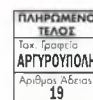


ΕΛΛΕΥΘΩ

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

ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΜΑΪΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ

2012



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ Αδείας 01170
Αρ Παππά 2 115 21 Αθήνα, τηλ 210 6465691

Β΄ Περίοδος / Τόμος 17ος / Τεύχος 2ο

LIBERO BISCO

Στον κόσμο του
όλα είναι δυνατά!

Like us on
Facebook

www.facebook.com/liberoclub.gr

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**
ή μπειτέ στο site www.liberoclub.gr
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club

Libero Comfort Fit και Libero UP & GO.
Πιο λεπτές, για καλύτερη εφαρμογή και απόλυτη
ελευθερία κινήσεων, με τέλεια απορροφητικότητα.



Libero

Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας και του Μαιευτή

Αίγλη Ζαππείου, Σάββατο 9 Ιουνίου 2012

«Ο κόσμος χρειάζεται τις μαίες τώρα περισσότερο από ποτέ»

Η 5η Μάη σε όλο τον κόσμο (όπου ζουν και εργάζονται μαίες και μαιευτές) είναι μέρα γιορτής, μέρα χαράς και ενθουσιασμού, μέρα όπου προσφέρονται τιμές σ' εκείνους που βοηθούν στην ανατολή της ζωής (μαία-γέννηση) σ' εκείνους που παραστέκονται, σ' αυτούς που είναι υπεύθυνοι για την συνέχιση της ζωής (την ίδια την μητέρα).

Ο ΣΕΜΜΑ πιστός σ' αυτό το ιερό καθήκον, αφού προσπεράσαμε το εμπόδιο των εκλογών, οργάνωσε μια λαμπρή γιορτή-ημερίδα στην Αίγλη του Ζαππείου την 9η Ιουνίου 2012. Ο καιρός ευλόγησε. Έτσι η πανέμορφη ανατολή έδωσε την θέση της σε μια λαμπρή μέρα γεμάτη καλοκαίρι, ήλιο και φως. Μέσα στους καταπράσινους κήπους του Ζαππείου, σε μια προσεγγμένη αίθουσα της Αίγλης, ο ΣΕΜΜΑ προσκάλεσε τους φίλους - μαίες - μητέρες - παιδιά - συνεργάτες να γιορτάσουν την προσφορά της μαίας και του μαιευτή στη γέννηση, τη ζωή, την ολοκλήρωση, την ωριμότητα.

Μαίες από την επικράτεια του ΣΕΜΜΑ - μητέρες με μωρά που θηλάζουν, με μωρά στο καροτσάκι, με ζωηρά παιδάκια που έπαιζαν σε μια όμορφη στρογγυλή αίθουσα με τους κλόουν, δημιουργούσαν μια ατμόσφαιρα γιορτινή που συνεπήρε ακόμη και αυτούς που ίσως δεν είχαν διάθεση αρχικά. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν πολλοί ομιλητές με αρκετά θέματα που ενδιαφέρουν τόσο τις μαίες όσο και τις μητέρες, ακούστηκαν πολύ ενδιαφέρουσες απόψεις και αναπτύχθηκαν αρκετές δυνατότητες. Τα θέματα των ομιλιών ήταν:

- Σεξουαλική ζωή κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό - Μ.Στάμου, Μαία
- Εναλλακτικοί τρόποι τοκετού - Ε. Δημοπούλου, Μαία, Πρόεδρος Ευτοκία
- Βρεφική πάνα στις μέρες μας - Γ. Αναγνώστου, μαία
- Μητρικός θηλασμός: Γνωρίζοντας το παρελθόν προγραμματίζουμε το μέλλον - Φ. Πεχλιβάνη, Μαία

- Βακτηριακή χλωρίδα και υγεία: Τα προβιοτικά είναι μόδα ή αναγκαιότητα; - Χ. Γκούσκου, Φαρμακοποιός
- Πανηγυρικός της ημέρας - Π. Παναγή, Μαία, Πρόεδρος ΣΕΜΜΑ
- Εγκυμοσύνη, ακράτεια και πυελικό έδαφος - Φ. Λάγαρη, Γυναικολογική φυσικοθεραπεύτρια
- Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη: Περιγεννητικοί κίνδυνοι- Αντιμετώπιση - Α. Τουφίδου, Μαία
- Η ανάγκη της επικοινωνίας στην άσκηση της μαιευτικής - Π. Ηλιάδη, Μαία

Στα διαλείμματα και μετά το τέλος των ομιλιών με ένα δροσερό αναψυκτικό στο χέρι δόθηκε η ευκαιρία να ανταλλάξουμε ευχές, απόψεις και να θίξουμε θέματα που μας ενδιαφέρουν, να αγκαλιαστούμε, να βρούμε πάλι την επαφή μας.

Κατά γενική ομολογία, η ημερίδα στέφθηκε με απόλυτη επιτυχία και σ' αυτό το σημείο ευχαριστώ όλους τους συνεργάτες και παρευρισκόμενους για τη συμβολή τους στην επιτυχία της εκδήλωσης. Τρανταχτές απουσίες υπήρξαν, αλλά ευτυχώς δεν πτοηθήκαμε. Ελπίζω όμως οι τύψεις τους (επιστημονικές ή μη) να τους οδηγήσουν σε σωστότερη μαιευτική συμπεριφορά σε επόμενες εκδηλώσεις του θεσμικού φορέα των μαίων ΣΕΜΜΑ, αν βέβαια τιμούν το επάγγελμά τους.

Τελειώνω με την φράση της πρώην προέδρου του ICM, Bridget Lynch με την οποία ξεκίνησε το 29ο Διεθνές Συνέδριο Μαίων στο Durban της Ν. Αφρικής τον Ιούνιο του 2011:

VIVA MIDWIVES
«ΕΜΠΡΟΣ ΜΑΙΕΣ»

Η Πρόεδρος του ΔΣ του ΣΕΜΜΑ
Περμανθία Παναγή

Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας και του Μαιευτή

Αίγλη Ζαππείου, Σάββατο 9 Ιουνίου 2012



Η Πρόεδρος του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. κ Π. Παναγή καλωσορίζει το κοινό στην εκδήλωση.



Στο βήμα η κ. Φανή Πεχλιβάνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του τμ. Μαιευτικής ΤΕΙ Αθήνας και Αντιπρόεδρος του ΔΣ του ΣΕΜΜΑ.



Η μαία κ. Ελ. Δημοπούλου, Πρόεδρος του σωματείου ΕΥΤΟΚΙΑ, κατά την ομιλία της.



Η Ταμίας του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α., κ. Π. Αναγνώστου παρουσιάζει την ομιλία της.



Η Πρόεδρος κ. Παναγή κατά την εκφώνηση του πανηγυρικού της ημέρας και στο στρογγυλό τραπέζι οι ομιλήτριες κ. Φ. Λάγαρη, φυσικοθεραπεύτρια και οι μαίες Α. Τουφίδου και Π. Ηλιάδη.



Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας και του Μαιευτή

Αίγλη Ζαππείου, Σάββατο 9 Ιουνίου 2012



Η μαία κ. Μ. Στάμου, υπεύθυνη τμήματος προετοιμασίας γονέων Π.Γ.Ν. «Αλεξάνδρα», κατά την ομιλία της.



Η κυρία Χ. Γκούσκου, φαρμακοποιός, παρουσιάζει στο κοινό την ομιλία της.



Το ακροατήριο, αποτελούμενο από μαίες-ευτές, φοιτήτριες αλλά και γονείς, παρακολουθεί με προσοχή και ενδιαφέρον τους ομιλητές.



Η κ. Φ. Πεχλιβάνη μαζί με μαίες και φοιτήτριες του τμ. Μαιευτικής του ΤΕΙ Αθήνας.



Όση ώρα γίνονται οι εγγραφές, στις οθόνες προβάλλονται τα τηλεοπτικά κοινωνικά μηνύματα του ΣΕΜΜΑ για το μαιευτικό επάγγελμα και το μητρικό θηλασμό.

Παγκόσμια Ημέρα της Μαΐας και του Μαιευτή

Αίγλη Ζαππείου, Σάββατο 9 Ιουνίου 2012



Παιδιά όλων των ηλικιών είχαν τη δυνατότητα να απασχοληθούν δημιουργικά και να διασκεδάσουν σε όλη τη διάρκεια της εκδήλωσης.



Ευκαιρία για συζήτηση, ανταλλαγή απόψεων και ευχών κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων.



Η Πρόεδρος του ΔΣ κ. Π. Παναγή και η Γ. Γραμματέας κ. Γ. Κοβάνη δίπλα στις νέες μητέρες και τα μωρά τους.

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 17ος, Τεύχος 2ο, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

ISSN 1106 - 6822 Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 011701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μέλη:	ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
Αναπληρ. Μέλος:	ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax), 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr
Website: www.semma.gr • www.smme.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο:
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Μ.Α
Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax) - 210.6429675

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΣΑΡΗ

Γραφικές Τέχνες
Θήρας 102 - 16451 Αργυρούπολη

Τηλ.: 210.9965656 - Fax: 210.9958328
e-mail: info@ekdoseispassari.gr
www.ekdoseispassari.gr

Η SCA Hygiene Products A.E. (Libero) ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ

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

ΕΛΕΥΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 2ο,
ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

2nd Period - Volume 17, Number 2
APRIL - MAY - JUNE 2012



Επιστημονικοί Σύμβουλοι
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors
PAPANIKOLAOU NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

Διευθύντρια Σύνταξης
ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ ΦΑΝΗ

Editor in Chief
PECHLIVANI FANI

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

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

Επιστημονικές εργασίες - Αλληλογραφία

Σ.Ε.Μ.Μ.Α: Αριστ. Παππά 2 - 11521 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. - 11521 Athens
Tel.: 210.6465691 (Fax) - 210.6429675

E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

B Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 2ο,
ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας και του Μαιευτή	47
Εφηβική εγκυμοσύνη, επιπτώσεις στην έφηβη-έγκυο και το νεογνό, αποτελέσματα προδρομικής μελέτης <i>Ελένη-Σοφία Γιαννακοπούλου Αγγελική Αντωνάκου</i>	54
Ανταπόκριση ορεινού πληθυσμού σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για Ca του τραχήλου της Μήτρας <i>Μιχάλης Μώρος Αθανάσιος Φιλάνδρας</i>	60
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο: Οι επιδράσεις του στην γυναικεία γονιμότητα <i>Αικατερίνη Ιορδανοπούλου Ελπινίκη Μαρκετάκη</i>	66
Το Ελληνικό Πρόγραμμα ALSG (Advanced Life Support in Gynecology) <i>Νικόλαος Βραχνής Δημήτριος Παπουτσίης</i>	74
Ανακοίνωση του ΙΚΠΙ	80
Κλινικό φροντιστήριο Μητρικού Θηλασμού στο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»	81
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Μ. Θεσσαλονίκης	82
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου	82
Οδηγίες προς τους Συγγραφείς	83
12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών - Μαιευτών	85

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 17, Number 2
APRIL - MAY - JUNE 2012

CONTENTS

International Day of the Midwife	47
Teenage pregnancy, outcomes for mother and newborn: results of a prospective study <i>Eleni-Sofia Giannakopoulou Angeliki Antonakou</i>	54
Responsiveness of a mountainous population to a cervical Ca screening programme <i>Michalis Moros Athanasios Filandras</i>	60
Antiphospholipid Syndrome: The impact of the syndrome on female fertility <i>Ekaterini Iordanopoulou Elpiniki Marketaki</i>	66
Hellenic Programme of ALSG (Advanced Life Support in Gynecology) <i>Nikolaos Vrachnis Dimitrios Papoutsis</i>	74
Announcement of I.K.P.I.	80
Clinical lesson of Breastfeeding in "Papageorgiou" General Hospital	81
Announcement of S.E.M.M. of Thessaloniki	82
Announcement of S.E.M.M. of Nafplio	82
Directives for Writers	83
12th Panhellenic Congress of Midwives	85

Εφηβική εγκυμοσύνη, επιπτώσεις στην έφηβη-έγκυο και το νεογνό, αποτελέσματα προδρομικής μελέτης

Ελένη-Σοφία Γιαννακοπούλου

Μαία MSc(c)

Αγγελική Αντωνάκου

Μαία MSc, PhD,

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Τμήμα Μαιευτικής-ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το φαινόμενο της εφηβικής εγκυμοσύνης αποτελεί παγκοσμίως μεγάλο ιατρο-κοινωνικό ζήτημα.

Η εφηβική κύηση αποτελεί κύηση υψηλού κινδύνου. Πολλές επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και το τοκετό όπως εκλαμψία, αναιμία, πρόωρος τοκετός, εμβρυοπυελική δυσαναλογία, υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου και μικρό βάρος γέννησης νεογνού παρατηρούνται συχνότερα σε έφηβες-έγκυες.

Σκοπός: Η διερεύνηση των δημογραφικών παραμέτρων των εφήβων-μητέρων σε ημι-αστική περιοχή της Ελλάδας που δεν είχε πρωτίτερα ερευνηθεί.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για προδρομική μελέτη με δείγμα 43 εφήβων-μητέρων που πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ του Οκτωβρίου του 2010 και Μαρτίου του 2011. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου 22 ερωτήσεων που συμπλήρωναν οι μητέρες τη 2η - 3η ημέρα της λοχείας.

Αποτελέσματα: Το 70% των εφήβων-μητέρων ήταν ηλικίας 19 ετών, ενώ το 12% ήταν ηλικίας 14-16 ετών. Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων-μητέρων (77%) ήταν άγαμες και είτε ήταν αναλφάβητες είτε είχαν μόνο τη βασική εκπαίδευση (93%). Το 33% των εφήβων δήλωσαν ότι κάπνιζαν και το 28% ότι δεν είχε καμία ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης. Το 53% των εφήβων γέννησε με καισαρική τομή. Μόλις το 46% των εφήβων είχε προσπαθήσει να θηλάσει τις πρώτες μέρες μετά το τοκετό.

Συμπέρασμα: Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε πως το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η διακοπή του σχολείου από την έφηβη αποτελούν βασικούς παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση εφηβικής εγκυμοσύνης. Σημαντικός αριθμός εφήβων-εγκύων εξακολουθεί να μην έχει επαρκή ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης ενώ σημαντικό ποσοστό υιοθετούσε μη υγιεινές συμπεριφορές. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να παρέχουν υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας με έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων/μητέρων.

Λέξεις-κλειδιά: εφηβική εγκυμοσύνη, μητέρα, νεογνό, επιπτώσεις

Abstract

Eleni-Sofia Giannakopoulou, Angeliki Antonakou:
Teenage pregnancy, outcomes for mother and newborn: results of a prospective study

Introduction: The phenomenon of teenage pregnancy constitutes worldwide, a serious social-medical issue.

Many complications as eclampsia, anemia, premature childbirth, cephalopelvic disproportion, intra-uterine growth retardation and small for gestational age weight at birth occur more often during teenage pregnancies.

Aim: The investigation of demographic parameters of teenage-mother in semi-urban region of Greece that had not been previously searched.

Method: Prospective study to a sample of 43 teenager-mothers, run between October 2010 and March 2011. Questionnaires were given to teenage mothers during 2nd-3rd day postpartum

Result: The 70% of teenagers-mothers were 19 years old while the 12% were 14-16 years old. The great majority (77%) were single and 93% had no or just the basic education. 33% smoked during their pregnancy. 53% gave birth by Caesarean section. Only 46% tried to breastfeeding their newborns during their first days at hospital.

Conclusion: This study confirmed that low social-economic level and increase school dropout rate constitute basic predisposing factors for teenager pregnancy. A great number of pregnant teenagers continue to have insufficient medical care during pregnancy. Health professionals need to provide services accessible and tailored to the needs of this particular age-group.

Key-words: teenage, pregnancy, mother, infant, complications

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει ορίσει τα χρόνια της εφηβείας από τα 10-19 έτη, ακριβώς για να συμπεριλάβει όλες εκείνες τις διαφορετικές κοινωνικό-πολιτισμικές καταστάσεις που προσδιορίζουν τη διάρκεια της. Αυτός ο χρονικός προσδιορισμός έχει το πλεονέκτημα να περιλαμβάνει τόσο την περίοδο των αναπτυξιακών μεταβολών από την παιδική ηλικία στην εφηβεία, όσο και την περίοδο από την εφηβεία στην πρώιμη ενήλικη ζωή (WHO, 2002).

Η σεξουαλικότητα αποτελεί ένα κομμάτι της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Κατά την εξέλιξη του ανθρώπου η έκφραση της σεξουαλικότητας έχει επηρεαστεί από διαφορετικά ήθη και έθιμα, συμπεριφορές και πρακτικές. Γι αυτό η σεξουαλική συμπεριφορά είναι διαφορετική σε διάφορες θρησκείες και πολιτισμούς, ηπείρους και χώρες (Αγραφιώτης Δ. και συν., 2003).

Το όριο έναρξης των σεξουαλικών επαφών των εφήβων έχει μετατοπιστεί προς τα κάτω (<16 ετών) (Parathanasiou I., 2007) και σε συνδυασμό με τη προτίμηση λιγότερων αξιόπιστων μεθόδων αντισύλληψης, οι έφηβοι δίνουν λιγότερο προσοχή στην αναπαραγωγική τους υγεία. Τα πρώτα βήματα της σεξουαλικής τους ζωής είναι συνήθως ανασφαλή και χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπειρίας (Kozinszky Z. et al., 2004).

Η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί παγκοσμίως ένα ιατρικό και κοινωνικό ζήτημα, με πολλές επιπτώσεις τόσο για τη σωματική υγεία των εφήβων και των νεογνών τους όσο και με ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις (Creatas G. et al., 2002, Quinlivan J.A., et al., 2003, Mayor S., 2004).

Οι παράγοντες που ενδεχομένως οδηγούν σε αυξημένη πιθανότητα εφηβικής εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν την πρόωρη ωρίμανση συμπεριφοράς, την πρόωρη έναρξη του καπνίσματος, την κατάχρηση οινόπνευματος και ουσιών, το χαμηλό ακαδημαϊκό ενδιαφέρον και το χαμηλό οικονομικό υπόβαθρο (Malamitsi-Puchner A. et al., 2006).

Πρέπει να επισημανθεί ωστόσο, ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κύηση στην εφηβεία αποτελεί επιλογή από την έφηβη και αυτό σχετίζεται άμεσα με στοιχεία κουλτούρας και πολιτισμικής κληρονομιάς, τα οποία διέπουν κάποιες κοινωνίες ή κάποιες κοινωνικές ομάδες (Kokkalis P. et al., 2005, Arai L., 2007).

Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως η εφηβική εγκυμοσύνη αποτελεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός και μπορεί να καταλήξει είτε σε άμβλωση ή αποβολή είτε στη γέννηση ενός παιδιού (Creatas G. et al., 2002).

Σε οποιαδήποτε περίπτωση όμως, ανεξάρτητα από την έκβασή της, οι κίνδυνοι που ελοχεύουν είναι σημαντικοί τόσο για την υγεία της εφήβου-μητέρας όσο και του έμβριου-νεογνού.

