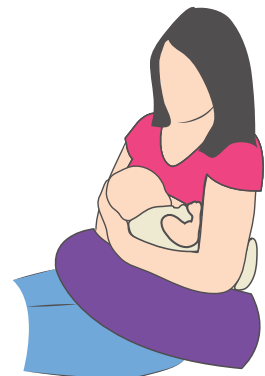
Θέση Αντίστροφης Αγκαλιάς



Ξαπλωτή θέση



Κλασική θέση



Θέση «Rugby»

Εικόνα 18: Προτεινόμενες θέσεις θηλασμού.

Hand Expression, The Womanly Art of Breastfeeding, LLLI 2010, Tear-Sheet Toolkit/06

Οι φωτογραφίες χρησιμοποιούνται κατόπιν γραπτής άδειας από την La Leche League International και προέρχονται από το Tear-Sheet Toolkit του βιβλίου The Womanly Art of Breastfeeding, 8η έκδοση, Κεφάλαιο 20, της La Leche League International <http://www.llli.org/toolkit> Copyright (c) 2010, La Leche League International.

### Φυσική στάση θηλασμού

Πρόκειται για θηλασμό σε ημικαθιστή στάση, με το νεογνό να βρίσκεται στο ύψος του θώρακα, ενώ τοποθετείται κατά μήκος του σώματος της μητέρας του.

### Θέση θηλασμού για δίδυμα

Οι μητέρες που θηλάζουν δίδυμα συνήθως χρησιμοποιούν ένα μαξιλάρι κάτω από τα μωρά τους ενώ υποστηρίζουν απαλά με τα χέρια τους τις πλάτες και τον αυχένα των βρεφών τους. Όταν μια μητέρα θηλάζει το δίδυμά της ταυτόχρονα, ουσιαστικά κρατά το καθένα από αυτά σε θέση rugby.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Riordan J, Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010.
2. American Pregnancy Association [Internet] Irving :American Pregnancy Association [cited 31/03/2015] Διαθέσιμο σε: <http://americanpregnancy.org/firstyearoflife/bfatch.html>.
3. S Colson. Maternal breastfeeding positions: Have we got it right? (2). The practising midwife. [Internet]. 2005 Dec. 8(11): 29032 Διαθέσιμο σε: [http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.biologicalnurturing.com%2Fassets%2Farticles%2FColson%25202005%2520PM%25208%25201%252029-32.pdf&ei=Y2QBvbadGYKdPayngbgM&usq=AFQjCNENsITBZFtITvHKa\\_FlDngkqEqqXA&bvm=bv.87920726,d.ZWU](http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.biologicalnurturing.com%2Fassets%2Farticles%2FColson%25202005%2520PM%25208%25201%252029-32.pdf&ei=Y2QBvbadGYKdPayngbgM&usq=AFQjCNENsITBZFtITvHKa_FlDngkqEqqXA&bvm=bv.87920726,d.ZWU)

## 4.6 Σημάδια πείνας του νεογνού και συχνότητα γευμάτων των πρώτων ημερών

Σύμφωνα με το 8<sup>ο</sup> από τα Δέκα Βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό της UNICEF, το βρέφος πρέπει να θηλάζει κατ' απαίτησή του. Χρειάζεται το βρέφος να καθορίζει τη διάρκεια και τη συχνότητα των γευμάτων του. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο θηλασμός κατ' απαίτηση βοηθά στην εδραίωση και αύξηση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού ενώ αντίθετα, η επιθυμία των γονέων για προγραμματισμένη σίτιση, δρα αρνητικά στον θηλασμό.

Ο θηλασμός κατ' απαίτηση του βρέφους όχι μόνο ικανοποιεί την πείνα και τη δίψα του νεογνού, αλλά ρυθμίζει ταυτόχρονα και την παραγωγή του γάλακτος από την μητέρα, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του.

Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση της μητέρας ήδη από το μαιευτήριο, στην αναγνώριση των πρώιμων σημείων πείνας του βρέφους, έτσι ώστε να μπορεί να ικανοποιεί άμεσα τις ανάγκες του. Το κλάμα θεωρείται καθυστερημένο σημείο πείνας, γιατί ένα μωρό που κλαίει δε μπορεί να προσκολληθεί στον μαστό. Σύμφωνα με τον Anderson GC (1989), ένα βρέφος παρουσιάζει πρώιμα σημάδια πείνας, όταν αρχίζει να είναι ανήσυχος, να κινεί τα άκρα του, να φέρνει τα χέρια του στο στόμα, να ανοίγει το στόμα του και να αναζητά το στήθος.

### ΑΡΧΙΚΑ ΣΗΜΑΔΙΑ ΠΕΙΝΑΣ



### ΣΗΜΑΔΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΠΕΙΝΑΣ



Ο θηλασμός συνεχίζεται μέχρι το βρέφος να δείξει σημεία κορεσμού: ν' αφήσει από μόνο του το στήθος, να είναι ήρεμο ή ν' αποκοιμηθεί βαθιά. Συστήνεται να θηλάζει το βρέφος από το ένα στήθος κι όταν αυτό αδειάσει, να προσφέρεται και το άλλο εφόσον το βρέφος εξακολουθεί να πεινάει. Θα πρέπει να γίνεται εναλλαγή του στήθους που προσφέρεται πρώτο, έτσι ώστε και τα δύο στήθη να δέχονται τελικά το ίδιο ερέθισμα. Πρέπει να επιμνησθεί όμως ότι ο θηλασμός κατ' απαίτηση του βρέφους, θα πρέπει να εξασφαλίζει ένα ελάχιστο αριθμό γευμάτων, έτσι ώστε να αποφευχθούν σημεία αφυδάτωσης, υποσιτισμού και σοβαρής υπερχοληρυθριναιμίας.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία το βρέφος τις πρώτες 2-3 εβδομάδες θα πρέπει να θηλάζει 8- 12 φορές την ημέρα. Μετά την εδραίωση της γαλουχίας ο αριθμός των γευμάτων μπορεί να μειωθεί. Ουσιαστικά παρά τις όποιες συστάσεις, κάθε βρέφος και κάθε δυάδα μητέρας- παιδιού εγκαθιστούν το δικό τους τρόπο σίτισης (συχνότητα γευμάτων, διάρκεια, στάση θηλασμού) με βάση τις ανάγκες και τις προτιμήσεις τους.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anderson GC. Risk in mother-infant separation postbirth. *Image J Nurs Sch.* 1989 Winter;21(4):196-9.
- Baby-Friendly Hospital Initiative (A joint WHO/UNICEF statement) (1991). Launched at the International Paediatric Association Meeting in Ankara, Turkey.
- Brown A, Amott B. Breastfeeding duration and early parenting behaviour: the importance of an infant-led, responsive style. *PLoS One.* 2014 Feb 12;9(2):e83893.
- Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 1: Infant demand and milk production in lactating women. *J Hum Lact.* 1995 Mar;11(1):21-6.
- Daly SE, Hartmann PE. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. *J Hum Lact.* 1995 Mar;11(1):27-37.
- Linn S, Schoenbaum SC, Monson RR, Rosner B, Stubblefield PG, Ryan KJ. Epidemiology of neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics.* 1985 Apr;75(4):770-4.
- Oddie S, Richmond S, Coulthard M. Hyponatraemic dehydration and breastfeeding: a population study. *Arch Dis Child.* Oct 2001; 85(4): 318-20.
- Pérez-Escamilla R, Pollitt E, Lönnnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health.* 1994 Jan;84(1):89-97.
- Riordan J and Wambach K. *Breastfeeding and Human Lactation.* 4th ed. Sudbury MO: Jones and Bartlett Publishers; 2010. p 220-21.

## 4.7 Παρακολούθηση του θηλάζοντος βρέφους

Λόγω των προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν κατά τις πρώτες μέρες του θηλασμού, όπως καθυστερημένη γαλακτογένεση, λανθασμένη προσκόλληση, ανεπαρκής πρόσληψη και παραγωγή γάλακτος, η παρακολούθηση του θηλάζοντος βρέφους πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική.

Σύμφωνα με την *Academy of Breastfeeding Medicine*, κατά τη νοσηλεία του βρέφους θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση από ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας ανά 8-12 ώρες. Περίπου οκτώ ώρες πριν από το εξιτήριο πρέπει να υπάρχει ακόμα μία εκτίμηση. Η εκτίμηση περιλαμβάνει παρακολούθηση του θηλασμού, της διούρησης, των κενώσεων, του ικτέρου και του σωματικού βάρους, καθώς επίσης και αντικειμενική εξέταση του βρέφους. Σημαντική είναι η συνεκτίμηση των παραγόντων κινδύνου για καθυστερημένη ή ανεπιτυχή γαλακτογένεση της μητέρας, αλλά και για ανεπαρκή πρόσληψη γάλακτος του παιδιού.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί εργαλεία εκτίμησης του τρόπου με τον οποίο θηλάζουν οι μητέρες (πίνακας 7).

|  |       |
|--|-------|
| Infant Breastfeeding Assessment Tool (Matthews MK, 1988)                         | IBFAT |
| Mother- Baby Assessment (Mulford C, 1992)  | MBA   |
| LATCHtool (JensenD και συνεργάτες, 1994)   | LATCH |
| Systematic Assessment of the Infant at the Breast (Shrago LC και Bocar DL, 1990) | SAIB  |
| Lactation Assessment Tool (Blair A και συνεργάτες, 2003)                         | LAT   |
| Mother- Infant Breastfeeding Progress Tool (Johnson TS και συνεργάτες 2007)      | MIBPT |

Πίνακας 7: Εργαλεία εκτίμησης του θηλασμού

Τα εργαλεία αυτά εκτιμούν τις θέσεις θηλασμού, τη στάση σώματος μητέρας και βρέφους, το άνοιγμα των χειλών του βρέφους, τις κινήσεις της κάτω γνάθου, τις καταποτικές κινήσεις και τον πιθανό τραυματισμό των θηλών. Το ανιχνευτικό εργαλείο της UNICEF εκτιμά επιπλέον και την κατάσταση του θηλάζοντος βρέφους λαμβάνοντας υπόψη π.χ. το σωματικό βάρος, τη διούρηση, τις κενώσεις, το χρώμα (ικτερικό ή μη) και τη σπαργή του δέρματος, το επίπεδο εγρήγορσης και το μυϊκό τόνο του.

Πριν την έξοδο από το μαιευτήριο πρέπει να αναγνωριστούν και να καταγραφούν όλα τα προβλήματα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε ανεπαρκή πρόσληψη και παραγωγή γάλακτος και κατά συνέπεια σε ανεπαρκή θρέψη του βρέφους. Παραδείγματα αποτελούν η καθυστερημένη γαλακτογένεση λόγω καισαρικής τομής, σακχαρώδη διαβήτη ή παχυσαρκίας, οι πληγωμένες θηλές, η μη σωστή αντιμετώπιση της υπερφόρτωσης, η υποπλασία των μαστών, οι εισέχουσες θηλές καθώς επίσης και τυχόν ανατομικές παραλλαγές του βρέφους (αγκυλογλωσσία, οισιτίες), διαταραχές του μυϊκού τόνου, προωρότητα ή πολύδυμη κύηση.

Προκειμένου να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα του θηλασμού μετά την έξοδο, είναι απαραίτητη η τακτική παρακολούθηση από τον παιδίατρο. Η Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία συστήνει επανεξέταση του βρέφους σύντομα μετά την έξοδο από το μαιευτήριο (3<sup>η</sup>- 5<sup>η</sup> μέρα ζωής) και προσεκτική συνεκτίμηση όλων των παραμέτρων παρακολούθησης του βρέφους και της επάρκειας του θηλασμού (Πίνακας 8).

| Εκτίμηση Μητέρας  | Εκτίμηση Μωρού  | Μετρήσεις  |
|---|---|--|
| <p>Άνεση κατά τον θηλασμό</p> <p>Μορφή θηλών-πληγωμένες θηλές</p> <p>Σχήμα θηλών πριν και μετά τον θηλασμό</p> <p>Θηλασμός και από τα δύο στήθη</p> <p>Θηλασμός κατά απαίτηση βρέφους</p> | <p>Ζωηρό βρέφος</p> <p>Καλή πρόσφυση στον μαστό</p> <p>Ικανοποιητικές θηλαστικές κινήσεις</p> <p>Ακουστές καταποτικές κινήσεις</p> <p>Ήρεμο και χορτάτο μωρό μετά τον θηλασμό</p> | <p><b>Διούρηση:</b> τουλάχιστον 4 ουρήσεις το 4<sup>ο</sup> 24ωρο</p> <p><b>Κενώσεις:</b> τουλάχιστον 4 κενώσεις το 4<sup>ο</sup> 24ωρο</p> <p><b>Σωματικό βάρος:</b> Εκτίμηση απώλειας σε σχέση με το βάρος του μωρού την επόμενη μέρα από τη γέννηση.</p> <p><b>Αριθμός γευμάτων:</b> 8-12/24ωρο</p> <p><b>Διάρκεια γευμάτων:</b> 5-40 λεπτά</p> |

Πίνακας 8: Εκτίμηση επάρκειας θηλασμού

Κατά τις πρώτες ημέρες της ζωής παρατηρείται φυσιολογικά απώλεια σωματικού βάρους σε σχέση με το βάρος γέννησης του βρέφους. Η μέγιστη απώλεια παρουσιάζεται το 3<sup>ο</sup> 24ωρο ζωής και φτάνει περίπου το 7%. Εδώ χρειάζεται αρκετή προσοχή μια και το βάρος γέννησης με το οποίο γίνεται συχνά η σύγκριση είναι πλασματικό. Εάν η μητέρα για παράδειγμα έχει λάβει αρκετά ενδοφλέβια υγρά στον τοκετό, καλό είναι να λαμβάνεται το βάρος του μωρού την επόμενη μέρα και η σύγκριση ως προς την απώλεια να γίνεται με το βάρος της επόμενης ημέρας. Για την εκτίμηση της απώλειας βάρους προτάθηκαν πρόσφατα εκατοστιαίες θέσεις.

Προσδευτικά, το βρέφος παρουσιάζει αύξηση του βάρους του, έτσι ώστε να επανακτήσει το βάρος γέννησης συνήθως μέχρι την 15<sup>η</sup> μέρα ζωής. Έχει βρεθεί ότι τα θηλάζοντα βρέφη χάνουν μεγαλύτερο ποσοστό βάρους και το επανακτούν αργότερα από τα βρέφη που σιτίζονται με τροποποιημένο γάλα αγελάδος.

Η διούρηση και οι κενώσεις αποτελούν σημαντικά κλινικά σημεία στην εκτίμηση του βρέφους. Αρχικά τα βρέφη αποβάλλουν το μηκόνιο (παχύρρευστες σκουρόχρωμες κενώσεις). Τις επόμενες μέρες αλλάζει η σύσταση των κενώσεων και αυξάνεται ο αριθμός τους, με αποτέλεσμα την 4<sup>η</sup>- 5<sup>η</sup> μέρα ζωής τα βρέφη να έχουν 4 περίπου κενώσεις, κίτρινες, μαλακές ή υδαρείς, με σποράκια. Έχει βρεθεί ότι αυξημένος αριθμός κενώσεων τις 5 πρώτες μέρες ζωής σχετίζεται με μειωμένη απώλεια βάρους και γρηγορότερη επάνοδο στο βάρος γέννησης. Τις πρώτες 4-6 εβδομάδες ζωής το θηλάζον βρέφος μπορεί να έχει μία κένωση μετά από κάθε θηλασμό.

Στη συνέχεια η συχνότητα και η σύσταση των κενώσεων αλλάζει, με διαστήματα ακόμη και μερικών ημερών χωρίς καμιά κένωση, ειδικά μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών.

Όσον αφορά τη διούρηση, το πρώτο 24ωρο αναμένονται μία με δύο βρεγμένες πάνες. Το 2<sup>ο</sup>-3<sup>ο</sup> 24ωρο μπορεί να παρατηρηθεί πορτοκαλί χρώση των ούρων από κρυστάλλους ουρικού οξέος. Στη συνέχεια η ποσότητα των ούρων αυξάνεται και έως το τέλος της πρώτης εβδομάδας το βρέφος ουρεί τουλάχιστον 6 φορές την ημέρα και τα ούρα είναι διαυγή ή υποκίτρινα.

Τις πρώτες μέρες ζωής είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντική η παρακολούθηση του ίκτερου, έτσι ώστε να γίνει έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της σοβαρής υπερχοληρυθριναιμίας. Είναι γνωστό ότι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση υπερχοληρυθριναιμίας είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, ειδικά όταν υπάρχουν ενδείξεις ότι δεν εξελίσσεται ομαλά π.χ. όταν η απώλεια βάρους του νεογνού εί-

ναι μεγάλη. Προκειμένου να αποφευχθεί ο ίκτερος λόγω μητρικού θηλασμού και η αφυδάτωση του νεογνού, συστήνεται συχνότητα 8-12 γευμάτων την ημέρα μέχρι την εδραίωση της γαλουκίας, ενώ στη συνέχεια τα γεύματα μπορεί να μειωθούν, ανάλογα φυσικά με τις απαιτήσεις του βρέφους.

Αν δεν προκύψει κάποιο πρόβλημα, το θηλάζον βρέφος είναι σημαντικό να επανεκτιμηθεί σε δύο εβδομάδες και στη συνέχεια ανάλογα με την κρίση του παιδίατρου. Όσον αφορά την παρακολούθηση του βάρους του θηλάζοντος βρέφους ο ΠΟΥ συστήνει αυτή να γίνεται με βάση τις καμπύλες ανάπτυξης που δημοσίευσε το 2006.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):297-316.
2. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr K. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeed Rev*. 2003 Jul;11(2):5-10.
3. Davanzo R, Cannioto Z, Ronfani L, Monasta L, Demarini S. Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. *J Hum Lact*. 2013 Feb;29(1):45-53.
4. Evans A, Marinelli KA, Taylor JS; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "The going home protocol," revised 2014. *Breastfeed Med*. 2014 Jan-Feb;9(1):3-8.
5. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015 Jan;135(1):e16-23. doi: 10.1542/peds.2014-1532. Epub 2014 Dec 1. PubMed PMID:25554815; PubMed Central PMCID: PMC4279066. Jan;135(1):e16-23. doi: 10.1542/peds.2014-1532. Epub 2014 Dec 1. PubMed PMID:25554815; PubMed Central PMCID: PMC4279066.
6. Funkquist EL, Tuvemo T, Jonsson B, Serenius F, Nyqvist KH. Influence of test weighting before/ after nursing on breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care*. 2010; 10: 33- 39.
7. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):496-506.
8. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994 Jan;23(1):27-32.



9. Johnson TS, Mulder PJ, Strube K. Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool: a guide for education and support of the breastfeeding dyad. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007 Jul-Aug;36(4):319-27.
10. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Educ. 2003; 88: F472- F476.
11. Matthews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. Midwifery. 1988 Dec;4(4):154-65.
12. Mulford C. The Mother-Baby Assessment (MBA): an "Apgar score" for breastfeeding. J Hum Lact. 1992 Jun;8(2):79-82.
13. Riordan JM, Gill- Hopple K, Angeron J. Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk intake. J Hum Lact. 2005; 21: 406- 412.
14. Riordan J and Wambach K. Breastfeeding and Human Lactation. 4th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers; 2010. Chapter 8, Postpartum care; p 272-273.
15. Shrager LC, Bocar D. The infant's contribution to breastfeeding. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1990 May-Jun;19(3):209-15.
16. Shrager LC, Reifsnider E, Insel K. The Neonatal Bowel Output Study: indicators of adequate breast milk intake in neonates. Pediatr Nurs. 2006 May-Jun;32(3):195-201.
17. WHO Working Group on the Growth Reference Protocol; WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Growth patterns of breastfed infants in seven countries. Acta Paediatr. 2000 Feb;89(2):215-22.
18. Acta Paediatrica Supplement on the WHO Child Growth Standards Acta Paediatrica Supplement 2006;95: 5-101.

## 4.8 Διατροφή της Θηλάζουσας

Το μητρικό γάλα έχει την ιδιότητα να αλλάζει σύσταση, μυρωδιά, γεύση και ποσότητα ανάλογα με τις διατροφικές συνθήκες της μητέρας. Έτσι, το βρέφος εκτίθεται σε μια ποικιλία γευστικών ερε-

θισμάτων πριν το ίδιο γευτεί τις πρώτες στερεές τροφές. Η μητέρα, λοιπόν, οφείλει να διατηρεί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο όπως έκανε και στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Στην ιδανική και επιθυμητή κατάσταση, όπου η μητέρα θηλάζει αποκλειστικά το βρέφος της, οι ημερήσιες ενεργειακές ανάγκες της είναι παρόμοιες με αυτές του τρίτου τριμήνου κύησης.

| Διατροφικές ομάδες                                   | Συνιστώμενη ποσότητα μερίδων | Ενδεικτικές προτάσεις μερίδων   |
|--|------------------------------|---|
| Λαχανικά   | 4 μερίδες/ημέρα              | 1 κούπα ωμά ή μαγειρεμένα λαχανικά ή<br>1 ποτήρι φυσικό χυμό 100% ή<br>1 κούπα ωμά φυλλώδη λαχανικά |
| Φρούτα   | 3-4 μερίδες/ημέρα            | 1 κούπα φρούτα ή<br>1 ποτήρι φυσικό χυμό 100%   |
| Υδατάνθρακες<br>(δημητριακά, σιτηρά, ζυμαρικά κ.τ.λ) | 6-8 μερίδες/ημέρα            | 1 φέτα ψωμί ή<br>1 μπάρα δημητριακών ή<br>½ κούπα μακαρόνια, ρύζι ή<br>δημητριακά                   |
| Γαλακτοκομικά  | 3 μερίδες/ημέρα              | 1 κούπα γάλα ή 225γρ. γιαούρτι ή<br>40 γρ. φυσικό τυρί ή<br>55 γρ. επεξεργασμένο τυρί               |
| Κρέας<br>(κόκκινο / λευκό)                           | 2-3 μερίδες/εβδομάδα         | 120-150 γρ. άπαχο κρέας,<br>κοτόπουλο, μοσχάρι  |
| Αυγά   | 4-5 μερίδες/εβδομάδα         | 1 αυγό  |
| Θαλασσινά  | 2-3 μερίδες/εβδομάδα         | 180-250 γρ. ψαριού  |
| Όσπρια   | >3 μερίδες/εβδομάδα          | 1 κούπα φασόλια, ρεβύθια  |
| Προστιθέμενα λίπη/έλαια,<br>ελιές, ξηροί καρποί      | 4-5 μερίδες/ημέρα            | ½ κούπα φυστίκια<br>1 κούπα αποξηραμένα φρούτα  |

Πίνακας 9: Διατροφή θηλάζουσας.  
Πηγή: Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για γυναίκες, εγκύους και θηλάζουσες, 2014.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ένδειξη ειδικών διατροφικών συστάσεων χρειάζεται να υπενθυμίσουμε στην μητέρα πως το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για το νεογέννητό της και πως μια ισορροπημένη και ποιοτική διατροφή θα διευκολύνει την παραγωγή του μητρικού γάλακτος και επιπλέον θα διατηρήσει σωστές διατροφικές συνθήκες για τη ίδια και το μωρό της.

Στη διάρκεια της γαλουχίας οι θηλάζουσες χρειάζεται να παραμένουν ενυδατωμένες και να καταναλώνουν ανάλογα υγρά με το αίσθημα της δίψας τους. Το Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής συστήνει η ημερήσια κατανάλωση υγρών στη διάρκεια της γαλουχίας να ανέρχεται περίπου στα 1,3 ποτήρια σε σχέση με τα 9, που καταναλώνει συνήθως μια μη θηλάζουσα.

Η κατανάλωση καφεΐνης π.χ. καφές, τσάι, πρέπει να περιορίζεται στα 200 mg ημερησίως και ιδανικά να αποφεύγεται.

## Ενεργειακές ανάγκες στην περίοδο του θηλασμού

Μια μητέρα που θηλάζει δεν χρειάζεται να λαμβάνει υπερβολικά πρόσθετες θερμίδες. Ο αριθμός των προσφερόμενων θερμίδων γίνεται με τον πολλαπλασιασμό των κυβικών του γάλακτος επί 67 που είναι η μέση ενεργειακή πυκνότητα ανά 100/κυβικά.

Για παράδειγμα 780 κυβ. γάλακτος/ημέρα απαιτούν  $780 \times 67 / 100 = 522$  θερμίδες ημερησίως.

| Μέση παραγωγή Μητρικού γάλακτος |                           | Ενεργειακή πυκνότητα Μητρικού Γάλακτος/24ωρο |
|---------------------------------|---------------------------|--|
| 780ml/ημερησίως                 | <b>x</b>                  | 67 Kcal/100ml                                |
|                                 | <b>522 Kcal/ημερησίως</b> |  |

Πίνακας 10

## Διατροφικές ανάγκες σε μακρομοριακά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία

**Ασβέστιο:** Συνιστάται η κατανάλωση τριών μερίδων γαλακτοκομικών, όπως και στη διάρκεια της κύησης. Αν η μητέρα δεν θέλει να καταναλώνει γάλα μπορεί να εξασφαλίσει την πρόσληψη ασβεστίου με κατανάλωση άλλων γαλακτοκομικών, όπως το γιαούρτι και όλα τα είδη τυριών (δεν υπάρχουν περιορισμοί όπως στη διάρκεια της εγκυμοσύνης).

Σε αντίθεση με τον συνήθη μύθο ότι το γάλα προάγει την παραγωγή γάλακτος, εάν η μητέρα έχει αλλεργία στα γαλακτοκομικά ή ακολουθεί χορτοφαγικό διαιτολόγιο μπορεί να αντικαταστήσει τα γαλακτοκομικά με άλλα τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο, όπως μπρόκολο, ταχίνι, βερούκοκα, αμύγδαλα. Επιπλέον, υπάρχουν εμπλουτισμένοι με ασβέστιο χυμοί και δημητριακά.

Εάν η ημερήσια κατανάλωση ασβεστίου δεν είναι 1000mg ημερησίως συστήνεται η συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου. Καλό είναι να αποφεύγονται τα συμπληρώματα ασβεστίου που προέρχονται από θρυμματισμένα κοχύλια γιατί πιθανόν να περιέχουν μόλυβδο.

Η απώλεια της οστικής μάζας είναι αναστρέψιμη και αποκαθίσταται μετά την επανεμφάνιση της εμμηνορροσίας και στη διάρκεια του αποθηλασμού.

**Βιταμίνες:** Τα επίπεδα των βιταμινών στο μητρικό γάλα εξαρτώνται από την διατροφή της μητέρας, που οφείλει να είναι πλούσια σε φρέσκα και αποξηραμένα φρούτα, λαχανικά, ξηρούς καρπούς, ψάρια κτλ.

Συνεπώς, εάν η διατροφή της θηλάζουσας είναι ισορροπημένη δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωμάτων. Αντίθετα, οι θηλάζουσες που έχουν χαμηλή πρόσληψη θερμίδων ή έχουν ειδικό διαιτολόγιο με αποκλεισμό τροφών πιθανότατα να χρειάζονται συμπληρώματα διατροφής κατόπιν ιατρικής συμβουλής. Συγκεκριμένα, οι μητέρες με αυστηρή χορτοφαγική διατροφή που δεν καταναλώνουν αυγά, γαλακτοκομικά, ψάρια και πουλερικά χρειάζονται απαραίτητα συμπληρώματα Β12.

Η βιταμίνη D διευκολύνει την απορρόφηση του ασβεστίου και είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη του νεογνικού σκελετού, υποστήριξη που εξασφαλίζεται από την διάρκεια της κύησης μέσω των μητρικών αποθηκών σε βιταμίνη D. Το μητρικό γάλα είναι σχετικά φτωχό σε βιταμίνη D. Αυτός είναι ο λόγος που η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει τη χορήγηση σταγόνων βιταμίνης D σε όλα τα θηλάζοντα βρέφη.

**Μέταλλα και ιχνοστοιχεία:** Χρειάζεται να σημειωθεί πως τα επίπεδα καλίου, ψευδαργύρου, φωσφόρου, μαγνησίου, σεληνίου, σιδήρου δεν επηρεάζουν την ποιότητα του μητρικού γάλακτος, οπότε η πρόσληψη συμπληρώματος - όπου χρειάζεται- είναι προς όφελος της μητέρας. Χαρακτηριστικά, ο σίδηρος εκκρίνεται σε πολύ μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα και επομένως οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μικρή ανάγκη για επιπλέον σίδηρο καθώς και φυλλικό οξύ, εκτός αν κρίνεται αναγκαίο λόγω υποκείμενης αναιμίας.

Το ιώδιο περνά στο μητρικό γάλα και είναι απαραίτητο για τη σωματική και πνευματική ανάπτυξη του βρέφους. Επομένως είναι απαραίτητη η κατανάλωση ιωδιούχου άλατος (χωρίς υπερβολή στην ημερήσια κατανάλωση) και τροφών πλούσιων σε ιώδιο. Διαιτολογικά, σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής είναι αναγκαία η πρόσληψη συμπληρώματος ιωδίου.

Να σημειωθεί ότι τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία υπάρχουν σε όλες τις κατηγορίες τροφών και επομένως μια ισορροπημένη διατροφή εξασφαλίζει την ικανοποιητική πρόσληψη τους.

**Πρωτεΐνες:** Αν και η πρόσληψη πρωτεΐνης από την μητέρα δεν επηρεάζει τη συγκέντρωση της πρωτεΐνης στο μητρικό γάλα, εντούτοις συνιστάται η επιπλέον πρόσληψη περίπου 25 γρ. ημερησίως.

**Ωμέγα 3 λιπαρά οξέα:** Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ω-3 λιπαρών οξέων συμβάλλει σημαντικά στην ανάπτυξη του βρεφικού εγκεφάλου. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητη ήδη από την εγκυμοσύνη η κατανάλωση λιπαρών ψαριών -κατά προτίμηση μικρών π.χ. σαρδέλα, γαύρος, ρέγκα για τον περιορισμό της πρόσληψης βαρέων μετάλλων - και ορισμένων ξηρών καρπών και σπόρων π.χ. καρύδι, λιναρόσπορος.

Η πρόσληψη συμπληρωμάτων διατροφής μετά τον τοκετό δεν θεωρείται αναγκαία, εκτός κι αν υπάρχει συγκεκριμένη ιατρική ένδειξη.

## Επαναφορά του σωματικού βάρους - Άσκηση και Θηλασμός

Η ήπια άσκηση για 45 λεπτά ημερησίως σε συνδυασμό με τον περιορισμό των θερμίδων έως 500kcal/ημέρα είναι συμβατή με τον θηλασμό και μπορεί να βοηθήσει στη σταδιακή απώλεια βάρους.

ρους. Απώλεια σωματικού βάρους έως και 2 κιλά μνησάως δεν επηρεάζει την παραγωγή μητρικού γάλακτος.

Εάν η θηλάζουσα μητέρα επιθυμεί να διατηρήσει το σωματικό της βάρος χρειάζεται επιπλέον περίπου 200-300 θερμίδες.

Συμπερασματικά, οι διατροφικές συστάσεις οφείλουν να εξατομικεύονται ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις της μητέρας. Όλες οι μητέρες που φροντίζουν μικρά παιδιά είναι σημαντικό να σιτίζονται σωστά. Άλλωστε, η κίνηση και ο θηλασμός αποτελούν ιδανική αφορμή για την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνθηκών.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy Of Pediatrics, Meek JY, BeStrong.org.gr. Λίμν [Internet]. [Τελευταία ενημέρωση 28/3/2014]. Διαθέσιμο σε: <http://www.beststrong.org.gr/el/health/healthydiet/basicsinfo/alimentaryelements/fat/>
2. Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για γυναίκες, εγκύους και θηλάζουσες-Επιστημονική Υπεύθυνη Έργου: Λινού Αθηνά [Internet]. Διαθέσιμο σε: <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/files/html/women/women.html#54>
3. How a Healthy Diet Helps You Breastfeed [Internet]. [Τελευταία ενημέρωση 7/10/2014]. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/breastfeeding/Pages/How-a-Healthy-Diet-Helps-You-Breastfeed.aspx>
4. International Lactation Consultant Association; Mannel R, Martens P, Walker M, eds. Core Curriculum for Lactation Consultant Practice. Burlington MA: Jones and Bartlett Learning; 2013.
5. Pregnant and Breastfeeding Women May Be Deficient in Iodine; AAP Recommends Supplements. [Internet]. [Τελευταία ενημέρωση 6/4/2014]. Διαθέσιμο σε: <http://www.healthychildren.org/English/news/Pages/Pregnant-and-Breastfeeding-Women-May-Be-Deficient-in-Iodine-AAP-Recommends-Supplements.aspx>
6. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.

## 4.9 Νέα εγκυμοσύνη και θηλασμός

Με δεδομένη τη σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για συνέχιση του θηλασμού μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στο δεύτερο χρόνο ζωής για όσο επιθυμεί η μητέρα και το μωρό, μια νέα εγκυμοσύνη, στο διάστημα που ένα νήπιο θηλάζει, είναι ένα πιθανό σενάριο.

Εδώ και αρκετά χρόνια γνωρίζουμε ότι η συνέχιση του θηλασμού στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ασφαλής υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει η μαμά είναι ευαισθησία του στήθους και των θηλών, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο και μείωση της ποσότητας του γάλακτος στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης.

Ο θηλασμός στη διάρκεια της κύησης μπορεί να αυξήσει των αριθμό των συσπάσεων της μήτρας. Το γεγονός αυτό δεν αποτελεί συνήθως πρόβλημα, εκτός εάν υπάρχει ιστορικό επαπειλούμενων κυήσεων ή αποβολών ή πιθανότητα πρόωρου τοκετού, οπότε σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο διακοπής του θηλασμού.

Με βάση τα παραπάνω η Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής της Ιταλίας έχει εκδόσει οδηγίες (2014) στις οποίες επιβεβαιώνει τα δεδομένα που υπάρχουν αυτή τη στιγμή σχετικά με την ασφάλεια του θηλασμού στην εγκυμοσύνη τουλάχιστον στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο. Διατυπώνει βέβαια κάποιες επιφυλάξεις σχετικά με την επίδραση στην μακροπρόθεσμη υγεία της μητέρας, τη σύσταση του μητρικού γάλακτος μετά τη γέννα και την επίδραση στη σωματική ανάπτυξη του νεογέννητου, γιατί οι μελέτες που έχουν γίνει σε αυτά τα ζητήματα είναι πολύ λίγες.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, Knowles A, Monasta L, Davanzo R; Working Group on Breastfeeding, Italian Society of Perinatal Medicine and Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. J Hum Lact. 2014 Feb;30(1):20-7.
2. Gromada KK. Breastfeeding more than one: multiples and tandem breastfeeding. NAACOG's Clin Issu Perinat Women's Health Nurs. 1992; 3(4):656-666.
3. Marquis GS, Penny ME, Diaz JM, Marín RM. Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: reduced breast milk intake and growth during early infancy. Pediatrics. 2002 Apr;109(4):e56.
4. Moscone SR, Moore MJ. Breastfeeding during pregnancy. J Hum Lact. 1993 Jun;9(2):83-8.
5. Pan American Health Organization-WHO Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child [Internet] 2003. Διαθέσιμο σε: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/a85622/en/>



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Ο θηλασμός σύμφωνα με τις διεθνείς συστάσεις είναι μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες. Στη διάρκεια αυτού του χρόνου μια μητέρα μπορεί να αντιμετωπίσει απλά ή πιο σύνθετα προβλήματα. Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται δυσκολίες, που αντιμετωπίζουν οι μητέρες στην αρχή ή κατά την διάρκεια του θηλασμού και προτάσεις για την αντιμετώπισή τους.

### 5.1 Υπερφόρτωση στήθους

Είναι η διόγκωση και η διάταση των μαστών που συνήθως εμφανίζεται κατά τις πρώτες ημέρες από την έναρξη της γαλουχίας. Οφείλεται στη φλεβική και λεμφαγγειακή συμφόρηση.

Με την αποβολή του πλακούντα μεταβάλλεται το ορμονικό προφίλ προκαλώντας την έναρξη της παραγωγής γάλακτος, συνήθως ως τις 72 ώρες. Οι μαστοί αντιδρούν με προσωρινό λεμφικό οίδημα. Η πληρότητα των μαστών φαίνεται να είναι ένα φυσιολογικό γεγονός κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Έχει διαπιστωθεί ότι η μη πληρότητα των μαστών κατά την πρώτη περίοδο είναι ένας δείκτης μειωμένης παραγωγής και δυσκολίας στον θηλασμό. Ωστόσο, η έντονη και παρατεταμένη διόγκωση των μαστών είναι ένα σημάδι για φλεγμονώδεις καταστάσεις ποικίλης σοβαρότητας.

Η ρύθμιση της παραγωγής γάλακτος επηρεάζεται από έναν παράγοντα ανασταλτικό για τη γαλουχία τον Feedback Inhibitor of Lactation (FIL), ο οποίος όταν συσσωρεύεται στο στήθος παρεμβαίνει αρνητικά στην παραγωγή γάλακτος. Η παραμέληση της υπερφόρτωσης μπορεί να οδηγήσει σε συσσώρευση του FIL και κατά συνέπεια μειωμένη παραγωγή γάλακτος, που μπορεί να αποδειχθεί μη αντιστρέψιμη. Συνεπώς, η μη απομάκρυνση του γάλακτος από το στήθος έχει συνέπειες τόσο στην υγεία του μαστού όσο και στη διατήρηση της γαλουχίας.

*Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την υπερφόρτωση του μαστού είναι:*

1. Καθυστερημένη έναρξη θηλασμού.
2. Είδος τοκετού π.χ. καισαρική τομή που μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη γαλακτογένεση.
3. Αραιά γεύματα του μωρού.
4. Περιορισμένος χρόνος σε κάθε θηλασμό.
5. Καθυστερημένη ωρίμανση του γάλακτος.
6. Χορήγηση συμπληρωματικών υγρών στο μωρό, χωρίς ταυτόχρονη άντληση γάλακτος από τη μαμά.
7. Χειρουργεία μαστού.

Τα συμπτώματα και ο χρόνος εμφάνισής τους δεν είναι τα ίδια σε κάθε γυναίκα. Ο μέσος χρόνος εμφάνισης της υπερφόρτωσης κυμαίνεται από 50 ως 72 ώρες, με αργότερο χρόνο τις 7 ημέρες

μετά τον τοκετό. Επίσης προηγηθείσα γαλουχία φαίνεται ότι τονώνει το λειτουργικό αδενικό ιστό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα για πιο γρήγορη παραγωγή γάλακτος. Τα 2/3 των γυναικών μετά τον τοκετό εμφανίζουν γενικευμένα συμπτώματα υπεραιμίας στο στήθος. Οι γυναίκες με γενικευμένο οίδημα στα άκρα μετά τον τοκετό, έχουν αυξημένο κίνδυνο για υπεραιμία και οίδημα μαστού.

Τα σημεία που νοιώθουν οι γυναίκες όταν “έχει έρθει” το γάλα είναι:

- οίδημα του στήθους
- ροή γάλακτος από τους μαστούς.
- πληρότητα στήθους και, πιθανώς, αίσθημα ζέσσης ή αιμωδίας.

Όταν είναι σε εξέλιξη υπερφόρτωση εμφανίζονται:

- πρησμένο στήθος με τεντωμένο, γυαλιστερό δέρμα
- γενικευμένη ερυθρότητα και θερμότητα στους μαστούς
- ήπιος ή έντονος πόνος
- δυσκολία προσκόλλησης του μωρού
- πυρετός ως 38,5°C

### Αντιμετώπιση

Επειδή είναι φυσιολογικό για τις μητέρες να βιώσουν κάποιο βαθμό διόγκωσης και υπερφόρτωσης μαστού, πρέπει να αναγνωρίζεται η σοβαρή υπερφόρτωση και να αντιμετωπίζεται έγκαιρα και αποτελεσματικά καθώς, λόγω της υπεραιμίας και του οιδήματος της θηλής και της θηλαίας άλω μπορεί να υπάρχει πρόβλημα προσκόλλησης του βρέφους στον μαστό.

Η τακτική αποσυμφόρηση των μαστών αποτελεί την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης. Ο Cotterman (2004) περιέγραψε μια τεχνική μάλαξης που ονομάζεται αντίστροφη πίεση της άλω. Η τεχνική αντίστροφης πίεσης είναι ένας τρόπος για να μαλακώσουμε την θηλαία άλω στην περίπτωση της υπερφόρτωσης. Η μητέρα χρησιμοποιεί και τα δύο χέρια της, τοποθετώντας τα δάκτυλα έτσι που να κυκλώσει την βάση της θηλής, με τις πρώτες φάλαγγες των δακτύλων να εφάπτονται στα πλαινά της θηλής και πιέζει προς το στήρνο. Με αυτό τον τρόπο μετακινεί τη διόγκωση προς τα πίσω και προς τα πάνω στο στήθος.

Επιπρόσθετα, όταν υπάρχει οίδημα στη θηλαία άλω εφαρμόζεται:

- Μασάζ πριν τον θηλασμό στην άλω. Το βρέφος θα πρέπει να είναι έτοιμο να φάει αμέσως μόλις τελειώσει το μασάζ γιατί το οίδημα θα επιστρέψει γρήγορα.
- Άντληση με το χέρι αν το βρέφος δεν μπορεί να θηλάσει και όχι με θηλάστρο, γιατί επιδεινώνει το οίδημα.

Όσον αφορά άλλες παρεμβάσεις σχετικά με τη μείωση του οιδήματος και την αποσυμφόρηση του στήθους φαίνεται ότι γενικά η μάλαξη του στήθους ανακουφίζει από το οίδημα. Μετά από συστηματική ανασκόπηση των Snowden και συνεργατών (2001), σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων διαπιστώθηκε ότι δεν ήταν η χρήση της παρέμβασης αλλά η μάλαξη κατά την εφαρμογή της που βοηθούσε τις γυναίκες με υπερφόρτωση.

Ανάλογα, οι μαλάξεις λεμφικής παροχέτευσης του μαστού φαίνεται να είναι αποτελεσματικές. Αφορά απαλό μασάζ κατά μήκος των οδών παροχέτευσης της λέμφου που μειώνει τη συσσώρευσή της, οδηγώντας σε ελάττωση της υπερφόρτωσης, ενώ βελτιώνει την ροή του γάλακτος.

Η ωκυτοκίνη, αν και χρησιμοποιείται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπερφόρτωσης, δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική. Για τη μείωση του πόνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η παρακεταμόλη. Τέλος, τα κρύα επιθέματα δε φαίνεται να είναι αποτελεσματικά.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Berens P. ABM clinical protocol #20: Engorgement. Breastfeed Med. 2009 Jun;4(2):111-3.
2. Brizozowski D, Niessen M, Evans HB, Hurst LN. Breast-feeding after inferior pedicle reduction mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 2000 Feb; 105(2):530-4.

3. Cotterman KJ. Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. J Hum Lact. May 2004; 20(2): 227-37.
4. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. Exp Physiol. Sep 1996; 81 (5): 861-875.
5. Moon JL, Humenick SS. Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1989 Jul-Aug;18(4):309-15.
6. Newton M, Newton NR. Postpartum engorgement of the breast. Am J Obstet Gynecol. Mar 1951; 61(3):664-7.
7. Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Treatments for breast engorgement during lactation. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2):CD000046.
8. Swift K, Janke J. Breast binding... is it all that it's wrapped up to be? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 May-Jun;32(3):332-9.

## 5.2 Πόνος της Θηλής

Ο πόνος στην θηλή είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα που εμφανίζεται νωρίς μετά τον τοκετό και είναι ένας από τους πιο συχνούς λόγους που οι γυναίκες οδηγούνται στον απογαλακτισμό κατά τις πρώτες 6 εβδομάδες. Επίσης, οι γυναίκες που βιώνουν πόνο στην θηλή φαίνεται ότι παρουσιάζουν μεγάλη συναισθηματική πίεση.

Στη συνέχεια αναλύονται τα κυριότερα αίτια πληγωμένων θηλών.



Πίνακας 11: Αιτίες επώδυνων θηλών.

### 5.2.1 Προβλήματα τεχνικής

Ο πόνος της θηλής που σχετίζεται με λανθασμένη προσκόλληση του βρέφους είναι ιδιαίτερα έντονος και τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από δερματικές αλλοιώσεις. Ερύθημα, οίδημα, ραγάδες, φυσαλίδες ή φλύκταινες, φλεγμονή, μεταβολές στο χρώμα του δέρματος, εφελκίδες και πύον είναι κάποιες από αυτές. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί μετά τον θηλασμό μία χαρακτηριστική γραμμή συμπίεσης στην άκρη της θηλής, η οποία ονομάζεται *λωρίδα συμπίεσης*. Συνήθως οι βλάβες αυτές εμφανίζονται στο πρόσωπο της θηλής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως όταν γίνεται χρήση αντλίας με χοάνη μικρότερη από τη διάμετρο της θηλής, μπορεί να προκληθεί βλάβη στη βάση της θηλής. Επίσης η χρήση θηλών σιλικόνης μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό θηλών και λανθασμένη προσκόλληση.

Σε περίπτωση υπερφόρτωσης του μαστού κατά τις πρώτες μέρες, υπάρχει πιθανότητα να προκληθεί βλάβη στην θηλή από την αυξημένη προσπάθεια του βρέφους να προσκολληθεί στον μαστό.

Η αιτία για τις ερεθισμένες θηλές μπορεί να είναι πιο απλή, όπως η λανθασμένη απομάκρυνση του βρέφους από τον μαστό. Η εκπαίδευση της μητέρας στην σωστή απομάκρυνση του βρέφους από τον μαστό προλαμβάνει τυχόν κακώσεις της θηλής.

Η βάση της αντιμετώπισης των πληγωμένων θηλών είναι η σωστή προσκόλληση στο στήθος. Ανακουφιστικά μέτρα για τον πόνο όπως η επίλειψη της θηλής με μητρικό γάλα, η καθαριότητα της πληγωμένης θηλής, η χρήση λιπαντικών κρεμών και ο αερισμός της διευκολύνουν την επούλωση και δρουν επικουρικά.

Η σωστή τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος, από την μητέρα μπορεί να εξασφαλιστεί από τα εξής:

1. Ο κορμός της μητέρας να είναι σταθερός.
2. Να υποστηρίζεται ο αυκένας και το κεφάλι του βρέφους. Ελαφρά έκταση της κεφαλής του βρέφους, που επιτρέπει τη διατήρηση ανοικτού ρινικού αεραγωγού και διατήρηση της κάτω γνάθου κοντά στον μαστό.
3. Το αυτί, ο ώμος και η λεκάνη του βρέφους να είναι σε ευθεία γραμμή.
4. Το βρέφος να τοποθετείται με το σώμα του κοιλιά με κοιλιά με την μητέρα του.
5. Το στήθος να κρατιέται με τα τέσσερα δάκτυλα κάτω και τον αντίχειρα επάνω, σε απόσταση από την θηλαία άνω του στήθους (Εικόνα 17)

### 5.2.2 Ανατομικές ιδιαιτερότητες στο στόμα του βρέφους

Παραλλαγές των ανατομικών δομών στο στόμα του βρέφους π.χ. πολύ κοντός χαλινός, μικρό στόμα, υψηλή υπερώα, μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη προσκόλληση του βρέφους.

### 5.2.3 Ανατομικές ιδιαιτερότητες της μητέρας

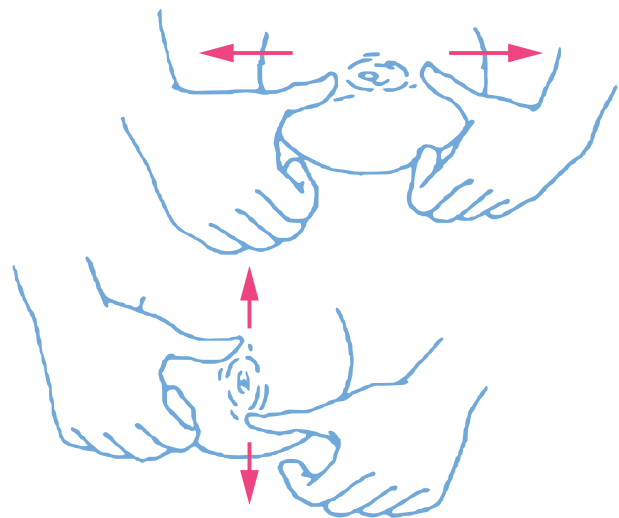
Αφορούν ιδιαιτερότητες των μαστών, κυρίως τις επίπεδες και εισέουσες θηλές.

Οι εισέουσες και οι επίπεδες θηλές αποτελούν πρόκληση για την επιτυχή προσκόλληση του νεογνού στον μαστό, αλλά δεν είναι αδύνατη μετά από κατάλληλη προετοιμασία της μητέρας και καθοδήγηση. Η προετοιμασία των θηλών για τον θηλασμό κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ήταν μια παλαιότερη σύ-

σταση προς τις μητέρες που επιθυμούσαν να θηλάσουν η οποία πρόσφατα έχει εγκαταλειφθεί. Ωστόσο, η αποτελεσματική αντιμετώπιση των εισέουσών θηλών προϋποθέτει την έγκαιρη διάγνωση, την κατάλληλη προετοιμασία των θηλών κατά τη γαλουχία και τη σωστή τοποθέτηση του βρέφους στον μαστό.

Η προετοιμασία των θηλών γίνεται *πριν από την τοποθέτηση του βρέφους στον μαστό* και περιλαμβάνει:

- Απαλό άγγιγμα ή μασάζ ή τοποθέτηση πάνω από την θηλή κρούς επιθέματος, το οποίο θα τονώσει το στυτικό ιστό.
- Ειδικές συσκευές αναρρόφησης θηλής (νιπλέτες) ή θήλαστρο, που έλκουν την θηλή προς τα έξω.
- *Ασκήσεις Hoffman*: Ασκήσεις των θηλών που φαίνεται να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα σε μερικές περιπτώσεις, καθώς μπορεί να βοηθήσουν στη λύση των συμφύσεων, που συχνά υπάρχουν στη βάση της θηλής και την κρατούν ανεστραμμένη. Οι ασκήσεις αυτές επιτυγχάνουν την προς τα έξω έλξη της θηλαίας άλω και εφαρμόζονται μετά τον τοκετό. Στη φορά ενός νοτιού σταυρού, πιάνεται η θηλή με τους αντίχειρες και τραβιέται προς τα έξω. Γίνεται επανάληψη στον άλλο άξονα του σταυρού για 1-2 λεπτά. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται κάθε φορά πριν τον θηλασμό αλλά και στο μεσοδιάστημα των θηλασμών.



Εικόνα 20: Τεχνική Hoffman

- *Βοηθήματα θηλασμού* όπως οι ασπίδες θηλής (ψευδοθηλές ή θηλές σιλικόνης). Είναι προστατευτικά καλύμματα των θηλών που μπορεί να είναι χρήσιμα σε περιπτώσεις επίπεδων ή ανεστραμμένων θηλών, όταν το βρέφος δε μπορεί να προσκολληθεί απευθείας στο στήθος. Προϋπόθεση, ωστόσο, για τη σωστή χρήση των ασπίδων θηλής είναι η εκπαίδευση της μητέρας για την αποτελεσματική τοποθέτησή τους. Οι θηλές σιλικόνης που είναι πιο λεπτές σε σχέση με το παρελθόν και το ημικυκλικό έλειμμα στο πάνω μέρος τους, επιτρέπουν τον ερεθισμό της θηλαίας άλω από τα χείλη του βρέφους, ενόσω αυτό θηλάζει.

*Τρόποι σωστής τοποθέτησης – προσκόλλησης του νεογνού, στον μαστό με επίπεδες θηλές είναι:*

- Το στήθος να υποστηρίζεται από το χέρι της μητέρας σε θέση C ή U και η θηλή να συμπιέζεται ως σάντουιτς.

- Να υποστηρίζεται η θηλαία άλω από τον δείκτη και τον αντίχειρα σαν η μπιτέρα να πιάνει ένα φλιτζάνι τσαγιού (Tea cup hold).

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alexander JM, Grant AM, Campbel MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *BMJ*. April 1992; 304(6833): 1030–1032.
2. Hoffman JB. A suggested treatment for inverted nipples. *Am J Obstet Gynecol*. 1953 Aug; 66(2): 346–348.
3. Vazirinejad R, Darakhshan S, Esmaeili A, Hadadian S. The effect of maternal breast variations on neonatal weight gain in the first seven days of life. *Int Breastfeed J*. 2009; 4:13.

#### 5.2.4 Πόνος στην θηλή που προέρχεται από λοιμογόνους και άλλους παράγοντες

##### Μύκητες

Η ανάπτυξη *Candida Albicans* στην περιοχή της θηλής και της θηλαίας άλω συνοδεύεται συχνά από έντονο πόνο κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ο οποίος περιγράφεται από τη θηλάζουσα ως βαθύς πόνος σε όλο το στήθος. Η μυκητίαση της θηλής εκδηλώνεται με εμφανείς αλλαγές στην θηλή: μπορεί να φαίνεται ερυθροματώδης, υγρή και ορισμένες φορές παρουσιάζει διάβρωση της επιδερμίδας, κνησμό και κάψιμο ή και καμιά εμφανή αλλαγή. Εμφάνιση μυκήτων μπορεί να παρατηρηθεί και στο στόμα του βρέφους, ως μία λευκή, γαλακτώδης πλάκα, που εξαπλώνεται στο βλεννογόνο, στις παρειές, ενίοτε και στα χείλη του. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί και στην περιγεννητική περιοχή του βρέφους με τη μορφή παρατρίμματος.

Η αντιμετώπιση βασίζεται στη χρήση αντιμυκητιασικής κρέμας τοπικά στην περιοχή της θηλής και στην περιγεννητική περιοχή του βρέφους και επάλειψη της στοματικής κοιλότητας του βρέφους με αντιμυκητιασική γέλη κατάλληλη για τη στοματική κοιλότητα.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, απαιτείται καλό πλύσιμο των χεριών, πλύσιμο των ρούχων σε υψηλή θερμοκρασία και στέγνωμα στον ήλιο. Η μυκητίαση εμφανίζεται και σε άλλα σημεία του σώματος και μπορεί να μεταδοθεί από άλλα μέλη της οικογένειας ή και από τα κατοικίδια.

Να σημειωθεί ότι ο θηλασμός δε διακόπτεται κατά την διάρκεια της θεραπείας και δε χρειάζεται να ξεπλένεται το στήθος μετά την εφαρμογή της κρέμας.

##### Μικροβιακή λοίμωξη

Οι βλάβες στην θηλή με αλλαγές στην όψη του δέρματος οφείλονται σε τραύμα ή σε λοιμώξεις. Συνήθης αιτία μικροβιακής λοίμωξης είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Ο αποικισμός και η μεταφορά των βακτηριδίων γίνεται μέσω της ρινικής κοιλότητας και μπορεί να αποικιστεί τόσο το βρέφος όσο και η μπιτέρα. Είναι αξιωματικό ότι τα παθογόνα αίτια των λοιμώξεων της θηλής και της θηλαίας άλω είναι ίδια με εκείνα που διαπιστώνουμε στις μαστίτιδες.

Φαίνεται ότι οι μικροβιακές λοιμώξεις και ιδίως ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος πιθανόν να είναι η αιτία του χρόνιου πόνου της θηλής σε γυναίκες που θηλάζουν, αλλά τα στοιχεία μέχρι σήμερα δεν είναι αποδεικτικά. Η πλειοψηφία των πληγωμένων θηλών και οι λοιμώξεις του μαστού εμφανίζονται κατά τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Το πιο σημαντικό σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ο σωστός και επιμελής καθαρισμός της περιοχής, το στέγνωμα της θηλής, η τοπική χρήση αντιβιοτικής κρέμας και, αν κριθεί απαραίτητο χορήγηση αντιβιοτικών.

