

ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΟΥΛΙΟΣ
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2010

ΠΑΡΩΡΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
Κ.Ε.Μ.Π.Α.Θ.
Αριθμός Άδειας
962/95



ΕΛΤΑ
Hellenic Post

ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ. Άδειας 962/95
Αρ. Πατρά 2 - 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210.6465691

Β' Περίοδος / Τόμος 15ος / Τεύχος 3ο

Έρθαν τα νέα Libero Newborn με **Navel Care**, οι πρώτες πάνες που σχεδιάστηκαν ειδικά για να εξασφαλίζουν την υγιεινή της ευαίσθητης περιοχής του αφαίου του νεογέννητου μωρού σας!

Από τη στιγμή που θα κοπεί ο ομφάλιος λώρος, τα νεογέννητα περνάνε ένα διάστημα μέχρι να επουλωθεί ο ευαίσθητος αφαίός τους, ο οποίος μπορεί εύκολα να μολυνθεί, ειδικά υπό συνθήκες ζέσης και υγρασίας που ευνοούν την ανάπτυξη βακτηρίων.

Τα νέα Libero Newborn με **Navel Care**, προστατεύουν την περιοχή χάρη στο πρωτοποριακό κόψιμο στον πυρήνα της πάνας σε σχήμα **U** ακριβώς γύρω από τον αφαίό, ο οποίος καλύπτεται μόνο από ένα πολύ λεπτό κάλυμμα που αφήνει το δέρμα να «αναπνέει».

Τώρα το νεογέννητο μωράκι σας απολαμβάνει την απόλυτη προστασία Libero!

Έρθει η πρώτη πάνα που προστατεύει τον αφαίο!



Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **Libero Club** 800-11-542376 και γίνετε μέλος για να λαμβάνετε δείγματα, κουπόνια και άλλα δώρα.

www.liberoclub.gr

ΕΛΕΥΘΩ

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 15ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Πρόεδρος:</i>	ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ
<i>Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:</i>	ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΜΠΑΡΟΥΤΑ
<i>Ταμίας:</i>	ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ
<i>Αναπλ. Ταμίας:</i>	ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ
<i>Μέλη:</i>	ΜΑΡΙΑ ΤΙΓΚΑ
	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΕΛΛΑ
<i>Αναπληρ. Μέλη:</i>	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΤΙΣΤΑΣ
	ΟΥΡΑΝΙΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ
	ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Μέλη:</i>	ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
<i>Αναπληρ. Μέλος:</i>	ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax) – 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Μ.Α.
Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax) – 210.6429675

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ

Κεφαλληνίας 47 – 112 57 Αθήνα
Τηλ.: 210.8810848 – Fax: 210.8812940
E-mail: akida123@otenet.gr

Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία
ΑΦΟΙ ΠΡΙΦΤΗ – ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

ΕΛΕΥΘΩ

ΕΛΕΥΘΩ

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος - Τόμος 15ος, Τεύχος 2ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

2nd Period - Volume 15, Number 2
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2010



Επιστημονικοί Σύμβουλοι
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors
PAPANIKOLAOU NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

Διευθύντρια Σύνταξης
ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ

Editor in Chief
PECHLIVANI FANI

Συντακτική Επιτροπή
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΩΡΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

Editorial Board
E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
VENTIKOU CHRISTIANA
KARAMITROS DIMITRIOS
LYMPERI RALLOU
MANIATELLI ELISAVET
BOUROUTZOGLOU MARIA
MOROS MICHALIS
TOUFIDOU ANTONIA
CHADLA VIVI

Επιστημονικές εργασίες - Αλληλογραφία
Σ.Ε.Μ.Μ.Α.: Αριστ. Παππά 2 - 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) - 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Scientific papers - Correspondence
H.M.A.: 2 Arist. Pappa str. - 115 21 Athens
Tel.: 210.6465691(Fax) - 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος - Τόμος 15ος, Τεύχος 2ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (Ε.Μ.Α.) για την Προγεννητική Φροντίδα <i>Χαρά Μπαρούτα</i>	94
Συστάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κύησης, του εμβρύου και του νεογνού της διαβητικής μητέρας <i>Γεώργιος Λιόσης</i>	95
Έρευνα σε Μαίες-Μαιευτές για τη γνώση και την εφαρμογή του "Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος" <i>Ευστρατία Παπαϊωάννου</i>	105
Ποσότητα μητρικού γάλακτος – Γαλακταγωγιά <i>Φανή Πεχλιβάνη</i>	115
Διώξεις Μαιών από την Ιερά Εξέταση: Τα Χρονικά μιας Μεσαιωνικής Υστερίας <i>Μιχάλης Μώρος</i>	118
Ανακοινώσεις του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.	125
Ελληνική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία	126
Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" • Εκδηλώσεις Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2010 • 6η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό	127
Σ' αυτούς που έφυγαν...	128
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	129
Ανακοίνωση Σεμιναρίων στην Αλεξανδρούπολη	131

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 15, Number 2
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2010

CONTENTS

Statement of European Midwives Association (E.M.A.) on Antenatal Care <i>Chara Mparouta</i>	94
Concepts for the appropriate management of diabetic pregnancies <i>Georgios Liosis</i>	95
Research for the knowledge and the application of the principals of the "International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes", to Midwives <i>Efstratia Papaioannou</i>	105
Breast milk quantity – Galactogogues <i>Fani Pechlivani</i>	115
Prosecutions of Midwives by the Inquisition: Chronicles of a Medieval Hysteria <i>Michalis Moros</i>	118
Announcements of S.E.M.M.A.	125
Hellenic Society of Psychoprophylaxis	126
The "FRIENDS OF BREASTFEEDING" • Word Breastfeeding Week: November 1-7, 2010 • 6th Annual Breastfeeding Conference	127
To those who left...	128
Directives for Writers	129
Seminars' Announcement in Alexandroupolis	131

Ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (Ε.Μ.Α.) για την Προγεννητική Φροντίδα

Απόδοση στην ελληνική γλώσσα: **Χαρίκλεια Μπαρούτα**, Αν. Γραμματέας Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Σκοπός της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (Ε.Μ.Α.) είναι να ασκήσει επιρροή στην εφαρμογή των πολιτικών που σχετίζονται με την υγεία των γυναικών, συμπεριλαμβανομένης της “Ευρωπαϊκής Οδηγίας 36/2005”, που αφορά την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων της Μαίας και του Μαιευτή (ΕΚ, 2005). Η Ε.Μ.Α. επίσης υποστηρίζει το “Διεθνή Ορισμό της Μαίας” (ICM, FIGO, WHO, 2005). Τόσο η “Ευρωπαϊκή Οδηγία” όσο και ο “Διεθνής Ορισμός της Μαίας” αναγνωρίζουν ξεκάθαρα το θεμελιώδη ρόλο των Μαιών στην παροχή της Προγεννητικής Φροντίδας για όλες τις έγκυες γυναίκες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έρευνες έχουν αποδείξει τα θετικά αποτελέσματα, που προκύπτουν, όταν οι Μαίες είναι απόλυτα υπεύθυνες για την Προγεννητική Φροντίδα των υγιών γυναικών. Η φροντίδα που παρέχεται από τις Μαίες ωφελεί τις έγκυες γυναίκες και τα έμβρυά τους και γι' αυτό συστήνεται (Hatem et al., 2009). Επιπλέον, η Προγεννητική Φροντίδα που παρέχεται από τη Μαία σχετίζεται με την εξελιγμένη αντίληψη της φροντίδας από τις γυναίκες (Villar et al., 2009). Προκειμένου η Ε.Μ.Α. να σχηματίσει σωστή αντίληψη για την παροχή Προγεννητικής Φροντίδας στην Ευρώπη, πραγματοποίησε έρευνα, που προηγήθηκε της “Ετήσιας Συνάντησης” στη Μάλτα το 2008. Στο ερωτηματολόγιο απάντησαν 28 χώρες.

ΠΛΑΙΣΙΟ

Τα κύρια αποτελέσματα διέγειραν ερωτήματα και έδωσαν πληροφορίες στην Ε.Μ.Α. σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση της Προγεννητικής Φροντίδας από Μαίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας οδήγησαν στη σύνταξη αυτής της δήλωσης που έχει ως εξής:

1. Η οργάνωση της Φροντίδας Υγείας στην Ευρώπη ποικίλλει. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο παροχής υπηρεσιών μητρότητας είναι: το ποσοστό αναλογίας διαφορετικών Επαγγελματιών Υγείας, η διαθεσιμότητα Μαιών ή Μαιευτήρων, η οργάνωση της Φροντίδας Υγείας και οι μορφές των αμοιβών.
2. Η πρόσβαση στην Προγεννητική Φροντίδα ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Σε κάποιες χώρες υγιείς έγκυες γυναίκες δεν μπορούν να έχουν άμεση πρόσβαση στη Μαιευτική Φροντίδα (σσ: φροντίδα που παρέχεται από Μαία), ούτε πλήρως ούτε περιστασιακά.
3. Η εμπειρία των σπουδαστών Μαιευτικής στην παροχή Προγεννητικής Φροντίδας μπορεί σε κάποιες χώρες να είναι περιορισμένη. Αυτό παραβαίνει ξεκάθαρα την Οδηγία 2005/36/ΕΚ σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων της Μαίας. Η ασφάλεια των εγκύων γυναικών μπορεί να διακινδυνεύσει όταν Μαίες με περιορισμένη εμπειρία στην Προγεννητική Φροντίδα πηγαίνουν να εργασθούν σε χώρες, όπου τα επαγγελματικά δικαιώματα των Μαιών έχουν πλήρη εφαρμογή. Η Ε.Μ.Α. υποστηρίζει απόλυτα τις Μαίες στις χώρες όπου οι δραστηριότητές τους δεν έχουν πλήρως εξασφαλισθεί.

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ Ε.Μ.Α.

- Η Ε.Μ.Α. πιστεύει ότι κάθε Κράτος-Μέλος πρέπει να αγωνίζεται για την εξασφάλιση της φροντίδας της μητρότητας από τη Μαία, κάτι που αποτελεί πλήρως αναγνωρισμένο επαγγελματικό δικαίωμα όπως φαίνεται από την “Οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2005/36/ΕΚ”.
- Στόχος της Ε.Μ.Α. είναι να ασκήσει επιρροή και να διευκολύνει την πρόσβαση στη Μαιευτική Φροντίδα, σε μια προσπάθεια να βελτιωθεί η φροντίδα υγείας των εγκύων γυναικών και να προαχθεί ένας υγιής τρόπος ζωής.
- Η Ε.Μ.Α. προτρέπει τα Κράτη-Μέλη να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν πλήρως τον ουσιαστικό ρόλο των Μαιών τόσο στην προληπτική φροντίδα υγείας και στην προ της σύλληψης φροντίδα, όσο και σε μια ευρύτερη περιοχή Δημόσιας Υγείας.
- Η Ε.Μ.Α. ενθαρρύνει τους Συλλόγους Μαιών των Κρατών-Μελών να υιοθετήσουν αυτές τις αρχές και να χρησιμοποιήσουν αυτή τη δήλωση στις χώρες τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ICM, FIGO, WHO: Definition of the Midwife, 2005.
 Directive 2005/36/EC: On the recognition of the professional qualifications of the midwife. Official Journal of the European Union, 2005.
 Hatem M. et al.: Midwife led-care versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Collaboration, 2009.
 Villar J. et al.: Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. The Cochrane Collaboration, 2009.

Συστάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κύησης, του εμβρύου και του νεογνού της διαβητικής μητέρας

Γεώργιος Λιόσης*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στην ενδεδειγμένη αντιμετώπιση-παρακολούθηση του διαβήτη στη γυναίκα πριν και κατά την κυοφορία, με σκοπό την περιστολή των κινδύνων που ενέχει για το κύημα/νεογνό, καθώς και τα σύγχρονα δεδομένα παρακολούθησης και άσκησης φροντίδας στο νεογνό μητέρας με διαβήτη. Ο συστηματικός έλεγχος των γυναικών για διαβήτη πριν και κατά την κύηση κατά τα τελευταία χρόνια, βελτίωσε σημαντικά την πορεία των κυήσεων και τη νεογνική νοσηρότητα. Η ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα της εγκύου, ο συστηματικός έλεγχός του ακόμη και κατά τον τοκετό, η παρακολούθηση του βιοφυσικού προφίλ του εμβρύου, η εντατική παρακολούθηση των νεογνών που χρήζουν νοσηλείας, η προαγωγή της ανεμπόδιστης γαλουχίας άμεσα μετά τον τοκετό, κατά περίπτωση, είναι κάποιες από τις σημαντικές κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης των κυήσεων διαβητικής μητέρας.

Λέξεις-κλειδιά: σακχαρώδης διαβήτης, διαβήτης κύησης, κίνδυνοι για το κύημα και το νεογνό, αντιμετώπιση, συστάσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πριν από μερικές δεκαετίες η τεκνοποίηση για τη γυναίκα, που έπασχε από διαβήτη, αποτελούσε στις περισσότερες περιπτώσεις άπιαστο όνειρο. Οι επιπλοκές ήταν τόσο σοβαρές ώστε η κύηση οδηγούσε σ' ένα πολύ μεγάλο ποσοστό στον εμβρυϊκό θάνατο. Ακόμη και ο μικρός εκείνος αριθμός των νεογνών, που κατάφεραν να γεννηθούν ζωντανά, απεβίωνε μέσα σε λίγες ημέρες μετά τη γέννηση από σοβαρή μορφή του Συνδρόμου Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ). Επίσης, οι μητέρες που παρουσίαζαν διαβήτη κύησης είχαν παρόμοια εξέλιξη. Ένα μεγάλο ποσοστό απεβίωνε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης από τις σοβαρές επιπλοκές που παρουσίαζε (Mountain K., 1991).

Μετά την ανακάλυψη της ινσουλίνης (1921) και την εφαρμογή της στην αντιμετώπιση των μητέρων με διαβήτη, παρουσιάστηκε ραγδαία πτώση της θνησιμότητας και νοσηρότητας τόσο των νεογνών, όσο και των μητέρων. Από τότε μέχρι σήμερα έχει πραγματοποιηθεί μεγάλη πρόοδος στην κατανόηση των παθογενετικών μηχανισμών του διαβήτη της κύησης, αλλά και στην αντιμετώπισή του.

* Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθυντής Νεογνολογικού Τμήματος Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

Αρκετές μελέτες προερχόμενες από εξειδικευμένα κέντρα έδειξαν ότι τις δυο τελευταίες δεκαετίες η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα στο διαβήτη κύησης δεν διαφέρει απ' αυτή στο γενικό πληθυσμό. Προφανώς, γιατί οι διαβητικές μητέρες απολαμβάνουν εξαιρετικά προσεκτικής αντιμετώπισης, τόσο οι ίδιες όσο και τα νεογνά τους μετά τη γέννηση. Αντίθετα, σε μητέρες που η διάγνωση τίθεται με καθυστέρηση, ο αριθμός των επιπλοκών της μητέρας και του νεογνού παραμένει αρκετά υψηλός.

Είναι λοιπόν σημαντικό η μητέρα με διαβήτη, είτε αυτός προϋπήρχε της εγκυμοσύνης είτε παρουσιάστηκε κατά την κύηση, να παρακολουθείται σε οργανωμένο κέντρο όπου υπάρχει ειδική ομάδα για την αντιμετώπιση της διαβητικής εγκύου. Η ομάδα αυτή εκτός από το Μαιευτήρα και τη Μαία, που παρακολουθούν την εγκυμονούσα, διαθέτει επίσης και ειδικευμένο στην αντιμετώπιση του διαβήτη Ενδοκρινολόγο (Hanson U. et al., 1986).

Σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση του διαβήτη είναι:

- α) η ακριβής γνώση του τύπου και της βαρύτητας του διαβήτη,
- β) τα επίπεδα και ο βαθμός ρύθμισης της γλυκόζης πριν την εγκυμοσύνη,
- γ) το ιστορικό της κύησης, αλλά και η ρύθμιση της γλυκόζης σ' όλη τη διάρκεια της κύησης.

Έλεγχος του διαβήτη πριν τη σύλληψη

Η συχνότητα των συγγενών ανωμαλιών στο διαβήτη που προϋπήρχε της εγκυμοσύνης, είναι πολύ υψηλότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο Kucera σε μελέτη του ανασκόπησε από το 1930 έως το 1964 όλες τις βιβλιογραφικές αναφορές στο θέμα: "Διαβήτης και συγγενείς ανωμαλίες". Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η συχνότητα συγγενών ανωμαλιών ήταν στο 4,8 % σε σχέση με το 1,65% στις φυσιολογικές κυήσεις (Kucera J., 1971).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι ο αποτελεσματικός έλεγχος του διαβήτη με εκπαίδευση της γυναίκας και αντιμετώπιση των διαταραχών της γλυκόζης πριν τη σύλληψη, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των συγγενών ανωμαλιών, αλλά και των εμβρυϊκών θανάτων. Οι έρευνες αυτές έδειξαν, επίσης, ότι η συστηματική παρέμβαση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που ο διαβήτης προϋπάρχει της εγκυμοσύνης, έχει σημαντική επίδραση και στη μητέρα, προετοιμάζοντάς την για κύηση με μειωμένο κίνδυνο επιπλοκών και κατά το δυνατό λιγότερα προβλήματα.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ρύθμιση της γλυκόζης και η διατήρησή της σε στενά θεραπευτικά επίπεδα ήδη πριν τη σύλληψη. Μελέτες έδειξαν ότι ο αποτελεσματικός έλεγχος της γλυκόζης, ιδιαίτερα στο κρίσιμο χρονικό στάδιο των πρώτων 7 εβδομάδων κατά το οποίο πραγματοποιείται η οργανογένεση, προκαλεί σημαντική μείωση των συγγενών ανωμαλιών.

Ο Ray και συν. (2001) σε μετα-ανάλυση, που αφορούσε 14 αναδρομικές μελέτες που έλαβαν χώρα τα τελευταία 20 χρόνια σε διαβητικές μητέρες, έδειξαν ότι ο συστηματικός έλεγχος της διαβητικής μητέρας πριν τη σύλληψη είχε ως αποτέλεσμα τον υποτριπλασιασμό των συγγενών ανωμαλιών. Όμως, παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις ο έλεγχος του διαβήτη έχει τόσο σημαντική ευνοϊκή επίδραση στον περιορισμό των επιπλοκών της μητέρας, του εμβρύου αλλά και του νεογνού, μόνο ένα μικρό ποσοστό μητέρων παρακολουθούνται ήδη πριν την εγκυμοσύνη.

Ακόμη και σε χώρες που έχουν αναπτυγμένη περιγεννητική φροντίδα όπως η Μεγάλη Βρετανία, ένας μικρός μόνο αριθμός γυναικών που έχουν διαγνωσμένο διαβήτη πριν από την εγκυμοσύνη, ελέγχεται συστηματικά πριν τη σύλληψη. Είναι λοιπόν σημαντικός ο έλεγχος και η διατήρηση της γλυκόζης σε στενά θεραπευτικά επίπεδα ήδη πριν από τη σύλληψη, όχι μόνο κάθε γυναίκας με διαγνωσμένο διαβήτη, αλλά και κάθε γυναίκας που αποφασίζει να ξεκινήσει διαδικασία τεκνοποίησης και παρουσιάζει παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη στην εγκυμοσύνη. Συνακόλουθα, η στενή παρακολούθηση της γλυκόζης θα πρέπει να συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Έλεγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Μεγάλη διχογνωμία υπήρχε σχετικά με τον έλεγχο κάθε εγκύου για τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη κύησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, ακόμη και σήμερα απαντώνται διαφορές μεταξύ των ερευνητών για τον πιο ασφαλή τρόπο ελέγχου των εγκύων για την ύπαρξη διαβήτη, αλλά και ως προς την εβδομάδα της κύησης κατά την οποία θα πρέπει να υλοποιείται ο έλεγχος αυτός.

Παλαιότερη οδηγία της "Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας", που δημοσιεύθηκε το 1991 συνιστούσε: «Κάθε γυναίκα θα πρέπει να ελέγχεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ανεξάρτητα εάν αυτή ανήκει σε κατηγορία υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαβήτη» (American Diabetes Association, 2010).

Ο Naylor και συν. (1997) παρουσίασαν τα αποτε-

λέσματα ελέγχου ενός μεγάλου αριθμού γυναικών από τον Καναδά (n 4.274), που έγινε μετά από 3ωρη μελέτη ανοχής καμπύλης γλυκόζης. Οι ερευνητές καθόρισαν ορισμένους παράγοντες κινδύνου που φαίνονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κριτήρια που δείχνουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη κύησης.

- Ηλικία >25 ετών
- Παθολογικό βάρος πριν την εγκυμοσύνη
- Συγγενείς 1ου βαθμού με διαβήτη
- Καταγωγή από εθνικότητα υψηλού κινδύνου
- Ιστορικό προηγούμενης κύησης με διαβήτη
- Ιστορικό εμβρυϊκής απώλειας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, εάν μια γυναίκα είχε κάτω από έναν παράγοντα κινδύνου, τότε είχε πολύ μικρή πιθανότητα να αναπτύξει διαβήτη κύησης. Εάν όμως είχε περισσότερους από δυο παράγοντες, τότε η πιθανότητα να αναπτύξει διαβήτη κύησης ήταν 4-7,5%. Τα αποτελέσματα αυτά του Naylor και συν. οδήγησαν πολλές επιστημονικές εταιρείες, όπως την “Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία”, να αλλάξουν στάση και να συστήνουν το συστηματικό έλεγχο μόνο των γυναικών που έχουν περισσότερους από έναν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη κύησης (American Diabetes Association, 2010).

Τη μελέτη του Naylor και συν. ακολούθησε ένας μεγάλος αριθμός κλινικών ερευνών που οδήγησαν σε ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα. Οι παραπάνω μελέτες έδειξαν, λοιπόν, ότι ο έλεγχος μόνο των γυναικών υψηλού κινδύνου έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση σε ποσοστό που φθάνει και το 43 % των εγκύων με διαβήτη κύησης. Επιπλέον, στο 28 % των εγκύων στις οποίες ο διαβήτης διέλαθε –γιατί δεν έγινε έλεγχος εγκαίρως– χρειαζόνταν θεραπεία με ινσουλίνη.

Η καθυστερημένη διάγνωση του διαβήτη κύησης σχετίστηκε θετικά με τη μακροσωμία εμβρύων και ως εκ τούτου πολύ μεγαλύτερη συχνότητα καισαρικών τομών αλλά και μαιευτικών κακώσεων, καθώς και ένα σημαντικό αριθμό επιπλοκών μετά τον τοκετό (Moore T., 2004). Υπάρχει ακόμη περίπτωση να μην είχε διαγνωσθεί σε γυναίκα δαβήτης Τύπου 2, προτού αυτή κυοφορήσει. Στην περίπτωση αυτή η περιγεννητική θνησιμότητα είναι 6 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με το διαβήτη της κύ-

ησης (ACOG, 2001). Φαίνεται, λοιπόν, ότι τουλάχιστον για τις αναπτυγμένες χώρες, όπως η χώρα μας όπου το ποσοστό παχυσαρκίας στον ελληνικό πληθυσμό είναι υψηλό, θα πρέπει να εφαρμόζεται ο έλεγχος για ύπαρξη διαβήτη σε κάθε έγκυο, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι παραγόντων κινδύνου (ACOG, 2001).

Ένα επίσης σημαντικό θέμα πάνω στο οποίο υπάρχει μεγάλη διχογνωμία, όπως προαναφέρθηκε, είναι και η φάση της κύησης κατά την οποία θα πρέπει να γίνεται ο έλεγχος για τυχόν ύπαρξη διαβήτη κύησης. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη και επομένως το ποσοστό εμφάνισης διαβήτη κύησης αυξάνεται με την πρόοδο της κύησης. Επομένως, όταν ο έλεγχος γίνει αργότερα και όχι στην αρχή της εγκυμοσύνης, τότε μειώνεται η πιθανότητα να ξεφύγουν περιστατικά στα οποία η νόσος εκδηλώνεται αργότερα. Από την άλλη πλευρά, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η διατήρηση της γλυκόζης κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της κύησης στα απολύτως στενά επιτρεπόμενα όρια, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των συγγενών ανωμαλιών αλλά και της μακροσωμίας στο έμβρυο.

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απολύτως απαραίτητο να τεθεί η διάγνωση στην αρχή τις εγκυμοσύνης. Για παράδειγμα, οι μητέρες που παρουσίασαν διαβήτη σε προηγούμενη κύηση έχουν 33-50 % πιθανότητα να παρουσιάσουν διαβήτη κύησης στην παρούσα εγκυμοσύνη. Στις μητέρες αυτές είναι απαραίτητο να γίνει γρήγορα ο έλεγχος, γιατί είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσουν σοβαρή υπεργλυκαιμία κατά το πρώτο ήμισυ της εγκυμοσύνης (American Diabetes Association, 2010).

Σύμφωνα με τους περισσότερους ειδικούς, οι έγκυες που πληρούν τα κριτήρια αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη (βλ. Πίνακα 1) θα πρέπει να ελέγχονται από το γιατρό στην πρώτη επίσκεψή τους. Εάν δεν παρουσιάζουν ευρήματα διαταραχών της γλυκόζης, απαιτείται και πάλι επανάληψη του ελέγχου μεταξύ της 24ης-28ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης. Οι μητέρες που βρίσκονται στις ομάδες χαμηλού κινδύνου, όσες δηλαδή δεν πληρούν τα κριτήρια που φαίνονται στον Πίνακα 1, θα πρέπει να ελέγχονται για πρώτη φορά στην αρχή του 3ου τριμήνου (24-28 εβδομάδες) (ACOG, 2001).

Δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία όσον αφορά τον τρόπο ελέγχου των εγκύων για την ύπαρξη διαβήτη. Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στην ακόλουθη αντιμετώπιση: στην πρώτη επίσκεψη στο Γυναικολόγο οι έγκυες θα πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά εάν παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου για

ανάπτυξη διαβήτη της κύησης, όπως αυτοί παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Στην περίπτωση αυτή οι εγκυμονούσες θα πρέπει να ελέγχονται με καμπύλη σακχάρου όσο το δυνατό νωρίτερα. Αντίθετα, εάν το ιστορικό της εγκύου είναι ελεύθερο, τότε θα πρέπει να ελέγχονται για πρώτη φορά μεταξύ της 24ης-28ης εβδομάδας της κύησης.

Οι έγκυες με επιβαρυντικούς παράγοντες, οι οποίες παρουσίασαν αρνητική καμπύλη σακχάρου, θα πρέπει να επανελέγχονται στην αρχή του 3ου τριμήνου (24η-28η εβδομάδα).

Υπάρχουν κάποιοι ερευνητές, που διατυπώνουν την ακόλουθη άποψη: επίπεδα γλυκόζης του αίματος πάνω από 126mg/dl (7mmol/l) όταν η έγκυος είναι νησική, ή ακόμη και επίπεδα γλυκόζης >200mg/dl (11,1mmol/l) σε τυχαίο δείγμα, είναι αρκετά για να θέσουν τη διάγνωση του διαβήτη με προϋπόθεση την επαλήθευσή τους. Όμως, δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα που να στηρίζουν την άποψη αυτή.

Οι πλέον έγκυρες εταιρείες που ασχολούνται με τη διάγνωση και αντιμετώπιση του διαβήτη κατά την κύηση, όπως η "Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία" και η "Αμερικανική Εταιρεία Μαιευτήρων-Γυναικολόγων", σε πρόσφατες οδηγίες τους συστήνουν ότι η πλέον έγκυρη προσέγγιση στη διάγνωση του διαβήτη της κύησης είναι η εφαρμογή της καμπύλης σακχάρου. Ο έλεγχος αυτός μπορεί να γίνει σε ένα ή δυο στάδια (American Diabetes Association, 2004).

1. Έλεγχος σε ένα μόνο στάδιο: πραγματοποιείται καμπύλη σακχάρου από την αρχή. Στις ΗΠΑ ο έλεγχος διαρκεί συνολικά 3 ώρες μετά από χορήγηση 100g γλυκόζης. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες χορηγούνται 75g γλυκόζης και ο έλεγχος διαρκεί 2 ώρες.

2. Έλεγχος σε δυο στάδια: αρχικά χορηγούνται 50g γλυκόζης και ελέγχεται η γλυκόζη μια ώρα αργότερα. Εάν τα επίπεδα γλυκόζης είναι μεγαλύτερα από το ανώτερο επιτρεπτό επίπεδο, τότε σε δεύτερο στάδιο γίνεται πλήρης 3ωρος έλεγχος καμπύλης σακχάρου αφού χορηγηθούν 100g γλυκόζης.

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί περιγράφονται και τα δυο στάδια ελέγχου καμπύλης σακχάρου.

Παρακολούθηση εμβρύου διαβητικής εγκύου

Παρά το γεγονός ότι η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα έχουν μειωθεί σημαντικά στο διαβήτη που προϋπήρχε της κύησης, όταν δεν υπάρχει καλή ρύθμιση της γλυκόζης στην έγκυο το ποσοστό των εμβρυϊκών θανάτων και των συγγενών ανωμαλιών παραμένει αρκετά υψηλό. Θα πρέπει να δίνεται

Πίνακας 2. Στάδια ελέγχου καμπύλης σακχάρου.

Προσπαιτούμενα

- Η έγκυος να παραμείνει νησική όλη την προηγούμενη νύχτα (8-14 ώρες)
- Φόρτιση με υδατάνθρακες τις 3 προηγούμενες ημέρες > 150g ημερησίως
- Παραμονή της εγκύου σε καθιστή θέση χωρίς να καπνίζει
- Θετικό το test αν δυο ή περισσότερες τιμές υπερβαίνουν τα όρια που φαίνονται στον Πίνακα

Χορηγούμενη γλυκόζη 100g 75g

Σάκχαρο αίματος

• Νησική	95mg/dl	95mg/dl
• 1η ώρα	180mg/dl	180mg/dl
• 2η ώρα	155mg/dl	155mg/dl
• 3η ώρα	40mg/dl	–

μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση της εγκύου που παρουσιάζει διαβήτη, ιδιαίτερα αν ο διαβήτης προϋπήρχε της κύησης. Η εγκυμονούσα διδάσκεται να ελέγχει καθημερινά το σάκχαρο του αίματός της. Οι τιμές της γλυκόζης θα πρέπει να κυμαίνονται σε στενά όρια. Όταν είναι νησική τα όρια αυτά θα πρέπει να είναι γύρω στα 80mg/dl, ενώ μετά το φαγητό γύρω στα 120mg/dl.

