

## Προσέγγιση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη

Δήμητρα Πιλτσούλη, Μαία

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οσφυαλγία αποτελεί το πιο κοινό μυοσκελετικό πρόβλημα στην εγκυμοσύνη και αφορά το 50–90% των εγκύων. Αν και οι μηχανισμοί παθογένεσης δεν είναι απόλυτα γνωστοί και σαφείς, οι κυριότερες αιτίες που έχουν εντοπιστεί είναι οι ορμονικές αλλαγές και κυρίως η αύξηση της ρελαξίνης, η αύξηση του βάρους της εγκύου, η αλλαγή της στάσης του σώματός της και η υπερογκαιμία.

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί και φαίνεται να συνδέονται θετικά με την ανάπτυξη οσφυαλγίας στην κύηση, είναι το ιστορικό οσφυαλγίας και δυσμηνόρροιας πριν την κύηση, το ιστορικό οσφυαλγίας σε προηγούμενη κύηση, η πολυτοκία και ο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων, αυτόματων ή τεχνητών, οι συνθήκες εργασίας, η φυσική κατάσταση πριν και κατά την εγκυμοσύνη, το κάπνισμα και η φυλή.

Η διάγνωση της μυελοσκελετικής οσφυαλγίας στηρίζεται κυρίως στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εξέταση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από τις μαίες και τους μαιευτές επιτυγχάνονται κυρίως με την εκπαίδευση της εγκύου και την άσκηση. Ωστόσο, αν τα συμπτώματα της εγκύου είναι πολύ έντονα ή ασυνήθιστα, πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό γιατρό για τον αποκλεισμό πιθανής σοβαρότερης ορθοπεδικής νόσου και τη λήψη κατάλληλης αγωγής.

**Λέξεις κλειδιά:** εγκυμοσύνη, οσφυαλγία, σπονδυλική στήλη, άσκηση.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο σημαντικά και κοινά προβλήματα υγείας στο δυτικό κόσμο. Οι μελέτες αναφέρουν ότι τουλάχιστον τα 2/3 των ενηλίκων θα έχουν κάποιο επεισόδιο οσφυαλγίας κάποτε στη ζωή τους,<sup>1,2</sup> ενώ αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία.<sup>3</sup>

Οσφυαλγία ονομάζεται το άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) (Phillips et al, 2003). Δεν συνιστά ασθένεια ή διαγνωστική οντότητα, αλλά αποτελεί σύμπτωμα πολλών παθήσεων.<sup>3,4</sup>

### ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Για την περίοδο της εγκυμοσύνης οι περισσότερες έρευνες των δυο τελευταίων δεκαετιών συγκλίνουν στο ότι το ποσοστό των εγκύων που αντιμετωπίζει οσφυϊκό άλγος κυμαίνεται από 50% έως 90%.<sup>5–10</sup> Το 1/3 από αυτές αναπτύσσουν τόσο σοβαρό πρόβλημα, που όχι μόνο περιορίζει την ικανότητά τους για εργασία, αλλά και τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής ή τον ύπνο τους.<sup>6</sup> Ωστόσο, αρκετές έγκυες γυναίκες θεωρούν την οσφυαλγία τόσο συνηθισμένη ενόχληση που την αγνοούν και δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας, γιατί θεωρούν το σύμπτωμα ασήμαντο ή αναπόφευκτο και αναπόσπαστο με την κύηση.<sup>9</sup> Χαρακτηριστικό είναι ότι στη έρευνα των Wang S.M. et al (2004), μόνο το 32% των εγκύων που έπασχαν ανέφεραν στους λειτουργούς υγείας την παρουσία οσφυϊκού πόνου, και μόνο στο 25% από αυτές

προσφέρθηκαν συστάσεις και συμβουλές για την αντιμετώπισή της.<sup>10</sup>

Η οσφυαλγία μπορεί να ξεκινήσει από τη 12η εβδομάδα της κύησης ή και νωρίτερα, αλλά στις περισσότερες γυναίκες εγκαθίσταται τον 5ο έως 7ο μήνα. Η διάρκειά της ποικίλει έτσι ώστε κάποιες έγκυες να έχουν μικρές περιόδους πόνου, ενώ άλλες να ταλαιπωρούνται αρκετούς μήνες ή τα συμπτώματα να επιμένουν και στην περίοδο της λοχείας. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι η χρόνια οσφυαλγία που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, έχει τη βάση της στις εγκυμοσύνες τους.<sup>5,10</sup>