##### Απλός έρπητας στην θηλή και θηλαία άλω

Εκδηλώνεται ως συρροή φυσαλιδων/φλυκταινών εντοπισμένη σε μία περιοχή της θηλαίας άλω και της θηλής. Στην αρχή το δέρμα διαβρώνεται, έπειτα εφελκιδιοποιείται και τέλος επουλώνεται.

Αποφεύγεται ο θηλασμός από την πάσχουσα πλευρά όσο υπάρχει ενεργός έρπητας. Όσον αφορά την αντιμετώπισή του συνήθως εφαρμόζονται τοπικά αντιικά σκευάσματα και αναλγητικά όπως παρακεταμόλη και ιβουπροφαίνη.

##### Αλλεργικές αντιδράσεις

Κάθε αλλεργική αντίδραση που επηρεάζει το δέρμα σε άλλα σημεία του σώματος μπορεί να επηρεάσει και το δέρμα του στήθους και της θηλής. Οι γυναίκες μετά τον τοκετό έχουν μια αυξημένη ευαισθησία στις χημικές ουσίες και σε αλλεργιογόνα, π.χ. απορρυπαντικά, σαπούνια, σαμπουάν, αποσμητικά, κρέμες, αλοιφές, φάρμακα. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι αλλεργία μπορεί να προκληθεί και από βοηθήματα θηλασμού, όπως ασπίδες θηλής ή από χοάνη θηλάστρου.

Το έκζεμα εμφανίζεται ως ερυθροματωδοφυσαλιδώδες εξάνθημα στην θηλή και την θηλαία άλω. Συχνά υπάρχει ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας, αλλεργικής ρινίτιδας ή άσθματος. Η παρατεταμένη έκθεση στο ζεστό νερό, το χλώριο, τα συνθετικά ρούχα φαίνεται να επιδεινώνουν το έκζε-



μα. Οι μητέρες θα πρέπει να ενημερώνονται ώστε να αποφεύγουν αυτούς του ερεθιστικούς παράγοντες και να αφήνουν το δέρμα ελεύθερο.

Η διαφοροδιάγνωση περιλαμβάνει τη μυκητίαση της περιοχής. Συχνά απαιτείται τοπική εφαρμογή κορτικοστεροειδών. Η παρατεταμένη, ωστόσο, θεραπεία με στεροειδή μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στο θηλάζον βρέφος.



Εικόνα 22: Έκζεμα στην περιοχή του μαστού.

### Ψωρίαση

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια, μη μεταδοτική αυτοάνοση ασθένεια που επηρεάζει το δέρμα και τις αρθρώσεις. Η παθοφυσιολογία της δεν είναι πλήρως κατανοητή.

Οι ψωριασικές δερματικές βλάβες εντοπίζονται συνήθως στους αγκώνες και τα γόνατα, αλλά η νόσος μπορεί να επηρεάσει κάθε σημείο του σώματος, συμπεριλαμβανομένου του τριχωτού της κεφαλής και των γεννητικών οργάνων. Οι δερματικές βλάβες μπορεί να εκδηλωθούν με διάφορες μορφές.

Οι γυναίκες με ψωρίαση μπορεί να παρουσιάζουν βλάβες στην θηλή και την θηλαία άλω κατά την περίοδο του θηλασμού. Ο θηλασμός μπορεί να είναι πολύ επώδυνος και τις περισσότερες φορές η μητέρα αδυνατεί να συνεχίσει.

Η θεραπεία της δερματικής βλάβης βασίζεται κυρίως στην εφαρμογή ισχυρών τοπικών στεροειδών, που δεν επηρεάζουν τον θηλασμό. Αν όμως πρόκειται για μέτρια έως σοβαρή ψωρίαση, έχει συχνές εξάρσεις ή σημαντική επιβάρυνση στη ποιότητα ζωής της μητέρας, συνήθως απαιτείται χορήγηση συστηματικής θεραπείας με ανοσοκατασταλικά και βιολογικούς παράγοντες που όμως αντενδείκνυνται στον θηλασμό. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται συνεννόηση μεταξύ του δερματολόγου και του επαγγελματία υγείας που παρακολουθεί την μητέρα. Σε αρκετές περιπτώσεις τα φάρμακα αυτά αντενδείκνυνται στον θηλασμό, οπότε ακόμη και γάλα που αντλείται δεν πρέπει να χορηγείται στο μωρό.

### Φυσαλίδα γάλακτος (Bleb)

Πρόκειται για πύγμα γάλακτος στην άκρη της θηλής που φράσσει τον πόρο που καταλήγει σε αυτή. Η λευκή φυσαλίδα κατά

το άγγιγμα και κατά τον θηλασμό προκαλεί έντονο πόνο στην θηλή και κάτω από αυτήν. Ορισμένοι προτείνουν τροποποίηση της διατροφής της γυναίκας, μειώνοντας τα κεκορεσμένα λίπη και προσθέτοντας λεκιθίνη, που μειώνει την πυκνότητα του γάλακτος.

Για να αντιμετωπίσουν τη φουσκάλα οι μητέρες μπορούν να κάνουν μασάζ με λάδι. Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης είναι η παροχέτευση του περιεχομένου του πόρου με μικρή παρακέντηση. Ο συχνός θηλασμός είναι αναγκαίος και απαραίτητος.



Εικόνα 23: Φυσαλίδα γάλακτος (bleb).

### Φλύκταινα (Blister)

Αιτία για τη δημιουργία φλύκταινας στην θηλή είναι η κακή πρόσφυση του βρέφους στον μαστό ή λάθος τεχνική στη χρήση αντλίας. Η παρουσία αυτής προκαλεί έντονο πόνο στην θηλή. Αν παρακεντηθεί το περιεχόμενο της φλύκταινας από έναν επαγγελματία υγείας, ο θηλασμός συνεχίζεται χωρίς πόνο. Είναι σημαντικό να αποκλειστεί ο έρπητας.



Εικόνα 24. Φλύκταινα θηλής

### Αγγειόσπασμος

Μικροτραυματισμοί της θηλής ή έκθεση στο κρύο μπορεί να προκαλέσει αγγειόσπασμο που εκδηλώνεται με αλλαγή χρώματος της θηλής. Ο αγγειόσπασμος θεωρείται ότι αποτελεί μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας επούλωσης του τραύματος. Προκαλεί έντονο πόνο στις θηλές κυρίως αμέσως μετά τον θηλασμό.

Εφαρμόζοντας στεγνά και ζεστά επιθέματα αμέσως μετά τον θηλασμό υποχωρούν τα συμπτώματα. Η μητέρα που εμφανίζει αγγειόσπασμο, θα πρέπει να μειώσει την έκθεση της σε αγγειοσπαστικές ουσίες, όπως η νικοτίνη και η καφεΐνη αλλά και φαρμάκα με αγγειοσπαστική δράση.

### Φαινόμενο Raynaud

Το φαινόμενο περιλαμβάνει την έλλειψη ροής του αίματος λόγω αγγειοσύσπασης στα άκρα του σώματος, όπως τα δάχτυλα, τις θηλές, τα αυτιά και την μύτη. Το φαινόμενο Raynaud μπορεί να αποτελεί εκδήλωση άλλων συστηματικών νοσημάτων, όπως συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σκληρόδερμα, υποθυρεοειδισμό κ.α.

Κατά την εμφάνισή του, εξαιτίας της αγγειοσύσπασης της θηλής παρατηρείται διφασική ή τριφασική αλλαγή στο χρώμα του δέρματος. Δηλαδή, στην αρχική φάση του σπασμού των αγγείων η θηλή γίνεται άσπρη, στη συνέχεια, με την έναρξη της λύσης γίνεται κυανή και στο τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις όπου έχουμε διαστολή των αγγείων γίνεται κόκκινη.

Η θεραπεία του φαινομένου Raynaud ξεκινάει από την εξάλειψη των προδιαθεσικών παραγόντων, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η καταπολέμηση του άγχους, η αποφυγή του κρύου και των τραυματισμών και η χρήση μαλακτικών και λιπαντικών λωσιών για αντιμετώπιση της ξηρότητας και των ραγάδων του δέρματος. Όσον αφορά την αντιμετώπιση μπορεί να εφαρμοστούν τοπικά θερμές κομπρέσες και αν δεν ξεπεραστούν τα συμπτώματα η κατάσταση συνεκτιμάται με τον θεράποντα γιατρό.

### Επώδυνο αντανακλαστικό έκθλιψης - D-MER (Dysphoric Milk Ejection Reflex)

Ο πόνος αυτός είναι σύντομος και συμβαίνει στην έναρξη κάθε θηλασμού και αναγράφεται στην βιβλιογραφία ως D-MER. Το φαινόμενο εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο εβδομάδων μετά τον τοκετό με αποκορύφωμα τις 3-7 ημέρες. Ο πόνος εμφανίζεται κατά την αρχή του θηλασμού και η μητέρα τον περιγράφει ως τέντωμα της θηλής της. Αυτό συμβαίνει γιατί η θηλή επιμηκύνεται και μεταφέρεται στο πίσω μέρος του στόματος του νεογέννητου. Η μητέρα βιώνει πραγματικό πόνο στην θηλή, που δε σχετίζεται με κακή τεχνική και δεν υπάρχει καμία εμφανής βλάβη. Ο πόνος εξαφανίζεται μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα από την έναρξη του θηλασμού (δηλαδή στα πρώτα περίπου 30 δευτερόλεπτα έως ένα λεπτό).

Η ευαισθησία του μαστού αυξάνει σημαντικά μετά τη γέννηση. Η ευαισθησία της θηλής είναι αναγκαία προκειμένου να ανταποκριθεί στα απτικά ερεθίσματα που δέχεται, διευκολύνοντας την απελευθέρωση ωκυτοκίνης και εν συνεχεία την παραγωγή του γάλακτος.

### Νόσος Paget

Είναι μια προκαρκινική κατάσταση του δέρματος. Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν αιματηρή εκροή, ερύθημα και απολέπιση, εισολκή και εξέλκωση της θηλής, καθώς και ψηλαφητή μάζα ή πάχυνση στον μαστό. Η νόσος είναι ετερόπλευρη και εξελισσόμενη.

### Ορμονικά αίτια

Ευαισθησία στον μαστό και την θηλή μπορεί να προκληθεί και από ορμονικές αλλαγές, που δε σχετίζονται άμεσα με τον θηλασμό. Η επανεμφάνιση για παράδειγμα της έμμηνου ρύσης και μια νέα εγκυμοσύνη σχετίζονται συχνά με πόνο και ερεθισμό των θηλών

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amir LH, Dennerstein L, Garland SM, Fisher J, Farish SJ. Psychological aspects of nipple pain in lactating women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1996Mar;17(1):53-8
2. Cadwell K. Latching-on and suckling of the healthy term neonate: breastfeeding assessment. *J Midwifery Womens Health.* 2007 Nov-Dec;52(6):638-42.
3. Heise AM, and Wiessinger D. Dysphoric milk ejection reflex: A case report. *Int Breastfeed J.* 2011; 6: 6.
4. Prachniak GK. Common breastfeeding problems. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2002 Mar;29(1):77-88.

- Renfrew MJ, Lang S, Martin L, Woolridge MW. Feeding schedules in hospitals for newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000090.
- Woolridge MW. Aetiology of sore nipples. *Midwifery*. 1986 Dec;2(4):172-6.
- Jackson DA, Woolridge MW, Imonga SM, McLeod CN, Yutabootra Y, Wongsawata L, Amatayakula, Bauma JD. The automatic sampling shield: A device for sampling suckled breast milk. *Early Hum Development*. Sep 1987; 15(5): 295-306.
- Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF. Effect of a traditional and of a new nipple shield on sucking patterns and milk flow. *Early Hum Dev*. 1980 Dec; 4(4):357-64.
- Tender and sore nipples [Internet] [Τελευταία ενημέρωση: 15 Μαΐου 2015]. Διαθέσιμο σε: <http://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/babies-and-toddlers/breastfeeding/problems-breastfeeding/tender-and-sore-nipples>
- Eglash A. Delayed milk ejection reflex and plugged duct: Lecithin therapy. *ABM News and Views*. 1998; 4(1): 4.

## Μαστίτιδα

Η μαστίτιδα είναι φλεγμονή του μαστού με συχνότητα 9,5% τους πρώτους τρεις μήνες της γαλουχίας. Η μαστίτιδα είναι ο πιο συχνός λόγος για πρόωρο αποθλασμό.

Οι ερεθισμένες θηλές και η εμφάνιση ραγάδων αποτελούν τη σημαντικότερη εστία εισόδου και αποικισμού του μαστού από μικρόβια, με συνέπεια την πρόκληση μαστίτιδας. Το πιο συχνό παθογόνο που προκαλεί μαστίτιδα είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος και λιγότερο συχνά είναι το κολοβακτηρίδιο και ο στρεπτόκοκκος. Τις τελευταίες δεκαετίες αυξάνεται η συχνότητα απομόνωσης ανθεκτικού στη μεθικιλίνη χρυσίζοντος σταφυλοκόκκου (MRSA), πιθανόν λόγω αποικισμού των ερεθισμένων και πληγωμένων θηλών από ανθεκτικά στελέχη κατά την παραμονή της μητέρας στο νοσοκομείο.

Επίσης, η υπερπαραγωγή γάλακτος ή η μη τακτική απομάκρυνσή του από τον μαστό αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μαστίτιδας λόγω της στάσης του γάλακτος. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου στις θηλάζουσες μητέρες αποτελούν η κούραση, το στρες, η απόφραξη γαλακτοφόρου πόρου, η υπεραιμία του μαστού, οι δυσκολίες στην προσκόλληση, οι στενοί στήθδεσμοι και προβλήματα υγείας της μητέρας, όπως αναιμία.

Τα συμπτώματα της μαστίτιδας είναι:

- Ευαισθησία, θερμότητα, ερυθρότητα και οίδημα της επικείμενης περιοχής, συνήθως με σφηνοειδή κατανομή.
- Πόνος ή αίσθημα καύσου συνεχώς ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
- Πυρετός  $\geq 38,5$  °C.
- Καταβολή, ρίγος, άλγος και συμπτώματα γριπώδους συνδρομής.

## Αντιμετώπιση

Ο θηλασμός τελειόμηνων βρεφών σε περίπτωση μαστίτιδας δεν αντενδείκνυται. Αντίθετα, η απότομη διακοπή του θηλασμού αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αποστήματος.

Επειδή η στάση του γάλακτος είναι ο κύριος ένοχος για την δημιουργία μαστίτιδας, η αντιμετώπιση της μαστίτιδας ξεκινά με την αποτελεσματική απομάκρυνση γάλακτος με άμεση του μαστού ή θηλασμό. Οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάζουν πιο συχνά, ξεκινώντας από τον πάσχοντα μαστό. Εάν ο πόνος του στήθους δυσκολεύει την μητέρα να θηλάσει προτείνεται άντληση του μαστού με θήλαστρο.

Όπως και στις συστάσεις αντιμετώπισης του αποφραγμένου πόρου, το πηγούνι του βρέφους βοηθάει να είναι στραμμένο προς την προσβεβλημένη περιοχή. Το ελαφρύ μασάζ με τα δάκτυλα να κινούνται από την ερεθισμένη περιοχή προς την θηλή, κατά την διάρκεια του θηλασμού μπορεί να βοηθήσουν. Επιπλέον η τοποθέτηση ζεστής κομπρέσας, πάνω στο στήθος ή το ζεστό μπάνιο πριν τον θηλασμό μπορεί να διευκολύνουν τη ροή του γάλακτος. Τα κρύα επιθέματα μετά τον θηλασμό μειώνουν τον πόνο και το τοπικό οίδημα που προκαλεί π.χ. η μαστίτιδα.

Η φαρμακευτική θεραπεία της μαστίτιδας περιλαμβάνει τη χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και αντιβιοτικών. Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως η ιβουπροφαίνη, είναι αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων και στον περιορισμό της φλεγμονής. Εάν τα συμπτώματα δεν

## 5.3 Μεταγενέστερα Προβλήματα Θηλασμού

### Απόφραξη γαλακτοφόρου πόρου

Προκαλείται συνήθως από πίεση του μαστού στο συγκεκριμένο σημείο και προδιαθέτει στην ανάπτυξη παθογόνων οργανισμών στον μαστό και εμφάνιση μαστίτιδας και αποστήματος.

Οι συνήθεις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη του πόρου είναι το ανεπαρκές άδειασμα του μαστού, η χρήση σφιχτού στήθδεσμου και η ηρηνής θέση κατά τον ύπνο. Απόφραξη πόρου μπορούν να προκαλέσουν, επίσης, έντονες ασκήσεις του βραχίονα και βαριές εργασίες. Τέλος ο απότομος απογαλακτισμός, η στάση γάλακτος από την κακή πρόσφυση μπορεί να οδηγήσουν σε υπερφόρτωση του μαστού και τελικά απόφραξη πόρου. Η εμφάνιση συμπτωμάτων είναι σταδιακή και αφορά το ένα από τα δύο στήθη. Τα κύρια συμπτώματα είναι:

- Τοπική ερυθρότητα, θερμότητα και πιθανόν πόνος στο πάσχοντα μαστό.
- Πυρετός μέχρι 38,5 °C.
- Μειωμένη παραγωγή γάλακτος στον πάσχοντα μαστό.
- Το γάλα μπορεί να εμφανιστεί παχύ και κοκκώδες.
- Η ανακούφιση του πάσχοντος μαστού μετά το πέρας του θηλασμού.

Η *θεραπεία* του φραγμένου πόρου βασίζεται στην καλή διαχείριση του θηλασμού. Η σωστή προσκόλληση στον μαστό με το πηγούνι του βρέφους στραμμένο στο πάσχον σημείο και ο συχνός θηλασμός του προσβεβλημένου μαστού έχουν άμεσα αποτελέσματα. Οι εναλλαγές θέσεων θηλασμού βοηθούν στη καλύτερη ροή του γάλακτος.

Η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων συχνά είναι απαραίτητη. Επιπρόσθετα, τοποθέτηση χλιαρής κομπρέσας τοπικά στο στήθος για λίγα λεπτά, ελαφρές μαλάξεις στο σημείο της διόγκωσης αμέσως πριν και κατά τον θηλασμό, ξεκούραση της μητέρας και αποφυγή πιεστικών ρούχων και εσωρούχων μπορεί να ανακουφίσουν την περιοχή.

Τα συμπτώματα υποχωρούν έπειτα από 24-48 ώρες. Σε περίπτωση μη ανακούφισης των συμπτωμάτων χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bonnie T. Mastitis--Plugged Ducts and Breast Infections. *LEAVEN* [Internet]. March-April 1993; 29 (2):19-21. Διαθέσιμο σε: <http://www.lalecheleague.org/llleaderweb/lv/lvmarapr93p19.html>.

βελτιώνονται μέσα σε 12-24 ώρες ή αν η θηλάζουσα έχει έντονη συμπτωματολογία θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα αντιβιοτική αγωγή. Τα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούνται είναι ο συνδυασμός αμοξικιλίνης και κλαβουλανικού οξέως και οι κεφαλοσπορίνες πρώτης γενιάς. Σε περίπτωση υπερευαισθησίας στην πενικιλίνη συνιστάται η κλινδαμυκίνη.

Διαγνωστικές εξετάσεις δεν είναι απαραίτητες, παρά μόνο στην περίπτωση που η μητέρα έχει ιστορικό αλλεργίας στα συνήθη αντιβιοτικά ή η μαστίτιδα δεν ανταποκρίνεται στην αντιβιοτική αγωγή μετά από δύο 24ωρα. Σε περίπτωση υποτροπιάζουσας, άτυπης και σοβαρής μαστίτιδας ή όταν αυτή εμφανίζεται κατά τη διάρκεια νοσηλείας της μητέρας λαμβάνεται δείγμα μητρικού γάλακτος για καλλιέργεια και αντιβιογράμμα. Το δείγμα συλλέγεται σε έναν ουροσυλλέκτη μετά από άμελη με το χέρι. Μικρή ποσότητα από το γάλα που εκθλίβεται αρχικά απορρίπτεται, ώστε να μην επιμολυνθεί από τη χλωρίδα του δέρματος. Καλό είναι να προηγηθεί καθαρισμός της θηλής. Σε περίπτωση που απομονωθεί ο παθογόνος μικροοργανισμός από το γάλα, η αγωγή τροποποιείται ανάλογα με την ευαισθησία του μικροβίου στα αντιβιοτικά.

Συνήθως, η αντιμικροβιακή αγωγή έχει γρήγορα αποτελέσματα με σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων. Αν η μαστίτιδα, όμως, δεν υποχωρήσει μετά τη λήψη των αντιβιοτικών, χρειάζεται επανεξέταση, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις ή επιπλοκές με ανάλογη συμπτωματολογία, όπως το απόστημα και το φλεγμονώδες ή πορογενές καρκίνωμα.

Η πρόληψη της μαστίτιδας βασίζεται στη σωστή διαχείριση του θηλασμού: σωστή τοποθέτηση και προσκόλληση του βρέφους, συχνά τάϊσματα αλλά και εκμάθηση της άμελης με το χέρι ή με το θήλαστρο. Η άμεση επισήμανση από την μητέρα τυχόν συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη στάση γάλακτος ή την απόφραξη γαλακτοφόρου πόρου θα συντελέσει στην έγκαιρη παρέμβαση για την αποτροπή της μαστίτιδας.

Η έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη αντιμετώπιση της μαστίτιδας προλαμβάνουν τον πρόωρο απογαλακτισμό, την εμφάνιση αποστήματος ή τη μετάδοση τυχόν μικροβίου στο βρέφος.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Amir LH; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. Breastfeed Med [Internet]. 2014 Jun;9(5):239-43. Διαθέσιμο σε: <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>
2. Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. J Hum Lact. 1998 Jun;14(2):101-9.
3. Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence

### Απόστημα

Αν η μαστίτιδα δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μπορεί να εξελιχθεί σε απόστημα του μαστού. Περίπου 3% των γυναικών με μαστίτιδα θα εμφανίσουν απόστημα. Τα αποστήματα εμφανίζονται συχνότερα σε πρωτότοκες μητέρες και σε γυναίκες που έκαναν απότομο απογαλακτισμό.

Τα μικρόβια που συνήθως απομονώνονται στο γάλα σε περίπτωση αποστήματος είναι ο *Staphylococcus aureus* και ο *Coagulase-negative Staphylococcus* (CONS). Αυξανόμενη, είναι και η συχνότητα πολυανθεκτικού χρυσίζοντα σταφυλόκοκου (MRSA). Ωστόσο, η ανίχνευση του παθογόνου μικροοργανισμού στο γάλα δεν είναι πάντα εφικτή και το αποτελέσματά της

καλλιέργειας δεν είναι πάντα χρήσιμος οδηγός για στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή, καθώς μπορεί να υπάρχει επιμόλυνση του δείγματος από τη χλωρίδα του δέρματος.

Η διάγνωση του αποστήματος βασίζεται στην κλινική εξέταση, κατά την οποία ψηλαφάται ευαίσθητο και σκληρό οζίδιο, με κλυδασμό και υπερκείμενο ερύθημα. Η διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις αποστήματος με διάμετρο > 5 εκ. Σε περίπτωση μικρότερου αποστήματος αρκεί η απλή παρακέντηση υπό υπερηχοτομογραφική καθοδήγηση, που μπορεί να επαναλαμβάνεται καθημερινά για 5-7 ημέρες.

Μετά την χειρουργική διάνοιξη, ο θηλασμός από τον πάσχοντα μαστό πρέπει να συνεχιστεί, ακόμα και στην περίπτωση ανοιχτής παροχέτευσης, με την προϋπόθεση ότι η στοματική κοιλότητα του βρέφους δεν έρχεται σε επαφή με το υγρό της παροχέτευσης. Η χορήγηση αντιβιοτικής αγωγής είναι αναγκαία και μετά την διάνοιξη του αποστήματος.



Εικόνα 25: Απόστημα μαστού

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. BMJ Best Practice. Mastitis and Breast abscess Διαθέσιμο σε: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1084/treatment/step-by-step.html>
2. Bonnie T. Mastitis--Plugged Ducts and Breast Infections. LEAVEN [Internet]. March-April 1993; 29 (2):19-21. Διαθέσιμο σε: <http://www.la lecheleague.org/lv/leaderweb/lv/lvmarapr93p19.html>.
3. Dixon JM. Repeated aspiration of breast abscess in lactating women. BMJ. Dec 1988; 297(6662): 1517-1518.
4. Schoenfeld EM, McKay MP. Mastitis and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): the calm before the storm? J Emerg Med. 2010 May;38(4):e31-4.
5. Wilson-Clay B. Case report of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) mastitis with abscess formation in a breastfeeding woman. J Hum Lact. 2008 Aug;24(3):326-9.

## 5.4 Ανεπάρκεια Γαλουχίας

Ως ανεπάρκεια ορίζεται η κατάσταση ελαττωμένης ή μη παραγωγής του μητρικού γάλακτος. Αν και ο όρος ανεπαρκές γάλα αναφέρεται από πολλές μπτέρες ως αιτία για την αποτυχία τους να θηλάσουν (μερικές οδηγούνται ακόμα και στον αποθλασμό), τα ποσοστά της πραγματικής ανεπάρκειας είναι πολύ χαμηλά. Σε άρθρο που δημοσιεύτηκε το 1938 στο *British Medical Journal* ο Spence σχολιάζει: «Υπάρχει ένα ποσοστό 5% των γυναικών, στις οποίες είναι αδύνατο να εγκατασταθεί η γαλουχία είτε λόγω φυσιολογίας είτε γιατί έχουν κάποιες παθήσεις ή δύσμορφες θηλές ή γιατί το μωρό δεν μπορεί να θηλάσει λόγω κάποιου νεορροαναπτυξιακού ή ανατομικού προβλήματος. Κατά τα άλλα όλες οι γυναίκες μπορούν να θηλάσουν σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον». Είναι αξιοσημείωτο ότι το ποσοστό του 5% συνεχίζει να διαπιστώνεται και σε πιο σύγχρονες μελέτες σχετικά με τα προβλήματα εδραίωσης του θηλασμού.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγαλύτερη προσπάθεια για να διευκρινισθούν οι αιτίες και οι τρόποι διαχείρισης της ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος από τους επαγγελματίες υγείας. Σε περίπτωση ύπαρξης ειδικού προβλήματος δίνεται αρχικά έμφαση στην αντιμετώπισή του και ταυτόχρονη υποστήριξη του θηλασμού με τη χρήση βοηθημάτων θηλασμού και μεικτής διατροφής του βρέφους με υποκατάστατα γάλακτος.

Προϋποθέσεις αποτελεσματικής γαλακτογένεσης είναι η επάρκεια αδενικού ιστού και η σωστή ισορροπία των ορμονών ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία του θηλασμού. Συνεπώς, η οργανική αιτιολογία ανεπάρκεια γαλουχίας διακρίνεται σε ορμονική δυσλειτουργία και σε υποπλασία μαστικού αδένου.

### Ορμονική δυσλειτουργία

Η προλακτίνη είναι η βασική ορμόνη για την ανάπτυξη του μαστού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αμέσως μετά τον τοκετό. Μετά τον τοκετό, τα οιστρογόνα, τα οποία διεγείρουν την έκκριση της προλακτίνης κατά την εγκυμοσύνη και η προγεστερόνη πέφτουν απότομα και επιτρέπουν στην προλακτίνη που βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα να ξεκινήσει τη γαλακτοπαραγωγή δράση της. Ο ερεθισμός της θηλής από το μωρό προάγει περαιτέρω την απελευθέρωση της προλακτίνης. Μηχανοϋποδοχείς μέσα και γύρω από την θηλή ενεργοποιούνται και τα σήματα μεταφέρονται από τις νευρικές ίνες μέσω του νωτιαίου μυελού στον υποθάλαμο, από όπου ενισχύεται η έκκριση προλακτίνης. Η αδυναμία διατήρησης υψηλών επιπέδων προλακτίνης, παρά την ικανοποιητική διέγερση του στήθους, παρατηρείται σε περιπτώσεις όπως φαρμακευτική καταστολή (βρωμοκρυπτίνη, ντοπαμίνη, νικοτίνη) ή στην περίπτωση του συνδρόμου Sheehan (ανεπάρκεια της πρόσθιας υπόφυσης, που προκαλείται λόγω μεγάλης αιμορραγίας μετά τον τοκετό).

Απαραίτητες όμως για τη γαλουχία είναι και άλλες ορμόνες, όπως η ινσουλίνη, η θυροξίνη και τα γλυκοκορτικοειδή. Καταστάσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός και η αντοχή στην ινσουλίνη σχετίζονται με φτωχή γαλουχία. Η ακανόνιστη περίοδος και τα υψηλά επίπεδα ανδρογόνων είναι επίσης επιζήμια για τη γαλουχία. Ορμονικές δυσλειτουργίες παρατηρούνται και μετά από ακτινοθεραπεία του εγκεφάλου.

Η πτώση της προγεστερόνης, μετά την υστεροτοκία είναι ουσιώδης για την εκκριτική ενεργοποίηση. Αν ένα μέρος του πλακούντα παραμείνει στο ενδομήτριο, τότε θα έχουμε καθυ-

στερημένη ή και καθόλου γαλακτογένεση II. Η εκκριτική ενεργοποίηση ή γαλακτογένεση II είναι μια ενδοκρινής διαδικασία, που σε μία γυναίκα η οποία δεν αντιμετωπίζει ενδοκρινολογικά προβλήματα θα προκληθεί ακόμα και όταν δεν θέλει να θηλάσει. Η καθυστερημένη γαλακτογένεση II διαγιγνώσκεται κλινικά από την έλλειψη πληρότητας του στήθους κατά τις πρώτες 72 ώρες. Νοσήματα που καθυστερούν την έναρξη της γαλακτογένεσης II είναι:

- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Ορισμένες φορές συνδέονται και με ανεπαρκή ανάπτυξη του μαστικού αδένου.
- Αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης.
- Παχυσαρκία. Η παχυσαρκία της μπτέρας και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος σχετίζονται με μειωμένη παραγωγή της προλακτίνης.
- Υποθυρεοειδισμός ο οποίος επηρεάζει κυρίως την παραγωγή γάλακτος μετά την εδραίωση του θηλασμού.
- Φαρμακευτικά σκευάσματα, όπως κορτικοστεροειδή, ψευδοεφεδρίνη, προγεστερόνη ή οιστρογόνα μετά τον τοκετό μειώνουν την παραγωγή γάλακτος.

Το σωματικό ή ψυχολογικό στρες προ- και περιγεννητικά φαίνεται ότι επιδρά αρνητικά ως προς την έναρξη, εδραίωση και διατήρηση της γαλουχίας.

### Υποπλασία μαστικού αδένου

Στην περίπτωση υποπλαστικού μαστού η παραγωγή γάλακτος μπορεί να είναι πολύ χαμηλή ή απύουσα. Οι υποπλαστικοί μαστοί διακρίνονται σε 4 τύπους. Στον τύπο 1 η παραγωγή μπορεί να επηρεαστεί ελάχιστα έως καθόλου ενώ στον τύπο 4 οι μαστοί είναι ελάχιστα ανεπτυγμένοι και η παραγωγή επηρεάζεται σημαντικά. Σε μελέτη 34 γυναικών με υποπλαστικούς μαστούς διαπιστώθηκε ότι μόνο μια είχε επαρκή παραγωγή γάλακτος τις πρώτες βδομάδες μετά τον τοκετό. Στην συνέχεια, 12 μπτέρες ήταν σε θέση να παραγάγουν ικανή ποσότητα γάλακτος ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του βρέφους στο τέλος του πρώτου μήνα. Με κατάλληλη καθοδήγηση και παρακολούθηση, όλες οι μπτέρες με υποπλασία τύπου 2 και μερικές με τύπου 3 μπόρεσαν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες του μωρού τους, αλλά καμία με υποπλασία τύπου 4.

Το πρόβλημα είναι συνήθως πιο έντονο στην πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς σε επόμενες εγκυμοσύνες φαίνεται ότι η παραγωγή αυξάνεται. Προκειμένου να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές, όπως η αφυδάτωση του νεογνού, είναι απαραίτητη η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

### Μέτρα υποστήριξης στην ανεπάρκεια γάλακτος

Μέτρα που είναι δυνατόν να βοηθήσουν στην αύξηση της παραγωγής γάλακτος σε κάθε μπτέρα που δεν έχει καταφέρει να εγκαταστήσει τον θηλασμό είναι τα ακόλουθα:

1. Τακτική χρήση αντλίας στα ενδιάμεσα διαστήματα των θηλασμών.
2. Χορήγηση προγεστερόνης σε περίπτωση υποπλαστικών μαστών, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με σκοπό την

τόνωση της ανάπτυξης του αδενικού ιστού κατά την εγκυμοσύνη.

3. Χρήση φυτικών γαλακταγωγών φαρμάκων.
4. Σίτιση του βρέφους από τον μαστό με τη βοήθημα όπως το Supplementary Nutritional System (SNS), οπότε επιτρέπεται η επαφή δέρμα με δέρμα μπρέας-βρέφους κατά τη χορήγηση του συμπληρώματος.
5. Χρήση άλλων βοηθημάτων θηλασμού, τα οποία διευκολύνουν την καλύτερη προσκόλληση στον μαστό.

Αξίζει να τονιστεί στην μπρέρα με ανεπάρκεια γάλακτος ότι μεγάλη σημασία για την αύξηση της παραγωγής έχει η παρατεταμένη δερματική επαφή με το βρέφος της. Σε κάθε περίπτωση ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να την ενθαρρύνει και να τονίσει ότι η προσφορά και αξιοποίηση, έστω και της μικρότερης ποσότητας γάλακτος είναι ευεργετική για το βρέφος της.

### Γαλακταγωγοί παράγοντες και φάρμακα

Οι γαλακταγωγοί παράγοντες βοηθούν στην αύξηση της παραγωγής του γάλακτος. Οι παράγοντες αυτοί δρουν κυρίως μέσω της μείωσης της ντοπαμίνης, η οποία δρα ανταγωνιστικά ως προς την έκκριση της προλακτίνης, μέσω ενός μηχανισμού αρνητικής ανατροφοδότησης. Επομένως, όσο μειώνεται η ντοπαμίνη, τόσο αυξάνεται η προλακτίνη και ενισχύεται η παραγωγή γάλακτος.

Μερικές από τις πιθανές ενδείξεις για τη χρήση φυτικών και φαρμακευτικών γαλακταγωγών είναι:

- Αποχωρισμός μπρέας-βρέφους λόγω ασθένειας ενός εκ των δύο.
- Μείωση της παραγωγής λόγω αποχωρισμού και επιστροφής στη δουλειά, που συνεπάγεται μακροχρόνια χρήση θηλάστρου.
- Επαγωγή θηλασμού για τη σίτιση υιοθετημένου βρέφους ή επαναγαλακτισμός μετά από τη διακοπή του θηλασμού.

Σε κάθε περίπτωση η χρήση των γαλακταγωγών θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και υπό προϋποθέσεις. Καλό είναι να χορηγούνται, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι μετά από την εφαρμογή κατάλληλων οδηγιών και τεχνικών αύξησης της παραγωγής γάλακτος (π.χ. σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος, συχνοί θηλασμοί, δερματική επαφή, τακτική άντληση με το χέρι ή/και με νοσοκομειακή αντλία) δεν υπάρχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Επιπλέον, σκόπιμο είναι πριν χορηγηθούν τα γαλακταγωγά να έχει διαπιστωθεί ότι δε συνυπάρχει άλλη αιτία μειωμένης έκκρισης προλακτίνης (υποφυσιακή ανεπάρκεια, υποθυρεοειδισμός, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, κατακράτηση πλάκων του ιστού μετά τον τοκετό, κατάχρηση αλκοόλ ή υπερβολικό κάπνισμα).

Τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φαρμακευτικά γαλακταγωγά είναι η μετοκλοπραμίδη και η δομπεριδόνη. Σύμφωνα με νεότερα δεδομένα εμφανίζονται να έχουν πιθανές γαλακταγωγές ιδιότητες και η αυξητική ορμόνη, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη και η σουλπιρίδη. Τα τρία τελευταία δε συνιστώνται ακόμα ως γαλακταγωγά κυρίως λόγω του κόστους (αυξητική και θυρεοειδοτρόπος ορμόνη) και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους (σουλπιρίδη).

Οι συνιστώμενες δόσεις των γαλακτοπαραγωγών ουσιών αναφέρονται στον πίνακα 12. Είναι σημαντικό τα παραπάνω γαλακταγωγά να λαμβάνονται στις μικρότερες δυνατές δόσεις, για το μικρότερο δυνατό διάστημα, με παρακολούθηση του θεραπευτικού αποτελέσματος ή των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών. Η Ακαδημία της Ιατρικής του θηλασμού στο πρόσφατα αναθεωρημένο πρωτόκολλό της (2011) συνιστά:

- Ενημέρωση των μπρέρων για τα πιθανά οφέλη από τη χορήγηση γαλακταγωγών, από τα μέχρι στιγμής δεδομένα.
- Ενημέρωση των μπρέρων για τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες και στην περίπτωση που θεωρηθεί αναγκαία η λήψη τους, συνιστάται λήψη γραπτής συναίνεσης.

Συχνά προτείνονται φυτικά γαλακταγωγά όπως η τριγωνέλλα και το γαϊδουράγκαθο.

|                                   | Δομπεριδόνη<br>Cilroton®   | Μετοκλοπραμίδη<br>Primperan®   | Τριγωνέλλα<br>(Fenugreek)   | Γαϊδουράγκαθο<br>(Silymarin)   |
|-----------------------------------|--|--|---|--|
| <b>Δοσολογία</b>                  | 10mg<br>3φ/ημέρα   | 10mg<br>3-4 φ/ημέρα  | 3 κάψουλες/3-4 φ την ημέρα<br>(580-610mg)<br>1 φλιτζάνι αφεψήματος<br>3φ/ημέρα (1/4 κουταλάκι<br>του γλυκού σπόροι μούλιασμα<br>σε 240ml βραστού νερού<br>για 10 λεπτά)   | 420 mg/ημέρα<br>1 φλιτζάνι αφεψήματος<br>2-3 φ/ημέρα<br>(1κ.γ.σπόροι σε240ml<br>βραστού νερού για 10<br>λεπτά)   |
| <b>Διάρκεια<br/>Χορήγησης</b>     | 14 ημέρες  | 14 ημέρες<br>Βαθμιαία αύξηση<br>και διακοπή.   | 1 εβδομάδα  | Μελέτη για 63 ημέρες.  |
| <b>Ανεπιθύμητες<br/>ενέργειες</b> | Ψηροστομία, κεφα-<br>λαλγία, κοιλιακά άλγη,<br>υποψία για παράταση<br>του διαστήματος QTc<br>στο καρδιογράφημα και<br>φόβοι για πρόκληση<br>αρρυθμιών, ιδιαίτερα<br>σε υψηλές δόσεις ή σε<br>μακροχρόνια χορήγηση. | Πιθανές αναστρέ-<br>ψιμες παρενέργει-<br>ες από το Κ.Ν.Σ.,<br>υπνηλία, άγχος,<br>κατάθλιψη,<br>υπερδιέγερση,<br>ακαθυσία,<br>εξωπυραμδικά<br>συμπτώματα. | Διάρροια, ασυνήθιστη οσμή<br>σώματος, διασταυρούμενες<br>αλλεργικές αντιδράσεις με<br>φυσιτικά, αρακά, σόγια, ζιζάνια.<br>Θεωρητικό κίνδυνος πρόκλη-<br>σης άσθματος, αιμορραγίας,<br>ζάλης, υπογλυκαιμίας, απώ-<br>λειας συνείδησης, βρογχοσπά-<br>σμου, απώλειας συνείδησης | Περιστασιακά ήπιες<br>ανεπιθύμητες ενέργειες<br>από το πεπτικό.<br>Διασταυρούμενες<br>αντιδράσεις με φυτά της<br>οικογένειας Asteraceae/<br>Compositae (π.χ. ζιζάνια). |

Πίνακας 12: Γαλακτοπαραγωγοί παράγοντες που χρησιμοποιούνται και δοσολογικές συστάσεις

## Άμελξη / άντληση του μητρικού γάλακτος

Άμελξη είναι ο όρος που χρησιμοποιείται όταν η απομάκρυνση του γάλακτος γίνεται με το χέρι, ενώ η άντληση γίνεται με μηχανική ή ηλεκτρική αντλία.

Η πρώιμη επιστροφή στην εργασία για πολλές γυναίκες είναι ένας βασικός λόγος για την δημιουργία ατομικής τράπεζας γάλακτος.

Η μητέρα μπορεί επίσης να θέλει να αποθηκεύσει το γάλα της γιατί μπορεί να αισθάνεται το στήθος της υπερβολικά γεμάτο. Μερικές φορές απαιτείται νοσηλεία του νεογνού γιατί είναι πρόωρο ή γιατί συντρέχουν άλλοι ιατρικοί λόγοι. Καμιά φορά απαιτείται για κάποιον κοινωνικό λόγο να απομακρυνθεί από το μωρό της.

Στην περίπτωση της επιστροφής στην δουλειά, συχνά είναι δυνατή μια πιο ευέλικτη σχέση εργασίας. Αν όμως αυτό δεν είναι εφικτό, μια συζήτηση με τον εργοδότη μπορεί να δώσει λύσεις, ώστε να υπάρχουν συνθήκες άντλησης στη δουλειά (λίγα διαλείμματα για άντληση, χρήση ενός απομονωμένου καθαρού χώρου, πρόσβαση σε ψυγείο για φύλαξη του γάλακτος).

Η άμελξη /άντληση του γάλακτος μπορεί να γίνει είτε με τα χέρια, είτε με θήλαστρο. Υπάρχουν θήλαστρα για αγορά ή ενοικίαση και η επιλογή εξαρτάται από το αν η χρήση είναι περιστασιακή ή εντατική.

Για τη δημιουργία ατομικής τράπεζας γάλακτος χρειάζεται να γίνει ένας προγραμματισμός, ώστε με την επιστροφή στην εργασία της μητέρας, να υπάρχει κάποιο απόθεμα γάλακτος στην κατάψυξη. Έτσι, αν η μητέρα έχει στη διάθεσή της 2-3 εβδομάδες πριν την επιστροφή στη δουλειά, μπορεί να ξεκινήσει με 1-2 αντλήσεις επιπλέον των θηλασμών που κάνει, ώστε να αποθηκεύει αυτή την ποσότητα.

### Τρόποι άμελξης/άντλησης

- Με το χέρι.
- Με χειροκίνητη ή ηλεκτρική αντλία.

Σε κάθε περίπτωση η γυναίκα χρειάζεται να είναι άνετη και ήρεμη. Το να έχει κοντά το μωρό της ή να το σκέφτεται, βοηθά το γάλα να ρέει καλύτερα. Επίσης βοηθούν ένα ζεστό ντους ή ζεστά επιθέματα στο στήθος. Η άμελξη/άντληση με το χέρι ή με αντλία, είναι πολύ σημαντικό να γίνεται με καθαρά χέρια και το γάλα να συλλέγεται σε αποστειρωμένο δοχείο ιδίως σε πολύ μικρά βρέφη ή πρόωρα. Η μητέρα ξεκινά κάνοντας μασάζ σε όλο τον μαστό, από την περιφέρεια του στήθους προς την θηλή, χωρίς να ξεκνά το κάτω μέρος του μαστού.

Στην περίπτωση που η άμελξη γίνεται με το χέρι, η μητέρα τοποθετεί τον αντίχειρα στο πάνω τμήμα του στήθους, 3-4 εκατοστά από την βάση της θηλής και τον δείκτη και τον μέσο δάκτυλο στο κάτω τμήμα του στήθους, ακριβώς αντίθετα από τον αντίχειρα, ώστε να σχηματιστεί με τα δάκτυλα το γράμμα C ή U. Πιέζει ελαφρά με τα δάκτυλα τον μαστό προς το θώρακα και έπειτα συμπλησιάζει τα δάκτυλα προς την θηλή. Οι κινήσεις επαναλαμβάνονται ρυθμικά και με ταχύτητα που είναι ανεκτή στην μητέρα. Σε κάθε επανάληψη η θέση των δακτύλων αλλάζει γύρω από τη θηλαία άλω, με στόχο να πιέζεται κάθε φορά διαφορετική περιοχή του μαστού.

Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται αντλία, χρειάζεται να ακολουθούνται οι οδηγίες του κατασκευαστή. Είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιούνται οι κατάλληλες χοάνες για το κάθε στήθος, καθώς υπάρχουν μεγέθη που ταιριάζουν σε μεγαλύτερα ή μικρότερα στήθη. Οι μητέρες πριν αποφασίσουν για κάποιο θήλαστρο, είναι καλύτερα να βρουν αυτό που καλύπτει τις ανάγκες τους.



(εικόνα 26)

## Απόψυξη και χρήση του μητρικού γάλακτος

Χρησιμοποιήστε πρώτα το παλαιότερο αποθηκευμένο γάλα, με βάση τις αναγραφόμενες ημερομηνίες.

- Το βρέφος μπορεί να πιεί το γάλα σε θερμοκρασία δωματίου ή αφού θερμανθεί στους 37 °C (Δοκιμή στο δέγμα του χεριού).
- Το κατεψυγμένο γάλα μπορεί να αποψύχεται ή στο ψυγείο κατά τη διάρκεια της νύχτας ή κάτω από τρεχούμενο ζεστό νερό ή να τοποθετείται σε ένα δοχείο με ζεστό νερό (*bain-marie*) ή σε θερμομάντηρα. Όταν αποψυχθεί δε θα πρέπει να αφήνεται σε θερμοκρασία δωματίου για περισσότερο από μερικές ώρες.
- Το κατεψυγμένο γάλα εφόσον αποψυχθεί διατηρείται στη συντήρηση του ψυγείου μόνο για 24 ώρες. Αν δε χρησιμοποιηθεί απορρίπτεται. Το γάλα που αποψύχθηκε δεν μπορεί να καταψυχθεί πάλι. Για το λόγο αυτό, καλό είναι να αποψύχονται μόνο οι αναγκαίες ποσότητες γάλακτος.

- Όταν το βρέφος αρχίσει να πίνει, το γάλα επιμολύνεται από τα μικρόβια της στοματικής του κοιλότητας. Κατά συνέπεια, το γάλα που απομένει θα πρέπει να απορρίπτεται μετά από 1-2 ώρες από το τέλος της σίτισης.

Το μητρικό γάλα περιέχει φυσικά μη παθογόνα βακτήρια, που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη της νεογνικής εντερικής χλωρίδας.

Εάν μια μητέρα έχει πόνο στον μαστό ή την θηλή, από πιθανή βακτηριακή ή μυκητιασική φλεγμονή, το γάλα της δε θα πρέπει να απορρίπτεται. Ωστόσο, το γάλα που εμφανίζεται ινώδες ή πυώδες, χωρίς καλή όψη και οσμή δεν πρέπει να δίνεται στο νεογνό.

Η αποθήκευση του γάλακτος είναι καλύτερα να γίνεται σε διαφορετικές μικρές ποσότητες των 60, 80 ή 100 ml. Έτσι μπορούν να γίνουν διαφορετικοί συνδυασμοί ποσότητας στην ανάμειξη ανάλογα με τις ανάγκες του μωρού, καθώς αυτό μεγαλώνει.

|                 | Εκτός ψυγείου (16°-29°C) | Σε θερμομονωτική τσάντα με παγοκύστες (15° C) | Στη συντήρηση (0 ως 4°C) | Στην κατάψυξη (-4 ως -20°C)                           |
|-----------------|--------------------------|---|--------------------------|---|
| Φρέσκο γάλα     | 3-4 ώρες                 | Ως 24 ώρες**                                  | 2-4 ημέρες               | Βέλτιστη διάρκεια 3 μήνες<br>Μέγιστη διάρκεια 6 μήνες |
| Αποψυγμένο γάλα | Λίγες ώρες*              | Δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα              | 24 ώρες                  | Ποτέ μην καταψύχετε ξανά αποψυγμένο γάλα              |

\* Ανάλογα με τη θερμοκρασία περιβάλλοντος

\*\* Περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα

Πίνακας 13: Οδηγίες αποθήκευσης και διατήρησης του γάλακτος



## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Eglash A. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med.* 2010 Jun;5(3):127-30.
2. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol#9: Use of galactogogues in initiating or augmenting the rate of maternal milk secretion (First Revision January 2011). *Breastfeed Med.* 2011 Feb;6(1):41-9.
3. American Academy Of Pediatrics, Meek JY, Yu W. *New Mother's Guide to Breastfeeding*. 2nd ed. New York, US: Bantam Books; 2011.
4. Betzold CM. Galactagogues. *Journal of Midwifery and Women's health.* March/April 2004;49(2):151-154.
5. Cassar D. Supporting Mothers with Mammary Hypoplasia. *Leaven.* 2009; 45 (2-3): 4-14.
6. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr.* 1998 Aug;68(2):335-44.
7. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics.* 2003 Sep;112(3 Pt 1):607-19.
8. Dozier AM, Nelson A, Brownell E. The Relationship between Life Stress and Breastfeeding Outcomes among Low-Income Mothers. *Adv Prev Med.* 2012;902487.
9. Huggins KE, Petok ES, Mireles O. Markers of Lactation Insufficiency: A Study of 34 Mothers. *Issues in Clinical Lactation* [Internet]. 2000, 25-35. Διαθέσιμο σε : <http://www.sonic.net/~mollyf/igt/>
10. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med.* 2000 Jul 13;343(2):118-26.
11. Marasco L. Polycystic ovary syndrome: a connection to insufficient milk supply? *J Hum Lact.* May 2000; 16 (2): 143-148.
12. Markey M, Rubin B, Soto A. Endocrine disruptors: from Wingspread to environmental developmental biology. *J Steroid Biochem Mol Biol.* Dec 2002; 83 (1-5): 235-244.
13. Marks JM, Spatz DL. Medications and lactation: what PNPs need to know. *J Pediatr Health Care.* 2003 Nov-Dec;17(6):311-7.
14. Nancy M, Hurst RN. Recognizing and Treating Delayed or Failed Lactogenesis II. *J Midwifery Womens Health.* 2007; 52(6):588- 594.
15. Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010Sep;92(3):574-84.
16. Riordan J and Wambach K (2010). *Breastfeeding and Human Lactation* (4thEd). Sudbury MO: Jones and Bartlett Publishers.
17. Σοφιανού Α, Οικονομάκος Δ, Καπετάνιου Κ και συνεργάτες. Τηλεφωνική γραμμή θηλασμού «Αλκυόνη»-10525: Η ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος και τρόποι διαχείρισής της. 52ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 2014, Ρόδος, Ελλάδα.
18. Spence JC. The Modern Decline of Breast-Feeding. *Br Med J.* 1938Oct; 2(4057): 4057.

## 5.5 Υπερπαραγωγή Γάλακτος

Μερικές μητέρες παράγουν περισσότερο γάλα από ότι άλλες. Αυτό μπορεί να προκαλέσει πολλές δυσκολίες στην γαλουχία καθώς και στο βρέφος. Η υπερπαραγωγή γάλακτος είναι σημαντικό να εκτιμηθεί από νωρίς, διότι η μητέρα έχει αυξημένο κίνδυνο για στάση γάλακτος, απόφραξη πόρου και πιθανώς μαστίτιδα. Το βρέφος μπορεί να παρουσιάσει εκτός από την άρνηση του στήθους, σημεία πνιγμονής, ανησυχία, κολικούς, ερυγές, λόξυγα, διαρροϊκές κενώσεις και ερεθισμό της περιγεννητικής περιοχής καθώς και αυξημένο αριθμό αναγωγών.

Μια μέθοδος μείωσης της παραγωγής είναι ο θηλασμός από τον ένα μαστό για συνεχή ταΐσματα. Στην συνέχεια ο θηλασμός γίνεται από τον άλλο μαστό. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η παραγωγή γάλακτος καθώς μειώνεται η συχνότητα που χρησιμοποιείται ο κάθε μαστός. Αν ο μαστός που δε χρησιμοποιήθηκε είναι ιδιαίτερα διογκωμένος και είναι δύσκολο πλέον να χρησιμοποιηθεί, μπορεί να γίνει μία σύντομη άντληση με το χέρι ή με αντλία, ώστε να αποσυμφορηθεί. Προσοχή όμως να μην γίνονται παρατεταμένες ή πολύ συχνές αντλήσεις, γιατί αυτό θα οδηγήσει σε αντίθετα αποτελέσματα με επιδείνωση της υπερπαραγωγής.

Άλλη μέθοδος που συστήνεται είναι το μερικό άδειασμα των μαστών πριν τον θηλασμό με θήλαστρο. Έτσι στον θηλασμό που ακολουθεί το βρέφος δε δυσανασχετεί από την μεγάλη πίεση με την οποία μπορεί να έρχεται το γάλα και απομυζεί το οπίσθιο κλάσμα του μητρικού γάλακτος, το οποίο είναι πλούσιο σε λίπος και ρέει με μικρότερη ταχύτητα.

Αν οι παραπάνω τρόποι διαχείρισης της υπερπαραγωγής δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να χρειαστεί και η χορήγηση φαρμάκων, όπως ψευδοεφεδρίνη και οιστρογόνα σε συνεργασία με γιατρό. Φαίνεται πως χορήγηση 60mg ψευδοεφεδρίνης μπορεί να δράσει ανασταλτικά στην παραγωγή γάλακτος. Επίσης, η χορήγηση οιστρογόνων έχει φανεί ότι μειώνει την παραγωγή γάλακτος και συστήνεται λήψη οιστρογόνων από το στόμα για 4-7 μέρες προκειμένου να ρυθμιστεί η υπερπαραγωγή γάλακτος. Ωστόσο, η χρήση οιστρογόνων μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στην μητέρα, όπως αιμορραγία, ενώ σε γυναίκες με θρομβοφιλία αντενδείκνυται η χρήση τους, λόγω του κινδύνου φλεβοθρόμβωσης. Ακόμα η χορήγηση οιστρογόνων αντενδείκνυται τις πρώτες 3 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. West D. Am I making too much milk? [Internet] [Τελευταία ενημέρωση 23/05/2015]. Διαθέσιμο σε: <http://www.llli.org/faq/oversupply.html>

## 5.6 Προβλήματα θηλασμού μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στον μαστό

### Μειωτική επέμβαση μαστού

Η δυνατότητα μίας μητέρας να θηλάσει μετά από χειρουργική επέμβαση μείωσης του μαστού εξαρτάται κυρίως από τη χειρουργική τεχνική. Δυστυχώς όλες οι τεχνικές μπορεί να επηρεάσουν τη γαλουχία, όμως εκείνες στις οποίες η αιμάτωση και η νεύρωση του μαστού και της θηλής μένουν άθικτα έχουν τη μικρότερη επιβάρυνση στη γαλουχία. Ιδιαίτερη σημασία έχει η διατήρηση του τέταρτου μεσοπλεύριου νεύρου, το οποίο νευρώνει τον μαστό και την θηλή. Επίσης, σημαντική είναι η όσο το δυνατόν λιγότερη καταστροφή γαλακτοφόρων πόρων, η παρουσία των οποίων συνδέεται με την παραγόμενη ποσότητα του γάλακτος. Οι τομές που μπορεί να επηρεάσουν το αντανακλαστικό εκτίναξης γάλακτος και συνεπώς τη γαλακτοπαραγωγή αναφέρονται στην παράγραφο για τις αυξητικές επεμβάσεις.

