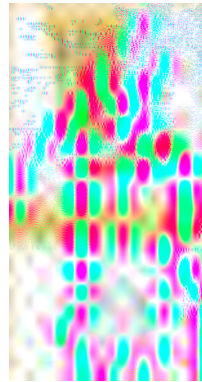


ΕΛΕΥΘΕΡΟ

Ιανουάριος
Φεβρουάριος
Μάρτιος
2003

ΠΑΡΟΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ





μ ...

μ ...

μ

Respisense Buzz

^{BUZZ}
respisense
 μ

MINI


Οι προσκεκλημένοι μας παρακολουθούν τα τεκταινόμενα. Μεταξύ αυτών η βουλευτής κ. Συλβάνα Ράπτη, η δημοσιογράφος και πρώην βουλευτής κ. Σοφία Βούλτεψη, ο καθηγητής κ. Νίκος Παπανικολάου κ.ά.



Η Ταμίας του Διοικητικού Συμβουλίου κ. Γιούλα Αναγνώστου και ο Αντιπρόεδρος κ. Κωνσταντίνος Κακαβάς βοηθούν την Πρόεδρο κ. Καλλιόπη Μάλφα στο κόψιμο και μοίρασμα της πίτας. Οι παραλήπτες είναι πολλοί: τα Μέλη του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α., οι προσκεκλημένοι που τίμησαν το Σύλλογό μας με την παρουσία τους και οι Μαιές-Μαιευτές του Επιστημονικού Συλλόγου της Αθήνας.




Τα κομμάτια της πίτας μοιράστηκαν στα τραπέζια. Σειρά έχει το ψάξιμο για το χρυσό φλουρί. Ευχές στον τυχερό που θα το βρει!



ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Η Πρόεδρος και τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου Επιστημάτων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών (Ν.Π.Δ.Δ.) σας προσκαλούν στην κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας, που θα πραγματοποιηθεί την Κυριακή, 27 Ιανουαρίου 2008, ώρα 7,30 μ.μ. στο ξενοδοχείο "KING GEORGE PALACE".

Η παρουσία σας θα είναι τιμητική για εμάς.



Η πρόσκλησή μας για την κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας μας.

ΕΛΕΥΘΕΡΑ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διευθύνεται από το Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών με τη συνεργασία των λοιπών Σ.Ε.Μ.

Β΄ Περίοδος - Τόμος 13ος, Τεύχος 1ο, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2008



ΙΟΡΓ. ΚΟΝΤΟΣ ΠΟ. Ε.Μ.

οδού Α. Π. Δούρου 1, 11526 Αθήνα

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Ε.Μ. ΔΕΛΦΩΝ Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ

Τηλ: 210 799 3066

Ε.Μ. ΠΕΛΑΓΟΥΣΑΣ Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ

Τηλ: 210 799 3066

Ε.Μ. ΤΕΛΛΟΝΗΣ Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ

Τηλ: 210 799 3066

Ε.Μ. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ

Τηλ: 210 799 3066

Ε.Μ. ΚΟΝΤΟΣ ΠΟ. Ε.Μ.

Μέλη: ΜΠΡΩΝΗ Μ. Η. ΡΕ.

Α. ΠΑΠΑΔΑΚΗ Ε. ΡΕ. ΜΠΡΩΝΗ Σ.

Α. ΜΑΥΡΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ ΚΩ.

ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ Τ.Α. ΑΡΜΑΝΗ

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719

Τηλ: 210 7717717, 210 7717718, 210 7717719



ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος - Τόμος 13ος, Τεύχος 1ο
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α.	10
Επιλόχεια κατάθλιψη – Ο ρόλος της άσκησης <i>Δέσποινα Βασδέκη</i>	11
28ο Συνέδριο Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών	17
Η διατροφή κατά την εγκυμοσύνη <i>Αγγελική Αντωνάκου</i>	18
Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού <i>Μαρία Τζομπανάκη, Μαρία Ηλιάδου</i>	25
Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ. Λάρισας	31
2ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού	32
Γνωστοποίηση	34
Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	35
7ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας	35
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων	36
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	37
Πυελικό έδαφος και περίνεο στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (1ο Σεμινάριο) <i>Περμανθία Παναγή</i>	39

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 13, Number 1
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2008

CONTENTS

Annual General Meeting of S.E.M.A.	10
Postpartum depression – The role of exercise <i>Despoina Vasdeki</i>	11
28th Congress of I.C.M.	17
Nutrition during pregnancy <i>Angeliki Antonakou</i>	18
Risk factors associated with breast cancer <i>Maria Tzompanaki, Maria Iliadou</i>	25
Elections in Midwives Association of Larisa	31
2nd Seminar of Breastfeeding	32
Notification	34
Elections in Midwives Association of Nafplio	35
7th Seminar of Kardiotokography	35
Announcement of Midwives Association of Ioannina	36
Directives for Writers	37
Pelvic floor and perineum in pregnancy, labour and postnatal period (1st Seminar) <i>Permanthia Panani</i>	39

ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α.

Στις 27 Ιανουαρίου 2008, ημέρα Κυριακή, πραγματοποιήθηκε στο Ξενοδοχείο "King George Palace", στο Σύνταγμα, η Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθήνας.

Σ' ένα χώρο που η πολυτέλεια και η κομψότητα κυριαρχούσαν, Μαίες και Μαιευτές συναντήθηκαν (αρκετοί παραβρέθηκαν για πρώτη φορά) και σε συναδελφικό κλίμα, με απαρτία και σαφώς μεγάλη συμμετοχή άρχισε η τυπική διαδικασία, η οποία κύλησε ομαλά.

Ακολουθώντας την Ημερήσια Διάταξη η Συνέλευση άρχισε με την εκλογή ψηφοελεγκτριών για το 2008, την ανάγνωση των πεπραγμένων του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. για το 2007, τον οικονομικό απολογισμό του 2007 και τον οικονομικό προϋπολογισμό του 2008. Επίσης, η Γενική Γραμματέας του Δ.Σ. κ. Περμανθία Παναγή ενημέρωσε τους παρευρισκόμενους για τους σεμιναριακούς κύκλους που ολοκληρώθηκαν το 2007 (και δεν ήταν λίγοι) και για τον προγραμματισμό του νέου κύκλου σεμιναρίων στο πλαίσιο της δια βίου συνεχιζόμενης εκπαίδευσης Μαιών-Μαιευτών.

Η διαδικασία τελείωσε με τις ανακοινώσεις της Προέδρου του Δ.Σ. κ. Καλλιόπης Μάλφα σχετικά με την έναρξη συνεργασίας του Σ.Ε.Μ.Α. με το δικηγορικό γραφείο του καθηγητή κ. Αλέξη Μητρόπουλου, ως Νομικού πλέον Συμβούλου του Συλλόγου. Επίσης, η Ταμίας κ. Γιούλα Αναγνώστου ενημέρωσε τη Συνέλευση για το κόστος συμμετοχής (παρακολούθηση, αεροπορικά εισιτήρια, διαμονή) της ελληνικής μαιευτικής κοινότητας στο Διεθνές Συνέδριο Μαιών στη Γλασκώβη, που θα πραγματοποιηθεί από 1-5 Ιουνίου 2008.

Στη Συνέλευση παραβρέθηκαν και προσκεκλημένοι, όπως η βουλευτής του ΠΑ.ΣΟ.Κ. κ. Σουλβάνα Ράπτη, η δημοσιογράφος και πρώην βουλευτής της Ν.Δ. κ. Σοφία Βούλτεψη, ο ομότιμος καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας και "δικός" μας δάσκαλος κ. Νικόλαος Παπανικολάου, η Πρόεδρος του Συνδέσμου Ελλήνων Επιστημόνων κ. Εύη Μπάτρα, ο καθηγητής Εργατικού Δικαίου κ. Αλέξης Μητρόπουλος με τους συνεργάτες του κ. Γεώργιο Αντωνακόπουλο και κ. Δημήτριο Καλαμίδα, οι οποίοι χαιρέτησαν θερμά τις Μαίες και τους Μαιευτές της Αθήνας.

Μετά το τέλος της διαδικασίας της Ημερήσιας Διάταξης έγινε ενημέρωση για την πιθανότητα ίδρυσης του 3ου Τμήματος Μαιευτικής στην Κοζάνη. Η Συνέλευση ψήφισε αρνητικά στο σχέδιο αυτό.

Στη συνέχεια, μετά από απαίτηση πολλών συναδέλφων έγινε ενημέρωση από τη Μαία κ. Ρεβέκκα Τραγάα σχετικά με το πρόγραμμα "Douglas", που χρηματοδοτήθηκε από πρόγραμμα του Υπουργείου Απασχόλησης και εκπορεύθηκε από το Σύλλογο "ΕΥΤΟΚΙΑ". Οι τόνοι ανέβηκαν ψηλά και έγινε έντονη και μεγάλη συζήτηση για το θέμα αυτό αφού τέθηκαν ερωτήσεις από μέλη της Συνέλευσης.

Ακολούθησε το κόψιμο της πρωτοχρονιάτικης πίτας του Σ.Ε.Μ.Α., η ανταλλαγή ευχών και η αναζήτηση των τυχερών νομισμάτων στα οποία αντιστοιχούσαν αξιόλογα δώρα. Κατά γενική ομολογία η οργάνωση και η Γενική Συνέλευση υπήρξαν απόλυτα επιτυχείς. ΟΜΩΣ... τίθενται ερωτήματα, όπως:

1. Αρκεί να δίνω το παρόν στο θεσμικό μου όργανο μόνο μια φορά το χρόνο;
2. Ανεξάρτητα του αν συμμετέχω ή όχι στις διοργανώσεις (Ημερίδες, Συνέδρια, Σεμινάρια), θα πρέπει πάντα να ασκώ αρνητική κριτική;
3. Πότε στάθηκα με δύναμη δίπλα στο εκάστοτε Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.;
4. Αναρωτήθηκα, άραγε, πώς μπορώ να συμμετέχω ενεργά;

Συνάδελφοι και Συναδέλφισσες, αν απαντήσουμε σ' όλα αυτά θα ανακαλύψουμε ότι Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών είμαστε ΟΛΟΙ ΜΑΣ. Με δυναμισμό και συσπείρωση ας προσπαθήσουμε να επαναπροσδιορίσουμε το επάγγελμά μας και να ανακτήσουμε τις νομικά κατοχυρωμένες επαγγελματικές μας δραστηριότητες. Πιστεύω ότι μπορώ να είμαι Μαία ή Μαιευτής έστω και αργοπορημένα!!!

Ευχές για μια καλή και δημιουργική χρονιά.

ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΓΗ

Μαία Γενικού Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ"
Γενική Γραμματέας Δ.Σ. Σ.Ε.Μ.Α.

Επιλόχεια κατάθλιψη – Ο ρόλος της άσκησης

Δέσποινα Βασδέκη*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λοχεία είναι η χρονική περίοδος από το τέλος της υστεροτοκίας μέχρι την επάνοδο των γεννητικών οργάνων και γενικά όλου του σώματος στη φυσιολογική κατάσταση που βρισκόταν πριν από την εγκυμοσύνη. Πέρα, όμως, από τις φυσικές μεταβολές η λεχβίδα εμφανίζει και συναισθηματικές εναλλαγές, οι οποίες είναι πιο έντονες τον πρώτο καιρό μετά τον τοκετό αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Μια εναλλακτική μορφή πρόληψης και θεραπείας της μη ψυχογενούς επιλόχειας κατάθλιψης είναι και η φυσική δραστηριότητα. Η άσκηση βοηθά τη λεχβίδα να διαχειριστεί καλύτερα τις μεταβολές της ψυχικής της διάθεσης και να μειώσει το άγχος, περιορίζοντας παράλληλα και την πιθανότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Λέξεις κλειδιά: λοχεία, επιλόχεια κατάθλιψη, άσκηση, εναλλακτική μορφή θεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περίοδος της λοχείας είναι το χρονικό διάστημα που απαιτείται για να επανέλθει ο οργανισμός της λεχβίδας στη φυσική του κατάσταση, όπως ήταν δηλαδή πριν την εγκυμοσύνη. Ξεκινάει με την έξοδο του πλακούντα από τη μήτρα, ενώ η διάρκειά της κυμαίνεται από 6 έως 8 εβδομάδες περίπου. Πέρα, όμως, από τις φυσιολογικές μεταβολές των διαφόρων οργανικών συστημάτων, σημαντικές μεταβολές παρατηρούνται και στην ψυχολογία της μητέρας. Χαρακτηρίζεται από ποικίλες συναισθηματικές εναλλαγές κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό, παρουσιάζοντας παράλληλα αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ίσως η πλέον κοινή ψυχιατρική διαταραχή σε παγκόσμια κλίμακα (Forty et al., 2006, Dennis, 2005, Armstrong & Small, 2007), η οποία χαρακτηρίζεται από ποικιλία καταθλιπτικών επεισοδίων που συμβαίνουν μέσα στους επόμενους μήνες από τον τοκετό (Forty et al., 2005). Σύμφωνα με το "Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών" (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται ως το σύνολο των καταθλιπτικών επεισοδίων, που συμβαίνουν μέσα στις τέσσερις εβδομάδες

* Μαία Γ.Ν.Ν.-Κ.Υ. Φιλιππιάδων Νομού Θεσπρωτίας.

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

The history of the United States is a complex and multifaceted story that spans centuries. It begins with the early Native American civilizations, such as the Mayans, Aztecs, and Incas, who established sophisticated societies in the Americas. The arrival of European explorers in the late 15th century marked the beginning of a new era, as they sought to establish trade routes and colonies. The United States was founded in 1776, and its early years were characterized by a struggle for independence from British rule. The American Revolution (1775-1783) was a pivotal moment in the nation's history, leading to the signing of the Declaration of Independence and the establishment of the United States as a sovereign nation.

The 19th century was a period of rapid expansion and growth for the United States. The westward movement of settlers, known as Manifest Destiny, led to the acquisition of vast territories, including the Louisiana Purchase and the Mexican-American War. The Civil War (1861-1865) was a defining moment in the nation's history, as it resolved the issue of slavery and preserved the Union. The Reconstruction era (1865-1877) followed, as the nation sought to rebuild and integrate the newly freed African American population. The 20th century was marked by significant social and political changes, including the rise of the Progressive Movement, the Great Depression, and the New Deal. The United States emerged as a global superpower after World War II, and its influence continues to shape the world today.

THE HISTORY OF THE UNITED STATES

The history of the United States is a complex and multifaceted story that spans centuries. It begins with the early Native American civilizations, such as the Mayans, Aztecs, and Incas, who established sophisticated societies in the Americas. The arrival of European explorers in the late 15th century marked the beginning of a new era, as they sought to establish trade routes and colonies. The United States was founded in 1776, and its early years were characterized by a struggle for independence from British rule. The American Revolution (1775-1783) was a pivotal moment in the nation's history, leading to the signing of the Declaration of Independence and the establishment of the United States as a sovereign nation.

The 19th century was a period of rapid expansion and growth for the United States. The westward movement of settlers, known as Manifest Destiny, led to the acquisition of vast territories, including the Louisiana Purchase and the Mexican-American War. The Civil War (1861-1865) was a defining moment in the nation's history, as it resolved the issue of slavery and preserved the Union. The Reconstruction era (1865-1877) followed, as the nation sought to rebuild and integrate the newly freed African American population. The 20th century was marked by significant social and political changes, including the rise of the Progressive Movement, the Great Depression, and the New Deal. The United States emerged as a global superpower after World War II, and its influence continues to shape the world today.

επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς λεχώνες με BMI > 27 εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με λεχώνες με BMI < 27. Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη παρατηρείται όταν η μητέρα δεν έχει την αναμενόμενη στήριξη από το κοινωνικό και οικογενειακό της περιβάλλον και όταν οι σχέσεις με το σύντροφο δεν είναι καλές (Cooper & Murrey, 1998, Beck, 2001, Dennis, 2005, Μωραΐτου, 2004).

Η ανύπανδρη μητέρα που δεν έχει τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού της κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, αλλά ούτε και την υποστήριξη των οικείων της, είναι πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη. Αν η οικογένειά της συμπαρασταθεί, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει (Μελισσά-Χαλικοπούλου, 1996, Μωραΐτου, 2004).

Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι η μελαγχολία της λοχείας (Cooper & Murrey, 1998, Beck, 2001, Μωραΐτου, 2004), η ηλικία (πιο συχνή στις έφηβες) (Μωραΐτου, 2004), το άγχος της καθημερινότητας (ανεργία, ανασφάλεια) (Pivarnik et al., Cooper & Murrey, 1998, Beck, 2001, Μωραΐτου, 2004), τα αρνητικά γεγονότα της ζωής (Pivarnik et al., Beck, 2001, Μωραΐτου, 2004) και η απρογραμμάτιστη κύηση (Beck, 2001, Μωραΐτου, 2004).

Επιπτώσεις

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο επιφέρουν δυσάρεστες συνέπειες, όχι μόνο για τη λεχώιδα αλλά και για το νεογνό.

α) Επιπτώσεις στη λεχώιδα. Τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης ξεκινούν 2-3 εβδομάδες έως και μερικούς μήνες μετά τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσουν μέχρι ένα χρόνο (Daley & MacArthur, 2007, Beck, 2001) ή καμιά φορά και περισσότερο (Daley & MacArthur, 2007). Η διάρκειά της εξαρτάται από το χρόνο καθυστερημένης εφαρμογής της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης (Beck, 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί συνήθως οι καταθλιπτικές μητέρες αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς (Daley & MacArthur, 2007, Lumley et al., 2004, Beck, 2001, Armstrong & Small, 2007), ενώ περίπου οι μισές δεν ζητούν βοήθεια από το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον (Lumley et al., 2004).

Τα αρχικά συμπτώματα μοιάζουν μ' αυτά της μελαγχολίας της λοχείας. Η μητέρα νιώθει κούραση, εκνευρισμό, ανεπάρκεια να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις της απέναντι στο παιδί της και ξεσπά εύκολα σε κλάματα (Daley & MacArthur, 2007, Μωραΐτου, 2004). Νιώθει ότι την παραμελούν και δεν την

αγαπούν. Παρουσιάζει διαταραχές συγκέντρωσης και αδιαφορεί για τον εαυτό της και το σύντροφό της. Αποφεύγει να έχει συχνές επαφές με το νεογέννητο παιδί της, παραμένει αδιάφορη για τις ανάγκες του και ορισμένες φορές μπορεί να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει. Ποσοστό 30% των λεχωίδων παρουσιάζουν κεφαλαλγία, ιδιαίτερα αυτές που έχουν ιστορικό ημικρανιών. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας δεν ξεπερνά το 5%. Ο κίνδυνος αυτοκτονιών είναι μεγαλύτερος στις έφηβες και στις έγκυες που γέννησαν νεκρό έμβρυο (Μωραΐτου, 2004). Μάλιστα, στην πιο πρόσφατη "Εμπιστευτική Έρευνα για τους Μητρικούς Θανάτους" στην Αγγλία (UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths, 2000-2002), η αυτοκτονία χαρακτηρίστηκε ως μια από τις πρωταρχικές αιτίες μητρικού θανάτου και οι ψυχιατρικές διαταραχές συμβάλλουν στο 12% των μητρικών θανάτων (Daley & MacArthur, 2007).

β) Επιπτώσεις στο νεογνό. Είναι πλέον αποδεκτό πως η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στη μητέρα έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην ανάπτυξη του παιδιού (Murrey & Cooper, 1997) και αφορά προβλήματα στο γνωστικό και συναισθηματικό τομέα (συμπεριλαμβανομένων και προβλημάτων συμπεριφοράς) (Cooper & Murrey, 1997, Murrey & Cooper, 1998, Μωραΐτου, 2004). Ο Rutter (1989) υποστήριξε πως υπάρχουν πιθανές αιτίες, που ίσως να εξηγούν τις επιπτώσεις αυτές, οι οποίες είναι:

- Η ύπαρξη άμεσης αρνητικής επίδρασης από την έκθεση του παιδιού σε ένα περιβάλλον όπου η μητέρα εμφανίζει κατάθλιψη.

- Η ύπαρξη έμμεσης επίδρασης μέσω της απορύθμισης των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ μητέρας και παιδιού.

- Η ύπαρξη κάποιου τρίτου παράγοντα. Όπως παρατήρησαν στην έρευνά τους οι Cooper & Murrey (1997), η μητρική κατάθλιψη στη λοχεία μπορεί να είναι αποτέλεσμα κοινωνικών ή προσωπικών παραγόντων. Συνεπώς, μπορεί να είναι πιθανή η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης και της ανεπαρκούς ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του παιδιού ως αποτέλεσμα άλλων παραγόντων, όπως η επιβαρημένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας από τη φτώχεια ή τις κακές συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις (Murrey & Cooper, 1997). Επίσης, μελέτες έδειξαν πως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και προβλημάτων στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού (Lyons-Ruth et al., 1986, Stein et al., 1991, Murray, 1992, Teti et al., 1995, Campbell & Cohn, 1997, Murrey & Cooper, 1997, Cooper & Murrey, 1998, Μωραΐτου, 2004).

Οι έρευνες των Lyons-Ruth et al. (1986), Stathopoulou et al. (2006), Murrey (1992), Murrey & Cooper (1997), Cooper & Murrey (1998), που έγιναν σε Αμερική και Μ. Βρετανία αντίστοιχα, έδειξαν πως η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με φτωχή γνωστική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών, κυρίως των αγοριών, καθώς και παιδιών που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Murrey & Cooper, 1997, Cooper & Murrey, 1998, Μωραΐτου, 2004).

Επίσης, στη μετα-ανάλυση του Beck (1998) φάνηκε πως τα παιδιά μητέρων με κατάθλιψη της λοχείας κατά το παρελθόν, εμφάνισαν μειωμένη γνωστική λειτουργία και περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία αφορούσαν στο έντονο και επίμονο κλάμα, στη μεγαλύτερη ευερεθιστότητα (Μωραΐτου, 2004) και σε προβλήματα στον ύπνο και το φαγητό (Murrey & Cooper, 1997).

Τέλος, η έρευνα των Llewellyn et al. (1997) κατέληξε στο συμπέρασμα, πως παιδιά που προέρχονται από μητέρες με κατάθλιψη είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κι αυτά κατάθλιψη συγκριτικά με παιδιά μητέρων χωρίς αντίστοιχο ιστορικό (Μωραΐτου, 2004).

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια αρκετά ύπουλη ασθένεια της οποίας η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη (Hendrick, 2003). Η έγκαιρη αναγνώρισή της αποτελεί πρόκληση, γιατί οι γυναίκες εξαιτίας του φόβου του κοινωνικού στιγματισμού αποφεύγουν να επισκεφθούν και να εμπιστευθούν κάποιον ειδικό ή ακόμη να αναζητήσουν βοήθεια από τα οικεία τους πρόσωπα (Daley & MacArthur, 2007, Lumley et al., 2004, Beck, 2001, Armstrong & Small, 2007). Καλό είναι να γίνεται ορθά και γρήγορα η διάγνωσή της, αν είναι δυνατό από την περίοδο της κύησης κατά την οποία πολλές γυναίκες με προδιάθεση εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Beck, 2001).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοθεραπεία. Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται ως μέσο αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη, όσο και στη λοχεία (Pivarnik et al., Cooper & Murrey, 1998, Hendrick, 2003, Μωραΐτου, 2004). Η χρήση της Fluoxetine θεωρείται πως είναι ωφέλιμη στη βελτίωση της μητρικής διάθεσης (Murrey & Cooper, 1997), έχει όμως συνδεθεί με ευερεθιστότητα και διαταραχές στον ύπνο (Hendrick, 2003). Αν και η χρήση ορισμένων αντικαταθλιπτικών δεν απαγορεύεται κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, πολύ λίγες είναι οι μελέτες που δείχνουν τις μακροπρό-

θεσμες επιπτώσεις τους στην εγκεφαλική ανάπτυξη του παιδιού (Hendrick, 2003), καθώς και στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Newport, Wilcox & Stone, 2001, Μωραΐτου, 2004). Συνεπώς, η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, όχι μόνο για τις πιθανές επιπτώσεις στην ανάπτυξή του παιδιού, αλλά και γιατί πολλές γυναίκες είναι απρόθυμες να ακολουθήσουν τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή (Pivarnik et al., Hendrick, 2003, O'Hara et al., 2000).

Η χρήση οιστρογόνων και προγεστερόνης έχει χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης χωρίς ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα (Hendrick, 2003, Μωραΐτου, 2004). Σε έρευνα των Gregoire et al. (1996) διαπιστώθηκε μικρή επίδραση των οιστρογόνων στη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Εκτός, όμως, από τα πιθανά τους οφέλη θα πρέπει να αναφερθούν και κάποια προβλήματα, που ίσως προκύψουν από τη χρήση τους, όπως υπερπλασία του ενδομητρίου και θρομβοεμβολή (Hendrick, 2003).

Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί και στην εκπαίδευση και υποστήριξη της μητέρας στο νέο της ρόλο (Μωραΐτου, 2004) και περιλαμβάνει τη γνωστική ψυχοθεραπεία (cognitive behavioral therapy) και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonal psychotherapy) (Pivarnik et al., O'Hara, 2000, Μωραΐτου, 2004). Ιδιαίτερα η τελευταία θεωρείται αρκετά αποτελεσματική, επειδή είναι μια μέθοδος που προσφέρει σιγουριά στις γυναίκες και είναι μια μη φαρμακευτική μέθοδος θεραπείας με ικανοποιητικά αποτελέσματα, ενώ παράλληλα ενδείκνυται για τις γυναίκες εκείνες που είναι απρόθυμες να λάβουν φάρμακα (O'Hara, 2000). Είναι σημαντικό οι γιατροί πριν την τελική τους απόφαση για τη θεραπευτική αγωγή να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη και την επιθυμία των γυναικών να μην ακολουθήσουν ένα φαρμακευτικό σχήμα (Hendrick, 2003).

Εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης

Οι συμβατικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης έχουν κάποιους περιορισμούς με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασθενείς που αναζητούν και καταφεύγουν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας (κυρίως την άσκηση).

Πολλές φορές η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεν γίνεται εύκολα αποδεκτή για τους παρακάτω λόγους:

1. Περίπου το 30% των καταθλιπτικών ασθενών (γενικότερα) παραπονιέται πως τα αντικαταθλιπτικά δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών με χρόνια

κατάθλιψη φτάνει περίπου το 50%.

2. Πολλοί ασθενείς δεν αντέχουν τις παρενέργειες των φαρμάκων.
3. Υπάρχουν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως μειωμένη σεξουαλική διάθεση, αϋπνία, μεταβολές στο σωματικό βάρος.
4. Πολλές γυναίκες δεν επιθυμούν τη λήψη αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της κύησης και του μητρικού θηλασμού.

Επίσης, αν και η ψυχοθεραπεία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης, τα ποσοστά αποχώρησης των ασθενών είναι περίπου παρόμοια μ' αυτά των φαρμάκων, κυρίως γιατί δεν είναι πάντα οικονομικά προσιτή για όλους (Mander et al., 2002).

Γενικότερα, η συμβολή της άσκησης είναι πολύ σημαντική γιατί:

- Προφυλάσσει από τον κίνδυνο παχυσαρκίας λόγω αύξησης της ενεργειακής δαπάνης.
- Ενδυναμώνει τον οργανισμό.
- Βελτιώνει την υγεία των οστών συμβάλλοντας στην αύξηση της οστικής πυκνότητας.
- Βελτιώνει τη διάθεση και την αυτοεκτίμηση συμβάλλοντας σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Dawnine, 2002, Mander et al., 2002, Sampsel, 1999). Αποτελέσματα έρευνας που έγινε στη Φιλανδία έδειξαν πως άτομα που γυμνάζονταν τουλάχιστον 2 με 3 φορές την εβδομάδα είχαν λιγότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και θυμού σε σχέση με άτομα που γυμνάζονταν περιστασιακά ή και καθόλου (Hassmen et al., 2000, Stathoroulou et al., 2006). Ειδικότερα και στην περίοδο της λοχείας η συμβολή της άσκησης στη μείωση της κατάθλιψης είναι σημαντική, με την προϋπόθεση ότι η ίδια η άσκηση μειώνει το stress και δεν το προκαλεί (Artal & O'Toole, 2003).

Άσκηση και επιλόχεια κατάθλιψη

Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν πως η συμμετοχή σε κάποιο άθλημα, άσκηση ή καθημερινή σωματική δραστηριότητα έχει θετικές συνέπειες στην ψυχική υγεία μειώνοντας τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και πως τα αποτελέσματα αυτά είναι πιο συχνά στις γυναίκες (Dawnine, 2002).

Ωστόσο, ελάχιστα είναι αυτά που γνωρίζουμε για το αν η τακτική άσκηση μειώνει την πιθανότητα εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι Sampsel et al. (1999) χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο "Lederman" (ερωτηματολόγιο που υπολογίζει την ψυχολογική ευεξία στην περίοδο της λοχείας) σε δείγμα 1.000 περίπου γυναικών, διαπίστωσε κα-

λύτερα αποτελέσματα στις γυναίκες εκείνες που ασκούσαν (Dawnine, 2002). Οι North et al. (1990) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα αποτελέσματα της άσκησης αυξάνονται ανάλογα με τη διάρκεια της άσκησης και ότι η αποτελεσματικότητά της είναι ανεξάρτητη από φύλο και ηλικία. Όμως, οι Veale et al. (1992) υπογράμμισαν ότι η συμβολή της άσκησης δεν είναι τόσο αποτελεσματική στην περίπτωση που το άτομο βρίσκεται ήδη υπό ψυχιατρική παρακολούθηση και αγωγή (Mander et al., 2002).

Επίσης και ο Clapp υποστήριξε ότι η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας είναι χαμηλότερη στις γυναίκες που γυμνάζονται, κι αυτό οφείλεται, όπως ο ίδιος ισχυρίζεται, στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορούν με τον τρόπο αυτό να ξεφύγουν από τη συνεχιζόμενη ενασχόλησή τους με το παιδί (Daley & MacArthur, 2007, Dawnine, 2002). Επιπλέον, η άσκηση βοηθά τη μητέρα να βελτιώσει τη φυσική της κατάσταση ρυθμίζοντας παράλληλα και το σωματικό της βάρος. Έτσι, βελτιώνεται η εικόνα της και αυξάνεται η αυτοπεποίθησή της μειώνοντας παράλληλα τα συμπτώματα κατάθλιψης (Daley & MacArthur, 2007, Sampsel, 1999, Dawnine, 2002).

Ελάχιστα είναι οι μελέτες που έχουν γίνει και συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της αερόβιας έναντι της αναερόβιας άσκησης (Doynne et al., 1987, Martinsen et al., 1989). Τα αποτελέσματα έδειξαν μικρές διαφορές μεταξύ τους. Συνεπώς, η άσκηση με αντιστάσεις μπορεί να είναι μια εναλλακτική μορφή άσκησης για άτομα που δεν προτιμούν τις αερόβιες ασκήσεις (Stathoroulou et al., 2006). Αρκετά αποτελεσματικός θεωρείται και ο περίπατος με το παιδικό καροτσάκι (pram walking). Είναι μια απλή μορφή άσκησης, η οποία μπορεί πολύ εύκολα να ενταχθεί στην καθημερινότητα της μητέρας χωρίς να επιβαρύνει το πρόγραμμά της, είναι σχετικά εύκολη και ευχάριστη και δεν της στερεί ώρα από το παιδί της (Daley & MacArthur, 2007).

Συμπερασματικά, υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης είναι επωφελής για τις γυναίκες καθώς τις βοηθά να διαχειριστούν καλύτερα τις μεταβολές στην ψυχική τους διάθεση (συχνές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), μειώνοντας τα ποσοστά άγχους και περιορίζοντας παράλληλα τις πιθανότητες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.

Μηχανισμοί δράσης της άσκησης

Υπάρχουν θεωρίες σχετικά με το πώς η άσκηση επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία. Οι θεωρίες αυτές αφορούν: α) φυσιολογικούς παράγοντες, β) ψυχο-

λογικούς. Η πρώτη θεωρία αφορά τις βιοχημικές μεταβολές, δηλαδή τις αλλαγές στο μεταβολισμό και τη διαθεσιμότητα των κεντρικών νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, ενδορφίνη). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η απελευθέρωση των ενδογενών οπιοειδών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ως αποτέλεσμα της άσκησης, ευθύνεται εν μέρει για την αγχολυτική και αντικαταθλιπτική της δράση.

Η δεύτερη θεωρία αφορά στην άποψη πως υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την αρνητική αυτοεκτίμηση. Η άσκηση συμβάλλει θετικά στη μείωση της κατάθλιψης καθώς βελτιώνει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του (μείωση σωματικού βάρους, αύξηση μυϊκού τόνου). Όσον αφορά τις γυναίκες που έχουν γεννήσει, συνήθως έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και ίσως καταφύγουν στην άσκηση (σε συνδυασμό με δίαιτα) για να τη βελτιώσουν, διορθώνοντας έτσι και την άσχημη διάθεσή τους. Μια ακόμη άποψη αναφέρει την άσκηση ως μια μορφή απόδρασης από τη ρουτίνα της καθημερινότητας (Daley & MacArthur, 2007, Stathopoulou et al., 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε οποιαδήποτε μορφής άσκηση έχει οφέλη σε άτομα που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η άσκηση ίσως να έχει ένα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης καθώς αποτελεί ένα σημαντικό μέσο μείωσης των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης, βελτιώνοντας παράλληλα την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση της γυναίκας (Daley & MacArthur, 2007). Η έγκαιρη κατανόηση των αιτιών, που ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης στη λοχεία, θα διευκολύνει τις διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισής της με εμφανή οφέλη για τη μητέρα και το παιδί (Forty et al., 2006)

ABSTRACT

Despoina Vasdeki: Postpartum depression – The role of exercise.

"ELEFTHO", 1:11-17, 2008

Postpartum is the period of time from the end of the labor, until the reform of the genetic system and generally the whole body, to the natural condition before the pregnancy. Beyond the physical changes, the woman in childbed presents also emotional changes, which are intense during the 1st period after the labor, increasing the chance of the manifestation of the postpartum depression.

An alternative therapeutic intervention of non-psychotic postpartum depression is also the physical activity. Exercise helps the woman in childbed, to control better these changes of her emotional mode and to decrease stress, limiting also, the chance of postnatal depression

Key words: *postpartum period, postnatal depression, physical activity, alternative therapeutic intervention.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Pivarnik J., Chambliss H., Clapp J. et al.: Impact of Physical Activity during Pregnancy and Postpartum on Chronic Disease Risk.
- Daley A., MacArthur C.: The Role of Exercise in Treating Postpartum Depression: A review of the Literature. *J Midwifery Womens Health* 2007, 52(1):56-62.
- Lumley J., Austin Marie-Paul, Mitchell C.: Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2004, 20(2):128-144.
- Cooper P., Murrey L.: Fortnightly review. *BJM* 1998, Jun; 316:1884-1886.
- Hendrick V.: Treatment of postnatal depression. *BMJ* 2003, Nov; 327:1003-1004.
- Forty L., Jones L., MacGregor S. et al.: Familiarity of postpartum depression in unipolar disorder: Result of a family study. *Am J Psychiatry* 2006, Sep; 163: 1549-1553
- Beck C.T.: Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing research* 2001, Sep/Oct; 50(5): 275-282.
- O'Hara M., Stuart S., Gorman L., Wenzel A.: Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *ARCH GEN Psychiatry* 2000, Nov; 57: 1039-1045.
- Dennis C.-L.: Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* 2005, Jul; 331:15.
- Carter A., Baker C., Browell K.D.: Body Mass Index, Eating Attitudes and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and Postpartum Period. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62:264-270.
- Armstrong S., Small R.: Screening for postnatal depression: not a simple task. *Australian & New Zealand Journal of public Health* 2007; 31(1).
- Bloch M., Schmidt P., Danaceau R.N. et al.: Effects of Gonadal Steroid in Women with History of Postpartum Depression. *Am J Psychiatry* 2000, Jun; 157: 924-930.
- Murray L., Cooper P.: Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis. Child.* 1997; 77: 99-101.

Mander R., Allen J., Morris M.: Alternative treatments for depression: empirical support and relevance to women. *J Clin Psychiatry* 2002, Jul; 63(7).

Stathopoulou G., Powers M., Berry A. et al.: Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clin Psychol Sci Prac* 2006; 13: 179-193.

Sampselle C. et al.: Physical activity and postpartum well-being. *JOGNN* 1999; 28:41-49

Artal R., O'Toole M.: Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *Br J Sports Med* 2003; 37:6-12.

Dawnine Enette Lerson-Meyer: Effect of postpartum exercise on mother and their offspring: a review of the literature. *Obesity Research* 2002, Aug; 10(8): 841-853.

Μωραΐτου Μ.: Το βίωμα της μητρότητας. Αθήνα, Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", 2004.

28ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΝΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΜΑΙΩΝ (ICM) ΓΛΑΣΚΩΒΗ, 1-5 ΙΟΥΝΙΟΥ 2008



**Midwifery: A Worldwide Commitment
to Women and the Newborn**



Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Στις 1-5 Ιουνίου 2008 θα πραγματοποιηθεί στη Γλασκώβη το 28ο Συνέδριο της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών (I.C.M.). Η διοργάνωση του Συνεδρίου γίνεται από το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (Αγγλία). Θέμα του Συνεδρίου είναι:

“Η παγκόσμια δέσμευσή μας για τις γυναίκες και τα νεογέννητα”

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο Σ.Ε.Μ.Α. ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
<http://www.midwives2008.org>

Η διατροφή κατά την εγκυμοσύνη

Αγγελική Αντωνάκου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σημασία της διατροφής στα στάδια της ζωής δεν μπορεί να αμφισβητηθεί. Υπάρχουν όμως και ιδιαίτερες περίοδοι στη ζωή του ανθρώπου, που ο ρόλος της διατροφής γίνεται ακόμη σπουδαιότερος. Μεταξύ αυτών είναι και η περίοδος της εγκυμοσύνης. Στη διάρκεια της κύησης η γυναίκα υπόκειται σε πολλές φυσιολογικές, ορμονικές, ψυχολογικές και σωματικές μεταβολές, αλλά και αλλαγές στο μεταβολισμό όπως και στις διατροφικές ανάγκες. Οι Μάϊες-Μαιευτές είναι χρήσιμο να έχουν γνώσεις που καλύπτουν τις καθημερινές απορίες, που μπορεί να προκύψουν στις έγκυες που παρακολουθούν.

Σκοπός του άρθρου αυτού είναι να δώσει επιγραμματικά και συμπυκνωμένα κάποιες από τις βασικές αρχές της υγιούς διατροφής, που μπορεί να φανούν χρήσιμες στους συναδέλφους και στις έγκυες που παρακολουθούν. Αναφέρονται οι διατροφικές ανάγκες των εγκύων γυναικών σε ενέργεια, μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά, καθώς και οι εύκολες πηγές τροφίμων τις οποίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι γυναίκες για να καλύψουν τις ανάγκες αυτές. Ο ρόλος των Μαιών-Μαιευτών θα πρέπει να είναι συμβουλευτικός σ' αυτό τον τομέα. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να υπάρχει δισταγμός να αναζητηθεί η συνδρομή των πιο εξειδικευμένων επιστημόνων της ειδικότητας αυτής, των διαιτολόγων-διατροφολόγων, σε περίπτωση που αυτό κρίνεται σκόπιμο.

Λέξεις κλειδιά: διατροφή στην κύηση, ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις, βιταμίνες, ανόργανα στοιχεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σημασία της διατροφής στα στάδια της ζωής δεν μπορεί να αμφισβητηθεί. Η διατροφή αποτελεί μια από τις βασικότερες βιολογικές ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού, που τον διατηρεί στη ζωή. Υπάρχουν όμως και ιδιαίτερες περίοδοι στη ζωή του ανθρώπου, που ο ρόλος της διατροφής γίνεται ακόμη σπουδαιότερος. Μεταξύ αυτών είναι και η περίοδος της εγκυμοσύνης (Ζαμπέλας και συν., 2003).

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια από τις σημαντικότερες περιόδους της ζωής της γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της κύησης συντελείται πλήθος ανατομικών και λειτουργικών αλλαγών στο σώμα της γυναίκας, που σκοπό έχουν να ρυθμίσουν το μεταβολισμό της εγκύου, να προετοιμάσουν

* Μαΐα, MSc, Γ.Π.Ν. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ",
Εργ. Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

και να υποστηρίξουν την κυοφορία του εμβρύου, καθώς και τη μετέπειτα γαλουχία του νεογνού (Ζαμπέλας και συν., 2003).

Η διατροφική κατάσταση της μητέρας ασκεί σημαντικές επιδράσεις στα διάφορα στάδια ανάπτυξης του εμβρύου όσον αφορά τη δομή και τη λειτουργία των οργάνων και των οργανικών συστημάτων του (Rhind, 2004). Μια μη ισορροπημένη διατροφή με ελλείψεις σε μακροθρεπτικά (ενέργεια, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη), αλλά και σε μικροθρεπτικά συστατικά (βιταμίνες, ηλεκτρολύτες και ιχνοστοιχεία) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να δημιουργήσει πολλά προβλήματα στην έκβαση της (ADA Reports, 2002). Τα τελευταία χρόνια αρχίζει να αναγνωρίζεται η αξία της καλής διατροφικής κατάστασης της γυναίκας και στο διάστημα πριν την εγκυμοσύνη, κυρίως όσον αφορά τη γονιμότητα, την ικανότητα σύλληψης, αλλά και την ανάπτυξη του εμβρύου τις πρώτες εβδομάδες της κύησης (Blades, 1998).

Οι Μαίες–Μαιευτές οφείλουν να γνωρίζουν τις βασικές αρχές της υγιούς διατροφής, ώστε να μπορούν να συμβουλευθούν τις έγκυες που παρακολουθούν. Το άρθρο αυτό έχει σκοπό να δώσει επιγραμματικά και συμπυκνωμένα κάποιες απ' αυτές τις αρχές, που ενδεχομένως μπορούν να φανούν χρήσιμες στους συναδέλφους.

Μεταβολές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης συντελούνται πλήθος φυσιολογικών μεταβολών στο σώμα της εγκύου (Heidemann & McClure, 2003). Οι αλλαγές αυτές μπορούν να χωρισθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες: α) στις αναβολικές, που πραγματοποιούνται κατά το πρώτο μισό της εγκυμοσύνης και β) στις καταβολικές, που λαμβάνουν χώρα κατά το δεύτερο μισό αυτής (Brown, 2002).

Οι αναβολικές αλλαγές αναφέρονται σ' όλες εκείνες τις διεργασίες που συμβαίνουν στο γυναικείο σώμα προκειμένου να αυξηθεί η χωρητικότητα και η αποθηκευτική του ικανότητα, για να καταφέρει η μητέρα να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες του εμβρύου σε αίμα, οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στη διάρκεια του δεύτερου μισού της κύησης. Οι καταβολικές μεταβολές έχουν ως αποτέλεσμα τη μεγάλη ροή των αποθηκευμένων θρεπτικών συστατικών στο έμβρυο.

Κατά την κύηση, επίσης, παρατηρούνται μεγάλες ορμονικές μεταβολές. Εκκρίνονται πάνω από 30 διαφορετικές ορμόνες, μερικές εκ των οποίων εμφανίζονται μόνο στη διάρκεια της κύησης, παράγονται

και εκκρίνονται από τον πλακούντα και διαμορφώνουν πολλές από τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα της εγκύου (Ζαμπέλας και συν., 2003). Ωστόσο, οι ορμόνες με τη σημαντικότερη δράση είναι η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα.

Η κύρια δράση της προγεστερόνης εντοπίζεται στη μήτρα, όπου χαλαρώνει τους μύες ώστε να επιτευχθεί η αύξηση του μεγέθους της (Picciano, 2003). Διεγείρει επίσης τη λειτουργία της αναπνοής της εγκύου, ενώ βοηθάει στην καλύτερη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών στο έντερο και στην αποθήκευση λίπους στο σώμα της εγκύου (Picciano, 2003). Τα οιστρογόνα, τα οποία αυξάνονται στη διάρκεια της κύησης, μεταξύ άλλων προάγουν τη λιπογένεση, αυξάνουν την πρωτεϊνοσύνθεση και την ελαστικότητα του συνδετικού ιστού (Xiong et al., 2000, Klebanoff et al., 1999), αλλά και συμμετέχουν στην κατακράτηση υγρών (Picciano 2003), που συνήθως οδηγεί στην εμφάνιση οιδημάτων στο τέλος της εγκυμοσύνης. Η κατακράτηση υγρών ποικίλει από γυναίκα σε γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ τα συνολικά σωματικά υγρά ανέρχονται σε 7 έως 10 λίτρα (Brown, 2002).

Παρατηρούνται, επίσης, σημαντικές αλλαγές στη λειτουργία του μεταβολισμού της εγκύου. Ο μεταβολισμός της μητέρας προσαρμόζεται από τα αρχικά στάδια της κύησης (Herrera et al., 1998), ώστε να μπορέσει να υποστηρίξει τη συνεχή διοχέτευση στο έμβρυο με ενεργειακά υποστρώματα (Herrera, 2002). Πιο συγκεκριμένα, αλλάζει ο μεταβολισμός των υδατανθράκων για να προάγει τη διαθεσιμότητα της γλυκόζης στο έμβρυο, αυξάνεται η ινσουλινοαντίσταση της εγκύου, η οποία πλέον βασίζεται στο λίπος για ενεργειακή υποστήριξη (Herrera, 2002). Αλλαγές, επίσης, γίνονται στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών και του αζώτου (Klebanoff et al., 1999), όπως και του λίπους (Wallenburg, 2001, Klebanoff et al., 1999).

Τέλος, η αύξηση του βάρους στη διάρκεια της κύησης γίνεται σταδιακά και πέραν του 50% περίπου, που αντιστοιχεί στο κύημα, τον πλακούντα και το αμνιακό υγρό. Το υπόλοιπο κυρίως αντιστοιχεί στο αποθηκευμένο λίπος, τον αυξημένο όγκο αίματος και την κατακράτηση των υγρών (Mahan & Escott-Stump, 2004). Η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους (Σ.Β.) της εγκύου μπορεί να επηρεάσει το βάρος γέννησης του νεογνού όσο και την κατάσταση της υγείας του (Pederson et al., 1989). Η σύσταση για την ιδανική αύξηση του Σ.Β. της εγκύου εξαρτάται από το δείκτη μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ. ή Β.Μ.Ι.) της γυναίκας πριν την κύηση και παρουσιάζεται στον παρακάτω Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Δ.Μ.Σ. πριν την εγκυμοσύνη και συνιστώμενη αύξηση βάρους*

Δ.Μ.Σ. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ
Λιποβαρής, Δ.Μ.Σ. > 19,8 kg/m ²	12,7 - 18,2 kg
Φυσιολογική, Δ.Μ.Σ. 19,8 - 26 kg/m ²	11,4 - 15,9 kg
Υπέρβαρη, Δ.Μ.Σ. > 26 - 29 kg/m ²	6,8 - 11,4 kg
Παχύσαρκη, Δ.Μ.Σ. > 29 kg/m ²	μέχρι 6,8 kg

* ADA Reports 2002

Συστάσεις για τη διαιτητική πρόσληψη κατά την εγκυμοσύνη

Η διατροφή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλει να είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, γεγονός που συνεισφέρει στην αίσια έκβασή της (ADA Reports, 2002). Η παροχή θρεπτικών συστατικών στο έμβryo αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξή του, το βάρος γέννησής του, την ανάπτυξή του στα πρώτα χρόνια της ζωής του, αλλά και την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών και παθήσεων, όπως της στεφανιαίας νόσου στην ενήλικη ζωή του (Barker, 1997). Παρακάτω παρατίθενται κάποιες αδρές διαιτητικές συμβουλές (Institute of Medicine 2002/2005). Ωστόσο, πρέπει να γίνει σαφές πως οι διαιτητικές απαιτήσεις κάθε γυναίκας είναι εξατομικευμένες και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως ο βασικός μεταβολισμός και η ενεργειακή της κατανάλωση (Ματάλα, 2003).

- Η ενεργειακή πρόσληψη της εγκύου οφείλει να αυξηθεί το 2ο τρίμηνο κατά 340-360 θερμίδες/ημέρα περίπου και κατά 450-470 θερμίδες/ημέρα το 3ο τρίμηνο της κύησης, που αντιστοιχεί σε επίπεδο τροφίμων, π.χ. σ' ένα σάντουιτς. Το 1ο τρίμηνο δεν χρειάζεται να αυξηθεί (Institute of Medicine 2002/2005).

- Η αύξηση στην πρόσληψη πρωτεϊνών δεν χρειάζεται να ξεπερνά τα 25g/ημέρα, δηλαδή συνολικά 71g/ημέρα. Οι πρωτεΐνες ουσιαστικά συνεισφέρουν στη σύνθεση των ιστών του εμβρύου, του πλακούντα και της εγκύου (Picciano, 2003). Τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας είναι τα αυγά, το κρέας, τα θαλασσινά και τα ψάρια, καθώς και τα γαλακτοκομικά προϊόντα (Ματάλα, 2003).

- Οι υδατάνθρακες πρέπει να καλύπτουν το 45-65% της καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης της εγκύου (Institute of Medicine 2002/2005). Τρόφιμα πλούσια σε υδατάνθρακες είναι το ψωμί, τα δημητριακά, το ρύζι, τα αμυλώδη λαχανικά, όπως η πατάτα και ο αρακάς, τα ζυμαρικά και πολλά άλλα. Η

επαρκής κατανάλωση υδατανθράκων και τα συχνά γεύματα –η περίοδος νηστείας να μην ξεπερνά τις 6-8 ώρες (Ζαμπέλας και συν., 2003)– είναι αναγκαία για να εξασφαλιστεί μέρος της απαιτούμενης ενέργειας και να παραμείνουν τα επίπεδα της γλυκόζης σταθερά στο αίμα της εγκύου (Mahan & Escott-Stump, 2004).

- Η καθημερινή πρόσληψη φυτικών ινών στη διάρκεια της κύησης υπολογίζεται γύρω στα 28g (Institute of Medicine 2002/2005). Η καθημερινή λοιπόν κατανάλωση δημητριακών ολικής αλέσεως, φρούτων και λαχανικών, μπορεί εκτός των άλλων πλεονεκτημάτων να αποτελέσει έναν τρόπο αποφυγής της δυσκοιλιότητας, που παρουσιάζεται σε πολλές έγκυες (Singer & Brandt, 1991).

- Τέλος, υπάρχουν συστάσεις μόνο για κάποια απαραίτητα λιπαρά οξέα και όχι για την καθημερινή πρόσληψη λίπους. Έτσι, σύμφωνα με το Institute of Medicine (2002/2005), η επαρκής ποσότητα για τα ω-6 λιπαρά οξέα είναι 13g/ημέρα και για τα ω-3 1,4g/ημέρα. Τα ω-3 και ω-6 λιπαρά οξέα διέρχονται τον πλακούντα και κυρίως το DHA (εικοσιδιεξανοϊκό οξύ). Το αραχιδονικό και το λιγνελαικό οξύ έχει βρεθεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου, όπως και στη λειτουργία της όρασης (Cetin et al., 2002, Clandinin, 1999). Επιπρόσθετα, δυο μετα-αναλύσεις κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επαρκής πρόσληψη ω-3 λιπαρών οξέων αυξάνει κατά μέσο όρο τη διάρκεια της κύησης κατά 1,6 ή 2,6 ημέρες, αύξηση η οποία συνοδεύεται με μικρή αύξηση του σωματικού βάρους του νεογνού κατά 47 ή 54g κατά μέσο όρο αντίστοιχα (Szajewska et al., 2006, Makrides et al., 2006). Επίσης, βρέθηκε ότι και ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού πριν την 34η εβδομάδα της κύησης μειώνεται κατά 31% για όλες τις έγκυες (Makrides et al., 2006) και κατά 61% στις υψηλού κινδύνου κυήσεις (Horvath et al., 2007). Η διατροφή λοιπόν των εγκύων θα πρέπει να περιλαμ-

βάνει ψάρια και θαλασσινά, που είναι πλούσια σ' αυτά τα λιπαρά οξέα. Στη συνέχεια, για λόγους οικονομίας χώρου θα παρατεθούν σε πίνακες οι ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις των βιταμινών και

των ανόργανων στοιχείων στη διάρκεια της κύησης σε αντιδιαστολή με τις συνιστώμενες προσλήψεις για μη έγκυες γυναίκες, όπως και οι σημαντικότερες πηγές αυτών για τις έγκυες.

Πίνακας 2. Ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις βιταμινών*

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ 19 - 50 ΕΤΩΝ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
Βιταμίνη Α	700 µg RE (ρετινόλης)	770 µg RE
Βιταμίνη Ε	15 mg α-ΤΕ (α-τοκοφερόλης)	15 mg α-ΤΕ
Βιταμίνη D	5 µg	5 µg
Βιταμίνη Κ	90 µg	90 µg
Βιταμίνη C	75 mg	85 mg
Βιταμίνη Β1 (Θειαμίνη)	1,1 mg	1,4 mg
Βιταμίνη Β2 (Ριβοφλαβίνη)	1,1 mg	1,4 mg
Βιταμίνη Β3 (Νιασίνη)	14 mg	18 mg
Βιταμίνη Β6	1,3 mg	1,9 mg
Βιταμίνη Β12	2,4 µg	2,6 µg
Φυλλικό οξύ	400 µg	600 µg

* *Institute of Medicine 1997, 1998, 2000, 2001*

Πίνακας 3. Βιταμίνες και οι σημαντικότερες πηγές τους*

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ	ΠΗΓΕΣ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ
Βιταμίνη Α	Πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρια
Βιταμίνη Ε	Ελαιόλαδο, φυτικά έλαια, ντομάτες, λαχανικά
Βιταμίνη D	Μοσχαρίσιο κρέας, αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα, σαρδέλες
Βιταμίνη Κ	Πράσινα λαχανικά, σπανάκι, μπρόκολο, μαρούλι, λαχανάκια Βρυξελλών
Βιταμίνη C	Εσπεριδοειδή, μπρόκολο, κόκκινη-πράσινη πιπεριά, ντομάτες, σπανάκι, φράουλες
Βιταμίνη Β1 (Θειαμίνη)	Χοιρινό κρέας, δημητριακά ολικής αλέσεως, όσπρια, ξηροί καρποί
Βιταμίνη Β2 (Ριβοφλαβίνη)	Γάλα, μανιτάρια, πράσινα φυλλώδη λαχανικά
Βιταμίνη Β3 (Νιασίνη)	Κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, πουλερικά, ψάρια, ξηροί καρποί
Βιταμίνη Β6	Μπανάνες, φασόλια, καρύδια, ψάρια, κρέας, πουλερικά
Βιταμίνη Β12	Κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, κρόκος αυγού
Φυλλικό οξύ	Φακές, μανιτάρια, πράσινα λαχανικά

* *Συντώσης, 2003*

Πίνακας 4. Ημερήσιες συνιστώμενες προσλήψεις ανόργανων στοιχείων*

ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ 19 - 50 ΕΤΩΝ	ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ
Ασβέστιο	1000 mg	1000 mg
Σίδηρος	18 mg	27 mg
Ψευδάργυρος	8 mg	11 mg
Φωσφόρος	700 μg	700 μg
Μαγνήσιο	310 - 320 mg	350 - 360 mg
Ιώδιο	150 μg	220 μg
Χαλκός	900 μg	1000 μg
Νάτριο	—	> 2 - 3 g

* Institute of Medicine 2002/2005

Πίνακας 5. Ανόργανα στοιχεία και οι σημαντικότερες πηγές τους*

ΑΝΟΡΓΑΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΠΗΓΕΣ ΑΝΟΡΓΑΝΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
Ασβέστιο	Γαλακτοκομικά προϊόντα, σαρδέλες, μπρόκολο, όσπρια, αποξηραμένα φρούτα
Σίδηρος	Κόκκινο κρέας, φασόλια, σκούρα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, αποξηρ. φρούτα
Ψευδάργυρος	Κόκκινο & χοιρινό κρέας, πουλερικά, γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά ολικής αλέσεως, λαχανικά
Φωσφόρος	Κόκκινο κρέας, πουλερικά, ψάρια, αυγά, όσπρια, γαλακτοκομικά προϊόντα, ξηροί καρποί, σοκολάτα
Μαγνήσιο	Δημητριακά, φρούτα, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, καρότο, καλαμπόκι, αρακάς, μαϊντανός, σοκολάτα
Ιώδιο	Μαγειρικό αλάτι, ψάρια, ψωμί, λαχανικά καλλιεργημένα σε εδάφη με υψηλή περιεκτικότητα σε ιώδιο
Χαλκός	Ξηροί καρποί, όσπρια, αποξηραμένα φρούτα
Νάτριο	Σοκολάτα, ψωμί ολικής αλέσεως, επεξεργασμένα τρόφιμα, π.χ. σε κονσέρβες ή λουκάνικα

* Συντώσης, 2003

Όπως φαίνεται και στους πίνακες η αύξηση στην ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών στη διάρκεια της κύησης είναι πολύ μικρή. Επιπλέον, από την παράθεση των διαιτητικών πηγών καταδεικνύεται η μεγάλη ποικιλία των τροφίμων, που μπορεί η έγκυος να επιλέξει ώστε να διαμορφώσει ένα υγιές

καθημερινό διαιτολόγιο. Είναι χαρακτηριστικό ότι στις προηγμένες ευρωπαϊκές χώρες δεν παρατηρούνται σημαντικά ποσοστά ανεπάρκειας θρεπτικών συστατικών στο διαιτολόγιο των εγκύων. Αντίθετα, παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά πρόσληψης λίπους (Hassaridou & Papadopoulou, 2000).

Χαρακτηριστικά, επίσης, σημειώνεται η χαμηλή πρόσληψη από τις τροφές φυλλικού οξέος (Berg et al., 2001, Hassapidou & Papadopoulou, 2000) και σιδήρου (Lee et al., 2002, Hassapidou & Papadopoulou, 2000). Ωστόσο, είναι ενδεικτικό ότι σ' όλες τις παραπάνω εργασίες οι έγκυες ανέφεραν ότι ελάμβαναν τα αντίστοιχα συμπληρώματα, οπότε δεν παρατηρήθηκαν σημεία ανεπάρκειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος μεγάλων αλλαγών για τη γυναίκα. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και τα πρότυπα που προβάλλονται, οδηγούν αρκετές γυναίκες στην υπερβολή και σ' ένα επιπρόσθετο άγχος για την ποιότητα της διατροφής τους. Στόχος του άρθρου αυτού είναι η κατανόηση από τις Μαιές και τους Μαιευτές κάποιων απλών στοιχείων διατροφής, που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν να κάνουν σημαντικές θετικές παρεμβάσεις στο καθημερινό διαιτολόγιο των εγκύων που παρακολουθούν, ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα τόσο για τις ίδιες όσο και για τα νεογνά τους. Ο ρόλος των Μαιών-Μαιευτών θα πρέπει να είναι συμβουλευτικός σ' αυτό τον τομέα. Ωστόσο, δεν θα πρέπει να υπάρχει δισταγμός να αναζητηθεί η συνδρομή των πιο εξειδικευμένων επιστημόνων της ειδικότητας αυτής των διαιτολόγων-διατροφολόγων- σε περίπτωση που αυτό κρίνεται σκόπιμο και αναγκαίο.

ABSTRACT

Angeliki Antonakou: **Nutrition during pregnancy**

"ELEFTHO", 1:18-24, 2008

The importance and significance of nutrition during the stages of life is well-recognized. There are however some particular periods in human life that nutrition plays an even more important role, as it happens during pregnancy. The pregnant woman has to face a number of physiological, hormonal, physical, metabolic and nutritional changes. Midwives' knowledge should be as broad as to cover the everyday queries that their clientele may experience.

This paper focuses on the most significant and plain issues that cover the area of healthy nutrition during pregnancy. The nutritional needs during pregnancy in macronutrient and micronutrient elements are mentioned, as well as the easiest found foods that can cover these needs. Midwives' role should be informative, and nevertheless they should not hesitate to ask for their colleagues, dieticians' scientific advice, as they are the nutrition specialist, in case this needed.

Key words: *nutrition during pregnancy, recommended dietary allowance, vitamins, minerals.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ADA Reports. *Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome.* J Am Diet Association. 2002; 102(10): 1479-1490.
- Barker D.J.: *Maternal nutrition, fetal nutrition, and disease in later life.* Nutrition. 1997;13(9):807-13.
- Berg M.J., van Dyke D.C., Chenard C., Niebyl J., Hiran-karn S., Bendich A. et al.: *Folate, zinc and vitamin B-12 intake during pregnancy and postpartum.* J Am Diet Association. 2001; 101(2): 242-244.
- Blades M.: *Nutrition before and during pregnancy.* Nutrition and Food Science. 1998; 2: 99-101.
- Brown J.E.: *Nutrition through the life circle.* J Am Diet Association. 2002; 102(10): 1490-8.
- Cetin I., Giovannini N., Alvino G., Agostoni C., Riva E., Giovannini M. et al.: *Intrauterine growth restriction is associated with changes in polyunsaturated fatty acid foetal-maternal relationships.* Pediatr. Res. 2002; 52:750-5.
- Clandinin M.T.: *Brain development and assessing the supply of polyunsaturated fatty acid.* Lipids. 1999; 34: 131-7.
- Hassapidou M., Papadopoulou N.: *Assessment of the dietary intakes of healthy adult pregnant women in Cyprus.* Nutrition & Food Science. 2000;30 (3): 111-115.
- Heidemann B., McClure J.: *Changes in maternal physiology during pregnancy.* British J Anaesthesia. 2003; 3(3): 65-68.
- Herrera E.: *Implications of dietary fatty acids during pregnancy on placental, fetal and postnatal development-a review.* Placenta. 2002;23 Suppl A:S9-19.
- Horvath A., Koletzko B., Szajewska H.: *Effect of supplementation of women in high-risk pregnancies with long-chain polyunsaturated fatty acids on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials.* Br J Nutr. 2007; 98(2):253-9.
- Institute of Medicine: *Dietary Reference Intakes for calcium, phosphorous, magnesium, vit D and fluoride.* Washington DC, National Academy of Sciences, 1997.
- Institute of Medicine: *Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids.* Washington DC, National Academy of Sciences, 2002/2005.
- Institute of Medicine: *Dietary Reference Intakes for thiamin, riboflavin, niacin, vit B6, folate, vit B12, pantothenic acid, biotin and choline.* Washington DC, National Academy of Sciences, 1998.

- Institute of Medicine: Dietary Reference Intakes for vit A, vit K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, zinc.* Washington DC, National Academy of Sciences, 2001.
- Institute of Medicine: Dietary Reference Intakes for vit C, vit E, selenium and carotenoids.* Washington DC, National Academy of Sciences, 2000.
- Klebanoff M.A., Secher N.J., Mednick B.R., Schulsinger C.:* Maternal size at birth and the development of hypertension during pregnancy: a test of the Barker hypothesis. *Arch Intern Med.* 1999 26;159(14): 1607-12.
- Mahan L.K., Escott-Stump S.:* Krause's food, nutrition and diet therapy. Oxford 2004.
- Makrides M., Duley L., Olsen S.F.:* Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction. *Cochrane Database Syst Rev* 3. 2006; CD003402.
- Pederson A., Worthington-Roberts B.S., Hickok D.E.:* Weight gain patterns during twin pregnancy. *J Am Diet Association.* 1989; 89:642-6.
- Picciano M.F.:* Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *J Nutr.* 2003;133(6): 1997S-2002S.
- Singer A.J., Brandt L.J.:* Pathophysiology of the gastrointestinal tract during pregnancy. *Am J Gastroenterol.* 1991; 86:1645-1712.
- Szajewska H., Horvath A., Koletzko B.:* Effect of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid supplementation of women with low-risk pregnancies on pregnancy outcomes and growth measures at birth: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr.* 2006; 83:1337-1344.
- Xiong X., Demianczuk N.N., Buekens P., Saunders L.D.:* Association of preeclampsia with high birth weight for age. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183(1):148-55.
- Ζαμπέλας Α., Βασιλάκου Τ., Βιτωράτος Ν., Γιαννακούλια Μ., Δοντάς Α., Ρίσβας Γ. και συν.:* Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Ιατρικές εκδόσεις "Πασχαλίδης". Αθήνα, 2003.
- Ματάλα Α.Α.:* Εισαγωγή στη Διατροφή. Εκδόσεις "Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο". Αθήνα, 2003.
- Συντώσης Λ.:* Διατροφή και Μεταβολισμός. Εκδόσεις "Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο". Αθήνα, 2003.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για τον καρκίνο του μαστού

Μαρία Τζομπανάκη¹
Μαρία Ηλιάδου²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των προδιαθεσικών παραγόντων, που επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου του μαστού. Το φύλο, η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, οι ενδοκρινικοί παράγοντες, η όψιμη εμμηνόπαυση, η πρώιμη εμμηναρχή, η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, οι εξωγενείς παράγοντες, οι μορφολογικοί, οι διατροφικοί και οι περιβαλλοντικοί, φέρονται να παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος μαστού, προδιαθεσικοί παράγοντες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του μαστού είναι η συχνότερη κακοήθεια και η συνηθέστερη αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-55 ετών. Με την επιστημονική έρευνα παρατηρήθηκαν διάφοροι παράγοντες, που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου. Πρόσφατες επιστημονικές μελέτες κατάφεραν να ταξινομήσουν τους παράγοντες, που αυξάνουν την πιθανότητα καρκίνου του μαστού πάνω από το επίπεδο κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- A) Γενετικοί
- B) Ορμονικοί
- Γ) Μορφολογικοί (καλοήθεις νόσοι μαστού)
- Δ) Διατροφικοί
- E) Περιβαλλοντικοί
- Z) Φυλετικοί

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A) Γενετικοί παράγοντες

- **Φύλο.** Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου είναι εκατονταπλάσιος στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες, στους οποίους βρίσκεται μόνο στο 0,5% του συνόλου των ανδρικών καρκίνων (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996, Αποστολίδης Ν., 1998, ΕΑΕ, 2001).

- **Ηλικία.** Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει με την ηλικία (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996). Υπολογίζεται ότι το 80% των καρκί-

1. Μαία

2. Μαία, Εργαστηριακός Συνεργάτης
Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Τμήμα Μαιευτικής,
MSc στη Δημόσια Υγεία.

νων του μαστού εμφανίζεται σε γυναίκες άνω των 50 ετών, ενώ είναι σπάνιος σε γυναίκες κάτω των 35 ετών. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις κληρονομικής προδιάθεσης (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996, Αποστολίδης Ν., 1998).

Με βάση τα προγράμματα SEER, Surveillance, Epidemiology and Results, για τους άνδρες η σχέση του καρκίνου του μαστού και της ηλικίας παρουσιάζει πολύ διαφορετική μορφή λόγω της σπανιότητας της νόσου. Μεταξύ 1995 και 1997 η πιθανότητα για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ήταν 0,44% για γυναίκες μικρότερες των 39 ετών, 4,15% για γυναίκες ηλικίας 40-59 ετών και 7,02% για γυναίκες ηλικίας 60-79 ετών. Η υπολογιζόμενη πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού καθόλη τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας είναι 12,83% (1 στις 8) (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

• **Οικογενειακό – Κληρονομικό ιστορικό.** Είναι γνωστό πως η παρουσία οικογενειακού ιστορικού αποτελεί σημαντικό παράγοντα προδιάθεσης για καρκίνο του μαστού. Το ποσοστό των κρουσμάτων που σχετίζονται με κληρονομούμενη προδιάθεση βρίσκεται στο 10% του συνολικού αριθμού κρουσμάτων (Δημητριάδης Ε., 2002, Ιατρική, 2001). Η πιθανότητα τα μέλη των οικογενειών με ιστορικό καρκίνου του μαστού να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού είναι 20% πριν τα 40 τους χρόνια και 80% μέχρι τα 80 (Ιατρική, 1998). Γυναίκες που η μητέρα τους ή η αδελφή τους εμφάνισαν καρκίνο του μαστού, έχουν διπλάσια ή τριπλάσια πιθανότητα να προσβληθούν και οι ίδιες από καρκίνο του μαστού απ' ό,τι ο υπόλοιπος γυναικείος πληθυσμός. Ο κίνδυνος αυξάνεται, εάν αυτή η πρώτου βαθμού συγγενής είχε προσβληθεί σε μικρή ηλικία ή εάν η νόσος ήταν αμφοτερόπλευρη (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996, Παπαδάκης Ε., 2005). Έτσι, ο κίνδυνος είναι πενταπλάσιος για αμφοτερόπλευρη εντόπιση και εννεαπλάσιος εάν η νόσος εμφανίστηκε σε συγγενή πριν την εμμηνόπαυση. Το θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρκίνο του μαστού διπλασιάζει τον κίνδυνο εκδήλωσης αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού, ενώ οι ασθενείς με δυο συγγενείς πρώτου βαθμού, που πάσχουν από καρκίνο του μαστού, αντιμετωπίζουν τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης αμφοτερόπλευρου καρκίνου του μαστού σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

Σήμερα είναι γνωστό ότι οι γονιδιακές μεταλλάξεις ευθύνονται για το 5-10% όλων των περιπτώσεων καρκίνου του μαστού (Ιατρική, 2001). Η κληρονομούμενη προδιάθεση για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού οφείλεται κάποιες φορές σε σφάλματα του

DNA ορισμένων γονιδίων. Έχουν αναγνωρισθεί δυο κυρίαρχες μονογονιδιακές μεταλλάξεις και έχουν ονομαστεί BRCA 1 και BRCA 2.

Σ' αυτά τα γονίδια οφείλεται το 60-80% του κληρονομούμενου καρκίνου του μαστού. Τα γονίδια BRCA 1 είναι ογκοκατασταλτικά γονίδια. Πρόκειται για γονίδια, που κωδικοποιούν πρωτεΐνες που συμμετέχουν στη ρύθμιση της ανάπτυξης και του πολλαπλασιασμού του κυττάρου. Εάν υπάρξει μετάλλαξη στη δομή των παραπάνω γονιδίων, αυξάνεται όχι μόνο ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού, αλλά και ο κίνδυνος για καρκίνο των ωοθηκών, του προστάτη και του παχέος εντέρου (Ετήσιο Συμπόσιο, 2003).

Το ογκοσταλτικό γονίδιο BRCA 1 αποτελείται από 22 κωδικοποιημένα και 2 μη κωδικοποιημένα εξόνια (Miki W. et al., 1994, Futeal P.A. et al., 1994) και συμμετέχει στη ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου (Larson J.S. et al., 1997) και στον έλεγχο της επιδιόρθωσης του DNA (Cortez D. et al., 1999, Scully R. et al., 1997). Περισσότερες από 300 μεταλλάξεις του BRCA 1 έχουν καταγραφεί παγκοσμίως και καλύπτουν σχεδόν όλο το μήκος της κωδικοποιούμενης περιοχής. Όλες οι καταγραμμένες μεταλλάξεις του BRCA 1 είναι κληρονομικές και περίπου το 85% αυτών έχουν ως αποτέλεσμα τον πρόωρο τερματισμό της πρωτεϊνικής σύνθεσης (Αρχαία Ελληνική Ιατρική, 2000).

Οι μεταλλάξεις στο γονίδιο BRCA 1 είναι συχνότερες από τις μεταλλάξεις του BRCA 2 σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Ιατρική, 1998). Εκτιμάται ότι το 5% των γυναικών με καρκίνο του μαστού έχουν ταυτοποιημένη μετάλλαξη πρωτογενούς αλληλουχίας στο γονίδιο BRCA 1, εντοπισμένη στο χρωμόσωμα 17q21. Ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που είναι φορείς της μετάλλαξης του BRCA 1, είναι 38% για τις ηλικίες έως 50 ετών και 67% για γυναίκες έως 70 ετών, ενώ ο σχετικός κίνδυνος στις μη φορείς είναι 1-5% και 5% αντίστοιχα (Κρεατσάς Γ., Παπαδήμας Ι., 1997). Εάν οι συγγενείς τους φέρουν μεταλλάξεις του BRCA 1, μπορεί να έχουν 85% κίνδυνο για καρκίνο του μαστού στη διάρκεια της ζωής τους, με το 50% των καρκίνων του μαστού να εμφανίζεται πριν την ηλικία των 50 ετών (Ετήσιο Συμπόσιο, 2003).

Το γονίδιο BRCA 2 βρίσκεται στο χρωμόσωμα 13. Οι γυναίκες με μεταλλαγμένο γονίδιο BRCA 2 έχουν πιθανότητα 55-85% να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 χρόνων. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι μεταλλάξεις σ' αυτό το γονίδιο παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κακοήθων νεοπλασμάτων (Ιατρική, 1998).

Επίσης, έχουν αναγνωρισθεί και άλλα προδιαθεσικά γονίδια για τον καρκίνο του μαστού. Το γονίδιο P53, που σχετίζεται με το σύνδρομο Li-Fraumeni (εμφάνιση καρκίνου του μαστού, σαρκώματος, λευχαιμίας/λεμφώματος, όγκου εγκεφάλου), όπου οι ασθενείς έχουν 50% κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού έως την ηλικία των 50 ετών (Παπαδάκης Ε., 2005). Τα γονίδια MLH1/MSH2/MSH6 σχετίζονται με τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού αλλά και του παχέος εντέρου (American Cancer Society, 2005). Το γονίδιο PTEN, που σχετίζεται με το σύνδρομο Cowden, αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (American Cancer Society, 2005). Το γονίδιο ATM (Ataxia Telangiectasia Mutated) ανακαλύφθηκε πρόσφατα και οδηγεί σε τετραπλασιασμό του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού (Παπαδάκης Ε., 2005). Ένα άλλο γονίδιο, το CHK 2, όταν μεταλλάσσεται εκτιμάται ότι διπλασιάζει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού (American Cancer Society, 2005).

- **Ατομικό ιστορικό.** Γυναίκες με προηγούμενο καρκίνο στον ένα μαστό, αλλά που έχουν θεραπευθεί, εμφανίζουν περίπου 1% μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν καρκίνο και στον άλλο μαστό. Η αντιμετώπιση καρκίνου στον ένα μαστό χωρίς την αφαίρεση όλου του μαστού, ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου στον άλλο μαστό, αλλά και στο θεραπευμένο (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

B) Ορμονικοί παράγοντες

Ενδοκρινικοί παράγοντες

Από τους ενδοκρινικούς παράγοντες που φαίνεται ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, επειδή επηρεάζουν τα επίπεδα, τους ρυθμούς και τη διάρκεια έκκρισης των ενδογενών ορμονών, είναι η όψιμη εμμηνόπαυση (μετά την ηλικία των 55 ετών), η πρόωγη εμμηναρχή και η ηλικία της πρώτης εγκυμοσύνης, καθώς και ο αριθμός των αποβολών στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Γκριλιάτσος Ι., 1998).

- **Όψιμη εμμηνόπαυση.** Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι οι γυναίκες με φυσιολογική εμμηνόπαυση στην ηλικία των 55 ετών ή και μεγαλύτερη, έχουν δυο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με τις γυναίκες των οποίων η εμμηνόπαυση επήλθε πριν την ηλικία των 45 ετών. Για κάθε ένα χρόνο μεγαλύτερης ηλικίας κατά την εμμηνόπαυση, ο κίνδυνος για καρκίνο του μαστού αυξάνεται σε ποσοστό 3,6% περίπου. Υπάρχει, επίσης, μια έντονη άμεση

συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου του καρκίνου του μαστού και της ηλικίας κατά τη χειρουργική εμμηνόπαυση. Μεταξύ των γυναικών που υπέστησαν πρόκλητη χειρουργικά εμμηνόπαυση πριν την ηλικία των 35 ετών, ο κίνδυνος του καρκίνου του μαστού παραμένει χαμηλός έως το 1/3 του αναμενόμενου σε χρονική περίοδο 30 χρόνων και πλέον (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

- **Πρόωγη εμμηναρχή.** Πολλές μελέτες έχουν δείξει σταθερά μια σημαντική μειωτική τάση του κινδύνου με την αύξηση της ηλικίας της εμμηναρχής (Παπαδάκης Ε., 2005). Οι γυναίκες που είχαν την πρώτη τους έμμηνη ρύση μετά τα 15 τους χρόνια, παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο κατά 23% σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες είχαν εμμηναρχή πριν την ηλικία των 12 ετών (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. 1996).

- **Ηλικία πρώτης εγκυμοσύνης.** Μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος κυμαίνεται από 0,5 στις γυναίκες που ήταν μικρότερες των 20 ετών κατά τον πρώτο τους τελειόμηνο τοκετό, έως 1,2 στις γυναίκες που είχαν τον πρώτο τους τοκετό μετά την ηλικία των 35 ετών. Γυναίκες με τον πρώτο τους τοκετό σε ηλικία άνω των 30 ετών είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τις άτοκες γυναίκες. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι η τελειόμηνη εγκυμοσύνη σε νεότερη ηλικία μπορεί να μειώσει τις πιθανότητες της έναρξης του όγκου, ενώ σε μεγαλύτερη ηλικία θα μπορούσε να προάγει την ανάπτυξη του (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996, Τσακουντάκης Ν., 2005). Ακόμη, σύμφωνα με έρευνα των Soerjomataram I. et al., η μεγάλη ηλικία κατά την πρώτη κύηση αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού, κάτι που συνδυάζεται επίσης με την υιοθέτηση ενός "μοντέρνου" τρόπου ζωής απ' αυτό τον πληθυσμό.

Εξωγενείς παράγοντες

Έχει εκτεταμένα μελετηθεί η πιθανότητα συμβολής των αντισυλληπτικών στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου. Τα πρόσφατα στοιχεία καταγράφουν έναν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε γυναίκες που έκαναν μακροχρόνια λήψη πριν από τον πρώτο τους τοκετό (Παπαδάκης Ε., 2005). Επίσης, οι μελέτες πάνω στη μακροχρόνια θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα αναφέρουν μικρό αλλά στατιστικά σημαντικό ποσοστό αύξησης του κινδύνου.

Ο ρόλος των οιστρογόνων και της προγεστερόνης στην ανάπτυξη του κινδύνου του καρκίνου του μαστού είναι ο λόγος για τον οποίο η ΘΟΥ (Θεραπεία Ορμονικής Υποκατάστασης) αυξάνει λίγο τον κίνδυνο. Η Nurses' Health Study απέδειξε ότι για

περίοδο παρακολούθησης μεγαλύτερη των 12 χρόνων, οι τρέχουσες χρήστριες είχαν 33% μεγαλύτερο κίνδυνο από τις μη χρήστριες ή χρήστριες στο παρελθόν. Ο κίνδυνος γι' αυτές που λαμβάνουν δισκία είναι 1,24, γι' αυτές που τα σταμάτησαν από 1-4 χρόνια είναι 1,16, και γι' αυτές που τα σταμάτησαν από 5-9 χρόνια ο κίνδυνος μειώνεται σε 1,07. Εντούτοις, η παρατεταμένη χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση πρέπει να αποφεύγεται (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

Γ) Μορφολογικοί (καλοήθειες νόσοι μαστού)

Οι καλοήθειες νόσοι του μαστού αντιπροσωπεύουν περίπου το 65% όλων των νοσημάτων του μαστού. Σήμερα γίνεται αποδεκτό ότι η επιθηλίωση των πόρων (υπερπλασία) αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου κατά 1,9 φορές. Σε περίπτωση άτυπης υπερπλασίας ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 5,3 φορές, και σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό κατά 11 φορές (Δημητριάδης Ε., 2002).

Δ) Διατροφικοί παράγοντες

Οι έρευνες για τη σχέση της διατροφής με τον καρκίνο του μαστού άρχισαν από τη δεκαετία του '60 (Γκρινάτος Ι., 1998). Οι δίαιτες που είναι πλούσιες σε θερμίδες, πρωτεΐνες και λίπη αυξάνουν τον κίνδυνο, ενώ η υγιεινή διατροφή, τροφή πλούσια σε λαχανικά, φρούτα και φυτικές ίνες, καθώς και η μη προσθήκη βάρους ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο (Ιατρική, 1998). Παρόλα αυτά, σε έρευνα που έγινε μεταξύ ασθενών με καρκίνο του μαστού αρχικού σταδίου, η υιοθέτηση δίαιτας πλούσιας σε λαχανικά, φρούτα και φυτικές ίνες και φτωχής σε λιπαρά, δεν έδειξε να επηρεάζει τα ποσοστά μεταστάσεων ή θνησιμότητας σε μια περίοδο 7,3 ετών όπου έγινε επανέλεγχος (Pierce J.P. et al., 2007). Η παχυσαρκία, η λήψη αλκοόλ, το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Τσακουντάκης Ν., 2005, Slattery M.L. et al., 2007, Δημητριάδης Ε., 2002).

Ε) Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Από τα στοιχεία του περιβάλλοντος, αυτά που φαίνεται να προδιαθέτουν για καρκίνο του μαστού είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία και η έκθεση σε χημικά, όπως τα εντομοκτόνα DDT και PCB (Δημητριάδης Ε., 2002). Η εφαρμογή υψηλής δόσης ακτινοβολίας στο θωρακικό τοίχωμα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Η ακτινοβολία από τη μαστογραφία δεν παρουσιάζει κανέναν κίνδυνο λόγω της χαμηλής δόσης που παίρνει η γυναίκα (Α-

ποστολίδης Ν., 1998). Βέβαια, παρόλο που δεν έχει περιγραφεί ανάπτυξη καρκίνου του μαστού μετά από μαστογραφία ή μετά από επανειλημμένους μαστογραφικούς επανελέγχους επί σειρά ετών, ο κίνδυνος αυτός υφίσταται και έχει παρατηρηθεί σε πληθυσμούς, που έλαβαν μεγαλύτερες δόσεις ακτινοβολίας της τάξης των 0,25-20 Gy (25-2.000 rads) (Hrubec Z. et al., 1989, Miller A.B. et al., 1989).

Όσο νεότερη είναι η γυναίκα κατά το χρόνο έκθεσής της σε ακτινοβολία, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει να αναπτύξει στη διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού μετακινικής αιτιολογίας εμφανίζεται τουλάχιστον 10 χρόνια μετά την έκθεση (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002).

Η μέση δόση ακτινοβολίας από τη λήψη δυο προβολών σε κάθε μαστό είναι 4 mGy. Το άθροισμα αυτό σε 100.000 γυναίκες για 10 συνεχόμενα έτη, με έναρξη μαστογραφικού ελέγχου στην ηλικία των 40 ετών, έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση τουλάχιστον 8 θανάτων από καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002).

Γενικά, η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ανάμεσα στις αστικές, βιομηχανικές και αγροτικές περιοχές οδηγεί στην εκτίμηση, πως πιθανά μια σειρά από περιβαλλοντικούς παράγοντες των αστικών περιοχών, αλλά και γενικά του τρόπου ζωής στις πόλεις, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Δημητριάδης Ε., 2002).

Ακόμη, αποδείχθηκε ότι η μακροχρόνια ψυχική ένταση της γυναίκας είναι βασικός παράγοντας για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., www.disabled.gr).

Ζ) Φυλετικοί παράγοντες

Στις γυναίκες των αναπτυγμένων χωρών ο καρκίνος του μαστού είναι ο πρώτος σε συχνότητα εμφάνισης καρκίνος και ο δεύτερος σε θνησιμότητα μετά τον καρκίνο του πνεύμονος.

Το 2005 εμφανίστηκαν στις Η.Π.Α 211.240 νέες περιπτώσεις διηθητικού καρκίνου του μαστού και 40.140 νέες περιπτώσεις μη διηθητικού, που αντιπροσωπεύουν συνολικά το 31% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου στο γυναικείο πληθυσμό. Την ίδια χρονιά πέθαναν από τη νόσο 40.110 γυναίκες, ποσοστό 15% των θανάτων από καρκίνο στις γυναίκες. Κάθε 3 λεπτά γίνεται διάγνωση σε μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού, ενώ κάθε 14 λεπτά πεθαίνει μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού.

Το 2004 τα νέα περιστατικά στην Ευρώπη υπολογίστηκαν σε 371.000, ποσοστό 27,4% των νέων πε-

ριπτώσεων καρκίνου στις γυναίκες. Οι θάνατοι ήταν 129.900, ποσοστό 17,4% των θανάτων από καρκίνο (Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, 2003).

Στην Ελλάδα –επίπτωση καρκίνου του μαστού 63,4 ανά 100.000 (Ιατρική, 1998)– με βάση τις εκτιμήσεις του I.A.R.C. από τη Λυόν, υπολογίζεται ότι τα νέα περιστατικά καρκίνου του μαστού είναι 4.500 και οι θάνατοι 1.500 ετησίως (Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία, 2003). Κάθε 2,5 ώρες γίνεται διάγνωση σε μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού, ενώ κάθε 6 ώρες πεθαίνει μια γυναίκα από καρκίνο του μαστού (Ετήσιο Συμπόσιο, 2003).

Τα υψηλότερα ποσοστά ετήσιας επίπτωσης παρουσιάζουν οι βιομηχανικές χώρες της Βόρειας Αμερικής και της Βόρειας Ευρώπης, αλλά και η Βραζιλία και η Αργεντινή (60-100 ανά 100.000). Ενδιάμεσα ποσοστά παρουσιάζουν η Ανατολική και Νότια Ευρώπη, καθώς και η Λατινική Αμερική, και χαμηλότερα ποσοστά η Ασία και η Αφρική (κάτω από 40 ανά 100.000) (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

Με την πάροδο του χρόνου οι διαφορές στα ποσοστά επίπτωσης αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων χωρών ελαττώνονται και ο καρκίνος του μαστού αρχίζει να μη θεωρείται πλέον νόσος των εύπορων κοινωνιών ή του δυτικού κόσμου (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996, Κουτής Χ.).

Η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι υψηλότερη στις λευκές γυναίκες σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη φυλή (Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ., 1996).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τις σημαντικές προόδους της επιστήμης στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού, η θνησιμότητα τα τελευταία 40 χρόνια έχει πολύ λίγο επηρεασθεί. Βασικός λόγος αυτής της “αποτυχίας” θεωρείται η καθυστερημένη διάγνωση του όγκου, σε στάδια που η θεραπεία δεν μπορεί να δώσει πλέον πλήρη ίαση στην ασθενή. Καθοριστικός είναι ο ρόλος της πρωτογενούς πρόληψης, που στοχεύει στην αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της νόσου και στην ανάπτυξη προληπτικών μέτρων. Παρά τις επίμονες και συνεχείς μελέτες δεν έγινε ακόμη εφικτή η προσέγγιση της αιτιολογίας του καρκίνου του μαστού. Παρόλο που οι προδιαθεσικοί παράγοντες (γενετικοί, περιβαλλοντικοί κ.ά.) εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας από μόνος του ή σε συνδυασμό δεν μπορεί να εξηγήσει το μηχανισμό γένεσης της νόσου (Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, 2002).

Η πρωτογενής πρόληψη μπορεί να μετατρέψει σε

προστατευτικούς τους επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου, ελαττώνοντας τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού (Αποστολίδης Ν., 1998).

ABSTRACT

Maria Tzompanaki, Maria Iliadou: Risk factors associated with breast cancer.

“ELEFTHO”, 1:25-30, 2008

This paper, through the literature review, aims at recording the risk factors that influence the appearance of breast cancer. Sex, age, the familial background, the endocrinological factors, the post mature menopause, precocious menarche, the age of first pregnancy, the exogenous factors, morphological, nutrient and environmental are brought to play particularly important role in the appearance of illness.

Key words: breast cancer, risk factors.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ. (1996): Σύγχρονη Μαστολογία. Αθήνα, Εκδόσεις “Comteko”.
- Αποστολίδης Ν. (1998): Ο καρκίνος του μαστού: σύγχρονες απόψεις. Αθήνα, Εκδόσεις “Επτάλοφος”.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2001): Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχοογκολογίας. Αθήνα, Εκδόσεις “Δόντας Ν. – Μπεσμέας Σ.”.
- Ιωαννίδου-Μουζάκα Λ.: Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να σώσει ζωές από τον καρκίνο του μαστού. www.disabled.gr
- Δημητριάδης Ε. (2002): Μελέτη νέων παραμέτρων ως προγνωστικών δεικτών στον καρκίνο του μαστού. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής.
- Ιατρική (2001): Περιοδικό, Τόμος 80, Τεύχος 5ο.
- Ιατρική (1998): Περιοδικό, Τόμος 74, Τεύχος 5ο.
- Παπαδάκης Ε. (2005): Μελέτη γενετικών τύπων υπεύθυνων για τη λειτουργία των γονιδίων P53, H-ras στον καρκίνο του μαστού. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Ηρακλείου Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής.
- Ετήσιο Συμπόσιο (2003): Οι παθήσεις του μαστού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Ηράκλειο Κρήτης.
- Miki W. Swensen J., Shattuck-Eidens D., Futeal P.A., Harsman K., Tavtigian W. et al. (1994): A strong candidate for the breast and ovarian carcinomas susceptibility gene BRCA 1.
- Futeal P.A., Liu Q., Shattuck-Eidens D., Cochran C., Harsman K., Tavtigian W. et al. (1994): BRCA 1 mutation in primary breast and ovarian carcinomas.
- Larson J.S., Tonkinson J.L., Lai M.T. (1997): A BRCA 1 mutant alters G2-M cell cycle control in human mam-

- mary epithelial cells.
- Cortez D., Wang Y., Qin J., Elledge S.J. (1999): Requirement of ATM-dependent phosphorylation of BRCA 1 in the DNA damage response to double-strand breaks.
- Scully R., Chen J., Plug A., Xiao Y., Weaver D., Feunteun J. et al. (1997): Association of BRCA 1 with Rad51 in mitotic and meiotic cells.
- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2000): Περιοδικό, Τόμος 17, Τεύχος 2ο.
- Ιατρική (1998): Περιοδικό, Τόμος 73-74, Τεύχος 5ο.
- Κρεατσάς Γ., Παπαδήμας Ι. (1997): Εφηβική Γυναικολογία και Εμμηνόπαυση. Τόμος 9, Τεύχος 4ο. Τριμηνιαία Έκδοση της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας.
- American Cancer Society (2005): Detailed Guide for the Breast Cancer. www.cancer.org
- Γκρινάτσος Ι. (1998): Η προγνωστική σημασία των δεικτών: Ειδικό προστατευτικό αντιγόνο (PSA), οιστρογονικοί υποδοχείς (ER) και προγεστερονικοί υποδοχείς (PgR) στον καρκίνο του μαστού. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής.
- Τσακουτάκης Ν. (2005): Τα επιδημιολογικά δεδομένα του καρκίνου του μαστού στην Κρήτη και η συσχέτισή τους με προγνωστικούς παράγοντες. Έρευνα –Μελέτη. Πανεπιστήμιο Ηρακλείου Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής.
- Hrubec Z., Boise J.D., Monson R.R. et al. (1989): Breast cancer after multiple chest fluoroscopies: second follow-up of Massachusetts women with tuberculosis.
- Millerl A.B., Howe G.R., Sherman G.J. et al. (1989): Mortality from breast cancer after irradiation during fluoroscopic examination in patients being treated for tuberculosis.
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία (2002): Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχολογίας. Τόμος Α΄. Αθήνα, Εκδόσεις “Δόντας Ν. – Μπεσμέας Σ.”.
- Feig S.A., Hendrick R.E. (1997): Radiation Risk From Screening Mammography in Women Aged 40-49 years. American Cancer Society Workshop on Guidelines for Breast Cancer Detection, Chicago.
- Ελληνική Χειρουργική Εταιρεία (2003): Διαγνωστικές και Θεραπευτικές κατευθύνσεις στη Χειρουργική Ογκολογία. Αθήνα, Εκδόσεις “Stimulus-Φιλοπούλου Δ.”.
- Κουτής Χ.: Ειδική Επιδημιολογία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής.
- Slattery M.L., Curtin K. et al.: Active and passive smoking, ILG, ESR1, and breast cancer risk. Breast Cancer Res. Treat. 2007.
- Soerjomataram I., Pukkala E., Brenner H., Coebergh J.W.: On the avoidability of breast cancer in industrialized societies: older mean age at first birth as an indicator of excess breast cancer risk.
- Pierce J.P., Natarajan L., Caan B.J. et al.: Influence of a diet very high in vegetables, fruit and fiber and low in fat on prognosis following treatment for breast cancer: the Womens Healthy Eating and Living (WHEL) randomized trial. JAMA 2007, JUL 18; 298(3):335-6.

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΛΑΡΙΣΑΣ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

Προς το
Σ.Ε.Μ. Αθηνών
Αρ. Παππά 2 - ΑΘΗΝΑ

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Μετά τις αρχαιρεσίες που διενεργήθηκαν στις 23 Νοεμβρίου 2007, εκλέχθηκε το νέο Διοικητικό Συμβούλιο στο Σ.Ε.Μ. Λάρισας, που αποτελείται από τις:

- Αλεξοπούλου Ευθυμία
- Κοντή Φωτεινή
- Μπάνου Ασημίνα
- Παπαθανασίου Παναγιώτα
- Τσουμάνη Ελένη

Συγκροτήθηκε σώμα και αποφασίστηκαν:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ. ΛΑΡΙΣΑΣ

<i>Πρόεδρος:</i>	ΕΛΕΝΗ ΤΣΟΥΜΑΝΗ
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	ΕΥΘΥΜΙΑ ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ
<i>Ταμίας:</i>	ΑΣΗΜΙΝΑ ΜΠΑΝΟΥ
<i>Μέλος:</i>	ΦΩΤΕΙΝΗ ΚΟΝΤΗ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

<i>Μέλη:</i>	ΑΡΓΥΡΩ ΚΟΛΙΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ ΤΣΟΥΡΗ
--------------	--

Η Πρόεδρος

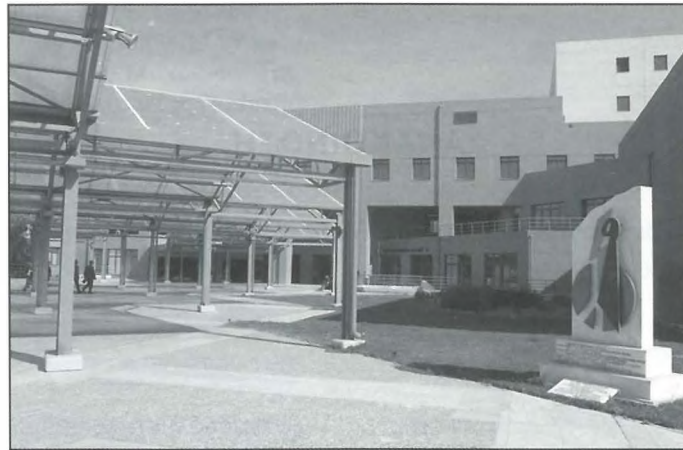
ΕΛΕΝΗ ΤΣΟΥΜΑΝΗ

Η Γεν. Γραμματέας

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ

2ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού 14-18 Απριλίου 2008

Γ' Μαιευτική - Γυναικολογική & Γ' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΤΤΙΚΟΝ"



ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ

- **Ε. Σαλαμαλέκας**, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Διευθυντής Γ' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- **Π. Νικοηαΐδου-Καρπαθίου**, Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Διευθύντρια Γ' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

Δευτέρα, 14 Απριλίου 2008

- 09:00 - 09:30 Εγγραφή και οδηγίες
- 09:30 - 11:00 • Πολιτική υπέρ του Μητρικού Θηλασμού – Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος
Π. Μέξη
• Η σχέση μητέρας-νεογνού
Γ. Μπούρας
- 11:00 - 11:15 Διάλειμμα
- 11:15 - 12:00 • Τεχνική μητρικού θηλασμού: θέσεις, σωστή σύλληψη μαστού
Α. Δρούγκα, Π. Χάδλα
- 12:15 - 13:00 • Επίσκεψη στο Μαιευτικό Τμήμα – Οδηγίες και επίδειξη μητρικού θηλασμού
- 13:00 - 14:00 Διάλειμμα – Ελαφρύ γεύμα
- 14:00 - 15:00 • Αντισύλληψη σε θηλάζουσες μητέρες
Ν. Μπουρνάς

Τρίτη, 15 Απριλίου 2008

- 09:00 - 11:00 • Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για το παιδί
A. Δασκαλάκη
- Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για τη μητέρα
I. Τασιοπούλου
- 11:00 - 11:15 Διάλειμμα
- 11:15 - 12:00 • Τεχνική θηλασμού – Σημεία πείνας νεογνού – Σημεία κατάποσης
Εκτίμηση επάρκειας θηλασμού
Σ. Γκάντζεβα, Κ. Πιλιτσίδου
- 12:15 - 13:00 • Επίσκεψη στο Μαιευτικό Τμήμα – Οδηγίες και επίδειξη μητρικού θηλασμού
- 13:00 - 14:00 Διάλειμμα – Ελαφρύ γεύμα
- 14:00 - 15:00 • Προβολή VIDEO

Τετάρτη, 16 Απριλίου 2008

- 09:00 - 11:00 • Ανατομία μαστού – Μηχανισμός παραγωγής γάλακτος
Π. Μέξη
- Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό – Δεσμός μητέρας-παιδιού – Bonding
I. Κύρκου
- Διατροφή μητέρας που θηλάζει
Η. Πολύζου
- 11:15 - 12:00 • Τεχνική θηλασμού – Τεχνητές θηλές, αντιμετώπιση ελαττωμένης παραγωγής, ελαττωμένης πρόσληψης από το βρέφος
Ε. Τζιβρά, Α. Δρούγκα
- 12:15 - 13:00 • Επίσκεψη στο Μαιευτικό Τμήμα – Οδηγίες και επίδειξη μητρικού θηλασμού
- 13:00 - 14:00 Διάλειμμα – Ελαφρύ γεύμα
- 14:00 - 15:00 • Προβλήματα θηλασμού και αντιμετώπιση: ίκτερος, προωρότητα, σχιστίες
Σ. Ανθίμου

Πέμπτη, 17 Απριλίου 2008

- 09:00 - 11:00 • Βιοχημική σύσταση μητρικού γάλακτος
A. Δασκαλάκη
- Ανοσολογικές ιδιότητες μητρικού γάλακτος
Γ. Νύκταρη
- Τράπεζα Γάλακτος & Ατομική Τράπεζα Γάλακτος
Ε. Αλεξίου
- 11:00 - 11:15 Διάλειμμα
- 11:15 - 12:00 • Διάρκεια μητρικού θηλασμού – Χορήγηση συμπληρωματικών τροφών
A. Καρατζή, Π. Χάδλα
- 12:15 - 13:00 • Επίσκεψη στο Μαιευτικό Τμήμα – Οδηγίες και επίδειξη μητρικού θηλασμού
- 13:00 - 14:00 Διάλειμμα – Ελαφρύ γεύμα
- 14:00 - 15:00 • Υποστήριξη μητρικού θηλασμού μετά την έξοδο από το Μαιευτήριο
Π. Χάδλα

Παρασκευή, 18 Απριλίου 2008

- 09:00 - 11:00 • Εκπαίδευση ενηλίκων – Επικοινωνία με τις μητέρες
Π. Μέξη, Γ. Μπούρας
- Διατροφή πρόωρων νεογνών
Ε. Τσεκούρα
- 11:00 - 11:15 Διάλειμμα
- 11:15 - 12:00 • Τεχνική μητρικού θηλασμού – Αντιμετώπιση υπερφόρτωσης μαστών
Κ. Βουργέντη
- 12:15 - 13:00 • Επίσκεψη στο Μαιευτικό Τμήμα – Οδηγίες και επίδειξη μητρικού θηλασμού
- 13:00 - 14:00 Λήξη εργασιών Σεμιναρίου – Ελαφρύ γεύμα

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το παραπάνω πρόγραμμα περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική άσκηση για την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού σύμφωνα με τις Οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της Unicef.

- Η πρακτική άσκηση γίνεται σε ομάδες λίγων ατόμων.
- Χορηγούνται μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Υπεύθυνη Σεμιναρίου: **Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά**
Υπεύθυνη Πρακτικής Άσκησης: **Άννα Δασκαλάκη**

Πληροφορίες: **Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά**
Παιδίατρος – Νεογνολόγος, Πιστοποιημένη Σύμβουλος Γαλουχίας IBCLC
Τηλ.: 210 5831298, 210 5832228 • e-mail: ymexi@hotmail.com

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ

medimall

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ
ΜΟΝΑΔΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
Μεσογείων 2-4
Πύργος Αθηνών – Α΄ Κτήριο (8ος όροφος)

Προς το Σ.Ε.Μ. Αθηνών
Αρ. Παππά 2 - ΑΘΗΝΑ

Σας ενημερώνουμε ότι το Κέντρο μας παρέχει τις υπηρεσίες του **δωρεάν** σε όλες τις Μαίες, όπως επίσης και έκπτωση 70% σε όλα τα α΄ βαθμού συγγενείας τους πρόσωπα. Η παροχή αφορά σε όλα τα τμήματα του Κέντρου μας:

- Μικροβιολογικό • Ακτινολογικό (μαστογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας, ΥΣΓ, κλασική ακτινολογία) • Καρδιολογικό (ΗΚΓ, Holder, Test κοπώσεως) • IVF

Με εκτίμηση το Διοικητικό Συμβούλιο

Υπεύθυνη: **Μαρία Βουκικλάρη, Μαία**

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Προς το
Σ.Ε.Μ. Αθηνών
Αρ. Παππά 2 - ΑΘΗΝΑ

Ναύπλιο, 4 Μαρτίου 2008
Αριθμ. Πρωτ. 628

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Μετά τις αρχαιρεσίες που έγιναν στις 3 Φεβρουαρίου 2008, η νέα σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου είναι η παρακάτω:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Πρόεδρος:	ΑΓΗΣΙΛΑΟΣ ΠΑΙΔΑΚΗΣ
Αντιπρόεδρος:	ΜΑΡΙΑ ΨΥΛΛΑ
Γεν. Γραμματέας:	ΜΙΧΑΗΛ ΜΩΡΟΣ
Ταμίας:	ΓΕΩΡΓΙΑ ΑΓΓΕΛΑΙΝΑ
Μέλος:	ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλος:	ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ ΣΜΑΡΩ
--------	-----------------

Ο Πρόεδρος

ΑΓΗΣΙΛΑΟΣ ΠΑΙΔΑΚΗΣ

Ο Γεν. Γραμματέας

ΜΙΧΑΗΛ ΜΩΡΟΣ

7ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας

Στις 19 Ιανουαρίου 2008 πραγματοποιήθηκε με επιτυχία στο Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ" το "7ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας" με τη συνεργασία του Σ.Ε.Μ.Α. και της Γ' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου. Ο Καθηγητής κ. Λόγης για μια ακόμη φορά έδωσε εξειδικευμένη και υψηλής ποιότητας γνώση Καρδιοτοκογραφίας στις Μαίες που το παρακολούθησαν.

Το "8ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας" θα επαναληφθεί τον προσεχή Μάιο.

- Η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική.
- Θα δοθούν Βεβαιώσεις Παρακολούθησης.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ταυτότητα μέλους του Σ.Ε.Μ. στον οποίο ανήκετε.
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Πληροφορίες για το Σεμινάριο και για δήλωση συμμετοχής στο Σ.Ε.Μ.Α.:
Τηλ. και Fax: 210. 6465691, 210. 6429675, E-mail: sema-icm@otenet.gr

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ
ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ (Ν.Π.Δ.Δ.)**

Ιωάννινα, 11/12/2007
Αριθμ. Πρωτ. 47

Γεωργίου Παπανδρέου 2 - Κτήριο Β
Τ.Κ. 45 444 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
Τηλ.: 6949 047096, Fax: 26510-32907

**Προς το
Σ.Ε.Μ. Αθηνών
Αρ. Παππά 2 - ΑΘΗΝΑ**

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Με μεγάλη μας χαρά σας ανακοινώνουμε τη στέγαση του Συλλόγου μας μετά από 11 χρόνια επαναλειτουργίας του, από το 1996. Κατόπιν πολλών προσπαθειών καταφέραμε να στεγαστούμε από τις 6 Δεκεμβρίου 2007 στα Ιωάννινα, στην παρακάτω διεύθυνση:

**Γεωργίου Παπανδρέου 2 - Κτήριο Β
Τ.Κ. 45 444 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
Τηλ.: 6949 047096, Fax: 26510-32907**

Ευχαριστούμε θερμά τις Μαίες και τους Μαιευτές όλων των Τμημάτων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και του Νοσοκομείου "Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑΣ" Ιωαννίνων, για την πολυετή φιλοξενία του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων στους χώρους τους.

Με ειλικρινή εκτίμηση και σεβασμό προς όλες τις Μαίες και όλους τους Μαιευτές της Διοικητικής Περιφέρειας του Συλλόγου μας (Νομοί Ηπείρου – Νομός Κέρκυρας), για την ισχυροποίηση του μικρότερου Επιστημονικού Συλλόγου της χώρας μας (160 μέλη).

Με τιμή
Για το Διοικητικό Συμβούλιο του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων

Η Πρόεδρος

ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΟΥΛΑ

Η Γραμματέας

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΧΑΛΑΤΣΗ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι παρακάτω οδηγίες αποτελούν προϋπόθεση για την ομοιομορφία στη διάταξη και συγγραφή των άρθρων του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ" και θα πρέπει να εφαρμόζονται από τους συγγραφείς που υποβάλλουν άρθρα προς δημοσίευση. Σε αντίθετη περίπτωση τα άρθρα θα επιστρέφονται στους συγγραφείς, χωρίς να έχουν αξιολογηθεί. Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση υπόκεινται σε αξιολόγηση από δυο ανεξάρτητους κριτές και τελικά δημοσιεύονται κατόπιν απόφασης του Διευθυντή Σύνταξης.

Το περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" δημοσιεύει:

- 1. Άρθρα Σύνταξης.** Σύντομα άρθρα ανασκόπησης, που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα και γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής.
- 2. Ανασκοπήσεις.** Ενημερωτικά άρθρα που αφορούν μαιευτικά θέματα ή θέματα συναφή με τη Μαιευτική επιστήμη. Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις που έχουν γραφτεί από έναν ή δυο συγγραφείς.
- 3. Βιβλιοκρισία-Βιβλιοπαρουσίαση.** Η παρουσίαση και η κριτική επιλεγμένων βιβλίων γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από πρόσωπα που έχουν προσκληθεί από τη Συντακτική Επιτροπή.
- 4. Γενικά άρθρα.** Άρθρα που σχετίζονται με τις επιστήμες Υγείας και συμπεριλαμβάνουν απόψεις για την θεωρία και πρακτική της Μαιευτικής.
- 5. Ερευνητικές εργασίες.** Προοπτικές ή αναδρομικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν βάσει ερευνητικού πρωτοκόλλου, το οποίο θα περιγράφεται στη μεθοδολογία της εργασίας.
- 6. Επίκαιρα θέματα.** Άρθρα που κάνουν σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένα ζητήματα.
- 7. Επιστολές προς τη Σύνταξη.** Επιστολές που περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις όσον αφορά τις ήδη δημοσιευμένες εργασίες και τα αποτελέσματα ερευνών, κρίσεις ή προτάσεις για το περιοδικό και παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα και δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 500 λέξεις.
- 8. Περιγραφές ενδιαφερόντων περιστατικών.**
- 9. Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις.**

Υποβολή εργασιών

Η υποβολή των εργασιών γίνεται προς τη Συντακτική Επιτροπή στην παρακάτω διεύθυνση:

Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/τών Αθήνας
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής
Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα,
ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
E-mail: sema-icm@otenet.gr
Τηλέφωνα επικοινωνίας:
210.6465691 (Fax) και 210.6429675

Οι εργασίες υποβάλλονται στην ελληνική γλώσσα, στο πρωτότυπο και σε τέσσερα φωτοαντίγραφα (και σε μια δισκέτα ή δίσκο Η/Υ). Η υποβολή μπορεί να γίνει και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο e-mail του Συλλόγου. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα και με μονοτονικό σύστημα. Όλο το άρθρο πρέπει να είναι πληκτρολογημένο στη μια όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4, σε διπλό διάστιχο, με μέγεθος γραμματοσειράς 12 και σε πλήρη στοίχιση. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2,5 εκ. Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας θα πρέπει να αναφέρεται ο τύπος του άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική Εργασία).

Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής των άρθρων θα πρέπει να υπάρχει μια συνοδευτική επιστολή, που θα αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία με το περιοδικό.

Διάταξη της ύλης

Όλες οι σελίδες αριθμούνται στην κάτω δεξιά γωνία αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου. Κάθε άρθρο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα: σελίδα τίτλου, ελληνική περίληψη, αγγλική περίληψη, κείμενο, ευχαριστίες, κατάλογο με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες των εικόνων. Η Συντακτική Επιτροπή μπορεί να κάνει φραστικές μετατροπές και διορθώσεις.

Σελίδα τίτλου

Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου. Ο τίτλος θα πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός. Ακολουθεί το πλήρες όνομα των συγγραφέων, με τη σειρά που εμφανίζονται στο άρθρο. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Οι ακαδημαϊκοί τίτλοι των συγγραφέων και το ίδρυμα ή η κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο θα πρέπει να αναφέρονται.

Ελληνική Περίληψη

Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στην πε-

ρίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται στα αγγλικά ο τίτλος του άρθρου, τα ονόματα των συγγραφέων και το Ίδρυμα ή η Κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο. Η αγγλική περίληψη ανακεφαλαιώνει τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρει τα εξής: α) Objective, β) Design, γ) Results, δ) Conclusions. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά (Key words) στα αγγλικά. Η σύνταξη του περιοδικού έχει το δικαίωμα να κάνει τις απαραίτητες διορθώσεις σύμφωνα με τις υποδείξεις των φιλολόγων-κριτών.

Το κείμενο

Το κείμενο χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται σε πίνακες δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο. Για τις ανασκοπήσεις θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα. Για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις θα αναφέρονται τα εξής: Εισαγωγή, Περιγραφή Περίπτωσης, Σχόλιο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Η βιβλιογραφία και οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο πρέπει να τοποθετούνται κατά το σύστημα "Harvard" στο τέλος της πρότασης. Το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος που έγινε η δημοσίευση θα πρέπει να τοποθετούνται μέσα σε παρένθεση. Σε περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από δύο, τότε θα πρέπει να τοποθετείται το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα ακολουθούμενο από τη λέξη "και συνεργάτες" και το έτος της δημοσίευσης. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο (και μόνο αυτές) καταχωρούνται στο βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο και τις ευχαριστίες. Για τη σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου αναφέρονται παρακάτω παραδείγματα, τα οποία είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Index Medicus.

Αρχικά προηγούνται τα ονόματα των συγγραφέων (επώνυμο και αρχικό γράμμα ονόματος, ακολουθεί τελεία και κόμμα, το επώνυμο και το όνομα του επόμενου συγγραφέα κ.ο.κ.). Ακολουθεί ο τίτλος της εργα-

σίας, το περιοδικό, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού, άνω και κάτω τελείες και οι σελίδες του άρθρου.

Τυπικό άρθρο περιοδικού

Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων, μέχρι έξι. (Όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι, ακολουθεί η ένδειξη "et al". Σε ελληνικά άρθρα ακολουθεί η ένδειξη "και συν."). Charlier C., Albert A., Herman P., Hamoir E., Gaspard U., Meurisse M., et al.: Breast cancer and serum organochlorine residues. *Occup Environ Med* 2003; 60: 348-351.

Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων)

The Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Endogenous sex hormones and breast cancer in post-menopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94: 606-616.

Βιβλία

Fraser D. and Cooper M. *Myles Textbook of Midwives*, 14th edition. Churchill Livingstone (Publisher), London, 2003: 360-367.

Κεφάλαια σε βιβλία

Spratt J., Donegan W., Sigdestad C.: Epidemiology and etiology. In: *Cancer of the breast* (Donegan W., Spratt J., eds). 4th edition. Philadelphia: WB Sanders Company, 1995.

Σε περίπτωση που οι συγγραφείς αναφέρονται σε προσωπικές επικοινωνίες με άλλους ερευνητές, αυτό θα αναγράφεται στο κείμενο σε παρένθεση (K. Fraser, προσωπική επικοινωνία). Η παραπομπή δεν θα αναφέρεται στον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών.

Πίνακες και Εικόνες

Τα αποτελέσματα της εργασίας που περιέχονται σε πίνακες δεν πρέπει να επαναλαμβάνονται στο κείμενο, στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων. Όλοι οι πίνακες και οι εικόνες πρέπει να βρίσκονται σε ξεχωριστή σελίδα και να αριθμούνται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο με αραβικούς αριθμούς. Οι λεζάντες των εικόνων θα πρέπει να είναι επεξηγηματικές όπως και οι πίνακες. Επίσης, οι εικόνες, είτε πρόκειται για φωτογραφίες είτε για διαγράμματα, θα πρέπει να έχουν απόλυτη καθαρότητα και ευκρίνεια.

Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

1ο ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ & "HANDS-ON" ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ Πυελικό έδαφος & περίνεο κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό & τη λοχεία

Σεμινάρια Μαιευτικής και Γυναικολογίας στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης Μαιών-Μαιευτών

Την Παρασκευή 14 και το Σάββατο 15 Δεκεμβρίου 2007 πραγματοποιήθηκε με επιτυχία και με διεθνή συμμετοχή το «1ο Θεωρητικό και "Hands-on" Σεμινάριο για το πυελικό έδαφος και περίνεο κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία», που διοργάνωσε το Τμήμα Ουρογυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών (Σ.Ε.Μ.Α.) και με τη συμμετοχή του Συλλόγου "ΕΥΤΟΚΙΑ" και της Ελληνικής Εταιρείας Αποκατάστασης Πυελικού Εδάφους.

Το Σεμινάριο έγινε στο "ιστορικό" πλέον Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", χώρο στον οποίο η γνώση πολλών δεκάδων ετών στα θέματα Μαιευτικής-Γυναικολογίας δόθηκε απλόχερα σ' όσους με ενδιαφέρον παρακολούθησαν τις συζητήσεις, ημερίδες, μαθήματα και οργανωμένα προγράμματα, που πραγματοποιούνται εκεί.

Την έναρξη του Σεμιναρίου χαιρέτησε ο καθηγητής κ. Αριστείδης Αντσακλής, ο κ. Σταύρος Αθανασίου, λέκτορας του Τμήματος Ουρογυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής και Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής του Σεμιναρίου και η κ. Περμανθία Παναγή, Γεν. Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Α. και Μέλος της Οργανωτικής Επιτροπής του Σεμιναρίου. Μεγάλη τιμή υπήρξε για όλους τους παρευρισκόμενους η παρουσία του καθηγητή κ. Στυλιανού Μιχαλά, ο οποίος παρακολούθησε τις εργασίες της πρώτης ημέρας του Σεμιναρίου και εξέφρασε τα συγχαρητήριά του για την πρωτοτυπία του κεντρικού θέματος του Σεμιναρίου.

Στη διάρκεια της πρώτης ημέρας του Σεμιναρίου (Θεωρητικό Μέρος) αναλύθηκαν οι ενότητες: "Πυελικό έδαφος και εγκυμοσύνη", "Φροντίδα πυελικού εδάφους κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία", "Αποκατάσταση περινεοτομής", "Ρήξεις 3ου & 4ου βαθμού" και το μεγάλο θέμα "Περινεοτομία & ελληνική πραγματικότητα", όπου υπήρξε DEBATE γι' αυτό (υπέρ και κατά της περινεοτομίας).

Όλοι οι ομιλητές, Έλληνες και ξένοι, υποστήριξαν τη σημασία της πρόληψης για τις κακώσεις του περινέου, όπως επίσης και τη μεγάλη ανάγκη να γνωρίζουμε ακριβώς τις τεχνικές αποκατάστασης των μεγάλων ρήξεων, όταν αυτές συμβούν. Η περινεο-

τομή και η συρραφή του περινεϊκού τραύματος μετά τον τοκετό αποτελεί την πιο συχνή χειρουργική επέμβαση της Μαιευτικής.

Με μεγάλη γλαφυρότητα η καθηγήτρια κ. R. Thakar και ο καθηγητής κ. A. Sultan ανέπτυξαν τα θέματα της έγκαιρης και ορθής αναγνώρισης των κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού κατά τον τοκετό και την ανάγκη ορθής αντιμετώπισής τους, η οποία έχει ιδιαίτερη σημασία για την αποφυγή επιπλοκών, που αφορούν τη μετέπειτα σεξουαλική (και όχι μόνο) ζωή της γυναίκας.

Οι ομιλητές από όλους τους χώρους (Γυναικολόγοι-Μαιευτές, Μαίες και Φυσιοθεραπευτές) τόνισαν ιδιαίτερα τη σημασία της γνώσης της ανατομίας και φυσιολογίας του περινέου και την προετοιμασία, η οποία υποχρεωτικά πρέπει να εφαρμόζεται για την αποφυγή κακώσεων ή τραυματισμού του κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Το εξειδικευμένο Σεμινάριο ("Hands-on") της 2ης ημέρας (15 Δεκεμβρίου) συνεχίστηκε με την προβολή Video, που αφορούσε τις τεχνικές συρραφής και αποκατάστασης ρήξης περινέου και σφιγκτήρα και αποκατάστασης ορθοκολπικών συριγγίων. Επίσης, σε προπλάσματα χοιριδίων (καρδιακός μυς και πρωκτός) έγινε πρακτική από τους συμμετέχοντες (Μαίες-Μαιευτές και Ιατρούς) στη συρραφή περινεοτομής και ρήξης σφιγκτήρα 3ου βαθμού, αφού προηγήθηκε πρακτική εφαρμογή σε ειδικά προπλάσματα σιλικόνης με την καθοδήγηση και επίβλεψη των ομιλητών.

Κατά γενική ομολογία των συμμετεχόντων το Σεμινάριο στέφθηκε από απόλυτη επιτυχία και ζητήθηκε να γίνει σύντομα η επανάληψή του.

Στόχος του Σ.Ε.Μ. Αθηνών είναι να ενισχυθούν μέσω αυτών των σεμιναριακών κύκλων οι γνώσεις των Μαιών-Μαιευτών σε θέματα στα οποία απαιτείται συνεχής ενημέρωση και επιμόρφωση, έτσι ώστε η επιστημονική μας παρουσία στο χώρο της Μαιευτικής και Γυναικολογίας να είναι άρτια και εμπειροστατωμένη.

Ευελπιστούμε ότι η συμμετοχή Μαιών-Μαιευτών στο "2ο Σεμινάριο πυελικού εδάφους και περινέου", που θα γίνει στον ίδιο χώρο στις 14 & 15 Δεκεμβρίου 2008, να είναι ακόμη μεγαλύτερη, στηρίζοντας

έτσι τους στόχους του Σ.Ε.Μ. Αθηνών για συνεχή επισημονική επιμόρφωση στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης.

Θερμές ευχαριστίες από το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Αθηνών στο Τμήμα Ουρογυναικολογίας της Α΄ Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την οργάνωση του Σεμιναρίου αυτού και την αρμονική

συνεργασία με τις Μαίες και τους Μαιευτές στο χώρο του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ".

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Γεν. Γραμματέας

ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ

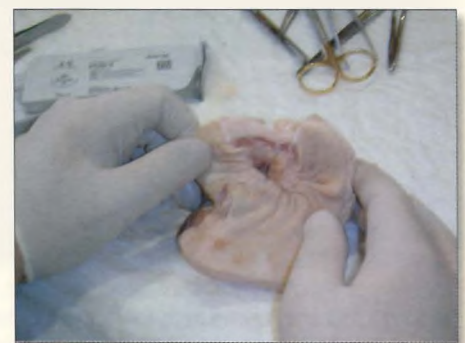
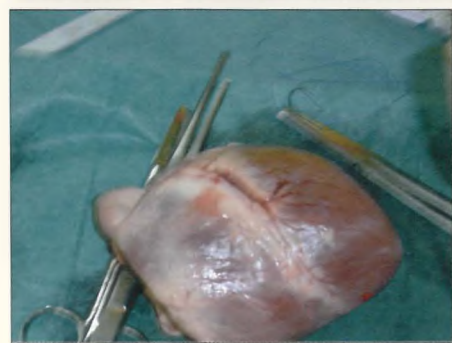
Μέλος Οργανωτικής Επιτροπής Σεμιναρίου



1. Ο καθηγητής κ. Α. Αντσακλής χαιρετίζει την έναρξη του Σεμιναρίου. 2. Ο καθηγητής κ. Σ. Μιχαλάς, ο λέκτορας του Τμήματος Ουρογυναικολογίας κ. Σ. Αθανασίου, η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Κ. Μάλφα και η Μαία κ. Ρ. Τραγέα. 3. Η Γεν. Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Α. και Μέλος της Οργανωτικής Επιτροπής κ. Π. Παναγή απευθύνει χαιρετισμό. 4. Η Μαία και Πρόεδρος του Συλλόγου "ΕΥΤΟΚΙΑ" κ. Ε. Δημόπουλου κατά την ομιλία της. 5. Ο λέκτορας κ. Σ. Αθανασίου. 6. Ο επιμελητής του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" κ. Π. Κουτρούμνης.



1. Η Μαιευτήρας κ. Μυρτώ Σωτηροπούλου. 2. Ο επίκ. καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας κ. Γ. Βλάχος. 3. Στο βήμα για το "DEBATE υπέρ ή κατά της περινεοτομίας" συντονιστής ήταν ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Ευάγ. Κιοσές. Στο τραπέζι οι ομιλητές: κ. Αντ. Ζήσου, Ειδικ. Μαιευτήρας, η Μαία κ. Βαρ. Σιάρμπα και ο επίκ. καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας κ. Ιωάν. Παπαγεωργίου. 4. Η καθηγ. κ. R. Thakar. 5. Ο καθηγ. Μαιευτικής-Γυναικολογίας κ. A. Sultan. 6. Ο κ. A. Sultan επιβλέπει την πρακτική άσκηση σε προπλάσματα.



Στιγμιότυπα από τη 2η ημέρα του Σεμιναρίου ("Hands-on"). Μάϊες και ιατροί υπό την καθοδήγηση και επίβλεψη των ομιλητών – εκπαιδευτών εφαρμόζουν μεθόδους αποκατάστασης κακώσεων, τόσο σε τεχνητά προπλάσματα όσο και σε προπλάσματα χοιριδίων.

Ένα άγγιγμα αξίζει όσο χίλιες λέξεις.

Όταν οι λέξεις φαίνονται μικρές για να εκφράσουν τα συναισθήματα, η αφή είναι ο πιο δυνατός τρόπος επικοινωνίας. Γι' αυτό, σας προσφέρουμε δύο τρόπους για να φροντίζετε τρυφερά το δερματάκι του μωρού σας. Έτσι αυτό θα νιώθει κάθε σας "συλλαβή".



Γιατί ένα άγγιγμα σημαίνει τόσα πολλά.

Η πιο ασφαλής "αγκαλιά" μετά της μαμάς.



Έμπνευση από τα μωρά.
Το αίσθημα της ασφάλειας βοηθά τα μωρά να μεγαλώνουν και να αναπτύσσονται. Γι' αυτό τα **Νέα Pampers New Baby** έχουν τώρα το σύστημα προστασίας **Secure-Me-Fit**, με ειδικές ταινίες που εφαρμόζουν η μία πάνω στην άλλη και τα πιο ελαστικά πλαϊνά, για να προσφέρουν την πιο ασφαλή «αγκαλιά» μετά της μαμάς.