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗΣ

Οι αιτίες που οδηγούν στην ανάπτυξη οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη δεν είναι απόλυτα γνωστές και σαφείς. Οι περισσότερες έρευνες συνοψίζουν την αιτιολογία του προβλήματος στις φυσιολογικές, ορμονικές, μηχανικές και αγγειακές αλλαγές της εγκύου.

Μια από τις κυριότερες αιτίες είναι η αύξηση της ρελαξίνης. Παράγεται από το ωχρό σωματίο στις πρώτες εβδομάδες της κύησης και από τον πλακούντα και τη μήτρα στο δεύτερο μισό της κύησης. Η αύξησή της στο 10πλάσιο στην έγκυο γυναίκα σε συνδυασμό με τα αυξανόμενα επίπεδα των οιστρογόνων συμβάλλουν στη χαλάρωση των συνδέσμων και των αρθρώσεων της πυέλου και της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ), πιθανώς αυξάνοντας την αναλογία του νερού στους ιστούς αυτούς. Η χαλάρωση αυτή των αρθρώσεων είναι απαραίτητη για την αυξανόμενη μήτρα και το έμβρυο, αλλά και για τη διευκόλυνση του μηχανισμού του τοκετού. Οι ορμονικές αυτές αλλαγές δικαιολογούν και την ανάπτυξη οσφυαλγίας σε μικρές εβδομάδες κύησης, πριν επιφορτι-

στεί η ΣΣ με το βάρος της μήτρας και του εμβρύου.<sup>6,8,11,12</sup>

Η αύξηση του σωματικού βάρους της μέλλουσας μητέρας αλλά και του μεγέθους της μήτρας, έχουν ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου της βαρύτητας του σώματος προς τα εμπρός. Οι μεταβολές αυτές απαιτούν την αλλαγή της στάσης του σώματος για την εξασφάλιση της ισορροπίας. Έτσι, αντανάκλαστικά αυξάνεται το οσφυϊκό κύρτωμα προς τα εμπρός και δημιουργείται λόρδωση, ακόμη και υπερλόρδωση, η οποία με τη σειρά της αντιρροπείται με έκταση του κορμού.<sup>8,9,13,14</sup>

Η υπερογκαιμία, που αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο της κύησης, έχει ως αποτέλεσμα την αγγειακή συμφόρηση και των σπονδυλικών φλεβών και δικαιολογεί την αύξηση της έντασης του πόνου κυρίως κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η διόγκωση των φλεβών έχει ως αποτέλεσμα οίδημα και στάση στην περιοχή, αυξάνοντας έτσι την πίεση στα σπονδυλικά σώματα, αλλά και στις νευρικές ρίζες της ΟΜΣΣ προκαλώντας τοπικό άλγος.<sup>6,8</sup>

### ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η οσφυαλγία στην εγκυμοσύνη συνδέεται θετικά με ιστορικό οσφυαλγίας<sup>6,9,10,12</sup> και δυσμηνόρροιας πριν την κύηση,<sup>10</sup> καθώς και ιστορικό οσφυαλγίας σε προηγούμενη κύηση.<sup>5,10</sup> Η πολυτοκία<sup>5,6,9</sup> και ο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων, αυτόματων ή τεχνητών, ενοχοποιούνται και εξηγούνται με το γεγονός ότι ο οργανισμός υπόκειται σε επαναλαμβανόμενες ορμονικές αλλαγές, αλλά και αλλαγές της στάσης του σώματος, οι οποίες εξασθενούν τους μύες της ράχης και τους κοιλιακούς μύες. Ωστόσο, δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση με τον προηγούμενο ακριβή αριθμό κυήσεων.<sup>6</sup>