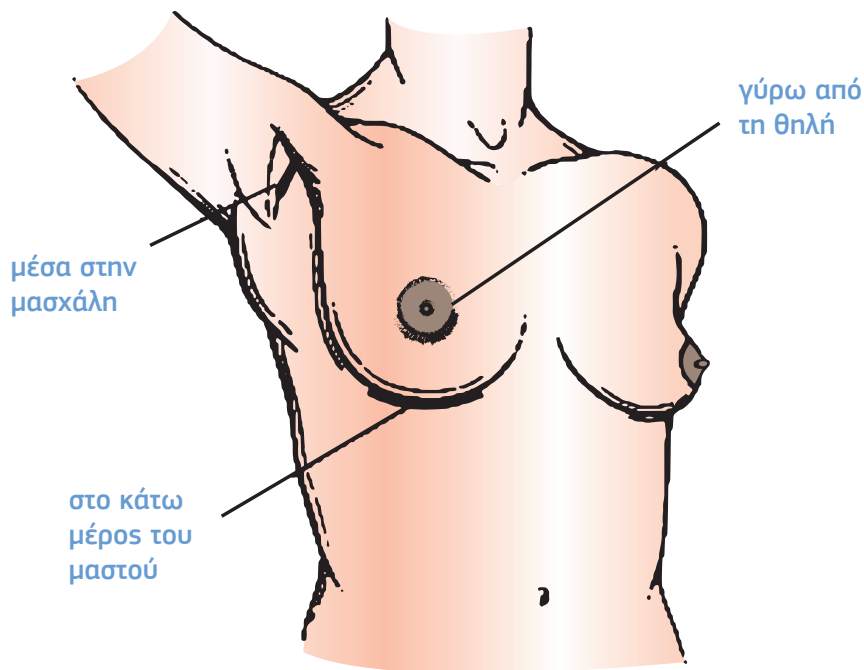
Οι περισσότερες μητέρες που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση μείωσης δεν καταφέρνουν να θηλάσουν αποκλειστικά το πρώτο τους μωρό. Ωστόσο, επειδή δεν είναι δυνατόν να γνωρίζουμε εξαρχής ποιά γυναίκα θα μπορέσει να θηλάσει-μετά από ανάλογη επέμβαση- θα πρέπει η μητέρα να ενθαρρύνεται στο να θηλάσει, ακόμα και αν είναι αναγκαία η χορήγηση συμπληρώματος.

### Αυξητική επέμβαση μαστού

Η χειρουργική επέμβαση αύξησης του στήθους γίνεται με εμφυτεύματα από σιλικόνη ή φυσιολογικό ορό. Κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, περίπου 850.000 γυναίκες στην Αμερική έχουνβάλει εμφυτεύματα στήθους από σιλικόνη για αισθητικούς ή επανορθωτικούς σκοπούς. Λόγω ανησυχιών για πιθανή διαρροή σιλικόνης στο γάλα κατά τον θηλασμό, τα εμφυτεύματα σιλικόνης που χρησιμοποιούνται θα πρέπει να έχουν περάσει από ανάλογες κλινικές δοκιμές (FDA 2011).

Μελέτες σχετικά με την ικανότητα των μητέρων που είχαν υποβληθεί σε αυξητική μαστού να θηλάσουν έχουν δείξει ότι όταν η χειρουργική τομή είναι περιμετρικά της θηλαίας άλω και ειδικά στην 4<sup>η</sup> ώρα του αριστερού μαστού ή στην 8<sup>η</sup> του δεξιού μαστού ή τέμνει τη θηλαία άλω υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μειωμένης γαλουχίας λόγω μείωσης ή κατάργησης του αντανακλαστικού εκροής γάλακτος.

Επίσης, προβλήματα κατά την έναρξη και την πορεία του θηλασμού δημιουργούνται και στις περιπτώσεις που τα εμφυτεύματα είναι τοποθετημένα σε θέσεις που μπορεί να φράσσουν γαλακτοφόρους πόρους ή είναι κάτω από τη θηλαία άλω.



Εικόνα 27: Σημεία τομών στον μαστό

Συνεπώς, στην περίπτωση ιστορικού επέμβασης στον μαστό είναι σημαντικό η μητέρα να ενημερωθεί για τα τυχόν προβλήματα γαλουχίας και να υπάρχει στενή παρακολούθηση ως προς την ικανότητα παραγωγής γάλακτος και τη σίτιση του βρέφους.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Center for Devices and Radiological Health U.S. Food and Drug Administration. FDA Update on the Safety of Silicone Gel-Filled Breast Implants [Internet]. 2011 Jun. Διαθέσιμο σε: <http://www.fda.gov/downloads/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/implantsandprosthetics/breastimplants/UCM260090.pdf>
2. Hill PD, Wilhelm PA, Aldag JC, Chatterton RT. Breast augmentation and lactation outcome: a case report. *MCN Am J Matern Child Nurs.* Jul-Aug 2004; 29(4): 238-42.
3. Hughes V, Owen J. Is breast-feeding possible after breast surgery? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 1993 Jul-Aug;18(4):213-7.
4. Hurst NM. Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol.* 1996 Jan;87(1):30-4.
5. Neifert M, DeMarzo S, Seacat J, Young D, Leff M, Orleans M. The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth.* 1990 Mar;17(1):31-8.
6. Souto GC, Giugliani ERJ, Giugliani C, Schneide MA. The Impact of Breast Reduction Surgery on Breastfeeding Performance. *J Hum Lact.* Feb 2003; 19(1): 43-49.
7. Widdice L. The effects of breast reduction and breast augmentation surgery on lactation: an annotated bibliography. *J Hum Lact.* Sep 1993; 9(3):161-7.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Μερικά νοσήματα της μητέρας μπορεί να επηρεάσουν τον θηλασμό και αντίστροφα ο θηλασμός μπορεί να επιβαρύνει την υγεία της μητέρας που θηλάζει, όταν αυτή πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα.

### 6.1 Ειδικές Λοιμώξεις της μητέρας και Θηλασμός

#### Ηπατίτιδα Β

Ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού από την μητέρα στο παιδί μειώνεται σημαντικά όταν αμέσως μετά τον τοκετό χορηγείται στο νεογνό ανοσοσφαιρίνη κατά της ηπατίτιδας Β και ακολουθεί ο εμβολιασμός μέσα στις πρώτες 12 ώρες από την γέννηση.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι ο θηλασμός από μητέρες φορείς της ηπατίτιδας Β αυξάνει τον κίνδυνο μετάδοσης στο βρέφος, ακόμα και αν δεν είναι διαθέσιμο το εμβόλιο. Η μητέρα μπορεί να θηλάζει κανονικά.

#### Ηπατίτιδα C

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ο ιός της ηπατίτιδας C μεταδίδεται με τον μητρικό θηλασμό. Ο ιός μεταδίδεται κυρίως με μετάγγιση και επαφή με μολυσμένο αίμα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ειδικών Λοιμώξεων της Αμερικής, η λοίμωξη της μητέρας από τον ιό της ηπατίτιδας C δεν αποτελεί αντένδειξη για τον μητρικό θηλασμό. Η μητέρα θηλάζει κανονικά, εκτός εάν έχει θηλές με ραγάδες που αιμορραγούν, οπότε ο θηλασμός πρέπει να αποφεύγεται από τον μαστό που πάσχει, μέχρι την επούλωση ή αποκατάσταση των μαστών.

#### Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS)

Στις αναπτυγμένες χώρες αντενδείκνυται ο θηλασμός στις ορθοθετικές μητέρες. Αυτό δεν ισχύει στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο κίνδυνος θανάτου από υποθρεψία ή λοιμώξεις στα μη θηλάζοντα βρέφη είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον κίνδυνο μετάδοσης του ιού από το μητρικό γάλα. Έχει διαπιστωθεί ότι στις περιοχές όπου ο HIV ενδημεί, τα βρέφη που θηλάζαν αποκλειστικά για τους πρώτους 3 μήνες παρουσίαζαν μικρότερο κίνδυνο να μολυνθούν.

Στις χώρες αυτές προτιμάται ο μητρικός θηλασμός, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις δεν μπορεί να εξασφαλιστεί η αποδεκτή, βιώσιμη, οικονομικά εφικτή και ασφαλής παροχή υποκατάστατου μητρικού γάλακτος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπλέον η επιλογή της μικτής διατροφής (μητρικός θηλασμός και υποκατάστατο μητρικού γάλακτος) αυξάνει την πιθανότητα κάθετης μετάδοσης του ιού.

Ο συνδυασμός αποκλειστικού θηλασμού και αντιικής αγωγής για 6 μήνες φαίνεται ότι μειώνει σημαντικά την πιθανότητα μετάδοσης του ιού μετά τον τοκετό. Ωστόσο, τα αντιρετροϊκά φάρμακα ζιντοβουτίνη (ZDV), λαμβιβουτίνη (3TC) και νεβιραπίνη, για τα οποία έχουν γίνει μελέτες της φαρμακοκινητικής τους, ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα.

#### Ιός της ανεμευλογιάς – έρπητος ζωστήρος

Η ανεμευλογία είναι ένα μεταδοτικό νόσημα που οφείλεται στον ιό της ανεμευλογιάς-έρπητος ζωστήρος (Varicella-Zoster Virus, VZV). Η πρωτολοίμωξη ξεκινά με ενοφθαλμισμό του ιού στους βλεννογόνους. Η μεταφορά του ιού γίνεται με τις αναπνευστικές εκκρίσεις ή με άμεση επαφή με δερματικές βλάβες. Μετά τον ενοφθαλμισμό του ιού, μεσολαβεί περίοδος επώασης 10-21 ημερών. Η περίοδος λοίμωξης αρχίζει 2 ημέρες πριν την εμφάνιση φυσαλίδων στο δέρμα μέχρι και την εφελκιδopoποίησή τους (6-8 μέρες μετά). Μεταδίδεται πολύ εύκολα. Επίνοσα άτομα που μένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή έχουν πιθανότητα 95% να μολυνθούν.

Η λοίμωξη της μητέρας κατά την περι-γεννητική περίοδο μπορεί να προκαλέσει σοβαρή νόσο στο νεογνίτη. Όταν η λοίμωξη εκδηλωθεί στην μητέρα ως και πέντε ημέρες πριν από τον τοκετό, τα ειδικά αντισώματα για τον ιό, που περνούν διαμέσου του πλακούντα στο παιδί, είναι προστατευτικά και δεν χρειάζεται κάποια παρέμβαση. Όταν η μητέρα εκδηλώσει τη λοίμωξη σε λιγότερο από πέντε ημέρες πριν τον τοκετό έως και 2 ημέρες μετά τον τοκετό, θα πρέπει να χορηγηθεί άμεσα στο νεογνό (στις πρώτες 48-72 ώρες και όχι πιο αργά από τις 92 ώρες) ειδική ανοσοσφαιρίνη κατά του ιού (VZIG). Συστήνεται επίσης η απομόνωση της μητέρας από το νεογνό της, αλλά διατήρηση της γαλουχίας με αντλήσεις και χορήγηση του μητρικού γάλακτος. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις ο θηλασμός συνεχίζεται κανονικά.

Όταν η μητέρα εμφανίσει έρπητα ζωστήρα, δε χρειάζεται χορήγηση ανοσοσφαιρίνης, καθώς έχει προστατευτικό τίτλο αντισωμάτων από την πρωτολοίμωξη. Καλό όμως είναι να μην έρχεται το βρέφος σε επαφή με τις δερματικές βλάβες. Επίσης, η χορήγηση ασυκλοβίρης στην μητέρα δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό.

## Απλός έρππας

Ο κίνδυνος μόλυνσης του νεογνού μέσω του μητρικού γάλακτος είναι πάρα πολύ μικρός. Οι ερπητικές βλάβες δεν αποτελούν αντένδειξη για θηλασμό εκτός κι αν εντοπίζονται στην περιοχή των μαστών. Οι δερματικές βλάβες πρέπει να καλύπτονται και η μπιτέρα να διατηρεί αυστηρές συνθήκες υγιεινής. Στην περίπτωση που δεν μπορεί να θηλάσει η μπιτέρα λόγω προσβολής των μαστών, το γάλα θα πρέπει να αντλείται και να χορηγείται με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης μέχρι να υποχωρήσουν οι βλάβες. Εφιστάται η προσοχή στα μέτρα υγιεινής κατά τη συλλογή του γάλακτος ώστε στη διάρκεια αυτής να μην μολυνθεί το αντλημένο γάλα από τις βλάβες της θηλής.

## Κυτταρομεγαλοϊός (CMV)

Είναι πολύ διαδεδομένη νόσος. Οι περισσότεροι άνθρωποι νοσούν στην παιδική τους ηλικία. Μεταδίδεται με τα υγρά του σώματος, αλλά και μέσω του μητρικού γάλακτος.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανοσοεπαρκών ατόμων διαδράμει την πρωτολοίμωξη σχετικά ασυμπτωματικά ή εκδηλώνει ήπια συμπτωματολογία λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού, όπως πυρετό, τραχηλική λεμφαδενίτιδα και φαρυγγίτιδα. Εικόνα όμοια με αυτή του συνδρόμου λοιμώδους μονοκυρήνωσης, με συνδρόμο ηπατοσπληνομεγαλία και εξάνθημα είναι σπανιότερη.

Η μετάδοση της λοίμωξης από την μπιτέρα στο νεογνό μετά τον τοκετό μπορεί να συμβεί με τον θηλασμό, καθώς η πλειοψηφία των οροθετικών μητέρων φέρουν τον ιό στο γάλα τους. Περίπου 50-60% των βρεφών που σιτίζονται με μητρικό γάλα που περιέχει τον ιό μολύνονται από CMV. Η ανεύρεση του ιού στο μητρικό γάλα είναι αποτέλεσμα πρωτολοίμωξης, λοίμωξης από άλλο στέλεχος ή αναζωπύρωσης προηγηθείσας λοίμωξης. Τα περισσότερα τελειωμένα βρέφη δεν εμφανίζουν κλινική συμπτωματολογία, λόγω της διαπλακουντιακής μεταφοράς προστατευτικού τίτλου αντισωμάτων κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.

Αυτό δεν ισχύει στην περίπτωση των προώρων με βάρος γέννησης < 1500gr ή ηλικία κύησης <32 εβδομάδων, στα οποία η μετάδοση του ιού μέσω του μητρικού γάλακτος μπορεί να οδηγήσει σε συμπτωματική λοίμωξη. Περίπου 15% με 25% των προώρων που προσβάλλονται από τον ιό μέσω του μητρικού γάλακτος είναι πιθανόν να εμφανίσουν πνευμονίτιδα, ηπατίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή εικόνα ανάλογη της σπυραιμίας (άνοια, βραδυκαρδία, ηπατοσπληνομεγαλία, διάταση κοιλίας, ωχρότητα, ουδετεροπενία, θρομβοπενία και αύξηση των ηπατικών ενζύμων). Δεν είναι γνωστό κατά πόσο τα βρέφη αυτά αναπτύσσουν μελλοντικά νευρολογική συνδρομή. Στην περίπτωση των προώρων που προσβλήθηκαν από τον ιό ή στα βρέφη με βαριά κλινική εικόνα χορηγείται 10 έως 14 ημέρες ενδοφλέβια γκαν-σικλοβίρη.

Η συνήθης πρακτική είναι η αποφυγή χορήγησης στα ΠΧΒΓ πρόωρα νεογνά μητρικού γάλακτος από οροθετικές μητέρες ή η χορήγησή του μετά από παστερίωση ή και βαθιά κατάψυξη. Η κατά Holder παστερίωση (σε θερμοκρασία 62.5°C για 30 λεπτά) ή η υψηλής θερμοκρασίας, αλλά μικρής διάρκειας παστερίωση (72°C για 5-10 δευτερόλεπτα) εξαλείφει τον ιό CMV από το μητρικό γάλα, αλλά καταστρέφει τους βιοενεργούς προστατευτικούς παράγοντες του μητρικού γάλακτος και συνεπώς μειώνεται σημαντικά η βιολογική αξία του μητρικού γάλακτος. Η βαθιά κατάψυξη μειώνει το ιικό φορτίο του CMV αλλά δεν το εξαλείφει.

## Φυματίωση

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνει ότι οι μητέρες που έχουν διαγνωστεί με ενεργό φυματίωση πρέπει να αποχωρίζονται από τα μωρά τους και δεν πρέπει να θηλάζουν μέχρι να λάβουν θεραπεία για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Αν υπάρξει σαφής κλινική βελτίωση και η καλλιέργεια πτυέλων είναι αρνητική, μπορούν με ασφάλεια να θηλάσουν το μωρό τους. Η φυματίωση μεταδίδεται από τα σταγονίδια του αέρα μέσω της αναπνευστικής οδού και δεν μεταδίδεται με το μητρικό γάλα. Η μπιτέρα μπορεί να αντλεί το γάλα της και κάποιος άλλος να το δίνει στο παιδί για το διάστημα που δεν μπορεί να θηλάσει.

Το νεογέννητο μπιτέρας με ενεργό φυματίωση ελέγχεται και ξεκινάει αγωγή με ισονιαζιδή (INH) για 6 μήνες. Το βρέφος εμβολιάζεται με BCG αλλά μετά το τέλος της αγωγής με INH, γιατί η αγωγή εξουδετερώνει το εμβόλιο. Αν το βρέφος έχει ήδη εμβολιαστεί στη γέννηση και έχουν περάσει πάνω από δύο μήνες μεταξύ εμβολιασμού και διάγνωσης της μπιτέρας, το βρέφος δε χρειάζεται επανάληψη του BCG. Θα χρειαστεί όμως αγωγή με INH για 6 μήνες.

Ο θηλασμός δεν αντενδείκνυται στις γυναίκες που λαμβάνουν τα αντιφυματικά φάρμακα ισονιαζιδή, ριφαμπικίνη, στρεπτομυκίνη και εθαμβουτόλη. Προσοχή και συμβουλή ειδικού ενδείκνυται στις περιπτώσεις που και η μπιτέρα και το βρέφος λαμβάνουν αγωγή, ώστε να μην προκύψει θέμα υπερδοσολογίας στο βρέφος. Στα βρέφη και τις μητέρες που λαμβάνουν INH θα πρέπει να χορηγείται συμπληρωματικά πυριδοξίνη (βιταμίνη Β6) Σε περίπτωση διάγνωσης μπιτέρας με ενεργό φυματίωση καλό είναι να γίνεται έλεγχος οροθετικότητας για τον ιό HIV.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012 Mar; 129(3):e827-41.
2. Canadian Paediatric Society. Maternal Infectious Diseases, Antimicrobial Therapy or Immunizations: Very Few Contraindications to Breastfeeding. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2006 Sep-Oct; 17(5): 270-272.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV-related chronic disease. MMWR Recomm Rep. 1998 Oct 16; 47(RR-19):1-39.
4. Chasela CS, Hudgens MG, Jamieson DJ, Kayira D, Hosseinipour MC, Kourtis AP, Martinson F, Tegha G, Knight RJ, Ahmed YI, Kamwendo DD, Hoffman IF, Ellington SR, Kacheche Z, Soko A, Wiener JB, Fiscus SA, Kazembe P, Mofolo IA, Chigwenembe M, Sichali DS, van der Horst CM; BAN Study Group. Maternal or infant antiretroviral drugs to reduce HIV-1 transmission. N Engl J Med. 2010 Jun 17; 362(24):2271-81.
5. Cottrell EB, Chou R, Wasson N, Rahman B, Guise JM. Reducing risk for mother-to-infant transmission of hepatitis C virus: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2013 Jan 15; 158(2):109-13.
6. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb; 115(2):496-506.
7. Heuchan AM, Isaacs D. The management of varicella-zoster virus exposure and infection in pregnancy and the newborn period. Med J Aust. 2001 Mar 19; 174(6):288-92.
8. Hill JB, Sheffield JS, Kim MJ, Alexander JM, Sercely B, Wendel GD. Risk of hepatitis B transmission in breast-fed infants of chronic hepatitis B carriers. Obstet Gynecol. 2002 Jun; 99(6):1049-52.
9. Kurath S, Halwachs-Baumann G, Müller W, Resch B. Transmission of cytomegalovirus via breast milk to the prematurely born infant: a systematic review. Clin Microbiol Infect. 2010 Aug; 16(8):1172-8.

10. Lanzieri TM, Dollard SC, Josephson CD, Schmid DS, Bialek SR. Breast milk-acquired cytomegalovirus infection and disease in VLBW and premature infants. *Pediatrics*. 2013 Jun;131(6):e1937-45.
11. Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. *Clin Perinatol*. 2004 Sep; 31(3):501-28.
12. Mast EE. Mother-to-infant hepatitis C virus transmission and breastfeeding. *Adv Exp Med Biol*. 2004;554: 211-6.
13. Previsani N, Lavanchy D. Hepatitis B. [Internet]. [Geneva]: World Health Organization; 2009. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisB\\_whocdscsrlyo2002\\_2.pdf](http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/HepatitisB_whocdscsrlyo2002_2.pdf).
14. Read JS; American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Aids. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus type 1 in the United States. *Pediatrics*. 2003 Nov;112(5):1196-205.
15. Revello MG, Gema G. Diagnosis and management of human cytomegalovirus infection in the mother, fetus, and newborn infant. *Clin Microbiol Rev*. 2002 Oct;15(4):680-715.
16. Sendelbach DM, Sanchez PJ. Varicella, influenza: not necessary to separate mother and infant. *Pediatrics*. 2012 Aug;130(2):e464; author reply 465-6.
17. Shapiro RL, Hughes MD, Ogbu A, Kitch D, Lockman S, Moffat C, Makhema J, Moyo S, Thior I, McIntosh K, van Widenfelt E, Leidner J, Powis K, Asmelash A, Tumbare E, Zwierski S, Sharma U, Handelsman E, Mburu K, Jayeoba O, Moko E, Souda S, Lubega E, Akhtar M, Wester C, Tuomola R, Snowden W, Martinez-Tristani M, Mazhani L, Essex M. Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med*. 2010 Jun 17;362(24):2282-94.
18. Stehel EK, Sanchez PJ. Cytomegalovirus Infection in the Fetus and Neonate. *NeoReviews*. Jan 2005; 6 (1); p. e38 -e45.
19. Walker. World Health Organisation. Prevention of HIV in infants and young children. *Lancet*. 2002 Jul; 360 (9329):284-9.
20. World Health Organization. Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence [Internet]. 2010. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241599535/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/)
21. World Health Organization Statement: Breastfeeding and maternal tuberculosis. [Internet]. 1998. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/breastfeeding\\_and\\_maternal\\_tb.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/breastfeeding_and_maternal_tb.pdf)

## 6.2 Χρόνια Νοσήματα της Μητέρας

Τα συστηματικά νοσήματα χρειάζονται καλή γνώση της παθογένειας τους και των φαρμάκων που χορηγούνται σε αυτά.

### Σακχαρώδης διαβήτης

Ο Σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό. Δυστυχώς, όμως, τα ποσοστά θηλασμού των μητέρων με ΣΔ τύπου 1 είναι πολύ χαμηλά. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη νοσηρότητα, σε πρακτικές του νοσοκομείου που δεν ευνοούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και στην δυσκολία ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο της μητέρας.

Ορισμένες οδηγίες που μπορεί να εξασφαλίσουν την επιτυχία του θηλασμού σε μητέρες με σακχαρώδη διαβήτη, είναι οι εξής:

1. Ενημέρωση και εκπαίδευση των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και τη διαχείριση του διαβήτη.
2. Ο θηλασμός που αρχίζει μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό και η άμεση επαφή δέρμα με δέρμα θα ελαττώσουν τον αυξημένο κίνδυνο που έχουν τα βρέφη των μητέρων

με διαβήτη να εμφανίσουν υπογλυκαιμία. Το πρωτόγαλα καθώς επίσης και το ώριμο μητρικό γάλα περιέχουν αυξημένη ποσότητα γλυκόζης, που βοηθά στη σταθεροποίηση του σακχάρου στο αίμα του νεογέννητου. Για να αποφευχθεί τυχόν υπογλυκαιμία στα νεογνά διαβητικών μητέρων, η σίτιση θα πρέπει να ξεκινάει τις πρώτες δύο ώρες μετά τον τοκετό και να παρακολουθείται τακτικά το σακχάρο του αίματος, μέχρι να εξασφαλιστεί ικανοποιητική σίτιση και σταθεροποίηση των τιμών του σακχάρου. Συνήθως, η παρακολούθηση αφορά τις πρώτες 24-72 ώρες ζωής.

3. Επίσης, τα νεογνά διαβητικών μητέρων μπορεί να εμφανίζουν διαταραχές ασβεστίου και μαγνησίου καθώς και αυξημένο αιματοκρίτη, θρομβοπενία και ίκτερο. Για το λόγο αυτό συστήνεται ανάλογος κλινικοεργαστηριακός έλεγχος από την πρώτη ημέρα ζωής.
4. Συχνά, ιδίως σε περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη κατά την κύηση, το νεογνό νοσηλεύεται στο τμήμα νεογνών είτε προληπτικά προκειμένου να γίνει ο κατάλληλος εργαστηριακός έλεγχος και να εξασφαλιστεί στενή κλινική παρακολούθηση, είτε λόγω επιπλοκών όπως αναπνευστική δυσχέρεια. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να ενθαρρύνεται η έναρξη του θηλασμού όσο το δυνατόν νωρίτερα και η τακτική στη συνέχεια σίτιση του νεογνού από την μητέρα. Σε περίπτωση που το νεογνό δεν μπορεί να θηλάσει, η μητέρα μπορεί να αντλεί, αποθηκεύοντας το γάλα της για να το δώσει αργότερα στο μωρό της. Αν κριθεί αναγκαίο, χορηγείται υποκατάστατο μητρικού γάλακτος μέχρι την εγκατάσταση του θηλασμού.
5. Πρέπει να ρυθμίζεται προσεκτικά η διαίτα και οι δόσεις της ινσουλίνης στην μητέρα, λόγω του ότι οι ανάγκες σε αυτή αλλάζουν μετά από τον τοκετό. Ο καλός έλεγχος επιπέδων της γλυκόζης της μητέρας είναι σημαντικός για να διατηρηθεί η ίδια σε καλή κατάσταση. Επίσης, ασταθή επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μπορεί να καθυστερήσουν την έναρξη παραγωγής του μητρικού γάλακτος και να οδηγήσουν σε χαμηλή προσφορά γάλακτος. Η εγκατάσταση του σταδίου της γαλακτογένεσης II καθυστερεί 24 ώρες στις μητέρες με ΣΔ τύπου I, όμως την έβδομη ημέρα μετά τον τοκετό η παραγωγή γάλακτος είναι η ίδια με αυτή μιας μη διαβητικής μητέρας. Επίσης, οι ανάγκες σε ινσουλίνη μιας διαβητικής μητέρας που θηλάζει αποκλειστικά μπορεί να μειωθούν από μερικές μονάδες μέχρι το 50% των αναγκών της πριν την κύηση.
6. Οι διαβητικές μητέρες είναι επιρρεπείς σε λοιμώξεις και πρέπει να διδάσκονται πώς να τις προλαμβάνουν. Εάν αυτές αντιμετωπιστούν κατάλληλα και έγκαιρα, οι μητέρες μπορούν να εξακολουθούν να θηλάζουν χωρίς ανάγκη διακοπής του θηλασμού.
7. Τα οφέλη του θηλασμού για τη διαβητική μητέρα είναι σημαντικά. Χαρακτηριστικά, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο θηλασμός συντελεί στη μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα της μητέρας, καθώς η γλυκόζη αποτελεί υπόστρωμα για την σύνθεση της λακτόζης και πηγή ενέργειας για τη διαδικασία παραγωγής γάλακτος.

Οφέλη από τον θηλασμό έχουν και τα παιδιά από μητέρες με ΣΔ, αφού είναι γνωστό ότι έχουν χαμηλότερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη, τόσο τύπου I, όσο και τύπου II. Η συχνότητα, άλλωστε, μεταβολικού συνδρόμου είναι χαμηλότερη στα παιδιά που έχουν θηλάσει

Από την άλλη πλευρά, τα βρέφη που σιτίζονται με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος παράγουν περισσότερη ινσουλίνη σε

απάντηση στη σίτιση από ότι τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά, αν και τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους είναι παρόμοια. Συνεπώς, τα βρέφη που σιτίζονται με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος φαίνεται πιθανόν να αναπτύσσουν αντίσταση στην ινσουλίνη.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. CEMACH. Diabetes in pregnancy: caring for the baby after birth: findings of a national enquiry [Online]. 2007 [Τελευταία πρόσβαση: 12 Ιουν 2014]. Διαθέσιμο σε: <http://www.thehealthwell.info/node/29290>
2. Cordero L, Treuer SH, Landon MB, Gabbe SG. Management of infants of diabetic mothers. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998 Mar;152(3):249-54.
3. Davies HA, Clark JD, Dalton KJ, Edwards OM. Insulin requirements of diabetic women who breast feed. BMJ. 1989 May 20;298(6684):1357-8.
4. Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG; World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. Διαθέσιμο σε: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf)
5. Liu B, Jorm L, Banks E. Parity. Breastfeeding and the Subsequent Risk of maternal Type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010 Jun; 33(6):1239-41.
6. Mimouni FB, Mimouni G, Francis B and Bental YA. Neonatal Management of the Infant of Diabetic Mother. Pediat Therapeut. 2013; 4:1.
7. Neubauer SH, Ferris AM, Chase CG, Fanelli J, Thompson CA, Lammi-Keefe CJ, Clark RM, Jensen RG, Bendel RB, Green KW. Delayed lactogenesis in women with insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Clin Nutr. 1993 Jul;58(1):54-60.
8. Riviello C, Mello G, Jovanovic LG. Breastfeeding and the basal insulin requirement in type 1 diabetic women. Endocr Pract. 2009 Apr;15(3):187-93.
9. Sadauskaite-Kuehne V, Ludvigsson J, Padaiga Z, Jasinskiene E, Samuelsson U. Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. Diabetes Metab Res Rev. 2004 Mar-Apr;20(2):150-7.
10. Sanders VL, Vealé B. Systemic Breast Disease And Inflammatory Breast Lesions. Eradimaging. 2011. [Internet]. Διαθέσιμο σε: <http://eradimaging.com/site/article.cfm?ID=764>
11. Sparud-Lundin C, Wennergren M, Elfvin A, Berg M. Breastfeeding in Women With Type 1 Diabetes Exploration of predictive factors. Diabetes Care. 2011 Feb; 34(2): 296-301.
12. Stage E, Nørgård H, Damm P, Mathiesen E. Long-term breast-feeding in women with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2006 Apr;29(4):771-4.
13. Wallensteen M, Lindblad BS, Zetterström R, Persson B. Acute C-peptide, insulin and branched chain amino acid response to feeding in formula and breast fed infants. Acta Paediatr Scand. 1991 Feb;80(2):143-8.

## Άσθμα και θηλασμός

Η μητέρα πρέπει να καθορίζεται ότι η κατάστασή της δεν επηρεάζει την ικανότητα για παραγωγή γάλακτος. Ο θηλασμός δεν επηρεάζει την κατάσταση του άσθματος της μητέρας και το άσθμα δεν επηρεάζει τη διάρκεια του θηλασμού, όταν ρυθμίζεται σωστά.

Ο θηλασμός απαιτεί ελάχιστη σωματική προσπάθεια εκ μέρους της μητέρας. Μπορεί, συνεπώς, να θηλάσει πιο εύκολα το βρέφος όταν κάθεται αναπαυτικά. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια μιας ασθματικής κρίσης, η μητέρα μπορεί να είναι πολύ κουρασμένη, στενοχωρημένη ή ένδοξομένως να απαιτείται εισαγωγή της σε νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να ενθαρρύνεται να

διατηρεί ατομική τράπεζα γάλακτος, ώστε να έχει κάποια ποσότητα γάλακτος στην κατάψυξη σε περίπτωση που θα χρειαστεί νοσηλεία ή στην περίπτωση σοβαρού αναπνευστικού παροξυσμού, που θα την εμποδίσει να θηλάσει το μωρό της λόγω της αναπνευστικής δυσχέρειας.

Τα φάρμακα για την αντιμετώπιση του άσθματος θεωρούνται ασφαλή κατά τη γαλουχία.

- Τα εισπνεόμενα κορτικοστεροειδή χορηγούνται με ασφάλεια σε όλη τη διάρκεια της γαλουχίας. Η φλουτικαζόνη εμφανίζει τα χαμηλότερα επίπεδα από τα εισπνεόμενα στεροειδή στον ορό του αίματος.
- Τα από του στόματος κορτικοστεροειδή συνδέονται κατά 90% με πρωτεΐνες και ως εκ τούτου εκκρίνονται σε μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα.
- Αν και λιγότερο από το 1% της θεοφυλλίνης της μητέρας περνά μέσω του μητρικού γάλακτος στο βρέφος, η θεοφυλλίνη πρέπει να λαμβάνεται μετά τον θηλασμό.
- Οι β<sub>2</sub> διεγέρτες χορηγούνται με ασφάλεια.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Eglash A. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). Breastfeed Med. 2010 Jun;5 (3):127-30.
2. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British guideline on the management of asthma. (SIGN 101) [Internet]. SIGN: Edinburgh. Revised 2011. Διαθέσιμο σε: [www.brit-thoracic.org.uk](http://www.brit-thoracic.org.uk) και [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
3. McDonald CF, Burdon JGW. Asthma in pregnancy and lactation. MJA. 1996 Nov;165(9): 485-8.
4. Oddy WH, Peat JK, de Klerk NH. Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. J Allergy Clin Immunol. 2002 Jul;110(1):65-7.
5. Spencer JP, Gonzalez LS 3rd, Barnhart DJ. Medications in the breastfeeding mother. Am. Fam. Physician, 2001 Jul 1;64(1):119-127.

## Νοσήματα Θυρεοειδούς

### Υποθυρεοειδισμός

Ο υποθυρεοειδισμός της μητέρας δεν αποτελεί αντένδειξη για τον θηλασμό. Η μητέρα παίρνει τη θυροξίνη και θηλάζει κανονικά. Άλλωστε, οι θυρεοειδικές ορμόνες είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη του στήθους και την έναρξη της γαλακτοφορίας. Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων των ορμονών T4 και T3 και της παραγωγής γάλακτος. Όταν υπάρχει ανεπάρκεια θυρεοειδικών ορμονών υπάρχει αρνητική επίδραση στην επάρκεια γάλακτος. Μελέτη σε ποντίκια έδειξε ότι στις μητέρες που έπασχαν από υποθυρεοειδισμό τα επίπεδα της ωκυτοκίνης ως απάντηση στον θηλασμό ήταν χαμηλά, με συνέπεια μικρότερη παραγωγή γάλακτος από αυτές τις μητέρες. Επίσης, το γάλα τους είχε μικρότερη συγκέντρωση τριγλυκεριδίων.

### Υπερθυρεοειδισμός

Ο υπερθυρεοειδισμός συνήθως αντιμετωπίζεται με αντιθυρεοειδικά φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα αναστέλλουν τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών. Η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο ή



η χειρουργική αφαίρεση του θυρεοειδούς εφαρμόζονται σε περιπτώσεις που η φαρμακευτική θεραπεία δεν μπορεί να ελέγξει τη νόσο. Ο υπερθυρεοειδισμός της μητέρας δεν είναι απόλυτη αντένδειξη για τον θηλασμό, ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα φάρμακα που παίρνει η μητέρα.

Με βάση την παρούσα βιβλιογραφία, τόσο η προπυλθειουρακίλη όσο και η μεθιμαζόλη σε μέτρια δοσολογία (<300 mg/ημέρα προπυλθειουρακίλης ή 20-30 mg/ημέρα μεθιμαζόλης), είναι ασφαλή φάρμακα κατά τη γαλουχία, καθώς η συγκέντρωσή τους στο γάλα είναι πολύ μικρή. Προτιμάται να λαμβάνονται από την μητέρα σε διαιρεμένες δόσεις και αμέσως μετά τον θηλασμό, για να αποφεύγεται η χρονική περίοδος της μέγιστης συγκέντρωσης του φαρμάκου στο αίμα. Ωστόσο, απαιτείται προσεκτική κλινικοεργαστηριακή παρακολούθηση της μητέρας και του παιδιού.

Ο θηλασμός αντενδείκνυται κατά τη διάρκεια χορήγησης ραδιενεργού ιωδίου και για τουλάχιστον 4 εβδομάδες από τη διακοπή της αγωγής.

### Θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό

Είναι αυτοάνοσο νόσημα του θυρεοειδούς που εμφανίζεται μέσα στον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό, σε γυναίκες που δεν είχαν κλινικές εκδηλώσεις δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς πριν την εγκυμοσύνη. Περίπου το 7% των γυναικών θα εμφανίσουν θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό (η συχνότητα ποικίλλει ανάλογα με το γενετικό υπόβαθρο και την προσλήψη ιωδίου σε μία περιοχή). Οι γυναίκες που πάσχουν από ΣΔ τύπου 1, έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό.

Η υπερθυρεοειδική φάση εμφανίζεται 2-6 μήνες μετά τον τοκετό, συνήθως περίπου στους 3 μήνες. Το 1/3 των γυναικών που προσβάλλονται είναι ασυμπτωματικές. Όταν υπάρχει συμπτωματολογία, η μητέρα μπορεί να δυσκολεύεται στην φροντίδα του βρέφους λόγω της νευρικότητας και του άγχους. Συνήθως δεν επηρεάζεται η γαλουχία.

Η υποθυρεοειδική φάση εμφανίζεται 3-12 μήνες περίπου μετά τον τοκετό, συνήθως στους 8 μήνες μετά τον τοκετό, με το 20% -64% των περιπτώσεων να καταλήγουν σε μόνιμο υποθυρεοειδισμό. Τα συμπτώματα, όπως εύκολη κόπωση, απώλεια συγκέντρωσης, ελάττωση μνήμης, δυσκοιλιότητα, έλλειψη ενδιαιφρόντος για την φροντίδα του μωρού και κατάθλιψη μπορεί να συγχέονται με αυτά της επιλόχειας κατάθλιψης, όταν εμφανιστούν σε γυναίκες που έχουν γεννήσει πρόσφατα. Επίσης, μπορεί, όπως και στην περίπτωση του μόνιμου υποθυρεοειδισμού να επηρεαστεί η παραγωγή γάλακτος.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Azizi F, Amouzegar A. Management of hyperthyroidism during pregnancy and lactation. Eur J Endocrinol. 2011 Jun;164(6):871-6.
2. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, Amino N, Barbour L, Cobin RH, Eastman CJ, Lazarus JH, Luton D, Mandel SJ, Mestman J, Rovet J, Sullivan S. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Aug;97(8):2543-65.
3. Glatstein MM, Garcia-Bournissen F, Giglio N, Finkelstein Y, Koren G. Pharmacologic treatment of hyperthyroidism during lactation. Can Fam Physician. 2009 Aug;55(8):797-8.
4. Hapon MB, Simoncini M, Via G, Jahn GA. Effect of hypothyroidism on hormone profiles in virgin, pregnant and lactating rats, and on lactation. Reproduction. 2003 Sep;126(3):371-82.
5. Speller E, Brodribb W. Breastfeeding and thyroid disease: a literature review. Breastfeed Rev. 2012 Jul;20(2):41-7.

6. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Thyroid. 2011 Oct;21(10):1081-1125.

### Ρευματικά νοσήματα

Οι ρευματικές παθήσεις είναι συχνές στην αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών. Σε πανελλήνια μελέτη ο επιπολασμός στον πληθυσμό των ενηλίκων γυναικών υπολογίστηκε 33,7%. Φαίνεται ότι οι γυναίκες που θήλασαν έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ). Ο κίνδυνος μειώνεται αντιστρόφως ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που θήλασαν αποκλειστικά και τη διάρκεια του θηλασμού.

Η μητέρα με αυτοάνοσο νόσημα μπορεί να θηλάσει, αλλά ο παιδίατρος σε συνεργασία με τον ρευματολόγο θα τη συμβουλεύσουν για τα φάρμακα που θα χρειασθεί να πάρει. Σχεδόν όλα τα φάρμακα, που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των ρευματικών παθήσεων, εκκρίνονται στο γάλα της μητέρας. Ο θηλασμός επιτρέπεται κατά τη διάρκεια της λήψης των παρακάτω φαρμάκων, που είναι γνωστό ότι δεν έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες στα παιδιά που θηλάζουν:

- Παρακεταμόλη
- Μερικά μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη)
- Υδροξυκλωροκίνη (ανθελονοσιακό φάρμακο)
- Σουλφασαζίνη

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα και η παρακεταμόλη θα πρέπει να λαμβάνονται κατά ή λίγο μετά τον θηλασμό. Τα αναλγητικά με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής δε συνιστώνται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Η ιβουπροφίνη προτιμάται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, γιατί εμφανίζει πολύ χαμηλά επίπεδα στο μητρικό γάλα, έχει μικρό χρόνο ημίσειας ζωής και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα βρέφη, κυρίως άνω των τριών μηνών, σε δόσεις πολύ μεγαλύτερες από αυτές που ανευρίσκονται στο μητρικό γάλα.

Από τα κορτικοστεροειδή, η πρεδνιζόνη, η πρεδνιζολόνη και η μεθυλπρεδνιζολόνη παρουσιάζουν πολύ χαμηλή, άνευ κλινικής σημασίας, συγκέντρωση στο μητρικό γάλα. Δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για τη δεξαμεθαζόνη και τη βηταμεθαζόνη. Η υδροξυκλωροκίνη, η σουλφασαζίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή στις μητέρες που τα νεογνά τους εμφανίζουν ίκτερο, γιατί εκτοπίζουν τη χολερυθρίνη από τη λευκωματίνη του ορού και αυξάνουν τον κίνδυνο πυρηνικού ίκτερου.

Άλλο φάρμακο που χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση των ρευματικών νοσημάτων είναι το 5-αμινοσαλικυλικό οξύ, που έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση διαρροιών σε θηλάζοντα βρέφη. Άλλα φάρμακα όπως η αζαθειοπρίνη, η μεθοτρεξάτη, η κυκλοσπορίνη και η μυκοφαινολική μοφετίλη ανιχνεύονται σε χαμηλές συγκεντρώσεις στο μητρικό γάλα, αλλά δεν ενδείκνυται η χορήγησή τους κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Τα δεδομένα για τη συγκέντρωση της leflunomide και των βιολογικών παραγόντων στο μητρικό γάλα είναι λίγα και η χορήγησή τους στις θηλάζουσες μητέρες δε συστήνεται ακόμα.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Α. Ανδριανάκος, Π. Τρόντζας, Φ. Χριστογιάννης, Π. Ντάντης, Κ. Βουδούρης, Α. Γεωργούντζος, Γ. Καζιόλας, Ε. Βαφειάδου, Κ. Παντελίδου, Δ. Καραμήτσος, Λ. Κοντέλης, Π. Κράχτη, Ζ. Νικολιά, Ε. Κασκάνη, Ε. Ταβανιώτου, Χ. Αντωνιάδης, Γ.Καρανικόλας, Α. Κοντογιάννη. Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα: Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG. Ιατρική. 2003;84:18-206.
2. Cooper GS, Dooley MA, Treadwell EL, St Clair EW, Gilkeson GS. Hormonal and reproductive risk factors for development of systemic lupus erythematosus: results of a population-based, case-control study. Arthritis Rheum. 2002 Jul;46(7):1830-9.
3. Østensen M, Motta M. Therapy insight: the use of antirheumatic drugs during nursing. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007 Jul;3(7):400-6.

## Επιληψία

Με την προϋπόθεση ότι η νόσος ελέγχεται με φαρμακευτική αγωγή και η μητέρα δεν κάνει σπασμούς μπορεί να θηλάζει κανονικά. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα χαρακτηρίζονται από μεγάλη διαπερατότητα του πλακούντα και σχετικά μικρή απέκκριση στο μητρικό γάλα. Ο θηλασμός συμβάλλει στη σταδιακή μείωση των επιπέδων των φαρμάκων, που ανιχνεύονται μετά τη γέννηση στο αίμα του νεογέννητου. Αν και τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι συμβατά με τον θηλασμό, μπορεί να προκαλέσουν στο νεογνό υπνηλία, νωθρότητα και να επηρεάσουν τον θηλασμό. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι καρβαμαζεπίνη, λαμοτριγίνη, φαινυτοΐνη και το βαλπροϊκό οξύ.

Ανάλογα με την ασφάλειά τους ως προς τη γαλουχία τα αντιεπιληπτικά φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε:

- Αντιεπιληπτικά φάρμακα **ασφαλή** για χρήση κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό οξύ και η φαινυτοΐνη. Η φαινοβαρβιτάλη και η πιριμιδόνη είναι επίσης συμβατά, αν και πρέπει να παρακολουθούνται στενά τα επίπεδα των φαρμάκων στο βρέφος. Σε παρατεινόμενο νεογνικό ίκτερο, όταν η μητέρα λαμβάνει βαλπροϊκό νάτριο, θα πρέπει να ελέγχεται η ηπατική λειτουργία στο νεογνό.
- Αντιεπιληπτικά φάρμακα **μετρίως ασφαλή** κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Η γκαμπαπεντίνη, η λαμοτριγίνη, η λεβετιρακετάμη, η οξκαρβαμαζεπίνη, η πρεγκαμπαλίνη και η βιγκαμπατρίνη μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, αλλά πρέπει να συνταγογρα-

φούνται σε χαμηλότερη δόση. Παρά τα λιγοστά διαθέσιμα στοιχεία, η τιαγκαμπίνη και η τοπιραμάτη ανήκουν σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων.

- Αντιεπιληπτικά που **αντενδείκνυται** στον θηλασμό. Η αιθοσουξιμίδη θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις και μετά από ενυπόγραφη συγκατάθεση της μητέρας. Τέλος, θα πρέπει να αποφεύγεται, η ζονισαμίδη και η συνεχής χρήση διαζεπάμης ή κλοναζεπάμης.

Τα βρέφη που θηλάζουν θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά και όποτε κρίνεται απαραίτητο να μετρώνται τα επίπεδα των φαρμάκων σε αυτά.

Ακόμη και αν ένα αντιεπιληπτικό φάρμακο μπορεί να ληφθεί με ασφάλεια από την μητέρα που θηλάζει θα πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή η συμπεριφορά, ο ύπνος, οι διατροφικές συνήθειες και η ανάπτυξη του βρέφους, ειδικά στους δύο πρώτους μήνες της ζωής. Να σημειωθεί ότι η λαμοτριγίνη μπορεί να προκαλέσει θρομβοπενία στο βρέφος.

Δεν υπάρχει σαφής οδηγία για το πότε πρέπει να μετράμε τα επίπεδα των φαρμάκων στο μωρό. Φαίνεται λογική η σύσταση να γίνεται μέτρηση μετά από 4-8 εβδομάδες από την έναρξη του θηλασμού, αν το παιδί θηλάζει αποκλειστικά, τότε δηλαδή που η παραγωγή γάλακτος από την μητέρα και η πρόσληψη μητρικού γάλακτος από το βρέφος θα έχουν φθάσει στο μέγιστο επίπεδο.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Davanzo R, Dal Bo S, Bua J, Copertino M, Zanelli E, Matarazzo L. Antiepileptic drugs and breastfeeding. Ital J Pediatr. 2013 Aug 28;39:50.
2. Pennell PB. Antiepileptic drug pharmacokinetics during pregnancy and lactation. Neurology. 2003 Sep 1;61(6 Suppl 2):S35-42.

## 6.3 Αντενδείξεις Μητρικού Θηλασμού

Λίγοι είναι οι ιατρικοί λόγοι για τους οποίους αντενδείκνυται ο μητρικός θηλασμός. Οι απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις παρουσιάζονται συνοπτικά στον παρακάτω.

| ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ   |
|---|
| <b>Μεταβολικά νοσήματα νεογνού<sup>α</sup></b><br>Γαλακτοζαιμία (απαιτείται χορήγηση ειδικά τροποποιημένου γάλατος ελεύθερου λακτόζης).   |
| Μπότερες θετικές στον <b>Ανθρώπινο T- Λεμφοτρόπο Ιό I</b> και II (HTLV Type I & II).  |
| Στις αναπτυγμένες χώρες, οι οροθετικές για τον ιό <b>HIV</b> μπότερες.  |
| Μπότερες με μη θεραπευθείσα <b>βρουκέλωση</b> .   |
| Μπότερες με ενεργό μη-θεραπευμένη <b>φυματίωση</b> (μπορεί να δοθεί το γάλα με άντληση, καθώς δε θεωρείται ότι περνάει το μυκοβακτηρίδιο στο γάλα, ενώ μετά 2 και πλέον εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας η μητέρα μπορεί να θηλάσει απευθείας).   |
| Μπότερες με <b>δερματικές βλάβες απλού έρπητα τύπου I στο στήθος</b> (για όσο διάστημα υπάρχουν οι αλλοιώσεις το γάλα μπορεί να δοθεί με άντληση, καθώς δε θεωρείται ότι περνάει ο ιός στο γάλα).   |
| Οι μπότερες οι οποίες εκδηλώνουν <b>ανεμυελογιά</b> 5 ημέρες πριν έως και 2 ημέρες μετά τον τοκετό (η μητέρα απομονώνεται από το βρέφος και συνεπώς δε θηλάζουν αυτό το διάστημα, αλλά το μητρικό γάλα μπορεί να δοθεί μετά από άντληση).   |
| Μπότερες που λαμβάνουν <b>αντιμεταβολίτες ή χημειοθεραπεία</b> .  |
| Μπότερες που λαμβάνουν διαγνωστική ή θεραπευτική <b>ακτινοβολία με ραδιοϊσότοπα</b> (για όσο διάστημα υπάρχει το ραδιενεργό φάρμακο στο μητρικό γάλα).  |
| Χορήγηση στην μητέρα <b>φαρμάκων που αντενδείκνυται</b> στο μητρικό θηλασμό (κατηγορία L5 κατά Hale).   |
| Χρήση <b>ναρκωτικών ουσιών</b> από την μητέρα <sup>β</sup> .  |
| ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ   |
| Θετικές για ιό <b>ηπατίτιδας C</b> μπότερες εφόσον έχουν <b>πληγωμένες θηλές</b> . Ο θηλασμός καλό είναι να αποφεύγεται μέχρι να επούλωθούν οι πληγές.  |
| Μπότερες οροθετικές για τον <b>κυτταρομεγαλοϊό</b> (CMV) με πρόωρα νεογνά <sup>γ</sup> .  |
| Μπότερες με <b>απόστημα μαστού</b> εφόσον η εκροή πύου γίνεται από σημείο κοντά στην θηλή/ θηλαία άλω. Ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί από το άλλο στήθος. Ο πάσχων μαστός πρέπει να αδειάζει τακτικά.  |
| <sup>α</sup> Σε άλλες διαταραχές του ενδογενούς μεταβολισμού, όπως φαινυλκετονουρία, νόσος με οσμή ούρων σαν σιρόπι σφενδάμου, ο θηλασμός μπορεί να διατηρηθεί σε συνδυασμό με ειδικό συμπλήρωμα, αλλά απαιτείται στενή παρακολούθηση του βρέφους ως προς τη σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη και τις ανάλογες βιοχημικές παραμέτρους.      |
| <sup>β</sup> Οι μπότερες που είναι σε πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη και είναι οροαρνητικές για τον ιό HIV μπορούν να θηλάσουν.  |
| <sup>γ</sup> Στα πρόωρα νεογνά με ΠΧΒΓ η απόφαση για χορήγηση μητρικού γάλακτος πρέπει να σταθμίσει τα οφέλη του μητρικού γάλακτος έναντι του κινδύνου λοίμωξης από CMV. Η κατάψυξη μειώνει σημαντικά το ιικό φορτίο. Με την παστερίωση ο ιός εξουδετερώνεται αλλά παράλληλα καταστρέφει και σημαντικούς βιολογικούς παράγοντες του γάλακτος. |

Πίνακας 14. Απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Berlin CM Jr. Silicone breast implants and breast-feeding. Pediatrics. 1994 Oct;94(4 Pt 1):547-9.
- From the American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012 Mar; 129(3):e827-41.
- Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005 Feb;115(2):496-506.
- Hale TW. Medications and Mothers' Milk. 11th ed. Amarillo, Texas, USA: Pharnasoft Publishing LP; 2004.
- Huner G, Baykal T, Demirkol M. Breastfeeding experience in inborn errors of metabolism other than phenylketonuria. J Inher Metab Dis. 2005;28(4):457-65.
- Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. Clin Perinatol. 2004 Sep;31(3):501-28.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

### 7.1 Νεογνικός ίκτερος στο φυσιολογικό τελειόμηνο θηλάζον βρέφος

Περίπου 60% των τελειόμηνων και 80% των προώρων νεογνών εμφανίζουν κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας ζωής κλινικό ίκτερο, με ολική χολερυθρίνη μεγαλύτερη του 6 mg/dL. Η χολερυθρίνη πιστεύεται ότι έχει αντιοξειδωτική δράση έναντι του οξειδωτικού στρες, που υφίσταται το νεογνό τις πρώτες ημέρες ζωής. Ωστόσο, τιμή άνω του 25 mg/dl στα τελειόμηνα νεογνά συνδέεται με την εμφάνιση οξείας εγκεφαλοπάθειας από χολερυθρίνη και σπανιότερα με την εκδήλωση πυρηνικού ίκτερου, ο οποίος χαρακτηρίζεται από βλάβη στα βασικά γάγγλια και το στέλεχος του εγκεφάλου και αποτελεί γνωστό αίτιο εγκεφαλικής παράλυσης.

Φυσιολογικά, τα επίπεδα της χολερυθρίνης αρχίζουν να αυξάνουν μετά τις 24 ώρες ζωής, με τη μέγιστη τιμή για τα τελειόμηνα νεογνά να παρατηρείται την 3<sup>η</sup>-5<sup>η</sup> ημέρα μετά τη γέννηση. Ο «φυσιολογικός» ίκτερος, όπως αποκαλείται, αυξάνεται με ρυθμό <5 mg/dL την ημέρα και δεν ξεπερνά τα 15 mg/dL. Τα νε-

ογνά που θηλάζουν εμφανίζουν πιο συχνά νεογνικό ίκτερο και έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης έμμεσης υπερχολερυθριναιμίας μεγαλύτερης του 15 mg/dl (2%) σε σχέση με εκείνα που σιτίζονται με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (0,3%).