Οι συγγενείς ανωμαλίες που εμφανίζονται σε έγκυες που ο διαβήτης προϋπήρχε της κύησης, μπορεί να ανιχνευθούν σ' ένα σημαντικό ποσοστό με τη βοήθεια των υπερήχων από την 16η-20ή εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, οι υπέρηχοι δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για το ρυθμό ανάπτυξης του εμβρύου. Σημαντική συμβολή στην παρακολούθηση του εμβρύου δίνει και η συστηματική παρακολούθηση του βιοφυσικού του προφίλ. Πάρα πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι το βιοφυσικό προφίλ έχει πολύ περισσότερη ειδικότητα για την ανίχνευση ανωμαλιών στο έμβρυο διαβητικής εγκύου, από κάθε άλλη μορφή διαταραχής που παρουσιάζεται στα έμβρυα (Meur S. & Mann N., 2007).

Οι διαβητικές έγκυες διδάσκονται να παρακολουθούν τις κινήσεις του εμβρύου τις τελευταίες 8-10 εβδομάδες της κύησης και αμέσως να αναφέρουν τυχόν μείωση της κινητικότητάς του. Επίσης, οι έγκυες αυτές πρέπει να παρακολουθούνται συστηματικά για την εμφάνιση επιπλοκών, όπως η προεκλαμψία. Συστηματικός είναι ο έλεγχος της αρ-

τηριακής πίεσης της εγκύου καθώς και ο έλεγχος των ούρων για λεύκωμα, που θα πρέπει να γίνεται σε κάθε επίσκεψή της στο ιατρείο.

Στην περίπτωση που μια διαβητική έγκυος παρουσιάζει υδράμνιο, θα πρέπει να γίνει ενδελεχής έλεγχος για τον αποκλεισμό συγγενών ανωμαλιών, όπως η εντερική ατρησία. Εάν η πιθανότητα εντερικής ατρησίας αποκλεισθεί, τότε γίνεται επανεκτίμηση των μέτρων που λαμβάνονται για τη ρύθμιση της γλυκόζης έτσι ώστε αυτή να διατηρείται σε στενά φυσιολογικά όρια. Η υπεργλυκαιμία της εγκύου ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την ύπαρξη υδραμνίου. Επομένως απαιτείται ενδελεχής έλεγχος της γλυκόζης.

Στα έμβρυα διαβητικής εγκύου ο κίνδυνος ανάπτυξης συγγενών ανωμαλιών είναι 7,9-18 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι ανωμαλίες αυτές αφορούν κυρίως το ΚΝΣ και το νωτιαίο μυελό, το μυοσκελετικό σύστημα αλλά και την καρδιά. Η διάγνωση με τη βοήθεια των υπερήχων απαιτεί εμπειρία, ιδιαίτερα για τα προβλήματα από το καρδιαγγειακό σύστημα.

Άλλες αρκετά συχνές επιπλοκές του διαβήτη της κύησης είναι η πρόωρη ρήξη των υμένων, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, η πρόπτωση της ομφαλίδας και κυρίως η προωρότητα.

Στην περίπτωση που υπάρχει υπόνοια επαπειλούμενου πρόωρου τοκετού, η διάγνωση του διαβήτη δεν θα πρέπει να είναι εμπόδιο για τη χορήγηση κορτιζόνης στην έγκυο σύμφωνα με τα γενικά πρωτόκολλα για την προώθηση της ωριμότητας των πνευμόνων του εμβρύου, με απαραίτητη όμως προϋπόθεση τον προσεκτικό έλεγχο της γλυκόζης της μέλλουσας μητέρας.

Στις περιπτώσεις που υπάρχει διαταραχή της ρύθμισης της γλυκόζης λόγω της κορτιζόνης, θα πρέπει να προσαρμόζεται η δόση της χορηγούμενης ινσουλίνης.

Προγραμματισμός του χρόνου και του είδους του τοκετού

Ο τοκετός θα πρέπει να αποφασίζεται στον καλύτερο δυνατό χρόνο. Ο στόχος είναι να επιτευχθεί όσο το δυνατό πλησιέστερα στο τέλος της εγκυμοσύνης, οπότε θα επιτευχθεί η ωρίμαση και εξάλειψη του τραχήλου ώστε το παιδί να γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό. Η αντιμετώπιση αυτή θα μειώσει τα ποσοστά των επιπλοκών της προωρότητας, όπως το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ). Από την άλλη πλευρά, όταν ο τοκετός καθυστερεί αυξάνεται ο κίνδυνος της μακροσωμίας λόγω της

ατονίας της μήτρας, των μαιευτικών κακώσεων, αλλά και της εμβρυϊκής απώλειας.

Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν, οι περισσότεροι ειδικοί καταλήγουν ότι ο τοκετός του εμβρύου διαβητικής εγκύου πρέπει να αποφασίζεται μεταξύ των 38,5-40 εβδομάδων. Στο ενδεχόμενο, όμως, που από μέρους της εγκύου ή του εμβρύου υπάρχουν οι ενδείξεις που φαίνονται παρακάτω στον Πίνακα 3, τότε ο τοκετός πρέπει να αποφασισθεί άμεσα (Moore T., 2004).

Στις περιπτώσεις που η κύηση πλησιάζει προς το τέλος της και εξελίσσεται κανονικά, δεν χρειάζεται αμνιοπαρακέντηση για την αξιολόγηση της ωριμότητας των πνευμόνων. Αμνιοπαρακέντηση δεν απαιτείται, επίσης, για την αξιολόγηση της πνευμονικής ωριμότητας, ακόμη και στις περιπτώσεις που θα αποφασισθεί ότι ο τοκετός θα γίνει πρόωρα σύμφωνα με τα κριτήρια του Πίνακα 3.

Όσον αφορά το είδος του τοκετού, το "Αμερικανικό Κολλέγιο των Μαιευτήρων-Γυναικολόγων" προτείνει τη γέννηση με καισαρική τομή εάν υπάρχει η εκτίμηση ότι το βάρος του εμβρύου υπερβαίνει τα 4.500g (ACOG, 2001). Καισαρική τομή προτείνεται, επίσης, στις περιπτώσεις που υπάρχει παράταση του 2ου σταδίου του τοκετού ή αναστολή καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου στο 2ο στάδιο του τοκετού.

Πίνακας 3. Ενδείξεις ότι πρέπει να γίνει άμεσα ο τοκετός στο έβρυο διαβητικής εγκύου.

Έμβρυο

- Παθολογικό NST
- Φυσιολογικό NST σε ώριμο έμβρυο συνυπάρχουν
- Υπερηχογραφικά ευρήματα μείωσης του ρυθμού ανάπτυξης του εμβρύου – μείωση του αμνιακού υγρού

Μητέρα

- Σοβαρή προεκλαμψία
- Ήπια προεκλαμψία – ώριμο έμβρυο
- Σημεία σοβαρής νεφρικής ανεπάρκειας της εγκύου (Clearance Creatinine <40ml/min)

Τοκετός

- Πρόωρος τοκετός που δεν αντιμετωπίζεται με τοκολυτικά
- Ώριμο έμβρυο με ώριμο τράχηλο

Η φροντίδα νεογνού διαβητικής μητέρας μετά τον τοκετό

Ανάνηψη

Κάθε νεογνό με διαβήτη κύησης θα πρέπει να θεωρείται δυνητικά υψηλού κινδύνου νεογνό. Επομένως θα πρέπει να γεννιέται σε κέντρο, που μπορεί να παρασχεθεί ανάνηψη από προσωπικό που έχει εξειδικευθεί στην ανάνηψη των νεογνών. Αμέσως μετά τη γέννηση το νεογνό στεγνώνεται, τοποθετείται σε θερμοουδέτερο περιβάλλον και αξιολογείται με το "Apgar Score" στο 1ο και 5ο λεπτό. Συγχρόνως θα πρέπει να γίνεται και έλεγχος των αερίων του αίματος από τον ομφάλιο λώρο. Η απόφαση εάν το νεογέννητο χρειάζεται νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας θα καθορισθεί από το εάν αυτό παρουσιάζει μια από τις επιπλοκές που φαίνονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει το νεογνό διαβητικής μητέρας μετά τη γέννηση.

- Ασφυξία
- Μαιευτικές κακώσεις
- Εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες
- Μακροσωμία
- Αναπνευστική δυσχέρεια
- Υπογλυκαιμία

Ασφυξία

Η ασφυξία είναι μια πολύ συχνή και σοβαρή επιπλοκή στα διαβητικά νεογνά. Η αιτία της ασφυξίας δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένη. Πιθανολογείται ότι η εμβρυϊκή δυσχέρεια λόγω της μακροσωμίας που παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά, ευθύνεται για το μεγάλο ποσοστό ασφυξίας. Η ασφυξία μπορεί να έχει σοβαρή επίδραση στα διάφορα συστήματα του οργανισμού, όπως στο ΚΝΣ, την καρδιά, τους νεφρούς, το αναπνευστικό σύστημα καθώς και το γαστρεντερικό σύστημα. Η χορήγηση των υγρών τις πρώτες ώρες στα νεογνά διαβητικής μητέρας, που πιθανολογείται ότι πάσχουν από ασφυξία, θα πρέπει να είναι μειωμένη μέχρι να ξεκαθαρισθεί σε ποιο βαθμό έχουν επηρεαστεί το ΚΝΣ και οι νεφροί.

Μακροσωμία

Ένα μεγάλο ποσοστό (30-50%) των νεογνών διαβητικής μητέρας γεννιόταν στο παρελθόν μακρο-

σωμικά. Δηλαδή είχαν βάρος γέννησης μεγαλύτερο από 4Kg στο τελειόμηνο νεογνό. Οι αυξημένες ποσότητες ινσουλίνης, που προκαλούνται από την υπερτροφία των β ησιδίων του παγκρέατος λόγω της υπεργλυκαιμίας της μητέρας, είχαν ως αποτέλεσμα την υπερβολική αύξηση των σπλάχνων της κοιλιάς και μεγάλη αποθήκευση υποδόριου λίπους. Η μακροσωμία οδηγούσε σε ένα μεγάλο ποσοστό σε ασφυξία και σοβαρές μαιευτικές κακώσεις στις περιπτώσεις εκείνες, που χωρίς να γίνεται λεπτομερής αξιολόγηση του μεγέθους του εμβρύου και χωρίς να υπάρχουν οι προϋποθέσεις γίνονταν προσπάθειες να γεννηθεί το παιδί με φυσιολογικό τοκετό. Οι συχνότερες από τις μαιευτικές αυτές κακώσεις φαίνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συχνότερες μαιευτικές κακώσεις που συμβαίνουν σε νεογνά διαβητικής μητέρας.

- Κάταγμα κλειδός
- Παράλυση του βραγχιόνιου πλέγματος
- Κεφαλαιμάτωμα
- Ρήξη των σπλάχνων της κοιλιάς
- Παράλυση του διαφράγματος

Η συνηθέστερη κάκωση είναι η δυστοκία των ώμων, που μπορεί να προκαλέσει και κάκωση-παράλυση του βραγχιόνιου πλέγματος. Η προσεκτική ρύθμιση της γλυκόζης της εγκύου σε πολύ στενά όρια, η ορθή αξιολόγηση του μεγέθους του εμβρύου με τους υπερήχους, αλλά και η προσεκτική αξιολόγηση των δυνατοτήτων για φυσιολογικό τοκετό, έχουν περιορίσει τα τελευταία χρόνια τον αριθμό γέννησης μακροσωμικών νεογνών σε παρόμοια επίπεδα με εκείνα που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό (Moore T., 2004).

Υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια

Η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια εμφανίζεται σε διαβήτη που δεν ρυθμίζεται καλά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συνοδεύεται από αναπνευστική δυσχέρεια και καρδιακή ανεπάρκεια. Υπάρχει υπερτροφία του τοιχώματος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος, αλλά και του τοιχώματος της αριστεράς και δεξιάς κοιλιάς. Η αντιμετώπιση της καρδιακής ανεπάρκειας με χορήγηση δακτυλίτιδας αντενδείκνυται σ' αυτή τη μορφή μυοκαρδιοπάθειας, γιατί η αύξηση της μυϊκής συσταλτικότητας μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα. Η προπανολόλη θεωρείται θεραπεία εκλογής. Θα πρέπει όλα τα νεογνά διαβητικής μη-

τέρας να ελέγχονται με υπερηχογραφικό έλεγχο για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτής της επιπλοκής.

Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ)

Το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ) εμφανίζεται 5-6 φορές με μεγαλύτερη συχνότητα στα πρόωρα νεογνά διαβητικής μητέρας σε σχέση με τα πρόωρα νεογνά παρόμοιας ηλικίας κύησης και βάρους γέννησης στο γενικό πληθυσμό. Αντίθετα στα τελειόμηνα νεογνά, μεγαλύτερα από τις 38 εβδομάδες, η συχνότητα του συνδρόμου μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών μητέρων είναι παρόμοια. Η αντιμετώπιση του ΣΑΔ στα νεογνά αυτά είναι ίδια με εκείνη που γίνεται σε κάθε νεογνό που παρουσιάζει το ΣΑΔ.

Η χορήγηση σουρφακτάνης αμέσως μετά τον τοκετό στα νεογνά αυτά, καθώς και η αναπνευστική υποστήριξη αμέσως μόλις αυτά τη χρειασθούν, έχει μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, που παλαιότερα ήταν ιδιαίτερα υψηλή. Όμως, κρίσιμο σημείο για την αντιμετώπιση του περιστατικού αποτελεί η σωστή επιλογή του χρόνου του τοκετού με σκοπό την αναμονή, ώστε το έμβρυο να ξεπεράσει τις 38 εβδομάδες κύησης. Επιπλέον, ιδιαίτερα σημαντική φαίνεται να είναι η αξιολόγηση του μεγέθους του εμβρύου, ώστε να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν οι προϋποθέσεις να γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό (Schwartz R. & Teramo K., 2000).

Υπογλυκαιμία

Τα νεογνά διαβητικής μητέρας παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό υπογλυκαιμία μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα στην περίπτωση πλημμελούς ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα της μητέρας τους κατά την κύηση. Επίσης, αυτό συμβαίνει και στην περίπτωση που χορηγείται ανεξέλεγκτα ενδοφλέβια γλυκόζη στην επίτοκο κατά τη διάρκεια του τοκετού. Πρέπει, λοιπόν, να υπάρχει προσεκτική διατήρηση της γλυκόζης στα επιθυμητά επίπεδα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου.

Η υπογλυκαιμία στο νεογνό μπορεί να παρουσιασθεί μέσα στα πρώτα 30 λεπτά της γέννησης. Επίπεδα γλυκόζης κάτω από 35-40mg/dl για το πρώτο 24ωρο της ζωής και 40-50mg/dl τις επόμενες ημέρες στο τελειόμηνο νεογνό, καθώς και 40-50mg/dl για τα οριακά πρόωρα (ΗΚ 34-36 εβδομάδες), αλλά και 45-50mg/dl για τα νεογνά με χαμηλό βάρος γέννησης (ΒΓ <1.500g) για οποιοδήποτε χρονικό διάστημα, θεωρούνται ως κατώτερα ανεκτά επίπεδα κάτω από

τα οποία θα πρέπει να αρχίσει η θεραπεία.