Οι συνθήκες εργασίας καθορίζουν ση-

μαντικά την ποιότητα ζωής της εγκύου. Έτσι, θετική σχέση υπάρχει μεταξύ της οσφυαλγίας και της μονότονης κουραστικής εργασίας, που δεν επιτρέπει στην έγκυο να κάνει συχνά διαλείμματα.<sup>6,9</sup> Οι έγκυες, που δεν εργάζονται και ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, έχουν τα ίδια ποσοστά οσφυαλγίας με τις εργαζόμενες.<sup>12</sup> Η καλή φυσική κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη, αλλά και η σωστή εκπαίδευση και άσκηση των εγκύων φαίνεται να μειώνουν τις πιθανότητες για την ανάπτυξη οσφυαλγίας.<sup>9</sup> Επίσης, γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τείνουν να έχουν διπλάσια ποσοστά οσφυαλγίας σε σχέση με τις μη καπνίστριες.<sup>7,11</sup>

Η φυλή είναι ένας παράγοντας που μελετάται καθώς φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε κάποιους πληθυσμούς. Για παράδειγμα, οι Ισπανίδες φαίνεται να έχουν μικρότερα ποσοστά εγκύων με οσφυαλγία, ενώ οι Καυκάσιες υψηλότερα ποσοστά.<sup>6</sup>

Αντικρουόμενα αποτελέσματα υπάρχουν για την ηλικία, το σωματικό βάρος, το ύψος της εγκύου και το εμβρυϊκό βάρος,<sup>5,6,7,9,10,12</sup> ενώ δεν έχει αποδειχτεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη της οσφυαλγίας η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων,<sup>10,15</sup> η ορμονοθεραπεία πριν την κύηση, το ιστορικό υπογονιμότητας, η προηγούμενη επισκληρίδιος αναισθησία και η κατανάλωση καφεΐνης.<sup>10</sup>

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στις εγκύους η διάγνωση της οσφυαλγίας στηρίζεται κυρίως στη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση, η οποία περιλαμβάνει την παρατήρηση των κλινικών συμπτωμάτων, την επισκόπηση και ψηλάφηση της ΣΣ και την καταγραφή του εύρους των κινήσεών της.<sup>8,16</sup> Τα κλινικά σημεία εί-

ναι οσφυϊκός ή και πνευλικός πόνος, που χειροτερεύει με τη δραστηριότητα, πόνος αντανακλώμενος στον έναν ή και στους δυο γλουτούς και ισχιαλγία.

Η διαφορική διάγνωση της οσφυαλγίας στην κύηση περιλαμβάνει τον αποκλεισμό μαιευτικών επιπλοκών που έχουν ως σύμπτωμα άλγος στην οσφύ, όπως αυτόματη έκτρωση, πρόωρες συσπάσεις της μήτρας και επαπειλούμενος πρόωρος τοκετός, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. κυστίτιδα, πνευλονεφρίτιδα).<sup>6,8</sup>

Εάν τα συμπτώματα είναι πάρα πολύ έντονα ή ασυνήθιστα και κυρίως εάν υπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα, π.χ. αιμωδίες ή πάρεση κάτω άκρων, θα πρέπει η έγκυος να παραπέμπεται από τη/το μαιευτήρα ή τη/το μαία/μαιευτή σε φυσίατρο, ορθοπεδικό γιατρό ή νευροχειρουργό.<sup>8</sup>

Καταστάσεις που θα πρέπει να διαχωριστούν από μια απλή μυοσκελετική οσφυαλγία είναι εξαιρετικά σπάνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις (σπονδυλίτιδα, δισκίτιδα), ρευματική νόσος, μεταβολικές νόσοι των οστών (οστεοπόρωση, οστεομαλακία) ή ακόμη και νεοπλασμάτα. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η οσφυαλγία αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο.<sup>6,8</sup>

Ο ακτινολογικός έλεγχος απαγορεύεται αυστηρά. Η εξέταση επιλογής είναι η μαγνητική τομογραφία, που μέχρι σήμερα δεν έχει αποδεδειγμένη βιολογική επίδραση στο έμβρυο.<sup>12</sup>

## ΠΡΟΛΗΨΗ

Εξαιτίας των μηχανισμών παθογένεσης της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη, η πρόληψή της δεν είναι πάντα εφικτή. Ωστόσο, συμβουλές εργονομίας για την προστασία της σπονδυλικής στήλης είναι απαραίτητο να δίνονται από τους μαιευτήρες και τις/τους μαίες/μαιευτές σε κάθε έγκυο στην αρχή της κύησης, όπως παρακάτω:

- Να διατηρεί σωστή στάση στο σώμα

της για να παρεμποδίζονται άσκοπες μηχανικές πιέσεις στη ΣΣ (βλέπε εικόνα).