Ο Π.Ο.Υ υπολογίζει ότι συνολικά πάνω από 300 εκατομμύρια γυναίκες εφηβικής και αναπαραγωγικής ηλικίας πάσχουν αυτή τη περίοδο από επιπλοκές που προκύπτουν από την εγκυμοσύνη και το τοκετό και περίπου 20 εκατομμύρια καινούριες περιπτώσεις προκύπτουν κάθε χρόνο (WHO, 2005).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας φαίνεται πως τα πιο συχνά προβλήματα που μπορεί να προκύψουν στην έφηβη-έγκυο είναι η προεκλαμψία, η αναιμία, η κεφαλοπυελική δυσαναλογία και το μαιευτικό συρρίγγιο (Zacharin R.F., 2000).

Οι έφηβες επίσης, είναι πιθανότερο να γεννήσουν πρόωρα ή με χαμηλό βάρος γέννησης νεογνά, να κυοφορούν έμβρυο με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη ή με σύνδρομο μογγολοειδούς ιδιοτείας σε σύγκριση με γυναίκες που αποκτούν παιδί μετά τα 20 έτη τους (Brodsky D. et al, 2004).

Σε μελέτη που έγινε στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότερες νεαρές έγκυες προέρχονταν από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι αυτές οι ομάδες πληθυσμού έχουν ελλιπή γνώση, σε σχέση με τη φυσιολογία της αναπαραγωγής καθώς και με τη χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων (Mavroforou A. et al., 2004).

Σκοπος

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει τη διερεύνηση των δημογραφικών παραμέτρων των εφήβων-μητέρων σε ημι-αστική περιοχή της Ελλάδας που δεν είχε πρωτίτερα ερευνηθεί, παρ' όλο που παρουσιάζει σημαντικό αριθμό εφηβικών κυήσεων. Επιπρόσθετα, έγινε προσπάθεια να εντοπιστούν τυχόν ελλείψεις κατά την παροχή μαιευτικής φροντίδας τόσο σε προγεννητικό επίπεδο, όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας έως και την έξοδο των γυναικών αυτών και των νεογνών τους από το μαιευτήριο.

Μεθοδολογία-δείγμα

Πρόκειται για προδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο διάστημα μεταξύ του Οκτωβρίου του 2010 και Μαρτίου του 2011. Συμμετείχαν 43 έφηβες- μητέρες, ηλικίας 14-19 ετών, εκ των οποίων οι 28 ήταν Ελληνίδες και οι 15 αλλοδαπές. Οι εθελόντριες επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο καθώς προσέρχονταν στη Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλιάδας, αφού πρώτα εδόθη έγκριση από την αρμόδια υπηρεσία. Απαραίτητο κριτήριο επιλογής ήταν η ηλικία των γυναικών να είναι μικρότερη των 20 ετών. Οι έφηβες-έγκυες ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους από την κύρια ερευνήτρια. Συνολικά προσεγγίστηκαν 50 έγκυες-έφηβες, εκ των οποίων οι 43 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συλλογή των απαραίτητων δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου 22 ερωτήσεων, το οποίο συμπλήρωναν οι μητέρες την 2η -3η ημέρα της λοχείας, παρουσία της ερευνήτριας για τυχόν διευκρινήσεις. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα, αλλά και ερωτήσεις σχετικές με την ποιότητα του προγεννητικού ελέγχου στον οποίο υποβλήθηκαν, τη χρήση καπνού, τον τρόπο τοκετού, την εμφάνιση μαιευτικών επιπλοκών και την προθυμία τους να θηλάσουν.

Τέλος, έγινε καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των συμπληρωμάτων διατροφής που χορηγήθηκαν κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλές έφηβες-μητέρες έδειξαν απροθυμία στο να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, παρά το γεγονός ότι δεν τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν το όνομά τους στο ερωτηματολόγιο (διατήρηση ανωνυμίας). Η κωδικοποίηση, εισαγωγή και ανάλυση των δεδομένων

της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS έκδοσης 17.0

Αποτελέσματα

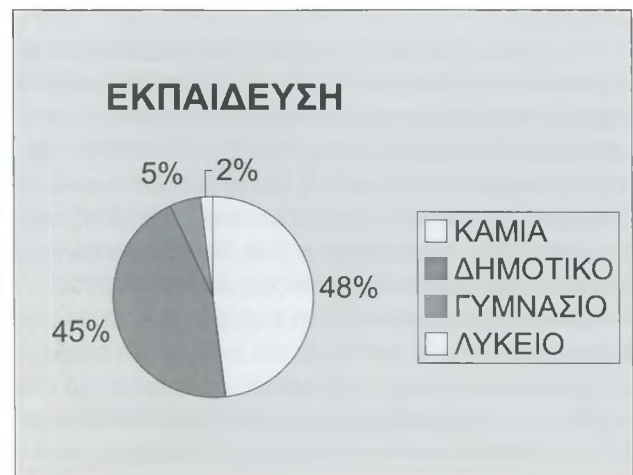
Στον Πίνακα 1 φαίνονται οι ηλικιακές ομάδες των εφήβων- εγκύων. Φαίνεται πως η πλειοψηφία των μητέρων ήταν 19 ετών. Αντίθετα η πλειοψηφία των πατέρων δεν ανήκε στην εφηβική ηλικία, αλλά το 46% ήταν ηλικίας 27-30 ετών και το 34% ηλικίας 24-26 ετών. Πρέπει να επισημανθεί πως η νεότερη ηλικία πατέρα στην έρευνα ήταν τα 19 έτη ενώ μητέρας τα 14 έτη.

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΩΝ		
19 ΕΤΩΝ	n=30	(70%)
17-18 ΕΤΩΝ	n=8	(18%)
14-16 ΕΤΩΝ	n=5	(12%)

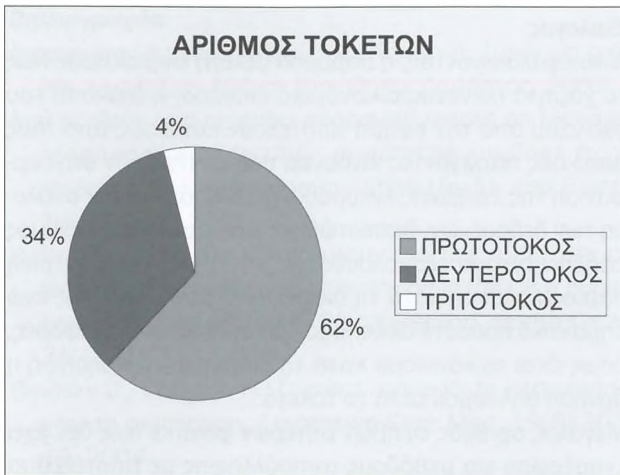
Πίνακας 1. Ηλικίες μητέρων δείγματος (n=43)

Η συντριπτική πλειοψηφία των εφήβων-μητέρων (77%) ήταν άγαμες. Στο σημείο αυτό ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι το 70% των Ελληνίδων μητέρων του δείγματος άνηκαν στη φυλή των Ρομά, η οποία διατηρεί εθιμοτυπικούς τρόπους γάμου που δεν αναγνωρίζονται επισήμως από το ελληνικό κράτος. Χαρακτηριστικό των περισσότερων εφήβων-μητέρων ήταν το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο και η μέτρια έως χαμηλή κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, το 45% των εφήβων δήλωσαν αναλφάβητοι (όλες οι αθίγγανες έφηβες) και μόνο το 48% είχε λάβει βασική εκπαίδευση (Διάγραμμα 1). Αν και οι έφηβες ήταν στην πλειοψηφία τους (62%) πρωτοτόκες, ωστόσο υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό (34%) που γέννησε το δεύτερο τους παιδί και ένα ποσοστό 4% το τρίτο τους παιδί (Διάγραμμα 2).

Το 33% των εφήβων δήλωσαν ότι κάπνιζαν στη διάρκεια της κύησης.

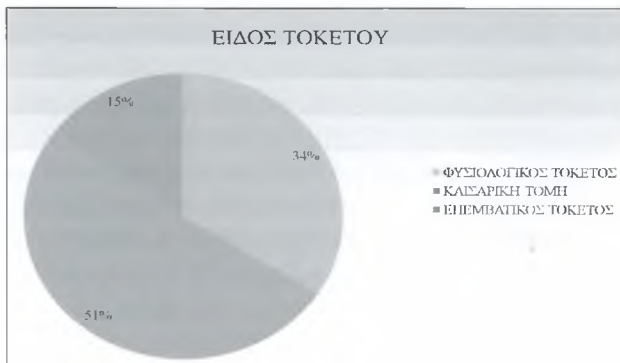


Διάγραμμα 1. Απεικόνιση εκπαίδευσης εφήβων-εγκύων

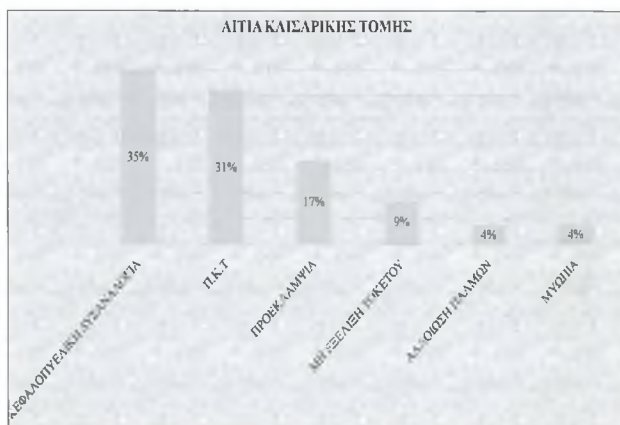


Διάγραμμα 2. Απεικόνιση αριθμού τοκετών

Σε σχέση με τον τρόπο τοκετού, η έρευνα έδειξε ότι το 53% των εφήβων-μητέρων υποβλήθηκε σε καισαρική τομή. Οι συχνότερες αναφερόμενες αιτίες ήταν η κεφαλοπυελική δυσαναλογία (35%), η προηγούμενη καισαρική τομή (31%) και η προεκλαμψία (17%). Στο 15% των τοκετών χρειάστηκε η χρήση αναρροφητικού εμβρουσκκού. Τέλος το 5% των εφήβων-μητέρων γέννησε πριν την 37η εβδομάδα (Διαγράμματα 3, 4).



Διάγραμμα 3: Είδος τοκετού



Διάγραμμα 4: Τα αίτια των καισαρικών τομών

Σε σχέση με την υγεία των νεογνών των εφήβων μητέρων, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία (66%) είχε Apgar Score 9-10 και το 23% 7-8. Το βάρος γέννησης των περισσότερων νεογνών (64%) κυμαινόταν μεταξύ 2500-3500g. Δεν καταγράφηκαν περιστατικά γέννησης νεογνών με χαμηλό Apgar Score (<7) ή με χαμηλό βάρος γέννησης (<2500g). Δε χρειάστηκε τέλος, η νοσηλεία κάποιου νεογνού σε εντατική μονάδα νοσηλείας νεογνών.

Σε σχέση με την πρόθεση των μητέρων να θηλάσουν διαπιστώθηκαν ενδιαφέροντα στοιχεία. Μόλις το 46% των εφήβων μητέρων θηλάσαν το νεογνό τους τις πρώτες τρεις μέρες που παρέμειναν στο νοσοκομείο. Ένα σημαντικό ποσοστό (35%) δήλωσε ότι δεν επιθυμεί να θηλάσει και μόνο το 19% είχε τη διάθεση να προσπαθήσει να θηλάσει αργότερα, μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Ουσιαστικά δηλαδή, περισσότερες από τις μισές έφηβες μητέρες δεν είχαν προσπαθήσει να θηλάσουν το νεογνό τους τρεις μέρες μετά τον τοκετό.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί πως οι έφηβες-έγκυες που είχαν ιατρική παρακολούθηση λάμβαναν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συμπληρώματα διατροφής (σίδηρος, φυλλικό οξύ, βιταμίνες). Μετά τον τοκετό, σε όλες τις λεχωίδες συστήθηκε η λήψη των παραπάνω συμπληρωμάτων διατροφής καθώς και η λήψη αντιβίωσης για 5 μέρες.

Συζήτηση

Η πλειοψηφία του δείγματος στην παρούσα έρευνα (70%) ήταν 19 ετών.

Ένα σημαντικό ωστόσο ποσοστό (12%) εφήβων-μητέρων ήταν ηλικίας 14-16 ετών. Το γεγονός αυτό έρχεται να επιβεβαιώσει ευρήματα προηγούμενων μελετών σε σχέση με το όριο έναρξης των σεξουαλικών επαφών των εφήβων στη Ελλάδα, το οποίο έχει μετατοπιστεί σε μικρότερες ηλικίες (-16 ετών) (Papathanasiou I. 2007).

Οι έφηβες του δείγματος στη συντριπτική τους πλειοψηφία ήταν αναλφάβητες ή είχαν λάβει μόνο τη βασική εκπαίδευση.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, συνάδουν με ευρήματα αντίστοιχων μελετών άλλων χωρών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης και τη μέτρια έως χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των εφήβων-μητέρων (Currie C. et al., 2004).

Στο σημείο αυτό πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι σημαντικό ποσοστό των εφήβων μητέρων της μελέτης άνηκε στη φυλή των Ρομά (44%) για τις οποίες η κύηση σε μικρή ηλικία είναι μέρος του πολιτισμού τους. Παρόμοιες εκτιμήσεις έχουν γίνει και σε άλλους πληθυσμούς, στους οποίους φαίνεται πως συγκεκριμένες πολιτισμικές επιρροές συμβάλλουν στην αύξηση των εφηβικών κυήσεων σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (Kokkalis P. et al., 2005, Arai L., 2007).

Στην παρούσα έρευνα ανησυχητικό είναι το γεγονός πως

το 33% των εφήβων-μητέρων δήλωσαν καπνίστριες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

Σε αντίστοιχα συμπεράσματα κατέληξε μία πολυκεντρική μελέτη σε 35 Ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε πως καθημερινή χρήση καπνού αναφέρει το 9% των εφήβων ηλικίας 17-18 ετών (Hibell B. et al., 2004).

Τα αυξημένα ποσοστά των εφήβων εγκύων που κάπνιζαν κατά την κύηση σε συνδυασμό με το αντίστοιχο ποσοστό (27%) που δήλωσε ότι δεν είχε ποτέ καμία παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιβεβαιώνει αντίστοιχες μελέτες άλλων χωρών που αναφέρουν πως οι έφηβες έγκυες έχουν ελλιπή παρακολούθηση (Monshouwer K., 2011) και δημιουργεί έντονο προβληματισμό.

Σε σχέση με τον τρόπο τοκετού, ενδιαφέροντα στοιχεία προέκυψαν από την παρούσα μελέτη. Σύμφωνα με αυτά φάνηκε πως η πλειοψηφία των εφήβων (53%) γέννησε με καισαρική τομή, με συχνότερες ενδείξεις την κεφαλοπυελική δυσαναλογία (35%) και την προεκλαμψία (17%). Αντίστοιχα ευρήματα αναφέρονται και στη διεθνή βιβλιογραφία (Sina E. et al., 2003).

Ενδιαφέρον είναι πως το 38% των εφήβων εγκύων του δείγματος γέννησαν το δεύτερο ή το τρίτο παιδί τους. Φάνηκε λοιπόν, πως οι έφηβες αυτές δεν είχαν κατάλληλη ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης ακόμα και μετά τον πρώτο τους τοκετό. Είναι γεγονός βέβαια πως στη βιβλιογραφία καταγράφεται αυξημένη συχνότητα επαναλαμβανόμενων κυήσεων κατά την εφηβική ηλικία, ειδικά σε έφηβες χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Bailey P., 2005), όπως άλλωστε ήταν και το παρόν δείγμα πληθυσμού.

Η παρούσα μελέτη δεν επιβεβαίωσε τα συχνότερα νεογνικά προβλήματα που απαντώνται πιο συχνά στις εφηβικές κυήσεις όπως είναι η γέννηση πρόωρων ή χαμηλού βάρους νεογνών (Brodsky D. et al., 2004). Αυτό συνέβη λόγω των πρακτικών περιορισμών της μελέτης. Το νοσοκομείο που διενεργήθηκε η έρευνα δε διαθέτει εντατική μονάδα παρακολούθησης νεογνών, οπότε περιστατικά που κρίνονταν ως πιθανά να χρειαστούν νοσηλεία διακομίζονταν άμεσα σε μεγαλύτερο αστικό κέντρο, με νοσηλευτική μονάδα που διέθετε τις κατάλληλες υποδομές.

Τέλος, άξιο αναφοράς είναι ότι από τις έφηβες-μητέρες που ερωτήθηκαν μόνο το 46% δήλωσαν ότι θηλάζουν ενώ το 19% δήλωσαν την προθυμία τους να προσπαθήσουν αργότερα. Ουσιαστικά, το 64% των εφήβων-μητέρων δεν είχαν προσπαθήσει να θηλάσουν τα νεογνά τους 3 μέρες μετά το τοκετό.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα αντίστοιχης έρευνας στις Η.Π.Α η οποία έδειξε πως οι έφηβες μητέρες είναι λιγότερο πιθανό να αρχίσουν το θηλασμό σε σχέση με τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, και ακόμα και εκείνες που αρχίζουν το θηλασμό συνήθως δεν το διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Tucker CM. et al., 2011).

Επίλογος

Ανακεφαλαιώνοντας, η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε πως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η διακοπή του σχολείου από την έφηβη αποτελούν κάποιους από τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που συντελούν στην εμφάνιση της εφηβικής εγκυμοσύνης. Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων, διαπιστώθηκε ότι σημαντικός αριθμός εφήβων-εγκύων εξακολουθεί να μην έχει επαρκή ιατρική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ σημαντικό ποσοστό υιοθετούσε μη υγιεινές συμπεριφορές, όπως είναι το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης ή η άρνηση θηλασμού μετά το τοκετό.

Μεγάλος αριθμός εφήβων μητέρων φάνηκε πως δεν έχει ενημέρωση για μεθόδους αντισύλληψης με αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενες κυήσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα.

Στη παρούσα μελέτη καταγράφηκε επίσης, αυξημένο ποσοστό επεμβατικού τοκετού με χρήση αναρροφητικής συκιοουλίας, καισαρικής τομής με ότι αυτό συνεπάγεται για την αύξηση της περιγεννητικής νοσηρότητας.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως μόνο η πρόληψη μπορεί να βοηθήσει ώστε να μειωθούν οι συνέπειες που έχει η εφηβική εγκυμοσύνη τόσο στην υγεία της εφήβου όσο και τις συνέπειες σε κοινωνικό επίπεδο. Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην εκπαίδευση των εφήβων και τη σωστή ενημέρωση μέσα από προγράμματα σεξουαλικής αγωγής στα σχολεία και στην κοινότητα

Η καλή αναπαραγωγική υγεία, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το επίπεδο ενημέρωσης των ατόμων, σχετικά με μέτρα αντισύλληψης. Η λήψη των αποφάσεων, όσον αφορά τη σεξουαλική και αναπαραγωγική συμπεριφορά, προϋποθέτει σαφώς ορθή και έγκαιρη πληροφόρηση.

Ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να συνεργαστούμε με τους φορείς της εκπαίδευσης, τους γονείς και τους κοινωνικούς φορείς με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας βατών, προσβάσιμων και προσαρμοσμένων στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας με έμπρακτη υποστήριξη των εφήβων εγκύων και γονέων, η οποία θα περιλαμβάνει τη πρόληψη μιας δεύτερης ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, επιστροφή στην εκπαίδευση μέσω της βοήθειας που παρέχεται για τη φύλαξη του παιδιού των εφήβων γονέων και προγράμματα που παρέχουν ενίσχυση για τους γονείς και τα παιδιά.

Βιβλιογραφία

- Αγραφιώτης Δ.: Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης. Αθήνα: Τυπωθήτω, Δαρδανός, 2003
- Arai L.: *Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: qualitative findings from research in English communities Health and Place*, 13(1):87-98, 2007
- Bailey P.: *Teenage Pregnancies: Is the high rate of teenage pregnancy and parenthood in the UK a public health problem? J Fam Plann Reprod Health Care*, 31(4):315-319, 2005
- Brodsky D., Christou H.: *Current concepts in intrauterine growth restriction. J Intensive Care Med*, 19(6):307-19, 2004
- Creasas G., Elsheikh A.: *Adolescent pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care*, 7(3):167-172, 2002
- Currie. C., Roberts C., Morgan A., Smith R., Settertobulte W., Sandal O.: *Young People's Health in context: International Report from HBSC*, 2004
- Hibell B. Andersson B., Bjamason T., Ahlstrom S., Kokkevi A., Morgan M.: *The ESPAD Report 2003-Alcohol and other Drug Use students in 35 European Countries*, 2004
- Kokkalis P., Papatheodorou D., Georgogiannis N., Tsavez N., Papadimitriou A.: *Teenage Pregnancy. Adolescence Gynecology Reprod Menop*, 17;(4):252-257, 2005
- Kozinszky Z., Bartai G.: *Contraceptive behaviour of teenagers requesting abortion. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 112(1):80-83, 2004
- Malamitsi-Puchner A.: *Adolescent pregnancy and perinatal outcome, Pedriatic endocrinol Rev.*, 3(suppl 1):170-1, 2006
- Mavroforou A., Koumantakis E., Michalodimitrakis E.: *Adolescence and abortion in Greece: Women's Profile and Perceptions J. Pediatric Adolescence Gynecol*, 17:321-326, 2004
- Mayor S.: *Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries BMJ*, 328(7449):1152, 2004
- Monshouwern K., Huizink AC., Haraken Z., Raaijmakers QAW., Reijneveld SA., Oldehinkel AJ., Verhulst FC., Vollebergh WAM.: *Prenatal Smoking Exposure and the Risk of behaviour problems and Substance use in adolescence: The TRAILS Study Eur Addict Rev.*, Nov 24;17(6):342-350, 2011
- Papathanasiou I., Lahana.: *Adolescence Sexuality and Sexual Education. Health Science Journal*, 1(1):1-8, 2007
- Quinlivan JA, et al.: *Postnatal home visits in teenage mother: a randomized controlled trial. Lancet*, 361(9361):893-900, 2003
- Sina E., Valdiviesco J., Del Pino LV.: *Birth rate and reproductive risk in adolescents in Chile Rev. Panam Salud Publica* 1:3-8, 2003
- Tucker CM, Wilson EK, Samandari G.: *Int Breastfeed J. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina* 28; 6:14, 2011
- World Health Organization: *Department Child and Adolescent Health and Development Adolescent Friendly Health Services*. Geneva, 2002
- World Health Organization: *Make every mother and child count*, Geneva, 2005 <http://www.who.int/en/>
- Zacharin RF.: *A history of obstetric vesicovaginal fistula. ANZ Journal of Surgery*, 70:851-854, 2000

Ανταπόκριση ορεινού πληθυσμού σε πρόγραμμα προληπτικού ελέγχου για Ca του τραχήλου της Μήτρας

Μιχάλης Μώρος

Μαιευτής Κ.Υ Γκούρας Κορινθίας, MSc,
Πρόεδρος Συλλόγου Μαιών – Μαιευτών
Ναυπλίου

Αθανάσιος Φιλάνδρας

Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Κ.Υ Γκούρας
Κορινθίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011. Σκοπός της ήταν να καταγράψει την ανταπόκριση των γυναικών ορεινής περιοχής στην έναρξη παροχής μαιευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας από Μαιευτή στο Κέντρο Υγείας Γκούρας και ιδίως να καταγράψει τις υπηρεσίες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας μέσω της εκτέλεσης του τεστ Παπανικολάου αλλά και τα γενικότερα περιστατικά, μαιευτικά και γυναικολογικά, τα οποία αντιμετωπίστηκαν στο ανωτέρω διάστημα.

Από την καταγραφή των περιστατικών στο βιβλίο κίνησης και τη μελέτη τους προκύπτει ότι ο γυναικείος ορεινός πληθυσμός ανταποκρίθηκε θετικά στην έναρξη του προγράμματος προληπτικού ελέγχου αλλά η απουσία υποδομών και παροχών στο Κέντρο Υγείας κατέστησε απαραίτητη την παραπομπή ενός σημαντικού ποσοστού των γυναικών στο Νοσοκομείο, προκειμένου να λάβουν περισσότερη εξειδικευμένη φροντίδα. Παρά ταύτα, η παρουσία Μαιευτή, αγροτικών ιατρών και Γενικών Ιατρών και η συνεργασία μεταξύ τους αλλά και με τις Νοσοκομειακές υπηρεσίες, διευκόλυνε την παραπομπή των γυναικών στο Νοσοκομείο μόνο στις περιπτώσεις όπου υπήρχε ουσιαστική ανάγκη, περιορίζοντας τις άσκοπες μετακινήσεις τους, το περιττό κόστος και έχοντας λάβει σαφείς οδηγίες.

Λέξεις-κλειδιά: Μαία, Μαιευτής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Κέντρο Υγείας,

Abstract

Michalis Moros, Athanasios Filandras: **Responsiveness of a mountainous population to a cervical Ca screening programme**

This research was performed between October 2011 and July 2011 and aimed to record the responsiveness of women of a mountainous population to the establishment of a midwifery – based health care programme in Gkoura Health Center. We particularly aimed to assess their response to the Pap – test programme and secondarily to record any obstetric and gynaecological issue that came up and led them to midwifery care.

As a result from our research we found out that the local female population has had a positive reaction not only towards the pap test but also to midwifery care generally but the lack of infrastructure in the Health Center led a significant percentage of women to resort to Hospital care, even for minor health problems such as vaginitis. Nevertheless, the collaboration between midwives, General Practitioners and doctors of country service facilitated women's recourse to hospital and restricted it only to objectively necessary cases, avoiding aimless transportation and reducing the economic cost for them.

Key-words: Midwife, Primary Health Care, Health Centre

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τη Νομοθεσία, στους σκοπούς λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, ανάμεσα σε άλλα, ανήκουν και: α) η άσκηση της προληπτικής ιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, β) η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, γ) η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού γύρω από θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (Ν.1397/84).

Τα Κέντρα Υγείας προέκυψαν από τη συνένωση των υγειονομικών σταθμών και των αγροτικών ιατρείων, όπως πρόβλεψε η Νομοθεσία. Σύμφωνα με στοιχεία του Υγειονομικού Χάρτη της Χώρας, στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα (2011) 205 Κέντρα Υγείας, τα οποία έχουν υπό την εποπτεία τους 1340 Περιφερειακά Ιατρεία και 26 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία.

Παράλληλα, σύμφωνα πάλι με τη Νομοθεσία, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία κλπ.) απασχολούνται Μαιές και Μαιευτές οι οποίοι προάγουν την πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα, στην οποία περιλαμβάνεται πλήθος καθηκόντων. Ενδεικτικά αναφέρουμε: λήψη επιχρισμάτων για έγκαιρη διάγνωση του Ca του τραχήλου της μήτρας και κοιλιακού εκκρίματος για μικροβιολογική εξέταση, συνταγογράφηση φαρμάκων σε κύηση, εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού σε ινιακή προβολή ή σε ισχιακή (επί ανάγκης και απουσίας Μαιευτήρα), περινεοτομίας και συρραφής αυτής καθώς και ρήξεων περινέου έως και 2ου βαθμού, φροντίδα λοχείας και νεογνού έως την 28η ημέρα ζωής, παροχή οδηγιών στον τομέα της διατροφής και της υγιεινής, κατάρτιση προγραμμάτων πορευομασίας γονέων, δακτυλική αποκόλληση πλακούντα και επισκόπηση μήτρας επί ανάγκης και απουσίας Μαιευτήρα, βοήθεια για την εγκατάσταση και προώθηση του Μητρικού Θηλασμού, πληροφόρηση και παροχή

οδηγιών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και εφαρμογή καθορισμένων μεθόδων αντισύλληψης, ενημέρωση της οικογένειας σε θέματα αρμοδιότητάς τους κλπ. (Π.Δ.351/1989). Κατά συνέπεια, οι Μαιές και Μαιευτές έχουν ευρύ αντικείμενο απασχόλησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το οποίο μπορούν να ασκήσουν είτε αυτόνομα είτε σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του Κ.Υ. και του Νοσοκομείου, όπου χρειάζεται και όπου είναι διαθέσιμο. Σε ορισμένα Κ.Υ. πραγματοποιούνται επισκέψεις από Γυναικολόγους του οικείου Νοσοκομείου προκειμένου να εξυπηρετηθεί ο γυναικείος πληθυσμός επί περιπτώσεων όπου δεν μπορεί να παρέμβει η Μαιία και ο Μαιευτής όμως αυτό δεν είναι μια γενικευμένη πρακτική. Από την άλλη, είναι σίγουρο ότι ο πληθυσμός που εξυπηρετείται από Κέντρα Υγείας έχει άμεση ανάγκη Μαιευτικών Υπηρεσιών.

Το Κέντρο Υγείας Γκούρας ιδρύθηκε με την υπ. αριθμ. Α3α/οικ. 4583/7-3-86 (ΦΕΚ 97/1986) Υπουργική Απόφαση και ως περιοχή ευθύνης του ορίστηκαν οι κοινότητες Γκούρας, Αρχαίας Φενεού, Δροσοπηγής, Καστανέας, Κάτω Ταρσού, Λαύκας, Ματίου, Μεσινού, Μοσιάς, Πανοράματος, Σαραντάπηχου, Στενού και Φενεού. Ως αποκεντρωμένες μονάδες του Κ.Υ. Γκούρας λειτουργούν τα Περιφερειακά Ιατρεία Αρχαίας Φενεού, Λαύκας, Μεσινού και Φενεού (Α3α/οικ.10608/1988). Προ της ιδρύσεώς του λειτουργούσε στην περιοχή Υγειονομικός Σταθμός (Β.Δ.150/68) .

Σήμερα το Κ.Υ. Γκούρας αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου και περιοχή ευθύνης του καλύπτει πληθυσμό 3.244 ατόμων (εγγεγραμμένοι) (Πηγή: www.hospkorinthos.gr) εντός των ορίων του Δήμου Σικυωνίων και απέχει 62 χιλιόμετρα από το πλησιέστερο Κέντρο Υγείας Κιάτου και 95 χιλιόμετρα από το Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Στο Κέντρο Υγείας υπηρετούν 2 ιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής (Διευθυντής και Επιμελητής Β'), Μαιευτής, Νοσηλεύτης, Νοσοκόμος, διοικητικοί και λοιποί υπάλληλοι. Ο πληθυσμός που εξυπηρετεί ζει σε ορεινές συνθήκες (υψόμετρο Κ.Υ. 1100 μέτρα) στους πρόποδες της Κυλλήνης και στο οροπέδιο του Φενεού, ασχολείται κατά 55% με τη γεωργία και την κτηνοτροφία και αποτελείται ως επί το πλείστον από ηλικίες άνω των 40 ετών.

Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες θανάτου γυναικών παγκοσμίως και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες και ο σημαντικότερος λόγος είναι ότι περίπου το 95% των γυναικών στις χώρες αυτές δεν υποβάλλονται στον κυτταρολογικό έλεγχο ή όταν

υποβληθούν βρίσκονται ήδη σε προχωρημένο στάδιο τραχηλικής νεοπλασίας. Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες που είναι άνω των 40 ετών και οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν κατά την 5η και 6η δεκαετία της ζωής.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας οφείλεται στη λοίμωξη από τον ιό HPV, ιδίως των τύπων 16 και 18, οι οποίοι ανήκουν στην ομάδα των λεγόμενων «επιθετικών» ή «καρκινογόνων» στελεχών του ιού (Schiffman M. et al., 2007).

Τα «επιθετικά» στελέχη μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο και σε άλλα σημεία του σώματος, όπως στον οροφάρυγγα, στον πρωκτό, στο αιδοίο και στο πέος (Parkin D., 2006, Jayaprakash V. et al., 2011). Συνολικά, τα στελέχη 16 και 18 ευθύνονται για το 70% των καρκίνων του τραχήλου της μήτρας (Schiffman M. et al., 2007, Munoz N. et al., 2004) ενώ ο τύπος 16 ευθύνεται για το 85% των καρκίνων του πρωκτού (Abbas A. et. al., 2010).

Ca τραχήλου της μήτρας και τεστ Παπανικολάου

Το τεστ Παπανικολάου ανακαλύφθηκε από τον Έλληνα γιατρό Γεώργιο Παπανικολάου (1883 – 1962). Αρχικά η ανακάλυψή του ανακοινώθηκε το 1928 σε επιστημονικό συνέδριο ωστόσο δεν έγινε αμέσως αποδεκτό αλλά ο Παπανικολάου επανήλθε το 1941 με επίσημη δημοσίευση, οπότε και το τεστ που έλαβε το όνομά του σταδιακά έτυχε μεγαλύτερης προσοχής και τελικά αποδοχής από την επιστημονική κοινότητα ως μια αποτελεσματική μέθοδος screening για τον έλεγχο ασυμπτωματικών γυναικών (Papanicolaou G.N., Trauf H.F., 1941).

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου εντάσσεται η μη παρεμβατικότητά της, η ευκολία στη διαδικασία, η έγκαιρη ανίχνευση των κυτταρικών αλλοιώσεων, η δυνατότητα άμεσης επισκόπησης του τραχήλου της μήτρας αλλά και το γεγονός ότι δεν υπάρχει οικονομική επιβάρυνση για τη γυναίκα που θα το πραγματοποιήσει μέσα στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η καθιέρωση ενός προγράμματος ελέγχου των γυναικών με το τεστ Παπανικολάου και μία απαραίτητη παρακολούθηση (follow – up) φαίνεται ότι μπορεί να μειώσει την επίπτωση του Ca του τραχήλου της μήτρας έως και 80% (Arbyn M. et al., 2010).

Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την ηλικία κατά την οποία οι γυναίκες θα πρέπει να ξεκινήσουν να υποβάλλονται σε τεστ Παπανικολάου αλλά ούτε και για την ηλικία στην οποία θα πρέπει να σταματούν καθώς και για τη συχνότητά. Ορισμένοι συστήνουν πως το τεστ Παπανικολάου θα

πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά την πρώτη σεξουαλική επαφή (American Cancer Society, 2010) και κάποιοι άλλοι θεωρούν πως πρέπει να ξεκινά στην ηλικία των 21 ή και των 25 ετών (ACOG Committee on Gynecological Practice 2009). Διχογνωμία υπάρχει επίσης και ως προς τη συχνότητα εκτέλεσής του, με τη συνηθέστερη οδηγία να συστήνεται τακτικό έλεγχο ανά 1 – 2 έτη (Arbyn M. et al., 2010) αλλά και ορισμένους να προτείνουν έλεγχο ανά 3 – 5 έτη στην περίπτωση που τα αποτελέσματα των προηγούμενων τεστ ήταν φυσιολογικά (U.S. Preventive Services Task Force, 2003).

Ως προς την ηλικία διακοπής του τεστ επίσης διαπιστώνονται αποκλίσεις στις οδηγίες: γυναίκες 60 ετών και άνω, με προηγούμενα φυσιολογικά τεστ μπορούν να διακόψουν την εξέταση σύμφωνα με Βρετανικές έρευνες (Saiseni P. et al., 2003) ενώ ορισμένοι άλλοι συστήνουν η ηλικία διακοπής να είναι τα 65 με 70 έτη (ACOG Committee on Gynecological Practice, 2009).

Σκοπός

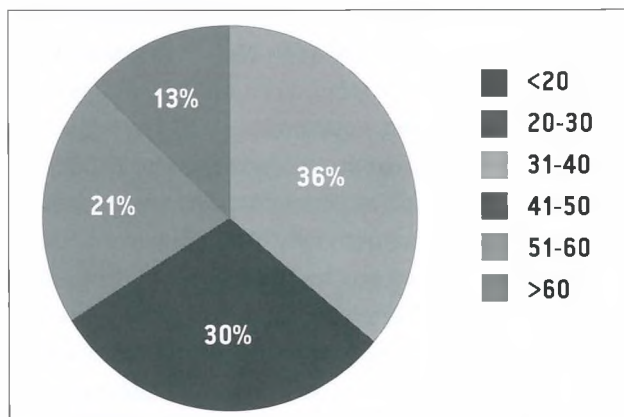
Σκοπός της εργασίας είναι να περιγραφεί η γενικότερη ανταπόκριση του γυναικείου πληθυσμού ορεινής περιοχής του νομού Κορινθίας στην έναρξη λήψεων κολποτραχηλικών επιχρισμάτων για εξέταση κατά Παπανικολάου σε μόνιμη βάση, στο Κέντρο Υγείας Γκούρας Κορινθίας. Να καταγραφούν τα αποτελέσματα της εξέτασης και να περιγραφεί ο τρόπος αντιμετώπισής τους. Να καταγραφούν επίσης τα περιστατικά γυναικολογικής ή μαιευτικής φύσεως τα οποία αντιμετωπίστηκαν και εν τέλει να τονιστεί η σπουδαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας – και ιδίως της Κοινοτικής Μαιευτικής – στην Πρόληψη και να γίνουν προτάσεις επί της αποτελεσματικότερης λειτουργίας.