Η γλυκόζη του αίματος ελέγχεται ήδη στον ομφάλιο λώρο και η μέτρησή της επαναλαμβάνεται μέσα στα πρώτα 30-60 λεπτά. Εάν τα επίπεδα γλυκόζης είναι κάτω των 30mg/dl, τότε θα πρέπει το νεογνό να ξεκινήσει θεραπεία. Τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα των νεογνών διαβητικής μητέρας μπορεί να πέφτουν σε πολύ χαμηλά επίπεδα και τα νεογνά αυτά να είναι ασυμπτωματικά. Δίνεται μια δόση εφόδου 10% γλυκόζης σε δόση 200mg/Kg (2ml/Kg). Πάντα η δόση αυτή θα πρέπει να ακολουθείται από συνεχή χορήγηση γλυκόζης με ρυθμό 6-8mg/Kg/min. Σκοπός είναι η διατήρηση της γλυκόζης του αίματος σε επίπεδα >60mg/dl. Εάν η υπογλυκαιμία παρατείνεται, πιθανώς να χρειασθούν υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης πάνω από 8-12mg/kg/min και μέχρι 20/mg/Kg/min.

Μόλις τα επίπεδα της γλυκόζης σταθεροποιηθούν, τότε αρχίζει σταδιακά η μείωση της ενδοφλέβιας αγωγής και αρχίζει η χορήγηση ή η αύξηση της χορήγησης γάλακτος από το στόμα. Σε περίπτωση που το νεογνίτητο έχει αρχικά καλά επίπεδα γλυκόζης, λαμβάνεται μέριμνα να αρχίσει ο μητρικός θηλασμός, ή εάν αυτό είναι αδύνατο να δοθεί τροποποιημένο γάλα αγελάδας εντός των πρώτων 2 ωρών από τη γέννηση.

Υπασβεστιαμία – Υπομαγνησιαμία

Η υπασβεστιαμία είναι μια από τις συχνότερες διαταραχές που παρουσιάζουν τα νεογνά διαβητικής μητέρας. Υπολογίζεται ότι το 50% των νεογνών, που η μητέρα είχε ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, παρουσιάζουν υπασβεστιαμία (Ca <7mg/dl <1,75 mmol/l).

Η συχνότητα αλλά και η σοβαρότητα της υπασβεστιαμίας έχει άμεση συσχέτιση με τη βαρύτητα του διαβήτη. Παράγοντες όπως η προωρότητα αλλά και η ασφυξία επιδεινώνουν το πρόβλημα. Κύρια αιτία φαίνεται ότι είναι ο παροδικός υποπαραθυρεοειδισμός, που παρουσιάζουν αυτά τα νεογνά τις 2-4 πρώτες ημέρες της ζωής ως αποτέλεσμα της κατασταλτικής δράσης της εμβρυϊκής ινσουλίνης στους μηχανισμούς παραγωγής της παραθορμόνης (Mimouni F. et al., 1986b). Πρόσφατες όμως μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του παροδικού υποπαραθυρεοειδισμού διαδραματίζει η υπομαγνησιαμία (Mg <1,5mg/dl 0,02mmol/l), που σε ένα σημαντικό ποσοστό παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά (33%).

Η υπομαγνησιαμία συνήθως συνυπάρχει με την υπασβεστιαμία. Όπως και στην υπασβεστιαμία, η

σοβαρότητα της υπομαγνησιαιμίας έχει άμεση συσχέτιση με την καλή ή όχι ρύθμιση του διαβήτη, αλλά και με την ποσότητα της ενδοφλέβιας γλυκόζης, που πιθανό χρειάζεται ως θεραπεία το νεογνό διαβητικής μητέρας.

Κατά τη θεραπεία της συμπτωματικής υπασβεστιαιμίας χορηγούμε 1-2ml του διαλύματος 10% γλυκονικού ασβεστίου σε χρονικό διάστημα 10-30min. Ταυτόχρονα θα πρέπει να υπάρχει συσκευή συνεχούς ελέγχου του καρδιακού ρυθμού (monitor). Για συντήρηση δίνεται είτε ενδοφλεβίως ή και από το στόμα το ίδιο διάλυμα σε ποσότητα 2-8ml/Kg ημερησίως. Απαραίτητος καθίσταται ο συχνός έλεγχος των επιπέδων ασβεστίου στο αίμα του νεογνού.

Για να αντιμετωπισθεί η συμπτωματική υπομαγνησιαιμία χορηγείται ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς το άλας MgSO₄, διάλυμα 50% σε δόση 0,1-0,2ml. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί κάθε 6-12 ώρες. Επίσης, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, αλλά και ο συχνός έλεγχος των επιπέδων Mg του αίματος.

Υπερχοληρυθριναιμία – Πολυκυτταραιμία

Η υπερχοληρυθριναιμία και πολυκυτταραιμία είναι συχνά προβλήματα των νεογνών διαβητικής μητέρας, χωρίς να υπάρχουν σαφείς εξηγήσεις όσον αφορά την αιτιολογία. Η πολυερυθραιμία είναι αρκετά συχνή και ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό και για την υπερχοληρυθριναιμία, που παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά. Αιματοκρίτης >65-70% παρατηρείται στο 20-40% στις πρώτες ημέρες της ζωής. Εάν το νεογνό εμφανίζει συμπτώματα, τότε γίνεται μερική αφαιμαξομετάγγιση με αλλαγή του 10-15% του συνολικού όγκου αίματος διαμέσου της ομφαλικής φλέβας, με φυσιολογικό ορό ή 5% αλβουμίνη.

Μητρικός Θηλασμός και διαβήτης της μητέρας

Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι διαβητικές μητέρες έχουν 50% πιθανότητα να μεταδώσουν το διαβήτη στα παιδιά τους. Τα τελευταία χρόνια, ένας μεγάλος αριθμός βιβλιογραφικών αναφορών δείχνουν ότι τα παιδιά που θήλασαν, έχουν σημαντικά μειωμένη πιθανότητα να αναπτύξουν αργότερα διαβήτη σε σχέση με τα βρέφη που πήραν τροποποιημένο γάλα αγελάδας (Moore T., 2004).

Ο Pettit και συν. έδειξαν ότι στα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά, οι πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη αργότερα ήταν λιγότερες από το μισό σε σχέση με εκείνα που πήραν αποκλειστικά τροποποιημένο γάλα αγελάδας (OR 0.41 95% CI 0.18-0,93) (Pettit D.J. et al., 1997).

Μια άλλη μελέτη που έγινε από τους Gimeno και De Sousa (1997), έδειξε ότι ο βραχύς χρόνος αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ήταν παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη (OR 2.13, 95% CI 1,8-3,55). Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν, επίσης, ότι η χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας μέσα στις πρώτες 8 ημέρες της ζωής, ήταν σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη διαβήτη στη μετέπειτα ζωή.

Όμως, παρά τις σοβαρές αυτές ενδείξεις ο μητρικός θηλασμός αποτυγχάνει σε ένα μεγάλο ποσοστό στον ιδιαίτερο πληθυσμό αυτών των γυναικών. Τις περισσότερες φορές η αποτυχία οφείλεται στην κακή πολιτική του Μαιευτηρίου σε σχέση με το μητρικό θηλασμό στις διαβητικές μητέρες. Πρώτα απ' όλα, το ποσοστό των καισαρικών τομών –που στη χώρα μας είναι πάρα πολύ υψηλό στις διαβητικές κυήσεις– ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για την αποτυχία στο μητρικό θηλασμό. Σε πολλά Μαιευτήρια, επίσης, τα νεογνά διαβητικής μητέρας εισάγονται στα Τμήματα Προώρων για παρακολούθηση της γλυκόζης του αίματος, σε τακτά χρονικά διαστήματα για ένα 24ωρο. Ο αποχωρισμός αυτός από τη μητέρα πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο για την καθυστέρηση ή και την αποτυχία της γαλουχίας, στο κρίσιμο για το μητρικό θηλασμό σημείο των πρώτων ωρών.

“Φιλικά στο Βρέφος Νοσοκομεία” (Baby Friendly Hospitals), που εφαρμόζουν την παραπάνω πολιτική, κατάφεραν ώστε οι διαβητικές μητέρες να έχουν παρόμοια ποσοστά μητρικού θηλασμού με τις άλλες μητέρες. Μάλιστα, μετά την έξοδο από το Μαιευτήριο, στην ηλικία των τριών μηνών του βρέφους, οι μητέρες αυτές κατάφεραν να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά από εκείνες που δεν είχαν προβλήματα στην εγκυμοσύνη. Επομένως, η πολιτική της αντιμετώπισης των νεογνών διαβητικών μητέρων πρέπει να αλλάξει δραστικά ώστε η γαλουχία να αρχίσει χωρίς εμπόδια.

Όταν η εικόνα του νεογνού μετά τη γέννηση είναι καλή, όπως συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις γέννησης νεογνού διαβητικής μητέρας, δηλαδή, όταν το νεογνό είναι τελειόμηνο, έχει γεννηθεί με ατραυματικό τοκετό, η οξυγόνωσή του είναι καλή και η γλυκόζη μετά τη γέννηση είναι σε επιθυμητά επίπεδα, τότε μπορεί να παραμείνει στο δωμάτιο μαζί με τη μητέρα του, ώστε να μπορεί να θηλάσει όταν αυτό το επιθυμεί.

Ο έλεγχος της γλυκόζης του νεογνού τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό και όταν παραμένει με τη μητέρα του είναι εξίσου σημαντικός (Moore T., 2004).

Συστάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της κύησης, του εμβρύου και του νεογνού της διαβητικής μητέρας

- Ρύθμιση σακχάρου αίματος σε κάθε γυναίκα που πάσχει από διαβήτη, πριν αποφασίσει να συλλάβει.

- Ο έλεγχος θα πρέπει να συνεχίζεται και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έμφαση πρέπει να δίνεται στον έλεγχο της εγκύου με διαβήτη και στη διάρκεια του τοκετού.

- Κατά την πρώτη επίσκεψη της εγκύου στο ιατρείο θα πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό για την ύπαρξη παραγόντων, που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη διαβήτη της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες, ο έλεγχος με καμπύλη 50g γλυκόζης θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό πλησιέστερα στη σύλληψη. Εάν η γλυκόζη στη διάρκεια του ελέγχου κυμάνθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα, ο έλεγχος επαναλαμβάνεται την 24η-28η εβδομάδα. Εάν ο έλεγχος είναι παθολογικός, τότε θα πρέπει να υπάρχει παραπέρα αντιμετώπιση του διαβήτη.

- Λεπτομερής θα πρέπει να είναι και ο έλεγχος του εμβρύου. Με τη βοήθεια των υπερήχων μπορεί να ανιχνευθούν συγγενείς ανωμαλίες και επιπλοκές όπως η μακροσωμία.

- Οι διαβητικές έγκυες διδάσκονται να παρακολουθούν τις κινήσεις του εμβρύου τις τελευταίες 8-10 εβδομάδες και να αναφέρουν αμέσως τυχόν μείωση των κινήσεων αυτών. Οι μητέρες αυτές πρέπει, επίσης, να παρακολουθούνται συστηματικά για την εμφάνιση επιπλοκών όπως η προεκλαμψία. Συστηματικός πρέπει είναι και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης της εγκύου, καθώς και έλεγχος των ούρων για λεύκωμα.

- Στόχος είναι ο τοκετός να γίνει όσο το δυνατό προς το τέλος της εγκυμοσύνης (38,5-40 εβδομάδες).

- Εάν υπάρχουν ενδείξεις επαπειλούμενου τοκετού, τότε θα πρέπει να χορηγείται κορτιζόνη στην έγκυο για την ωρίμαση των πνευμόνων και των άλλων συστημάτων του εμβρύου, με προσεκτικό όμως έλεγχο της γλυκόζης της εγκύου.

- Μετά τη γέννηση το νεογνό διαβητικής μητέρας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από έμπειρο στην ανάνηψη προσωπικό. Αμέσως μετά τη γέννηση ελέγχεται προσεκτικά για την παρουσία συγγενών ανωμαλιών και μαιευτικών κακώσεων.

- Σημαντική είναι και η έγκαιρη διάγνωση σημείων ασφυξίας αλλά και η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Ένα μεγάλο μέρος των νεογνών αυτών παρουσιάζει σημαντική υπογλυκαιμία, που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ασυμπτωματική. Η υπογλυκαιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως μετά τη γέννηση. Σημαντική είναι και η αντιμετώπιση των άλλων επιπλοκών, όπως η υπασβεστιαϊμία, η υπομαγνησιαιμία, η υπερερυθραιμία, καθώς και η υπερχολερυθριναιμία που παρουσιάζουν τα νεογνά αυτά.

- Η συστηματική παρακολούθηση εγκύου και εμβρύου με στόχο την τελειόμηνη κύηση, η χορήγηση κορτιζόνης στην έγκυο εάν υπάρχει κίνδυνος προωρότητας, αλλά και η πολύ προσεκτική ρύθμιση της γλυκόζης της εγκύου θα μειώσουν σημαντικά τα ποσοστά εκδήλωσης ΣΑΔ.

- Η πολιτική της αντιμετώπισης των νεογνών των διαβητικών μητέρων πρέπει να αλλάξει δραστικά ώστε η γαλουχία να αρχίσει χωρίς εμπόδια. Όταν η εικόνα του νεογνού μετά τη γέννηση είναι καλή, τότε το νεογνό θα πρέπει να παραμένει στο δωμάτιο με τη μητέρα του, όπου και θα ελέγχεται η γλυκόζη του αίματός του κατά τις πρώτες ώρες ζωής.

ABSTRACT

Georgios Liosis: Concepts for the appropriate management of diabetic pregnancies.

"ELEFTHO", 3: 95-104, 2010

This review reflects the appropriate monitoring and management of diabetic mothers and their newborns before during and after delivery.

The incidence of both maternal and perinatal mortality has markedly decreased as a result of appropriate awareness screening and identifications of diabetic pregnancies as well as the appropriate monitoring and management of these pregnancies. Maintenance of as normal a maternal metabolic state as possible, with appropriate glucose monitoring and management. Fetal heart rate monitoring Right decision for the optimal time of delivery and successful resuscitation stabilization and neonatal care in a perinatal center, is of prime importance. The intensive management of the infants of diabetic mothers requiring hospitalization and promotion of unrestricted breast feeding immediately after birth, indicate some of the most important guidelines to deal with this significant medical disorder.

Key-words: *Diabetes mellitus, gestational diabetes mellitus, fetal and newborn health risks, treatment, recommendations.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ACOG: Practice Bulletin. Clinical Guidelines For Obstetrician–Gynecologist, No 30. Vol 98. September 2001.
- American Diabetes Association:* Clinical Practice recommendation. *Diabetes Care.* 170: 1036-1047, 2004.
- American Diabetes Association:* New Clinical Practice recommendations. Promote A-C Diagnostic Test for Diabetes. January 2010.
- Gimeno S.G., De Sousa J.M.:* IDDM and milk consumption: A case-control study in Sao Paulo Brazil. *Diabetes Care.* 20: 1256-1260, 1997.
- Hanson U., Persson B., Strangenberg M.:* Factors influencing neonatal mortality in diabetic pregnancy. *Diabetes Res Clin Pract.* 3:71-76, 1986.
- Kucera J.:* Rate and type of congenital anomalies among offspring of diabetic women. *J. Reprod Med.* 7: 7379, 1971.
- Meur S., Mann N.:* Infant outcomes following diabetic pregnancies. *Pediatrics and Child Health.* 17: 6.217-222, 2007.
- Mimouni F., Tsang R.C., Hertzberg Y.S., Midovnik M.:* Polycythemia, hypomagnesemia and hypocalcemia in infants of diabetic mothers. *American Journal of Diseases of Children.* 140: 798-800, 1986b.
- Moore T.:* Diabetes in pregnancy. In *Maternal–Fetal Medicine Principles and Practice.* Creasy R., Resnik (ed). Saunders 1023-1061, 5th ed 2004.
- Mountain K.:* The infant of diabetic mother. *Bailliere's Clin. Obstetrics and Gynecology.* 5: 2, 413-442, 1991.
- Naylor C.D., Sermer M., Chen E., Farine D.:* Selective screening for gestational diabetes mellitus. *N E J Med.* 337: 1591-1956, 1997.
- Pettit D.J., Forman M.R., Hanson R.L.:* Breastfeeding and incidence of non insulin depended diabetes mellitus in Prima Indians. 350: 166-170, 1997.
- Ray J.G., O'Brien T.E., Chan W.S.:* Preconceptual care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus. A-meta-analysis. *QJM* 94 (8): 435-444, 2001.
- Schwartz R., Teramo K.:* Effects of diabetic pregnancy on the fetus and newborn. *Seminars in perinatology,* Vol 24. No 2 (April): 120-135, 2000.