Ο ίκτερος που εμφανίζεται τις πρώτες 2 με 4 ημέρες μετά τον τοκετό και σχετίζεται με την ανεπαρκή πρόσληψη μητρικού γάλακτος αποκαλείται *ίκτερος από μητρικό θηλασμό* και αποδίδεται στην αύξηση του εντεροπατικού κύκλου της χολερυθρίνης. Το μηκύνιο περιέχει σημαντική ποσότητα χολερυθρίνης και η ανεπαρκής σίτιση οδηγεί σε μειωμένο αριθμό κενώσεων και συνεπώς μειωμένη αποβολή της εκκρινόμενης χολερυθρίνης από τα κόπρανα. Παράλληλα, συντελεί στην μειωμένη πρόσληψη θερμίδων, το οποίο φαίνεται ότι διεγείρει την επαναπρόσληψη της χολερυθρίνης στα πλαίσια της εντεροπατικής κυκλοφορίας. Συνεπώς, επί απουσίας άλλου προδιαθεσικού παράγοντα, όπως ασυμβατότητας ομάδας αίματος, κεφαλαϊμάτων ή πολυερυθραιμίας (πίνακας 15), η εκδήλωση υψηλού ίκτερου τις πρώτες ημέρες ζωής θα πρέπει να θεωρείται ότι οφείλεται σε ανεπαρκή πρόσληψη γάλακτος.

| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ                               |  |
|---|--|
| Τιμή χολερυθρίνης προ εξόδου στη ζώνη υψηλού κινδύνου (Εικόνα 28)   | Ίκτερος το πρώτο 24ωρο ζωής                                      |
| Ασυμβατότητα ομάδα αίματος με θετική άμεση δοκιμασία Coombs, άλλη αιμολυτική νόσος (πχ. ανεπάρκεια G6PD). | Προηγούμενο παιδί της οικογένειας με ιστορικό σοβαρού ίκτερου    |
| Ηλικία κύησης <38 εβδ   | Άρρεν νεογνό   |
| Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός με σημαντική απώλεια βάρους   | Κλινική εικόνα λοίμωξης  |
| Πολυερυθραιμία, κεφαλαϊμάτωμα, εκτεταμένες εκχυμώσεις   | Υποξία, οξέωση, αφυδάτωση, υπολευκωματιναιμία                    |
| Παιδί διαβητικής μητέρας με μακροσωμία  | Χρώμα δέρματος   |
| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΥ ΙΚΤΕΡΟΥ                               |  |
| Τιμή χολερυθρίνης προ εξόδου στη ζώνη χαμηλού κινδύνου (Εικόνα 28)  | Αφροαμερικανική προέλευση (όπως αυτή καθορίζεται από την μητέρα) |
| Ηλικία κύησης >41 εβδομάδες   | Έξοδος από το μαιευτήριο μετά τις 72 ώρες ζωής                   |
| Σίτιση αποκλειστικά με υποκατάστατο μητρικού γάλακτος   |  |

Βασισμένος στον ανάλογο πίνακα της *American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004 Jul;114(1):297-316.*

Πίνακας 15: Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σημαντικού ίκτερου

Ο ίκτερος που σχετίζεται με το μητρικό θηλασμό και εμφανίζεται μετά την 4<sup>η</sup>-7<sup>η</sup> ημέρα ζωής και δεν οφείλεται σε άλλη γνωστή αιτία ονομάζεται *ίκτερος από μητρικό γάλα*. Αποτελεί συχνή αιτία έμμεσης υπερχολερυθριναιμίας. Στο 20-30% των βρεφών που θηλάζουν παρατείνεται πέρα της 2<sup>ης</sup>-3<sup>ης</sup> εβδομάδας και σε ορισμένα βρέφη μπορεί να επιμείνει μέχρι και τον τρίτο μήνα. Η αιτιολογία του δεν είναι διευκρινισμένη. Πιστεύεται ότι οφείλεται στην παρουσία ουσιών στο μητρικό γάλα οι οποίες επηρεάζουν τον εντεροηπατικό κύκλο της χολερυθρίνης. Επίσης, έχει βρεθεί συσχέτιση του *ικτέρου από μητρικό γάλα* με μεταλλάξεις του γονιδίου του ενζύμου της γλυκουρονοσουλφτρανσφεράσης της φωσφορικής ουριδίνης (UGT1A1), που ανευρίσκονται στο σύνδρομο Gilbert.

## Πρόληψη και αντιμετώπιση του νεογνικού ίκτερου

Όσον αφορά την εκδήλωση και την πορεία του ίκτερου είναι πολύ σημαντική η σωστή και τακτική παρακολούθηση του νεογνού, προκειμένου να προληφθεί ο υποσιτισμός και η αφυδάτωσή του και να αντιμετωπιστεί εγκαίρως η σοβαρή υπερχολερυθριναιμία. Στα νεογνά με παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση υπερχολερυθριναιμίας η παρακολούθηση είναι πιο εντατική και η αντιμετώπιση πιο επιθετική.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίνεται στα οριακά πρόωρα βρέφη (35-37 εβδομάδων κύησης), λόγω του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης προβλημάτων κατά τον θηλασμό και της μειωμένης ικανότητας πρόσληψης και σύζευξης της χολερυθρίνης από το ήπαρ.

Προκειμένου να προληφθεί ο «ίκτερος από μητρικό θηλασμό» συστήνεται η έναρξη του θηλασμού την πρώτη ώρα ζωής,

ο θηλασμός να γίνεται τουλάχιστον 8 με 12 φορές την ημέρα για τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, με έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, προκειμένου να προληφθεί η αφυδάτωση και η μειωμένη πρόσληψη θερμίδων. Δε συστήνεται η συμπληρωματική χορήγηση νερού ή σακχαρόνευρου για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της υπερχολερυθριναιμίας.

Συμπληρωματική χορήγηση αντλημένου μητρικού γάλακτος ή υποκατάστατου μητρικού γάλακτος ενδείκνυται σε περιπτώσεις απώλειας βάρους πάνω από 10%, παρά τις προσπάθειες να αντιμετωπιστούν τυχόν προβλήματα θηλασμού και μειωμένης παραγωγής γάλακτος ή όταν εμφανιστούν σημεία και συμπτώματα αφυδάτωσης.

Αν το νεογνό εξέλθει από το μαιευτήριο πριν τις 48 ώρες ζωής, επειδή ο ίκτερος δεν έχει φτάσει στο μέγιστο της τιμής του, συνιστάται η επανεκτίμηση του νεογνού στα 2 επόμενα εικοσιτετράωρα. Επίσης, είναι σημαντικό η τιμή της χολερυθρίνης να εκτιμάται ανάλογα με την ηλικία ζωής σε ώρες, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία κύησης και τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου, όπως συστήνεται από την Αμερικάνικη Εταιρεία Παιδιατρικής και την Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία. Με βάση τα διαγράμματα που φαίνονται στις εικόνες 28 και 29, όταν η τιμή του ίκτερου πλησιάζει για την ηλικία την 95<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση ή/και παρουσιάζει ταχεία άνοδο διασχίζοντας εκατοστιαίες θέσεις η παρακολούθηση του νεογνού θα πρέπει να είναι πιο εντατική. Θα πρέπει να αναζητούνται πιθανά υποκείμενα αίτια και έγκαιρα να ξεκινάει η φωτοθεραπεία προκειμένου να αποφευχθούν τοξικά επίπεδα υπερχολερυθριναιμίας. Στον πίνακα 16 αναφέρονται οι προτεινόμενες εργαστηριακές εξετάσεις για τη διερεύνηση τυχόν υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων σε περιπτώσεις σοβαρής και παρατεταμένης υπερχολερυθριναιμίας.

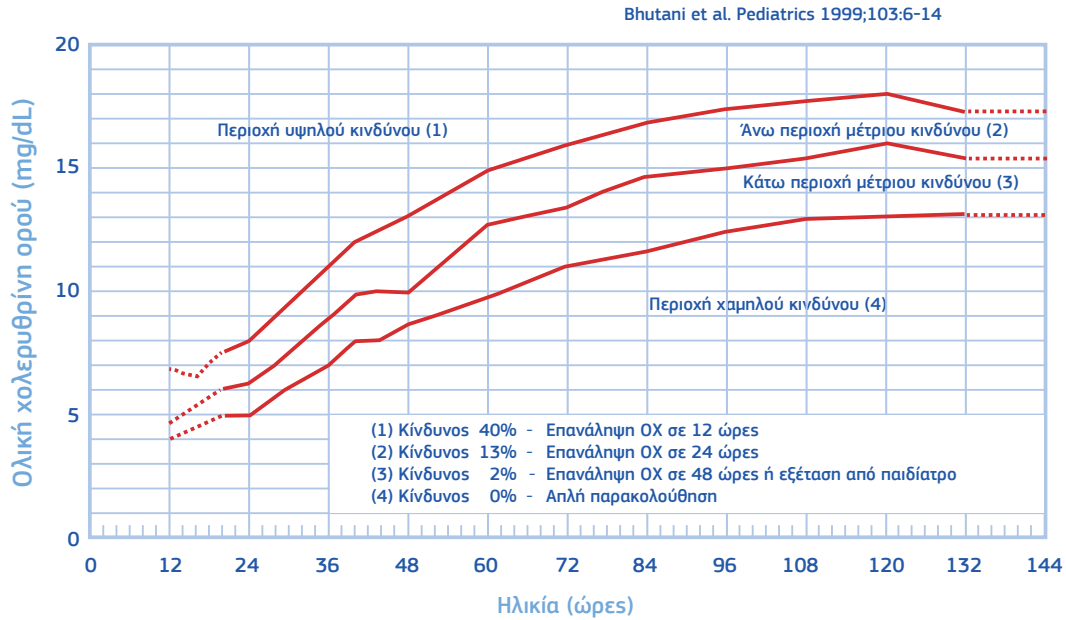
| ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ   | ΣΧΟΛΙΟ  |
|--|---|
| Ολική και άμεση χολερυθρίνη                                  | Η άμεση χολερυθρίνη θα πρέπει να γίνεται σε όλες τις περιπτώσεις παρατεινόμενου ή σοβαρού ίκτερου, προκειμένου να ανιχνευτεί έγκαιρα ενδοηπατική ή εξωηπατική χολόσταση, αλλά και άλλα αίτια που συνδέονται με διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας.   |
| Ηπατικά ένζυμα   | Ο έλεγχος των ηπατικών ενζύμων ενδείκνυται όταν διαπιστωθεί άμεση υπερχολερυθριναιμία. Οι τιμές των ηπατικών ενζύμων είναι συνήθως σχετικά αυξημένες κατά τη νεογνική περίοδο, χωρίς να υπάρχει παθολογικό αίτιο.   |
| Αλβουμίνη  | Κρίνεται σκόπιμος ο έλεγχος της αλβουμίνης σε περιπτώσεις σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας. Προτείνεται η μείωση των ορίων φωτοθεραπείας σε περιπτώσεις που τα επίπεδα της αλβουμίνης είναι μικρότερα του 3 g/dL.   |
| Γενική αίματος και επίχρισμα περιφερικού αίματος             | Για διερεύνηση αιμολυτικής αναιμίας και πιθανής λοίμωξης  |
| Δικτυοερυθροκύτταρα (ΔΕΚ)                                    | Ως δείκτης αιμόλυσης  |
| Ομάδα αίματος μητέρας και νεογνού και άμεση δοκιμασία Coombs | Η δοκιμασία Coombs δεν είναι απαραίτητη αν το βρέφος δεν έχει αναιμία ή δεν παρουσίασε πρώιμο ίκτερο ή δεν έχει στοιχεία από τη γενική αίματος ενδεικτικά αιμόλυσης.  |
| Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD)                     | Η έλλειψη του ενζύμου G6PD συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο και πρωιμότερη έναρξη του νεογνικού ίκτερου και μπορεί να χρειαστεί φωτοθεραπεία ή αφαιρομετάγγιση. Η δραστηριότητα του ενζύμου G6PD είναι υψηλή στα ΔΕΚ. Συνεπώς, στα νεογνά με αυξημένο αριθμό ΔΕΚ μπορεί να έχουν ψευδώς φυσιολογική τιμή ενζύμου κατά τη νεογνική περίοδο. |
| Έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας                             | Το νεογνικό screening περιλαμβάνει τον έλεγχο μόνο της TSH. Ο έλεγχος δεν αποκλείει τις περιπτώσεις υποφυσιακού υποθυρεοειδισμού.   |
| Γενική και καλλιέργεια ούρων                                 | Γίνεται προκειμένου να αποκλειστεί η ουρολοίμωξη. Επίσης, το υψηλό ειδικό βάρος των ούρων συνηγορεί με αφυδάτωση του βρέφους.   |
| Έλεγχος του μεταβολικού screening του ΙΥΠ                    | Στο screening περιλαμβάνεται η γαλακτοζαιμία.   |

Πίνακας 16: Προτεινόμενες εργαστηριακές εξετάσεις για τη διερεύνηση τυχόν υποκείμενων παθολογικών καταστάσεων σε περιπτώσεις σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας.

Στην περίπτωση που χρειαστεί η εφαρμογή φωτοθεραπείας η μητέρα μπορεί να συνεχίσει να θηλάζει αποκλειστικά. Η διακοπή της φωτοθεραπείας μέχρι 30 λεπτά ανά 2 με 4 ώρες προκειμένου να θηλάσει το βρέφος δεν αλλάζει την αποτελεσματικότητα της φωτοθεραπείας. Εάν, όμως τα επίπεδα της ολικής χο-

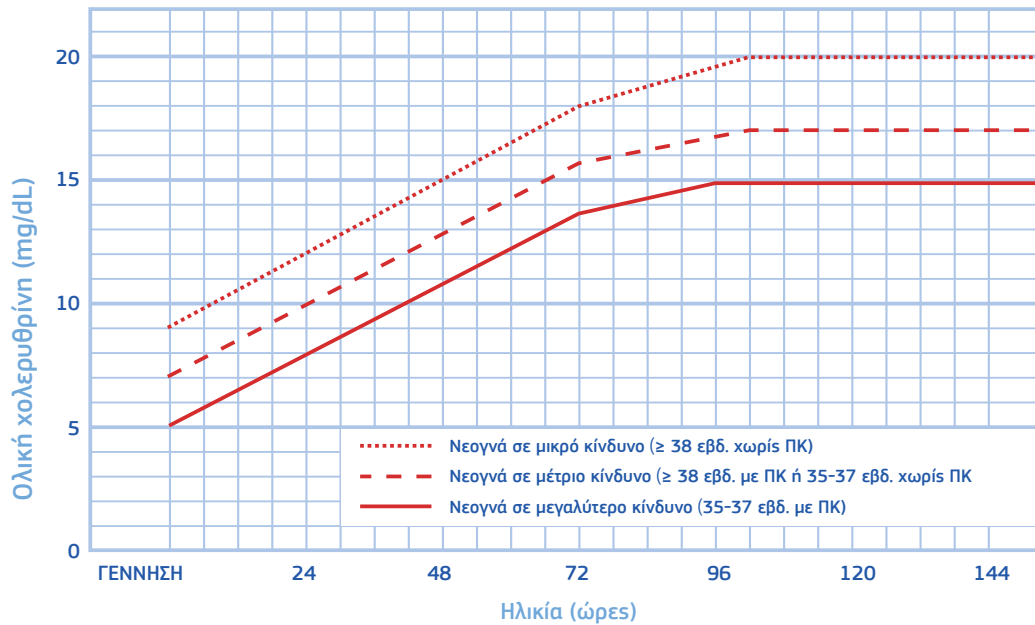
λερυθρίνης πλησιάζουν τα όρια της αφαιχομετάγγισης (ΑΦΜ) (εικόνα 30), η φωτοθεραπεία δεν διακόπτεται για θηλασμό. Συνεχίζεται, ωστόσο, η από του στόματος σίτιση, κατά προτίμηση με αντλημένο μητρικό γάλα και οι αντλήσεις για τη διατήρηση της παραγωγής.

### Διάγραμμα ολικής χολερυθρίνης ορού για την εκτίμηση του κινδύνου σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας



Εικόνα 28: Διάγραμμα ολικής χολερυθρίνης ορού για την εκτίμηση του κινδύνου σοβαρής υπερχολερυθριναιμίας.

### Διάγραμμα Ορίων Έναρξης Φωτοθεραπείας (≥35 εβδ.)

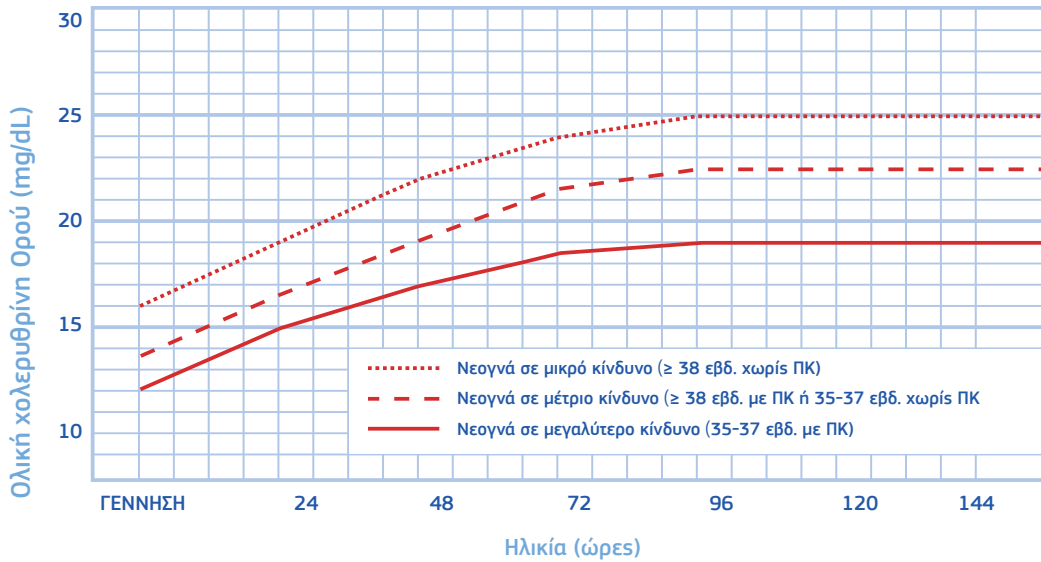


**Παράγοντες Κινδύνου (ΠΚ):** αιμόλυση από ασυμβατότητα Rh, ABO ή έλλειψη G6PD, ασφυξία, λήθαργος, αστάθεια θερμοκρασίας, σπυραιμία, οξέωση

Εικόνα 29: Διάγραμμα ορίων έναρξης Φωτοθεραπείας (≥ 35 εβδομάδων)

(Πηγή: Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία: Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της υπερχολερυθριναιμίας σε νεογνά με ηλικία κύησης ≥ 35 εβδομάδων).

### Διάγραμμα Ορίων Αφαιμαξομετάγγισης (≥35 εβδ.)



**Παράγοντες Κινδύνου (ΠΚ):** αιμόλυση από ασυμβατότητα Rh, ABO ή έλλειψη G6PD, ασφυξία, λήθαργος, αστάθεια θερμοκρασίας, σπυραιμία, οξέωση

Εικόνα 30: Διάγραμμα ορίων Αφαιμαξομετάγγισης (≥ 35 εβδομάδων)

(Πηγή: Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία: Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της υπερχοληρυθριναιμίας σε νεογνά με ηλικία κύησης ≥ 35 εβδομάδων).

Η χορήγηση του αντλημένου γάλακτος προτιμάται να γίνεται με τη βοήθεια κυπέλου σίτισης ή άλλων βοηθημάτων σίτισης και αποφυγή, αν είναι δυνατόν, χρήσης τεχνητών θηλών και μπουκαλιών σίτισης. Η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών δεν συνιστάται σε τελειόμνηνα ή οριακά πρόωρα νεογνά, παρά μόνο συμπληρωματικά αν υπάρχει εκσεσημασμένη αφυδάτωση ή κατά τη διάρκεια της ΑΦΜ.

Η διακοπή του μητρικού θηλασμού για 48 ώρες και η χορήγηση αποκλειστικά τεχνητού γάλακτος δεν αποτελεί την προτεινόμενη μέθοδο αντιμετώπισης του ικτέρου, καθώς είναι πιθανόν να θέσει σε κίνδυνο τη διατήρηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, ακόμα και αν αποτελεί βραχείας διάρκειας πρακτική. Μπορεί, ωστόσο, να προταθεί σε περιπτώσεις όπου το νεο-

γνό βρίσκεται στο σπίτι, η τιμή της χοληρυθρίνης πλησιάζει τα επίπεδα φωτοθεραπείας κατά 2-3mg/dl και επιθυμείται η αποφυγή επανεισαγωγής στο νοσοκομείο για φωτοθεραπεία. Προτείνεται επίσης, αν και σπάνια σε περιπτώσεις, που δεν υπάρχει η αναμενόμενη ανταπόκριση στη φωτοθεραπεία και έχει θεωρηθεί ότι αυτό οφείλεται αποκλειστικά στο μητρικό γάλα. Η τακτική αυτή μπορεί να συντελέσει στη μείωση των επιπέδων χοληρυθρίνης, αλλά θα πρέπει να γίνεται με παράλληλη υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Επίσης, είναι σημαντικό να συνοδεύεται με τακτική και συχνή παρακολούθηση της χοληρυθρίνης, μέχρι να επιβεβαιωθεί η σταθερή υποχώρηση του ικτέρου μετά την επανέναρξη του θηλασμού.



## Παρακολούθηση του νεογνού με ίκτερο μετά την έξοδο από το μαιευτήριο

Κάθε νεογνό πριν την έξοδό του από το μαιευτήριο θα πρέπει να εκτιμάται ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής υπερχοληρυθριναιμίας, ιδίως αν εξέρχεται πριν τις 72 ώρες ζωής και θα πρέπει να δίνεται στους γονείς γραπτό πλάνο παρακολούθησης του ικτέρου. Σημαντικά είναι επίσης η έγκαιρη επανεκτίμηση του νεογνού τα πρώτα εικοσιτετράωρα, ως προς την πορεία του ικτέρου και τυχόν σημεία αφυδάτωσης.

Αν και η επιμονή του ικτέρου είναι πιο συχνή στα θηλάζοντα βρέφη, με το 9% αυτών να συνεχίζει να έχει κλινικό ίκτερο μέχρι τις 28 ημέρες ζωής, η διάγνωση του *ικτέρου από μητρικό γάλα* αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού. Συνήθως τα επίπεδα ικτέρου δεν είναι επικίνδυνα (μικρότερα του 20mg/dl). Στην περίπτωση *παραινόμενου ικτέρου* (ίκτερος που διαρκεί πάνω από 14 ημέρες σε τελειόμηνα νεογνά και πάνω από 21 ημέρες σε πρόωρα), όπως και όταν ο ίκτερος πρωτοεμφανίζεται μετά τις επτά ημέρες από τον τοκετό θα πρέπει να διερευνάται η ύπαρξη υποκείμενης παθολογίας.

Η διάγνωση του *ικτέρου από μητρικό θηλασμό*, συνήθως γίνεται όταν πρόκειται για ένα υγιές, καλά αναπτυσσόμενο βρέφος με καλή πρόσληψη βάρους στο οποίο οι παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύονται με υπερχοληρυθριναιμία έχουν αποκλειστεί μετά από ενδελεχή κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Η διακοπή του θηλασμού για 48 ώρες μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ικτέρου αλλά δε συνιστάται για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Διαγνωστικά δεν αποτελεί σωστή τακτική καθώς μπορεί λανθασμένα να συντελέσει στον καθησυχασμό και να μην αναζητηθεί και ανευρεθεί τυχόν επικίνδυνη υποκείμενη αιτία.

Το νεογνό είναι απαραίτητο να εκτιμάται κλινικά ως προς τη γενική του κατάσταση, την πρόσληψη βάρους και τη σωματική ανάπτυξη και να διερευνάται η ύπαρξη αποχρωματισμένων κενάσεων ή/και υπέρχρωρον ούρων. Αν το θηλάζον νεογνό δεν παίρνει επαρκώς βάρος επανεκτιμάται η τεχνική και η συχνότητα του θηλασμού και δίνεται η κατάλληλη υποστήριξη. Αν θεωρηθεί αναγκαίο δίνεται συμπληρωματικά γάλα με τη σειρά προτίμησης που προαναφέρθηκε. Παράλληλα, ανεξάρτητα από τη σιτιστική κατάσταση του νεογνού γίνεται εργαστηριακός έλεγχος για υποκείμενες παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να εκδηλωθούν με ίκτερο ή/και να επηρεάσουν τη σίτιση του βρέφους και που είναι σημαντικό να διαγνωστούν έγκαιρα, όπως η απόφραξη των ενδοηπατικών ή εξωηπατικών χοληφόρων, οι λοιμώξεις, ο συγγενής υποθυρεοειδισμός και οι ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού, τύπου γαλακτοζαιμίας και η αιμόλυση.

Συμπερασματικά, ο ίκτερος αποτελεί συχνή κλινική εκδήλωση των υγιών βρεφών που θηλάζουν. Συνήθως, η σωστή καθοδήγηση και η κατάλληλη υποστήριξη της θηλάζουσας μητέρας προστατεύει τα νεογνά από τον υποσιτισμό και κατ' επέκταση από την αφυδάτωση και την αύξηση της χοληρυθρίνης σε τοξικά επίπεδα. Η τακτική κλινική και εργαστηριακή παρακολούθηση του νεογνού τόσο στο μαιευτήριο όσο και μετά την έξοδο και η συνεκτίμηση των παραγόντων κινδύνου επιτρέπει την έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση, ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές που σχετίζονται με τον ίκτερο ή με υποκείμενες παθολογικές καταστάσεις.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #22: guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal to or greater than 35 weeks' gestation. *Breastfeed Med*. 2010 Apr;5(2):87-93.
2. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):297-316.
3. Behrman RE, ed (1992). *Nelson Textbook of Pediatrics* (14th ed). Philadelphia, Pa: Saunders, p. 478.
4. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predictive ability of a predischarge hour-specific serum bilirubin for subsequent significant hyperbilirubinemia in healthy term and near-term newborns. *Pediatrics*. 1999;103:6-14.
5. Crofts DJ, Michel VJ-M, Rigby AS, Tanner MS, Hall DMB, Bonham JR. Assessment of stool colour in community management of prolonged jaundice in infancy. *Acta Paediatr*. 1999;88:969-74.
6. Frank JE. Diagnosis and management of G6PD deficiency. *Am Fam Physician*. 2005 Oct 1;72(7):1277-82.
7. Gartner LM. Breastfeeding and jaundice. *J Perinatol*. 2001 Dec;21 Suppl 1:S25-9; discussion S35-9.
8. Hannam S, McDonnell M, Rennie JM. Investigation of prolonged neonatal jaundice. *Acta Paediatr* 2000;89(6):694-7.
9. Thilo EH, Rosenberg AA. The newborn infant. In: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR, editors. *Current Diagnosis & Treatment Pediatrics*. 20th ed. USA: McGraw-Hill Companies; 2011; p. 10-18.
10. Keren R. and Bhutani VK. Predischarge Risk Assessment for Severe Neonatal Hyperbilirubinemia. *NeoReviews*. 2007 Nov; 8(2): e68 -e76.
11. Κωνσταντίνου Δ, Βαρβαρήγου Α, Δασκαλάκη Α, Διαμαντή Ε. Ελληνική Νεογνολογική Εταιρεία: Κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της υπερχοληρυθριναιμίας σε νεογνά με ηλικία κύησης  $\geq 35$  εβδομάδων. *Παιδιατρική*. Ιούλιος-Δεκέμβριος 2012; 75(3-4): 12-21.
12. Mauro Y, Nishizawa K, Sato H, Sawa H, Shimada M. Prolonged unconjugated hyperbilirubinemia associated with breast milk and mutations of the bilirubin uridine diphosphate-glucuronosyltransferase gene. *Pediatrics*. 2000 Nov;106(5):E59.
13. Maisels MJ. Neonatal Jaundice. *Pediatrics in Review*. 2006 Dec; 27 (12): 443 -454
14. Maisels MJ, Bhutani VK, Bogen D, Newman TB, Stark AR, Watchko JF. Hyperbilirubinemia in the newborn infant > or =35 weeks' gestation: an update with clarifications. *Pediatrics*. 2009 Oct;124(4):1193-8.
15. Preer GL, Philipp BL. Understanding and managing breast milk jaundice. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2011 Nov;96(6):F461-6. Epub 2010 Aug 5.
16. Shapiro SM, Bhutani VK, Johnson L. Hyperbilirubinemia and kernicterus. *Clin Perinatol*. 2006 Jun;33(2):387-410.
17. Watchko JF. Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant. *Clin Perinatol*. 2006 Dec;33(4):839-52.

## 7.2 Υπογλυκαιμία τις πρώτες ημέρες ζωής

Η υπογλυκαιμία είναι η πιο συχνή μεταβολική διαταραχή κατά τη νεογνική περίοδο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελεί μέρος των φυσιολογικών διαδικασιών προσαρμογής στην εξωμήτριο ζωή. Τα επίπεδα του σακκάρου του εμβρύου είναι περίπου 15 mg/dL χαμηλότερα από τα επίπεδα της μητέρας και μειώνονται σημαντικά τις πρώτες ώρες μετά τη γέννηση. Όμως, στα φυσιολογικά τελειόμνη νεογνά τα επίπεδα σταθεροποιούνται στις τιμές 50 με 80 mg/dL μέχρι τις τρεις πρώτες ώρες ζωής.

Φυσιολογικά, ως υπογλυκαιμία μπορεί να οριστεί η αδυναμία προσφοράς στον οργανισμό της ποσότητας γλυκόζης, που απαιτείται για την ικανοποίηση των αναγκών του. Αυτό μεταφράζεται σε ποικίλες τιμές συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα, καθώς η πτώση των επιπέδων του σακκάρου στο αίμα ενεργοποιεί αντιρροπιστικούς μηχανισμούς με αύξηση της επινεφρίνης, της κορτιζόλης, της γλυκαγόνης και της αυξητικής ορμόνης. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, η γλυκερόλη και τα κετονικά σώματα αποτελούν εναλλακτικές πηγές ενέργειας για τα εγκεφαλικά κύτταρα του νεογνού.

Συνεπώς, τα φυσιολογικά τελειόμνη νεογνά, τα οποία αν και δε σιτίζονται τακτικά τα πρώτα 2 με 3 εικοσιτετράωρα ζωής, επειδή είναι σε θέση να επάγουν τους προαναφερθέντες αντιρροπιστικούς μηχανισμούς είναι απίθανο να υποστούν συνέπειες, παρά μόνο αν υποσιτίζονται για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστη-

μα. Επομένως, η μέτρηση του σακκάρου στα τελειόμνη, φυσιολογικά νεογνά δε συστήνεται, παρά μόνο σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ύποπτη συμπτωματολογία ή σε περιπτώσεις παρατεταμένου και σημαντικού υποσιτισμού του νεογνού. Ιδίως τις πρώτες 2 με 3 ώρες μετά τη γέννηση είναι σκόπιμο να αποφεύγεται η μέτρηση του σακκάρου, καθώς έχει παρατηρηθεί πτώση των τιμών στα πλαίσια της φυσιολογικής, όπως αναφέρθηκε, προσαρμογής στην εξωμήτριο ζωή. Καμία μελέτη, άλλωστε, δεν έχει δείξει επιβλαβή επίδραση της παροδικής αυτής υπογλυκαιμίας στο ασυμπτωματικό νεογνό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει ως *όριο υπογλυκαιμίας*, για τις πρώτες 48 με 72 ώρες ζωής, τόσο για τα τελειόμνη όσο και για τα πρόωρα νεογνά, τα 45 mg/dL. Ωστόσο, ακόμα και σήμερα υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τον ορισμό της υπογλυκαιμίας.

Κλινικά, σοβαρό επεισόδιο υπογλυκαιμίας θεωρείται το επεισόδιο που συνοδεύεται από ανάλογη συμπτωματολογία (πίνακας 17), η οποία υποχωρεί με την αποκατάσταση των τιμών του σακκάρου του αίματος. Η εμφάνιση παθολογικών σημείων και συμπτωμάτων στα πλαίσια *σημαντικής* (της τάξεως του 0-20mg/dl) ή *παρατεταμένης* υπογλυκαιμίας αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για τη νευρολογική εξέλιξη των αντίστοιχων νεογνών. Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της συμπτωματικής σοβαρής υπογλυκαιμίας περιλαμβάνουν από γνωστικές διαταραχές μέχρι εγκεφαλική παράλυση, αλλά και επίμονες ή υποτροπιάζουσες επιληπτικές διαταραχές, καθώς και νοτική υστέρηση διαφόρου βαθμού.

| Συμπτώματα υπογλυκαιμίας                  |
|---|
| Τρόμος                                    |
| Ευερεθιστότητα                            |
| Υψίσυχνο κλάμμα                           |
| Υποτονία, ληθαργικότητα, αδυναμία σίτισης |
| Ταχύπνοια, γογγυσμός                      |
| Διαταραχή της θερμορύθμισης               |
| Ωχρότητα                                  |
| Εφίδρωση                                  |
| Άπνοια, κυάνωση                           |
| Σπασμοί                                   |
| Καρδιακή ανακοπή                          |

Πίνακας 17: Συμπτώματα Υπογλυκαιμίας

Είναι πολύ σημαντικό ότι ακόμα και σε πολύ χαμηλές τιμές σακκάρου, υπάρχουν βρέφη που δεν εκδηλώνουν πάντα συμπτωματολογία. Στις περιπτώσεις αυτές είναι άγνωστες οι μακροπρόθεσμες νευρολογικές διαταραχές που μπορεί να έχει μία *σοβαρή αλλά ασυμπτωματική* υπογλυκαιμία.

Στα νεογνά με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής υπογλυκαιμίας (πίνακας 18) περιλαμβάνονται τα πρόωρα, τα χαμηλού βάρους και τα νεογνά με καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης, τα οποία δεν έχουν σημαντικές εναλλακτικές αποθήκες ενέργειας. Ομοίως αυξημένο κίνδυνο έχουν τα νεογνά, που υφίστανται στρες κατά τη γέννηση ή έχουν αυξημένες ανάγκες λόγω λοίμωξης ή αναπνευστικής δυσχέρειας, καθώς και εκείνα με υποκείμενη μεταβολική διαταραχή. Επίσης, τα νεογνά μπε-

ρων με διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα σε περίπτωση ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη, είναι πιθανόν να έχουν παροδική υπερινσουλιναίμια, το οποίο τα καθιστά ευάλωτα στην εκδήλωση υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Η παρακολούθηση του σακκάρου για τα νεογνά μητέρων με σακχαρώδη διαβήτη κατά την κύηση αφορά τις πρώτες 24 ώρες. Για τα νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης η παρακολούθηση γίνεται για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συνήθως 48 ώρες, με την προϋπόθεση ότι έχουν εγκατασταθεί τακτικά και ικανοποιητικά γεύματα, με ή χωρίς τη χορήγηση συμπληρώματος, κατά προτίμηση αντλημένου μητρικού γάλακτος και δε διαπιστώθηκαν υπογλυκαιμικά επεισόδια. Η παρακολούθηση των τιμών του σακκάρου γίνεται προγευματικά, ανά 2 με 4 ώρες.

| <b>Καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας στο νεογνό</b>         |
|--|
| <b>Καταστάσεις που σχετίζονται με την μητέρα</b>                             |
| Σακχαρώδης διαβήτης της μητέρας ή παθολογική καμπύλη σακκάρου κατά την κύηση |
| Θεραπεία της μητέρας με: β-αναστολείς, υπογλυκαιμικά δισκία                  |
| Προεκλαμψία και υπέρταση κατά την εγκυμοσύνη                                 |
| Κατάχρηση ουσιών   |
| Χορήγηση τοκολυτικών της κατηγορίας των β-αγωνιστών                          |
| Χορήγηση ενδοφλέβια γλυκόζης στην μητέρα λίγο πριν ή κατά τον τοκετό         |
| <b>Καταστάσεις που σχετίζονται με το νεογνό</b>                              |
| Πρόωρος τοκετός  |
| Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης (IUGR)                                  |
| Περιγεννητική υποξία- ισχαιμία   |
| Περιγεννητική λοίμωξη  |
| Υποθερμία  |
| Πολυκυτταραιμία - Σύνδρομο υπεργλοιότητας                                    |
| Αιμόλυση από ασυμβατότητα Rhesus   |
| Συγγενείς καρδιοπάθειες  |
| Επίμονη υπερινσουλιναίμια  |
| Ενδοκρινικές διαταραχές και ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού           |
| Διαταραχές σίτισης   |

Πίνακας 18: Καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας στο νεογνό.

## Αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας

Σε περίπτωση *ασυμπτωματικής υπογλυκαιμίας* χορηγείται άμεσα μητρικό γάλα, το οποίο φαίνεται ότι επάγει αντιρροπιστικούς μηχανισμούς διόρθωσης της υπογλυκαιμίας. Συνήθως η ικανοποιητική και τακτική σίτιση είναι επαρκής για την αντιμετώπιση και πρόληψη περαιτέρω επεισοδίων. Αν διαπιστωθούν *υποτροπιάζοντα ή ανθεκτικά επεισόδια υπογλυκαιμίας* παρά την εγκατάσταση ικανοποιητικής σίτισης θα πρέπει να αναζητηθούν υποκείμενες παθολογικές καταστάσεις του νεογνού, όπως λοιμώξεις και μεταβολικά νοσήματα.

Η πιο *σοβαρή υπογλυκαιμία*, που σχετίζεται με κλινική συμπτωματολογία και υποκείμενη παθοφυσιολογία αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια ώση γλυκόζης (2 mL/kg βάρους σώματος, διάλυμα 10% γλυκόζης), ακολουθούμενη από συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης με ροή 6-8mg/kg/min και επανέλεγχος του σακχάρου ανά 30- 60 λεπτά έως τη σταθεροποίησή του και στη συνέχεια ανά 4 περίπου ώρες. Αν οι συνθήκες το επιτρέπουν προτιμάται η εξαρχής συνεχής έγχυση γλυκόζης, ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση φαινομένων *rebound* και επιδείνωση της υπογλυκαιμίας.

Να σημειωθεί ότι η μέτρηση του σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα δεν είναι πάντοτε ακριβής, ιδίως στα νεογνά. Για το λόγο αυτό συστήνεται οι παθολογικές τιμές να επιβεβαιώνονται με λήψη φλεβικού αίματος και μέτρηση της τιμής στο εργαστήριο.

Συμπερασματικά τα φυσιολογικά τελειόμηνια νεογνά δε χρειάζονται καταρχήν να υποβάλλονται σε μετρήσεις σακχάρου αίματος. Στα βρέφη όμως υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σημαντικής υπογλυκαιμίας (Πίνακας 18), η τακτική παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου και η έγκαιρη παρέμβαση, με την εξασφάλιση πρώιμης, συχνής και ικανοποιητικής σίτισης, είναι αναγκαία.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aziz K, Dancey P; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Screening guidelines for newborns at risk for low blood glucose. *Paediatr Child Health*. Dec 2004; 9(10): 723-729.
2. Committee on Fetus and Newborn, Adamkin DH. Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):575-9.
3. Comblath M, Hawdon JM, Williams AF, Aynsley-Green A, Ward-Platt MP, SchwartzR, Kalhan SC. Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds. *Pediatrics*. 2000 May;105(5):1141-5.
4. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Diabetes in pregnancy: caring for the baby after birth [Internet]. Findings of a National Enquiry: England, Wales and Northern Ireland. London:CEMACH; 2007. Διαθέσιμο σε: <http://www.hqip.org.uk/cmace-reports>
5. de Rooy LJ, Lawrence SM, Michelback JG, Hawdon JM, Williams A. Breastfeeding augments metabolic adaptation in SGA and Preterm neonates. *Ped Res*. 1998; 44:441.
6. Thilo EH, Rosenberg AA. The newborn infant. In: Hay WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Detering RR, editors. *Current Diagnosis & Treatment Pediatrics*. 20th ed. USA: McGraw-Hill Companies; 2011; p. 18-19.
7. Rozance PJ, Hay WW Jr. Describing hypoglycemia--definition or operational threshold? *Early Hum Dev*. 2010 May;86(5):275-80.
8. World Health Organization. Hypoglycaemia of the newborn. Review of the literature [Internet]. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/chd\\_97\\_1/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/chd_97_1/en/)

## 7.3 Πολύδυμη κύηση και Μητρικός Θηλασμός

Οι πολύδυμες κυήσεις είναι κυήσεις υψηλού κινδύνου και σχετίζονται με αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα, κυρίως λόγω της ενδεχόμενης προωρότητας. Τα τελευταία χρόνια είναι συχνότερες κυρίως λόγω της αύξησης των κυήσεων, που επιτυγχάνονται με εξωσωματική γονιμοποίηση. Αν και τα ποσοστά θηλασμού διδύμων και τριδύμων έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, παραμένουν χαμηλότερα σε σχέση με τον θηλασμό ενός μόνο μωρού.

### Βοηθώντας την μητέρα να θηλάσει δίδυμα

Τόσο ο όγκος, όσο και η σύσταση του μητρικού γάλακτος μπορούν να προσαρμοστούν στα επίπεδα που απαιτούνται για το τάισμα διδύμων. Οι μητέρες που γεννούν περισσότερα του ενός μωρά πρέπει να ενημερώνονται ότι όσο περισσότερο θηλάζουν τόσο περισσότερο γάλα θα παράγουν και μπορούν τελικά να καλύψουν πλήρως τις διατροφικές ανάγκες των μωρών τους.

Τα δίδυμα έχουν τη δυνατότητα να θηλάσουν με τους παρακάτω τρόπους:

- **Ταυτόχρονα:** Η μητέρα μπορεί να τοποθετήσει στο στήθος πρώτα το μωρό που χρειάζεται περισσότερη βοήθεια και στη συνέχεια αφού το υποστηρίξει με το ένα χέρι της, βοηθά το άλλο μωρό να πιήσει το στήθος. Αρχικά η μητέρα θα χρειασθεί βοήθεια για να τοποθετήσει τα μωρά ταυτόχρονα και σωστά στο στήθος της, ώστε να εξασφαλισθεί η σωστή προσκόλληση στον μαστό και ο αποτελεσματικός μητρικός θηλασμός.

Όταν ταίζονται τα δίδυμα ταυτόχρονα είναι προτιμότερο στον κάθε θηλασμό οι μαστοί να προσφέρονται στα μωρά εναλλάξ. Αυτό εξασφαλίζει ισότιμη διέγερση και στους δυο μαστούς, καθώς τα βρέφη δεν έχουν την ίδια ικανότητα θηλασμού (δύναμη θηλαστικής κίνησης, ρουφίγματος, αντοχής). Έτσι κερδίζεται χρόνος, ενώ το πιο δραστήριο μωρό θηλάζοντας πότε από τον ένα μαστό και πότε από τον άλλον, διεγείρει το αντανακλαστικό της καθόδου του γάλακτος (let down reflex) και για το άλλο δίδυμο.

- **Ξεχωριστά:** Κάθε βρέφος θηλάζει κάθε φορά που πεινάει και αμέσως μετά το άλλο. Τις πρώτες μέρες, αν η μητέρα ταΐζει κάθε παιδί ξεχωριστά, τα νεογνίδια μπορούν να τα καταφέρουν καλύτερα με τον θηλασμό. Αυτό της δίνει επίσης τη δυνατότητα να δεθεί καλύτερα με το κάθε μωρό και να διακρίνει τις ανάγκες και τις δυνατότητες για θηλασμό κάθε μωρού ξεχωριστά.

Οι θηλασμοί μπορούν επίσης να συνδυασθούν. Για παράδειγμα, ξεκινάει να θηλάζει πρώτα το ένα μωρό και όταν αυτό αρχίζει να επιβραδύνει βάζει το δεύτερο μωρό να θηλάσει. Όταν το δεύτερο αρχίζει να φαίνεται ικανοποιημένο, το πρώτο μωρό επιστρέφει στο στήθος για να ολοκληρώσει τον θηλασμό. Το δεύτερο μωρό με τη σειρά του επιστρέφει στο στήθος για να ολοκληρώσει τον θηλασμό του.

Οι θέσεις που χρησιμοποιούνται για τον θηλασμό διδύμων περιγράφονται στο Κεφάλαιο 4.

## Θηλασμός Τριδύμων/Τετραδύμων

Σχεδόν όλα τα τρίδυμα και τετράδυμα γεννιούνται πρόωρα και χρειάζονται ειδική φροντίδα. Οι μητέρες θα χρειαστεί να ξεκινήσουν αντλήσεις από την πρώτη ημέρα και να συνεχίσουν για όσο διάστημα θα διαρκέσει η παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας. Είναι σημαντικό να διερευνάται η επιθυμία της μητέρας σε σχέση με τον θηλασμό, να διαβεβαιώνεται ότι μπορεί να παράγει αρκετό γάλα για να καλύψει τις ανάγκες όλων των μωρών της και να υποστηρίζεται η απόφασή της.

Αξίζει να τονιστεί ότι ο θηλασμός πολύδυμων είναι πρόκληση, με ποικίλες δυσκολίες και στρες, η οποία πρέπει να προσεγγίζεται με την κατάλληλη ευαισθησία και κατανόηση. Η μητέρα αυτή χρήζει μεγάλης υποστήριξης και πρακτικής βοήθειας από το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα και εάν αποφασίσει να μη θηλάσει αποκλειστικά, η φροντίδα καθενός από τα τρία ή περισσότερα βρέφη απαιτεί χρόνο. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ακόμα και ο μερικός θηλασμός έχει ευεργετικές ιδιότητες για τα βρέφη.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να θηλάσουν τα τρίδυμα, ανάλογα με το τι βολεύει την μητέρα και τα μωρά. Για παράδειγμα, οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν με τη σειρά τα βρέφη ή να θηλάσουν τα δύο μαζί και στη συνέχεια το ένα ή την ώρα που θηλάζουν τα δύο να δώσει κάποιος άλλος ΜΓ που έχει αντληθεί στο τρίτο βρέφος. Η εναλλαγή των βρεφών στα στήθη συνήθως γίνεται με κυκλική σειρά.

Η μητέρα που θηλάζει πολύδυμα, εάν το επιθυμεί, μπορεί να θηλάζει αρχικά κάθε βρέφος απευθείας από τον μαστό και να χορηγεί στη συνέχεια συμπλήρωμα μητρικού ή υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, αν χρειάζεται, με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breast feeding twins and high multiples. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006 Sep; 91(5):F377-80.
2. Geraghty SR, Khoury JC, Kalkwarf HJ. Comparison of feeding among multiple birth infants. *Twin Res.* 2004 Dec; 7(6):542-7.
3. Geraghty SR, Pinney SM, Sethuraman G, Roy-Chaudhury A, Kalkwarf HJ. Breast milk feeding rates of mothers of multiples compared to mothers of singletons. *Ambul Pediatr.* 2004 May-Jun; 4(3):226-31.
4. Lau C. Effects of stress on lactation. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Feb; 48(1):221-34.
5. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Mathews TJ. Births: Final Data for 2011. *Natl Vital Stat Rep [Internet].* 2013 June 28 ;62(1):1-20. Διαθέσιμο σε: [http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fnhchs%2Fdata%2Fnvsvr%2Fnvsvr62%2Fnvsvr62\\_01.pdf&ei=c5wAVavcOcfN0InbgMgG&usq=AFQjCNFyq6hhR4syHelwm7yrRtRUrlbBJA&bvm=bv.87920726,d.ZWU](http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fnhchs%2Fdata%2Fnvsvr%2Fnvsvr62%2Fnvsvr62_01.pdf&ei=c5wAVavcOcfN0InbgMgG&usq=AFQjCNFyq6hhR4syHelwm7yrRtRUrlbBJA&bvm=bv.87920726,d.ZWU)
6. Leonard LG. Breastfeeding triples: the at-home experience. *Public Health Nurs.* 2000 May-Jun; 17(3):211-21.
7. Saint L, Maggiore P, Hartmann PE. Yield and nutrient content of milk in eight women breast-feeding twins and one-woman breast-feeding triplet. *Br J Nutr.* 1986 Jul; 56(1):49-58.
8. Sunderam S, Kissin DM, Flowers L, Anderson JE, Folger SG, Jamieson DJ, Barfield WD; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Assisted reproductive technology surveillance—United States, 2009. *MMWR Surveill Summ.* 2012 Nov 2; 61(7):1-23.

## 7.4 Μητρικός θηλασμός νεογνών με διαταραχές μυϊκού τόνου

Οι λόγοι που το βρέφος με υπέρτονία ή υποτονία παρουσιάζει δυσκολίες στη σίτιση και στον θηλασμό είναι οι εξής:

| Υπερτονικό βρέφος  | Υποτονικό βρέφος   |
|--|--|
| Σφικτό σαγόνι - μικρό άνοιγμα στόματος                       | Αναποτελεσματική προσκόλληση χειλιών   |
| Ισχυρή προσκόλληση - δάγκωμα στήθους                         | Ασθενείς θηλαστικές κινήσεις - ανεπαρκής ανάπτυξη αρτηνικής πίεσης, αναποτελεσματική απομύζηση γάλακτος. |
| Μειωμένος έλεγχος και περιορισμένη κινητικότητα μυών γλώσσας | Αναποτελεσματικές κινήσεις γλώσσας   |
| Μειωμένα αντανακλαστικά θηλασμού και κατάποσης.              | Μειωμένα αντανακλαστικά θηλασμού και κατάποσης.  |
| Αυξημένο αντανακλαστικό εμετού, υπερευαίσθησία               | Ανεπαρκής στήριξη κεφαλής  |
| Δυσκαμψία, οπισθότονος, δυστονικές στάσεις σώματος           | Ανεπαρκής στήριξη κορμού   |

Πίνακας 19: Συμπτωματολογία Υπερτονικών και Υποτονικών βρεφών.

### Τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν τα βρέφη με διαταραχές μυϊκού τόνου να θηλάσουν

- Έναρξη του θηλασμού όσο το δυνατόν νωρίτερα, εφόσον το νεογνό είναι κλινικά σταθερό. Εάν η κατάσταση του νεογνού δεν το επιτρέπει συστήνεται άμεση έναρξη αντλήσεων για την εξασφάλιση ικανοποιητικής παραγωγής γάλακτος.
- Εκτίμηση της ικανότητας του νεογνού να θηλάσει ικανοποιητικά και τακτική παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας του θηλασμού.
- Ενθάρρυνση της *επαφής δέρμα με δέρμα (kangaroo care)*. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται ο συναισθηματικός δεσμός μητέρας-παιδιού και αυξάνεται η παραγωγή γάλακτος.
- Αν το μωρό δεν ξεκινάει να θηλάζει, η μητέρα μπορεί να αρχίζει να αντλεί με το χέρι ή με την αντλία για να ξεκινήσει να ρέει το γάλα με μεγαλύτερη ευκολία (let-down) ώστε να μπορέσει το βρέφος να θηλάσει πιο εύκολα.
- Χρήση εναλλακτικών μεθόδων σίτισης. Αν το βρέφος προσπαθεί να θηλάσει αλλά δεν τα καταφέρνει αποτελεσματικά, συστήνεται να μπαίνει στο στήθος και να το διεγείρει και στη συνέχεια η προσφορά γάλακτος που έχει αντληθεί, να γίνεται με εναλλακτικούς τρόπους όπως κύπελο, σύριγγα, ειδικά μπουκάλια με ευρεία σιλικονούχα βάση ή SNS. Στο τέλος του γεύματος καλό είναι να ακολουθεί άντληση του γάλακτος, με σκοπό να ενισχυθεί η παραγωγή, αλλά και να εξασφαλιστεί η ποσότητα του συμπληρωματικού γάλακτος για το επόμενο γεύμα.
- Αρκετές φορές τα βρέφη με νευρολογικά προβλήματα αντιμετωπίζουν συνοδά καρδιαγγειακά, γαστρεντερικά ή νεφρολογικά προβλήματα, που συνεπάγονται την ανάγκη αυξημένης θερμιδικής πρόσληψης. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ενίσχυση του ΜΓ με λίπος, υδατάνθρακες και πρωτεΐνες (με ειδικούς ενισχυτές που προστίθενται στο μητρικό γάλα human milk fortifiers). Ακόμη κατά την άντληση το πρόσθιο

κλάσμα του γάλακτος (foremilk) μπορεί να διαχωριστεί από το οπίσθιο κλάσμα (hindmilk), το οποίο είναι το πλουσιότερο σε θερμίδες και το τελευταίο να προσφερθεί στο βρέφος.

- Τα υπερτονικά βρέφη μπορούν επιπλέον να βοηθηθούν ως εξής:
  - Ηρεμία. Τα βρέφη με υπέρτονία είναι συνήθως υπερευαίσθητα και η προσοχή τους αποσπάται εύκολα, οπότε είναι χρήσιμο να βρίσκονται σε ένα ήρεμο περιβάλλον.
  - Ταλάντευση του βρέφους που είναι ξαπλωμένο πάνω σε ένα σεντόνι για να ηρεμήσει. Το μωρό τοποθετείται πάνω σ' ένα σεντόνι και δύο ενήλικες, κρατώντας τις άκρες του σεντονιού, λικνίζουν απαλά το μωρό από πλευρά σε πλευρά.
  - Χαλάρωση του μωρού πάνω στο αντιβράχιο ενός ενήλικα με την κοιλιά του προς τα κάτω και τα χέρια του να πέφτουν δεξιά και αριστερά.
  - «Φάσκιωμα» με πετσέτα ή με σεντόνι μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση του βρέφους σε κάμψη.
  - Ένα απαλό μασάζ, μπορεί να το ηρεμήσει. Μερικά μωρά μπορεί να τα ηρεμήσει, επίσης, ένα ζεστό μπάνιο με την μητέρα.
  - Σκούπισμα του προσώπου του μωρού με ζεστό ή κρύο νερό σε εναλλαγή πριν τον θηλασμό βοηθά στη χαλάρωση των μυών του προσώπου.
  - Απαλή πίεση με το ένα δάκτυλο στο πηγούνι του μωρού κατά τον θηλασμό μπορεί να αντισταθμίσει το σφίξιμο των γνάθων του.

Στα υποτονικά βρέφη η χρήση του μάρσιππου, εκτός από τη διατήρηση του βρέφους σε σταθερή κάμψη, επιτρέπει στην μητέρα να έχει ελεύθερα τα χέρια, ώστε τα δάκτυλα να υποστηρίζουν το σαγόνι και το πηγούνι και να τα πιέζουν προς το στήθος. Ο τρόπος αυτός που τοποθετούνται τα δάκτυλα της μητέρας ονομάζεται θέση «χορευτού».

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Genna CW. Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants (2nd edn). Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning; 2013.
2. Children's Hospitals and Clinics of Minnesota. Patient/Family Education. Breastfeeding an infant with neurological problems. [Internet]. Minneapolis: Children's Hospitals and Clinics of Minnesota; 2009. Διαθέσιμο σε: <http://www.childrensmn.org/Manuals/PFS/Nutr/018724.pdf>
3. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2008 Jul; 84(7):441-9.

4. Health e-Learning (2000-2014). Factors Affecting the Breastfeeding Dyad. Conditions of muscle tone [Τελευταία πρόσβαση 1 Ιουνίου 2014]. Διαθέσιμο σε: [http://courses.health-e-learning.com/pluginfile.php/10041/mod\\_resource/content/10/BE09/topic\\_3-3.html](http://courses.health-e-learning.com/pluginfile.php/10041/mod_resource/content/10/BE09/topic_3-3.html).
5. Thomas J, Marinelli KA, Hennessy M; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol #16: Breastfeeding the Hypotonic Infant. *Breastfeed Med*. 2007 Jun; 2(2):112-8

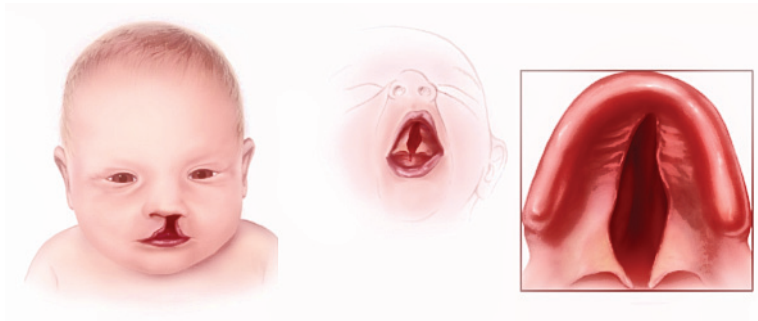
## 7.5 Θηλασμός σε βρέφη με ανατομικές παραλλαγές και διαμαρτίες στόματος

### Χειλοοσχιστία και Υπερωοσχιστία (Λαγόχειλο και Λυκόστομα)

Οι οσχιστίες αφορούν την ατελή σύγκλιση των ιστών του άνω χείλους, της γνάθου (ή φαρυγγικής απόφυσης) και της υπερώας. Η οσχιστία του χείλους ονομάζεται *λαγόχειλος* και η οσχιστία της υπερώας ονομάζεται *λυκόστομα*. Μπορεί να παρουσιαστεί μεμονωμένα σε μία από τις ανατομικές περιοχές ή και σε συνδυασμό όλων των παραπάνω (πλήρης οσχιστία). Μπορεί, επίσης, να είναι μονή ή διπλή.