Μεθοδολογία

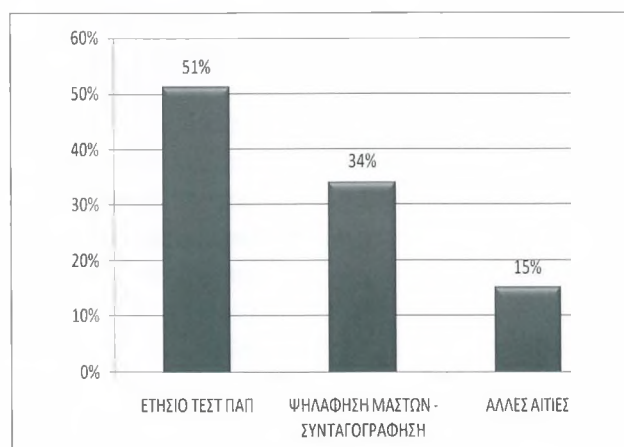
Ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν γυναίκες κάθε ηλικίας οι οποίες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας για οποιοδήποτε γυναικολογικό ή μαιευτικό ζήτημα κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2010 έως Ιούλιος 2011. Ο συνολικός αριθμός τους (N) ήταν 53 άτομα. Έγινε καταγραφή των περιπτώσεων από το βιβλίο περιστατικών και απλή στατιστική τους ανάλυση (κατανομή συχνοτήτων) στο πρόγραμμα Windows Excel 2007.

Συμπεράσματα

Το 35% του δείγματος αφορούσε γυναίκες ηλικίας 30 έως 40 ετών, το 30% ήταν γυναίκες ηλικίας 40 έως 50 ετών, το 20,7% ηλικίες 50 – 60 ετών και το 13,2% γυναίκες άνω των 60 ετών.



Πίνακας 1: Ηλικιακή κατανομή γυναικών που επισκέφτηκαν το Κ.Υ Γκούρας



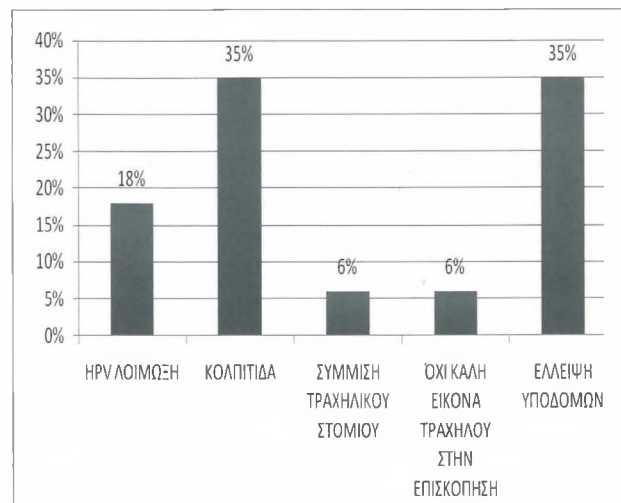
Πίνακας 2: Αίτια προσέλευσης γυναικών στο μαιευτικό ιατρείο

Οι παραπάνω γυναίκες προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας για τον ετήσιο προληπτικό έλεγχο για τον Ca του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 51%. Το 15% προσήλθε για ψηλάφηση μαστού και συνταγογράφηση άλλων προληπτικών εξετάσεων (μαστογραφία, υπέρηχος μαστών, μέτρηση οστικής πυκνότητας) ενώ το 34% για άλλες αιτίες.

Τεστ Παπανικολάου

Αναφορικά με τις γυναίκες που προσήλθαν για να υποβληθούν σε τεστ Παπανικολάου (N=27), το 37% παρουσίασε φυσιολογικό τεστ και έλαβε οδηγίες για επανάληψή του σε ένα χρόνο ενώ το 63% χρειάστηκε να παραπεμφθεί για διάφορες αιτίες σε Γυναικολόγο ή Μικροβιολόγο με πρώτη αιτία την ανίχνευση παθολογικής κατάστασης στο τεστ Παπανικολάου (33%), δεύτερη αιτία την έλλειψη συμπληρωματικών υποδομών - παροχών (22%) και τρίτη άλλες αιτίες (7,4%). Αναφορικά με την ανίχνευση παθολογικής κατάστασης στο τεστ Παπανικολάου, αυτή αφορούσε στην

ανίχνευση λοίμωξης από HPV (30%), και το 60% περιστατικά κολπίτιδας - τραχηλίτιδας που απαιτούσαν μικροβιολογικό έλεγχο. Οι άλλες αιτίες παραπομπής σε Γυναικολόγο (N=2) αφορούσαν σε πλήρη σύμμιση του τραχηλικού στομίου (50%) οπότε ήταν αδύνατη η λήψη τραχηλικού επιχρίσματος και σε ανάγκη γυναικολογικής εκτίμησης λόγω μη καλής εικόνας του τραχήλου κατά την επισκόπηση (50%).



Πίνακας 3: Αίτια παραπομπής γυναικών στο Νοσοκομείο

Ψηλάφηση μαστών - συνταγογράφηση

Το 15% των προσερχομένων στο μαιευτικό ιατρείο ζήτησε να υποβληθεί σε ψηλάφηση μαστών και σε συνταγογράφηση εξετάσεων προληπτικού γυναικολογικού ελέγχου (μαστογραφία, γυναικολογικό υπέρηχο - υπέρηχο μαστών, μέτρηση οστικής πυκνότητας).

Η συνταγογράφηση πραγματοποιήθηκε από αγροτικό ή γενικό ιατρό, κατόπιν ενημέρωσης του Μαιευτή και οι γυναίκες έλαβαν οδηγία να απευθυνθούν σε Γυναικολόγο για εκτίμηση των αποτελεσμάτων των εξετάσεων αλλά παράλληλα να επισκεφτούν το Κέντρο Υγείας και να ενημερώσουν και το Μαιευτή για τα αποτελέσματα και τις οδηγίες που έλαβαν από το Γυναικολόγο, αίτημα στο οποίο όλες οι γυναίκες ανταποκρίθηκαν.

Άλλες αιτίες

Το 34% (N=18) των προσερχομένων γυναικών στο μαιευτικό ιατρείο, προσήλθαν για τις εξής αιτίες: 17% (N=3) λόγω εγκυμοσύνης και 83% (N=15) εξαιτίας γυναικολογικού προβλήματος. Στην πρώτη περίπτωση, η μία έγκυος γυναίκα προσήλθε με διαπιστωμένη κύηση εξαιτίας πυρετικής κίνησης και συμπτωμάτων φαρυγγίτιδας και οι άλλες δύο προκειμένου να ζητήσουν παρακολούθηση της κύησης

από το Μαιευτή.

Από τις γυναίκες που προσήλθαν με γυναικολογικό πρόβλημα, το 13% είχε διαπιστώσει «ογκίδιο» στο μαστό κατά την αυτοεξέταση, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε κατά την ψηλάφηση και από το Μαιευτή, με αποτέλεσμα να συνταγογραφηθεί μαστογραφία και να παραπεμφθούν σε Γυναικολόγο. Το 20% προσήλθε με αναφερόμενη κολπική αιμόρροια σε μετεμμηνοπαυσιακή ηλικία, οπότε και παραπέμφθηκε στο Νοσοκομείο για κλινικοεργαστηριακό έλεγχο. Το 27% προσήλθε με πρόπτωση μήτρας 2ου βαθμού και το 13% με πρόπτωση μήτρας 3ου βαθμού. Το 7% παρουσίασε ορώδες έκκριμα μαστού φαιοπράσινης χροιάς με τοπική σκληρία και ερυθρότητα του μαστού. Το έκκριμα εστάλη για κυτταρολογική εξέταση και η γυναίκα παραπέμφθηκε σε Γυναικολόγο. Το 14% προσήλθε με συμπτώματα δυσμηνόρροιας ενώ το 7% προσήλθε με αμηνόρροια από 3μήνου, έχοντας υποψία εγκυμοσύνης, η οποία δεν επιβεβαιώθηκε με το τεστ κυήσεως, οπότε και παραπέμφθηκε σε Γυναικολόγο ως περιστατικό δευτεροπαθούς αμηνόρροιας.

Γυναικολογικά περιστατικά

(Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011)

Ψηλαφητό ογκίδιο μαστού	13%
Κολπική αιμόρροια (μετεμμηνόπαυση)	20%
Πρόπτωση μήτρας 2ου βαθμού	27%
Πρόπτωση μήτρας 3ου βαθμού	13%
Έκκριμα μαστού με ερυθρότητα και σκληρία τοπικά	7%
Δυσμηνόρροια	14%
Αμηνόρροια επί τριμήνου με αρνητικό τεστ κυήσεως	7%

Πίνακας 4: Γυναικολογικά περιστατικά στο Κ.Υ Γκούρας (Οκτώβριος 2010 – Ιούλιος 2011)

Συζήτηση

Οι περισσότερες γυναίκες (>90%) που προσήλθαν στο μαιευτικό ιατρείο του Κ.Υ Γκούρας για οποιοδήποτε λόγο ήταν εργαζόμενες, κυρίως σε αγροτικές εργασίες. Η απασχόλησή τους στις αγροτικές και οικιακές εργασίες, σε συνδυασμό με την απουσία προγράμματος προληπτικού ελέγχου για το Ca του τραχήλου της μήτρας στο Κέντρο Υγείας, η μεγάλη απόσταση της περιοχής από το Νοσοκομείο και το δύσβατό της με τις ορεινές κλιματικές συνθήκες (χιόνια, παγετός, επικινδυνότητα οδικού δικτύου κλπ) αποτελούσαν συχνά, όπως δήλωσαν κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού, αιτία μη μετάβασής τους στο Νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθούν σε προληπτικό έλεγχο

αλλά ακόμα και σε περιπτώσεις που αντιμετώπιζαν κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα (όπως για παράδειγμα μετεμμηνοπαυσιακή αιμόρροια ή πρόπτωση μήτρας). Επιπλέον παράγοντας απροθυμίας μετάβασης στο Νοσοκομείο ήταν το οικονομικό κόστος της μεταφοράς, καθώς ήταν απαραίτητες περισσότερες από μία επισκέψεις προκειμένου να εξυπηρετηθούν (διαφορετικό ραντεβού για τη λήψη του τεστ και της απάντησης και επιπλέον ραντεβού στην περίπτωση ανάγκης συμπληρωματικών εξετάσεων). Τα προβλήματα αυτά καθίστανται περισσότερο σημαντικά στις περιπτώσεις κυήσεων, για την παρακολούθηση των οποίων απαιτούνται πολύ περισσότερες επισκέψεις σε Μαιευτήρα – Μαία, Μικροβιολόγο, Ακτινολόγο και σε άλλες ειδικότητες, εφόσον παραστεί ανάγκη. Παρά τη θετική ανταπόκριση των γυναικών στην έναρξη του προγράμματος λήψεων επιχρισμάτων για τεστ Παπανικολάου και στην εν γένει λειτουργία του μαιευτικού ιατρείου στο Κέντρο Υγείας, η έλλειψη συγκεκριμένων παροχών και υποδομών από αυτό δυσχεραίνει την πλήρη παροχή υπηρεσιών Μαιίας – Μαιευτή. Παραδειγματικά αναφέρουμε ότι δεν λειτουργεί Μικροβιολογικό ή Ακτινολογικό εργαστήριο και ως εκ τούτου δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν οι σχετικές εξετάσεις, με αποτέλεσμα την αναγκαστική μετάβαση του πληθυσμού στο Νοσοκομείο.

Η προσωπική γνωριμία του επιστημονικού ιδίως αλλά και του λοιπού προσωπικού με τον τοπικό πληθυσμό πιθανώς να ευνοεί την εμπιστοσύνη του τελευταίου, με αποτέλεσμα να προσέρχονται οι γυναίκες στον προληπτικό έλεγχο εξαιτίας και της παρότρυνσης οικείων προσώπων. Επιπλέον, στο Κέντρο Υγείας διατηρείται το αρχείο με τις γυναίκες που υποβάλλονται στο τεστ Παπανικολάου καθώς και τα αποτελέσματά του και έχουμε εφαρμόσει την τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους, ενημερώνοντάς τες για το ότι πρέπει να προσέλθουν για εξέταση με τη λήξη του έτους από την προηγούμενη λήψη και επίσης ενημερώνονται τηλεφωνικά για να προσέλθουν για την απάντηση και πιθανές οδηγίες.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι υπήρξε θετική ανταπόκριση του ορεινού γυναικείου πληθυσμού στην έναρξη προγράμματος προληπτικού ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με αφορμή δε αυτού του προγράμματος προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας γυναίκες με διαφορετικής φύσεως γυναικολογικά προβλήματα. Το γεγονός αυτό είναι ενθαρρυντικό για την περαιτέρω λειτουργία και οργάνωση παρόμοιων προγραμμάτων και μαιευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Α3α/οικ. 4583/7-3-86 (ΦΕΚ 97/1986) Υπουργική Απόφαση
- Abbas A., Yang G., Fakh M. *Management of anal cancer in 2010. Part 1: overview, screening, and diagnosis. Oncology (Williston Park) 2010; 24(4):364–369.*
- ACOG Committee on Gynecological Practice (2009). "ACOG Committee on Gynecologic Practice; Routine Pelvic Examination and Cervical Cytology Screening, Opinion #413". *Obstetrics and Gynecology 113 (5): 1190–1193*
- American Cancer Society (2010). *Detailed Guide: Cervical Cancer. Can cervical cancer be prevented?*
- 4.Arbyn M., et al. (2010). "European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition—Summary Document". *Annals of Oncology 21 (3): 448–458.*
- Β.Δ 150/68, ΦΕΚ 43/Α/1968
- Jayaprakash V., Reid M., Hatton E., et al. *Human papillomavirus types 16 and 18 in epithelial dysplasia of oral cavity and oropharynx: a meta-analysis, 1985–2010. Oral Oncology 2011; published online August 2, 2011*
- Muñoz N., Bosch FX., Castellsague X., et al. *Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. International Journal of Cancer 2004; 111(2):278–285.*
- Ν. 1397/7-10-84, ΦΕΚ Α' 143, άρθρο 15
- Papanicolaou GN., Traut HF. "The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus". *American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1941;42:193*
- Parkin DM. *The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. International Journal of Cancer 2006; 118(12):3030–3044*
- Π.Δ 351/14-6-1989, ΦΕΚ Α' 159
- Saiseni P., Adams J., Cuzick J. (2003). "Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories". *Br J Cancer 89 (1): 88–93*
- Schiffman M., Castle PE., Jeronimo J., Rodriguez AC., Wacholder S. *Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet 2007; 370(9590):890–907*
- Υπ. αριθμ. Α3α/οικ.10608/1988 Υ.Α, άρθρο 2 - 3
- U.S. Preventive Services Task Force (2003). "Screening for Cervical Cancer: Recommendations and Rationale. AHRQ Publication No. 03-515A.". Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

"ΕΛΕΥΘΩ", 2: 66-73, 2012

Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο: Οι επιδράσεις του στην γυναικεία γονιμότητα

Αικατερίνη Ιορδανοπούλου

Μαία, Κέντρο Υγείας Σερβίων - Κοζάνης

Ελπινίκη Μαρκετάκη

Μαία, Iasis Hospital Χανίων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΦΣ) αποτελεί ένα χρόνιο πολυσυστηματικό αυτοάνοσο νόσημα και συγκαταλέγεται σε ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που προκαλούν υπερπηκτικές καταστάσεις. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες αρτηριακές και φλεβικές θρομβώσεις, νοσηρότητα της κύησης και παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (aPL), με κύριες υποομάδες i) τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα (ACL), ii) το αντιπηκτικό του λύκου (LA) και iii) τα αντισώματα έναντι της β2-γλυκοπρωτεΐνης I (anti-β2GPI). Στην παρούσα ανασκόπηση θα γίνει αναφορά στην επίπτωση του συνδρόμου αυτού κυρίως στις γυναίκες, δίνοντας έμφαση στην επίδρασή του στην γονιμότητά τους.

Λέξεις – κλειδιά: αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, θρόμβωση, αυτοάνοσο, νοσηρότητα κύησης, υπογονιμότητα, επαναλαμβανόμενες αποβολές

Abstract

Ekaterini Iordanopoulou, Elpiniki Marketaki: **Antiphospholipid Syndrome: The impact of the syndrome on female fertility**

Antiphospholipid Syndrome (APS) is a chronic polysystematic autoimmune disease and it is classified to a wide range of illnesses that cause hypercoagulative states in human organism. The main characteristics of APS are recurrent arterial and venous thrombosis, morbidity during pregnancy and prevalence of antiphospholipid antibodies (aPL). The basic subgroups of aPL are i) anticardiolipin antibodies (ACL), ii) Lupus anticoagulant (LA) and iii) anti β2-glycoprotein I antibodies (anti-β2GPI). This article will review the effects of APS mainly to the female health and especially to the female fertility.

Key-words: antiphospholipid syndrome, thrombosis, autoimmune, pregnancy morbidity, subfertility, recurrent pregnancy loss

Πίνακας Συντομογραφιών

ACL – Αντικαρδιολιπινικά αντισώματα
 AEE – Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
 ΑΦΣ – Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο
 anti-β2GPI – Αντισώματα έναντι της β2 γλυκοπρωτεΐνης I
 aPL – Αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα
 aPC-r – Αντίσταση στην ενεργοποιημένη πρωτεΐνη C
 APS – Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο
 ΗΧΜΒ – Ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους
 IUD – Ενδομήτριο σπείραμα
 IUGR – Υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη
 IVF – Εξωσωματική γονιμοποίηση
 LA – Αντιπηκτικό του λύκου
 PAI – Αναστολείς των ενεργοποιητών του πλασμινογόνου
 PT – Προθρομβίνη
 ΣΕΛ – Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο (ΑΦΣ) αποτελεί ένα χρόνιο πολυσυστηματικό αυτοάνοσο νόσημα και συγκαταλέγεται σε ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που προκαλούν υπερπηκτικές καταστάσεις (Miyakis S. et al., 2006). Το ΑΦΣ μπορεί να υφίσταται ως πρωτοπαθές ή ως δευτεροπαθές. Όταν το κλινικό αυτό σύνδρομο υπάρχει αυτοτελώς ονομάζεται πρωτοπαθές. Αντίθετα εάν συνυπάρχει με άλλη συστηματική αυτοάνοση πάθηση (συνηθεστέρα με τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο – ΣΕΛ) τότε χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθές (Grossman J.M., 2004).

Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, ανάλογα με την εντόπιση των θρομβωτικών επεισοδίων, διακρίνεται σε 6 κατηγορίες:

σύνδρομο τύπου I: φλεβική θρόμβωση και πνευμονική εμβολή

σύνδρομο τύπου II: αρτηριακή θρόμβωση (στεφανιαίων ή και περιφερικών)

σύνδρομο τύπου III: θρόμβωση αγγείων εγκεφάλου ή και οφθαλμού

σύνδρομο τύπου IV: μικτές θρομβώσεις (φλεβικές και αρτηριακές)

σύνδρομο τύπου V: θρομβώσεις αγγείων του πλακούντα

σύνδρομο τύπου VI: ασυμπτωματική ανεύρεση ΑΦΣ (Μακρής Π., 2002).

Διαγνωστικά κριτήρια

Για την εδραίωση της διάγνωσης του ΑΦΣ είναι απαραίτητο η ασθενής να παρουσιάζει ένα εργαστηριακό και ένα κλινικό

κριτήριο από τον Πίνακα 1. Τα κριτήρια αυτά τέθηκαν από την Διεθνή Επιτροπή αρχικά το 1999 στο Saroro της Ιαπωνίας και τροποποιήθηκαν το 2006 από την ίδια επιτροπή στο Sidney της Αυστραλίας (Wilson W.A. et al., 1999, Miyakis S. et al., 2006).