- Να κάνει διαλείμματα από την πολύωρη όρθια ή καθιστή θέση και επίσης πολύ βάδισμα. Το περπάτημα είναι προτιμότερο από την ορθοστασία.

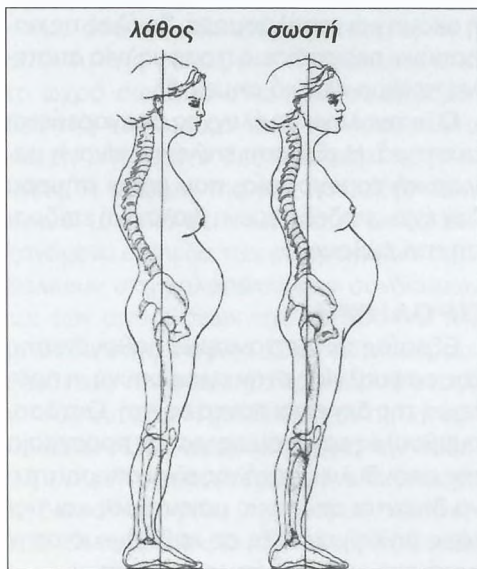
- Να κάνει μεσημεριανή ανάπαυση για ξεκούραση των μυών.

- Να ξαπλώνει στο κρεβάτι προσέχοντας η σπονδυλική στήλη της να βρίσκεται σε ευθεία γραμμή.

- Όταν κάθεται να χρησιμοποιεί μικρά μαξιλάρια για την υποστήριξη της ΟΜΣΣ και της ράχης.

- Να χρησιμοποιεί σωστό τρόπο ανύψωσης κάποιου βάρους. Η έγκυος πρέπει να έρχεται σε ευθεία γραμμή μπροστά από το αντικείμενο και να λυγίζει τα γόνατά της και όχι τη μέση της. Αν πρόκειται για πολύ βαρύ αντικείμενο, τότε πρέπει να το μοιράζεται με άλλο άτομο.

- Να κάνει δίαιτα πλούσια σε βιταμίνη D, ασβέστιο και φώσφορο και επίσης να διακόπτει το κάπνισμα.



Λάθος και σωστή στάση σώματος εγκύου.

- Να ενθαρρύνεται για την άσκηση ή για την ένταξη σ' ένα οργανωμένο πρόγραμμα μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής, όπου θα διδάσκονται μέτριας έντασης ασκήσεις αεροβικής και ειδικές ασκήσεις ενδυνάμωσης των κοιλιακών και ραχιαίων μυών και ευλυγισίας της ΣΣ.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η άσκηση, η άσκηση στο νερό, η χρήση υποστηρικτικών μέσων, η τοποθέτηση ψυχρών ή θερμών επιθεμάτων στην οσφυ και οι μαλάξεις στην ΟΜΣΣ από δεύτερο άτομο, αποτελούν τους κύριους τρόπους ανακούφισης από την οσφυαλγία στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.<sup>6,8,9,11,12,17-19</sup>

Στην έρευνα των Garshasbi et al (2005), 107 έγκυες γυναίκες πήραν μέρος σ' ένα πρόγραμμα άσκησης τρεις φορές την εβδομάδα για το δεύτερο μισό της κύησης. Η άσκηση μείωσε σημαντικά την ένταση του πόνου και αύξησε την ευλυγισία της ΣΣ.<sup>17</sup> Αντίστοιχα, έρευνα των Kihlstrand et al (1999) στη Σουηδία κατέδειξε ότι η γυμναστική στο νερό στο δεύτερο μισό της κύησης μείωσε σημαντικά την ένταση του πόνου στις εγκύους και μειώθηκε ο αριθμός των γυναικών που πήρε αναρρωτική άδεια για το πρόβλημα της οσφυαλγίας, ενώ δεν υπήρχε καμιά αύξηση του κινδύνου για κολπικές και ουροποιητικές λοιμώξεις.<sup>18</sup>