Η συχνότητα παγκοσμίως κυμαίνεται από 0,8-2,7 περιπτώσεις ανά 1000 γεννήσεις. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η οσχιστία μπορεί να αποτελεί μέρος συνδρόμου, τις περισσότερες φορές δε συνοδεύεται από άλλα προβλήματα. Η διανοητική ανάπτυξη είναι φυσιολογική και όταν ολοκληρωθεί η αποκατάσταση των αισθητικών και λειτουργικών προβλημάτων το παιδί δεν αντιμετωπίζει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Δυστυχώς, τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ανάμεσα στα βρέφη με οσχιστίες είναι πολύ χαμηλά.

Η συχνότητα παγκοσμίως κυμαίνεται από 0,8-2,7 περιπτώσεις ανά 1000 γεννήσεις. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η οσχιστία μπορεί να αποτελεί μέρος συνδρόμου, τις περισσότερες φορές δε συνοδεύεται από άλλα προβλήματα. Η διανοητική ανάπτυξη είναι φυσιολογική και όταν ολοκληρωθεί η αποκατάσταση των αισθητικών και λειτουργικών προβλημάτων το παιδί δεν αντιμετωπίζει κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Δυστυχώς, τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ανάμεσα στα βρέφη με οσχιστίες είναι πολύ χαμηλά.



Εικόνα 31: Αριστερά απεικονίζεται λαγόχειλος και δεξιά λυκόστομα

Εκτός από τα αναμφισβήτητα οφέλη του μητρικού θηλασμού (πχ. Μείωση του κινδύνου οξείας μέσης πυώδους ωτίτιδας) που ισχύουν για κάθε βρέφος, ο θηλασμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη συγκεκριμένη περίπτωση: θα μετριάσει τα αρνητικά συναισθήματα της μητέρας και θα ενισχύσει το δεσμό με το μωρό της.

### Χειλοοσχιστία

Η μεμονωμένη χειλοοσχιστία (λαγόχειλο) δεν περιπλέκει ιδιαίτερα τη διαδικασία σίτισης. Το βρέφος είναι χρήσιμο να κρατιέται έτσι ώστε το έλλειμμα στο χείλος του μωρού να προσανατολίζεται προς την θηλή. Για παράδειγμα, ένα βρέφος με λαγόχειλο δεξιά μπορεί να θηλάσει καλύτερα στη θέση λίκνου στον δεξιό μαστό και στη θέση rugby στον αριστερό μαστό. Η μητέρα μπορεί επίσης να κλείσει το λαγόχειλο με τον αντίχειρα και να ανασηκώνει τα μάγουλα, για να μειώσει το χάσμα στο χείλος. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται καλή προσκόλληση των χειλιών που είναι προϋπόθεση για να επιτευχθεί ο θηλασμός.

Η επέμβαση για την αποκατάσταση του λαγόχειλου λαμβάνει χώρα εντός τριών μηνών ή και σύντομα μετά τη γέννηση του βρέφους, όταν το νεογνό αποκτήσει ικανοποιητικό βάρος και μπορεί με ασφάλεια να υποβληθεί σε αναισθησία.

### Υπερωοσχιστία

Στην περίπτωση της υπερωοσχιστίας (λυκοστόματος), το κενό που υπάρχει ανάμεσα στη στοματική και τη ρινική κοιλότητα και η ανεξέλεγκτη κίνηση της γλώσσας δυσκολεύουν το νεογνό, που πνίγεται προσπαθώντας να φάει. Το βρέφος καταβάλει μεγάλη προσπάθεια για να επιτύχει αρνητική πίεση αναρρόφησης στη στοματική κοιλότητα κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Τελικά εξαντλείται, χωρίς να σιτίζεται ικανοποιητικά.

Το κάθε νεογνό πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά. Ειδικότερα, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη το μέγεθος και η θέση της οσχιστίας, οι επιθυμίες της μητέρας καθώς και η προηγούμενη εμπειρία της με τον θηλασμό. Υποστήριξη της μητέρας άμεσα

από επαγγελματίες υγείας με εμπειρία στην αντιμετώπιση σχιστιών είναι απαραίτητη.

Προεγχειρητικά ο ορθοδοντικός ή ο πλαστικός χειρουργός μπορεί να τοποθετήσει ειδική πλάκα, η οποία μοιάζει με το καλούπι και βοηθάει στη συγκράτηση των οστικών πετάλων της άνω γνάθου, των χειλιών και του χόνδρου της μύτης. Έτσι προετοιμάζει το νεογέννητο για την επέμβαση και βοηθάει στον θηλασμό. Η πλάκα αυτή λειτουργεί σαν αποφρακτήρας της σχιστίδας και της επικοινωνίας του στόματος με τη μύτη, ώστε να αποφεύγονται η διαφυγή γάλακτος προς τη ρινική κοιλότητα και τα επεισόδια πνιγμών.

Τεχνικές, που μπορεί να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα του θηλασμού στις σχιστίδες είναι οι εξής:

- Η μητέρα υποστηρίζει με τα δάχτυλα της το σαγόκι και τους μαστήρες μυες, ώστε να διευκολυνθεί η συγκράτηση της θηλής και της θηλαίας άλω μέσα στο στόμα του βρέφους κατά τη διάρκεια του θηλασμού (θέση χορευτού). Η θηλή και η θηλαία άλως μπορούν επίσης να φράξουν το κενό στην περιοχή της σχιστίδας διευκολύνοντας έτσι τη λήψη του γάλακτος.
- Όρθια θέση. Όταν το μωρό πιάσει το στήθος, η μητέρα μετακινείται σε όρθια θέση, βοηθώντας με την βαρύτητα το γάλα της να ρέει προς τα κάτω, μέσα στο στόμα του μωρού. Επίσης, η ημικλινής θέση μειώνει την παλινδρόμηση του ΜΓ στην ρινική κοιλότητα και κατ'επέκταση στις ευσταχιανές σάλπιγγες.
- Θέση διασκελισμού. Η μητέρα κάθεται με το βρέφος στην αγκαλιά της, που την κοιτά με τα πόδια του να αγκαλιάζουν το σώμα της. Αν το μωρό είναι μικρό, το ανυψώνει τοποθετώντας ένα μαξιλάρι από κάτω του, ώστε το στόμα να φτάνει την θηλή. Μπορεί να βοηθήσει η μετακίνηση του κεφαλιού του μωρού προς τα πίσω και πλάγια, ώστε η θηλή να βρίσκεται στη μία πλευρά της υπερώας.
- Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατός ο θηλασμός από τις πρώτες μέρες, προτιμάται το μητρικό γάλα έναντι των υποκαταστάτων. Συστήνεται η διατήρηση της γαλουχίας μέσω άντλησης και η χορήγηση μητρικού γάλακτος με ειδικό μπουκαλί. Όταν το γάλα ενσταλάζεται στο πίσω

μέρος της γλώσσας του μωρού με τη βοήθεια της μακρικής ειδικής θηλής, τότε το μωρό καταπίνει και τρέφεται κανονικά. Η θηλή που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει επίσης να είναι μαλακή, με μεγάλο άνοιγμα για να διευκολύνεται η ροή του γάλακτος. Συνιστάται ακόμη η χρήση πλαστικών μπουκαλιών, τα οποία μπορούν να συμπιεστούν, αυξάνοντας έτσι τη ροή.

Η επέμβαση για την αποκατάσταση του λυκοστόματος είναι πιο περίπλοκη και η πρώτη διόρθωση πραγματοποιείται εντός του πρώτου έτους ζωής (9-12 μήνες), πριν το παιδί ξεκινήσει να μιλάει. Ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

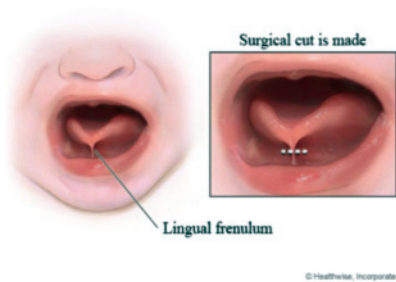
1. Aniansson G, Svensson H, Becker M, Ingvarsson L. Otitis media and feeding with breastmilk of children with cleft palate. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2002; 36(1):9-15.
2. Bessell A, Hooper L, Shaw WC, Reilly S, Reid J, Glennly AM. Feeding interventions for growth and development in infants with cleft lip, cleft palate or cleft lip and palate. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Feb 16;(2):CD003315. [Abstract]
3. Biancuzzo M. Clinical focus on clefts. Yes! Infants with clefts can breastfeed. *AWHONN Lifelines.* 1998 Aug; 2(4):45-9.
4. Clarren SK, Anderson B, Wolf LS. Feeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate. *Cleft Palate J.* 1987 Jul;24(3):244-9.
5. Cohen M, Marschall MA, Schafer ME. Immediate unrestricted feeding of infants following cleft lip and palate repair. *J Craniofac Surg.* 1992 Jul; 3(1):30-2.
6. Conway H, Wagner KJ. Incidence of clefts in New York City. *Cleft Palate Craniofac J.* 1996; 33:284-290.
7. Danner SC. Breastfeeding the infant with a cleft defect. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs.* 1992; 3(4):634-9.
8. Reid J. A review of feeding interventions for infants with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004 May; 41(3):268-78.
9. Reilly S, Reid J, Skeat J, Cahir P, Mei C, Bunik M; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #18: guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised 2013. *Breastfeed Med.* 2013 Aug;8(4):349-53.
10. Smedegaard L, Marxen D, Moes J, Glassou EN, Sciensan C. Hospitalization, breast-milk feeding, and growth in infants with cleft palate and cleft lip and palate born in Denmark. *Cleft Palate Craniofac J.* 1998 Nov; 45(6):628-32.



## Αγκυλογλωσσία (Κοντός χαλινός γλώσσας)

Ο χαλινός είναι μία μεμβράνη με την οποία προσφύεται η γλώσσα στη βάση του στόματος και η οποία συνήθως είναι λεπτή και σε τέτοιο μέγεθος και θέση ώστε να επιτρέπει τις διάφορες κινήσεις της γλώσσας. Ένας κοντός χαλινός μπορεί να περιορίζει

την επεκτασιμότητα της γλώσσας, πέραν της φατνιακής ακρολοφίας, τις πλευρικές κινήσεις της και τις κινήσεις ανύψωσής της προς την υπερώα. Ο χαλινός αξιολογείται οπτικά και λειτουργικά.



**Τύπος 1:** Ο Βραχύς χαλινός συνδέεται (προσκολλάται, προσδένεται και προσφύεται) στην κορυφή της γλώσσας.

**Τύπος 2:** Ο Βραχύς χαλινός συνδέεται 2-4mm πίσω από την κορυφή και η γλώσσα προσκολλάται στη φατνιακή ακρολοφία.

**Τύπος 3:** Ο Βραχύς χαλινός συνδέεται από την μέση της γλώσσας, στη μέση του εδάφους του στόματος.

**Τύπος 4:** Οπίσθιος βραχύς χαλινός της γλώσσας: υπάρχει ιστός χαλινού πίσω από τις εξωτερικές στοιβάδες του βλεννογόνου και πολύ πίσω προς στην ένωση της πλευράς της γλώσσας και του εδάφους του στόματος (6%). Σπάνια η γλώσσα προσφύεται (προσδένεται) απευθείας στο έδαφος του στόματος.

Εικόνα 32: Ταξινόμηση τύπων χαλινού γλώσσας

Ο κοντός χαλινός που δημιουργεί λειτουργικά προβλήματα στον θηλασμό αντιμετωπίζεται με διατομή. Η διαδικασία είναι απλή και ανώδυνη, ολοκληρώνεται σε λίγα λεπτά και το βρέφος μπορεί να θηλάσει αμέσως μετά.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Newborn Services Clinical Guideline. Ankyloglossia (Tongue-Tie) [Internet]. 2005 Dec. Διαθέσιμο σε: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/guidelines/nutrition/ankyloglossia.htm>
2. Woolridge MW. The 'anatomy' of infant sucking. Midwifery. [Internet]. 1986; 2(4):164-71. Διαθέσιμο σε: [http://www.health-e-learning.com/articles/anatomy\\_of\\_latch.pdf](http://www.health-e-learning.com/articles/anatomy_of_latch.pdf)
3. Bowley DM, Arul GS. Fifteen-minute consultation: the infant with a tongue tie. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2014 Aug;99(4):127-9.
4. Hong P, Lago D, Seargeant J, Pellman L, Magit AE, Pransky SM. Defining ankyloglossia: a case series of anterior and posterior tongue ties. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010 Sep;74(9):1003-6.

## 7.6 Προωρότητα και Μητρικός Θηλασμός

Οι πρόωρες γεννήσεις αυξάνονται τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως. Σχεδόν 1 στα 10 παιδιά γεννιέται πρόωρα στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη μελέτη της Α' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα». Σε διάστημα 28 ετών (1980-2008) οι πρόωρες γεννήσεις διπλασιάστηκαν (από το 4,66% στο 9,62%). Είναι χαρακτηριστικό ότι κατά το τελευταίο έτος της μελέτης, το 2008, τα οριακά πρόωρα βρέφη αντιστοιχούσαν στο 7,49% επί του συνόλου των γεννήσεων σε σύγκριση με το 1,66% το 1991.

Αν και η σημασία του μητρικού θηλασμού και του μητρικού γάλακτος (ΜΓ), τόσο για το τελειόμυνο όσο και για το πρόωρο νεογνό, είναι πλέον αποδεδειγμένη, οι μητέρες των πρόωρων νεογνών έρχονται αντιμέτωπες με ιδιαίτερες προκλήσεις που οδηγούν σε χαμηλά ποσοστά θηλασμού. Η λειτουργική και ανατομική ανωριμότητα του πρόωρου νεογνού και κατά συνέπεια οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσει κατά τη γέννηση, αλλά και στην πορεία, καθιστά συχνά αδύνατη την έναρξη του θηλασμού τις πρώτες ώρες και πολλές φορές ημέρες ή και εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι μητέρες αυτές, προκειμένου να ξεκινήσει και να εδραιωθεί η γαλουχία πρέπει να αντλούν το γάλα τους, το οποίο προσφέρεται στο νεογνό όταν είναι έτοιμο να σιτιστεί.

Επίσης, τα πρόωρα και ιδίως τα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης (<1500gr.) νεογνά παρουσιάζουν ταχύ ρυθμό ανάπτυξης και έχουν υψηλές ενεργειακές ανάγκες με συνέπεια το ΜΓ πολλές φορές να μην επαρκεί για να καλύψει τις διατροφικές τους απαιτήσεις. Έτσι είναι αναγκαία η ενίσχυσή του με επιπλέον θρεπτικά συστατικά, όπως προσθήκη πρωτεΐνης, φωσφόρου και ασβεστίου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι γονείς και ιδιαίτερα οι μητέρες νεογνών που νοσηλεύονται στη μονάδα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF, στα πλαίσια της πρωτοβουλίας για τα Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία (ΠΦΒΝ) επέκτειναν τις ισχύουσες οδηγίες, με σκοπό τη διευκόλυνση της έναρξης, εδραίωσης και διατήρησης του θηλασμού. Προβλήματα, όπως η καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού, ο αποχωρισμός μητέρας-νεογνού από τις πρώτες ώρες ζωής, τα συναισθήματα άγχους και μειωμένης αυτοπεποίθησης των γονιών, αλλά και τα ιδιαίτερα προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει το πρόωρο νεογνό καθιστούν αναγκαία την εξατομικευμένη προσέγγιση της μητέρας και της οικογένειάς του. Στις διευρυμένες οδηγίες δίνεται επίσης έμφαση στην κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού της μονάδας, στην υιοθέτηση ενός οικογενειοκεντρικού τρόπου περίθαλψης με στόχο τη διευκόλυνση της συμμετοχής του γονιού στη φροντίδα του νεογνού. Τέλος δίνεται σημασία στη συνέχιση της φροντίδας και υποστήριξης του βρέφους και της οικογένειάς του πριν και μετά την έξοδό του από τη μονάδα.

### Ανατομία-Φυσιολογία γαστρεντερικού των πρόωρων νεογνών

Η ανατομική διαφοροποίηση του γαστρεντερικού σωλήνα ολοκληρώνεται πριν την 24η εβδομάδα κύησης. Για το λόγο αυτό τα πρόωρα δεν εμφανίζουν ανωριμότητα ως προς τη δομή του γαστρεντερικού σωλήνα, αλλά ανωριμότητα όσον αφορά την κινητικότητα και τις λειτουργίες της πέψης, της απορρόφησης και του μεταβολισμού των θρεπτικών συστατικών του εντέρου.

Η πρόωμη έναρξη εντερικής σίτισης και ιδίως με τη χρήση ΜΓ, προάγει την ωρίμανση όλων των λειτουργιών του πεπτικού συστήματος, χωρίς να αυξάνει τον κίνδυνο νεκρωτικής εντεροκολίτιδας. Συγκεκριμένα, διεγείρει την έκκριση πεπτικών ενζύμων, αυξάνει την απορροφητικότητα του εντέρου, βελτιώνει την εντερική κινητικότητα και ελαττώνει την εντερική διαπερατότητα.

Ο ρυθμός γαστρικής κένωσης, η οποία συχνά είναι καθυστερημένη στα πρόωρα νεογνά, είναι πιο γρήγορος όταν χορηγείται μητρικό γάλα (ΜΓ) σε σύγκριση με τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (ΥΜΓ). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα πρόωρα που σιτίζονται με ΜΓ εμφανίζουν καλύτερη ανοχή στη σίτιση και φθάνουν σε πλήρη εντερική σίτιση γρηγορότερα.

### Ενεργειακές ανάγκες του πρόωρου νεογνού

Τις πρώτες 7 ημέρες ζωής πρωταρχικός στόχος είναι να αποφευχθεί ο καταβολισμός. Τα πρόωρα και ιδιαίτερα τα ΠΧΒΓ έχουν μικρότερα ενεργειακά αποθέματα, συχνά ελαττωμένη πρόσληψη θερμίδων και αυξημένες ενεργειακές ανάγκες, λόγω του ταχύτερου ρυθμού ανάπτυξης και της αυξημένης νοσηρότητας.

Για την επαρκή ανάπτυξη των πρόωρων συνιστάται από του στόματος πρόσληψη 110 έως 135 kcal ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος (ΒΣ) την ημέρα, με παράλληλη πρόσληψη επαρκούς ποσότητας πρωτεΐνης. Η ανάπτυξη του πρόωρου βρέφους θεωρείται ικανοποιητική όταν επιτυγχάνεται ρυθμός αύξησης του βάρους παρόμοιος με τον ενδομήτριο ρυθμό ανάπτυξης.

### Μέθοδοι σίτισης του πρόωρου νεογνού

Τα περισσότερα πρόωρα νεογνά και ιδίως τα ΠΧΒΓ βρέφη δεν μπορούν να ανεχτούν επαρκείς ποσότητες εντερικής διατροφής αμέσως μετά τη γέννηση και συνεπώς είναι απαραίτητη η χορήγηση παρεντερικής διατροφής. Τις τελευταίες δεκαετίες επιδιώκεται η έναρξη εντερικής σίτισης τις πρώτες ημέρες ζωής, με κατά προτίμηση τη χρήση ΜΓ, υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κάποια αντένδειξη. Η εντερική σίτιση αυξάνεται σταδιακά, ώστε σε σύντομο χρονικό διάστημα από τη γέννηση το νεογνό να τρέφεται αποκλειστικά με γάλα.

Τα πρόωρα που ξεκινούν την εντερική σίτιση και έχουν διάρκεια κύησης μικρότερη των 34 εβδομάδων, συνήθως σιτίζονται με καθετήρα σίτισης (ρινογαστρικό ή στοματογαστρικό), επειδή δεν υπάρχει συντονισμός των αντανακλαστικών του θηλασμού, της κατάποσης και της αναπνοής. Επίσης, σίτιση με καθετήρα γίνεται σε περιπτώσεις αναπνευστικής δυσχέρειας του νεογνού, ανωμαλιών στη διάπλαση του προσώπου ή παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Η τροφή μέσω του καθετήρα δίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα (*bolus*) ή με συνεχή έγχυση. Αν και δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις που να ευνοούν τη χρήση της μίας ή της άλλης μεθόδου έχει βρεθεί ότι όταν χορηγείται ΜΓ με συνεχή ροή, ποσότητα λίπους επικάθεται στα τοιχώματα του καθετήρα, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα απώλεια θερμίδων της τάξης του 15-30%.

### Στόχοι διατροφής των πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών

Η σωστή διατροφική αντιμετώπιση των πρόωρων παιδιών είναι σημαντική τόσο για την επιβίωσή τους όσο και για την αύξηση

και ανάπτυξή τους. Μακροπρόθεσμα, τα πρόωρα βρέφη μπορεί να παρουσιάσουν νευροαναπτυξιακές διαταραχές, τόσο λόγω των επιπλοκών από το ΚΝΣ, όπως εγκεφαλική αιμορραγία, όσο και από το γεγονός ότι συχνά η παρεντερική και εντερική διατροφή του πρόωρου βρέφους κατά την άμεση περιγεννητική περίοδο δεν επαρκεί για να καλύψει τις αυξημένες ενεργειακές ανάγκες του. Η υποθρεψία, επίσης, κατά την κρίσιμη αυτή περίοδο της ανάπτυξης μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη κυτταρική αύξηση και κατά συνέπεια εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων.

Όπως αναφέρθηκε, στόχος της διατροφικής υποστήριξης στα πρόωρα νεογνά είναι η εξασφάλιση ρυθμού ανάπτυξης ανάλογη με την ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου. Η ενδομήτρια αύξηση του βάρους κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης έχει υπολογιστεί ότι είναι τουλάχιστον 15g/kg/ημέρα και στα τελειόμηνα νεογνά μειώνεται στα 10g/kg/ημέρα. Η αύξηση του βάρους θα πρέπει να συνοδεύεται από ικανοποιητική αύξηση μήκους και περιμέτρου κεφαλής, αντίστοιχα με τη διορθωμένη ηλικία κύησης.

Η χορήγηση παρεντερικής διατροφής για μεγάλο χρονικό διάστημα αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών, όπως ενδοσσοκομιακών λοιμώξεων, μεταβολικών διαταραχών ή χολόστασης. Αντιθέτως, η πρώιμη έναρξη εντερικής σίτισης και ιδίως όταν χορηγείται ΜΓ, έχει διαπιστωθεί ότι μειώνει τον κίνδυνο νεκρωτικής εντεροκολίτιδας και ατροφίας των εντερικών λαχνών και προάγει τον αποικισμό του εντέρου με φυσιολογική εντερική χλωρίδα. Επίσης, φαίνεται ότι βοηθάει στην ωρίμανση του εντερικού βλεννογόνου και βελτιώνει την κινητικότητα του εντέρου και την ανοχή στη σίτιση. Για τους παραπάνω λόγους συστήνεται, αν η κλινική κατάσταση του νεογνού το επιτρέπει, έναρξη εντερικής σίτισης από τις πρώτες ημέρες ή και ώρες ζωής με στόχο την επίτευξη πλήρους σίτισης με γάλα όσο το δυνατό γρηγορότερα και τη διακοπή της παρεντερικής διατροφής.

## Τα πλεονεκτήματα της διατροφής με μητρικό γάλα για τα πρόωρα

Είναι πλέον αποδεκτό ότι το ΜΓ αποτελεί την καλύτερη θρεπτική πηγή για τα πρόωρα νεογνά. Όπως αναφέρθηκε, τα πρόωρα νεογνά που σιτίζονται με ΜΓ έχουν μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν επιπλοκές κατά την περιγεννητική περίοδο και επιπλέον έχουν καλύτερη νευροανάπτυξη σε σχέση με τα νεογνά που σιτίστηκαν με ειδικά για πρόωρα ΥΜΓ. Επομένως, το γάλα της μητέρας του πρόωρου παραμένει η πρώτη επιλογή. Στις περιπτώσεις, όμως, που δεν είναι διαθέσιμο ή δεν επαρκεί, παρά την υποστήριξη της γαλουκίας, το γάλα δοτριών που φυλάσσεται στις τράπεζες γάλακτος αποτελεί τη δεύτερη καλύτερη επιλογή. Το γάλα δότριας έχει χαμηλότερη συγκέντρωση θρεπτικών συστατικών σε σχέση με το γάλα μητέρας πρόωρου και λιγότερους βιολογικούς παράγοντες, λόγω της παστερίωσης και της αποθήκευσής του. Αν δεν υπάρχει η δυνατότητα να δοθεί γάλα δότριας, χορηγείται ειδικό για πρόωρα βρέφη ΥΜΓ.

Αν και το ΜΓ πρόωρου είναι υψηλότερης θερμιδικής αξίας, με μεγαλύτερη συγκέντρωση σε πρωτεΐνες και λίπος σε σχέση με το ΜΓ από μητέρα τελειόμηνου, συνήθως δεν μπορεί να καλύψει τις ενεργειακές ανάγκες των ΠΧΒΓ πρόωρων. Έτσι είναι αναγκαίος ο εμπλουτισμός του με *ειδικούς ενισχυτές (Human Milk Fortifiers)* σε μορφή σκόνης ή σε υγρή μορφή. Οι ενισχυτές του ΜΓ περιέχουν πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, ασβέστιο, φώσφορο, μαγνήσιο, ηλεκτρολύτες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Έχει βρεθεί ότι τα πρόωρα νεογνά που τρέφονται με εμπλουτισμένο

ΜΓ έχουν μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης ως προς όλες τις σωματομετρικές παραμέτρους σε σχέση με εκείνα που σιτίζονται μόνο με ώριμο ΜΓ. Οι ενισχυτές προστίθενται εφόσον η εντερική σίτιση είναι καλά ανεκτή και έχει φτάσει στην ποσότητα περίπου των 100ml/kg βάρους σώματος (ΒΣ) του νεογνού. Η προσθήκη του ενισχυτή γίνεται λίγο πριν το γάλα δοθεί στο νεογνό. Διακόπτεται όταν το βρέφος φθάσει να σιτίζεται αποκλειστικά από το στήθος ή λίγο πριν την έξοδο του νεογνού από τη ΜΕΝΝ.

Να σημειωθεί ότι οι στρατηγικές σίτισης των πρόωρων καθορίζονται από τις διατροφικές τους ανάγκες ανάλογα με το βάρος γέννησης, την ηλικία κύησης, την ημέρα ζωής και την κλινική κατάσταση του νεογνού.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, Domellöf M, Embleton ND, Fusch C, Genzel-Boroviczeny O, Goulet O, Kalhan SC, Kolacek S, Koletzko B, Lapillonne A, Mihatsch W, Moreno L, Neu J, Poindexter B, Puntis J, Putet G, Rigo J, Riskin A, Salle B, Sauer P, Shamir R, Szajewska H, Thureen P, Turck D, van Goudoever JB, Ziegler EE; ESPGHAN Committee on Nutrition. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 Jan;50(1):85-91.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Nutritional needs of low- birth- weight infants. *Pediatrics.* 1985 May; 75(5): 976-986
3. Arslanoglu S, Ziegler EE, Moro GE; World Association of Perinatal Medicine Working Group On Nutrition. Donor human milk in preterm infant feeding: evidence and recommendations. *J Perinat Med.* 2010 Jul;38(4):347-51.
4. Baroutis G, Mousiolis A, Mesogitis S, Costalos C, Antsaklis A. Preterm birth trends in Greece, 1980-2008: a rising concern. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013 May;92(5):575-82.
5. Bauer J, Werner C, Gerss J. Metabolic rate analysis of healthy preterm and full-term infants during the first weeks of life. *Am J Clin Nutr.* 2009 Dec; 90(6):1517-24.
6. Ben XM. Nutritional management of newborn infants: practical guidelines. *World J Gastroenterol.* 2008 Oct 28;14(40):6133-9.
7. Cooke RJ, Embleton ND. Feeding issues in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2000 Nov; 83(3):F215-8.
8. ESPGHAN Committee on Nutrition, Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Domellöf M, Fewtrell M, Hojsak I, Mihatsch W, Mølgaard C, Shamir R, Turck D, van Goudoever J. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013 Oct;57(4):535-42.
9. Koletzko B, Goulet O, Hunt J, Krohn K, Shamir R; Parenteral Nutrition Guidelines Working Group; European Society for Clinical Nutrition and Metabolism; European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN); European Society of Paediatric Research (ESPR). 1. Guidelines on Paediatric Parenteral Nutrition of the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) and the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Supported by the European Society of Paediatric Research (ESPR). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2005 Nov;41 Suppl 2:S1-87.
10. Kuschel CA, Harding JE. Multicomponent fortified human milk for promoting growth in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD000343. [Abstract]
11. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C; GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010 Feb 23;10 Suppl 1:S1.
12. Neu J. Gastrointestinal development and meeting the nutritional needs of premature infants. *Am J Clin Nutr.* 2007 Feb; 85(2):629S-634S.
13. Nutrition Committee, Canadian Paediatric Society. Clinical practice guidelines Nutrient needs and feeding of premature infants. *CMAJ.* 1995 Jun 1; 152(11):1765-85.

14. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Koskinen K, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact.* 2012 Aug;28(3):289-96.
15. Premji S, Chessell L. Continuous nasogastric milk feeding versus intermittent bolus milk feeding for premature infants less than 1500 grams. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD001819. [Abstract]
16. Rogers SP, Hicks PD, Hamzo M, Veit LE, Abrams SA. Continuous feedings of fortified human milk lead to nutrient losses of fat, calcium and phosphorous. *Nutrients.* 2010 Mar;2(3):230-40.
17. Rozé JC, Darmaun D, Boquien CY, Flamant C, Picaud JC, Savagner C, Claris O, Lapillonne A, Mitanché D, Branger B, Simeoni U, Kaminski M, Ancel PY. The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breast feeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. *BMJ Open.* 2012 Apr 5;2(2):e000834.
18. SIFT Investigators Group. Early enteral feeding strategies for very preterm infants: current evidence from Cochrane reviews. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2013 Nov;98(6):F470-2.
19. Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Deanfield J, Lucas A. Is slower early growth beneficial for long-term cardiovascular health? *Circulation.* 2004 Mar 9;109(9):1108-13.
20. Sisk PM, Lovelady CA, Gruber KJ, Dillard RG, O'Shea TM. Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh <= 1250 grams. *Pediatrics.* 2008 Jun;121(6):e1528-33.
21. Tudehope D, Fewtrell M, Kashyap S, Udaeta E. Nutritional needs of the micropreterm infant. *J Pediatr.* 2013 Mar;162(3 Suppl):S72-80.
22. Van Den Driessche M, Peeters K, Marien P, Ghooys Y, Devlieger H, Veereman-Wauters G. Gastric emptying in formula-fed and breast-fed infants measured with the 13C-octanoic acid breath test. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999 Jul;29(1):46-51.
23. Velaphi S. Nutritional requirements and parenteral nutrition in preterm infants. *SAJCN S Afr J Clin Nutr [Internet].* 2011; 24(3): S27-S31. Δι-αθέσιμο σε: [http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ajol.info%2Findex.php%2Fsjcn%2Farticle%2FviewFile%2F69807%2F57890&ei=8poAVciYL4qvPKPbgVg&usq=AFQjCNGL\\_JXA6a6wnN\\_LMGVxEsFFLQBvA&bvm=bv.87920726,d.ZWU](http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ajol.info%2Findex.php%2Fsjcn%2Farticle%2FviewFile%2F69807%2F57890&ei=8poAVciYL4qvPKPbgVg&usq=AFQjCNGL_JXA6a6wnN_LMGVxEsFFLQBvA&bvm=bv.87920726,d.ZWU).
24. Wauben IP, Atkinson SA, Grad TL, Shah JK, Paes B. Moderate nutrient supplementation of mother's milk for preterm infants supports adequate bone mass and short-term growth: a randomized, controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 1998 Mar;67(3):465-72.
25. Williams AF. Early enteral feeding of the preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2000 Nov; 83(3):F219-20.
26. William W, Hay Jr. Strategies for Feeding the Preterm Infant. *Neonatology.* 2008; 94(4): 245-254.
27. Ziegler EE, Thureen PJ, Carlson SJ. Aggressive nutrition of the very low birthweight infant. *Clin Perinatol.* 2002 Jun;29(2):22

## 7.7 Αποχωρισμός - νοσηλεία στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.)

Η πρόωρη γέννηση και η νοσηλεία του νεογνού στη Μ.Ε.Ν.Ν. αποτελούν μια οδυνηρή και στρεσογόνο εμπειρία τόσο για τους γονείς, όσο και για το βρέφος. Τα τελευταία χρόνια, λόγω αύξησης των πρόωρων γεννήσεων και της εξέλιξης της εντατικής νοσηλείας νεογνών, υπάρχει έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον για τα συναισθήματα που βιώνουν οι γονείς των πρόωρων και βρέων πασχόντων νεογνών κατά τον αποχωρισμό και τη νοσηλεία του βρέφους στη Μ.Ε.Ν.Ν.

Οι γονείς αυτοί υφίστανται έντονο στρες, όχι μόνο από το γεγονός της προωρότητας ή της κλινικής κατάστασης του παιδιού τους, αλλά και από το περιβάλλον της Μ.Ε.Ν.Ν. (ήχοι, φώτα, πλήθος ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, δυσάρεστες εικόνες και ιατρικές πράξεις). Μπορεί να βιώνουν συναισθήματα όπως αγωνία, απογοήτευση, ανασφάλεια, κατάθλιψη αλλά και αδυναμία, αποξένωση, ενοχής. Γενικά, η εμπειρία της νοσηλείας ενός νεογνού στη μονάδα μπορεί να είναι τραυματική και να επάγει πλήθος αρνητικών συναισθημάτων στους γονείς, ενώ επιδρά επίσης και στο συναισθηματικό δέσιμο της μητέρας-βρέφους.

Η επικοινωνία με το προσωπικό της Μ.Ε.Ν.Ν., η ενθάρρυνση για σωματική επαφή με το βρέφος και η συμμετοχή των γονιών στην περιποίηση του (με διάφορους μεθόδους, όπως Kangaroo care, baby massage, θηλασμός) μειώνουν την αγωνία και ανασφάλειά τους, ενισχύουν τη γονεϊκή ταυτότητα και το συναισθηματικό δεσμό με το βρέφος. Όλα αυτά συντελούν στην πιο ομαλή μετάβαση στη ζωή στο σπίτι και στην ανάληψη του ρόλου του γονιού.

### Έναρξη - Εδραίωση - Διατήρηση Γαλουχίας στην Μ.Ε.Ν.Ν : Άντληση του μητρικού γάλακτος

Η έγκαιρη έναρξη της άντλησης του ΜΓ είναι το κλειδί της επιτυχίας για την εξασφάλιση επαρκούς παροχής ΜΓ και στη συνέχεια διατήρησης και επίτευξης αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Η μητέρα του πρόωρου είναι σημαντικό να ξεκινήσει να αντλεί γάλα όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό. Έχει βρεθεί ότι το πρωτόγαλα της μητέρας πρόωρου περιέχει αυξημένες συγκεντρώσεις αντιφλεγμονωδών παραγόντων και για το λόγο αυτό προτείνεται η χορήγηση, έστω και με τη μορφή επίληψης του στοματικού βλεννογόνου, πρωτογάλακτος της μητέρας του πρόωρου τις πρώτες ώρες ζωής, ως μορφή ανοσολογικής θεραπείας. Η πιθανότητα για επαρκή παραγωγή γάλακτος από τις μητέρες με πρόωρα νεογνά αυξάνεται όταν η μητέρα εκπαιδευτεί, ώστε η άντληση να αρχίζει κατά τις πρώτες έξι ώρες μετά τον τοκετό και να συνεχίζεται τουλάχιστον επτά φορές την ημέρα. Στόχος είναι η βαθμιαία αύξηση της συνολικής ποσότητας γάλακτος. Η χρήση ημερολογίου καταγραφής της ποσότητας που αντλείται μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη των στόχων.

Η μητέρα αρχίζει σταδιακά. Τις πρώτες ώρες μετά τη γέννηση προτιμάται η άντληση με το χέρι και ακολούθως με την βοήθεια ηλεκτρικής αντλίας, καθώς πολλές μητέρες καταφέρνουν να αντλήσουν το πρωτόγαλα πιο αποτελεσματικά με το χέρι παρά με την αντλία. Στη συνέχεια, το προσωπικό πρέπει να εκ-

παιδεύσει την μητέρα στο να χειρίζεται την αντλία και να επιλέξει μαζί με την μητέρα το κατάλληλο μέγεθος χοάνης. Συνιστάται η χρήση νοσοκομειακής ηλεκτρικής αντλίας. Επίσης, η προετοιμασία του στήθους και οι μαλάξεις στο στήθος την ώρα της άντλησης μπορεί να είναι πολύ βοηθητικά για την άντληση γάλακτος. Οδηγίες για τη συλλογή και τη φύλαξη του γάλακτος της μητέρας για το διάστημα που το νεογνό νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Ν.Ν. δίνονται στο Κεφάλαιο 5.

## Μετάβαση στον απευθείας θηλασμό από το στήθος

Όπως αναφέρθηκε, η διατροφή των πρόωρων νεογνών τις πρώτες ημέρες ζωής είναι επί το πλείστον παρεντερική. Η εντερική σίτιση, συνήθως με στοματογαστρικό καθετήρα και με προτίμηση στο μητρικό γάλα/πρωτόγαλα, ξεκινάει όσο το δυνατόν νωρίτερα, όταν βέβαια θεωρηθεί ότι το νεογνό είναι κλινικά σταθερό και ικανό να δεχθεί τροφή. Συνεπώς, η αρχική «εμπειρία» του νεογνού και της μητέρας ως προς τη διαδικασία του θηλασμού στη Μ.Ε.Ν.Ν. βασίζεται στην επαφή δέρμα με δέρμα κατά την τεχνική kangaroo care.

Κατά την τεχνική αυτή, το βρέφος είναι ντυμένο μόνο με την πάνα του και τοποθετείται μέσα από τα ρούχα της μητέρας (ή/και του πατέρα), σε άμεση επαφή με το δέρμα του γονιού. Με την *kangaroo care* έχει βρεθεί ότι η θερμορύθμιση του βρέφους είναι καλύτερη και ότι επιτυγχάνεται καρδιοαναπνευστική σταθερότητα. Επιπλέον, η επαφή δέρμα με δέρμα έχει ως αποτέλεσμα να εκτεθεί η μητέρα στα παθογόνα της μονάδας και μέσω της εντερομαζικής οδού να παράγει ΜΓ, που περιέχει ειδικά αντισώματα ως προς αυτά. Επίσης, πιθανόν να συμβάλει στην αύξηση της παραγωγής γάλακτος και στη μείωση του στρες της μητέρας.

Από τη στιγμή που το νεογνό αποσωληνωθεί και είναι καρδιοαναπνευστικά σταθερό, μπορεί να τοποθετηθεί στο στήθος.

## Σημεία που δηλώνουν ωριμότητα για μετάβαση στο διατροφικό θηλασμό.

Για να μπορέσει το πρόωρο βρέφος να καταναλώσει επαρκείς ποσότητες γάλακτος απευθείας από το στήθος θα πρέπει να:

- Έχει ωριμάσει ως προς την ικανότητα συγχρονισμού θηλασμού και κατάποσης
- Μην κουράζεται κατά τη σίτιση
- Είναι καρδιοαναπνευστικά σταθερό
- Είναι περισσότερη ώρα σε εγρήγορση.

Συνήθως, στη διορθωμένη ηλικία των 32-34 εβδομάδων τα βρέφη είναι αρκετά ώριμα για να ξεκινήσουν να πιπιλίζουν, αν και όσο μελετάται η ικανότητα των πρόωρων για σίτιση τόσο τα όρια αυτά μειώνονται.

## Ξηρός Θηλασμός - Μη διατροφικός θηλασμός

Πρόκειται για πιπίλισμα, χωρίς να γίνεται απαραίτητως απομύζηση και κατάποση γάλακτος. Συμβαίνει όταν δεν υπάρχει ακόμα επαρκής συνεργασία θηλασμού - κατάποσης - αναπνοής. Το μωρό πιπιλά την θηλή και εξοικειώνεται με το στήθος προσπαθώντας να πιώσει και να προσκολληθεί στην θηλή και τη θηλαία άλω. Με τον τρόπο αυτό το στήθος ερεθίζεται από την επαφή δέρμα με δέρμα και αυξάνεται η ποσότητα του γάλακτος που παράγεται. Σε περίπτωση που η μητέρα παράγει αρκετό γάλα προτιμάται πριν από την τοποθέτηση στο στήθος να έχει προηγηθεί άντληση και άδειασμά του.

Η μετάβαση από τις αρχικές μορφές θηλασμού, έως τον ολοκληρωμένο θηλασμό είναι σταδιακή και στην περίπτωση των πρόωρων μπορεί να επιτευχθεί μετά από αρκετές εβδομάδες. Παρόλα αυτά, κάθε φορά που πραγματοποιείται μη διατροφικός θηλασμός, δίνεται η δυνατότητα στην μητέρα να εξοικειωθεί με τη σωστή τεχνική του θηλασμού, τα σημάδια πείνας, την ιδιαιτερότητα ως προς τη συμπεριφορά και τις ικανότητες για σίτιση του πρόωρου νεογνού της. Όλα τα παραπάνω αλλάζουν βέβαια όσο το βρέφος μεγαλώνει και ωριμάζει. Πολύ σημαντικό είναι οι μητέρες να γνωρίζουν ότι η εδραίωση του θηλασμού παίρνει χρόνο, θέλει υπομονή και απαιτεί τη συνεργασία μητέρας-βρέφους.

## 7.8 Βοηθήματα Θηλασμού για τα πρόωρα βρέφη

Κατά την έναρξη του «διατροφικού» θηλασμού, επειδή τα ανακλαστικά σίτισης και κατάποσης είναι ακόμα ανώριμα και επειδή το πρόωρο νεογνό κουράζεται εύκολα και γρήγορα πέφτει για ύπνο, μπορούν να δοκιμαστούν ορισμένες υποβοηθητικές μέθοδοι σίτισης.

### Σίτιση με καθετήρα με τη βοήθεια του δακτύλου

Πολλά πρόωρα νεογνά αποδέχονται καλύτερα την τροφή που τους χορηγείται με γαστρικό καθετήρα ενώ ταυτόχρονα θηλάζουν το δάκτυλο των γονιών τους.



Εικόνα 33: Το γάλα χορηγείται αργά με τη βοήθεια καθετήρα ενώ το βρέφος θηλάζει το δάκτυλο του γονιού.

## Σίτιση με SNS (Supplementary Nutritional System)

Πρόκειται για συσκευή στην οποία το γάλα τοποθετείται σε μία φιάλη ή σύριγγα και κρεμιέται γύρω από το λαιμό της μητέρας. Ένας λεπτός καθετήρας συνδέεται με το μπουκάλι και μπορεί να δεθεί με ταινία στην θηλή της μητέρας ή στο δάχτυλό της. Στη

συνέχεια το βρέφος τοποθετείται στο στήθος και αρχίζει να πιπιλά. Η συσκευή έχει ένα σύστημα βαλβίδας που επιτρέπει διακοπή της ροής του συμπληρώματος από τη φιάλη, όταν το μωρό θηλάζει ενεργά. Όταν το γάλα από το στήθος λιγοστεύει η μητέρα μπορεί πάλι να ελευθερώσει τον καθετήρα, ώστε το μωρό να συνεχίσει να παίρνει γάλα από τη φιάλη, για όσο διάστημα θέλει, χωρίς να υπάρχει κίνδυνος να προκληθεί σύγχυση θηλών.



Εικόνα 34: Βοήθημα SNS.

## Σίτιση με τη βοήθεια ασπίδων θηλής από σιλικόνη

Το πρόωρο νεογνό δεν έχει την ωριμότητα να θηλάσει από το στήθος με αρκετή δύναμη και για αρκετό χρονικό διάστημα. Οι ασπίδες αυτές έχουν το σχήμα θηλής και βοηθούν στην πιο εύκολη μετάβαση από το μπουκάλι στο στήθος και στη θετική εμπειρία θηλασμού, τόσο για το βρέφος όσο και για την μητέρα.

Μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις επίπεδης ή εισέχουσας θηλής. Τα μειονεκτήματα των ψευδοθηλών είναι:

1. το πρόωρο βρέφος απομυξεί σχετικά μικρές ποσότητες γάλακτος κατά τη διάρκεια του θηλασμού
2. παρά τη χρησιμότητά τους οι θηλές σιλικόνης δεν επιτρέπουν την αποτελεσματικό άδειασμα του στήθους, με αποτέλεσμα η παραγωγή να μην ενισχύεται
3. ένα μέρος γάλακτος ενδέχεται να χάνεται μέσα σε αυτές κατά τη μεταφορά του γάλακτος προς τα νεογνά.

Είναι σημαντικό η μητέρα να συνεχίσει να αντλεί το γάλα της για αρκετό διάστημα, μετά το τέλος κάθε θηλασμού και σε τακτικά χρονικά διαστήματα προκειμένου να διατηρηθεί η επάρκεια γάλακτος. Ο περιορισμός των αντλήσεων πραγματοποιείται αρκετά μετά την έξοδο του βρέφους από τη μονάδα, αφού έχει διασφαλιστεί η εδραίωση του θηλασμού και αφού το μωρό έχει μάθει να θηλάζει απευθείας από το στήθος, χωρίς ψευδοθηλές.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Brett J, Staniszewska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open*. 2011 Jun 2;1(1):e000023.
2. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013 Aug;33(4):52-9; quiz 60.
3. Connecticut Children's MedicalCenter. Policy and Procedure Manual: Alternative Feeding Techniques.[Internet]. 2012. Connecticut: Connecticut Children's MedicalCenter. Διαθέσιμο σε [http://nursing.uchc.edu/unit\\_manuals/ccmc\\_nicu/MANUAL/Alternative%20Feeding.pdf](http://nursing.uchc.edu/unit_manuals/ccmc_nicu/MANUAL/Alternative%20Feeding.pdf).
4. Gephart SM, Weller M. Colostrum as oral immune therapy to promote neonatal health. *Adv Neonatal Care*. 2014 Feb;14(1):44-51.
5. Hill PD, Aldag JC. Milk volume on day 4 and income predictive of lactation adequacy at 6 weeks of mothers of non nursing preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005 Jul-Sep; 19(3):273-82.
6. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT. Initiation and frequency of pumping and milk production in mothers of non-nursing preterm infants. *J Hum Lact*. 2001 Feb; 17(1):9-13.
7. Hunt F. The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. *J Neonatal Nurs*. 2008; 14(2):47-51.
8. Jefferies AL; Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health*. 2012 Mar 1; 17(3):141-3.
9. Jones E, Dimmock PW, Spencer SA. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2001 Sep; 85(2):F91-5.
10. Kearvell H, Grant J. Getting connected: How nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Aust J Adv Nurs*. 2010 March May; 27(3):75-82.
11. Mathur NB, Dwarkadas AM, Sharma VK, Saha K, Jain N. Anti-infective factors in preterm human colostrum. *Acta Paediatr Scand*. 1990 Nov;79(11):1039-44.
12. Meier PP, Brown LP, Hurst NM, Spatz DL, Engstrom JL, Borucki LC, Krouse AM. Nipple shields for preterm infants: effect on milk transfer and duration of breastfeeding. *J Hum Lact*. 2000 May;16(2):106-14; quiz 129-31.
13. Meier PP, Patel AL, Bigger HR, Rossman B, Engstrom JL. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Feb;60(1):209-26.
14. Nyqvist KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008 Jun; 97(6):776-81.
15. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *J Perinat Educ*. 2009 Summer; 18(3): 23-29.
16. Oddy WH, Glenn K. Implementing the Baby Friendly Hospital Initiative: the role of finger feeding. *Breastfeed Rev*. 2003 Mar; 11(1):5-10.
17. Pinelli J, Symington A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Oct 19;(4):CD001071. [Abstract]
18. Sisk P, Quandt S, Parson N, Tucker J. Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. *J Hum Lact*. 2010 Nov;26(4):368-75.



## Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στο πρόωρο μετά την έξοδο από τη Μ.Ε.Ν.Ν.

Σημαντικές παρεμβάσεις με σκοπό την υποστήριξη του θηλασμού εκτός Μ.Ε.Ν.Ν. είναι η χορήγηση ενός πλάνου σίτισης, η τακτική παρακολούθηση της ανάπτυξης του νεογνού και η συχνή επικοινωνία, ακόμα και τηλεφωνικά, για οποιαδήποτε προβλήματα προκύψουν μετά την έξοδο. Επίσης, πολύ υποβοηθητική φαίνεται να είναι η διασύνδεση των γονέων με ομάδες υποστήριξης στην κοινότητα, όπου υπάρχουν.

Συγκεκριμένα, όλα τα βρέφη που έχουν γεννηθεί <34 εβδομάδων ή με βάρος γέννησης <1800γρ., πρέπει να έχουν μια πλήρη διατροφική αξιολόγηση πριν από την έξοδο, η οποία περιλαμβάνει καταγραφή των σωματομετρικών παραμέτρων ανάπτυξης (βάρος, μήκος, περίμετρος κεφαλής) και αξιολόγησή τους με βάση τις ειδικές καμπύλες προώρων. Πριν την έξοδο καλό είναι να υπάρχει μια μέτρηση των διατροφικών βιοχημικών δεικτών (ασβέστιο, φώσφορος, αλκαλική φωσφατάση, άζωτο ουρίας).

Η επαρκής σίτιση κατά την πρώιμη βρεφική ηλικία είναι σημαντική για την μετέπειτα υγεία και ανάπτυξη του παιδιού. Όλο και περισσότερες μελέτες οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι το χαμηλό βάρος γέννησης ή η υπέρμετρη αύξηση του βάρους μετά τη γέννηση ή και τα δύο μαζί μπορεί να αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση υπέρτασης, καρδιαγγειακών νοσημάτων, σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και οστεοπόρωσης στην ενήλικη ζωή. Από την άλλη μεριά, τα πρόωρα βρέφη που δεν επιτυγχάνουν ικανοποιητική ανάπτυξη τις πρώτες εβδομάδες ζωής έχουν χειρότερη πρόγνωση όσον αφορά τη σωματική ανάπτυξη και νευρολογική τους εξέλιξη (ESPGHAN Committee on Nutrition, 2006).

Στη διατροφική αξιολόγηση ενόψει εξόδου από τη Μ.Ε.Ν.Ν. πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Μέθοδος τσίματος από το στόμα (στήθος, μπουκάλι, κύπελλο, εναλλακτικές συσκευές τσίματος που διαθέτουν καθετήρα σίτισης).
- Εάν δε θηλάζει απευθείας, τον «τύπο» του γάλακτος που λαμβάνει και τον τρόπο παρασκευής του.
- Την ποσότητα γάλακτος που είναι απαραίτητο να παίρνει το βρέφος (σε ml ανά κιλό βάρους σώματος την ημέρα) ώστε να εξασφαλίζεται ικανοποιητική αύξηση και ανάπτυξη.
- Τι συχνότητα και την ποιότητα της σίτισης. Συνιστάται το βρέφος να σιτίζεται ανά τρίωρο ή και συχνότερα αν το απαιτεί και να μην περνάει διάστημα πάνω από 5 ώρες χωρίς να θηλάσει.

## Οδηγίες σίτισης του πρόωρου βρέφους κατά την έξοδο

1. Το βρέφος που θηλάζει αποκλειστικά και απευθείας από το στήθος.

Εφόσον οι παράμετροι της αύξησης είναι φυσιολογικοί ή βελτιώνονται μια εβδομάδα πριν από την έξοδο, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός συνεχίζεται και μετά την έξοδο. Ο κύριος παράγοντας που συμβάλει στην επιτυχή μετάβαση στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό είναι η επαρκής παραγωγή γάλακτος.

2. Το βρέφος λαμβάνει αποκλειστικά αντλημένο μητρικό γάλα (ΜΓ).

Εφόσον οι παράμετροι της αύξησης είναι φυσιολογικοί ή βελτιώνονται μια εβδομάδα πριν από την έξοδο η αποκλειστική λήψη ΜΓ συνεχίζεται και μετά την έξοδο. Εάν προστίθεται ενισχυτής στο ΜΓ, αυτός διακόπτεται μία εβδομάδα τουλάχιστον πριν την έξοδο από τη μονάδα και παρακολουθείται το βάρος καθημερινά.

Σε αυτό το σενάριο σίτισης θα πρέπει επίσης να υποστηριχθεί ο απευθείας θηλασμός από το στήθος με παράλληλη διατήρηση της επαρκούς σίτισης. Οι τρόποι που μπορεί να γίνει αυτή η μετάβαση είναι οι εξής:

- Οι μητέρες θα πρέπει να συνεχίσουν να αντλούν το γάλα τους τακτικά κατά τη διάρκεια της ημέρας, τουλάχιστον για ένα μήνα μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο. Η ηλεκτρική αντλία νοσοκομειακού τύπου είναι συνήθως πιο αποτελεσματική στη διατήρηση επαρκούς παραγωγής γάλακτος.
- Ενθάρρυνση της επαφής δέρμα με δέρμα, για όσο το δυνατό μεγαλύτερο διάστημα μέσα στην ημέρα, οδηγεί σε βελτίωση της παραγωγής γάλακτος και την ταχύτερη μετάβαση σε απευθείας θηλασμό.
- Πρόταση για την χρήση βοηθημάτων θηλασμού και εναλλακτικών τρόπων χορήγησης του αντλημένου ΜΓ ή του ΥΜΓ (π.χ. σύριγγα, κυπελάκι σίτισης, καθετήρας σίτισης και σίτιση με δάκτυλο, σίτιση με συσκευή SNS που αναφέρεται παραπάνω).
- Εκμάθηση της τεχνικής τοποθέτησης στο στήθος και του σωστού «πιασίματος» της θηλής.

3. Το βρέφος λαμβάνει κάποια ποσότητα ΜΓ με απευθείας θηλασμό από το στήθος και κάποια ποσότητα υποκατάστατου.

Η πραγματοποίηση αντλήσεων με νοσοκομειακό θήλαστο είναι αναγκαία και σε αυτή την περίπτωση. Η καλύτερη τακτική για τη διατήρηση και αύξηση της γαλουχίας είναι το «τριπλό τσίμα»: πρώτα θηλασμός από το στήθος, στην συνέχεια χορήγηση γάλακτος που έχει αντληθεί ή ΥΜΓ και μετά άντληση της υπόλοιπης ποσότητας γάλακτος που έχει μείνει στο στήθος.

Εφόσον το βρέφος αναπτύσσεται επαρκώς και η παραγωγή του αντλημένου γάλακτος αυξάνεται, η ποσότητα του όγκου του συμπληρώματος που χορηγείται μειώνεται σταδιακά. Με την αύξηση της συχνότητας των θηλασμών, παράλληλα μειώνεται σταδιακά η συχνότητα των αντλήσεων, αφαιρώντας μια συνεδρία άντλησης κάθε 2-3 ημέρες. Αρχικά, συνιστάται διάρκεια θηλασμού 20-30 λεπτά, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα πρόωρα μπορεί να αποκοιμηθούν στο στήθος λόγω εύκολης κούρασης.