Εργαστηριακοί δείκτες

Τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (aPL) είναι επίκτητα αντισώματα τα οποία στρέφονται ενάντια στα αρνητικά φορτισμένα φωσφολιπίδια (Ernest J.M. et al., 2011). Τα aPL κατηγοριοποιούνται σε διαφορές εργαστηριακά ανιχνευόμενες υποομάδες, με βασικότερες τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα (ACL) και το αντιπηκτικό του λύκου (LA). Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι τα aPL έχουν σαν στόχο την β2-γλυκοπρωτεΐνη I (β2GPI) και την προθρομβίνη (PT) (Vlachoyiannopoulos P.G. et al., 2010). Για τον λόγο αυτό, εκτός από την ανίχνευση των ACL και του LA, χρήσιμοι δείκτες για την διάγνωση του ΑΦΣ πλέον θεωρούνται και τα αντισώματα έναντι της β2-γλυκοπρωτεΐνης I (anti-β2GPI) αλλά και τα αντισώματα έναντι της προθρομβίνης (anti-PT) (Vlagea A.D. et al., 2012).

Κλινικές εκδηλώσεις εκτός εγκυμοσύνης

Οι κλινικές εκδηλώσεις του συνδρόμου εκτός κύησης περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων που προκαλούνται κυρίως λόγω των θρομβώσεων των αγγείων. Οι βασικότερες κλινικές εκδηλώσεις εκτός κύησης φαίνονται στον Πίνακα 2 (Ιωαννίδου Ε. και συν., 2000). Ωστόσο η συχνότερη κλινική εκδήλωση του ΑΦΣ εκτός κύησης και η πιο άμεσα αντιληπτή από την ίδια την ασθενή είναι οι συχνές υποτροπιάζουσες θρομβώσεις αρτηριών, φλεβών ή μικρών αγγείων σε οποιοδήποτε ιστό ή όργανο (Cervera R. et al., 2002).

Κλινικές εκδηλώσεις κατά την εγκυμοσύνη

Κατά την διάρκεια της φυσιολογικής κύησης ο αιμοστατικός μηχανισμός της εγκύου μεταβάλλεται κατά τέτοιο τρόπο, ώστε ο οργανισμός της εισέρχεται σε μια ήπια μορφή υπερπηκτικότητας (Brenner B., 2006).

Μερικές από τις αλλαγές που παρατηρούνται είναι:

α) αύξηση της συγκέντρωσης των πηκτικών παραγόντων VIII, V και ινωδογόνου

β) παράλληλη ελάττωση φυσικών αντιπηκτικών (πρωτεΐνη S - PS)

γ) αντίσταση στη δράση της ενεργοποιημένης πρωτεΐνης C – PC (activated protein C resistance – aPC-r)

δ) ελαττωμένη ινωδολυτική δραστηριότητα, λόγω αύ-

ξησης της συγκέντρωσης των αναστολέων των ενεργοποιητών του πλασμινογόνου (Plasminogen activator inhibitors, PAI1/2)

Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με οποιαδήποτε μορφή θρομβοφιλικής προδιάθεσης (όπως είναι το ΑΦΣ) είναι δυνατόν να προκαλέσει στην γυναίκα συμβάματα αγγειακής προέλευσης, τα οποία μάλιστα πολλές φορές γίνονται αντιληπτά για πρώτη φορά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ή της λοχείας.

Η επίδραση του ΑΦΣ στην κύηση χαρακτηρίζεται από πληθώρα σοβαρών μαιευτικών επιπλοκών, με συχνότερη εκδήλωση την αυτόματη αποβολή είτε σε πρώιμο στάδιο (<10 εβδομάδες κύησης) είτε σε όψιμο (>10 εβδομάδες κύησης). Άλλες εκδηλώσεις που σχετίζονται με το ΑΦΣ είναι η προεκλαμψία, η εκλαμψία, το σύνδρομο HELLP, η πλακουντιακή ανεπάρκεια και η ρήξη του πλακούντα. Σε ασθενείς με το σύνδρομο HELLP και πολυοργανική ανεπάρκεια στη διάρκεια της κύησης και της λοχείας πρέπει να εξεταστεί η πιθανότητα του καταστροφικού ΑΦΣ, ιδιαίτερα σε ασθενείς με ιστορικά θρόμβωσης ή αυτόματων αποβολών (Gomez-Puerta J.A. et al., 2007).

Ο βασικός μηχανισμός παθογένειας του ΑΦΣ όσον αφορά στη νοσηρότητα της κύησης είναι η πλακουντιακή αγγειοπάθεια, η οποία προέρχεται από την θρόμβωση, δημιουργία εμφράκτων και νέκρωση του πλακούντα, με αποτέλεσμα την ελλιπή παροχή αιματικής ροής προς το έμβρυο. Συνέπεια του παραπάνω μηχανισμού είναι μαιευτικές επιπλοκές όπως ο ενδομήτριος εμβρυϊκός θάνατος, ο πρόωρος τοκετός και η πρόωρη εμφάνιση προεκλαμψίας (πριν την 20η εβδομάδα της κύησης) (Bertolaccini M.L. et al., 2010). Επίσης, πολύ συχνά παρατηρείται ότι τα έμβρυα εγκύων με ΑΦΣ έχουν αυξημένο κίνδυνο για Υπολειπόμενη Ενδομήτρια Ανάπτυξη (IUGR) (Dadhwal V., 2011).

Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και καθ' ἑξιν αποβολές

Περίπου το 15 – 20% όλων των κύσεων στον γενικό πληθυσμό αποβάλλονται αυτόματα, με το 80% των αυτόματων αποβολών να συμβαίνει κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επιπλέον οι τελευταίες έρευνες επί του θέματος, κατά τις οποίες χρησιμοποιήθηκαν τεστ β-χοριακής γοναδοτροπίνης με αυξημένη ευαισθησία, κατέδειξαν ότι το ποσοστό των αυτόματων αποβολών στον γενικό πληθυσμό είναι δυνατόν να ανέρχεται στο 30 – 50%. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα η ατυχής έκβαση της εγκυμοσύνης δεν γίνεται αντιληπτή από την γυναίκα (Younis J.S. et al., 2002).

Μια ειδική υποκατηγορία που ανήκει στις αυτόματες αποβολές είναι οι καθ' ἑξιν ή επανειλημμένες αυτόματες αποβολές. Καθ' ἑξιν αποβολές χαρακτηρίζονται οι επαναλαμβανόμενες συνεχείς αυτόματες αποβολές τριών ή περισσότερων κλινικά αναγνωρισμένων κυήσεων. Αν και η αιτιολογία τους είναι συνήθως πολυπαραγοντική (χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ανατομικές δυσμορφίες της μήτρας, ενδοκρिनοπάθειες κ.α) εντούτοις η πλειονότητα των αποβολών αυτών χαρακτηριζόταν ως «ανεξήγητης αιτιολογίας» για ένα μεγάλο ποσοστό ζευγαριών μέχρι πρόσφατα (Brenner B. et al., 2002).

Τελικά οι επιστήμονες κατάφεραν να συνδέσουν το ΑΦΣ με τις καθ' ἑξιν αποβολές, εντοπίζοντας θετικά αντικαρδιολιπινικά αντισώματα ή/και την παρουσία του αντιπηκτικού του λύκου σε γυναίκες με ιστορικό επανειλημμένων ατυχών εκβάσεων στην κύηση. Για αυτό το λόγο και οι παραπάνω δείκτες είναι δυο από τα τρία χαρακτηριστικά εργαστηριακά κριτήρια που απαιτούνται ώστε να διαγνωστεί μια γυναίκα με ΑΦΣ. Το τρίτο εργαστηριακό κριτήριο είναι τα αντισώματα έναντι της β2-γλυκοπρωτεΐνης I (anti-β2GPI). Για την ακρίβεια, ο εντοπισμός των anti-β2GPI φαίνεται να έχει μεγαλύτερη ειδικότητα για την διάγνωση του ΑΦΣ σε σχέση με τα αντικαρδιολιπινικά αντισώματα (Amengual O. et al., 1996).

Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο και υπογονιμότητα

Αν και το ΑΦΣ συνήθως συνδέεται με αυτόματες αποβολές, ωστόσο η παρουσία θετικών aPL φαίνεται ότι επηρεάζει δυσμενώς την εμφύτευση, τη δημιουργία πλακούντα και την πρώιμη εμβρυϊκή ανάπτυξη, με αποτέλεσμα οι πάσχουσες από ΑΦΣ (πριν διαγνωσθούν) να χαρακτηρίζονται είτε ως πρωτοπαθώς υπογόνιμες είτε ως ανεξήγητα υπογόνιμες (Carp H.J. et al., 2007).

Πλήθος μελετών επί του θέματος κατάφεραν να συνδέσουν την «ανεξήγητη υπογονιμότητα», την επαναλαμβανόμενη αποτυχία εμφύτευσης του εμβρύου κατά την διαδικασία διαφόρων τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, αλλά και την επαναλαμβανόμενη αποτυχία πλακουντοποίησης, με την ανεύρεση aPL στον ορό αίματος γυναικών που αντιμετώπιζαν όλα τα παραπάνω προβλήματα (Sauer R. et al., 2010, Blank M., et al., 2010, Cubillos J. et al., 1997).

Οι Sauer R. et al. (2010) μελέτησαν συνολικά 2995 γυναίκες, οι οποίες χωρίστηκαν σε 4 ομάδες:

1. 1325 γυναίκες με ιστορικό ανεξήγητης υπογονιμότητας

2. 676 γυναίκες με ιστορικό επαναλαμβανόμενης αποτυχίας εμφύτευσης

3. 789 γυναίκες με ιστορικό επαναλαμβανόμενων αποβολών

4. 205 γυναίκες με φυσιολογική γονιμότητα

Η πρώτη ομάδα βρέθηκε θετική στα aPL σε ποσοστό 8%, η δεύτερη ομάδα βρέθηκε θετική στα aPL σε ποσοστό 9% ενώ η τρίτη ομάδα βρέθηκε θετική στα aPL σε ποσοστό 11%. Η ομάδα των γυναικών με φυσιολογική γονιμότητα βρέθηκε θετική στα aPL σε ποσοστό 1.5 % .

Μια άλλη μελέτη των Roussev R.G. et al. (1996) αναζήτησε την παρουσία διαφόρων δεικτών για νοσήματα αυτοάνοσης αιτιολογίας (ανάμεσα σε αυτούς ήταν και τα aPL και το LA) σε 108 γυναίκες με προβλήματα όπως: επαναλαμβανόμενες αποβολές (n=45), ανεξήγητη υπογονιμότητα (n=35), αποτυχία εμφύτευσης του εμβρύου μετά από εξωσωματική γονιμοποίηση (n=10), ενδομητρίωση (n=10), πρόωρη ανεπάρκεια των ωοθηκών (n=5), πολυκυστικές ωοθήκες (n=3). Η παρουσία aPL ήταν το πιο συχνό παθολογικό εύρημα στο σύνολο των γυναικών, ενώ στην ομάδα των γυναικών με ανεξήγητη υπογονιμότητα τα aPL ανευρέθηκαν θετικά στο 42% της ομάδας.

Τέλος, μια πιο εξειδικευμένη έρευνα των Kaider B.D. et al. (1996) συνέκρινε τον ορό του αίματος 42 γυναικών με αποτυχία εμφύτευσης μετά από IVF και 42 γυναικών με επιτυχή εγκυμοσύνη μετά από IVF (ως επιτυχής έκβαση της IVF θεωρήθηκε ο διπλασιασμός της β-hcg σε δύο συνεχόμενες μετρήσεις στον ορό του αίματος και ο υπερηχογραφικός έλεγχος του κυήματος για την διαπίστωση της βιωσιμότητάς του). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην ομάδα με τις αποτυχημένες IVF το ποσοστό των γυναικών με θετικά aPL ήταν 26,2% έναντι 4,8% στην ομάδα των επιτυχημένων IVF.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου

Η κύρια θεραπευτική αρχή για την αντιμετώπιση του ΑΦΣ είναι η αντιπηκτική αγωγή με χορήγηση μικρών δόσεων ασπιρίνης, υποδόριας ηπαρίνης και συνδυασμό αυτών. Η ασπιρίνη, που πολλές φορές χορηγείται ακόμα και πριν την σύλληψη, δεν ξεπερνά τα 80 – 100mg ανά ημέρα, ενώ όσον αφορά την ηπαρίνη συνήθως χρησιμοποιείται ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους (ΗΧΜΒ). Η ΗΧΜΒ αντικαθιστά μάλιστα τη αγωγή με βαρφαρίνη σε ασθενείς που προ εγκυμοσύνης λάμβαναν αντιπηκτική αγωγή, καθώς η βαρφαρίνη έχει ενοχοποιηθεί για εμβρυοτοξικό-

τητα ιδιαίτερα κατά την 6η– 12η εβδομάδα της κύησης. Η ΗΧΜΒ προτιμάται σε σχέση με τη νατριούχο μη κλασματική ηπαρίνη κυρίως διότι σχετίζεται με μικρότερο κίνδυνο θρομβοπενίας μετά από χορήγηση ηπαρίνης (Τεκτονίδου Μ., 2007) .

Προτεινόμενη προφυλακτική-θεραπευτική αγωγή σε γυναίκες με ΑΦΣ:

Σε γυναίκες με θετικά αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα χωρίς προηγούμενο ιστορικό θρομβώσεων ή αποβολών: παρόλο που δεν έχει τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητά της, συνιστάται μικρή δόση ασπιρίνης (80 mg ημερησίως).

Σε γυναίκες με ΑΦΣ και ιστορικό υποτροπιάζουσών αποβολών 1ου τριμήνου χωρίς όμως προηγούμενο ιστορικό θρομβώσεων: μικρή δόση ασπιρίνης. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες μπορεί να προστεθεί και ηπαρίνη αν και είναι αμφιλεγόμενη η δράση της πριν την 13η εβδομάδα.

Σε γυναίκες με ΑΦΣ και ιστορικό αποβολών 2ου και 3ου τριμήνου, σοβαρή προεκλαμψία, καθυστερημένη ανάπτυξη του εμβρύου: έναρξη μικρής δόσης ασπιρίνης πριν τη σύλληψη. Αμέσως μετά την επιβεβαίωση της κύησης προστίθεται ηπαρίνη ΧΜΒ (1 υποδόρια ένεση ημερησίως).

Σε γυναίκες με ΑΦΣ και ιστορικό φλεβικής θρόμβωσης: μικρή δόση ασπιρίνης και ηπαρίνη ΧΜΒ (αρχικά 1 υποδόρια ένεση ημερησίως, από την 16η-20η εβδομάδα κύησης χορηγούνται 2 ενέσεις ημερησίως).

Σε γυναίκες με ΑΦΣ και ιστορικό αρτηριακής θρόμβωσης (π.χ. ΑΕΕ): μικρή δόση ασπιρίνης, ηπαρίνη, ενδοφλέβια γ-σφαιρίνη ή ακόμη και μικρές δόσεις πρεδνιζολόνης ή αζαθειοπρίνης (Τεκτονίδου Μ., 2007).

Τι άλλο πρέπει να γνωρίζει η μαιά για το ΑΦΣ και τα υπόλοιπα αυτοάνοσα νοσήματα

Οι γυναίκες που έχουν διαγνωσθεί με ΑΦΣ πρέπει να συμβουλευτούν κατάλληλα για θέματα όπως ο οικογενειακός προγραμματισμός, καθώς αντισυλληπτικές μέθοδοι όπως τα αντισυλληπτικά δισκία πρέπει να αποφεύγονται, λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς τους σε οιστρογόνα. Η εξωγενής χορήγηση οιστρογόνων μέσω αντισυλληπτικών δισκίων έχει συνδεθεί με αύξηση θρομβωτικών επεισοδίων τόσο σε ασθενείς με ΑΦΣ όσο και σε υγιείς γυναίκες (Lakasing L.et al., 2001). Έτσι οι ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρομβώσεων πρέπει να ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν αντισυλληπτικές μεθόδους φραγαμού (προφυλακτικό, διάφραγμα κλπ), ενδομήτρια

σπειράματα (IUD) ή αντισυλληπτικά δισκία μόνο με προγεστερόνη (Clowse M.E., 2010).

Γυναίκες που παρουσίασαν μετά από χρήση οιστρογόνων (θεραπείες υπογονιμότητας, αντισυλληπτικά δισκία, θεραπευτική ορμονική υποκατάσταση) θρομβωτικά συμβάματα θα πρέπει να ελεγχθούν για ύπαρξη αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων, αλλά και για άλλους παράγοντες που μπορούν να επηρεάζουν τον μηχανισμό πήξης (θρομβοφιλία, άλλο υποκείμενο αυτοάνοσο νόσημα).

Δεν συστήνεται καθολικός έλεγχος των αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων στις έγκυες γυναίκες του γενικού πληθυσμού (Ιατράκης Γ., 2012). Το ιατρικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό είναι το πολυτιμότερο εργαλείο στα χέρια του επαγγελματία υγείας. Η μαία θα πρέπει να δίνει έμφαση ιδιαίτερα όταν το ιστορικό της γυναίκας περιλαμβάνει:

- 1.** Κλινικές εκδηλώσεις θρόμβωσης με συμβάματα σε μικρή ηλικία (<50 ετών) .
- 2.** Ημικρανίες καθώς έρευνες έδειξαν ότι ασθενείς με κρίσεις ημικρανίας συχνά ανευρίσκονται θετικοί στα aPL και ότι ίσως οι κρίσεις ημικρανίας να αποτελούν ένα πρώιμο σύμπτωμα για την αναγνώριση ασθενών με ΑΦΣ (Cavestro C. et al., 2011, Mialdea M. et al., 2009, Tghysescu R. et al., 2007).
- 3.** Συμπτώματα που συνάδουν με το φαινόμενο Raynaud όταν η ασθενής βρίσκεται σε συνθήκες ψύχους ή κάτω από ψυχολογική πίεση. Τα τρία βασικά σημεία του φαινομένου είναι η ωχρότητα του δέρματος των δακτύλων συνηθέστερα των άνω άκρων, έπειτα η κυάνωση και τέλος η ερυθρότητα των δακτύλων που συνοδεύεται από πόνο (Εικόνα 1). Συχνά στους ασθενείς με Raynaud παρατηρείται και δικτυωτή πελλίωση (livedoreticularis) της ραχιαίας ή/και της παλαμιαίας επιφάνειας του άκρου χεριού (Εικόνα 2). Όπως και οι ημικρανίες, το φαινόμενο Raynaud συνδέεται με παρουσία ΑΦΣ όσο και με τον ΣΕΛ (Annese V. et al., 2006) .
- 4.** Κυήσεις με ατυχείς εκβάσεις όπως: i) 3 ή παραπάνω αυτόματες αποβολές σε ηλικία κύησης <10 εβδομάδες κύησης, ii) τουλάχιστον 1 ανεξήγητος εμβρυϊκός θάνατος στο 2ο ή στο 3ο τρίμηνο (>10 εβδομάδες κύησης) και iii) τουλάχιστον ένας πρόωρος τοκετός (<34 εβδομάδες κύησης) λόγω προεκλαμψίας ή πλακουντιακής ανεπάρκειας.
- 5.** Επαναλαμβανόμενες αποτυχίες εμφύτευσης μετά από IVF. Αρκετοί επιστήμονες προτείνουν καθιέρωση του ανοσολογικού ελέγχου στις ασθενείς που πρόκειται να προβούν σε προσπάθεια απόκτησης παιδιού μέσω

τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, ως μέρος ενός σταθερού πρωτοκόλλου διερεύνησης της υπογονιμότητας του ζευγαριού (Cubillos J. et al., 1997, Kaider B.D. et al., 1996, Coulam C.B. et al., 1997) .