Η φυσιοθεραπεία στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει κυρίως ειδικές ασκήσεις και είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις διαστρεμμάτων των πυελικών αρθρώσεων, πυελικού πόνου, λόρδωσης και σπονδυλολίσθησης.<sup>6</sup>

Ο βελονισμός έχει αποδειχτεί μια απόλυτα ασφαλής εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος, που προσφέρει μεγάλη ανακούφιση από τα συμπτώματα και σημαντική βελτίωση των δραστη-

ριοτήτων των εγκύων γυναικών.<sup>20</sup>

Τα υποστηρικτικά μέσα που προτείνονται από τους ειδικούς είναι το μαξιλαράκι “Ozzlo” και η τροχαντήριος ζώνη. Το μαξιλαράκι “Ozzlo” είναι ένα σφηνοειδές τριγωνικό μαξιλαράκι, που υποστηρίζει την κοιλιά της εγκύου όταν ξαπλώνει σε πλάγια θέση. Βρέθηκε ότι μειώνει τον πόνο και βοηθά τον ύπνο. Η τροχαντήριος ζώνη είναι μια ζώνη πυέλου, που υποστηρίζει τις κατώτερες μοίρες της ΣΣ.<sup>6</sup>

Τα φάρμακα, που έχουν μελετηθεί για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη, είναι η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη, η κωδεΐνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Καθένα απ’ αυτά μπορεί να χορηγείται μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο από τους ειδικούς, σε μικρές δόσεις και για μικρό χρονικό διάστημα εξαιτίας των προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσουν στο έμβρυο ή στην εξέλιξη της κύησης.<sup>6,21</sup>

Τέλος, χειρουργική επέμβαση στην εγκυμοσύνη μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο σε βαριές περιπτώσεις κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου, αλλά ακόμη και σ’ αυτή την περίπτωση προτείνεται η επιμονή στη συντηρητική θεραπεία και την αναβολή της επέμβασης για μετά τον τοκετό. Οι LaBan et al συνιστούν σ’ αυτές τις εγκύους να εφαρμόζεται καισαρική τομή, ώστε να μην προκληθεί περαιτέρω πίεση στις νευρικές ρίζες κατά τη διάρκεια του τοκετού.<sup>12</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη και καταπονούν τις εγκύους. Συνεπώς, κάθε μαία-μαιευτής θα πρέπει να γνωρίζει τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης ώστε να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τις εγκύους και να συμβάλει στην καλή και ασφαλή πορεία της κύησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Phillips et al (2003):** Chronic low back pain management in primary care. *Nurse Pract*, Aug. 28(8):26-31.
2. **Wong Y.E. et al (2001):** Acute low back pain. *Prim Care Update Ob/Gyn*, 5(8):171-174.
3. **Συμεωνίδης Π. (1997):** Ορθοπεδική, κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. University Studio Press, Θεσ/νίκη.
4. **Ehrlich E.G. (2003):** Low back pain. *Bull World Health Organ* 81(9):671-676.
5. **Lindal et al (2000):** Low back pain, smoking and employment during pregnancy and after delivery-a 3-month follow up study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 20(3): 263-266.
6. **McEvilly E.T., Buggy (1996):** Back pain and pregnancy: a review. *Pain*, 64:405-414.
7. **Morgen et al (2005):** Low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Spine*, 30(8): 983-991.
8. **Kelly-Jones A., McDonald G. (1997):** Assessing musculoskeletal back pain during pregnancy. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 4(5):205-210.
9. **Perkins et al (1998):** Identification and management of pregnancy-related low back pain. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(5):331-340.
10. **Wang et al (2004):** Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors and outcomes. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104 (1):65-69.
11. **Mendelow M.J., Blasler R.B. (1999):** Spine and joint disorders in pregnancy in: James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B., *High Risk Pregnancy (2nd ed.)*, Saunders edition.
12. **Ritchie J.R. (2003):** Orthopedic considerations during pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 46(2):456-466.
13. **Καλογερόπουλος Α. (1992):** Παρακολούθηση της εγκύου, προγεννητικός έλεγχος του εμβρύου και αγωγή κατά την εγκυμοσύνη, στο Καλογερόπουλος: Μαιευτική, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
14. **Καλογερόπουλος Α. (1996):** Χρόνιος πυελικός πόνος και οσφυαλγία στη Γυναικολογία, στο Καλογερόπουλος: Γυναικολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

15. **Bjorklund et al (2000)**: Combined oral contraceptives do not increase the risk of back and pelvic pain during pregnancy or after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79:979-983.
16. **Borg-Stein J. (2005)**: Musculoskeletal aspects of pregnancy. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 84:180-192.
17. **Garshasbi A. (2005)**: The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88:271-275.
18. **Kihlstrand et al (1999)**: Water-Gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 180-185.
19. **Τηλιακός Σ. (1987)**: Η μάλαξη στην οσφυαλγία, στο: Οσφυαλγία, σύγχρονες αντιλήψεις για την αντιμετώπισή της, Εισηγήσεις από το Ετήσιο Συμπόσιο ΕΕΕΦ, Εκδ. "Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Φυσιοθεραπείας", Αθήνα.
20. **Wedenberg et al (2000)**: A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79:331-335.
21. **Gilstrap L.C., Bertis B. (1999)**: Analgesics during pregnancy in: Gilstrap L.C., Bertis B., *Drugs and Pregnancy* (2nd edition), Arnold editions, New York.

## Βράβευση κ. Χρήστου Θ. Οικονομόπουλου για το "Μουσείο της Μητέρας"



Από αριστερά: ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Γεωργούντζος, η τέως Λυκειάρχης Αρσακείου κ. Γεώργιαντζου-Νικητοπούλου, η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Μάλφα, η Διευθύνουσα του Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ" κ. Κωνσταντινίδου και ο βραβευθείς κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλος.

ενός τέτοιου χώρου, που θα μπορεί να στεγάσει τόσα εκθέματα με λαογραφικό χαρακτήρα, θα ήταν εξαιρετική πρωτοπορία για τη χώρα μας. Το υλικό είναι έτοιμο, ο χώρος λείπει. Για τον κ. Οικονομόπουλο μίλησε ο κ. Γεώργιος Χρούσος, Τακτικός Καθηγ. Παιδιατρικής στο "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", η κ. Αικατερίνη Πολυμέρου-Καμηλάκη, Δ/ντρια του Κέντρου Ερεύνης της Λαογραφίας της Ακαδημίας Αθηνών και η κ. Ελευθερία Γιακουμάκη, Δ/ντρια του Κέντρου Ερεύνης του Ιστορικού Λεξικού της Ακαδημίας Αθηνών. Την εκδήλωση έκλεισε ο κ. Γ. Χρούσος λέγοντας για τον βραβευθέντα: «*Ευχόμαστε να γίνει το "Μουσείο της Μητρότητας" επί των ημερών του και να το δομήσει και να το εγκαινιάσει ο ίδιος*».

Την Κυριακή, 14 Μαΐου 2006 και με αφορμή τον εορτασμό της "Παγκόσμιας Ημέρας της Μητέρας" ο Ροταριανός Όμιλος Αθηνών βράβευσε στο ξενοδοχείο "ROYAL OLYMPIC" το γνωστό σε όλους μας Παιδοχειρουργό κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλο. Ο λόγος της βράβευσης ήταν η σπάνια συλλογή του από 12.000 εκθέματα (160.000 με τα ομοειδή), που σχετίζονται με τη μητρότητα. Εκθέματα που έχει συλλέξει με ιδιαίτερη ευαισθησία και αγάπη, εκθέματα που καλύπτουν την ιστορία της μητρότητας στη χώρα μας από την εποχή της Τουρκοκρατίας μέχρι τις ημέρες μας.

Σ' ολόκληρο τον κόσμο δεν υπάρχει ανάλογο Μουσείο και η δημιουργία