

Διέγερση της παραγωγής γάλακτος

Η επίτευξη επαρκούς παραγωγής γάλακτος ξεκινά με την αύξηση του μαστικού ιστού («Αύξηση») και τη διέγερση της διαδικασίας σύνθεσης γάλακτος («Διέγερση»). Ένα σωστό ξεκίνημα θα έχει σημαντική επίπτωση στην επιτυχία της μακροπρόθεσμης παραγωγής γάλακτος.

Οι πληροφορίες που ακολουθούν αφορούν τις μητέρες κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, προτού «κατέβει το γάλα» (διέγερση).

Αύξηση

Το στάδιο αυτό είναι γνωστό ως «εκκριτική διαφοροποίηση» (Γαλακτογένεση I).

Η κύηση δεν αφορά μόνον την ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο για την προετοιμασία του στήθους για θηλασμό.



Αύξηση του στήθους μέχρι και κατά 46%

Το μέγεθος των μαστών μπορεί να αυξηθεί μέχρι και κατά 46% μέχρι τον τοκετό, σε σχέση με αρχικό μέγεθος τους πριν την κύηση. Αυτό δεν αποτελεί κανόνα για όλες τις μητέρες και σε κάποιες μπορεί να συμβεί μετά τον τοκετό¹.



Δομική αλλαγή των μαστών

Καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, σχηματίζεται ένα πολύπλοκο σύστημα διακλαδούμενων γαλακτοφόρων πόρων και κυττάρων που παράγουν γάλα (γαλακτοκύτταρα) μέσα στον μαστικό αδένα. Στο διάστημα αυτό, μπορεί να παραχθούν μικρές ποσότητες πρώιμου γάλακτος (πρωτόγαλα)^{2,3}.

Διέγερση

Το στάδιο αυτό είναι γνωστό ως «εκκριτική ενεργοποίηση» (Γαλακτογένεση II) και αναφέρεται συχνά ως «κατέβασμα γάλακτος».

Κατά τις πρώτες λίγες ημέρες μετά τον τοκετό, μεταβολές σε σημαντικές ορμόνες ενεργοποιούν τα γαλακτοκύτταρα για την έναρξη της παραγωγής άφθονου γάλακτος.



Ημέρα 1: 10–50 ml

Κατά το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό, οι μητέρες παράγουν 10-50 ml γάλακτος. Οι ποσότητες αυτές αυξάνονται στις μέρες που ακολουθούν, ενώ ταυτόχρονα το πρωτόγαλα δίνει τη θέση του στο μεταβατικό γάλα^{3,4,5}.



Ημέρα 3: “Κατέβασμα γάλακτος”

Η χρονική στιγμή που συμβαίνει η εκκριτική ενεργοποίηση διαφέρει από μητέρα σε μητέρα και κυμαίνεται μεταξύ 24-120 ώρες μετά τον τοκετό. Η καθυστερημένη εκκριτική ενεργοποίηση έχει συσχετιστεί με μειωμένη διάρκεια θηλασμού^{3,6}.

Τα στάδια αύξησης και διέγερσης της παραγωγής γάλακτος



Η αρχή είναι το ήμισυ του παντός

Αμέσως μετά τον τοκετό, τα επίπεδα ωκυτοκίνης (μιας κυρίαρχης ορμόνης για την παραγωγή γάλακτος) είναι υψηλά. Ο από νωρίς συχνός θηλασμός ή η χρήση θηλάστρου εκμεταλλεύεται αυτά τα υψηλά επίπεδα ωκυτοκίνης και διευκολύνει τη μακροπρόθεσμη παραγωγή γάλακτος σε μητέρες τόσο τελειόμηνων όσο και πρόωρων βρεφών.



Για την υποστήριξη του αποκλειστικού θηλασμού υγιών τελειόμηνων βρεφών:

Θηλασμός μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό

Η άμεση σωματική επαφή του βρέφους με τη μητέρα από νωρίς αποτελεί την καλύτερη πρακτική για την ενθάρρυνση του πρώτου θηλασμού^{7,8}. Έτσι, προωθείται μια σχέση θηλασμού μεγαλύτερης διάρκειας.

Συχνός θηλασμός

Συνιστάται θηλασμός κάθε 2 με 3 ώρες. Η συνεχής άμεση σωματική επαφή ενθαρρύνει τις μητέρες να αναγνωρίσουν τα πρώτα σημάδια διάθεσης του βρέφους τους για θηλασμό^{8,9}.

Πρόβλεψη για 3 κενώσεις την ημέρα

Τρεις ή περισσότερες κενώσεις μέσα στο 24ωρο με κίτρινα κόπρανα, από την 4η ημέρα περίπου, αποτελούν ένδειξη ότι έχει επιτευχθεί διέγερση και η παραγωγή γάλακτος εξελίσσεται κανονικά⁹.



Για την υποστήριξη διατροφής αποκλειστικά με μητρικό γάλα, όταν ο θηλασμός δεν είναι εφικτός:

Χρήση θηλάστρου μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό

Η διέγερση των μαστών με τη βοήθεια επιστημονικά τεκμηριωμένης τεχνολογίας διέγερσης^{10,11,12} μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό είναι σημαντική¹³. Έτσι υποστηρίζεται η έγκαιρη διέγερση και η μακροπρόθεσμη παραγωγή γάλακτος.

Συχνή χρήση θηλάστρου

Η χρήση θηλάστρου με τη βοήθεια τεχνολογίας διέγερσης, πολλές φορές την ημέρα, βοηθά στην επίτευξη επαρκών ποσοτήτων γάλακτος. Η χρήση θηλάστρου και στους δύο μαστούς ταυτόχρονα¹⁴ κάθε 2 με 3 ώρες είναι ωφέλιμη για τον σκοπό αυτό¹⁵.

Πρόβλεψη για 3 αντλήσεις των 20 ml την ημέρα

Η άντληση ≥ 20 ml σε καθεμία από 3 διαδοχικές χρήσεις θηλάστρου υποδηλώνει ότι έχει επέλθει διέγερση. Τότε θα έχει έρθει η στιγμή για τη χρήση ενός ειδικού προγράμματος άντλησης γάλακτος¹⁰.

Βιβλιογραφικές αναφορές

1 Cox, D.B. et al. *Exp Physiol* 84, 421–434 (1999).

2 Hassiotou, F. & Geddes, D. *Clin Anat* 26, 29–48 (2013).

3 Kulski, J.K. et al. *Aust J Exp Biol Med Sci* 59, 101–114 (1981).

4 Neville, M.C. et al. *Pediatr Clin North Am* 48, 35–52 (2001).

5 Neville, M.C. et al. *Am J Clin Nutr* 48, 1375–1386 (1988).

6 Nommsen-Rivers, L.A. et al. *Am J Clin Nutr* 92, 574–584 (2010).

7 Christensson, K. et al. *Acta Paediatr* 81, 488–493 (1992).

8 Salariya, E.M. et al. *Lancet* 2, 1141–1143 (1978).

9 Lawrence, R.A. & Lawrence, R.M. Elsevier Mosby, (2011).

10 Meier, P.P. et al. *J Perinatol* 32, 103–110 (2012).

11 Torowicz, D.L. et al. *Breastfeed Med* 10, 31–37 (2015).

12 Post, E.D. et al. *J Perinatol* 36, 47–51 (2016).

13 Parker, L.A. et al. *Breastfeed Med* 10, 84–91 (2015).

14 Prime, D.K. et al. *Breastfeed Med* 7, 442–447 (2012).

15 Hill, P.D. et al. *J Hum Lact* 17, 9–13 (2001).