Η συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη στην αντιμετώπιση γενικότερα των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η μαία δεν θα πρέπει να διστάζει να κατευθύνει την ασθενή της σε ειδικότητες που εξειδικεύονται στα αυτοάνοσα νοσήματα (ρευματολόγος, αιματολόγος) αν θεωρήσει ότι ορισμένα συμπτώματα της ασθενούς άπτονται περαιτέρω διερεύνησης. Με αυτούς τους ιατρούς άλλωστε θα συνεργαστεί ακόμη πιο στενά όταν χρειαστεί να παράσχει τις υπηρεσίες της σε εγκυμονούσες και επιτόκους με ΑΦΣ και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς αρκετά από τα φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνουν οι ασθενείς θα πρέπει να διακοπούν, τροποποιηθούν ως προς την δοσολογία/συχνότητα ή αντικατασταθούν κατά την κύηση, τον τοκετό και την λοχεία από τους θεράποντες ιατρούς της γυναίκας.

Η εγκυμοσύνη μια ασθενούς με ΑΦΣ, ΣΕΛ ή οποιοδήποτε άλλο αυτοάνοσο νόσημα θεωρείται κύηση υψηλού κινδύνου, αλλά δεν παύει να αποτελεί μια κατάσταση της οποίας σημαντικός αρωγός για την αντιμετώπιση της είναι η μαία. Η μαία οφείλει να ενημερώνει την ασθενή για όλες τις επιλογές που έχει, τόσο κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την λοχεία όσο και για τον θηλασμό. Για παράδειγμα η ασθενής που λαμβάνει θεραπεία για την αντιμετώπιση του ΑΦΣ ή κάποιου άλλου αυτοάνοσου νοσήματος θα πρέπει να ενημερωθεί από την μαία που την παρακολουθεί για το αν ο θηλασμός είναι συμβατός με τα φάρμακα που ίσως λαμβάνει.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amengual O., Atsumi T., Khamashta M.A., Koike T., Hughes G.R.: *Specificity of ELISA for antibody to beta 2-glycoprotein I in patients with antiphospholipid syndrome. Br J Rheumatol.* 1996 Dec; 35(12):1239-43.
- Annese V., Tomietto P., Venturini P., D'Agostini S., Ferraccioli G. *Migraine in SLE: Role of antiphospholipid antibodies and Raynaud's phenomenon. Reumatismo.* 2006 Jan-Mar; 58(1):50-8.
- Bertolaccini M.L., Ateka-Barrutia O., Khamashta M.A.: *Antiphospholipid Syndrome Handbook.* London: Springer:2010: 21-56
- Blank M., Shoenfeld Y.: *Antiphospholipid antibody-mediated reproductive failure in antiphospholipid syndrome. Clin Rev Allergy Immunol.* 2010 Apr; 38(2-3):141-7.
- Brenner B.: *Thrombophilia and adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol Clin North Am.* 2006 Sep; 33(3):443-56, ix.
- Brenner B.: *Thrombophilia and fetal loss In: Women's Issues in Thrombosis and Hemostasis (Brenner B, Marder V.J, Conard J) London: Martin Dunitz Ltd, 2002*
- Carp H.J., Shoenfeld Y.: *Anti-phospholipid antibodies and infertility. Clin Rev Allergy Immunol.* 2007 Apr; 32(2):159-61.
- Cervera R., Piette J.C., Font J., Khamashta M.A., Shoenfeld Y., Camps M.T., Jacobsen S., Lakos G., Tincani A., Kontopoulou-Grival, Galeazzi M., Meroni P.L., Derksen R.H., deGroot P.G., Gromnica-Ihle E., Baleva M., Mosca M., Bombardieri S., Houssiau F., Gris J.C., Quiri I., Hachulla E., Vasconcelos C., Roch B., Fernandez-Nebro A., Boffa M.C., Hughes G.R., Ingelmo M.; *Euro-Phospholipid Project Group. Antiphospholipid syndrome: clinical and immunologic manifestations and patterns of disease expression in a cohort of 1,000 patients. Arthritis Rheum.* 2002 Apr; 46(4):1019-27.
- Cavestro C., Micca G., Molinari F., Bazzan M., Di Pietrantonj C., Aloï R., Pedemonte E., Iannini R., Frigeri M.C., Roccatello D. *Migraineurs show a high prevalence of antiphospholipid antibodies. J Thromb Haemost.* 2011 Jul; 9(7):1350-4.
- Clowse M.E.: *Managing contraception and pregnancy in the rheumatologic diseases. Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010 Jun; 24(3):373-85.
- Coulam C.B., Kaider B.D., Kaider A.S., Janowicz P., Roussev R.G.: *Antiphospholipid antibodies associated with implantation failure after IVF/ET. J Assist Reprod Genet.* 1997 Nov; 14(10):603-8.
- Cubillos J., Lucena A., Lucena C., Mendoza J.C., Ruiz H., Arango A., Quiroga G., Ferro J., Lucena E.: *Incidence of autoantibodies in the infertile population. Early Pregnancy.* 1997 Jun; 3(2):119-24.
- Dadhwal V., Sharma A.K., Deka D., Gupta B., Mittal S.: *The obstetric outcome following treatment in a cohort of patients with antiphospholipid antibody syndrome in a tertiary care center. J Postgrad Med.* 2011 Jan Mar; 57(1):16-9.
- Ernest J.M., Marshburn P.B., Kutteh W.H.: *Obstetric antiphospholipid syndrome: an update on pathophysiology and management. Semin Reprod Med.* 2011 Nov; 29(6):522-39.
- Gomez-Puerta J.A., Cervera R., Espinosa G., Asherson R.A., Garcia-Carrasco M., da Costa I.P., Andrade D.C., Borba E.F., Makatsaria A., Bucciarelli S., Ramos-Casals M., Font J.: *Catastrophic antiphospholipid syndrome during pregnancy and puerperium: maternal and fetal characteristics of 15 cases. Ann Rheum Dis* 2007; 66(6):740.
- Grossman J.M. *Primary versus secondary antiphospholipid syndrome: is this lupus or not? Curr Rheumatol Rep.* 2004 Dec; 6(6):445-50.
- Ιατράκης Γ. *Θρομβοεμβολική Νόσος στην Κύηση. Στο: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Αθήνα, Εκδόσεις «Δεσμός» 2012.*
- Ιωαννίδου Ε., Μουρελάτος Ν., *Σύνδρομο αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων. Στο: 3ο Σεμινάριο Εναλλακτικής Θεραπείας - Αιμόσταση & Θρόμβωση (Μπαλτόπουλος Γ., Φίλντισης Γ., Αθήνα : Εκδόσεις Πασχαλίδης , 2000*
- Kaider B.D., Price D.E., Roussev R.G., Coulam C.B.: *Antiphospholipid antibody prevalence in patients with IVF failure. Am J Reprod Immunol.* 1996 Apr; 35(4):388-93.
- Lakasing L., Khamashta M.: *Contraceptive practices in women with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome: what advice should we be giving? J Fam Plann Reprod Health Care.* 2001 Jan; 27(1):7-12.
- Μακρής Π. Αιμόσταση ΙΙΙ - Θρομβοεμβολικές Παθήσεις, 2η εκδοχή. Πασχαλίδης, Θεσσαλονίκη 2002:89

Mialdea M., Sangle S.R, D'Cruz D.P.: Antiphospholipid (Hughes) syndrome: *beyond pregnancy morbidity and thrombosis*. *J Autoimmune Dis*. 2009 May 19; 6:3.

Miyakis S., Lockshin M.D., Atsumi T., Branch D.W., Brey R.L., Cervera R., Derksen R.H. Groot P.G., Koike T., Meroni .PL., Reber G., Shoenfeld Y., Tincani A., Vlachoyiannopoulos P.G., Krilis S.A.: *International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS)*. *J.Thromb Haemost*. 2006 Feb; 4(2):295-306

Roussev R.G., Kaider B.D., Price D.E., Coulam C.B.: *Laboratory evaluation of women experiencing reproductive failure*. *Am J Reprod Immunol*. 1996 Apr;35(4):415-20.

Sauer R., Roussev R., Jeyendran R.S., Coulam C.B.: *Prevalence of antiphospholipid antibodies among women experiencing unexplained infertility and recurrent implantation failure* *Fertil Steril*. 2010 May 1;93 (7):2441-3.

Tynysescu R., Nicolau A., Caraiola S., Ticmeanu M., Cojocaru I.M., Frysioreanu A., Ionescu R., Hristea A., Ene A., Anghel D., Tynysescu R., Byicuł C.: *Antiphospholipid antibodies and migraine: a retrospective study of 428 patients with inflammatory connective tissue diseases*. *Rom J Intern Med*. 2007;45(4):355-63.

Τεκτονίδου Μ. (2007) «Κύηση και γαλουχία στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και το Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο», *Πρακτικά Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων Ρευματολογίας*, 13-15 Δεκεμβρίου 2007, Ίδρυμα Ευγενίδου, Αθήνα, Ελλάδα.

Vlachoyiannopoulos P.G., Routsias J.G.: *A novel mechanism of thrombosis in antiphospholipid antibody syndrome*. *J Autoimmun*. 2010 Nov; 35(3):248-55.

Vlagea A.D., Gil A., Cuesta M.V., Arribas F, Diez J., Lavilla P., Pascual-Salcedo D. Antiphosphatidylserine/ Prothrombin Antibodies (aPS/PT) as Potential Markers of Antiphospholipid Syndrome. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2012 Mar 2. [Epub ahead of print] *Pub Med PMID:22387581*

Wilson W A , Gharavi L W , Koike T , Lockshin M D , Branch D W , Piette J C , Brey R , Derksen R , Harris E N , Hughes G R , Triplett D.A., Khamashta M.A.: *International consensus statement of preliminary*

classification criteria for definite antophospholipid syndrome: report of an international workshop. *Arthritis Rheum* 1999; 42:1309 – 1311.

Younis J.S., Shen O., Samueloff A.: *Introduction to the reproductive tract in women*. In: *Women's Issues in Thrombosis and Hemostasis* (Brenner B., Marder V.J., Conard J.) London : Martin Dunitz Ltd, 2002

Πίνακες

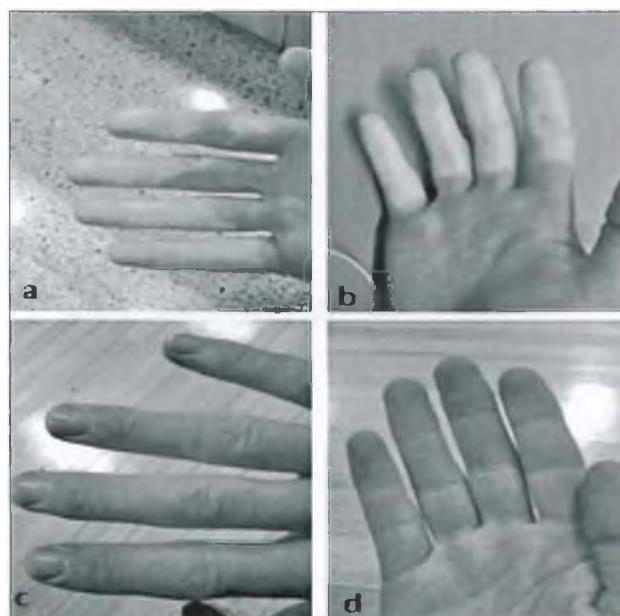
Εργαστηριακά κριτήρια
<ul style="list-style-type: none"> - παρουσία του αντιπηκτικού του λύκου (LA) - παρουσία αντισωμάτων έναντι καρδιολιπίνης (aCL) - IgG μετρίως έως έντονα θετικά (> 15 – 20GPL) - IgM μετρίως έως έντονα θετικά, αλλά με ταυτόχρονη παρουσία και του LA
Κλινικά κριτήρια
<ul style="list-style-type: none"> - ιστορικό θρομβοεμβολικών επεισοδίων - 3 ή περισσότερες αυτόματες αποβολές (< 10 W) - τουλάχιστον 1 ανεξήγητος εμβρυϊκός θάνατος στο 2ο ή στο 3ο τρίμηνο (> 10W) - τουλάχιστον 1 τοκετός σε ηλικία κύησης < 34 W, λόγω προεκλαμψίας ή πλακουντιακής ανεπάρκειας
Λιγότερο σαφή και σημαντικά κλινικά κριτήρια
<ul style="list-style-type: none"> - αυτοάνοση θρομβοπενία - αιμολυτική αναιμία με θετική αντίδραση Coombs - Δικτυωτή πελλίωση - Livedo reticularis - εγκεφαλική συμμετοχή - πνευμονική υπέρταση - βαλβιδοπάθεια

Πίνακας 1. Κλινικοεργαστηριακά κριτήρια για τη διάγνωση του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου.

Φλεβικές θρομβώσεις
- Θρομβοεμβολική νόσος κάτω άκρων - Πνευμονικές εμβολές - Θρομβώσεις εγκεφαλικών φλεβών
Αρτηριακές θρομβώσεις - εμβολικά επεισόδια
- Εμφράγματα μυοκαρδίου
Καταστροφή καρδιακών βαλβίδων
Νευρολογικές νόσοι
- Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια - Θρομβωτικά εγκεφαλικά επεισόδια - Άνοια - Χορεία - Περιφερική νευροπάθεια - Ημικρανίες
Διαταραχές της όρασης
- Θρόμβωση της αρτηρίας ή της φλέβας του αμφιβληστροειδούς - Μερική ή ολική αμαύρωση
Νόσοι του δέρματος
- Φαινόμενο Raynaud - Ακροκυάνωση - Ισχαιμία - γάγγραινα δακτύλων - Δικτυωτή πελλίωση (Κυανωτικές δικτυωτές κηλίδες άκρων) - Κυανωτικές αγγειακές κηλίδες (Livedovasculitis) - Υπονύχιες αστεροειδείς αιμορραγίες - Κηλίδες σαν από λευκή πορσελάνη atrophieblanche - Επιπολής θρομβοφλεβίτιδα
Αιματολογικές
- Θρομβοκυττοπενία - Υποπροθρομβιναιμία
Καρδιαναπνευστικό
- Εκβλαστήσεις βαλβίδων - Φυσήματα - Πνευμονική υπέρταση - Ανεπάρκεια επινεφριδίων

Πίνακας 2. Κλινικές εμφανίσεις του αντιφωσfolιπιδικού συνδρόμου

Εικόνες



Εικόνα 1. Σύνδρομο Raynaud
a, b: Πρώτο στάδιο – ωχρότητα του δέρματος των δακτύλων μετά από έκθεση σε κρύο
c, d: Δεύτερο στάδιο – κυάνωση του δέρματος



Εικόνα 2. Δικτυωτή πελλίωση - Livedoreticularis

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

"ΕΛΕΥΘΩ", 2: 74-79, 2012



Advanced Life Support Obstetrics

Το Ελληνικό Πρόγραμμα ALSG (Advanced Life Support in Gynecology)

Νικόλαος Βραχνής

Λέκτορας Μαιευτικής Γυναικολογίας και
Εμβρυομητρικής Ιατρικής Β' Μαιευτική
-Γυναικολογική Κλινική, Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αρεταΐειο Νοσοκομείο.

Δημήτριος Παπουτής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Clinical Fellow,
Obstetrics & Gynaecology Department,
Royal Free Hospital, London, UK



Το Ελληνικό Πρόγραμμα ALSG

Τα γυναικολογικά επείγοντα περιστατικά απαιτούν συστηματική προσέγγιση και πλήρη κατανόηση των βασικών αρχών που εμπλέκονται στην αντιμετώπισή τους. Το Ελληνικό πρόγραμμα ALSG® (Εξειδικευμένη Υποστήριξη Ζωής στη Γυναικολογία) παρέχει εκπαίδευση σε επείγοντα περιστατικά και έχει δύο βασικούς στόχους: την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών με εξειδικευμένους χειρισμούς και την αποφυγή άσκοπων

παρεμβάσεων. Εξίσου σημαντική είναι η συνεχής βιβλιογραφική ενημέρωση και η εκπαίδευση με πρακτικές ασκήσεις, συζητήσεις περιστατικών, προσομοιώσεις συμβουλευτικής και αλγόριθμους που προσφέρουν τα σεμινάρια ALSG.

Οι χειρισμοί που διδάσκονται βασίζονται στην τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής (evidence-based medicine), ενώ παράλληλα οι διαδικασίες που ακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία των γυναικολογικών επειγόντων και στο χειρουργείο πρέπει να είναι αποτέλεσμα της σωστής εφαρμογής των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Το πρόγραμμα ALSG ενθαρρύνει την ύπαρξη μηχανισμών παρακολούθησης των περιστατικών και κλινικού ελέγχου (audit) μέσα σε κάθε κλινική.

Το Ελληνικό πρόγραμμα ALSG ξεκίνησε το 2011, ως πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης. Το πρόγραμμα ALSG διοργανώνεται από τη Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Σκοπός του προγράμματος είναι οι συμμετέχοντες να μπορούν να διαχειριστούν τα γυναικολογικά επείγοντα περιστατικά που απειλούν τη ζωή και γονιμότητα της γυναίκας. Στο Σεμινάριο διδάσκουν Έλληνες εκπαιδευτές που είναι Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, Μαιείς/Μαιευτές, Γενικοί Ιατροί και άλλες συναφείς ειδικότητες. Η παρουσία τους είναι σημαντική γιατί δίνει έμφαση στην ολοκληρωμένη φροντίδα της γυναίκας από την ομάδα.