Η άντληση μετά από κάθε τάισμα εξασφαλίζει το μέγιστο άδειασμα του στήθους, επομένως την αύξηση της παραγωγής γάλακτος και επιπλέον την έξοδο του οπίσθιου κλάσματος γάλακτος που είναι πλούσιο σε λίπος (αύξηση της θερμιδικής πρόσληψης). Η θερμιδική αξία του οπίσθιου κλάσματος έχει υπολογιστεί στις 80 kcal/100 ml.

## Συμπληρώματα διατροφής πρόωρων βρεφών

Τα πρόωρα νεογνά στερούνται των θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και ιχνοστοιχείων που μεταφέρονται στο έμβρυο επί το πλείστον κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Για το λόγο αυτό και σε συνδυασμό με τη μακρά νοσηλεία του προώρου και τις ιατρικές παρεμβάσεις που υφίσταται αλλά και τη γρήγορη ανάπτυξη που παρουσιάζει μετά τη γέννηση, συστήνεται η συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών και σιδήρου προκειμένου να αποφευχθούν άμεσες αλλά και μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως ραχίτιδα και σιδηροπενική αναιμία.

Για το λόγο αυτό η διατροφή των πρόωρων που θηλάζουν πρέπει να συμπληρώνεται από τα εξής:

**Βιταμίνη D.** Σε όλα τα πρόωρα νεογνά με ΠΧΒΓ συστήνεται χορήγηση προληπτικά βιταμίνης D 200 με 400 IU/ημέρα μέχρι το βρέφος να φθάσει τα 1500g, οπότε η δόση στο αποκλειστικά θηλάζων βρέφος είναι 400 IU/ημέρα, τόσο κατά τη διάρκεια νοσηλείας όσο και μετά την έξοδο, για το πρώτο χρόνο ζωής.

**Σίδηρος.** Η σιδηροπενία στα πρόωρα βρέφη συνδέεται με νευροαναπτυξιακές διαταραχές. Από την άλλη μεριά, υπέρμετρη πρόσληψη σιδήρου θα πρέπει να αποφεύγεται καθώς δεν μπορεί να αποβληθεί από τον οργανισμό. Η υπέρμετρη χορήγηση σιδήρου αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων, οδηγεί σε μειωμένη ανάπτυξη και διαταραχή στην απορρόφηση των λοιπών ιχνοστοιχείων. Προληπτική χορήγηση στοιχειακού σιδήρου 2 mg/kg/ημέρα (μέγιστη δόση 40mg/ημέρα) συστήνεται για τα πρόωρα βρέφη από την ηλικία των 2 με 6 εβδομάδων μετά τη γέννηση μέχρι τους 6 με 12 μήνες ζωής, ανάλογα τη σίτιση, δηλαδή μέχρι το βρέφος να σιτίζεται ικανοποιητικά με στερεές τροφές εμπλουτισμένες με σίδηρο ή να σιτίζεται πλήρως με ΥΜΓ. Χωρίς τη χορήγηση σιδήρου μετά τη γέννηση τα πρόωρα βρέφη οδηγούνται σε σιδηροπενία μέχρι τις 8 εβδομάδες ζωής. Εξαιρέση αποτελούν τα πρόωρα που έχουν μεταγγιστεί πολλές φορές με συμπυκνωμένα ερυθρά και έχουν αυξημένη φερριτίνη.

**Βιταμίνη Α.** Τα πρόωρα νεογνά έχουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Α στη γέννηση. Η βιταμίνη Α παίζει σημαντικό ρόλο στην όραση, στην ακεραιότητα του ανοσοποιητικού συστήματος και στην ανάπτυξη του αναπνευστικού συστήματος. Η ESPAGHAN συστήνει πρόσληψη 400-1000 µgRE/kg/ημέρα (αντιστοιχεί σε 1300-3300IU/kg/ημέρα).

Ανάλογα με τη βιοχημική εικόνα μπορεί να χρειαστεί η συμπληρωματική χορήγηση *ασβεστίου και φωσφόρου*.

Γενικός κανόνας ως προς τα συμπληρώματα διατροφής είναι ότι αν το ΥΜΓ αντιστοιχεί σε περισσότερο από 50% της ημερήσιας πρόσληψης γάλακτος, η δόση του συμπληρώματος μειώνεται στο μισό (πχ. 200 IU/ημέρα βιταμίνης D και 1mg/kg στοιχειακού σιδήρου).

## Παρακολούθηση διατροφικής κατάστασης πρόωρων βρεφών

Η αξιολόγηση του θηλασμού και της κατάστασης του βρέφους θα πρέπει να προγραμματισθεί μετά από 2-3 ημέρες μετά την έξοδο και στη συνέχεια ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν έως ότου η μητέρα πετύχει τον πλήρη και αποκλειστικό θηλασμό και το βρέφος συνεχίζει να αναπτύσσεται ικανοποιητικά.

Συστήνεται επανάληψη των βιοχημικών δεικτών κατά περίπτωση. Αν δεν υπάρχει ικανοποιητική αύξηση ή υπάρχουν διατροφικές διαταραχές συστήνεται παρέμβαση από ειδικό διαιτολόγο/διατροφολόγο, με σκοπό την προσθήκη, αν χρειάζεται, θερμίδων, πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών συστατικών.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #12: Transitioning the Breastfeeding/Breastmilk-fed Premature Infant from the Neonatal Intensive Care Unit to Home [Internet]. 2004. Διαθέσιμο σε: <http://www.bfmed.org/Resources/Protocols.aspx>
2. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, DeCurtis M, Darmaun D, Decsi T, Domelloff M, Embleton ND, Fusch C, Genzel-Boroviczeny O, Goulet O, Kalhan SC, Kolacek S, Koletzko B, Lapillonne A, Mihatsch W, Moreno L, Neu J, Poindexter B, Puntis J, Putet G, Rigo J, Riskin A, Salle B, Sauer P, Shamir R, Szajewska H, Thureen P, Turck D, vanGoudoever JB, Ziegler EE; ESPGHAN Committee on Nutrition. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2010 Jan;50(1):85-91.
3. Baker RD, Greer FR; Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics.* 2010 Nov;126(5):1040-50.
4. Brett J, Staniszevska S, Newburn M, Jones N, Taylor L. A systematic mapping review of effective interventions for communicating with, supporting and providing information to parents of preterm infants. *BMJ Open.* 2011 Jun2;1(1):e000023.
5. ESPGHAN Committee on Nutrition, Aggett PJ, Agostoni C, Axelsson I, De Curtis M, Goulet O, Hemell O, Koletzko B, Lafeber HN, Michaelsen KF, Puntis JW, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, Weaver LT. Feeding preterm infants after hospital discharge: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006 May;42(5):596-603.
6. Fenton FT. A new growth chart for preterm babies: Babson and Benda's chart updated with recent data and a new format. *BMC Pediatr.* 2003 Dec; 3: 13.
7. Griffin IJ. Postdischarge nutrition for high risk neonates. *Clin Perinatol.* 2002 Jun;29(2):327-44.
8. Hake-Brooks SJ, Anderson GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: a randomized, controlled trial. *Neonatal Netw.* 2008 May-Jun;27(3):151-9.
9. Hall RT. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. *Pediatr Clin North Am.* 2001 Apr;48(2):453-60.
10. Meier PP, Patel AL, Bigger HR, Rossman B, Engstrom JL. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb;60(1):209-26.
11. Morton JA. Strategies to support extended breastfeeding of the premature infant. *Adv Neonatal Care.* 2002 Oct;2(5):267-82.
12. Morton JA. The role of the pediatrician in extended breastfeeding of the preterm infant. *Pediatr Ann.* 2003 May;32(5):308-16.
13. Rigo J, Pieltain C, Salle B, Senterre J. Enteral calcium, phosphate and vitamin D requirements and bone mineralization in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2007 Jul;96(7):969-74.
14. Abrams SA; Committee on Nutrition. Calcium and vitamin D requirements of enterally fed preterm infants. *Pediatrics.* 2013 May;131(5):e1676-83.

## Θηλασμός των οριακά πρόωρων βρεφών

Οριακά πρόωρα θεωρούνται τα νεογνά που γεννιούνται μεταξύ της 34ης και της 37ης εβδομάδας κύησης. Συνήθως είναι αρκετά δραστήρια, με ώριμα σχετικά εξωτερικά χαρακτηριστικά και καλό βάρος γέννησης. Δίνουν λανθασμένη την εντύπωση ότι έχουν ανάλογες δεξιότητες με τα τελειόμηνα νεογνά. Συνεπώς, η αντιμετώπισή τους θέλει προσοχή, γιατί αυτά που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να ξαναοσπλευτούν, λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης βάρους, ίκτερου και αφυδάτωσης, από εκείνα που δε θηλάζουν, γεγονός που αποδίδεται στην *ανεπαρκή πρόσληψη γάλακτος λόγω ανωριμότητας*.

Στα μωρά αυτά ισχύουν οι γενικές αρχές ως προς την υποστήριξη της γαλουχίας. Έναρξη του θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση και συνδιαμονή, όταν το βάρος τους και η γενική τους κατάσταση το επιτρέπουν. Ωστόσο, είναι σημαντική η στενή παρακολούθηση του βρέφους τις πρώτες 12-24 ώρες για να προληφθούν καταστάσεις όπως υποθερμία, άπνοια, αναπνευστική δυσχέρεια, υπογλυκαιμία και ανεπαρκής θηλασμός. Η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων, της πρόσληψης βάρους, της παραγωγής ούρων και του αριθμού των κενώσεων είναι σημαντική για την αξιολόγηση της σίτισης και ενυδάτωσης του νεογνού. Ειδικότερα εάν η απώλεια βάρους είναι >3% το πρώτο 24ωρο ή > 7% τις πρώτες 3 ημέρες εξετάζεται το ενδεχόμενο *ανεπαρκούς μεταφοράς γάλακτος*. Επαναξιολογείται η θέση και η προσκόλληση στον μαστό (Κεφάλαιο 4), η ικανότητα κατάποσης και η δυνατότητα συντονισμού αναπνοής και κατάποσης στο μωρό. Αν το μωρό δεν μπορεί να θηλάσει αποτελεσματικά, η μητέρα μπορεί να βγάλει το γάλα της για να το δώσει, χρησιμοποιώντας τους εναλλακτικούς τρόπους τσίσηματος. Το νεογνό είναι έτοιμο για έξοδο από το νοσοκομείο όταν:

1. Σε ανοιχτή κούνια είναι σταθερό καρδιοαναπνευστικά και διατηρεί σταθερή θερμοκρασία.
2. Δεν έχει χάσει περισσότερο από 10% από το βάρος γέννησης. Η παρακολούθηση του βάρους είναι καθημερινή μέχρι την έξοδο.
3. Έχει εξασφαλισθεί η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας γάλακτος.
4. Έχει διαμορφωθεί γραπτό σχέδιο σίτισης κατά την έξοδο, που καθορίζει την ποσότητα του γάλακτος που πρέπει να λαμβάνει μέσα στην ημέρα, τη συχνότητα των γευμάτων, τον τρόπο τσίσηματος και το είδος του γάλακτος.

Μετά την έξοδο το νεογνό θα πρέπει να επανεκτιμηθεί σε 1 με 2 ημέρες, οπότε ελέγχεται η πρόσληψη βάρους, η επάρκεια σίτισης και τα επίπεδα ίκτερου. Στα μωρά που δεν παίρνουν καλό βάρος (< 20g/ημέρα) δεν ανακτούν το βάρος γέννησης ως τις 2-3 εβδομάδες από τον τοκετό συνιστάται:

- Αύξηση της συχνότητας των θηλασμών.
- Αύξηση της ποσότητας του συμπληρώματος με ΜΓ που έχει αντληθεί μετά τον θηλασμό ή με μικρές ποσότητες από ΥΜΓ.
- Αύξηση της συχνότητας των αντλήσεων με την αντλία ή με το χέρι.
- Πιθανώς η χορήγηση γαλακταγωγών στις μητέρες με χαμηλή παραγωγή γάλακτος.

Τέλος, είναι αναγκαία η τακτική παρακολούθηση του βάρους (συνήθως ανά εβδομάδα), μέχρι να επιτευχθεί πλήρης και ικανοποιητικός θηλασμός και να σταθεροποιηθεί ο ρυθμός ανάπτυξης του νεογνού.

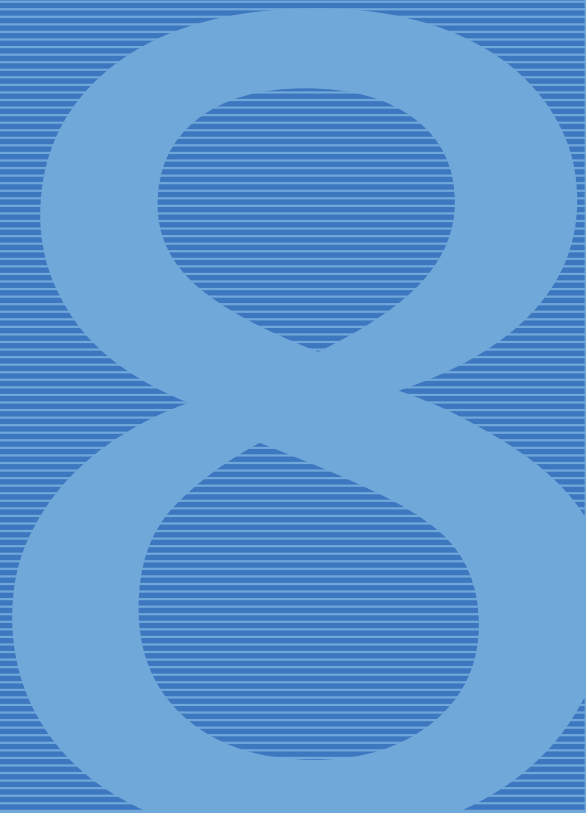
## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #10: breastfeeding the late preterm infant (34(0/7) to 36(6/7) weeks gestation) (first revision June 2011). Breastfeed Med. 2011 Jun; 6(3):151-6.
2. Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Folck BF, Xiong B, Newman TB. Rehospitalization for neonatal dehydration: a nested case-control study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002 Feb;156(2):155-61.
3. Gartner LM. Breastfeeding and jaundice. J Perinatol. 2001 Dec; 21 Suppl 1:S25-9; discussion S35-9.
4. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. Semin Perinatol. 2006 Apr;30(2):54-60.
5. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S, Naninni A, Declercq E. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. Semin Perinatol. 2006 Apr;30(2):61-8.
6. Wooldridge J, Hall WA. Posthospitalization breastfeeding patterns of moderately preterm infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2003 Jan-Mar;17(1):50-64.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Η επίδραση των φαρμάκων και των περιβαλλοντικών παραγόντων στο βρέφος κατά τη γαλουχία παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Ένα σημαντικό ποσοστό των μητέρων (εκτιμάται γύρω στο 90%) λαμβάνουν φάρμακα ήδη από την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Επομένως, ένα συχνό ερώτημα είναι εάν τα φάρμακα αυτά μπορούν να λαμβάνονται χωρίς φόβο για τη συνέχιση της γαλουχίας.

Το βρέφος κατά τον πρώτο χρόνο ζωής είναι ένας ταχύτατα αναπτυσσόμενος οργανισμός και οι παράγοντες στους οποίους εκτίθεται ενδέχεται να έχουν σημαντική επίδραση σε συστήματα, όπως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

Πολλές από τις μητέρες λόγω του φόβου των επιδράσεων των φαρμάκων στο παιδί δε συμμορφώνονται στη φαρμακευτική αγωγή ή επιλέγουν να μη θηλάσουν.

Οι περισσότερες συστάσεις που αφορούν στη χρήση των φαρμάκων κατά τον θηλασμό προέρχονται από θεωρητικούς κινδύνους, μεμονωμένες κλινικές περιπτώσεις και λίγες προοπτικές συγχρονικές μελέτες. Τα δεδομένα για τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και για τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις στα βρέφη είναι πολύ λίγα.

### 8.1 Φαρμακοδυναμική και Φαρμακοκινητική

Προκειμένου να εκτιμήσουμε την επίδραση ενός φαρμάκου στο βρέφος, πρέπει να γνωρίζουμε την πορεία του από τη στιγμή που θα ληφθεί από την μητέρα, ως τη στιγμή που θα ληφθεί μέσω του μητρικού γάλακτος από το θηλάζον βρέφος. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα δείχνει την πορεία του φαρμάκου από τη στιγμή που θα ληφθεί από την μητέρα (I), ως τη στιγμή που θα φτάσει μέσα από το μητρικό γάλα στο πεπτικό σύστημα του βρέφους (IV). Τα στάδια αυτά (I-IV) περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.



Πίνακας 20: Διαδρομή του φαρμάκου από τη λήψη του από την μητέρα, μέχρι το βρέφος

#### Γαστρεντερικός σωλήνας της μητέρας

Ο γαστρεντερικός σωλήνας της μητέρας μπορεί να αποτελεί έναν πρώτο φραγμό στην πορεία ενός φαρμάκου προς το μητρικό γάλα.

Υπάρχουν, για παράδειγμα φάρμακα που δεν απορροφώνται καλά από το γαστρεντερικό σωλήνα της μητέρας, συνεπώς είναι απίθανο να φτάσουν σε υψηλές συγκεντρώσεις στο αίμα της μητέρας και στη συνέχεια να εμφανιστούν στο γάλα π.χ. νυστατίνη.

#### Είσοδος στο πλάσμα της μητέρας

Τα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα της μητέρας εξαρτώνται, όχι μόνο από τις ιδιότητες του φαρμάκου, αλλά και από την ικανότητα του οργανισμού να μεταβολίζει το φάρμακο. Αυτή η ιδιότητα καθορίζεται σε πολλές περιπτώσεις γενετικά.

Δύο ακόμα παράμετροι που είναι σημαντικοί ως προς την αξιολόγηση των επιπέδων του φαρμάκου στο πλάσμα της μητέρας είναι:

1. *C<sub>max</sub>*: Είναι ο χρόνος που απαιτείται ώστε να φτάσει το φάρμακο τη μέγιστη συγκέντρωσή του στο πλάσμα.
2. *Χρόνος ημίσειας ζωής του φαρμάκου (t<sub>1/2</sub>) στο μητρικό πλάσμα*: είναι ο χρόνος που χρειάζεται ώστε να μειωθεί η συγκέντρωση του φαρμάκου στο μητρικό πλάσμα στο μισό σε

σχέση με την αρχική του συγκέντρωση. Εκτιμάται ότι χρειάζονται περίπου πέντε χρόνια  $t_{1/2}$ , ώστε το φάρμακο να μην ανιχνεύεται πλέον στο πλάσμα της μητέρας. Επομένως, φάρμακα με σύντομο  $t_{1/2}$  επιτρέπουν στην μητέρα να θηλάσει με περισσότερη ασφάλεια.

## Μητρικό γάλα

Ο κύριος μηχανισμός εισόδου των φαρμάκων στο μητρικό γάλα από το πλάσμα είναι η παθητική διάχυση. Αυτός ο μηχανισμός ευνοεί ιδιαίτερα φάρμακα με χαμηλότερο μοριακό βάρος και λιποφιλικές ιδιότητες.

Γι' αυτό ουσίες με μεγαλύτερο μοριακό βάρος δεν περνούν με παθητική διάχυση αλλά μέσω των συνδέσεων των γαλακτοκυττάρων (βλ. Κεφάλαιο 2, εικόνα 3). Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι τα αντισώματα και οι πρωτεΐνες του γάλακτος της αγελάδας που καταναλώνονται ως μέρος της διατροφής της μητέρας. Λιγότερα από 10 φάρμακα, όπως οι ανοσοσφαιρίνες και οι πλεκτρολύτες (π.χ. ιώδιο) θεωρείται ότι μεταφέρονται ενεργητικά στο γάλα.

|  |   |
|--|---|
| <b>Μοριακό βάρος (MB)</b>  | Τα φάρμακα με χαμηλό MB (<500 Da) έχουν υψηλότερα επίπεδα στο πλάσμα της μητέρας.   |
| <b>Πρόσδεση σε πρωτεΐνες του πλάσματος (protein binding – PB)</b>                          | Η υψηλή πρόσδεση του φαρμάκου στις πρωτεΐνες του πλάσματος της μητέρας μειώνει την έκθεση του βρέφους στο φάρμακο.  |
| <b>PKa (PKa: Ορίζεται το Ph στο οποίο το φάρμακο έχει ίσα ιονικά και μη ιονικά φορτία)</b> | Υψηλό (pKa>7.2) συνεπάγεται παγίδευση του φαρμάκου στο μητρικό γάλα, διότι το μητρικό γάλα έχει pH 7-7.2.   |
| <b>Λιποφιλία</b>   | Όσο πιο λιπόφιλο το φάρμακο τόσο υψηλότερες οι συγκεντρώσεις του στο γάλα.  |
| <b>Χρόνος μετά τον τοκετό</b>  | Τις πρώτες ημέρες της λακτογένεσης οι συνδέσεις μεταξύ των γαλακτοκυττάρων είναι χαλαρές. Αυτό επιτρέπει μεταφορά φαρμάκων στο ΜΓ μέσω των συνδέσεων των κυττάρων. Μερικές μέρες μετά τον τοκετό που τα γαλακτοκύτταρα αυξάνουν σε μέγεθος οι διακυτταρικές αυτές συνδέσεις κλείνουν πιο στεγανά. |

Πίνακας 21: Παράγοντες που ευνοούν την είσοδο φαρμάκων στο μητρικό γάλα.

## Γαστρεντερικός σωλήνας του βρέφους

Όπως συμβαίνει και στον πεπτικό σωλήνα της μητέρας ένα φάρμακο μπορεί να μην απορροφάται καλά από τον πεπτικό σωλήνα του βρέφους, άρα η παρουσία του στο μητρικό γάλα να μην έχει κλινική σημασία.

Μετά την απορρόφηση του φαρμάκου από το πεπτικό σωλήνα, η έκθεση του βρέφους στο φάρμακο εξαρτάται από την ικανότητά του να μεταβολίζει το φάρμακο στο ήπαρ ή στους νεφρούς. Να σημειωθεί ότι ο *ρυθμός σπειραματικής διήθησης (Glomerular filtration Rate – GFR)* αυξάνεται με την ηλικία του βρέφους και εκτιμάται ότι σε ένα νεογνό είναι στο 25% του GFR του ενήλικα. Επίσης, πολλά φάρμακα μπορεί να μη μεταβολίζονται επαρκώς από το ήπαρ, λόγω ανωριμότητας ή λόγω γενετικής ανεπάρκειας του συμπλέγματος των ενζύμων του κυτοχρώματος CYP450 (first pass clearance).

Παράγοντες που επηρεάζουν την απορρόφηση ενός φαρμάκου από το γαστρεντερικό σωλήνα είναι: οι χημικές ιδιότητές του, η αντοχή του φαρμάκου στο όξινο περιβάλλον του στομάχου, οι τροφές με τις οποίες συγχρηγείται, ο ρυθμός γαστρικής κένωσης και εντερικής κινητικότητας και τα ένζυμα του εντερικού επιθηλίου.

Ορισμένα φάρμακα μπορεί να μην απορροφώνται από το γαστρεντερικό σωλήνα του βρέφους αλλά να έχουν κάποιες τοπικές επιδράσεις.

## Δείκτες Εκτίμησης της Έκθεσης του Βρέφους στο φάρμακο

*Milk/Plasma* ή *Milk/Serum ratio*: Ένας δείκτης που χρησιμοποιείται συχνά για την εκτίμηση της φαρμακολογικής έκθεσης του βρέφους σε φάρμακο που χορηγείται στην μητέρα κατά τη γαλουχία και είναι ο λόγος μεταξύ των συγκεντρώσεων του φαρμάκου στο γάλα προς τη συγκέντρωσή του στο πλάσμα ή τον ορό (M/P ή M/S). Αν ο λόγος είναι μικρότερος του 1, τότε το φάρμακο θεωρείται ασφαλές κατά τη γαλουχία. Ο λόγος αυτός είναι παράμετρος εξαρτώμενη από παράγοντες όπως ο χρόνος έκθεσης, η σύσταση του γάλακτος και η φαρμακοκινητική.

Ο *δείκτης έκθεσης του βρέφους στο φάρμακο (E.I.)* είναι μια σταθερά, που συνδυάζει το λόγο M/P, την ποσότητα του γάλακτος που παίρνει το μωρό και την κάθαρση του φαρμάκου από το μωρό. Εκφράζεται με ποσοστό επί της εκατό της θεραπευτικής δόσης του φαρμάκου για το βρέφος μετά από προσαρμογή στο βάρος του.

$$\text{Δείκτης έκθεσης (Exposure Index \%)} = \frac{100 \times \text{M/P} \times \text{A}}{\text{Κάθαρση γάλακτος από το βρέφος (ml/kg/min)}}$$

όπου

A= ημερήσια πρόσληψη γάλακτος από το μωρό,  
π.χ. 150ml/kg/day=0.1 ml/kg/min.

Συνεπώς φάρμακα με χαμηλά επίπεδα κάθαρσης έχουν υψηλό δείκτη έκθεσης. Επίσης η ποσότητα γάλακτος που παίρνει το μωρό είναι καθοριστικός παράγων έκθεσης π.χ. ένα μωρό που τρέφεται αποκλειστικά με μητρικό γάλα είναι λογικό να εκτίθεται περισσότερο στο ίδιο φάρμακο σε σχέση με ένα νήπιο που θηλάζει 2-3 φορές/ημέρα. Δεν υπάρχει επιστημονικά τεκμηριωμένο ασφαλές όριο έκθεσης.

Δείκτης έκθεσης άνω του 10% έχει επικρατήσει να θεωρείται υψηλός και μη ασφαλής για το βρέφος.

*Σχετική δόση βρέφους (Relative Infant Dose):* Είναι το ημερήσιο της ημερήσιας δόσης φαρμάκου ανά κιλό βάρους που μπορεί να λαμβάνει το βρέφος προς την ημερήσια δόση της μητέρας ανά κιλό βάρος σώματός της. Πρέπει να είναι μικρότερη του 10%, για να θεωρηθεί ότι το φάρμακο είναι ασφαλές και να χρησιμοποιηθεί κατά τον θηλασμό.

Relative Infant Dose (%) =

$$= \frac{\text{Δόση Φαρμάκου στο βρέφος (}\mu\text{g/kg/ημέρα)} \times 100}{\text{Δόση φαρμάκου που λαμβάνει η μητέρα (}\mu\text{g/kg/ημέρα)}}$$

### Ταξινόμηση των φαρμάκων βάσει του κινδύνου χορήγησης

Το ταξινομικό σύστημα που έχει προταθεί από τον T.W. Hale (2006) κατατάσσει τα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον θηλασμό σε 5 κατηγορίες (L1-5). Πίνακας 22

|   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| <b>L1</b>   | <b>ΠΛΕΟΝ ΑΣΦΑΛΗ</b>       | Φάρμακα που λαμβάνονται από μεγάλο αριθμό θηλαζουσών, χωρίς παρατηρούμενη αύξηση παρενεργειών στο βρέφος. Ελεγχόμενες μελέτες γι' αυτά σε θηλάζουσες γυναίκες δείχνουν: απουσία κινδύνου για το παιδί, ή πολύ μικρή πιθανότητα βλάβης σε αυτό, ή μη απορρόφηση του φαρμάκου από το γαστρεντερικό σωλήνα του παιδιού.  |
| <b>L2</b>   | <b>ΑΣΦΑΛΗ</b>             | Φάρμακα που μελετήθηκαν σε μικρό αριθμό θηλαζουσών, χωρίς να παρουσιάσουν παρενέργειες στα βρέφη. Τα στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν μικρό κίνδυνο για το βρέφος από τη χρήση τους σε μπρέρες που θηλάζουν.  |
| <b>L3</b>   | <b>ΜΕΤΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΗ</b>     | Δεν υπάρχουν μελέτες σε θηλάζουσες για τη χρήση του φαρμάκου, ωστόσο ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών είναι πιθανός ή οι μελέτες δείχνουν ελάχιστες, μη απειλητικές για τη ζωή παρενέργειες. Τα φάρμακα πρέπει να δίδονται εάν το όφελος είναι μεγαλύτερο από το δυνητικό κίνδυνο για το παιδί.  |
| <b>L4</b>   | <b>ΠΙΘΑΝΟΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ</b> | Υπάρχουν ενδείξεις κινδύνου για το θηλάζον βρέφος ή για την παραγωγή γάλακτος. Η χρήση ωστόσο στην μητέρα μπορεί να είναι αποδεκτή, εάν τα οφέλη για την μητέρα είναι σημαντικά παρά τον κίνδυνο για το βρέφος (π.χ. φάρμακα που δίδονται για μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή της μητέρας ή για μια σοβαρή ασθένεια της μητέρας, όπου ασφαλέστερα φάρμακα δεν υπάρχουν ή είναι αναποτελεσματικά). Στην περίπτωση αυτή πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο προσωρινής διακοπής του θηλασμού ή της συνέχισής του υπό προϋποθέσεις. |
| <b>L5</b>   | <b>ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΝΤΑΙ</b>    | Μελέτες σε θηλάζουσες έχουν δείξει ότι υπάρχει σοβαρός και τεκμηριωμένος κίνδυνος για το βρέφος, βασισμένος στην εμπειρία ή ότι είναι ένα φάρμακο που έχει υψηλή πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στο βρέφος. Ο κίνδυνος από τη χρήση του φαρμάκου σε μια θηλάζουσα σαφώς υπερείχε οποιοδήποτε οφέλους που προκύπτει από τον θηλασμό. <b>Το φάρμακο αντενδείκνυται σε θηλάζουσες.</b>  |
| <b>ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ</b><br>Αντινεοπλασματικά, ραδιοφάρμακα, ρετινοειδή, κλωραμφενικόλη, λίθιο, φενινιδόνη, τετρακυκλίνη, άλατα χρυσού. |                           |   |

Πίνακας 22 : Ταξινόμηση φαρμάκων ως προς την ασφάλεια κατά Hale.

## 8.2 Οδηγός σκέψης για συνταγογράφηση σε μια μητέρα που θηλάζει

- Χορήγηση φαρμάκων μόνο όταν είναι απαραίτητα.
- Χορήγηση φαρμάκων κατά προτίμηση με τοπική δράση, π.χ. εισπνεόμενα.
- Χορήγηση φαρμάκων με σχετικό δείκτη έκθεσης και δείκτη έκθεσης βρέφους <10%.
- Προτίμηση φαρμάκων για τα οποία υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για χρήση κατά τον θηλασμό.
- Χορήγηση φαρμάκων που θεωρητικά θα μπορούσε να πάρει και το μωρό.
- Συνεκτίμηση της ηλικίας του μωρού, του βάρους γέννησης και της προωρότητας.
- Συνεκτίμηση του κινδύνου από τη χρήση του φαρμάκου σε σχέση με τα οφέλη από τον θηλασμό
- Επιλογή φαρμάκων με τα εξής χαρακτηριστικά:
  - Σύντομος χρόνος ημίσειας ζωής  $t_{1/2}$ . Θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο χρόνος ημίσειας ζωής ( $t_{1/2}$ ) του φαρμάκου στην κυκλοφορία του μωρού.
  - Υψηλή πρόσδεση σε πρωτεΐνες πλάσματος.
  - Μικρή βιοδιαθεσιμότητα μετά την πρόσληψη από το στόμα.
  - Υψηλό μοριακό βάρος.

### Πρακτικές οδηγίες λήψης φαρμάκου

Μετά τη συνταγογράφηση ενός φαρμάκου, ορισμένες οδηγίες που μπορεί να μειώσουν την έκθεση του βρέφους στο φάρμακο είναι:

- Θηλασμός αμέσως πριν τη λήψη του φαρμάκου, σε περίπτωση που το φάρμακο δίδεται σε συχνές δόσεις.
- Σε φάρμακα που δίδονται μια φορά την ημέρα, καλό είναι να λαμβάνεται το φάρμακο αφού το παιδί θηλάσει και πρόκειται να κοιμηθεί για αρκετές ώρες, π.χ. πριν τον συνηθισμένο νυχτερινό ύπνο.
- Να αποφεύγεται ο θηλασμός όταν το φάρμακο παρουσιάζει τη μέγιστη συγκέντρωση μετά την λήψη ( $C_{max}$ ).
- Να ενθαρρύνεται ο θηλασμός όταν έχει περάσει ο πρώτος χρόνος ημίσειας ζωής ( $t_{1/2}$ ), ειδικά σε φάρμακα με βραχύ  $t_{1/2}$ .
- Να προτιμάται η χρήση φαρμάκων που έχουν μια δραστική ουσία παρά φάρμακα με πολλές δραστικές ουσίες. Πολλά φάρμακα που χορηγούνται χωρίς συνταγή π.χ. αναλγητικά μπορεί να περιέχουν αυξημένη δόση ή συνδυασμό δραστικών ουσιών. Καλό λοιπόν είναι η χρήση τους να γίνεται μετά από συζήτηση με κάποιον ειδικό.

## 8.3 Φάρμακα που συχνά συνταγογραφούνται στις γυναίκες κατά τον θηλασμό

Ο σκοπός αυτής της ενότητας είναι να παρουσιάσει τα φάρμακα που συχνότερα συνταγογραφούνται στις θηλάζουσες μητέρες, ώστε να γίνει αντιληπτό ποιές κατηγορίες από αυτές είναι ασφαλείς. Τα δεδομένα αυτά προέρχονται από την καταγραφή των κλήσεων στην τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης θηλαζουσών στο πρόγραμμα «ΑΛΚΥΟΝΗ»: Εθνική πρωτοβουλία προαγωγής του μητρικού θηλασμού.

Σε κάθε ερώτημα ωστόσο για την ασφάλεια συγκεκριμένης φαρμακευτικής ουσίας, ο πιο ασφαλής τρόπος να συμβουλευτεί κανείς μια μητέρα είναι να ανατρέξει στις προτεινόμενες βάσεις δεδομένων στο τέλος αυτού του κεφαλαίου. Πρόκειται για ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων που συγκεντρώνουν δεδομένα από τις διαθέσιμες κλινικές μελέτες φαρμακευτικών ουσιών σε θηλάζουσες.

Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων που συνταγογραφούνται στις μητέρες.

### Αντιβιοτικά που συνταγογραφούνται συχνότερα κατά τη γαλουχία είναι:

- *Αμοξικιλίνη± κλαβουλανικό οξύ, κεφοταξίμη, κλαριθρομυκίνη:* Δεν υπάρχει κίνδυνος για το βρέφος, κατά τη λήψη τους από τις μητέρες.
- *Σιπροφλοξασίνη:* Παρά το ότι δε συνιστάται απευθείας χρήση του φαρμάκου στα βρέφη ο κίνδυνος είναι μικρός εάν το λαμβάνει η μητέρα. Πιθανολογείται ότι το φάρμακο δεν απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα του βρέφους, λόγω του ασβεστίου που περιέχει το μητρικό γάλα.
- *Αντιμυκητιασικά φάρμακα*
  - Μικοναζόλη (τοπική χρήση): Δεν υπάρχει κίνδυνος για το βρέφος κατά τη χρήση του από τις μητέρες.
  - Φλουκοναζόλη από το στόμα: Δεν υπάρχει κίνδυνος για το βρέφος κατά τη λήψη του από τις μητέρες. Η μεταφορά του στο μητρικό γάλα υπολογίζεται στο 16% της δόσης της μητέρας, που οδηγεί σε μια λήψη από το βρέφος περίπου 6 mg/kg/ημέρα. Αυτό είναι λιγότερο από το 6% της δόσης που συνιστάται για την αντιμετώπιση της καντιντίασης στο βρέφος.



## Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά

- *Δικλοφαινάκη*: Είναι ασφαλής η χρήση του στη γαλουχία γιατί ελάχιστη ποσότητα περνά στο μητρικό γάλα.
- *Ιβουπροφαίνη*: Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια σε θηλάζουσες μαμάδες.
- *Μεφαιναμικό οξύ*: Δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα από την χρήση του στην μπιτέρα, γι' αυτό προτιμάται να χρησιμοποιείται αντ' αυτού, κάποιο άλλο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες.
- *Παρακεταμόλη*: Δεν υπάρχει κίνδυνος για το βρέφος κατά τη λήψη του από τις μπιτέρες.

## Ορμονικά σκευάσματα

- *Κορτιζονούχα*: Η μεθυλπρεδνιζολόνη χρησιμοποιείται χωρίς πρόβλημα έως 8ηη την ημέρα ή ισοδύναμη δοσολογία αν πρόκειται για άλλο κορτικοστεροειδές. Ως αυτή τη δόση ανιχνεύεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα στο αίμα.
- *Θυρεοειδικές ορμόνες*: Η θυροξίνη είναι ένα φυσιολογικό συστατικό του μητρικού γάλακτος. Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η θυροξίνη που χορηγείται εξωγενώς περνά σε μικρές ποσότητες στο μητρικό γάλα.
- *Λεβονοργεστρέλη* (χάπι της επόμενης ημέρας): Θεωρείται ασφαλής ο θηλασμός μετά από 8 ώρες από τη λήψη του φαρμάκου.
- *Καβεργολίνη*: Το φάρμακο αυτό χορηγείται για διακοπή της γαλουχίας. Σε περίπτωση που η μπιτέρα επιθυμεί τον επαναγαλακτισμό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής του φαρμάκου είναι 80 ώρες για κάθε δόση, ενώ θεωρείται ότι το φάρμακο απομακρύνεται από την κυκλοφορία μετά από 5 χρόνους ημίσειας ζωής δηλ.400 ώρες.

## Αντικαταθλιπτικά

Από τις διάφορες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι τα λιγότερο δημοφιλή, λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Οι εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης (SSRIs) χρησιμοποιούνται συχνότερα. Από την άποψη του μεταβολισμού τους η *σερταλίνη* οδηγεί σε έναν μεταβολίτη που είναι ουσιαστικά αδρανής, γι' αυτό και είναι η προτιμότερη επιλογή σε μπιτέρες που θηλάζουν. Η *φλουοξετίνη* αντίθετα οδηγεί σε έναν ενεργό μεταβολίτη με χρόνο ημίσειας ζωής 360 ώρες και συνιστάται να αποφεύγεται. Η *βενφλαξίνη* (SSRI+ αναστολέας πρόσληψης νοραδρεναλίνης) έχει επίσης έναν ενεργό μεταβολίτη με χρόνο ημίσειας ζωής 11 ώρες.

## Υπνωτικά - Μυοχαλαρωτικά

Συχνά χρησιμοποιούμενο είναι ο συνδυασμός παρακεταμόλης και *κιτρικής ορφενεδρίνης*. Θεωρείται ασφαλές για τον θηλασμό.

Από την κατηγορία των βενζοδιαζεπινών η *λοραζεπάμη* προτιμάται σε σχέση με τη *διαζεπάμη*, γιατί έχει μικρότερο χρόνο ημίσειας ζωής. Η περιστασιακή χρήση της θεωρείται ασφαλής.

## Τοπικά αναισθητικά

Χρησιμοποιούνται συχνά σε μικροεπεμβάσεις πχ *λιδοκαΐνη* για οδοντιατρικές επεμβάσεις.

Θεωρούνται ασφαλή κατά τον θηλασμό.

## Κρέμες για εξωτερική χρήση

Δεν υπάρχει κίνδυνος για το βρέφος κατά τη χρήση τους από τις μπιτέρες.

## 8.4 Φάρμακα που συχνά λαμβάνουν οι γυναίκες που θηλάζουν, χωρίς ιατρική συνταγή

**Βαλεριάνα.** Θεωρείται μετρίως ασφαλής εφόσον η ημερήσια δόση δεν ξεπερνά τα 9 γραμμάρια (2 γραμμάρια σε ξηρή μορφή).

**Πρόπολη.** Θεωρείται μετρίως ασφαλής, γιατί μπορεί να πυροδοτήσει αλλεργικές αντιδράσεις.

**Εχινάκια.** Θεωρείται μετρίως ασφαλής.

**Μαγιά μπίρας.** Θεωρείται ασφαλές με αμφίβολη όμως γαλακταγωγό δράση.

**Λεκιθίνη.** Θεωρείται ασφαλής.

**St John's Wort (βαλσαμόχορτο)** Βότανο με αντικαταθλιπτική δράση που θεωρείται ασφαλές. Μπορεί όμως σε συγχωρήγηση να μειώσει τη δράση σε φαρμακευτικά σκευάσματα.

**Εκχύλισμα σπόρων grapefruit.** Χρησιμοποιείται ως αντισηπτικό θηλών. Κυκλοφορεί σε σταγόνες και πρέπει απαραίτητα να χρησιμοποιείται σε διάλυση μέσα σε νερό.

## Προτεινόμενες ιστοσελίδες για αναζήτηση ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων κατά τη γαλουχία

- Drugs and Lactation Database (LACT MED): <http://toxnet.nlm.nih.gov>
- <http://www.infantrisk.com/>
- Paediatric service APILAM breastfeeding website
- <http://www.e-lactancia.org/ingles/inicio.asp>

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Jansson LM. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breastfeeding and the drug-dependent woman. *Breastfeed Med.* 2009 Dec;4(4):225-8.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics.* 2001 Sep;108(3):776-89.
3. Begg EJ, Duffall SP, Hackett PL, Ilett KF. Studying Drugs in Human milk: Time to unify the approach. *Human Lact.* 2002;18(4): 323-332.
4. Berlin CM, Briggs GG. Drugs and chemicals in human milk. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2005 Apr;10(2):149-59.
5. Hale TW. Maternal medications during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 Sep;47(3):696-711.
6. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. *N Engl J Med.* 2000 Jul13;343(2):118-26.
7. Ito S, Lee A. Drug excretion into breast milk--overview. *Adv Drug Deliv Rev.* 2003 Apr 29;55(5):617-27.
8. Online course BE08. Breastmilk, Lactation and Medications. Health e-learning, 2011.
9. Marks JM. Medications and Lactation: what PNPs need to know. *Paediatric Pharmacology.* 2003;17(6):311-317.
10. Nice FG, Snyder JL, Kotansky BC. Breastfeeding and over the counter medications. *J Human Lact* 2000;16(4):319-331.
11. Rowe H, Baker T, Hale TW. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb; 60(1):275-94.
12. Sofianou A και συνεργάτες. Counselling Lactating Women on Medication use. Women's Health Congress, 2014 28-30 August, Athens Greece.

## 8.5 Επίδραση καπνίσματος, αλκοόλ και περιβαλλοντικών παραγόντων στον θηλασμό

Σε παλαιότερες οδηγίες η Αμερικανική Επιτροπή Ελέγχου Φαρμάκων είχε τοποθετήσει τη νικοτίνη ανάμεσα στις ουσίες που αντενδείκνυνται στον θηλασμό. Σε οδηγίες όμως που εκδόθηκαν το 2001, αναφέρεται ότι η ποσότητα της νικοτίνης που μεταφέρεται στο μωρό, είναι πολύ μικρή και ο χρόνος ημίσειας ζωής είναι μεταξύ 60-90'. Συνεπώς η Αμερικανική Παιδιατρική εταιρεία προτείνει η περίοδος θηλασμού να είναι μια ευκαιρία διακοπής καπνίσματος για μητέρες που θηλάζουν, αλλά εφόσον οι μητέρες επιθυμούν τη συνέχιση του καπνίσματος, θα πρέπει να ενθαρρύνονται να θηλάζουν. Τα οφέλη από τον θηλασμό είναι περισσότερα για ένα βρέφος μιας μητέρας που καπνίζει σε σχέση με ένα βρέφος που δε θηλάζει και η μητέρα του καπνίζει.

Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να γίνεται σαφές ότι το βρέφος κινδυνεύει από το λεγόμενο 3<sup>ο</sup> ρεύμα καπνού, δηλαδή τις ουσίες του τσιγάρου που βρίσκονται στα μαλλιά, στο δέρμα και την αναπνοή της μαμάς. Συνιστούμε επομένως στη μαμά να θηλάσει πριν καπνίσει, εάν είναι δυνατό να μη θηλάσει πάλι για τις επόμενες 2,5 ώρες και να καπνίζει σε εξωτερικό χώρο, φορώντας μαντίλι στα μαλλιά και ένα ρούχο που στη συνέχεια θα αλλάξει. Έτσι η έκθεση του βρέφους στις ουσίες του καπνού ελαχιστοποιούνται.

Όσον αφορά το αλκοόλ, η κατανάλωσή του σε μεγάλες ποσότητες μπορεί να μειώσει την ποσότητα του μητρικού γάλακτος. Η σύσταση είναι η ημερήσια κατανάλωση να μην ξεπερνά το 0,5γρ. αλκοόλης / κιλό βάρους της μητέρας. Μετά την κατανάλωση αλκοόλ το βρέφος μπορεί να ξαναθηλάσει σε 2 ώρες.

Τα δεδομένα από την επίδραση των ναρκωτικών ουσιών στα βρέφη είναι σποραδικά και ελλιπή. Η κοκαΐνη ενοχοποιείται για τοξικότητα και η κάνναβις για επιπτώσεις στη νευροαναπτυξιακή εξέλιξη. Η μεθαδόνη και η βουπενορφίνη αποτελούν ασφαλείς θεραπείες υποκατάστασης, αν και σχετίζονται με τη εμφάνιση *συνδρόμου στέρησης του νεογνού (neonatal abstinence syndrome)*.

*Θηλασμός σε ουσιοεξαρτώμενες μητέρες μπορεί να επιτραπεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις:*

- Γυναίκες που εισάγονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης προ του τοκετού και θα πρέπει να έχουν τη δέσμευση να παραμείνουν σε αυτό και μετά τον τοκετό.
- Να έχουν τακτική μαιευτική παρακολούθηση.
- Να μην έχουν κάνει χρήση ουσιών τουλάχιστον 90 ημέρες προ του τοκετού.
- Να έχουν αρνητική τοξικολογική εξέταση ούρων κατά την εισαγωγή για τον τοκετό.
- Να μην είναι οροθετικές.
- Να μην λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα που αντενδείκνυνται στον θηλασμό.

Ο θηλασμός είναι καλύτερο να αποφεύγεται σε μητέρες που δεν πληρούν τα παραπάνω κριτήρια ή επανέρχονται στη χρήση ουσιών μετά τον τοκετό.

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που ενδέχεται να έχουν βλαπτικές επιδράσεις στο μωρό περιλαμβάνεται ο μόλυβδος και ο μεθυλικός υδράργυρος με πιθανές επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα και τη νευροαναπτυξιακή εξέλιξη του μωρού. Από παλαιότερη έκθεση του ΠΟΥ γνωρίζουμε ότι οι συγκεντρώ-

σεις για τον μόλυβδο, κάδμιο και ολικό υδράργυρο στο μητρικό γάλα πρέπει να είναι 2-5, <1 και 1.4-1.7 ng/g αντίστοιχα.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abadin HG, Hibbs BF, Pohl HR. Breast-feeding exposure of infants to cadmium, lead, and mercury: a public health viewpoint. *Toxicol Ind Health*. 1997 Jul-Aug;13(4):495-517.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*. 2001 Sep;108(3):776-89.
3. Howard CR, Lawrence RA. Xenobiotics and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2001 Apr;48(2):485-504.

## 8.6 Θηλασμός και φαρμακευτική αντισύλληψη

Οι επιλογές για αντισύλληψη κατά τον θηλασμό περιλαμβάνουν ορμονικές και μη ορμονικές μεθόδους.

### Ορμονική αντισύλληψη

Στα ορμονικά αντισυλληπτικά σκευάσματα περιλαμβάνονται:

- *Αντισυλληπτικά χάπια με προγεστίνη.*
- *Αντισυλληπτικά χάπια με συνδυασμό προγεστινοειδών και οιστρογόνων.*
- *Ενδομήτριες συσκευές που απελευθερώνουν προγεστερόνη (IUS).*
- *Κολπικός αντισυλληπτικός δακτύλιος.* Είναι ένας εύκαμπτος δακτύλιος που τοποθετείται μέσα στον κόλπο και απελευθερώνει συνδυασμό οιστρογόνου και προγεστερόνης.
- *Μακράς δράσης ενέσιμα αντισυλληπτικά.* Πρόκειται για μεδροξυπρογεστερόνη (medroxyprogesterone), το οποίο είναι ένα προγεσταγονικό στεροειδές μακράς δράσεως.
- *Αντισυλληπτικό εμφύτευμα.* Πρόκειται για μικρούς, ελαστικούς ράβδους που τοποθετούνται κάτω από το δέρμα και αποδεσμεύουν αργά αλλά σταθερά προγεστερόνη. Παρέχουν αντισύλληψη για τρία έως πέντε χρόνια.

Συστηματική ανασκόπηση Cochrane έδειξε ότι αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να βγουν συμπεράσματα με ασφάλεια, τα αντισυλληπτικά σκευάσματα, που περιέχουν μια ορμόνη μόνο φαίνεται να είναι πιο ασφαλή ως προς τη διατήρηση της παραγωγής του γάλακτος σε σύγκριση με αυτά που περιέχουν συνδυασμό οιστρογόνων και προγεστινοειδών.

Επίσης, ο ΠΟΥ συστήνει την αποφυγή των συνδυασμένων αντισυλληπτικών για τις πρώτες 21 ημέρες μετά τον τοκετό για όλες τις γυναίκες και για τις πρώτες τουλάχιστον 42 ημέρες για τις μητέρες με παράγοντες κινδύνου για εν τω βάθει θρόμβωση.

### Μη ορμονική αντισύλληψη

Στις μεθόδους μη ορμονικής αντισύλληψης περιλαμβάνονται:

- Ενδομήτριες συσκευές χαλκού (IUD)
- Διαφράγματα
- Προφυλακτικά (γυναικεία και ανδρικά)

Οι παραπάνω επιλογές δεν περιέχουν ορμονικούς παράγοντες. Οι ενδομήτριες συσκευές μπορούν να τοποθετηθούν ακόμα και τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό και ο χαλκός που περιέχουν είναι ακίνδυνος για όλη τη διάρκεια του θηλασμού.

Συμπερασματικά, στην περίπτωση που η χρήση των χαπιών προγεστίνης δεν είναι δυνατή συστήνεται η εφαρμογή IUS και οι μέθοδοι μη ορμονικής αντισύλληψης ή η χρησιμοποίηση της μεθόδου της αμηνόρροιας της γαλουχίας (LAM), εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της. Η χρήση συνδυασμένων αντισυλληπτικών ή κολπικού δακτυλίου συνιστάται από τον έκτο μήνα μετά τον τοκετό, οπότε είναι λιγότερο πιθανό να επηρεάσει την παραγωγή του μητρικού γάλακτος.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Family Planning Association. Your guide to contraceptive choices after you have had your baby. <http://www.fpa.org.uk/sites/default/files/contraception-after-having-baby-your-guide.pdf>.
2. Family Planning Victoria clinics. Contraception after you've had a baby (Postnatal contraception) <http://www.fpv.org.au/assets/Uploads/PDF-Downloads/SH-Info/Full-brochures/POSTNATAL.pdf>
3. Kelsey JJ. Hormonal contraception and lactation. *J Hum Lact*. 1996Dec;12(4):315-8.
4. Kennedy KI. Post-partum contraception. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1996Apr;10(1):25-41.
5. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60:878-883.
6. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003988. [Abstract]

## 8.7 Παράγοντες και φάρμακα ανασταλτικά για τον θηλασμό

Εφόσον η μητέρα επιλέξει την απότομη διακοπή της γαλουχίας, συστήνεται η χρήση ορισμένων ορμονικών φαρμακευτικών σκευασμάτων. Παλαιότερα χρησιμοποιούνται η *βρωμοκρυπτίνη*, αλλά η χρήση της αποφεύγεται πλέον λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών. Η *καβεργολίνη* χρησιμοποιείται πιο συχνά για να επιτευχθεί η διακοπή της γαλουχίας. Πρέπει, ωστόσο, να τονίζεται στην μητέρα ότι η διακοπή της γαλουχίας είναι σε αυτές τις περιπτώσεις οριστική και συνήθως μη αναστρέψιμη.

Μια κατηγορία φαρμάκων που φαίνεται να έχει σημαντική ανασταλτική επίδραση στη γαλουχία είναι τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά που περιέχουν οιστρογόνα. Η μείωση της παραγωγής γάλακτος κατά τη χρήση τους εκτιμάται γύρω στο 20-30%, ενώ η μείωση κατά τις πρώτες εβδομάδες της γαλουχίας μπορεί να φτάσει και το 40%.

Άλλα φάρμακα που έχει διαπιστωθεί ότι μπορεί να μειώσουν την παραγωγή είναι η βρωμοκρυπτίνη, η εργοταμίνη, η μπενδροφλουμεθειαζίδη και η ψευδοεφεδρίνη.

Βότανα, όπως το φασκόμηλο, μπορούν να μετριάσουν την υπερπαραγωγή και χρησιμοποιούνται και όταν η μητέρα επιθυμεί τη σταδιακή διακοπή. Τα άνθη του γιασεμιού μπορεί επίσης να έχουν μια ήπια ανασταλτική δράση, που είναι ιδανική όμως για την αντιμετώπιση καταστάσεων όπως η υπερφόρτωση.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Begg EJ, Duffall SP, Hackett PL, Ilett K. Studying Drugs in Human milk: Time to unify the approach. *Human Lact*. 2002;18(4): 323-332.
2. Ito S, Lee A. Drug excretion into breast milk—overview. *Adv Drug Deliv Rev*. 2003 Apr 29;55(5):617-27.



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



## Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΟ ΖΩΗΣ

### 9.1 Οι ισχύουσες συστάσεις σχετικά με τη βρεφική διατροφή

Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει μέσα από τα πολλαπλά οφέλη του στη βελτίωση της υγείας των παιδιών. Έτσι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνιστά τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους 6 πρώτους μήνες ζωής του βρέφους και τη συνέχισή του για τον πρώτο χρόνο ζωής, μαζί με την εισαγωγή στερεών τροφών γύρω στους 6 μήνες. Επίσης, συνιστά τη συνέχιση του θηλασμού κατά το δεύτερο χρόνο ζωής, για όσο διάστημα επιθυμεί η μαμά και το μωρό.

Η σωματική ανάπτυξη των βρεφών, που θηλάζουν αποκλειστικά για 6 μήνες και στη συνέχεια λαμβάνουν μητρικό γάλα μαζί με συμπληρωματικές στερεές τροφές είναι διαφορετική από τα μωρά που δε θηλάζουν. Για το λόγο αυτό, ο ΠΟΥ μετά από χρόνια σχετικής έρευνας, συνιστά η παρακολούθηση των βρεφών που θηλάζουν να γίνεται με τις καμπύλες που έχουν δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό.

Η ενθάρρυνση και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας, η προαγωγή του από την πολιτεία και τους σχετικούς φορείς υγείας και τελικά η επιλογή του από τις μητέρες δεν είναι απλώς στάση ζωής. Είναι μια ουσιαστική ενέργεια προάσπισης της δημόσιας υγείας των βρεφών.

Στο κεφάλαιο αυτό αναπτύσσονται βασικές αρχές διατροφής των βρεφών κατά τον πρώτο χρόνο ζωής, που προκύπτουν από τεκμηριωμένες διεθνείς συστάσεις ή οδηγίες.

### 9.2 Διατροφή βρεφών στην ηλικία 0-6 μηνών

Συνιστάται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός.

Στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (exclusive breastfeeding) το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα και τίποτα άλλο, με μόνη εξαίρεση βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα.

Η σύσταση αυτή βασίζεται σε συστηματική ανασκόπηση σύγκρισης των πιθανών πλεονεκτημάτων από την εισαγωγή των

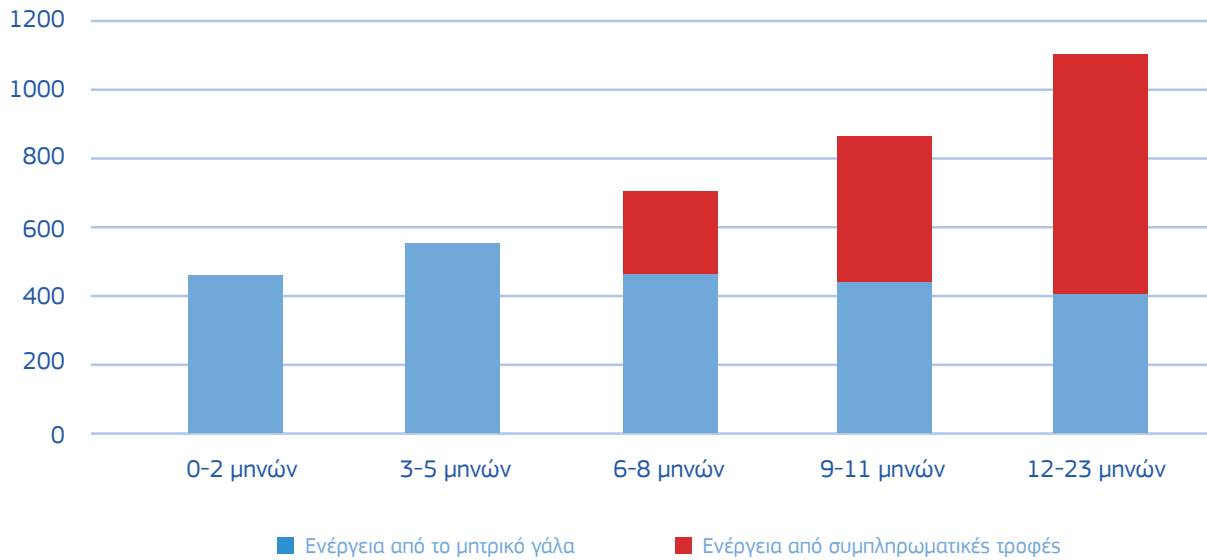
στερεών τροφών στους 4 μήνες, στο διάστημα 4-6 μηνών και μετά τη συμπλήρωση των 6 μηνών. Η ανασκόπηση δεν έδειξε κάποιο σημαντικό πλεονέκτημα από την πιο πρώιμη εισαγωγή στερεών τροφών, με εξαίρεση κάποιες μελέτες από αναπτυσσόμενες χώρες που έδειξαν ότι ο αποκλειστικός θηλασμός ως τους έξι μήνες, πιθανόν να οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα σιδήρου. Σε αυτές τις περιπτώσεις θεωρείται πλεονεκτικότερη η συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου, παρά η πρώιμη χορήγηση στερεών τροφών.

#### **Συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών κατά τη γαλουχία στην μητέρα και το βρέφος.**

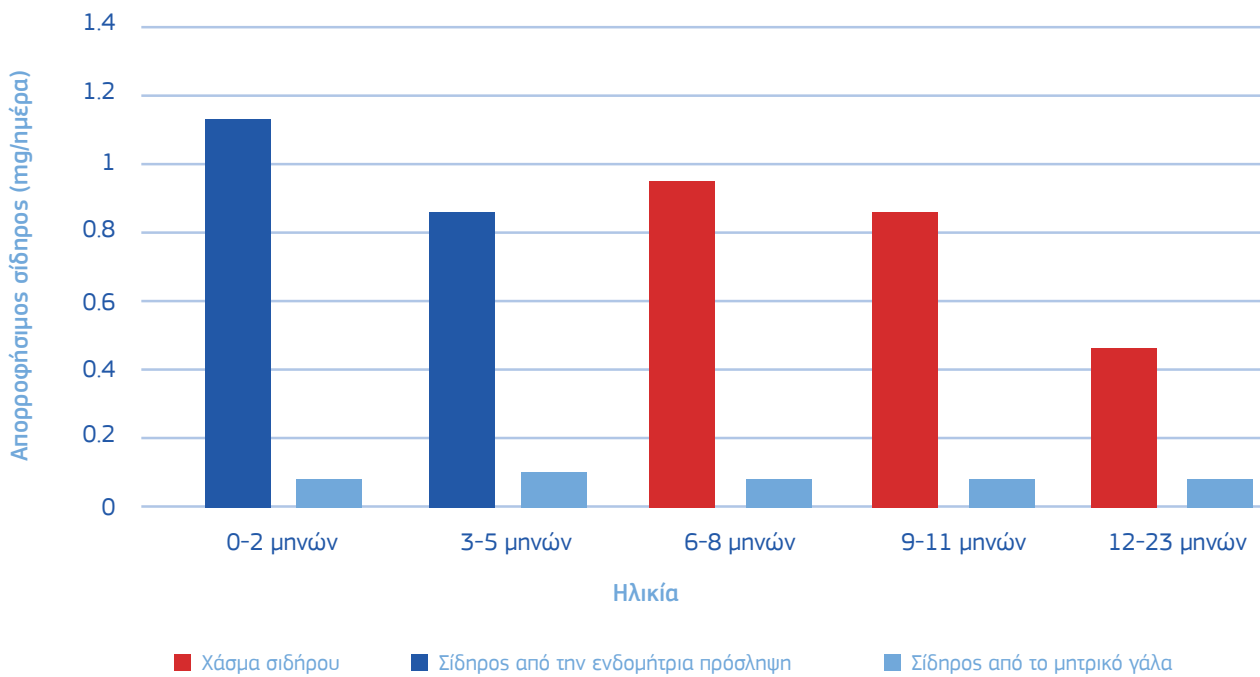
Τα μωρά που θηλάζουν αποκλειστικά, σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας, πρέπει να λαμβάνουν 400 IU βιταμίνης D ως συμπλήρωμα μέχρι την έναρξη των στερεών τροφών για την πρόληψη της ραχίτιδας. Σε μελέτη που έγινε πρόσφατα στην Τουρκία βρέθηκε ότι ακόμα και στις Μεσογειακές χώρες η συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης D είναι αναγκαία.

Κατά την εγκυμοσύνη και τη γαλουχία η συνιστώμενη ποσότητα βιταμίνης D για την μητέρα είναι 600 IU, χωρίς όμως να είναι βέβαιο ακόμα εάν η ποσότητα αυτή επαρκεί. Για το λόγο αυτό η λήψη επαρκούς ποσότητας βιταμίνης D εξασφαλίζεται μόνο με την απευθείας χορήγηση στο βρέφος. Τα βρέφη επίσης ανεξάρτητα με τον τρόπο σίτισής τους καλό είναι να ξεκινούν τη λήψη σιδήρου γύρω στους 4-6 μήνες. Πρόκειται για μια σύσταση της Αμερικανικής Παιδιατρικής Εταιρείας, που βασίζεται στο γεγονός ότι οι ανάγκες ενός βρέφους σε σίδηρο αυξάνονται τόσο, που δεν καλύπτονται μόνο από το μητρικό γάλα. Η έναρξη των στερεών τροφών βοηθά στο να γεφυρωθεί το κενό μεταξύ αναγκών και λήψης σιδήρου μέσω της διατροφής. Χαρακτηριστικά, στην εικόνα 1 απεικονίζεται το κενό ανάμεσα στη θερμιδική κάλυψη και τη διαθεσιμότητα του μητρικού γάλακτος σε σίδηρο και των αντίστοιχων θερμιδικών αναγκών και των αναγκών σε σίδηρο του αναπτυσσόμενου βρέφους μετά την ηλικία των 6 μηνών.

### Ενεργειακές ανάγκες (Kcal) ανάλογα με την ηλικία



### Ανάγκες του βρέφους σε σίδηρο ανάλογα με την ηλικία



Εικόνα 35,36: Απεικόνιση του «κενού» μεταξύ της απαιτούμενης και διαθέσιμης ενέργειας και σιδήρου που προσφέρεται από το μητρικό γάλα

- Συμπερασματικά, προτείνεται η προληπτική χορήγηση σιδήρου σε δοσολογία 1mg/kg/ημέρα από την ηλικία των 4 μηνών μέχρι να έχει επιτευχθεί η πρόσληψη τροφών πλούσιων σε σίδηρο. Στα πρόωρα βρέφη η σύσταση για τη λήψη σιδήρου είναι 2mg/kg/ημέρα από την ηλικία του 1 μηνός μέχρι τους 12 μήνες.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Baker RD, Greer FR; Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. Diagnosis and prevention of iron deficiency and iron-deficiency anemia in infants and young children (0-3 years of age). *Pediatrics*. 2010 Nov;126(5):1040-50.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb;115(2):496-506.
3. Halicioğlu O, Sutcuoğlu S, Koc F, Yıldız O, Akman SA, Aksit S. Vitamin D status of exclusively breastfed 4-month-old infants supplemented during different seasons. *Pediatrics*. 2012 Oct;130(4):e921-7.
4. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(1):CD003517. [Abstract]
5. Murguía-Peniche T. Vitamin D, vitamin A, maternal-perinatal considerations: old concepts, new insights, new questions. *J Pediatr*. 2013 Mar;162(3 Suppl):S26-30.
6. PAHO/WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2002.
7. Valentine CJ, Wagner CL. Nutritional management of the breastfeeding dyad. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Feb;60(1):261-74.
8. Wagner CL, Greer FR; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of rickets and vitamin D deficiency in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*. 2008 Nov;122(5):1142-52.
9. WHO. Complementary feeding: family foods for breastfed children [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. Διαθέσιμο σε: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_NHD\\_00.1.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_NHD_00.1.pdf?ua=1)
10. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Διαθέσιμο σε: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>
11. WHO. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1991. Διαθέσιμο σε: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1991/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)

### 9.3 Σωματική ανάπτυξη των παιδιών που θηλάζουν. Καμπύλες σωματικής αύξησης

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 είχε επισημανθεί ότι το προφίλ της σωματικής αύξησης των βρεφών που απείδιδαν τα διαγράμματα NCHS/WHO ήταν πολύ διαφορετικό από αυτό των υγιών θηλαζόντων βρεφών και αυτό επειδή το δείγμα είχε προέλθει από βρέφη που τρέφονταν κυρίως με τεχνητό γάλα. Παράλληλα με αυτή την παρατήρηση άρχισε να γίνεται κοινή συνείδηση ότι όλες οι εθνικές καμπύλες αύξησης, όπως και τα διαγράμματα του ΠΟΥ (1976), προέρχονταν από συγχρονικές μελέτες πληθυσμού (cross sectional studies), οι οποίες απεικονίζουν τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του παιδικού πληθυσμού, έτσι όπως αυτός μεγαλώνει σε ένα συγκεκριμένο τόπο, χρόνο και κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Κατά συνέπεια, λόγω της αύξησης του ποσοστού των υπέρβαρων και των πα-

χύσαρκων παιδιών, είναι αναπόφευκτο οι καμπύλες που δημιουργήθηκαν τα τελευταία χρόνια, να είναι μετατοπισμένες προς υψηλότερα βάρη.

Η παρακολούθηση της σωματικής ανάπτυξης των παιδιών σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας γίνεται με τη χρήση καμπυλών, που η δημιουργία τους βασίστηκε στα σωματομετρικά δεδομένα των εθνικών πληθυσμών. Η ορθότητα της χρήσης των διαγραμμάτων αυτών είναι συχνά αντικείμενο σχολιασμού, ιδιαίτερα μετά την δημοσίευση το 2007 των πρότυπων καμπυλών σωματικής αύξησης του ΠΟΥ (World Health Organisation-Child Growth Standards, WHO-CGS). Οι καμπύλες βασίστηκαν στη μελέτη MGRS (Multicentre Growth Reference Study), η οποία πραγματοποιήθηκε κατά την εξαετία 1997-2003 σε 6 χώρες (Βραζιλία, Γκάνα, Ινδία, Νορβηγία, Ομάν και Η.Π.Α.) και είχε ως στόχο την δημιουργία *πρότυπων καμπυλών σωματικής αύξησης*. Απεικονίζουν τα φυσιολογικά άλματα και τα οροπέδια της αύξησης, που φυσιολογικά παρουσιάζουν τα θηλάζοντα βρέφη τους πρώτους 12 μήνες ζωής και που αποτελούν συχνή αιτία πρόωρης χορήγησης στερεών τροφών ή αποθηλασμού.

Με βάση έρευνα του ΠΟΥ, μέχρι τον Απρίλιο του 2011, 125 χώρες σε όλο τον κόσμο είχαν υιοθετήσει τις καμπύλες WHO-CGS.

Τα πρότυπα ανάπτυξης WHO-CGS πριν υιοθετηθούν, εξετάστηκαν με μεγάλη προσοχή από τις αντίστοιχες εθνικές επιτροπές ως προς την εγκυρότητα και τη χρησιμότητά τους.

Το 75% του παγκόσμιου πληθυσμού των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών ανήκουν στις χώρες που υιοθέτησαν τις WHO-CGS.

Η υιοθέτηση και η χρήση των καμπυλών αυτών, ειδικά για τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά, επιτρέπει την καλύτερη παρακολούθηση των σωματομετρικών μεγεθών τους και ιδιαίτερα του βάρους τους

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. De Onis M, Garza C, Onyango AW, Borghi E. Comparison of the WHO child growth standards and the CDC 2000 growth charts. *J Nutr*. 2007 Jan;137(1):144-8.
2. De Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C; WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr*. 2012 Sep;15(9):1603-10.
3. Victora CG, Morris SS, Barros FC, de Onis M, Yip R. The NCHS reference and the growth of breast- and bottle-fed infants. *J Nutr* 1998;128(7):1134-1138. 41.
4. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. WHO Working Group on Infant Growth. *Bull World Health Organ*. 1995;73(2):165-74.
5. WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth. Geneva: World Health Organization; 1994.
6. Λιναρδάκης Μ, Μπερτσιάς Γ, Σαρρή Κ, Καράτος Α. Μεταβολή Σωματομετρικών μεγεθών Αρτηριακής Πίεσης σακχάρου και λιπιδίων ορού αίματος παιδιών της Κρήτης μεταξύ των χρονικών περιόδων 1989-1993 και 1999-2003. *Παιδιατρική*. 2007;70:205-16.
7. Χρούσος Γ. Καμπύλες ανάπτυξης Παιδιών και εφήβων. Παρατηρήσεις για την παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα. *Εισηγητικό κείμενο. Δελτίο Α' Παιδ. Παν. Κλινικής*. 2003; 50 (3): 136-156.

## 9.4 Θηλασμός και αλλεργία στο γάλα αγελάδος

Η εμφάνιση αλλεργίας στο γάλα αγελάδος είναι λιγότερο συχνή στα βρέφη που θηλάζουν. Το ποσοστό σε παλαιότερες μελέτες ήταν γύρω στο 0,5%. Η αύξηση του ποσοστού της τροφικής αλλεργίας, οδήγησε την Ευρωπαϊκή Ένωση στη διεξαγωγή της μελέτης EuroPrevall, στην οποία διερευνάται η επίδραση των διατροφικών συνθηκών, των περιβαλλοντικών παραγόντων και των λοιμώξεων στον επιπολασμό της τροφικής αλλεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Πιθανόν είναι να προκύψουν νέα δεδομένα ως προς τη συχνότητα της αλλεργίας στο γάλα αγελάδος στα θηλάζοντα βρέφη.

Τα παιδιά που θηλάζουν αποκλειστικά σπανίως παρουσιάζουν σοβαρές αλλεργικές εκδηλώσεις και κατά κανόνα ξεπερνούν την αλλεργία τους σε ηλικία 12-18 μηνών. Η δίαιτα αποκλεισμού των γαλακτοκομικών, συμπεριλαμβανομένων και των κρυφών πηγών είναι κατά κανόνα αρκετή ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα, αλλά ενδεχομένως όχι απαραίτητη. Το μητρικό γάλα μάλιστα θεωρείται ένα μέσον ήπιας έκθεσης του βρέφους σε τροφικά αλλεργιογόνα, μέσω της οποίας επάγεται η ανοχή σε αυτά και συνεπώς η μη εμφάνιση αλλεργίας.

Η διάγνωση γίνεται με τον αποκλεισμό γαλακτοκομικών από τη διατροφή της μητέρας για 1-2 εβδομάδες επί ήπιων συμπτωμάτων ή για 2-4 εβδομάδες σε πιο σοβαρά συμπτώματα. Από τη στιγμή που υπάρχει βελτίωση, αυτό επιβεβαιώνει την υποψία αλλεργίας. Η πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων για επιβεβαίωση της αλλεργίας δεν είναι απαραίτητη εκτός των περιπτώσεων σοβαρών συμπτωμάτων και εκδήλωσης αναφυλακτικής αντίδρασης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η υποψία μπορεί να επιβεβαιωθεί με επανεισαγωγή γαλακτοκομικών, οπότε τα συμπτώματα επανεμφανίζονται. Σπανίως, χρειάζεται ο αποκλεισμός άλλων αλλεργιογόνων τροφίμων π.χ. αυγού, σιτηρών, σόγιας, ξηρών καρπών.

Η επανεισαγωγή των γαλακτοκομικών στη διατροφή της μητέρας μπορεί να γίνει γύρω στους 12 μήνες ζωής του παιδιού, οπότε θεωρείται ότι η αλλεργία στο γάλα αγελάδος αρχίζει να υφίσταται. Σε ακραίες και σπανιότερες περιπτώσεις σοβαρής αλλεργίας στο γάλα αγελάδος μπορεί να θεωρηθεί αναγκαία η διακοπή του θηλασμού και η χορήγηση υποκατάστατου μητρικού γάλακτος βασισμένου σε εκτενώς υδρολυμένη πρωτεΐνη ή αμινοξέα.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #24: Allergic Proctocolitis in the Exclusively Breastfed Infant. Breastfeed Med. 2011 Dec;6(6):435-40.
2. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, Mearin ML, Papadopoulou A, Ruemmele FM, Staiano A, Schäppi MG, Vandenplas Y; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: ESPGHAN GI Committee practical guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012 Aug; 55(2):221-9.
3. McBride D, Keil T, Grabenhenrich L, Dubakiene R, Drasutiene G, Fiocchi A, Dahdah L, Sprickelman AB, Schoemaker AA, Roberts G, Grimshaw K, Kowalski ML, Stanczyk-Przyluska A, Sigurdardottir S, Clausen M, Papadopoulos NG, Mitsias D, Rosenfeld L, Reche M, Pascual C, Reich A, Hourihane J, Wahn U, Mills EN, Mackie A, Beyer K. The EuroPrevall birth cohort study on food allergy: baseline characteristics of 12,000 newborns and their families from nine European countries. Pediatr Allergy Immunol. 2012 May;23(3):230-9.

4. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child. 2007 Oct;92(10):902-8.

## 9.5 Εισαγωγή στερεών τροφών

Η νευροαναπτυξιακή εξέλιξη της στοματοφαρυγγικής κινητικότητας οδηγεί στο πέρασμα από τις κινήσεις θηλασμού (suckling), στην απομύζηση (sucking) γύρω στους 6 μήνες. Μετά τους 6 μήνες οι κινήσεις της γλώσσας παύουν να είναι περισταλτικές. Η γλώσσα πραγματοποιεί πιο ώριμες κινήσεις κάθετες και πλάγιες. Με τον τρόπο αυτό το βρέφος, μπορεί να επεξεργαστεί τη στερεά τροφή που του προσφέρεται χωρίς να την σπρώξει προς τα έξω. Παράλληλα οι ανατομικές δομές του στόματος αλλάζουν και αυτό οδηγεί σε αύξηση της χωρητικότητας του στόματος.

Επιπλέον, η εξέλιξη της αδρής κινητικότητας του παιδιού με τη στήριξη της κεφαλής, του κορμού και τη σταδιακή κατάκτηση του ανεξάρτητου καθίσματος κάνουν το παιδί κινητικά πιο έτοιμο για την εισαγωγή των στερεών τροφών.

Εκτός από τις κινητικές δεξιότητες που παίζουν βασικό ρόλο στην ετοιμότητα του παιδιού να ξεκινήσει συμπληρωματικές τροφές, ολόένα και περισσότερο αναγνωρίζεται η σημασία της εξέλιξης της γεύσης σε αυτή τη διαδικασία. Η αντίδραση των παιδιών στις 5 βασικές γεύσεις διαμορφώνεται σταδιακά μέσα στον πρώτο χρόνο και έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά όσο μεγαλώνουν προτιμούν όλο και περισσότερο τις αλμυρές και γλυκές γεύσεις. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι τα μωρά που θηλάζουν αποκλειστικά τους πρώτους 6 μήνες είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν την 5η βασική γεύση (umami) που είναι η γεύση που δίνεται από το αμινοξύ γλουταμινικό και κυριαρχεί στα πρώτα πρωτεϊνούχα γεύματα των βρεφών π.χ. σούπα με κοτόπουλο ή κρέας (Schwartz C και συνεργάτες, 2013).

Ο γαστρεντερικός σωλήνας του βρέφους, αν και είναι ανατομικά ακέραιος κατά τη γέννηση έχει ανώριμη κινητικότητα και απορροφητικότητα. Καθώς το βρέφος μεγαλώνει το έντερο ωριμάζει ως προς την κινητικότητα και τη λειτουργικότητα των ενζύμων, που απορροφούν τα θρεπτικά συστατικά και εποικίζεται από τα ωφέλιμα μικρόβια, που ονομάζονται *προβιοτικά*. Έτσι, γύρω στον 6ο μήνα είναι πιο έτοιμο να δεχτεί στερεές τροφές.

Οι τροφές που δίνονται μετά τους 6 μήνες λέγονται συμπληρωματικές γιατί συμπληρώνουν τη διατροφή με το μητρικό γάλα που δεν επαρκεί από μόνο του, να καλύψει τις ολόένα αυξανόμενες ανάγκες του βρέφους σε ενέργεια, σίδηρο και διάφορα μακρομοριακά συστατικά και μέταλλα. Το μητρικό γάλα ωστόσο συνεχίζει να παραμένει το καλύτερο γάλα για τη διατροφή του βρέφους ως τον δεύτερο χρόνο ζωής.

Σύμφωνα με τις οδηγίες που έχει εκδόσει ο ΠΟΥ ο στόχος είναι το βρέφος μεταξύ 6-8 μηνών να τρώει 2-3 κύρια γεύματα την ημέρα, ξεκινώντας σταδιακά και με σεβασμό στην διάθεση του παιδιού. Μετά τους 9 μήνες τα γεύματα σταθεροποιούνται σε τρία με την ίδια περιεκτικότητα και από τους 12 μήνες μπορούν να προστεθούν και 1-2 μικρογεύματα, ανάλογα με τη διάθεση του παιδιού.

Η κεντρική ιδέα των οδηγιών αυτών είναι ότι η εισαγωγή των στερεών τροφών γίνεται σε ανταπόκριση των αναγκών του παιδιού (*responsive feeding*) και σε καμία περίπτωση πιέζοντας ή ταΐζοντας το με τη βία. Στο παιδί πρέπει να παρέχεται η δυνατότητα να δοκιμάζει αρκετές τροφές και να επιλέγει τι



προτιμά ή να απορρίπτει κάποιες από αυτές. Να τρώει με βοήθεια από το γονιό ή φροντιστή, σε ένα ήσυχο και ευχάριστο περιβάλλον, χωρίς να διασπάται η προσοχή του από παιχνίδια ή άσχετα προς το φαγητό ερεθίσματα. Ο γονιός πρέπει πάνω από όλα να θυμάται ότι το γεύμα που προσφέρει είναι εκδήλωση αγάπης.

Σε αυτό το πνεύμα κινείται και μια νεότερη προσέγγιση στην εισαγωγή των στερεών τροφών που ονομάζεται *εισαγωγή στερεών τροφών κατόπιν επιλογής του μωρού* (Baby led weaning-BLW). Η προσέγγιση αυτή θέτει ως προϋπόθεση την αναπτυξιακή ετοιμότητα του μωρού και την εισαγωγή των τροφών μετά τους έξι μήνες. Βασίζεται στο ότι το μωρό τρώει ουσιαστικά μόνο του τις στερεές τροφές, οι οποίες προέρχονται από το φαγητό της οικογένειας και προσφέρονται ως μπιστοειδή και στο μέγεθος της παλάμης του παιδιού. Τρώει παρουσία της οικογένειας, όσο θέλει και όσο συχνά θέλει. Παραμένει όμως παράλα αυτά να διερευνηθεί με τυχαίοποιημένες μελέτες κατά πόσο είναι ένας εφικτός τρόπος ώστε να υιοθετηθεί από τις οικογένειες. Επίσης πρέπει να διεκρινιστεί κατά πόσο καλύπτει διατροφικά τα βρέφη, στην έναρξη τουλάχιστον της εισαγωγής των στερεών τροφών.

Ανεξάρτητα από τη μορφή με την οποία προσφέρονται στα βρέφη και τα μικρά παιδιά οι συμπληρωματικές τροφές (πολτοποιημένες ή σε κομμάτια), θα πρέπει να καλύπτουν συγκεκριμένες διατροφικές ανάγκες. Συνεπώς, δεν έχει σημασία ποιά φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ή μορφή ζωικής πρωτεΐνης θα προσφερθούν και με ποιά σειρά, καθώς αυτό διαφοροποιείται ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες κάθε πολιτισμού και οικογένειας. Άλλωστε, δεν υπάρχουν σαφή ερευνητικά δεδομένα που να υποστηρίζουν τις διαφορετικές επιλογές.

Η εισαγωγή στερεών τροφών θεωρείται σε γενικές γραμμές ασφαλής όταν το βρέφος έχει κατακτήσει την απαιτούμενη αναπτυξιακή ωριμότητα, τρώει με επίβλεψη και δοκιμάζει κατάλληλα μαγειρεμένα λαχανικά και φρούτα (ωμά ή βρασμένα), από ένα κάθε 3-7 ημέρες.

Ακολουθεί η εισαγωγή γλουτένης, ζωικής πρωτεΐνης, σπυρίων και γαλακτοκομικών με εξαίρεση τα παιδιά που έχουν διεγνωσμένη αλλεργία στο γάλα αγελάδος και η εισαγωγή αυγού και ψαριού από τους 8-10 μήνες, εκτός από την περίπτωση ιστορικού σχετικών αλλεργιών.

Δεν ενδείκνυται η προσθήκη αλατιού και ζάχαρης, τουλάχιστο για τον πρώτο χρόνο.

Το μέλι προσφέρεται μετά το χρόνο.

Με δεδομένο ότι το μητρικό γάλα δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των βρεφών σε όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, ο ΠΟΥ συνιστά τα βρέφη στην ηλικία 9-11 μηνών, να λαμβάνουν από τις στερεές τροφές:

- 97% του απαιτούμενου σιδήρου
- 86% του ψευδαργύρου
- 81% του φωσφόρου
- 73% του νατρίου
- 72% του ασβεστίου

Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να φροντίζουν ώστε οι τροφές που εισάγονται να είναι πλούσιες στα παραπάνω συστατικά και να καταναλώνονται ισορροπημένα.

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cameron SL, Heath AL, Taylor RW. How feasible is Baby-led Weaning as an approach to infant feeding? A review of the evidence. *Nutrients*. 2012 Nov;4(11):1575-609.
2. Caroli M, Mele RM, Tomaselli MA, Cammisa M, Longo F, Attolini E. Complementary feeding patterns in Europe with a special focus on Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2012 Oct; 22(10):813-8.
3. Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής. Εθνικός Διατροφικός οδηγός για Βρέφη, Παιδιά και Εφήβους. Επιστημονική τεκμηρίωση (2014). [Internet]. Διαθέσιμο σε: [http://www.diatrofikioidigoi.gr/files/PDF/KIDS\\_PRO.pdf](http://www.diatrofikioidigoi.gr/files/PDF/KIDS_PRO.pdf)
4. La Leche League International. Starting Solids. *New Beginings*. 2008; 25 (5): 36-38.
5. Naylor AJ and Morrow A. Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. *Reviews of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor and maternal reproductive and lactational development*. [Internet]. Washington D.C., Academy for Educational Development [AED], Breastfeeding, LAM and Related Complementary Feeding and Maternal Nutrition Program [LINKAGES]; April 2001. p. 36. Διαθέσιμο σε: <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/devreadiness.pdf>
6. Rapley G. Guidelines for implementing a baby-led approach to the introduction of solid foods – updated; 2008 Jun. Downloaded from [www.rapleyweaning.com](http://www.rapleyweaning.com).
7. Schwartz C, Chabanet C, Laval C, Issanchou S, Nicklaus S. Breast-feeding duration: influence on taste acceptance over the first year of life. *Br J Nutr*. 2013 Mar 28;109(6):1154-61.
8. Schwartz C, Issanchou S, Nicklaus S. Developmental changes in the acceptance of the five basic tastes in the first year of life. *Br J Nutr*. 2009 Nov;102(9):1375-85.
9. Unicef UK and The Baby Friendly Initiative. Start 4 life. Introducing solid foods. A good start for Healthier life [Internet]. Produced by Williams Lea for Public Health England; 2011. [http://www.nhs.uk/start4life/documents/pdfs/introducing\\_solid\\_foods.pdf](http://www.nhs.uk/start4life/documents/pdfs/introducing_solid_foods.pdf)

## 9.6 Θηλασμός και επιστροφή στην εργασία. Δημιουργία ατομικής τράπεζας γάλακτος

Η πρώιμη επιστροφή στην εργασία είναι ένα συχνό φαινόμενο. Το ενδεχόμενο αυτό δεν είναι ασύμβατο με τον θηλασμό και δεν καθιστά αναγκαία σε καμία περίπτωση τη διακοπή του θηλασμού και τη χρήση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος σε σκόνη. Η διατήρηση του θηλασμού είναι εφικτή.

Σε πολλές περιπτώσεις μια συζήτηση με τον εργοδότη μπορεί να δώσει λύσεις και να βελτιώσει τις συνθήκες άντλησης στη δουλειά (λίγα διαλείμματα για άντληση σε ένα απομονωμένο χώρο, πρόσβαση σε ψυγείο για φύλαξη γάλακτος, δυνατότητα μερικής απασχόλησης τους πρώτους μήνες επιστροφής στη δουλειά).

Η λογική της τράπεζας γάλακτος βασίζεται στο ότι με την έναρξη της εργασίας καλό είναι να υπάρχει κάποιο απόθεμα γάλακτος στην κατάψυξη. Εάν η μητέρα έχει στη διάθεσή της 2-3 εβδομάδες πριν την επιστροφή στη δουλειά, ώστε να το προγραμματίσει, μπορεί να ξεκινήσει 1-2 αντλήσεις επιπλέον των θηλασμών που κάνει ώστε να αυξήσει κατά 1-2 γεύματα την παραγωγή της και να αποθηκεύσει αυτό το γάλα. Με την επιστροφή στην εργασία, θα χρησιμοποιήσει το γάλα αυτό, αλλά ταυτόχρονα θα το ανανεώνει συνεχίζοντας να αντλεί είτε στο χώρο δουλειάς είτε μετά την επιστροφή της στο σπίτι.

### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee, Eglash A. ABM clinical protocol #8: human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). Breastfeed Med. 2010 Jun;5(3):127-30.
2. Tully MR. Working and Breastfeeding. Helping mums and employers figure it out. AWHONN Lifelines. 2005 ;9(3): 198-203.
3. American Academy Of Pediatrics, Meek JY, Yu W. Storing and preparing expressed breast milk. In: New Mother's Guide to Breastfeeding. 2nd ed). New York, US: Bantam Books; 2011.

## 9.7 Αποθηλασμός

Όταν η μητέρα ή/και το βρέφος/νήπιο το επιθυμούν ή είναι ιατρικά απαραίτητο να διακοπεί ο θηλασμός, τότε μιλάμε για τη διαδικασία του αποθηλασμού. Μερικά μωρά αποθηλάζουν γρήγορα ενώ άλλα μωρά μπορεί να χρειαστούν μεγαλύτερο διάστημα για να αποθηλάσουν.

Τις περισσότερες φορές η μητέρα επιλέγει πότε θα αποθηλάσει λόγω εξωτερικών παραγόντων όπως είναι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ή προσωπικών λόγων όπως η κούραση ή η ανάγκη για ανεξαρτησία. Όταν το επιλέγει, είναι σημαντικό να της παρέχεται υποστήριξη και σωστή ενημέρωση για τη διαδικασία του αποθηλασμού.

Ωστόσο, μερικές φορές ο αποθηλασμός συμβαίνει επειδή το μωρό δεν θέλει πλέον να θηλάσει λόγω των ερεθισμάτων που δέχεται από το περιβάλλον του. Έτσι, το βρέφος μπορεί να δείξει αδιαφορία για τον θηλασμό με το να αποσπάται εύκολα από το στήθος ή συχνά να το αρνείται, ενώ δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τις στερεές τροφές. Βλέπουμε, ακόμα, να μειώνει τη συχνότητα και τη διάρκεια των θηλασμών, ενώ μπορεί να βρίσκει περισσότερη ευχαρίστηση στο να παίζει με τα άλλα αδέρφια και τον πατέρα του. Συχνά παύει να βρίσκει παρηγοριά και να αναζητά τον θηλασμό για να κοιμηθεί. Αποδεχόμενοι την εξέλιξη του παιδιού και την ανάγκη του για ανεξαρτησία, διαμορφώνονται νέες μορφές σχέσης στην οικογένεια, τα μέλη της οποίας συμμετέχουν ενεργητικά στη διαδικασία του αποθηλασμού.

Σε κάθε περίπτωση συστήνεται στην μητέρα να μην σταματήσει τον θηλασμό απότομα, αλλά σταδιακά. Δηλαδή, είναι καλό η μείωση της συχνότητας να γίνεται κατά ένα θηλασμό ανά 2-5 ημέρες, να αυξάνονται τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των θηλασμών ή να μειώνεται η διάρκειά τους. Να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια του αποθηλασμού μπορεί να εμφανιστεί διόγκωση του μαστού όταν το στήθος είναι γεμάτο με γάλα, που μπορεί να προκαλέσει πόνο και να κάνει το στήθος πρησμένο, σκληρό και ζεστό. Κατ'επέκταση μπορεί να συμβεί απόφραξη των γαλακτοφόρων πόρων ή και μαστίτιδα. Τα συγκεκριμένα προβλήματα είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε απότομο αποθηλασμό.

Εάν η μητέρα πρέπει να αποθηλάσει απότομα συστήνεται η άντληση του μαστού με αντλία ή το χέρι μερικές φορές την ημέρα, για λίγες μέρες μέχρι το στήθος να σταματήσει να πονάει και να είναι διογκωμένο, ενώ αποφεύγεται η χρήση, αν είναι δυνατόν, φαρμακευτικής αγωγής, κυρίως λόγω των πιθανών παρενεργειών.

Γενικά, προτιμάται ο φυσικός και σταδιακός αποθηλασμός με ταυτόχρονη δυνατότητα για ευελιξία σε περίπτωση για παράδειγμα μεγάλης αντίδρασης του παιδιού, αλλαγής της συμπεριφοράς του ή ασθένειας.

Συνήθως, ο αποθηλασμός ξεκινά με τα γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Τα βραδινά γεύματα είναι τα τελευταία γεύματα που διακόπτονται. Παράλληλα, το γεύμα που χάνεται αντικαθίσταται με άλλο γάλα που δίνεται με μπουκάλι ή φλιτζάνι ή άλλη τροφή- αν το μωρό είναι μεγαλύτερο των 6 μηνών- και επιδιώκεται η αλλαγή της ρουτίνας του παιδιού και η διάσπαση της προσοχής του με άλλη αγαπημένη δραστηριότητα.

Επίσης, κατά την αντικατάσταση των γευμάτων προτείνεται η έγκαιρη προετοιμασία τους πριν το παιδί πεινάσει πολύ.

Καμιά φορά τα βρέφη αρνούνται το ξένο γάλα, ιδίως σε σημαντικά γεύματα της ημέρας από την μητέρα, ενώ μπορεί να το δεχθούν από άλλο μέλος της οικογένειας ή άνθρωπο που τα φροντίζει. Και εδώ η συμμετοχή της οικογένειας στον αποθηλασμό είναι καθοριστική. Επιπλέον, την περίοδο αυτή μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού όπως κλάμα,

άρνηση να φάει άλλη τροφή, συχνά νυχτερινά ξυπνήματα, εκρήξεις θυμού, γκρίνια.

Τελειώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι οι μπιτέρες κατά τη διάρκεια του αποθηλασμού μπορεί να βιώσουν μελαγχολία ή ακόμα σοβαρή κατάθλιψη, ανάλογη της επιλόχειας, ιδίως όταν αναγκάζονται να σταματήσουν τον θηλασμό για διάφορους λόγους και δεν είναι προετοιμασμένες. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να επισημαίνουμε στην μπιτέρα τη σημασία του θηλασμού για όσο διήρκεσε και την ανάγκη να αποδεχθεί το γεγονός ότι το παιδί της περνάει σε ένα νέο στάδιο εξέλιξης και ανεξαρτησίας. Επίσης, τονίζεται στην μπιτέρα ότι είναι αναγκαίο να δημιουργήσει με το παιδί της νέες μορφές σχέσης, ανάλογες του αναπτυξιακού σταδίου του παιδιού και ότι πρέπει να θυμάται ότι αυτό που έχει σημασία είναι να συνεχίσει να δίνει στο παιδί της την πολύτιμη για την ανάπτυξη του φροντίδα και αγάπη!

**Ο κανόνας στον αποθηλασμό είναι:  
Δεν προσφέρω –Δεν στερώ.**

#### ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med.* 2009 Sep;4(3):175-82.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2005 Feb;115(2):496-506.
3. Lauwers J., Swisher A. Counseling The Nursing Mother, A Lactation Consultant's Guide. 5th ed. Sudbury MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.
4. Riordan J. Breastfeeding and Human Lactation. 3rd ed. Sudbury MA, USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005.
5. World Health Organization, UNICEF. Global strategy for infant and young children feeding. [Internet]; 2003. Διαθέσιμο σε: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf?ua=1&ua=1>
6. World Health Organization Nutrition health topics: Complementary feeding. [Internet]; 2012. Διαθέσιμο σε: [http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/en/)



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



# 10

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

Τα εγχειρίδια θηλασμού και περιποίησης νεογνού αποτελούν πολύτιμα εργαλεία τόσο για τους γονείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο δεν τονίζουν πάντοτε την σπουδαιότητα της μοναδικής φροντίδας που οφείλουν οι μητέρες να παρέχουν και οι επαγγελματίες να ενθαρρύνουν.

Το παρόν κεφάλαιο πραγματεύεται τις ψυχολογικές διαστάσεις της τέχνης του θηλασμού και του αποθλασμού. Δίνεται βαρύτητα –κυρίως- στη συναισθηματική αξία του θηλασμού και των πρακτικών φροντίδας που τον συνοδεύουν. Συγκεκριμένα, οι καθημερινές φροντίδες – το αγκάλιασμα, το βλέμμα, το χάδι, τα λόγια της μητέρας προς το μωρό και προπαντός το ίδιο το τάισμα – αντιπροσωπεύουν πράξεις αγάπης, που εξατομικεύονται σε κάθε παιδί και διαφοροποιούν τη μία μητέρα από την άλλη.

Η δομή του κεφαλαίου διατηρεί κατά το δυνατόν μια χρονική συνέχεια. Ξεκινά από την επιθυμία για θηλασμό στην διάρκεια της κύησης, την εδραίωσή του μετά τη γέννηση ως και την επιλογή για αποθλασμό σε μεγαλύτερη ηλικία του παιδιού.

Σημαντικές ψυχολογικές θεωρίες και αποτελέσματα επιστημονικών ερευνών συνυφαίνονται το περιεχόμενο του κεφαλαίου. Οι ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές, που σχετίζονται με τον θηλασμό, τον αποθλασμό, τον σταθερό δεσμό μητέρας – βρέφους προσεγγίζονται από διττή οπτική. Η συγγραφή του παρόντος κεφαλαίου κρίθηκε αναγκαία, φιλοδοξώντας τόσο να ευαισθητοποιήσει τον αναγνώστη όσο και να αφηρηθεί το “ψυχολογικό του βλέμμα”.

Στο παρόν κεφάλαιο η τέχνη του θηλασμού προσεγγίζεται ψυχολογικά με στόχο την ψυχοσυναισθηματική συνάντηση μητέρων και επαγγελματιών υγείας εν τη γενέσει της πολυτιμότερης πρωταρχικής σχέσης του ανθρώπινου είδους.

### Μητρικός θηλασμός – ιδανική τροφή

Η συνθησιμένη ενδοβολημένη αναπαράσταση για τους περισσότερους από εμάς είναι η σίτιση των νεογνών μέσω του θηλασμού, εξού και η λέξη θηλαστικό είδος, που όχι τυχαία επιλέχθηκε από τον Carl von Linnæus<sup>1</sup> θέλοντας να τονίσει την φυσικότητα της τροφής και της ανατροφής των παιδιών – ανθρωπίνων και μη – μέσω του θηλασμού. Στους περισσότερους πολιτισμούς θεωρείται δεδομένο πως η μητέρα θα παράγει γάλα για το μωρό της, όπως κάνουν όλα τα θηλαστικά για τα μικρά τους. Με λίγα λόγια, ο μητρικός θηλασμός είναι συνυφασμένος με την δυάδα μητέρας – βρέφους και οι λόγοι που συστήνεται ο θηλασμός έναντι της σίτισης με ξένο γάλα είναι πολλοί και διαπερνούν όλες τις επιστήμες. Άλλωστε, η σίτιση με μπουκάλι απο-

τελεί εναλλακτική επιλογή σίτισης του προηγούμενου αιώνα, αν θυμηθούμε πως και σε απουσία της φυσικής μητέρας, η προτιμυτέα εναλλακτική επιλογή στο παρελθόν ήταν κάποια άλλη γυναίκα – τροφός και όχι κάποιος τεχνητός τρόπος σίτισης.

Το παιδί θηλάζοντας δεν εξασφαλίζει μόνο την επιβίωση του μέσω της τροφής, παράλληλα προκίεζεται σωματικά και ψυχικά. Άλλωστε, κάθε ανθρώπινη ύπαρξη είναι συνυφασμένη με την τροφή. Εμείς, οι γύρω μας, οι οικογένειες που φροντίζουμε και τα μωρά τους, όλοι ζούμε και λειτουργούμε χάρη στη τροφή του σώματος και της ψυχής.

### Κύηση

Η επιθυμία μιας γυναίκας για την απόκτηση παιδιού τροφοδοτείται από ποικίλα κίνητρα και ενορμήσεις. Στην περίοδο της εγκυμοσύνης, η γυναίκα παλινδρομεί σε πρώιμες εμπειρίες και καταστάσεις που βίωσε με τους γονείς της και αναβιώνει αναμνήσεις της δικής της παιδικής ηλικίας. Κάθε εγκυμοσύνη, λοιπόν, αντανακλά τη ζωή της γυναίκας πριν τη σύλληψη και συμβάλλει στην επιθυμία της να θρέψει – σωματικά και ψυχικά – ένα έμβρυο, ένα βρέφος, ένα παιδί και εντέλει τον ίδιο της τον εαυτό. Συνήθως, στην περίοδο της εγκυμοσύνης, η μητέρα φροντίζει περισσότερο για τη διατροφή της και κάνει σκέψεις για τον τρόπο, που θα θρέψει και θα φροντίσει το μωρό της.

Οι εννέα μήνες της εγκυμοσύνης επιτρέπουν στους γονείς – και ιδιαίτερα την μητέρα- να προετοιμαστούν συνειδητά και ασυνείδητα για το γονικό τους ρόλο. Το φαντασιστικό<sup>2</sup> μωρό επενδύεται συναισθηματικά από τους μελλοντικούς γονείς και δίνει την ψευδαίσθηση της επερχόμενης τελειότητας, που θα αναπληρώσει τα φυσικά ανθρώπινα κενά π.χ. ένα εκλιπόντα στενό συγγενή, θα επανορθώσει τη σχέση του ζεύγους ή θα εκπληρώσει ανάγκες και ασυνείδητες επιθυμίες των γονέων, αλλά και της ευρύτερης οικογένειας. Το μωρό της φαντασίας –συνήθως- είναι τέλειο και ως τέτοιο, θα γεννηθεί τέλεια, θα θηλάσει τέλεια και θα είναι αγαπητό από όλους. Το «τέλειο» φαντασιστικό μωρό μετριάξει τα αμφιθυμικά συναισθήματα των γονέων και προετοιμάζει την μητέρα για το ψυχικό κράτημα και το ψυχικό καθρέπτισμα<sup>3</sup> του μωρού.

Συγκεκριμένα, με την έναρξη της κύησης ξεκινά και το φυσικό κράτημα του μωρού στη μήτρα από τον πλακούντα. Το κράτημα του φαντασιστικού μωρού<sup>4</sup> και κατά μια έννοια του εμβρύου αποτελεί προαγωγό του ευρύτερου ψυχοσωματικού

1. Carl Linnaeus (1707-1778): Σουηδός βοτανολόγος, ιατρός και ζωολόγος, ο οποίος θεμελίωσε το σύστημα διωνυμικής ονοματολογίας, γνωστή ως ταξινόμια του Λινναίου.

2. Οι γονείς “γεννούν” τρία μωρά. Το φαντασιστικό, το πραγματικό-μη ορατό και το πραγματικό μωρό.  
3. Ο Winnicott έκανε λόγο για την ταύτιση της μητέρας με το βρέφος της, σαν μια μορφή καθρέπτισματος των συναισθημάτων και των αναγκών του.  
4. Το «φαντασιστικό» παιδί συγκεντρώνει τις ασυνείδητες επιθυμίες, τις οικογενειακές προσδοκίες και τις κοινωνικές πεποιθήσεις και των δυο γονέων.

κρατήματος τόσο του κυήματος όσο και του μωρού, που πρόκειται να γεννηθεί. Την περίοδο αυτή η μητέρα κάνει σκέψεις, ενυμερώνεται και δηλώνει την πρόθεσή της ή μη να θηλάσει. Η τελική απόφαση για την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες τόσο ψυχοσωματικούς, όσο και κοινωνικοπολιτισμικούς.

## Ενδομήτρια προετοιμασία για θηλασμό

Ανεξάρτητα από την επιθυμία της μητέρας να θηλάσει οι σωματικές αλλαγές της είναι δεδομένες, εμφανείς και επισυμβαίνουν παράλληλα με τις ψυχικές μεταβολές. Αυτή η ενδομήτρια προετοιμασία για θηλασμό εκ μέρους του εμβρύου και οι αλλαγές που υφίσταται το γυναικείο στήθος στην διάρκεια της κύησης επιβεβαιώνουν την φυσικότητα του μητρικού θηλασμού. Σχετικά με την προετοιμασία του εμβρύου για τον θηλασμό γνωρίζουμε ότι η αφή είναι η πρώτη αίσθηση που αναπτύσσεται ενδομήτρια. Το άγγιγμα του στόματος από τα δάχτυλά του εμβρύου διεγείρει το αντανακλαστικό του θηλασμού<sup>5</sup>. Αυτή η ενδομήτρια ικανότητα του εμβρύου έχει επιβεβαιωθεί υπερηχοτομογραφικά από την 20η εβδομάδα κύησης και επισυμβαίνει παράλληλα με την προετοιμασία των γυναικείων μαστών για τον επικείμενο θηλασμό. Ο θηλασμός, λοιπόν, εξυπηρετεί την επιβίωση του ανθρώπινου είδους, ενώ παράλληλα, αποτελεί μια προσαρμοστική περίοδο για το νεογνό από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή. Η εμπειρία του τοκετού ως μεταβατική φάση τόσο για την μητέρα, όσο και για το νεογνό παίζει καταλυτικό ρόλο στην έναρξη του θηλασμού.

## Τοκετός

Το βίωμα του τοκετού εξυπηρετεί αντίστοιχες μεταβιβάσεις<sup>6</sup> που γίνονται κατά τη διάρκειά του, καθώς η γυναίκα παλινδρομεί ψυχολογικά στην δική της γέννηση. Αν μια επίτοκος ως παιδί είχε ανεπαρκή ή ακατάλληλη φροντίδα, τότε η ανάγκη της για συναισθηματική στήριξη είναι απαραίτητη. Εάν μάλιστα η μητρική φροντίδα<sup>7</sup> προς την μητέρα (mothering the mother) γίνει με ειλικρινή και δοτικό τρόπο μπορεί κατά τι να αναπληρώσει την φροντίδα που στερήθηκε κατά την πρώιμη παιδική της ηλικία, μπορεί να διευκολύνει τη μετάβαση στη γονικότητα και να επιπράξει την απόφαση της μητέρας να θηλάξει το μωρό της.

Άλλωστε, ο τοκετός εγείρει αμφιθυμικά συναισθήματα και στους δυο γονείς, μιας και είναι παράλληλα καλωσόρισμα και αποχωρισμός. Η γέννηση του μωρού και το κόψιμο του ομφαλίου λώρου είναι ο πρώτος αποχωρισμός που βιώνει η δυάδα μητέρας – παιδιού. Αντίστοιχο αποχωρισμό θα αναβιώσουν αργότερα και κατά τη φάση του αποθηλασμού.

## Ο ρόλος του πατέρα στον τοκετό

Ο ρόλος του πατέρα είναι ιδιαίτερα καταλυτικός και καθοριστικός για τη διαχείριση των συναισθημάτων. Η παρουσία του υπενθυμίζει πως, όπου υπάρχουν δυο στοιχεία, σίγουρα υπάρ-

χει και ένα τρίτο, εν προκειμένω, για να κάνει τον τοκετό πιο ευχάριστο, τον θηλασμό πιο εύκολο και τον αποθηλασμό πιο διαχειρίσιμο συναισθηματικά. Το κόψιμο του ομφαλίου λώρου του νεογνού από τον πατέρα εξυπηρετεί αυτό τον σκοπό. Συνειδητά και ασυνειδητά αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα του ρόλου του ως διαμεσολαβητή π.χ. σε στιγμές αποχωρισμού, όπως ο τοκετός και αργότερα ο αποθηλασμός. Ακόμα κι αν ο σύντροφος δεν μπορεί να κόψει τον ομφάλιο λώρο π.χ. λόγω καισαρικής τομής ή δεν παρίσταται στη γέννηση του μωρού, μπορούμε να διευκολύνουμε τη συνάντηση γονέων – νεογνού με αφορμή τον πρώτον θηλασμό. Βέβαια, το σπουδαιότερο μέλημά μας είναι η πρώτη γνωριμία μητέρας – βρέφους και η επιτυχία του πρώτου γεύματος. Οι επαγγελματίες και συγγενείς που παρίστανται στη γέννηση του νεογνού και που παρέχουν τις πρώτες φροντίδες συνεισφέρουν συνειδητά και ασυνειδητά, λεκτικά και εξωλεκτικά στην εγγύτητα μητέρας – βρέφους.

## Πρώτος θηλασμός

Ο πρώτος θηλασμός συνδέει την ενδομήτρια εμπειρία του εμβρύου με μια εξωμήτρια επανάληψη εμπλουτισμένη με επιπλέον ερεθίσματα. Η εύρεση της θηλής από το νεογέννητο – είτε τη βρει μόνο του, είτε του προσφερθεί – εκλαμβάνεται ως επιτυχία από το ίδιο και δεν θα πρέπει να υποτιμάται η ικανότητά του αυτή. Οι Klaus και Kennell περιγράφουν την εκπληκτική ικανότητα του βρέφους να αναρριχηθεί γυμνό στο γυμνό σώμα της μητέρας του και να αναζητήσει την θηλή της<sup>8</sup>, μόλις λίγα λεπτά μετά την περάτωση του τοκετού. Η προσπάθεια αυτή του νεογνού ενισχύεται από την ικανότητα του να αναγνωρίζει την μυρωδιά της μητέρας του και εγγενώς να επιθυμεί την στενή επαφή μαζί της. Η μέθοδος του *Breast Crawl*, όπως ονομάζεται, συστήνεται από τη UNICEF, τον WHO και τη WABA ως ο ιδανικός τρόπος έναρξης και διατήρησης του θηλασμού.

Ακόμα κι αν το είδος του τοκετού δεν επιτρέπει το Breast crawl π.χ. καισαρική τομή με τη χρήση επισκληριδίου ή γενικής αναισθησίας, είναι απαραίτητη η επαφή των νεογνικών χειλιών με την θηλή της μητέρας, κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση του νεογνού. Μια ενδιαφέρουσα έρευνα του Widstrom και των συνεργατών του, που δημοσιεύτηκε στην Σουηδία, επισημαίνει πως η προαναφερθείσα πρακτική αυξάνει την επιθυμία της μητέρας για συνδιαμονή με το μωρό της κατά την παραμονή στο μαιευτήριο. Ομοίως, παρατήρησαν πως αυξήθηκε η διάρκεια του κρατήματος του νεογνού από την μητέρα του κατά 100 λεπτά ημερησίως. Τέτοιες θετικές μητρικές συμπεριφορές, όπως το φίλημα, το χάδι, η βλεμματική επαφή<sup>9</sup>, το χαμόγελο και η ομιλία προς το νεογέννητο ενισχύονται από την έκκριση της ωκυτοκίνης, που συμμετέχει στη φυσιολογία του θηλασμού. Όπως αναφέρει και η ανθρωπολόγος B. Jordan, η μητέρα και το μωρό έχουν αφοσιωθεί σχεδόν ολοκληρωτικά στη δυαδική αυτή σχέση μέσω του αγγίγματος, των κινήσεων, των ήχων και των οσμών. Αυτό το σκηνικό προσφέρεται για τον ιδανικό θηλασμό.

Επιπλέον, οι Klaus και οι συνεργάτες τους παρατήρησαν πως το άγγιγμα των μητέρων προς τα γυμνά σώματα των νεογνών είχε μια ακολουθία. Συγκεκριμένα, ξεκινούσαν με δισταχτικό άγγιγμα των άκρων του μωρού, το οποίο εξελισσόταν σε απαλό μασάζ και χάδια με ολόκληρη τη παλάμη. Παρόμοια και

5. Το αντανακλαστικό του θηλασμού αντικαθίσταται από εκούσια κίνηση του παιδιού μεταξύ τριών και τεσσάρων μηνών.  
6. Η μετάβαση είναι μια διαδικασία επανάληψης πρώιμων σημαντικών σχέσεων, οι οποίες επαναλαμβάνονται –με ασυνείδητο τρόπο– με κάποιο πρόσωπο του παρόντος. Μεταβιβαστικά φαινόμενα είναι δυνατόν να παρουσιαστούν σε οποιαδήποτε ανθρώπινη σχέση.  
7. Μια μορφή μεταβίβασης μπορεί να είναι ο μητρικός ρόλος που αποδίδει η επίτοκος στη μαία κατά τη διάρκεια του τοκετού.

8. Το Breast Crawl θα μπορούσε να μεταφραστεί ως « η έρπυση του νεογνού προς τον μαστό».  
9. Ένα ενδιαφέρον πειραματικό εύρημα είναι πως το μωρό κατά τη διάρκεια του θηλασμού εστιάζει στο πάνω μέρος του προσώπου, δηλ. από τα μάτια της μητέρας και πάνω.