Έρευνα σε Μαίες–Μαιευτές για τη γνώση και την εφαρμογή των αρχών του "Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος"

Ευστρατία Παπαϊωάννου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο "Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος" (*International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*) ρυθμίζει τους κανόνες διάθεσης στην αγορά όλων των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των σκευών βρεφικής διατροφής. Αφορά κυρίως τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, το υγειονομικό προσωπικό, καθώς και τις εταιρείες παραγωγής και διανομής των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Η εφαρμογή του Κώδικα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αξιολόγηση των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, αλλά και παγκοσμίως.

Η έρευνα που διεξήχθη αφορά την εφαρμογή του Κώδικα και πραγματοποιήθηκε σε Μαίες–Μαιευτές, γιατί εύλογα είναι οι βασικοί συντελεστές της εφαρμογής του στα Μαιευτήρια. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τις Μαίες και τους Μαιευτές που συμμετείχαν στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α., στις 27-1-2008. Από την έρευνα προκύπτει ότι ο Κώδικας στη χώρα μας εφαρμόζεται πλημμελώς σε ποσοστό 53%. Η εφαρμογή του Κώδικα είναι ανάγκη να προωθηθεί μεταξύ των επαγγελματιών υγείας όλων των εμπλεκόμενων φορέων, με τελικό πάντοτε σκοπό να προστατεύεται, να υποστηρίζεται και να προάγεται ο μητρικός θηλασμός και η τεχνητή διατροφή να παρέχεται υπό προϋποθέσεις.

Λέξεις-κλειδιά: Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, μητρικός θηλασμός, τεχνητή διατροφή, Μαίες–Μαιευτές.

* Μαία "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ" Νοσοκομείου, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Έρευνα στη Γυναικεία Αναπαραγωγή", Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο "Διεθνής Κώδικας Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος" είναι ένα μοναδικό και απαραίτητο εργαλείο, που σκοπό έχει να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς και επαρκούς διατροφής στα βρέφη, προστατεύοντας και προωθώντας το μητρικό θηλασμό και διασφαλίζοντας την κατάλληλη χρήση των υποκατάστατων μητρικού

γάλακτος, όταν αυτά είναι απαραίτητα, βάσει επαρκούς πληροφόρησης και μέσω κατάλληλου μάρκετινγκ και διανομής. Παράλληλα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τη σωστή χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, μπιμπερό και πιπίλων, όταν αυτά θεωρούνται απαραίτητα, εφόσον υπάρχει επαρκής πληροφόρηση και μέσω κατάλληλης διαφήμισης και διακίνησης (World Health Organization, 1981).

Ο Κώδικας σχεδιάστηκε για να ισχύσει διεθνώς. Η εφαρμογή του Κώδικα είναι ένας ευγενής στόχος για ένα καλύτερο μέλλον. Προτάθηκε ως το ελάχιστο μέτρο που πρέπει να λαμβάνεται από τις εθνικές νομοθεσίες. Αν και λιγότερο δεσμευτικός από μια συνθήκη ή μια σύμβαση, ο Κώδικας είναι μια διεθνής σύσταση που αφορά τη Δημόσια Υγεία και ρυθμίζει τα θέματα εμπορίας και διαφήμισης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Τη σύσταση του Κώδικα ενστερνίστηκε το 1981 η “Παγκόσμια Σύνοδος Υγείας” – WHA για την προστασία των μητέρων και των βρεφών. Ήταν και συνεχίζει να είναι μια από τις ιδέες που υποστηρίχθηκαν διεθνώς με πάθος (World Health Assembly, 1981).

Ο Κώδικας ρυθμίζει τη διαδικασία της διάθεσης των προϊόντων στο εμπόριο και δεν απαγορεύει την πώλησή τους, ούτε επιδιώκει τη διακοπή της προαγωγής της τεχνητής διατροφής. Προστατεύει το δικαίωμα κάθε μητέρας να διαλέξει τον τρόπο που να θρέψει το παιδί της.

Ο Κώδικας ρυθμίζει τη διάθεση στην αγορά όλων των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και των σκευών βρεφικής διατροφής. Δηλαδή, ο Κώδικας εφαρμόζεται σε κάθε προϊόν που διατίθεται στην αγορά για τη βρεφική διατροφή των πρώτων έξι μηνών, είτε είναι κατάλληλο είτε όχι, σε κάθε προϊόν που διατίθεται στην αγορά για τη βρεφική διατροφή πέραν των έξι μηνών, το οποίο αναπληρώνει το μητρικό γάλα στη διατροφή, όπως και σε κάθε είδος μπιμπερό και πιπίλας. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι ο Κώδικας αφορά το γάλα πρώτης βρεφικής ηλικίας, τα ειδικά σκευάσματα γάλακτος, το υγειονομικό προσωπικό, το γάλα δεύτερης βρεφικής ηλικίας, τα βρεφικά ροφήματα, το μεταλλικό νερό ή τους χυμούς, τις συμπληρωματικές τροφές που δίνονται στα βρέφη με μπιμπερό, τα μπιμπερό και τις πιπίλες.

Η αναγκαιότητα θέσπισης Κώδικα ήταν συνέπεια της βιομηχανικής επανάστασης. Κατά την περίοδο αυτή οι εργαζόμενες μητέρες είχαν δυσκολία να θηλάζουν τα παιδιά τους λόγω των πολλών ωρών εργασίας. Από το 1850 ξεκίνησαν τα βιομηχανοποιημένα γάλατα ως υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Ο μητρικός θηλασμός ακολούθησε πτωτική

κή πορεία. Η διεθνής κοινότητα κινητοποιήθηκε και το 1981 θέσπισε τον Κώδικα. Η Ελλάδα υιοθέτησε τον Κώδικα το 1983 (Έγγραφο Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, 23630/9-11-83).

Η παρακολούθηση του Κώδικα πραγματοποιείται από το “Διεθνές Κέντρο Τεκμηρίωσης του Κώδικα” – ICDC, το οποίο ιδρύθηκε το 1985 με σκοπό να παρακολουθεί την εφαρμογή του Κώδικα σε όλο τον κόσμο (International Code Documentation Center, 2005). Το ICDC λειτουργεί ως δύναμη κρούσης της “Παγκόσμιας Συμμαχίας για την Προώθηση του Μητρικού Θηλασμού” – WABA.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας – WHO τα κύρια σημεία του Κώδικα είναι τα παρακάτω (UNICEF, 2006):

- Απαγορεύεται η διαφήμιση όλων των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, κάθε προϊόντος που διατίθεται στην αγορά ή αντιπροσωπεύεται σε αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος, των μπιμπερό και των θηλών.
- Απαγορεύονται τα δωρεάν δείγματα και η δωρεάν ή με χαμηλή τιμή τροφοδοσία.
- Απαγορεύεται η προώθηση προϊόντων μέσα στις υγειονομικές υπηρεσίες ή διαμέσου αυτών.
- Απαγορεύεται η επαφή του προσωπικού προώθησης των προϊόντων με τις μητέρες, συμπεριλαμβανομένου του υγειονομικού προσωπικού, που πληρώνεται από την εταιρεία για να συμβουλευτεί ή να διδάξει.
- Απαγορεύονται τα δώρα ή τα προσωπικά δείγματα σε επαγγελματίες υγείας ή στις οικογένειές τους.
- Οι ετικέτες των προϊόντων πρέπει να είναι γραμμένες στην κατάλληλη γλώσσα και να μην περιέχουν λέξεις ή εικόνες που εξιδανικεύουν την τεχνητή διατροφή.
- Να δίνεται μόνο επιστημονική και τεκμηριωμένη πληροφόρηση στους επαγγελματίες υγείας.
- Οι κυβερνήσεις οφείλουν να διασφαλίσουν ότι παρέχεται αντικειμενική και συνεπής πληροφόρηση σε θέματα βρεφικής και νηπιακής διατροφής.
- Κάθε πληροφορία σχετική με την τεχνητή βρεφική διατροφή πρέπει να εξηγεί με σαφήνεια τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, να προειδοποιεί για τις επιβαρύνσεις και τους κινδύνους που σχετίζονται με την τεχνητή διατροφή.
- Δεν επιτρέπεται η διαφήμιση ακατάλληλων προϊόντων για βρέφη, όπως το συμπυκνωμένο σακχαρούχο γάλα.
- Όλα τα προϊόντα πρέπει να είναι άριστης ποιότητας.

τητας και να λαμβάνονται υπόψη οι κλιματικές και αποθηκευτικές συνθήκες στη χώρα όπου προορίζονται να χρησιμοποιηθούν.

- Οι κατασκευαστές και διανεμητές των προϊόντων οφείλουν να συμμορφώνονται με τον Κώδικα και όλες τις μεταγενέστερες αποφάσεις της WHA, ανεξάρτητα από τις κυβερνητικές ενέργειες για την εφαρμογή του.

Σύμφωνα με το “Διεθνές Δίκτυο Δράσης Παιδικής Διατροφής” – IBFAN οι νομοθετικές ρυθμίσεις του Κώδικα σε 193 χώρες έχουν ως εξής (UNICEF, 2006):

- Σε 32 χώρες: Νόμος.
- Σε 44 χώρες: Πολλές διατάξεις – Νόμος (στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας).
- Σε 18 χώρες: Πολιτική ή εθελοντικό μέτρο.
- Σε 25 χώρες: Λίγες διατάξεις – Νόμος.
- Σε 21 χώρες: Μερικές διατάξεις εθελοντικά – Κατευθυντήριες οδηγίες για τα Νοσοκομεία.
- Σε 22 χώρες: Μέτρα σχεδιασμένα σε αναμονή τελικής έγκρισης.
- Σε 17 χώρες: Υπό μελέτη.
- Σε 9 χώρες: Καμιά ενέργεια.
- Σε 5 χώρες: Καμιά πληροφορία.

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί φαίνεται η εφαρμογή του Κώδικα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (UNICEF, 2006).

Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι εθνικό θέμα και πρέπει να είναι στάση ζωής. Αφορά την πρόληψη για τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την κουλτούρα και την εθνική οικονομία. Προκειμένου η “Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού” να συμβάλει στην προώθηση και προστασία του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας, θέτει ως άμεσες προτεραιότητες για δράση:

- Την εφαρμογή του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”.
- Την απόκτηση των απαραίτητων προϋποθέσεων από τα Νοσοκομεία–Μαιευτήρια της χώρας μας προκειμένου να λάβουν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας – WHO το χαρακτηρισμό: “Φιλικά για το Βρέφος Νοσοκομεία” – Baby Friendly Hospitals.
- Την υποχρεωτική εκπαίδευση στο Μητρικό Θηλασμό των Μαιευτήρων, Παιδιάτρων, Μαιών–Μαιευτών και γενικά όσων ασχολούνται με τα βρέφη.
- Την καταγραφή σε πανελλήνιο επίπεδο των ποσοστών μητρικού θηλασμού, ώστε οι στόχοι της εκστρατείας για την προώθηση του μητρι-

κού θηλασμού να τεθούν σε ορθή βάση.

Στη χώρα μας έχουν πραγματοποιηθεί ενέργειες από τις αρμόδιες Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το χρονικό διάστημα 1983-2004, οι οποίες αναφέρονται στο έγγραφο ΓΠ/110248/18-11-04 του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για τα έτη που ακολουθούν έχουν γίνει αντίστοιχες ενέργειες.




























Οι αποφάσεις της “Παγκόσμιας Συνόδου Υγείας” – WHA, που έχουν το ίδιο κύρος με τις αποφάσεις του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”, δίνουν τις παρακάτω ξεκάθαρους κατευθύνσεις για την εμπορική προώθηση συμπληρωματικών τροφών και υγρών:

- Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ή να προωθούνται εμπορικά με τρόπους που υπονομεύουν το μητρικό θηλασμό (WHA, 49.15 1996). Αυτό έχει ισχύ για όλη την περίοδο κατά την οποία φυσιολογικά θα συνεχιζόταν ο μητρικός θηλασμός.
- Δεν πρέπει να έχουν ετικέτες, να διαφημίζονται ή να προωθούνται εμπορικά ότι είναι κατάλληλα για βρέφη κάτω των 6 μηνών (WHA, 39.28 1986, WHA, 54.2 2001).
- Πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της συμπληρωματικής διατροφής οφείλουν να συστήνουν την ευρύτατη δυνατό χρήση εγχώριων πλούσιων θρεπτικά τροφών (WHA, 54.2 2001).

Σύμφωνα με τη “Διακήρυξη Innocenti για την Προαγωγή, Προώθηση και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού” – Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding, που έγινε την 1η Αυγούστου του 1990 στη Φλωρεντία της Ιταλίας, πρέπει όλες οι κυβερνήσεις να ενεργοποιήσουν τις παρακάτω οδηγίες:

- Να ορίσουν Εθνικό Συντονιστή με κατάλληλη εξουσία για το Μητρικό Θηλασμό και να ιδρύσουν μέχρι το 1995 “Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού”, που να αποτελείται από αντιπροσώπους σχετικών Υπουργείων, μη Κυβερνητικών Οργανισμών και Φορέων Επαγγελματιών Υγείας.
- Να εφαρμόζονται στα Μαιευτήρια τα “Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”, που προτείνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF (Γενεύη, 1989).
- Να εφαρμόζουν πλήρως τις αρχές και το σκοπό των άρθρων του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”.
- Να θεσπίσουν ευεργετική νομοθεσία για τα δικαιώματα της εργαζόμενης μητέρας που θη-

Πίνακας 1. Εφαρμογή του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος” στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Νομική κατάσταση του Κώδικα	Νόμος	Πολλές νομικές διατάξεις	Εθελοντικά μέτρα	Νομοθεσία με λίγες παροχές	Μερικές εθελοντικές παροχές	Αναμονή τελικής έγκρισης μέτρων	Υπό μελέτη	Καμιά δράση	Καμιά πληροφορία
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.  Αυστρία		✓							
2.  Βέλγιο		✓							
3.  Βουλγαρία							✓		
4.  Γαλλία		✓							
5.  Γερμανία		✓							
6.  Δανία		✓							
7.  Ελλάδα		✓							
8.  Εσθονία				✓					
9.  Ηνωμένο Βασίλειο		✓							
10.  Ιρλανδία		✓							
11.  Ισπανία		✓							
12.  Ιταλία		✓							
13.  Κύπρος					✓				
14.  Λεττονία						✓			
15.  Λιθουανία							✓		
16.  Λουξεμβούργο		✓							
17.  Μάλτα								✓	
18.  Ολλανδία		✓							
19.  Ουγγαρία				✓					
20.  Πολωνία						✓			
21.  Πορτογαλία		✓							
22.  Ρουμανία							✓		
23.  Σλοβακία							✓		
24.  Σλοβενία									✓
25.  Σουηδία			✓						
26.  Τσεχία						✓			
27.  Φινλανδία		✓							

λάζει και να δημιουργηθούν προϋποθέσεις για την εφαρμογή της, συμπεριλαμβανομένης και της άδειας μητρότητας (Iatronet, 2005).

Σε ό,τι αφορά τη νομοθεσία για τα δικαιώματα της εργαζόμενης μητέρας στη χώρα μας, σημειώνεται ότι το 1999 ψηφίστηκε νόμος για τις γυναίκες που εργάζονται στο Δημόσιο Τομέα, ο οποίος προβλέπει άδεια 2 μηνών πριν τον τοκετό, 3 μηνών μετά τον τοκετό, 2 χρόνια μειωμένο ωράριο κατά 2 ώρες και 2 χρόνια μειωμένο ωράριο κατά 1 ώρα ή 9 μήνες άδεια συνολικά.

Η “Παγκόσμια Συμμαχία Δράσης για το Μητρικό Θηλασμό” – WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) είναι ένα παγκόσμιο δίκτυο ιδιωτών και οργανισμών, που ενδιαφέρονται για την προώθηση, προστασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού σε όλο τον κόσμο.

Η WABA προτρέπει για την πιστή εφαρμογή του Κώδικα και των σχετικών αποφάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μετά το 1995, και επιμένει στην προστασία των γυναικών που θηλάζουν από τις μεθόδους διαφήμισης και προώθησης των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Η WABA βασίζεται στη Διακήρυξη “Innocenti”, στους “Δέκα Κρίκους για την Ανατροφή του Μέλλοντος” – Ten Links for Nurturing the Future, στην “Παγκόσμια Στρατηγική για τη Βρεφική και Παιδική Διατροφή” του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF. Κυριότεροι συνεργάτες της WABA είναι:

- Το “Διεθνές Δίκτυο Δράσης για την Παιδική Σίτιση” – IBFAN (International Baby Food Action Network).
- Ο “Διεθνής Σύνδεσμος Θηλασμού” – LLLI (La Leche League International).
- Ο “Διεθνής Σύνδεσμος Συμβούλων Θηλασμού” – ILCA (International Lactation Consultant Association).
- Η “Διεθνής Οργάνωση «Καλή Αρχή»” (Wellstart International).
- Η “Ιατρική Ακαδημία για το Μητρικό Θηλασμό” – ABM (Academy of Breastfeeding Medicine).
- Η οργάνωση “Διασυνδέσεις” (Linkages).

Η WABA παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες στην UNICEF και στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ – ECOSOC (Economic and Social Council of the United Nations).

Ο Κώδικας σκοπό έχει να προστατεύει και να προωθήσει το μητρικό θηλασμό παγκοσμίως, διασφαλίζοντας παράλληλα την κατάλληλη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Μητρικός θηλασμός

είναι η φυσική διατροφή του νεογέννητου και του βρέφους από το μαστό της μητέρας, ενώ τεχνητή διατροφή είναι η πλήρης αντικατάσταση του μητρικού γάλακτος με γάλα ζωικής προέλευσης.

Πολύ συνοπτικά, τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για το βρέφος είναι: προφύλαξη από αλλεργίες, προστασία από λοιμώξεις και μολύνσεις, προστασία από νεογνικές, βρεφικές και παιδικές ασθένειες, μείωση κινδύνου ίκτερου, προστασία από νεογνικό θάνατο, σωματική, ψυχική και πνευματική ανάπτυξη, προστασία νεφρών και ήπατος, ανάπτυξη της φυσιολογικής μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου, ανάπτυξη των οστών και των μυών του προσώπου (Καλλέργης Χ., 2007).

Τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος υποκαθιστούν πλήρως το μητρικό θηλασμό και μπορεί να παρασκευάζονται από γάλα αγελάδας ή από σόγια, ύστερα από βιομηχανική επεξεργασία. Συνήθως χρησιμοποιείται το γάλα αγελάδας. Για την παρασκευή ενός απλού γάλακτος σε σκόνη χρησιμοποιείται γάλα αγελάδας, που με κατάλληλες αραιώσεις η περιεκτικότητά του σε λίπος είναι 3,5%. Στη συνέχεια αφαιρείται όλο το νερό. Τα γάλατα σε σκόνη δεν είναι αποστειρωμένα (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 1984). Τα γάλατα που κυρίως χρησιμοποιούμε σήμερα είναι τα εξής:

• **Γάλατα πρώτης βρεφικής ηλικίας:** είναι γάλατα που με την κατάλληλη επεξεργασία τείνουν να ομοιάσουν στο μητρικό, τόσο στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική σύνθεσή τους. Τα τροποποιημένα γάλατα No 1 δίνονται στο νεογνό όταν δεν μπορεί να θηλάσει και έως την ηλικία των 6 μηνών.

• **Γάλατα δεύτερης βρεφικής ηλικίας:** σ’ αυτά τα γάλατα το λεύκωμα είναι περίπου ίδιο μ’ αυτό που περιέχεται στο κοινό γάλα αγελάδας, αλλά η σχέση τυρίνης/λευκωματίνης είναι βελτιωμένη. Τα τροποποιημένα γάλατα No 2 έχουν λιγότερο λεύκωμα και χλωριούχο νάτριο από τα No 1, γιατί το παιδί μετά τους 6 μήνες παίρνει και στερεά τροφή. Εκτός από τα γάλατα σε σκόνη υπάρχουν και γάλατα εβαπορέ με τις προδιαγραφές των γαλάτων της δεύτερης βρεφικής ηλικίας. Το πλήρες γάλα αγελάδας δεν χορηγείται πριν τον πρώτο χρόνο ζωής.

• **Ειδικά γάλατα μικρών πρόωγων νεογνών:** τα ειδικά αυτά υποκατάστατα μητρικού γάλακτος περιέχουν περισσότερο λεύκωμα, άλατα, βιταμίνες, θερμίδες, ασβέστιο (Ca) και φώσφορο (P) (Ξενοδοχίδου Ε., 2008).

Στον Πίνακα 2 που ακολουθεί φαίνονται οι διαφορές μεταξύ μητρικού γάλακτος και υποκατάστατων αυτού (WHO, 1993).

Πίνακας 2. Διαφορές μεταξύ μητρικού γάλακτος, αγελαδινού και τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας.

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

Η διατροφή με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος είναι μια εν δυνάμει επικίνδυνη τακτική (UNISEF, 2006). Ο Κώδικας προστατεύει τα βρέφη που τρέφονται με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος μέσω της ποιότητας των προϊόντων και της επιστημονικής ενημέρωσης. Είναι πλέον γνωστό ότι τα παιδικά γάλατα σε μορφή σκόνης μπορεί να περιέχουν νοσογόνα βακτηρίδια, τα οποία έχουν προκαλέσει βλάβες στην υγεία, ακόμη και το θάνατο βρεφών (UNISEF, 2006).

Ο Ομοσπονδιακός Οργανισμός Φαρμάκων των ΗΠΑ – FDA (United States Federal Drug Administration) έχει απαγορεύσει τα γάλατα αυτά σ' όλους τους βρεφικούς σταθμούς. Τα σκευάσματα σόγιας είναι επίσης επικίνδυνα και αρκετές κυβερνήσεις, όπως της Νέας Ζηλανδίας και του Ηνωμένου Βασιλείου αποθαρρύνουν έντονα τη χρήση τους. Επιπλέον, τα προϊόντα αυτά διαφημίζονται χωρίς να αναφέρουν προειδοποιήσεις στις ετικέτες τους (UNISEF, 2006).

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της όλης διαδικασίας της αναπαραγωγής.

Αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως βασικό δικαίωμα του παιδιού για τη θεμελίωση της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ανάπτυξής του. Είναι ό,τι πιο σημαντικό και πολύτιμο έχει να δώσει η μητέρα στο ξεκίνημα της ζωής του νεογέννητου παιδιού της. Παρά τη συνεχιζόμενη τελειοποίησή τους τα βιομηχανοποιημένα γάλατα δεν μπορούν να προσφέρουν τις απαραίτητες αμυντικές ουσίες, ούτε και την εδραίωση του ψυχικού δεσμού μητέρας-παιδιού, που μόνο ο μητρικός θηλασμός χαρίζει.

Η προαγωγή του Μητρικού Μηλασμού ξεκίνησε στην Ελλάδα το 1979-1980. Το 1980 υπήρξε κινητοποίηση και ενημέρωση όλων των φορέων. Η προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού ενεργοποιήθηκε το 1990 στο Νοσοκομείο-Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ". Ωστόσο, κανένα Νοσοκομείο-Μαιευτήριο στη χώρα μας δεν χαρακτηρίζεται "Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο". Η βασική στρατηγική του "Φιλικού για το Βρέφος Νοσοκομείου" είναι η εφαρμογή των "Δέκα Βημάτων για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό" και η τήρηση των άρθρων του Κώδικα. Το Νοσοκομείο-Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" κάνει προ-

σπάθειες για την πλήρη εφαρμογή τους ώστε να του αποδοθεί ο παραπάνω χαρακτηρισμός.

Το 1992 το "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" καθιέρωσε και πραγματοποίησε την έναρξη σχετικών Εκπαιδευτικών Σεμιναρίων για το Μητρικό Θηλασμό.

Το 1995 συστάθηκε στην Ελλάδα "Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού".

Το 1995, επίσης, το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας απέστειλε σ' όλους τους αρμόδιους φορείς της χώρας μας εγκύκλιο (αρ. πρωτ. Υ3γ/3618/9-10-1995) για εφαρμογή με θέμα: «Μητρικός Θηλασμός, αναφαίρετο δικαίωμα κάθε νεογέννητου». Στην παραπάνω εγκύκλιο αναφέρεται ότι σύμφωνα με τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF κρίνεται αναγκαία η ευρεία καθιέρωση του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας. Για την υλοποίηση του στόχου αυτού το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας έλαβε τα παρακάτω μέτρα:

- Να επιτρέπεται και να συστήνεται στη μητέρα να έχει το νεογέννητο μαζί της (rooming in).
- Να καθοδηγούνται και να βοηθούνται οι μητέρες για την έναρξη του μητρικού θηλασμού στο πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό.
- Να εκπαιδεύονται οι μητέρες στην τέχνη του μητρικού θηλασμού και στη διατήρηση της γαλουχίας σε περίπτωση αποχωρισμού του βρέφους (προωρότητα ή άλλα προβλήματα).
- Να απαγορεύεται στα νεογέννητα η παροχή ξένου γάλακτος ή υγρών οποιασδήποτε μορφής εκτός του μητρικού γάλακτος.
- Να επιτρέπεται άλλο είδος τροφής μόνο στις περιπτώσεις που ο μητρικός θηλασμός αντενδείκνυται για ιατρικούς λόγους και μόνο κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης.
- Να αποφεύγονται στα βρέφη που θηλάζουν οι πιπίλες και τα λαστιχένια αντικείμενα για το στόμα.
- Να απαγορεύεται στα Μαιευτήρια η δωρεάν διανομή και προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

Τα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά το πρώτο εξάμηνο της ζωής είναι πολύ χαμηλά, τόσο χαμηλά που αποτελούν ένα σημαντικό σύμπτωμα κοινωνικής παθολογίας, που πρέπει να προβληματίσει την παιδιατρική κοινότητα και τους φορείς υγείας και κοινωνικής μέριμνας (Ζάχου Θ., Σοφατζής Ι., 2007).

Ιατρικές μελέτες έχουν δείξει πως η πρόθεση των υποψήφιων μητέρων για μητρικό θηλασμό είναι 90% (Αδάμ, Νάκου, Πούλη, 1997). Τελικά, όμως, μόνο ένα μικρό ποσοστό, περίπου 5% καταφέρνει

να θηλάσει αποκλειστικά για 6 μήνες. Τον 1ο μήνα ζωής περισσότερο από το 85% των βρεφών θηλάζει, όμως το ποσοστό αυτό κατακρημνίζεται μετά το 2ο μήνα. Από ιατρικές μελέτες φαίνεται, επίσης, πως βασικός παράγοντας στην επιτυχία του μητρικού θηλασμού είναι η πολιτική για το μητρικό θηλασμό, που ασκείται από το Μαιευτήριο στο οποίο γεννιέται το βρέφος.

Σημειώνεται ότι για τα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού στη χώρα μας σημαντικός παράγοντας είναι η διαφήμιση, που με κάθε μέσο κάνουν οι εταιρείες γάλακτος παραβιάζοντας τον "Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος". Η διαφήμιση αυτών των εταιρειών απευθύνεται σ' έναν κοινό στόχο, την ελληνική κοινωνία, που δεν έχει κουλτούρα μητρικού θηλασμού, διότι μετά το 1960, δηλαδή επί μισό σχεδόν αιώνα προβάλλεται στη χώρα μας το μοντέλο της τεχνητής διατροφής ως η κύρια διατροφή των βρεφών.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει αποκλειστικό μητρικό θηλασμό μέχρι και τη συμπλήρωση του 6ου μήνα ζωής του βρέφους. Μετά απ' αυτή την ηλικία μπορεί να προστίθεται στερεά τροφή, ενώ ο μητρικός θηλασμός μπορεί να συνεχίζεται μέχρι και το 2ο έτος ζωής του παιδιού.

Το Μάιο του 2001 τερματίζεται η διένεξη για το ποιός θα είναι ο συνιστώμενος χρόνος για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Στην "54η Παγκόσμια Σύνοδο Υγείας", στη διάρκεια της οποίας κατατέθηκε ψήφισμα ως μια παγκόσμια σύσταση για τη Δημόσια Υγεία, έγινε έκκληση στα κράτη-μέλη να ενισχύσουν τις δραστηριότητές τους και να αναπτύξουν νέες μεθόδους προώθησης του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού για 6 μήνες, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της πραγματογνωμοσύνης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη βέλτιστη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και την παροχή ασφαλούς και κατάλληλης συμπληρωματικής διατροφής, με συνεχιζόμενο μητρικό θηλασμό μέχρι το 2ο έτος της ηλικίας και περαιτέρω. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ευρεία διάδοση αυτών των αντιλήψεων στα κοινωνικά στρώματα, ώστε οι κοινότητες να υιοθετήσουν αυτές τις πρακτικές.

Το 2002 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF θέσπισαν την "Παγκόσμια Στρατηγική για τη Διατροφή Νεογέννητων και Μικρών Παιδιών", με την οποία προτρέπουν τις κυβερνήσεις και τους σχετικούς φορείς να αποδεχθούν, να προωθήσουν και να υποστηρίξουν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες, καθώς και τη συνέχισή του μέχρι τα 2 χρόνια. Κάθε χώρα ανέλαβε να πραγματοποιεί

ήσει την “Παγκόσμια Στρατηγική”, η οποία διακηρύσσει ότι «η εφαρμογή του Κώδικα είναι το κλειδί για την υγεία του βρέφους και του μικρού παιδιού» (WHO, 2002).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της εφαρμογής του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας και Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος” στη χώρα μας.

Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 147 Μαιές-Μαιευτές που συμμετείχαν στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α., στις 27-1-2008. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Μαιές-Μαιευτές, επειδή είναι οι πλέον κατάλληλοι επαγγελματίες υγείας λόγω της αρμοδιότητάς τους από πλευράς επαγγελματικών τους καθηκόντων σε ό,τι αφορά το μητρικό θηλασμό, αλλά και της ιδιαίτερης σχέσης τους με τις λεχвіδες.

Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις τοποθετήθηκαν με τυχαία σειρά, με σκοπό να αποφευχθεί η δημιουργία συνειρμών για τη διασφάλιση της εγκυρότητας της έρευνας. Με την παραπάνω επιλογή του πληθυσμού διασφαλίστηκε ότι το δείγμα της έρευνας ήταν τυχαίο και αντίστοιχα αντιπροσωπευτικό για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συμμετέχοντες δήλωσαν τα παρακάτω:

- Σε ποσοστό 59% υπάρχει εύκολη πρόσβαση στις πτέρυγες του Νοσοκομείου για διανομή υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.
- Το 20% των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος δεν έχουν επισήμανση στα ελληνικά.
- Το 40% των επαγγελματιών υγείας και το 50% των λεχвіδων δεν διαβάζουν τις επισήμανσεις στα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.
- Το 61% των επαγγελματιών υγείας δεν έρχονται σε επαφή και δεν ενημερώνεται από τους αντιπροσώπους των εταιρειών για τα προϊόντα τους, όπως προβλέπει ο Κώδικας.
- Αντίθετα, το 39% των λεχвіδων ενημερώνονται και έρχονται σε επαφή με τους αντιπροσώπους των εταιρειών για τα προϊόντα τους.
- Αφίσες, εικόνες και έντυπα από γαλακτοβιομηχανίες απαντώνται σε Υπηρεσίες Υγείας σε ποσοστό 39%.
- Στο 44% των Μαιών-Μαιευτών έχουν χορηγηθεί δωρεάν δείγματα υποκατάστατων μητρι-

κού γάλακτος και το 46% έχουν γίνει μάρτυρες της χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

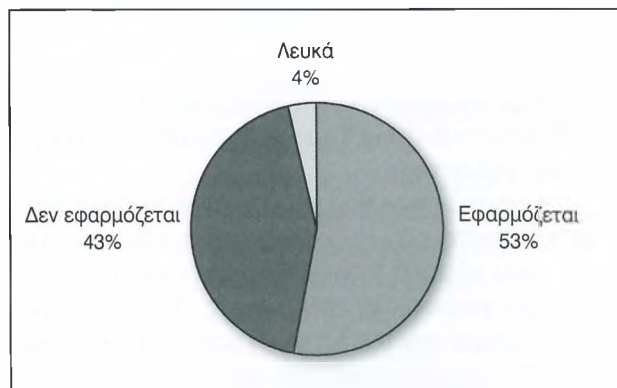
- Στο 59% των Μαιών-Μαιευτών έχουν προσφερθεί δώρα, όπως στυλό, μπλοκάκια, ημερολόγια κ.ά. με τα λογότυπα των εταιρειών.
- Στο 77% των λεχвіδων χορηγούνται έτοιμα προπαρασκευασμένα γάλατα στους υγειονομικούς χώρους.
- Το 39% των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος δεν χορηγούνται με συνταγή Παιδίατρου.
- Το 67% των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης δεν προωθεί το μητρικό θηλασμό. Επίσης, το 66% προωθεί τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος.
- Το 9% των Μαιών-Μαιευτών δεν έχει παρακολουθήσει Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού.
- Το 50% των συμμετεχόντων Μαιών-Μαιευτών δήλωσε ότι ο Κώδικας έχει υιοθετηθεί στην Ελλάδα, το 33% ότι δεν έχει υιοθετηθεί, ενώ το 17% δεν απάντησε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα ο Κώδικας στη χώρα μας εφαρμόζεται σε μη ικανοποιητικό βαθμό. Με τις απαντήσεις τους οι Μαιές-Μαιευτές μας πληροφορούν ότι ο Κώδικας εφαρμόζεται σε ποσοστό 53%, ότι δεν εφαρμόζεται σε ποσοστό 43%, ενώ ποσοστό 4% δεν απάντησε.

Στο διάγραμμα που ακολουθεί φαίνεται η εφαρμογή του “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας & Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”.

Εφαρμογή “Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας & Διαφήμισης Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”



ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Η Πολιτεία, οι Υπηρεσίες Υγείας και οι Επαγγελματίες Υγείας είναι αναγκαίο να προφυλάξουν

μητέρες και νεογνά από την προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος.

- Το Προσωπικό Υγείας να εφαρμόζει τα άρθρα του Κώδικα, να μην δέχεται χρήματα ή δώρα από εταιρείες υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και να παρακολουθεί κατάλληλα σεμινάρια εφαρμογής του Κώδικα.

- Η Πολιτεία οφείλει να νομοθετεί και παράλληλα να παρέχει αποτελεσματική προστασία στο μητρικό θηλασμό από τις επιπτώσεις της ευρείας παραγωγής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Επίσης, να εξασφαλίσει ότι όλες οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, που παρέχουν υπηρεσίες μητρότητας, ακολουθούν τα "Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό", όπως αυτά διακηρύσσονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την UNICEF ως μέρος της Πρωτοβουλίας "Φιλικό για το Βρέφος Νοσοκομείο". Ακόμη, να δεσμεύει τις βιομηχανίες ώστε να ακολουθούν όλες τις πρακτικές εμπορίου που προβλέπονται από τον Κώδικα.

- Η χώρα μας πρέπει να ενισχύσει την "κουλτούρα μητρικού θηλασμού" εξαλείφοντας από το σύστημα υγείας, το χώρο εργασίας και την κοινότητα όλα τα εμπόδια για το μητρικό θηλασμό.

- Η πολιτεία να μεριμνήσει για ικανοποιητική περίοδο άδειας μητρότητας σε όλες τις γυναίκες, τουλάχιστον για 6 μήνες μετά τον τοκετό με αποδοχές, ώστε να διευκολύνεται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός και να προστατεύεται το δικαίωμα της μητέρας να θηλάζει σε δημόσιους χώρους.

- Οι Αρχές πρέπει να παρακινήσουν για την ενσωμάτωση της πολιτικής προώθησης του μητρικού θηλασμού στη γενική τους πολιτική για την Υγεία και την Ανάπτυξη.

- Οι φορείς προστασίας του καταναλωτή να δραστηριοποιηθούν περισσότερο, ώστε να παρέχεται αντικειμενική ενημέρωση και προστασία του μητρικού θηλασμού.

- Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης να παρέχουν αντικειμενική ενημέρωση και προστασία στο μητρικό θηλασμό.

- Η εφαρμογή του Κώδικα είναι δυνατό να βελτιωθεί σημαντικά με ορθή διαχείριση του ανθρωπίνου δυναμικού υγείας, ενέργεια η οποία δεν έχει μεγάλο οικονομικό κόστος.

Μπορούμε να πούμε πως η πλήρης εφαρμογή του Κώδικα στη χώρα μας είναι δυνατό να επιτευχθεί σταδιακά με υλοποίηση των παραπάνω προτάσεων.

ABSTRACT

Efstratia Papaioannou: Research for the knowledge and the application of the principals of the "International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes", to Midwives.

"ELEFTHO", 3: 105-114, 2010

The "International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes" regulates the rules of the distribution to the market of all breastmilk substitutes and of infant nutrition appliances. It mainly concerns breastmilk substitutes, sanitary staff, as well as companies of production and distribution of breastmilk substitutes. The application of the Code constitutes a crucial factor for the evaluation of obstetrical services in Greece, but also worldwide.

The research conducted, concerns the application of the Code and is based on questionnaires filled out by Midwives as they play a major role to its implementation in maternity hospitals. The questionnaires were filled out by Midwives who participated in the Annual Regular General Meeting of Greek Midwives Association on 27-1-2008. Research results show that in our country the Code is applied improperly in 53% of cases. The application of the Code is essential to be promoted to health professionals, to all engaged commissions in order to protect, support and promote maternal lactation whereas artificial nutrition should be provided under certain circumstances.

Key-words: *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes, breastmilk, artificial nutrition, Midwives.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάμ Ε., Νάκου Σ. Πούλη Θ.: Απόψεις, προθέσεις και πρακτική θηλασμού σε πληθυσμό της Αθήνας. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 44: 189-196. Αθήνα, 1997.

Breastfeeding Counselling: A training course. World Health Organization, 1993, WHO/CDR/93.6, Geneva, <http://www.who.int>

Έγγραφο Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Διεύθυνση Υγιεινής, 23630/9.11.83.

Εγκυκλοπαίδεια "Πάπυρος Larousse Britannica": Θηλασμός. 1η έκδοση, τόμος 28ος, σελ. 170. Εκδοτικός Οργανισμός "Πάπυρος". Αθήνα, 1984.

Ζάχου Θ., Σοφατζής Ι: Συμβουλές για το μητρικό θηλασμό. 5η έκδοση, Αθήνα, 2007.

- Iatronet.gr* – Υγεία: Η σημασία του Μητρικού Θηλασμού. Ημ/νία δημοσίευσης: 9 Δεκεμβρίου 2005, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=871.
- International Code Documentation Center (ICDC)*: <http://www.ibfan.org/english/activities/training/icdc00.html>
- Καλλέργης Χ.: Ο Μητρικός Θηλασμός. Μάρτιος 2007, 29ο, <http://kallergisharis.wordpress.com/2007/03/29>.
- Ξενοδοχίδου Ε.: Μητρικός Θηλασμός. “Fuegfo”, γυναικείο περιοδικό ποικίλης ύλης, <http://www.fuego.xan.gr/index.php?tmp=2&rg=2&id=10059&>
- UNICEF*: Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2006: Κύρια Σημεία του Κώδικα, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), 2000, Ευρωπαϊκή Έκδοση Νο 87: σελ. 150, <http://www.unicef.gr/bf06.php>
- UNICEF*: Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2006: Μερικά θεμελιώδη σημεία των αποφάσεων της WHA για τη βρεφική και νηπιακή διατροφή, <http://www.unicef.gr/bf06.php>
- UNICEF*: Δελτίο Τύπου: Δ.Τ. 37/2006, Αθήνα, 27 Οκτωβρίου 2006, <http://www.unicef.gr/oldpress/2006/dt3706.php>
- UNICEF*: Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2006: Κατά πόσο εφαρμόζεται ο Κώδικας σε όλο τον κόσμο, <http://www.unicef.gr/bf06.php>
- UNICEF*: Ο Κώδικας και οι συμπληρωματικές τροφές, <http://www.unicef.gr/bf06.php>
- World Health Organization (WHO)*: <http://www.who.int/about/en>
- World Health Assembly Endorses WHO's Strategic Priorities*, <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/pr2001WHA-6.html>

Ποσότητα μητρικού γάλακτος – Γαλακταγωγιά

Φανή Πεχλιβάνη*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για αρκετούς αιώνες, όταν το γάλα της θηλάζουσας μητέρας δεν ήταν επαρκές, τη συμβούλευαν να χρησιμοποιεί τροφές που λειτουργούσαν ως γαλακταγωγιά. Οι τροφές αυτές απαντώνται σχεδόν σε όλες τις κοινωνίες και είναι συγκεκριμένες για την καθεμία. Στην Ελλάδα συστήνονταν από επαγγελματίες υγείας μέχρι και τη δεκαετία του '70. Στη συνέχεια, στις μελέτες που έγιναν από διεθνείς οργανισμούς, φάνηκε ότι η ποσότητα του μητρικού γάλακτος επηρεάζεται από τη συχνότητα των θηλασμών, από το αντανεκλαστικό ροής και από τη γενικότερη κατάσταση της θηλάζουσας, και όχι από τη χρήση των γαλακταγωγών τροφών. Πιθανώς αυτές έμμεσα να αυξάνουν την αυτοπεποίθηση της θηλάζουσας ή να τη χαλαρώνουν και έτσι να υπάρχει επιρροή στην παραγωγή του γάλακτος.

Λέξεις-κλειδιά: μητρικό γάλα, ποσότητα, θηλάζουσα, γαλακταγωγιά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι θηλάζουσες μητέρες, το συγγενικό περιβάλλον και οι επαγγελματίες υγείας πάντα έδειχναν και συνεχίζουν να δείχνουν ένα μεγάλο ενδιαφέρον για το εάν το γάλα της μητέρας επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες του νεογνού?0βρέφους. Στο πέρασμα του χρόνου έχουν ειπωθεί και έχουν γραφτεί αρκετά για το πώς μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί το μητρικό γάλα και ακόμα πως μπορεί να γίνει λιπτόρρευστο ή παχύρρευστο.

Κλασική – Ρωμαϊκή Εποχή

Οι γιατροί της αρχαιότητας στις συστάσεις που έδιναν, κυρίως στις τροφούς για να έχουν κανονική ποσότητα γάλακτος, ήταν να σιτίζονται με ψωμί, σούπες, ψάρια, κρέας, κυνήγι και κρασί. Τις ίδιες περίπου συστάσεις έδιναν και οι γιατροί στη ρωμαϊκή εποχή. Ο Σωρανός (τέλη 1ου αιώνα μ.Χ) και ο Γαληνός (2ος αιώνας μ.Χ) προερχόμενοι από πλούσιο κοινωνικό περιβάλλον και ίσως απευθυνόμενοι σε παρόμοιο, έδιναν πιθανώς συστάσεις για τροφούς. Συμπεραίνουμε, όμως, ότι και οι ίδιες οι μητέρες όταν θήλαζαν ακολουθούσαν τις ίδιες συστάσεις (Αβου Α.Α., 1996).

Βυζαντινή Περίοδος

Οι περισσότερες συστάσεις προέρχονται από τον Ορειβάσιο (4ος αιώνας μ.Χ.) ο οποίος ανθολογεί από τα έργα του Σωρανού και του Γαληνού. Πιστεύει και αυτός ότι η ποσότητα του μητρικού γάλακτος εξαρτάται από τη διατροφή της θηλάζουσας και συστήνει για την κανονική ποσότητα του γάλακτος η διατροφή της θηλάζουσας να περιλαμβάνει ψωμί, ψαρόσουπες, κρεατόσουπες και μέτρια ποσότητα κρασιού. Απαγορεύει δε ορισμένα τρόφιμα, όπως πράσα, κρεμμύδια, σκόρδα, παστά, ξηρούς καρπούς σέλινο, δυόσμο, κουκιά, φακές, αλμυρά, ξινά τρόφιμα, τυριά, αρωματικά ή τσουχτερά βότανα, μέντα, κάρδαμο, βασιλικό, ψάρια λίμνης

* Μαία, Msc, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

ή ποταμού, γιατί θεωρεί ότι επηρεάζουν την ποσότητα, τη γεύση και την οσμή του μητρικού γάλατος (Lascaratos & Roulakou-Rebelakou, 2003).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι υπάρχουν και συστάσεις για την αλλαγή της υφής του μητρικού γάλατος. Επί λεπτόρρευστου συστήνεται χοιρινό, αρνάκι, κατσικάκι, γλυκό κρασί και σιρόπι σταφυλιού. Ενώ επί παχύρρευστου οξύμελο (μέλι με ξύδι), ρίγανη, θυμάρι, ύσσωπος, αρωματικό λευκό κρασί, ρεπάνια, ψάρια, κοτόπουλο και κριθάρι (Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε., 1992).

Για την αύξηση του μητρικού γάλατος συστήνονται από τον Ορειβάσιο και τη Μητροδώρα (διακεκριμένη Μαία του 7ου αιώνα) ως γαλακταγωγά, ο μάραθος, η ρόκα, το σέλινο, ο άνηθος, το τζίντζερ, το κύμινο, το σουσάμι και η σμύρνα (μαύρη μυρτιά) (Πουλάκου-Ρεμπελάκου Ε., 1992).

Γαλακταγωγά ανά τον κόσμο

Σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες υπάρχουν αναφορές για συστάσεις τροφίμων, που λειτουργούν ως γαλακταγωγά και δεν είναι γνωστό από πότε χρησιμοποιούνται. Έτσι, ο κονιοποιημένος στόμαχος αίγας χρησιμοποιείται ως γαλακταγωγό στο Πακιστάν, το μαύρο πιπέρι και ψημένο τζίντζερ στην Ινδία, ροφήματα από σουσάμι και σπόρους βαμβακιού στο Μεξικό, ροφήματα από κολιάνδρο και βραδινό γεύμα από σιτάρι ή βρώμη ή κουσκούς στην Τυνησία, ζεστή σοκολάτα στη Γουατεμάλα και τσάι από γαϊδουράγκαθο στις Ηνωμένες Πολιτείες (Baumslag N. & Michels D., 1995).

Νεότεροι Χρόνοι

Οι συστάσεις σιγά σιγά αρχίζουν να αλλάζουν. Συστήνεται η θηλάζουσα να έχει την καλύτερη διατροφή της οικογένειας και να αυξήσει την ποσότητα της τροφής της ημερησίως κατά ένα πιάτο. Φυσικά, είναι γνωστό πως κάθε κοινωνία έχει τη δική της διατροφή και τις δικές της προλήψεις για ορισμένες τροφές, όπως λ.χ. στην Τυνησία απαγορεύονται τα αυγά, στην Τανζανία το γάλα και το λίπος, και στο Μπαγκλαντές το ζωικό λίπος (Eiger M.S. & Olds S.W., 1999).

20ός αιώνας στην Ελλάδα

Ο Ζερβός τη δεύτερη δεκαετία του 20ού αιώνα υποστηρίζει ό,τι και ο Αριστοτέλης και συγκεκριμένα ότι η ποσότητα του γάλατος εξαρτάται από τη διάπλαση της γυναίκας, από τη διατροφή της, την κληρονομικότητά της και από άλλους παράγοντες (Ζερβός Σ.Γ., 1914).

Μετά το 1930 οι απόψεις αποκλίνουν. Άλλοι πιστεύουν ότι η ποσότητα του μητρικού γάλατος εξαρτά-

ται από το είδος του διαιτολογίου της θηλάζουσας και συστήνουν ποιές τροφές να προτιμά και ποιές να αποφεύγει (Χρυσάκη Μ., 1930, Σπεράντζας Σ., 1939), ενώ άλλοι πιστεύουν ότι εξαρτάται από την ποσότητα των θερμίδων που παίρνει (Χρυσάφη Ν., 1940).

Οι γυναίκες αυτή την εποχή θηλάζουν όποτε κλαίει το παιδί τους και σιτίζονται με σούπες και εθιμικές προσφορές, κυρίως πίτες, ψωμί, μπουγάτσες, γάλα, γιαούρτι, τυρί, όρνιθα, κρασί και γλυκά (γαλατόπιτες, τηγανίτες). Πίνουν νερό με μέτρο, όχι πολύ για να μην έρθει πολύ γάλα, αλλά και αποφεύγουν τον δυόσμο για να μη λιγοστεύσει το γάλα. Σε περίπτωση που το γάλα τους είναι λιγοστό καταφεύγουν στο γαλατόχορτο (γαλατσίδα), το τρώνε ή πίνουν το ζουμί του (Αλεξάκης Ε.Π., 1999, Μηλίγκου-Μαρκαβτώνη Μ., 1999).

Μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο οι απόψεις γίνονται πολλές με αποτέλεσμα και οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας να μη μπορούν να συνεννοηθούν μεταξύ τους. Για την κατανάλωση νερού άλλοι συνιστούσαν οι θηλάζουσες να πίνουν πολύ νερό για μεγαλύτερη παραγωγή γάλατος (Παδιατέλης Κ., 1958), και άλλοι να πίνουν τόσο νερό όσο για να καλύψει τη δίψα τους (Δοξιάδης Σ., 1955). Οι λίγες θηλάζουσες που έχουν πρόσβαση στα βιβλία επηρεάζονται, οι υπόλοιπες υπολογίζουν την επάρκεια του γάλατος τους από την όψη, τη θρέψη και τη γενική κατάσταση του παιδιού τους. Το κύμινο, ο μάραθος και ο γλυκάνισος συνεχίζουν να συστήνονται ως γαλακταγωγά (Βέρας Σ., 1946, Χαριτάκης Κ., 1948).

Το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα εμφανίζονται ποικίλες συστάσεις που έρχονται από διάφορες σχολές της Ευρώπης, οι οποίες ακολουθούν συγκεκριμένα διατροφικά ρεύματα. Έτσι, άλλοι είναι πολύ αυστηροί και συστήνουν συγκεκριμένο διαιτολόγιο και θερμίδες, ενώ άλλοι είναι συγκαταβατικοί με τις θηλάζουσες μητέρες. Ειδικότερα ως προς το κάπνισμα, παρότι αναφέρουν ότι μειώνει την ποσότητα του γάλατος, άλλοι το απαγορεύουν παντελώς (Χωρέμης Κ., 1966), ενώ άλλοι επιτρέπουν 5-6 τσιγάρα την ημέρα για να μην έχει η μητέρα ψυχικές αναστατώσεις με την απότομη διακοπή (Παδιατέλης και συν. 1971). Ωστόσο, το λάδι, ο βαμβακόσπορος, οι σούπες και η μπίρα συστήνονται ως γαλακταγωγά και τη δεκαετία του '70 (Αλεξόπουλος Κ., 1973).

Διεθνής Κοινότητα

Στη δεκαετία του '70, στη διεθνή κοινότητα αρχίζουν να αλλάζουν οι απόψεις για τη σχέση γαλακταγωγών τροφών με την ποσότητα του μητρικού γάλατος. Αρκετοί επιστήμονες, μεταξύ αυτών και ο D. Jelliffe, με τις έρευνες που διεξάγουν διαπιστώνουν ότι η ελλιπής φροντίδα-προστασία των μητέρων κα-

THE
MAY
1954

THE
MAY
1954

£ erfrcrofta? £c(d)kt^lom ^cxofd
viid rticfwbul Cai. bifcxpcil. i i Scd. iif. i b c r f s o u i x t i m o c r H j r a w l m
a.S.S.33.

i. ttweu a < < Ney » d l w i »
nxtiNjI'1 € unbvtr. t f n p c r r a l . o . ' .
« be's?ba ttvd . aba * f d b i f ? »
If « HttUJ e t # KiuSteiwKn, JjixurufatUj)
bctf «Seev: a r'g m | < l b ' S < n t t S c t » v » \$ 30
« < < i v . : . O H g t f m q a s e » * »
vij p f i f f b i m b c r 0 f o l t a i w b a l l i M t y A t . - n
k m m * b « r . d 14 f i j o i i n b e n (o r b t
[' n i > « N i A 4 l x K n w ? u m m < u i n
w d t a i i ? < f A n v i < l b o f u r b e e i t u f c l A t t l e f a * g
« u S l u f c i i f i e f o U e f o i n K t f i j i l l v n U X i c ' f i < u
u . i j < n l x A V K n r f i i f i x n W k f b a l t i n g c l
f e g i r o e * f x p « l v v m b g t W o i M ' i n . S i i k p t
l . s . d o . n y x e t i m e n t i n . i d i s e s i u f o
a i c s . > n . l i n s i d i j i v i v i
i i .
n i j l l e . l o h i i m u t : l a n u b W
l o e g h a d t o m i b . z i j c . N m k g g <
f u e n i v u i f a v s e c b c g t f i g t a f o i l f : A b a c j u t u l l
o i < t w < U i m b d ? u a o f i o e n g t y a x n f r w i e e
(« O l f o n v u A e n v r t b x n r x i i . t u i h j f s
a u t b ? C 8 . a x n E s < < x i j A g u 7 b « n u c b A i l f < m
o f e n g i t e l « d e n i j l i n f i r e j v i j x n W » i r i j
m j v . X a v g e V K f i n b A n u i
l v n i j a w f w i h e i v w t x t t g e c c t i / o j 1 N i E e 1 f
f d j y / r f o m m e i i f a e n t y f e k i i f k p w k e v d u
< e (l t o » b i l d < v w k M C K n f b x v r
o g u V d ' . A t . - t r e f c b * f M b < « c k < N 0



[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

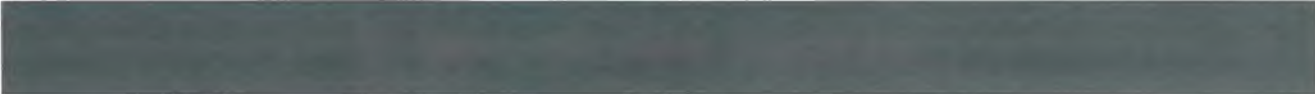
[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Ανακοίνωση "Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας"





[Faint, illegible text block]

[Faint, illegible text block]





[Faint, illegible text in the left column, possibly containing a list or detailed notes.]

[Faint, illegible text in the right column, possibly containing a list or detailed notes.]



ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

Το “2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Προετοιμασίας για τη Μητρότητα με τη Μέθοδο της Ψυχοπροφύλαξης” πραγματοποιήθηκε με επιτυχία στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης. Η έναρξη του έγινε στις 17/05/2010, η λήξη του στις 28/05/2010 και είχε χρονική διάρκεια 50 ώρες.

Οργανώθηκε από τις κ. Βασιλική Κεραμιτσίδου, Μαία, Υπεύθυνη Ιατρείου “Προετοιμασία για τη Μητρότητα” και την κ. Βάγια Ντούμπα, Μαία Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων Μαιευτικής–Γυναικολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, με τη συνεργασία της Πανεπιστημιακής Μαιευτικής–Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης υπό τον καθηγητή κ. Βασίλειο Λυμπέρη και τον υπεύθυνο διδασκαλίας καθηγητή κ. Γεώργιο Γαλάζιο. Το Σεμινάριο παρακολούθησαν 12 Μαίες (ο αριθμός είναι περιορισμένος, όχι λόγω της θεωρητικής αλλά της πρακτικής εξάσκησης).

Τα Σεμινάρια που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο είναι δυο: το ένα το δεύτερο 15/νθήμερο του Μαΐου και το άλλο το πρώτο 15/νθήμερο του Οκτωβρίου. Για τη συμμετοχή των Μαιών κρατείται σειρά προτεραιότητας. Τηλέφωνα επικοινωνίας: 25510.75570, 571, 577.



Χώρος Σεμιναρίου “Προετοιμασία για τη Μητρότητα”.



Η Οργανωτική Επιτροπή με Μαίες από το Σεμινάριο.



Η Οργανωτική Επιτροπή του Σεμιναρίου. Από αριστερά η Μαία κ. Βάγια Ντούμπα, ο Καθηγητής κ. Βασίλειος Λυμπέρης, η Μαία κ. Βασιλική Κεραμιτσίδου και ο Καθηγητής κ. Γεώργιος Γαλάζιος.

Μητρικό Γάλα, το χρυσό πρότυπο διατροφής

No. 1 choice
of hospitals
& mothers

Η Symphony[®], πιο κοντά στη φύση από ποτέ!

Ο μητρικός θηλασμός είναι η πιο ωραία εμπειρία για τη μητέρα και το μωρό. Το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά και αντισώματα που είναι αναγκαία για την ανάπτυξη του μωρού. Παρά τις εκτενείς έρευνες, τίποτα δεν μπορεί να αντικαταστήσει τα χαρακτηριστικά του μητρικού γάλακτος.

Το 1998, η Medela σε συνεργασία με τον Καθ. Peter E. Hartmann, παγκοσμίως γνωστό για τις έρευνές του στους τομείς του μητρικού θηλασμού και της σύνθεσης του μητρικού γάλακτος από το **Τμήμα Βιοχημείας του Πανεπιστημίου της Δυτικής Αυστραλίας** διεξήγαγε ερευνητικό πρόγραμμα με αντικειμενικό σκοπό την εύρεση ενός μοντέλου που θα προσέφερε στις μητέρες αποτελεσματική άντληση γάλακτος με τη μεγαλύτερη δυνατή άνεση. Για τη διεξαγωγή της έρευνας πήραν μέρος 60 μητέρες που θηλάζαν και παρακολουθούνταν από ειδικά τροποποιημένους υπέρηχους, που αποκάλυπταν ακριβώς πώς ενεργοποιείται το αντανακλαστικό διάθεσης του γάλακτος.

Βασισμένη στην παραπάνω έρευνα, η Medela αποδέχθηκε την πρόκληση και δημιούργησε την αντλία **Symphony[®]** που μιμείται το μοτίβο θηλασμού του βρέφους, ενώ συνεχίζει εδώ και 40 χρόνια να παρέχει την ιδανική και φυσική υποστήριξη στις μητέρες που θηλάζουν, επιτρέποντάς τους να τρέφουν τα μωρά με την καλύτερη τροφή - το μητρικό γάλα. Η αύξηση των μητέρων που θηλάζουν τα τελευταία χρόνια, η επιστροφή τους στην εργασία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των πρόωρων νεογνών που επιβιώνουν, είναι λόγοι που κάνουν αναγκαία την ύπαρξη αντλιών θηλασμού. Οι αντλίες προορίζονται για να συμπληρώσουν και να υποστηρίξουν το θηλασμό, όχι να τον αντικαταστήσουν.

Με το **μοναδικό πρόγραμμα 2 φάσεων**, της ενεργοποίησης και της άντλησης, τη μόνη επιστημονικά τεκμηριωμένη τεχνολογία για θήλαστρα που μιμείται το φυσικό ρυθμό θηλασμού, η **Symphony[®]** θέτει νέα κριτήρια στην άνεση και στην αποτελεσματικότητα. Ο συνδυασμός των **2 φάσεων** έχει ως αποτέλεσμα τη γρήγορη ενεργοποίηση του αντανακλαστικού διάθεσης γάλακτος "κατέβασμα" και ταχύτερη άντληση. Το πρόγραμμα μπορεί να μειώσει το χρόνο άντλησης σε 6-7 λεπτά.

Αποδεδειγμένα αντλείται περισσότερο γάλα σε λιγότερο χρόνο.



✓ για χρήση στο νοσοκομείο ή για ενοικίαση στο σπίτι

Τεχνολογία Άντλησης	2 ΦΑΣΕΩΝ	Η καινοτομία από τη Medela
Αντανακλαστικό Διάθεσης Γάλακτος		
Φάση 120	Θηλαστικών Κινήσεων	Φάση 60
Ενεργοποίηση Θηλής	Ταχύς ρυθμός άντλησης για να "κατέβει" το γάλα	Αντλία
		Πο αργός ρυθμός άντλησης για αποτελεσματικότητα και άνεση
Αποδεδειγμένα προσφέρει περισσότερο γάλα σε λιγότερο χρόνο Βασισμένο σε έρευνες: Μιμείται το μοτίβο θηλασμού του μωρού		

medela