Τι είναι το σεμινάριο ALSG

Το σεμινάριο διαρκεί 2 ημέρες και ο περισσότερος χρόνος του σεμιναρίου ALSG αφιερώνεται σε πρακτικές ασκήσεις που αφορούν στην αντιμετώπιση γυναικολογικών επειγόντων περιστατικών. Οι εκπαιδευτές αρχικά περιγράφουν σε μικρές ομάδες συμμετεχόντων τους χειρισμούς για τη σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση του περιστατικού με τη χρήση προπλάσμάτων και μνημονικών κανόνων. Στη

συνέχεια δίνεται η δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να εκτελέσουν τα απαραίτητα βήματα και να εξασκηθούν υπό την επίβλεψη των εκπαιδευτών (υπερηχογραφική εκτίμηση έκτοπης κύησης, παθολογική ψηλάφηση μαστού, καρδιοαναπνευστική ανάνηψη, απόξεση, τοποθέτηση σπιράλ, quiz, κ.α.) οι οποίοι σχολιάζουν με εποικοδομητικό τρόπο τους χειρισμούς των εκπαιδευομένων. Μετά την προβολή videos ακολουθεί συζήτηση για επιπλοκές που προκύπτουν κατά την διάρκεια του γυναικολογικού χειρουργείου αλλά και γυναικολογικά επείγοντα (σεξουαλική κακοποίηση, ενδοοικογενειακή βία). Το Εγχειρίδιο του Σεμιναρίου έχει συγγραφεί από ομάδα Ελλήνων γυναικολόγων και παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση του γυναικολογικού επείγοντος.



Το εγχειρίδιο ALSG e-Book

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟΥ ALSG

A. Γυναικολογικά Επείγοντα

1. Προτεραιότητες και οργάνωση σε γυναικολογικά επείγοντα
2. Σεξουαλική κακοποίηση
3. Ενδοοικογενειακή βία
4. Επείγοντα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία
5. Ακρωτηριασμός γεννητικών οργάνων της γυναίκας
6. Τραύμα γεννητικού συστήματος γυναίκας
7. Σύνδρομο τοξικού σοκ (toxic shock syndrome)
8. Οίδημα μαστού / μάζα μαστού / έκκριμα θηλής
9. Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωθηκών
10. Οξύ κοιλιακό άλγος
11. Χρόνιο κοιλιακό άλγος
12. Κνησμός αιδοίου
13. Αιδοιοδυνία

14. Εξοίδηση αιδοίου / καρκίνος αιδοίου
15. Μητρορραγία
16. Μηγορραγία
17. Δυσμηνόρροια
18. Σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις
19. Τροφοβλαστική νόσος
20. Διακοπή κύησης και επιπλοκές
21. Χειρουργική αντιμετώπιση κύστεων ωθήκης
22. Επίσχεση ούρων
23. Παθολογική κολπική έκκριση
24. Κολπική έκκριση σε περιεμμηνοπαυσιακές και μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες
25. Γυναικολογικά επείγοντα στην εμμηνόπαυση
26. Φαρμακοθεραπευτική στη Γυναικολογία
27. Φάρμακα και γυναικολογικό χειρουργείο
28. Αναισθησιολογική (προεγχειρητική) αξιολόγηση
29. Αντιμετώπιση συχνών παθήσεων κατά την χειρουργική επέμβαση
30. Ασφάλεια στο γυναικολογικό επείγον

B. Επείγοντα κατά τη διάρκεια των γυναικολογικών επεμβάσεων

31. Διάτρηση μήτρας
32. Αναισθησία τραχήλου
33. Αιμορραγία κατά το γυναικολογικό χειρουργείο
34. Επιπλοκές υστερεκτομής
35. Επιπλοκές λαπαροσκόπησης
36. Επιπλοκές υστεροσκόπησης
37. Επιπλοκές εντέρου κατά το γυναικολογικό χειρουργείο
38. Επιπλοκές μετά από κωνοειδή εκτομή
39. Τραύμα ουροφόρων οδών

Γ. Μετεγχειρητικές επιπλοκές

40. Μετεγχειρητική φροντίδα στη Γυναικολογία- μέρος 1
41. Μετεγχειρητική φροντίδα στη Γυναικολογία- μέρος 2
42. Υποστήριξη ζωής στα γυναικολογικά επείγοντα
43. Μετεγχειρητική κατέρρευση (collapse)
44. Μετεγχειρητικός πυρετός
45. Μετεγχειρητικό θωρακικό άλγος
46. Μετεγχειρητική ολιγουρία και ανουρία
47. Μετεγχειρητική διάταση κοιλίας
48. Επιπλοκές μεταγγίσεων αίματος
49. Πνευμονική εμβολή
50. Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση
51. Έμφραγμα μυοκαρδίου
52. Πνευμονικό οίδημα
53. Αναφυλαξία
54. Άσθμα
55. Μετεγχειρητική αναλγησία, ισοζύγιο υγρών, ναυτία, διατροφή, κένωση ουροδόχου κύστης, φροντίδα τραύματος

Το Πρόγραμμα ALSG χρησιμοποιεί τα κάτωθι εκπαιδευτικά μέσα:

A. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

A1. Εξειδικευμένη υποστήριξη ζωής στην Γυναικολογία (Advance Life Support in Gynecology)

Σε αυτή την πρακτική άσκηση οι συμμετέχοντες διδάσκονται πώς να εκτελούν:

- Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη (ΚΑΡΠΑ)
- Αυτόματη εξωτερική απινίδωση
- Χορήγηση φαρμάκων



Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη

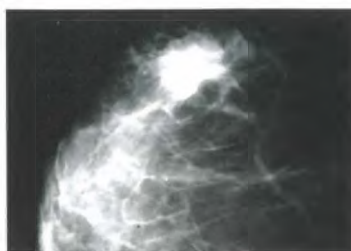
A2. Ψηλάφηση μαστού



Ψηλάφηση μαστού

λαφήσει και να διαφοροδιαγνώσει σε μαστό τις εξής παθολογίες: λίπωμα, ινοαδένωμα, καρκίνο, μικρά οζίδια και κύστεις μαστού.

A3. Μαστογραφικό Quiz



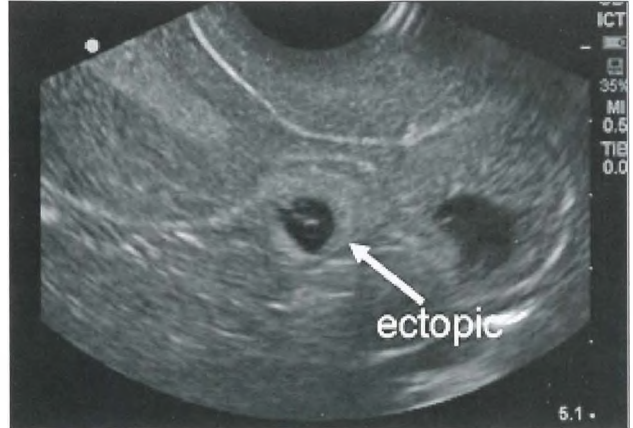
Μαστογραφία

Στην πρακτική άσκηση παθολογικής ψηλάφησης μαστού ο συμμετέχων ψηλαφά φυσιολογικό και παθολογικό μαστό. Ειδικότερα μπορεί να ψηλαφήσει φυσιολογικούς και διογκωμένους λεμφαδένες της μασχάλης και του υπερκλειδίου βόθρου.

Επιπλέον μπορεί να ψηλαφήσει και να διαφοροδιαγνώσει σε μαστό τις εξής παθολογίες: λίπωμα, ινοαδένωμα, καρκίνο, μικρά οζίδια και κύστεις μαστού. Σε αυτή την πρακτική άσκηση οι συμμετέχοντες διδάσκονται πώς να αξιολογούν μαστογραφίες και να τις κατατάξουν σύμφωνα με το σύστημα BI-RADS. Στη συνέχεια τους δίνονται πραγμα-

τικές μαστογραφίες και πρέπει να τις διαγνώσουν σωστά. Στο μαστογραφικό Quiz οι απαντήσεις δίνονται κατά τη διάρκεια της πρακτικής άσκησης.

A4. Έκτοπη κύηση



Υπερηχογράφημα έκτοπης κύησης

Στην πρακτική άσκηση έκτοπης κύησης πρώτου τριμήνου αναπτύσσονται δεξιότητες υπερηχογραφικής εκτίμησης με την βοήθεια διακολπικής κεφαλής υπερήχων. Ο εκπαιδευόμενος εξασκείται στην υπερηχογραφική απεικόνιση των φυσιολογικών οργάνων της πυέλου (τράχηλος, ουροδόχος κύστη, μήτρα με αντίδραση φθαρτού, πλατέων συνδέσμων, ωοθηκών, ωχρού σωματίου, εντέρου) αλλά και παθολογικών καταστάσεων (έκτοπη κύηση με έμβρυο/αμνιακό σάκο, συλλογή υγρού στο δουλγάσειο). Επίσης εξασκείται στους αλγόριθμους της έκτοπης κύησης και συζητά θέματα που έχουν σχέση με την χειρουργική αντιμετώπιση και τη φαρμακευτική (μεθοτρεξάτη) αντιμετώπιση, ανάλογα με την περίπτωση: ρήξη έκτοπης κύησης με κυκλοφορική κατάρρευση (collapse) ή μικρή ασυμπτωματική έκτοπη κύηση.

A5. Τοποθέτηση ενδομητρικού σπειράματος (IUD)

Σε αυτή την πρακτική άσκηση οι συμμετέχοντες διδάσκονται πώς να εισάγουν ενδομητρικό σπείραμα και μαθαί-



Εισαγωγή IUD insertion

νουν επίσης τις ενδείξεις και αντενδείξεις τοποθέτησης. Παρουσιάζονται επίσης αλγόριθμοι αντιμετώπισης πιθανών επιπλοκών όπως είναι η λοίμωξη, διάτρηση μήτρας, απώλεια νημάτων σπειράματος, κύηση και μηνορραγία. Η πρακτική άσκηση της τοποθέτησης IUD έχει εμπλουτιστεί με τη χρήση του προσομοιωτή (3D Haptic trainer), με τον οποίο γίνεται προσομοίωση περιστατικού με χρήση ειδικών 3D γυαλιών και καινοτόμου τεχνολογίας εικονικής πραγματικότητας. Στο τέλος της πρακτικής άσκησης, ελέγχεται η σωστή τοποθέτηση του σπειράματος με ανασυνδυασμένη 3D υπερηχογραφική εικόνα της μήτρας.



Προσομοιωτής (HAPTIC 3D) για εκπαίδευση στην εισαγωγή ενδομητρικού σπειράματος



Πρακτική άσκηση D&C

A6. Διαστολή και απόξεση (D&C)

Σε αυτή την πρακτική άσκηση οι συμμετέχοντες διδάσκονται να εκτελούν διαστολή και απόξεση σε πρόπλασμα μήτρας. Παρουσιάζονται επίσης αλγόριθμοι αντιμετώπισης πιθανών επιπλοκών όπως είναι η διάτρηση μήτρας, η ρήξη τραχήλου, πρωτοπαθής/δευτεροπαθής αιμορραγία και σηπτική έκτρωση.

A7. Επείγοντα στην εμμηνοπαυση, παιδική και εφηβική γυναικολογία

Σε αυτή την πρακτική άσκηση οι συμμετέχοντες διδάσκονται τα αίτια της ανώμαλης κολπικής αιμορραγίας και την αντιμετώπιση σε περίπτωση επείγοντος ανά ηλικία. Επίσης, διδάσκονται πώς να τοποθετούν πεσσό σε περίπτωση πρόπτωσης μήτρας. Τέλος, διδάσκονται περιστατικά σχετικά με επείγοντα στην παιδική και εφηβική γυναικολογία.



Εισαγωγή Πεσσού

B. ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΠΡΟΒΟΛΩΝ VIDEOS

Συνεδρία I: Ταμπονάρισμα πυέλου και Εμβολισμός αγγείων πυέλου (επεμβατική ακτινολογία)

Συνεδρία II: Ενδοοικογενειακή βία

Συνεδρία III: Σεξουαλική κακοποίηση

Στην συζήτηση προβολής video με θέμα την σεξουαλική κακοποίηση γίνεται αναφορά σε θέματα συγκατάθεσης του θύματος, την κλινική εξέταση και καταγραφή των ευρημάτων, την σωστή λήψη δειγμάτων για το εργαστήριο και την προφυλακτική θεραπεία από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Επίσης συζητούνται θέματα που έχουν σχέση με την σωστή συλλογή γενετικού υλικού, που δύναται να ταυτοποιήσει το δράστη.



Γ. ΠΡΟΣΟΜΟΙΩΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ

Συνεδρία I: Μητρορραγία και χρήση ενδομήτριου συστήματος Mirena

Συνεδρία II: Ενδομητρίωση

Συνεδρία III: Διάτρηση μήτρας μετά από μαιευτική απόξεση με επακόλουθη λαπαροσκόπηση και λαπαροτομία

Δ. ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

- PMS (Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο)
- Πυελικό απόστημα

Ε. ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ

- Κακώσεις ουροποιητικού κατά το γυναικολογικό χειρουργείο
- Σύνδρομο υπερδιέγερσης ωοθηκών
- Επείγουσα αντισύλληψη
- Επιπλοκές λαπαροσκόπησης
- Οξύ πυελικό άλγος
- Επιπλοκές υστερεκτομής
- Υγρά και ηλεκτρολύτες / Επιπλοκές μετάγγισης



- Διεγχειρητικός έλεγχος σοβαρής αιμορραγίας
- Αναφυλαξία
- Αντιμετώπιση τροφοβλαστικής νόσου
- Επιπλοκές υστεροσκόπησης
- Μετεγχειρητικός πυρετός άγνωστης αιτιολογίας
- Επιπλοκές γυναικολογικών ογκολογικών χειρουργείων
- Ασφάλεια στο γυναικολογικό επείγον



MCQs (Γραπτή εξέταση)

Πιστοποίηση ALSG

Η εκπαιδευτική διαδικασία ολοκληρώνεται με εξέταση, η οποία περιλαμβάνει: Ερωτήσεις Πολλαπλής Επιλογής-MCQs (γραπτή εξέταση) και πρακτική εξέταση σε προπλάσματα (προφορική εξέταση). Όλοι οι εκπαιδευόμενοι λαμβάνουν βεβαίωση συμμετοχής, ενώ στους επιτυχόντες της εξέτασης απονέμεται πιστοποίηση ALSG.



Προφορική εξέταση (σε προπλάσματα)



Επιλογή υποψηφίου εκπαιδευτή ALSG

Η επιλογή ενός υποψηφίου Εκπαιδευτή του Ελληνικού προγράμματος ALSG γίνεται από την ομάδα Εκπαιδευτών κατά την διάρκεια του αντίστοιχου σεμιναρίου με βάση τα εξής κριτήρια:

- Καλή συνεργασία μέσα στην ομάδα ως εκπαιδευόμενος
- Κατανόηση της σημασίας των διαδραστικών πρακτικών συνεδριών
- Υψηλή βαθμολογία στα MCQs (γραπτή εξέταση)
- Επιτυχία στις προφορικές εξετάσεις

Εφόσον επιλεγεί και επιθυμεί και ο ίδιος να γίνει Εκπαιδευτής θα πρέπει να παρακολουθήσει το ειδικό Σεμινάριο Εκπαιδευτών (Instructor Course).

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ

Την ημέρα πριν από το σεμινάριο ALSG γίνεται η προσεμιναριακή συνάντηση των εκπαιδευτών. Στη συνάντηση αυτή οι εκπαιδευτές ενημερώνονται για τις πρόσφατες αλλαγές και εξελίξεις, για τη νεότερη βιβλιογραφία ή τις νεότερες τεχνολογικές εφαρμογές και επίσης πραγματοποιούνται σημαντικές αναθεωρήσεις πρακτικών ζητημάτων που αφορούν το σεμινάριο. Η συνάντηση αυτή έχει επίσης ως σκοπό να υπάρξει ομοιογένεια μεταξύ των εκπαιδευτών ως προς τη διδασκαλία στις διάφορες ομάδες εκπαιδευομένων. Τέλος, υπάρχει και online ηλεκτρονική διδασκαλία (e-class) με πρόσβαση των εκπαιδευτών με τρόπο τέτοιο ώστε να παρέχεται διαδραστική, συνεχής προσεμιναριακή εκπαίδευση.

Πληροφορίες εγγραφής ALSG

Για τυχόν ερωτήσεις που αφορούν το πρόγραμμα ALSG μπορεί κανείς να επικοινωνήσει με:

Γραμματεία ALSG:

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 124B, Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7789211

Fax: +30 210 7777390

E-mail: alsg@also.org.gr, info@also.org.gr

Ιστοσελίδα: www.also.org.gr

Υπεύθυνος Ελληνικού Προγράμματος ALSG:

Λέκτορας Νικόλαος Βραχνής, MD, DFFP, PCME

Διεύθυνση: Βασιλίσσης Σοφίας 124B, Αθήνα

Τηλ.: +30 210 7789211

Fax: +30 697 4441144

E-mail: nvrachnis@hotmail.com



Ανακοινώσεις

Σε Εξέλιξη η Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας του ΙΚΠΙ

Το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) διοργανώνει Πρόγραμμα Επαγγελματικής Επιμόρφωσης διάρκειας 20 ωρών που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το ΙΚΠΙ ιδρύθηκε το 1989 και είναι μία επιστημονική, μη κερδοσκοπική εταιρεία. Σκοπός της εταιρείας είναι η έρευνα, ανάπτυξη και προώθηση της κοινωνικής και προληπτικής ιατρικής στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Στις δραστηριότητες της εταιρείας περιλαμβάνονται: α) η διεξαγωγή ερευνητικών και εφαρμοσμένων προγραμμάτων, οι εκδοτικές δραστηριότητες (περιοδικό, ενημερωτικά φυλλάδια, βιβλία κλπ., η διεξαγωγή επιμορφωτικών προγραμμάτων, η διενέργεια επιστημονικών εκδηλώσεων (συνέδρια, συμπόσια, διαλέξεις κλπ.).

Οι στόχοι του προγράμματος Επαγγελματικής Επιμόρφωσης:

Ο πρώτος είναι να εφοδιάσει τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα με επιστημονικά τεκμηριωμένες δεξιότητες και εφαρμοσμένες επιτυχημένες πρακτικές ανεπτυγμένων χωρών για την προαγωγή της υγείας των ατόμων που εξυπηρετούν στις υπηρεσίες τους, είτε αυτό έχει να κάνει με την υποστήριξη κάθε ατόμου που επισκέπτεται την υπηρεσία τους με σκοπό την αλλαγή συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (π.χ. διακοπή καπνίσματος, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, βελτίωση της διατροφής και προαγωγή του προσυμπτωματικού ελέγχου για καρκίνο και καρδιαγγειακά) είτε με την υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης στα άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Ο δεύτερος στόχος είναι να εφοδιάσει τους επαγγελματίες υγείας με τα εργαλεία για την προαγωγή της υγείας της κοινότητάς τους, μια σημαντική διάσταση του ρόλου των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα εργαλεία αυτά θα επιτρέψουν στους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και να απευθυνθούν σε αυτούς μέσω της δράσης και των συμμαχιών στο επίπεδο της κοινότητάς τους. Οι στρατηγικές της ενδυνάμωσης της κοινότητας μπορούν να αυξήσουν την κοινωνική ευαισθητοποίηση, να ενισχύσουν την ενημέρωση στα σημαντικά θέματα της υγείας και να κινητοποιήσουν την κοινότητα για δράσεις που αφορούν στην υγεία.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει και τις εξής τρεις ενότητες:

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα και προαγωγή υγείας **2.** Σχεδιασμός Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας στην κοινότητα **3.** Παρεμβάσεις για αλλαγή συμπεριφοράς των ασθενών που αφορούν στη διακοπή καπνίσματος, στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, στη βελτίωση της διατροφής, στον προληπτικό έλεγχο του καρκίνου και των καρδιαγγειακών, στην υποστήριξη της αυτο-διαχείρισης στις χρόνιες ασθένειες.

Κάθε κύκλος επιμόρφωσης θα έχει 20 συμμετέχοντες. Δικαίωμα συμμετοχής έχουν κατά προτεραιότητα οι Νοσηλεύτες που

υπηρετούν σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Κέντρα Υγείας, Δημοτικά Ιατρεία, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία κ.ά.) της γεωγραφικής περιφέρειας στην οποία πραγματοποιείται το εκάστοτε σεμινάριο. Συμμετοχή θα μπορούν να δηλώσουν επίσης Επισκέπτες Υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Μαίες-ευτές και Διαιτολόγοι που υπηρετούν σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ίδιας γεωγραφικής περιφέρειας.

Για όλους τους συμμετέχοντες θα λαμβάνονται υπόψη τα εξής κριτήρια:

- Η προηγούμενη εκπαίδευση (προτεραιότητα έχουν οι νοσηλεύτες και οι έχοντες πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης),
- Ο χώρος εργασίας και η επιστημονική και επαγγελματική επάρκεια, όπως αυτή αντανακλάται από το βιογραφικό του επαγγελματία υγείας,
- Η καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας και η καλή χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή και διαδικτύου.

Μετά την αρχική αξιολόγηση των τίτλων σπουδών και των βιογραφικών τους, οι υποψήφιοι που θα επιλεγούν θα καλούνται σε σύντομη τηλεφωνική επικοινωνία, με τη μορφή συνέντευξης, ώστε να οριστικοποιηθεί η επιλογή τους. Κάθε κύκλος επιμόρφωσης διαρκεί 20 ώρες και πραγματοποιείται Παρασκευή (17:00-21:00), Σάββατο (10:00-18:00) και Κυριακή (09:00-17:00).

Πληροφορίες για τις δραστηριότητες του ΙΚΠΙ και για τα Επιμορφωτικά Σεμινάρια μπορείτε να βρείτε στην ιστοσελίδα: <http://www.neaygeia.gr/>

Το πρόγραμμα του ΙΚΠΙ υλοποιείται στο πλαίσιο των εξής Έργων:

A. «Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις οκτώ Περιφέρειες Σύγκλισης»

B. «Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις τρεις Περιφέρειες Σταδιακής Εξόδου»

Γ. «Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις δύο Περιφέρειες Σταδιακής Εισόδου» το οποίο χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στο πλαίσιο των Αξόνων Προτεραιότητας:

13 – Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα Ψυχικής Υγείας, Ανάπτυξη της Α΄ θμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού στις 8 Περιφέρειες σύγκλισης.

14 – Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα Ψυχικής Υγείας, Ανάπτυξη της Α΄ θμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού στις 3 Περιφέρειες Σταδιακής Εξόδου και

15 – Εδραίωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα Ψυχικής Υγείας, Ανάπτυξη της Α΄ θμιας Φροντίδας Υγείας και προάσπιση της Δημόσιας Υγείας του πληθυσμού στις 2 Περιφέρειες Σταδιακής Εισόδου του Ε.Π. «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού».

Ανακοινώσεις

Κλινικό Φροντιστήριο Μητρικού Θηλασμού στο Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Οι μαίες της Α' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου» εδώ και χρόνια προωθούν τον Μητρικό Θηλασμό ως συμπεριφορά και διαδικασία άμεσα σχετιζόμενη με την υγεία, στην καθημερινή κλινική πράξη.

Στις 8 Ιουνίου 2012 και στα πλαίσια του συνεδρίου «Τεκμηριωμένη Νοσηλευτική Πρακτική. Από τη Θεωρία στη Πράξη», που διοργανώθηκε από την Νοσηλευτική Υπηρεσία του Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», πραγματοποιήθηκε Κλινικό Φροντιστήριο Μητρικού Θηλασμού.

Με σκοπό την ενημέρωση και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας οι μαίες της Α' Μ/Γ που αποτέλεσαν τους εκπαιδευτές (Σαράντη Ευαγγελία, Βοζίκη Ευαγγελία, Ηλιάσκου Στυλιανή, Φιλιππούλου Νίκη, Λιώλιου Νικολέτα, Μουδούρη Χρύσα, Χαριζοπούλου Βικεντία) κατάρτισαν το πρόγραμμα του κλινικού φροντιστηρίου βασιζόμενες στις σύγχρονες οδηγίες παγκόσμιων οργανισμών και ενώσεων.

Το πρόγραμμα του Κλινικού Φροντιστηρίου περιείχε το Θεωρητικό και το Πρακτικό (hands on) Μέρος, που πε-

ριελάμβανε επίσκεψη στο Τμήμα Λεχωρίδων της Α' Μ/Γ με παρακολούθηση και συμμετοχή των συμμετεχόντων στην άσκηση μαιευτικής συμβουλευτικής σε θηλάζουσες μητέρες.

Πριν την έναρξη του Κλινικού Φροντιστηρίου και στα πλαίσια της Τελετής Έναρξης του Συνεδρίου η μαία της Α' Μ/Γ Λεμοντζή Ιφιγένεια μίλησε σχετικά με το φετινό σύνθημα της Παγκόσμιας Ημέρας της Μαΐας «Οι μαίες σώζουν ζωές», κάνοντας ειδική αναφορά στην προσφορά και το έργο των μαιών της Α' Μ/Γ του Γ.Ν. «Παπαγεωργίου».

Με την αποδοχή της αρχής ότι η άσκηση τεκμηριωμένης συμβουλευτικής και η παροχή στοχευμένης φροντίδας εξασφαλίζουν την αποτελεσματική παρέμβαση στον Μητρικό Θηλασμό, οι μαίες της Α' Μ/Γ ευελπιστούν στην θεσμοθέτηση παρόμοιων εκπαιδευτικών προγραμμάτων εντός των ελληνικών νοσοκομείων.

Σαράντη Ευαγγελία
Βοζίκη Ευαγγελία

Μαίες, Προϊστάμενες Α' Μ/Γ, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»



Εκπαιδευτές και συμμετέχοντες στο Κλινικό Φροντιστήριο Μητρικού Θηλασμού.

Ανακοινώσεις

Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Θεσσαλονίκης

Αλεξάνδρου Σβώλου 40 – Τ.Κ. 54621
Τηλ. 2310 22 33 72
Fax. 2310 22 38 84/ 6937192935
Web Site: www.maies.gr
E-mail: moshvi66@gmail.com

Θεσσαλονίκη 14-6-2012
 Αρ.Πρωτ. 062

Προς:
Μέλη του Σ.Ε.Μ.Μ.Θ.

Παρακαλούνται όσες μαιές εκτελούν τοκετούς κατ'οίκον και είναι εγγεγραμμένες στον ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΑΙΩΝ – ΤΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ να το δηλώσουν υπεύθυνα στο σύλλογό τους,


Για το Δ.Σ.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΣΕΜΜΘ

Βικτώρια Μοσχάκη

ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ 2011-2015

ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ
 ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ



Σας προσκαλούμε σε εκδήλωση με θέμα

**ΠΡΟΛΗΨΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ
 ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ – ΕΜΒΟΛΙΑ ΗΡV**


ΤΡΙΤΗ 15 ΜΑΪΟΥ 2012
 6.30 το απόγευμα

ΑΙΘΟΥΣΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΥΝΑΙΚΩΝ – ΠΡΩΗΝ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΓΚΟΥΡΑΣ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ

Μιχάλης Μώρος, Μαιευτής Κ.Υ. Γκούρας, Πρόεδρος Συλλόγου Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου
 Αθανάσιος Φιλάνδρας, Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Κ.Υ. Γκούρας

Διοργανωτής
 Κέντρο Υγείας Γκούρας
 σε συνεργασία με τον
 Σύλλογο Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου



Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου

Ο Σύλλογος Μαιών – Μαιευτών Ναυπλίου, σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Γκούρας Κορινθίας και στα πλαίσια του Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας πραγματοποίησε ενημερωτική ομιλία με θέμα: «Πρόληψη, Διάγνωση και Αντιμετώπιση του Ca του τραχήλου της μήτρας – εμβόλια ΗΡV»

Η εκδήλωση πραγματοποιήθηκε την Τρίτη 15 Μαΐου 2012 στην αίθουσα του Συλλόγου Γυναικών στο πρώην Δημοτικό Σχολείο Γκούρας. Ομιλητές ήταν:

Ο κ. Αθανάσιος Φιλάνδρας, Γενικός Ιατρός, Διευθυντής Κ.Υ. Γκούρας και ο κ. Μιχάλης Μώρος, Μαιευτής, MSc, Πρόεδρος ΣΕΜΜ Ναυπλίου. Την εκδήλωση παρακολούθησε μεγάλος αριθμός γυναικών από τα χωριά της ορεινής περιοχής του οροπεδίου του Φενεού οι οποίες είχαν την ευκαιρία να θέσουν ερωτήσεις στους ομιλητές.

Με τη λήξη της εκδήλωσης ακολούθησε συζήτηση με το ακροατήριο και προσφορά κερασμάτων από τον ΣΕΜΜ Ναυπλίου.

Οδηγίες προς τους Συγγραφείς

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

Το περιοδικό «ΕΛΕΥΘΩ» δημοσιεύει:

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

Υποβολή εργασιών

Οι εργασίες υποβάλλονται στην ελληνική γλώσσα, στο πρωτότυπο και σε τέσσερα φωτοαντίγραφα (και σε μια δισκέτα ή δίσκο Η/Υ). Η υποβολή μπορεί να γίνει και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο e-mail του Συλλόγου. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα και με μονοτονικό σύστημα. Όλο το άρθρο πρέπει να είναι πληκτρολογημένο στη μια όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4, σε διπλό διάστιχο, με μέγεθος γραμματοσειράς

12 και σε πλήρη στοίχιση. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2,5 εκ. Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας θα πρέπει να αναφέρεται ο τύπος του άρθρου (πχ Ανασκόπηση, Ερευνητική Εργασία). Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής των άρθρων θα πρέπει να υπάρχει μια συνοδευτική επιστολή, που θα αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία με το περιοδικό.

Διάταξη της ύλης

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

Σελίδα τίτλου

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

Ελληνική Περίληψη

Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στην περίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται από 3 έως 10 λέξεις κλειδιά.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην 3η σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν

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

Το κείμενο

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

Βιβλιογραφικές παραπομπές

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

Αρχικά προηγούνται τα ονόματα των συγγραφέων (επώνυμο και αρχικό γράμμα ονόματος, ακολουθεί τελεία και κόμμα, το επώνυμο και το όνομα του επόμενου συγγραφέα κ.ο.κ.). Ακολουθεί ο τίτλος της εργασίας, το περιοδικό, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού, άνω και κάτω τελείες και οι σελίδες του άρθρου.

• **Τυπικό άρθρο περιοδικού:** Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων μέχρι 6. (Όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι ακολουθεί η ένδειξη "et al". Σε ελληνικά άρθρα ακολουθεί η ένδειξη "και συν."): Charlier C., Albert A., Herman P., Hamoir E., Gaspard u., Meurisse M. et al.: Breast cancer

and serum organochlorine residues. *Occup Environ Med* 2003; 60: 348-351.

• **Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων):** The Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Endogenous sex hormones and breast cancer in post-menopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002; 94: 606-616.

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

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

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

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

• **Διορθώσεις κειμένου:** Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

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

*Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθήνας
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής*

*Αριστ. Παπά 2,
11521 Αθήνα ή
στην ηλεκτρονική δ/νση:*

E-mail: sema-icm@otenet.gr

**Τηλέφωνα επικοινωνίας
210.6465691 (Fax) & 210.6429675**

12° ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΙΩΝ & ΜΑΙΕΥΤΩΝ
Η Μαία στην καθ' ημέρα πράξη
 ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ | ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ | ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

www.maies2012.gr **17-20 10 2012**
 CRETA MARIS BEACH RESORT Ηράκλειο, Κρήτης

Μήνυμα από την Πρόεδρο του Συνεδρίου

Αγαπητές /τοί Συνάδελφοι,

Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή και χαρά για μένα και τα Μέλη του Δ.Σ. να σας προσκαλέσουμε να συμμετάσχετε στις εργασίες του 12ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών - Μαιευτών, που θα φιλοξενηθεί στο Ηράκλειο της Κρήτης από τις 17 έως τις 20 Οκτωβρίου 2012 και διοργανώνεται από το Σύλλογο Μαιών /των Κρήτης.

Περισσότερο από μισό αιώνα αδιάλειπτης παρουσίας και ουσιαστικής προσφοράς των Μαιών στη χώρα μας, μαζί και με τη συνεχή και αδιάκοπη εξέλιξη της Μαιευτικής Επιστήμης και Τέχνης, οι Μαίες /τες καλούνται για μια ακόμη φορά να βρεθούν μαζί στην επιστημονική αυτή συνάντηση που αποτελεί κορυφαίο γεγονός και σημαντική στιγμή για να επαναπροσδιορίσουμε το ρόλο της Μαίας /τή ως πολυδύναμου επαγγελματία υγείας.

Σκοπός μας είναι μέσα από την υψηλού επιπέδου επιστημονική ενημέρωση να αναπτύξουμε την παρούσα κατά-

σταση, να διερευνήσουμε τα μονοπάτια της προοπτικής - εξέλιξης του Μαιευτικού επαγγέλματος και να συσφίξουμε τις μεταξύ μας σχέσεις.

Έχοντας την πίστη, ότι μαζί με τους Ομιλητές - Εισηγητές που θα τιμήσουν με την παρουσία τους το Συνέδριο, μέσα από διαλέξεις, στρογγυλά τραπέζια, κλινικά φροντιστήρια και άλλες δραστηριότητες, η δική σας ενεργή συμμετοχή θα καθορίσει την επιτυχία του Συνεδρίου.

Σας περιμένουμε στο γλυκό φθινοπωρινό Ηράκλειο.

Με τιμή,

Εύα Βασιλάκη

Πρόεδρος του Συνεδρίου

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το κόστος εγγραφής, την υποβολή εργασιών και τα πακέτα φιλοξενίας μπορείτε να ενημερωθείτε από την ιστοσελίδα www.maies2012.gr

Θεματικές ενότητες Συνεδρίου

- Κύηση, τοκετός, λοχεία (φυσιολογία - παθολογία)
- Νεογνά (τελειόμηνα - πρόωρα)
- Επείγουσα μαιευτική
- Επείγουσα γυναικολογία
- Μητρικός θηλασμός (νεότερα δεδομένα - εξειδικευμένα θέματα)
- Καρκίνος γεννητικού συστήματος - HPV - Εμβόλιο
- Εμμηνόπαυση
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας
- Εξωσωματική γονιμοποίηση
- Βλαστοκύτταρα
- Ψυχική υγεία περιγεννητικής περιόδου
- Διοίκηση υπηρεσιών υγείας
- Πληροφορική στην υγεία
- Εκπαίδευση

- Νομοθεσία
- Δεοντολογία - Βιοηθική
- Εθελοντισμός
- Πολιτική της υγείας σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο
- Παρουσίαση Εθνικού Προγράμματος Δράσης για τον καρκίνο τραχήλου της μήτρας

Κλινικά Φροντιστήρια

- Οικονομικά και διοίκηση υγείας
- Σχεδιασμός, παρουσίαση και δημοσίευση ερευνητικής εργασίας
- Προετοιμασία τοκετού
- Ακράτεια ούρων
- Διαχείριση κρίσεων στο χώρο εργασίας
- ΚΑΡΠΑ νεογνών

12^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΙΩΝ & ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΜΕ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΚΟΜΟΤΗΝΗ



ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΛΑΡΙΣΑ



ΑΘΗΝΑ

ΠΑΤΡΑ



ΝΑΥΠΛΙΟ

ΣΥΡΟΣ



ΧΑΝΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ



**Η Μαία στην
καθ' ημέρα πράξη**

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ

17-20|10|2012

www.maies2012.gr

**CRETA MARIS
BEACH RESORT**
Ηράκλειο, Κρήτης

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ ΧΑΝΙΩΝ
Εφετειακός Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Κρήτης - Ν.Π.Δ.Δ.

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - Γραμματεία Συνεδρίου

ARTION

www.artion.com.gr

9^ο χλμ. Θεσσαλονίκης - Θέρμης, Κτίριο Thomas
Τ.Θ.: 60705, Τ.Κ.: 57001, Θεσσαλονίκη
Τ: 2310 257808 (Γραμμή Συνεδρίου), 2310 272275
F: 2310 272276, E: maies2012@artion.com.gr

Μωρομάντηλα Libero με νέο άρωμα τόσο απαλό όσο το χάδι σας!

- Με αλόη και χαμομήλι
- Χωρίς αλκοόλ και παραβένες
- Δερματολογικά ελεγμένα

Libero[®]

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο 800 11 542376
ή μπείτε στο site www.liberoclub.gr
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club



Ολοκληρωμένες
λύσεις
για μια υπέροχη
εμπειρία θηλασμού



No. 1 choice
of hospitals
& mothers



Νοσοκομειακό Θήλαστρο **Symphony**
ΠΡΟΣ ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ

Calma

Ως παγκόσμια ηγέτης η Medela δίνει έμφαση στις τεκμηριωμένες επιστημονικές έρευνες για τη φυσική συμπεριφορά σίτισης των βρεφών στο στήθος, η οποία οδήγησαν στις καινοτομίες Τεχνολογία 2-Φάσεων και 'Calma'.

Η Τεχνολογία 2-Φάσεων μιμείται το φυσικό ρυθμό θηλασμού των βρεφών και αποδεδειγμένα εξασφαλίζει περισσότερο γάλα σε λιγότερο χρόνο. Σύντομες θηλαστικές κινήσεις διέγερσης, ακολουθούνται από πιο αργές και έντονες, παρέχοντας τη βέλτιστη ροή μητρικού γάλακτος.

Το Calma, η μοναδικά σχεδιασμένη, ιδανική λύση σίτισης των βρεφών με μητρικό γάλα, παρέχει τη δυνατότητα στα βρέφη να κάνουν παύσεις και να αναπνέουν ρυθμικά, βοηθώντας τα έτσι να διατηρούν την έμφυτη συμπεριφορά σίτισης που μαθαίνουν στο στήθος. Μια πρωτοποριακή τεχνολογία, με την οποία μητέρα και βρέφος επωφελούνται και απολαμβάνουν το μοναδικό δεσμό του θηλασμού για περισσότερο χρόνο.

f www.facebook.com/medela.gr
@ www.klinikum.gr
☎ 2310 316 011- 210 7485752

Εμπιστευθείτε τη φύση, εμπιστευθείτε τη Medela.