ο Attrill (2002) περιγράφει τις τρεις φάσεις που σκιαγραφούν την απόκτηση του μητρικού ρόλου κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας. Η κατάκτηση των τριών σταδίων (*Taking In Stage – Taking Hold Stage – Letting Go Stage*) ξεκινά με το άγγιγμα του μωρού με τα ακροδάχτυλα, ακολουθεί το άγγιγμα του με ολόκληρη την παλάμη και ολοκληρώνεται με τα χέρια της μητέρας, που αγκαλιάζουν το νεογνό.

Η συνέχεια αυτής της δυαδικής σχέσης, από τη μήτρα που θρέφει το έμβρυο στον μαστό που θρέφει το βρέφος - έχει χαρακτηριστεί ως το *τέταρτο τρίμηνο κύησης*, όπου ο θηλασμός ως διαδικασία επιτρέπει την ομαλή μετάβαση της γυναίκας στο μητρικό της ρόλο. Διότι όσο κι αν η γέννηση αποτελεί ένα χρονικό ορόσημο για την έλευσή μας στον εξωμήτριο κόσμο, εντούτοις οι επόμενοι 3-6 μήνες, όπου το μωρό παραμένει κοντά στην μητέρα του, είναι καθοριστικοί για την ψυχοσωματική του ανάπτυξη.

## Η πρώτη σχέση του μωρού με κάποιον άλλο

Το νεογέννητο διαθέτει ήδη ένα πρωταρχικό βιολογικό ρόλο και μια έμφυτη ικανότητα για τη δημιουργία σχέσης, εν προκειμένω, με την μητέρα του. Ιδανικά, η εμπειρία του θηλασμού αποτελεί την πρώτη σχέση του βρέφους με κάποιον άλλο, διότι όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Winnicott «ένα βρέφος ολομόναχο δεν υπάρχει», όπως και μητέρα δεν υπάρχει χωρίς ένα βρέφος. Εν ολίγοις, βρέφος και μητέρα σχηματίζουν μια μονάδα και ως τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζονται από επαγγελματίες υγείας και οικείους, που οφείλουν να ενθαρρύνουν πρακτικές που ενισχύουν την ικανοποιητική γονική φροντίδα.

## Η ψυχολογική αξία των πρακτικών φροντίδας του παιδιού

Η μητέρα πρέπει να ενθαρρύνεται τόσο από τα μέλη της οικογένειας, όσο και τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίζει το μωρό της με μοναδικότητα και να μην παρασύρεται από διεκπεραιωτικές συστάσεις φροντίδας.

Κατά τον Bowlby, κάθε βρέφος είναι βιολογικά ρυθμισμένο να δημιουργήσει μια συναισθηματική δέσμευση με τον φροντιστή του. Η έννοια, λοιπόν, του *δεσμού* περιγράφει μια βιολογικά προκαθορισμένη δέσμευση και όχι μια συμπεριφορά, που περιρίζεται στην θρέψη του παιδιού. Συγκεκριμένα, το βρέφος κουβαλά ένα κληρονομικό δυναμικό, το οποίο μπορεί να εξελιχθεί μόνο εάν συνδεθεί με την παρεχόμενη μητρική φροντίδα.

Συγκεκριμένα, ο Winnicott στη θεωρία του αναφέρει ότι η ψυχικά υγιής γυναίκα μετά τη γέννηση του παιδιού της βρίσκεται σε μια ειδική ψυχική κατάσταση που ονομάζεται *πρωταρχική μητρική ενσσχόληση* (primary maternal preoccupation). Η μητέρα συνειδητά και ασυνείδητα είναι ταυτισμένη με το μωρό της και τις ανάγκες του. Σκέφτεται και ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με τη φροντίδα του μωρού της δεδομένου ότι βρίσκεται σε πλήρη σωματική και ψυχική εξάρτηση από αυτήν περίπου για το πρώτο έτος της ζωής του. Με τον τρόπο αυτό, θα είναι -κατά τον Winnicott- μια *αρκετά καλή μητέρα*, δηλαδή η συνηθισμένη αφοσιωμένη μητέρα για τον καθένα από εμάς. Η αρκετά καλή μητέρα διευκολύνει την ανάπτυξη του βρέφους της χωρίς να υπερβάλλει ή να στερεί στοιχεία από τη φροντίδα της. Η περιβαλλοντική αυτή πρόνοια εξασφαλίζει τη *δημιουργία δεσμάτος*

(bonding) και κατ' επέκταση τη *δημιουργία ασφαλούς δεσμού* (attachment) μεταξύ μητέρας - παιδιού ( Bowlby), η οποία τον πρώτο καιρό επιτυγχάνεται μέσα από τις καθημερινές φροντίδες του νεογνού.

Η έννοια του κρατήματος είναι ιδιαίτερης σημασίας, δεδομένου ότι κυριαρχεί σε όλες τις πρακτικές φροντίδας και σε όλες τις εκδηλώσεις αγάπης κυρίως κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Συγκεκριμένα, το *κράτημα* (holding)<sup>10</sup> περιγράφει τη σωματική και ψυχική υποστήριξη του βρέφους από την μητέρα του. Με την έναρξη της κύησης ξεκινά και το φυσικό κράτημα του μωρού στη μήτρα, από τον πλακούντα. Το κράτημα του φανταστικού μωρού<sup>11</sup> και κατά μια έννοια του εμβρύου αποτελεί προαγωγό του ευρύτερου σωματικού και ψυχικού κρατήματος του πραγματικού εμβρύου και του μωρού, που πρόκειται να γεννηθεί. Το δε φυσικό κράτημα είναι μια εκδήλωση αγάπης προς το βρέφος, το οποίο όταν είναι *αρκετά καλό*<sup>12</sup> κράτημα, προσφέρει μια αίσθηση σταθερότητας και διευκολύνει την απαρτίωση του εαυτού.

Οι πρώιμες εμπειρίες του βρέφους σε σχέση με τα όρια του σώματός του επηρεάζονται από το κράτημά του. Η τοποθέτηση του παιδιού στη διάρκεια της σίτισης του, είτε πρόκειται για θηλασμό, είτε για τάισμα με μπιμπερό αποτελεί σημαντική εμπειρία ζωής. Το κράτημα και η προσφορά ενός *αντικειμένου* π.χ. στήθος, μπουκάλι, αντικατοπτρίζει την ανάγκη ενός ευρύτερου πλαισίου και μιας δομής, που στηρίζει και επιτρέπει την εξέλιξή μας. Τα μωρά απολαμβάνουν τόσο πολύ τον θηλασμό, ώστε ακόμα και αν δεν πεινάνε συχνά θηλάζουν, εάν τους προσφερθεί ο μαστός. Το στήθος δεν παρέχει μόνο τροφή, αλλά και ευχαρίστηση. Οι ενήλικες μπορεί να νιώθουν όμορφα απλά και μόνο με την παρουσία κάποιου αγαπητού προσώπου στον ίδιο χώρο. Εντούτοις τα βρέφη, για να αισθανθούν ασφάλεια και αγάπη, χρειάζονται μια σωματική επαφή, η οποία εξασφαλίζεται με το κράτημα<sup>13</sup> και τον θηλασμό.

Για τις μητέρες που δεν μπορούν να θηλάσουν, το τάισμα με το μπουκάλι ή με εναλλακτικούς τρόπους σίτισης είναι μια εφικτή επιλογή. Ωστόσο, το μητρικό γάλα έχει εξελιχθεί για πάνω από ένα εκατομμύριο χρόνια, ώστε να προσφέρει στο μωρό ακριβώς αυτό που χρειάζεται. Ο θηλασμός διευκολύνει τον πρώιμο σταθερό δεσμό μεταξύ μητέρας - παιδιού και συμβάλλει σε ένα εύρωστο ανοσοποιητικό σύστημα. Θωρακίζει το παιδί έναντι σωματικών και ψυχικών απειλών.

Συνάμα, εξοικειώνει την μητέρα με τον γονικό της ρόλο μέσα από τη σκέψη, τη φαντασίωση και την ονειροπόληση. Καθώς το μωρό θηλάζει η μητέρα συχνά ανακαλεί αναμνήσεις που αφορούν τη σύλληψη (επιθυμητή ή μη, φυσική ή υποβοηθούμενη κτλ.), την εγκυμοσύνη (εύκολη, δύσκολη, κουραστική, ευχάριστη κτλ.), τον τοκετό (φυσικό, εργώδη, επεμβατικό, τραυματικό κτλ.), τον ίδιο τον θηλασμό και το μέλλον της ίδιας της μητέρας και του παιδιού. Όπως αναφέρει και ο Καστοριάδης «η μητέρα με το γάλα της (ή και με την τεχνητή σίτιση) μεταγγίζει στο παιδί όλο το φαντασικό και θεσμικό πλαίσιο του πολιτισμού στο οποίο θέλει να το εγγράψει». Η μητέρα σε φάση ονειροπόλησης κρατά στα χέρια της εκτός από το βρέφος, το παιδί και τελικά το μελλοντικό ενήλικα.

10. Το «κράτημα» (holding) είναι ένας όρος που εισήγαγε ο Winnicott. Σε ορισμένα ελληνικά συγγράμματα μεταφράζεται και ως «συν-κρατείν».
11. Το «φανταστικό» παιδί συγκεντρώνει τις ασυνείδητες επιθυμίες, τις οικογενειακές προσδοκίες και τις κοινωνικές πεποιθήσεις και των δυο γονέων.
12. Η έννοια «αρκετά καλό» -κατά τον Winnicott- εκφράζει την ικανότητα προσαρμογής (ενός ατόμου ή μια κατάσταση) στις ανάγκες του παιδιού.
13. Κατά το Winnicott, τρία αλληλοεπικαλυπτόμενα στάδια περιλαμβάνουν: α) Το κράτημα, β) Τη συμβιωτική σχέση μητέρας βρέφους, γ) Τη συμβίωση πατέρα, μητέρας και βρέφους.

Το αγκάλισμα και η προσφορά τροφής από ένα φροντιστή με θηλασμό ή με άλλα μέσα σίτισης, έχει βιωθεί αναμφισβήτητα από τον καθένα μας, με τόσους διαφορετικούς τρόπους όσα και τα γεύματα που λάβαμε στη διάρκεια αυτής της δυαδικής σχέσης. Οι μνήμες αυτές είναι ανεπαρκείς ή ανχές, δεδομένου ότι αφορούν την πρώιμη ηλικία, εντούτοις ως εμπειρίες έχουν αφήσει το ενδυοβλημά τους στο ασυνείδητο και έχουν στοιχειοθετήσει τις *ενδοβλημένες*<sup>14</sup> *αναπαραστάσεις* που έχουμε για την μητρότητα.

Όπως αναφέρει ο Ναυρίδης (1994): «Το υποκείμενο συνθέτει τις αναπαραστάσεις του από πληροφορίες που συγκεντρώνει με τις αισθήσεις του, από αυτές που ήδη έχει συγκεντρώσει στη διάρκεια της ιστορίας του και διατηρεί μέσα στη μνήμη του, καθώς και επίσης πληροφορίες που προσλαμβάνει μέσα από τις σχέσεις του με τους άλλους και μέσα από δι-υποκειμενικές<sup>15</sup> καταστάσεις...». Υπό αυτή την σκέψη, η συμπεριφορά της μητέρας, το κράτημα, το άγγιγμα, τα λόγια της προς το μωρό επηρεάζονται μεταξύ άλλων και από τις αναμνήσεις της έλευσής του στον κόσμο. Κάθε μια από τις παραπάνω παραμέτρους είναι ικανή να επηρεάσει την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού.

Αντίστοιχα, το νεογέννητο σωματικά και ψυχικά στιγματίζεται από το ξεκίνημά του, για αυτό είναι καθοριστικοί οι πρώτοι μήνες ζωής του νεογνού. Σε σχέση με το παιδί χρειάζεται να αναφέρουμε ότι η ανάπτυξη του ανθρώπινου εγκέφαλου και η απαρχή της ψυχικής λειτουργίας ξεκινά από την ενδομήτρια ζωή. Ο παιδικός εγκέφαλος αναπτύσσεται μέσω της ενίσχυσης κάποιων νευρωνικών συνάψεων και αντιστοίχως μέσω της απενεργοποίησης κάποιων άλλων.

Η διαδικασία αυτή επηρεάζεται θετικά από τις ποιοτικές ανθρώπινες σχέσεις, τις οποίες οφείλουμε να εξασφαλίζουμε είτε ως γονείς, είτε ως επαγγελματίες υγείας.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο S. Lebonici (1960) «Η μητέρα επενδύεται πριν γίνει αντιληπτή». Εντούτοις, όσο ουσιαστικές κι αν είναι οι πρώτες στιγμές με το μωρό δεν διασφαλίζονται συναισθήματα αγάπης από την μεριά των γονέων. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Ωραιοπούλου (2010) «Η μητρότητα και η πατρότητα δεν κατεβαίνει με το γάλα». Έχοντας αυτό κατά νου οι επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να διευκολύνουμε τους γονείς να εκφράσουν την αμφιθυμία τους και να αποενοχοποιηθούν για τα πιθανά μετριοπαθή συναισθήματά που νιώθουν για το μωρό. Ο δεσμός γονέων παιδιού άλλωστε είναι μια σχέση που χτίζεται.

## Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διευκολύνουν την μητέρα ακούγοντας τα αμφιθυμικά της συναισθήματα και επιτρέποντας σε άγχη και αμφιβολίες να εκτονωθούν, πριν από τη γέννηση του πραγματικού μωρού. Πλήθος επιστημονικών ερευνών επισημαίνουν τον καθοριστικό ρόλο των επαγγελματιών στην ενημέρωση και στην ψυχοσυναισθηματική προετοιμασία των γονιών. Ο θηλασμός είναι ένα από τα θέματα που οι επαγγελματίες υγείας (π.χ. μαίες/-τες, παιδίατροι, μαιευτήρες, κτλ.) οφεί-

14. Η ενδοβολή (introjection) ανήκει στους πρώιμους μηχανισμούς άμυνας. Συμβολίζει την εσωτερικεύση αγαπητού ή μισητού εξωτερικού αντικείμενου, ώστε να εξασφαλιστεί η σταθερή παρουσία του. Ένα αγαπητό ενδοβλημένο αντικείμενο (π.χ. καλή μητέρα, καλός μαστός, καλό κράτημα) ελαττώνει το άγχος αποχωρισμού ή την αμφιθυμία προς αυτό.

15. Η έννοια της δι-υποκειμενικότητας εκφράζει την επιρροή που ασκεί το άλλο πρόσωπο στη υπάρχουσα υποκειμενική άποψη του καθενός μας. Εν ολίγοις, οι αναπαραστάσεις του καθενός μας είναι επιπλέον εμποτισμένες από τις εμπειρίες και τα λόγια των άλλων.

λουν να συζητήσουν με τους γονείς στη διάρκεια της κύησης. Με τον τρόπο αυτό, οι γονείς θρέφουν σε επίπεδο φαντασίας το μωρό που πρόκειται να γεννηθεί. Ακόμα και οι αγορές που κάνουν –απαραίτητες ή μη – ενισχύουν αυτή την ψυχική επένδυση.

Συνάμα συστήνεται στους γονείς να συναντούν πριν τη γέννηση τη μαία και τον παιδίατρο, που θα φροντίσει το μωρό τους. Η επαφή αυτή με τον επαγγελματία υγείας γεφυρώνει την προγεννητική με τη μεταγεννητική περίοδο. Οι συναντήσεις αυτές επιτρέπουν και τη συμμετοχή του πατέρα, ο οποίος έχει αντίστοιχες απορίες και ανησυχίες με την μητέρα, που χρειάζεται να ακουστούν. Με τον τρόπο αυτό, δίδεται η ευκαιρία στον επαγγελματία υγείας να παρατηρήσει τα συναισθήματα που διαμεμβονται μεταξύ του γονικού ζεύγους, να ακούσει όσα έχουν ψυχικά επενδυθεί πάνω στο αγέννητο μωρό και τέλος να γευτεί μέρος από τις μεταβιβάσεις των γονέων προς τον επαγγελματία υγείας.

Τις πρώτες μέρες στο μαιευτήριο ή στο σπίτι κάποιες φορές μητέρα και μωρό χρειάζονται λίγη καθοδήγηση με τον θηλασμό, παρόλο που τα περισσότερα νεογέννητα έχουν εξασκηθεί ενδομητρίως πιπιλίζοντας τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών τους. Ο ρόλος μας ως επαγγελματίες υγείας είναι να μεταφέρουμε τις συμβουλές μας με ήρεμο και κατανοητό τρόπο, ούτως ώστε να επιτρέψουμε στην μητέρα να νιώσει οικειότητα και εμπιστοσύνη. Προτιμούμε η αναπαράσταση της σκέψης μας να γίνεται με κινήσεις και αντικείμενα, ούτως ώστε να ερεθίσουμε το “συναισθηματικό” δεξί ημισφαίριο του εγκέφαλου της μητέρας.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την περιγεννητική περίοδο είναι αναγκαίος, καθοριστικός και εντέλει οφείλει να είναι και διευκολυντικός. Υπό αυτό το πρίσμα, ο επαγγελματίας υγείας είναι αναγκαίος για τους γονείς, ως φορέας της επιστημονικής γνώσης και της κλινικής εμπειρίας του και συνάμα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, μιας και αυτός θα σταθμίσει την έννοια του φυσιολογικού ή μη.

Συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να είναι διευκολυντικός σε στιγμές ορόσημο, ώστε να ενισχύει το δεσμό της διάδας μητέρας – βρέφους. Χρειάζεται να ακούει περισσότερο και να καθοδηγεί λιγότερο. Χρειάζεται να παρατηρεί περισσότερο και αντίστοιχα να ερμηνεύει εν ανάγκη. Επιπλέον, χρειάζεται να επιτρέπει στους γονείς να εκφράσουν τις επιθυμίες, τις σκέψεις ή τις επιλογές τους και με αυτές τις παραμέτρους να διευκολύνει μέσω του ρόλου του την δημιουργία ειλικρινών συναισθηματικών δεσμών μεταξύ γονιών και παιδιών.

## Ψυχολογικές προσεγγίσεις για τον θηλασμό

Παλιότερα, οι επαγγελματίες υγείας αποκαλούσαν το βρέφος «θρέμμα» επικεντρώνοντας την προσοχή τους στη διατροφή. Μετά το 1950 ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες υγείας στη Γαλλία αρχίζουν να χρησιμοποιούν τη λέξη *βρέφος*<sup>16</sup> θέλοντας να αποδυναμώσουν την επικρατούσα άποψη.

Λίγα χρόνια νωρίτερα, το 1946 ο Αμερικανός παιδίατρος Benjamin Spock (1903-1998) δημοσιεύει το σύγγραμμα “Baby and Child Care” και εισάγει καινοτομίες ως προς την φροντίδα των παιδιών. Αξίζει να αναφερθεί πως είναι ο πρώτος παιδία-

16. Στα λεξικά της αρχαίας ελληνικής του Σταματάκου και του Μαρκαντωνάτου, η λέξη βρέφος (αβέβαια ετυμολογίας) σημαίνει: το μη γεννηθέν ακόμη, το έμβρυο, αλλά και το νεογέννητο. Αυτή η ερμηνεία μας υποδεικνύει την “παρουσία” του ανθρώπου ήδη από την ενδομήτρια ζωή. Η σχέση μητέρας – βρέφους κατά την αρχαία ελληνική θα αφορούσε εξ ορισμού μια σχέση που ξεκινά με τη σύλληψη και όχι μετά τη γέννηση.



τρος που σπουδάζει ψυχανάλυση με σκοπό την κατανόηση των παιδικών αναγκών σε σχέση με τη δυναμική των οικογενειών.

Αν και το πρώτο παιδοψυχιατρικό σύγγραμμα θα μπορούσε να θεωρηθεί «Η τρέλα στα παιδιά» (La folie chez les enfants) του Δρ. Paul Moreau de Tours (1844-1908), ωστόσο η παιδοψυχιατρική θα πάρει νέα πνοή με τα έργα των ψυχαναλυτών. Αντίστοιχα, η μελέτη της ψυχικής μητρικής λειτουργίας σε όλη τη διάρκεια της περιόδου, που εκτείνεται από τη σύλληψη του εμβρύου ως το δεύτερο έτος της ηλικίας του, αποτελεί το αντικείμενο της περιγεννητικής ψυχολογίας και ψυχιατρικής.

Οι ψυχολογικές έμπνευσης θεωρίες και οι μεταγενέστερες αυτών βασίζονται αρχικά στη θεωρία του Freud και σε παρατηρήσεις προβληματικών και φυσιολογικών βρεφών και νηπίων μόνα τους ή με την μητέρα / φροντιστή. Οι θεωρίες αυτές διευκολύνουν στην κατανόηση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης των πρώτων χρόνων της ζωής και ενέχουν σχόλια περί τον θηλασμό. Στα πρώτα χρόνια της ζωής, ο θηλασμός και ο αποθηλασμός αποτελούν μια μορφή σχέσης και συνδιαλλαγής μεταξύ της μητέρας και του παιδιού, που επηρεάζει τη διαμόρφωση του ψυχισμού και της προσωπικότητάς του.

Στη θεωρία του Freud, το πρώτο στάδιο της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης καλείται *στοματικό*<sup>17</sup> -όχι τυχαία- μιας και η περιοχή του στόματος αποτελεί φορέα ικανοποίησης για το βρέφος μέσω του πιπιλίσματος και του θηλασμού. Η μητέρα βιώνεται ως αντικείμενο ανάγκης και όχι ως αντικείμενο επιθυμίας κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του, οπότε και η σχέση μεταξύ της εξωτερικής και της εσωτερικής πραγματικότητας είναι αδιανοήσιμη. Η αίσθηση του εαυτού, το *Εγώ*<sup>18</sup> διαμορφώνεται αργότερα προς το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής. Αντίστοιχα, μεταξύ των 6-18 μηνών ορίζεται η δόμηση και η λειτουργία του *Εγώ* κατά τον Lacan, του οποίου η θεωρία αποτελεί μια νέα ανάγνωση της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Σχετικά με τον θηλασμό, ο Lacan κάνει λόγο για την αμφιθυμία του παιδιού να αποδεχθεί ή να αρνηθεί τον θηλασμό.

Ενδιαφέρουσα είναι και η θεωρία της Melanie Klein για την ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού, η οποία διαφοροποιήθηκε από την κλασική φροϊδική θεωρία. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι η Klein υποθέτει πως ήδη από τη γέννηση λειτουργεί το *Εγώ*, το οποίο αν και είναι ανώριμο μπορεί να δημιουργήσει σχέση με κάποιο αντικείμενο. Η πρώτη εμπειρία θηλασμού τοποθετείται στη απαρχή των *σχέσεων αντικειμένου*<sup>19</sup>. Τα συναισθήματα που προκαλούνται από την αλληλεπίδραση βρέφους – στήθους μητέρας παρέχουν το πρότυπο αξιολόγησης όλων των μετέπειτα εμπειριών. Η Klein επισημαίνει πως το πρωιμότερο στάδιο αυτής της σχέσης αφορά το στήθος της μητέρας, που άλλοτε εμφανίζεται ως καλό (ικανοποιητικό) και άλλοτε ως κακό (ματαιωτικό). Το καλό στήθος διεγείρει αισθήματα αγάπης και ικανοποιεί τις ενορμήσεις ζωής, ενώ το κακό στήθος διεγείρει συναισθήματα μίσους και ικανοποιεί την ενόρμηση θανάτου. Αντίστοιχα κατά τον Bion, το κακό στήθος έχει ενδοβοληθεί από το βρέφος και επειδή “*δεν είναι εκεί*” προκαλεί οδυνηρά συναισθήματα. Οι ψυχολογικές αυτές προσεγγίσεις μπορούν ενδεχομέ-

ως να ερμηνεύσουν την παρατηρήσιμη προτίμηση του μωρού για έναν από του δυο μαστούς.

Η Melanie Klein και ο Donald Winnicott ήταν από τους πρώτους ψυχαναλυτές που ασχολήθηκαν με την ψυχοθεραπεία μικρών παιδιών. Στην ιστορία του ψυχαναλυτικού κινήματος ο Winnicott ήταν ο θεωρητικός που κατανόησε βαθύτητα τη σχέση μητέρας – βρέφους και αυτό έδωσε αμεσότητα στη διατύπωση των θεωριών του, που ήταν βασισμένες και στην κλινική παιδιατρική του εμπειρία. Στη θεωρία του Winnicott ανήκουν έννοιες, όπως η «πρωταρχική μητρική ενασχόληση» και το «κράτημα», για τις οποίες έγινε αναφορά παραπάνω στην ψυχολογική αξία των πρακτικών φροντίδας.

Ανάλογη ήταν και η προσφορά του Spitz και Mahler, των οποίων οι θεωρίες στηρίχθηκαν ιδιαίτερα σε παρατηρήσεις προβληματικών και φυσιολογικών βρεφών. Συγκεκριμένα, στη θεωρία του Spitz, ο θηλασμός θεωρείται πρότυπος τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ της μητέρας- βρέφους και καλείται *διάλογος*. Η μητέρα παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτό το εξελικτικό στάδιο διότι φιλτράρει τα εξωτερικά ερεθίσματα που φτάνουν στο μωρό. Υπό αυτό το πρίσμα, η ψυχική διάθεση της μητέρας αποτελεί μια σημαντική μορφή επικοινωνίας.

Αντίστοιχη σημασία δίνει η Margaret Mahler στην μητέρα, η οποία με τις φροντίδες που προσφέρει στο σώμα του μωρού συμβάλλει στην επένδυση των αισθητικών και αντιληπτικών εμπειριών του. Συγκεκριμένα, επικεντρώθηκε στην ψυχολογική σημασία της πρώτης σχέσης νεογέννητου-μητέρας και παρατήρησε πως ο συγκεκριμένος πρωταρχικός συναισθηματικός δεσμός χαρακτηρίζει μια ενδοψυχική διαδικασία, που ονομάστηκε *ψυχολογική γέννηση του ανθρώπου*. Αφετηρία αυτής της διαδικασίας είναι η απόλυτη συγχώνευση του παιδιού με την μητέρα του, που ολοκληρώνεται με τη δημιουργία μιας σταθερής και ανεξάρτητης ταυτότητας. Η ψυχολογική γέννηση για να εξελιχθεί ομαλά προϋποθέτει ευνοϊκές συνθήκες κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του βρέφους, ούτως ώστε το *Εγώ* να μπορεί να αναπτύξει τις δυνατότητές του.

Επομένως, η ανάπτυξη του *Εγώ* – ως θεμελιώδη παράγοντα του ψυχικού οργάνου- και η ψυχοσωματική ωρίμανση του παιδιού διευκολύνεται από την διαδικασία του θηλασμού, του αποθηλασμού και από την παρεχόμενη εξατομικευμένη φροντίδα του παιδιού εκ μέρους της μητέρας. Οι καθημερινές εμπειρίες, περιποίησης και στίσισης, επιτρέπουν τόσο στο παιδί, όσο και στους γονείς του να αντιληφθούν την μοναδικότητα της προσωπικότητάς του και των αναγκών του.

Στο παρόν κεφάλαιο, σκόπιμα δεν γίνονται αναφορές στα αναπτυξιακά στάδια του παιδιού, μιας και αυτό δεν θα εξυπηρετούσε τον διευκολυντικό μας ρόλο. Προφανώς, για κάθε στάδιο συναισθηματικής ανάπτυξης μπορεί να δοθεί κατά προσέγγιση μια ημερομηνία ή πιθανώς θα μπορούσε να δοθεί εξατομικευμένη ημερομηνία για κάθε παιδί. Οι ακριβείς χρονικοί προσδιορισμοί ακόμη κι αν ήταν γνωστοί εκ των προτέρων δεν θα μπορούσαν να προβλεφθούν, καθώς θα επηρεάζονταν από τον παράγοντα της μητρικής φροντίδας.

Βέβαια, το δέσιμο<sup>20</sup> μητέρας - βρέφους είναι μια ψυχοσυναισθηματική διαδικασία που εξελίσσεται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Προφανώς, τα μωρά δεν συνδέονται με το πρώτο πλάσμα που θα συναντήσουν, όπως οι χήνες του ψυχολόγου Konrad Lorenz. Η διαδικασία του δεσμού μητέρας βρέ-

17. Επιγραμματικά να αναφέρουμε πως τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης που καλύπτουν τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού είναι με τα εξής: Στοματικό-Πρωκτικό-Φαλλικό.

18. Στη θεωρία του Freud, η δομή του ψυχικού οργάνου στο πλαίσιο της δεύτερης τοπικής χωρίζεται στο: Εκείνο-Εγώ-Υπερεγώ.

19. Στην ψυχανάλυση ως αντικείμενο ορίζεται ένα σημαντικό πρόσωπο στη ζωή του υποκειμένου. Το εσωτερικό αντικείμενο δηλώνει μια ασυνείδητη εμπειρία ή φαντασίωση σχετική με ένα εξωτερικό αντικείμενο. Δηλαδή, το εσωτερικό αντικείμενο περιγράφει την ενδοβολημένη εμπειρία ενός προσώπου, πράγματος, κατάστασης ή σχέσης.

20. Ο δεσμός αναφέρεται στη μοναδική και συγκεκριμένη σχέση μεταξύ δυο ανθρώπων, ενώ το δέσιμο αναφέρεται στο δέσιμο της μητέρας προς το βρέφος.

φους στηρίζεται σε καθημερινές πρακτικές φροντίδες, που δημιουργούν *εσωτερικά αντιληπτικά μοντέλα*. Εν ολίγοις, η ψυχική ισορροπία και η ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση του ατόμου εννοείται από τα θετικά βιώματα, που αποκομίζουν οι άνθρωποι κατά τις πρώτες σημαντικές σχέσεις αγάπης.

Δυστυχώς, η σημερινή ιατρικοποίηση της βρεφικής σίτισης έχει μετατοπίσει το επίκεντρο του θηλασμού από μια συμπεριφορική διαδικασία φροντίδας σε μια διεκπεραιωτική παροχή γάλακτος, όπως θα συνέβαινε με τη χορήγηση οποιουδήποτε προϊόντος. Παρόλα αυτά, οι ανθρωπιστικές επιστήμες εξακολουθούν να τονίζουν πως η ανθρώπινη ύπαρξη αναπτύσσεται χάρη στην αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και ανατροφής, όπου οι δυνατότητες του βρέφους συναντούν τις ευρύτερες κοινωνικοπολιτισμικές και προσωπικές επιρροές των ενηλίκων στη ζωή του.

## Αποθηλασμός

Ο θηλασμός είναι η πρώτη σχέση εγγύτητας με κάποιον άλλο, εν προκειμένω την μητέρα και αποτελεί την πρώτη σωματική και ψυχική τροφή του βρέφους. Όταν το παιδί ωριμάζει ψυχοσυναισθηματικά αντλεί ευχαρίστηση τόσο από τη μητρική αγκαλιά, όσο και από ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Η συμβιωτική σχέση μητέρας- βρέφους έχει εκπληρώσει το σκοπό της και ο πατέρας είναι το τρίτο στοιχείο της δυαδικής σχέσης μητέρας - βρέφους καθώς συμβολίζει τον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ τους. Ουσιαστικά, η πατρική φιγούρα γεφυρώνει την μητέρα με το παιδί, ενώ παράλληλα εμποδίζει μια εμμένουσα συγχωνευτική σχέση ανάμεσα στις δύο υπάρξεις. Η παρουσία του πατέρα, μεγαλύτερων παιδιών και εξωτερικών ερεθισμάτων αποσπά την προσοχή του παιδιού από τον διαρκή θηλασμό, το εξοικειώνει με την παρουσία τρίτων και το προετοιμάζει για την ευρύτερη έννοια της κοινωνικοποίησης. Το παιδί δεν θρέφεται πια μόνο από το γάλα, αλλά και από τον κόσμο, που το περιβάλλει. Η διαδικασία του αποθηλασμού έχει ξεκινήσει και η απόφαση για ένα δεύτερο αποχωρισμό – που έπεται του τοκετού – είναι δύσκολη και προφανώς χρειάζεται να γίνει σταδιακά, εντούτοις η εμπειρία κάθε επιτυχημένου θηλασμού συμβάλλει στην ψυχική απαρτίωση και στην «κοινωνικοποίηση» του παιδιού.

Βέβαια, οι ματαιώσεις των παιδικών επιθυμιών είναι αναπόφευκτες και δεν αφορούν μόνο τον μη ικανοποιητικό θηλασμό, αλλά επεκτείνονται και σε ανάγκες για συνεχή μητρική παρουσία και αποκλειστική αγάπη. Εντούτοις, εάν οι ματαιώσεις παρέχονται σε ανεκτές δόσεις εξυπηρετούν την ψυχοσυναισθηματική ωρίμανση του παιδιού. Η ανάμνηση μάλιστα μια καλής εμπειρίας παρηγορεί το παιδί και το βοηθά να κρατηθεί συναισθηματικά. Αν οι καλές πλευρές της ενδοβολημένης μητέρας γίνονται αισθητές ως υπεριοχύουσες σε σχέση με τις ματαιωτικές, αυτή η εσωτερικευμένη μητέρα γίνεται θεμέλιο για τη δύναμη του χαρακτήρα. Η μητέρα – τροφός είναι απαραίτητη για την επιβίωση του βρέφους, για αυτό και το ίδιο επιδιώκει να βρίσκεται συνεχώς κοντά της. Έτσι κατακλύζεται από συναισθήματα ανασφάλειας από την ενδεχόμενη απώλειά της. Τα συναισθήματα αυτά μετριάζονται όταν το νήπιο αναπτύσσει την ικανότητα να παρηγοριέται στον αποχωρισμό μέσω της μητρικής εικόνας που έχει εσωτερικεύσει ή μέσω *μεταβατικών αντικειμένων*<sup>21</sup>. Εν κατακλείδι, ο θηλασμός είναι η πρώτη σωματική και ψυχική τροφή του βρέφους. Η θρέψη πρωτοστατεί από τις πρώτες στιγμές της

ζωής και διαπερνά αρκετές από τις σημαντικές εμπειρίες μας. Ο πρώτος θηλασμός, το αγαπημένο φαγητό της μαμάς, το γαμήλιο γεύμα, το γλέντι με φίλους και τόσες άλλες στιγμές μοναδικές και ξεχωριστές για τον καθένα μας επενδύονται από κάποια τροφή, που ιδανικώς είναι ευχάριστη.

Η καθημερινή ανάγκη του ανθρώπου για σωματική και συναισθηματική τροφή<sup>22</sup> διαφαίνεται μέσα από πολλές καταστάσεις της καθημερινότητας: από τη θρέψη της επιθυμίας για τεκνοποίηση ως την πραγματική ενδομήτρια θρέψη του εμβρύου μέσω του πλακούντα και εν συνεχεία, από τη θρέψη του μωρού από τον μαστό έως και τα εικονικά γεύματα, που προσφέρει το παιδί μέσω του παιχνιδιού του.

Συμπερασματικά, οι μητέρες και τα παιδιά, που έχουν απολαύσει την ευχαρίστηση ενός σωστού θηλασμού, γνωρίζουν τη συγκινησιακή ωριμότητα που απέκτησαν από αυτή τη σχέση. Οι επαγγελματίες υγείας, που επιλέγουν και υποστηρίζουν τον θηλασμό οφείλουν να αγκαλιάζουν τη δυάδα μητέρας - βρέφους στο μοναδικό αυτό ταξίδι ζωής.

## ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγγελόπουλος Ν. Μεγάλη Ψυχιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Αθήνα: Βήτα, 2012.
2. Αλεξανδρίδης Α. Θηλασμός: Ιδιωτικός ή Δημόσιος; Δημοσίευση (Διαδίκτυο) 18.3.2013. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [www.protagon.gr](http://www.protagon.gr).
3. Attrill B. The assumption of the maternal role: A developmental process. Australian Journal of Midwifery, 2002, 15 (1):21-25.
4. Brazelton B. & Cramer Bertrand. Η πρώτη πρώτη σχέση. Αθήνα: Παπαζήση, 2009.
5. Βορριά Π. Η θεωρία του δεσμού. Παιδί & Έφηβος-Ψυχική Υγεία και Ψυχολογία. 2005, 7 (1): 9-14.
6. Brockington I. Motherhood and Mental Health. Oxford University Press, 1996.
7. Ciccone A, Gauthier Y., Golse B., Stern D. Γέννηση και ανάπτυξη της ψυχικής ζωής. Θεσσαλονίκη: University studio press, 2012.
8. Dixon S., Stein M. (2006) Encounters with Children. USA: Mosby.
9. Φαλάρας Β (2010). Η ψυχαναλυτική διαδικασία. Αθήνα, εκδ:Βήτα.
10. Fraiberg S. (2008). The Magic Years. USA, Scribner.
11. Gerhardt S. (2004). Why Love Matters. New York: Routledge.
12. Golse et al (2012). Γέννηση και ανάπτυξη της ψυχικής ζωής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
13. Golse Bernard (2008) Προσχολική Παιδοψυχιατρική. Επιμέλεια: Τσιάντης Γ. και Αλεξανδρίδης Α. Αθήνα: Καστανιώτης.
14. Golse Bernard. La pulsion d'attachement, La psychiatrie de l'enfant 2004;1,471,p5-25.
15. Graham M. Nurturing Natures. New York: Psychology press, 2011.
16. Hamberger Lars and Nilsson Lennart (2004). Ένα παιδί γεννιέται. Αθήνα: Ορφείας Εκδοτική.
17. Henderson A. Understanding the Breast Crawl. Nursing for Women's Health, 2011, 15:4, 296-307.
18. Holmes J. O John Bowlby και η Θεωρία του Δεσμού. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2009.
19. Καραβάτος Αθ. Πρώτη Ανάντηση. Δημοσίευση (Διαδίκτυο) 2012. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.uthsc.edu/pediatrics/neurosciences/docs/Symp\\_AndrewPapanicolou\\_09\\_karavatos.pdf](http://www.uthsc.edu/pediatrics/neurosciences/docs/Symp_AndrewPapanicolou_09_karavatos.pdf)
20. Kitzinger S. Όταν κλαίει ένα μωρό. Αθήνα: susaeta, 2006.
21. Klaus M, Kenell J., Klaus P. Ένας μοναδικός δεσμός. Αθήνα: Ρέω, 2004.
22. Klein M. Οι απαρχές της μεταβίβασης και άλλα κείμενα. Αθήνα: Μεταίμιο, 2002.
23. Λάγιου-Λιγνού Ε. Παρατηρώντας το βρέφος. Η μέθοδος της ψυχαναλυτικής παρατήρησης βρέφους. Αθήνα: Καστανιώτης, 2011.
24. Μαρκαντωνάτος Γ. Βασικό Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής. Αθήνα: Gutenberg, 1994.

21. Το μεταβατικό αντικείμενο παρέχει παρηγοριά και επενεργεί πρεμιστικά στο παιδί καθώς προσκολλάται σε αυτό αγκαλιάζοντάς το ή βάζοντάς το στο στόμα.

22. Η τροφή στα αρχαία ελληνικά εκτός από την προφανή έννοια της διατροφής οφείλει να σημαίνει – επίσης – παιδί, τέκνο ή γενιά.

25. Miller Alice (2003). Οι φυλακές της παιδικής μας ηλικίας. Αθήνα:ΡΟΕΣ.
26. Morel P, Bourgeron J-P, Roudinesco E. Πέρα από το Συνειδητό. Αθήνα: Εξάντας, 2004.
27. Morris D. Το μωρό μου. Αθήνα: Ψυχογιός, 2008.
28. Ναυρίδης Κλ. Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία. Αθήνα: Παπαζήση, 1994.
29. Nilsson L. & Hamberger L. Ένα Παιδί Γεννιέται. Αθήνα: Ορφέας, 2004.
30. Παπαδόπουλος Ν. (2005). Λεξικό της Ψυχολογίας. Αθήνα, εκδ: Σύγχρονη Εκδοτική.
31. Παπαδάκη – Μιχαηλίδη Ε. Ο δεσμός της αγάπης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2010.
32. Schiebinger L. Why Mammals Are Called Mammals: Gender Politics in Eighteenth-Century Natural History. *The American History Review*, 1993, 98 (2), 382-411.
33. Schmid-Kitsikis E. Wilfred R. Bion, Αθήνα: Βήτα, 2011.
34. Sowa A. & Facchino D, From shared bodies to nursing couple : developmental implications in the movement toward weaning. *Infant Observation*, 2010, 13 (2) : 223-241.
35. Σταματάκος Ι. Λεξικό Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Βιβλιοπρομηθευτική, 1999.
36. Watson Genna C. Support Sucking Skills in Breastfeeding Infants. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013.
37. Winnicott D.W. Διαδικασίες Ωρίμανσης και Διευκολυντικό Περιβάλλον. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2003.
38. Winnicott D.W. Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση. Αθήνα: Καστανιώτης, 2002.
39. Winnicott D.W. Συζητήσεις με τους γονείς. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 1995.
40. Ωραιοπούλου Α. Με το μωρό στην αγκαλιά. Αθήνα: Μύρτος, 2010.
41. [www.breastcrawl.org](http://www.breastcrawl.org).
42. [http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin\\_Spock](http://en.wikipedia.org/wiki/Benjamin_Spock)

## Πίνακας Περιεχομένων

|  |    |  |  |    |
|--|----|--|--|----|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....  | 7  | 4.6  | Σημάδια πείνας του νεογνού και συχνότητα γευμάτων των πρώτων ημερών.....   | 38 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....  | 9  | 4.7  | Παρακολούθηση του θηλάζοντος βρέφους.....                                  | 39 |
| <b>1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ... 11</b>                                       |    | 4.8  | Διατροφή της θηλάζουσας.....   | 41 |
| 1.1 Εμβρυολογία και ανάπτυξη του μαστού.....   | 11 |  | Ενεργειακές ανάγκες στην περίοδο του θηλασμού.....                         | 42 |
| Κατά τη διάρκεια της εμβρυϊκής ηλικίας.....  | 11 |  | Διατροφικές ανάγκες σε μακρομοριακά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία... 42 |    |
| Κατά την κύηση και τη γαλουχία.....  | 11 |  | Επαναφορά του σωματικού βάρους πριν την κύηση - Άσκηση και Θηλασμός.....   | 42 |
| Κατά την εμμηνοπαύση.....  | 12 | 4.9  | Νέα εγκυμοσύνη και θηλασμός.....   | 43 |
| 1.2 Ανατομία του μαστικού αδένου.....  | 12 | <b>5. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ..... 45</b> |  |    |
| Το αδενικό παρέγχυμα.....  | 12 | 5.1  | Υπερφόρτωση στήθους.....   | 45 |
| Το στρώμα.....   | 13 |  | Αντιμετώπιση.....  | 45 |
| Αιμοφόρα αγγεία.....   | 13 | 5.2  | Πόνος της θηλής.....   | 46 |
| Λεμφαγγεία.....  | 13 |  | Προβλήματα τεχνικής.....   | 47 |
| Νεύρα.....   | 13 |  | Ανατομικές ιδιαιτερότητες στο στόμα του βρέφους.....                       | 47 |
| Το δέρμα του μαστού και η θηλή.....  | 13 |  | Ανατομικές ιδιαιτερότητες της μητέρας.....                                 | 47 |
| 1.3 Διαμαρτίες διάπλασης του μαστικού αδένου και των θηλών.....  | 14 |  | Πόνος στην θηλή που προέρχεται από λοιμογόνους και άλλους παράγοντες.....  | 48 |
| Υπερμαστία.....  | 14 | 5.3  | Μεταγενέστερα Προβλήματα Θηλασμού.....                                     | 51 |
| Πολυθηλία.....   | 14 |  | Απόφραξη γαλακτοφόρου πόρου.....   | 51 |
| Υπερτροφία (μακρομαστία και γιγαντομαστία).....  | 14 |  | Μαστίτιδα.....   | 51 |
| Αμαστία, αμαζία και υποπλασία του μαστικού αδένου.....   | 15 |  | Απόστημα.....  | 52 |
| Συμμαστία.....   | 15 | 5.4  | Ανεπάρκεια Γαλουχίας.....  | 53 |
| 1.4 Διαμαρτίες διάπλασης των θηλών.....  | 15 |  | Ορμονική δυσλειτουργία.....  | 53 |
| Διαμαρτίες διάπλασης θηλών και θηλασμός.....   | 15 |  | Υποπλασία μαστικού αδένου.....   | 53 |
| 1.5 Ανατομία του στόματος του βρέφους.....   | 16 |  | Μέτρα υποστήριξης στην ανεπάρκεια γάλακτος.....                            | 53 |
| Οι ανατομικές δομές της στοματικής κοιλότητας.....   | 16 |  | Γαλακταγωγικοί παράγοντες και φάρμακα.....                                 | 54 |
| Οι μύες της κεφαλής και του προσώπου.....  | 18 |  | Άμελη / άντληση του μητρικού γάλακτος.....                                 | 55 |
| Νεύρωση της στοματικής κοιλότητας και του προσώπου.....  | 18 |  | Απόψυξη και χρήση του μητρικού γάλακτος.....                               | 56 |
| Αντανακλαστικά και σίτιση.....   | 18 | 5.5  | Υπερπαραγωγή Γάλακτος.....   | 57 |
| <b>2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ..... 21</b>  |    | 5.6  | Προβλήματα θηλασμού μετά από χειρουργικές επεμβάσεις στον μαστό... 58      |    |
| 2.1 Η φυσιολογία της γαλουχίας.....  | 21 |  | Μειωτική επέμβαση μαστού.....  | 58 |
| Μαστογένεση.....   | 21 |  | Αυξητική επέμβαση μαστού.....  | 58 |
| Γαλακτογένεση.....   | 21 | <b>6. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΣΜΟΣ..... 61</b>          |  |    |
| Γαλακτογένεση I.....   | 21 | 6.1  | Ειδικές Λοιμώξεις της μητέρας και θηλασμός.....                            | 61 |
| Γαλακτογένεση II.....  | 22 |  | Ηπατίτιδα Β.....   | 61 |
| Γαλακτογένεση III και Εδραίωση.....  | 23 |  | Ηπατίτιδα C.....   | 61 |
| Καθυστερημένη ή αποτυχημένη γαλακτογένεση.....   | 23 |  | Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS).....                            | 61 |
| Υποστροφή.....   | 23 |  | Ιός της ανεμευλογιάς – έρπητος ζωστήρος.....                               | 61 |
| 2.2 Η φυσιολογία του θηλασμού.....   | 24 |  | Απλός έρπητας.....   | 62 |
| Πρόσφυση, προσκόλληση στον μαστό και μεταφορά γάλακτος.....  | 24 |  | Κυτταρομεγαλιός (CMV).....   | 62 |
| Αντανακλαστικό εκροής του γάλακτος.....  | 24 |  | Φυματίωση.....   | 62 |
| Θηλασμός ως μέθοδος αντισύλληψης.....  | 25 | 6.2  | Χρόνια Νοσήματα της Μητέρας.....   | 63 |
| <b>3. ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ..... 27</b>                                    |    |  | Σακχαρώδης διαβήτης.....   | 63 |
| Πύαρ.....  | 27 |  | Άσθμα και θηλασμός.....  | 64 |
| Μεταβατικό γάλα.....   | 27 |  | Νοσήματα θυρεοειδούς.....  | 64 |
| Το ώριμο μητρικό γάλα.....   | 27 |  | Υποθυρεοειδισμός.....  | 64 |
| Τα πλεονεκτήματα της διατροφής με μητρικό γάλα.....  | 29 |  | Υπερθυρεοειδισμός.....   | 64 |
| Κίνδυνοι από τη χρήση Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος.....   | 30 |  | Θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό.....   | 65 |
| <b>4. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΙ ΕΔΡΑΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ... 33</b> |    |  | Ρευματικά νοσήματα.....  | 65 |
| 4.1 Προγεννητική υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.....   | 33 |  | Επιληψία.....  | 66 |
| 4.2 Θηλασμός στο μαιευτήριο.....   | 34 | 6.3  | Αντενδείξεις Μητρικού Θηλασμού.....  | 67 |
| Πρώιμη έναρξη θηλασμού και σημασία της επαφής δέρμα με δέρμα.....                                      | 34 |  |  |    |
| 4.3 Συνδιαμονή μητέρας και βρέφους.....  | 34 |  |  |    |
| 4.4 Πρόσφυση στον μαστό και θέσεις θηλασμού.....   | 35 |  |  |    |
| 4.5 Θέσεις θηλασμού.....   | 36 |  |  |    |
| Προτεινόμενες θέσεις θηλασμού.....   | 37 |  |  |    |

|  |            |
|--|------------|
| <b>7. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ</b> .....               | <b>69</b>  |
| 7.1 Νεογνικός ίκτερος στο φυσιολογικό τελειόμηνο θηλάζον βρέφος.....                       | 69         |
| Πρόληψη και αντιμετώπιση του νεογνικού ίκτερου.....  | 70         |
| Παρακολούθηση του νεογνού με ίκτερο μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.....                  | 73         |
| 7.2 Υπογλυκαιμία τις πρώτες ημέρες ζωής.....   | 74         |
| Αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας.....  | 76         |
| 7.3 Πολύδυμη κύηση και Μητρικός Θηλασμός.....  | 76         |
| Βοηθώντας την μητέρα να θηλάσει δίδυμα.....  | 76         |
| Θηλασμός Τριδύμων/Τετραδύμων.....  | 77         |
| 7.4 Μητρικός θηλασμός νεογνών με διαταραχές μυϊκού τόνου.....                              | 78         |
| Τεχνικές που μπορεί να βοηθήσουν τα βρέφη με διαταραχές μυϊκού τόνου να θηλάσουν.....      | 78         |
| 7.5 Θηλασμός σε βρέφη με ανατομικές παραλλαγές και διαμαρτίες στόματος.....                | 79         |
| Χειλοσοσιτία και Υπερωσοσιτία (Λαγόχειλο και Λυκόστομα).....                               | 79         |
| Χειλοσοσιτία.....  | 79         |
| Υπερωσοσιτία.....  | 79         |
| Αγκυλωγλωσσία (Κοντός χαλινός γλώσσας).....  | 81         |
| 7.6 Προωρότητα και Μητρικός Θηλασμός.....  | 82         |
| Ανατομία-Φυσιολογία γαστρεντερικού των πρόωρων νεογνών.....                                | 82         |
| Ενεργειακές ανάγκες του πρόωρου νεογνού.....   | 82         |
| Μέθοδοι σίτισης του πρόωρου νεογνού.....   | 82         |
| Στόχοι διατροφής των πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών.....                             | 82         |
| Τα πλεονεκτήματα της διατροφής με μητρικό γάλα για τα πρόωρα.....                          | 83         |
| 7.7 Αποχωρισμός - νοσηλεία στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (M.E.N.N.).....         | 84         |
| Έναρξη - Εδραίωση - Διατήρηση Γαλουχίας στην M.E.N.N. :                                    |            |
| Άντληση του μητρικού γάλακτος.....   | 84         |
| Μετάβαση στον απευθείας θηλασμό από το στήθος.....   | 85         |
| Ξηρός θηλασμός - Μη διατροφικός θηλασμός.....  | 85         |
| 7.8 Βοηθήματα Θηλασμού για τα πρόωρα βρέφη.....  | 86         |
| Σίτιση με καθετήρα με τη βοήθεια του δακτύλου.....   | 86         |
| Σίτιση με SNS (Supplementary Nutritional System).....                                      | 87         |
| Σίτιση με τη βοήθεια ασιπίδων θηλής από σιλικόνη.....                                      | 88         |
| Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στο πρόωρο μετά την έξοδο από τη M.E.N.N.....             | 89         |
| Οδηγίες σίτισης του πρόωρου βρέφους κατά την έξοδο.....                                    | 89         |
| Συμπληρώματα διατροφής πρόωρων βρεφών.....   | 90         |
| Παρακολούθηση διατροφικής κατάστασης πρόωρων βρεφών.....                                   | 90         |
| Θηλασμός των οριακά πρόωρων βρεφών.....  | 91         |
| <b>8. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ</b> .....                   | <b>93</b>  |
| 8.1 Φαρμακοδυναμική και Φαρμακοκινητική.....   | 93         |
| Γαστρεντερικός σωλήνας της μητέρας.....  | 93         |
| Είσοδος στο πλάσμα της μητέρας.....  | 93         |
| Μητρικό γάλα.....  | 94         |
| Γαστρεντερικός σωλήνας του βρέφους.....  | 94         |
| Δείκτες Εκτίμησης της Έκθεσης του Βρέφους στο φάρμακο.....                                 | 94         |
| Ταξινόμηση των φαρμάκων βάσει του κινδύνου χορήγησης.....                                  | 95         |
| 8.2 Οδηγός σκέψης για συνταγογράφηση σε μια μητέρα που θηλάζει.....                        | 96         |
| Πρακτικές οδηγίες λήψης φαρμάκου.....  | 96         |
| 8.3 Φάρμακα που συχνά συνταγογραφούνται στις γυναίκες κατά τον θηλασμό.....                | 96         |
| Αντιβιοτικά που συνταγογραφούνται συχνότερα κατά τη γαλουχία είναι:.....                   | 96         |
| Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και αναλγητικά.....  | 97         |
| Ορμονικά σκευάσματα.....   | 97         |
| Αντικαταθλιπτικά.....  | 97         |
| Υπνωτικά - Μυοχαλαρωτικά.....  | 97         |
| Τοπικά αναισθητικά.....  | 97         |
| Κρέμες για εξωτερική χρήση.....  | 97         |
| 8.4 Φάρμακα που συχνά λαμβάνουν οι γυναίκες που θηλάζουν, χωρίς ιατρική συνταγή.....       | 98         |
| Προτεινόμενες ιστοσελίδες για αναζήτηση ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων κατά την γαλουχία..... | 98         |
| 8.5 Επίδραση καπνίσματος, αλκοόλ και περιβαλλοντικών παραγόντων στον θηλασμό.....          | 98         |
| 8.6 Θηλασμός και φαρμακευτική αντισύλληψη.....   | 99         |
| Ορμονική αντισύλληψη.....  | 99         |
| Μη ορμονική αντισύλληψη.....   | 99         |
| 8.7 Παράγοντες και φάρμακα ανασταλτικά για τον θηλασμό.....                                | 99         |
| <b>9. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΩΤΟ ΧΡΟΝΟ ΖΩΗΣ</b> .....                           | <b>101</b> |
| 9.1 Οι ισχύουσες συστάσεις σχετικά με τη βρεφική διατροφή.....                             | 101        |
| 9.2 Διατροφή βρεφών στην ηλικία 0-6 μηνών.....   | 101        |
| Συμπληρωματική χορήγηση βιταμινών κατά τη γαλουχία στην μητέρα και το βρέφος.....          | 101        |
| 9.3 Σωματική ανάπτυξη των παιδιών που θηλάζουν. Καμπύλες σωματικής αύξησης.....            | 103        |
| 9.4 Θηλασμός και αλλεργία στο γάλα αγελάδος.....   | 104        |
| 9.5 Εισαγωγή στερεών τροφών.....   | 104        |
| 9.6 Θηλασμός και επιστροφή στην εργασία. Δημιουργία ατομικής τράπεζας γάλακτος.....        | 106        |
| 9.7 Αποθηλασμός.....   | 106        |
| <b>10. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ</b> .....                                     | <b>109</b> |

είναι ο δρόμος  
της φύσης



μος  
της



# Μητρικός Θηλασμός

ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ  
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ  
[www.europa.eu](http://www.europa.eu)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
[www.ygeia-pronoia.gr](http://www.ygeia-pronoia.gr)

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
"ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ"  
*Προσανατολισμός στον Άνθρωπο*

[www.epanad.gov.gr](http://www.epanad.gov.gr)



[www.espa.gr](http://www.espa.gr)

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης